

**インドネシア共和国
地方医療行政・サービス能力向上
プロジェクト
第一次事前評価調査報告書**

平成18年3月
(2006年)

**独立行政法人 国際協力機構
人間開発部**

序 文

インドネシア共和国は東南アジア地域に位置し、南シナ海、太平洋、インド洋に囲まれた大小17,000あまりの島々からなる島嶼国です。191万㎡の国土に、2億2000万人の人々が暮らしており、中国、インド、米国に次ぐ世界第4位の人口大国です。近年同国は、急激な社会経済の転換を経験しています。健康面では、多産多死から少産少死へのいわゆる人口転換が進んでおり、一人の女性が生涯に産む子供の数として捉えられる合計特殊出生率は、2000年には2.6と人口置き換え水準である2.1に近づきつつあります。また、生まれた子供が満1歳になるまでに死亡する確率を示す乳児死亡率、満5歳になるまでに死亡する確率を示す5歳未満児死亡率は、2000年にはそれぞれ出生1,000人当たり35、46まで低下しており、いまだ改善余地は大きいものの、かつては大きく水をあけられていた近隣諸国との格差も縮まりつつあります。

しかしながら、インドネシアも多くの課題を抱えています。例えば、政府の強力な主導により短期間で劇的な成果をあげた家族計画プログラムに比して、その他の健康サービスについては遅れが指摘されています。妊娠・出産に絡む女性の死亡リスクを示す妊産婦死亡率は、2000年でも出生10万当たり300を超えており、周辺国と比してきわめて高い水準にとどまっています。結核対策を見ると、「直接監視下短期化学療法を中核とする国際結核対策戦略（DOTS）」による患者発見率は2003年で33%であり、WHOが目標とする70%を達成するためには、一層の取り組みの強化が求められています。社会保障制度の整備も遅れており、国民医療費のおよそ半分が、各家計からの直接支払いによって負担されている状況です。

1990年代末以降、インドネシア政府は地方分権化を推進し、保健医療を含む基礎的な行政サービスの提供については、県や市を中心とする地方自治体の責任となっています。しかしながら、上述した多くの課題に直面することとなった地方自治体の多くでは、残念ながら権限委譲に見合った十分な能力形成が進んでいません。

国際協力機構（JICA）は、このような背景のもと、同国政府からの要請に基づき、東部インドネシアに位置する南スラウェシ州を対象として、州・県レベルの保健行政能力の向上を目標とする「地方医療行政・サービス能力向上プロジェクト」の形成促進を目的に、2005年2月20日から3月12日まで、高橋中央国際協力専門員を団長とする第一次事前評価調査団を派遣しました。

この報告書は、同調査団による調査結果及びインドネシア側関係者との競技結果を取りまとめたものであり、今後の案件形成を効果的かつ効率的に進めていくための参考として活用されることを願うものです。

終わりに、この調査にご協力とご支援をいただいた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成18年3月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 末森 満

略 語 表

APBD I		州予算
APBD II		県・市予算
APBN		中央政府予算
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア開発援助庁
BAPPEDA		(州) 経済企画局
BAPPENAS		経済企画庁
BPD		村落代議員会
CGI	Consultative Group for Indonesia	インドネシア支援国会合
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
DfID	Department for International Development	英国国際開発省
DOTS	Directly Observed Treatment, Short-course	直接監視下短期化学療法を中核とする 国際結核対策戦略
EU	European Union	欧州連合
GERBANG TASKIN	(Pedoman Umum Pelaksanan Gerakan Pembagunan Pengentasan Masyarakat Miskin)	貧困対策プログラム運動
GTZ	Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit	ドイツ援助開発機関
JICA	Japan International Cooperation Agency	(日本) 国際協力機構
M/M	Minutes of Meeting	協議議事録
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PKK		地域婦人会
PKPM-JICA	(Community Empowerment Program with Civil Society in Indonesia)	市民社会の参加によるコミュニティ開 発
PRA	Participatory Rural Appraisal	参加型農村社会調査
PROAR	Problem-oriented Action Research	問題解決志向型アクションリサーチ
PROPEDA	Regional Development Programs of South Sulawesi	南スラウェシ州開発計画
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略ペーパー
PWS	(Area Information Monitoring)	地域情報モニタリング
REDIP	Regional Educational Development and Improvement Project	地域教育開発支援調査
RENSTRA	Rencana Strategis Pemerintah Propinsi Sulawesi Selatan Tahun	南スラウェシ州五カ年開発戦略
SofEI	(Multidonor Support for Eastern Indonesia)	東部インドネシாமルチドナー支援事 務所
SPM	(Minimum Service Standard)	基本的サービス標準
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
UNHAS	University of Hasanuddin	ハサヌディン大学
UNICEF	United Nations International Children's Fund	国連児童基金
USAID	U.S. Agency for International Development	米国国際開発庁
WHO	World Health Organization	世界保健機関

目 次

序 文 略語表

第 1 章 調査団派遣の背景と経緯	1
1 - 1 プロジェクト要請に至るまでの経緯	1
1 - 2 調査の目的	2
1 - 3 調査方法	2
1 - 4 調査団員構成	3
第 2 章 調査結果	6
2 - 1 近年のインドネシア保健医療セクターを取り巻く環境	6
2 - 2 我が国の対インドネシア保健医療セクター援助方針	7
2 - 3 南スラウェシ州の保健医療状況	8
2 - 4 南スラウェシ州保健医療計画	11
2 - 5 地方分権化の進捗状況と保健医療セクターへの影響	13
2 - 6 前プロジェクトで展開された活動の定着状況	15
2 - 7 他ドナーの動向	17
2 - 8 その他の関連事項	18
第 3 章 プロジェクトの方向性に関する検討事項及び提言	19
3 - 1 問題の所在	19
3 - 2 南スラウェシ州保健局の期待と現時点での共通認識	19
3 - 3 提 言	20
3 - 4 プロジェクトの意義	23
3 - 5 プロジェクト形成に際しての留意点	24
3 - 6 第二次事前調査の実施に向けて必要なステップ	27
付属資料	
1 . Minutes of Meeting (M/M)	31
2 . 南スラウェシ州保健局組織図	40
3 . 南スラウェシ NGO リスト	41
4 . 南スラウェシにおける「GERBANG (貧困対策プログラム運動)」の対象県	43
5 . Minimum Service Standard (SPM)	44
6 . 調査団行程	50
7 . 面談者リスト	53
8 . 収集資料一覧	57
9 . 南スラウェシ州基本統計	62

図 表 目 次

表 1 - 1	アセアン近隣諸国保健指標	1
表 2 - 1	州別主な保健指標2002～2003年	8
表 2 - 2	インドネシアにおける保健医療施設の配置と役割	10
表 2 - 3	南スラウェシ州保健医療従事者数と人口比（2002年）	11
表 2 - 4	南スラウェシ州保健医療施設数と人口比（2002年）	11
表 2 - 5	南スラウェシ州保健医療セクター予算	12
表 2 - 6	南スラウェシ州 県・市別人口等	13
図 1 - 1	インドネシア地図	4
図 1 - 2	南スラウェシ州 県・市地図	5
図 3 - 1	問題系図	19
図 3 - 2	プロジェクトイメージ図	20
図 3 - 3	プロジェクトの概要	21

第1章 調査団派遣の背景と経緯

1-1 プロジェクト要請に至るまでの経緯

インドネシア共和国（以下、「インドネシア」と記す）は、アセアン近隣諸国に比べると保健指標が低く、5歳未満児死亡率は出生1,000対46（1998～2002年）、乳児死亡率は同35（1998～2002年）、妊産婦死亡率は出生10万対307（1998～2002年）〔Indonesia Demographic & Health Survey（IDHS）2002-2003〕である。

表1-1 アセアン近隣諸国保健指標

	インドネシア	タイ	フィリピン	ベトナム	マレーシア
乳児死亡率*	35	23	27	19	7
妊産婦死亡率**	307	36	170	95	50

* 対出生1,000人

** 対出生10万人

出典 インドネシアはIDHS 2002-2003、その他の国はUNICEF “The State of the World’s Children 2005”

また、東のパプアから西はスマトラまで東西約5,000kmにわたって1万数千の島々が広がり、経済、社会、文化的多様性に富んでいるため、保健指標の国内格差も大きい¹。特に、長年援助の集中してきたジャワ島をはじめとする資源や人材に比較的恵まれている中部、西部インドネシアと比べると、自然条件も厳しくアクセスの悪い東部インドネシア²の開発は同国の長年の懸案となっている。

JICAは、このように保健医療状況の悪い東インドネシア地域、スラウェシ島において、1997年から2001年にかけて「南スラウェシ州地域保健強化プロジェクト」（以下、「前プロジェクト」と記す）を実施した。同プロジェクトは、地域の医師、助産師、検査技師等の医療従事者人材育成と各県の衛生部長の保健計画の策定・実施に関する技術向上を目的として、「問題解決志向型アクションリサーチ（Problem-oriented Action Research：PROAR）」の導入、臨床検査精度管理、地域保健管理者育成、母子保健人材育成の4項目を活動の柱としていた。協力期間中、インドネシアは経済危機（1997年～）に見舞われ、2001年には地方分権が実施されるなど、財政不安や政府システムの変革を経ながらも、活動自体は概ね予定どおり実施され、特に人材育成を通じて地域保健サービスの向上が達成されたと評価された（同プロジェクト終了時評価報告書）。同プロジェクト終了時評価においては、これら一連の活動成果の継続を支援するために何らかの形でのフォローアップが提言されたが、具体化するには至らず、現在に至っている。

2004年、南スラウェシ州保健局は、新たに地方保健医療行政能力強化の支援に関する要請書を日本側に提出した。要請書によるとプロジェクトは、貧困層の保健のニーズに応えるために、根拠（的確な情報）に基づく問題分析・政策決定及びサービス提供のモニタリング・評価を行う行政能力を強化することを目的としている。そのプロジェクトの成果としては、保健政策の分析能力の向上を通じて行政担当者の能力を構築する、根拠となる的確な情報の活用を通じて政策立案を行える行政担当者の能力向上を支援する、政策につながるような調査研究を行いデータを恒常的に政策策定のプロセスにフィードバックするの3点をあげている（南スラウェシ州保健局作成のプロジェクト要請書）。

¹ 乳児死亡率はBali州では14、Gorontalo州では77（いずれも1993～2002年）である（Indonesia Demographic & Health Survey 2002-2003）。

² 東部インドネシアとは、Kalimantan Timur（東カリマンタン）州、Kalimantan Selatan（南カリマンタン）州、スラウェシ島全州、NTT（Nusa Tenggara Timur）州、NTB（Nusa Tenggara Barat）州、Maluku Utara州、Maluku州、パプア州、バリ州を指す。

しかし、要請書には、前プロジェクトとの関連性の有無、プロジェクトの具体的内容、要請が提出された背景（例えば、地方分権化が地方保健医療行政に与える影響）などは明記されていない。また、プロジェクトの要請は南スラウェシ州保健局から出されているものの、地方分権化に伴う州や県・市への権限委譲の程度が曖昧であり、技術協力の対象としてどのレベルにニーズがありかつ実施可能性が高いかに関しても不明な点が多く、現地調査による確認が必要であった。

1 - 2 調査の目的

本件調査団は、以下を目的として派遣された。

- (1) プロジェクト要請側である南スラウェシ州保健局及び関係各機関〔保健省、経済企画省、ハサヌディン大学（University of Hasanuddin : UNHAS）〕との協議や南スラウェシ州において前プロジェクトの技術移転対象となった県・市を訪問し、関係者との面談を通して、本件におけるインドネシア側の要請背景、実施体制、要請内容について情報収集を行い、プロジェクト実施の可能性及び方向性について検討する。特に、前プロジェクトを評価し³、要請の内容や期間の妥当性、技術移転対象を確認する。
- (2) 保健セクター、特に地方保健行政強化に取り組むドナーやNGO、JICAの地方行政（ガバナンス）支援、地域開発、教育など関連プロジェクト関係者との協議を通じて、地方分権化の保健医療セクターに与える影響や支援のあり方について検討する。
- (3) 要請案件のJICAや他ドナーによる支援プログラム全体の中での位置づけを明らかにするために、要請プロジェクトを取り巻く環境と実施支援の可能性の検討材料となる情報を得る。特に、2004年12月に発生したスマトラ沖地震・インド洋大津波による影響を鑑み、リスクマネージメントに関する技術移転を内容として加えるニーズがインドネシア側にあるかどうかを確認する。
- (4) インドネシア側の要請事項に妥当性があると判断した場合には、調査結果にプロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）案と今後の調査スケジュールを添付したうえで、協議・確認事項を協議議事録（M/M）としてインドネシア保健省及び南スラウェシ州政府と交換する。

1 - 3 調査方法

2005年2月20日から3月12日までの調査期間中、インドネシア政府保健省、経済企画庁（BAPPENAS）、南スラウェシ州保健局、州経済企画局（BAPPEDA）、県・市衛生部、ハサヌディン大学、ドナー、NGOなどを訪問し、面談聞き取り及び協議を行った（調査日程と訪問先リストに関しては付属資料を参照）。また、南スラウェシ州では、保健所（Puskesmas）、国立保健医療従事者訓練センターなどの関連施設も視察した。これらの調査結果を基に大使館やJICAインドネシア事務所とプロジェクトの方向性などに関して協議を行った。また、法人契約による技術協力プロジェクト実施体制の参考として、JICAの初中等理数科教育拡充計画プロジェクト（Regional Educational

³ なお、要請背景の前提となる前プロジェクトの活動・成果がどのくらい定着しているかについては、要請元である南スラウェシ州作成の要請書が、行政強化に焦点をあてていることや、時間的制限から、前プロジェクトの4つの活動の柱のうち、地域保健管理者育成、PROARの導入に絞って調査を行った。

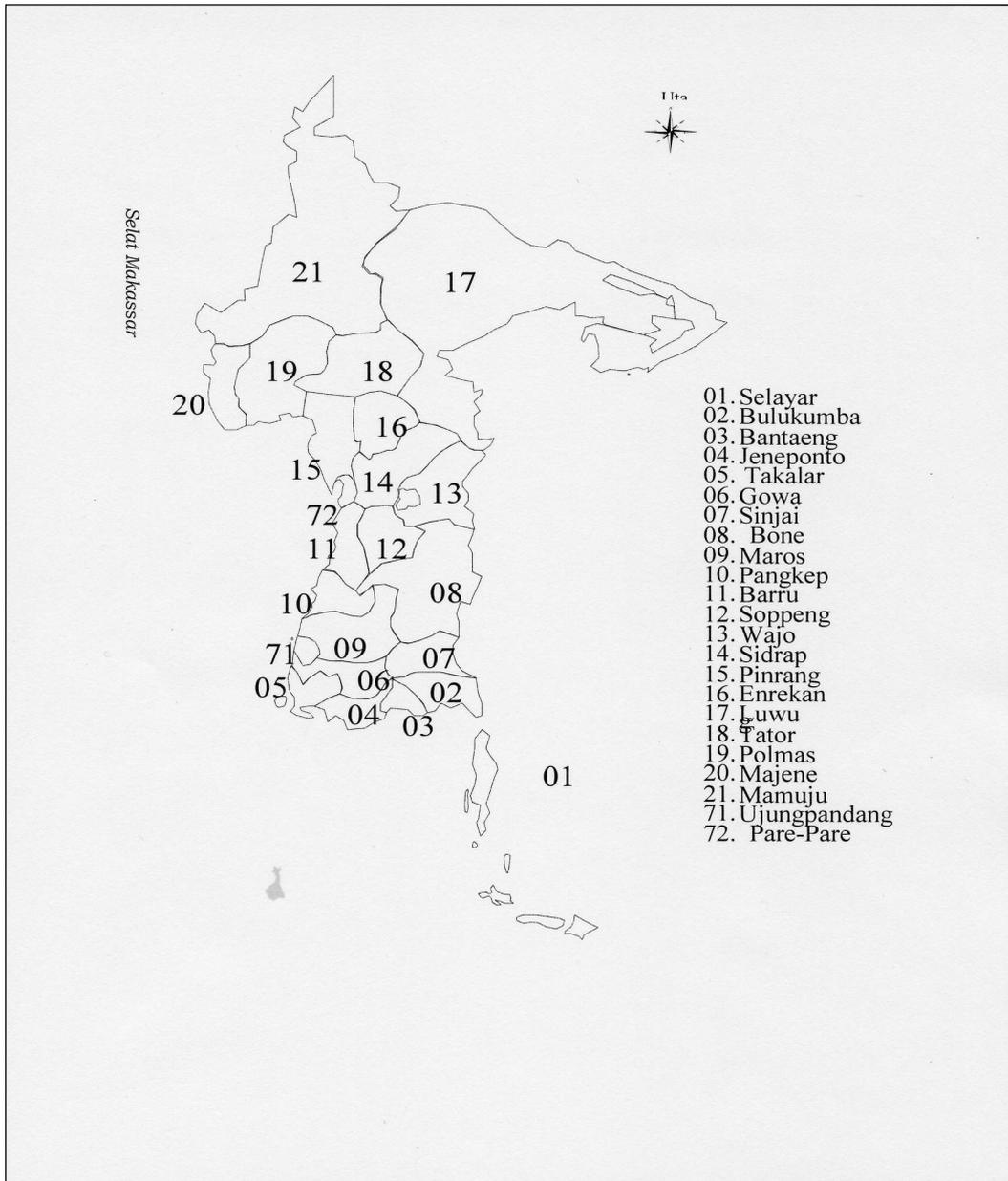
Development and Improvement Project : REDIP) のプロジェクトサイト (中部ジャワ) を視察し、関係者と意見交換を行った。

調査の中間結果を基に南スラウェシ州保健局とM/Mを作成し、調査団長と南スラウェシ局保健局長との間で署名を交換し、その後JICAインドネシア事務所とインドネシア保健省の間においてもM/Mの署名が行われた。

1 - 4 調査団員構成

本件調査は、以下の2名の調査団員により実施した。

氏名	担当	所属先	派遣期間
高橋 央	総括	JICA国際協力専門員	05/02/20 ~ 05/03/01
松山 章子	医療制度	(株)グローバルリンクマネジメント	05/02/20 ~ 05/03/12



注：2004年末に、南スラウェシ州県・市のうち、19：Polmas 県、20：Majene県、21：Mamuju県の3県が「西スラウェシ州」として分離した。なお、西スラウェシ州は現在5県に分割されている（Polmas県、Mamasa県、Mamuju Utara県、Mamuju県）。さらに、南スラウェシ州の一部である17:Luwu県は現在Luwu Timur県、Palopo県、Luwu Utara県、Luwu県の4つに分割されているので南スラウェシ州の県・市は合計23県である。しかし、現在入手できるデータ、情報は旧南スラウェシのものであるので、本報告書では、データ、統計は両州を併せて「南スラウェシ州」として記載している。

図1 - 2 南スラウェシ州 県・市地図

第2章 調査結果

2-1 近年のインドネシア保健医療セクターを取り巻く環境

約30年にわたる中央集権時代に、インドネシアでは中央政府主導の保健医療プログラムの実施を通じて、家族計画などはアジアにおける成功事例と称されるほど指標の改善がみられた。しかし、その他の母子保健や感染症対策などにおいては進捗が遅れており、依然国民、特に貧困層の健康状態は改善が遅れている。同時に、近年では心疾患や脳血管疾患なども死因の上位を占めるなど、疫学的には途上国に典型的な感染症⁴と先進国で多くみられる慢性疾患（非感染症）の双方の問題を抱えている状況である⁵〔保健大臣、2005年1月19日（CGI）準備会合〕。保健水準が低い主な原因の一つとして、保健医療セクターが国家開発計画の中で重要な位置を与えられずにきたことがあげられる。保健医療の国家予算に閉める割合は2.6%（2000年のインドネシア発表統計、平成14年度JICA国別事業実施計画）であり、WHOが推奨する5%を大きく下回っている（2002年CGI保健医療ワーキング・グループPartnership for Healthの資料）。また、保健医療従事者の数の不足と同時に質が低いこと、保健医療施設、設備及び医薬品の充実も資金不足から外国援助に依存することが多く、簡易な医療機材のメンテナンスもままならないケースが多いことなども保健状況の改善を妨げる要因となっている。1997/98年の経済危機の際は、海外からの原料の輸入に頼る医薬品や検査試薬の不足により保健医療サービスの質が低下し、社会的弱者が保健医療サービスへのアクセスを遮断される事態となった（平成14年度JICA国別事業実施計画）。

