

## 事業事前評価表（技術協力プロジェクト）

作成日：平成 22 年 11 月 11 日

担当部・課：インドネシア事務所

（マカッサル・フィールド・オフィス）

### 1. 案件名

南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクトフェーズ 2

Project for Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province Phase 2

### 2. 協力概要

#### （1）プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述

南スラウェシ州 3 県（バルー県、ブルクンバ県、ワジョ県）において、研修と実践を通じて、コミュニティ、保健センター、県政府、州政府の能力強化を行うことにより、コミュニティと行政が協働するプライマリ・ヘルス・ケア<sup>1</sup>のメカニズム<sup>2</sup>を確立することを目的とする。

本メカニズムにおいては、コミュニティは、地域の保健関係者から構成される「村チーム」を組織し、自らの保健課題を分析し、その解決のために保健改善活動を主体的に計画・実施・評価する。保健センターは、保健の専門的知見に基づいてコミュニティの主体的な活動を技術的に支援する。県政府は、保健セクター担当部局（保健局）、村落行政制度担当部局（コミュニティ・村落開発庁）、開発計画担当部局（地域開発計画庁）、財務担当部局（財務局）から構成されるチームを組織し、関係部局が連携してコミュニティの主体的な活動を行政制度の面から支援する。州政府は、県政府と連携してコミュニティの主体的な活動を制度的に支援するとともに、グッド・プラクティスを抽出し、その普及展開を促進する役割を担う。本プロジェクトでは、各レベルの関係者がそれぞれの機能を果たせるように、研修を通じて能力強化を行うとともに、コミュニティが主体となる計画・実施・評価の一連の活動プロセスと、行政がその活動を支援するプロセスを 3 サイクル実践することを通じて、研修で得られた能力の定着とメカニズムの自立発展性の確立を図る。

#### （2）協力期間

2010 年 11 月～2014 年 3 月（3 年 5 ヶ月）

#### （3）協力総額（日本側）

2.9 億円

#### （4）協力相手先機関

中央政府：保健省ヘルス・プロモーション・センター、保健省パブリック・ヘルス総局コミュニティ保健局<sup>3</sup>、  
内務省コミュニティ・村落開発総局伝統・社会・文化開発局、内務省コミュニティ・村落開発総局村落・区行政局

<sup>1</sup> プライマリ・ヘルス・ケアは、すべての人にとって健康を基本的な人権として認め、その達成の過程において住民の主体的な参加や自己決定権を保障する理念であり、そのために地域住民を主体とし、人々の最も重要なニーズに応え、問題を住民自らの力で総合的にかつ平等に解決していく方法論・アプローチでもある。1978 年、カザフスタンのアルマ・アタで開かれた世界保健機関と国際連合児童基金による合同会議にて採択されたアルマ・アタ宣言における定義は以下のとおり：

「現実的で科学的妥当性があり社会的に許容可能な方法論と技術に基づいており、コミュニティにおける個人と家族が彼らの完全な参加を通して普遍的にアクセス可能で、自己決定の精神に基づいて発展のすべてのステージにおいてコミュニティと国が維持することが可能なコストで提供可能な、必要不可欠なヘルスケア」

<sup>2</sup> プライマリ・ヘルス・ケア改善のために関係者がそれぞれの機能を果たす仕組み。それぞれが機能するために必要な制度整備、予算確保を含む。本メカニズムにおいては、コミュニティが自らの保健課題を分析し、その解決のための活動を主体的に計画、実施、評価する機能、行政がコミュニティの主体的な活動を技術的、制度的に支援する機能を強化し、両者が協働して効果的に機能するメカニズムを確立することを目指す。

