

外部事後評価報告書

技術協力プロジェクト「南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクト/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」

外部評価者：株式会社アイコンズ 伊藤 治夫

## 0. 要旨

本事業は、インドネシアにおける保健行政サービスの向上のため、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」という。）において対象地域である南スラウェシ州（バルー県、ワジョ県、ブルクンバ県）での「保健衛生環境改善活動（Primary Health Care Improvement）」<sup>1</sup>（以下、「PHCI活動」という。）を実施するためのPRIMA-Kメカニズム<sup>2</sup>の構築が行われた。さらに、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、「フェーズ2」という。）は、フェーズ1で構築されたPRIMA-K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、同メカニズムの持続性を確立することを目的として実施された。フェーズ1及びフェーズ2（以下、併せて「本事業」という。）の目的は同国における保健政策、開発ニーズ及び我が国の「対インドネシア国別援助計画」における「民主的で公正な社会造り」の点で合致しており妥当性は高い。また、各成果の発現がフェーズ1のPRIMA-Kメカニズムの構築、フェーズ2の同メカニズムの確立といったプロジェクト目標の達成につながり、双方のフェーズの上位目標である保健指標の改善、PRIMA-Kメカニズムの他村・他県への普及、PRIMA-Kメカニズムの他セクターでの活用といったインパクトの発現に貢献していることから有効性・インパクトは高い。効率性に関しても、両フェーズ共に協力期間及び協力金額の実績は計画内に収まっているため、効率性は高い。さらに、持続性に関しては、州政府における組織体制に一部課題がみられるものの、他の組織の実施体制に問題はみられず、政策・制度、技術、財務面を総合的に勘案し、高い持続性が確認された。

以上より、本事業の評価は非常に高いといえる。

---

<sup>1</sup> PHCI活動（保健衛生環境改善活動）は村・区レベルのコミュニティによる計画・実施・評価のサイクルから成り、トイレ、浄水、下水処理施設、母子保健、家族計画、栄養発達、予防接種、下痢対策に関する保健サービスを実施する統合保健ポスト（Posyandu）の建設、保健衛生に関する啓発活動をコミュニティ主体で実施する。

<sup>2</sup> PRIMA-Kは本事業の名称（Project for the Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province（KesehataはHealthを指す））。PRIMA-Kメカニズムは、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レベルにおける自主的な保健活動を実施する仕組み。（図1 PRIMA-Kメカニズムの概要図参照）ほかにPRIMA-Kモデル、PHCIメカニズム、PHCIモデル等の用語が用いられたが、本事後評価報告書では「PRIMA-Kメカニズム」と統一する。

## 1. 案件の概要



事業位置図



PHCI 活動により設置した村の統合保健ポストでの乳幼児健診の様子

### 1.1 事業の背景

インドネシアは、2001 年から地方分権化が進められ、開発に関する権限、人員、財源等の中央政府から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中央と地方政府の不明瞭な役割分担等の問題から、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、効果的かつ効率的な地方行政システムの確立が課題の一つであった。

保健状況に関しては、主要な保健指標値は近隣のアセアン諸国と比較して低い水準にあり、2008 年の乳児死亡率は（出生 1,000 人当たり）マレーシア 6 件、フィリピン 26 件、タイ 13 件に対して、インドネシアは 31 件、妊産婦死亡率（出産 10 万件当たり）はマレーシア 62 件、フィリピン 230 件、タイ 110 件に対してインドネシアは 420 件であった。また、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%に留まっていた<sup>3</sup>。

こうした背景を受け、我が国は 2007 年 2 月から 2010 年 2 月まで、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 PRIMA-K メカニズム構築をめざしたフェーズ 1 を南スラウェシ州バルー県、ブルクンバ県、ワジョ県で実施した。同メカニズム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持続性の確立が課題として残された。フェーズ 2 では、フェーズ 1 で構築された PRIMA-K メカニズムを改良し、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、保健省の国家プログラムである「デサシアガ運動」（Desa dan Kelurahan Siaga Aktif）<sup>4</sup>と整合性を持たせることで持続性を確保することを目的に実施

<sup>3</sup> 保健データの出所は全て国連児童基金「世界子供白書 特別版 2010 年」

<sup>4</sup> 本事業は保健省が推進する全国的プログラムである「デサシアガ運動」の根幹にあるビジョンと合致する。デサシアガ運動では村レベルで健康な生活様式を普及推進するために村に存在する人的・財政的資源の有効活用を奨励している。また、地域ベースの保健活動を推進するために、さまざまなステークホルダーによって構成される保健委員会（Health Council : K3）を県、郡、村の各レベルに設置し、保健行政システムと地域社会をリンクする役割を果たすことが期待されている。

された。

## 1.2 事業の概要

表 1：事業概要

		フェーズ 1	フェーズ 2
上位目標		対象県保健関係者のプライマリ・ヘルス・ケア（以下、「PHC」という。）の管理運営能力が向上する	① 対象県で PHC の質が向上する ② コミュニティと行政が協働する PHC のメカニズム（PRIMA-K 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
プロジェクト目標		プロジェクト対象県においてコミュニティ指向の健康増進モデル（PRIMA-K メカニズム）が構築される	対象県でコミュニティと行政が協働する PHC のメカニズム（PRIMA-K メカニズム）が確立される
成果	成果 1	コミュニティ指向の保健活動が住民参加を伴って実施される	コミュニティが、地方行政システムに基づいて、主体的に PHCI 活動を実施する能力が強化される
	成果 2	郡及び村 PHCI チームに対する保健所（Health Center、以下、「HC」という。）の支援が向上する	HC 及び郡事務所（Sub-District Office、以下、「SDO」という。）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
	成果 3	プロジェクト対象県の PHCI 活動実施能力が向上する	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
	成果 4	モデル事業を円滑に導入・拡大するための州政府の能力が向上する	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
日本側の協力金額		387 百万円	290 百万円
事業期間		2007 年 2 月～2010 年 2 月	2010 年 11 月～2014 年 3 月
実施機関		保健省（保健推進センター） 南スラウェシ州政府（地域開発計画局、保健局） バルー県、ブルクンバ県、ワジョ県（保健局、地域開発計画局）	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） 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） バルー県、ブルクンバ県、ワジョ県（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）
その他相手国協力機関など		なし	なし
我が国協力機関		一般財団法人国際開発センター（業務実施契約）	なし
関連事業		なし	なし

出所：国際協力機構（JICA）提供資料

カウンターパート機関の名称はフェーズ 1 とフェーズ 2 で異なるが、本事後評価ではフェーズ 2 の名称を用いることで統一する。

以下に各フェーズのカウンターパート機関及び活動内容を示す。なお、表 2 に示すとおり、フェーズ 1 とフェーズ 2 ではカウンターパート機関の名称が異なる。フェーズ 2 では機関の名称を活動内容を反映させた名称に変更しているが、基本的な活動内容は変わらない。

表 2：各フェーズのカウンターパート機関及び活動内容

カウンターパート機関		活動内容
フェーズ 1	フェーズ 2	
<b>【村・区 PHCI チーム】</b> ・住民代表 ・宗教指導者 ・HC 職員 ・村役場職員	<b>【（村・区）住民保健活動グループ（Health Working Group、以下、「HWG」という。）】</b> ・住民代表 ・宗教指導者 ・HC 職員 ・村役場職員	・コミュニティにおける保健関連問題の分析・PHCI 活動を計画・実施
<b>【郡 PHCI チーム<sup>5</sup>】</b> ・SDO 職員 ・HC 職員	<b>【HC・SDO ファシリテーター<sup>6</sup>】</b> ・SDO 職員 ・HC 職員	・地域の保健関連問題の分析 ・コミュニティのニーズに沿った健康増進活動または予防活動を計画 ・HWG に対して活動のプロポーザルや報告書の作成、資金管理等に係る研修を実施
<b>【県実施チーム】</b> ・地域開発計画局 ・県保健局	<b>【県チーム】</b> ・地域開発計画局 ・財務管理局 ・コミュニティ村落振興局 ・県保健局	・コミュニティを主体とするメカニズムを管理（組織的に支援） ・HC・SDO ファシリテーター、HWG に対し研修プログラムを計画・実施
<b>【州政府】</b> ・地域開発計画局 ・州保健局	<b>【州チーム】</b> ・地域開発計画局 ・州保健局 ・コミュニティ振興・村落・区行政局	・事業内容を州内の他地域に周知する支援の実施