さらに、2001年に実施が始まった地方分権によって、保健医療サービスが量・質ともに低下傾向にあることが報告されている。例えば、かつてはコミュニティーベース保健活動の中核を担っていた総合保健ポスト（Posyandu）への住民の参加率は減少している。これは中央集権時代には中央から地方へ流れていた潤沢な資金を基に地域婦人会（PKK）などのボランティアを中心に住民の動員が積極的に行われていたが、現在では予算が大幅に削減されて総合保健ポストにおけるサービスの質が低下⁶し、住民の参加動機が弱まっているためだといわれている。このほかにも、地方分権となって予算措置の責任を担うこととなった地方自治体において、保健医療活動への適切な予算配分を行っていないため保健所での医薬品の不足などが起こっている。

2001年12月には「貧困緩和委員会設立」に関する大統領令が制定され、委員会が設置された。大統領令では、環境、住居、インフラ支援、雇用創出を通じた生計向上と並んで保健医療、教育等のベーシックヒューマンニーズ充足が、エンパワーメントと能力開発を図っていく重点分野として位置づけられている。2002年10月に貧困削減戦略ペーパー（PRSP）暫定会合が開催され、2003年6月にPRSP分科会が設立されてから2004年5月に最初のPRSPドラフトが作成された。現在、PRSPドラフトは関係するステークホルダーを巻き込みながらレビューが行われている最中であり、正式なPRSP作成まではさらに時間がかかるものと考えられる。国家レベルでのPRSP作成後は、地方各自治体において

⁴ 結核、下痢症、マラリア、デング熱、急性呼吸器感染症などの罹患率が高い。通常途上国に典型的な感染症・栄養不良・妊娠出産に起因する疾病が多く見られる状況から、先進国に特徴的な慢性疾患（生活習慣病等）が多くみられる状況への移行を「疫学的移行（Epidemiological transition）」と呼ぶが、インドネシアでは疫学的移行の途上で双方の問題が並存している。この状況は、疾病の二重負担（double burden of diseases）とも呼ばれる。

⁵ 加えて、SARS、鳥インフルエンザ、HIV/AIDSなどの新興感染症の脅威にもさらされている。

⁶ 例えば、かつては栄養活動の一環として体重測定にくる子供たちにボランティアが補助食を準備して配給していたがそれが中止されたり、総合保健ポストで入手できる医薬品などが不足している。

地方の状況を反映した地方PRSPの作成が行われる予定である⁷。

保健医療セクターにおけるドナーの動向をみると、CGIのもとに主要セクター別にワーキング・グループが設置されており、保健医療分野においてはPartnership for Healthが存在する。メンバーはWHO、UNICEF、USAID、世界銀行、AusAID、EU、JICA、CIDA、GTZなど、多国間及び二国間の国際協力機関である。Partnership for Healthは定期的に会合を持ちドナー間の情報、意見交換を進めている。2002年、CGI会合の準備段階において、インドネシア政府は重要議題（アジェンダ）として社会開発からはグッドガバナンス、教育、貧困対策などを取り上げたものの、保健医療は「貧困対策」に包括的に組み込まれるべきとして別立てで取り上げない方向で調整していた。これに対して、Partnership for Healthは、保健医療課題に対する政府側の意識が希薄である現状で、アジェンダとしてあがらないことは保健セクターがさらに軽視されることであるという危機意識からドナー各国・機関に働きかけを行い、その結果保健医療問題がCGI会合のアジェンダの一つとして取り上げられることとなった。

2 - 2 我が国の対インドネシア保健医療セクター援助方針

我が国の対インドネシア援助の基本方針は、「国別援助計画 インドネシア」（外務省、2003年）に明示されている。この中で保健医療は重点分野として位置づけられている。これに沿って在インドネシア日本大使館はJICAとの連携のもと「セクター別援助計画（保健医療）」（2004年）を作成し、技術協力の実施機関であるJICAは「国別事業実施計画（全セクター）」を策定した⁸。JICAは「国別事業実施計画」で、経済の回復・安定化のための経済構造改革への支援、グッドガバナンスへの支援、

持続可能な経済成長確保のための経済発展基盤の強化、社会開発と貧困削減、環境保全の5つの援助重点分野に対して積極的かつ重点的に取り組むことを明記している。保健医療は社会開発と貧困削減の中で、基礎教育向上、村落開発の促進、食糧の安定供給、社会基盤整備、社会保障整備などと並んでサービスの向上への支援が謳われている。なかでも地域保健、感染症対策、リプロダクティブヘルスの支援が具体的分野となっている。

「インドネシア国セクター別援助計画（保健医療）」（2004年）によると、今後の協力の基本方針としては、MDGs達成と国内での地域格差是正に協力するため、「保健医療政策と制度の整備」「地域保健医療体制の強化」「子供の成長支援」「母親・女性の健康改善」「感染症」の5つが重点的支援分野とされている。援助実施にあたっては、地方分権の進捗状況をみながら、中央政府と地方政府（州、県・市）の役割と機能に応じて支援を検討し、地方政府においては支援後の自立運営能力を重視するとともに他ドナーやNGOとの連携も十分勘案するとしている。

⁷ PRSP作成プロセスの中で州レベルの動きとしては、第2章の「2 - 4 南スラウェシ州保健医療計画」の中の貧困削減プログラム運動の箇所を参照。

⁸ JICA内では、「国別事業実施計画（全セクター）」のもとに、JICAプログラム戦略ペーパーを作成し、保健医療セクターの戦略を策定しているが、この策定作業は大使館との密な協力連携の基に実施されているため、「セクター別援助計画」（大使館）と内容的にはほぼ重なっている。

2 - 3 南スラウェシ州の保健医療状況

表2 - 1は、インドネシアにおける主要保健指標を州別に示したものである。

表2 - 1 州別主な保健指標2002～2003年

	乳児 ⁹ 死亡率	全予 防接 種率 (%) ¹⁰	予防接種率内訳 (%)				妊婦検診先 ¹¹ (%)			出産介助者 ¹² (%)			
			B C G	三 種 混 合	ポ リ オ 3 回	麻 疹	医 療 従 事 者	T B A	な し	医 療 従 事 者	T B A	親 戚	本 人 の み
Sumatra													
North Sumatra	42	36.5	74.2	41.9	31.4	56.3	85.7	5.0	8.7	79.9	15.4	2.5	0.6
West Sumatra	48	58.6	84.0	66.5	60.6	66.0	94.8	3.8	1.5	79.8	18.0	1.8	0.3
Riau	43	57.2	83.6	63.3	47.9	75.4	90.3	4.8	4.2	74.0	22.8	0.7	0.4
Jambi	41	50.6	84.7	51.6	34.8	73.2	82.2	13.7	4.0	70.5	28.3	0.3	0.0
South Sumatra	30	50.7	88.2	56.0	28.6	78.2	93.7	2.7	3.5	76.4	22.5	0.3	0.4
Bengkulu	53	69.2	93.6	76.3	71.9	82.3	91.9	3.4	4.8	68.6	29.5	1.0	0.3
Lampung	55	46.3	87.7	61.0	52.8	79.8	93.0	4.3	2.6	62.4	37.1	0.2	0.0
Bangka Belitung	43	64.9	77.9	67.5	67.5	71.4	88.8	3.4	6.6	66.8	30.6	0.5	0.0
Java													
Jakarta	35	67.0	95.2	76.0	46.1	80.4	98.8	0.6	0.6	94.3	5.7	0.1	0.0
West Java	44	41.4	79.1	48.3	38.0	71.7	93.6	2.1	4.1	48.7	50.4	0.2	0.0
Central Java	36	63.5	87.1	73.6	61.5	75.9	96.1	0.4	3.5	67.2	32.2	0.3	0.0
Yogyakarta	20	84.2	100	91.0	80.9	91.1	99.3	0.0	0.6	85.2	14.8	1.0	0.0
East Java	43	64.2	84.6	66.6	56.4	76.5	90.9	5.0	3.8	80.7	17.0	0.0	0.6
Banten	38	25.4	69.3	35.0	22.9	44.0	85.8	8.8	5.1	62.9	35.7	0.6	0.0
Bali and Nusa Tenggara													
Bali	14	80.3	88.1	87.0	76.0	82.7	97.7	0.8	1.3	87.8	9.6	1.6	0.2
West Nusa Tenggara	74	42.5	88.6	44.6	40.2	80.9	90.5	2.8	6.7	50.1	46.5	3.0	0.0
East Nusa Tenggara	59	62.7	92.7	70.1	54.7	88.6	87.7	4.4	7.8	36.4	54.9	6.9	1.3

⁹ 1歳未満で死亡した子供の割合。出生1,000対。参照期間1993～2002年。全国値のみ1998～2002年。

¹⁰ 満12～23か月の子供のうち、調査実施時まで全予防接種（BCG、三種混合3回、ポリオ3回、麻疹）を受けた割合。予防接種カード記録か母親の記憶により確認されたもの。

¹¹ IDHS実施以前の5年間に子供を出産した女性が、一番最近の妊娠中に誰から妊婦健診を受けたかという割合。ここでは保健医療従事者は一般医、産婦人科医、看護師、助産師を指す。

¹² IDHS実施以前の5年間に子供を出産した女性のうち出産介助を誰から受けたか（複数の場合、最も高い資格を持っている人）の割合。ここでは保健医療従事者は一般医、産婦人科医、看護師、助産師を指す。

Kalimantan													
West Kalimantan	47	38.3	70.2	46.3	40.2	61.0	82.8	7.1	9.5	63.7	33.3	1.8	0.0
Central Kalimantan	40	49.0	76.8	56.2	43.6	58.9	66.6	21.9	9.5	6.1	48.8	2.2	0.0
South Kalimantan	45	52.2	79.1	59.4	39.8	69.8	88.7	7.7	3.4	57.4	40.3	1.0	0.6
East Kalimantan	42	66.6	85.9	71.0	57.6	80.9	91.2	3.1	5.5	79.2	17.9	0.5	0.6
Sulawesi													
North Sulawesi	25	68.6	90.1	77.9	65.1	73.6	96.8	1.1	1.0	85.9	12.0	0.0	0.2
Central Sulawesi	52	66.5	86.7	69.2	60.2	84.1	82.4	10.2	7.2	53.7	41.4	4.1	0.0
South Sulawesi	47	43.7	80.3	49.9	38.5	71.0	94.3	2.3	3.0	62.2	31.2	5.7	0.5
Southeast Sulawesi	67	52.8	84.2	68.1	36.6	70.3	84.9	9.2	5.8	42.0	54.5	1.8	0.9
Gorontalo	77	56.6	87.7	58.4	49.9	75.5	87.9	5.7	6.2	48.8	50.6	0.4	0.0
全国平均	35	51.5	82.5	58.3	46.2	71.6	91.5	3.9	4.4	64.3	31.5	1.3	0.3

出典 Indonesia Demographic & Health Survey 2002-2003

* 欠落データの割合(%)は割愛している。

**ここでの医療従事者とは、一般医、産科医、助産師、あるいは看護師を指す。

南スラウェシ州における乳児死亡率は出生1,000人に対して47人で、全国平均の35人より高い。子供の予防接種率は、全国平均より0.6%（麻疹）から8.4%（三種混合3回）ほど下回る。妊婦健診の提供者に関しては、医療従事者（一般医、産科医、看護師、助産師、村落助産師）と答えたのは94.3%で、全国平均をわずかに上回り、出産時の介助者が医療従事者であったのは62.2%で、伝統的産婆（TBA）による割合31.2%と合わせ、全国平均とほぼ同じであった。親戚に介助される率は全国平均の1.3%に比べて5.7%とやや高い。妊産婦死亡率に関してはインドネシア政府が正式に発表している州別統計は存在しない¹³。

南スラウェシ州保健局が作成している「Profile Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2003（南スラウェシ州保健白書2003年版）」には、南スラウェシで多くみられる疾病のいくつかについての記述がある。例えばマラリアは、病院、保健所、準保健所（Puskesmas Pembantu）など施設ベースでの検査報告によると、2002年には16,128人がマラリアの症状を訴え、うち6,251人が血液検査を受け、958人（15.33%）が陽性であった。2003年には8,491人が症状を訴え、血液検査を行った5,389人のうち1,365人が陽性であった（63.47%）。全国と比較すると、2001年のマラリア年間罹患率は全国（ジャワとバリを除く¹⁴）が人口1,000人対26.2人であるのに対し、南スラウェシ州は人口1,000人対10.75人である（Indonesia Health Profile 2002とSouth Sulawesi Health Profile 2002より算出）。WHOによって世界で第三番目に結核患者が多いとされるインドネシアであるが、南スラウェシ州においては2001年、喀痰検査によって

¹³ 一般的に保健情報システムによってルーティンで収集されるデータ及びそれを基に発表される州保健局、中央統計局の統計は信憑性に問題があるとされている。そのため、公にはDemographic & Health Surveyのようなサーベイデータが引用されることが多い。しかし、IDHS(Indonesia Demographic & Health Survey)においても「妊産婦死亡はサンプル数が少ないことで起きるエラーのために数値に関しては正確なことがいえない。」(IDHS 2002-2003)と、妊産婦死亡率の推計には慎重である。これに加えて、政府統計は政府保健医療施設におけるデータ・情報を基に作成されているが、民間セクターを利用している国民も多く、これらの政府統計が国民の健康状況、保健医療サービスの状況を必ずしも反映しているとはいえない。

¹⁴ 罹患率の算出方法はジャワ及びバリの各州とジャワ・バリ以外の州では検査設備の精度に違いがあるため異なる。原虫罹患率はより精密な検査が必要である。このため、南スラウェシ州の数値はジャワ・バリ以外の州の数値と比較することしかできない。

発見された結核患者数は23,759人でそのうち2,933人が治療を受けた。罹患率(喀痰検査による陽性率)を全国と比較すると、全国の人口10万人対32.12人に対し、南スラウェシ州では人口10万人対47.55人となっている(同上)。南スラウェシ州における性感染症、HIV/エイズに関する2001年に実施された調査では、囚人、船員、学生、妊婦などを対象とした検査でサンプル数1,343のうち梅毒陽性が21人(1.56%)、HIV陽性が6人(0.45%)であった。2003年までにHIV陽性患者数は62人、エイズ患者は4人と報告されている。デング熱は2003年の報告によると、患者数2,636人でそのうち39名が死亡した。これは2002年の報告より患者数は4.21倍、死亡率は1.97%の上昇である。5歳未満児の栄養状態も問題となっており、栄養失調が10%、栄養不良が21%(2003年)となっている。その他の疾病状況や南スラウェシ州で実施されている保健プログラムに関してはProfile Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2003(「南スラウェシ州保健白書2003年版」、南スラウェシ州保健局、2004年)に詳細をみることができる。

インドネシアにおける保健医療施設配置と役割は表2-2のとおりである。

表2-2 インドネシアにおける保健医療施設の配置と役割

	保健行政 / 公衆衛生	病院 / 診療	施設の機能と役割
中央レベル	保健省	高次医療施設(病院)	病床数によってランク分け(A-D)がされている。第三次医療施設であるこのレベルはAクラスであり大学病院(教育病院)、専門病院、総合病院などである。
州レベル	州保健局	州病院	Bクラス病院
県レベル	県衛生部	県病院	第一次リファーマル施設であるC-Dクラス病院
郡レベル	保健所 準保健所		地域保健サービス(PHC)活動の中核を担うのが保健所(Puskesmas)である。有床のもの、入院設備を持たない2種類の保健所に分けられる。保健所長は通常医師が(医師不在の場合は看護師が)務めることになっている。保健所の管理下には、郡と村の中間レベル(2、3村の一つぐらいの割合)で準保健所(Pukesmas-penbantu: Pustu)があり、看護師と衛生士など通常2人のスタッフが駐在し、母子保健や予防接種などを担当している。
村レベル	巡回保健所、助産所		巡回保健所(Puskesmas Keliling)は、保健所が網羅できない遠隔地の村落を対象として車両を使い補助的に巡回診療を行うものである。助産所(Polindes)は各村に助産師(Biden di desa)一人という国家的政策のもと推進されている。
集落レベル	総合保健ポスト		総合保健ポスト(Posyandu)は、主に乳児死亡率の減少を目的として、母子保健、家族計画、栄養、予防接種、下痢症対策の5つのプログラムと地域のニーズに応じた活動を行うものである。具体的には保健相談、体重測定、家族計画利用促進、予防接種、妊婦健診などが行われている。月1回、保健所スタッフが各集落の保健ボランティア(カダール)と一緒に活動する。住民参加が謳われている。

2003年の州保健局統計によると、保健医療従事者数は表2-3、保健医療施設数は表2-4のとおりである。なお、民間セクターのデータは州保健局では把握していないため、すべて公的セクターにおける数値である。

表2-3 南スラウェシ州保健医療従事者数と人口比（2002年）

	インドネシア	南スラウェシ州
医師総数(病院、保健所などの保健医療施設)	233,425	1,033
一般医 人口10万人対比率	7.99	12.46 (一般医、歯科医師、専門医)
歯科医師 人口10万人対比率	2.0	
専門医 人口10万人対比率	2.86	
薬剤師 人口10万人対比率	3.42	3.8
助産師 人口10万人対比率	25.91	65.075 (助産師、看護師双方)
看護師 人口10万人対比率	49.25	
公衆衛生士 人口10万人対比率	1.27	4.6
衛生技師 人口10万人対比率	1.39	6.9
栄養士 人口10万人対比率	3.22	5.7

出典 Indonesia Health Profile 2002 Southと Sulawesi Health Profile 2002より算出)

表2-4 南スラウェシ州保健医療施設数と人口比（2002年）

	インドネシア 総数(人口10万人対比率)	南スラウェシ州 総数(人口10万人対比率)
保健所	7,309 (3.46)	367 (4.43)
有床保健所	1,926 (0.91)	150 (1.81)
準保健所	21,790 (10.32)	1,162 (14.02)
巡回保健所	5,638 (2.67)	244 (2.94)
一般病院	953 (0.45)	45 (0.54)
専門病院	262 (0.12)	15 (0.18)
総合保健ポスト	220,198 (104.35)	8,762 (105.73)
助産所	27,925 (13.23)	711 (8.58)

注：数値はインドネシア、南スラウェシ州ともIndonesia Health Profile 2002から引用、人口比算出しているが、元々の数値がSouth Sulawesi Health Profile 2002に記載されているデータと異なる、あるいは後者には記載されておらず前者に記載されている部分などがある。

出典 Indonesia Health Profile 2002

2-4 南スラウェシ州保健医療計画

南スラウェシ州開発計画としては、PROPEDA (Regional Development Programs of South Sulawesi) と呼ばれる州開発計画を基に地方分権化の中での州の役割を考慮して策定された“Rencana Strategis Pemerintah Propinsi Sulawesi Selatan Tahun [「南スラウェシ州五カ年開発戦略」(RENSTRA)] 2003-2008”が存在する(BAPPEDA、2003年)。この中での重点分野として第一に人々の生活の質の向上、第二に地域経済の活性化、第三に社会、国民、市民生活の質の改善、第四にコミュニティーや政

府組織のエンパワーメントをあげている。保健医療の課題は教育、宗教理解、文化芸術、労働開発とともに第一重点分野に含まれ、健康と栄養に関するプログラム強化が記載されている。州予算（APBDI）のうち約9.66%が保健医療セクターにあてられている（BAPPEDA、2005年計画）。

