

バングラデシュ人民共和国
母性保護サービス強化
プロジェクトフェーズ2
終了時評価調査報告書

平成 28 年 11 月
(2016 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
16-074

Bangladesh People's Republic
 Maternal Protection Service Strengthening
 Project Phase 2
 End-of-Evaluation Report

平成 28 年 11 月
(2016 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

目 次

目 次

プロジェクトの位置図

写 真

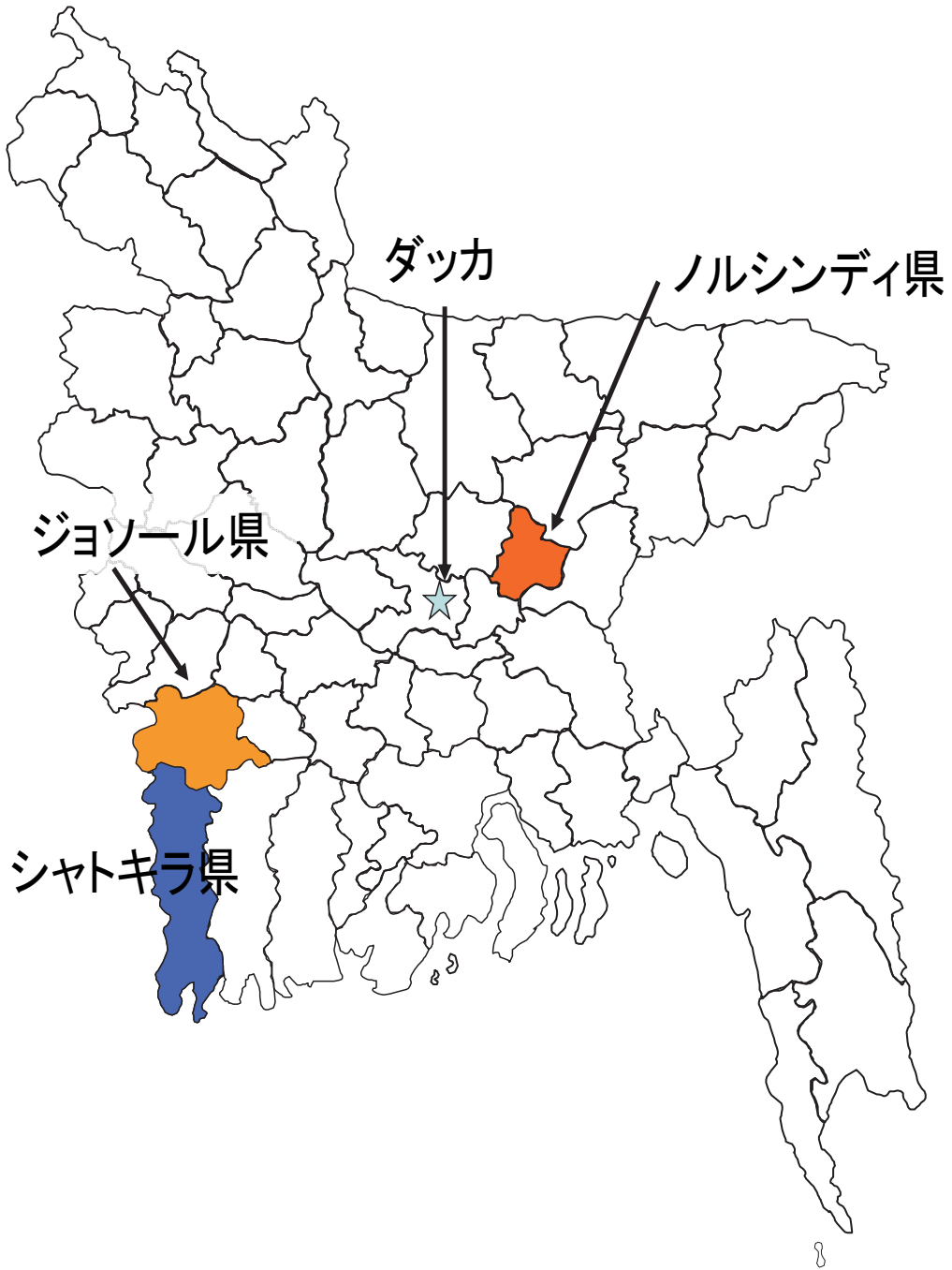
略語表

終了時評価調査結果要約表（和文・英文）

第1章 終了時評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯	1
1-2 調査団派遣の目的	1
1-3 調査団の構成	1
1-4 プロジェクトの概要	2
第2章 終了時評価調査の方法	3
2-1 終了時評価調査の方法	3
2-2 情報・データの収集及び分析	3
第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス	4
3-1 投入	4
3-1-1 投入概要	4
3-1-2 投入要素	4
3-1-3 プロジェクト費用	5
3-1-4 プロジェクト期間	5
3-2 プロジェクト活動と成果の実績	5
3-2-1 成果1	5
3-2-2 成果2	7
3-2-3 成果3	14
3-3 プロジェクト目標の達成度	17
3-4 インパクト	18
3-4-1 上位目標の達成見込み	18
3-4-2 他のインパクト	19
3-5 実施プロセス	21
3-5-1 PDMの改編	21
3-5-2 国内支援委員会の役割	22
3-5-3 プロジェクトの効果を検証するためのインパクト評価	22
3-5-4 他のドナーとのパートナーシップ	23
3-5-5 有償資金協力の活用や青年海外協力隊との連携	23
3-5-6 技術協力プロジェクトと有償資金協力の間の調整	23

第4章 SMPP-2の戦略	24
4-1 パートナースHIPの構築	24
4-2 JICA内部のリソースの最大活用	24
4-3 エビデンスに基づく意思決定	24
第5章 団長・団員所感	26
5-1 団長所感	26
5-2 地方行政団員所感（佐藤 寛）	29
5-3 母子保健団員所感（明石 秀親）	31
5-4 新生児ケア団員所感（森 臨太郎）	35
第6章 評価結果	37
6-1 妥当性	37
6-1-1 開発政策	37
6-1-2 開発ニーズ	37
6-1-3 日本の援助政策	37
6-2 有効性	37
6-3 効率性	38
6-4 インパクト	38
6-5 持続性	38
6-5-1 政策・制度面	38
6-5-2 組織・体制面	38
6-5-3 技術面	39
6-5-4 財政面	39
第7章 結論、提言、教訓	40
7-1 結論	40
7-2 提言	40
7-3 教訓	41
付属資料	
1. ミニッツ	47

プロジェクトの位置図



写 真



病院での取り組みの発表



5S-KAIZEN 推進のためのポスター



整理整頓された物品倉庫



コミュニティ・クリニック (CC)



保健家族福祉省 (MoHFW) での
評価結果に関する協議



コミュニティ・サポート・グループ (CSG) の
様子

略 語 表

略 語	正式名称	日本語
AHI	Assistant Health Inspector	保健状況調査官補
ANC	Antenatal Care	産前ケア
CBHC	Community Based Health Care	コミュニティにおけるヘルスケア部局
CC	Community Clinic	コミュニティ・クリニック
CG	Community Group	コミュニティ・グループ
CHCP	Community Health Care Provider	コミュニティ・ヘルス・ケア・プロバイダー
CmSS	Community Support System	コミュニティ・サポート・システム
COIA	Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health	女性と子どもの健康に関する情報とアカウンタビリティ委員会のイニシアティブ
CQI	Continuous Quality Improvement	継続的品質管理
CS	Civil Surgeon	県衛生部部長
CSBA	Community based Skilled Birth Attendant	コミュニティの熟練介助者
CSG	Community Support Group	コミュニティ・サポート・グループ
DAC	Development Assistance Committee	開発援助委員会
DASCOH	Development Assistance for Self-reliance, Communication and Health	自助・コミュニケーション・健康のための開発支援
DCS	Deputy Civil Surgeon	県衛生部副部長
DGHS	Director General of Health Services	保健サービス総局
DGFP	Director General of Family Planning	家族計画総局
DRGA	Debt Relief Grant Assistance	債務救済無償資金協力
DSI	District Sanitary Inspector	県衛生検査官
EMBRACE	Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care	母子のケアへのアクセスの保障（モデル）
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
EPI	Expanded Program on Immunization	予防接種拡大計画
FPI	Family Planning Inspector	家族計画活動調査官
FWC	Family Welfare Center	家族福祉センター
FWV	Family Welfare Volunteer	家族福祉補助員
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (German Agency for International Cooperation)	ドイツ国際協力公社
HEO	Health Education Officers	健康教育官

略 語	正式名称	日本語
HEU	Health Economics Unit	医療経済ユニット
HI	Health Inspector	保健状況調査官
HLC	Horizontal Learning Center	水平学習センター
HLP	Horizontal Learning Program	水平学習プログラム
HPNSDP 2011-16	Health, Population and Nutrition Sector Development Program	保健・人口・栄養セクター開発プログラム
HRD	Human Resource Development	人材開発
icddr.b	The International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh	国際下痢性疾病研究センター
IOM	International Organization for Migration	国際移住機関
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteer	青年海外協力隊
LGD	Local Government Division	地方自治総局
MBBS	Bachelor of Medicine & Bachelor of Surgery	大卒医の総称
MCRAH	Maternal, Child, Reproductive and Adolescent Health	母子・リプロダクティブ・思春期保健
MM	Men Month	人/月
MNCAH	Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health	妊産婦・新生児・乳幼児・思春期保健
MNCH	Maternal, Neonatal and Child Health	妊産婦・新生児・乳幼児保健
MNH	Maternal and Neonatal Health	妊産婦・新生児保健
MO	Medical Officer	医務官
MoHFW	Ministry of Health and Family Welfare	保健家族福祉省
MS	Monitoring and Support	モニタリング・支援
MT	Medical Technologist	臨床工学士
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
PDCA	Plan, Do, Check, and Act	計画、実施、検証、改善
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PNC	Postnatal Care	産後ケア
PO	Plan of Operations	活動計画表
QIS	Quality Improvement Secretariat	質の改善事務局
QIT	Quality Improvement Team	質の改善チーム
RCHCIB	Revitalization of Community Health Care Initiatives in Bangladesh	バングラデシュにおけるコミュニティ・ヘルス・イニシアティブの再生
R/D	Record of Discussions	討議議事録

略 語	正式名称	日本語
SEARO	South-East Asia Regional Office	南東アジア地域事務局
SI	Sanitary Inspector	衛生検査官
SMPP-1	Safe Motherhood Promotion Project (Phase 1)	母性保護サービス強化プロジェクト (フェーズ1)
SMPP-2	Safe Motherhood Promotion Project Phase 2	母性保護サービス強化プロジェクト フェーズ2
SSN	Senior Staff Nurse	中堅看護師
TOT	Training of Trainers	研修講師育成研修
TQM	Total Quality Management	総合的品質管理
UHS	Upazila Health System	郡保健システム
UHC	Upazila Health Complex	郡保健コンプレックス
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
WB	The World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WIT	Work Improvement Team	業務改善チーム
WSP	Water and Sanitation Program	水・衛生プログラム

終了時評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：バングラデシュ人民共和国	案件名：母性保護サービス強化プロジェクト（Safe Motherhood Promotion Project：SMPP）フェーズ2
分野：保健・医療	援助形態：技術協力プロジェクト
所管部署：人間開発部保健第二グループ	協力金額（評価時点）：約3億7,600万円
協力期間：2011年7月1日～2016年6月30日（5年間）（RD署名2011年5月29日）	先方関係機関：保健家族福祉省
	日本側協力機関：国内支援委員会
関連協力	技術協力：保健アドバイザー（2010-2014） 有償資金協力：母子保健改善事業（2012年1月25日L/A署名） その他：青年海外協力隊（看護師、村落開発普及員）
1-1 協力の背景	
<p>2006年バングラデシュ人民共和国（以下、「バングラデシュ」と記す）政府保健家族福祉省（Ministry of Health and Family Welfare：MoHFW）とJICAは、母性保護サービス強化プロジェクト（フェーズ1）（Safe Motherhood Promotion Project：SMPP-1）を開始した。SMPP-1は、コミュニティ・エンパワーメントと保健医療施設の改善、地方政府の動員を組み合わせたアプローチをとったプロジェクトであり、2011年の完了までに、保健・医療サービスの活用状況や妊産婦のサービス受診行動の改善などさまざまな成果を上げた。</p> <p>その後、2011年7月、バングラデシュ政府とJICAはSMPP-1の成果を基に、国家政策である「保健、人口、栄養セクター開発戦略プログラム2011-2016」Health, Population and Nutrition Sector Development Program（HPNSDP 2011-2016）に沿う形で、妊産婦・新生児への保健医療サービスの更なる強化をめざし、同プロジェクトフェーズ2（SMPP-2）を開始した。SMPP-2では、①優良事例の政策化、②優良事例のスケールアップと定着のためのメカニズムの構築、③郡保健システム概念に沿った包括的かつ効果的な母子保健介入モデルの開発、が主な活動である。</p>	
1-2 協力内容	
(1) 上位目標	
バングラデシュにおける妊産婦と新生児の健康状態が向上する。	
(2) プロジェクト目標	
妊産婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチが、HPNSDP 2011-2016に整合する形で、バングラデシュ全体に拡大する。	
(3) 成果	
① 母子・新生児保健に関連する優良事例が同定され国家戦略とガイドラインに統合される。	
② 優良事例の適用拡大をモニタリングし、支援するメカニズムが開発され、適用された優良事例が機能する。	
③ 郡保健システム（Upazila Health System：UHS）の下での妊産婦・新生児保健介入パッ	

ケーが開發される。

1-3 投入（終了時評価調査時点）

(1) 専門家派遣

長期専門家：(108人/月) (チーフ・アドバイザー、業務調整)

短期専門家：(3.9人/月) [アドバンスド・ファシリテーション・ワークショップ、コミュニティ・モビライゼーション、保健システムマネジメント導入研修、総合的品質管理 (Total Quality Management : TQM) 等]

(2) 第三国研修

5S-カイゼン-TQM 研修 (スリランカ、タンザニア)、ガバナンスにおけるリーダーシップ研修 (ケニア)

(3) 機材供与

新生児ケアに必要な機材等 [合計 400 万タカ (約 600 万円)]

2. 終了時評価調査団

調査団員	バングラデシュ側		
	氏名	所属	
	レジウェスル・ホク	MoHFW 上級アシスタント・チーフ	
	Dr. モンチャラフ・ハッサン	保健サービス総局 (Director General of Health Services : DGHS) / コミュニティにおけるヘルスケア部局 (Community Based Health Care : CBHC) アシスタント・ダイレクター兼プログラム・マネジャー	
	Dr. A.S.M ナズムル・ハク	DGHS 病院サービス管理・TQM プログラム副プログラム・マネジャー	
	Dr. M.A. ズルカウサ	家族計画総局 (Director General of Family Planning : DGFP) アシスタント・ダイレクター、副プログラム・マネジャー	
	日本側		
	担当分野	氏名	所属
	団長/総括	富田 洋行	JICA バングラデシュ事務所次長
	地方行政	佐藤 寛	日本貿易振興機構 アジア経済研究所 上席主任調査研究員
	母子保健	明石 秀親	国立国際医療研究センター国際医療協力局研修企画課長
	新生児ケア	森 臨太郎	国立成育医療研究センター研究所 成育政策科学研究部長
	評価分析	鶴田 浩史	株式会社泪橋ラボ プロセスコンサルタント
評価企画	葦田 竜也	JICA 人間開発部保健第四チーム企画役	
調査期間：	2015年11月27日～2015年12月14日	評価種類：終了時評価調査	

3. 評価結果の概要

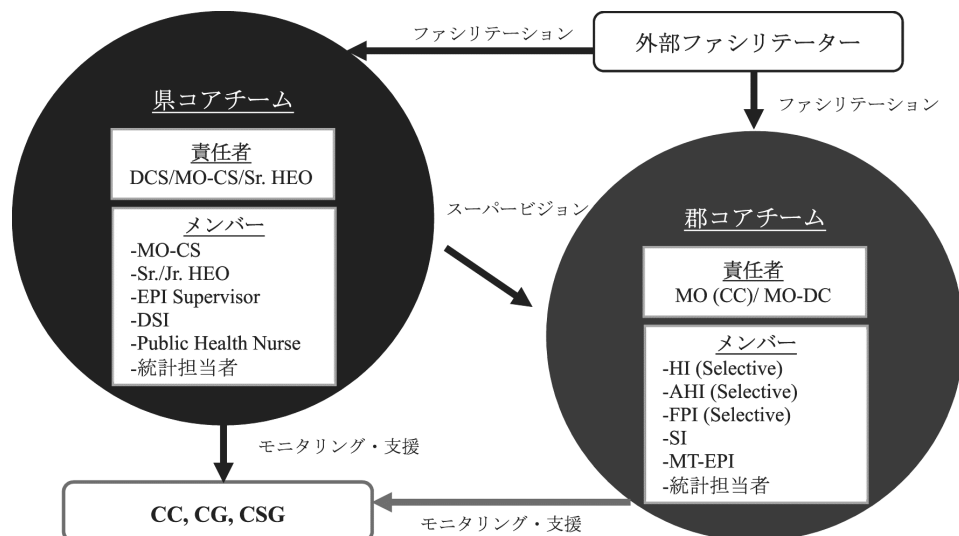
3-1 実績の確認

(1) 成果1

成果1は3つの指標①SMPP-2と母子・新生児保健分野の他ステークホルダーが協働する例・テーマ・分野の数が増加する、②国家妊産婦・新生児保健（Maternal and Neonatal Health：MNH）政策・戦略・ガイドライン・マニュアルへ統合された優良事例の数が増加する、③ノルシンディ県及びチョーガチャ県における活動分析報告書（それぞれのモデルのプロセス記録）が作成されることを設定している。終了時評価時点においてすべての指標の達成が確認されたことから、成果1は達成したと判断する。SMPP-2は、さまざまなステークホルダーと協働しながら、いくつかの優良事例をHPNSDP 2011-16やその他の政策に反映させることに成功した。なかでも、注目すべきものは、コミュニティ・サポート・グループ（Community Support Group: CSG）や5S-カイゼン-TQMに関連した政策策定への貢献である。

(2) 成果2

成果2の指標は、①5S-カイゼン-TQMやCSG、県レベルの水平学習プログラム（Horizontal Learning Program：HLP）が確立する、②研修モジュールが策定され、TQMやCSG、HLPの実施においてSMPP-2が技術支援を行った研修・研修参加者・実施機関の数が増加する、の2つであった。終了時評価時、この2つの指標が達成していたことから、成果2は達成したと判断する。SMPP-2は、コミュニティでのCSGの活動や病院での5S-カイゼン-TQMの活動、HLPのモニタリング・支援に必要なメカニズムやツール、研修プログラムの開発や試行に寄与した。このなかに“コア・チーム戦略”とよばれるCC/CG/CSGの活動のモニタリング・支援のための新しい手法（図参照）の開発も含む。終了時評価時に、これらのメカニズムやツールの利便性やユニークさは、病院職員やコア・チームのメンバー、その他援助機関関係者から広く認められていた。



図：“コア・チーム戦略”の概念図

出所：プロジェクト資料

(3) 成果 3

成果 3 の 6 つの指標は、①明確な UHS の概念・戦略・実施メカニズムが文書化される、②妊産婦・新生児の健康に関連する介入の評価報告書の数が増加する、③シャトキラ県全体及びシャトキラ県コラロア郡で、4 回以上の産前健診受診率が増加する、④シャトキラ県全体及びシャトキラ県コラロア郡で、(出産後 42 日以内の) 産後健診受診率が増加する、⑤母子・新生児保健活動への予算を増やしたユニオン評議会数が増加する、⑥シャトキラ県病院の新生児致死率が 17.7% (2011 年) から 10%に減少する、である。終了時評価時には、すべての指標でほぼ目標を達成しており、成果 3 はおおむね達成しているといえる。成果 3 の活動を通じて、UHS の概念や UHS の強化に必要な妊産婦・新生児保健に係る包括的な介入パッケージの開発や運用に貢献した。シャトキラ県での活動から得られた教訓は、広く関係者と共有されることで、UHS に統合し得る効果的な介入の実施をめぐる議論を高めることにつながる。

3-2 評価結果の要約

下記の表に示すように指標はほぼ目標値を超えていることから、プロジェクト目標は達成したと判断する。特に、指標 5 及び 6 が示すように、優良事例として、コミュニティでの活動〔コミュニティ・クリニック (Community Clinic : CC) やその運営を支えるコミュニティ・グループ (Community Group : CG)、コミュニティの参画を通じた活動である CSG〕や 5S-カイゼン-TQM の活動が、バングラデシュに広く拡大し実践されるに至っている。その要因として、SMPP-2 を介してこれら活動が政策化されたこと (成果 1)、優良事例の適用拡大に必要なモニタリング・支援メカニズムが確立されたこと (成果 2)、シャトキラ県での経験を基にこれら複数の活動を内包する介入パッケージが UHS に適合し得ることが示されたことの 3 点が考えられる。

表：プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標：妊産婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチが、HPNSDP 2011-2016 に整合する形で、バングラデシュ全体に拡大する。	
指標	達成状況
1. シャトキラ県、ノルシンディ県で TQM を導入した全病院の 70%以上が妊産婦・新生児保健サービス分野で 5S を達成する。(妊産婦・新生児保健サービス分野は産前/産後健診コーナー、分娩室、手術室と女性病棟)	<u>達成した</u> 終了時評価時、プロジェクトの資料によれば、シャトキラ県及びノルシンディ県で 5S-カイゼン-TQM を導入した病院 (妊産婦・新生児保健サービス分野) の 75%で 5S が実施された。
2. シャトキラ県内で機能している CSG の割合が 70%以上になる。	<u>達成した</u> 終了時評価時、プロジェクトの資料によれば、シャトキラ県で機能している CSG は 82% (全 657CSG 中 540CSG)。
3. シャトキラ県及びコラロア郡で合併症の女性が緊急産科ケア (Emergency Obstetric Care : EmOC) サービスを受ける割合が 80%以上になる。	<u>達成した</u> 終了時評価時、シャトキラ県及びコラロア郡で EmOC サービスを受けた合併症の女性の割合は 80.9%であった。

<p>4. シャトキラ県及びコロロア郡で熟練介助者〔コミュニティの熟練介助者、助産師研修を受けた中堅看護師（Senior Staff Nurse: SSN/家族福祉補助員 (Family Welfare Volunteer : FWV)、大卒（Bachelor of Medicine & Bachelor of Surgery : MBBS）医師〕による出産の割合が 50%以上になる。</p>	<p><u>達成した</u> 終了時評価時、シャトキラ県における熟練介助者による出産の割合は、54.8%に増加した（ベースライン：37.4%）。また、コロロア郡では同様に 68.1%に増加した（ベースライン：45.6%）。</p>
<p>5. バングラデシュ国内での CSG の設立割合が 100%となる。</p>	<p><u>ほぼ達成した</u> CBHC の資料によれば、2015 年 6 月現在、バングラデシュ国内で設立された CSG の数は 39,240 に及び、目標数である 40,149 の 99.4%となっている。なお、2013 年、バングラデシュにおけるコミュニティ・ヘルス・イニシアティブの再生（Revitalization of Community Health Care Initiatives in Bangladesh : RCHCIB）局は、すべての CC は CSG を設立するように省令を発出している。</p>
<p>6. TQM のパイロット実施病院が当初の 4 病院から拡大する。</p>	<p><u>達成した</u> 終了時評価調査時、バングラデシュにおいて、5S-カイゼン-TQM の活動を導入した病院は 106 病院に及んでいる。</p>

出所：プロジェクト資料

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 妥当性

SMPP-2 の取り組んだ妊産褥婦・新生児保健サービスの改善は、保健・人口・栄養分野の国家戦略である第 3 次 HPNSDP 2011-16 の重点事項の 1 つとなっていることから、事前評価時より終了時評価時まで政策と合致していたといえる。また、終了時評価時現在もなお、妊産褥婦・新生児保健に関しては課題が残っており、妊産褥婦・新生児保健サービスの改善に係るニーズがあるといえる。例えば、次の保健セクタープログラムのコンセプト・ペーパーによれば、熟練介助者立ち会いによる出産や物理的にアクセスすることが困難な地域への保健・医療サービスの拡大、ケアの質の確保等が課題であるという。一方、日本の対バングラデシュ援助方針（2012 年 6 月）では、これまで、母子保健を含む開発目標の達成のための取り組みに重点が置かれてきた。これらより、SMPP-2 は、バングラデシュの保健戦略やニーズ、日本の援助方針と合致していたといえ、妥当性は高いといえる。

(2) 有効性

プロジェクト目標の指標はおおむね目標値を超え、CSG や 5S-カイゼン-TQM 等の優良事例がバングラデシュ国内に広まり、実践に移されている。これら優良事例がバングラデシュに拡大し実践されるに至った要因として、SMPP-2 を介してこれら活動が政策に組み入れられたこと（成果 1）、優良事例の適用拡大に必要なモニタリング・支援メカニズムが確立されたこと（成果 2）、シャトキラ県での経験を基にこれら複数の活動を内包する介入パッケージが UHS に適合し得ることが示されたことの 3 点が考えられ、SMPP-2 の活動の貢献

があったといえる。したがって、SMPP-2の有効性は高いといえる。

(3) 効率性

プロジェクト費用及び期間ともに、計画内に収まった。したがって、SMPP-2の効率性は高いといえる。プロジェクト実施期間中、バングラデシュ国内の政治状況や度重なるストライキ、これらに伴う安全管理の必要性から、期待どおりのプロジェクト活動はできなかった。しかしながら、PDM上の各種成果は計画どおりに達成された。

(4) インパクト

プロジェクト完了後3～5年の間に、上位目標が達成される可能性は高い。指標である妊産婦死亡率は、2016年までに目標達成が予測されており、新生児死亡率に関しては、次期の保健セクタープログラムでより重点的に対策が講じられる見込みである。SMPP-2が取り組んだCSGや5S-カイゼン-TQMのようなアプローチも、モニタリング・支援メカニズムにより活動が持続するのであれば、妊産婦死亡率や新生児死亡率の改善に貢献していくものと考えられる。

(5) 持続性

終了時評価時においては、SMPP-2の効果の持続に対して、実施機関の組織面、技術面、財政面で軽微な問題があると考えられる。例えば、CSGや5S-カイゼン-TQMのような活動の責任部署は明確になっているものの、次期の保健セクタープログラムのコンセプト・ペーパーによれば、MoHFWの組織改編が実施されることが想定されている。また、これらのアプローチに関するリソースパーソンや機関の存在、文書、研修モジュールも開発されていることから、プロジェクト完了後も、DGHSやDGFPは国家戦略やガイドラインを活用していくことができると考えられるが、一方で、SMPP-2が開発・試行したコア・チーム戦略については、現在、政策化されてない。財政面に関しても、次期保健セクタープログラムが第3次HPNSDPと同程度の予算配賦を行うのであれば深刻な問題はないといえるが、終了時評価時に、予算執行手続きの遅延のためにCCへの医薬品提供が遅滞し、CCの活動へ悪影響を及ぼし得る状況も散見された。このような状況から、持続性に対して軽微な問題があるといわざるを得ない。したがって、SMPP-2の持続性は中程度である。

3-4 問題点及び問題を惹起した要員実施プロセス

SMPP-2では中間レビュー調査の提言に基づき、関係者間の理解が統一されるようプロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM) の表現及び活動内容を見直し、最終的にプロジェクトの活動に即した内容でPDMを修正した。

SMPP-2では、プロジェクト開始時に、日本人専門家に対して技術的な助言を提供することを目的として、プロジェクトの活動分野の専門知識を有する有識者で構成される国内支援委員会が設置された。国内支援委員会は、現場にいる日本人専門家とは異なる視点を提供することができ、特にPDMにおける不明確な表現を修正するなどを提言、プロジェクトは活動計画を反映し、PDMの改訂を実施したことがプロジェクトの効果発現に貢献した。

また、CSGや5S-カイゼン-TQMといったSMPP-2の優良事例は、他のドナーとのパートナー

シップのなかで複製・再現され、バングラデシュ国内に拡大していった。

さらに、有償資金協力との連携はプロジェクトの優良事例が全国的に拡大することに貢献したほか、青年海外協力隊の活動と連携することにより現場レベルにおけるコミュニケーションが進み、双方の活動にとって有益であった。

3-5 結論

SMPP-2 は、HPNSDP 2011-2016 や日本の対バングラデシュ援助方針のなかで重視されている妊産褥婦・新生児保健に焦点を当てており、バングラデシュの保健戦略や実際のニーズ、日本の ODA 政策とも合致しており、妥当性は高い。また、SMPP-2 は、プロジェクト目標である CSG や TQM といった新しいアプローチの普及を達成し、上位目標に掲げた妊産褥婦・新生児の健康状況の改善に貢献していることから、有効性やインパクトは高い。プロジェクト費用も期間も計画内に収まり、計画どおりの成果を産出していることから、効率性は高いといえる。持続性については、SMPP-2 完了後に行われると考えられる組織改編、コア・チーム戦略の責任部署が明確に定められていない状況、予算執行手続きの遅延による CC への医薬品供給の遅れ等の要因から、実施機関の組織面、技術面、財政面に軽微な課題があり、中程度と判断される。

以上より、SMPP-2 の評価は非常に高いといえる。

3-6 提言

<実施機関への提言>

1. 【コア・チーム戦略の普及・持続】バングラデシュ MoHFW は、SMPP-2 が開発した“コア・チーム戦略”を他の郡でも実施していくこと。なぜならば、“コア・チーム戦略”は、CG や CSG の活動の活性化を推進する画期的な方法であるからである。CC や CSG の活動が活性化すれば、CC の活用や UHS の強化につながり、政策に掲げられた CC イニシアティブを推進することにもなる。

具体的には、“コア・チーム戦略”の推進や持続性の向上のために、CBHC がイニシアティブをとり、必要な措置を講じること。この措置には、“コア・チーム戦略”の政策化、戦略の実施に必要な予算の配賦、NGO 等の外部ファシリテーターに係る人的・財政的・知的リソースの動員、組織知となる本プロジェクトの経験の保持等が考えられる。

2. 【家族福祉センター下へ CSG の設置】DGFP は、家族福祉センターの管理委員会の下に CSG を設置することを検討すること。終了時評価調査団は、DGHS 管轄下の CG や CSG のメカニズムが、DGFP 管轄下の家族福祉センターの活用促進にも応用できると考える。

3. 【情報システムの統合】DGFP は、管轄下の家族福祉センターのサービス提供状況に関する統計情報を DGHS 管轄下の CC の情報システムに統合すること。現在、統合されておらず、ユニオンの保健・医療状況の全貌を把握することが難しい状況にある。

4. 【5S-カイゼン-TQM の活動強化や普及支援】DGHS の TQM プログラムは、5S-カイゼン-TQM の活動強化や普及をめざし、①5S-カイゼン-TQM を導入した病院に対して、施設内の PDCA サイクルを強化するよう支援すること、②5S-カイゼン-TQM の優良事例をさまざまな関係者と共有していくこと、③5S-カイゼン-TQM の導入後に生じた病院サービスの質の改善を実証的なデータを用いて整理すること。

5. 【組織改編への対応】MoHFW は、SMPP-2 の成果を引き継ぐことができるよう、次期保健

セクタープログラムにおいても、CSG や 5S-カイゼン-TQM 等の各アプローチの責任部署を明確に定めること。

<SMPP-2 プロジェクト・チームに対する提言>

6. SMPP-2 プロジェクト・チームは、県レベルの HLP に係る実施プロセスやモニタリングのメカニズム、活動経験や教訓を文書としてまとめること。また、プロジェクトが完了する 2016 年 6 月までに、取りまとめられた文書を、MoHFW や水平学習センター（Horizontal Learning Center : HLC）と共有し、最終化すること。HLC を中心に整理し直された新たな HLP で、この文書が活用され、ユニオン評議会の保健・医療分野への参画が促進されることを期待したい。
7. SMPP-2 プロジェクト・チームは、2016 年 6 月までに、シャトキラ県で実施された、女性の母子保健サービス受診行動やエンパワーメント、ソーシャル・キャピタルに関するインパクト調査の結果や教訓を MoHFW や保健セクターのパートナーと共有すること。
8. SMPP-2 プロジェクト・チームは、2016 年 6 月までに、SMPP-1 を含めた過去 10 年間の経験、ノルシンディ・モデルの発展経過、CSG や 5S-カイゼン-TQM の拡大プロセスや教訓を文書として整理すること。

<JICA に対する提言>

9. JICA 人間開発部は、SMPP-2 プロジェクト・チームが上記提言 6～8 を基に作成する各種成果品を国内支援委員会と共有すること。

3-7 教訓

1. 【政府機関によるコミュニティ活動支援の可能性】本プロジェクトを通し、バングラデシュにおいては、政府が強力なオーナーシップをもつことで、政府の保健プログラムにコミュニティの参画を効果的に促進することができることが明らかとなった。これまで、コミュニティの活動への支援は、NGO 等が実施することが多く、政府機関の実施可能性は明確ではなかった。今回のケースにおいては、担当部署が JICA や NGO の知見を柔軟に取り入れたことが功を奏したといえる。プロジェクト側の教訓として自らの知見を政府が活用しやすい形に落とし込むことが重要である。
2. 【外部者視点の役割】政府機関による政策立案のプロセスのなかで、外部者の視点は有用である。例えば、外部者であった SMPP-2 は、保健・医療政策の立案やコミュニティ活動にかかわり、革新的なアイデア（CSG やコア・チーム戦略、5S-CQI-TQM 等）の提示や助言をすることができた。また、上記 1. 政府機関によるコミュニティ活動の支援も、外部者の視点があったからこそ、その可能性に光を当てることができたといえる。
3. 【政策と現場での活用の連関、その効果】SMPP-2 は、自らが支援する政策やアプローチの地理的な拡大に注力するよりも、政策やアプローチの質の向上や運用可能性（現場での活用の可能性）に注目し、政策と現場での活用の両者を結びつけた。結果として、立案された政策やアプローチは、形骸化することなく、バングラデシュのコンテキストに合致したものにまで発展した。このような政策やアプローチは、さまざまな開発パートナーにとって受け入れやすいものとなり、関心を引くことにもつながった。

4. 【具体的な現場の活動の必要性】 上記提言 3 を可能にした背景には、SMPP-1 から SMPP-2 までを通して、現場で立案された政策やアプローチの試行を行ったことにある（例、ノルンディ県やシャトキラ県等での活動）。現場での経験に基づいた SMPP-2 からの政策やアプローチに対する提言は実践的な内容となり、さらには、現場の活動を「ショーケース」として、MoHFW や開発パートナーを招き、提言内容に関する現実的な活動イメージを提供することができた。結果として、SMPP-2 の政策やアプローチへの提言はより受け入れられやすいものとなった。
5. 【政策の変化への臨機応変な対応】 プロジェクトで開発・試行したアプローチが拡大していくためには、より包括的な政策の変化に臨機応変に対応していくことも重要であり、SMPP はそれを実践した。CSG の全国普及は、2008 年以降、バングラデシュ政府が推し進めようとした CC の拡大戦略の波に乗ったことで、全国拡大が実現したという面がある。SMPP-1 の成果を引き継いだ CSG の活動は、単独で政策化され普及につながったわけではなく、プロジェクトは CC をめぐる政策の変化をうまく活用したといえる。
6. 【開発途上国同士の知的交流と相乗効果】 SMPP-2 は、スリランカやタンザニアでの 5S-カイゼン-TQM 研修やアフガニスタンやケニアとの相互視察を行った。結果として、例えば、ケニアの相互視察では、バングラデシュでの事例がケニアの地域保健戦略に影響を及ぼすこともあった。このような経験の交流やその結果として生じた成果は、JICA の世界的なネットワークを活用したことで成し得たものである。言い換えれば、世界各国にある JICA の技術協力の成果を活用することで得られる成果や効果もある。
7. 【PDM の弾力的運用】 SMPP-2 は、中間レビュー以降に PDM の改定を行い、活動を整理した。この SMPP-2 の経験によれば、PDM 上に記載された活動は、プロジェクトが置かれた状況の変化に応じて、柔軟かつ時宜に合致するよう変更されるべきである。その結果、プロジェクトは、上位目標の達成に向けダイナミックに働きかけることが可能となる。PDM は、あくまでも計画時におけるプロジェクトの実施に必要なリソースの目安を定めるためのツールであり、関係者間でプロジェクトの方向性を共有するものである。
8. 【経験豊かな日本人専門家の投入】 SMPP-2 の成功の秘訣の 1 つは、10 年にわたりプロジェクトに従事し、バングラデシュの状況のみならずグローバル・ヘルスの潮流、JICA 技術協力プロジェクトの価値や強み等を熟知している専門家を投入し、さらに、その専門家がリーダーシップを示し、プロジェクトの運営に係る意思決定を主体的に行ったことである。JICA はそのような日本人専門家を信頼し、信頼を得た SMPP-2 のプロジェクト・チームは変化に対して迅速な意思決定や行動をとることを JICA に提言し理解を得ることができた。さらに、柔軟かつ迅速な意思決定や行動は、実施機関やさまざまなパートナーとの信頼関係の発展につながった。変化の早い現場を有している、多種多様なパートナーがそれぞれの動きを行っているなどにより、不確定要素が多い状況のなかで 1 つのアプローチの拡大をめざすプロジェクトでは、このような専門家のリーダーシップによる柔軟かつ迅速な意思決定や行動が不可欠である。
9. 【国内支援委員会の役割・技術的な補完や第三者の視点の活用】 SMPP-2 の国内支援委員会は、中間レビュー等で日本人専門家とは異なる視点や技術的な補完をする形で助言や提案を行った。これにより、SMPP-2 は、そのあり方や活動内容を異なる視点から再整理することができ、活動内容をプロジェクト目標や上位目標の達成に対してより効果的になるよう修正す

ることができた。コミュニティレベルにおいて保健医療サービス提供、住民参加、行政といった多岐の分野にわたる活動に取り組む場合、必ずしも派遣された専門家はすべての技術的な支援や異なる視点を得ることが容易とはいえないため、各分野に知見と経験を有する外部有識者からなる国内支援委員会の設置は有益である。

10. 【国内支援委員会へのアカウンタビリティの必要性】SMPP-2は、状況の変化に応じて柔軟に対応してきたものの、必ずしも変更経緯や理由に関して、国内委員会への説明が適時になされてきたとはいえず、国内支援委員会を技術的な支援や異なる視点の提供の源として、最大限有効活用できなかった面もある。その背景には、国内支援委員会とのコミュニケーションのあり方や報告の方法について、国内支援委員会委員、JICA、日本人専門家の間で明確化されていなかったことが挙げられる。今後、国内支援委員会を設置する場合は、委員会や各メンバーの役割、支援方法などに関し関係者間で共通理解をもち、文書として残しておくことが望ましい。

Summary of Evaluation

1. Outline of the Project	
Country: People's Republic of Bangladesh	Project Title: Safe Motherhood Promotion Project Phase 2 (SMPP-2)
Issue/ Sector: Health	Cooperation Scheme: Technical Cooperation Project
Division in Charge: Human Development Department	Total Cost: 376 million Japanese yen (as of terminal evaluation)
Period of Cooperation: 1 July 2011 – 30 June 2016 (five years) (RD signed on 29 May 2011)	Partner Country's Implementing Organization: Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW)
	Supporting Organization in Japan: Project Supporting Committee in Japan is organized.
Related Cooperation Project:	(Technical cooperation) Dispatch of health advisor (2010-2014) (Loan) Maternal, Neonatal and Child Health Improvement Project (Phase 1)(Loan agreement signed on 25 January 2012) (Others) Japan Overseas Cooperation Volunteers (Nurse, Rural development, Program manager)
1-1. Background of the Project	
<p>Safe Motherhood Promotion Project (Phase 1) (SMPP-1), which was launched by the Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW), the Government of People's Republic of Bangladesh, and JICA in 2006, terminated its cooperation in June 2011 with a number of improvements in health service utilization and health seeking behaviors of mothers. SMPP-1 had the combination approach of community empowerment, medical facility improvement and mobilization of local governments to link health service providers and communities.</p> <p>Having recognized the achievements of SMPP-1, the Government of Bangladesh and JICA commenced the SMPP-2 to further strengthen maternal and neonatal health (MNH) activities in line with the "Health, Population, and Nutrition Sector Development Strategy 2011-2016" of Bangladesh by extending their cooperation as follows: 1) to enhance coordination mechanism in maternal and neonatal health activities among governments, development partners and NGOs at the national level, 2) to disseminate good practices and experiences of SMPP-1 in the country, and 3) to define replicable and effective maternal and neonatal health approaches based on SMPP-1 and other good practices.</p>	
1-2. Project Outline	
(1) Overall Goal	
Maternal and neonatal health status is improved in Bangladesh.	
(2) Project Purpose	
The approaches to improve MNH services quality and utilization in line with Health, Population,	

and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) are expanded in Bangladesh.