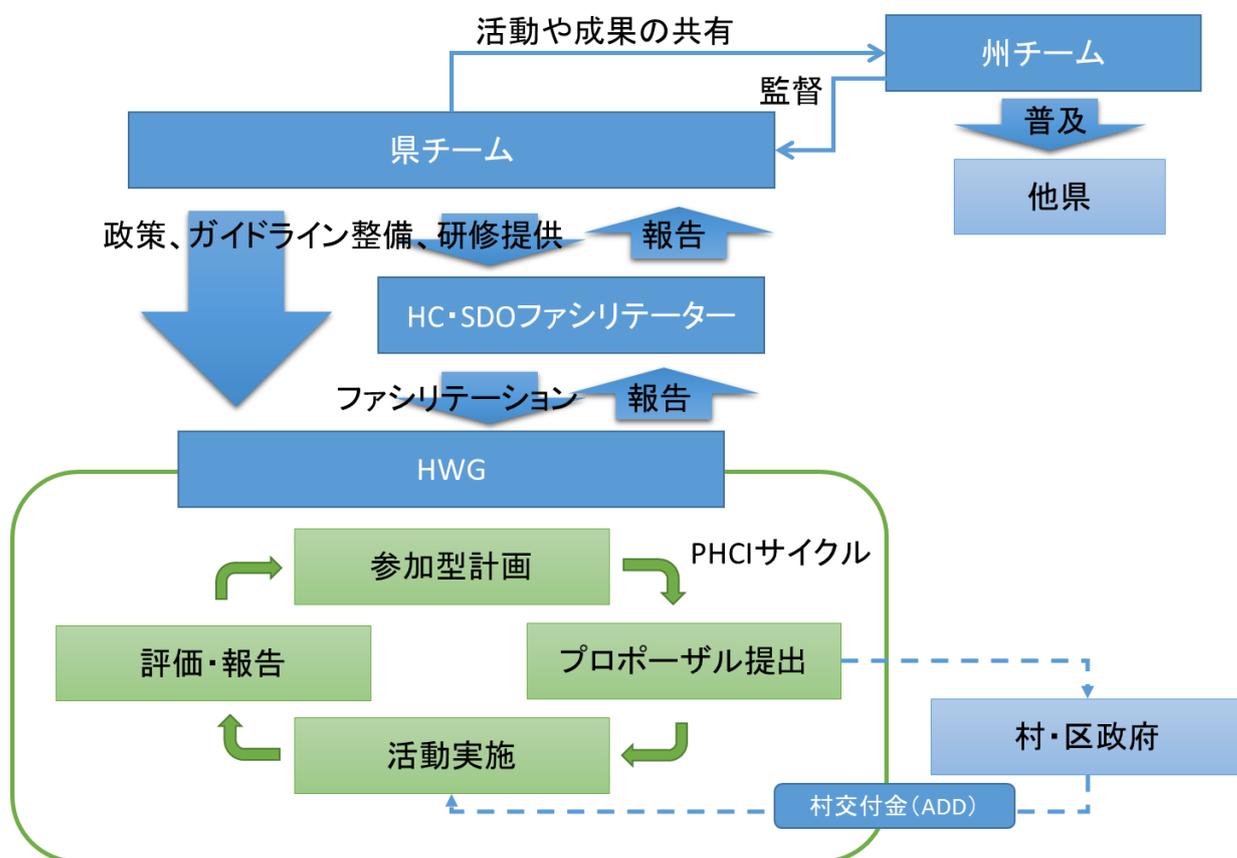
出所：JICA 提供資料を基に評価者により作成

図 1 は PRIMA-K メカニズムの概念図である。PRIMA-K の活動を主導するのは各村のコミュニティ内で形成される HWG である。コミュニティにより組織された保健活動グループは地域の問題を自ら分析・共有し、それを活動のプロポーザルとして村政府が実施する参加型計画策定方式(ムスレンバン)へ提出する。プロポーザルが承認されれば、県が準備するガイドラインや規則に従い、村交付金(Village Allocation Budget、以下、「ADD」という。)を受けてコミュニティ自らが事業を実施する。HC 及び SDO スタッフは、ファシリテーターとして HWG の保健衛生活動について、参加型計画→プロポーザル作成→活動実施→報告の一連の「サイクル」を技術的・行政手続き的にモニタリング、支援する。県政府は HC・SDO の報告を適宜受け、コミュニティ活動がスムーズに実施されるような予算的、制度的な環境整備を行うほか、活動結果を州と共有し州内他地域展開への道筋づくりについて州政府に協力する。州政府はこれら

<sup>5</sup> フェーズ 1 の PHCI 活動ファシリテーターは主にプロジェクトが雇用したフィールド・ファシリテーターを中心として実施された。フェーズ 2 ではこの PHCI 活動ファシリテーターの役割を HC・SDO ファシリテーターが担うため、フィールド・ファシリテーターからの技術移転が実施された。

<sup>6</sup> 各郡に 1 箇所～3 箇所設置されている HC は地域に予防・治療の両面で保健サービスを提供する施設であり、また SDO はコミュニティに最も近い県政府の出先機関である。本事業では HC と SDO の職員を数名選び、PRIMA-K メカニズムに関する研修（計画策定、プロポーザル及び報告書の作成方法、会計管理など）を受講させ、村・区の住民保健活動グループが PHCI 活動を行う際の技術的支援を行うファシリテーターとした。ファシリテーターの選定は HC、SDO が実施し、県チームにより承認されている。基本的に HC ファシリテーターは HWG の活動計画策定とその実施を、SDO ファシリテーターは予算計画とその報告に関する会計手続き上の支援、研修を実施する。

全体の監督業務を行うほか、州内他県へ同メカニズムを普及する役割を負う。本事業が開発した問題分析から活動の報告までの一連の流れを「サイクル」と呼び、また、各行政レベルの協働の仕組みを PRIMA-K メカニズムとしている。



出所：フェーズ 2 終了時評価報告書を基に評価者により作成

図 1：PRIMA-K メカニズムの概念図

### 1.3 終了時評価の概要

#### 1.3.1 終了時評価時（フェーズ 2）のプロジェクト目標達成見込み

PHCI 活動サイクルを完結させている村の割合、PRIMA-K メカニズムの制度化、文書化といった指標の達成度から、PRIMA-K メカニズムの確立といったプロジェクト目標は達成されたとされた。しかし、これはプロジェクトで雇用されたフィールド・ファシリテーターをはじめとするプロジェクトスタッフによる研修や HWG への活動支援の結果であり、本事業完了後もこのレベルが維持される可能性は低いと推察された。

#### 1.3.2 終了時評価時（フェーズ 2）の上位目標達成見込み

上位目標の保健指標に係る指標は改善傾向を示しており、対象 3 県において、指標改善に直結する活動が本事業で組織された HWG により実施されていたことから、上位目標値の達成は十分可能であるとされた。また、他地域への普及に関しては、他

県・他州が PRIMA-K メカニズムの導入に関心を示していたことから、達成の見込みが高いと判断された。保健以外の他セクターへの PRIMA-K メカニズム普及に関しては、普及した事例は確認できないものの、県チームメンバーであるコミュニティ村落振興局が、セミナーを通じて PRIMA-K メカニズムを村長、村行政職員へ周知するなどの活動が報告された。

### 1.3.3 終了時評価時の提言内容

PRIMA-K メカニズムを維持していくために必要な組織体制の整備、インドネシア側予算である ADD の活用による民主的で透明性のある地方自治の強化、「デサシアガ運動」を通じたコミュニティのエンパワーメントとして各実施機関に下記の提言がなされた。

表 3：終了時評価の提言内容

実施機関	提言内容
(1) プロジェクトチーム	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>「PRIMAK-Kit（マニュアル、ガイドライン、教材）」の作成</li> </ul>
(2) 対象 3 県チーム	<ul style="list-style-type: none"> <li>部局横断的な協働及び調整体制の整備</li> <li>モニタリングシステムの整備</li> <li>HC・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</li> <li>PRIMA-K メカニズム実施運営体制に係る県知事令等の公的文書への反映</li> <li>保健以外のセクターにおける同メカニズム適用の検討</li> </ul>
(3) 南スラウェシ州チーム	<ul style="list-style-type: none"> <li>PRIMA-K メカニズム適用のため必要な州内の部局横断的な調整</li> <li>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</li> <li>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、モニタリング・報告システムの整備</li> <li>上記に係る州知事令等の制定</li> </ul>
(4) 保健省 (健康促進センター)	<ul style="list-style-type: none"> <li>PRIMA-K メカニズムの検証と国家政策である「デサシアガ運動」との有機的な連携の検討</li> <li>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</li> </ul>
(5) 内務省 (コミュニティ村落開発総局)	<ul style="list-style-type: none"> <li>PRIMA-K メカニズム及び対象 3 県における PRIMA-K と「デサシアガ運動」統合効果の検証</li> <li>好事例としての全国への普及・展開</li> </ul>

出所：フェーズ 2 終了時評価報告書

## 2. 調査の概要

### 2.1 外部評価者

伊藤 治夫（株式会社アイコンズ）

### 2.2 調査期間

今回の事後評価にあたっては、以下のとおり調査を実施した。

調査期間：2016年8月～2017年10月

現地調査：2016年11月6日～12月19日、2017年2月26日～3月16日

### 2.3 評価の制約

フェーズ2は2014年3月に完了し、事後評価時点の現地調査（2016年11月）ではインパクトの評価項目である上位目標（事業完了後3年～5年を達成目標とする）に関して、本事業完了後3年となる2017年及び取りまとめが終了していない2016年のデータ入手は不可能であった。そのため事後評価時点での達成見込みとして、フェーズ2上位目標の評価を実施した。

## 3. 評価結果（レーティング：A<sup>7</sup>）

### 3.1 妥当性（レーティング：③<sup>8</sup>）

#### 3.1.1 開発政策との整合性

本事業の目標はフェーズ1の計画時において、「国家中期開発計画（2005年～2009年）」における優先項目「国民の福祉向上としての地域開発の格差の是正」及び「インドネシア保健省戦略計画（2005年～2009年）」における「コミュニティの強化による住民の主体的な予防医療と保健推進」と合致している。さらには、同保健省戦略計画の四つの戦略の一つである「健康な生活のための社会動員とコミュニティ強化」を達成するため2006年より保健省が実施している国家プログラム「デサシアガ運動」の実施を支援する事業内容となっている<sup>9</sup>。

これらの方針は次期5年計画である「国家中期開発計画（2010年～2014年）」及び「インドネシア保健省戦略計画（2010年～2014年）」にも引き継がれ、本事業完了時点（フェーズ1：2010年、フェーズ2：2014年）での国家保健政策との整合性が確認された。また、中央政府の保健省戦略計画に沿って策定される対象州の「南スラウェシ州保健局開発計画（2007年～2012年）」及び「南スラウェシ州保健局開発計画（2013年～2018年）」における州内での「デサシアガ運動」の推進と本事業の目的との整合が確認された。

<sup>7</sup> A：「非常に高い」、B：「高い」、C：「一部課題がある」、D：「低い」

<sup>8</sup> ③：「高い」、②：「中程度」、①：「低い」

<sup>9</sup> 本事業は対象県において、K3の具体的な活動方針に係る実用的なガイドライン・マニュアルの整備により公的資金を活用したデサシアガ運動の実施への筋道をつけ、県、郡、村の各レベルにおける組織と役割を定義し人材育成方法を確立し、PHCI活動を継続するメカニズムを構築するという意味で、右プログラムへの貢献度が高い。

### 3.1.2 開発ニーズとの整合性

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、財源の中央政府から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さまざま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であった。

本事業計画時（2007年）の母子保健指標に関しては、表4に示すとおり、乳幼児死亡率は35件（対1,000出生）、5歳未満児死亡率は男児46件、女児37件（対1,000出生）及び妊産婦死亡率は230件（対10万出産）であり、他のASEAN諸国との比較ではインドネシアの保健指標は低いレベルに留まっていた。また、本事業完了時点（2014年）の妊産婦死亡率は190件まで低下したが、インドネシアの目標値である2015年における102件を達成できる見込みは低いとされた。

表4：母子保健指標の国際比較（2007年）

（単位：件）

	インドネシア	タイ	マレーシア	ベトナム	フィリピン
乳幼児死亡率	35	17	9	26	24
5歳未満死亡率 (男/女)	46/37	26/16	12/10	36/27	33/22
妊産婦死亡率	230	44	41	130	200

出所：UNFPA 人口白書、2007年

注：乳幼児死亡率、5歳未満死亡率は対1,000出生当たり、妊産婦死亡率は対10万出生当たりの件数

「インドネシア保健省戦略計画（2015年～2019年）」では「清潔で健康的な生活習慣（Perilaku Hidup Bersih dan Sehat、以下、「PHBS」という。）指標<sup>10</sup>」を満たしている世帯の割合は、2008年で48.7%、デサシアガ基準<sup>11</sup>を達成したコミュニティは67.3%であり、低い水準にあった。さらに、2008年の安全な水へのアクセスが可能な世帯割合は60.3%であり、トイレを有する世帯割合は73.2%と2009年のそれぞれの目標である85%及び75%に到達する見込みは低いと判断された。本事業完了時点（2014年）ではPHBS指標の全国平均は56.6%に向上したが、デサシアガ基準を達成した世帯は67.1%（2013年）であり、双方2014年目標の70%に達成することはなかった。この要因として、地方での保健推進に係る啓発活動、コミュニティの活動実施能力