州保健局が作成した保健医療セクター開発戦略として“Rencana Strategis Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan Tahun 2002-2007”がある。また、州の保健医療動向を分析した報告書である“Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2003”にプログラム活動やデータ・情報が記載されている。保健医療セクターの戦略とプログラムはあるがその大元になるはずの保健医療開発計画は存在しない。「戦略は本来開発計画が先あってそれを具体的な活動として実行するためのアプローチを指すが、先にあるべき開発計画が存在しないことが、いかに政策立案を保健医療行政ができていないかを示している」（州保健局計画部スタッフ）という声も聞かれた。

保健医療予算は大別すると中央からの中央政府予算（APBN）と州予算であるAPBDIとで構成されている。2001年から2003年の保健医療予算の内訳は以下のとおりである。2002年までは南スラウェシ州は、世界銀行Health Project IVの対象州に入っていたため、中央（保健省）を通じて保健医療セクターに資金が投入されAPBNの割合が高くなっている。また、2003年は世界銀行の資金が終了したことと、地方分権後の州の開発戦略で教育と保健医療が重点分野として位置づけられたことを反映して州予算の割合が高まった。

表 2 - 5 南スラウェシ州保健医療セクター予算

	2001年	2002年	2003年
保健医療セクター 総予算	Rp.1,560,378,587	Rp.1,209,387,359	Rp.1,890,705,138
財源 APBN（中央）	93%	94%	86%
APBDI（州）	7%	6%	14%

Rp.1,000 = 約11円（2005年3月現在）

注：県・市レベルの予算は州では把握していないため不明。

出典 Data Sumber Daya Kesehatan Tahun 2001-2003, 南スラウェシ州保健局 2004年

また、州のプログラムとして保健医療セクターと大きくかわるものとして「貧困対策プログラム運動GERBANG TASKIN」（Pedoman Umum Pelaksanaan Gerakan Pembagunan Pengentasan Masyarakat Miskin）がある。これはPRSPを受けて南スラウェシ州で策定された貧困削減対策プログラムであり、南スラウェシ州において15.44%存在するといわれている貧困線以下の世帯（2004年、南スラウェシ州保健局発表）を受益者とするものである。全23県・市のうち当初10県・市、のちに2県加えて現在12県・市を対象としている（12の対象県・市リストは表2 - 6参照）。このプログラムは基礎的サービスプログラム、生産的経済支援プログラム、インフラストラクチャー開発プログラムの3つの主要項目から成る。保健医療と直接関係している具体的活動としては、元来、助産所として機能していたPolindesに駐在する助産師に対する基礎的母子保健のトレーニングを通じた貧困層に対する無料の保健医療サービス提供、米の一年間の無料提供、トイレや安全な給水施設の整備などがあげられている。財源としては中央（APBN）、州（APBDI）、県・市（APBD II / プログラム対象県・市は全予算の15～25%を割り当てる）が負担している。

表 2 - 6 南スラウェシ州 県・市別人口等

県・市	人 口	郡	町・村	貧困対策 運動対象
Selayar	109,415	9	72	
Bulukumba	371,453	10	125	
Bantaeng	164,841	6	66	
Jeneponto	323,245	9	111	
Takalar	240,578	7	73	
Gowa	552,293	12	151	
Sinjai	216,589	9	75	
Maros	286,260	14	103	
Pangkep	275,151	12	100	
Barru	156,661	7	46	
Bone	679,904	27	372	
Soppeng	224,121	7	67	
Wajo	362,683	14	176	
Sidrap	246,259	11	106	
Pinrang	331,592	12	103	
Enrekang	175,962	9	108	
Luwu*	425,834	13	185	
Tator	416,610	15	143	
Luwu Utara*	462,437	19	276	
Luwu Timur*	n.a.	n.a.	n.a.	
Makassar市	1,145,406	14	143	
Pare-Pare市	113,057	3	21	
Palopo*	n.a.	4	28	
合 計	7,280,351	243	2,650	

* かつてのLuwu県が4つに分割された。
出典 スラウェシ州保健局(2004)

2 - 5 地方分権化の進捗状況と保健医療セクターへの影響

インドネシアでは、2001年から開始された地方分権によって、地方政府へ大幅な権限委譲が実施された。しかし、県・市が開発計画策定、運営実施、予算配分に関して責任を担うというものの、財政的裏づけや人的能力のレベルは不明で、中央、州、県・市の役割、機能分担や関係性についても不明確な状態が続いていた。財政的に裕福な一部の県・市を除き、多くの県・市は現在も中央からの地方交付金に全面的に依存しており¹⁵、行政官は計画策定、活動実施能力が不十分で、地方政府首長をはじめとする政治家は選挙を意識してインフラ重視の政策をとる傾向にある。そのため、保健医療などの社会開発セクターは軽視されがちとなり、地方間の格差がますます広がってきていると懸念されている。また、県・市の中にはデータや情報を従来のように州にあげてこなくなったところもあり、県・市レベルの現状を把握することがますます難しくなっている。

¹⁵ 中央政府から地方政府が受け取るGeneral Allocation Fund (DAU) は、県・市の一般財源 (APBD II) との平均で67.8%を占める。この一般財源からどれだけ保健医療セクターに配分するかは地方政府の裁量にまかされている。

2004年9月に、地方自治に関する重要な法律(1999年第22号、1999年第25号)¹⁶が、それぞれ「2004年第32号」と「2004年第35号」に改正された¹⁷。この改正の大きな特徴は、地方分権実施直後に県・市レベルに大きく権限が委譲された結果、権限が弱まりその役割も不明確となっていた州に、権限の一部を再び戻すとともにその役割もある程度明確化したところにある。具体的には、1999年第22号で規定されていた「州、県・市はヒエラルキーの関係にない」との文言がなくなり、新法では国、または国の代理としての州知事の、県・市に対する監督機能が明確に規定されている。また、監督・監査についての国と州の役割分担も明文化され、中央政府が地方全体を、州政府が管轄する県・市政府を、監督することとなった。予算に関しては、旧法では「予算案採択後に、州政府の場合内務大臣へ、県・市政府の場合、州知事へ報告する。」とあったが、新法では「採択前に州は内務大臣に、県・市は州知事に予算案を提出し、審査を受けなければならない。」と規定された。また、人事権に関しても修正され、旧法では「州の官房長の任命は、内務大臣との相談後州議会の承認を得て、州知事が決定する、また県・市の官房長の任命は、州知事との相談後、県・市議会の承認を得て県知事、市長が決定する。」とされていたところ、新法では、「州官房長は大統領が、県・市官房長は州知事が決定する。」つまり上位機関の長が決定するという形に変更された。さらに、地方議会の承認を不要とし、政治勢力の公務員人事への介入を排除している。財政面では、現行(旧法)では、一般交付金について州への配分が10%、県・市への配分が90%とされているが、州への配分が大幅に増加する見通しである(詳細は未定)。つまり、県・市に対する監督権限が与えられ、予算的にも配分が増えることで、地方行政における州の発言権が増すことが予想される。ただし、法的改正が行われたといっても詳細はこれから決定される部分が多く、予算執行の監督権限(業務監査、会計監査など)まで州にあるのか、州によるモニタリング機能はどこまでどのようなシステムを通じて行われるのかなど、実際のオペレーションにかかわる部分についてはいまだに不明な点が多い。

地方分権化に伴い、中央政府は国民に最低限の基礎的サービスが保証されるべき(Obligatory Services)との観点から、セクターごとにMinimum Service Standard(インドネシア語の略語で、通称SPM)を設定した。保健医療セクターにおいてもSPMが設定され(2003年第1457保健大臣令)、その技術ガイドラインも作成された(2004年第1091保健大臣令)。技術ガイドラインでは、自治体が達成すべき一連の目標値と、それぞれの指標の定義等が記載されている。例えば、子供の健康については、乳児死亡率、予防接種率、下痢症の子供に対する経口補水塩(ORS)使用率等が、妊産婦の健康であれば、妊婦健診率等が、目標値として掲げられている。ただし、現在のところ全国一律の目標値が設定されており、地域によっては現状からかなりかけ離れた数値となっている。このため、地域の現状に見合った目標に置き換え、到達のための活動を計画するSPMの地域化(Localization)が必要になるものと考えられる。

また、地方分権後、地方政府の保健医療セクターへの予算配分が不足していることを憂慮した保健省は、2001年12月、300にのぼる県・市の首長を招集し、地方予算の少なくとも15%を保健医療セクターに配分するよう要請した。2003年10月には、保健省は中部ジャワ、ソロの県知事、市長、衛生部長を集め、再び15%の予算配分に関して重要性を訴えている。しかし、現実にはこのような要請は拘束力も罰則規定もなく、15%の配分を実施している県・市は一部の裕福なところを除いてほとんどない(P.T. Japan Relation Indotama, 2004年)。調査団による聞き取り調査によれば、南スラウェシ州にお

¹⁶ 地方自治(分権化)の実施は2001年からであるが、法律の施行は1999年であり、「地方自治に関する1999年法律第22号」と「中央・地方財政均衡に関する1999年法律第25号」が地方分権化の法的根拠をなしていた。

¹⁷ 地方分権にかかわる法律の改正については、JICA専門家中嶋氏の「新『地方自治法』の誕生」(2004年10月)を参考にした。

いても、州レベルで正確なデータは把握していないが、APBD II全体の平均5%前後しか保健医療セクターには配分されていないであろうとのことであった。実際、訪問した3県、1市のうち、裕福なParepare市のみが15~17%と回答し、Pangkep県で約10%、Takalar県は4%、Maros県は6%、Gowa県は4~5%であった。Parepare県は、県が商業港を有し財政的に豊かであるだけでなく、現在の県衛生部長が隣接県の元県知事の娘であり政治的ネットワークがあることなども関係していると思われる。10%と回答したPangkep県においても、衛生部副部長の夫が県官房長官であり、政治手腕があり県知事に影響力を持つ人物として知られており、保健医療セクターへ比較的多くの予算がつけられている¹⁸。このような事情を勘案すると、自治体の全予算における保健医療分野の予算割合は、政治的な配慮がなされない限り低く抑えられ、比較的高率に配分されていても恣意的で不安定であることが推測される¹⁹。

2 - 6 前プロジェクトで展開された活動の定着状況

南スラウェシ州から提出された要請書に関連して、前プロジェクトの主要活動項目うち、PROARとハサヌディン大学での地域保健管理者育成に焦点をあてて定着状況を調査した。

(1) Problem-oriented Action Research (PROAR)

調査団による聞き取り調査等によれば、PROARの技術移転についてはそのコンセプトである「根拠(的確な情報)に基づく問題分析と計画立案」については、保健所レベルの職員まで重要性が認識されていた。しかしながら、「大きなグループで話し合いをするときに、いろいろな意見を収斂させて、根元的問題を把握するには適した手法である」(Gowa県衛生部家族計画課長)というような肯定的見方がある一方で、日常業務の中では現在ほとんどPROAR手法は利用されていないのが現状である。その理由として、まず、地方保健医療行政の絶対的予算不足のために、現状分析に必要な情報収集活動を含め、PROARの一連の活動が実施できないことがあげられる。特に、地方分権化後、地方政府が予算配分の責任を担うが、一般的に経済インフラ(建築、運輸など)などが地方政府の最優先事項であり、保健医療への関心は低い。第二に、膨大な日常業務に追われて、保健医療施設のスタッフがPROARを定期的に利用するには時間が足りない。また、PROARは毎年作成しなければならない活動計画を策定するには時間がかかりすぎ、予算編成のサイクルに合わないなど、時間制約上の問題点も指摘された。第三に、PROARの研修は精力的に行われたものの、例えば一保健所につき1、2名が研修を受けているだけであるので、保健所全体としてPROARを使って計画を策定するには無理があるとの、技術的・人的制約上の問題を指摘する意見もあった。州保健局スタッフによれば、PROARの手法は、州の全県・市においてセミナーなどを実施して紹介されたが、各県・市から代表者が研修に参加した後、他のスタッフに知識・技術が共有されないままであることも多いというのが実状である。

PROAR導入以前から保健省の指導により実施されている、PWS(Area Information Monitoring)によって定期的に管轄するコミュニティに保健所スタッフが出向き必要なデータを収集し、それを基に計画を作成するというのがより一般的に行われているようであった。しかし、このPWS

¹⁸ Pangkep県では、最近県立病院を新設(建て替え)したばかりである。

¹⁹ ただし、単純に自治体予算の保健分野への支出割合を持って自治体の保健分野へのコミットメントや保健分野での取り組みを評価することは危険である。例えば、財政的にも豊かな都市部においては、病院が集中しているために自治体予算を割かざるを得ない状況となっている可能性があり、保健支出が高いのは、システム上の非効率の結果であるかもしれない。

も、県・市の財政、人的能力によって実施状況は地域によって格差があると思われる。例えば Parepare市の保健所のように財政的に豊かな場所では、各保健スタッフに1台ずつオートバイを供与し、かつコミュニティ訪問によるデータ収集活動に対し1回ごとにRp.15,000ずつインセンティブとして支払っており、月2回保健所スタッフ全員がコミュニティに出向きデータを収集している。Parepareは、管轄地域に島や山岳地を含む他の県などに比べて、都市部であり地理的にもコンパクトにまとまっていて移動しやすいという利点もある。一方で、遠隔地でアクセスの悪い地域や財政状況が厳しいところでは事情は異なる。例えば、Takalar県 Komara保健所では、通常の通勤でさえ交通事情が悪いために勤務率60%という状態であり、保健所へ来る患者数は少なく財政的にも苦しい。このような所ではPWSの活動にも限界がある。

(2) 地域保健管理者育成

ハサヌディン大学における地域保健管理者育成研修は、当初修士課程から開始されたが、その後、医療経済学や病院管理学などのコースが新たに加えられることとなった。今日まで200名を越える卒業生を輩出している。南スラウェシ州保健局、縣市衛生部スタッフ、保健所長、副所長をはじめとした人材が修士号を取得しただけではなく、他州からの入学者も増えて、スラウェシ島内だけではなく、マルク、パプア州などからも学生が来ている。遠隔地からの参加の場合は、1学期6か月の半分はハサヌディン大学で就学し、残りの3か月は地元に戻り実務を行うというブロックプログラムという形式をとっている。講師陣のレベルもインドネシア大学やガジャマダ大学などからの客員教授を迎えることで質の高さを保っている。ハサヌディン大学はインドネシアにおいて地域保健管理(実務)者用の公衆衛生修士課程を持つ5つ²⁰の大学のうちの一つである。特に、他の4大学はすべてジャワ島にあることからハサヌディン大学の東インドネシアにおける人材育成機関としての重要性は際立っている。カリキュラムは、WHOの公衆衛生大学院のカリキュラム要綱に準拠しており、提供するコースの質の確保に努めている。また短期コースや、県・市へ出向いての現場での研修なども実施している。ハサヌディン大学の公衆衛生大学院コースの人材育成拠点としての役割や講師陣の実力などに関しては、他ドナーも評価している。

ただし、研修終了者からは、専門知識の基礎を学んでも、実務の現場で問題に即対応できるようになったわけではないという意見も出された(南スラウェシ州保健局スタッフへの聞き取り調査)。修了生である保健行政担当者の活動を大学側が直接モニターしていないため、コースカリキュラムが行政のニーズに十分合致していない可能性もある。インドネシアでは昇進のために学歴は重要であり、それが受講の人気を支えている一因であることも考えられる。大学における研修自体はそれなりに評価していても、実務レベルでの問題解決に直結しない現状、特に財政的な問題を指摘した参加者もいる。調査団が聞き取り調査を行ったGowa県の衛生副部長は、次のような見解を述べていた。「研修、研修といってたくさんのひとが研修を受けた。研修で皆知識はいっぱい持っている。でも研修してその後はどうなの？ 問題はその知識をどう現場で活かすかということ。私たちはコミュニティに何が必要なのかはわかっている。ただそれを実行する予算がない。」

²⁰ 残りの4つはインドネシア大学、ガジャマダ大学、アイルランガ大学、デボネゴロ大学であり、すべてジャワ島にある。

2 - 7 他ドナーの動向

南スラウェシ州において保健セクターで活動している、あるいはインドネシアの他の地域も含めて「保健医療システム向上」という分野で協力活動を行っているドナーの動向を調査する予定であった。しかし、保健医療セクターで活動する多くのドナーがスマトラ沖地震・インド洋大津波に対する協力支援で多忙な時期と重なり、面談の約束がとれなかったり、また緊急出張で面談の予定がキャンセルされたりもした。また、保健医療システムにかかわる協力を行っているドナーでも、直接の担当者は遠隔のプロジェクト地をベースとしており、ジャカルタでの面談はできないということもあった。そのため、今回収集できた他ドナーの動向に関する情報は限定的である。

アジア開発銀行が地方政府を対象として「県・市保健医療サービス (District Health Service II)」を2005年から実施する予定で、南スラウェシ州も対象州に含まれている。県・市を対象に根拠 (的確な情報) に基づく保健医療計画策定を促し、それに対してアジア銀行が融資をする。これは、財務省がアジア銀行からローン借りて、それを県・市に貸し出すという二段階ローンという形をとる。

GTZは、東ヌサテンガラ州において「県保健医療システム向上 (Improvement of the District Health System)」プロジェクトを実施している。パイロットとして2県を選び、病院サービスの質の改善、PHCサービスの改善、県保健医療マネジメントの強化、保健医療団体や組織の強化などを活動の中心としている。

EUは、南スマトラ州、ジャンピ州、パプア州において地域保健サービス支援プロジェクト (Support to Community Health Services) を実施している。貧困層の保健、栄養状態を改善するために、県・市レベルあるいは郡レベルにおける地域保健医療サービスの向上を支援している。

AusAIDとDfIDは、南スラウェシ州においてユニセフのSafe Motherhood プログラムへ資金援助を行う予定である。しかし、今回UNICEFマカッサル地域事務所の保健担当者がアチェへの出張中で会えなかったため詳細は不明である。

世界銀行は、東部インドネシア開発におけるドナー調整を目的として南スラウェシ州、マカッサルに「東部インドネシアマルチドナー支援事務所SofEI (Multidonor Support for Eastern Indonesia)」を開設した。情報交換、ステークホルダー間のネットワークづくり、能力向上とトレーニング、プロジェクト形成準備支援などを活動の核とする計画であるが、事務所は設立されたばかりで、まだ他ドナーの参加状態 (特に支援事務所への資金協力) は定かではない。

MSH (USAIDの協力機関であるNPO) は、保健省を通じて地方分権に伴う保健医療セクター改革に対する支援を行ってきた。特に、MPS (Minimum Service Standard) 策定の際、ドナーの中で中心となって技術的支援を行ったが、プロジェクト自体は2004年に終了している。このため今回の調査団では訪問面接ができず資料も収集できなかったが、MSHが支援していた地方保健医療セクター改革プロジェクトが収集した情報や経験、教訓から得る点は多いと思われ、今後USAIDなどを通じて情報収集を行うことが望ましい。

2 - 8 その他の関連事項

草の根技術協力「PHCと看護」は、看護・助産に関する技術的トレーニング（本邦での研修）であり、州、県が望む保健医療行政マネジメント能力の強化のための支援と直接的にかかわる部分は少ないと考えられる。ただし、パイロット地域におけるコミュニティーレベルでの保健活動に関しては協力できる可能性もあるので、引き続き情報交換を行うことが望ましい。

津波災害などを含むリスクマネジメントについては、保健省公衆衛生局長によると、現時点では、感染症、栄養などの慢性的な公衆衛生問題に比して優先順位は高くないとの回答であった。