(3) Outputs

- 1) Good practices of MNH services are identified and consolidated in national strategies and guidelines
- 2) Mechanism to monitor and support replication of good practices is developed for making replicated good practices functional
- 3) A package of MNH interventions under Upazila Health System (UHS) is developed.

1-3. Inputs as of terminal evaluation

(1) Experts

- Long-Term (108 MM) (Chief Advisor, Project Coordinator)
- Short-Term (3.9 MM) (Advanced Facilitation Workshop, Community Mobilization, Health System Management Introductory Training, TQM, etc.)

(2) Trainees received in third country

TQM in Sri Lanka and Tanzania, Leadership in Governance in Kenya

(3) Equipment

Equipment for neonatal care, etc. (total 4,050 thousand Bangladesh Taka (6 million Japanese Yen))

2. Evaluation Team

Members	<p>Bangladesh Side</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mr. A.M Rejwenul Hoque (Senior Assistant Chief, MoHFW) - Dr. Mosharraf Hossain (Assistant Director & Program Manager, CBHC, DGHS) - Dr. A.S.M Nazmul Huq (Deputy Program Manager (TQM), Hospital Services Management, DGHS) - Dr. M.A. Zulkawsar (Assistant Director & Deputy Program Manager, DGFP) <p>Japanese Side:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mr. Hiroyuki Tomita (Senior Representative, JICA Bangladesh) - Dr. Hiroshi Sato (Chief Senior Researcher, Research Planning Department, Institute of Developing Economies, Japan External Trade Organization) - Dr. Hidechika Akashi (Senior Advisor, Bureau of International Health Cooperation, National Center for Global Health and Medicine) - Dr. Rintaro Mori (Director, Department of Health Policy/Department of Clinical Epidemiology, National Center for Child Health and Development) - Mr. Hirofumi Tsuruta (Process Consultant, Namidabashi Lab Co., Ltd) - Mr. Tatsuya Ashida (Advisor, Health Division 4, Human Development Department, JICA)
---------	---

Period of Evaluation study	27 November 2015 – 14 December 2015	Type of Evaluation:	Terminal Evaluation
-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------	---------------------

3. Results of Evaluation

3-1 Achievements of Outputs

(1) Output 1

The indicators of the output 1 are: the number of cases/themes/areas of collaboration between SMPP-2 and other MNH stakeholders, the number of good practices incorporated in national MNH policies, strategies, guidelines, and manuals, and report of analysis on the activities in Narsingdi and Chowgacha. The output 1 was achieved because all the three indicators were achieved as of the terminal evaluation. SMPP-2 has contributed to incorporating some good practices into HPNSDP 2011-16 and other policies through the collaboration with different stakeholders. Major contribution of good practices of SMPP-2 is a policy development related to CSG and 5S-CQI-TQM.

(2) Output 2

There are two indicators of the output 2: Mechanisms to monitor and support TQM, CSG and District HLP are established, and training modules formulated, number of training, number of training participants, number of Agencies SMPP provided technical assistance for implementation of TQM/CSG/HLP. All the indicators were achieved as of the terminal evaluation. Therefore, the Output 2 was achieved. SMPP-2 has contributed to developing and testing the mechanisms, tools and training modules to monitor and support CSG activities (including “Core Team Strategy”), 5S-CQI-TQM in hospitals and Horizontal Learning Program (HLP). As of the terminal evaluation, the usefulness and uniqueness of these mechanisms and tools has been recognized among hospital staff, Core Team members and partners.

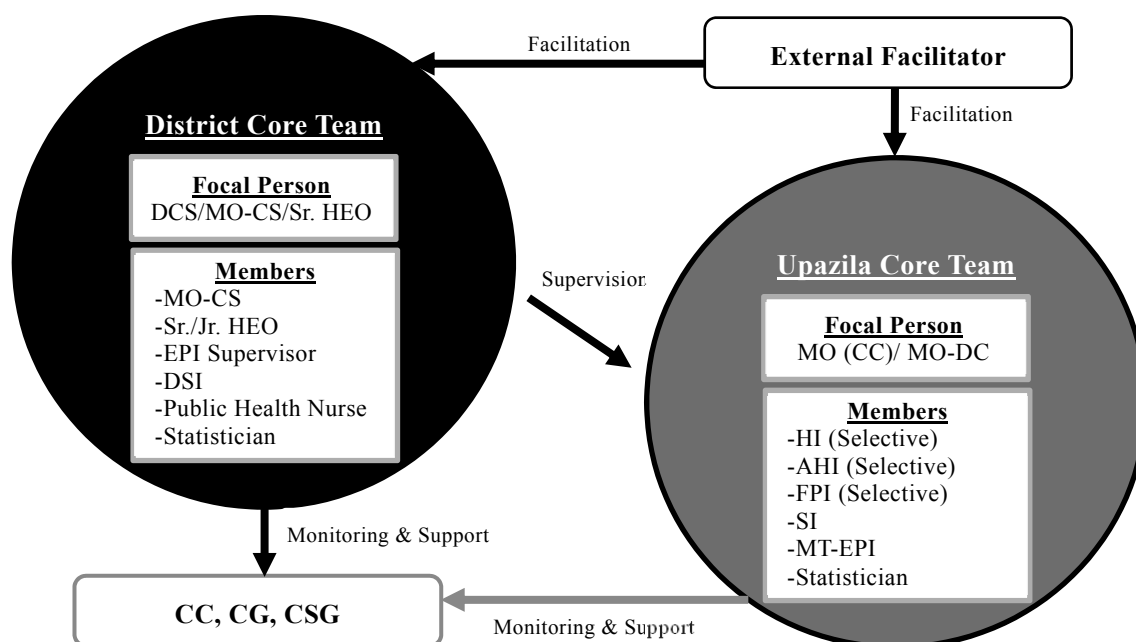


Figure. Conceptual Framework of Core Team Strategy

(3) Output 3

Output 3 is mostly achieved as of the terminal evaluation. The output 3 indicators are: Defined UHS concept, strategy and implementation mechanism is documented, the number of evaluation reports on MNH interventions, and the key process indicator for MNH such as ANC/PNC uptake, skilled birth attendance rate, and neonatal case fatality rate. The most of the targets related with the indicators have been achieved. The activities of the output 3 contributed to developing and operationalizing UHS concept and a comprehensive MNH intervention package for UHS. Lessons learned in Satkhira district can be disseminated to contribute to the discussion on implementation of effective MNH interventions within the UHS.

3-2 Achievement of Project Purpose

The project purpose is achieved. The most indicators achieved its target as of the terminal evaluation as shown in the below Table. The factors which enabled the CC/CG/CSG activities and 5S-CQI-TQM to expand throughout the country include the incorporation of approaches introduced by SMPP-2 into policies (output 1), the establishment of the mechanisms of monitoring and support to replicate the good practice (output 2) and a likely integration of a package of MNH interventions into the Upazila Health System based on the experience in Satkhira (output 3).

Table. Achievements of Project Purpose

Project Purpose: The approaches to improve MNH service quality and utilization in line with Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) are expanded in Bangladesh	
Indicators	Achievement
1. The proportion of all the TQM hospitals in Satkhira and Narsingdi achieved 70% or more on 5S at the MNH service areas (ANC/PNC corner, delivery room, operation theater and female ward)	Achieved All the 5S-CQI-TQM hospitals in Satkhira and Narsingdi achieved over 75% on 5S at MNH services areas, according to the project document.
2. The percentage of CSGs functional in Satkhira is increased to 70% or more	Achieved The percentages of CSGs functional in Satkhira is 82% (540 CSGs out of total 657 CSGs), according to the project document.
3. The proportion of women with complication using EmOC services increases to 80% or more in Satkhira and Kholaroa	Achieved As of the terminal evaluation, the proportion of women with complication using EmOC in Satkhira district and Kalaroa Upazila was 80.9%.
4. Proportion of deliveries assisted by skilled personnel (C-SBA, SSN/FWV with midwifery training, MBBS doctor) increases to 50% or more.	Achieved The proportion of deliveries assisted by skilled personnel in Satkhira district increases to 54.8% as of the terminal evaluation (baseline: 37.4%) and in Kalaroa it is increased to 68.1% (baseline: 45.6%)
5. The proportion of established CSGs reaches to 100% in Bangladesh	Mostly Achieved Number of established CSG is 39,240 in Bangladesh (99.4% of the target: 40,149 as of June 2015), according to the CBHC documents In 2013, RCHCIB issued the government order that all CCs should create CSGs as per the guideline.
6. TQM pilot hospitals expands to more than initial four hospitals (baseline: 3)	Achieved The number of the pilot hospitals is 106 in Bangladesh as of the terminal evaluation

(Source) Project documents

3-3 Summary of Evaluation Results

(1) Relevance

Improving maternal and neonatal health services targeted by SMPP-2 is one of agendas in the 3rd HPNSDP 2011-16, which is a key strategic document as of ex-ant evaluation as well as terminal evaluation. In addition, many challenges still remain in the neonatal and maternal health such as ensuring skill attendance at birth, service expansion to hard-to-reach areas, assuring quality of care, according to the concept paper of the next health sector program. Moreover, Japan's Country Assistance Program for Bangladesh also prioritizes the contribution to the Bangladesh's efforts to realize MDGs in some areas including maternal and child health. Therefore, SMPP-2 is highly relevant with the Bangladesh's health strategy and needs, as well as Japan's ODA policy. Therefore, its relevance is high.

(2) Effectiveness

As of the terminal evaluation, the CSG and 5S-CQI-TQM have been disseminated in Bangladesh. The incorporation of approaches introduced by SMPP-2 into policies (output 1), increased feasibility to maintain and expand the approaches through monitoring and support activities (output 2) and development of a package of MNH interventions under the Upazila Health System (output 3) were successfully achieved. Thus, SMPP-2 largely achieved its purpose as of the terminal evaluation.

(3) Efficiency

Both of the project cost and project period will be within the plan. Therefore, efficiency of SMPP-2 is high. During the project period, activities could not be implemented as expected due to security concern caused by political unrest and frequent strikes in Bangladesh but the project outputs were produced as planned.

(4) Impact

It is possible to achieve overall goal in 3-5 years after the end of the project because MMR is now on track to reach the target by 2016, and NMR will be addressed more intensively in the next health sector program. If the expanded approaches such as CSG and 5S-CQI-TQM are sustained with monitoring and support mechanisms, they will contribute the achievements of the target of MMR and NMR.

(5) Sustainability

As of terminal evaluation, some minor concerns have been observed in terms of the organizational, technical and financial aspects of the implementing agency for the sustainability of project effects. While responsible bodies were clearly defined for activities such as CSG, 5S-CQI-TQM, organizational rearrangement might be conducted by MoHFW according to the concept paper for the next health sector program. In addition, DGHS/DGFP will be able to operate national strategies and guidelines with various development partners because resource persons, agencies, documents, training modules will remain with DGHS/DGFP national level to Upazila levels. However, Core Team's activities developed

by SMPP-2 might not be taken over by anyone as this strategy has not been incorporated in the national policy. Moreover, there will be no major problem in terms of financial sustainability if the next health sector program allocates the same level of amounts of the expenditure with 3rd HPNSDP. It was reported during the terminal evaluation study that delayed supply of medicines to CC due to interrupted fund release has threatened the sustainability of activities of CC. There are other uncertainties for the sustainability related to the transition to a new health sector program. Therefore, sustainability of the project effects is fair.

3-3 Implementation Process

The PDM for the Project was revised based on the recommendation during the mid-term review process in order to facilitate the understanding of PDM as well as to reflect actual activities of the Project.

In SMPP-2 Project Supporting Committee, comprised of Japanese experts in key areas related with SMPP-2, was established at the beginning of SMPP-2 to provide technical consultation. The committee has been beneficial to the Project in terms of providing different viewpoints for the reframing the project scope and activities.

In addition, partnership with other development partners contributed to extend and scale-up the experiences such as activities of CSG and 5s-Kaizen-TQM to the entire region.

Also, combination with Yen Loan project promoted to share the activities of the Project as well as coordination with the activities of Japan Overseas Cooperation Volunteers facilitated the exchange of useful information on site level.

3-4 Conclusion

SMPP-2 is highly relevant with the Bangladesh's health strategy and needs, as well as Japan's ODA policy, because SMPP-2 has focused on maternal and neonatal health prioritized in the 3rd HPNSDP as well as Japan's Country Assistance Program. Effectiveness and impact are high because SMPP-2 has achieved its project purpose "the expansion of new approaches such as CSG and TQM, which influence the maternal and neonatal indicators positively. Efficiency of SMPP-2 is high because both of the project cost and project period will be within the plan. Sustainability of SMPP-2's effects is fair because some minor concerns have been observed in terms of the organizational, technical and financial aspects of the implementing agency.

In light of the above, this project is evaluated to be highly satisfactory.

3-5 Recommendations

1. On the ground that "Core Team Strategy" has functioned effectively to activate CG and CSG which contribute to maximum utilization of CC as well as to strengthen the Upazila Health System. The Evaluation Team recommends to Bangladesh side to expand the "Core Team Strategy" to other districts to promote CC initiative.
2. CBHC should take necessary measure to address issues mentioned in 3-2-2 Output 2; allocation of budgets for "Core Team Strategy", mobilizing resources for external facilitators such as NGOs,

retaining experiences as institutional memory, and policy endorsement of “Core Team Strategy”.

3. The Evaluation Team confirmed that the mechanism of CG and CSG is applicable for promoting further utilization of family welfare center (FWC). DGFP should consider creating CSG under the FWC management committee. In addition, data of FWC should be integrated with existing community clinic data to capture the entire situation of the union.
4. SMPP-2 should document the implementation process, monitoring mechanism and experience of District HLP. In addition, the document should be shared and finalized with MoHFW, the Horizontal Learning Center and its partners by June 2016. Documents are expected to be utilized in the new phase of HLP, and for mobilizing Union Parishads to contribute to health sector strengthening.
5. SMPP-2 should share the results and lessons learned of impact studies in Satkhira about women’s health seeking behavior, social capital and women’s empowerment with MoHFW and sector partners by the end of SMPP-2 to draw policy recommendation.
6. The Evaluation Team recommends TQM program of DGHS to support hospitals to strengthen internal PDCA cycle in 5S-CQI-TQM and showcase the good practices of 5S-CQI-TQM for advancement. The Team also recommends compiling positive changes of quality of hospital services with data after the introduction of 5S-CQI-TQM.
7. The Evaluation Team recommends SMPP-2 to document 10-year experiences of SMPP, evolution of Narsingdi model, and process and lessons learned of the scale-up of CSG and 5S-CQI-TQM by June 2016.
8. The Evaluation Team recommends MoHFW to assure responsible departments to take over the achievements of SMPP-2 even in the next health sector program.

3-6 Lessons Learned

1. It was proved that the Government can effectively mobilize the community participation with strong ownership in Bangladesh. To formulate appropriate policies, external supporters such as SMPP-2 could advice or offer innovative ideas (e.g. CSG, Core Team strategy, 5S-CQI-TQM.) to the government from the external objective point of view.
2. SMPP-2 focused on policy formulation and operationalization with the Government through constructing linkages between these two aspects, instead of increasing the geographical coverage. It resulted in the formulation of appropriate policy and relevant approaches in the Bangladesh context, which attracted development partners to get on board.
3. SMPP-2 conducted the third country training such as 5S-CQI-TQM in Sri Lanka and in Tanzania and exchange visits between Bangladesh and Afghanistan/Kenya. As for the Kenyan case, the visit influenced the development of Community Health Strategy in Kenya. Those activities were able to create the chain reaction of knowledge and experiences by utilizing global network of JICA. It had the positive impacts beyond the national border by utilizing the achievements of other JICA technical cooperation projects.
4. PDM is a tool to share the direction of the Project as well as mobilize resources for the project implementation at the design stage of the Project. Based on SMPP-2 experience, project management tool should allow flexible and timely revision of activities when critical changes of the

technical cooperation takes places and/or when an opportunities arise for achieving the overall goal, which facilitate dynamic actions to address the overall goal.

5. It was observed that one of the most critical factors of SMPP's success was the placement of JICA expert who committed oneself/herself to the project over 10 years and understands the country context, the latest landscape of global health as well as JICA's development values. Furthermore, JICA internalized SMPP and built full trust with the expert that enabled SMPP to take prompt decisions and actions, and allowed SMPP to be adaptable to meet changing needs of the country.

第1章 終了時評価調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯

母性保護サービス強化プロジェクトフェーズ2 (Safe Motherhood Promotion Project Phase 2 : SMPP-2) は2011年7月から2016年6月まで実施された。本プロジェクトでは、フェーズ1 (2006～2011年に実施) で試行された母子保健介入モデルである「ノルシンディ・モデル」を他地域に拡大しつつ、主要介入の改良に取り組んだ。本調査は2016年6月のプロジェクト終了を前に、バングラデシュ政府と合同でプロジェクトの評価を行うために実施された。

1-2 調査団派遣の目的

本終了時評価調査の主な目的は以下のとおり。

- ① プロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM) に基づき、プロジェクト全体の進捗状況 (投入実績、活動実績、目的・成果達成状況、発現効果など) を調査・確認し、課題などを整理する。
- ② 評価5項目 (妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性) の観点からプロジェクトの終了時評価を行う。
- ③ プロジェクト目標・上位目標の達成に向けて提言を行う。
- ④ 上記の評価結果をカウンターパート (Counterpart : C/P) 機関と協議し、合同評価報告書として取りまとめる。

1-3 調査団の構成

終了時評価調査団 (以下、調査団) の構成は以下のとおり。

調査団員		
<日本側>		
担当分野	氏名	所属
団長/総括	富田 洋行	JICA バングラデシュ事務所次長
地方行政	佐藤 寛	日本貿易振興機構 アジア経済研究所 上席主任調査研究員
母子保健	明石 秀親	国立国際医療研究センター国際医療協力局研修企画課長
新生児ケア	森 臨太郎	国立成育医療研究センター研究所 成育政策科学研究部長
評価分析	鶴田 浩史	株式会社泪橋ラボ プロセスコンサルタント
評価企画	葦田 竜也	JICA 人間開発部保健第四チーム企画役
<バングラデシュ側>		
氏名	所属	
レジウエヌル・ホク	保健家族福祉省 (Ministry of Health and Family Welfare : MoHFW) 上級アシスタント・チーフ	
Dr. モシヤラフ・ハッサン	保健サービス総局 (Director General of Health Services : DGHS) /コミュニティにおけるヘルスケア部局 (Community Based Health Care : CBHC) アシスタント・ダイレクター兼プログラム・マネジャー	

Dr. A.S.M ナズムル・ハク	DGHS 病院サービス管理・総合的品質管理（Total Quality Management : TQM）プログラム副プログラム・マネジャー
Dr. M.A.ヅルカウサ	家族計画総局（Director General of Family Planning : DGFP）アシスタント・ダイレクター、副プログラム・マネジャー

1-4 プロジェクトの概要

(1) 上位目標

バングラデシュにおける妊産褥婦と新生児の健康状態が向上する。

(2) プロジェクト目標

妊産褥婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチが、保健・人口・栄養セクター開発プログラム（Health, Population and Nutrition Sector Development Program : HPNSDP 2011-2016）に整合する形で、バングラデシュ全体に拡大する。

(3) 成果

- 1) 母子・新生児保健に関連する優良事例が同定され国家戦略とガイドラインに統合される。
- 2) 優良事例の適用拡大をモニタリングし、支援するメカニズムが開発され、適用された優良事例が機能する。
- 3) 郡保健システム（Upazila Health System : UHS）の下での妊産婦・新生児保健介入パッケージが開発される。

第2章 終了時評価調査の方法

2-1 終了時評価調査の方法

本終了時評価は「新・JICA 事業評価ガイドライン第2版」（2014年5月）に基づいた評価デザインにより実施された。プロジェクトの実施プロセスと実績、評価5項目について評価設問を定め評価グリッドを作成した。なお、評価5項目とは以下のとおり。

評価5項目

妥当性	プロジェクト目標や上位目標がバングラデシュの開発政策と合致していたかを検証し、判断する。
有効性	プロジェクト目標が計画どおりに達成したか否か、及び、プロジェクト目標の達成がプロジェクトの成果によるものか否かに基づいて判断する。
効率性	プロジェクト活動が効率的に投入資源を活用したか否か、及び、プロジェクトの投入がどの程度、成果に結びついたかにより判断する。
インパクト	上位目標の達成状況、または、その見込みで判断する。また、インパクトの検証は、直接的または間接的効果、正負の効果、意図的・意図していない効果等の分析も含む。
持続性	プロジェクト完了後のプロジェクトの効果の持続や発展について、政策・制度面、組織体制面、技術面、財政面の観点から検証する。

2-2 情報・データの収集及び分析

本終了時評価調査では、評価グリッドに基づき、以下の方法により、情報・データを収集した。

- (1) 討議議事録（Record of Discussions : R/D）や協議議事録（Minutes of Meeting : M/M）、PDMバージョン1など、プロジェクト実施前及び実施中に日本・バングラデシュ国側双方で同意された文書のレビュー
- (2) 日本・バングラデシュ国側双方の有するプロジェクト資料やプロジェクト活動を通して作成された資料のレビュー
- (3) プロジェクトの成果や目標の達成状況を示すデータ・統計の収集・分析
- (4) プロジェクト関係者（日本人専門家や実施機関職員、その他プロジェクト関係者等）からの聞き取り
- (5) プロジェクトサイトの視察

情報・データの収集後、終了時評価調査団は、上記で述べた評価5項目を基に分析・整理を行い、評価判断を行った。その後、日本・バングラデシュ国側双方が参加する会議を行い、評価結果を基に、プロジェクト完了までの6カ月間のプロジェクト活動に関する提言を導いた。

第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス

3-1 投入

3-1-1 投入概要

表3-1 投入の概要

投入	計画	実績（終了時評価調査時）
(1) 日本人専門家	<ul style="list-style-type: none"> ・長期専門家（チーフ・アドバイザー、業務調整） ・短期専門家（TQM、母子保健、コミュニティ・モビライゼーション） 	<ul style="list-style-type: none"> ・長期専門家（合計 108 人/月）（チーフ・アドバイザー、業務調整） ・短期専門家（合計 3.9 人/月）（アドバンスト・ファシリテーション・ワークショップ、コミュニティ・モビライゼーション、保健システムマネジメント導入研修、TQM 等）
(2) 第三国研修	5S-カイゼン-TQM 研修、保健システム・マネジメント研修	TQM 研修（スリランカ及びタンザニア）、ガバナンスにおけるリーダーシップ研修（ケニア）
(3) バングラデシュ国内研修	コミュニティ・グループ・マネジメント、5S-カイゼン-TQM、分娩第三期のアクティブ・マネジメント、新生児ケア・蘇生、看護師・家族福祉ビジター・コミュニティの熟練介助者のための産前健診/産後健診、医療機材維持管理等	リーダーシップとマネジメント、安全な出産、コミュニティの熟練介助者向け追加研修、感染予防実務、トリアージ、コンピュータ、産後の家族計画、伝統的産婆向けオリエンテーション、チョウガチャの経験共有研修、5S-カイゼン-TQM 等
(4) 機材供与	緊急産科・新生児ケアに必要な機材等	新生児ケアに必要な機材等 (約 405 万バングラデシュ・タカ)
日本側投入額	4 億 9,000 万円	3 億 7,600 万円
バングラデシュ側投入	C/P の配置 プロジェクト事務所・執務室の提供	C/P の配置 プロジェクト事務所（ダッカ）・執務室（ノルシンディ・ジョソール県とシャトキラ県の 6 郡）の提供（水道・電気代等を含む）
プロジェクト期間	2011 年 7 月～2016 年 6 月（5 年間）	2011 年 7 月～2016 年 6 月（5 年間）

出所：（計画）事前評価表及び R/D

（実績）終了時評価時のプロジェクト資料

3-1-2 投入要素

日本・バングラデシュ国側双方の投入は計画どおりに行われた。

現在のチーフ・アドバイザーは、保健セクター企画調査員として JICA バングラデシュ事務所に勤務した経験もあったことから、本プロジェクト開始前からバングラデシュの保健セクターに関する知識やネットワークをもっていた。その後、2006 年の SMPP-1 の開始時からチーフアドバイザーとしてリーダーシップを発揮し、プロジェクト運営を行ってきた。このような長期間にわ

たる活動は、SMPP と MoHFW をはじめとするさまざまなパートナーと関係を強化しプロジェクト活動の効率性や効果を高めたと考えられる。また、長期かつ定期的に保健セクタープログラムの立案過程やさまざまな技術部会へ参加したことで、SMPP や JICA のプレゼンスを高めることにも貢献した。

バングラデシュ国内の技術・人的リソースを積極的に活用したことも、SMPP-2 の特徴の 1 つである。SMPP-2 は、経験豊富なバングラデシュ人をコンサルタントとして雇用し、日本人専門家と同様に技術面とプロジェクト管理の両面で重用した。加えて、住民主体のコミュニティ動員活動において定評のある CARE-バングラデシュと業務委託契約を結びその知見をプロジェクト活動に生かし発展させた。これら現地のコンテクストに配慮した現地リソースの活用は、プロジェクトの初期段階での活動の円滑な実施や成果の発現に効果があった。結果として、プロジェクトの活動の効率性も高まるとともに、バングラデシュの現状と合致した形で介入が行われたと考えられる。

第三国研修は、類似活動を展開している他の途上国の知見の活用につながり、適切だったと判断する。この知見には、スリランカの 5S-カイゼン-TQM のように JICA が長期にわたり協力したことで発展してきた成果を含んでいる。第三国研修によって、研修参加者は、自国の状況を振り返り、自国で適合しやすい新しい技術やアイデアを得るとともに、学習成果の活用に関する強い動機づけを得ることができたと報告されている。

3-1-3 プロジェクト費用

プロジェクト費用は、計画内に収まると考えられる。終了時評価時点のプロジェクト費用実績は、計画比 76.7%であった。また、プロジェクト完了までのプロジェクト費用の実績の見込みも、4 億 1,000 万円（計画比 83.3%）となっていた。バングラデシュ人専門家を積極的に活用したことで、当初の計画どおりに日本人専門家を派遣する必要がなくなったため、支出が抑えられたことによる。また、保健セクター内のリソースの有効活用を促し、さらには地方行政の年次予算を使ったプロジェクト関連活動の実施を推進したことによりプロジェクトの資金的負担が軽減されたことも理由として挙げられる。ただし、プロジェクト費用が低く抑えられていたとしても、下記に示すようにプロジェクトの成果は計画どおりほぼ達成されている。

3-1-4 プロジェクト期間

プロジェクト期間は計画どおり（計画比 100%）となる見込みである。終了時評価時、プロジェクトの成果はほぼ計画どおり達成されている。終了時評価時、プロジェクト期間の延長は検討されてはいない。プロジェクト実施期間中、バングラデシュ国内の政治的な混乱やストライキの頻発、安全配慮の必要性等により、プロジェクト活動は必ずしも計画どおりに実施できないことが多かった（例えば、日本人専門家は 2013 年・2 カ月、2014 年・20 日、2015 年・3 カ月以上、自宅待機を強いられた）。しかしながら、そのような状況でも、下記に示すように、プロジェクトの成果や目標はほぼ達成された。

3-2 プロジェクト活動と成果の実績

3-2-1 成果 1

表 3-2 に示すように、終了時評価時、すべての指標は達成していることから、成果 1 は達成

したと判断する。SMPP-2 は、さまざまな関係者と協働し、これまで取り組んできたいくつかの優良事例を HPNSDP 2011-2016 やその他の政策に組み入れることができた。

表 3-2 成果 1 の達成状況

成果 1：母子・新生児保健に関連する優良事例が同定され国家戦略とガイドラインに統合される。	
指 標	達成状況
1-1. SMPP-2 と母子・新生児保健分野の他ステークホルダーが協働する例・テーマ・分野の数が増加する。	<p><u>達成した：</u> SMPP-2 は、次の 12 の事例に関しさまざまなステークホルダーと活動を行った。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5S-カイゼン-TQM プログラム (UNICEF、WHO、UNFPA、GIZ) 2. 保健医療システム強化プログラム (DGHS、WHO) 3. 郡保健システムプログラム (DGHS、WHO) 4. ローカル・レベル・プランニング (DGHS) 5. 水平学習プログラム (LGD、WB) 6. 質の改善事務局 (HEU、GIZ、UNICEF) 7. WHO の女性と子どもの健康に関する情報とアカウンタビリティ委員会のイニシアティブ (COIA イニシアティブ) (DGHS、UNICEF) 8. Demand Side Financing (DSF) プログラム (DGHS、WHO) 9. コミュニティ・クリニック (Community Clinic : CC) プロジェクト (終了時評価時は、コミュニティを基盤とするヘルス・ケア・活動計画と名称変更) (首相府、DGHS、WHO、NGO) 10. 妊産婦・新生児死亡症例検討会 (DGHS、HEU、UNICEF、UNFPA) 11. 産後・家族計画 (DGFP、EngenderHealth) 12. コミュニティの熟練介助者 (DGHS/CARE)
1-2. 国家 MNH 政策・戦略・ガイドライン・マニュアルへ統合された優良事例の数が増加する。	<p><u>達成した：</u> 2 例の優良事例 [コミュニティ・サポート・グループ (Community Support Group : CSG) と 5S-カイゼン-TQM] が国家政策に組み入れられた。その結果、これらの優良事例がバングラデシュ国中に拡大された。</p>
1-3. ノルシンディ県及びチョウガチャ県における活動分析報告書 (それぞれのモデルのプロセス記録) が作成される。	<p><u>達成した：</u> 次の 5 つの分析報告書が作成された。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ノルシンディ県におけるコミュニティ・グループ (Community Group : CG) と CSG の分析調査 2. チョウガチャ県病院の経験に関するトレーニング資料 3. ノルシンディ県ノモホルディでの産後ケア研究 4. 民間セクターにおけるコミュニティの熟練介助者の評価調査 5. 2011 年及び 2014 年における妊産婦・新生児・子どものマッピング調査 <p>また、SMPP-2 の活動経験をまとめた学術論文も 4 本、発表されている。</p>

出所：プロジェクト資料

SMPP-2 が取り組んできた優良事例のなかでも、バングラデシュの保健・医療システムの強化に対する最も顕著な貢献は、CSG と 5S-カイゼン-TQM の 2 つの優良事例の政策化である。

(1) CSG

SMPP-1 の成果であるコミュニティ支援システム（CSG を内包する住民主体の母子保健促進の仕組み）は、“バングラデシュ CC 運用ガイドライン”に組み入れられ、国内全域に CSG の活動が拡大するに至った。CSG は、CC サービスの利用促進を目的として導入され、CC の管理運営を担う CG と連携しながら地域の健康改善に貢献した。

(2) 5S-カイゼン-TQM

SMPP-2 は、サービスの質の向上をめざした病院運営の改善を促すべく、5S-カイゼン-TQM を取り入れた。5S-カイゼン-TQM は、段階的アプローチとよばれるものであり、限られたリソースのなかで病院運営の改善を 3 段階に分割して進めていく方法である¹。

まず、5S-カイゼン-TQM は、SMPP-1 の実施期間中、2010 年の後半に、4 カ所の病院で試行的に導入された。続いて、これらの病院の成果が顕著であったことから、MoHFW は他の病院でも導入することを決定し、終了時評価時は、政府の政策として全国拡大が図られていた。また、5S-カイゼン-TQM の拡大の方針は、2015 年 1 月に MoHFW により策定された「保健・医療サービス提供に係るケアの質のための戦略計画文書」（National Strategy on Quality of Care for Health Service Delivery, Bangladesh）にも明記されている。

なお、SMPP-2 は、これまで、CSG や 5S-カイゼン-TQM 以外でも、いくつかの政策立案のプロセスに関与してきた。例えば、妊産婦保健戦略策定作業、HPNSDP の年次レビューやタスクグループ会議、妊産婦・新生児死亡症例検討会への参加等であり、これらのプロセスへの関与もまた、SMPP-2 の優良事例や経験を政策文書に盛り込むために有用な機会であったといえる。また、SMPP-2 が 2011 年と 2014 年に実施した母子保健関連プロジェクトのマッピング調査は、バングラデシュにおける母子保健プロジェクトの特徴や状況に関する有用な情報を関係者に提供し、プロジェクト活動の重複を防ぎ、異なるプロジェクト間の協働を促すために必要な関係者間の調整の重要性を認識させた。

さらに、SMPP-2 との協力の下、病院改善活動の対象病院がその功績や顕著な改善度合いに基づき表彰され、実践を学べるモデルサイトとして多くの訪問者を受け入れた。これは C/P の活動が高く評価されたことを示しており、SMPP-2 の活動へのさらなる動機づけとなったと考えられる。

3-2-2 成果 2

終了時評価時、すべての指標が達成していたことから、成果 2 は達成したと判断する。SMPP-2 は、コミュニティでの CSG の活動や病院での 5S-カイゼン-TQM の活動、水平学習プログラム（Horizontal Learning Program : HLP）のモニタリングや支援に必要なメカニズムやツール、研修

¹ 3 段階は、①業務環境改善のための 5S（整理、整頓、清掃、清潔、しつけ）の実施、②職員参加の問題解決方法として継続的な品質改善活動（カイゼン）の実施、③組織全体のキャパシティを最大限活用した品質保証のアプローチとしての TQI で構成されている。

モジュールの開発や試行に寄与した。このなかには、“コア・チーム戦略”とよばれる CSG の活動のモニタリング・支援のための新しい仕組み（図 3-1 参照）の開発も含む。終了時評価時、これらのメカニズムやツールの利便性やユニークさは、病院職員やコア・チームのメンバー、その他援助機関関係者から広く認められていた。プロジェクト完了までに、SMPP-2 は、引き続き、モニタリング・支援の活動の持続性を高めるために、これらの仕組みを試行していくことになっている。

表 3-3 成果 2 の達成状況

指 標	達成状況
<p>2-1. 5S-カイゼン-TQM や CSG、県レベルの水平学習プログラム（HLP）が確立する。</p>	<p>達成した：</p> <p>CSG：</p> <p>“バングラデシュにおけるコミュニティ・ヘルス・イニシアティブの再生”プログラム（Revitalization of Community Health Care Initiatives in Bangladesh：RCHCIB、大統領府直轄の CC 関連業務の責任部署。コミュニティ・クリニック・プロジェクトともよばれる）が中心となり、CSG の活動に関するパフォーマンス指標を設定し、バングラデシュ全国の CSG の活動に関するモニタリングを行っている。その一方で、SMPP-2 は、CC や CG、CSG の活動をモニタリング・支援するための方法として、“コア・チーム戦略”を提案し、4 県でパイロット活動を開始している。また、別途、2 つの NGO（CARE-バングラデシュと DASCOH）も、SMPP-2 からの技術支援を得ながら、2 県において同戦略を実施している。</p> <p>TQM：</p> <p>2014 年、MoHFW の医療経済ユニットの下に、関係者間の調整や TQM のような保健医療施設のサービス改善活動のモニタリングをする部署として、質の改善事務局（Quality Improvement Secretariat）が立ち上げられた。また、策定された「保健・医療サービス提供に係るケアの質のための戦略計画文書」に従い、中央、県・郡、各病院レベルに質改善委員会やチームが設立された。5S-カイゼン-TQM が導入された病院では、既存の質の改善チーム（Quality Improvement Team：QIT）や業務改善チーム（Work Improvement Team：WIT）がそのまま活用されている。</p> <p>HLP：</p> <p>2011 年、バングラデシュ国内の HLP の運営・調整を目的に、地方自治総局（Local Government Division：LGD）の下に、水平学習センター（Horizontal Learning Center：HLC）が世界銀行の支援で設立された。SMPP-2 は、シャトキラ県で、HLP 活動の実施体制を構築する支援を行った。シャトキラ県での HLP 関連活動については、終了時評価時、文書化のための作業が行われているところであった。</p>

<p>2-2. 研修モジュールが策定され、TQM や CSG、HLP の実施において SMPP が技術支援を行った研修・研修参加者・実施機関の数が増加する。</p>	<p>達成した：</p> <p>研修： 研修モジュール：SMPP-2 は 10 種類の研修モジュールの開発を支援した。基礎的母子保健パッケージ研修、チョウガチャ・モデルに関する研修、コミュニティ・ヘルス・ケア・プロバイダー導入研修、CG 研修、CSG 研修、コンピュータ研修、ユニオン評議会向け CC/CG/CSG に関するオリエンテーション、コア・チーム戦略に関する研修講師育成研修（Training of Trainers：TOT）、カイゼン・マニュアル（案）研修、県 HLP 実施ガイドラインに関する研修</p> <p>研修参加者： 研修は、主にコミュニティでの活動や 5S-カイゼン-TQM に関するもので、5,300 名*の職員に対し提供された。</p> <p>技術支援： 次の政府 C/P 6 機関に対して技術支援が行われた。MoHFW（妊産婦・新生児・乳幼児・思春期保健の運用計画、必須サービス提供運用計画、情報マネジメントシステム、新生児・乳幼児・リプロダクティブ・思春期保健の運用計画等）、WHO、UNICEF、UNFPA、GIZ、IOM、icddr.b</p>
--	--

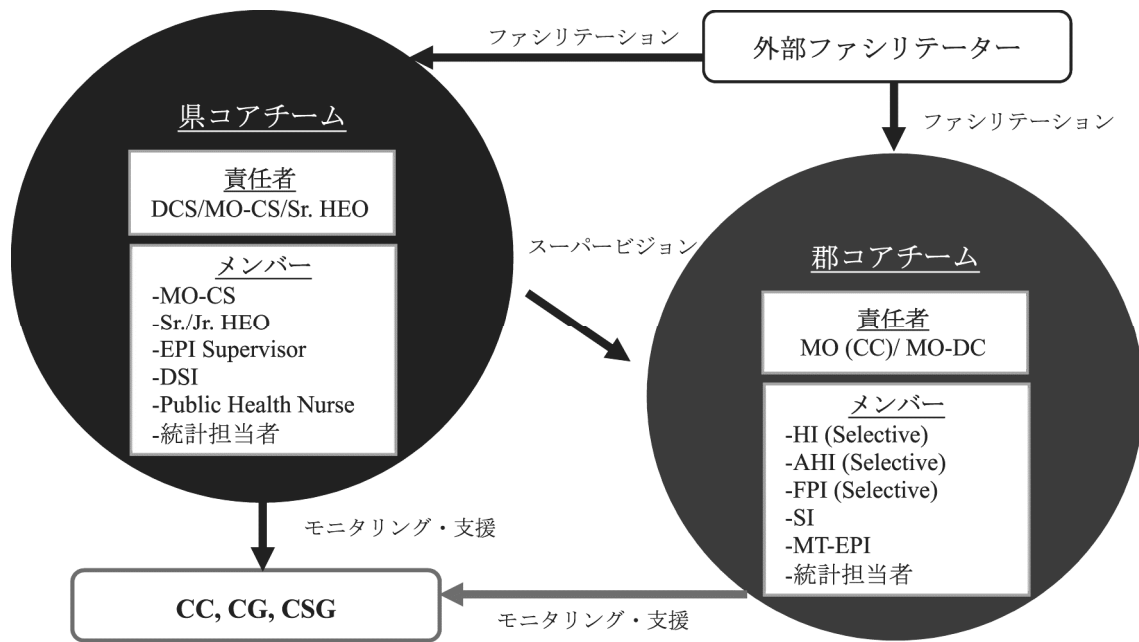
出所：プロジェクト資料

*研修参加者の人数には、2011～2015 年に 25 の医療施設で実施された 5S-カイゼン-TQM のオリエンテーションの参加者は含んでいない。正確な参加者数が把握困難であったため。