<sup>3</sup> 保健省では組織改編が予定されており、同総局内の協力部局は暫定。組織改編後に保健センターを担当する部局を協力機関とする予定である。

南スラウェシ州政府：地域開発計画庁、保健局、コミュニティ開発・村落・区行政庁

対象 3 県（バルー県、ブルクンバ県、ワジョ県）政府：保健局、コミュニティ・村落開発庁、地域開発計画庁、財務局

(5) 国内協力機関 なし

(6) 裨益対象者及び規模、等

南スラウェシ州政府・対象 3 県政府行政官

保健センタースタッフ（49 センター）

対象地域の住民（356 村・区、約 96 万名）

### 3. 協力の必要性・位置付け

#### (1) 現状及び問題点

インドネシア共和国（以下、インドネシア）は、これまで実施してきた開発政策の成果により、国全体としては国民生活の質が向上しつつある一方で、地域間の開発格差が顕在化している。地域別の貧困率<sup>4</sup>を見ると、西部のジャワ・バリ（12.5%）やスマトラ（14.4%）に比べ、東部のスラウェシ（17.6%）、マルク（20.5%）、ヌサトゥンガラ（24.8%）、パプア（36.1%）は高い数値を示しており、地域間格差是正のためには、東部地域の開発が重要な課題となっている。

また、インドネシアでは、2001 年以降に急速に地方分権化が進み、開発に関する権限、人員、財源の地方政府への大幅な移譲が行われた。しかし、中央及び地方政府間の不明確な役割分担や地方行政官の能力不足から、予算執行の遅れや行政サービスの低下、地域間格差の拡大等様々な問題が生じており、地方分権化における効果的・効率的な地方行政システムの確立が課題となっている。

インドネシアの保健状況については、近年改善が見られるものの、主要な保健指標値が近隣先発アセアン諸国と比較して低い水準に止まっている状態が続いている。乳児死亡率<sup>5</sup>はマレーシア 6、フィリピン 26、タイ 13 に対してインドネシアは 31、妊産婦死亡率<sup>6</sup>はマレーシア 62、フィリピン 230、タイ 110 に対してインドネシアは 420 となっている。また改善された水源の利用率についても、マレーシア 99%、フィリピン 93%、タイ 98% に対して、インドネシアは 80%に止まっている<sup>7</sup>。

こうした背景を受けて、インドネシア政府は我が国に対して、南スラウェシ州における保健行政サービス向上を目的とした技術協力を要請し、2007 年 2 月から 2010 年 2 月まで同州のバルー県、ワジョ県、ブルクンバ県<sup>8</sup>を対象地域として「南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクト（以下、フェーズ 1）」が実施された。同プロジェクトで開発されたコミュニティと政府が協働するメカニズムは、プライマリ・ヘルス・ケア改善に有効であることが確認されたが<sup>9</sup>、一方で、特に政策・制度面と財政面における自立発展性の確立が課題として残された。「南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクトフェーズ 2（以下、本プロジェクト）」では、フェーズ 1 の成果と教訓を踏まえ、フェーズ 1 で開発されたメカニズムをインドネシアの既存の地方行政システム（開発計画策定システムと予算システム）に内部化することで、自立発展性の確立に取り組む。

#### (2) 相手国政府国家政策上の位置付け

<sup>4</sup> 数値はインドネシア政府中央統計庁の 2008 年データ。

<sup>5</sup> 出生時から満 1 歳に達する日までに死亡する確率。出生 1,000 人あたりの死亡数で表す。

<sup>6</sup> 出生 10 万人あたり妊娠関連の原因で死亡する女性の年間人数。

<sup>7</sup> 保健データの出典は全て国連児童基金「世界子供白書 特別版 2010」。

<sup>8</sup> フェーズ 1 では 3 県の全 31 郡のうち 11 郡のみを対象とした。本プロジェクトでは全都を対象とする。

<sup>9</sup> フェーズ 1 の対象地域では、トイレや簡易浄水施設の設置による衛生環境の改善、疾病の減少、コミュニティと保健行政の関係改善等の成果が確認された。

インドネシア政府は上記（１）の問題点に対する取り組みを重視しており、国家中期開発計画（RPJMN）2010-2014に明記されている11の優先課題に、「後進地域の開発促進」、「（地方自治の改善を含む）官僚制度・ガバナンス改革」、「保健」が含まれている。

本プロジェクトは後進地域を多く抱える東部地域を対象地域としており、保健セクターを入り口として州・県の行政能力の向上を目指す協力であり、「後進地域の開発促進」「地方自治の改善」に取り組むインドネシアの国家政策と合致している。