<sup>10</sup> 清潔で健康的な習慣を実践している世帯の割合を示しており、次の各10項目の指標（1.専門人材による分娩助産、2.生後6カ月までの完全母乳保育、3.5歳未満児の体重測定（毎月）、4.食事前の手洗い、5.きれいな水の使用、6.清潔なトイレの使用、7.家の内外におけるボウフラの発生チェックと退治（毎週）、8.屋内禁煙、9.毎日の運動、10.毎日の野菜と果物の摂取）を実施している世帯数を全世帯数で割り、コミュニティ毎にその割合を算出している。また、同指標は「インドネシア保健省戦略計画」の指標として採用されている。

<sup>11</sup> 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ていることを測定するための指標（1.デサシアガ・フォーラムが設立され活発に活動をしている、2.「カデール」と呼ばれる専任ボランティアがいる、3.常設の保健施設へのアクセスが良い、4.統合保健ポストがあり、健康増進活動が行われている、5.村の予算から活動資金が交付されている、6.各種のコミュニティ組織が活発に活動に加わっている、7.デサシアガ発展のため諸規定をコミュニティが設定している、8.「清潔・健康的な生活習慣」の指標（PHBS指標）を満たす世帯の割合）。

の不足が「インドネシア保健省戦略計画（2015年～2019年）」にて指摘されており、本事業計画時から完了時点に至るまでの開発ニーズと地域保健運営能力の向上をめざす本事業との整合性が確認された。

### 3.1.3 日本の援助政策との整合性

「対インドネシア国別援助計画」（2004年11月）において、「民間主導の持続的な成長」「民主的で公正な社会造り」「平和と安定」のための支援の3分野を重点分野（「三つの柱」）としており、本事業の保健分野の協力は「民主的で公正な社会造り」のための重点分野とされている。また、同国別援助計画においては、支援分野・地域の「選択と集中」として、モデル地域として南スラウェシ州（南スラウェシ州地域開発プログラム）において各援助スキームの活用による包括的なアプローチを進めていくことが述べられており、同地域を対象地域とした本事業は日本の政策と合致していた。

以上より、本事業の実施はインドネシア政府の開発政策、開発ニーズ、日本の援助政策と十分に合致しており、また、本事業のアプローチも適切であったことから妥当性は高い。

## 3.2 有効性・インパクト（レーティング：③）

本事後評価においては、フェーズ1とフェーズ2を事後評価時点において一体化して評価するため、以下の図2のとおり、それぞれの目標の位置づけを整理し、ロジックを組みなおした。フェーズ1のプロジェクト目標はPHCI活動実施のためのPRIMA-Kメカニズムの構築であり、同メカニズムはフェーズ2の各行政レベルのさらなる能力強化を通じて定着化が図られた。これらフェーズ1及びフェーズ2のプロジェクト目標を踏まえ、その先の効果としてフェーズ2の上位目標である「PHCの質の向上」、「他地域への普及」「地域開発への適用」が位置づけられる。フェーズ1の上位目標は、「PHC管理運営能力の向上」であるが、同上位目標の指標自体は、「下痢、 Dengue熱の罹患率の低下」となっていることから、これらが本事業の最終アウトカムとして考えられる。まとめると、本事後評価においては、本事業は、PHCI活動実施のためのPRIMA-Kメカニズムを構築し、そのメカニズムを定着させることで、保健環境を改善し、最終的に保健指標の向上をめざしたものと捉えることとする。

この整理を踏まえつつ、フェーズ1及びフェーズ2のプロジェクト目標、上位目標指標のそれぞれの達成度を確認し、総合的に有効性・インパクトを評価することとした。



出所：JICA 提供資料を基に評価者により作成

図 2：各フェーズのプロジェクト目標、上位目標の関係

### 3.2.1 有効性

#### 3.2.1.1 成果

成果指標に関して、特にフェーズ 2 に関しては、詳細計画策定から終了時評価時点の変更において成果指標が大きく増加、変更しているが、この変更により、プロジェクトの活動の全体の達成状況を具体的に測定することが可能となったため、適切な変更であったと判断する。また、各成果指標は各フェーズとも終了時評価で用いたプロジェクト・デザイン・マトリクス（PDM）に沿って評価を実施した。

フェーズ 1 の活動により、コミュニティでの PHCI 活動の実施（成果 1）、郡・村チームの PHCI 支援能力強化（成果 2）、県政府（成果 3）及び州政府の PHCI 支援能力強化（成果 4）に係る成果が発現し、その結果 PRIMA-K メカニズムが構築された（フェーズ 1 プロジェクト目標）。その後のフェーズ 2 では、構築された PRIMA-K メカニズムの持続性を担保すべく既存の地方行政システムに内部化するための活動により、地方行政システムに基づく PHCI 活動強化（成果 1）、HC・SDO（成果 2）、県政府（成果 3）、州政府（成果 4）のさらなる能力強化に係る成果 が達成されることにより、PRIMA-K メカニズムの確立（フェーズ 2 プロジェクト目標）に貢献した。

なお、各成果の達成状況は別添 1 に示すとおり大部分の指標が達成され、以下に示すプロジェクト目標の達成に寄与している。

#### 3.2.1.2 プロジェクト目標達成度

##### 【フェーズ 1】

フェーズ 1 は表 5 のとおり、フェーズ 1 完了時点においてほぼ全ての指標が達成された。

指標 1 の県政府事業としての政治的コミットメントに関しては、各県チームにより県予算での県内の非対象の村への PRIMA-K メカニズムの普及が計画された。予算措置に関しては、PHCI 活動はプロジェクトからの配賦金（ブロック・グラント）<sup>12</sup>

<sup>12</sup> コミュニティが PHCI 活動を実施する活動資金は日本側から供与した。なお、実際の活動には当該資金に加え、コミュニティの自己資金（寄付金等）も活用された。

により実施され、フェーズ 1 実施期間にインドネシア政府からの予算措置は実施されていない。なお、フェーズ 2 では、フェーズ 1 において PHCI 活動の有効性が確認されたことにより、政府予算での本事業実施が実現した。指標 2 のマニュアル・ガイドラインの整備に関しては、PHCI 活動に係るマニュアル・ガイドラインが策定され、これらを用いた研修と実践を通じて、コミュニティ・HC・県チームの能力が強化された。指標 3 のコミュニティの PHCI 活動を継続実施する意思に関しては、フェーズ 1 にて実施されたエンドライン調査の結果<sup>13</sup>からも、コミュニティの住民及び HWG のメンバーは PHCI 活動を継続することに強い意欲が示された。また、事後評価時点における受益者調査<sup>14</sup>の結果からも「HWG のメンバーは PHCI の活動を続ける意思がある」という質問に対しては、97%の HWG（代表）が「とてもそう思う」もしくは「そう思う」と回答しており、この状況には変化はみられないことが確認された。

---

<sup>13</sup> エンドライン調査はPRIMA-K開始当初の2007年より活動を実施している6郡（Tanete Rilau, Barru, Ujung Loe, Bonto Bahari, Belawa, Tanasitolo）の30村に対して実施した。サンプルサイズは住民（対象：1,395名、非対象：469名）、HWG（対象のみ：145名）、郡保健協議会メンバー（対象のみ：28名）、HC職員（対象：63名、非対象：21名）。

<sup>14</sup> フェーズ1、2それぞれの対象のHC・SDO（13箇所）及びHWG（120箇所）に対して、主にプロジェクトで構築されたモデル（PRIMA-Kメカニズム）の継続状況に関して質問票による調査を実施した。HWGへの受益者調査の方法については、対象367のHWGのリストからランダムサンプリングにより選定した120のHWGに対して質問票を配布、回収した。また、受益者調査に含まれない、州、県レベルの関係機関への確認は別途、評価者による聞き取り調査を実施し定性データを入手することにより、上記の定量データを補完した。

表 5：プロジェクト目標の達成度（フェーズ 1）

目標	指標	実績	達成度 <sup>15</sup>
プロジェクト対象県においてコミュニティ指向の健康増進モデルが構築される	指標 1:モデルを県政府事業として実施するための政治的コミットメントと予算措置	政治的コミットメントとしては、各県チームによる県予算での対象外の村へのPRIMA-Kメカニズムの普及が計画された。また、日本側が投入したPHCI 活動資金（ブロック・グラント）を、協力期間完了後も継続的に確保するための方策に関する議論が開始され、ADDの活用等の具体的な案が県政府で検討された。ワジョ県では県チームの活動費として、県政府経常経費の使用がフェーズ1実施中に開始された。	おおむね達成
	指標 2:モデルの利用可能性（ガイドラインの開発等）	PRIMA-Kメカニズムを継続的に実施していくためのマニュアル・ガイドラインが整備され、同マニュアル・ガイドラインを用いた研修と実践を通じてコミュニティ、HC、県政府職員の能力が強化された。	達成
	指標 3:コミュニティが PHCI 活動を継続実施する意思	以下のエンドライン調査によると、PHCI 活動経験者は活動の参加経験がない住民・HWG メンバーと比較して高い継続意欲を示している。事後評価時点における受益者調査の結果からも 97%の HWG が PHCI の活動を続ける意思があることが確認された。	達成

表 6：PHCI 活動への意欲<sup>16</sup>

	参加経験有り	参加経験なし
住民	3.12	1.98
HWG	3.51	-
郡保健委員会	3.52	2.50
HC 職員	3.00	2.87

出所：JICA 提供資料

出所：JICA 提供資料

## 【フェーズ 2】

フェーズ 2 のプロジェクト目標、指標（目標値）及び完了時における各指標の達成度については表 7 のとおり、全ての指標が達成された。

指標 1 の PHCI 活動を完結させている村の割合は、各年ともに目標値（80%）を上回った。フェーズ 2 終了時評価報告書（2013 年）では、同指標の達成にはインドネシアのカウンターパート側よりもプロジェクトが雇用したフィールド・ファシリテーターをはじめとするスタッフの貢献が大きく、持続性の観点から課題があることが指摘された。この点を再検証するために事後評価にて現在の PHCI 活動の実施状況を確認したところ、2015 年時点で PHCI 活動を完結させている村、区（HWG）は 98%（360/367）であり、プロジェクトで雇用したスタッフが存在しない状況でも、現地カウンターパート（県チーム、HC・SDO ファシリテーター）への技術移転が確実に実施されたことで PHCI 活動の継続体制が整備されていることを確認した。指標 2 の

<sup>15</sup> 達成度に関しては、「達成」、「おおむね達成」、「一部達成」、「未達成」の 4 段階を採用した。指標の到達度が高いが若干指標を下回る場合は「おおむね達成」とし、一部の地域もしくは項目で指標が達成されていない場合は「一部達成」、指標が全く達成していない場合は「未達成」と表記した。

<sup>16</sup> 数値は 5 段階スケール（0：今後 PHCI 活動に参加したくない。～4：今後も PHCI 活動に参加したい。）の平均値となる。

PRIMA-K メカニズムの制度化に関しては、本事業完了時までには各県において PRIMA-K メカニズムと「デサシアガ運動」の統合と活動の継続を規定した県知事令が発令された。これらは事後評価時点においても有効であり、同県知事令に沿って活動が継続している。さらに、PRIMA-K メカニズムと「デサシアガ運動」の統合された活動の推進が、各県の保健開発戦略計画に明記されており<sup>17</sup>、対象県における PRIMA-K メカニズムは制度化され確立したといえる。