終了時評価時、いくつかの異なるモニタリング・支援のメカニズムを開発していた。それは、①CC/CG/CSG の活動に対するモニタリング及び支援のシステム、②5S-カイゼン-TQM に関するモニタリング・ツールと研修モジュール、③県レベルでの HLP の実施である。

(1) CC/CG/CSG の活動に対するモニタリング及び支援のシステム

このモニタリング・支援システムは、SMPP-2 が開発し RCHCIB に提案した新しいモニタリング・支援の方法で、“コア・チーム戦略”とよばれ、図 3-1 に示すような仕組みになっている。このシステムは、2014 年 3 月より導入・開始され、終了時評価時には、のべ 6 県で実施されていた。6 県のうち 4 県（シャトキラ県、ジョソール県、ノルシンディ県、コックス・バザール県）は SMPP-2 自らが支援を行い、残り 2 県は CARE-バングラデシュと DASCOH により実施されている。コア・チームを立ち上げる際には、SMPP-2 が県コア・チームのメンバーである政府職員に対して、TOT を行い、講師かつメンバーとしてのキャパシティの向上を図った。



出所：プロジェクト資料

図 3-1 “コア・チーム戦略” の概念図

表 3-4 コア・チームの機能

県のコア・チーム	郡のコア・チーム
<p>代表者の役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ CC や CSG に対する研修計画の立案及び CC や CG、CSG の活動の調整 ・ 県及び郡のコア・チームのメンバーによる月例会議の実施促進 ・ CC や CG、CSG のパフォーマンスに関する報告書の作成と県衛生部長事務所を介した中央レベルへの報告書提出 ・ CC のケアの質の管理 <p>メンバーの役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ CC や CG、CSG 向けのキャパシティ・ビルディングや研修の調整・計画・支援 ・ 郡のコア・チームのパフォーマンスのモニタリング ・ 郡のコア・チームに対する支援の提供 ・ 郡のコア・チームのメンバーや CC、CG、CSG に対する OJT の提供 	<p>代表者の役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ CC や CG、CSG のパフォーマンスに関する報告書の作成 ・ 郡レベルでの CC や CG、CSG の活動の調整 ・ コミュニティ・ヘルス・ケア・プロバイダーや CG、CSG 向けの研修計画の立案 ・ 郡レベルでの月例会議の実施促進 <p>メンバーの役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニティ・ヘルス・ケア・プロバイダーや CG、CSG 向けの研修の実施促進 ・ CC や CG、CSG の活動のモニタリングのための現場訪問 ・ 郡の月例ミーティングでの現地訪問結果やフィードバックの共有

出所：プロジェクト資料

この戦略では、2 種類のコア・チームが形成されることになっている。郡のコア・チームと県のコア・チームである。これらのコア・チームは、CC や CG、CSG の活動をモニタリング・支援し、さまざまな方法により、CC のケアの質の改善やパフォーマンスの向上をめざ

し、活動を行う。例えば、CCやCG、CSGの活動を把握し適切な指導・支援を提供するための現場訪問と上位機関へのフィードバック、研修、関係者間の調整、状況・進捗確認及び問題解決のための月例会議といったチーム活動等である（詳細は上記表3-4参照）。コア・チームの代表者は、県及び郡におけるCCに関連する活動全体に責任をもつ。また、外部ファシリテーターが2年間配置され、コア・チームの代表者やメンバーの能力強化を支援する。

終了時評価調査時の聞き取りでは、コア・チームのメンバーは、コア・チーム戦略の効果を受けていることが確認できた。例えば、CCの運営状況の改善、オンライン情報システムでの報告率の向上、コミュニティ・リーダーのCCやCGの活動へのコミットメントの増大、利用者の満足度の増加等である。また、例えば図3-2に示すように、保健サービス指標を参照すると、ダッカ管区全県の平均に比べ、ノルシンディ県のサービス指標の改善が顕著であることが読み取れる。

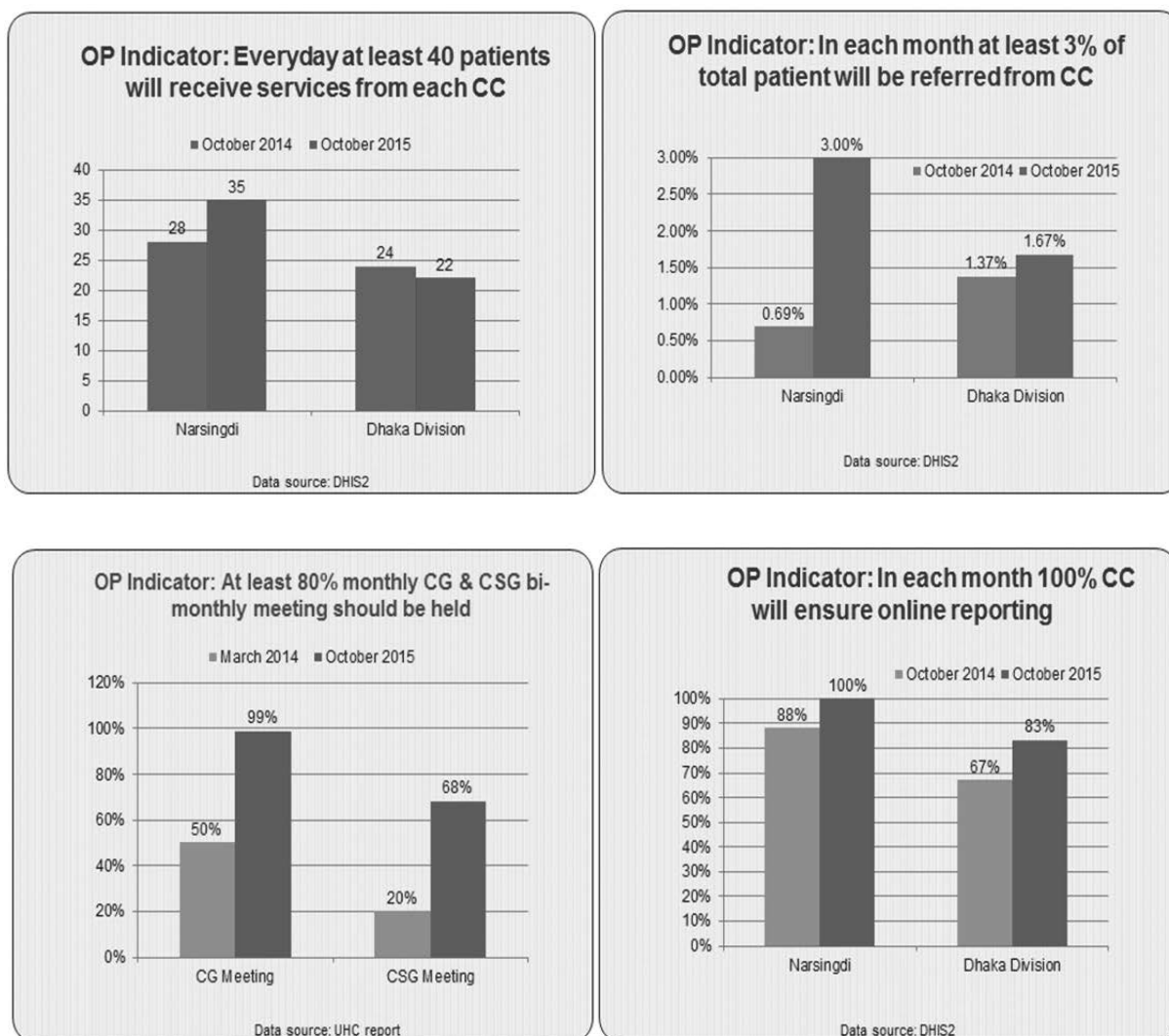


図3-2 ノルシンディ県とダッカ州の比較

また、保健サービスの活用状況を示す指標もある。例えば、バングラデシュの保健・医療施設のサービス利用状況に関する統計をまとめている Local Health Bulletin によれば、シャト

キラ県での CC 利用者は、2012 年 5 月～2013 年 6 月の 1 年間で 137 万 3,473 人であったのに対し、2014 年 5 月～2015 年 6 月の 1 年では 156 万 5,541 人に増加した（14.0%の増加）。一方で、郡保健コンプレックスやユニオン・サブ・センター、ユニオン・保健家族福祉センターの利用者の合計人数は、2012 年 5 月～2013 年 6 月の 1 年間で 41 万 3,151 人であったのに対し、2014 年 5 月～2015 年 6 月の 1 年間では 21 万 5,688 人に減少した（-48.0%の減少）。これは、CC の活用が促進される一方で、郡病院やユニオン・サブ・センター、ユニオン・保健家族福祉センターの負担が軽減され、より緊急性や重症度の高い利用者に対応する時間がもてるようになっていることを示唆する。

しかしながら、終了時評価時、同戦略の持続性に関する懸念が生じている。郡評議会や CC、CG、CSG、メンバーの上司等、コア・チームのメンバーは活動による目に見える成果と注目を得ることで、活動の持続に関し自信を示した者もいたものの、インタビューに回答したコア・チームのメンバーの一人は「SMPP-2 完了後は、モニタリング・支援の質や関係者間の調整の効率性は低下する」などの懸念を示した。また、2015 年 11 月には、コア・チーム戦略の成果共有ワークショップが開催されたが、その場でも、コア・チーム代表者の異動、不十分な予算配賦、政策的な支援の不足等が課題として挙げられていた。

(2) 5S-カイゼン-TQM の活動のモニタリング・ツールと研修モジュールの開発

SMPP-2により 5S-カイゼン-TQMを導入した病院では、「病院施設での 5S 実施マニュアル」に従い、QIT 及び WIT によるモニタリング・支援が行われている。同マニュアルは、病院に対して、SMPP-2 の協力の下で DGHS が開発した 2 種類のチェックリストを用いるよう奨励している。2 種類のチェックリストの 1 つは QIT や WIT による組織内部でのモニタリングに使われ、もう 1 つは外部者によるモニタリング用のものである。外部のモニタリング・チーム（県レベルや国レベルのモニターにより構成される）によるモニタリングが実施された場合、その結果は病院責任者と QIT に共有されることになっている。その際、報告書（記入済みのチェックリスト等）が病院責任者や QIT はもちろんのこと、DGHS の病院管理部署（TQM ユニット）に提出されることが定められている。

本評価調査では、ジョソール県やシャトキラ県、ノルシンディ県の県病院や郡病院への踏査を行ったが、5S-カイゼン-TQM 活動のモニタリング・支援に係るグッド・プラクティスを観察することができた。例えば、いずれの病院も QIT や WIT を組織化し機能させていたこと、5S-カイゼン-TQM の導入の事前事後比較のために写真による記録を残していること、活動実施の動機づけのために WIT のメンバー表や活動計画、写真などを掲示していること、などが挙げられる。また、プロジェクトと連携している青年海外協力隊（JOCV）が 5S-カイゼン-TQM の実施に協力している例（シャトキラ県、ジョソール県、ノルシンディ県、ジェネイダ県、パブナ県の 5 県）もあった。

(3) 水平学習プログラム（HLP）への参加

SMPP-2 は、プロジェクト開始当初から地方自治農村開発協同組合省地方自治総局（LGD）の行っている HLP のメンバーになっている。このプログラムは、世界銀行の給水・衛生プログラムやさまざまなパートナーとの協力を通して、LGD が 2007 年 11 月に立ち上げたものである。詳細は、Box 1 に記載するが、SMPP-2 ではこのプログラムを介して、母子・新生児保

健に関連するユニオン評議会主導の優良事例の実施の促進と拡大が喚起された。

SMPP-2 は、県の HLP の実施とモニタリング体制の構築を支援した。具体的には、①県の HLP に関するワーキング・チームの形成、②ユニオン開発委員会会合や一般公開された年次予算編成に係る住民対話セッションの開催促進、③ユニオン評議会の母子・新生児保健関連活動の年次予算案の作成、④県の内外の優良事例の共有を目的としたユニオン間のネットワークづくり、⑤HLP に関するワークショップや視察旅行の実施等に関する支援を行った。その結果、例えば、2014 年 8 月～2014 年 11 月にシャトキラ県の 7 カ所のユニオン及び 2 カ所の市で実施されたワークショップにおいて、保健・医療に関連した優良事例などが特定・共有された。優良事例には、安全な出産を担保するための資金創出、妊産婦のための移動手段と貯金箱、栄養失調児と妊産婦の特定、妊産婦・新生児向け栄養パウダーの配付等が含まれた。また、シャトキラ県内のユニオン評議会は、2013～2014 年度、総計 540 万バングラデシュ・タカの予算を保健に配賦している。

なお、終了時評価時、SMPP-2 は県の HLP の実施ガイドラインを作成中であった。

Box 1. 水平学習（HLP）（地方自治総局のパフレットより引用）

従来のキャパシティ・ビルディングの活動は、「キャパシティが足りない」という前提を基に開始されることが一般的である。そして、専門家により、どのようなキャパシティの不足を、どのようにして、いつ改善すべきか？といった分析が行われる。

水平学習は、対照的に、「キャパシティは既に存在している」という前提から始まる。現場レベルのステークホルダーは、対等な立場として集まり、話し合い、どのような学習をし、どのように学習を行い、いつそのような機会を設けるか、などを決定する。

水平学習プログラムは、従来のキャパシティ・ビルディングの取り組みを補完するものである。なぜならば、水平学習は、さまざまなステークホルダーが対等な立場で集まり、それぞれの「成功事例」を共有し、そのなかで優良事例を選定し、異なる現場で優良事例の再現を試行することで、更なるキャパシティ・ビルディングを促し、活動に対する自信や信頼を育むからである。

水平学習プログラムは、次のような手順で実施される。

- ① 特定する：ユニオン評議会は、自らの優良事例を特定する（指標とともに）よう促される。奨励される。
- ② 学習する：ユニオン評議会は、自らの学びのために視察したいと考える優良事例を選択する。（前向きな評価-つながりづくり-応用プロセス）
- ③ 優先順位をつける：ユニオン評議会は、自らの年間開発計画に盛り込みたい優良事例に優先順位をつけ、住民と話し合う。
- ④ 再現する：ユニオン評議会は、仲間からの支援を得ながら、優良事例を再現する。ユニオン役場は、水平学習ネットワークを通して、ネットワークの仲間や達成状況を基に、その再現プロセスをモニタリングしていく。

3-2-3 成果3

終了時評価時、成果3はおおむね達成していると判断する。表3-5に示すように各指標はその目標値を達成している。成果3の活動は、郡保健システム（UHS）の概念やUHSの強化に必要な包括的な介入パッケージの開発や運用に寄与した。今後、シャトキラ県での活動から抽出される教訓は関係者間で広く共有され、UHS内での効果的な妊産婦・新生児ケアへの介入にかかわる議論に貢献することになると考えられる。

表3-5 成果3の達成状況

成果3：郡保健システム（UHS）の下での妊産婦・新生児保健介入パッケージが開発される。	
指 標	達成状況
3-1. 明確な UHS の概念・戦略・実施メカニズムが文書化される。	達成した： “UHS の概念・戦略・実施メカニズム” は文書化された。UHS の概念は、HPNSDP 2011-2016 の開始時に新しく導入され、その後担当部署である必須サービス提供プログラムのライン・ダイレクターを中心に、SMPP-2 と WHO の共同作業を介して、整理されオペレーショナルプランに記載された。そして、この概念に基づき、SMPP-2 の成果3の活動がデザインされた。
3-2. 妊産婦・新生児の健康に関連する介入の評価報告書の数が増加する。	達成した： SMPP-2 により、次のような調査・評価が行われ、報告書が作成された。 (1) SMPP-2 のベースライン調査及びエンドライン調査 (2) コラロア郡における CSG のインパクトに関するベースライン調査及びエンドライン調査（調査対象になったのは、a. ソーシャル・キャピタルへのインパクト、b. 女性のエンパワーメントに関するインパクト、c. 妊産婦・新生児保健指標へのインパクトの3種類） (3) 5S-カイゼン-TQM を導入した病院での職員・顧客満足度の調査 (4) SMPP-2 の中間レビュー調査 (5) シャトキラ県での研修後調査 (6) 県 HLP に関するプロセス分析調査
3-3. (保健指標が改善 ^{*1*2}) (1) シャトキラ県全体及びシャトキラ県コラロア郡で、4 回以上の産前健診受診率が増加する。 (2) シャトキラ県全体及びシャトキラ県コラロア郡で、(出産後 42 日以内の) 産後健診受診率が増加する。 (3) 母子・新生児保健活動への予算を増やしたユニオン評議会数が増加する。	おおむね達成した： ・シャトキラ県で、受診率が 29% (2011 年) から 47% (2015 年) に増加した。 ・コラロア郡で、受診率が 44.1% (2011 年) から 58.4% (2015 年) に増加した。 ・シャトキラ県で、受診率が 39% (2011 年) から 50.4% (2015 年) に増加した。 ・コラロア郡で、受診率が 31.6% (2011 年) から 58.4% (2015 年) に増加した。

<p>(4) シャトキラ県病院の新生児致死率が 17.7% (2011 年) が 10%に減少する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・終了時評価時、74 のユニオン評議会が、母子・新生児保健活動に対する予算を配賦していた。 ・終了時評価時、シャトキラ県病院の新生児致死率は、17.7% (2011 年) より 11.5% (2015 年) に減少したが、目標値には達成していなかった。しかしながら、減少傾向にあるため、プロジェクト完了までに目標値を達成する見込みはある。
--	--

出所：プロジェクト資料

*1 PDM 上には記載がないが、表を見やすくするために追記した。

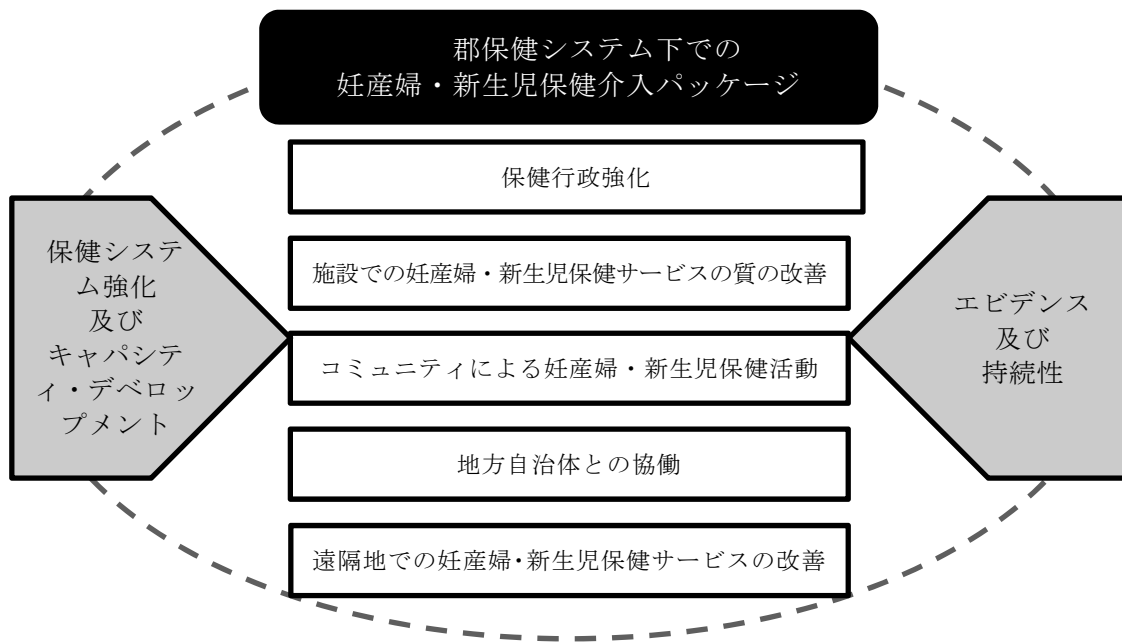
*2 終了時評価調査時、「コミュニティによって支援された貧困女性の割合」「産後の家族計画方法の利用者の増大」の 2 指標については、データが存在しておらず、確認できなかった。

SMPP-2 の開始当初、SMPP-2 は、Box 2 に記すような UHS の概念の構築に貢献した。SMPP-2 はシャトキラ県においてこの概念の具現化を母子保健の改善を目的として試行した。このなかには、ローカル・レベルでの計画立案、データに基づく計画・マネジメント能力の強化、保健マネジメント情報システムの適用、保健・医療施設の質改善、行動変容とコミュニケーション、コミュニティ・モビライゼーション、住民参加等が含まれる。シャトキラ県での活動（成果 3）を図 3-3 に示す「郡保健システムの下での包括的妊産婦・新生児保健介入パッケージ」としてまとめた。

介入パッケージの効果に関し、終了時評価調査団は次のような正の効果の兆候を確認した。

- (1) 表 3-5 に挙げた各指標は改善されているが、これは、保健サービスの利用状況の改善や保健行政の UHS 強化へのコミットメントの増大を示唆するものである。
- (2) CC の利用者が拡大している一方で、その上位の医療機関である郡病院やユニオン・サブ・センター、ユニオン・保健家族福祉センターの利用者数が減少している。この事象は、CC の利用の拡大により、郡病院やユニオン・サブ・センター、ユニオン・保健家族福祉センターの外来患者数が減り、上位施設の業務負担を軽減していると推察される。
- (3) 県や郡の関係者によれば、CC と郡病院の間のコミュニケーションは改善しているという。これは、UHS 内のリファラル体制や情報管理システムの改善を示唆する。
- (4) ランダム化比較試験の結果²は、介入パッケージは CG/CSG のメンバーや妊産婦の利他心を向上させる可能性を示している。
- (5) 英文報告書の Appendix 8 に示したように、シャトキラ県では、過去 5 年間、産前健診の利用者数、産後健診の利用者数、県病院・郡病院・母子福祉センターでの出産件数が増加している。産前健診利用者、産後健診利用者、出産件数の増加率は、それぞれ 107.8%、82.4%、42.3%である。この改善は、SMPP-2 の介入により妊産婦が保健・医療サービスをより活用するようになった（行動変容が起きた）ことを示唆する。

² 終了時評価時、インパクト評価の一部の分析は完了していなかった。



出所：プロジェクト資料

図 3-3 包括的妊産婦・新生児保健介入パッケージ

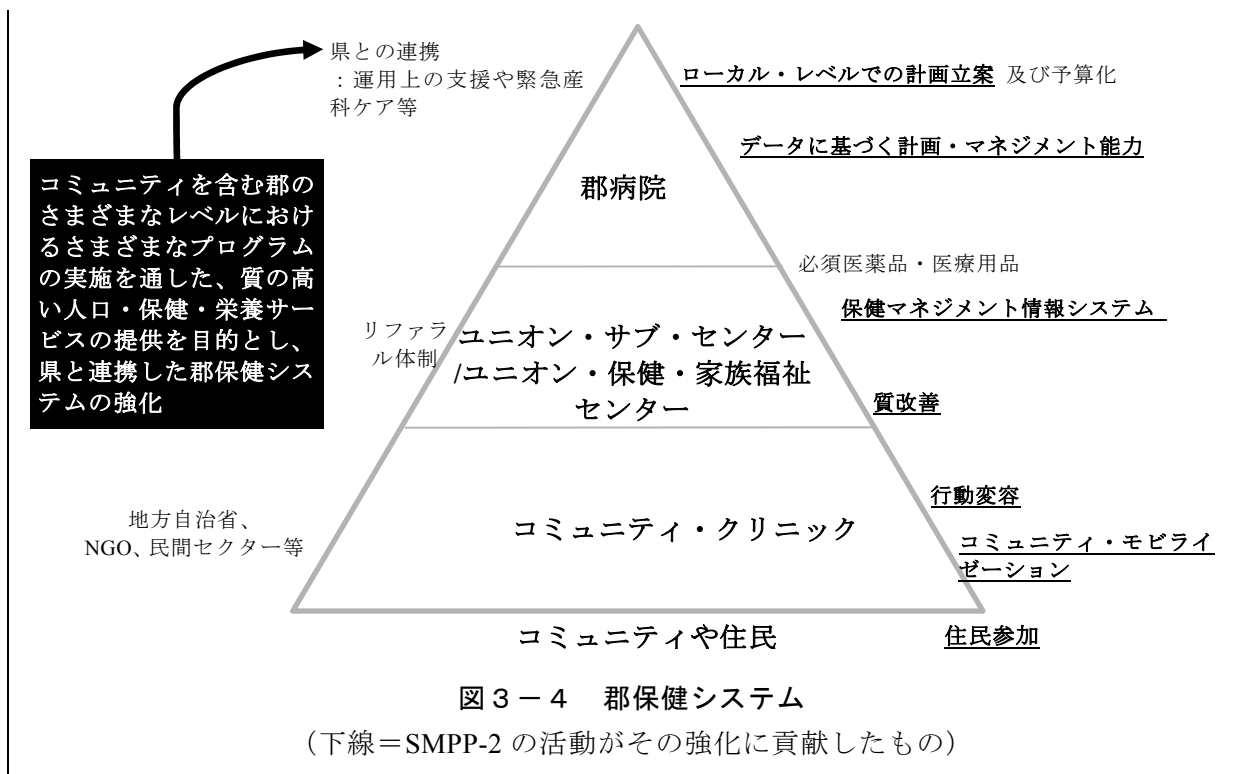
Box 2. 郡保健システム（UHS）（HPNSDP 2011-2016 戦略計画より引用）

郡病院は、入院施設を有する施設のなかでも最も下位に位置し、1次医療及び2次医療レベルのサービスを提供するものであり、UHSのなかでは頂点に位置する。図3-4は、バングラデシュにおけるUHSの概念図とともに、UHSが機能した際の住民や県との関係を表している。

郡レベルでは、マネジメントのための委員会を設置し、管轄地域内の住民（平均約27万人）へのサービス提供に係る日常業務に関する計画立案、予算化、実施、モニタリング等を行うことになっている。

また、UHSは3層構造になっており、①郡病院（31～50床）、②ユニオンレベルの保健施設、③コミュニティ・クリニックから成り立っている。それぞれ、設備や人員構成（医師、看護師、その他医療従事者）が決められている。県レベルの保健行政の役割が最も重要であり、地方分権化の流れのなかで、UHSが適切に機能しているかを監督し、必要に応じて支援を提供することが求められている。

今後、UHSを通じたプライマリ・ヘルス・ケアの拡大は、ローカル・レベルでの計画立案に基づく政策と関連していくと考えられる。現状では、CCを自らの保健システムに組み入れている県や郡は数が限られている（注：HPNSDP 2011-2016 戦略計画作成時）。しかしながら、CCは、プライマリ・ヘルス・ケア・サービスの拡大に重要な役割を果たすものであるため、UHSにCCを組み入れ、包括的な介入を優先的に開始していくことが必要である。



3-3 プロジェクト目標の達成度

表3-6に示すように指標はおおむね目標値を超えていることから、プロジェクト目標は達成したと判断する。特に、指標5及び6が示すように、優良事例として、コミュニティでの活動(CCやCG、CSG)や5S-カイゼン-TQMの活動がバングラデシュに広く拡大し実践されるに至っている。その背景には、SMPP-2を介してこれら活動が政策に組み入れられたこと(成果1)、優良事例の適用拡大に必要なモニタリング・支援メカニズムが確立したこと(成果2)、シャトキラ県での経験を基にこれら複数の活動を内包する介入パッケージがUHSに適合し得ることが示されたこと、の3点があると考えられる。

表3-6 プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標：妊産褥婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチが、HPNSDP 2011-2016に整合する形で、バングラデシュ全体に拡大する。	
指標	達成状況
1. シャトキラ県、ノルシンディ県でTQMを導入した全病院の70%以上が妊産褥婦・新生児保健サービス分野で5Sを達成する(妊産褥婦・新生児保健サービス分野は産前・産後健診コーナー、分娩室、手術室と女性病棟)。	達成した： 終了時評価時、プロジェクトの資料によれば、シャトキラ県及びノルシンディ県で5S-カイゼン-TQMを導入した病院(妊産褥婦・新生児保健サービス分野)の75%で5Sが実施された。
2. シャトキラ県内で機能しているCSGsの割合が70%以上になる。	達成した： 終了時評価時、プロジェクトの資料によれば、シャトキラ県で機能しているCSGは82%(全657CSG中540CSG)。

3. シャトキラ県及びコロロア郡で合併症の女性が緊急産科ケア（Emergency Obstetric Care : EmOC）サービスを受ける割合が 80%以上になる。	達成した： 終了時評価時、シャトキラ県及びコロロア郡で EmOC サービスを受けた合併症の女性の割合は 80.9%であった。
4. シャトキラ県及びコロロア郡で熟練介助者〔コミュニティの熟練介助者、助産研修を受けた中堅看護師（Senior Staff Nurse : SSN）/家族福祉補助員（Family Welfare Volunteer : FWV）、大卒（Bachelor of Medicine & Bachelor of Surgery : MBBS）医師〕による出産の割合が 50%以上になる。	達成した： 終了時評価時、シャトキラ県における熟練介助者による出産の割合は、54.8%に増加した（ベースライン：37.4%）。また、コロロア郡では同様に 68.1%に増加した（ベースライン：45.6%）。
5. バングラデシュ国内での CSG の設立割合が 100%となる。	おおむね達成した： CBHC の資料によれば、2015 年 6 月現在、バングラデシュ国内で設立された CSG の数は 3 万 9,240 に及び、目標数である 4 万 149 の 99.4%となっている。なお、2013 年、RCHCIB は、すべての CC は CSG を設立するように省令を発出している。
6. TQM のパイロット実施病院が当初の 4 病院から拡大する。	達成した： 終了時評価時、バングラデシュにおいて、5S-カイゼン-TQM の活動を導入した病院は 106 病院に及んでいる。

出所：プロジェクト資料

SMPP-2 は、主に、国家戦略に沿う形で、CSG や 5S-カイゼン-TQM といった取り組みをバングラデシュ国内に拡大した。例えば、形成された CSG の数はほぼ国家目標を達成した。また、5S-カイゼン-TQM を導入した病院の数は、ベースラインの 4 病院から大幅に増加し、終了時評価調査時には 106 病院にまで及んでいる。

このような拡大に対して、SMPP-2 は、第一に技術面で貢献している。CSG や 5S-カイゼン-TQM が国家戦略に盛り込まれるように政府関係者に働きかけるだけでなく、CSG や 5S-カイゼン-TQM の一連の研修プログラムの開発・実施支援や具体的な実践に関して技術的な助言を与え、さらには、他国の実践から学ぶためにスリランカやタンザニアにおける第三国研修を行った。

第二に、SMPP-2 は、さまざまな援助機関や日本の有償資金協力「母子保健改善事業」の財源を有効活用することに成功した。このようなプロジェクト外の資源を活用することなく SMPP-2 のプロジェクト予算のみでは、CSG や 5S-カイゼン-TQM の拡大を図ることは困難であった。

3-4 インパクト

3-4-1 上位目標の達成見込み

第 3 次 HPNSDP の 2015 年度年次プログラム実施報告書によれば、妊産婦死亡率は、2016 年までに 143（対 10 万出生）未満になることが見込まれている。すなわち、プロジェクト完了後 2~3 年を待たずして、上位目標の指標は達成する見込みであるといえる。

一方で、Bangladesh Demographic and Health Survey 報告書（2014 年）は新生児死亡率に関しては、2016 年までに 21 以下になることは難しいと予測している。ただし、依然、プロジェクト完

了2～3年のこの目標値の達成の可能性は残されている。なぜならば、終了時評価調査時、次期の保健セクタープログラムで、新生児死亡率の減少に効果が見込まれる取り組みを重点化することが議論されているためである。例えば、熟練介助者立ち会いによる出産の促進、妊産婦・新生児の栄養状況の改善、都市部貧困層に対するプライマリ・ヘルスケア・サービスの提供、遠隔地へのサービス提供状況の改善、医療サービスの品質保証等が具体的な取り組みとして掲げられている。SMPP-2 が取り組んできた CSG や 5S-カイゼン-TQM というアプローチは、これらの取り組みを支えることができるものである。

表 3-7 上位目標指標の現状

上位目標：バングラデシュにおける妊産褥婦と新生児の健康状態が向上する。	
指 標	現 状
1. 妊産婦死亡率が 2010 年の 194 (対 10 万出生) ^{*1} から、プロジェクト終了後 3～5 年で 143 (対 10 万出生) ^{*1} 未満に低減する。	達成見込み： 全国の妊産婦死亡率は、2007 年 194 (対 10 万出生) であったものが 2014 年には 170 (対 10 万出生) に減少した。この進捗等を基に MoHFW 等の分析によれば、2016 年には 143 (対 10 万出生) 未満になることが見込まれている ^{*3} 。したがって、プロジェクト完了後 3 年の 2019 年にも、目標値を達成している可能性は高い。
2. 新生児死亡率が 2007 年の 37 (対 1,000 出生) ^{*2} から、プロジェクト終了後 3～5 年で 21 (対 1,000 出生) 未満に低減する。	達成見込み： 全国の新生児死亡率は、2007 年 37 (対 1,000 出生) だったものが、2015 年には 28 (対 1,000 出生) にまで減少した ^{*4} 。しかしながら、終了時評価時、2016 年までに 21 (対 1,000 出生) 未満になることは難しいと分析されている。その背景には、HPNSDP 2011-2016 の目標でもあった熟練介助者立ち会いによる出産の割合、産前・産後健診のカバー率等が改善しなかったことによる。しかしながら、課題点は、次期の保健セクタープログラムで重点的に対策が講じられる。したがって、プロジェクト完了後の 3～5 年で、目標値が達成される可能性はまだ残されている。

出所：*1 Bangladesh Maternal Mortality Survey (2010 年)

*2 Bangladesh Demographic and Health Survey (2007 年)

*3 WHO、UNICEF、UNFPA、UN-PD、世界銀行で構成される World Bank Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group の発表

*4 Bangladesh Demographic and Health Survey (2014 年)

3-4-2 他のインパクト

(1) パートナーシップの発展とさまざまなリソースの動員

上記で述べたように、SMPP-2 は CSG や 5S-カイゼン-TQM を国家戦略に組み込むことで拡大普及を図った。そして、その背景には、MoHFW や援助機関、NGO 等との幅広いパートナーシップやそのパートナーシップに基づくリソースの動員、有償資金協力の活用等があった。PDM 上では、政策化については成果 1 等で記述されているが、一方で、このようなパートナーシップの発展とさまざまなリソースの動員はプロジェクト開始時から想定されていたものではない。したがって、このような発展・動員は、SMPP-2 のインパクト（計画されていなかった効果）として記録することができる。なお、詳細は、次章で追記する。

(2) CCの再生への貢献

CCの活動の歴史を振り返ると、そもそもCCはSMPPが開始される約8年前、1998年に開始された取り組みである。その当時、バングラデシュ政府は、1万3,500のCCを設立することを計画し、それらはプライマリ・ヘルス・ケア・サービスを農村部の住民に行き届かせるための手段として考案されたものであった。しかしながら、政権交代等により、2001年にはCCは閉鎖されるに至った。その後、更なる政権交代を経て2009年に、バングラデシュ政府は、“コミュニティ・ヘルス・イニシアティブの再生”（コミュニティ・クリニック・プロジェクト）を開始し、1998～2001年に建設されたCCや新設のCCを再生・機能化し、CCサービスを拡大することを政策として打ち出した。

SMPP-1は、コミュニティ・クリニック・プロジェクトの開始以前の2007年から、コミュニティ・サポート・システムとよばれる活動を開始した。この経験は、CSGといった新しい住民参加の形態やさまざまな保健プロジェクトの共通課題であったモニタリング・支援の仕組みを提案し、CCと地方行政との関係性を強めるなど、コミュニティ・クリニック・プロジェクトの根幹となっている住民参加の原則を具現化することに貢献した。その結果として、政府の保健・医療システムのなかで住民参加の位置づけが明確になり、住民参加の制度化が成し遂げられた。

終了時評価調査団はCSGの活動を観察したが、各CSGは妊産婦・新生児保健のみならず、さまざまな保健・医療の問題（栄養や水、衛生等）に取り組んでいた。また、時として、女性に対する暴力、早婚、就学児童の退学・休学といった社会的問題に取り組んでいる事例もあった。これらの事例は、CSGがコミュニティにおけるさまざまな問題に対処できる住民主体の組織として機能する可能性があることを示唆するものである。一方で、MoHFWは、妊産婦・新生児保健、栄養、家族計画をはじめとするさまざまなコミュニティ活動のプラットフォームとしてCSGを認識するようになった。

(3) 南南協力を通じた優良事例の拡散

SMPP-2の実施期間中、バングラデシュ側のC/Pは、スリランカやタンザニア、ケニアでの研修に参加した。一方で、ケニアの保健省の職員が家族計画やCCやCG、CSGといった地域保健の活動を視察するために、バングラデシュを訪問した。結果として、バングラデシュ側のC/Pは、他国の優良事例を学び、バングラデシュ国内の活動に活用するとともに、自らの知見を他国と共有することとなった。例えば、ケニアの保健省は、バングラデシュ訪問後に、バングラデシュからの学びである地域保健のメカニズム（母子保健専門官・フィールドスタッフの養成と配置など）を起案中であったコミュニティ・ヘルス戦略に反映させた。

(4) グローバル・ヘルス・コミュニティへの貢献

SMPP-2は活動を通して、日本の国際保健政策2011-2015で取り上げられた母子のケアへのアクセスの保障（Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care：EMBRACE）モデルの実践と検証に必要なエビデンスと教訓をもたらした。EMBRACEモデルは、コミュニティでの活動に対する支援と、施設でのサービス提供、双方の関係性の構築から構成されるモデルである。SMPP-1で実践された介入は、MoHFWから「ノルシンディ・モデル」とよばれているが、日本政府からはEMBRACEモデルの実践例とみなされている。SMPP-1の経験を踏まえ、

MoHFW は、EMBRACE モデルに基づく妊産婦・新生児・乳幼児保健に係る介入効果を実証するために、債務削減無償資金協力を活用し、国際下痢性疾病研究センター（The International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh : icddr.b）による調査研究を開始することを決定している。

また、SMPP-2 は、さまざまな国際会議（Prince Mahidol Award Conference や Global Maternal Health Conference、Partnership for Maternal, Newborn and Child Health、WHO SEARO 事務局の技術会合等）で自らの活動経験を積極的に発表している。

(5) CSG の活動のインパクト：ソーシャル・キャピタルの向上

シヤトキラ県でのインパクト評価調査の結果によれば、CSG の強化は利他心の向上などソーシャル・キャピタルの改善に効果があった。この結果は、SMPP-2 が取り組んできたコミュニティでの活動が住民の相互支援を促進し、他の住民の福利の向上に貢献したいという相互扶助の意識を増幅したと解釈できる。

