

インドネシア共和国
母子手帳による母子保健サービス向上
プロジェクト
終了時評価調査報告書

平成 21 年 9 月
(2009 年)

独立行政法人国際協力機構
インドネシア事務所

イネ事
JR
09-011

**インドネシア共和国
母子手帳による母子保健サービス向上
プロジェクト
終了時評価調査報告書**

平成 21 年 9 月
(2009年)

**独立行政法人国際協力機構
インドネシア事務所**

序 文

インドネシア共和国の母子保健に係る状況は、近隣するASEAN諸国と比較して深刻な状況であり、JICAは母子保健を保健医療分野における1つの重点分野として協力を行ってきました。1998年より、母子保健改善の手段として母子手帳を活用し、母子手帳を通じた妊婦と母親への保健教育と保健医療記録をもつことによる、健康意識の向上と行動変革につながる活動を展開してきました。結果として、2003年には妊産婦総数に対する母子手帳の充足率は全国で48%に達し、更に2004年に母子手帳に係る保健大臣令の発布や、2006年の保健省に特別予算措置（Deconcentration Fund）や地方政府による独自予算確保により、同充足率は62.4%に達する見込みであるなど、母子手帳の「量的」な拡大は順調に進捗してきています。

一方で、「質的」側面からみると、印刷・配布された母子手帳の妊産婦や保健医療従事者による効果的な利用をより一層進める必要があり、また、「量的」側面についても、保健省の特別予算措置は5年後には終了する見込みであることから、母子手帳の安定的な供給・配布を確保するためには、地方分権体制下で保健サービス提供の責任を担う地方政府による母子手帳の供給・配布の促進、母子手帳の裾野の拡大が重要な課題となっています。

以上のような現在までの協力の経緯と成果を踏まえ、2006年10月から2009年9月までの3年間、JICAは「母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト」を通じて、インドネシア共和国における母子手帳を活用した母子保健サービスが量的・質的に向上し、自立的に発展するための「制度構築」に取り組んでいます。

今般、JICAは本プロジェクトの協力期間終了を控え、プロジェクト活動実績の整理・確認を行うとともに、今後の協力を行ううえでの教訓・提言を取りまとめることを目的とし、終了時評価調査を実施しました。