表 7：プロジェクト目標の達成度（フェーズ 2）

目標	指標	実績	達成度
対象県でコミュニティと行政が協働する PHC のメカニズムが確立される	指標 1：コミュニティを主体とする PHCI 活動サイクルを完結させている村の割合（目標：対象県の 80%以上） <sup>18</sup>	PHCI活動サイクルを完結させた村・区の割合は以下のとおり。 第 1 サイクル（2011 年）：88%（260/294）、第 2 サイクル（2012 年）：98%（359/366）、第 3 サイクル（2013 年）：95%（347/367）	達成
	指標 2：コミュニティと政府が協働する PHC のメカニズム」が制度化され、県の公的文書（長期開発計画、中期開発計画、年間計画、関連機関の戦略計画書、その他の法律や条例など）に記載される。 <sup>19</sup>	本事業完了時（2014 年）までに各県において PRIMA-K メカニズムと「デサシアガ運動」の統合と活動の継続を規定した以下の県知事令が発令された。これらは事後評価時点においても有効であり、知事令に沿って活動が継続している。 バルー県：「Desa/Kelurahan Siaga Active」 ブルクンバ県：「Desa/Kelurahan Siaga Panrita Active」 ワジョ県：「Desa/Kelurahan PRIMA Siaga Active」	達成

出所：JICA 提供資料

上記のことからも、フェーズ 1 及びフェーズ 2 のプロジェクト目標は達成された。

本事業完了後から事後評価時までの成果の発現状況として、成果 1 に関して、本事業により設置された 358 の HWG は全て現存しており、PHCI 活動を本事業実施時点と同等のレベルで継続していることが確認された。成果 2 の HC・SDO ファシリテーターの支援能力の強化については、HC・SDO ファシリテーターは活動を継続しており、モニタリングの頻度の低下、SDO による会計報告の確認に一部課題がみられるが、その機能は維持されていると判断できる。成果 3 の県チームの能力強化に関しては、県チームによる活動の継続は県知事令により制度化されており、各対象県においてその機能は継続している。成果 4 の州チーム能力強化に係る活動は継続されているものの、州チームメンバーのうち州地域開発計画局、州コミュニティ振興・村落・区行政局の関わりが希薄になっていることが課題として州保健局より指摘された。また、全国普及に向けた州の結果のとりまとめ、それに基づいた中央政府との

<sup>17</sup> 「ブルクンバ県保健開発戦略計画 2016-2021 年」、「ワジョ県保健開発戦略計画 2014-2019 年」及び「バルー県保健開発戦略計画 2014-2019 年」において「デサシアガ運動」の推進が明記されている。

<sup>18</sup> 「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」から改訂。（2012 年 7 月）

<sup>19</sup> 「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）」から改訂。（2012 年 7 月）

協議といった一部の活動が停滞している。

以上より、成果レベルでは一部の活動に課題はあるものの、主要な成果は事後評価時点でもその達成が確認された。またフェーズ1及びフェーズ2で確立したPRIMA-Kメカニズムは事後評価時点においても継続がみられ、次に示すインパクトの発現に寄与している。

### 3.2.2 インパクト

#### 3.2.2.1 上位目標達成度

##### 【フェーズ1】

フェーズ1の上位目標の達成度は以下表8のとおりである。

表8：上位目標達成度

目標	指標	実績	達成度																																
対象県保健関係者のPHCの管理運営能力が向上する <sup>20</sup>	指標1: 下痢、 Dengue熱の罹患率の低下 <sup>21</sup>	<p>表9に示すとおり、対象県での下痢発症率の減少が確認された。一方で Dengue熱発症数(表10参照)に関してはバルー県、ワジョ県で前年よりも増加している。</p> <p>表9：対象県における下痢発症率 (単位：1,000人当たり)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2013年</th> <th>2014年</th> <th>2015年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>バルー県</td> <td>42.2</td> <td>39.8</td> <td>21.4</td> </tr> <tr> <td>ブルクンバ県</td> <td>32.7</td> <td>30.9</td> <td>21.4</td> </tr> <tr> <td>ワジョ県</td> <td>31.8</td> <td>30.9</td> <td>24.6</td> </tr> </tbody> </table> <p>出所：事後評価における県保健局への質問票結果</p> <p>表10：対象県における Dengue熱発症件数 (単位：件)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2013年</th> <th>2014年</th> <th>2015年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>バルー県</td> <td>87</td> <td>64</td> <td>72</td> </tr> <tr> <td>ブルクンバ県</td> <td>613</td> <td>537</td> <td>252</td> </tr> <tr> <td>ワジョ県</td> <td>113</td> <td>51</td> <td>199</td> </tr> </tbody> </table> <p>出所：事後評価における県保健局への質問票結果</p>		2013年	2014年	2015年	バルー県	42.2	39.8	21.4	ブルクンバ県	32.7	30.9	21.4	ワジョ県	31.8	30.9	24.6		2013年	2014年	2015年	バルー県	87	64	72	ブルクンバ県	613	537	252	ワジョ県	113	51	199	一部達成
		2013年	2014年	2015年																															
バルー県	42.2	39.8	21.4																																
ブルクンバ県	32.7	30.9	21.4																																
ワジョ県	31.8	30.9	24.6																																
	2013年	2014年	2015年																																
バルー県	87	64	72																																
ブルクンバ県	613	537	252																																
ワジョ県	113	51	199																																
	指標2: モデルを実践する村の数の増加	フェーズ1の対象3県の24村(人口320,776人 <sup>22</sup> )からフェーズ2では対象県のイニシアティブにより、対象3県の全358村・区(人口970,071人 <sup>23</sup> )にPRIMA-Kメカニズムが普及した。	達成																																

出所：JICA提供資料

<sup>20</sup> 「対象となる県の保健分野における行政能力と提供されるサービスが向上する」から改訂。(2012年7月)

<sup>21</sup> 「主要な感染症の割合(例：下痢、マラリア、結核、急性呼吸器感染症等)」から改訂。(2012年7月)

<sup>22</sup> 2007年の人口

<sup>23</sup> 2014年の人口

フェーズ 1 において、HWG により PHCI 活動が実施され、インフラ整備<sup>24</sup>としてトイレ、下水処理施設、井戸・タンクの設置が行われた。これらは、衛生環境の改善、衛生的な水の確保、に貢献した。また、設置された統合保健ポストでは、HC 職員によるトイレの使用指導、手洗い等の保健衛生に係る啓発活動が実施されたことにより、表 9 に示すとおり指標 1 の下痢発症率に関しては各県ともに大幅な低下が確認された。同時にこれらの活動はボウフラ除去やコミュニティでの啓発を通じて Dengue 熱の発症件数の低下にも貢献したことが HC 職員から確認されたが、Dengue 熱発症件数については一部の県において増加がみられる。これは Dengue 熱の流行が予防対策の有無にかかわらず通常 3 年から 4 年の周期で発生することが要因であることが保健局から指摘された。また、各対象県保健局への質問票の結果、「PHCI 活動は県内の Dengue 熱、下痢の低下に寄与したか」といった質問に対して、3 県全ての県保健局が「はい」<sup>25</sup>と回答している。また、受益者調査結果からも、「本事業により PHCI 活動は地域の保健状況を改善した」という質問に対して、96%の HWG (村長) が「とてもそう思う」もしくは「そう思う」と回答していることから、本事業の実施は対象県での保健指標の改善に一定程度の貢献があったと考えられる。

指標 2 の PRIMA-K メカニズムを実践する村の数に関しては、フェーズ 1 で構築された PRIMA-K メカニズムをフェーズ 2 において、県予算を用いて全村・区において実践している。これはフェーズ 1 で汎用性が高いメカニズムが構築された結果であるといえる。

### 【フェーズ 2】

フェーズ 2 の上位目標の達成度は、以下表 11 のとおりである。

表 11：上位目標達成度

目標	指標	実績	達成度																												
1. 対象県で PHC の質が向上する	1-1：PHBS 指標がバルー県で 27.50% (2011 年) から 59% (2017 年) に、ブルクンバ県で 48.7% (2011 年) から 80% (2017 年) に、ワジョ県で 18.25% (2011 年) から 65% (2017 年) に向上する	<p>PHBS 指標に関しては表 12 に示すとおり、2011 年（基準値）から一貫して改善がみられるものの、2017 年の目標値を達成する見込みは低い。</p> <p>表 12：対象県における PHBS 指標を満たす世帯の割合 (単位：%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2011 年 (基準)</th> <th>2012 年</th> <th>2013 年</th> <th>2014 年</th> <th>2015 年</th> <th>2017 年 (目標)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>バルー県</td> <td>27.5</td> <td>46.0</td> <td>45.6</td> <td>47.6</td> <td>47.4</td> <td>59.0</td> </tr> <tr> <td>ブルクンバ県</td> <td>48.7</td> <td>53.3</td> <td>56.8</td> <td>57.7</td> <td>52.6</td> <td>80.0</td> </tr> <tr> <td>ワジョ県</td> <td>18.3</td> <td>24.5</td> <td>29.4</td> <td>34.7</td> <td>36.4</td> <td>65.0</td> </tr> </tbody> </table> <p>出所：事後評価における県保健局への質問票結果</p>		2011 年 (基準)	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2017 年 (目標)	バルー県	27.5	46.0	45.6	47.6	47.4	59.0	ブルクンバ県	48.7	53.3	56.8	57.7	52.6	80.0	ワジョ県	18.3	24.5	29.4	34.7	36.4	65.0	達成見込みは低い（一部の指標向上への貢献が確認された）
	2011 年 (基準)	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2017 年 (目標)																									
バルー県	27.5	46.0	45.6	47.6	47.4	59.0																									
ブルクンバ県	48.7	53.3	56.8	57.7	52.6	80.0																									
ワジョ県	18.3	24.5	29.4	34.7	36.4	65.0																									

<sup>24</sup> HWG における PHCI 活動に関して 2013 年にはインフラ整備として 290 の活動が実施され、そのうちトイレ設置が 66%、統合保健ポスト 11.7%、下水処理 8.6%、井戸・タンク設置 3.8%となる。

<sup>25</sup> 同質問では「はい」、「いいえ」、「わからない」の 3 択を用いた。

なお、本事業の活動は、特にトイレ、井戸、下水処理設置等による衛生状況の改善、安全な水の確保といった指標への寄与が高く、表 13、14 に示すとおり、各県においてこれらの指標の伸びが確認された。

表 13：対象県におけるトイレを有する世帯率  
(単位：%)

	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
バルー 県	77.2	79.0	83.0	87.3
ブルク ンバ県	—	84.0	84.5	85.5
ワジョ 県	80.0	83.6	84.6	91.4

出所：事後評価における県保健局への質問票結果

表 14：対象県における安全な水へのアクセスができる世帯率  
(単位：%)

	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
バルー 県	83.4	85.4	88.3	89.2
ブルク ンバ県	—	83.3	84.0	84.9
ワジョ 県	81.4	85.3	85.8	87.4