(6) 日本国内における ODA のプレゼンスの向上

SMPP-2 の活動は、NHK の「おはよう日本」でも取り上げられ、テレビ報道により、JICA プロジェクトがどのように実施され、また、実施国の受益者にどのような影響を及ぼしているかがより一般人に理解しやすい形で紹介された。これは、政府開発援助（ODA）による技術協力プロジェクトに対する日本国民の認識の向上に貢献したと考えられる。

3-5 実施プロセス

3-5-1 PDM の改編

2013 年に実施された中間レビュー調査では、①当初の PDM ver. 0 には定義や内容が不明瞭な記述があり、関係者間での理解の相違が生じていること、②状況の変化により PDM ver. 1 の活動が現実にそぐわず重要度が低いと判断されたことの 2 点を基に、PDM ver. 0 の修正が提言された。また、中間レビュー調査団は、「SMPP-2 の活動範囲が徐々に拡大しており、なかには、現行の PDM からは乖離した活動がいくつかあった」との指摘もしており、プロジェクト活動の軌道修正も検討された。

提言に基づき、SMPP-2 は、プロジェクト活動や方向性に変化は加えないものの、実際に行われている活動と照らし合わせて PDM ver. 0 の修正を行った。修正された PDM は、PDM ver. 1 として、2015 年 2 月に承認された。修正後の PDM は、プロジェクトの活動範囲をより明確に定めるものとなったほか、さまざまなプロジェクト活動を包摂できるような構造となり、SMPP-2 のプロジェクト活動は PDM ver. 1 に即したものとなった。

表 3-8 PDM ver. 0 と PDM ver. 1 の比較

	PDM ver. 0	PDM ver. 1
成果 1	国レベルにおいて、関連のステークホルダーが実施する妊産褥婦・新生児保健活動の調整機能（妊産婦・新生児・乳幼児保健フォーラムなどにおける）が強化される。	母子・新生児保健に関連する優良事例が同定され国家戦略とガイドラインに統合される。
成果 2	SMPP-1 の結果も含めたプロジェクトからの母子・新生児保健カイゼンの優良事例について、実施プロセス及び教訓が全国に発信される。	優良事例の適用拡大をモニタリングし、支援するメカニズムが開発され、適用された優良事例が機能する。
成果 3	シャトキラ県やホビゴンジ県において、郡保健システムに統合される妊産婦・新生児・乳幼児保健介入ミニマムパッケージとアプローチの県以下での実施メカニズム/仕組みが確認される。	郡保健システム（UHS）の下での妊産婦・新生児保健介入パッケージが開発される。

出所：PDM ver. 0 及び PDM ver. 1

3-5-2 国内支援委員会の役割

SMPP-2 では、プロジェクト開始時に、日本人専門家に対して技術的な助言を提供することを目的として、プロジェクトの活動分野の専門知識を有する有識者で構成される国内支援委員会が設置された。国内支援委員会の委員は、中間レビュー調査や本終了時評価調査等を通して技術的な助言を行う、短期専門家としてプロジェクトに派遣されるといった形でプロジェクトに関与した。日本人専門家や委員へのインタビューによれば、国内支援委員会は、現場にいる日本人専門家とは異なる視点を提供することができる存在であった。この視点は、プロジェクトを客観的に見ることで、プロジェクトの全体像や目的、活動内容を体系的に整理し、プロジェクトをよりわかりやすく説明することに貢献した。また、中間レビュー調査時の現場の日本人専門家と委員との間の議論は、結果として、PDM の改訂につながり、さらには、それまでの介入方法を転換させより現地の制度や既存のリソースの有効活用にこだわったコア・チーム戦略の提案や、パートナーシップを介した 5S-カイゼン-TQM の拡大につながった。

3-5-3 プロジェクトの効果を検証するためのインパクト評価

SMPP-2 は、介入効果を検証するために、ランダム化比較試験を行った。主に、①妊産婦・新生児ケア探索行動、②ソーシャル・キャピタル、③女性のエンパワーメントに係るインパクトを検証対象とした。②のインパクト評価の結果によれば、SMPP-2 が取り組んだ介入が、CG や CSG のメンバーのソーシャル・キャピタルに対して正のインパクトがあったことが実証された³。なお、JICA の技術協力プロジェクトのなかでは、SMPP-2 のようにランダム化比較試験を実施した事例はまだ数少ない。したがって、より精度の高いインパクト調査を内包化した SMPP-2 の経験は、今後、JICA は技術協力プロジェクトの評価をどのように行っていくべきかという方法論の議論にとって、非常に有用なものとなると考えられる。

³ 他の 2 点については、終了時評価時、検証結果はでない。

3-5-4 他のドナーとのパートナーシップ

CSG や 5S-カイゼン-TQM といった SMPP-2 の優良事例は、他のドナーとのパートナーシップのなかで複製・再現され、バングラデシュ国内に拡大していった。SMPP-2 の情報・経験共有に対する柔軟な姿勢や他のドナーとの間で構築された信頼関係があったことで、他のドナーは、自らのリソースを活用し、実践に移していった。5S-カイゼン-TQM は、病院での妊産婦・新生児保健サービスの質の改善を目的に UNICEF や WHO が支援する活動に採用され、拡大された。SMPP-2 のコミュニティの活動経験は CARE-バングラデシュをはじめとする NGO と共有され広まっていた。さらには、さまざまなパートナーシップのなかで、SMPP-2 の優良事例は精査され、各パートナーのニーズに合致するように手を加えられていった。例えば、自助・コミュニケーション・健康のための開発支援（Development Assistance for Self-reliance, Communication and Health : DASCOH）は、コミュニティでの水・衛生活動を目的に、CSG の機能を強化している。

3-5-5 有償資金協力の活用や青年海外協力隊との連携

2012 年 1 月、日本政府とバングラデシュ政府の間で、保健セクターへの協力として、貸与金額 50.4 億円を限度とする円借款貸付契約の調印が行われた。この円借款は、バングラデシュにおける JICA の保健セクターへの大規模な資金協力として初めての事例であったが、その一部は、SMPP が取り組んできた優良事例の拡大のために活用されることを目的としていた。具体的には、バングラデシュ全域での CC/CSG の研修実施に対して、円借款の資金が使用され、CC/CSG のメンバーの能力強化につながった。2015 年に実施されたスリランカでの TQM 研修も円借款の資金が活用された。このように、JICA の有償資金協力は、SMPP の優良事例の拡大・普及を後押しするものであったといえる。また、これにより、SMPP-2 は、拡大・普及に必要な資金の確保に苦慮することなく技術面での活動に注力することができた。

一方、バングラデシュで活動する青年海外協力隊員のなかには、SMPP-2 と連携して活動を行っている例もあった。このような隊員の活動は、SMPP-2 の優良事例の拡大や現場の実状を踏まえた改良に貢献した。また、協力隊員は現場レベルのプロジェクトの C/P と日常的に接しており、活動をともししていることから、プロジェクトがもっていない現場の情報や活動へのフィードバックが得られやすく、それらの隊員から提供された情報はプロジェクト活動の進捗把握や問題の早期発見につながった。

3-5-6 技術協力プロジェクトと有償資金協力の間の調整

有償資金協力は優良事例の拡大・普及に貢献したものの、その資金運用の実務は、日本・バングラデシュ国側双方にとって容易なものではなかった。手続きの複雑さに加え、JICA も、MoHFW も、保健セクターで日本の有償資金協力を実施した経験がないために、予算執行の手続きに予想以上の時間を要した。終了時評価時、日本人専門家もバングラデシュ側 C/P も、予算執行の遅延により、計画していたプロジェクト活動が中止または遅延した経験をもっていた。

しかしながら、有償資金協力を通して、バングラデシュ政府の予算管理システムがどのように運営されているのか、バングラデシュ政府側の資金を使ってどのようにプロジェクト活動を実施していくか、どのように技術協力プロジェクトと有償資金協力プロジェクトの連携を図っていくか、といった貴重な教訓が得られた。

第4章 SMPP-2 の戦略

終了時評価調査団は、SMPP-2 が上位目標である「バングラデシュの妊産婦・新生児の健康の改善」を達成するために、CSG の場合であれば、SMPP-2 は、CC の再生のための方法として、住民参加に光を当てた。5S-カイゼン-TQM の場合は、そのアプローチの第一段階である 5S の活動の効果を可視化し、5S-カイゼン-TQM の政策化の流れをつくった。これらをなし得た背景には、以下の戦略があったと終了時評価調査団は判断した。

4-1 パートナーシップの構築

SMPP-2 は、これまで「成果 1」に記したようなさまざまな分野のステークホルダーやパートナーと協働してきた。パートナーシップの度合いは、機関・組織、活動の内容、活動地域等により異なるものの、次のような特徴・傾向があったと考えられる。第 1 に、SMPP-2 は、CSG や TQM の政策化に成功し、優良事例の拡大の前提条件を整えた。政策化のために政府要人のフィールド視察を企画し、それ以外にもさまざまな訪問者を受け入れ、また、会議、セミナー、イベントといった機会に優良事例を積極的に紹介し、理解者を増やすことに努めた。第 2 に、SMPP-2 は、種々のモニタリング・ツールや研修のガイドラインといった成果品や介入内容、自らの活動経験等を他の組織・機関と共有することに関して積極的かつ柔軟であった。これにより、SMPP-2 が直接実践に関与しなくとも、政策化された活動が他のパートナーの手により拡大していった。

4-2 JICA 内部のリソースの最大活用

JICA は SMPP-2 の効果を最大化するために、異なるスキーム（技術協力プロジェクト、有償・無償資金協力、青年海外協力隊の派遣、本邦研修）を活用しその相乗効果の発現を促すことを試みた。その結果、SMPP-2 を核とし、他の内部リソースと連携させた、意図的な保健セクターの母子保健プログラムが形成された。それによって、SMPP-2 は自らのプロジェクト費用のみならず、有償資金協力や青年海外協力隊のようなリソースを活用することが可能となった。例えば、CG や CSG、コミュニティ・ヘルス・ケア・プロバイダーに対する研修費として約 7 億円の資金が有償資金協力から捻出され、これらの取り組みの全国展開を実現した。青年海外協力隊は、病院における 5S 活動などを SMPP-2 と連携して行った。SMPP-2 は、隊員から現場での実践により得られる教訓・フィードバックを受け取り、活動を改良していった。病院管理や母子保健といったプロジェクトと関連する課題別研修にプロジェクト C/P を送り、研修後はプロジェクト活動に本邦研修での学びを生かす工夫を行った。

4-3 エビデンスに基づく意思決定

SMPP-2 は、さまざまな分析レポートを作成し、MoHFW やドナーと共有した。また、日常的にバングラデシュ側 C/P とともに情報・データの収集・分析を行い、意思決定のために活用してきた。

活動の有効性を検証するために、エビデンスを作り、使い、さまざまな関係者に伝えていく重要性が増大している現状のなかで、あらかじめ研究・調査のために必要なリソースを確保しておくことは不可欠である。SMPP-2 は、プロジェクト活動の実施や効果を分析した 4 本の学術論文を国際的なピアレビュージャーナルに発表し、グローバル・ヘルスコミュニティの発展にも寄与

してきた。さらには、SMPP-2 が、ソーシャル・キャピタルや女性のエンパワーメントに関する研究等、社会疫学的な側面に注目したこともこのプロジェクトの特徴の1つといえる。

第5章 団長・団員所感

5-1 団長所感

「母性保護サービス強化プロジェクト（Safe Motherhood Promotion Project：SMPP）は、フェーズ1（2006～2011年）、フェーズ2（2011～2016年）の10年に及ぶ長期的なJICAのコミットにより、①モデルの構築、②モデルの展開・普及、③相手国政府のオーナーシップ醸成、④事業（プロジェクト）実施を通じて得られた知見の政策への反映・政策化、を実現した。また、さまざまな機会をとらえた柔軟・弾力的なプロジェクト活動の変更・追加等により、プロジェクト目標を超えて一気に上位目標に対してもアプローチをかけることが可能になった。

JICAの技術協力プロジェクト（特に社会科学分野での）が、プロジェクト目標をおおむね達成しつつも、当該セクターの開発課題である上位目標に対しての貢献が限定的にならざるを得ないという状況が一般的にみられるなか、SMPP（フェーズ1・2）が、その実施期間を通じて限定的であった日本側の投入にもかかわらず、プロジェクト目標を達成したのみならず、上位目標への直接的な貢献も実現できたのはなぜか。以下、本終了時評価並びにこれまでのSMPP実施過程を通じて得られた結果に基づき、説明を試みる。

(1) 要因

バングラデシュ政府機構に適合した手法・モデルの選択

SMPPでは、バングラデシュ政府の構造並びに行政サービス提供・プロジェクト実施のあり方に即した手法を採用することにより、モデルの政策化と実際の普及を、プロジェクト実施最中にも実現してきた。

バングラデシュは、歳入・歳出とも小さな政府を志向し、人的・財政的資源を中央に集中する一方で、村落部では住民の組織化（協同組合）を進め、住民組織を農村開発の主体とする基本的な国家の仕組みを構築した。このため、多くの開発課題を抱えていたバングラデシュでは、政府のみで開発事業を進めることが困難であり、援助機関に支援された国内外のNGOも政府機関と並んで、開発事業の主体となってきた。独立から40年経過した現在においても、この状況に大きな変化はない。このようなバングラデシュにおいて、基礎的な保健や教育のサービスすべてを政府が責任をもって提供するという事は現在でも困難であり、NGOや社会的企業のような多様なアクターが、一般的に国が提供すべきと考えられているサービスの提供者として、重要な役割を果たしている。

もう一つ、バングラデシュ政府の構造上の特徴として、Bangladesh Civil Service（BCS）という公務員の28分類の職種に起因する、①政策立案部門と政策実施部門の乖離、②経常予算管理部門と事業予算管理部門の分離・並存、③実施部門間の分掌の峻別がある。ドナー支援のプロジェクトも含む政府事業は、Department、Directorateなどとよばれる政策実施機関により実施される。通常、政策立案部門であるMinistry/Divisionや、事業予算管理・承認部門であるPlanning Wing/Planning Commissionは、事業実施時点で関与することはない。この政府構造は、公務員職種の専門性に応じた行政権内部の権限・責任分担による効率化をねらったものではあるが、実際のところでは、実施機関の事業をモデルとして、その成果を政策に反映させ普及する、ということが困難になっている。

SMPPでは、2006年からのフェーズ1で、「ノルシンディ・モデル」を確立し、その政策

化に成功した。ノルシンディ・モデルは 2011 年からのフェーズ 2 では、状況に応じて変化・発展しつつ、政府政策として展開していった。SMPP は、通常の政府やドナーのプロジェクトと異なり、MoHFW 内の Planning Wing (計画部) を C/P として実施された。しかしながら、具体的な活動は、実施機関である DGHS の下部構造である県保健局事務所並びに CC を核に実施され、特に CSG や CG へのファシリテーション等の働きかけは、政府の保健サービスプロバイダーに加え、NGO (CARE-バングラデシュ) を活用した。

この SMPP の事業実施の仕組みは、①政策実施からの Lesson Learnt を政策立案部門である、MoHFW (計画局) に対して直接共有すること、②質・量ともに脆弱な行政の最前線である郡・Union に新しいサービスデリバリーの方法を提案したこと、などの効果があった。

1) 的確かつ斬新なプロジェクト枠組み (PDM) の理解と運用、JICA とプロジェクト総括の円滑な意思疎通

行政機能向上や (行政) 組織・仕組みの改善・構築を通してプロジェクト目標や上位目標の達成 (開発課題の解決) を図る、もしくは機能向上や改善・構築そのものをプロジェクト目標とする「社会科学分野」での技術協力プロジェクトでは、プロジェクトの詳細設計時に設定された目標達成に必要な「成果」「活動」等は、必ずしもプロジェクト目標・上位目標の達成のための「排他的な必要十分条件」であるとは限らない。当然プロジェクト開始時には、目標達成に効果的・効率的に貢献する最適と考えられる「成果」及び「活動」を設定する努力は行われるが、エンジニアリングや自然科学分野のプロジェクトと異なり、「活動」→「成果」→「プロジェクト目標」の間の、完璧な論理的関連性を構築することはほぼ不可能である。すなわち、設定された「活動」をすべて計画どおり実施したとしても、必ずしも「成果」が発現し、「プロジェクト目標」も達成される、ということはいえない。

したがって、プロジェクト開始後であっても、プロジェクト目標、さらには本来的に解決をめざすべき課題である上位目標の達成に資すると合理的に判断される場合には、「活動」の追加・削除・変更は柔軟に行われるべきであるし、「成果」についても同様に、必要最低限の手続きにより変更が加えられることも求められる。また論理的枠組みである PDM は、成果や活動を取り組むべき順番に時系列的に並べていることが通常であるが、この順番も不動なものではなく、必要に応じて取り組む順序の逆転ということも起こり得る。

SMPP では、JICA 技術協力事業に精通した長期専門家 (総括) が、上記をよく理解し、PDM 並びに PO の予定に縛られることなく、本来的にプロジェクトがめざすべき上位目標の達成を実施中から常に意識し、柔軟に PDM の「活動」や「成果」の組み替えを主導した。この長期専門家からの弾力的な PDM の運用に関しては、特に JICA 事務所との間の迅速な情報共有と共通認識形成を可能にし、長期専門家の望むタイミングで必要と判断される活動が実施された。このような現地活動に対する柔軟かつ迅速な意思疎通・決定が、プロジェクト計画当初には想定されていなかった事情の変化に対する JICA としての対応を可能にした。

2) 多様なステークホルダーの参加及び政府機関のオーナーシップの発現を促進する Platform の提供

SMPP が対象とした「母子保健の改善」は、MDGs のなかの主要取り組み課題であり、JICA のみならず保健分野を重点とする開発機関であれば、主要な活動の柱の 1 つとしてきた課題である。バングラデシュもその例外ではなく、多くのドナーが母子保健改善の支援実績をもっている。また、保健分野はセクターワイドアプローチ（Sector-wide Approach）が進んでいる分野であり、世界銀行の運営する MoHFW プログラム支援のための Multi-donor Trust Fund (MDTF) を経由して、13 ドナーが資金協力を実施している。JICA も 2012 年より、これまでの技術協力による支援に加えて、円借款「母子保健支援事業」による資金協力も実施している。MDTF による資金協力は、サブセクターを単位とした縦割りで分配され、資金のディスバース状況と具体的活動指標の進捗により、政策実施の状況を評価していた。

しかしながら、母子保健に対する取り組みは、保健セクター全般にかかわり、保健システム全体の強化が必要であることから、SMPP の C/P は、政府プログラム策定と予算配付を行う MoHFW の計画局に置かれた。これにより SMPP の進捗・成果は、保健セクタープログラム全般に普及が容易な体制が自然に創出されており、フェーズ 1 終了までには、SMPP の構築した母子保健の「ノルシンディ・モデル」は、バングラデシュ政府並びに保健分野支援のドナーの間で注目を浴び、いち早く政府政策として採用され、同時に政府による普及に入ることが容易になった。プロジェクトの総括専門家も、通常の JICA 技術協力プロジェクトが、「モデル」構築を行った後に（次フェーズで）政策化によりその普及・拡大を図るというステップを踏むことが多いのに対して、「モデル」の構築をしつつ、同時並行的に積極的に各ドナーにプロジェクトの進捗状況・成果を発信してきており、政府プログラムの進捗とともに、「ノルシンディ・モデル」は自然に各ドナー・バングラデシュ政府が「母子保健改善」の取り組みを議論する土台を提供していくこととなった。

(2) JICA のプロジェクト管理に対する教訓

- ・外部要因を外部化させない努力。JICA の技術協力プロジェクトでは、プロジェクトではコントロール不可能な目標達成の阻害要因として、外部要因が設定される。しかしながら、これら外部要因のなかにも、プロジェクト自体で取り扱うことは不可能であっても、プロジェクトの共同事業者間の努力で外部要因の発生に対応することが可能となる場合もある。すなわち、外部要因のコントロールは、プロジェクト専門家の業務範囲外であるが、相手国政府 C/P 並びに JICA が外部要因をコントロールする努力をすることが重要である。SMPP では、JICA だけではなく、プロジェクト総括が PDM を柔軟に実施することにより、外部要因をもプロジェクト範囲への内部化に努めてきた。これが可能になったのは、長期専門家として 1 年を通じてバングラデシュ国内に滞在し、フィールドでの活動の成果を C/P である政府中枢計画局に対して常にフィードバックし続けることができたこと、同専門家が JICA の技術協力の要諦を熟知していたこと、などが理由として挙げられる。
- ・相手方オーナーシップの育成。相手国政府側にプロジェクトのオーナーシップが最初からある、ということは考えにくい。むしろ、外部者からは見えにくい国内のさまざまな制約や、JICA 及び専門家の存在への依存、技術協力プロジェクトのあり方に対する理解の不足

等により、C/P が JICA や専門家の期待するレベルでのオーナーシップをもちえないことが普通である。直接の C/P 個人、関係部局、政府全体のオーナーシップは、JICA や専門家自身が、それぞれの責任をもって技術協力プロジェクトの実施を通じて、オーナーシップを示すことにより、次第に育成されていくものである。

- ・具体的な持続可能なシステムの構築は、単なる技術・ノウハウの移転だけではない。日本からの技術・ノウハウの移転だけでは、プロジェクト終了後の持続性は難しい場合がある。特に、SMPP のように、保健システム全体に対して母子保健の改善の取り組みの方法を確立するような技術協力プロジェクトの場合には、プロジェクト実施中から、その手法の有効性を先方政府と共同で検証し構築していくことが重要であり、日本の技術やノウハウは、適用可能な形に変更されながら、相手国の社会、政府機関のなかに持ち込まれなければならない。このような技術協力プロジェクトの場合、JICA 自体が成果の定着に果たす役割もあり、プロジェクト実施自体すべてをコンサルタントに委託する業務実施型だけで対応できないケースも想定できる。このため、何が何でもコンサルタントへの委託で技術協力プロジェクトを実施するというのではなく、達成すべきプロジェクト目標、上位目標の内容により、JICA 事業を熟知した長期専門家の派遣が可能となる形でのプロジェクト実施も想定すべきである。

5-2 地方行政団員所感（佐藤 寛）

(1) 総合的な評価

本プロジェクトのフェーズ1からフェーズ2までを通してみた場合、結果としては大変良い社会開発プロジェクトであったと評価できる。

(2) 何が特筆されるべき点か

特に①コミュニティレベルでの介入作業にあたって現地人主体の NGO に業務の一部を委託し、日本人専門家は司令塔として機能した。②その一方で日本人専門家は、現場での成果を中央政府の C/P にインプットし理解を得ることと、成果を全国政策へ反映させるためにさまざまな介入を行った。これら2点はこれまでの技術協力プロジェクトではなかなか達成できない取り組みであった。

(3) 成功を支えた体制

このような活動が可能であった背景には、現場専門家の判断をサポートしたバン格拉デシユ事務所（とりわけ所長のイニシアティブ）、本部人間開発部の貢献も大きい。また、現地事務所と本部の担当者とのコミュニケーションも良好だったと考えられる。

(4) 懸念点と課題

ただし、結果としては成功だったとはいえ考慮されるべき課題としては、現場専門家の臨機応変な対応と裏腹に、PDM がプロジェクトの実施プロセスにおいて必ずしも重視されなかったことが指摘されなければならない。立場によっては「PDM の軽視」との批判もありえよう。しかし、それは柔軟な戦略変更と表裏一体であるので、今後考えるべきは「どのような場合には PDM の柔軟な解釈を許容すべきか」である。

(5) PDM の柔軟解釈が有効となる条件

今回のケースは、①いわゆる「JICA 直営」案件であり、②経験豊富な専門家がフェーズ 1 プロジェクトの立案時から一貫して現場のマネジメントを行っていたことが想起される。このため、本部、バングラデシュ事務所、プロジェクト専門家間にプロジェクトの目的・方向性についてはブレがなかった。このことが、PDM の柔軟な変更によってより良い成果に結びつくことを可能にしたと考えられる。したがって、今回のような場合には、相手国側 C/P の動向などをつぶさに観察している専門家の状況判断を信頼し、現場の専門家に活動方針決定の自由度をもたせることが有効である可能性が高い。

(6) 国内支援委員会の機能

専門家に自由度をゆだねるタイプのプロジェクトの場合、現地事務所は専門家と同様な視点と展望をもつことになりがちであり、判断にゆがみが出る可能性がある。そのような事態を回避し、プロジェクトのコンポーネントそれぞれの技術的・専門的判断を客観化するため、このようなタイプのプロジェクトには国内支援委員会を設置することが考えられてよい。本プロジェクトの場合、フェーズ 2 の中間時評価において国内支援委員会からプロジェクト運営プロセス（特に PDM からの逸脱）に対する疑義が呈されたこと、それに対してプロジェクト側が真摯に対応したことが、その後のプロジェクトを第三者に対しても説明可能なものにしたと評価できるのではないか。

(7) 国内支援委員の要件

ただし、従前の国内支援委員会にしばしば見られたような、人材派遣元、研修受入先確保などのために組織単位で委員を選出することは好ましくない。あくまでもプロジェクト全体のマネジメントの視点を共有できる委員を選定すべきである。個々のプロジェクトごとに支援委員会を設置することが困難であるのなら、セクター別の「支援委員プール」を設けて、現場の専門家が適宜アドバイスを求めることができるようにしておくことも考えられてよい。

(8) プロジェクトの一貫性

本プロジェクトは、フェーズ 1 とフェーズ 2 が有機的につながり、連続的・段階的に活動を広げていくことで大きな成果を出すことができた。この事例からの教訓の 1 つは、「専門家は一貫してプロジェクトに従事した方が良い」ということになる。もちろん現実的には、1 人の専門家に 10 年近くにわたるコミットメントを強いることは容易ではない。しかし、理想的には一貫したコミットメントが有用である、ということは確認しておく価値があるだろう。ただし、このプロジェクトにおいては「フェーズ 1=パイロット、フェーズ 2=モデルの拡大」という単純な仕分けではなく、プロジェクトの進行につれて、フェーズ 2 でも適宜実験的な介入を行い、その手ごたえを踏まえて次の段階（政策化への働きかけ）に進むという流れであったので、一層専門家の一貫性が重要であったと考えられる。

(9) 現場をもっていることの魅力

フェーズ 1 で注目を浴びた「ノルシンディ・モデル」は、そのままの形で全国展開することはなかったが、折に触れてノルシンディの現場に政府高官や他ドナーを見学を招き、現場

を見せることで本プロジェクトのめざすものとその成果を容易に理解してもらえたことが、フェーズ2の進行に非常に有効な追い風となった。以前バングラデシュの農村開発プロジェクト（PRDP）でも「カリハティ」という現場があったことが、後に全国展開に結びつく大きな力となったことが想起される。日本の技術協力の特徴が「パイロットモデル」「箱庭モデル」と批判されることがあるが、日本人専門家が深くコミットするこうした「現場」をもっていることは、相手国の政策に有為な貢献をするためのツールとして他国のドナーにはない強みであることを再確認しておくべきであろう。

(10) ホリゾンタル・ラーニング方式

また、本プロジェクトでは上記 PRDP と同様、こうした「現場」の事例をバングラデシュの当事者が発信するための仕組みとして、HLP を活用した。日本型の「パイロット・プロジェクト」を有効に普及するためのツール、他ドナーにグラスルーツの事例を発信するためのツールとして、他の国においても JICA として HLP 方式の活用をより戦略的に考慮してよいのではないかと。

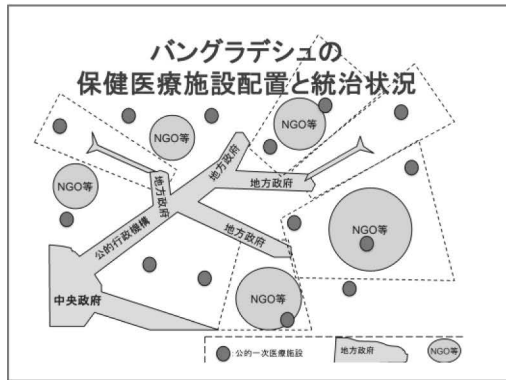
(11) プログラム・アプローチという視点

本プロジェクトは、バングラデシュに対するわが国の保健・医療分野の開発支援事業の一要素ではあったが、同分野の青年海外協力隊、円借款事業の核としても機能した。また、同国で実施しているわが国の他分野のプロジェクト（農村開発等）との間にも、一定の相乗効果を生み出していた。これは、バングラデシュ事務所の戦略的取り組みの成果であると考えられる。このような場合には、これらのプロジェクト群を擬似的にであれ「プログラム」とみなし、プログラムとしての進捗管理・評価を意図的に行うことが個々のプロジェクトの効果を高めるためにも、また当該国でのわが国のプレゼンスを示す意味でも有効であろう。

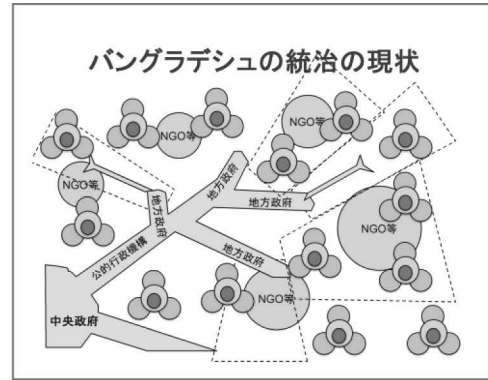
5-3 母子保健団員所感（明石 秀親）

(1) バングラデシュの統治と Community Clinic 制度の意味

バングラデシュでは、これまで政府による保健医療行政に関する統治の体制は、一般的に脆弱であった。特に県 District 以下の統治は、県病院や郡病院 Upazila Health Complex (UHC)、その下の Family Welfare Center (FWC) などをつくってきたが、そのサービスは施設内にとどまり、実質、住民に十分なサービス提供がいきわたっていたかというところとはいえなかった。これに対してバングラデシュでは、自然発生的に NGO などがサービス提供を担うという役割分担が出てきて、それは BRAC やグラミンなどの大規模 NGO の発達につながったといえよう。



<Community Clinic 制度導入以前>



<Community Clinic 制度導入後>

しかしながら今回の Community Clinic (CC) 制度の導入は、従来型の医療施設中心のいわば“点”を中心とするサービス提供体制から、コミュニティをも組織化して CC と結びつけることによって、 Bangladesh の保健医療行政がコミュニティの末端にまで入り、いわば“面”としてサービス提供を行うという画期的な制度導入であったといえるのではなかろうか。そしてその制度導入に SMPP はフェーズ 1、フェーズ 2 と重要な役割を果たしてきたといえるのではなかろうか。

ただ、 Bangladesh の統治機構の特殊性ゆえ、すなわち NGO などの政府機関以外の力頼みである部分が強いがゆえに、「プロジェクト雇いの External Facilitator の人材やその予算の確保の問題」など、プロジェクトの活動を公的な組織に移管できない部分があるのも事実である。もちろん西欧諸国のいくつかで進む PPP の流れ、すなわち「小さな政府」化と同様の動きともとれるが、 Bangladesh 政府が計画的に民間の力を活用とした賜物というわけではなさそうであることから、今後の政府の意識がどこまで計画性に目覚めるのかによって、この国の今後の発展が左右されるのかもしれない。

(2) SMPP (CmSS) の CC に対する意味

それでは、SMPP が果たした役割とは何かというと、その CC 制度の構造に秘密がある。CC 制度の内容は、人口 6,000 人当たり 1 カ所の CC をつくり、そこに 3 カ月ほどの研修を受けた医療従事者 CHCP と、その運営委員会 (Community Group : CG) (Union 代表を含む)、その住民支援組織 (Community Support Group : CSG) をつくることである。このうち特に CSG の業務には、SMPP-1 がノルシンディでつくった「ノルシンディ・モデル」とよばれる住民参加活動 (Community Support System : CmSS) の知見が使われている。そして、現政権が CC 制度を Bangladesh 全土に広げる過程で、結果的に SMPP の成果を全土に広げることになり、そこに SMPP の新たな役割、すなわち CmSS のノウハウをプロジェクトの対象地域外へ広げるといった活動を内包することになった、という事態が起きた。このことが、中間評価時点でプロジェクトの活動範囲を超えたような活動が見受けられるといった曖昧性を生み出した、ともいえよう。

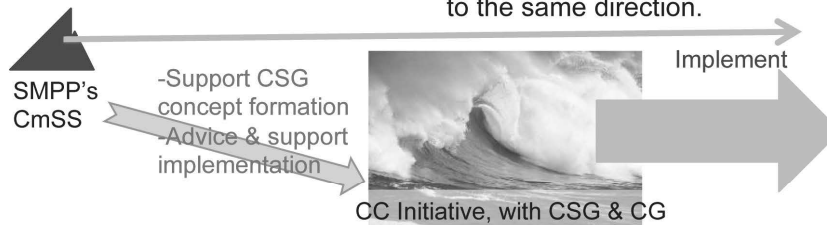
Community Arrangement from CmSS to Community Clinic

• Small wave, “CmSS”
by SMPP-2

followed by

• Big wave, “Community Clinic
(CC)” with “Community
Support Group (CSG)” and
“Community Group (CG)”,

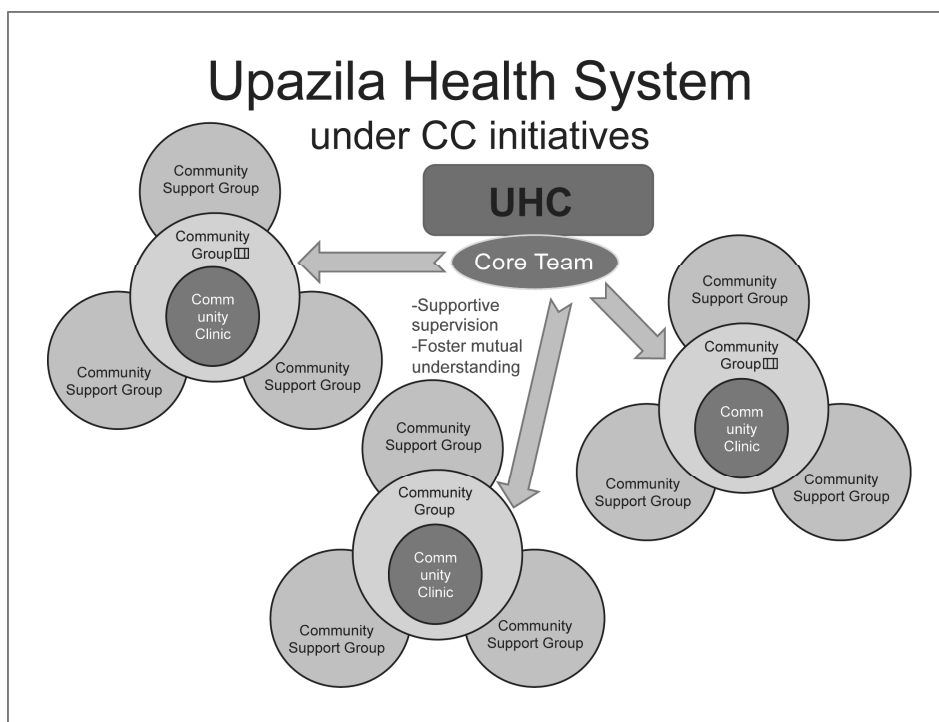
to the same direction.



- SMPP supports to formulate the community participation part of CC (concept of CSG), and its practical manual, by using CmSS experience.
- SMPP provides external facilitators for CC Initiatives, and fosters master trainers.

