

評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：インドネシア共和国	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
分野：保健	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：インドネシア事務所	協力金額（評価時点）：2 億 9,000 万円
協力期間	(R/D)：2010 年 11 月～ 2014 年 3 月
	先方関係機関： 中央政府：保健省保健推進センター、内務省コミュニティ村落開発総局①伝統社会文化開発局 ②村落区行政局 南スラウェシ州政府：地域開発計画局、保健局、コミュニティ振興・村落・区行政局 県政府：バルー県、ブルクンバ県、ワジョ県の保健局、コミュニティ・村落振興局、地域開発計画局、財務管理局
	日本側協力機関：なし
1-1 協力の背景と概要	
<p>インドネシア共和国（以下、「インドネシア」と記す）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著化している。地域別の貧困率をみると、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。保健状況に関しては、近年大きく改善されてはいるものの、主要な保健指標値は近隣の ASEAN 諸国と比較して低い水準にとどまっており、乳児死亡率（出生 1,000 人当たり）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（出産 10 万件当たり）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、改善された水源の利用率はマレーシア 99%、フィリピン 93%、タイ 93%に対してインドネシアは 80%にとどまっている。2001 年からは地方分権化が進められ、開発に関する権限、人員、財源等の地方政府への大幅な移譲が行われた結果、保健サービスの提供も地方政府の管轄となった。しかし地方行政官の能力や、不明瞭な中央と地方政府のデマケーション等の問題から、予算執行の遅れや行政サービスの質の低下、地域間格差の拡大などの問題が生じており、効果的かつ効率的な地方行政システムの確立は今なお課題の 1 つである。</p> <p>こうした背景を受け、わが国は 2007 年 2 月から 2010 年 2 月まで、「南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクト」をバルー県、ブルクンバ県、ワジョ県で実施、コミュニティと行政が協働して地域保健の向上に資するメカニズムを開発・実施した。同モデルは地域保健の強化に有効であることが確認されたが、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。本プロジェクトは、フェーズ 1 で開発されたメカニズムに改良を加えることでインドネシアの地方行政システム（計画策定及び予算執行）に内部化すると同時に、コミュニティレベルで妊産婦の緊急事態への対処、基礎医療サービス提供、感染症サーベイランス、生活習慣病予防、防災等の活動を推進する保健省（Ministry of Health : MOH）の国家プログラムである Desa (dan Kelurahan) Siaga Aktif (デサシアガアクティブ) 等と可能な限り整合性をもた</p>	

せることで、その課題を克服しようと試みるものである。

1-2 協力内容

本プロジェクトは、前フェーズで確立した「コミュニティと行政が協働するプライマリー・ヘルス・ケアのメカニズム」の自立発展性を強化するために、バルー県、ブルクンバ県、ワジョ県の行政当局が、外部資金に頼らない通常予算を使用して村落レベルにおける自主的な保健活動を実施する仕組み（PRIMA-K メカニズム）を構築し、3 県の全コミュニティが同メカニズムを用いた保健活動の展開を支援するものである。

(1) 上位目標

- ① 対象県でプライマリー・ヘルス・ケアの質が向上する。
- ② コミュニティと行政が協働するプライマリー・ヘルス・ケアのメカニズムが普及される。
- 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。

(2) 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ー・ヘルス・ケアのメカニズムが確立される。

(3) アウトプット

- 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ー・ヘルス・ケア改善（Primary Health Care Improvement : PHCI）活動¹を実施する能力が強化される。
- ② 保健センター（Health Centres : HC）及び郡事務所（Sub-district office : SDO）が、コミュニティ主体の PHCI 活動を技術的に支援する能力が強化される。
- ③ 県政府が、コミュニティ主体の PHCI 活動を制度的に支援する能力が強化される。
- ④ 州政府が、コミュニティ主体の PHCI 活動を監督し、周知する能力が強化される。