第3章 プロジェクトの方向性に関する検討事項及び提言

3-1 問題の所在

図3-1に南スラウェシ州の医療行政が現在抱える問題を示す。

<--- プロジェクトの主な範囲 >

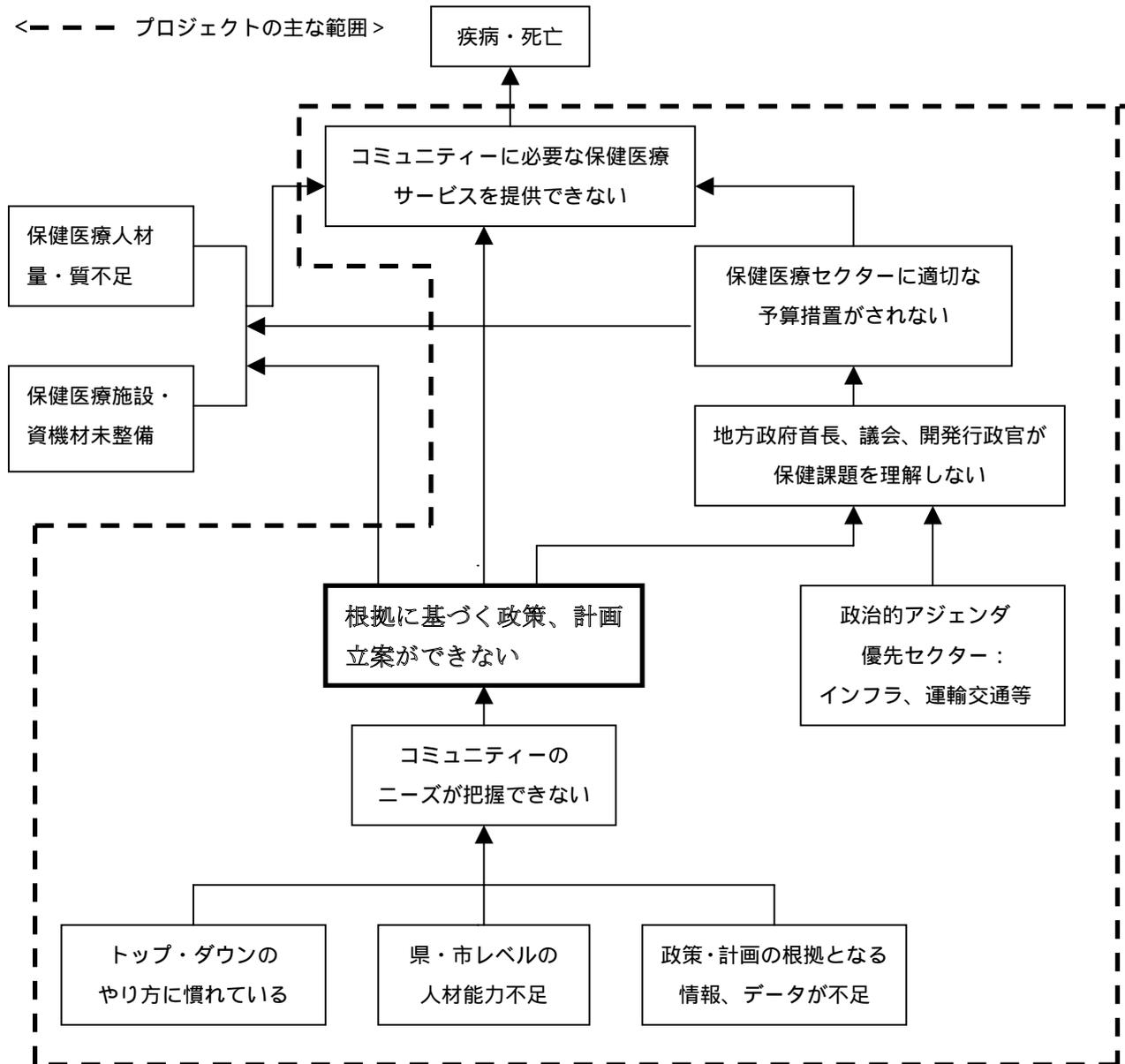


図3-1 問題系図

3-2 南スラウェシ州保健局の期待と現時点での共通認識

州保健局は、PROARは問題分析・計画立案の一つの手法ではあるが、現在必要なのは、より包括的な保健政策立案、活動実施運営能力向上であるとして、今後はより包括的な保健行政能力の強化、特に保健医療政策立案、財政管理、プログラム運営実施（マネージメント）における能力を強化したいと考えている。提出された要請書はその手段として「研修」に焦点をあてているが、調査団の調査結果を基にして協議した結果、単なる研修を中心にしたプロジェクトでは、行政能力向上の最終的目

的である「コミュニティへの適切な保健医療サービスの実施」へどうつながるかという成果がみえないという結論になった。そこで、コミュニティのニーズに見合ったサービスの提供を実施し、かつその成果を地方政府行政官、財政担当官、政策立案者に提示し、保健医療の予算確保へ働きかけを行うというサイクルの中で、行政能力強化の研修を位置づけることで合意した。

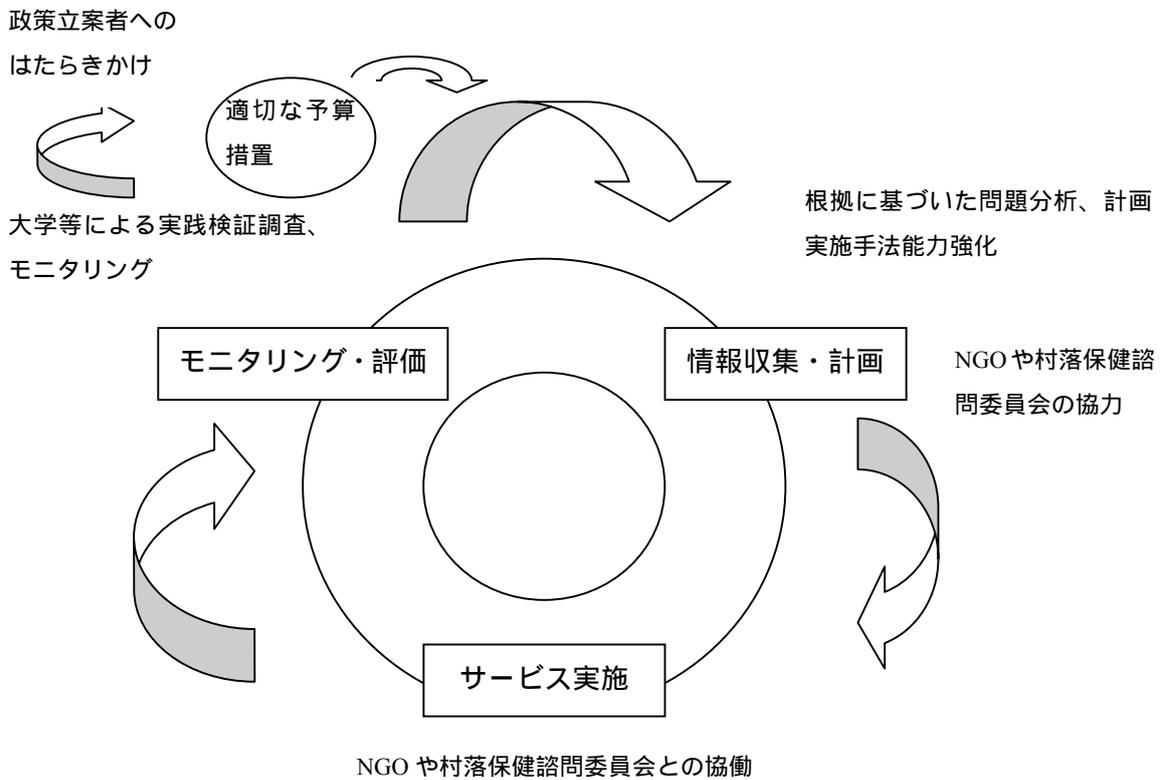


図3 - 2 プロジェクトイメージ図

また、コミュニティレベルでの保健活動は、当初は州保健局から南スラウェシ州開発地域（全5地域）をすべてカバーすべく各開発地域の中心都市をパイロット地区にしてほしいとの要請があったが、協議の結果、州内の貧困削減対策運動の対象県（全12県）からパイロット県として3県を選定し、地域NGOと協力してコミュニティベースの保健活動を実施することで合意した。州保健局は、NGOと協力してコミュニティでの保健サービス実施を行うことに対して大変前向きである。パイロット県の選定基準としては、南スラウェシ州における貧困削減対策プログラム運動対象県（12県）であること、社会・経済状況が極端に悪くないこと、地理的アクセスがある程度良いこと（あまり遠隔地であるとモニタリングが困難であるため）、地方政府側にリーダーシップが見られることなどが考えられる。

3 - 3 提言

調査の結果をもとに、前プロジェクトの経験を土台としながら、次のようなプロジェクトの枠組みを提案する（図3 - 3 参照）。州及び県の保健医療行政マネジメント能力（根拠となる情報収集システムの確立、根拠に基づく保健医療計画の立案、計画に沿った予算の確保など）を強化することで、域内の保健医療サービスを向上させるという地方行政システムの上位から末端へのアプローチと、保

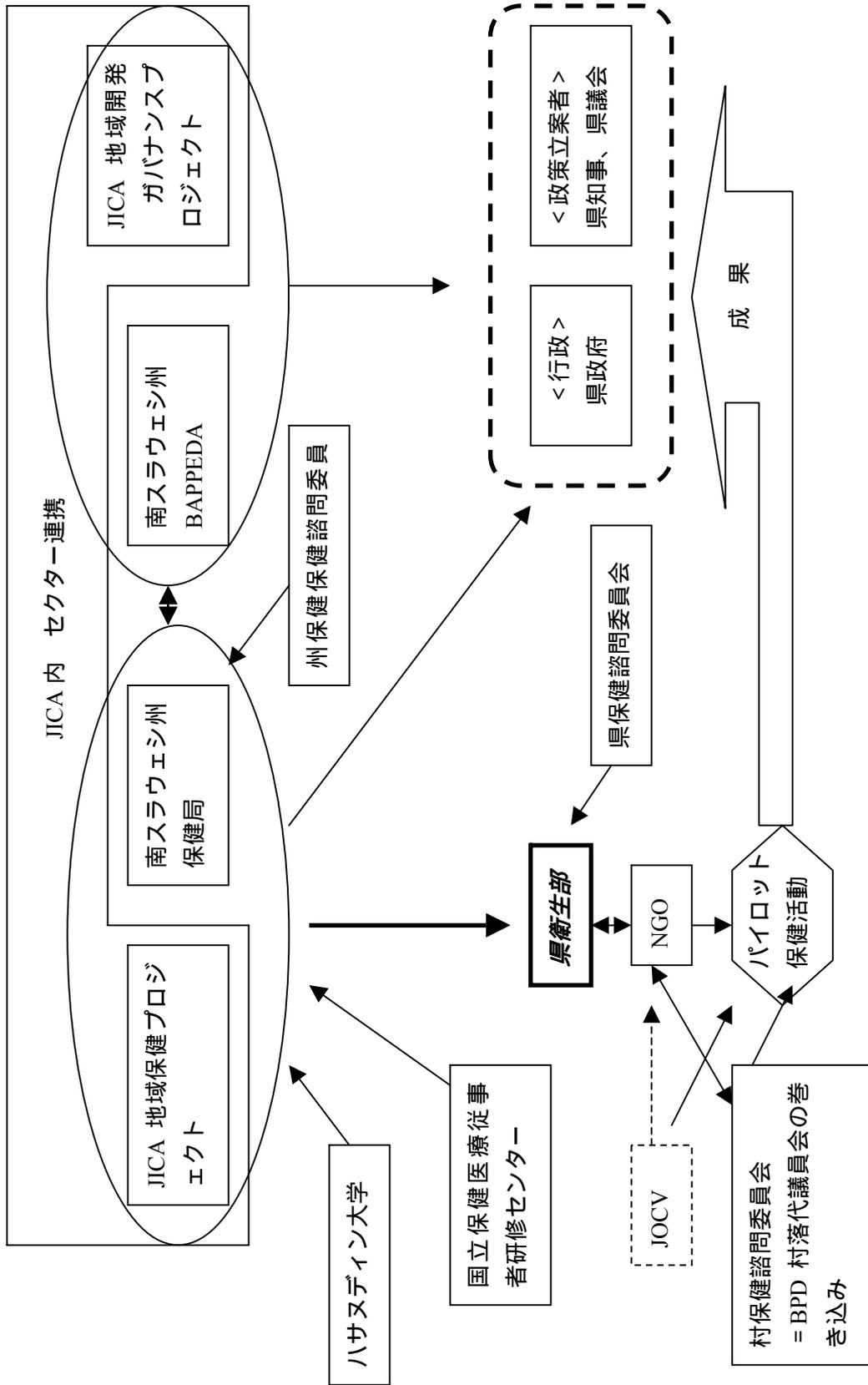


図3 - 3 プロジェクトの概要

健医療サービスの効果をコミュニティレベルで検証し、結果を地方政府に提示することで保健医療行政に反映させていくというボトムアップアプローチをつなぐことを柱としている。

地方保健医療行政マネジメント強化を行うには、地方政府内における保健セクターへの予算の適正配分という観点から、地方政府行政者や政策立案者への積極的な働きかけ（アドボカシー）を行う必要がある。その際、根拠となるデータや情報を体系的に収集するシステムを確立し、その情報をもとに的確な状況分析を行ったうえで活動計画を策定し、地方政府の政策立案者へ理解を求めるというプロセスが重要であり、その一連のプロセスにかかわる技術支援を実施する。

また、保健医療行政マネジメント能力強化の最終目的は、コミュニティの抱える健康問題に対して、保健医療システムが適切なサービスを提供し、住民の健康状態を改善していくことである。そのためには保健医療サービスの健康改善効果を、実践を通じて検証し²¹、経験と実績に基づく能力向上を図ることが有益であると思われる。したがって、選定されたパイロット県においては、保健医療サービスの改善及びその改善効果の実証につながる技術支援を実施する。

パイロット県における実践・実証活動には、地域NGOとの連携によるコミュニティベースの保健活動も含めることが望ましい。この際、コミュニティでの活動が政府の行政能力強化につながり、また活動自体の自立発展性を強化するためには、政府システムに直結することが必須であり、村レベルでの代表者をメンバーとする村落保健諮問委員会の設置〔あるいは、行政組織である村落代議員会（BPD）にその機能を付加する〕等、制度面の整備を合わせて支援することが考えられる。なお、パイロット県における活動については、成果について十分な検証を行ったうえで、保健省とも協力のうえ、州政府がセミナーなどを通じて他地域に対して経験・教訓の発信を積極的に行うことが重要である。

図3-3の中で、地域保健行政の各レベルにおいて、保健医療情報収集・分析、計画・立案、モニタリング・評価への、住民・有識者などの参画を保障することを目的とした「保健諮問委員会」を提案している。州・県レベルでは制度として既に存在しているが、例えば州レベルでは、同委員会は設立され委員が指名されたばかりで実質的な活動ははまだ始まっておらず、制度が着実に運用され、期待された効果を生むように後押しが必要であると考えられる。また、村落レベルにおいては保健に特化した委員会は存在せず、新たに制度化することを検討する必要がある²²。このため、今後各レベルの保健諮問委員会にどのような役割を担わせていくか、住民と協議しながら明確にしていくことも必要である。

²¹ 活動実施以前と以後、また活動実施地（介入地）と対比地との比較をする「前向き調査（Prospective Study）」を行い、成果を検証していく必要がある。すなわち、オペレーショナル・リサーチの要素をプロジェクトに組み入れることを意味する。

²² かつて同様の委員会が存在していたところがある可能性もある。

3 - 4 プロジェクトの意義

(1) セクター間連携

地方保健医療行政能力強化を、地域開発（ガバナンス）、コミュニティー・エンパワーメントなどの関連プロジェクトと、セクターの境界を越えた連携を行いながら進めることで、在外事務所主管のメリットである機動性を活かし、より地域住民のニーズに合致した協力プログラムの一部として位置づけることが可能となる。もともとJICAは南スラウェシ州において、地域保健プロジェクト（前プロジェクト）、貧困対策プロジェクト、農村開発分野での青年海外協力隊グループ派遣、BAPPEDAへの地域開発分野専門家派遣など、多数の協力を行ってきた経験があり、州、県・市、その他関連機関との信頼関係も構築されている。南スラウェシ州を対象として選定することで、保健医療セクターにとどまらず、より広範な地域開発の促進・地方行政の強化を視野に入れた協力を行うことが可能となる。

(2) 行政能力強化とコミュニティーベースの活動による重層的アプローチ

情報収集、計画・立案、サービス提供、モニタリング・評価という一連のサイクルの中で、情報収集・計画策定に関する技術協力を実施し、行政官の能力向上を図るとともに、パイロット県ではサービスの改善やコミュニティー活動を実践し、成果を実証することで、安定的な財源確保（保健セクターに対する適切な予算配分）も含めた行政能力の向上を図る。行政官の能力向上に関しては大学等と、またコミュニティー活動の実践においては、地域NGO等と連携し、行政、大学、サービス提供施設、NGO、コミュニティーからなる重層的アプローチを採用することが、本プロジェクトの特徴である。

(3) 前プロジェクトからの蓄積

前プロジェクトにおいては、ハサヌディン大学における公衆衛生学修士コースの設立を支援し、多くの保健行政官の養成に寄与した。卒業生は南スラウェシをはじめとして東部インドネシア各地で保健行政に従事しており、広範なネットワークを構築している。ハサヌディン大学の公衆衛生大学院の実績や能力については、他ドナーも高く評価している。また、州保健局のプロジェクト実施にかける意欲も高い。このように、前プロジェクトから培われてきたネットワークの中で、パートナーシップを組みながら活動を実施できることは、プロジェクト成果をあげるうえで促進要因になるものと期待される。

(4) 地方分権化の新たな局面

今般の法改正により、州の権限が強化されたことで、今後インドネシアの地方行政における州の果たすべき役割は増大するものと思われる。もともと、より優秀な人材が配置されている州を第一義的カウンターパートとすることで、広域へのトレーニング提供、パイロット県での活動に対する技術的支援、パイロット県の活動経験の他地域への情報共有などがスムーズにできると考えられる。

(5) 南スラウェシ州（マカッサル）の東部インドネシア開発における戦略的位置づけ

国内でも開発が遅れている東部インドネシアの中で、マカッサルを中心とした南スラウェシ州は戦略的に重要な位置づけにある。ジャワ島に対するドナーの集中的援助に比べると少ないもの

の、東部インドネシアの中では、多くのドナーによる支援が行われてきた(ユニセフ、世界銀行、カナダ、AusAID、USAID、アジア銀行、DFIDなど)。特に、NGOとの協調で支援を行ってきたり、ユニセフが参加型農村調査手法(PRA)のトレーニングを行ってきたりもしており、参加型開発、住民の声を反映させた地域開発に関する経験の蓄積もある。したがって、南スラウェシ州での技術協力を通じて得られた経験・教訓を、東部インドネシアの他の地域へ積極的に発信していくことで、将来的により大きな裨益効果が期待される。評価の高い大学の存在と合わせ、東部インドネシアにおける人材育成の拠点としても大きな役割を果たすであろう。

3 - 5 プロジェクト形成に際しての留意点

(1) 日本側の実施体制

過去の経験から、保健医療分野の協力については専門家のリクルート方法を工夫し、より広く人材を募ることが必要であるとJICAインドネシア事務所は感じている。具体的には、法人契約型技術協力プロジェクトまたは実証型開発調査等、プロポーザル方式により、市場を通じて競争により人材を調達する方式を検討している。

なお、北スラウェシ州と中部ジャワ州において実施している教育分野JICA技術協力プロジェクトのREDIP(Regional Educational Development and Improvement Project)は、その実施体制などの面で参考になると考えられる。当初、実証型開発調査として始まったREDIPにおいては、長期専門家は派遣せず、日本のコンサルタントが現地のコンサルタント(教育専門家)と協力しながら数か月に一度短期滞在を繰り返してプロジェクトを実施、モニタリングしてきた。プロジェクトの中では、郡レベルにコミュニティーの代表や教育現場の人々や、保健所長などの関係者による「郡教育開発委員会」を設置し、自分たちのコミュニティーにおいてどう教育環境を改善していくかを話し合う場所を設けた。このことは、コミュニティーの人たちにとって初めて同じ方向を向いて自分たちの子供の教育の質を高めるためにどうすればよいかを考え、意見を交換・共有する貴重な場となったと報告されている。また、プロジェクトにおいて実施した「活動」の成果を測るために、介入地とコントロール地において実施前後のデータを収集し、比較することでプロジェクトの成果を量・質ともに測定し、教育サービスが改善されたことを示した。