保健セクターに関しては、RPJMN2010-2014に、ミレニアム開発目標の達成のために、コミュニティを主体とし、疾病の予防に焦点を当てた保健プログラムに重点的に取り組むことが明記されている。保健省は、コミュニティが自らの保健課題を克服する意思と能力を備えることを目的としたDesa Siaga Program<sup>10</sup>を2006年から実施している。同プログラムは、保健活動の拠点となる施設建設と、保健人材の育成・配置を重視してきたが、2011年以降は、村の開発計画策定システム、村の予算との融合を通じて、コミュニティによる主体的な保健改善事業の実践を促進する方針を打ち出している。さらに保健省は、コミュニティに対する予防・啓発活動を担う保健センターの機能強化を目的として、新規予算であるBOK（Health Operational Assistance）を全国の保健センターに配賦するプログラムを2010年から開始した<sup>11</sup>。

### （３） 我が国援助政策との関連、JICA 国別事業実施計画上の位置付け（プログラムにおける位置付け）

インドネシアにおける東西地域間の開発格差の是正と、地方分権化に対応する地方行政能力の強化のニーズを踏まえ、わが国は地域開発を通じた貧困削減を実現すべく、東部インドネシア地域を対象として「南スラウェシ州地域開発プログラム」（2006-15）及び「東北インドネシア地域開発プログラム」（2007-15）を実施している。両プログラムは国別援助計画における重点分野「民主的で公正な社会造り」下に位置づけられる開発課題「貧困削減」に対応するものである。

南スラウェシ州地域開発プログラムは、東部インドネシアにおける経済・物流の中心である南スラウェシ州の開発を進めることによって周辺地域の開発を牽引することを意図しており、3つの支援の柱「都市部の開発」「地域全体のバランスの取れた開発」「社会開発の推進」から成る。本プロジェクトは、第3の支援の柱「社会開発の推進」に対応する協力である。

## 4. 協力の枠組み

### 〔主な項目〕

#### （１） 協力の目標（アウトカム）

##### 1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値<sup>12</sup>

対象県でコミュニティと行政が協働するプライマリ・ヘルス・ケアのメカニズムが確立される

#### 【指標】

- －行政の支援を受けてプライマリ・ヘルス・ケア改善活動のサイクルを継続的に実践している村の数
- －コミュニティと行政が協働するプライマリ・ヘルス・ケアのメカニズムの制度化（県の公式文書（中期開発計画、年間活動計画、法令等）に規定される）

<sup>10</sup> 英訳 Alert Village Program。栄養失調や感染症、重大な疾病、事故等の保健に関する課題や脅威に対し、現地関係者が相互に協力することによって、予防・克服する意思と能力を有する村を「Desa Siaga」と定義している。

<sup>11</sup> 2010年に保健センターが受け取った金額は約20万円/センター。2011年にはさらに増額することが計画されている。保健センターでは、スタッフがコミュニティを巡回するにあたって交通費（ガソリン代）の不足が問題となっていたが、同予算を充当できるようになった。

<sup>12</sup> 目標数値の設定が必要な指標については、プロジェクト開始後に実施するベースライン調査の結果を踏まえて数値を確定する。

2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

① 対象県でプライマリ・ヘルス・ケアの質が向上する

【指標】<sup>13</sup>

- －PHBS（健康で清潔な生活スタイルの実践を表す指数）の改善
- －学校保健活動の実践例の増加
- －Active Desa Siaga（保健省の基準に沿って、自らの保健課題を克服する意思と能力を有すると認定された村）の増加

② コミュニティと行政が協働するプライマリ・ヘルス・ケアのメカニズムが普及される

【指標】

- －コミュニティと行政が協働するプライマリ・ヘルス・ケアのメカニズムの南スラウェシ州内他県への普及事例

③ コミュニティと行政が協働する地域開発メカニズムが強化される

【指標】

- －対象県におけるコミュニティと行政が協働するメカニズムの他セクターへの応用事例

(2) 成果（アウトプット）と活動

1) 成果1 コミュニティが、地方行政システムに基づいて、主体的にプライマリ・ヘルス・ケア改善（PHCI）活動<sup>14</sup>を実施する能力が強化される