出所：事後評価における県保健局への質問票結果

1-2：対象 3 県において、デサシアガの基準に達するコミュニティがバルー県で 56% (2011 年) から 100% (2017 年) に、ブルクンバ県で 100% (2011 年) から 100% (2017 年) へ、ワジョ県で 69.87% (2011 年) から 90% (2017 年) に増加する<sup>26</sup>

デサシアガの基準に達するコミュニティの割合に関しては、2015 年時点で目標値を達成していることから、2017 年での達成が見込まれる。

表 15：対象県におけるデサシアガの基準に達するコミュニティの割合  
(単位：%)

	2011 年 (基準)	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2017 年 (目標)
バルー 県	56.0	57.4	100	100	100	100
ブルク ンバ県	100	75.7	100	100	100	100
ワジョ 県	69.9	87.5	94.3	95.5	96.0	90

出所：事後評価における県保健局への質問票結果

達成見込み

2.コミュニティと行政が協働する PHC のメカニズムが周知される

2-1：行政とコミュニティが協働する PHC のメカニズムが他県・他州で実施される<sup>27</sup>

- 他県への普及については、対象県外のボネ県、シドラップ県に活動が普及しており、ボネ県の 38 村 (2015 年)、シドラップ県の 106 村 (2016 年) において PHCI 活動が実施されている。
- 州政府は 2016 年に新たにジャネポイント県、パレパレ市、北ウル県の 2 県 1 市での研修を実施しており、

おおむね達成見込み

<sup>26</sup>「デサシアガ (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」から改訂。(2012年7月)

<sup>27</sup>「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」から改訂。(2012年7月)

		<p>普及に向けた取り組みが継続されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 他州への普及に関しては、保健省による国家プログラムである「デサシアガ運動」への統合が意図されたが、PRIMA-K メカニズムが採用されたといった事例はなく、他州への普及は確認されていない。</li> </ul>	
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	3-1：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 <sup>28</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● HWGのメンバーからは、他のセクターにおける計画策定、予算執行について、PRIMA-Kのアプローチを用いていることが確認されたが、活用は個々のHWGレベルに留まり、県の政策や規則として制度化はされていない。</li> <li>● 2015年から開始された村落ファンド<sup>29</sup>(DANA DESA、以下、「DD」という。) 推進のため、州政府により採用された500名のファシリテーターに対する研修の中で、カウンターパート機関であるコミュニティ振興・村落・区行政局はDDを用いた保健分野の推進、ボトムアップ型計画策定としてのPRIMA-Kメカニズムを紹介している。</li> </ul>	おおむね達成見込み

出所：JICA 提供資料

上位目標のPHCの質に係る指標1-1のPHBS指標を満たす世帯の割合は向上がみられるものの2017年の目標を達成する見込みは低い。その要因としてPHBS指標は保健環境に係る多様な指標から構成されており、屋内禁煙、毎日の運動、毎日の野菜と果物の摂取などは本事業によるPHCI活動が必ずしも寄与しない指標が多く含まれているためである。さらに、各対象県のPHBS指標の目標値は、州保健局開発計画に基づいて設定されている。実際に、2015年の南スラウェシ州のPHBS指標の目標値は平均80%であるが、全24県が同年にその数値に達していない(州平均54.6%)<sup>30</sup>などかなり高い数値目標が設定されている。一方で表11内の表13、表14に示すとおりPHBS指標のうち、本事業と関連性が高いトイレ、安全な水へのアクセスができる世帯率といった指標は、本事業のコミュニティでのPHCI活動によるトイレ、下水処理施設、井戸・タンクの設置といったインフラ整備により、経年的に一貫して向上していることが確認された。

指標1-2のデサシアガの基準を達成しているコミュニティ率は、2013年時点で既に各県とも目標値を達成している。また、指標2-1の対象外の県におけるPHCI活動の実施に関しては、シドラップ県、ボネ県において活動が普及している。一方で他州への普及に関しては、当初、保健省による国家プログラムである「デサシアガ運動」への統合が意図されたが、PRIMA-Kメカニズムが同国家プログラムに採用されるには至っていない。インドネシアのような広い国土と多様な地理・文化を有する国において対象地域が1州の3県に限定されているため、同地域のメカニズムを一般化

<sup>28</sup> 「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」から改訂。(2012年7月)

<sup>29</sup> DDは、70%を貧困削減、保健・教育、インフラ、農業プログラムに充て、30%を村役場の運営、給与、村/コミュニティ機関への補助金/インセンティブ資金として活用することが規定されている。また、ADDは地方政府予算であるのに対して、DDは財務省から地方政府経由で直接、村行政体に交付される。

<sup>30</sup> 南スラウェシ州保健局開発計画(2013年2018年)

して全国普及をすることは困難であることが保健省より指摘された。

指標 3-1 の地域開発メカニズムの強化に関しては、2015 年から開始された DD の推進を担当するファシリテーター<sup>31</sup>の研修中で、本事業のカウンターパート機関であるコミュニティ振興・村落・区行政局がボトムアップ型計画策定としての PRIMA-K メカニズムを他のセクターにおいても紹介するなどの一部の波及効果が確認された。

上記に示すとおり、上位目標における一部の指標の達成目標が高く設定されており、達成見込みが低い、本事業の寄与が高い保健環境指標については一貫した向上が見られるため「対象県で PHC の質が向上する」とした 2017 年を目標年とする上位目標は、事後評価時点ではおおむね達成されると想定される。

上記よりフェーズ 1 の PRIMA-K メカニズムの構築、フェーズ 2 の同メカニズムの確立といったプロジェクト目標が達成され、事後評価時点においても継続的にその効果が発現していることにより、両フェーズの上位目標である保健衛生環境に係る指標及び保健指標の大部分に改善が見られた。さらに、PRIMA-K メカニズムの普及に関する指標に関しては、他の村への普及（フェーズ 1 上位目標）、他県への普及及び他のセクターへの適応（フェーズ 2 上位目標）は達成している。一方で他州への同メカニズムの普及は確認されないことから、上位目標は一部の指標を除いておおむね達成されたと判断できる。

### 3.2.2.2 その他、正負のインパクト

#### ムスレンバンの活性化に伴う DD の有効活用

本事業によりコミュニティにおいて HWG が組織され、ボトムアップの計画策定方式である「ムスレンバン」の機能が図られたことにより 2015 年から開始された DD の効果的活用が推進されている。DD はコミュニティへの配賦金額が多いため、大規模な道路、施設整備など大型インフラ事業へ使用される傾向にあるが、ムスレンバンが機能しているコミュニティでは、住民のニーズに沿って保健事業を含めた社会開発に予算が使用される傾向にあることが県チームメンバーにより確認された。DD の配賦に伴いコミュニティの予算は急増しており、「ムスレンバン」の活性化はコミュニティのニーズに沿った予算活用という点において重要なインパクトといえる。

#### コミュニティの相互扶助の意識の高まり

他のインパクトとしては、PHCI 活動による啓発活動の推進によって HC やその他のコミュニティ・レベルにある保健施設の利用率が増加したことや、PHCI 活動により、コミュニティに設置するトイレの資材（セメント、木材など）や労働力を住民が

---

<sup>31</sup> 村落ファンドファシリテーターは DD の実施促進のため、各県のコミュニティ村落振興局に配属されており、保健分野を含め、全ての村落開発に係る村に対するファシリテーションを行う。一方で本事業により対象 3 県に配置されている HC・SDO ファシリテーターは PHCI 活動のための支援を行うものであり、双方の活動における重複、接点はない。

自主的に提供する「相互扶助」が活発化したことが本事後評価におけるコミュニティでの聞き取り調査において確認された。

本事業のプロジェクト目標として掲げられた、対象県におけるコミュニティ指向の健康増進モデルの構築（フェーズ 1）及びコミュニティと行政が協働する PHC のメカニズムの確立（フェーズ 2）は達成された。また、上位目標についても保健衛生環境に係る指標及び保健指標の大部分が改善され、他県への普及、他のセクターへの PRIMA-K メカニズム活用といったインパクトが確認されたことから、有効性・インパクトは高い。

#### **Box: PHCI 活動による保健指標へのインパクトに係る統計分析**

本事後評価では、受益者調査の結果を用いて、PHCI 活動の度合い（説明変数）と保健指標である PHBS 指標（従属変数）との関係を統計分析（回帰分析）により検証した。その結果、2014 年の対象 3 県の各コミュニティの PHCI 活動計画数（平均 3.6 件、標準偏差 3.8）及び活動実績数（平均 2.9 件、標準偏差 2.7）と各コミュニティの 2015 年の PHBS 指標（平均 43.1%、標準偏差 15.5）との正の有意な関係が確認された。

県のダミー変数を用いて対象県の固定効果をコントロールした回帰分析結果から、コミュニティでの活動計画数が 1 件増えると PHBS 指標を満たす世帯（清潔で健康的な生活習慣を実践している世帯）の割合が 1.17% 増加し（0.1% 水準で有意）、また、活動実績数が 1 件増えると PHBS 指標を満たす世帯が 1.60% 増加する（0.5% 水準で有意）という正の関係が確認された。これは、PHCI 活動がコミュニティにおける家庭での清潔で健康的な生活習慣を促進し、PHBS 指標を満たす世帯の増加に寄与している可能性を示している。さらに、活動実績数（活動の種類）が増えるということは、トイレ、飲用水設備設置といったインフラ整備のみでなく、保健推進の啓発活動など包括的なアプローチを取り入れていることを意味しており、実績数の増加により PHBS 指標を満たす世帯が増加するという結果は、これら包括的なアプローチが清潔で健康的な生活習慣を促進していることが示唆される。

一方、コミュニティの活動予算、ミーティング回数、研修参加者数といった説明変数と PHBS 指標に正の関係は確認されなかった。また、2015 年の PHCI 活動計画、実績数と同年の PHBS 指標にも統計的に有意な関係は確認されない。これは、活動から PHBS 指標に影響するのに時間が係る、もしくは 2014 年に既に活動が実施されているため、2015 年の活動による追加的効果は少ないといったことが想定される。

### 3.3 効率性（レーティング：③）

#### 3.3.1 投入

表 16：プロジェクトの投入

投入要素	フェーズ 1		フェーズ 2	
	計画	実績 (本事業完了時)	計画	実績 (事業完了時)
(1) 専門家派遣	7名	短期 10名 (72人月)	5名	長期 3名、短期 3名 (58人月)
(2) 研修員受入	4名程度/年 (2年間)	12名	記載なし	53名
(3) 機材供与	プロジェクト事務所に必要な機材	パソコン、プリンター、コピー機など	プロジェクト事務所に必要な機材	パソコン、プリンター、コピー機など
(4) 在外事業強化費	金額の記載なし	合計 10,501 万円 (うちブロック・グラント 6,594 万円)	金額の記載なし	合計 14,186 万円
(5) フィールド・ファシリテーター	人数の記載なし	13名 (371人月)	人数の記載なし	59名 (1,566人月)
日本側の事業費合計	合計 39,000 万円	合計 38,700 万円	合計 29,000 万円	合計 29,000 万円
相手国の事業費合計	研修及びモニタリング費用、アクションプラン事業費(漸次増額予定)	合計 78,100 万ルピア (約 682 万円) <sup>32</sup> (モニタリング、研修経費の一部負担)	・カウンターパートのモニタリング、研修・セミナー・会議出席に関する経費 ・コミュニティが実施するPHCI 活動費 ・HC が実施するPHCI 活動支援経費 ・研修・ワークショップ・セミナー実施に関する経費の一部	合計 36,200 万ルピア (約 316 万円) (中央、州、県職員の出張旅費会議開催費及び県政府によるプロジェクト活動経費の一部負担)