(4) 投入（2013 年 11 月現在）

1) 日本側

総投入額：2 億 9,000 万円

専門家派遣：長期 3 名 短期 3 名（合計 58.16 人/月）

機材供与：1 億 2,344 万ルピア相当

ローカルコスト負担：162 億 5,541 万 4,718 ルピア（1 億 4,186 万 1,004 円相当）

カウンターパート（Counterpart : C/P）研修受入れ：53 名

2) インドネシア側

C/P 配置：77 名

土地・施設提供：マカッサル及び対象 3 県におけるプロジェクト事務所（保健局内）及び光熱費

¹ 村・区の住民保健活動グループが中心となって行うコミュニティレベルの健康増進・保健推進活動

現地活動費：セミナー、ワークショップ等に 3 億 6,156 万 7,000 ルピア（315 万 5,000 円相当）のほか、C/P の出張経費

2. 評価調査団の概要

日本側

担当分野	氏名	所属
団長	田中 伸一	JICA インドネシア事務所 次長
地域開発	稲葉 誠	JICA インドネシア事務所 企画調査員
協力企画 1	榎木 とも子	JICA インドネシア事務所 企画調査員
協力企画 2	イダ・ゴサル	JICA インドネシア事務所 所員
評価分析	今仁 直美	グローバルリンクマネジメント株式会社 研究員

インドネシア側

氏名	所属	
drg. Rarit Gempari, MARS	Head of Division of Community Empowerment and Partnership	Health Promotion Center, Ministry of Health
dr. Marti Rahuyu Diah Kusuma	Staff of Division of Community Empowerment and Participation	Health Promotion Center, Ministry of Health
Drs. A. Irawan Bintang, MT	Head of Division of Organizational and Human Resources Development	BAPPEDA, South Sulawesi Province
M. Ilyas	Acting Section Head of Human Resource Development	BAPPEDA, South Sulawesi Province
dr. H.A. Mappatoba, DTAS, MBA	Head Division of Community Health	Health Office, South Sulawesi Province
Drs. Haryamin, APT, M.Kes	Head Section of Health Promotion and Community Empowerment	Health Office, South Sulawesi Province
Ir. H. Muhammad Kasim Alwi	Head	BPMPDK, South Sulawesi Province
Ir. Musran A. Muchsin, M.Si	Head of Sub-Division of Programme	BPMPDK, South Sulawesi Province

調査期間 | 2013 年 11 月 24 日～2013 年 12 月 20 日 | 評価種類：終了時評価

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) プロジェクト目標の達成状況

97.8%のコミュニティが PRIMA-K メカニズムの問題分析→プロポーザル作成→活動実施→報告の一連の「サイクル」を 2 回完了しており、指標 1（対象県の 80%以上が PHCI 活動サイクルを完結させている）は達成された。現在実施中の第 3 サイクルもほぼ同程度の達成率が予測される。プロジェクトの作成した「PRIMA-K 実施ガイドライン（「サプリメン

トJ) は、県政府より正式文書として発出されており、PRIMA-K メカニズムの制度化のための公的文書と位置づけられることから、コミュニティと行政が協働する PHC のメカニズムが確立するという成果 2 も達成されたと判断される。

一方で、指標 1 の高い達成度に関しては、C/P のキャパシティを補完するようにメカニズムの運営実施にたずさわった JICA 雇用の現地スタッフの貢献が大きいいため、プロジェクト終了後は幾分低下することが予想される。

(2) アウトプットの達成状況

アウトプット 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ー・ヘルス・ケア改善 (PHCI) 活動を実施する能力が強化される。

2013 年度は全 367 のコミュニティのうち、98.9%において本プロジェクトで組織されたコミュニティレベルの住民保健活動グループ (Health Working Group : HWG) の計画した活動が通常予算で実施されている。2012 年度実績では、計画された全活動の 97.2%が実施されており、対象県の大多数のコミュニティにおいて、ファシリテーターの支援を受けながら PRIMA-K サイクルに乗せて PHCI 活動を実施する能力が備わっていることが示唆されている。一方で PRIMA-K サイクルの継続的实施には、まだ全体の半数以上の HWG が技術面または組織面での支援を必要としていると判断されており、その意味ではプロジェクト終了後はコミュニティの能力強化を継続的に実施・モニターしていく役割を担う HC と SDO ファシリテーターのキャパシティが非常に重要である。