【活動】

- 1-1 県が郡長と村長を対象に啓発ワークショップを実施する
- 1-2 村が村チームを組織する
- 1-3 村が PHCI 活動事業費を含む村年間予算計画（APBDesa）を策定する
- 1-4 県が村年間予算計画を審査し、承認する
- 1-5 県が村予算（村交付金を含む）を村に支出する
- 1-6 県が村チームを対象に、課題分析と PHCI 活動サイクルに関する研修を実施する
- 1-7 村チームが課題分析ワークショップを実施し、PHCI 活動に関する中期計画を策定する
- 1-8 村チームが年間 PHCI 活動計画を策定する
- 1-9 県が村チームを対象に、予算管理と財務報告に関する研修を実施する
- 1-10 村チームが計画に基づいて PHCI 活動を実施する
- 1-11 村チームが計画に基づいて PHCI 活動の進捗をモニタリングする
- 1-12 村チームが、活動報告書と財務報告書を作成し、県に提出する
- 1-13 県が村から提出された報告書を審査する

【指標】

- －設立された村チームの数（コミュニティの組織化）

<sup>13</sup> 上位目標①については、全て保健省が実施する Desa Siaga Program と同じ指標を設定した。なお、目標数値については、基本的に Desa Siaga Program と共有する予定であるが、プロジェクト開始後、ベースライン調査の結果を踏まえて確定する。

<sup>14</sup> コミュニティが、自らの保健課題の分析結果に基づいて、主体的に計画・実施するプライマリ・ヘルス・ケアの改善につながる活動。フェーズ1では、村統合保健ポストの改築、トイレ・簡易浄水施設の建設、保健ボランティアに対する研修、疾病予防に関する講習会、栄養剤の配布等の活動が実施された。

<sup>15</sup> インドネシア側関係者（「2. 協力概要（4）協力相手先機関」記載の中央・州・県の各レベルの機関の長）と日本側関係者（JICA インドネシア事務所、JICA マカッサル・フィールド・オフィスの代表）で構成される委員会。

- －研修を受講した村チームメンバー数（関係者の能力強化）
- －年間予算計画の中で PHCI 活動事業費を確保した村の数（予算の確保）

2) 成果2 保健センターが、コミュニティ主体のプライマリ・ヘルス・ケア改善活動を技術的に支援する能力が強化される

【活動】

- 2-1 県が保健センターを対象に啓発ワークショップを実施する
- 2-2 県が保健センターを対象に、コミュニティの PHCI 活動支援に関する研修を実施する
- 2-3 保健センターがコミュニティの PHCI 活動をモニタリングし、技術的な支援を提供する
- 2-4 県が保健センターを対象に、コミュニティのニーズに基づいた予防・啓発活動の計画策定に関する研修を実施する
- 2-5 県が保健センター--コミュニティ・フォーラムの組織化を支援する
- 2-6 保健センターが保健センター--コミュニティ・フォーラムを開催する
- 2-7 保健センターがコミュニティのニーズに基づいて予防・啓発活動計画を策定する
- 2-8 保健センターがコミュニティのニーズに基づいて予防・啓発活動を実施する

【指標】

- －研修を受講した保健センタースタッフ数（関係者の能力強化）
- －保健センターによるモニタリング、技術支援の頻度（定期的なモニタリングの実践）
- －年間予算計画の中で PHCI 活動支援予算を確保した保健センターの数（予算の確保）