(3) SMPP-2 における新しい試み

SMPP-2 ではさらに、Core Team Strategy という方法を生み出した。これは、District (県) 及び Upazila (郡) に Core Team という組織をつくり、定期的に CG 及び CC への指導・支援を行うことにより CC/CG/CSG が機能するという仕組みである。この意味づけは、保健医療行政を末端に広げた CC のいわば Complex に、上位組織からの支援もしくはコントロールをもたらすものと認識できる。



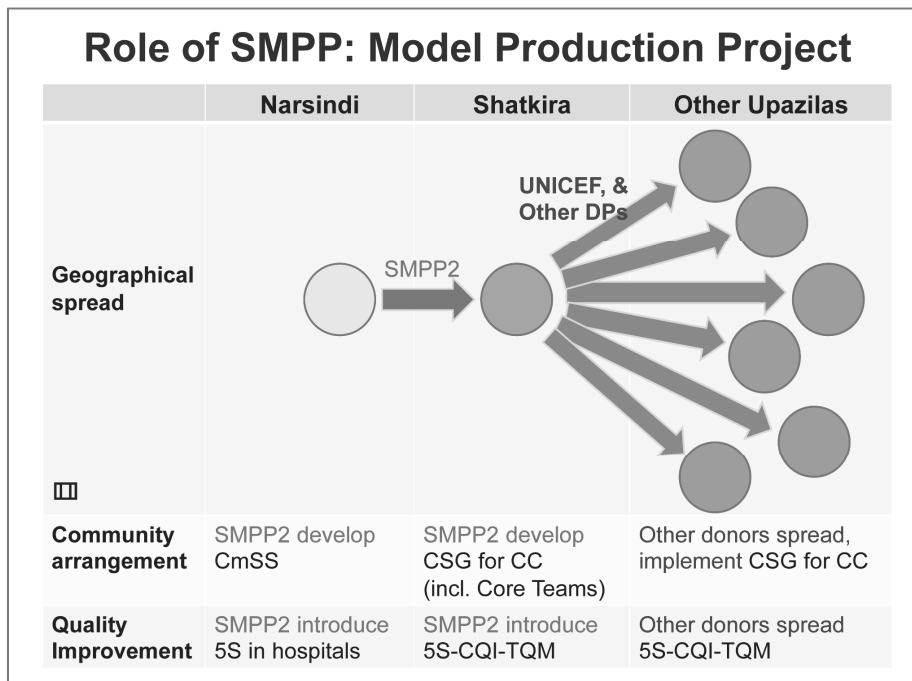
また、HLP の Upazila レベルへの導入は総じて良好ということであったが、これは CC のみならず、その他の活動や事業にかかわる水平的な学びの共有であり、保健医療行政の制度を補完的に強化する試みといえよう。

(4) SMPP が CC の枠外でやろうとしたこと

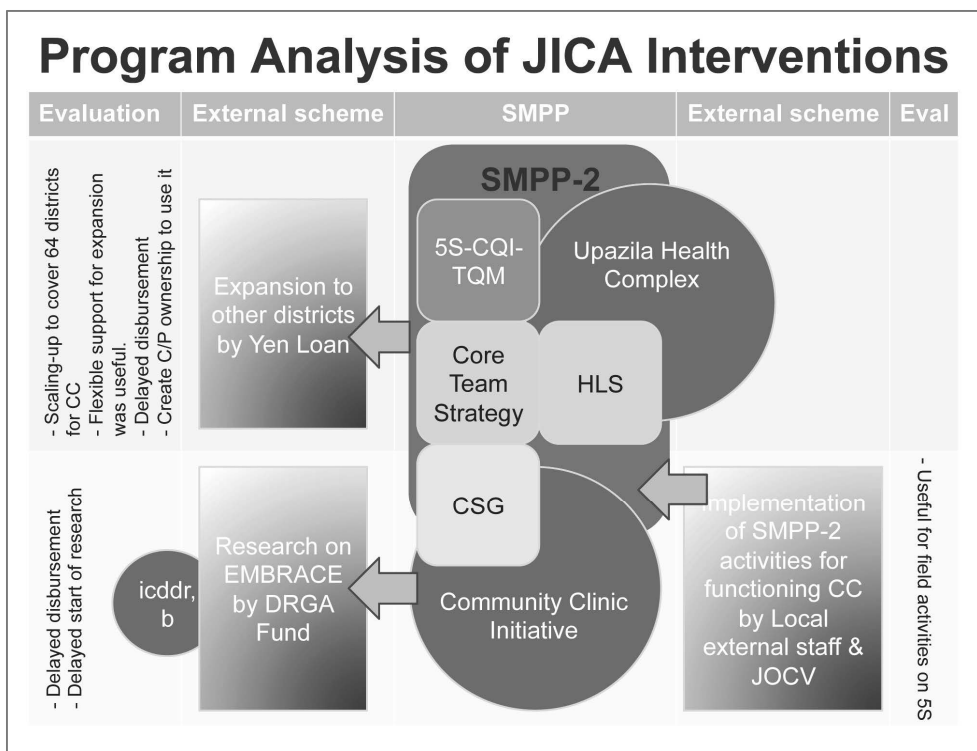
SMPP では、5S-CQI-TQM : SMPP-1 で導入された 5S-CQI-TQM の活動も MoHFW 及び他ドナー（UNICEF、GIZ、UNFPA 等）が取り上げ、バングラデシュ国内で広がり、JICA も円借款を用いて他地域への展開を行っている。内容的には多くの場合、5S 活動が中心であるが、いくつかの病院では“改善”活動（例えば、ANC/PNC 診察室の開設、新生児室での酸素供給用の配管等）も観察されており、院長のイニシアティブはあるものの全病院的にまではなっていないが徐々にその活動が進展してきている。

(5) JICA バングラデシュ援助プログラムの評価

SMPP は、政策コンテンツ及びその実施方法についての開発に、その活動の力点があり、必ずしもそれらコンテンツや実施方法の地理的な展開に焦点を当てていなかった。そのことは他のプロジェクトでもみられることではあるが、バングラデシュの本事例の場合、CC 制度や TQM といった内容を政府が全国に広げようと試みるなかで、本プロジェクトではそのアプローチが際立つ反面、政府や他ドナーからは異質にみられていた可能性がある。逆にいえば、プロジェクトの CC 制度や TQM に対する貢献が過小評価される傾向にあったともいえない。



しかしながら、全体として中間評価時にはプロジェクトの枠外に拡大した活動が多かった印象であるが、それと比べて終了時評価時点ではプロジェクトの範囲が明確になってきており、そのため円借款や JOCV の活用、MoHFW や他ドナーの活用など、プロジェクト外の資源利用が進んでいる印象である。



(6) プロジェクト運営支援体制

今回のプロジェクトでは、しばらく JICA が止めていた国内支援委員会をあえてつくっているが、同委員会は中間評価時のプロジェクトへの指導の影響等を見ると、機能した印象である。JICA としては国内支援委員会を止めた理由があると思われるが、今後、JICA では中間評価や終了時評価を止めることが決められていることから、今後のプロジェクトの支援や管理のあり方として、国内支援委員会をつくって、プロジェクトからの相談や指導を行うなどの仕組みとして活用はあり得るとと思われる。

以上、プロジェクトのフェーズ 1 の当初、「何をやっているのかわからない」という状態から 10 年を経て、プロジェクトとして CARE という NGO に成果の 1 つを任せるという従来の JICA のアプローチとは異なる方策を試みたり、あるいはバングラデシュ政府の政策的な追い風もあり、途中、プロジェクトの枠にどこまでこだわるべきかといった曖昧性は孕んだものの、プロジェクトとしてはかなりの成果を上げてきたように思う。これらについては、プロジェクトリーダーの個人的な資質やそれに由来する人的ネットワークの賜物という側面も否定できない。

5-4 新生児ケア団員所感（森 臨太郎）

今回の終了時評価の視察日程は諸般の事情により短く、限られた範囲で得られる情報により、以下の所感を示す。

国際援助活動における説明責任がより問われるなか、JICA の技術協力においても、他のドナーによる協力と同様、PDM による活動計画の立案及び評価において、より客観的な評価が求められるようになってきた。一方、政策科学分野において、より実効性の高い政策が、必ずしも客観的な評価と並立するわけではないこともわかり、現場の必要性により即しつつも、強い説明責任も同

時に問われるようになってきた。

本 SMPP-2 のプロジェクトでは、母子の健康という比較的総意形成が得られやすいテーマを通して、コミュニティのグループを形成して、現場の資源を最大限に活用しつつ、公的医療サービスにおいても、行動変容を中心として施設内の資源を利用するため、現地の統治システムを強化するという活動が展開された。

本プロジェクトのプロセスを俯瞰すると、経験と知見を有した直営の専門家が、バングラデシュ国内の優秀な人財を活用しつつ、JICA の現地事務所や本部と連携をとりながら、PDM の枠組みを遵守しつつも、そのときそのときでの課題を見極めながら、横の展開、縦の展開、政策的展開、現場における実証を組み合わせながら、プロジェクトが導入された。

総じて、こういったプロセスをとることで、ときどきの優先課題を見据えながら、人材育成や持続可能性を見据えて導入できた、わが国の援助の好例といえる。

本プロジェクトにおいて、いくつかの実証研究が行われ、こういった成果が課題の見極めに応用され、こういう意味でも根拠に基づく政策導入という視点では好ましいものの、いくつかの課題を残したとも考えられる。

政策科学領域においても、地域のニーズに合わせて、研究手法によって研究者が協力することで、課題解決をともに行うというアプローチが着目されている一方、政策評価と政策開発と導入の枠組みは、理論的構築が成熟しつつある。

具体的には、目的と合致する個別の介入に関する系統的レビューに基づき、検討すべき政策介入候補の抽出、必要により現場関係者における質的調査や需要調査、場合によって技術評価により、候補による政策介入パッケージの全貌と要素構成を明らかにする。その後、試験的導入が可能であればクラスターランダム化比較試験やステップド・ウェッジ研究により、導入を兼ねた検証を行いつつ、より本格的な導入への是非を検討し、その後の展開を行う。背景による量的質的評価により、評価を適宜行う。

こういったプロセスを行っていくには、JICA の案件形成の枠組みに限界があるといわざるを得ず、本プロジェクト内で行われた研究活動においても、こういった限界のなかで、努力が最大限活用される機会としては制限が感じられた。

個人的には、妊娠・出産・新生児ケアや診療の質向上に関する内容的な貢献がよりできればよかったと考えている。

導入されるべき政策パッケージの枠組みのなかで、できるだけ正確な状況判断を踏まえた、柔軟な政策導入を行っていくことの重要性が認識された。このための説明責任やプロジェクトの統治機構のあり方について、今後の深い検討が期待される。

第6章 評価結果

6-1 妥当性

6-1-1 開発政策

妊産婦・新生児の保健状況の改善は、事前評価時及び終了時評価時の最重要保健政策文書である第3次 HPNSDP 2011-2016 の重点課題の1つとなっている。具体的には、HPNSDP 2011-2016 のプログラム評価指標として妊産婦死亡率、新生児死亡率を選んでいる。また、①全県・郡での施設サービスの利用促進、②在宅サービスの維持・拡大（各地域で異なるものの、物理的・社会的に施設へのアクセスが制限されているような地域で、在宅サービスへのニーズは高い）が挙げられている。SMPP-2 は、施設及びコミュニティでの活動を通して、妊産婦・新生児保健サービスの改善を目標としたプロジェクトであることから、HPNSDP 2011-2016 に合致しているといえる。

6-1-2 開発ニーズ

バングラデシュの妊産婦死亡率と新生児死亡率は、2007年にそれぞれ194（対10万出生）、37（対1,000出生）であったものが、2015年には170（対10万出生）、29（対1,000出生）にまで減少した。終了時評価時、このように死亡率の減少がみられ、保健サービスの提供状況の改善が進んでいる状況にある。

しかしながら、依然、妊産婦・新生児保健対策はさまざまな課題に直面している。例えば、次期保健セクタープログラムのコンセプト・ペーパーによれば、熟練介助者の立ち会いによる出産、遠隔地へのサービスの拡大、ケアの品質確保等が取り組むべき課題として述べられている。したがって、妊産婦・新生児保健サービスの改善に取り組む必要性がある。

以上より、終了時評価時においても、SMPP-2 は開発ニーズと合致しているといえる。

6-1-3 日本の援助政策

日本の国際保健外交戦略は、妊産婦・新生児保健や保健システム強化に重点をおいている。また、平和と健康のための基本方針（2015）では、南アジアでの援助の優先課題として、基礎的な保健サービスや母子保健状況の改善を掲げている。さらに、対バングラデシュ援助方針では、母子保健状況の改善をはじめとする国連ミレニアム目標の実現に向けた取り組みへの貢献を重点課題としている。SMPP-2 は妊産婦・新生児保健に係るプロジェクトであることから、これら日本の援助政策と合致しているといえる。

以上より、SMPP-2 はバングラデシュの保健戦略やニーズ、日本の援助政策と合致しており、妥当性は高い。

6-2 有効性

概してプロジェクト目標の指標は目標値を超え、CSG や 5S-カイゼン-TQM 等の優良事例がバングラデシュ国内に広まり、実践に移されている。これら優良事例がバングラデシュに拡大し実践されるに至った背景には、SMPP-2 を介してこれら活動が政策化されたこと（成果1）、優良事例の適用拡大に必要なモニタリング・支援メカニズムが確立したこと（成果2）、UHS の概念に沿

ったシャトキラ県での母子保健介入パッケージが試行されたことの3点があると考えられ、SMPP-2の活動の貢献があったといえる。したがって、SMPP-2の有効性は高いといえる。

6-3 効率性

プロジェクト費用及び期間ともに、計画内に収まった。したがって、SMPP-2の効率性は高いといえる。プロジェクト実施期間中、バングラデシュ国内の政治的な混乱やストライキの頻発、安全配慮の必要性等により、プロジェクト活動は必ずしも計画どおりに実施できないことも多かった。しかし、それでも、PDM上の各成果は計画どおりに達成された。SMPP-2でのチーフ・アドバイザーの活動期間は10年にも及んだが、その結果、SMPPとMoHFWをはじめとするさまざまなパートナーとの関係を強化し、プロジェクト活動の効率性や効果を高めることにつながった。また、バングラデシュ国内にいる技術・人的リソースを活用したことも、SMPP-2の特徴の1つであり、これにより、プロジェクトの活動がバングラデシュのコンテキストに受け入れやすくなり、効率性の向上を促した。第三国研修も、南アジアの近隣諸国の知見を有効活用することができた取り組みであり、プロジェクトの効率性を高めた。

6-4 インパクト

プロジェクト完了後3~5年の間に、上位目標が達成される可能性は高い。指標である妊産婦死亡率は、2016年までに目標達成が予測されており、新生児死亡率に関しては、次期の保健セクタープログラムでより重点的に対策が講じられる見込みにある。SMPP-2が取り組んだCSGや5S-カイゼン-TQMのようなアプローチも、モニタリング・支援メカニズムにより活動がその期待された効果を保ちつつ持続するのであれば、妊産婦死亡率や新生児死亡率の改善に貢献していくものと考えられる。一方、計画当初には想定していなかった正の間接効果や波及効果もあった。例えば、①MoHFWやさまざまな援助機関、NGOとのパートナーシップの発展とリソースの動員、②CCの再生への貢献、③SMPP-2の優良事例の他国への拡散と他国の経験のバングラデシュ国内への受け入れ等である。

なお、終了時評価調査時、負のインパクトは報告されなかった。

6-5 持続性

6-5-1 政策・制度面

終了時評価時現在の政策環境は、プロジェクトの成果の持続を後押しするものとなっている。次期の保健セクタープログラムのコンセプト・ペーパーは、妊産婦・新生児の死亡率の減少に必要な対策を継続していくことを述べている。また、上記に記載したとおり、MoHFWや開発パートナーの多くは、依然、妊産婦・新生児の保健には多くの課題が残っているとの認識をもっている。よって、次期保健セクタープログラムでも、SMPP-2が取り組んだ課題は重点的に取り組まれていくと考えられる。

6-5-2 組織・体制面

終了時評価時、SMPP-2が取り組んだ課題に対する責任部署は、MoHFW内で明確となっている。例えば、TQMの政策は医療経済ユニットの質の改善事務局、5S-カイゼン-TQMの実施はDGHSのTQMプログラム、CSGはコミュニティでのヘルス・ケアに関する運用計画、郡保健システム

は DGHS の必須保健サービスプログラムが責任をもつこととなっている。

しかしながら、次期保健セクタープログラムのコンセプト・ペーパーによれば、プロジェクトの完了後に、組織改編が行われる可能性があるという。組織改編が行われれば、責任部署が不明確になってしまう可能性もある。したがって、プロジェクトの成果の持続について、組織・体制に軽微な不安があるといえる。

6-5-3 技術面

プロジェクト完了後も、DGHS や DGFP は、さまざまな開発パートナーとの協働を通して、SMPP-2 が関与・開発してきた国家戦略やガイドラインを運用していくことができると考えられる。なぜならば、DGHS や DGFP 内にプロジェクトが関与したリソース・パーソンや機関、文書、研修モジュールが組織知として残るためである。

しかしながら、CC や CG、CSG の活動をモニタリング・支援するためのメカニズム（コア・チーム戦略）については、政策化に至っていないがゆえにその持続には不安が残る。

6-5-4 財政面

過去4年間の第3次 HPNSDP の予算は増大し（表6-1）、次期保健セクタープログラムでも第3次 HPNSDP と同程度の予算が妊産婦・新生児保健対策に配賦されると考えられ、財政面での持続性に重大な課題はない。しかしながら、終了時評価調査時、資金不足により CC への医薬品供給の遅延が発生するなど軽微な問題があると考えられる。医薬品供給の遅延は、CC サービスの利用に負の影響を与えるものである。

表6-1 第3次 HPNSDP の総予算

(単位：百万タカ)

	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
計画額	228.5	294.7	-	358.9
実績額	198.8	293.1	-	327.1

出所：Annual Program Implementation Review Report of HPNSDP 2011-2012, Annual Program Implementation Review Report of HPNSDP 2012-2013、及び Annual Program Implementation Review Report of HPNSDP 2014-2015

以上より、組織面・技術面・財政面に軽微な問題があり、持続性は中程度である。

第7章 結論、提言、教訓

7-1 結論

SMPP-2は、第3次 HPNSDP や日本の対バングラデシュ援助方針のなかで重点化されている妊産褥婦・新生児保健に焦点を当てており、それはバングラデシュの保健戦略やニーズ、日本の ODA 政策と合致しており、妥当性は高いといえる。また、SMPP-2は、プロジェクト目標である CSG や TQM といった新しいアプローチの普及を達成し、上位目標に掲げた妊産褥婦・新生児の健康状況の改善に貢献しており、有効性やインパクトは高い。効率性については、プロジェクト費用も期間も計画内に収まり、計画どおりの成果を産出していることから、効率性は高いといえる。持続性については、SMPP-2 完了後に行われると思われる組織改編、コア・チーム戦略の方向性がはっきり定められていない状況、資金不足による医薬品供給の遅れ等が存在しており、実施機関の組織面、技術面、財政面に軽微な問題があるといえ、中程度である。

以上より、SMPP-2 の評価は非常に高いといえる。

7-2 提言

＜実施機関への提言＞

1. 【コア・チーム戦略の普及・持続】バングラデシュ MoHFW は、SMPP-2 が開発した“コア・チーム戦略”を他の郡でも実施していくこと。なぜならば、“コア・チーム戦略”は、CG や CSG の活動の活性化を推進する画期的な方法であるからである。CC や CSG の活動が活性化すれば、CC の活用や郡保健システムの強化につながり、政策に掲げられた CC イニシアティブを推進することにもなる。
具体的には、“コア・チーム戦略”の推進や持続性の向上のために、CBHC がイニシアティブをとり、必要な措置を講じること。この措置には、“コア・チーム戦略”の政策化、戦略の実施に必要な予算の配賦、NGO 等の外部ファシリテーターに係る人的・財政的・知的リソースの動員、組織知となる本プロジェクトの経験の保持等が考えられる。
2. 【家族福祉センター下へ CSG の設置】DGFP は、家族福祉センターの管理委員会の下に CSG を設置することを検討すること。終了時評価調査団は、DGHS 管轄下の CG や CSG のメカニズムが、DGFP 管轄下の家族福祉センターの活用促進にも応用できると考える。
3. 【情報システムの統合】DGFP は、管轄下の家族福祉センターのサービス提供状況に関する統計情報を DGHS 管轄下の CC の情報システムに統合すること。現在、統合されておらず、ユニオンの保健・医療状況の全貌を把握することが難しい状況にある。
4. 【5S-カイゼン-TQM の活動強化や普及支援】DGHS の TQM プログラムは、5S-カイゼン-TQM の活動強化や普及をめざし、①5S-カイゼン-TQM を導入した病院に対して、施設内の PDCA サイクルを強化するよう支援すること、②5S-CQI-TQM の優良事例をさまざまな関係者と共有していくこと、③5S-カイゼン-TQM の導入後に生じた病院サービスの質の改善を実証的なデータを用いて整理すること。
5. 【組織改編への対応】MoHFW は、SMPP-2 の成果を引き継ぐことができるよう、次期保健セクタープログラムにおいても、CSG や 5S-カイゼン-TQM 等の各アプローチの責任部署を明確に定めること。

<SMPP-2 プロジェクト・チームに対する提言>

6. SMPP-2 プロジェクト・チームは、県レベルの HLP に係る実施プロセスやモニタリングのメカニズム、活動経験や教訓を文書としてまとめること。また、プロジェクトが完了する 2016 年 6 月までに、取りまとめられた文書を、MoHFW や HLC と共有し、最終化すること。HLC を中心に整理し直された新たな HLP で、この文書が活用され、ユニオン評議会の保健・医療分野への参画が促進されることを期待したい。
7. SMPP-2 プロジェクト・チームは、2016 年 6 月までに、シャトキラ県で実施された、女性の母子保健サービス受診行動やエンパワーメント、ソーシャル・キャピタルに関するインパクト調査の結果や教訓を MoHFW や保健セクターのパートナーと共有すること。
8. SMPP-2 プロジェクト・チームは、2016 年 6 月までに、SMPP-1 を含めた過去 10 年間の経験、ノルシンディ・モデルの発展経過、CSG や 5S-カイゼン-TQM の拡大プロセスや教訓を文書として整理すること。

<JICA に対する提言>

9. JICA 人間開発部は、SMPP-2 プロジェクト・チームが上記提言 6~8 を基に作成する各種成果物を国内支援委員会と共有すること。

7-3 教訓

1. 【政府機関によるコミュニティ活動支援の可能性】本プロジェクトをとおり、バングラデシュにおいては、政府が強力なオーナーシップをもつことで、政府の保健プログラムにコミュニティの参画を効果的に促進することができることが明らかとなった。これまで、コミュニティの活動への支援は、NGO 等が実施することが多く、政府機関の実施可能性は明確ではなかった。今回のケースにおいては、担当部署が JICA や NGO の知見を柔軟に取り入れたことが功を奏したといえる。プロジェクト側の教訓として自らの知見を政府が活用しやすい形に落とし込むことが重要である。
2. 【外部者視点の役割】政府機関による政策立案のプロセスのなかで、外部者の視点は有用である。例えば、外部者であった SMPP-2 は、保健・医療政策の立案やコミュニティ活動にかかわり、革新的なアイデア（CSG やコア・チーム戦略、5S-CQI-TQM 等）の提示や助言をすることができた。また、上記 1. 政府機関によるコミュニティ活動の支援も、外部者の視点があったからこそ、その可能性に光を当てることができたといえる。
3. 【政策と現場での活用の連関、その効果】SMPP-2 は、自らが支援する政策やアプローチの地理的な拡大に注力するよりも、政策やアプローチの質の向上や運用可能性（現場での活用の可能性）に注目し、政策と現場での活用の両者を結びつけた。結果として、立案された政策やアプローチは、形骸化することなく、バングラデシュのコンテキストに合致したものにまで発展した。このような政策やアプローチは、さまざまな開発パートナーにとって受け入れやすいものとなり、関心を引くことにもつながった。
4. 【具体的な現場の活動の必要性】上記提言 3.を可能にした背景には、SMPP-1 から SMPP-2 までを通して、現場で立案された政策やアプローチの試行を行ったことにある（例、ノルシンディ県やシャトキラ県等での活動）。現場での経験に基づいた SMPP-2 からの政策やアプローチに対する提言は実践的な内容となり、さらには、現場の活動を「ショーケース」として、MoHFW

や開発パートナーを招き、提言内容に関する現実的な活動イメージを提供することができた。結果として、SMPP-2の政策やアプローチへの提言はより受け入れられやすいものとなった。

5. 【政策の変化への臨機応変な対応】プロジェクトで開発・試行したアプローチが拡大していくためには、より包括的な政策の変化に臨機応変に対応していくことも重要であり、SMPPはそれを実践した。CSGの全国普及は、2008年以降、バングラデシュ政府が推し進めようとしたCCの拡大戦略の波に乗ったことで、全国拡大が実現したという面がある。SMPP-1の成果を引き継いだCSGの活動は、単独で政策化され普及につながったわけではなく、プロジェクトはCCをめぐる政策の変化をうまく活用したといえる。
6. 【開発途上国同士の知的交流と相乗効果】SMPP-2は、スリランカやタンザニアでの5S-カイゼン-TQM研修やアフガニスタンやケニアとの相互視察を行った。結果として、例えば、ケニアの相互視察では、バングラデシュでの事例がケニアの地域保健戦略に影響を及ぼすこともあった。このような経験の交流やその結果として生じた成果は、JICAの世界的なネットワークを活用したことで成し得たものである。言い換えれば、世界各国にあるJICAの技術協力の成果を活用することで得られる成果や効果もある。
7. 【PDMの弾力的運用】SMPP-2は、中間レビュー以降にPDMの改定を行い、活動を整理した。このSMPP-2の経験によれば、PDM上に記載された活動は、プロジェクトが置かれた状況の変化に応じて、柔軟かつ時宜に合致するよう変更されるべきである。その結果、プロジェクトは、上位目標の達成に向けダイナミックに働きかけることが可能となる。PDMは、あくまでも計画時におけるプロジェクトの実施に必要なリソースの目安を定めるためのツールであり、関係者間でプロジェクトの方向性を共有するものである。
8. 【経験豊かな日本人専門家の投入】SMPP-2の成功の秘訣の1つは、10年にわたりプロジェクトに従事し、バングラデシュの状況のみならずグローバル・ヘルスの潮流、JICA技術協力プロジェクトの価値や強み等を熟知している専門家を投入し、さらに、その専門家がリーダーシップを示し、プロジェクトの運営に係る意思決定を主体的に行ったことである。JICAはそのような日本人専門家を信頼し、信頼を得たSMPP-2のプロジェクト・チームは変化に対して迅速な意思決定や行動をとることをJICAに提言し理解を得ることができた。さらに、柔軟かつ迅速な意思決定や行動は、実施機関やさまざまなパートナーとの信頼関係の発展につながった。変化の早い現場を有している、多種多様なパートナーがそれぞれの動きを行っているなどにより、不確定要素が多い状況のなかで1つのアプローチの拡大をめざすプロジェクトでは、このような専門家のリーダーシップによる柔軟かつ迅速な意思決定や行動が不可欠である。
9. 【国内支援委員会の役割・技術的な補完や第三者の視点の活用】SMPP-2の国内支援委員会は、中間レビュー等で日本人専門家とは異なる視点や技術的な補完をする形で助言や提案を行った。これにより、SMPP-2は、そのあり方や活動内容を異なる視点から再整理することができ、活動内容をプロジェクト目標や上位目標の達成に対してより効果的になるよう修正することができた。コミュニティレベルにおいて保健医療サービス提供、住民参加、行政といった多岐の分野にわたる活動に取り組む場合、必ずしも派遣された専門家はすべての技術的な支援や異なる視点を得ることが容易とはいえないため、各分野に知見と経験を有する外部有識者からなる国内支援委員会の設置は有益である。
10. 【国内支援委員会へのアカウンタビリティの必要性】SMPP-2は、状況の変化に応じて柔軟に対応してきたものの、必ずしも変更経緯や理由に関して、国内委員会への説明が適時になさ

れてきたとはいえ、国内支援委員会を技術的な支援や異なる視点の提供の源として、最大限有効活用できなかった面もある。その背景には、国内支援委員会とのコミュニケーションのあり方や報告の方法について、国内支援委員会委員、JICA、日本人専門家の間で明確化されていなかったことが挙げられる。今後、国内支援委員会を設置する場合は、委員会や各メンバーの役割、支援方法などに関し関係者間で共通理解をもち、文書として残しておくことが望ましい。

付 属 資 料

1. ミニッツ

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

The Japanese Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as "the Team" organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA", headed by Mr. Hiroyuki Tomita, from November 28, 2015 for the purpose of the Terminal Evaluation of "Safe Motherhood Promotion Project Phase II" (hereinafter referred to as "the Project").

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

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

Dhaka, Bangladesh, 14th December, 2015



Hiroyuki Tomita
Team Leader
Japanese Terminal Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Monoranjan Biswas
Joint Secretary
Economic Relations Division
Ministry of Finance
The People's Republic of Bangladesh



Md. Helal Uddin
Joint Chief
Ministry of Health and Family Welfare
The People's Republic of Bangladesh

ATTACHED DOCUMENT

1. Recognizing the achievement of SMPP-2 and appreciating the efforts made by SMPP-2 members, the Team joined by officials of the Government of the People's Republic of Bangladesh compiled the result of the Terminal Evaluation Report attached hereto. Both sides confirmed the contents of the Terminal Evaluation Report.

Attachment 1: Terminal Evaluation Report



Abbreviation

ANC	Antenatal Care
CC	Community Clinic
CG	Community Group
CHCP	Community Health Care Provider
CQI	Continuous Quality Improvement
CSBA	Community based Skilled Birth Attendant
CSG	Community Support Group
DRGA	Debt Relief Grant Assistance
HLP	Horizontal Learning Program
HPNSDP 2011-2016	Health, Population and Nutrition Sector Development Program 2011-2016
JICA	Japan International Cooperation Agency
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteer
MNCH	Maternal, Neonatal and Child Health
MNH	Maternal and Neonatal Health
MoHFW	Ministry of Health and Family Welfare
PDM	Project Design Matrix
PNC	Postnatal care
QIT	Quality Improvement Team
RCHCIB	Revitalization of Community Health Care Initiatives in Bangladesh
SMPP-1	Safe Motherhood Promotion Project (Phase 1)
SMPP-2	Safe Motherhood Promotion Project Phase 2
TQM	Total Quality Management
UHS	Upazila Health System
WHO	World Health Organization
WIT	Work Improvement Team

1. Outline of Terminal Evaluation

1-1 Background and the objective of Terminal Evaluation

The Ministry of Health and Family Welfare of the People's Republic of Bangladesh together with the Japan International Cooperation Agency (hereinafter "JICA") have taken up the Safe Motherhood Promotion Project Phase II (hereinafter "SMPP-2") in July, 2011 with a planned project duration of five years. Since the SMPP-2 is completing in June, 2016 in accordance with the Record of Discussions of the Project signed and exchanged on May 29, 2011 between the Government of the People's Republic of Bangladesh and JICA, the Terminal Evaluation Team is formed with objectives as follows:

- (1) To review the Project achievements and implementation process to date,
- (2) To assess the achievements and implementation process based on the five Development Assistance Committee (DAC) evaluation criteria consist of Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact and Sustainability, and
- (3) To recommend measures that can be taken by SMPP-2 for the rest of the project period and to extract lessons learnt to apply in the formulation of JICA projects in future.

1-2 Members of the Terminal Evaluation Team

(1) Bangladesh Side

Name	Title, Organization
Mr. A.M Rejwenu Hoque	Senior Assistant Chief, MOHFW
Dr. Mosharraf Hossain	Assistant Director & Program Manager (HRD&MS), CBHC, DGHS
Dr.A.S.M Nazmul Huq	Deputy Program Manager (TQM), Hospital Services Management, DGHS
Dr.M.A.Zulkawar	Assistant Director & DPM, DGFP,

(2) Japanese Side

Name	Title, Organization
Mr. Hiroyuki Tomita	Senior Representative, JICA Bangladesh
Dr. Hiroshi Sato	Chief Senior Researcher, Research Planning Department, Institute of Developing Economies, Japan External Trade Organization
Dr. Hidechika Akashi	Senior Advisor, Bureau of International Health Cooperation, National Center for Global Health and Medicine
Dr. Rintaro Mori	Director, Department of Health Policy/Department of Clinical Epidemiology, National Center for Child Health and Development
Mr. Hirofumi Tsuruta	Process Consultant, Namidabashi Lab Co., Ltd
Mr. Tatsuya Ashida	Advisor, Health Division 4, Human Development Department, JICA

1-3 Schedule of the Terminal Evaluation

Date		Activities
27 Nov.	Fri	Arrival to Dhaka
28	Sat	8:30 Meeting with Project experts 15:00 Meeting with Dr. Khairul
29	Sun	9:30 Meeting with WSP, WB 10:30 Meeting with HLC 12:30 Meeting with QIS

		13:30 Meeting with UNICEF 17:00 Discussion among JICA
30	Mon	9:30 Meeting with TQM unit 11:00 Meeting with LD-CBHC 14:00 Meeting with CARE 18:00 Move to Jessore
1 Dec.	Tue	9:30 Visit Jehnaida DH 12:30 Chowgacha UHC 16:30 Meeting with CARE in Jessore
2	Wed	Field visit to Satkhira (Karaloo) ,activities on CC and CSG etc
3	Thu	Field visit to Satkhira (Shamnagar), activities on CC and CSG etc 19:05 Move to Dhaka
4	Fri	Report Making
5	Sat	Field Visit to Raipura, Narsingdi Observe CmSS in Mirjanagar
6	Sun	9:00 Mission meeting 11:00 Courtesy call to CR, JICA Bangladesh 13:00 Courtesy Call to Joint Chief, Planning, MoHFW 14:30 Courtesy call to DG, HEU (QIS) 16:00 Meeting with Chief Coordinator & LD, CBHC
7	Mon	12:00 Courtesy Call to ADG, DGHS & Director Hospital 15:00 Meeting with CARE at CARE office 17:00 Courtesy Call to DG, DGFP 19:05 Move to Jessore
8	Tue	Field visit to Satkhira (Tala) observing CC ,CSG and UP activities
9	Wed	Field visit to Satkhira (Khaliganj, Sadar), observing CC, CSG, UP activities and TQM activities 19:05 Move to Dhaka
10	Thu	Field visit to Narsingdi
11	Fri	Internal meeting, Report Making
12	Sat	10:30 Meeting with ICDDR,B on Operational Research
13	Sun	Internal meeting , Report Making
14	Mon	Signing to Minutes of Meeting, Report back to JICA & Japanese Embassy Depart from Dhaka

2. Methodology of Terminal Evaluation

2-1 Evaluation Objectives

The main objectives of the terminal evaluation are to review the achievements comprehensively, to provide recommendations for the rest of the implementation period of the project, and to extract lessons learned for similar JICA projects in the future.

The evaluation was conducted based on the following five criteria, which are the major points of consideration when assessing the value of achievements of the project.

Relevance: The Project's relevance is assessed in terms of validity of the Project Purpose and the Overall Goal in relation to the development policy of Bangladesh

Effectiveness: Effectiveness is determined based on whether the Project Purpose is being achieved as expected and whether this is due to the Project outputs

Efficiency: An assessment of the Project efficiency verifies whether the Project has used its resources efficiently. This criterion examines to what extent the Project inputs are converted to outputs

Impact: An assessment of the Project impact examines the degree or the prospect of the Overall Goal's achievement. In addition, the analysis extends to the effects which include direct or indirect, positive or negative and intended or unintended effects.

Sustainability: The Project's sustainability is assessed by focusing on policy and institutional, organizational, technical and financial aspects in terms of the extent to which the Project effects will be maintained or further extended after the Project completion.

2-2 Information and Data Collection and Analysis

The following sources of information and data were used in the terminal evaluation.

- 1) Documents agreed by both Japanese and Bangladesh sides prior to and/or during the course of the Project implementation including: Record of Discussion, Minutes of Meeting, Project Design Matrix (PDM) Version 1
- 2) Project documents from both sides and activities of the Project
- 3) Data and statistics indicating the degree of achievement of the Project outputs and the Project purpose
- 4) Interviews with the Project stakeholders including Japanese experts, Bangladesh counterpart personnel, and other project related persons.

Collected information and data were analyzed and summarized in line with the five criteria mentioned above. In addition, based on the results obtained through this evaluation study, recommendation for the Project for the last six months of the implementation period will be derived through consultation meeting participated by both Japanese and Bangladesh parties.

6

3. Achievements

3-1 inputs

3-1-1 Summary of Inputs

Table 3-1 Summary of Inputs

Inputs	Plan	Actual (as of terminal evaluation/)
(1) Experts	- Long-Term (Chief Advisor, project Coordinator, Monitoring and Evaluation) - Short-Term (Total Quality Management (TQM), Maternal and Child Health, Community Mobilization)	- Long-Term (108 MM ¹) (Chief Advisor, Project Coordinator) - Short-Term (3.9 MM) (Advanced Facilitation Workshop, Community Mobilization, Health System Management Introductory Training, TQM, etc.)
(2) Trainees received in in third country	No detail was determined	TQM in Sri Lanka and Tanzania, Leadership in Governance in Kenya
(3) Training in Bangladesh	Community Group Management, 5S/KAIZEN/TQM, Active Management of Third Stage of Labor, Newborn Care and Neonatal Resuscitation, Antenatal Care /Postnatal Care for Nurses/ Family Welfare Visitor/ Community based Skilled Birth Attendant (C-SBA), Medical Equipment Maintenance, etc.	Leadership and Management, Safe Delivery, CSBA Additional Training, Infection Prevention Practices, Emergency Triage Assessment, etc. Computer Training, Postpartum Family Planning, Orientation for Traditional Birth Attendant, Chowgacha Experience Training, 5S/KAIZEN/TQM, etc.
(4) Equipment	Equipment for Emergency Obstetric and Neonatal Care, etc.	Equipment for neonatal care, etc. (4,050 thousand Taka (as of terminal evaluation))
Japanese side Total Project Cost	490 million Japanese yen	376 million Japanese yen
Inputs from Bangladesh side	Office premises, provision of building, etc.	Office premises, provision of building, etc.
Project Period	July 2011 – June 2016 (5 years)	July 2011 – June 2016 (5 years)

*MM stands for Men Month

(Source) Plan: ex-ante evaluation sheet and R/D on

Actual: Project documents as of terminal evaluation

3-1-2 Elements of Inputs

Inputs were provided as planned, both from Japan and Bangladesh.

The current chief advisor has been leading SMPP¹ since the inception of SMPP-1 in 2006. This long-term activities of the chief advisor have strengthened the relationship between SMPP and Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW) and various partners, which made the project activities more efficiently and effectively. In addition, the presence of SMPP and JICA has been created through her active involvement in the 2 consecutive health sector programs and the work of various technical working groups for a long time.

Utilization of local technical resources was one of uniqueness of SMPP-2. SMPP-2 has employed local experts in Bangladesh, as well as it has had partnerships with CARE-Bangladesh. The use of local experts minimized the process of the localization of expertise and communication. Thus, it made the project activities more efficiently and acceptable in the local context.

¹ SMPP1 and SMPP2

The third country trainings were appropriate because it utilized resources of neighboring countries in South Asia. The resources included the outputs developed by JICA's long-term cooperation such as 5S-CQI-TQM in Sri Lanka. As a result, participants could get more adaptable knowledge through the training, and then got motivation to use their learning in the Bangladesh context.

3-1-3 Project Cost

The project cost is expected to be within what was planned. As of terminal evaluation, the actual project cost was 76.7% of the plan. In addition, the actual project cost by the end of the project is estimated at 410 million Japanese yen (83.3% of the plan). Because of the utilization of local experts, the dispatch of Japanese experts was not as necessary as it had been planned. However, the achievements of the project outputs were not hampered by this change of input.

3-1-4 Project Period

Project period is expected to be terminated as planned (100% of planned period) and the project outputs is expected to be achieved within this period. As of the terminal evaluation, the extension of the project period was not discussed but experiences and lessons learnt from SMPP will be reflected in technical cooperation project in future. . During the project period, planned activities sometimes could not be implemented as expected due to political unrest and frequent strikes in Bangladesh with security concern (The Japanese experts had to stay at home for about 2 months in 2013, 20 days in 2014, and more than 3 months in 2015). But even in such situation, the project could achieve the project outputs and purpose as mentioned below.

3-2 Achievement of Project Output

3-2-1 Output 1

As shown in table 3-2, the output 1 is achieved because all the indicators were achieved as of the terminal evaluation. SMPP-2 has contributed to incorporating some good practices into HPNSDP 2011-16 and other policies through the collaboration with different stakeholders.

Table 3-2. Achievements of Output 1

Output 1: Good practices of maternal and neonatal health (MNH) services are identified and consolidated in national strategies and guidelines	
Indicators	Achievements
1-1. the number of cases/themes/areas of collaboration between SMPP-2 and other MNH stakeholders is increased	<p>Achieved: SMPP-2 has worked with stakeholders on 12 areas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5S-CQI-TQM Program (UNICEF, WHO, UNFPA, GIZ), 2. Health System Strengthening Program (DGHS/WHO), 3. Upazila Health System Program (DGHS/WHO), 4. Local Level Planning (DGHS), 5. Horizontal Learning Program (LGD/WB),

	6. Quality Improvement Secretariat (HEU/GIZ/UNICEF), 7. WHO's Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health (COIA) (DGHS/UNICEF), 8. Demand Side Financing (DGHS/WHO), 9. Community Clinic (CC) Project (Community-based Health Care Operation Plan as of the terminal evaluation) (Prime Minister Office/DGHS/WHO/NGO), 10. Maternal and Neonatal Death Review (DGHS/HEU/UNICEF/UNFPA), 11. Post-partum Family Planning (DGFP/EngenderHealth) 12. CSBA (DGHS/CARE)
1-2. the number of good practices incorporated in national MNH policies, strategies, guidelines, and manuals is increased	Achieved There were 2 practices incorporated in national policies: Community Support Group (CSG) and 5S-CQI-TQM. Due to the incorporation, these practices have been expanded all over Bangladesh
1-3. Report of analysis on the activities in Narsingdi and Chowgacha (the process documentation of each model) is developed	Achieved There are five reports of analysis. 1. Community Group (CG) /CSG analysis study in Narsingdi 2. Chowgacha experience training document 3. Postnatal care study in Monohordi, Narsingdi 4. Private CSBA evaluation study 5. MNCH mapping study 2011 and 2014 In addition, some academic papers also were published based on the experience of SMPP-2.

(Source) Project documents

Major contribution of good practices of SMPP-2 is a policy development related to CSG and 5S-CQI-TQM.

(1) CSG

The experience of SMPP-1, the development of Community Support System, was adapted into 'CC Operational Guideline of the Bangladesh' and it contributed to the expansion of CSG throughout the country. This CSG has been connected to the community clinics to improve utilization of the services provided by of the Community Health Care Providers.

(2) 5S-Continuous Quality Improvement (CQI)-TQM

SMPP-2 introduced the 5S-CQI-TQM to improve the hospital management to ensure quality of the

services. This is the step-wise (three step) approach to improve hospital management under limited resources².