出所：JICA 提供資料

#### 3.3.1.1 投入要素

本事業の投入要素は上記表 16 のとおり。日本側の投入としてフェーズ 1 ではブロック・グラント（6,594 万円）が在外事業強化費から各郡チーム及び HWG に配賦された。ブロック・グラントの配賦は、HWG の能力強化、PHCI 活動の有効性を提示することにより、地方予算による PHCI 活動の実施を実現するための「呼び水」（すなわち、日本側によるブロック・グラントにより短期的に PRIMA-K メカニズムを形成し、その保健環境改善等に係る効果を実証した）として、その投入の必要性が州チーム関係者への聞き取り調査より確認された。これにより先方政府は PRIMA-K メカニズムの有効性を認め、フェーズ 2 より先方政府による予算が実現した。一方でフェーズ 2 では対象を 3 県の全村・区に広げたことと地方予算の申請のための HWG への能力強化の必要性から、多くのフィールド・ファシリテーター（59 名）が在外事業強化費を用いて雇用された。フィールド・ファシリテーターの活用は地方

<sup>32</sup> 外貨の円換算については、事後評価時点(2017年2月)の JICA 統制レート(1.00 ルピア = 0.008727 円)を使用。

財政による村・区での PHCI 活動の推進、持続性の確保に大きく貢献しており、その妥当性が確認された。また、日本側の投入となる専門家派遣、機材、予算、本邦研修についても、時期、量共に適切であったことが事後評価における州、県チームメンバーより確認されたことから本事業の投入は適切であったと判断する。

#### 3.3.1.2 事業費

事業費に関しては、フェーズ 1 は 96%と計画内に収まり、フェーズ 2 は 100 %と計画どおりであった。

#### 3.3.1.3 事業期間

実施期間は、フェーズ 1、フェーズ 2 共に計画どおりであった (100%)。

以上より、本事業は事業費、事業期間ともに計画どおりであり、効率性は高い。

### 3.4 持続性 (レーティング : ③)

#### 3.4.1 発現した効果の持続に必要な政策制度

##### 保健政策

中央レベルでは、「国家中期開発計画 (RPJMN) (2015 年～2019 年)」に沿って「インドネシア保健省戦略計画 (2015 年～2019 年)」が策定され、目標として、①母子の健康・栄養状況の改善、②疾病対策の改善、③僻地・未開発・国境地域での一次及びレファレル医療施設のアクセス、質の改善、④ユニバーサルヘルスカバレッジ (UHC) の向上、⑤保健人材、薬品、ワクチンの充足、⑥保健医療システムの向上を掲げている。また、これらの目標を達成するために「インドネシア健康プログラム (Indonesia Sehat Program)」を策定し、「コミュニティの強化により住民が主体的に予防と保健推進に関与する」ことを戦略としており、本事業は同プログラムの推進に寄与する。また、本事業の対象州である南スラウェシ州においては「南スラウェシ州保健局開発計画 (2013 年～2018 年)」においてコミュニティの能力強化を通じて地域保健サービスの改善を図る「デサシアガ運動」の推進が優先課題に位置づけられた。さらに、上記の州保健局開発計画に基づいて各対象県において、保健開発戦略計画<sup>33</sup>が策定されており、県レベルにおける本事業の PRIMA-K メカニズムを統一した「デサシアガ運動」の推進と本事業の上位目標でもある「PHBS 指標」及び「デサシアガ基準」といった指標の向上が目標として設定されている。

##### その他、地方分権に係る村落開発政策

前ユドヨノ政権下の 2014 年に「村落法」が施行され、2015 年度から DD を給付すべく関連制度・規則が整備され、2015 年から、実際に全国の 77,548 村に平均額は 10

<sup>33</sup> 「ブルクンバ県保健開発戦略計画 (2016 年～2021 年)」、「ワジョ県保健開発戦略計画 (2014 年～2019 年)」、「パルー県保健開発戦略計画 (2014 年～2019 年)」

億ルピア（約 8,500 万円）の DD が給付され、保健分野を含むコミュニティ開発に係るインフラ整備に用いられている。「村落法」においては、DD を用いた事業の適切な計画策定、実施、会計報告のため住民参加型の計画策定の仕組みである「ムスレンバン」の強化を求めている。本事業でのコミュニティでの PHCI 活動を通じた「ムスレンバン」機能強化は上記の「村落法」の目的を推進するものであり、「村落法」と本事業の目的は整合性が高く、また、「村落法」の基で各コミュニティに給付されている DD が対象州における PHCI 活動に活用されることから、本事業の効果の持続が期待される。

上記からも本事業はインドネシアにおける保健政策及び村落開発政策との整合性も高く、政策面での持続性は高い。

#### 3.4.2 発現した効果の持続に必要な体制

実施機関の体制は、後述するとおり、PRIMA-K メカニズムの他県への普及、中央政府への共有を目的とした州チームにおいて、地域開発計画局、コミュニティ振興・村落・区行政局といった一部のメンバーの参加度が希薄になっていること以外は問題なく機能している。特にブルクンバ県、ワジョ県では県チーム及び HC・SDO ファシリテーターの増員が図られ、県チームによる研修を受講した HC・SDO ファシリテーターがプロジェクトに雇用されたフィールド・ファシリテーターが担っていた業務を引き継いで実施している。各対象県において、この引き継ぎが成功裏に行われた理由として、本事業の PRIMA-K メカニズムをインドネシア国家プログラム（デザシアガ）に統合することにより、HWG へのファシリテーション業務を HC・SDO 職員の通常業務に組み入れることができたことが要因である。また、HWG に関しては全ての村・区において組織が継続している。このことから実施体制における持続性は州チームにおける一部の課題を除き高いと判断する。

##### 州チーム

州チームは 13 名中 12 名（州保健局の 1 名が異動）が事業実施中から事後評価時点までカウンターパート機関の同じ部署に所属している。州チームの活動として、州保健局による対象県及び本事業が普及している県へのモニタリング、成果共有セミナーの実施などの活動支援が挙げられ、これら活動は事後評価時点でも継続している。一方でこれらの活動に関して、州チームのメンバーである地域開発計画局及びコミュニティ振興・村落・区行政局の関与は本事後評価時点では限定的となっているが、これらの機関は本事業実施中から関与度が低く、事後評価時点においても活動への影響はみられない。

本事業における州チームのもう一つの役割である他県への普及に関しては、州保健局により定期的に他県に対する啓発ワークショップが実施されている。このワークショップにより PRIMA-K メカニズムの導入に関心を示す県があるが、実際の普及には、本事業で実施したようなコミュニティでの PHCI 活動を支援するための HC・

SDO ファシリテーター養成のための研修が必要となる。しかし、州政府の機能は調整業務が中心であり、他県での研修を実施するために必要となる十分な人員を有しておらず、PRIMA-K メカニズムが実際に普及している県は2県のみ限定されている。このことから他県への普及に際しては開発パートナーなどからの支援が必要であることが州チームから指摘された。

対象県や既に普及している県へのモニタリング、共有セミナーの実施等、本事業の効果を持続するための州チームの体制に問題はみられないが、今後のさらに他県へ本事業を普及するための体制においては改善が必要と考えられる。

### 県チーム

県チームメンバーである地域開発計画局、財務管理局、コミュニティ村落振興局及び保健局は、定期ミーティングの実施、HWG への研修の共同開催、モニタリング活動において連携を十分に取っていることが各県チームへの聞き取り調査及び質問票から確認された。県チームは表 17 に示すとおり事後評価時点において全メンバーが PHCI 活動に係る研修を受講しており、本事業で養成されたメンバーを中心として適切に機能している。ワジョ県では事業完了後に県チーム及び HC・SDO ファシリテーターの増強が行われるなど、実施体制の強化が図られた。ワジョ、ブルクンバ県では事務局設置に係る県知事令を毎年発令し、同県知事令に従って県チームに対する手当の支給が継続している。他方、バルー県では県の方針として、PHCI 活動を通常業務に組み込み、別途県チームへの手当は支払われていない。

表 17：県チームのメンバー数の推移及び研修受講者数・受講率

(単位：人)

	本事業実施期間		事後評価時点	
	メンバー数	研修受講数 (受講率)	メンバー数	研修受講数 (受講率)
バルー県	12	7 (58%) <sup>34</sup>	8	8 (100%)
ブルクンバ県	23	18 (87%)	22	22 (100%)
ワジョ県	25	24 (92%)	27	27 (100%)

出所：フェーズ 2 終了時評価報告書、事後評価における県チームへの聞き取り調査結果

### HC・SDO ファシリテーター

HC・SDO ファシリテーターの総数は集計されていないが、HC・SDO への受益者調査の結果からは、1HC 当たりのファシリテーターは 6.5 名 (85 名/13HC)、SDO が 2.4 名 (29 名/12SDO) であり、終了時評価時の 1HC 当たりの平均のファシリテーター人数：6.9 名 (360 名/52HC)、SDO：2.8 名 (87 名/31SDO) からは若干減少しているが、同等レベルの人員が確保されている。HWG への人材育成が本事業期間に集中

<sup>34</sup> バルー県の県チームには指導者としての活動が想定されない知事や局長級職員が含まれているため、割合が低い。指導者の数を確保するために、同県ではチームメンバー以外の職員も研修を受講している。

的に実施されたことで、本事業完了後は、現在の人数で対応可能となっていることが HC への聞き取り調査により確認されたため、現在配置されている人数は HWG の PHCI 活動を支援するためには十分であると判断する。また、HC・SDO ファシリテーターの異動はそれほど多くないが、新任の HC・SDO ファシリテーターへは、他のファシリテーターによる実地訓練及び県チームによる研修が提供されている。

### HWG

HWG は事後評価時点において対象県の全 367 村・区で組織が継続している。村民を中心としてメンバーの変更も少なく、本事業で養成されたメンバーの多くが活動を継続していることが確認された。バルー県では HWG メンバー（保健ボランティア）に対する手当が支払われており、活動継続のインセンティブとなっている。2015 年では 98% の HWG が活動を完結しており、活動に支障を生じている HWG は非常に限定的であるが、その理由として、村長が保健分野を軽視している、HWG と村長・村政府との信頼が構築されていない、HWG のリーダーシップやモチベーションが弱い、といった点が県保健局への聞き取り調査にて指摘された。

#### 3.4.3 発現した効果の持続に必要な技術

実施機関の技術に関しては、州・県チーム、HC・SDO ファシリテーター、HWG の能力は活動を継続する上で十分であると判断できる。さらに、各県で PRIMA-K とデサシアガ運動を融合したガイドラインが策定されている。