3) 成果3 県政府が、コミュニティ主体のプライマリ・ヘルス・ケア改善活動を制度的に支援する能力が強化される

【活動】

- 3-1 県チームを組織する
- 3-2 専門家チームが県チームを対象とした研修を実施する
- 3-3 県チームがベースライン調査を実施し、指標の目標値を確定する
- 3-4 県チームがプロジェクト活動の詳細計画を策定する
- 3-5 県チームが県予算計画の中で PHCI 活動支援に関する管理経費を確保する
- 3-6 県チームが PHCI 活動に関するガイドライン・マニュアルを作成し、定期的に改定する
- 3-7 県チームが村チームと保健センターを対象に啓発ワークショップを実施する
- 3-8 県が村年間予算計画を審査し、承認する
- 3-9 県が村予算（村交付金を含む）を村に支出する
- 3-10 県チームが PHCI 活動をモニタリングする
- 3-11 県が村から提出された報告書を審査する
- 3-12 県チームが県レベルで PHCI 活動の総括会議を開催する
- 3-13 県チームがプライマリ・ヘルス・ケアのメカニズムの制度化に向けて県政府、県議会に働きかける
- 3-14 県チームがエンドライン調査を実施する

【指標】

- －県チームの設立（実施体制の確立）
- －研修を受講した県行政官数（関係者の能力強化）

- － 県政府によるモニタリング、技術支援、関係者を対象とした研修実施の頻度（定期的なモニタリング、研修の実践）
  - － 県年間予算計画における PHCI 活動支援予算の確保（予算の確保）
  - － マニュアル・ガイドラインの策定と定期的な改定（メカニズムの制度設計・定期的な制度改善の実践）
- 4) 成果4 州政府が、コミュニティ主体のプライマリ・ヘルス・ケア改善活動を制度的に支援する能力、普及展開する能力が強化される

【活動】

- 4-1 州チームを組織する
- 4-2 専門家チームが州チームを対象に研修を実施する
- 4-3 州チームがプライマリ・ヘルス・ケアのメカニズムを普及するための戦略を策定する
- 4-4 州チームがプロジェクト活動をモニタリングする
- 4-5 州チームが他の県・州を対象とした経験共有セミナーを開催する
- 4-6 州チームが州レベルで運営委員会を開催する
- 4-7 州チームがプロジェクト活動の進捗を中央政府に報告する
- 4-8 州チームが合同調整委員会<sup>15</sup>を開催するための調整を行う

【指標】

- － 研修を受講した州行政官数（関係者の能力強化）
- － 州政府によるモニタリング、技術支援、経験共有セミナー開催の頻度（定期的なモニタリング、普及展開活動の実践）
- － 州年間予算計画における PHCI 活動支援予算の確保（予算の確保）

(3) 投入（インプット）

1) 日本側

- ① 専門家派遣：チームリーダー／地方行政、地方財政、コミュニティ参加型開発、プライマリ・ヘルス・ケア、業務調整／ベースライン・エンドライン調査
- ② ローカルコンサルタント
- ③ 供与機材：プロジェクト事務所に必要な機材
- ④ 研修員受入
- ⑤ 在外事業強化費

2) インドネシア側

- ① カウンターパート配置：
  - ・ プロジェクト・ダイレクター：南スラウェシ州地域開発計画庁長官
  - ・ プロジェクト・マネージャー：南スラウェシ州保健局長
  - ・ 副プロジェクト・マネージャー：南スラウェシ州コミュニティ開発・村落・区行政庁長官
  - ・ 県チーム：対象 3 県政府の保健局長、コミュニティ・村落開発庁長官、地域開発計画庁長官、財務局長、関連部局スタッフ
- ② 施設・土地手配：プロジェクト事務所スペース（州・県）
- ③ 現地活動費：

- ・ カウンターパートのモニタリング実施、研修・セミナー・会議出席に関する経費（出張旅費等、各機関）
- ・ コミュニティが実施する PHCI 活動の事業費（村、県）
- ・ 保健センターが実施する PHCI 活動支援に関する経費（保健センター）
- ・ 研修・ワークショップ・セミナー実施に関する経費の一部（州、県）

(4) 外部要因（満たされるべき外部条件）

1) 前提条件

- ・ 関係者（コミュニティ、県政府、州政府）がプロジェクト実施に反対しない

2) 外部条件

① プロジェクト目標達成のための外部条件

- ・ 対象県政府がプロジェクトに関する予算を計画通り支出する
- ・ 県政府首脳（知事）、県議会がプロジェクト実施に反対しない
- ・ 村交付金に関する政策が変更されない
- ・ 保健センターの機能強化に関する政策（BOK）が変更されない