アウトプット 2: 保健センター (HC) 及び郡事務所 (SDO) が、コミュニティ主体の PHCI 活動を技術的に支援する能力が強化される。

各コミュニティの HWG を支援するために、HC と SDO の職員数名をファシリテーターとして指名・育成することで、HC 及び SDO のコミュニティを支援する能力は強化された。しかし当該職員の異動に対する制度的な対策が立てられていないため、プロジェクトが進行するにつれてファシリテーターの数が減少し、コミュニティの需要に十分に 대응することができなくなりつつある状況が確認された。今後の PRIMA-K メカニズムの継続には、コミュニティを直接的に支援する郡レベルのファシリテーターが非常に重要な要素となることから、異動による人材プールの縮小の防止はもちろん、個々人のモチベーションや技術力を維持するためにも、ファシリテーターを制度化することが望まれる。

アウトプット 3: 県政府がコミュニティ主体の PHCI 活動を制度的に支援する能力が強化される。

対象 3 県には、関連 4 部局の職員から構成される県チームが設立され、JICA プロジェクトチームと一体になって、HWG がそれぞれの所属するコミュニティの通常予算で保健活動を実施する仕組み (「PRIMA-K メカニズム」) を構築した。メカニズムに関する各種研修やオリエンテーションなど、これまで県政府が実施してきたルーティーン活動にかかる経費は既に県予算に統合され、県チームメンバーの能力も研修等を通じて確実に向上していると判断される。その一方で、PRIMA-K メカニズムを継続的に実施していくためには、マネジメントにいくつか課題が残されており、①郡レベルのファシリテーターが異動により

減少することへの対策や、②PRIMA-K メカニズムの実施状況を把握するためのモニタリングの枠組みの策定、③県チーム内のコーディネーションの仕組みの確立等が必要である。これまで JICA 側スタッフが担っていた役割を C/P 側に移管するために設立された「出口戦略」の進捗が遅れている背景にも、このような事業管理の仕組みが確立されていないことがあると考えられる。

アウトプット 4：州政府が、コミュニティ主体の PHCI 活動を監督し、周知する能力が強化される。

活動を行うことで能力強化を図る本プロジェクトにおいて、アウトプット 4 の活動のほとんどは JICA チームによって実施されており、州政府の能力強化は限定的である。特に「PHCI 活動を監督する能力」に関しては、地方分権下において行政上独立した地方自治体である県の事業を監督する機能が州政府においては限定的であることも、本アウトプットの発現に影響している。また、活動の実施によって能力の強化を図るという本プロジェクトの手法では、周知・普及にかかわる能力強化はモデルの有効性が検証されてからようやく着手することのできる活動であり、プロジェクト期間内に成果を上げるのは時間的に困難である。州チームは 2014 年には新たに 3～7 の県（「新規県」）において PRIMA-K メカニズムの導入を支援することを決定、説明会と関係者向け初期研修の予算も計上しているが、州政府にとって、部局横断的なチームを組んで、別個の自治体である県の事業を、他の県の技術的リソースを利用して支援するのは初めての経験であり、残されたプロジェクト期間において JICA の支援で何らかの枠組みが設立されることが望まれる。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

本プロジェクトの政策的、ステークホルダーのニーズに対する妥当性は高い。保健はインドネシアの国家中期開発計画（National Mid-Term Development Plan：RPJMN）（2010～2014 年）における 11 の重点分野の 1 つであり、南スラウェシ州及び対象 3 県の中期開発計画においても重視されている。地方分権後 10 年以上が経過する現在でも地方政府の強化は引き続き重要課題であり、国から村に財源として交付される村落交付金（Village Allocation Fund：ADD）の額も増大する傾向にあることから、地方政府が予算を効果的かつ高い透明性をもって活用する仕組みが求められている。コミュニティの自主的な保健関連の活動を予算の用途を民主的に決める全国統一システム（ムスレンバン）に乗せて実施する PRIMA-K メカニズムは、保健及び地方自治の両方の分野に貢献するという点でも妥当性の高いものである。

(2) 有効性

プロジェクト目標は高いレベルで達成されており、PRIMA-K メカニズムの開発・実施という視点においては本プロジェクトの有効性は高いと思われる。しかしプロジェクト目標を達成するためのビルディングブロックであるはずのアウトプットの発現状況、特に州及び県政府の能力強化（アウトプット 2～4）には既述のとおり課題が残されており、これは「C/P 側が JICA の支援を受けつつ自ら実施する」ことになっていた活動の多くを、プロジ