Initially, 5S-CQI-TQM was implemented in four pilot hospitals in late 2010. Subsequently, based on the visible achievement of the pilot hospitals, government has expanded it. In addition, it was incorporated into “Strategic Planning Document on Quality of Care for Health Service Delivery”, a national quality improvement strategy developed by the MoHFW in January 2015

In addition to CSG and 5S-CQI-TQM, SMPP-2 was also involved in the process of development of some policy documents such as revision of the Maternal Health strategy, annual review of 3rd HPNSDP, and Maternal and Neonatal death review, etc. Those processes were also the opportunities of incorporation of good practices and experience of SMPP-2 in policy documents. Maternal, neonatal and child health (MNCH) mapping study in 2011 and 2014 commissioned by SMPP-2 provided valuable information on the characteristics and situation of MNCH projects in Bangladesh and raised the issue of necessary coordination to promote optimum use of existing resources around MNCH.

It should be noted that activities or related facilities in collaboration with SMPP-2 have received various awards in not only District level but also in Upazila level .It could be one of the factor which raised the motivation of actors involved in the SMPP-2 activity. The list of related award is attached in Appendix 9


3-2-2 Output 2

The Output 2 was achieved. As shown in table 3-3, all the indicators were achieved as of the terminal evaluation. SMPP-2 has contributed to developing and testing the mechanisms, tools and training modules to monitor and support CSG activities, 5S-CQI-TQM in hospitals and Horizontal Learning Program (HLP). As of the terminal evaluation, the usefulness and uniqueness of these mechanisms and tools has been recognized among hospital staff, Core Team members and partners. SMPP-2 will continue to refine these mechanism to enhance continuity of the monitoring and support activities till the end of the project.

Table 3-3. Achievements of Output 2

Output 2: Mechanism to monitor and support replication of good practices is developed for making replicated good practices functional	
Indicators	Achievement
2-1. Mechanisms to monitor and support TQM and CSG and District HLP are established	Achieved: CSG: Revitalization of Community Health Care Initiatives in Bangladesh (RCHCIB, the Community Clinic Project of the MoHFW) took initiative to monitor CSG activities all over Bangladesh by setting indicators related to CSG performance. Besides, SMPP-2 initiated a pilot implementation of Core Team strategy to monitor and support CC, CG and CSG in 4 districts. Two

² The steps are: a) Application of 5S (sort, set, shine, standardize and sustain) for improvement of working environment; b) CQI or KAIZEN activities for evidence-based participatory problem solving at the work-place for continuous quality improvement; and c) 5S-CQI-TQM as an approach to make maximal use of capacity of the entire organization.

S  10 *24.*

	<p>international NGOs: Care and DASCOH also have expanded this strategy in two districts with technical assistance from SMPP-2.</p> <p>TQM: Quality Improvement Secretariat was launched as the coordination and monitoring body for the Quality Improvement activities including TQM in 2014 under the Health Economics Unit of MoHFW. In addition, four different-level committee and team of quality improvement have been established in accordance to the Strategic Planning Document of Quality of Care. In hospitals where 5S-CQI-TQM was introduced, Quality Improvement Team (QIT) and Working Improvement Team (WIT) were established to implement and monitor the activities.</p> <p>HLP: Horizontal Learning Center was launched up in the National Institute of Local Governance in 2011 to coordinate HLP activities in Bangladesh. In Satkhira, SMPP-2 facilitated establishment of HLP working team that is a responsible body for district HLP implementation and coordination. The HLP implementation structure and monitoring mechanism in Satkhira is under process of documentation.</p>
<p>2-2. Training modules formulated, and number of training, number of training participants, number of agencies SMPP-2 provided technical assistance for implementation of TQM/CSG/HLP is increased</p>	<p><u>Achieved:</u> Training: Module: SMPP-2 supported the development of ten training modules. Chowgacha model training; Basic training manual on 5S-CQI-TQM; Community Health Care Provider (CHCP) /CG/CSG training module; Computer training; UP orientation on CC, CG & CSG; Training of Trainers (TOT) module for Core Team; KAIZEN manual (draft); District HLP implementation guideline.</p> <p>Training and Participants: Training was conducted for 5,300* staff in the area of community activities and 5S-CQI-TQM issues.</p> <p>Technical Assistance: It was provided for six agencies: MoHFW (MNCAH OP, ESD OP, MIS, MCRAH OP, HEU), WHO, UNICEF, UNFPA, GIZ, IOM, icddr,b</p>

*It doesn't include the number of participants of Orientation on 5S/Kaizen/TQM conducted in 25 health facilities from 2011 to 2015 because accurate figures cannot be obtained.
(Source) Project documents

As of the terminal evaluation, SMPP-2 has worked out different monitoring and support





mechanism: 1) monitoring and support system for CC/CG/CSG activities, and 2) monitoring tools and training modules of 5S-CQI-TQM, and 3) implementation of district HLP.

(1) Monitoring and Supporting System for CC/CG/CSG activities

This is the innovation achieved by SMPP-2. SMPP-2 developed and piloted a new monitoring mechanism for CC/CG/CSG, namely “Core Team Strategy” as shown in Figure 2-1. This system started in March 2014 and implemented in six districts as of the terminal evaluation. Among them, activities in four districts (Satkhira, Jessore, Narsingdi and Cox’s Bazar) supported by SMPP-2 and the rest are conducted by CARE-Bangladesh themselves and DASCOH. During the set-up process of the teams, SMPP-2 provided ToT for the Core Team representatives and facilitated to develop their capacity as a trainer.

In this strategy, two different “Core Team” Upazila Core Team and District Core Team are organized to monitor and support CC, CG and CSG activities to improve their quality of care of CCs and to enhance performance by different ways: monitoring visits and feedback to CC, CG and CSG, training, coordination among stakeholders, and team approach such as monthly meeting among members to capture the situation, etc. The details of the responsibility of the teams are shown in Table 3-4. Focal person on CC takes a charge of overall CC related activities in the respective district and Upazila. Moreover, external facilitator is assigned for two years to support focal persons and Core Team members for their capacity development.

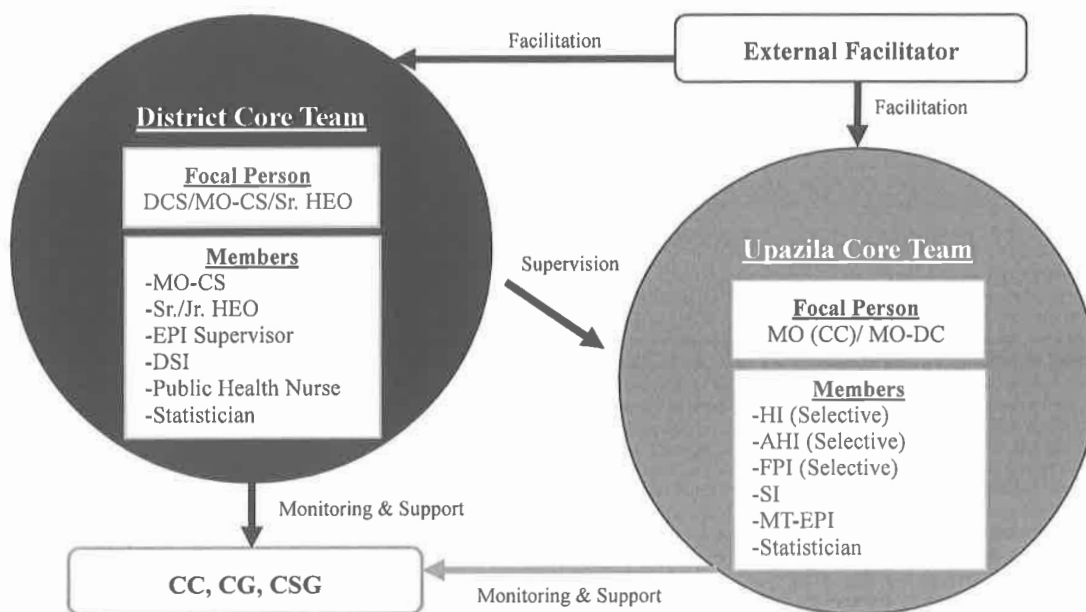


Figure 3-1. Conceptual Framework of Monitoring Strategy

Table 3-4. Functions of Core Team

District Core Team	Upazila Core Team
<p>Responsibility of a focal person</p> <ul style="list-style-type: none"> - Develop training plan for CC/CSG and coordinate CC, CG & CSG activities, - Facilitate monthly meeting with members of district and Upazila Core Team - Compile and develop reports on CC, CG and CSG performance and send it to the National level through Civil Surgeon Office - Ensure quality of care of CC activities <p>Responsibility of members</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinate, plan and support capacity building and training for CC, CG and CSG at district level - Monitor Upazila Core Team performance - Provide need-based support for Upazila Core Team for smooth implementation of CC activities - Provide on-the-job support for members of Upazila Core Team members, CC, CG and CC. 	<p>Responsibility of a focal person</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compile and develop on CC, CG and CSG performance - Coordinate CC, CG and CSG activities at Upazila level - Develop plan for training of Community Health Care Provider, CG and CSG at Upazila level - Facilitate monthly meeting at Upazila level <p>Upazila Core Team member responsibility</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitate training for Community Health Care Provider, CG and CSG - Conduct monitoring visits to observe CC, CG and CSG activities - Share feedback and findings of monitoring in Upazila monthly meeting

(Source) Project documents

According to the interviews in the terminal evaluation, some positive effects of this monitoring and support mechanism have been recognized among the Core Team members: improvement of management of CC, increase of the reporting rates of online management information system, commitment of community leaders to CC/CG, increase of client satisfaction, etc.

In addition, some statistics also showed the improvement of the health service utilization. For example, the number of the client of CC in Satkhira increased from 1,373,473 in May 2012-June 2013 to 1,565,541 in May 2014-June 2015 (114.0% of 2012-2013), while the total number of out-patient of Upazila Health Complex (UHC), Union Sub Center, and Union Health and Family Welfare Center decreased from 413,151 in May 2012-June 2013 to 215,688 in May 2014-June 2015 (52.0% of 2012-2013), according to the Local Health Bulletin. It implies that utilization of CC has been promoted and that declining utilization of the UHC outdoor services has made UHCs possible to spend more time for emergency patients.

However, as of the terminal evaluation, one issue is raised as a concern of sustainability. One interviewed member of the Core Team expressed his concern “quality of monitoring and support, and efficiency of coordination could be lowered a bit after withdrawal of SMPP-2”, while the other member showed his confidence to continue activities because the team has been brought in the focus of various stakeholders including Upazila Parishads, CC, CG, CSG, their senior supervisor, etc. The dissemination workshop of Core Team strategy held in November 2015 revealed that frequent transfer of focal persons, insufficient budget for Core Team activities and lack of policy back-up are some of challenges Core Teams are facing.

(2) Monitoring Tools and Training Modules of 5S-CQI-TQM

In hospitals where 5S-CQI-TQM was introduced by SMPP-2, the monitoring and support is

[Handwritten signatures and marks]

conducted by QIT and WIT in accordance to the “Manual for Implementation of 5S in Hospital Setting.” The manual encourages hospitals to use two different checklists developed by the DGHS in collaboration with SMPP-2: the one for internal monitoring by the QIT and WITs and the other for external monitors. Frequency of monitoring can vary, depending on the level of monitoring. The monitoring findings, if done by the external teams (divisional or national level), should be shared with the hospital manager and the QIT. They have to submit a report (filled checklist) to the facility manager/QIT, as well as the hospital (TQM unit) section of DGHS.

Site visits to different district hospitals or Upazila Health Complex in Jessore, Satkhira and Narsingdi district during the terminal evaluation could capture good practices of monitoring and support for 5S-CQI-TQM. For example, all the hospitals have organized QIT/WIT, have taken a photo record to compare the situation before and after the 5S-CQI-TQM activities, and have displayed the member list and action plan of the WIT on the board to motivate them to implement activities. In addition, Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCVs) have contributed to implement of 5S-CQI-TQM in five district hospitals: Satkhira, Jessore, Narsingdi, Jhenaidah and Pabuna.

(3) Participation in HLP

SMPP-2 has participated in the HLP of the Local Government Division of Ministry of Local Government, Rural Development Cooperatives, which can promote the implementation of MNCH related good practices led by Union Parishads. The HLP was launched by Local Governments Division in collaboration with Water Sanitation Program of World Bank and partner organizations in November 2007. The detail of HLP is referred to Box 1.

SMPP-2 established a district HLP implementation structure and monitoring mechanism, consisting of 1) formulation of district HLP working team, 2) promotion of Union Development Committee Meeting and Open Budget Session, 3) creating budget line for MNCH related activities within the UP annual budget, 4) networking among unions to exchange good practices in/outside the district, and 5) implementation of HLP workshop and exposure visits. At the workshops held from August 2014 to November 2014 in 7 Unions and 2 municipalities of Satkhira, some good practices on the health issues were identified and shared: for instance, fund creation for ensuring safe delivery, providing mini ambulance and saving bank (pot) for pregnant mothers, finding out malnourished children and mothers and helping for distribution of Maternal, Neonatal Nutrition Powder.

As of the terminal evaluation, implementation guideline of district HLP is under process of documentation.

Box 1. Horizontal Learning (cited from the pamphlet of the Local Government Division)

Traditional capacity building program usually starts with assumption that there is a lack of capacity. Experts generally decide “what”, “how” and “when” these deficiencies will be addressed. In contrast, the basic assumption of horizontal learning is that capacities already exist which are working well at grass root level. Local stakeholders within a peer network decide “what”, “how” and “when” learning will occur.

The Horizontal Learning Program complement conventional capacity building efforts. By sharing “what works” and allowing replication amongst peers, horizontal learning seeks to strengthen the environment for capacity building activities and enhance self confidence.

HLP takes following steps:

- 1) Identify: Union Parishards are encouraged to identify their good practices (with indicators)
- 2) Learn: Union Parishards select the good practices they wish to visit in order to learn from their peers, through appreciation – connection – adaptation process
- 3) Prioritize: Union Parishards prioritize, discuss with citizens and integrate good practices into their annual development plan and budget.
- 4) Replicate: Union Parishards replicate good practices with the support of their peers.
- 5) Union Parishards progress in replication is monitored through peer reviews and achievements recognized through the horizontal learning network.

3-2-3 Output 3

Output 3 is mostly achieved as of the terminal evaluation. The most of the targets related with the indicators have been achieved as shown in Table 3-5. The activities of the output 3 contributed to developing and operationalizing Upazila Health System (UHS) concept and a comprehensive MNH intervention package for UHS. Lessons learned in Satkhira district can be disseminated to contribute to the discussion on implementation of effective MNH interventions within the UHS.

Table 3-5. Achievements of Output 3

Output 3: A package of MNH interventions under Upazila Health System (UHS) is developed	
Indicators	Achievement
3-1. Defined UHS concept, strategy and implementation mechanism is documented	Achieved: "UHS concept, strategy and implementation mechanism" was documented. The UHS concept was jointly developed SMPP-2 and WHO along with Line Director of Essential Service Delivery Program at the beginning of HPNSDP2011-16. Accordingly, the UHS activities of SMPP-2 were designed.
3-2. Evaluation reports on MNH interventions is	Achieved:

documented	Following reports were developed in SMPP-2. 1) Baseline and endline surveys of SMPP-2; 2) Baseline and endline surveys to evaluate impact of CSG in Kalaroa on a) social capital study; b) women's empowerment; c) MNH indicators; 3) Staff and client satisfaction survey at 5S-CQI-TQM hospitals; 4) Mid-term evaluation of SMPP-2; 5) Post-training evaluation at Satkhira; 6) District HLP study
3-3 (health indicator is improved. ^{*1*2}) 1) Proportion of women received 4 or more antenatal care (ANC) during last pregnancy is increased	Achieved: In Satkhira district, the proportion was increased from 29% in 2011 to 55.1% in 2015. In Karaoka Upazila, the proportion was increased from 44.1% in 2011 to 65.7% in 2015.
2) Proportion of women received postnatal care (PNC) (within 42 days of pregnancy is increased	In Satkhira district, the proportion was increased from 38.7% in 2011 to 50.4% in 2015. In Karaoka Upazila the proportion was increased from 31.6% to 62.2% in 2015. (Source: project document)
3) Number of Union Parishads allocated budget to MNCH activities is increased (baseline: 0)	As of terminal evaluation 74 Union Parishads allocate budget to MNCH activities.
4) Neonatal case fatality rate in Satkhira District Hospital is decreased from 17.7% (2011) to 10%	Neonatal case fatality rate in Satkhira District Hospital decreased from 17.7% in 2011 to 11.5% in 2014 but not reached at target as of the terminal evaluation. But achievement can be possible by the end of the project.

*1 This sentence is not written in PDM.

*2 As of the terminal evaluation, two indicators: "Proportion of poor pregnant women for MNCH activities", and "utilization of post-partum family planning methods" could not be confirmed because the data was not available.

(Source) Project documents

At the beginning of the SMPP-2 contributed to the conceptualization of the UHS as shown in the Box 2. In accordance to this concept, SMPP-2 conducted several different activities and field trial to strengthen capacity of the system: local level planning, strengthening data-driven planning and management capacity, orientation of health information management system, quality improvement of facilities, behavioral change and communication, community mobilization and people's participation. In particular, these activities were re-organized into "Integrated MNH Intervention Packages under Upazila Health System" as shown in Figure 3-2, focusing the maternal and neonatal health.

The terminal evaluation team found that the following positive signs of the intervention packages have been observed.

- 1) Indicators of PDM shown in Table 3-5 improved positively. These imply the improvement of the utilization of health services and the increase of the commitment of administration.
- 2) The numbers of clients of CC have increased, while the number of out-patients at Upazila Health Complex, Union Sub Center, and Union Health and Family Welfare Center have decreased. It implies that the utilization of CC has increased and the burden on Upazila Health Complex Union Sub Center, and Union Health and Family Welfare Center has reduced.
- 3) Communication between CC and Upazila Health Complex via Core Team has been improved, according to the interview. It implies that the referral system and information management system

in the UHS has been improved.

- 4) The results of randomized-controlled trial³ suggested that the intervention package may have increased altruistic minds among CG/CSG members and pregnant mothers.
- 5) As shown in Appendix 8, the number of ANC visits, PNC visits and deliveries at District hospitals, Upazila Health Complexes and Maternal Child Welfare Centers was increased in last five years in Sakhitra, which is one of the districts that recorded the improvements of those indicators. The increase of ANC visits, PNC visits and delivery was 107.8%, 82.4% and 42.3%, respectively. It implies that the interventions of SMPP-2 in Sakhitra contributed to the behavioral changes of pregnant women to use services at health facilities more.

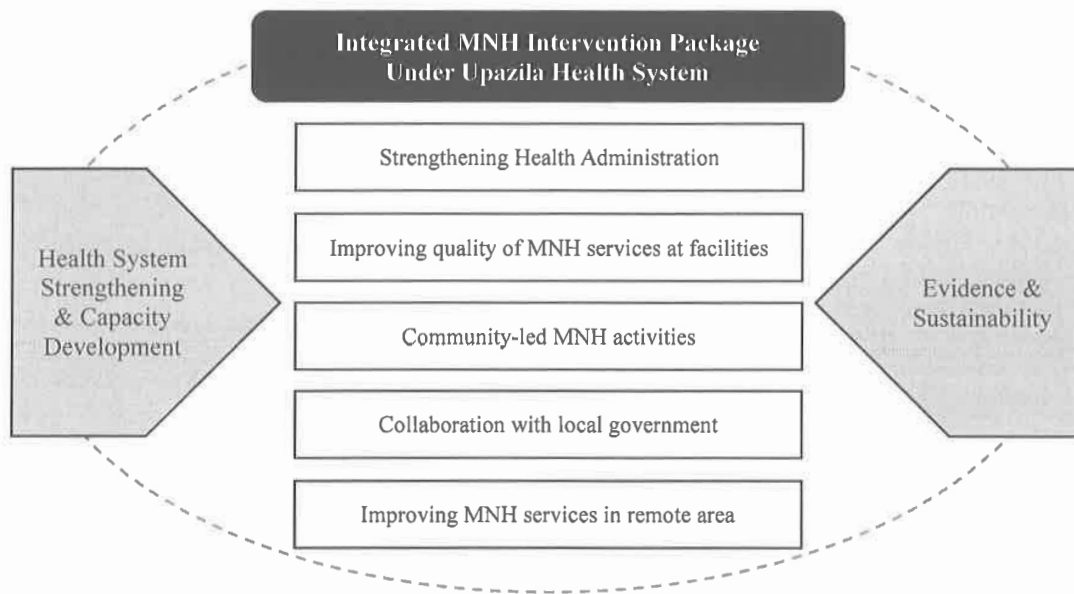


Figure 3-2. Integrated MNH Intervention Package

³ Analysis of the impact on the health situation was not completed as of terminal evaluation.

[Handwritten signature] *[Handwritten signature]* 17 *[Handwritten signature]*

Box 2. Upazila Health System (cited from Strategic Plan of HPNSDP 2011-2016)

The Upazila Health Complex (UHC) is the first inpatient facility in the network, and provides both primary and secondary level services, serving as an apex of the Upazila Health System (UHS). Figure 3-3 below gives a pictorial presentation of the UHS in Bangladesh, linking a community with the district through the functional UHS.

The Upazila level management through a committee would be able to plan, budget, implement and monitor the day-to-day activities of service delivery for the people in their catchment area (averaging around 270,000 people). In short, such an UHS consists of a three-tier system, being (i) a Hospital (= UHC with 31-50 beds), (ii) Health Centers (with or without beds) and (iii) Community Clinics. Together these define the available service delivery facilities, each with a different staff mix (doctors, nurses and paramedics), most often of a multi-purpose or polyvalent nature. The district level health administration will play a crucial role to oversee the work of the UHS and provide the support needed as part of the national decentralization process.

The initiative of PHC through the UHS will be linked with the government policy on Local Level Planning. Priority activities will include initiation for an integrated PHC intervention through the UHS in a limited number of districts and Upazila that will specifically integrate the CC led expansion of PHC services.

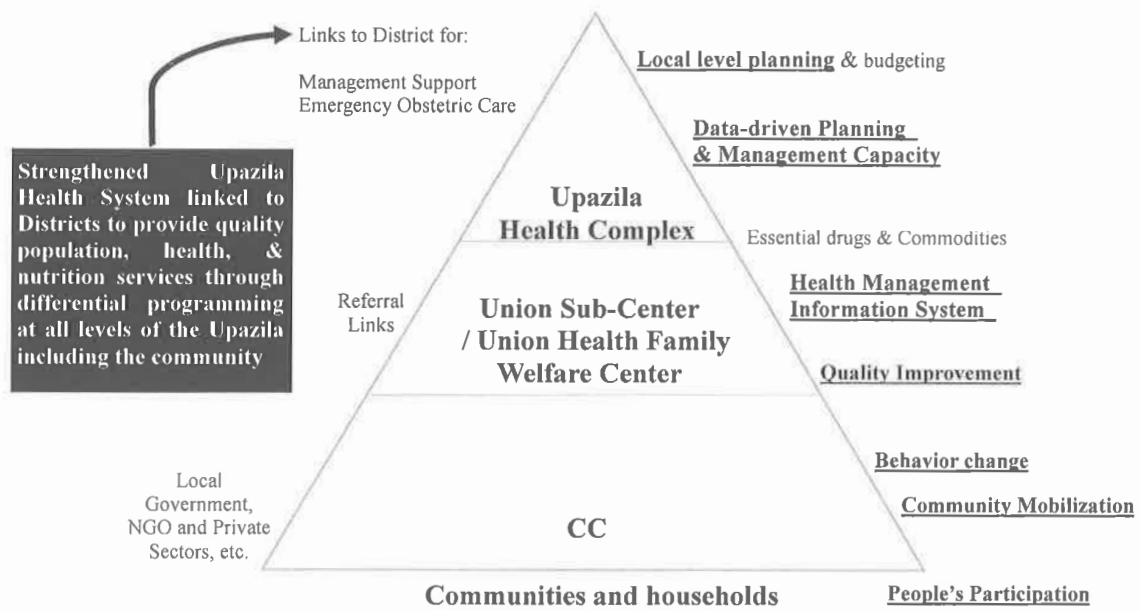


Figure 3-3. Upazila Health Complex

(Underline...Issues that SMPP-2 activities contributed to strengthen)

3-3 Achievement of Project Purpose

The project purpose is achieved. The most indicators achieved its target as of the terminal evaluation as shown in Table 3-6. The factors which enabled the CC/CG/CSG activities and 5S-CQI-TQM expand throughout the country include the incorporation of approaches introduced by SMPP-2 into policies (output 1), the establishment of the mechanisms of monitoring and support to replicate the good practice(output 2) and a likely integration of a package of MNH interventions into the Upazila Health System based on the experience in Satkhira (output 3) among various stakeholders and partners.

Table 3-6. Achievements of Project Purpose

Project Purpose: The approaches to improve MNH service quality and utilization in line with Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) are expanded in Bangladesh	
Indicators	Achievement
1. The proportion of all the TQM hospitals in Satkhira and Narsingdi achieved 70% or more on 5S at the MNH service areas (ANC/PNC corner, delivery room, operation theater and female ward)	Achieved All the 5S-CQI-TQM hospitals in Satkhira achieved 75% on 5S at MNH services areas, according to the project document.
2. The percentage of CSGs functional in Satkhira is increased to 70% or more	Achieved The percentages of CSGs functional in Satkhira is 82% (540 CSGs out of total 657 CSGs), according to the project document.
3. The proportion of women with complication using EmOC services increases to 80% or more in Satkhira and Kholaroa	Partially Achieved As of the terminal evaluation, the proportions of women with complication using EmOC in Satkhira district and Kalaroa Upazila was 80.9%. To be analyzed further.
4. Proportion of deliveries assisted by skilled personnel (C-SBA, SSN/FWV with midwifery training, MBBS doctor) increases to 50% or more.	Achieved The proportion of deliveries assisted by skilled personnel in Satkhira district increases to 54.8% as of the terminal evaluation (baseline: 37.4%) and in Kalaroa it is increased to 68.1% (baseline: 45.6%)
5. The proportion of established CSGs reaches to 100% in Bangladesh	Mostly Achieved Number of established CSG is 39,240 in Bangladesh (99.4% of the target: 40,149 as of June 2015), according to the CBHC documents In 2013, RCHCIB issued the government order that all CCs should create CSGs as per the guideline.
6. TQM pilot hospitals expands to more than initial four hospitals (baseline: 3)	Achieved The number of the pilot hospitals is 106 in Bangladesh as of the terminal evaluation

(Source) Project documents

B

19

SMPP-2 has contributed in the expansion of the approaches such as CSG and 5S-CQI-TQM in align with the national strategies. The number of established CSG almost reached at the target and the number of the pilot hospital increased greatly from three in baseline to 106 hospitals as of the terminal evaluation.

SMPP-2 assisted the expansion technically: facilitating government partners to incorporate CSG and 5S-CQI-TQM into the national strategies, providing technical assistance to implement CSG and 5S-CQI-TQM, and conducting training, etc.

In addition, SMPP-2 mobilized the resources for the expansion from various development partners and from the Japan's Loan Project titled "Maternal, Neonatal and Child Health Improvement Project Phase I" (Yen Loan Project). Without the resource mobilization, CSG and 5S-CQI-TQM could not be expanded only by SMPP-2's budget.

3-4 Impacts

3-4-1 Achievement of Overall Goal

According to the Annual Program Implementation Report 2015 on the 3rd HPNSDP, maternal mortality ratio is on track to achieve 143 or less by 2016. On the other hand, neonatal mortality rate is regarded as challenging to achieve the target by 2016.

However, it is still possible to achieve the target by the 3-5 years after the end of the project, because intensive efforts are now discussed in the formulation of the next health sector program to overcome some issues: skilled birth attendance at birth, overall nutrition situation, urban primary health care service delivery particularly for the poor, service expansion to hard-to-reach areas, quality assurance of health services. CSG and 5S-CQI-TQM developed by SMPP-2 will be able to contribute to the improvement of these issues.

Table 3-7. Current Situation of Indicators of Overall Goal

Overall Goal: Maternal and neonatal health status is improved in Bangladesh	
Indicators	Current Situation
1. Maternal mortality ratio is reduced from 194 (in 2010)*1 to 143 or less (3-5 years after the end of the project) *1	Possibly achieved Country-wide maternal mortality ratio has been reduced to 170 in 2014*3 from 194 in 2007. The progress is regarded as "on track" to reach at the target 143 in 2016. Thus, in 2019 three years after the end of the SMPP-2, it is highly possible to be achieved.
2. Neonatal mortality rate is reduced from 37 (in 2007)*2 to 21 or less (3-5 years after the end of the project)	Possibly achieved Country-wide neonatal mortality rate has been reduced to 28 in 2015 from 37 in 2007. As of the terminal evaluation, the progress is regarded as "challenging" to reach at the target by 2016. The report concluded some relevant service indicators were likely not achieved within the program

	<p>period: delivery by SBA, ANC and PNC coverage, etc. However, these issues will be focused in the next sector program. Thus, it is difficult to say that the target cannot be reached at 3-5 years after the end of the project.</p>
--	--

(Source) *1 Bangladesh Maternal Mortality Survey (2010)

*2 Bangladesh Demography and Health Survey (2007)

*3 Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group by WHO, UNICEF, UNFPA, UN-PD and World Bank

3-4-2 Other Impacts

(1) Evolving partnerships and mobilizing resources

As mentioned above, SMPP-2 could expand CSG and 5S-CQI-TQM through the incorporation into the national strategies with evolving partnership and mobilizing resource from the partners and the Yen Loan project. In the PDM, the partnership evolution and resource mobilization from various partners was not clearly defined, while the policy incorporation is mentioned in the output 1 of the PDM. Thus, this phenomenon can be regarded as one of the impact of SMPP-2. The detail is discussed in “SMPP-2’s Characteristics to Enable Expansion of CSG and 5S-CQI-TQM.”

(2) Contribution to Revitalization of CC

CC was introduced in Bangladesh at 1998 when the government planned to establish 13,500 CC to expand primary health care services at the door step of rural people. However, the CC had been closed in 2001 due to policy shifting. Then, in 2009 the government started CC expiation again through “Revitalization of Community Health Care Initiative (Community Clinic Project)” to make both old clinic constructed in 1998-2001 and new clinic functional.

SMPP-1 started Community Support System (CmSS) in 2006 before the Community Clinic Project. Their experiences contributed to strengthening the community participation component of CC initiatives through introduction of a new concept of CmSS / CSG, trial of monitoring support mechanism, integration of CSG into local governance, etc. Because the CmSS was a very fresh idea in Bangladesh at that time, it might have prompted MoHFW and various partners to focus more on the community engagement.

(3) Expansion of good practices through south-south cooperation

During SMPP-2, Bangladesh counterparts participated in the training in Sri Lanka, Tanzania and Kenya. In addition, members of Kenyan Ministry of Health visited Bangladesh to observe CC, CG and CSG. As results, Bangladesh counterparts learned and applied good practices of other countries for their activities, and transfer their knowledge and experiences for other countries. For example, in Kenya their Community Health Strategy incorporated community support mechanism, after the visit to Bangladesh.

(4) Contribution to Global Health Community

SMPP-2’s experience has provided the evidence and lessons learned from the implementation to verify EMBRACE (Ensure Mothers and Babies Regular Access) Model in Japan’s Global Health Policy 2011-2015. The model consists of supporting community-based care, supporting facility-based care and creating linkages between communities and facilities. The intervention implemented by SMPP-1

21

24.

was named “Narsingdi model” by the government of the Bangladesh and also regarded as a project to realize the EMBRACE model by the Japanese government. Based on the experience of the SMPP-1, the government of Bangladesh decided to initiate a research project financed by the DRGA in collaboration with icddr.b to extract evidence of the effectiveness of MNCH intervention.

SMPP-2 also shared the experience at the occasions of PMAC, WHO-SEARO and PMNCH.

(5) Increase of social capital as impact of CSG

The result of the impact evaluation conducted in Satkhira showed that the capacity building of CSG could make a positive impact on their social capital such as altruism. It implies that community activities supported by SMPP-2 may increase villagers’ willingness to contribute to the welfare of other community members.

(6) Increased presence of Japan’s ODA in Japan

Project activities of SMPP-2 were broadcasted by NHK, radio and television system of Japan, which leads to increase awareness of the project implemented through ODA. It could visualize how the ODA project worked and impacted on beneficiaries of other countries.

3-5 Implementation Process

3-5-1 Revision of PDM

The mid-term review in 2013 recommended the revision of the PDM because the original Project Design Matrix (PDM) has some unclear or indistinct description which may create differences of interpretations among the concerned parties, as well as because the output 1 had been regarded as impossible to be achieved due to changes in the situation. In addition, some reviewers pointed out that “SMPP-2 increased numbers of activities along the way, some of which have diverged from its original focus”.

Based on the recommendation, SMPP-2 revised the PDM reflecting the project activities without change of the project purposes and direction. The revised PDM was approved in February 2015 based on the recommendation raised at the time of Mid-Term Evaluation. After the revision, the scope of the project activities was clarified and the operation of the project became aligned with the revised PDM allowing the flexibility of the project activities.

Table 3-8. Comparison between PDM0 and PDM1

	PDM0	PDM1
Output 1	Function of the MNH activities coordination among stakeholders (such as at MNCH Forum) is enhanced at national level	Good practices of MNH services are identified and consolidated in national strategies and guidelines
Output 2	Process of good practices and lessons learnt for improvement of MNH extracted from the Project (including Phase 1) are disseminated in the country.	Mechanism to monitor and support replication of good practices is developed for making replicated good practices functional
Output 3	Local implementation mechanisms of MNCH minimum package and approaches integrated into UHS are defined (Satkhira, Habiganj)	A package of MNH interventions under UHS is developed

(Source) PDM version 0 and PDM version 1



24.

8

3-5-2 Role of Project Supporting Committee in Japan

In SMPP-2 Project Supporting Committee, comprised of Japanese experts in key areas related with SMPP-2, was established at the beginning of SMPP-2 to provide technical consultation. The members of Supporting Committee have participated to the Review and Evaluation Team and made advice in technical aspects and also be dispatched as short-term experts. According to the interview with Japanese experts and members of the committee, the committee could provide different viewpoints for the reframing the project scope and activities. In particular, the discussion between the Japanese experts and committee members at the time of mid-term review resulted in refining PDM and led to the introduction of innovations such as the Core Team Strategy and 5S-CQI-TQM expansion through partnerships.

3-5-3 Rigorous impact evaluation on the intervention developed by the project

SMPP-2 conducted randomized controlled trial to examine the effectiveness of the intervention on 1) MNH care seeking behavior, 2) social capitals and 3) women's empowerment. The impact evaluation showed that the intervention influenced positively to CG and CSG members in the social capital aspect while the other two elements should be engaged in further analysis. If the impact can be clarified with less risk of biases, the evidence might be powerful to prove the effectiveness of the interventions developed by the project. It should be mentioned that experience of SMPP-2 conducting a randomized controlled trial as an evaluation of a part of the project is still a rare case and could provide valuable insights and opportunities for further discussions on methodology of evaluation of a project under the JICA technical cooperation.

3-5-4 Partnership with other donors

Good practices developed by SMPP-2 such as CSG, 5S-CQI-TQM, etc. have been replicated and expanded widely through the partnership with other donors. Backed with the openness and trust built between SMPP-2 and other partners, the practices have been replicated by other donors with the use of their resources. For example, 5S-CQI-TQM has been expanded by UNICEF, WHO, etc. Experience of community activities has been shared by CARE and other NGOs, etc. It also resulted in evolution of new ideas to further improve the approaches and modification to adjust with the needs of the partners. UNICEF and WHO focused on improvement of the quality of MNH services at hospital through 5S-CQI-TQM application. DASCHO strengthened the function of CSG to promote water and sanitation activities in the community.

3-5-5 Use of Yen Loan project and cooperation from Japan Overseas Cooperation Volunteers

In 2011, the total amount of 5.01 billion Yen Loan was signed between the Government of Japan and the Government of Bangladesh for the health sector. The part of Yen Loan was designed to directly support the scale up of SMPP-2 activities to take on the achievements of SMPP-1. This Yen Loan was the first case of a large amount of financial support towards the health sector by JICA in Bangladesh, and the initial detailed design of Yen Loan was kept flexible which made it easier to adapt to the needs of SMPP-2. In fact, the Yen Loan budget was utilized for the CC/CSG training program carried out all over the country, thus contributing to the capacity development of those group members, The TQM training program in Sri Lanka was organized in 2015 with Yen Loan support. In summary,

the Yen Loan project made the scale-up of SMPP's good practices possible financially, while SMPP-2 could concentrate on a technical responsibility to maintain the conducive policy environment for the scale-up.

In addition, activities of some Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCV) in Bangladesh took SMPP-2 into consideration for their activities. JOCV could contribute to the integration and innovation of the practices into the local context.

3-5-6 Coordination between technical cooperation project and Yen loan project

Though the contribution by Yen Loan for the scale up is well recognized, as Yen Loan was put through the financial management system of Gov, the actual use of the fund inevitably faced challenges of overcoming the complex and bureaucratic procedures demanded by both Japanese and Bangladesh Government. As well as the complexity of the procedure, the fact that it was the first time for both JICA and the Line Directors to handle such fund resulted in slower flow of the fund for the activities than it had been anticipated. Both Japanese experts and Bangladesh counterparts expressed their frustration with regard to the delayed fund flow which sometimes delayed the progress of the SMPP-2 and the Operational Plans that received the Yen Loan fund.

It is important to emphasize, however, that valuable lessons have been learnt by JICA and MoHFW/LDs in terms of how the financial management system of the Government of Bangladesh functions, working collaboratively to overcome weakness of such system, increasing ownership and creativeness by SMPP-2 counterpart in terms of how to spend the fund and the process of linking the Yen Loan (large finance) with technical cooperation project.

Handwritten marks and a signature in the bottom left corner of the page.

4. Strategy taken by SMPP-2

The terminal evaluation team identified the following are key components for SMPP-2 to reach the overall goal: The improvement of maternal and neonatal child health in Bangladesh through the project activities. In case of CSG, SMPP-2 has shed the light on “community participation” as responsive mechanism to reactivate CCs. In case of 5S-CQI-TQM, SMPP-2 made the effect of 5S visible at the initial stage, which led to the policy development of 5S-CQI-TQM smoothly.

4-1. Partnership development

SMPP-2 has collaborated with different stakeholders and partners in several areas as shown in Output 1. The degree of partnership with agencies and organization varied depending on the types of activities and geographical areas of their focus and activities implemented, but a common tendency/characteristic is identified. First, SMPP-2 successfully contributed to the development of policies such as CSG and TQM, which secured the credibility of the interventions. In some cases, SMPP-2 had worked together with the partners to develop the intervention into policy. Secondly, SMPP-2 shared openly the expertise of the interventions/experiences such as monitoring tools and training guidelines with partners such as UN organization (i.e. WHO and UNICEF). This contributed to expand/accelerate the policy implementation without the direct intervention by SMPP-2.

4-2 Maximizing the use of resources within JICA

JICA tactically utilized SMPP-2 to make the most of available resources by pooling the resources such as Yen Loan and JOCV within JICA and created a ‘program= JICA’s health sector program including SMPP-2, Yen Loan and JOCV’ as oppose to a ‘project = SMPP-2 alone’. There was a strategic direction for SMPP-2 to use not only its own budget but to utilize the other resources such as the Yen Loan Project and JOCVs. Seven hundred million Yen of the Yen Loan Project was used for the nation-wide trainings of CGs/CSGs/CHCP. Yen Loan made the expansion of SMPP’s good practices possible. JOCVs collaborated with SMPP-2’s activities such as 5S at the hospital and community level and SMPP-2 received from JOCVs the feedback on what was actually happening at the implementation level, which in turn fed into SMPP-2 to improve its activities.

4-3 Evidence-informed decision making

SMPP-2 documented and disseminated different analysis reports in addition to utilizing the data routinely collected by the counterpart and SMPP-2 for decision making.