### 州チーム

州チームの機能である PRIMA-K メカニズムを州内の他地域に周知するための調整能力に関しては、事後評価時点でもワークショップを独自に開催しており、問題がないことが確認された。

### 県チーム

表 18 に示すとおり、対象県の県チームは、PHCI 活動に係るモニタリング、HC・SDO ファシリテーターとの調整会議及び説明会、HWG への研修等を本事業完了後も独自に継続している。また、HC・SDO ファシリテーターへの受益者調査からも「県チームによる支援は PHCI 活動の推進に有効である」という質問に対して、77% の HC が「とてもそう思う」もしくは「そう思う」と回答しており、HC・SDO ファシリテーター及び HWG への研修実施主体である県チームの研修能力は一定のレベルに達していると判断できる。

表 18：県チームによる活動実施実績（2015 年）

(単位：回)

	モニタリング	調整会議	説明会	研修
バルー県	4	4	2	2
ブルクンバ県	3	5	-	1
ワジョ県	4	4	1	3

出所：事後評価における県保健局への質問票結果

本事業完了後、PRIMA-K ガイドラインを参照し、各県が独自に「デサシアガ運動」との統合を図り、表 19 に示す技術ガイドラインが策定された。また、本事業により策定された PRIMAK-Kit（マニュアル、ガイドライン、教材）が各県チーム、HC・SDO ファシリテーターによる研修に活用されている。

表 19：各県における「デサシアガ運動」と統合されたガイドライン

対象県	ガイドライン名称	発行年
ブルクンバ県	Desa/Kelurahan Siaga Panrita Active 実施テクニカルガイドライン (No. 26)	2015 年
ワジョ県	Desa/Kelurahan PRIMA Siaga Activ 実施法令、ガイドライン (No. 20)	2015 年
バルー県	Desa/Kelurahan Siaga Active 実施法令、ガイドライン (No. 13)	2014 年

出所：事後評価調査における県チームへの質問票

#### HC・SDO ファシリテーター

HC・SDO ファシリテーターに関しても HC の職員を中心として本事業により養成された人員が継続的に業務を実施しており、HWG メンバーに対するモニタリング、支援、研修の実施に際して一定の技術を有していることが HWG への聞き取り調査から確認された。HC・SDO への受益者調査結果からも「HC・SDO ファシリテーターは PHCI 活動の支援のため十分な能力を有している」という質問に対し、92%が「とてもそう思う」もしくは「そう思う」と回答している。HC への聞き取り調査からも、本事業で雇用されたフィールド・ファシリテーターほどのきめ細かな支援は難しいものの、HC・SDO ファシリテーターの能力は十分であり、通常業務との兼業により実施可能な範囲で PHCI 活動を継続していることが確認された。

#### HWG

既存のメンバーの多くが、本事業実施中に研修を受講し、計画策定、プロポーザル、報告書作成に関して十分な能力を有していることが確認された。HWG への受益者調査結果からも「HWG のメンバーは PHCI 活動の実施のため十分な能力を有している」という質問に対し、89%が「とてもそう思う」もしくは「そう思う」と回答している。また、「HWG のメンバーは PHCI の活動を続ける意思がある」という質問に対しては、97%が「とてもそう思う」もしくは「そう思う」と回答している。

### 3.4.4 発現した効果の持続に必要な財務

実施機関の財務状況としては、以下に示すとおり、各レベルでのカウンターパート機関が PHCI 活動を継続するための予算を確保しており、財務面での高い持続性が確認された。

#### 州チーム予算 (州レベル)

州チームは保健局が州事業結果発表セミナー、他県への啓発ワークショップ、モニタリング予算として予算を計上している。州チーム予算は表 20 に示すとおり、啓発活動の対象となる県の数が異なり予算に変動があるものの、本事業実施期間及び事業完了後を通じて一定の水準を保っており、州の現在の活動を継続するには十分な予算措置が実施されている。

表 20：PHCI 活動の支援に係る州予算の推移

(単位：ルピア)

本事業実施期間			本事業完了後		
2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
80,058,000	93,136,334	220,325,000	136,310,000	244,580,000	113,000,000

出所：フェーズ 2 終了時報告書、事後評価における州チームへの質問票結果

#### 県チーム・PHCI 活動予算 (県レベル)

各対象県における本事業完了後の PHCI 活動支援（説明会、各種研修、モニタリング、HWG による PHCI 活動実施）に関する ADD は、下表のとおり毎年確保されている。これに加え、2015 年より新たに DD の配賦が開始され、DD が本格的に PHCI 活動に活用され始めた 2016 年の HWG の PHCI 活動予算<sup>35</sup>は急増していることから十分な予算措置が実施されていると判断できる。

表 21：PHCI 活動に係る県予算の推移

(単位：ルピア)

	本事業実施期間			本事業完了後		
	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
バルー県	9,513,430,500	8,498,444,500	11,115,510,500	11,091,950,000	12,386,690,000	54,096,576,900
ブルクンバ県	7,950,287,846	11,264,536,034	17,022,814,874	17,978,127,523	15,566,191,271	37,833,951,120
ワジョ県	12,510,870,916	12,885,170,916	18,445,989,500	18,073,789,500	18,182,983,772	37,336,377,642

出所：フェーズ 2 終了時調査報告書、事後評価における県保健局への質問票結果

#### HC・SDO ファシリテーター予算 (郡レベル)

HC・SDO ファシリテーターによる PHCI 支援及びモニタリングの実施は、それぞれの機関の地方財政から配賦される経常予算が用いられている。さらに、HC による HWG へのモニタリングは中央保健省からの保健活動運営支援予算 (BOK) が用いら

<sup>35</sup> 区はこれらの予算は使用できないが、各区に一定額配賦される郡政府からの補助金を用いる形で活動が継続されている。

れている。受益者調査の結果では、調査対象の 13HC が PHCI 支援及びモニタリングのための予算として、2016 年には平均 219,376,464 ルピア（約 186 万円）を計上しており、HWG によるコミュニティでの活動の増加に伴い、HC の PHCI 支援及びモニタリングのための予算も増加傾向にある。

表 22：HC による PHCI 支援及びモニタリングのための予算（平均）

（単位：ルピア）

2014 年	2015 年	2016 年
61,428,148	81,532,212	219,376,464

出所：事後評価受益者調査における HC への質問票結果

#### 住民からの寄付金

ADD、DD が増額する中で、その必要性から PHCI 活動に係る住民からの寄付金（Swadaya）は減少している。受益者調査の結果からも寄付金を会計報告に計上している HWG は 6/120 村のみにとどまり、その金額も HWG 平均 2,586 万ルピア（約 22 万円）となる。しかし、前述の通り ADD、DD の増加に伴い、コミュニティでの PHCI 活動の実施には十分な予算が配分されており問題はない。

以上より、実施体制に関して、州チームの一部のカウンターパート機関の関与について、一部課題がみられるものの、他の実施体制及び政策・制度、技術、財務面で高い持続性が確認されたことから、持続性は高い。

## 4. 結論及び提言・教訓

### 4.1 結論

本事業は、インドネシアにおける保健行政サービスの向上のため、フェーズ 1 において対象地域である南スラウェシ州（バルー県、ワジョ県、ブルクンバ県）での PHCI 活動を実施するための PRIMA-K メカニズムの構築が行われた。さらに、フェーズ 2 は、フェーズ 1 で構築された PRIMA-K 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、同メカニズムの持続性を確立することを目的として実施された。本事業の目的は同国における保健政策、開発ニーズ及び我が国の「対インドネシア国別援助計画」における「民主的で公正な社会造り」の点で合致しており妥当性は高い。また、各成果の発現がフェーズ 1 の PRIMA-K メカニズムの構築、フェーズ 2 の同メカニズムの確立といったプロジェクト目標の達成につながり、双方のフェーズの上位目標である保健指標の改善、PRIMA-K メカニズムの他村・他県への普及、PRIMA-K メカニズムの他セクターでの活用といったインパクトの発現に貢献していることから有効性・インパクトは高い。効率性に関しても、両フェーズ共に協力期間及び協力金額の実績は計画内に収まっているため、効率性は高い。さらに、持続性に関しては、州政府における組織体制に一部課題がみられるものの、他の組織の実施体制に問題はみられず、政策・制度、技術、財務面を総合的に勘案し、高い持続性が確認された。

以上より、本事業の評価は非常に高いといえる。

## 4.2 提言

### 4.2.1 実施機関などへの提言

#### 保健省への提言

本事業実施期間中は保健省との本事業の活動内容が共有されていたが、その後、保健省の人事異動や州チームのイニシアティブの低下に伴い共有が実施されていない。現在でも対象県において国家プログラムである「デサシアガ運動」と統合され継続的に実施されている PRIMA-K メカニズムの成果を取りまとめ、中央政府の「デサシアガ運動」ガイドラインへの統合を図り、他州への普及を促進する。

#### 州チームへの提言

州保健局により、対象県及び普及が進んでいるボネ県、シドラップ県の実績を普及することで、南スラウェシ州内の他県においても PRIMA-K メカニズムを国家保健プログラムである「デサシアガ運動」との統合による普及を促進する。

州コミュニティ振興・村落・区行政局は、コミュニティでの DD を用いたインフラ、農村開発事業を促進するための DD ファシリテーターを養成することを目的とした、村落省の国家プログラムである「ファシリテーター研修プログラム (P3MD)」<sup>36</sup>において、本事業での経験を研修プログラムに反映することにより、州内での DD を用いた PHCI 活動の推進を促進する。さらに、DD ファシリテーターと HWG の協働を促し、PRIMA-K メカニズムの知見を DD の事業の計画策定にも活用することで、住民のニーズを反映した効果的な DD の活用に繋げる。

#### 県チームへの提言

本事業の持続に向けて、HC・SDO ファシリテーター、HWG の強化を継続する。同時にモニタリングの継続により、各コミュニティでの PHCI 実施状況に係る必要なデータを入手し HWG の活動状況を適切に把握し、活動の阻害要因を研修内容に反映するとともに、活動レベルが低い HWG への集中的なフォローアップを提供することにより効果的な支援を行う。

### 4.2.2 JICA への提言

保健省及び南スラウェシ州による PRIMA-K の実績の取りまとめを支援すること

---

<sup>36</sup> Program Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa (Program for Village Development and Community Empowerment)。同プログラムは、2015 年から全国のコミュニティに配賦が行われている DD (村落ファンド) の実施促進のため、州コミュニティ振興・村落・区行政局に採用され、各県のコミュニティ村落振興局 (BPMD) に配属されているファシリテーターを養成するプログラムである。同ファシリテーターの任務は本事業の HC・SDO ファシリテーター同様コミュニティにおける参加型計画策定、計画実施、モニタリング支援となるが、保健分野を含めた全ての村落開発分野を対象としている。また、HC・SDO ファシリテーターは ADD による HWG の事業を対象とするが、DD ファシリテーターはコミュニティにおける DD による事業を支援する。さらに、本事業の HC・SDO ファシリテーターは対象 3 県のみであるが、DD ファシリテーターは全国全ての県に配置されているといった違いがある。このため、双方の活動における重複、接点はない。