エクトチームが「C/P を巻き込みつつも率先して実施」したことで、C/P の能力強化の機会が制限されてしまったためと考えられる。プロジェクトで強化される行政側のキャパシティが具体的に何であるのか PDM 上明確でなく、関係者間で別途分析・協議されることもなかったことも、モニタリングやコーディネーションといった事業管理システムの強化の必要性が看過された要因の 1 つであると分析される。

(3) 効率性

約 3 年の間に①コミュニティレベルの自発的な保健活動を公的予算を活用して実施する仕組み（「PRIMA-K メカニズム」）をつくり、②その仕組みを利用した保健活動の実施を対象 3 県のほぼすべてのコミュニティで実現させたことに関しては、高い効率性が認められる。その貢献要因としては、①十分な時間をかけて県・州レベルの関係者を巻き込んで入念な計画策定を行ったこと、②政府の計画サイクルと合致させるために、計画では C/P 側が実施することになっていた活動の一部を JICA 側で実施したこと、③コストや言葉の面で日本人専門家より効率性の高い現地スタッフを多数投入し、C/P のキャパシティを補いながら活動を実施したことなどが挙げられる。しかし JICA 側が C/P 側のタスクの一部を担ったことで、アウトプットの発現が抑制される結果となったことは前述のとおりである。

(4) インパクト

1) 上位目標達成の見込み

保健にかかわる指標の値は保健行動指標がバルー県で 27.5% (2011) から 46% (2012)、ブルクンバ県で 48.7% (2011) から 53.3% (2012)、ワジョ県で 18.3% (2011) から 24.5% (2012) と上昇傾向にあるが、本プロジェクトの保健活動は規模も小さく分野もさまざまであるため、設定されているマクロレベルの指標に反映される効果はごくわずかなものと判断される。しかしプロジェクトによってコミュニティの保健への関心が増大し、保健施設の利用や HC がコミュニティレベルで実施する活動への参加が増加していることが報告されており、現在採用されている指標には現れないものの、コミュニティ・ヘルスの向上に一定の貢献をするものと考えられる。メカニズムの普及に関しては、既述のように既にいくつかの県や州が PRIMA-K メカニズムの導入に強い関心を示しており、有望と判断される。他セクターにおけるメカニズムの普及は、現段階ではその周知があまり行われておらず、その実現にはより積極的・具体的な周知活動が有用と思われるが、バルー県のいくつかの村ではパイロットベースで他セクターのコミュニティレベルの活動もムスレンバンに乗せて実施する試みが開始されているという報告もあり、一定規模での実現は可能であると見込まれる。

2) その他の正のインパクト

保健に関する意識が向上したことで、住民の保健事業への寄付が増大していること、本プロジェクトを通じて区部においても村落交付金 (ADD) と同様の予算が流れるようになったこと、ムスレンバンを活用する仕組みが 1 つのモデルとなり、他セクターを巻き込んだ同様の仕組みをつくる試みが稼動しはじめたことなども、本プロジェクトの波及効果と位置づけられる。

3) 負のインパクト

HC ファシリテーターからは、業務量の増大が負のインパクトとして報告された。これはファシリテーター業務が公に認知されているものではなく、労力の割には手当てがつかないため不公平感が増大しつつある兆候であり、その業務を公式に組織化することで軽減が図れるものと思われる。

(5) 持続性

財政面での持続性は非常に高く、ADDが増大する傾向にあることから、コミュニティ及び県の行政が、保健チームが草の根レベルで計画実施する活動が有用であると判断する限り、継続的に予算が確保されることが期待される。その一方で組織面における持続性には課題が残されている。県や州政府にモニタリングやコーディネーションといったメカニズムを管理する仕組みやツールが策定されておらず、それが中間レビュー後に策定された「出口戦略」の実施の障害となっている。県チームは現在「プロジェクト終了後の体制」を設計中であるが、そのなかで上記の問題への対応策が取り込まれることが望まれる。

その他、持続性に関するチャレンジとしては、保健チームのモチベーションの維持、PRIMA-Kメカニズムのペーパーワークの煩雑性の軽減、2014年に予定されている大規模な村長選挙などがあり、それぞれの県には継続的に状況をモニターし、状況に応じた対策を柔軟にとっていくことが求められている。またJICAはそのブランド力を活用し、不定期でも現地訪問によるモニタリングを継続することによって、C/Pのモチベーションを維持しプロジェクト効果の持続に貢献することが期待される。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