Given the increasing importance of creating and use of evidence for assessing the effectiveness of SMPP-2, sparing the limited resources for additional researches and surveys is recognized worthwhile. SMPP-2 contributed for global health community in the world through 4 academic papers analyzing the implementation and outcomes of those activities. Moreover, it is an unique aspect of SMPP-2 that SMPP2 have conducted social capital and women empowerment studies to examine social impact of CSG to explore its application beyond health sector.

5. Evaluation Results

5-1 Relevance

5-1-1 Relevance to the Development Plan

Improving maternal and neonatal health services is one of the agendas in the 3rd HPNSDP 2011-16, which is a key strategic document as of ex-ante evaluation as well as terminal evaluation. The strategy in the 3rd HPNSDP includes 1) promotion of institutional services in all districts and Upazila and 2) sustaining and expanding home-based services, in varying degrees on local needs, particularly in places with geographic or social restrictions on seeking care from facilities. Because SMPP-2 has targeted the improvement of maternal and neonatal services through the activities in facilities as well as in community reflecting local needs, thus it is relevant with 3rd HPNSDP.

5-1-2 Relevance to the Development Needs

Country-wide neonatal mortality rate and maternal mortality ratio has been reduced to 28 and 170 in 2015 from 37 and 194 in 2007, respectively. As of the terminal evaluation, decline in neonatal and maternal mortality has been observed, and progress for the improvement of health services has been achieved. Thus, SMPP2 is still relevant with the country needs as of the terminal evaluation.

However, many challenges still remain in the neonatal and maternal health such as ensuring skill attendance at birth, service expansion to hard-to-reach areas, assuring quality of care, according to the concept paper of the next health sector program. Therefore, even as of terminal evaluation, tackling the improvement of neonatal and maternal health services is still needed. Thus, SMPP-2 is still relevant with the country needs as of the terminal evaluation.

5-1-3 Relevance to Japan's ODA Policy

Japan's Strategy on Global Health Diplomacy weighs on efforts on maternal and newborn health, and health system strengthening. In addition, one of the priority issues in South Asia mentioned in Basic Design for Peace and Health (2015) is improving health service standards and access of maternal and child health. Country Assistance Program for Bangladesh also prioritizes the contribution to the Bangladesh's efforts to realize MDGs in some areas including maternal and child health. Because SMPP-2 has addressed the maternal and neonatal health, it is relevant with Japan's ODA Policy.

In summary, this project is highly relevant with the Bangladesh's health strategy and needs, as well as Japan's ODA policy. Therefore, its relevance is high.

5-2 Effectiveness

As of the terminal evaluation, the CSG and 5S-CQI-TQM has been disseminated in Bangladesh because the incorporation of approaches introduced by SMPP-2 into policies (output 1), feasibility to maintain and expand approaches has been increased through monitoring and support activities (output 2) and possibility of integration into the Upazila Health System has been recognized in basis of the experience in Satkhira (output 3) among various stakeholders and partners. Thus, SMPP-2 largely achieved its purpose as of the terminal evaluation.

26

5-3 Efficiency

Both of the project cost and project period will be within the plan. Therefore, efficiency of SMPP-2 is high. During the project period, activities could not be implemented as expected due to political unrest and frequent strikes in Bangladesh with security concern but the project outputs were produced as planned. 10-year activities of the Chief advisor in SMPP-2 have strengthened the relationship between SMPP and MoHFW and various partners, which made the project activities more efficiently and effectively. In addition, SMPP-2 has maximized available local experts, which also made the project activities acceptable in local context. The third country trainings were appropriate because it can utilize resources of neighboring countries in South Asia.

5-4 Impact

It is possible to achieve overall goal in 3-5 years after the end of the project because MMR is now on track to reach the target by 2016, and NMR will be addressed more intensively in the next health sector program. If the expanded approaches such as CSG and 5S-CQI-TQM are sustained with monitoring and support mechanisms, they will contribute the achievements of the target of MMR and NMR. In addition, there are some positive impacts 1) partnership was evolved and resources were mobilized, 2) SMPP-2 contributed to revitalize CC, 3) good practices of SMPP-2 was expanded to other countries and experience of other country was received in Bangladesh, etc.

No negative impact was reported as of the terminal evaluation.

5-5 Sustainability

5-5-1 Related policy and institutional aspects for the sustainability of project effects

Current policy environment is regarded to sustain project achievement effectively. The concept paper for the next health sector program emphasizes the continuation of efforts to reduce maternal and childhood mortality. As mentioned above, the MoHFW and development partners have recognized that many challenges still remain in the neonatal and maternal health. It means that the next health sector program will still prioritize the issues SMPP-2 has addressed.

5-5-2 Organizational aspects of the implementing agency for the sustainability of project effects

As of the terminal evaluation, responsible body was clearly defined. Quality Improvement Secretariat of Health Economics Unit is responsible for TQM policy. TQM program of DGHS is responsibility for its implementation. Operational Plan of Community Based Health Care is responsible for CSG. Essential Health Service Program of DHGS is responsible for Upazila Health Management.

However, after the end of the project, organizational rearrangement might be conducted by MoHFW according to the concept paper for the next health sector program. Thus, there is a minor concern on organizational aspects of implementing agency for the sustainability of project effect.

5-5-3 Technical aspects of the implementing agency for the sustainability of project effects

As of the terminal evaluation, DGHS/ DGFP will be able to operate national strategies and guidelines with various development partners because resource persons, agencies, documents, training modules will remain with DGHS/DGFP national level to Upazila levels.



27



However, as for monitoring and support mechanism on CC/CG/CSG activities, sustainability is somewhat challenging on the ground. The reason is that facilitating Core Team's activities might not be taken over by anyone or agencies.

5-5-4 Financial aspects of the implementing agency for the sustainability of project effects

There is no major problem in terms of financial sustainability if the next health sector program allocates the same level of amounts of the expenditure with 3rd HPNSDP. In last four years the expenditure of 3rd HPNSDP has been increased (Table 5-1). However, there might be a minor problem. As of the terminal evaluation, it was reported that delayed supply of medicines to CC with shortage of expenditure, which has influenced the sustainability of activities of CC.

Table 5-1. Total expenditure of HPNSDP

	(Unit: million Taka)			
	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Total fund allocation	228.5	294.7	-	358.9
Total fund released	198.8	293.1	-	327.1

(Source) Annual Program Implementation Review Report of HPNSDP 2011-2012, Annual Program Implementation Review Report of HPNSDP 2012-2013, and Annual Program Implementation Review Report of HPNSDP 2014-2015

In summary, some minor concerns have been observed in terms of the organizational, technical and financial aspects of the implementing agency. Therefore, sustainability of the project effects is fair.

[Handwritten marks and signature]

6. Conclusion, Recommendation and Lessons Learned

6-1 Conclusion

SMPP-2 is highly relevant with the Bangladesh's and needs, as well as Japan's ODA policy, because SMPP-2 has focused on maternal and neonatal health prioritized in the 3rd HPNSDP as well as Japan's Basic Design for Peace and Health (2015). Effectiveness and impact are high because SMPP-2 has achieved its project purpose "the expansion of new approaches such as CSG and TQM, which influence the maternal and neonatal indicators positively. Efficiency of SMPP-2 is high because both of the project cost and project period will be within the plan. Sustainability of SMPP-2's effects is fair because some minor concerns have been observed in terms of the organizational, technical and financial aspects of the implementing agency because organizational rearrangement will be conducted after the end of the project, facilitating Core Team's activities might not be taken over by anyone or agencies, and delayed supply of medicines to CC with shortage of expenditure was reported as of the terminal evaluation.

In light of the above, this project is evaluated to be highly satisfactory.

6-2 Recommendation

1. On the ground that "Core Team Strategy" has functioned effectively to activate CG and CSG which contribute to maximum utilization of CC as well as to strengthen the Upazila Health System. The Evaluation Team recommends to Bangladesh side to expand the "Core Team Strategy" to other districts to promote CC initiative.
2. CBHC should take necessary measure to address issues mentioned in 3-2-2 Output 2; allocation of budgets for "Core Team Strategy", mobilizing resources for external facilitators such as NGOs, retaining experiences as institutional memory, and policy endorsement of "Core Team Strategy".
3. The Evaluation Team confirmed that the mechanism of CG and CSG is applicable for promoting further utilization of FWC. DGFP should consider creating CSG under the FWC management committee. In addition, data of FWC should be integrated with existing community clinic data to capture the entire situation of the union.
4. SMPP-2 should document the implementation process, monitoring mechanism and experience of District HLP. In addition, the document should be shared and finalized with MoHFW, the Horizontal Learning Center and its partners by June 2016. Documents are expected to be utilized in the new phase of HLP, and for mobilizing Union Parishads to contribute to health sector strengthening.
5. SMPP-2 should share the results and lessons learned of impact studies in Satkhira about women's health seeking behavior, social capital and women's empowerment with MoHFW and sector partners by the end of SMPP-2 to draw policy recommendation.
6. The Evaluation Team recommends TQM program of DGHS to support hospitals to strengthen internal PDCA cycle in 5S-CQI-TQM and showcase the good practice of 5S-CQI-TQM for



advancement. The Team also recommends compiling positive changes in quality of hospital services with data after the introduction of 5S-CQI-TQM.

7. The Evaluation Team recommended SMPP-2 to document 10-year experiences of SMPP, evolution of Narsingdi model, and process and lessons learned of the scale-up of CSG and 5S-CQI-TQM by June 2016.
8. The Evaluation Team recommended MoHFW to assure responsible departments to take over the achievements of SMPP-2 even in the next health sector program.

6-3 Lessons Learned

1. It was proved that the Government can effectively mobilize the community participation with strong ownership in Bangladesh. To formulate appropriate policies, external supporters such as SMPP-2 could advice or offer innovative ideas (e.g. CSG, Core Team strategy, 5S-CQI-TQM.) to the government from the external objective point of view.
2. SMPP-2 focused on policy formulation and operationalization with the Government through constructing linkages between these two aspects, instead of increasing the geographical coverage. It resulted in the formulation of appropriate policy and relevant approaches in the Bangladesh context, which attracted development partners to get on board.
3. SMPP-2 conducted the third country training s
4. uch as 5S-CQI-TQM in Sri Lanka and in Tanzania and exchange visits between Bangladesh and Afghanistan/Kenya. As for the Kenyan case, the visit influenced the development of Community Health Strategy in Kenya. Those activities were able to create the chain reaction of knowledge and experiences by utilizing global network of JICA. It had the positive impacts beyond the national border by utilizing the achievements of other JICA technical cooperation projects.
5. PDM is a tool to share the direction of the Project as well as mobilize resources for the project implementation at the design stage of the Project. Based on SMPP-2 experience, project management tool should allow flexible and timely revision of activities when critical changes of the technical cooperation takes places and/or when an opportunities arise for achieving the overall goal, which facilitate dynamic actions to address the overall goal.
5. It was observed that one of the most critical factors of SMPP's success was the placement of JICA expert who committed oneself/herself to the project over 10 years and understands the country context, the latest landscape of global health as well as JICA's development values. Furthermore, JICA internalized SMPP and built full trust with the expert that enabled SMPP to take prompt decisions and actions, and allowed SMPP to be adaptable to meet changing needs of the country.

End

Appendix 1. Project Design Matrix version 1

Project Name: Safe Motherhood Promotion Project Phase 2

Target Area: Whole country (some activities are held in several districts only)

Target Groups:

1. Community people, particularly pregnant and post-partum women and neonates
2. All level relevant staff under Directorate General of Health Services and Family Planning at Central, district and Upazila

Overall Goal	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Maternal and neonatal health (MNH) status is improved in Bangladesh	(1) MMR is reduced from 194 (2010) to under 143* (2) NMR is reduced from 37 (2007) to under 21*	Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey (BMMS) Bangladesh Demographic Health Survey (BDHS)	The political, economic, and social situation will not be worse than those at commencing time of the Project
<p>Project Purpose</p> <p>The approaches to improve MNH service quality and utilization in line with Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) are expanded in Bangladesh</p> <p>*Field of approaches is extended to the subject related to Operational Plan of HPNSDP as follows: 1) Community Based Health Care (Community Clinic), 2) Hospital Services Management (Total Quality Management (TQM)), 3) Maternal, Neonatal and Child, Adolescent Health Care, 4) Maternal, Child, Reproductive and Adolescent Health, and 5) Essential Service Delivery (Upazila Health System)</p>	<p>(1) The proportion of all the TQM hospitals in Satkhira and Narsingdi achieved 70% or more on 5S at the MNH service areas (ANC/PNC corner, delivery room, OT and female ward) (*1).</p> <p>(2) The percentage of CSGs functional in Satkhira => [70% functional] (*2)</p> <p>(3) The proportion of women with complication using EmOC services => Satkhira/Kholaroa [69%/65.7%=>80%]</p> <p>(4) Proportion of deliveries assisted by skilled personnel (C-SBA, SSN/FWV with midwifery training, MBBS doctor) => Satkhira/Kholaroa [37.4%/45.6%=>50%]</p> <p>(5) The proportion of established CSGs reaches to 100% in Bangladesh</p> <p>(6) TQM pilot hospitals expands to more than initial four hospitals</p>	<p>(1)(2)(5)(6) Project monitoring data (3)(4)(5) Baseline and endline surveys conducted in Satkhira district and Kholaroa Upazila, CSG data of Kholaroa</p>	The national interests and focus in the health sector is not dramatically changed
<p>Outputs</p> <p>1. Good practices of MNH services are identified and consolidated in national strategies and guidelines</p> <p>2. Mechanism to monitor and support replication of good practices is developed for making replicated good practices functional</p> <p>3. A package of MNH interventions under Upazila Health System (UHS) is developed</p>	<p>(1) The number of cases/themes/areas of collaboration between SMPP-2 and other MNH stakeholders</p> <p>(2) The number of good practices incorporated in national MNH policies, strategies, guidelines, and manuals</p> <p>(3) Report of analysis on the activities in Narsingdi and Chowgacha (the process documentation of each model)</p> <p>(1) Mechanisms to monitor and support TQM, CSG and District HLP are established</p> <p>(2) Training modules formulated, number of training, number of training participants, number of Agencies SMPP provided technical assistance for implementation of TQM/CSG/HLP</p> <p>(1) Defined UHS concept, strategy and implementation mechanism is documented</p> <p>(2) The number of evaluation reports on MNH interventions</p> <p>(3) (In Satkhira district/Kholaroa Upazila) Proportion of women received 4 or more ANC during last pregnancy => [29.2%/44.1%=>35%/55%], Proportion of women received PNC (within 42 days of delivery) during last</p>	<p>(1) GoB documents of policies, strategies, guidelines, and manuals</p> <p>(2) Research and dissemination reports</p> <p>(3) Project document</p> <p>(1) Report /Project document</p> <p>(2) Project monitoring report</p> <p>(1) Defined UHS concept, strategy and implementation mechanism is documented</p> <p>(2) The number of evaluation reports on MNH interventions</p> <p>(3) (In Satkhira district/Kholaroa Upazila) Proportion of women received 4 or more ANC during last pregnancy => [29.2%/44.1%=>35%/55%], Proportion of women received PNC (within 42 days of delivery) during last</p>	<p>Ministry of Health and Family Welfare (MOHFW) continues to implement Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP)</p> <p>The policy change in the health sector does not greatly affect the concept and approaches of Project that were agreed</p> <p>(1)(2) GoB documents on UHS & Project monitoring data and report (3) Baseline and end line surveys & Project monitoring data and report</p>

A-1

<p>[Output 1] Good practices of MNH services are identified and consolidated in national strategies and guidelines 1-1 To analyze and document the process and results of the Project interventions to identify issues constraining further improvement of utilization and quality of MNH services 1-1-1 To identify good practices of the Project to be reflected in the policies, strategies and guidelines 1-1-2 To evaluate the effectiveness and impact of the interventions (TQM, CSG, HLP, etc.) 1-2 To disseminate the extracted good practices and lessons learnt of the Project and other good practices 1-2-1 To develop Chowgacha experience training program to identify and consolidate good practices for hospital management 1-2-2 To facilitate utilization of the Project sites as learning sites and horizontal learning 1-2-3 To conduct mapping of MNH activities implemented by government, development partners and NGOs 1-2-4 To facilitate mutual learning and collaboration among stakeholders on MNH to optimize the efforts and resources 1-3 To incorporate good practices and lessons identified by the Project into national MNH policies (e.g. operational plan, sector program documents, etc.,) strategies, and guidelines 1-3-1 To hold project technical meetings with relevant government officials on MNH 1-3-2 To participate in MNH related activities at the national level such as Annual Review and Evaluation of HPNSDP 1-3-3 To make and revise guidelines and manuals for the implementation of MNH activities 1-4 To implement new interventions for improvement of MNH services utilization and quality in Narsingdi and Jessore</p> <p>[Output 2] Mechanisms to monitor and support replication of good practices is developed for maintaining replicated good practices functional 2-1 To develop a monitoring and support mechanism for hospitals under 5S/Kaizen/TQM</p>	<p>pregnancy => [38.7%/31.6%=>45%], increase proportion of poor pregnant women supported by community, increase no. of Union Parishads allocated budget to MNCH activities (# of UPs & the amount of budget allocation), increase utilization of post-partum FP methods, and reduce Neonatal Case Fatality Rate =>Satkhira District Hospital [17.7% (2011) => 10%]</p> <p>Inputs Japanese Side 1. Dispatch of experts Long-term experts: (1) Chief Adviser (2) Project Coordinator (3) Monitoring and Evaluation Short term Experts: (1) TQM (2) MCH (3) Community mobilization 2. Provision of equipment 3. Training of counterpart personnel 4. Dispatch of study team when necessary 5. Allocation of operational costs for the Project Local staff, NGO sub-contract, trainings, basic hospital facility and equipment, baseline and end line surveys</p>	<p>pregnancy => [38.7%/31.6%=>45%], increase proportion of poor pregnant women supported by community, increase no. of Union Parishads allocated budget to MNCH activities (# of UPs & the amount of budget allocation), increase utilization of post-partum FP methods, and reduce Neonatal Case Fatality Rate =>Satkhira District Hospital [17.7% (2011) => 10%]</p> <p>Inputs Bangladesh side 1. Assignment of counterpart personnel 2. Office premises in Dhaka, Narsingdi, Jessore, and Satkhira</p>	<p>Important Assumptions Frequent transfer of counterpart personnel does not occur</p>
--	---	---	--

<p>2-2 To develop a monitoring and support mechanism for community support groups</p> <p>2-3 To develop a district horizontal learning mechanism to support the replication of good practices of union Parishards</p> <p>(Output 3)</p> <p>A package of MNH interventions under Upazila Health System (UHS) is developed</p> <p>3-1 To design MNH approaches within the UHS (concept, strategy, interventions, monitoring and evaluation)</p> <p>3-2 To implement MNH approaches in some target Upazila to observe appropriateness and replicability with available local resources</p> <p>3-2-1 To support practice of Local Level Planning (LLP) and District Management Information System (MIS) to enhance MNH service delivery</p> <p>3-2-2 To improve the quality of MNH services at hospitals by application of 5S/Kaizen/TQM and Hospital Improvement approach</p> <p>3-2-3 To capacitate CSOs to promote safe delivery at communities</p> <p>3-2-4 To collaborate with local government bodies to mainstream MNH activities in the communities</p> <p>3-2-5 To improve MNH service utilization in hard to reach areas</p> <p>3-3 To monitor and evaluate the MNH approaches for assessment of the effect</p> <p>3-4 To reflect the results and process of MNH approaches to the national strategies, trainings and implementation tools</p>		
--	--	--

SS

24.

Appendix 2. Evaluation Grid for this Terminal Evaluation

Five Criteria	Evaluation Questions		Criteria of Judgment	Method to collect information and data required for judgment
	Main Questions	Sub-questions		
Relevance	Relevance to the development plan of Bangladesh	Is the project relevant to the development plan of Bangladesh?	If the improvement of maternal and neonatal health (MNH) is documented as agenda in the Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP), it is judged as "relevant".	Review of 3rd and 4th HPNSDP document (4th is draft as of terminal evaluation)
	Relevance to the development needs of Bangladesh	Is the project relevant to the development needs of Bangladesh?	If the indicators related to MNH is lower than the national target and the MNH status has been one of inhibitors of social development, it is judged as "relevant".	Review of statistics, hearing to implementing organization
	Relevance to Japan's ODA policy	Is the project relevant to the Japan's ODA policy?	If the MNH is documented in the Japan's ODA policy such as "Japan's Strategy on Global Health Diplomacy" (2013), "Basic Design for Peace and Health (Global Health Cooperation)" (2015) as well as "Country Assistance Program for Bangladesh" (2012), it is judged as "relevant".	Review of policy documents such as "Japan's Strategy on Global Health Diplomacy (2013)", "Basic Design for Peace and Health (Global Health Cooperation)" (2015), "Country Assistance Program for Bangladesh" (2012)
	Adequacy of measures It is examined only in case that problems are found in "Effectiveness and/or Impact" and appropriateness of logical frame of the project become suspicious.	Was the project design appropriate?	If theory failure is not found in a causal relationship from prerequisite to overall goal, it is judged as "appropriate".	Review of project documents and process of amendment of RD, interview to Japanese experts and staff of implementing organization
Effectiveness ③ or ② (including impact)	Achievement of output 1 "Good practices of MNH services are identified and consolidated in national strategies and guidelines"	Was the indicator 1-1 "the number of cases/themes/areas of collaboration between SMPP-2 and other MNH stakeholders is increased" achieved? (Baseline: 0)	If one or more cases effective to the project purpose, it is judged as "achieved."	Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization
		Was the indicator 1-2 "the number of good practices incorporated in national MNH policies, strategies, guidelines, and manuals is increased" achieved? (Baseline: 0)	If one or more good practices effective to project purpose is confirmed, it is judged as "achieved".	Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization
		Was the indicator 1-3 "report of analysis on the activities in Narsingdi and Chowgacha (the process documentation of each model) is developed" achieved?	If the report of analysis is developed in Narsingdi and Chowgacha, it is judged as "achieved".	Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization
Achievement of output 2 "Mechanism to monitor and support replication of good practices is developed for making replicated good practices"	Was the indicator 2-1 "Mechanisms to monitor and support TQM, CSG and District HLP are established" achieved?	If staff is appointed to TQM CSG and District HLP, budget is also allocated for the operation, it is judged as "established".	Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization	

functional	<p>Was the indicator 2-2 "Training modules formulated, and number of training participants, number of agencies SMPP-2 provided technical assistance for implementation of TQM/CSG/HLP is increased" achieved? (Baseline: 0)</p>	<p>If the training effective to the project purpose is developed and implemented, it is judged as "achieved".</p>	<p>Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization</p>
<p>Achievement of output 3 "A package of MNH interventions under Upazila Health System (UHS) is developed"</p>	<p>Was the Indicator 3-1 "Defined UHS concept, strategy and implementation mechanism is documented" achieved? Was the indicator 3-2 "the number of evaluation reports on MNH interventions is increased" achieved? (baseline: 0) Was the indicator 3-3-a "Proportion of women received 4 or more ANC during last pregnancy is increased (29.2% /44.1% => 35%/55% in Satkhira district / Kholaroo Upazila)" was achieved? Was the indicator 3-3-b "Proportion of women received PNC (within 42 days of pregnancy is increased (39%/32% => 45%/45% in Satkhira district and Kholaroo Upazila)" achieved? Was the indicator 3-3-c "Proportion of poor pregnant women supported by community is decreased" achieved? (baseline: 0.3%) Was the indicator 3-3-d "Number of Union Parishads allocated budget to MNCH activities is increased" achieved? (Baseline: unknown) Was the indicator 3-3-e "utilization of post-partum FP methods is increased" achieved? (baseline: unknown) Was the indicator 3-4-f "Neonatal case fatality rate in Satkhira District Hospital is decreased from 17.7% (2011) to 10%" achieved?</p>	<p>If the Defined UHS concept, strategy and implementation mechanism" is documented, it is judged as "achieved". If one or more report effective to the project purpose is developed, it is judged as "achieved". If the indicator reached at the target, it is judged as "achieved". If the indicator reached at the target, it is judged as "achieved". If the proportion of poor pregnant women is reduced, it is judged as "achieved". If the number of the union is increased, it is judged as "achieved". If the utilization is increased, it is judged as "achieved".</p>	<p>Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization</p>

Handwritten marks: a checkmark, a signature, and the number "24."

<p>Achievement of project purpose "the approaches to improve MNH service quality and utilization in line with HPNSDP are expanded in Bangladesh"</p>	<p>Was the indicator 1 "The proportion of all the TQM hospitals in Sathkira and Narsingdi achieved 70% or more on 5S at the MNH service areas" achieved?</p> <p>Was the indicator 2 "the percentage of CSGs functional in Sathkira is increased to 80%" or more" achieved ?</p> <p>Was the indicator 3 "the proportion of women with complication using EmOC services in Sathkira District/ Kholaroo Upazila (69%/65.7% =>80%) achieved?"</p> <p>Was the indicator 4 "the proportion of deliveries assisted by skilled personnel is increased in Sathkira and Kholaroo (37.4%/45.6% => 50%) " achieved?"</p> <p>Was the Indicator 5 "the proportion of established CSGs reaches to 100% in Bangladesh" achieved?</p> <p>Was the indicator 6 " TQM pilot hospitals expands to more than initial four hospitals" achieved?</p> <p>Were the approaches committed by the project contributed to the improvement of the project indicators?</p>	<p>If the indicator reached at the target, it is judged as "achieved".</p> <p>If the indicator reached at the target, it is judged as "achieved".</p> <p>If the indicator reached at the target, it is judged as "achieved".</p> <p>If the indicator reached at the target, it is judged as "achieved".</p> <p>If the indicator reached at the target, it is judged as "achieved".</p> <p>If the number of the pilot hospitals is more than four", it is judges as "achieved".</p> <p>Judgment will be made based on the examination of appropriateness of the hypothesis of scale-up process of the approaches that the project committed.</p>	<p>Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization</p> <p>Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization</p> <p>Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization</p> <p>Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization</p> <p>Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization</p> <p>Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization</p> <p>Review of statistics and project document, interview to Japanese expert and staff of implementing organization</p>
<p>Impact</p> <p>Achievement of Overall Goal "Maternal and neonatal health status is improved in Bangladesh"</p>	<p>Will the indicator 1 "MMR is reduced from 194 (2010) to 143 or less" be achieved?</p> <p>Will the indicator 2 "NMR is reduced from 37 (2007) to 21 or less" be achieved?</p> <p>Is the logic from project purpose to overall goal appropriate?</p> <p>Will the community activities that project supported sustained in</p>	<p>Analyzing the improvement of MMR from the baseline and during project period, if the improvement of MMR has been observed in the district where project activities implemented, any other district and/or national level, it is judged as "possibly achieved".</p> <p>Analyzing the improvement of NMR from the baseline and during project period, if the improvement of NMR has been observed in the district where project activities implemented, any other district and/or national level, it is judged as "possibly achieved".</p> <p>Regarding hypothesis (if the approaches to improve MNH service quality and utilization in line with HPNSDP are expanded, the MMR and NMR can be improved, if any disproof is not clarified among project stakeholders, it is judged as "appropriate".</p> <p>As of the terminal evaluation, if the activities have been continued in the community where the project intervened one</p>	<p>Review of statistics or minutes of project support committee in Japan, interview to Japanese expert and staff of implementing organization, questionnaire survey</p> <p>Review of statistics or minutes of project support committee in Japan, interview to Japanese expert and staff of implementing organization, questionnaire survey</p> <p>Interview of Japanese experts and staff of implementing organization, questionnaire survey</p> <p>Interview to Japanese experts and staff of implementing organization, questionnaire</p>

		Bangladesh?	year before, it is judged as "possibility sustained". If there are some concrete examples of the direct effects except ones described in the project purpose, it is judged as "there is the effect". If there are some concrete examples of any indirect and/or ripple effects, it is judged "there is the effect".	survey, direct observation
Efficiency	Other positive/ negative impact (direct/ indirect)	Are there any other direct effect of the project except ones described in project purpose?	If the project outputs are achieved as planned during the planned period, it is judged as "efficient". If the project outputs are achieved as planned within planned budget, it is judged as "efficient". If the Japanese expert has contributed to the project outputs in terms of quality, quantity and timing, it is judged as "appropriate". If the employment of the local staff has contributed to the project outputs in terms of quality, quantity and timing, it is judged as "appropriate". If the allocation of the counterparts has contributed to the project outputs in terms of quality, quantity and timing, it is judged as "appropriate". If the third country training program has contributed to the project outputs in terms of quality, quantity and timing, it is judged as "appropriate". If the procurement of equipment has contributed to the project output, it is judged as "appropriate". If the incorporation of the "improvement of MNH" into the policies following to the 3rd HNPSDP is discussed as an important agenda, it is judged "expected". If the mechanism or packages developed by the project (output 2 and 3) is expected to be documented in the 4th HPSDP, it is judged as "incorporated". If no inhibiting factors is found for the continuity of the activities committed by the project through clarification and factorial analysis on the collaboration with other partners and enabling mechanism during the project period, it is judged as "will be sustained". As of the terminal evaluation, if the responsible department is defined in a document, etc., it is judged as "clearly defined".	Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization, questionnaire survey
		Are there any indirect and/or ripple effects of the project?		Review of project documents, interview to Japanese experts and staff of implementing organization, questionnaire survey
		Is the project period adequate to generate the project outputs?		Comparison between planned and actual project period
		Is the project cost adequate to generate the project outputs?		Comparison between planned and actual project cost
		Is the dispatch of Japanese experts appropriate?		Interview to Japanese experts and staff of implementing organization, questionnaire survey
		Is the employment of project local staff appropriate?		Interview to Japanese experts and staff of implementing organization, questionnaire survey
		Is the staff of implementing organization allocated appropriately?		Interview to Japanese experts and staff of implementing organization, questionnaire survey
		Is the third country training appropriate?		Interview to Japanese experts and staff of implementing organization, questionnaire survey
		Is the equipment procured appropriately?		Interview to Japanese experts and staff of implementing organization, questionnaire survey
		Sustainability (of project effect)		Related policy and institutional aspects
Are the mechanisms (output 2) and packages (output 3) developed by the project expected to be incorporated into the policy and/or institutional frame?	Interview to Japanese experts and staff of implementing organization, review of 4th HNPSDP(draft)			
Organizational aspects of the implementing organization	Organizational aspects of the implementing organization	Will the collaboration with other partners and enabling mechanism be sustained even after the end of the project?	Interview to Japanese experts and staff of implementing organization	
		Is responsible department/ decision clearly defined for the national strategies and guidelines (Output 1), monitoring and support mechanism (output 2), and intervention packages (output 3)?	Interview to Japanese experts and staff of implementing organization	

A-7

	Is there any prediction of the organizational reform of implementing organization?	As of the terminal evaluation, if there is not any discussion on the significant organizational reform in the implementing organization, it is judged as "there is no prediction of organizational reform".	Interview to Japanese experts and staff of implementing organization
Technical aspect of the implementing organization	Is it possible for implementing organization to operate national strategy and guidelines (output 1), monitoring and support mechanism (output 2) and intervention packages (output 3) in a self-reliant manner? Are there any mechanism to sustained, refresh or transfer the skills needed for the operation of national strategies and guidelines (output 1), monitoring and support mechanism (output 2) and intervention packages (output 3)?	As of the terminal evaluation, if the implementing organization operate the national strategies and guidelines (output 1), monitoring and supporting mechanisms (output 2) and intervention packages in self-reliant manner, it is judged as "possible".	Interview to Japanese experts and staff of implementing organization
	Is equipment procured in the project utilized appropriately?	As of the terminal evaluation, if there is any training or supervision system, etc. to sustained or refresh the skills needed for the operation, it is judged as "there is a mechanism".	Interview to Japanese experts and staff of implementing organization, review of training plan, supervision plan, etc.
Financial aspects of the implementing organization	Is budget expected to be allocated for the operation of the national strategies and guidelines (output 1), monitoring and supporting mechanism (output 2) and intervention packages (output 3)?	If there are any technical problems for the use of procured equipment and periodical maintenance is conducted, it is judged as "appropriately use". If the budget under the HPNSDP allocated for the operation of national strategies and guidelines (output 1), monitoring and supporting mechanism (output 2) and intervention packages (output 3), it is judged that project effect will be "sustained financially."	Interview to Japanese experts and staff of implementing organization, direct observation Interview to Japanese experts and staff of implementing organization

8

24.

Appendix 3. List of Japanese Experts

Name	Area	Dispatched Period	Organization
Long-term Experts			
Yukie Yoshimura	Chief Advisor	01/07/2011 - 30/06/2016 (60 M/M)	Pamuk Ltd
Kenji Yooi	Project Coordinator	18/09/2011 - 17/09/2013 (24 M/M)	CSJ Co., Ltd.
Harumi Kobayashi	Project Coordinator	25/03/2014 - 24/03/2016 (24 M/M)	KDTech
Short-term Experts			
Toyokazu Nakata	Advanced Facilitation Workshop	08/11/2011 - 25/11/2011 (0.5M/M)	Shapra Neer, SOMNEED
Hiroshi Sato	Community Mobilization	16/6/2012 - 23/06/2012 (0.3M/M)	IDE-JETRO
Tomohiko Sugishita	Health Systems Management Introductory Training	22/09/2012 - 29/09/2012 (0.3 M/M)	JICA Headquarters
Elisante Gabriel	Health Systems Management Introductory Training	22/09/2012 - 27/09/2012 (0.3 M/M)	Government of Tanzania
J. Ravichandran Jeganathan	Advisor for Maternal Death Review	04/02/2013 - 07/02/2013 (0.1 M/M)	Hospital Sultanah Aminah, Malaysia
Hisahiro Ishijima	ToT on CQI	15/08/2013 - 23/08/2013 (0.3 M/M)	JICA Human Resources Development Project, Tanzania
Yujiro Handa	TQM expert	25/03/2014 - 24/03/2014 (0.3 M/M)	Health Sciences University of Hokkaido
Hideki Saitou	Project Coordinator	05/02/2014 - 28/03/2014 (1.8 M/M)	None

Appendix 4. Staff of CARE Bangladesh

2012	Dhaka	Health advisor, project manager, technical coordinator
	Satkhira	District program manager, community development officer (7 persons)
	Narsingdi	Project officer, community development officer (2 persons)
2013	Dhaka	Health advisor, project manager, technical coordinator
	Satkhira	District program manager, community development officer (8 persons)
	Narsingdi	Community development officer (3 persons)
2014-2015	Dhaka	Health advisor, project manager, technical coordinator
	Satkhira	District program manager, community development officer (6 persons)
	Narsingdi	Manager
	Jessore	Manager

8



A-10



Appendix 5. List of Counterparts

SL No.	Position	Name in service	STR/PIC members	Remarks x: Active participation
1	Health Secretary	Syed Monjurul Islam	STR	
2	Director General of Health Services	Prof. Dr. Deen Mohd Noorul Haque	STR	
3	Director General of Family Planning	Md. Nur Hossain Talukder	STR	
4	Chief Coordinator, CBHC	Dr. Makhduma Nargis	STR, PIC	x
5	Line Director, CBHC	Dr. A. B. M. Mazharul Islam	STR	x
6	Director General, Health Economics Unit	Ahadul Islam		x
7	Joint Secretary (Hospital)	Zakia Sultana	STR	
8	Joint Secretary (Family Welfare)	Kulsum Begun	STR	
9	Joint Chief, Planning	Mr. Helal Uddin	STR, PIC	x
10	Senior Assistant Chief, Planning	A M H Rejwenul Hoque	STR, PIC	x
11	Deputy Chief (Health)	Dr. Khairul Hasan	STR, PIC	x
12	Deputy Chief (Family)	Md. Younus Miah	STR, PIC	
13	Additional Director General (ADG) (Planning & Development) and Line Director-Management Information System (MIS), DGHS	Dr. Abul Kalam Azad		x
14	Director, Primary Health Care (PHC) & Line Director, Maternal Neonatal Child & Adolescent Health (MNC&AH), DGHS	Dr. Habib Abdulla Sohel	PIC	x
15	Director, Hospital & Clinics, and Line Director -Hospital Services Management (HSM), DGHS	Prof. Dr. Md. Shamiul Islam	PIC	x
16	Director, Planning & Research, DGHS	Dr. Rashidun Nessa	PIC	
17	Director Planning - DGFP	Pijus Kanti Datta	PIC	
18	Director, Maternal Child Health (MCH) & Line Director -Maternal Child Reproductive Health (MCRH), DGFP	Dr. Mohammad Sharif	PIC	x
19	Deputy Director, Primary Health Care (PHC) & Line Director -Essential Service Delivery (ESD), DGHS	Dr. Md. Abul Hashim	PIC	
20	Deputy Program Manaher - Upazila Health System (UHS), DGHS	Dr. Feddousi Haque		x
21	Program Manager, Maternal & Neonatal Health, DGHS	Pabitra Kumar Sikder		x
22	Deputy Program Manaher - MNH/DSF, DGHS	Dr. Azizul Alim		x
23	Deputy Director, Health Economics Unit, MOHFW	Dr. Aminul Hasan		x
24	Program Manager, Integrated Management & Childhood Illness, DGHS	Dr. Altaf Hossain		x
25	Deputy Program Manager, Total Quality Management (TQM), DGHS	Dr. Nazmul Huq Sagar		x
26	Deputy Program Manager, Quality Assurance Program (QAP), DGHS	Nil		
27	Medical Officer, Total Quality Management (TQM), DGHS	Dr. Kazi Mahbub Alam Rony		
28	Director, Training, NIPORT	Khandaker Atiar Rahman	PIC	
29	Joint Secretary form Economic Relations Division, Ministry of Finance	Monoranjan Biswas	STR, PIC	
30	Representative of Planning Commission (SEI Division)		STR	
31	Representative of LGD, MLG&RDC		STR	

District Level

1	Civil Surgeon, Narsingdi	Dr. Putul Roy	PIC	
2	Civil Surgeon, Jessore	Dr. Md. Shadat Hossain	PIC	
3	Civil Surgeon, Satkhira	Dr. Saleh Ahmed	PIC	

A-11

Appendix 6. Equipment and Facilities

1. Narsingdi

Name of Facility	Date	Name of Medical Equipment	Qty.	Total Amount(TK)	Date	Facility improvement, Renovation	Qty.	Total Amount(TK)
100 Bed District Hospital	2011/8/23	OT Bulb (Gynae & OBS)	7	2,100.00	26 7 12	IPS Battery,	2	26780
	2012/5/19	O.T Bulb (round)	12	720.00	2011/8/23	File Tray (3 steps)	2	
	2012/5/19	O.T Bulb (umbrella type)	4	7,200.00	2011/8/23	Magazine Box (plastic)	13	
	2012/5/19	Oxygen Cylinder Trolley (Linde made)	2	1,955.00	2011/8/23	Stick Gum	2	
	2012	Wooden Oxygen Cylinder reek (Local made)	9	21,366.00		Sticker	3960	NA
	2013/5/2	Shadowless bulb WY	20	1,200.00		Stamp sill	1	NA
	2013/5/2	OSRAM Halogen bulb	10	6,000.00	2011/11/21	Medicine(strip) keeping Plastic Box Size (12X10X2.5)inch	12	
	11/03/2014	Radiant warmer (Open care system)	5	735,000.00	2011/11/21	Celluloid (Polithine)	4	1,430
	11/03/2014	Phototherapy unit	2	40,000.00	2011/11/21	Feather Duster	1	
	11/03/2014	Resuscitator hand operated. neonate,	2	8,000.00	2011/11/21	5s poster frame (Big size)	3	1,170
	11/03/2014	Laryngoscope set, neonate	2	4,000.00	2011/11/21	Magazine Box (Plastic)	15	1,350
	11/03/2014	Pump suction: portable	1	6,000.00	2011/11/21	Celluloid (Polithine)	6	NA
	11/03/2014	Pump suction: foot operated	1	4,000.00	2011/11/21	5s poster frame (Small size)	2	NA
	11/03/2014	Scale: Baby Scale digital	1	6,000.00	2011/11/21	Feather Duster	1	
	11/03/2014	Pulse oxy-meter: Bedside neonatal	2	23,500.00	2011/11/21	Feather Duster	1	
	11/03/2014	Stethoscope: Binaural neonate	2	2,400.00	2011/11/21	Magazine Box (plastic)	4	
	11/03/2014	Electric Sterilizer	1	6,500.00	2011/11/21	Celluloid (Polithine)	3	NA
	11/03/2014	Spot light	2	15,000.00	26 01 12	IPS (Rahim Afroze) ION 1500 VA, 1200 Watt	2	122,400
	11/03/2014	Basinet on trolley: Neonatal with mattress	1	10,000.00	2011/11/21	5s poster frame (Small size)	3	NA
	2014/5/20	Syringe Pump	3	162,000.00	2012/12/12	Trolley for waste disposal	2	
25/05/2013	Radiant warmer (Open care system)	1	147,000.00	2012/5/19	Trolley for waste disposal (Local made)	1		
				2012/5/9	Partex File reek	1	8,850	
				2013/3/25	ANC/PNC Card	150	NA	
				2013/5/26	Five danger sign cards	2000	NA	