② 上位目標達成のための外部条件

- ・ 大規模な天災、感染症流行、経済危機が発生しない
- ・ コミュニティの能力強化を重視する保健政策が変更されない
- ・ 地方分権化政策が変更されない

5. 評価 5 項目による評価結果

(1) 妥当性

本プロジェクトは、以下の理由から妥当性が極めて高いと見込まれる。

1) インドネシアの開発政策との整合性

本プロジェクトは、インドネシアの国家中期開発計画（RPJMN）2010-2014 に明記されている 11 の優先課題のうち、「後進地域の開発促進」、「（地方自治の改善を含む）官僚制度・ガバナンス改革」、「保健」に対応する協力である。

保健分野について、RPJMN2010-2014 では、コミュニティを主体とし、疾病の予防に焦点を当てたプログラムに重点的に取り組む方針が明記されている。本プロジェクトは、既存の地方行政システムに基づいてコミュニティが主体的に保健活動を実施するメカニズムを確立することを目指すものであり、保健省の優先プログラム Desa Siaga Program の今後の方向性にも合致している。また、コミュニティに対する技術的支援を保健センターが担う本プロジェクトの計画は、保健センターの機能強化を目指す保健省の政策と合致している。

2) 我が国の援助政策との整合性

対インドネシア国別援助計画における重点分野「民主的で公正な社会造り」下に位置づけられる開発課題「貧困削減」に対応する協力プログラム「南スラウェシ州地域開発プログラム」に位置づけられる。また、プライマリ・ヘルス・ケアの質の向上を通じて、ミレニアム開発目標の達成に寄与する協力であり、我が国援助政策との整合性が確保されている。

## (2) 有効性

本プロジェクトは、以下の理由から有効性が高いと見込まれる。

### 1) プロジェクト目標と成果の関係

プロジェクト目標「対象県でコミュニティと行政が協働するプライマリ・ヘルス・ケアのメカニズムが確立される」を達成するためには、プライマリ・ヘルス・ケア改善（PHCI）活動の主体的実践者となるコミュニティの能力強化だけでなく、それを支援する行政（州・県・保健センター）の能力強化、またコミュニティと行政が協働する体制の構築が不可欠である。本プロジェクトでは、コミュニティが自らの保健課題を分析し、その課題解決のために PHCI 活動を計画・実施・評価する能力を強化する（成果 1）。また、保健センターが、コミュニティを技術的に支援する能力を強化する（成果 2）。さらに、県政府と州政府が、コミュニティの主体的な PHCI 活動を制度面から支援する能力を強化する（成果 3、4）。県・州政府には、保健局に加え、全体開発計画策定を担当する地域開発計画庁、村レベルの行政制度を担当する部局（州レベルはコミュニティ開発・村落・区行政庁、県レベルはコミュニティ・村落開発庁）、予算管理を担当する財務局（県レベルのみ）から成る実施体制を構築し、関係部局が協力してスムーズに制度設計・制度改善を実現できる環境を整備する。これらの成果が達成されれば、コミュニティが行政から必要な支援を受けつつ、継続的に PHCI 活動を実施することが可能となる。

また、将来の自立的な普及展開も見据えて、州政府がグッド・プラクティスを州内他県に普及展開していく能力の強化にも取り組む（成果 4）。

以上より、本プロジェクトではプロジェクト目標を達成するために必要十分な成果が設定されている。

## (3) 効率性

本プロジェクトは、以下の理由から効率的な実施が見込まれる。

### 1) 成果の指標的的確性

成果の指標は、各関係者について、プライマリ・ヘルス・ケアのメカニズムにおけるそれぞれの役割を果たすための準備状況（組織化（成果 1、3）、研修（成果 1-4））を計測する指標と、その役割の実践状況（予算確保（成果 1-4）、技術的・制度的支援（成果 2-4））を計測する指標が組み合わされており、的確な内容である。