フェーズ1で構築したメカニズムの持続性を向上させる方策を探るため、準備段階よりJICAは中央、州及び州政府の関係者と何度も協議を重ねた。そのためプロジェクト開始時には既にメカニズムの修正箇所が明らかになっており、非常に短時間でメカニズムの再構築並びにツールの改訂が可能であった。また準備段階から深く関与していたことで県レベルの関係者のオーナーシップと改訂メカニズムの理解度は高く、効率的なプロジェクトの実施と高い財政面での持続性に貢献している。「コミュニティと政府が協働するメカニズム」はどのセクターでも応用可能であるが、本プロジェクトにおいてはその切り口を、開発アジェンダ上優先事項であり選挙時の公約の上位に置かれることも多い保健としたことで、高確率でコミュニティ・リーダーの支持と予算配分を得ることに成功した。

(2) 実施プロセスに関すること

プロジェクトのC/P側実施部隊である県チーム、州チームを、行政組織の複数の部局を巻き込んだ混成チームにしたことで、関連部局の協力が容易に得られたほか、メカニズム実施にあたって直面する制度的な問題にも迅速に対処することが可能であった。また多数の経験豊富なファシリテーターを現地スタッフとして雇用したことで、367に上るコミュニティのさまざまなニーズに対応することが可能となった。

3-4 問題点及び問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関すること

本プロジェクトのアウトプットは能力の強化であるにもかかわらず、それぞれのレベルでどんな能力・技術が必要なのか、それをどのような方法でどこからどこまで伸ばす必要があるのか、といった分析が十分に行われておらず、PDM 上でも不明確であった。そのため効果的な介入が行われず、結果として必要なマネジメントシステムの強化が看過され、アウトプットの発現が限定されたほか、設立されたメカニズムの持続性にも影響を及ぼしている。

また多数の現地スタッフの雇用に関連して、持続性の担保を見据えた出口戦略がプロジェクトの実施計画に盛り込まれていなかった。現地スタッフの段階的な削減の構想はあったものの、政府間の合意文書である討議議事録 (Record of Discussions : R/D) やプロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM) ・活動計画 (Plan of Operations : PO) といったプロジェクト実施の手引きとなる文書では言及されておらず、段階的な削減は実施されるに至らなかった。

(2) 実施プロセスに関すること

プロジェクト開始時約 3 カ月とプロジェクト半ば約 1 年にわたって日本側のチームリーダーが不在であった。PDM 上に計画された活動は実施されたものの、PDM の指標設定や日本人専門家の残した提言のフォローアップ、現地スタッフの段階的な削減を含む出口戦略の計画・実施など、PDM・PO に記載されていない課題への対策が手薄となった。

さらに現地スタッフに関しては、コミュニティにおけるファシリテーション経験が豊富で現場でプロジェクトを動かすことに優れた人材が集まっておりプロジェクト目標達成の原動力となった一方で、「行政機関の能力強化」に関する経験や知識は乏しく、能力強化の一環として C/P が実施すべき業務の一部を代行する形でプロジェクト運営にかかわった結果、成果の発現が抑制されることになった。これは、能力強化をめざす本プロジェクトにおいて「だれの何をどのような手段で強化するのか」が共有されていなかったことの影響でもある。

3-5 結論

本プロジェクトでは前フェーズで策定されたモデルを改良し、コミュニティの自発的な保健活動をムスレンバンというシステムに乗せることで村予算 (区部はそれに相当する区の公的予算) を活用して実施するメカニズムを設立した。プロジェクトは「地方自治」と「コミュニティヘルス」双方の強化に貢献するものであり、その妥当性は高い。指標からみるプロジェクト目標の達成度は非常に高く、約 3 年間の間に対象 3 県のほとんどの村・区において同メカニズムを活用したコミュニティ主導の保健活動が実施されるようになった実績からは、本プロジェクトの高い有効性と効率性がうかがわれる。