他方、REDIPの経験から実施体制やプロジェクトの成果を示すために必要な調査のアプローチなどを学ぶとともに、本件との相違点にも十分注意する必要がある。まず、REDIPは当初5年間JICAの開発調査のスキームの中で実施され、政府システムから比較的自由的な形での活動実施であったため、5年間の実施期間が終了して「成果」を示すことができても、それをインドネシア(地方)政府がモデルとして取り上げ、予算をつけるという制度化には直結しなかった。言い換えれば、日本側が成果を出すために比較的自由に投入したのであり、政府システムの改善を最初から目指す当案件とは前提が異なる。REDIPはこの問題を認識して、5年間の開発調査を終えた後、引き続き技術協力プロジェクトとして、現在は地方政府が自分たちのシステムの中で予算も徐々に配分を増やしながらか実施していく方向で活動支援を行っている。しかし、逆にいうと、ここに至るまで既に5年間の「モデル活動」を行ってきた蓄積があるということである。

また、REDIPは中学校における教育のサービスの質の改善を目指すプロジェクトであり、対象が「中学校」という単位であることは、サービス対象者も明確で、基礎的データ、情報も十分に存在し、調査も容易に行えるという利点がある。一方、保健医療サービスの質の向上を目指す当案件の場合は、病院、保健所、総合保健ポストなどの施設やシステムを核としながらも、究極的

な裨益者は地域住民、特に貧困層の女性や子供たちとなる。対象者とニーズを適切に把握するためには、総人口、出産可能年齢層にある女性の数、妊娠・出産の数、子供の数、死亡者数等の基本的な人口動態指標に加えて、主要な疾病ごとの発生率や死亡率等の疾病構造指標や、専門家の立会いによる出産の割合、予防接種率、DOTSによる結核患者発見率・治療完了率等の主要な保健サービスの利用率に関する指標、病床占有率や、保健医療専門職の数、健康保険加入率、財源別の医療費等の保健医療システムに関する指標等、多くのデータが必要となるが、既存の情報システムから得られるデータには限界があり、入手できないか、入手できても質的な問題から活用できないものが多い。

また、活動成果を測る調査を実施する場合も、REDIPの場合は、学校に通う子供を対象に「試験」を行って学力を比較するなど、測定しやすいスケールが多数存在するが、保健医療にかかわる意識や行動変化、あるいは健康改善を測定するためにはコミュニティを対象とする調査を実施する必要があり、サンプリングの方法もより複雑化し、データ収集にかかるコストも増大することに留意する必要がある。

(2) ハサヌディン大学の位置づけ

UNHASは、既にJICAとは業務実施のパートナーとして協力関係を築く能力を有すると思われる。ただし、前プロジェクトにおいては、JICAの支援を受けて修士課程設立が行われてきた経緯から、次期プロジェクトにおいてはトレーニングや調査のコンサルタント業務を行うパートナー機関として位置づけられていることを共有の認識として持ち、誤解²³を招かないようにする配慮が求められる。

(3) NGOの選定

約30年という長期にわたり中央集権時代を経験したインドネシアにおいては、NGOは与党の集票マシンとして機能したという側面もあり、現在でもNGOの中には政府の施策をコミュニティで実施するためのチャンネルとして活動しているNGOが多数存在する。あるいは「ドナーありきで(Donor-driven) NGOが設立された」(世界銀行東部インドネシア調整事務所)経緯もあり、ドナーの資金が流れる分野でNGOが活動するという傾向がある。また、NGOの多くがネットワーク型あるいはアドボカシー型であるとの指摘もある。しかしながら、NGOのネットワークづくりをしているPKPM-JICA (Community Empowerment Program with Civil Society in Indonesia) プロジェクトは、今後コミュニティのエンパワーメントを目的とした活動を行うNGOが育っていく芽はあると観ている。パートナーNGOの選定に際しては、PKPM-JICAプロジェクトの情報も活用すべきであり、例えば南スラウェシ州内のNGO能力アセスメント調査を、同プロジェクトのアドバイスを得て実施する等も考えられる。

(4) サステナビリティへの配慮

州、県に対し、当該プロジェクト活動終了後も保健行政能力強化に対する活動が自主的に継続されていくように、プロジェクト開始時から、各ステークホルダーの自助努力やコミットメント

²³ ハサヌディン大学に対する面談聞き取り時に、公衆衛生学部に新たな修士課程コースを設立するためにJICAに支援してほしいという要望が出された。次期プロジェクトでは、前回のプロジェクトのように大学に対する支援はせず、プロジェクト内活動、特に調査、トレーニングに関してパートナー機関として協力することを明確にしておく必要があると思われる。

を最大限引き出すよう、対話をしていくことが必要である。また、恒常的な活動にかかる予算については、プロジェクトによる支援を可能な限り低く抑え、インドネシア側による予算化(あるいはコミュニティによる負担)を早期から促すことが必要である。特に、NGOをパートナーとして実施する活動については、協力終了後の自立発展性の確保について、早い段階から見通しを立てておく必要がある。

(5) JICA内セクター間連携戦略

南スラウェシ州で展開されるJICAによる他の協力との間で相乗効果の発現を期待するためには、プロジェクト・マネージメントについても一元化することが望ましく、JICAインドネシア事務所が主管となって関連するすべての案件のデザインを行い、実施管理を担っていくことが望ましい。また、各案件に派遣される専門家に対しても、事前に全体の協力枠組みを説明したうえで十分に理解を得るとともに、現地でも定期的な情報交換を行うなど、工夫が求められる。さらに、カウンターパートとなる南スラウェシ州及びパイロット県の関係者に対しても、縦割りの行政機構を越えた横の連携が強化されるよう、働きかけを行うことが必要と考えられる。

(6) 本邦研修、第三国研修、国内研修

南スラウェシ州の地方保健医療行政官からは、日本の保健医療政策立案などを学びたいという声が強い。他方、政府予算の規模、社会インフラの整備状況、人口動態・疾病構造、行政機構・制度の整備状況等が大きく異なる現在の日本よりも、タイ、フィリピン、ベトナム等の近隣諸国の経験から学ぶことも多いと考えられる。JICAインドネシア事務所からは「インドネシアはアジアの盟主という意識が強く、タイ等への研修には抵抗感があるのではないか?」という意見も出され、国外での研修を行う場合、どこで実施するかは、検討を要するところである。本邦研修については、国別研修とするよりも、周辺国も参加する集団研修に合流するほうがより研修効果が高いと考えられる。

また、インドネシアでは地方分権化が進むなかで各地域が独自の取り組みを進めており、国内の先進事例から学べることもかなりあるものと推察され、国内で学ぶ機会を最大限に活かす努力も必要であると考えられる。

(7) 州保健局とハサヌディン大学との関係への配慮

州保健局担当者(事務方のトップ)は、前プロジェクトの担当者でもあり、JICAの技術協力プロジェクトに精通しているのみならず、本件についてもきわめて前向きな姿勢がうかがえた。また、ハサヌディン大学に関しては、他ドナーもその実力を認めている。本件プロジェクトについては、ハサヌディン大学のリソースを最大限に活用しつつ州保健局の能力強化を図ることで、日本側の投入を最小限に抑え、高い効果を上げることが可能になるものと期待される。しかし、州内の保健行政官の多くがハサヌディン大学において何らかの教育訓練を受けているなかで、州保健局とハサヌディン大学との間には、特に人事の観点から保健医療行政の主導権を巡る微妙な関係もうかがえる。今回の案件については、技術協力の対象はあくまでも行政機関であり、大学は協力機関としての位置づけを想定しているが、現場においては、両者間のバランスを取り、不必要な溝を作り出すことのないよう配慮することが必要になるかもしれない。

(8) 民間部門の巻き込み

保健医療情報システムの機能が弱体であることは、ドナーのみならず、インドネシア政府自身が指摘している。その理由の一つとして、国民の多くが利用している民間部門の実態を示す情報・データを政府がほとんど把握していないという問題がある。例えば、インドネシアでは全国的にも31%が、訓練を受けた保健医療従事者以外（TBAや家族あるいは女性本人だけ）の介助で出産している。訓練を受けた保健医療従事者が介助している場合も、民間施設での出産も多い。疾病の治療に関しても民間保健医療施設でサービスを受けた場合、情報は政府の情報システムには届かない。出産、死亡届けも整備されていないので、公的保健医療施設で把握しているデータからはコミュニティの疾病、死亡状況の全貌を把握することは難しい。コミュニティを巻き込んでより正確な保健医療情報を得る努力が必要であるとともに、民間部門を巻き込むことが保健医療情報システム確立のためには必要となる。

南スラウェシ州保健局内には民間部門との連携を図ることを目的として設置された部署があるが、実際にはほとんど活動をしておらず情報もないというのが現状である。この点を留意して、トレーニングやアドボカシーセミナーなどには積極的に民間部門を巻き込み協力関係を拡充していくことが重要である。

(9) パイロット地区の選定

全国的に展開されている「貧困対策運動」は、南スラウェシ州では12県を対象県として包括的なプログラムとして実施されている。その中には、貧困者に対するPolindes（助産師による母子保健サービスを核とした村落診療所）の無料サービス提供、米の無料供与など、保健・栄養対策も盛り込まれている。プロジェクトのパイロット地区としては、この12県から3県程度を選択することが妥当と考えられる。ただし、パイロット県での成果については実証的に検証し、州保健局の主導により、州内の他県へと普及していくことが裨益効果を高めるために重要である。

(10) 南スラウェシ州における支援の東部インドネシア他地域への応用

南スラウェシ州が東部インドネシアにおいて戦略的に重要な位置づけであることは既に述べた。開発の遅れた東部インドネシアにおいて今までJICAをはじめとするドナーの支援が集中していた南スラウェシ州は、「プロジェクトを実施する場合には、確実に成果を問われる場所である」(JICAインドネシア事務所)ともいえる。南スラウェシ州での成果は、当然、東部インドネシアの他州に普及が図られるべきものであるが、同州の土地や資源など自然条件の豊かさ、アクセスの良さなどは東部インドネシアでは群を抜いていることを考慮すると、社会・経済的及び地政学的に格段に厳しい状況にある東部インドネシアの他地域へすぐに適応させられるわけではないことにも、留意する必要がある。

3 - 6 第二次事前調査の実施に向けて必要なステップ

法人契約型の技術協力プロジェクト、あるいは実証型開発調査としての実施を想定する場合、第二次事前調査においては、調査終了後、業務指示書と作業工程表の案を作成できるだけの情報を収集する必要がある。また、パイロット県においてNGOをパートナーとするコミュニティ活動を展開す

る場合には、再委託先となりうるNGOの候補についても、情報収集を行う必要がある²⁴。さらに、再委託契約も含め、現地活動経費の積算に必要となる単価調査等も必要となってくる。第二次事前調査において、これらすべての情報を効率的に収集するためには、調査までにプロジェクトのデザイン及び想定される活動内容を、かなりつめておく必要があると思われる。

しかし、パイロット県の選定もなされておらず、県レベルの情報があまり集められていない現段階でプロジェクトのデザインを固めることには、現実的にはやや無理がある。調査開始以前にパイロット県の選定は終え、通常以上の時間をかけて第二次事前調査を実施するか、あるいはプロジェクト開始後に改めて本格的な調査を行うようなデザインとするか、工夫が必要になるものと思われる。

²⁴ 例えば、スラウェシ島において地域NGOとの連携で活動実績のあるCARE Internationalは、活動開始前にジョクジャカルタのNGOであるYIPD (Yayasan Inovasi Pemenintah Daerah)に依頼し、ゴロンタロ州と南スラウェシ州の地域NGOのアセスメント調査を実施した(面談聞き取りより)。

付 属 資 料

- 1 . Minutes of Meeting (M/M)
- 2 . 南スラウェシ州保健局組織図
- 3 . 南スラウェシNGOリスト
- 4 . 南スラウェシにおける「GERBANG (貧困対策プログラム運動)」の対象県
- 5 . Minimum Service Standard (SPM)
- 6 . 調査団行程
- 7 . 面談者リスト
- 8 . 収集資料一覧
- 9 . 南スラウェシ州基本統計

1. Minutes of Meeting (M/M)

MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN THE JAPANESE 1ST PREPARTORY STUDY TEAM
AND THE AUTHORITIES CONCERNED OF
THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF INDONESIA
ON
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT
FOR
IMPROVEMNET OF HEALTH MANAGEMENT CAPACITY IN LOCAL
GOVERNMENTS IN SOUTH SULAWESI

The Japanese 1st preparatory study team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Hiroshi Takahashi, JICA, visited the Republic of Indonesia from February 20 to March 11 for the purpose of preliminary study of the activities concerning the Technical Cooperation Project for Improvement of Health Management Capacity in the Local Governments in South Sulawesi (hereinafter referred to as "the Project").

During its stay, the Team had series of discussion and exchanged views with officials from the Ministry of Health, South Sulawesi local governments and other relevant personnel of the Government of the Republic of Indonesia.

As a result of the discussions, both parties have agreed to recommend to their respective governments the matters referred in the document attached herewith.

Jakarta, March 10, 2005



Mr. Shinji Totsuka
Deputy Resident Representative
Japan International Cooperation Agency
Japan



Prof. Dr. Azrul Azwar, MPH
Director of Public Health
Ministry of Health
Republic of Indonesia

THE ATTACHED DOCUMENT

1. Proposed Title of the Project

The Technical Cooperation Project on Strengthening of Health Management Capacity in the Local Government in South Sulawesi Province.

2. Overall Goal

To improve health management system in South Sulawesi Province

3. The Project Purpose

- (1) To improve the health management capacity in a few selected model districts
- (2) To expand the lessons from the model districts in health management capacity to be applied to wider geographical areas in the province with leadership of the provincial government

4. The Project Site

South Sulawesi Province

5. The Project Duration

The project duration of the Project is expected to be five years, tentatively 2005-2010.

6. Implementing Organizations

The principle counterpart is South Sulawesi Provincial Health office. The Ministry of Health is responsible for overall coordination and monitoring of the Project. The Joint Coordinating Committee will be established involving related organizations for smooth and effective implementation of the Project.

Some of the potential local partners will be Universities of Hasanuddin (UNHAS) and local NGOs. The details of implementing organizations will be decided by the 2nd preparatory study team in collaboration with local governments and Ministry of Health.

7. Measures to be taken by the Japanese side

The following three basic components of the Project will be responsibility of the Japanese side.

- (a) Dispatch of Japanese experts



- (b) Training of Indonesian personnel in Japan and/or the third countries
- (c) Provision of equipment, if necessary.

8. Measures to be taken by the Indonesian side

The Indonesian side should take the following measures for the successful implementation of the Project.

- (a) Provision of the adequate number of personnel necessary for implementing the Project including administrative staff and secretaries.
- (b) Provision of working facilities necessary for implementing the Project and assistance in accommodating Japanese experts.
- (c) Arrangement of adequate budget for implementing the Project
 - Expenses necessary for transportation of the equipment within Indonesia as well as installation, operation and maintenance thereof
 - Running expenses necessary for the implementation of the Project
- (d) To make necessary arrangement to exempt custom duties, internal taxes and any other duties imposed in Indonesia on the equipment provided by JICA.

9. Subsequent Action

The 2nd preparatory study team should be sent within a few months to formulate the detailed design of the Project within the recommended framework, by organizing the PCM workshop with the relevant stakeholders. The model project sites will be also selected by the 2nd study team in collaboration with local governments.

10. Others

The Minute of Meeting between the South Sulawesi Provincial Health Office and the Team is attached in the Annex.

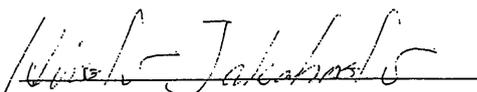
MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN THE JAPANESE 1ST PREPARTORY STUDY TEAM
AND THE AUTHORITIES CONCERNED OF
THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF INDONESIA
ON
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJCT
FOR
IMPROVEMNET OF HEALTH MANAGEMENT CAPACITY IN LOCAL
GOVERNMENTS IN SOUTH SULAWESI

The Japanese 1st preparatory study team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Hiroshi Takahashi, JICA, visited the Republic of Indonesia from February 20 to March 11 for the purpose of preliminary study of the activities concerning the Technical Cooperation Project for Improvement of Health Management Capacity in the Local Governments in South Sulawesi (hereinafter referred to as "the Project").

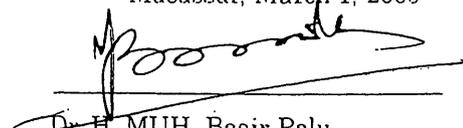
During its stay, the Team had series of discussion and exchanged views with officials from the Ministry of Health, South Sulawesi local governments and other relevant personnel of the Government of the Republic of Indonesia.

As a result of the discussions, both parties have agreed to recommend to their respective governments the matters referred in the document attached herewith.

Macassar, March 1, 2005



Dr. Hiroshi Takahashi
Leader of the 1st Preparatory Study Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Dr. H. MUH. Basir Palu
Head of Provincial Health Office
South Sulawesi Province
Republic of Indonesia

THE ATTACHED DOCUMENT

1. Background

In response to the request of South Sulawesi Provincial Government and the Ministry of Health of the Government of Indonesia for the Project, JICA dispatched the team to investigate the needs and identify the possible areas of support.

As the Project proposed by South Sulawesi Province was based upon the experiences of the former Technical Cooperation Project for Improvement of District Health Service (hereinafter referred to as "the former project") implemented in South Sulawesi between 1997 to 2002. Since the termination of the former project, there has not been follow-ups and little information is available on how the activities of the former project have been actually integrated into the current local health system. Meanwhile, the health system in Indonesia has gone through the drastic changes due to decentralization policy implemented in 2001. The Team, thus, assessed the present situation of the local health management system, taking the effects of decentralization and the lessons learnt from the former project with special focus on PROAR (Problem-oriented Action Research) approach and training of the health managers into consideration.

Based on the discussion and exchange of views with concerned parties both at national and local governments and relevant health personnel, the possible areas of cooperation by respective governments are recommended.
(See the attached list of persons and organization visited.)

2. Findings

PROAR

PROAR and other project activities were implemented and the training opportunities were provided by the former project, in collaboration with local governments and University of Hasanuddin (UNHAS). To sum, the concept of evidence-based problem analysis and planning has been disseminated as it was planned. There are, however, challenges ahead in materializing the concept into day-to-day practice. The factors that prevent the local governments from implementing the planned activities are as follows. First, overall budgets for the health sector of the local governments are deficient. While the allocation of budget is on the hand of the district/municipality governments after the decentralization, health sector, in general, receives insufficient attention. Second, the daily workload of the health personnel is overwhelming and it is difficult to practice PROAR because of time constraints. PROAR process itself takes times and is perceived an inappropriate tool to develop the plan of action annually.

16/11 *E*

Currently only one or two personnel at each Puskesmas have received training in PROAR. Expansion of the training in PROAR or any other evidence-based planning to larger number of personnel would make such an approach integrated into the routine work.

Therefore, the provincial health office stressed the urgent needs of strengthening the managerial capacity of health managers in a more comprehensive manner of which PROAR is only an integral part. Particularly, evidence-based health financing and management are perceived high priorities.

Training of the health managers in public health management

The former project provided the opportunities for the health managers at provincial and district/municipality levels through supporting the master course of UNHAS. The mater course has been successfully expanded to have over 200 graduates not only from South Sulawesi but also from other provinces particularly in Eastern Indonesia. UNHAS also provides health managers and health personnel with short training courses. Besides, the master course on hospital management has been recently started UNHAS is one of the five universities in the country offering such courses for public health managers of which the rests are all located in Java. UNHAS has become a center for human development in public health management for Eastern Indonesia. Acknowledging such achievements, the needs for further training opportunities in more focused areas such as health financing and management were pointed out by the central and provincial governments. UNHAS has substantial potentiality as a partner organization for human development in the prospective project.