								2013/6/9	ANC/PNC Card	5000	NA
								26/06/2013	IPS HAMKO batteries, 165 AH	2	28,980
								26/06/2013	IPS HAMKO batteries, 165 AH	2	28,980
								26/06/2013	IPS HAMKO batteries, 100 AH	2	19,980
								26/06/2013	IPS HAMKO batteries, 100 AH	4	39,960
								10-Dec-12	Iron grill for store	1	3,800
								18 8 14	OT shoe for DH, Narsingdi		8,720
								18 8 14	Shoe rack for DH, Narsingdi	1	2,200
								18 8 14	Paints for DH, Narsingdi		480
								23-Feb-14	Air Conditioner	2	164,000
								9-Nov-14	Generator (08Mar2012)	1	92,000.00
								2014/11/23	battery for generator	1	4200
Sadar MCWC	11/06/2013	Dopler Machine With Monitor	1	20,000.00				2011/11/9	IPS 1500 VA, Model-ION 1500 VA (Rahim Afroze)	1	61200
	20/06/2013	Wheel Chair	1 Nos.	5,300.00				2011/11/9	IPS 1500 VA, Model-ION 1500 VA (Rahim Afroze)	1	61200
								2013/5/26	Five danger sign cards	2200 Nos.	NA
								29/01/2014	IPS Battery, 4 pices	4	14500
Raipura UHC		Artery Forceps	2 pcs	1,550.00							
		Scissor	1 pcs	720.00							
		Stethoscope & BP Machine	5 pcs	12,500.00							
	25/05/2013	Radiant warmer (Open care system)	1	147,000.00							
	25/05/2013	Ambu Bag (Neo)	3	12,000.00							
	25/05/2013	Sucker Machine (Foot Operated)	2	7,000.00							
	25/05/2013	NG Tube for feeding	10	230.00							
	25/05/2013	Spot Light for labor room	1	8,300.00							
	25/05/2013	Room Thermometer	3	135.00							
	25/05/2013	Mucas Extractor		270.00							
Monohardi - UHC	25/05/2013	Radiant warmer (Open care system)	1	147,000.00							
	2013/5/25	Ambu Bag (Neo)	3	12,000.00							
	2013/5/25	Weighing Scale for Neonates	2	12,130.00							
	2013/5/25	Sucker Machine (Foot Operated)	2	7,000.00							
	2013/5/25	NG Tube for feeding	10	230.00							

	2013/5/25	Spot Light for labor room	2	16,600.00				
	2013/5/25	Steam Sterilizer	2	5,240.00				
	2013/5/25	Room Thermometer	3	135.00				
	2013/5/25	Mucas Extractor	3	270.00				
Belabo UHC	2013/5/25	Radiant warmer (Open care system)	1	147,000.00				
	2013/5/25	Ambu Bag (Neo)	3	12,000.00				
	2013/5/25	Weighing Scale for Neonates	1	12,130.00				
	2013/5/25	Sucker Machine (Foot Operated)	2	7,000.00				
	2013/5/25	NG Tube for feeding	10	230.00				
	2013/5/25	Spot Light for labor room	3	24,900.00				
	2013/5/25	Steam Sterilizer	3	7,860.00				
	2013/5/25	Room Thermometer	3	135.00				
	2013/5/25	Mucas Extractor	3	270.00				
Grand total				1,690,076.00				528,180.00

2. Shakitra Union

Name of Facility	Date	Name of Medical Equipment	Qty	Total Amount(TK)	Date	Facility improvement, Renovation	Qty	Total Amount(TK)
Kumira UH&FWC, Tala	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720	20/5/12	Citizen charter information board	1	22,000
	12/9/12	Spot light	1	9,200	7/6/12	Display board	1	1,240
	12/9/12	Normal Delivery set	2	19,000	20/5/12	Framed poster (Health Massage)	10	1,000
	12/9/12	Instrument trolley	1	3,800				
	12/9/12	Baby tray	1	820				
	12/9/12	BP machine	1	1,500				
	12/9/12	Stethoscope	1	900				
	12/9/12	Thermometer	1	90				
	12/9/12	Height & weight scale	1	4,500				
	12/9/12	Baby weight machine	1	5,800				
	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720	12/6/12	Citizen charter information board	1	22,000
	18/9/12	BP machine	1	1,500	7/6/12	Display board	1	1,240
18/9/12	Stethoscope	1	900	7/6/12	Framed poster (Health Massage)	10	1,000	

Jalalpur UH&FWC, Tala	18/9/12	Thermometer	1	90								
	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720		12/6/12	Citizen charter information board	1		22,000		
	18/9/12	Delivery table	1	17,280		7/6/12	Display board	1		1,240		
Tala Sadar Union clinic, Tala UHC	12/9/12	Delivery set	2	19,000		7/6/12	Framed poster (Health Massage)	10		1,000		
	12/9/12	Instrument trolley	1	3,800								
	12/9/12	Baby tray	1	820								
	12/9/12	BP machine	1	1,500								
	12/9/12	Stethoscope	1	900								
	12/9/12	Thermometer	1	90								
	23/12/12	ANC/PNC table	1	17,280		02/10/12	Citizen charter information board	1		22,000		
Nagargata UH&FWC, Tala	23/12/12	ANC/PNC table	1	17,280		12/6/12	Citizen charter bill board	1		22,000		
	27/12/12	BP machine	1	1,400		7/6/12	Display board	1		1,240		
	27/12/12	Stethoscope	1	800		7/6/12	Framed poster (Health Massage)	10		1,000		
Kashra UH&FWC, Tala	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720		02/08/12	Citizen charter information board	1		22,000		
						02/08/12	Display board	1		1,240		
						02/08/12	Framed poster (Health Massage)	10		1,000		
Parulia UH&FWC, Debhata	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720		12/6/12	Citizen charter information board	1		20,000		
	18/9/12	Screen	1	5,940		7/6/12	Display board	1		1,240		
						7/6/12	Framed poster (Health Massage)	10		1,000		
Nowpara UH&FWC, Debhata	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720		12/6/12	Citizen charter information board	1		20,000		
	18/9/12	Screen	2	11,880		7/6/12	Display board	1		1,240		
						7/6/12	Framed poster (Health Massage)	10		1,000		
Shakipur union FP clinic, Debhata UHC	18/9/12	Screen	2	11,880		2/10/12	Citizen charter information board	1		20,000		
						2/10/12	Framed poster (Health Massage)	10		1,000		
Baradol UH&FWC,	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720		12/6/12	Citizen charter bill board	1		20,000		
	2012/8/9	BP machine	1	1,500		7/6/12	Display board	1		1,240		

Assasuni	2012/8/9	Stethoscope	1	900	7/6/12	Framed poster (Health Message)	10	1,000
Anulia UH&FWC, Assasuni	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720	12/6/12	Citizen charter information board	1	20,000
	2012/8/9	BP machine	1	1,500	7/6/12	Display board	1	1,240
	2012/8/9	Stethoscope	1	900	7/6/12	Framed poster (Health Message)	10	1,000
Protalnagar UH&FWC, Assasuni	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720	12/6/12	Citizen charter information board	1	20,000
	2012/8/9	BP machine	1	1,500	7/6/12	Display board	1	1,240
	2012/8/9	Stethoscope	1	900	7/6/12	Framed poster (Health Message)	10	1,000
Khajra UH&FWC, Assasuni	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720	12/6/12	Citizen charter bill board	1	20,000
	2012/8/9	BP machine	1	1,500	7/6/12	Display board	1	1,240
	2012/8/9	Stethoscope	1	900	7/6/12	Framed poster (Health Message)	10	1,000
Dargapur UH&FWC, Assasuni	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720	12/6/12	Citizen charter information board	1	20,000
					7/6/12	Display board	1	1,240
					7/6/12	Framed poster (Health Message)	10	1,000
Budhata UH&FWC, Assasuni	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720	02/08/12	Citizen charter information board	1	20,000
					02/08/12	Display board	1	1,240
					02/08/12	Framed poster (Health Message)	10	1,000
Sreullah UH&FWC, Assasuni	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720	02/08/12	Citizen charter information board	1	20,000
					02/08/12	Display board	1	1,240
					02/08/12	Framed poster (Health Message)	10	1,000
Kadakati UH&FWC, Assasuni	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720	02/08/12	Citizen charter information board	1	20,000
					02/08/12	Display board	1	1,240
					02/08/12	Framed poster (Health Message)	10	1,000
Sonabaria UH&FWC,	27/12/12	Weighting scale (adult)	1	980	23/10/12	Citizen charter information board	1	24,000

A-16

Kalaroa	23/12/12	Screen	1	5,940	23/10/12	Display board	1	1,850
	23/12/12	Measuring tape	2	30	23/10/12	Framed poster (Health Message)	10	1,000
	27/12/12	BP machine	1	1,400				
	27/12/12	Stethoscope	1	800				
	26/12/12	Normal Delivery set	1	9,930				
	26/12/12	Normal Delivery set	1	9,930	23/10/12	Citizen charter information board	1	24,000
Karagachi UH&FWC, Kalaroa	23/12/12	Screen	1	5,940	23/10/12	Display board	1	1,850
	23/12/12	Measuring tape	1	15	23/10/12	Framed poster (Health Message)	10	1,000
	26/12/12	Baby weight machine	1	5,800				
	26/12/12	Thermometer	2	64				
	27/12/12	BP machine	1	1,400				
	27/12/12	Stethoscope	1	800				
Alipur UH&FWC, Sadar	27/11/2013	Patient Examination Bed	1	9,720				
	27/01/13	Patient Examination Bed	1	9,720	23/10/12	Citizen charter information board	1	24,000
	27/01/13	Isolation Screen	1	5,940	23/10/12	Framed poster (Health Message)	10	1,000
	27/01/13	BP machine	1	1,400				
	27/01/13	Stethoscope	1	800				
	27/01/13	Normal Delivery set	1	9,000				
Gona UH&FWC, Sadar	27/01/13	Sucker (Penguin Sucker)	1	5,500				
	27/01/13	Weight machine (Foot for adult)	1	980				
	23/12/12	ANC/PNC table	1	17,280	23/10/12	Citizen charter information board	1	24,000
	27/12/12	Normal Delivery set	1	9,930	23/10/12	Display board	1	1,850
					23/10/12	Framed poster (Health Message)	10	1,000
Ratanpur UH&FWC, Kaligonj	23/12/12	ANC/PNC table	1	17,280	12/6/12	Citizen charter bill board	1	24,000
	23/12/12	Patient bed	2	9,720	7/6/12	Framed poster (Health Message)	10	1,000
	27/12/12	Saline stand	2	2,200				
Kushulia UH&FWC, Kaligonj	23/12/12	ANC/PNC table	1	17,280	12/6/12	Citizen charter information board	1	24,000
					7/6/12	Framed poster (Health Message)	10	1,000

A-17

Gabura UH&FWC, Shyamnagar						30/9/12	Citizen charter information board	1	24,000
Padmapukur UH&FWC, Shyamnagar						30/9/12	Medicine list board	1	1,650
						30/9/12	Citizen charter information board	1	24,000
						30/9/12	Medicine list board	1	1,650
Grand total									593,450.00

3. Satkhira Hospital

Name of Facility	Date	Name of Medical Equipment	Qty	Total Amount(TK)	Date	Facility improvement, Renovation	Qty	Total Amount(TK)
Sadar Hospital, Satkhira	11/6/12	Caesarean set (complete)	3	95,100	11/6/12	IPS, ION1500 VA, 1200 W	1	62,200
	11/6/12	Normal delivery set	1	12,420	19/12/12	Framed poster (TQM & health Messages)	25	2,540
					5/5/12	Wall fan	1	1,900
					20/1/12	Curtain	16	40,950
					6/1/12	Bucket with lid	16	14,400
					6/1/12	Plastic container	110	6,600
					31/12/11	Magazine file (TQM)	50	3,000
					13/8/12	IPS, 800 VA, 600 Watt	1	40,350
					18/6/14	Framed poster (TQM)	10	1,540
					29/10/14	Display board	1	3,250
					29/10/14	Stand board	1	7,920
					26/11/14	Medicine list board	1	7,130
					26/11/14	Flow chart	1	7,130
					04/02/15	Air-conditioner	1	92,350
					17/02/15	Doctor list board	1	7,100
					27/05/2015	Oxygen flow meter	6	51,750
	Tala UHC	11/6/12	Anaesthesia machine	1	32,770	20/5/12	Citizen charter information board	2
11/6/12		Autoclave machine (large)	1	27,000	7/6/12	Medicine list board	2	6,650
11/6/12		Blood pressure machine & stethoscope	2	4,150	7/6/12	Duty roster board	2	3,000
11/6/12		Caesarean set (complete)	1	31,700	7/6/12	Performance board	2	3,000
11/6/12		Diathermy machine	1	68,000	7/6/12	Framed poster (Health Massage)	20	2,000
11/6/12		Episiotomy set	1	5,170	23/12/12	IPS, 800 VA, 600 W	1	40,350
11/6/12	foetal monitor (Doppler)	1	9,000	26/12/12	Oxygen, Nitrous gas with cylinder	4	26,762	

	11/6/12	Mucous sucker	1	90		26/12/12	Trolley for gas cylinder	4	3,910
	11/6/12	NVD set	2	24,840		18/6/14	Framed poster (TQM)	10	1,540
	11/6/12	Spot light	1	7,000		29/10/14	Flow chart	1	7,390
	12/5/15	Autoclave Machine	1	23,000		29/10/14	Doctor list board	1	7,390
	12/5/15	Electric Sterilizer	2	13,000		26/6/2015	ANCPNC table	1	11,990
	12/5/15	Doppler Machine	1	22,500		26/5/2015	Screen	4	29,320
	12/5/15	BP Machine with Stethoscope	1	2,400					
Debhata UHC	11/6/12	Anaesthesia machine	1	32,770		12/6/12	IPS, ION1500 VA, 1200 W	1	62,200
	11/6/12	Caesarean set (complete)	1	31,700		20/5/12	Citizen charter information board	2	40,000
	11/6/12	Mucous sucker	1	90		7/6/12	Medicine list board	2	6640
	11/6/12	Normal delivery set	1	12,420		7/6/12	Duty roster board	2	3000
	11/6/12	Mucous sucker	1			7/6/12	Performance board	1	1500
	11/6/12	Weighting scale (adult)	1	4,500		7/6/12	Framed poster (Health Massage)	20	2,000
	9/10/12	Tonsillectomy scissor	4	2,600		7/6/12	Partograph board	1	2,270
	9/10/12	Sport light bulb	4	200		17/7/12	Patient report board	2	4,160
	12/5/15	OT Table	1	80,000		2012/3/9	Book self	1	7,200
	12/5/15	Baby Sucker	1	5,500		2012/10/9	Oxygen, Nitrous gas with cylinder	4	64,137
	12/5/15	Delivery Set	2 sets	8,800		2012/10/9	Trolley for gas cylinder	4	3,910
	12/5/15	Needle Holder	1	700		21/11/12	IPS, 800 VA, 600 Watt	1	40,350
	12/5/15	Cloth Cutting Scissors	2	550		18/6/14	Framed poster (TQM)	10	1,540
						29/10/14	Flow chart	1	6670
						29/10/14	Doctor list board	1	6670
						04/02/2015	IPS, ION1500 VA, 1200 W	1	62,200
						27/5/2015	Cylinder carrying trolley	2	2,173
Kaligonj UHC	11/6/12	Autoclave Machine (Large)	1	27,000		13/8/12	IPS, 800 VA, 600 Watt	2	80,700
	11/6/12	Baby Tray	2	1,860		2012/12/7	Citizen charter information board	1	24,000
	11/6/12	Baby weighting machine	1	52,000		2012/12/7	Medicine list board	2	6,640
	11/6/12	BP Machine with Stethoscope	2	4,150		2012/12/7	Duty roster board	2	1,950
	11/6/12	Caesarean Section set	2	63,400		2012/12/7	Framed poster (Health Massage)	20	2,000
	11/6/12	foetal Monitor (Doppler)	1	9,000		2012/12/7	UHFPPO honour board	1	1,250
	11/6/12	Sport light	1	7,000		2012/12/7	Patient report board	2	4,160
						2012/12/7	Doctor list board	1	23,500
						2012/12/7	Flow chart	1	6340
						18/6/14	Framed poster (TQM)	10	1,540
Shyamangar UHC	27/4/12	Autoclave machine (large)	1	21,500		30/09/2012	Citizen charter information board	1	24,000
	27/4/12	MR Syringe set	2	4,000		30/09/2012	Medicine list board (In door)	1	3,325
	27/4/12	Weighting scale (adult)	2	9,000		30/09/2012	Picture board	1	2,880

27/4/12	BP machine & stethoscope	10	22,000	30/09/2012	Framed poster (Health Massage)	20	2,000
27/4/12	Caesarean set (complete)	3	100,950	30/09/2012	Display board	1	2,880
27/4/12	Nebulizer Machine	2	4,200	30/09/2012	IPS, ION1500 VA, 1200 W	2	124,400
27/4/12	Baby scale	2	11,600	2012/2/10	IPS, 800 VA, 600 Watt	1	40,350
27/4/12	Instrument trolley	1	3,000	2014/12/11	Framed poster (TQM)	10	1,200
27/4/12	Lifter	2	2,200	30/12/14	Medicine list board (Out door)	1	7600
12/5/15	Fetoscope	2	200	30/12/14	Doctor list board	1	4800
12/5/15	Digital Pulse-Oxy-meter	2	9,000	30/12/14	Flow chart	1	7600
26/12/12	OT sport light	1	8,570	7/6/12	Citizen charter information board	1	24,825
26/12/12	Electric sterilizer	3	7,860	31/5/12	EOC Information board, Health	1	2,100
26/12/12	Machintose	5	850	31/5/12	Framed poster (Health Massage)	20	2,000
12/5/15	Sucker Tube	1	4,500	2012/2/10	IPS, ION1500 VA, 1200 Watt	1	62,200
12/5/15	Gully Pot	3	1,050	23/12/12	IPS, 800 VA-600 W	1	40,350
12/5/15	Lifter	2	2,200	24/12/12	EOC Information board, FP	1	2,932
12/5/15	Caesarean Set	1	37,000	18/6/14	Framed poster (TQM)	10	1,540
12/5/15	Electric Sterilizer	1	6,500	29/10/14	Medicine list board	1	7390
12/5/15	Curved Artery Forceps	12	9,120	29/10/14	Doctor list board	1	7390
12/5/15	Curved Artery Forceps	8	5,600				
12/5/15	Stich Cutting Scissors	1	450				
12/5/15	Curved Scissors	6	3,300				
12/5/15	Tissue Forceps	10	8,000				
12/5/15	Cloth Cutting Scissor	1	550				
11/6/12	Fatal Monitor (Doppler)	1	9,000	13/6/12	IPS, ION1500 VA, 1200 Watt	1	62,200
11/6/12	Pulse Ox meter	1	3,200	20/5/12	Citizen charter information board	1	24,850
11/6/12	Weighting scale (adult)	1	4,245	7/6/12	Breast feeding information board	1	2,750
				7/6/12	Wall information writing	249 sqf	4,360
				18/6/14	Framed poster (TQM)	10	1,540
				17/6/12	IPS, ION1500 VA, 1200 Watt	1	62,200
				20/5/12	Citizen charter information board	1	24,000
				20/5/12	Framed poster	20	2,000
				28/10/14	Framed poster (TQM)	10	1,200
11/6/12	Autoclave machine (large)	1	27,000	14/6/12	IPS, ION1500 VA, 1200 Watt	1	62,200
11/6/12	Baby sucker machine	1	6,800	20/5/12	Framed poster (Health Massage)	20	2,000
11/6/12	Baby weighting machine	1	5,200	20/5/12	Performance board	2	2480
11/6/12	Caesarean set (complete)	1	31,700	7/6/12	Medicine list board	1	3325
11/6/12	Normal delivery set	2	24,840	20/5/12	Citizen charter information board	1	22,000
11/6/12	Sport light	1	7000	18/6/13	IPS, 875 VA, 640 Watt	1	40,350
11/6/12	Electric Sterilizer	1	2,300	17/7/12	Patient report board	2	4,160
11/6/12	Vento's machine	1	12,500	27/5/2015	Oxygen cylinder	2	28750

A-20

	29/7/12	Delivery table	1	17,280	27/5/2015	Cylinder carrying trolley	2	2173
	12/5/15	Autoclave Machine	1	23,000	27/5/2015	Oxygen flow meter	2	17250
	12/5/15	Electric Sterilizer	1	6,500	27/5/2015	Oxygen gas		234
	12/5/15	Delivery Set	1 set	4,400				
	12/5/15	BP Machine with Stethoscope	1	2,400				
	12/5/15	OT Table – China	1	80,000				
CS Office, Satkhira					30/9/12	Display board	1	15,500
Debhata Sadar union Sub Center, Debhata	18/9/12	ANC/PNC table	1	9,720	12/6/12	Citizen charter information board	1	22,000
					7/6/12	Display board	1	1,240
					7/6/12	Framed poster (Health Massage)	10	1,000
Kulia Sub Center, Debhata	23/12/12	ANC/PNC table	1	17,280	12/6/12	Citizen charter information board	1	20,000
	27/12/12	BP machine	1	1,400	7/6/12	Display board	1	1,240
	27/12/12	Stethoscope	1	800	7/6/12	Framed poster (Health Massage)	10	1,000
	15/01/13	Weighting scale (adult)	1	980				
Grand total				1,303,125.00				1,809,876.00

SS





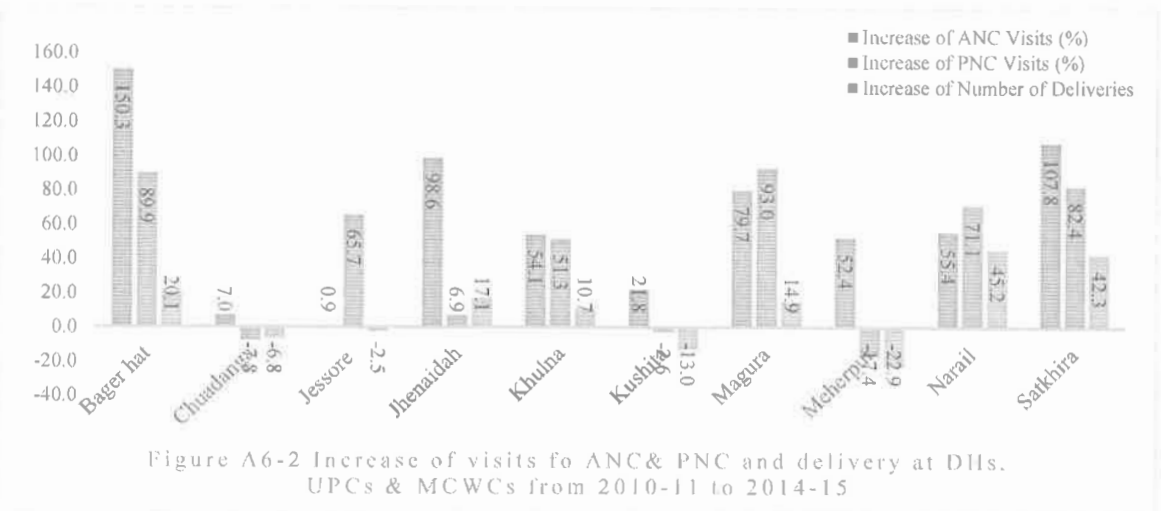
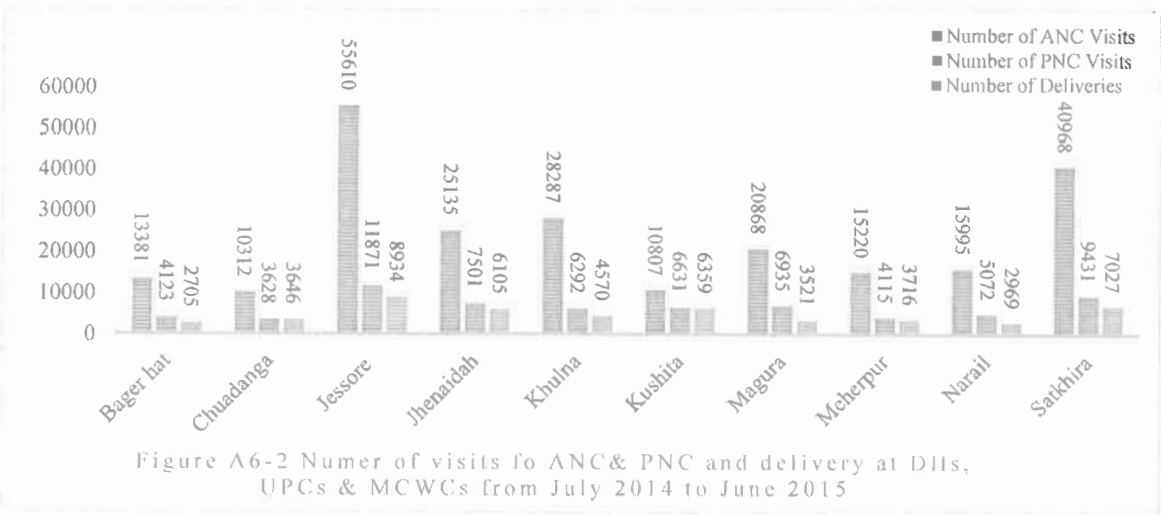
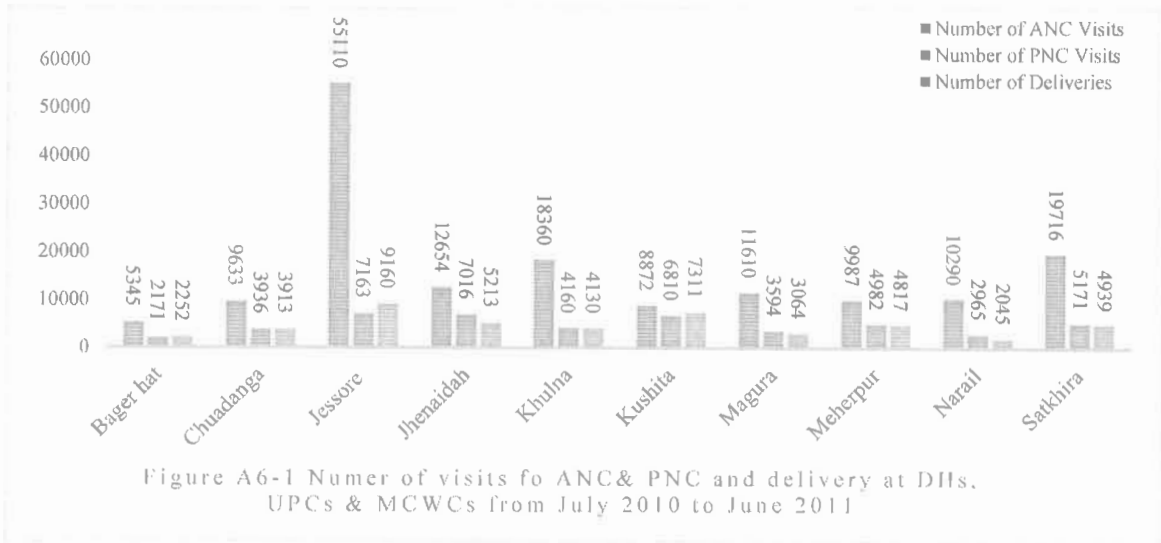
Appendix 7. Training

No.	Name of the training	Duration	Target Group	Target	# Trained					Total trained
					2011	2012	2013	2014	2015	
1	Leadership and Management Training	3 days	Health managers of LL.P districts and upazilas.		-	32	-			32
2	TQM training: Sri Lanka Top row: number supported by SMPPP2 (Bottom row: total number of participants/trainees)	8 days	Staffs of DGHS, District hospital and SMPP		-	19 (25)	16 (27)		21 (35)	56 (87)
3	Safe Delivery (OGSB)	1 month	SSN	14	7	8				15
4	CSBA Additional training	3 months	PCSBAs working at Narsingdi District	18	11					11
5	PCSBAs: FP method	1 day	PCSBAs, Narsingdi			15				15
6	Infection Prevention Practices (IPP) training	2 days/ 1 day	Health and FP staff (Physician, SSN, FVW, SACMO, LT, MLSS, Aya, Cleaners): Satkhira district, all UHCs, MCWCs, model union FWCs	477	-	-	466			466
7	ETAT training (Emergency Triage Assessment and Treatment) Top row: number supported by SMPPP2 (Bottom row: total number of participants/trainees)	5 days	Physician (RMO, Con- OG, Con -paed, MO) & SSN: Satkhira DH & UHCs, RMO Raipura DH, MO and SSN DH		8	9 (44)	-	0 (8)	0 (2)	17 (62)
8	Computer training	3 days	Statisticians and relevant staffs working at district and UHCs	13	-	19	-	37		56
9	Postpartum Family Planning (PPFP): TOT for Service providers' training	4 days	Physician, SSN, FVW; Satkhira DH and MCWC	9	-	39	-			39
10	PPFP training for service providers	4 days	Health and FP staff; Satkhira UHCs	27	-	-	30			30
11	PPFP training for field staff	2-4 days	Health and FP field staff(FWA, FPI, HA, AHL, HI, EPI technicians, volunteers); Satkhira UHCs	953	-	-	911			911
12	Village Doctors' Orientation on harmful practices and early referral	1 day	9 Remote Unions of Satkhira District	270	-	24	344			368
13	Orientation for TBAs: harmful practices and early referral	1 day	9 Remote Unions of Satkhira District	270	-	-	60	246		306
14	Master ToT on CG	3 days	RCHCIB and NGO staff	40	20	25				45
15	Community Group (CG) Members' Training	2 days	CG members; Raipura and Monohardi Upazilas, Narsingdi			1,156				1,156
16	CG TOT	3 days	UHCs staff; Narsingdi, Satkhira and Jessore districts	19	147					166
17	UDCCM training	2 days	Chairman, secretary, members of UP; Jessore	34	407					441

No.	Name of the training	Duration	Target Group	Target	# Trained					Total trained
					2011	2012	2013	2014	2015	
18	CSG Volunteer training	4 days	and Narshingdi districts							
19	MNH Package	3 days	CSG volunteers, Kolaroa SSNs and FWVs (delivery assistance and newborn care), Satkhira			105				105
20	TOT CQI	5 days	TQM hospitals, DGHS, ICDDR,B, JICA and UNICEF inviting Mr. Ishijima, JICA expert			43				91
21	Chowgacha experience training	2 days	UHFPO, RMO, MO			32				32
22	TOT for core team on CC activities	4 days	UHFPO, MO, etc satkhira, JSR, Narsingdi, Rajshahi, RCHCIB, Care				16			16
23	Core team training	3 days	CS, DD-FP, AD-CC, UH&FPO, MO-DC, HEO of CS office, PHN, Dist EPI Superintendent, Statisticians, RMO, MO-DC, HI, SI, MT-EPI, AHI, FPI in Satkhira, Jessore, Narsingdi and Cox's Bazar				17			17
24	CSG Volunteer refresher training	1 day	CSG volunteers, Kolaroa				118		147	265
25	TOT on TBA orientation	1 day	FWV from remote union, Satkhira				301		104	405
							7			7

*1) The above training courses were financially supported by SMPP-2 unless explained otherwise.

Appendix 8. Number of ANC Visits, PNC Visits and Delivery at Facilities in Khluna Division in Last 5 Years



A-24

Appendix 9. List of Awards received by Stkhira and Narsingdi District List related to the SMPP-2 -2011-2015

Satkhira District

District Level

Year	Name of Facility/Staff/Union	Name of Award	Remarks (special features, uniqueness, etc., needs to be mentioned, if any)
2011	MCWC, Sadar Satkhira	Best award on World population day	Received from Honorable Health Minister
2013	MCWC, Sadar Satkhira	Best award on World population day	Received from Honorable Health Minister

Upazila Level

Year	Name of Facility/Staff/Union	Name of Award	Remarks (special features, uniqueness, etc., needs to be mentioned, if any)
2012	Kumira UHFWC and Purnima Rani, FWV, Kumira union, Tala Upazila	World Population day-2012 award.	For increased safe delivery at facility level (UHFWC)
2012	Debhata UHC	Best award on CEmOC service	Received from Honorable Prime Minister
2013	Kumira UHFWC and Purnima Rani, FWV, Kumira union, Tala Upazila	World Population Day-2013 award.	For increased safe delivery at facility level (UHFWC)
2013	Md. Nazrul Islam, UP Chairman, Tala Sadar, Tala	Upazila Parishad Award-Tala Upazila	HLP- Upazila Parishad recognized Tala Sadar union is a model union.
2013	Debhata UHC	Best award on CEmOC service	Received from Honorable Prime Minister
2013	Md. Nazrul Islam, UP Chairman of Debhata Sadar UP, Debhata	George Washington award	HLP-UP provides good service for community people and pregnant mother's waiting shed preparation in front of the Community Clinic.
2014	Kumira UHFWC and Purnima Rani, FWV, Kumira union, Tala Upazila	World Population day-2014 award.	For increased safe delivery at facility level (UHFWC). UHFWC and FWV received award.
2014	Md. Golam Mostofa, UP Chairman, Kumira, Tala	World Population day-2014 award	UP take initiative to increase safe delivery at facility level (UHFWC) and UPs fund utilized for

A-25

24-

			maternal and neonatal death reduction.
2014	Md. Mahbubur Rhaman, UNO of Tala Upazila	Best UNO of Satkhira district	For smooth running HLP at Tala Upazila and utilize Upazila Parishad fund for Community Clinic.
2014	Md. Nazrul Islam, UP Chairman of Tala Sadar UP, Tala	National Award	HLP- For 100% Tax collection. Tax money used for Community Clinic.
2014	Md. Golam Mostofa, UP Chairman of Kumira UP, Tala	Mahatma Gandhi award	Good UDCCM at UPs level and smoothly running SMPP activity in his union.
2014	Md. Nazrul Islam, UP Chairman of Tala Sadar UP, Tala	Mahatma Gandhi award	Trade licences money used for market development.
2014	Md. Golam Mostofa , UP Chairman, Kumira , Tala	Upazila Parishad Award-Tala Upazila	HLP- Upazila Parishad recognized Kumira union is a Model union
2014	Shyamnagar UHC	National Championship Award on MNH	Received from Honorable Health Minister
2014	Debhata UHC	Best award on CEmOC service	
2015	Jalalpur UHFVC and Ms Jesmin Nahar , FWV, Jalalpur union, Tala Upazila	World Population day-2015 award.	For increased safe delivery at facility level (UHFVC).
2015	Md. Nazrul Islam, UP Chairman, Tala Sadar union.	World Population day-2015 award.	For taking initiative for increased safe delivery at facility level and utilizing fund for maternal and neonatal death reduction.
2015	Pronob Goash Bablu, UP Khalilnagar, Tala	Upazila Parishad award-Tala Upazila	HLP- Upazila Parishad recognized Khalilnagar union is a Model union.
2015	Md. Mahbubur Rhaman, UNO of Tala Upazila	Best UNO of Satkhira district	For smooth running HLP and utilize Upazila Parishad fund for Community Clinic.
2015	Md. Abu Hana Sakil, UP Chairman, Sriulla union, Assasuni	Mahatma Gandhi award	HLP-for reduction of early marriage
2015	Md. Mafizul Islam, UP Chairman, Kadakati union, Assasuni	Begum Rokeya award	HLP- for safe water supply at remote area by own fund.
2015	Md. Golam Mostofa, UP Chairman, Kumira, Tala	Ma Moni Award	For ensuring safe delivery at Community Clinic level
2015	Md. Zahangir Alam, UP	Mother Teresa award	

2



A-26



	Chairman, Dhandia, Tala		
2015	Shyamnagar UHC	Best performance award on 5S-CQI-TQM	
2015	Kaliganj UHC	National award on HSS	Received from Honorable Health Minister

Narsingdi District

District

Year	Name of Facility/Staff/Union	Name of Award	Remarks (special features, uniqueness, etc., needs to be mentioned, if any)
2014	Civil Surgeon Office, Narsingdi	National Award on top 5 performing in Dhaka Division on CS Office Category by Health Minister	Runner's up
2015	Civil Surgeon Office, Narsingdi	National Award on top 5 Performing Organization on CS Office Category by Health Minister	

District level, Narsingdi

Year	Name of Facility/Staff/Union	Name of Award	Remarks (special features, uniqueness, etc., needs to be mentioned, if any)
2012	District Hospital, Narsingdi	Best Performance Award on TQM	Champion
2012	District Hospital, Narsingdi	Best Hospital on overall performance (Services, Client Satisfaction, cleanliness and good Management)	Certification given by Human Rights Commission Chairman, Bangladesh
2014	District Hospital, Narsingdi	Best Performance Award on TQM	Runner's up
2015	District Hospital, Narsingdi	Best Performance Award on TQM	Champion
2010	MCWC, Narsingdi	Best MCWC Award in Dhaka Division	
2011	MCWC, Narsingdi	Best MCWC Award in Dhaka Division	
2012	MCWC, Narsingdi	Best MCWC Award in Dhaka Division	
2013	MCWC, Narsingdi	Best MCWC Award in Dhaka Division	
2014	MCWC, Narsingdi	Best MCWC Award in Dhaka Division	

 A-27





2015	MCWC, Narsingdi	Best TQM Hospital Award	
2015	MCWC, Narsingdi	Best MCWC Award in Dhaka Division	

Union level, Narsingdi

Year	Name of Facility/Staff/Union	Name of Award	Remarks (special features, uniqueness, etc., needs to be mentioned, if any)
2012	Danga Union of Palash Upazila	Mother Teresa award	For maternal and neonatal death reduction
2012	Danga Union of Palash Upazila	Best performance Award	For maternal and child death reduction
2012	Danga Union of Palash Upazila	Best Award in Narsingdi District	For establishing digital Information System
2012	Danga Union of Palash Upazila	World Population Day, Best Performance Award of Best Union and Best Chairman	For maternal and neonatal death reduction
2013	Danga Union of Palash Upazila	World Population Day, Best Performance Award of Union and Chairman	For maternal and neonatal death reduction
2014	Danga Union of Palash Upazila	World Population Day Best Performance Award in Dhaka Division	For family planning and child death reduction
2014	Danga Union of Palash Upazila	General M. A. G. Osmany Award	For maternal child death reduction to zero level. Gold Medal

A-28

24.