により、保健省の「デサシアガ運動」ガイドラインへの統合を図り、他州への普及を促進する。また、他県への普及に関して、既存の州保健省、対象県の県保健局のリソースを活用し、他県での HWG の設置、PHCI 活動を支援する HC・SDO ファシリテーター養成などの技術支援を検討する。

### 4.3 教訓

#### ブロック・グラントの投入によるコミュニティ事業モデルの早期構築

フェーズ 1 ではブロック・グラントとして本事業が各 HWG に予算を配賦することで、PHCI 活動サイクルの実施を通じた HWG 及び関係者の能力向上が図られた。また、PHCI 活動を通して、トイレの設置、衛生的な飲料水の確保といった保健環境整備の有効性をコミュニティが実感したことで、フェーズ 2 における ADD を用いた現地政府主体の活動への移行が短期間に実現したといえる。将来の先方政府による実施を見据えたコミュニティ事業モデルの早期構築には、最初から現地政府の予算のみに頼るのではなく、本事業によるブロック・グラント配賦といった必要資金の拠出を用いて活動の有効性を早期に提示することが有効である<sup>37</sup>。

#### 実用的なガイドライン・マニュアルの整備及び有効性の可視化を通じた国家計画・プログラムへの統合による持続性の確保

本事業は国家プログラム（デサシアガ運動）の実現に寄与した。特に国家プログラムに沿った地方部における実用的なガイドライン・マニュアルの整備により、PHCI 活動の体制を構築したと同時に、PHBS 指標及びデサシアガ基準など、国家プログラムに用いられている指標と本事業の効果指標との整合性をとり、対象県において、本事業が国家プログラムの指標（例えば、「コミュニティにおける清潔な水へアクセスできる世帯数」など）の向上に寄与することを示すことができた。このことが、対象県において PRIMA-K メカニズムが国家プログラムである「デサシアガ運動」と統合され、先方予算により、本事業で取り組んだ活動（HWG へのファシリテーション活動等）がカウンターパートの通常業務として継続的に活動が実施されている要因である。事業の計画段階では、対象地域が実施している国家計画・プログラムに注目し、ガイドライン・マニュアルや事業の効果指標との整合を図るとともに、実施段階ではモニタリング、共有セミナー等の活動を通じて、効果指標の達成度を可視化し、関係者に事業の有効性を示すことで、国家計画・プログラムとの統合を図ることが、事業の持続性を確保する上で重要となる。

---

<sup>37</sup> ブロック・グラントの配賦に関しては、同じインドネシアにおける教育分野の技術協力プロジェクトである「地方教育行政改善計画プロジェクト（2004 年～2008 年）」等でも実施されているが、事業完了後の持続性には活動予算の面で課題が生じていることが事後評価報告書にて指摘された。上記事業では、郡教育開発委員会を新たに立ち上げ、ブロック・グラントを郡教育開発委員会と学校に配賦することで住民参加型の学校改善活動が実施された。しかし、学校改善活動は、保健分野と比較して住民生活との密接度が低く、就学児を持つ親以外は住民のモチベーションを保つことが困難であると想定される。また活動の性格上、教育指標（成績、就学率、中退率）に直接影響をあたえることが困難であったことが、保健状況の改善を可視化し政府予算の継続的な確保につなげた本事業との違いであると考えられる。

### 他州への普及に向けた適正な事業規模の設定

対象 3 県でモデルを構築し、その結果をもって州内の他県、さらには他州に普及するといった普及戦略は必ずしも機能していない。インドネシアのような広い国土と多様な地理・文化を有する国において、対象地域が 1 州の 3 県に限定されていたことは特に同モデルの一般化による他州普及を困難にしていることが保健省への聞き取り調査から確認された。他州普及のためのモデル事業に関しては、計画策定段階において、普及範囲及び多様性に対応すべく、対象地域の特性やモデルを一般化するのに必要な事業規模を普及の実施主体となる中央省庁と共に精査する必要がある。

(以 上)

別添1 成果指標達成状況（完了時、事後評価時点）

フェーズ1、フェーズ2の成果指標のうち、同じもしくは類似した指標については、まとめて達成度を評価した。移動させた指標を括弧書きで記載。例（指標1-1から移動）

取りまとめ指標	フェーズ1 (2007年2月～2010年2月)	フェーズ2 (2010年11月～2014年3月)	達成状況	
			完了時(フェーズ2)	事後時点
成果1	成果1:コミュニティ指向の保健活動が住民参加を伴って実施される。	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PHC改善(PHCI)活動を実施する能力が強化される		
1-1		指標1-1:PHCI活動を行うために村(・区)レベルに設立されたHWGの数(目標:85%以上の村・区)	達成	維持
1-2		指標1-2:PHCI活動サイクル実施者として研修を受けた村(・区)HWGメンバーの数(目標:チーム当たり6名以上)	達成	維持
1-3	(指標1-1から移動):コミュニティが参加型プロセスによって策定したプロポーザル数	指標1-3:PHCI活動計画を策定し、村政府に提出した村(・区)チームの数(目標:90%以上の村・区)	達成	維持
1-4	(指標1-3から移動):コミュニティによる自己資金(寄付金=Swadaya)動員額の増加	指標1-4:年間予算計画にコミュニティ主体のPHCI活動実施予算を計上した村(・区)の数(目標:75%以上の村・区)	達成	維持
1-5	(指標1-2から移動):提案された活動のうち実施された活動数	指標1-5:村予算または県予算によって実施された活動の数(目標:計画の95%以上)	達成	維持
1-6		指標1-6:村政府に活動報告及び会計報告を提出した村(及び区)チームの数(目標:95%以上)	達成	維持
成果2	成果2:郡及び村落PHCIチームに対するHCの支援が向上する。	成果2:HC及びSDOが、コミュニティ主体のPHC改善(PHCI)活動を技術的に支援する能力が強化される。		
2-1		指標2-1:HC及びSDOの職員でファシリテーター研修を受講した人数(目標:HC:6名以上、SDO:3名以上)	達成	維持
2-2		指標2-2:研修を受けたHC職員またはSDO職員のうち、村人を対象に実際の研修を行った者の数(目標:60%以上)	達成	維持
2-3	(指標2-1から移動):HCスタッフをメンバーに含むPHCIチーム数	指標2-3:HC及びSDOがコミュニティを対象に開催した研修ワークショップの数(目標:年3回)	達成	維持
2-4		指標2-4:HCのファシリテーターが村民によるPHCI活動の支援及びモニタリングのためにコミュニティを訪問した回数(目標:各HCにおいて年12回以上)	おおむね達成	おおむね維持
2-5		指標2-5:コミュニティ主体のPHCI活動の技術的支援及びモニタリングのための予算を計上しているHCの数(目標80%)	達成	維持
2-6		指標2-6:村(・区)HWGが作成する活動・会計報告のうち、SDOがチェックしたものの数(目標80%)	おおむね達成	おおむね維持
2-7		指標2-7:村(・区)HWGを招いてミニ・ワークショップを開催したHCの数(目標60%)	達成	維持
成果3	成果3:プロジェクト対象県のPHCI活動実施能力が向上する。	成果3:県政府がコミュニティ主体のPHC改善(PHCI)活動を制度的に支援する能力が強化される。		
3-1		指標3-1:各県において県チームが設立される(メンバー:保健局、コミュニティ・村落振	達成	維持

		興局(BPMD)、地域開発計画局 (BAPPEDA)、財務管理局 (DPKD) ) 全県で県チームが設立された。		
3-2	(指標3-3から移動):PHCI 活動ファシリテーターに認定された県保健局職員の数	指標 3-2: (財務面を含めた「仕組み」を指導するための)研修を受講した県チーム構成員の数 (目標:70%)	達成	維持
3-3		指標 3-3: コミュニティ主体の PHCI 活動支援 (説明会、各種研修、モニタリング、村レベルでの PHCI 活動実施) のために県の年間予算計画書に計上されている予算	達成	維持
3-4	指標 3-4: PHCI 活動に対するモニタリング・評価の実施回数 指標 3-2: 県レベルで実施された啓発ワークショップの数	指標 3-4: PHCI 活動に対する県政府職員の恒常的支援 (回数) (目標:モニタリング (M): 年 12 回、調整会合 (CM): 年 4 回、説明会 (S): 年 1 回、県政府主催の研修 (T): 年 1 回)	おおむね達成	おおむね維持
3-5	(指標3-1から移動):ガイドラインと研修マニュアルの開発 (プロジェクト目標指標2から移動):モデルの利用可能性 (ガイドラインの開発)	指標 3-5: PHCI 活動に関するガイドラインやマニュアルが県チームによって開発される。	達成	維持
3-6		指標 3-6: 県予算 (ADD、ADK、県活動予算など)におけるコミュニティ主体の PHCI 活動予算の執行率 (目標 70%以上)	達成	維持
3-7		指標 3-7: PRIMA-K メカニズムの内部化を促進する内容の県政府発行の公式文書 (勧告、県知事令、制令、通達等)	達成	維持
3-8		指標 3-8: プロジェクト終了時にエンドラインデータが県チームによって収集・分析される。	おおむね達成	おおむね維持
成果 4	成果4: モデル事業を円滑に導入・拡大するための州政府の能力が向上する。	成果 4: 州政府が、コミュニティ主体の PHC 改善 (PHCI) 活動を監督し、周知する能力が強化される。		
4-1		指標 4-1: 南スラウェシ州チームが設立される	達成	おおむね維持
4-2		指標 4-2: (PRIMA-K メカニズムに関して) 研修を受けた州政府職員の数 (目標:6 名以上)	達成	維持
4-3		指標 4-3: 州政府職員間での調整会議の開催頻度 (目標:2 回以上)	達成	維持されていない
4-4		指標 4-4: 州の PRIMA-K メカニズム普及に関する戦略・計画の有無	おおむね達成	おおむね維持
4-5	(指標4-1から移動):州保健局によるモニタリング・評価の実施回数・頻度	指標 4-5: 州政府職員による (コミュニティ主体の PHCI 活動の) モニタリングの回数。(目標:年 2 回以上)	おおむね達成	おおむね維持
4-6	(指標4-2から移動):経験共有・普及展開に関するワークショップ等の開催回数	指標 4-6: (コミュニティ主体の PHCI 活動の進捗に関して) 開催した説明会・普及ワークショップ・セミナー等の回数 (目標:年 5 回以上)	達成	おおむね維持
4-7		指標 4-7: コミュニティ主体の PHCI 活動を (説明会、現場訪問、普及活動等を通じて) 支援するために州予算計画に計上された予算 (単位:ルピア)	達成	維持
4-8	(指標 4-3 から移動): 州保健局による州政府・中央政府へのプロジェクト活動促進の働きかけ	指標 4-8: (コミュニティ主体の PHCI 活動の進捗に関する) 中央政府との協議の頻度 (目標:年 2 回以上)	おおむね達成	維持されていない
4-9		指標: 4-9: PHCI 活動のための研修モジュール及びガイドラインが州チームによって開発される (目標:ガイドブック:1、研修モジュール:1)	おおむね達成	おおむね維持