Decentralization

Since decentralization implemented in 2001, tremendous authorities have been delegated to the district governments. The Ministry of Health developed SPM (minimum service standard) as a guideline to assure the quality of health service delivered by the local government to meet the basic health needs. However, managerial capacity of the district/municipality differs from one to another and basic health service is not always necessarily delivered to the communities in need. Besides, the roles of provincial governments and district/municipality governments and their relationships remained ambiguous. In 2004, the laws on decentralization have been amended to shift some of those authorities back to the provincial government. The roles of the provincial governments were more clearly defined, not only as a coordinating and monitoring bodies, but are given authorities to endorse the

NT R

development plans and appointment of the personnel of the district/municipality governments.

The Ministry of Health called the heads of the districts and municipalities in 1991 and requested them to allocate at least 15% of their budget to the health sector. In reality, most of the districts/municipalities, however, do not even spend 10% in health activities. The average may be around 5 % in South Sulawesi. Absolute deficiency of health budget is a major preventing factor from performing the appropriate health care service.

As a part of the advocacy efforts to involve various stake-holders, the Health Council has been recently established both at provincial and district levels. Its members include local government officials, parliament members, representatives from academia, professional association, NGOs, and communities. Their roles in reflecting views of wide range of sectors on health planning and financing are critical.

3. Recommendations

Based on the findings of the study, the following framework of the Project is suggested

Proposed Title of the Project

The Technical Cooperation Project on Strengthening of Health Management Capacity in the Local Government in South Sulawesi Province.

Overall Goal

To improve health management system in South Sulawesi Province

The Project Purpose

1. To improve the health management capacity in a few selected model districts
2. To expand the lessons from the model districts in health management capacity to be applied to wider geographical areas in the province with leadership of the provincial government

The Project Site

South Sulawesi Province

The Project Duration

The project duration of the Project is expected to be five years, tentatively 2005-2010.

NIT *R*

Expected Outputs

- 1) The evidence-based and community participated planning, implementing, and monitoring activities are performed in the model districts.
- 2) The appropriate budgeting for managing the planned activities is made in the model districts.
- 3) Communities in the model districts receive improved basic health service.

Project Strategy

- 1) Training of the health officials in health policy development and management with focus on practical knowledge and skill in collaboration with UNHAS and other relevant institutions will be supported.
- 2) Local NGOs will be identified to implement the community health activities in the pilot areas to meet the locally redefined SPM targets. The NGOs will act as a facilitator to bridge the community and local health officials and strengthen the capacity of both sides.
- 3) Advocacy activities outside the health sector involving other local government sectors, policy makers and community become important. The roles and function of the Health Council both at provincial and district levels will be reinforced to promote inter-sectoral approach and enhance flow of evidence-based information.
- 4) Collaboration with other JICA scheme such as good governance to strengthen a tie between the health sector and the local governments, particularly in relation to financing.
- 5) The Project phase is divided into two parts. The first half concentrates its activities on the model districts though the pilot activities will continue throughout the five year project period. The experiences and lessons from the pilot districts will be disseminated to the wider geographical areas of the province to be applied according to their own local needs during the second half period. The dissemination efforts will be made with the leadership of the provincial government, considering its important roles in human resource development, financing, community participation, logistics, and health management. The selection criteria for the pilot sites are recommended as follows: leadership of the local government, commitment of the local government, socio-economic characteristics, if included in the 12 districts of "the movement of the poverty alleviation" by the provincial government.
- 6) SPM will be realistically redefined as the indicators to assess the Project achievement.

1/11

- 7) The district governments are the principle implementing and financing bodies of the Project. The provincial government is responsible for inter-sectoral coordination and monitoring of the activities by providing the technical and financial support throughout the province.

Implementing Organizations

The details of implementing organizations will be decided by the 2nd preparatory study team in collaboration with local governments.

<Indonesian side>

The principle counterpart of the project is South Sulawesi provincial government and provides the Project with office, partial cost for implementing activities in the model districts, advocacy and monitoring activities at the district and provincial levels. The National Center for training of the health professionals is also involved in training. The districts selected as a model will also provide supplementary cost for implementing the activities

<Japanese side>

Japanese side will shoulder partial operational cost. The long-term Japanese experts on public health policy development/administration and community-based development/coordination will be dispatched. The short-term Japanese experts on other necessary fields will be sent as required. Necessary training opportunities within and outside Indonesia will be considered.

<Local partners>

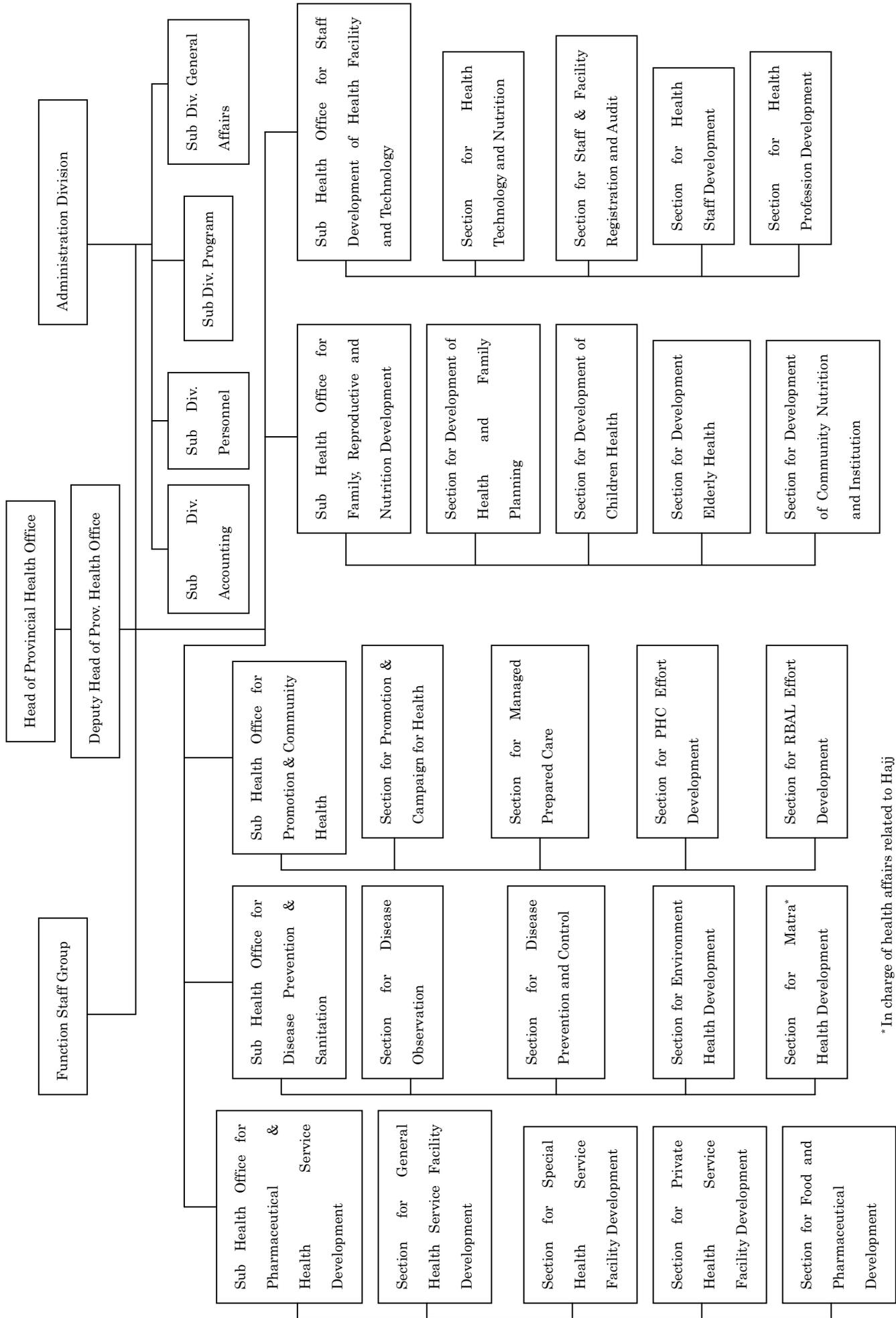
As local partners, the faculty of public health at UNHAS provides its technical resource in training. The local NGO will become a facilitator in implementing the health service delivery in the model sites.

4. Subsequent Action

The 2nd preparatory study team should be sent within a few months to formulate the detailed design of the Project within the recommended framework, by organizing the PCM workshop with the relevant stake-holders. The model project sites will be also selected by the 2nd study team in collaboration with local governments.

NT R

2 . 南スラウェシ州保健局組織図 (2001年 1月改訂)



* In charge of health affairs related to Hajj

DAFTAR LSM ANGGOTA FIK-LSM SULSEL

Lembaga Mitra Lingkungan (LML)
Jalan Hertasning V No. 1
Ujung pandang
Telp. 868575-442143

Lembaga Kajian Masyarakat (Lekmas)
Jalan Perintis Kemerdekaan No. 56
(km. 17)
Sudiang - Ujung Pandang
Telp. 515728 - Fax. 514643

Lembaga Bantuan Hukum (LBH)
Jalan Veteran Selatan 181 B
Ujung Pandang
Telp. 853218 - Fax. 850069

Balai Latihan dan Pengembangan Masyarakat (BLPM)
Jalan Toddopuli Raya No. 3
Panakkukang V
Ujung Pandang
Telp. 453140

Lembaga Kajian Pedesaan Masyarakat (LKPM)
Jalan Rappocini Raya No. 118
Ujung Pandang
Telp. 852616

Yayasan Lembaga Konsumen (YLK) Sulsel
Jalan Sunu (PKM Unhas)
Ujung Pandang
Telp. 445574

Lembaga Pengembangan Usaha Kecil Mandiri (LPUKM)
Jalan Sungai Saddang Baru No. 44
Ujung Pandang
Telp. 857206

Yayasan Pelestari Tanah Air (IHTIAR)
Jalan Urip Sumoharjo Lr.4 No. 33 A
Ujung Pandang
Telp. 452066

Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI)
Jalan Landak Baru No. 55
Ujung Pandang
Telp. 871051

Lembaga Pengkajian Lingkungan Hidup (LPLH)
Jalan Ratulangi No. 6
Maros - Telp. 371063

Yayasan Laut Biru Indonesia (Yalbindo)
Jalan Muh. Tahir No. B-5
Ujung Pandang
Telp. 859605

Pusat Informasi Sumber Daya Alam Sulawesi (PIPAS)
Jalan Sultan Alauddin 26
Ujung Pandang
Telp. 854985 - 862721

Yayasan Tengko Situru (YTS)
Jalan Tengko Situru No. 5
PO. Box 13
Rantepao - Tana Toraja
Telp. (0423) - 21265

Yayasan Indonesia (YASINDO)
Jalan Domba No. 20
Ujung Pandang
Telp. 874578

Wahana Lestari Persada (WALDA)
Tanete Kindan
Desa Madandan Kec. Sanggalangi
Kabupaten Tana Toraja
PO. Box 68 - Rantepao

Lembaga Pengkajian Pedesaan, Pantai dan Masyarakat (LP3M)
Jalan Hertasning No. 100
Ujung Pandang
Telp. 852173

Care International South Sulawesi (CISS)
Jalan Batu Putih No. 13
Ujung Pandang
Telp. 855833

Yayasan Cipta Mandiri Indonesia (YIC)
Jalan Tidung III Setapak 1 No. 5
Ujung Pandang
Telp. 453140

Yayasan Insan Cita (YIC)
Jalan Badak IV/5
Ujung Pandang
Jalan Melati No. 11
Sungguminasa - Gowa
Telp. 862402

Lambek Siapper (Polmas)
Jalan Muh. Jufri 36 RT: E RW 4.
Ujung Pandang

Lembaga Studi Pengembangan Masyarakat (LSPM) Maros
Jalan Maros Baru Estate G/6
Maros 90516

Kelompok Relawan Antisipasi AIDS (KRA-AIDS)
Jalan Lanto Dg. Pasewang No. 25
Ujung Pandang
Telp. 851721

Lembaga Pengembangan Sumberdaya Pedesaan (LPSP)
Jalan Brawijaya No. 2
Wonomulyo - Polmas
Telp. 0428 - 21525

Yayasan Ase Palopo
Desa. Senga Kec. Belopa
Kab. Luwu
Jalan Tandipau No. 97
Palopo

Yayasan Masagena
Jalan Kerung-kerung No. 25
Ujung Pandang
telp. 327768

Lembaga Pengembangan dan Pembinaan Sosial Ekonomi Masyarakat (LEPPSEM)
Jalan Tinumbu Lr. 132/7
Ujung Pandang
Telp. 310782

Wahana Wisata Lingkungan (WWLA)
Jalan Hertasning V No. 1
Ujung Pandang
Telp. 868575

Lembaga Bantuan Hukum dan Pemberdayaan Perempuan Indonesia (LBH-P2i)
Jalan Toddopuli XXI No. 190
Ujung Pandang 90233
Telp. 444058 - Fax. 447831

Lembaga Pengkajian Pekerja Indonesia (LP2I)
Jalan Inspeksi PAM No. 28
Ujung Pandang

Pusat Pendidikan Lingkungan Hidup (PPLH)
Jalan Sungai Saddang 3 No. 17
Ujung Pandang
Telp. 310038



Lembaga Lokal Mitra CWS pada TAP

No	Yayasan	Alamat	Contact Person	Telp/HP	Fax	Remarks
1	Yayasan Peduli Indonesia (YASPINDO)	Jl. Kancil Selatan I No. 1 Makassar Ph. 871401 email: yaspindo@indosat.net.id	Drs. Baharuddin, Msi Armanito Laduri Beny Tenjean	0811 44 5095 081 2427 2028 0811 44 6791	871401	FFW & HN
2	PARPEM - PGIW	Jl. Racing Centre No. 59 Ph. 441185, Fax 458610	Ir. Sastian Joni Jamma	081 34274 0518 081 2414 0790	458610	FFW & HN
3	Yayasan PELITA RAYA	Jl. Pelita Raya V No. A 46 Ph. 455712	Leo Noning	081342409205 081 2422 4098		FFW & HN
4	Lembaga Pengembangan dan Pelayanan Anak dan Gizi (PELANGI)	Jl. Mawar E 11 Panakukang Mas Ph. 444878	DR. Agnes Rampisela Ratna Maruddin	0811 44 3575 081 212 26 590 39		HN
5	JATI	Jl. Maccini Raya No. 21 Ph 458940	Rasyid Hasmawati	0811 41 2640 081 2429 3756		HN
6	Yayasan Wahana Wisata Lingkungan (WWL)	Komp. Maizonette, Jl. Bougenyville Raya No. 9 Ph. 434176 email: wwms@indosat.net.id	Yudha Misbah	0811 44 5743 081 2412 3568		FFW & HN
7	Kelompok Kreativitas Ujung Tanah (KKRUT)	Jl. Sabutung Baru II No. 7 RW 3 Camba Berua Ujung Tanah Ph. 438254????? 456503	Andi Maggalatung M. Rusdi	081 2426 6253 081 2412 7853		FFW
8	Yayasan Pabbata Ummi (YAPTANU)	Komp. Keuangan Nlok E / 93 Panaiikkang Ph. 439109 081 3474 06465	Selle KS Dalle Junaidi Elly	0811 41 6526 081 2427 6168 0813 42574570		FFW
9	Yayasan Sejahtera Bina Bangsa (YSBB)	BTP Blok M No. 517 Telp. 5054608, 4773651	Julian Ambo, Linda Ani	081 524040614		HN
10	Yayasan Anak Sehat Makassar Indonesia (YASMIN)	Jl. Lejten Hertasing No. 100 Lt. II Ph. 851852 e-mail: yasmin_rgc@yahoo.com	Firman Erni	081 2426 1032 081 2410 0231		HN

4 . 南スラウェシにおける「GERBANG (貧困対策プログラム運動)」の対象県

< 県・市 >	< 郡 >
1. Makassar	Tallo
2. Luwu	Belopa
3. Jeneponto	Bangkala Barat
4. Gowa	Bonto Marannu
5. Bantaeng	Tompobulu
6. Bulukumba	Bonoto Tiro
7. Tator	Sa'dan
8. Takalar	Mangarabombang
9. Bone	Lamuru
10. Barru	Tanete Rilau
11. Pangket	不明
12. Sinjai	不明

5 . Minimum Service Standard (SPM)

Minimum Service Standard (SPM)

県 / 市における保健分野の最低限のサービス基準に関する
インドネシア共和国厚生大臣決定書No.1457/MENKES/SK/X/2003

インドネシア共和国厚生大臣は、

- a. 政府通達2000年第25号の第2条第4項 b の規定に基づき、政府は県 / 市が達成義務を負う最低限のサービス基準にかかる指針を定める権限を持っていること；
- b. 地方分権の実施にあたって、地方に対し、特定の政府業務の取り扱いにおける任務、権限、義務、および責任を与えること；
- c. 県 / 市における保健分野の最低限のサービス基準を定める指針に関するインドネシア共和国社会福祉・厚生大臣決定書No.1747/Menkes/Kesos/SK/12/2000は現状に合わなくなったこと；
- d. 上記第 c 項に関して、厚生大臣決定書により、県 / 市における保健分野の最低限のサービス基準について改めて定める必要があると思われること。

を考慮し、

1. 保健に関する法律1992年第23号（官報1992年第100号および追記第3495号）；
 2. 地方自治体に関する法律1999年第22号（官報1999年第60号および追記第3839号）；
 3. 中央政府と地方自治体の財政の均衡に関する法律1999年第25号（官報1999年第72号および追記第3848号）；
 4. 政府の権限と、地方自治体としての州の権限に関する政府通達2000年第25号（官報2000年第54号および追記第2952号）；
 5. 地方財政の運営とその責任に関する政府通達2000年第105号（官報2000年第202号および追記第4022号）；
 6. 地方自治体責任者の責任にかかる報告に関する政府通達2000年第108号（官報2000年第209号および追記第4027号）；
 7. 指導と監督に関する政府通達2001年第20号（官報2001年第41号および追記第4090号）；
 8. 地方自治体の報告に関する政府通達2001年第56号；
 9. 地方自治体管轄機関にかかる指針に関する政府通達2003年第8号；
 10. 地方財政の取り扱い、責任、監督、および地方予算の策定手順にかかる指針に関する内務大臣決定書2002年第29号；
 11. 地方政策の抑圧的監督に関する内務大臣決定書2001年第41号；
- に従い、「内務省、国家開発企画庁、大蔵省、および厚生省による協議における合意事項」に留意し、「県 / 市における保健分野の最低限のサービス基準に関する厚生大臣決定書」を定める。

第1章 総則

第1条

本決定書の中の語彙を下記のとおり定義する：

1. 中央政府とは、厚生大臣を指す。
2. 地方自治体とは、地方自治体および地方の行政機関であるその他の自治体機関の責任者を指す。
3. 地方自治体の責任者とは、州における州知事、県における県知事、および市における市長を指す。
4. 地方とは、県および市の行政単位を指す。
5. 国民に対する基本サービスとは、社会福祉の向上のための国民の基本的需要・必要性を満たし、取り扱う上での政府の役割を指す。
6. 県/市における保健分野の最低限のサービス基準とは、地方が運営する保健サービス方針の基準を指す。