その一方で、アウトプットであるコミュニティ、郡、県、州レベルのキャパシティ強化には課題が残されており、運営面での持続性を担保するためには、モニタリングやコーディネーションの仕組みを含めたプロジェクト終了後の運営体制を、残りのプロジェクト期間で可能な限り整える必要に迫られている。財政面の持続性に関しては、ADD が増加する傾向にあることか

らも、コミュニティや県政府が草の根レベルの保健関連活動が重要と認識する限り、安定した持続性が発揮されると考えられる。保健分野におけるインパクトは、実施されている事業の特性から上位目標に挙げられているマクロレベルの指標には反映されない可能性が高いが、PRIMA-K メカニズムの他県への拡大普及は、州政府が本腰を入れて取り組み始めていることもあり、近年中に実現する可能性は高い。なお、州政府によるこれら仕組みの維持・発展、他県への普及の知見を得、さらなる成果を発現するためにフォローアップ協力が2014年6月から6カ月間実施された。

3-6 提言

上記の評価結果を受けて、終了時評価は以下を提言する。

(1) PRIMA-K プロジェクトチーム (2014年3月31日プロジェクト終了まで)

- ・PRIMA-K メカニズムを維持していくために、対象3県ごとのマネジメント体制の確立に対する技術支援 (県知事令等の公的文書の作成等を含む)
- ・「PRIMA-K ツールパッケージ (仮称)」の作成

(2) 対象3県チーム

- ・PRIMA-K メカニズムを維持していくために必要な以下を含む組織体制の整備
- ・部局横断的な協働及び調整体制の整備
- ・モニタリングシステムの整備 (指標、情報源、担当機関、モニタリング実施頻度、情報の流れを明確に示したもの)
- ・HC や SDO によるファシリテーターの正式な任用とファシリテーターが活動するために必要な組織体制の整備
- ・PRIMA-K メカニズムの実施運営体制にかかる県知事令等の公的文書での位置づけ
- ・保健以外のセクターにおける同メカニズムの応用の検討

(3) 南スラウェシ州チーム

- ・PRIMA-K メカニズムを適用させるために必要な以下を含む州内の部局横断的な調整
- ・州内他県への同メカニズム普及のための部局横断的なビジョンの確立
- ・同メカニズム適用に必要な部局横断的な業務の洗い出しと実施体制、及びモニタリング・報告システムの整備
- ・上記にかかる州知事令等の制定

(4) MOH 保健推進センター

- ・PRIMA-K メカニズムの検証と国家政策である Desa Siaga との有機的な連携の模索
- ・検証の結果、有効と認められた場合の同メカニズムの全国への普及

(5) 内務省

- ・ADD 活用による民主的で透明性のある地方自治の強化と Desa Siaga Aktif を通じたコミュニティのエンパワーメントのための以下の実施
- ・PRIMA-K メカニズム及び3県で発現しつつある PRIMA-K と Desa Siaga Aktif の有機的な

効果の検証

- ・好事例としての全国への普及・展開

(6) JICA

- ・州及び3県に対するモニタリング及びモラル・サポート
- ・本プロジェクトの成果と教訓を活用した将来的な技術協力の可能性の検討

3-7 教訓

- ・プロジェクトの計画策定段階で県、州、中央レベルのステークホルダーが綿密な協議を重ねることで、C/Pのオーナーシップが醸成されるとともに、確立すべきメカニズムの具体的なイメージが関係者と共有できる。また、プロジェクトを政府の計画策定サイクルと合致させることで、公的予算を活用した持続的な仕組み（「PRIMA-Kメカニズム」）をつくることができる。
- ・多数の現地スタッフを活用するプロジェクトでは、現実的な「出口戦略」をプロジェクトデザインに組み込むと同時に、プロジェクトの実施にあたって根幹となる合意文書であるR/Dに明確に文書化しておくことが望まれる。
- ・「能力強化」といった漠然とした文言を使用する場合には、①どんな能力を②どこまで③どのような手法で強化するのかが自明的な指標及び活動を設定することが求められる。プロジェクト開始当初に今一度C/P側と細部にわたってPDMとR/Dの確認を行い、プロジェクトのアウトプット及びそのための手法を確認・合意するステップを経ることが必要であるが、加えてキャパシティアセスメントの実施によりスコープを明確化することも推奨される。