### 2) 活動の効率性

研修と実践を通じて関係者の能力が強化されるよう、フェーズ 1 の成果と教訓に基づいて必要十分な活動が計画されている。PHCI 活動の計画策定プロセスと事業費について、インドネシアの既存の地方行政システムを活用するため、村における通常の開発計画策定スケジュールと予算管理スケジュールに沿った活動計画となっている。ただし、村レベルの予算執行は例年、計画より大幅に遅れる傾向にある。村予算の配賦・支出を担当する県政府関係部局もこの問題を認識しており、プロジェクトの成果発現のために 2011 年以降は計画通り予算執行できるよう努力することを約束している。それでも、特に 1 年目（第 1 サイクル）については、活動計画を調整する必要性が生じることも予想される。第 1 サイクルで問題が生じた場合には、その原因を丁寧に分析して、第 2 サイクル以降の改善につなげていくことが重要である。以上を踏まえて、メカニズムの定着・確立のために、PHCI 活動を 3 サイクル実施することが可能となるよう 2010 年 11 月からプロジェクトを開始することを想定している。

### 3) 投入の適切性

フェーズ 1 で開発されたメカニズムをインドネシアの既存の地方行政システムに内部化するため、専門家は、地方行政と地方財政の専門性を有する人材が中核となる。本プロジェクトの活動において、特に第 1 サイクルでは、インドネシア側の予算執行が計画より遅れることも予想される。活動計画の柔軟な調整を可能にするため、また、多くの関係機関と調整し、連携体制を構築する上で不可欠なカウンターパートとの信頼関係を醸成するため、少なくとも 1 名の専門家は長期間（年 10 ヶ月以上）現地に滞在することを想定している。また、フェーズ 1 で育成した現地人材をローカルコンサルタントとして活用することで、日本人専門家の投入を必要最小限に抑える計画である。

フェーズ 1 で日本側が投入したコミュニティの PHCI 活動事業費は、既存の村予算を活用することで関係者が合意しており、日本側投入の効率化が図られている。また、保健センターによる技術的支援に係る経費は、保健センターの既存予算である BOK を活用するなど、既存のリソースが有効に活用される計画となっている。

以上より、本プロジェクトの投入計画は適切であると判断される。

#### (4) インパクト

本プロジェクトの実施によって、以下の正のインパクトの発現が見込まれる。

##### 1) 上位目標の達成の見込み

本プロジェクトの実施により、対象県内で保健指標の改善が見込まれる（上位目標①）。フェーズ 1 においても対象地域の一部で PHBS に該当する指標の改善や学校保健活動の実践例の増加が確認されており、当該上位目標が達成される可能性は高い。

また、州保健局が本プロジェクトのメカニズムを Desa Siaga Program の実践モデルと位置づけていることから、州内他県に普及されることが期待される（上位目標②）。本プロジェクトのメカニズムは既存の地方行政システムに基づくものであり、コミュニティの PHCI 活動事業費に追加的予算を必要としないことから、汎用性が高く、普及は比較的容易であると想定される。

さらに、既存の地方行政システムを活用する本プロジェクトのメカニズムが、他セクターにも広く応用されることで、地域開発メカニズム全体の改善につながる可能性を持つ（上位目標③）。県政府内に構築される計画担当部門（地域開発計画庁）、財務担当部門（財務局）、コミュニティ開発担当部門（コミュニティ・村落開発庁）、セクター事業担当部門（保健局）の協力体制は、他セクターにも容易に適用可能である。また、本プロジェクトでは、PHCI 活動事業費に既存の村予算を活用することを通じて、県政府・村による適切な予算執行管理を支援する計画である。当該支援を通じて、地域開発関連予算全体の効果的・効率的な執行が促進されることが期待される。

##### 2) 全国への波及効果

本プロジェクトのメカニズムには、保健省の Desa Siaga Program 担当部局であるヘルス・プロモーション・センターが大きな関心を持っており、同センター長が合同調整委員会議長に就任予定である。同センターを通じて Desa Siaga Program の実践モデルとして全国に成果が波及されることが期待される。