第2章 保健分野における最低限のサービス基準

第2条

- (1) 県/市は、最低限のサービス基準に基づき保健サービスを運営する。
- (2) 上記第1項に記載する最低限のサービス基準は、2010年の政策方針と目標、およびサービスの種類を含めた保健サービスに関するものである：
 - a. 母子保健サービス：
 1. K4妊婦訪問（95％）
 2. 助産士あるいは出産分野の資格を持つ医療関係者による出産支援（90％）
 3. 診察を受けた危険度の高い妊婦（100％）
 4. 新生児訪問（90％）
 5. 乳児訪問（90％）
 6. 低体重児/未熟児への対応（100％）
 - b. 就学前児童の保健サービス：
 1. 就学前児童、乳児の疾病予防的発育調査（90％）
 2. 医療従事者あるいは訓練を受けた担当者/学校保健事業UKSの教師、小児科医による小学生および小学生と同年齢の児童の健康診断（100％）
 3. 青年に対する保健サービス（80％）
 - c. 家族計画サービス：
家族計画プログラムへの積極的な参加者（70％）
 - d. 予防接種サービス：
村・隣組のユニバーサル・チャイルド・イムニゼーションUCI（100％）
 - e. 診療・治療サービス：
 1. 通院（15％）
 2. 入院（1.5％）

- f. 精神科の保健サービス：
公共医療サービス機関における精神障害に対するサービス（15%）
- g. 乳児発育調査：
 - 1. 体重が増加している乳児（80%）
 - 2. 発育不良の乳児（<15%）
- h. 栄養サービス：
 - 1. 乳児への年2回のビタミンA剤の投与（90%）
 - 2. 妊婦への鉄剤90個の配布（90%）
 - 3. 貧困家庭の発育不良児に対する母乳以外の補助的食事の提供（100%）
 - 4. 栄養不良児の治療（100%）
- i. 包括的かつ基本的な産科、新生児緊急医療サービス：
 - 1. 妊婦と新生児の治療用の安全な血液とその他のコンポーネントの調達に対するアクセス（80%）
 - 2. 危険の高い／困難な対応を必要とする妊婦への対応（80%）
 - 3. 危険の高い／困難な対応を必要とする新生児への対応（80%）
- j. 緊急医療サービス：
国民へのアクセスが可能な緊急医療へ対応する能力を備えた医療施設（90%）
- k. 伝染病調査、および異常事態KLBの予防、栄養状態の悪化への対応：
 - 1. 異常事態が発生した村／隣組への24時間以内の対応（80%）
 - 2. 栄養不良児ゼロの町（80%）
- l. ポリオの予防・撲滅：
急激な弛緩・麻痺（Acute Flacid Paralysis）の人口10万人当たりの発生率<15年（>1）
- m. 肺結核の予防と撲滅：
子供の結核感染者の治療（>85%）
- n. 肺炎の予防と撲滅：
肺炎にかかった子供の取り扱い（100%）
- o. エイズの予防と撲滅：
 - 1. エイズの治療を受けた患者（100%）
 - 2. 伝染性の性病患者の治療（100%）
- p. デング熱の予防と撲滅：
デング熱患者の治療（80%）
- q. 下痢の予防と撲滅：
下痢をした乳児の治療（100%）
- r. 環境衛生サービス：
指導を行った機関（70%）
- s. 病原菌の媒体の管理サービス：
蚊Jentik Nyamuk Aedesのいない家／建物（>95%）
- t. 公共の場所での保健衛生サービス：
条件を満たした公共施設（80%）
- u. 健康的な生活に関するオリエンテーション：

1. 健康な家庭（65%）
 2. 乳児の母乳保育（80%）
 3. ヨードを十分含んだgaranの村（90%）
 4. 月単位の簡易保健所Posyandu Pernama（40%）
 - v. 市民ベースでの、麻薬、向精神薬、およびその他習慣性の高い薬品（P3 NAPZA）の使用の予防と撲滅に関するオリエンテーション：
 - 保健担当職員によるP3NAPZAオリエンテーション活動（15%）
 - w. 医薬品、健康補助食品の供給サービス：
 1. 需要に応じたい薬品の調達（90%）
 2. 処方箋を必要とする医薬品の調達（100%）
 3. 一般の（処方箋を必要としない）医薬品の調達（100%）
 - x. 一般の医薬品の使用サービス：
 - 一般医薬品の処方箋の作成(90%)
 - y. 個人的保健サービスにかかる費用の運営：
 - 保険金を先に支払う健康保険（80%）
 - z. 貧困家庭および病弱な市民に対する費用の運営：
 - 貧困家庭と病弱な市民に対する健康保険（100%）
- (3) 上記第2項に記載するサービスの他、特定の県/市は必要に応じて、下記に挙げるサービスを運営する義務を負う：
- a. 労働健康サービス：
 - インフォーマルセクターでない労働者の労働健康サービス（80%）
 - b. 高齢者保健サービス：
 - 高齢者および高齢者予備軍のための保健サービス（70%）
 - c. 栄養サービス：
 - 妊娠可能年齢の女性へのヨードカプセルの配布（80%）
 - d. エイズの予防と撲滅：
 - 献血された血液がエイズに感染しているか検査（100%）
 - e. マラリアの予防と撲滅：
 - マラリア患者の治療（100%）
 - f. らい病の予防と撲滅：
 - らい病患者の治療終了（RFTレート）(> 90%)
 - g. フィラリアFilariasisの予防と撲滅：
 - フィラリア患者の治療（> 90%）

第3条

上記第2条第2項と第3項に記載する最低限のサービス基準は、ジャカルタ特別州に対して適用する。

第3章 組織構成

第4条

1. 県知事／市長は、県／市の管轄する機関および民間によって実施される最低限のサービス基準を満たした保健サービスの運営について責任を負う。
2. 上記第1項に記載する最低限のサービス基準を満たした保健サービスの運営における活動は、県／市の保健局が調整を行う。
3. 最低限のサービス基準を満たした保健サービスの運営は、必要とされる資格と能力を持つ人材によって行う。

第4章 実施

第5条

1. 定められた最低限のサービス基準は、県／市のそれぞれの目標達成プログラムの計画において指針とするものである。
2. 上記第1項に記載する通りの最低限のサービス基準は、所定の技術基準に従って実施する。
3. 最低限のサービス基準を満たす目標の達成のための保健サービスの実施にかかる財源のすべては地方予算からの財源とする。

第5章 指導・育成

第6条

1. 中央政府と州政府は、最低限のサービス基準を満たす保健サービスの運営と、県／市との協力メカニズムについて便宜を図るものとする。
2. 上記第1項に記載する便宜とは、下記に挙げる項目を含めた、技術的基準、指針、技術的指導、トレーニングなどの実施という形で行う：
 - a. 最低限のサービス基準を満たす需要についての計算；
 - b. 最低限のサービス基準目標を達成するための方針基準と作業計画を策定する；
 - c. 方針の評価・査定；
 - d. 保健分野の最低限のサービス基準を満たす活動における方針に関する報告書の作成。

第7条

厚生大臣は、最低限のサービス基準を満たす保健サービスの運営において地方を活用し、かつ、監督する。

第6章 監督

第8条

1. 県知事／市長は、それぞれの地方における最低限のサービス基準を満たす保健サービスの運営について監督活動を行う。
2. 県知事／市長は、内務大臣と厚生大臣宛てに、最低限のサービス基準を満たす保健サービス方針の達成状況に関する報告書を提出する。

第9条

1. 厚生大臣は、政府が定めた最低限のサービス基準を満たす保健サービスの運営について評価を行う。
2. 上記第1項に記載する最低限のサービス基準を満たす保健サービスの運営にかかる地方の能力に関する評価結果について、内務大臣を通じて大統領宛てに報告する。

第7章 結びの規定

第10条

本決定書の施行に伴い、保健分野の最低限のサービス基準指針に関する社会福祉・厚生大臣決定書No.1747/Menkes-Kesos/SK12/2000は効力を失うものとする。

第11条

本決定書は、制定された日より効力を発するものとする。

ジャカルタにて制定する

2003年10月10日

厚生大臣

Dr.Achmad Sujudi

6 . 調査団行程

2月20日 (日)	18:20	高橋団長 シンガポール→ジャカルタ (SQ162) 松山団員 福岡 →シンガポール→ジャカルタ(SQ162)
2月21日 (月)	10:00 11:00 13:30 15:00 16:30 19:30	10:00 大使館表敬訪問は大使館の都合によりキャンセル JICAにて橋職員と打ち合わせ 11:00 JICA 加藤所長、戸塚次長、橋職員 13:30 World Bank 15:00 BAPPENAS 16:30 JBIC 19:30 JICA、大使館関係者との会食
2月22日 (火)	9:30 12:00 13:00 18:00	保健省アドバイザー 伊藤氏およびプログラムオフィサーDr. Arifin との協議 12:00 保健省 Dr. Azwar 表敬訪問 13:00 JICA 地方行政人材育成プロジェクト専門家との協議 18:00 ジャカルタより空路にてマカッサル(南スラウェシ)に移動
2月23日 (水)	9:00 13:00	南スラウェシ州保健局、表敬訪問および協議 13:00 ハサヌディン大学公衆衛生学部との協議
2月24日 (木)	06:00 9:00 11:00 14:00	Pare-pare市へ向けて出発 9:00 Pare-pare市保健局表敬訪問および協議 11:00 Lumpue Puskesmas(保健所)Pare-pare市訪問、協議 14:00 マカッサルへ JICA インドネシア事務所橋氏合流
2月25日 (金)	09:00 11:20 13:00 17:00	Takalar 県保健局視察、協議 11:20 Takalar 県 Polombangkeng Selatan プスkesmas (保健所) 視察 Takalar 県 Komara プスkesmas視察 13:00 団内打ち合わせ (M/M ドラフト作成準備) 17:00
2月26日 (土)	10:00 13:00	JICA 地方行政専門家 (南スラウェシ州開発企画部 BAPPDA) との協議 13:00 団内打ち合わせ (M/M ドラフト及び PDM ドラフト)
2月27日 (日)	終日	団内打ち合わせ (M/M 及び PDM ドラフト作成)
2月28日 (月)	09:00 11:00 13:30 15:30	UNICEF マカッサル地域事務所との協議 11:00 世界銀行東インドネシア支援事務所 () との協議 13:30 南スラウェシ州保健局との M/M に関わる協議 15:30 国立保健医療従事者訓練施設視察 JICA インドネシア事務所橋氏ジャカルタへ

3月1日 (火)		(団長) 12:00 州保健局長と団長との間で M/M 署名 15:50 空路にてジャカルタへ	(団員) 9:00Gowa 県保健局視察、協議 11:00NGO 2 組織に対するインタ ビュー (州保健局にて) 13:00 州保健局関係部署から情報 収集 14:30BAPPEDA 協議、情報収集
3月2日 (水)		(団長) 9:00 予定されていた保健省との M/M 署名は保健省側の都合によ り (担当者国会に緊急出席) キャン セル 11:30BAPPENAS へ報告 14:00 日本大使館報告 15:30JICA インドネシア事務所報 告、協議 22:30 空路にて帰国 (成田)	(団員) 9:00Pengkajene 県保健局視察、協議 11:30 州保健局 Dr.Anwar から情報 収集 午後 情報・資料整理
3月3日 (木)	9:00 12:00 14:00	(団員のみ) CARE Int., 面談協議 州保健局 Dr. Anwar 他担当者とプロジェクト案に対する意見交換、情 報収集 州 BAPPEDA 情報収集	
3月4日 (金)	9:00 12:00	Maros 県保健局 視察、協議 Maros 県立病院 面談協議 州保健局において情報収集	
3月5日 (土)		資料整理	
3月6日 (日)	15:50	マカッサルより空路スマラン (中部ジャワ) へ移動 インドネシア事務所橋氏と合流	
3月7日 (月)	7:00	スマランより陸路にて REDIP 実施県 訪問 県教育開発委員会との協議 学校視察 (3 校)	
3月8日 (火)	9:00 10:30 14:00 19:30	WHO Dr. Deborah Hennesy and Dr. Anti と協議 GTZ Dr. Gertrud Schmidt-Ehry と協議 AusAID Mr. Brain Hearn と協議 REDIP プロジェクト関係者と会食	

3月9日 (水)	9:00 9:30 14:00 19:00	European Union (EU)協議 担当者緊急出張によりキャンセル JICAにて保健省向け M/M 作成 PKPM-JICA プロジェクト専門家と協議 JICA 事務所長主催 JICA 職員との会食
3月10日 (木)	10:00 12:30 16:00	JICAにて保健省 M/M 打ち合わせ、作成 保健省公衆衛生局長 Dr. Azwar 氏訪問 M/M 署名 JICA 事務所報告、協議
3月11日 (金)	インド ネシア 祝日	資料整理
3月12日 (土)	9:00	ジャカルタより空路(香港経由)にて帰国(福岡)

7. 面談者リスト

日本大使館

清原宏真 二等書記官（保健医療）

JICA インドネシア事務所

加藤圭一 所長

戸塚真治 次長

橘秀治 所員

上田大輔 職員

宮下綾子 所員

後藤幸子 所員

JICA 専門家及び関係者

伊藤隆 保健省アドバイザー

Dr. Fransiscus Arifin, 伊藤専門家プログラムオフィサー

渡辺学 援助協調アドバイザー

片岡光彦 専門家

榎本正義 地方行政人材育成プロジェクトリーダー

川端岳郎 地方行政人材育成プロジェクト調整員

戸田明美 協力隊シニア隊員 保健省

西田基行 PKPM-BAPPENAS-JICA プロジェクト専門家

長畑誠 PKPM-BAPPENAS-JICA プロジェクト専門家（短期）

武田 PKPM-BAPPENAS-JICA プロジェクト専門家（短期）

Mr. Ashar Karateng PKPM-BAPPENAS-JICA プロジェクト
コミュニティ開発アドバイザー

Mr. Fary Dj. Francis PKPM-BAPPENAS-JICA プロジェクト ローカルエキスパート

高澤直美 REDIP（教育）コンサルタント

磯野哲郎 REDIP（教育）コンサルタント

Dr. A Gunawau S. REDIP（教育）ローカルコンサルタント

World Bank, Jakarta

Dr. Puti Marzoeki, Senior Health Specialist

BAPPENAS

Dr. Taufik Hanafi, Director for Health and Community Nutrition

JBIC

酒井恒幸 ジャカルタ駐在事務所長

インドネシア保健省

Dr. Azrul Azwar, Director of Public Health

南スラウェシ州保健局

Dr. H. MUH. Basir Palu, Head of South Sulawesi Provincial Health Office

Dr. Andi Muhadir, Deputy Head of South Sulawesi Provincial Health Office

Dr. H. M. Anwar, M Kes, Chief of Administration Division

Dr. Shermina Oruh, Program Officer

Dr. Sudarti, Program Officer

Dr. Marwiar S., Health Promotion, Health Center

Dr. Hamzh Bakri, Nutrition

Dr. Sardha L., Head of Sub-division of Pharmaceutical and Provision of Health Service

Dr. Achmar Husain, Head of Sub-division of Programs

Dr. Marwiah, S., Head of Puskesmas Promotion Section of Health Promotion

Dr A. Mannan, Head of Sub-division of Human Resources, Infrastructure and Health
Technology

Hasanuddin University, Faculty of Public Health

Prof. A.Razak Thaha, Dean

Dr. Noer Bahry Noor, Vice Dean

Dr. Syahrir A. Pasinringi,

Dr. Alimin Maidin

Dr. Indahwaty

Dr. Fridawaty

Ms. Herina A. Hamzah

Pare-pare city Health Department

Dr. Arvanita Adengkeng, Head of the Department

Puskesmas Lumpue, Pare-pare city

Dr. Hj, Hilda Novita, Head of Puskesmas

Dr. Esa Lesfary

Dr. Karmila

Ms. Norma B.

Other staff

UNICEF, Makassar

Mr. Purwanta Iskandar, CFO

Ms. Idha Riu, Education Program Officer

Mr. Suryanto, UNESCO-UNICEF

Takalar Distric Health Office

Dr. Hj. Normawaty Mansyur, Head of District Health Office
Dr. Rivai Ibrahim, Head of Division of Health Service, District Health Office
Dr. Ruslan Ramli, Director of Puskesmas Madpakasualgu
Dr. Vitalis Taliic, Director of Puskesmas Komara
Dr. Rahmawati, Director of Puskesmas Manbo
Dr. Nirwana Nasoullah, Director of Puskesmas Pattallasang
Dr. Norira Yulianly, Director of Puskesmas Galedoy Selatan
Dr. Hania K., Family Health and Health Promotion, District Health Office
Dr. K.St. Hamind, Environmental Health, District Health Office
Dr. H.A. Munir, Communicable Diseases, District Health Office
Dr. Sowa Kadin, Head of Administration, District Health Office

Puskesma Komara, Takalar District

Dr. Vitalis Taliic, Director of Puskesmas Komara

AMDA インドネシア

Dr. A. H. Tanra, President

マカッサル 国立保健医療訓練センター（保健省管轄）

Dr. Hj. Nurhanyati Bennu

Gowa District Health Office

Dr. Mulyana Boestan, Deputy Head of District Health Office
Dr. H. Thamjin M. Djallo, Head of Subdivision of Programs, District Health Office
Dr. Armin As, Head of Division of Planning, District Health Office
Dr. Maya Khubani, Head of Subdivision of Family Planning, District Health Office

Paraiatte (With Us): Local NGO in Gowa

Mr. Burhanuddin Nas

BAPPEDA, South Sulawesi Province

Mr. Hm. Rusli, Head of Division of Marco-planning, BAPPEDA
Mr. R. Rusmin, Staff, Macro-planning, BAPPEDA
Ms. A. Rahmi, Staff, Human Resource Development, BAPPEDA

Pengkep District Health Office

Dr. H. Muhammad Noor, Head of District Office
Dr. Hj. Indriaty, L., Deputy Head of District Health Office
Dr. Hj. Nkrbayr, Head of Puskesmas, Mandadle

Dr. Hasbijah Hasyim, Head of Subdivisio of Health Service, District Health Office
Dr. Hartiny Djafur, Doctor of District Health Hospital

Local NGOs (Macassar-based)

Mr. Firman (YASMIN=Yayasan Anak Sehat Makassar Indonesia, Health NGO)
Mr. Misfahuddin
Mr. Migglatung (WWL=Wahana Wisata Lingkungan, Ecotourism NGO)

CARE, International

Mr. Abdul K.S. Naser, Provincial Project Coordinator, WSLIC-2

Maros District Hospital

Dr. Ramlah, Director of Hospital (The former Head of District Health Office)

Maros District Health Office

Dr. Minahadjuddin Hanafi, Head of District Health Office

(中部ジャワ) REDIP(Regional Educational Development and Improvement Project)

Head of District Health Office

Members of Educational Development Committee in Kecamatan Tirto

GTZ

Dr. Gertrud Schmidt-Ehry, GTZ Coordinator for Health Projects

AusAID

Mr. Brian Hearn, Second Secretary (Development Cooperation)

8. 収集資料一覧

No	タイトル	著者	収集先
1	Project Appraisal Document on a Proposed Credit in the Amount of SDR 28.6 Million (US\$38.0 Million Equivalent) to the Republic of Indonesia for Provincial Health (PH) I, May 10, 2000 Repot No: 20423-IND	World Bank	World Bank, Jakarta 現在世銀のPHはフェーズ5で終了。 南スラウェシはPH5(5年間)でカバー され2003年に終了した。世銀ではフ ェーズ1と2のレポートしか入手でき なかった。
2	Project Appraisal Document on a Proposed Credit in the Amount of SDR 31.4 Million (US\$40 Million Equivalent) and Loan of US \$63.2 Million to the Republic of Indonesia for Provincial Health (PH) II, May 25, 2001 Repot No: 22051-IND		同上
3	Overview of Health Policy Indonesia Related to District Health Service and Primary Health Care, Discussion Paper (JICA 保健省アドバイザーとプログラムアドバイザーがミッションのため に用意したペーパー)	Takashi Ito, Fransiscus Arifin	JICA 保健省アドバイザー
4	SISKES: Improvement of the District Health System in East Nusa Tenggara (GTZ 東ヌサテングラ州で展開している郡保健医療システム 改善プロジェクトのパンプレット)	KFW (ドイツ銀行)・GTZ・イ ンドネシア保健省	GTZ及びDr. Fransiscus Arfin (JICA 保健省アドバイザーのプログラムアド バイザー)
5	インドネシア国地方教育行政改善計画 インセプションレポート和文要約 2004年9月	(財) 国際開発センター	JICA インドネシア事務所
6	Report on Pre CGI and CGI Meeting	World Bank ?	Dr. Fransiscus Arfin (JICA 保健省ア ドバイザーのプログラムアドバイザ ー)
7	インドネシア国セクター別援助計画 (保健医療)	在インドネシア日本大使館	JICA
8	Japan's Assistance Policy for Health in Indonesia	國井修 外務省計画局	JICA