また、国家開発計画庁地域開発局も、既存の地域開発計画策定システムを活用し、その機能強化を目指す本プロジェクトの取り組みに注目しており、合同調整委員会委員への就任に合意している。同局を通じて、（保健セクターにとどまらない）既存の地域開発計画策定システムの改善モデルとしての全国への波及効果も期待される。

#### (5) 自立発展性

本プロジェクトは、以下の理由により自立発展性が高いと見込まれる。

##### 1) 制度・政策面：

インドネシアは、国家中期開発計画 2010-2014 において、保健を国家の優先課題に位置づけ、コミュニティを主体とし、疾病の予防に焦点を当てた保健プログラムに重点的に取り組む方針を明記している。同方針に基づいて実施されている Desa Siaga Program は保健省の優先プログラムとなっている。また、保健センターの機能強化を目的とした BOS プログラムも 2010 年から開始されており、これらの中央レベルの政策は継続される見込みである。県レベルでは、対象県のうち、2010 年に首長選挙が実施されたバルー県とブルクンバ県では、新たな県中期開発計画の中に本プロジェクトを明記することが検討されている。

##### 2) 組織・体制面

本プロジェクトでは、州・県政府内に関係部局の連携体制を構築する。案件形成段階から関係部局が協力してプロジェクト計画について議論を重ねてきており、プロジェクトにおけるそれぞれの役割と相互に協力する必要性を十分に理解していることから、実施体制は継続的に維持される見込みである。

##### 3) 財政面

本プロジェクトの主要な実施経費であるコミュニティの PHCI 活動事業費と保健センターによる技術支援に関する経費はインドネシア側の既存予算を活用する計画になっており、予算が持続的に確保される可能性が高い。州・県政府によるモニタリング経費もプロジェクト期間中から各機関が独自に予算を確保することに合意しており、財政面の自立発展性は高いと見込まれる。

##### 4) 技術面

本プロジェクトは新たなシステムや技術を導入するものではなく、既存の地方行政システムの強化に取り組むものである。そのため、技術的受容性は高いと見込まれる。行政から必要な支援が得られればコミュニティが PHCI 活動を継続していくのは技術的に可能であることがフェーズ 1 で確認されている。また、行政がコミュニティの PHCI 活動を支援するために必要な技術は、協力期間中の研修と 3 サイクルの実践によって定着する見込みである。

#### 6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

本プロジェクトは関係者の能力強化を通じてプライマリ・ヘルス・ケアのメカニズムを確立するもので、貧困、ジェンダー、環境等への配慮を要する特別の負の影響は予測されない。

#### 7. 過去の類似案件からの教訓の活用

フェーズ 1 の成果、教訓、提言を活用する。主な教訓、提言と本プロジェクトにおける対応は以下のとおり。

- (1) コミュニティの事業費を外部が支援する場合には明確な出口戦略が必要である。  
→コミュニティの PHCI 活動事業費にはインドネシア側の既存予算を活用する。
- (2) コミュニティの事業費への既存予算活用を促進するため、地方政府は明確な指針を発信するべきである。  
→村予算の制度を担当する県コミュニティ・村落開発庁が、村長を対象に啓発ワークショップを実施する計画である。ワジョ県においては、PHCI 事業費への村予算活用を促進する県知事レターを全村長宛に発出済みであり、他対象 2 県も同様の対応を検討中である。
- (3) メカニズムを非対象県に拡大するためには、州政府が明確な戦略を策定する必要がある。  
→州政府による普及展開戦略策定と経験共有セミナー開催をプロジェクト活動として計画している。
- (4) セクターワイドのモデルへと昇華させるためには、他セクターの関係者とプロジェクトの経験や教訓を

共有することが効果的である。

→保健局だけでなく、セクター横断事項やセクター間の調整を担当する部局もカウンターパート機関とし、他セクター関係者との情報・経験の共有を容易にする実施体制となっている。

#### 8. 今後の評価計画

- ・ 中間レビュー：協力期間の中間点（2012年6月頃）を目処に実施
- ・ 終了時評価：協力期間終了の6ヶ月前（2013年9月頃）を目処に実施
- ・ 事後評価：協力期間終了3年後（2017年）を目処に実施