9	新「地方自治法」の誕生		中島 JICA 専門家 (地方行政人材育成プロジェクト)	渡辺学 JICA 専門家
10	南スラウェシ地域保健強化プロジェクトの今後へ向けての展開		伊藤 JICA 保健省アドバイザー	伊藤 JICA 保健省アドバイザー
11	新プロジェクト「Capacity Building for Evidence Based Decision Making」に対する私見		伊藤 JICA 保健省アドバイザー	伊藤 JICA 保健省アドバイザー
12	Perencanaan Tingkat Puskesmas Tahun 2005 (Takalar 県保健所の年間計画)		Takalar 県	Takalar 県保健局
13	No. 8-12 は Takalar 県保健局にて、プスキスマス (保健所) が PROAR を使って計画立案したとして手渡された保健所年間計画書 (案)		Takalar 県、Galesong Selatan 保健所	Takalar 県保健局
14	Perencanaan Proyek Proar Balita Kep Puskesmas Galesong Selatan Kabupaten Takalar		Takalar 県	Takalar 県保健局
15	Gambaran Pembangunan Kesehatan Kab. Takalar Pada Era Desentralisasi (2冊)		Takalar 県 Mangarabombang 保健所	Takalar 県保健局
16	Perencanaan PROAR Tingkat Puskesmas		Takalar 県	Takalar 県保健局
17	Proposal Kep dan Penanggulangannyadi Wilayah Kerja Puskesmas Pattallassang Kab Takalar Thn 2005		Takalar 県, Pattallassang 保健所	Takalar 県保健局
18	PROAR Kegiatan KIA		Takalar 県, Mappankasunggu 保健所	Takalar 県保健局
19	Pedoman Umum Pelaksanaan Gerakan Pembangunan Pengentasan Masyarakat Miskin (GERBANG TASKIN 「貧困対策運動」) ドラフトペーパー?		南スラウェシ州 BAPPEDA	JICA 佐久間専門家
19	SISDUK: A Supporting System for Participatory Development: Towards a Prosperous Region based on Community Proposal (An Experience of Takalar District in Regional Development) January 2005		JICA and Directorate General for Regional Development/MoHA in cooperation with BAPPEDAS in	JICA 佐久間専門家

		Sulawesi Regional Development for Local Governments Project (ROPLG)	
20	Basic Data for Project Proposal (Product of the Meeting among Local Health Administrators in South Sulawesi) 2002	南スラウェシ州保健局	南スラウェシ州保健局
21	Data Balita Kep Perpuskesmas Kabupaten Takalar Bulan Desember 2004 (Takalar 県の全保健所からの栄養失調に関するデータ一覧表)	Takalar 県	Takalar 県
22	Rencana Strategis Pemerintah Propinsi Sulawesi Selatan Tahun 2003-2008	南スラウェシ州 BAPPEDA	南スラウェシ州保健局
23	Strategic Plan Government South Sulawesi Province 2003-2008 (No. 22 の英訳) 電子版	南スラウェシ州 BAPPEDA	JICA 佐久間専門家
24	Developing Capacity for Participatory Development in the Context of Decentralization: A Case Study from Takalar District South Sulawesi Province, Indonesia 電子版 1997-2002 実施の JICA プロジェクト (SISDUK) の評価報告書	A.M. Land, ECDPM (European Centre for Development Policy Management)	JICA 佐久間専門家
25	Executive Training Program for District Health Managers & Health Policy and Administration Postgraduate Program (ハサヌディン大学公衆衛生大学院訪問時のプリゼンテーション資料)	Hasanuddin University, Faculty of Public Health	Hasanuddin University, Faculty of Public Health
26	南スラウェシ州 Health Council 設立に関するメモランダム (インドネシア語)	南スラウェシ州保健局	南スラウェシ州保健局
27	MODUL PROAR SIKLUS PROAR (PROAR Cycle)	JICA 地域保健医療プロジェクト	南スラウェシ州保健局
28	Aran dan Kebijakan Umum Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Propinsi Sulawesi Selatan 2005 (No. 22 & 23 の州 5 カ年開発計画のもと毎年作成される活動計画)	南スラウェシ州 (BAPPEDA?)	南スラウェシ州保健局
29	Rekapitulasi APBD 2005 Propinsi Sulawesi Selatan Setelah Pembahasan (南スラウェシ州予算内訳)	南スラウェシ州 BAPPEDA	南スラウェシ州 BAPPEDA

30	Profile Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2003 (30 和) は和訳	南スラウエシ州保健局	南スラウエシ州保健局
31	Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan (南スラウエシ州保健局組織図)	南スラウエシ州保健局	南スラウエシ州保健局
32	Rencana Strategis Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan Tahun 2003-2007 (南スラウエシ州保健計画 2003-2007)	南スラウエシ州保健局	南スラウエシ州保健局
33	Data Sumber Daya Kesehatan Tahun 2001-2003 (南スラウエシ州保健医療資源データ)	南スラウエシ州保健局	南スラウエシ州保健局
34	Daftar LSM Anggota Fik-LSM Sulsel (南スラウエシ州 NGO Coordinating Body メンバーストの一部; 保健関連以外も含む)	南スラウエシ州保健局	南スラウエシ州保健局
35	アメリカ NGO (Church World Service) がかつてマカッサルで Community & Environmental Health のプロジェクトをしていた時に協力関係にあった地元 NGO リスト	南スラウエシ州保健局	南スラウエシ州保健局
36	BaKTI News Vol. 1 (Bursa Pengetahuan Kawasan Timur Indonesia: Eastern Indonesia Information Exchange) 東インドネシアドナー支援事務所ニュースレター	Multidonor Support Office for Eastern Indonesia (SofEI) WB	Multidonor Support Office for Eastern Indonesia (SofEI) WB
37	Analysis Situasi Ibu dan Anak Propinsi Sulawesi Selatan Tahun 2000	南スラウエシ BAPPEDA	南スラウエシ BAPPEDA (佐久間 JICA 専門家経由)
38	Six-Monthly Progress Report Creating Learning Community for Children (CLCC) program Joint Cooperation between District of Takalar and UNICEF/UNESCO	UNICEF マカッサル事務所	UNICEF マカッサル事務所
39	Perencanaan dan Penganggaran strategi Penanggulangan Kemiskinan Daerah Sulawesi Selatan	南スラウエシ BAPPEDA	南スラウエシ BAPPEDA (佐久間 JICA 専門家経由)
40	CPDMS Course Material 2003 (看護師、助産士の Clinical Management System プロジェクト)	WHO	WHO
41	Standar SPMKK 2004 (上記プロジェクト実施のための基準)	WHO	WHO

	AusAID	AusAID	AusAID
42	Indonesia Profil Program (AusAID 活動報告書)	EU	EU
43	European Union Development Co-operation in Indonesia 2003	Dr. Fransiscus Arfin (JICA 保健省アドバイザー)	Dr. Fransiscus Arfin (JICA 保健省アドバイザー)
44	Review of Donors Activities in Health Sector in 2004. JICA Internal Use	Dr. Fransiscus Arfin (JICA 保健省アドバイザー)	Dr. Fransiscus Arfin (JICA 保健省アドバイザー)
45	Review of the Minimum Service Standard of Health at District Level Technical Guidelines	Dr. Fransiscus Arfin (JICA 保健省アドバイザー)	Dr. Fransiscus Arfin (JICA 保健省アドバイザー)
46	Pedoman Pelaksanaan Program Gerbang Taskin Bidang Kesehatan Tahun 2005 (貧困対策プログラム運動保健セクター概要) 英訳つき	南スラウェシ州保健局	南スラウェシ州保健局
47	Decree of Minister of Health of the Republic of Indonesia Number 1457/MENKES/SK/X/2003 on Minimum Service Standards in the Health Sector in Districts/Municipalities 県/市における保健分野の最低限のサービス基準に関するインドネシア共和国厚生大臣決定書 No.1457/MENKES/SK/X/2003 (SPM に関する大臣令の和訳)	保健省(JICA インドネシア事務所にて和訳)	保健省

県・市	分離後	面積 (平方キロ)	郡の数 (2003)	町・村の数 (2003)	世帯数 (2003)	貧困世帯数 (2003)	貧困世帯率	人口 (2003)	人口密度
Selayar	○	903	9	72	26,650	6,275	23.5%	109,415	121.2
Bulukumba	○	1,155	10	125	84,593	13,750	16.3%	371,453	321.6
Bantaeng	○	396	6	66	36,272	3,640	10.0%	164,841	416.3
Jeneponto	○	738	9	111	70,083	15,420	22.0%	323,245	438.0
Takalar	○	567	7	73	53,149	7,260	13.7%	240,578	424.3
Gowa	○	1,883	12	151	121,419	20,000	16.5%	552,293	293.3
Sinjai	○	820	9	75	44,824	6,440	14.4%	216,589	264.1
Maros	○	1,619	14	103	60,556	12,460	20.6%	286,260	176.8
Pangkep	○	1,112	12	100	58,462	12,700	21.7%	275,151	247.4
Barru	○	1,175	7	46	35,883	5,050	14.1%	156,661	133.3
Bone	○	4,559	27	372	146,061	22,520	15.4%	679,904	149.1
Soppeng	○	1,359	7	67	53,354	3,000	5.6%	224,121	164.9
Wajo	○	2,506	14	176	82,614	9,775	11.8%	362,683	144.7
Sidrap	○	1,883	11	106	55,302	5,550	10.0%	246,259	130.8
Pinrang	○	1,962	12	103	71,536	6,200	8.7%	331,592	169.0
Enrekang	○	1,786	9	108	35,720	7,700	21.6%	175,962	98.5
Luwu	○	2,483	13	185	83,805	12,340	14.7%	425,834	171.5
Tator	○	3,206	15	143	84,394	15,940	18.9%	416,610	129.9
Polewali	○	2,023	15	130	102,369	21,720	21.2%	469,867	232.3
Majene	○	948	4	35	26,397	7,280	27.6%	128,783	135.8
Mamuju	○	11,033	15	137	71,534	9,660	13.5%	334,863	30.4
Luwu Utara	○	14,964	19	276	99,564	8,360	8.4%	462,437	30.9
Mamasa	○	2,759	10	124	7,120				
Mamuju Utara	○				2,800				
Luwu Timur	○				5,200				
Makassar	○	176	14	143	243,386	16,280	6.7%	1,145,406	6,508.0
Pare-Pare	○	99	3	21	23,267	1,540	6.6%	113,057	1,142.0
Palopo	○	248	4	28	3,020				
合計(分離前)		62,362	287	3,076	1,771,194	269,000	15.2%	8,213,864	131.7
合計(分離後) (○のみ)		45,599	243	2,650	1,570,894	220,420	14.0%	7,280,351	159.7

出展：政府統計各種

※各データの出展が異なるため、行政区分が一定でないことに注意が必要。従って、最新の行政区分に従った県・市別のデータ及び南スラウェシ州としての合計値については、確認・再計算が必要である。

県・市	分離後	出生数 (2003)	乳児死亡数 (2003)	乳児死亡率 (出生千対)	妊産婦 死亡数 (2003)	妊産婦 死亡率 (出生10万対)	マラリア 報告数 (2003)	マラリア 罹患率 (人口10万対)	結核報告数 (2003)	結核罹患率 (人口10万対)
	○	1,912	21	11.0	9	471	153	139.8	33	30.2
Bulukumba	○	6,651	9	1.4	22	331	209	56.3	82	22.1
Bantaeng	○	3,575	22	6.2	4	112			195	118.3
Jenepono	○	7,546	28	3.7					93	28.8
Takalar	○	4,389	45	10.3	8	182	6	2.5	314	130.5
Gowa	○	9,535	90	9.4	26	273			225	40.7
Sinjai	○	3,954	29	7.3	19	481	3	1.4	149	68.8
Maros	○								55	19.2
Pangkep	○	5,102	19	3.7	4	78	2	0.7	747	271.5
Barru	○						115	73.4	74	47.2
Bone	○	10,125			15	148			282	41.5
Soppeng	○	3,791	52	13.7	12	317	41	18.3	115	51.3
Wajo	○	7,156	22	3.1	8	112	2	0.6	286	78.9
Sidrap	○	5,258	10	1.9	3	57			139	56.4
Pinrang	○	6,220	12	1.9	10	161	4	1.2	120	36.2
Enrekang	○	3,270	126	38.5	5	153	180	102.3	87	49.4
Luwu	○	8,004	39	4.9	6	75			160	37.6
Tator	○	5,372	19	3.5	8	149	11	2.6	116	27.8
Polowali									219	46.6
Majene		2,609	10	3.8					93	72.2
Mamuju		4,551	8	1.8	12	264	3	0.9	211	63.0
Luwu Utara	○	8,499	28	3.3	6	71	4	0.9	127	27.5
Mamasa										
Mamuju Utara										
Luwu Timur	○									
Makassar	○	19,462	35	1.8	6	31	5	0.4	1,359	118.6
Pare-Pare	○	2,542	7	2.8	1	39	2	1.8	236	208.7
Palopo	○								38	
合計(分離前)		129,523	631	4.9	184	142	740	9.0		
合計(分離後)(○のみ)		122,363	613	5.0	172	141	737	10.1		

出展：政府統計各種

※各データの出展が異なるため、行政区分が一定でないことに注意が必要。従って、最新の行政区分に従った県・市別のデータ及び南スラウェシ州としての合計値については、確認・再計算が必要である。

※データは主として政府刊行の統計集より取り取っているが、これらデータの信頼性については十分な検証が必要である。

県・市	分離後	専門職による 出産介助率 (2003)	乳幼児の体重 測定実施率 (2003)	予防接種率 :DTP3 (2003)	予防接種率 :麻疹 (2003)
Selayar	○	52.94	44.24	82.41	90.62
Bulukumba	○	56.82	47.18	148.48	138.46
Bantaeng	○	64.92	73.25	77.52	101.31
Jeneponto	○	78.79	76.55	61.14	83.73
Takalar	○	73.77	64.51	125.08	108.15
Gowa	○	60	61.08	78.54	105.58
Sinjai	○	50.89	50.5	105.69	99.02
Maros	○	51.51	58.68	129.65	123.52
Pangkep	○	67.71	63.83	99.26	129.87
Barru	○	64.73	60.24	188.46	104.24
Bone	○	47.56	50.6	136.22	132.2
Soppeng	○	56.08	65.43	124.2	228.55
Wajo	○	59.96	57.52	155.49	145.79
Sidrap	○	81.88	44.54	140.92	142.89
Pinrang	○	74.95	58.29	117.31	113.3
Enrekang	○	55.9	63.85	71.51	95.33
Luwu	○	65.1	58.57	115.72	133.71
Tator	○	54.41	53.89	108.85	126.56
Polewali		49.48	54.34	191.99	142.84
Majene		68.74	50	108.85	90.28
Mamuju		45.13	48.83	62.49	62.16
Luwu Utara	○	60.13	44.07	82.3	119.48
Mamasa			39.53		
Mamuju Utara					
Luwu Timur	○				
Makassar	○	66.19	54.6	108.69	144.77
Pare-Pare	○	79.29	44.9	127.53	118.92
Palopo	○	85.37	84.48		
合計(分離前)					
合計(分離後) (○のみ)					

出展：政府統計各種

※各データの出展が異なるため、行政区分が一定でないことに注意が必要。従って、最新の行政区分に従った県・市別のデータ及び南スラウェシ州としての合計値については、確認・再計算が必要である。

※データは主として政府刊行の統計集より取り取っているが、これらデータの信憑性については十分な検証が必要である。

9. 南スラウェシ州基本統計

県・市	分離後 公立総合 病院の数 (2003)	公立総合 病院の病床数 (2003)	民間病院 の数 (2003)	民間病院 の病床数 (2003)	合計 病院数	合計 病床数	一床当 人口	Puskesmas 数(2003)	Puskesmas Keliling数 (2003)	Puskesmas Pembantu 数(2003)	Puskesmas 合計数 (2003)	1施設当 人口	Polindes 数(2003)	1施設当 人口	Posyandu 数(2003)	1カ所当 人口
Selavar	○	1	36	1	36	3,039	10	9	40	59	1,854	18	6,079	179	611	
Bulukumba	○	1	75	49	124	4,953	16	14	49	79	4,702	51	7,283	453	820	
Bantaeng	○	1	25	25	50	6,594	9	7	25	41	4,021	35	4,710	219	758	
Jenepono	○	1	25	12	37	12,930	12	9	46	67	4,835	9	35,916	368	878	
Takalar	○	1	60	60	120	4,010	13	15	43	71	3,388	29	8,296	296	813	
Gowa	○	1	86	86	172	6,422	18	11	55	84	6,575	55	10,042	173	4,490	
Sinjai	○	1	25	8	33	8,664	13	13	42	10	28,626	13	16,661	233	930	
Maros	○	1	60	60	120	4,771	10	18	50	86	3,199	60	4,586	288	955	
Pangkep	○	1	50	1	51	2,896	18	9	27	43	3,643	26	6,025	182	861	
Barru	○	1	26	26	52	6,025	9	27	67	130	5,230	45	4,980	299	750	
Bone	○	1	100	100	200	6,799	36	27	45	70	3,202	55	6,594	441	822	
Soppeng	○	1	60	60	120	3,735	15	10	50	82	4,423	34	7,243	270	912	
Wajo	○	1	65	65	130	5,580	21	11	38	57	4,320	49	6,767	205	1,618	
Sidrap	○	1	70	70	140	3,518	11	8	37	52	3,384	39	4,512	214	822	
Pinrang	○	1	52	52	104	6,377	12	11	6	8	60	81	5,257	348	1,224	
Enrekang	○	1	25	25	50	7,038	13	8	60	41	10,161	71	5,868	366	1,138	
Luwu	○	1	59	59	118	2,327	22	19	48	76	6,182	42	11,187	515	912	
Tator	○	1	69	69	138	6,810	16	12	48	76	6,182	42	11,187	515	912	
Polewali	○	1	50	50	100	2,576	6	6	33	45	2,862	25	5,151	172	749	
Majene	○	1	40	40	80	8,372	17	6	80	103	3,251	15	22,324	78	4,293	
Mamuju	○	1	100	100	200	4,624	11	5	51	67	6,902	27	17,127	482	959	
Luwu Utara	○	1	100	100	200	50	7	2	18	27	1,854	18	6,079	179	611	
Mamasra	○	1	50	50	100	2,300	5	2	24	30	3,039	10	3,039	303	1,011	
Mamuju Utara	○	1	46	46	92	46	8	6	39	53	3,039	10	3,039	303	1,011	
Luwu Timur	○	1	715	715	1,430	676	35	17	37	89	12,870	89	12,870	888	1,320	
Makassar	○	3	979	6	985	676	35	17	37	89	12,870	89	12,870	888	1,320	
Pare-Pare	○	1	144	144	288	785	6	6	17	29	3,899	107	1,057	107	1,057	
Palopo	○	1	118	118	236	118	4	3	7	14	1,854	18	6,079	179	611	
合計(分離前)	26	2,399	11	976	37	3,375	2,434	267	1,080	1,729	4,751	799	10,280	8,284	992	
合計(分離後)(Oのみ)	23	2,240	10	926	33	3,166	2,300	240	877	1,448	5,028	701	10,386	7,388	985	

出展：政府統計各種

※各データの出版が異なるため、行政区分が一定でないことに注意が必要。従って、最新の行政区分に従った県・市別のデータ及び南スラウェシ州としての合計値については、確認・再計算が必要である。

※データは主として政府刊行の統計集より取っているが、これらデータの信頼性については十分な検証が必要である。