本報告書は終了時評価結果を取りまとめたもので、今後の本プロジェクトの成果の展開に広く活用されることを願うものです。

最後に、これまでの本プロジェクトの実施にあたり、ご協力いただいた内外の関係者各位に対し、心から感謝の意を表します。

平成21年9月

独立行政法人国際協力機構
インドネシア事務所長 坂本 隆

目 次

序 文

目 次

プロジェクト所在地図

現地写真

プロジェクト主要成果品（写真）

略語表

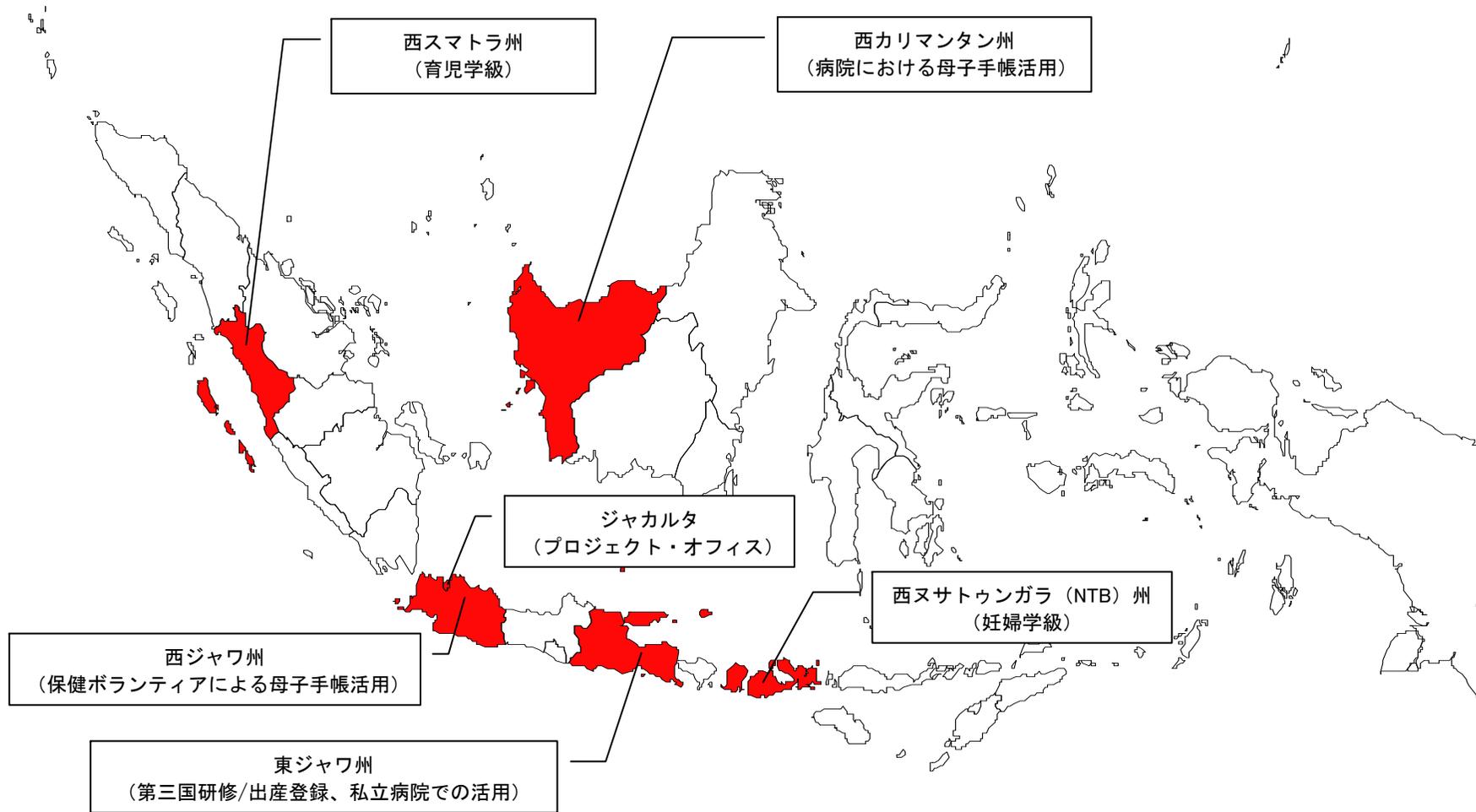
評価調査結果要約表

第1章 終了時評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 終了時評価の方法	2
1-3 調査団の構成	3
1-4 調査日程	3
第2章 プロジェクトの概要	6
2-1 背景	6
2-2 目的	6
2-3 評価対象	6
第3章 プロジェクトの進捗状況	7
3-1 投入実績（日本側/インドネシア側）	7
3-1-1 日本側の投入実績	7
3-1-2 インドネシア側の投入実績	8
3-2 活動実績	9
3-3 プロジェクトの達成状況（日本側/インドネシア側）	9
3-3-1 上位目標の達成状況	9
3-3-2 プロジェクト目標の達成状況	10
3-3-3 成果の達成状況	11
3-3 プロジェクトの実施プロセス 〔プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）の改訂〕	14
第4章 評価5項目の評価結果	16
4-1 妥当性	16
4-2 有効性	17
4-3 効率性	17
4-4 インパクト	18
4-5 自立発展性	19
4-6 結 論	20

第5章 提言と教訓	22
5-1 提言（本プロジェクトに関する具体的な提案・助言等）	22
5-2 教訓（ほか類似プロジェクトへの教訓）	23

付属資料

1. 団長総括及び団員所感	29
2. 主要面談者リスト	35
3. プロジェクト・デザイン・マトリックス	37
4. 評価グリッド	39
5. 質問票（雛形）	46
6. 日本人専門家派遣実績	50
7. 本邦研修実績	51
8. 機材リスト	52
9. プロジェクトに係るコスト（日本側投入分）概要	53
10. 主要カウンターパート・リスト	54
11. 活動計画	55
12. 上位目標、プロジェクト目標及び成果の進捗状況	57
13. プロジェクト主要成果品リスト	63
14. ミニッツ	65



プロジェクト所在地図

現 地 写 真



保健省子ども保健局長との会談(8月3日)



インドネシア助産師協会(ABI)との面談(7月14日)



インドネシア看護師協会(7月16日)



西スマトラ州タナ・ダタル県保健衛生局(7月27日)



西スマトラ州タナ・ダタル県にある保健所(7月27日)



母親学級参加者との面談(西スマトラ州タナ・ダタル県、7月27日)



西スマトラ州タナ・ダタル県にある保健所(7月27日)



東ジャワ州立スドノ博士病院(マディウン市)(7月29日)

現地写真その2



ニョイ・プルティニ民間助産クリニック(マディウン市)(7月29日)



ニョイ・プルティニ民間助産クリニックでの面談(7月29日)



西ヌサトゥンガラ州中部ロンボク県保健衛生局(8月5日)



中部ロンボク県サバ村の統合保健ポスト兼村保健ポスト兼民間助産所(8月5日)



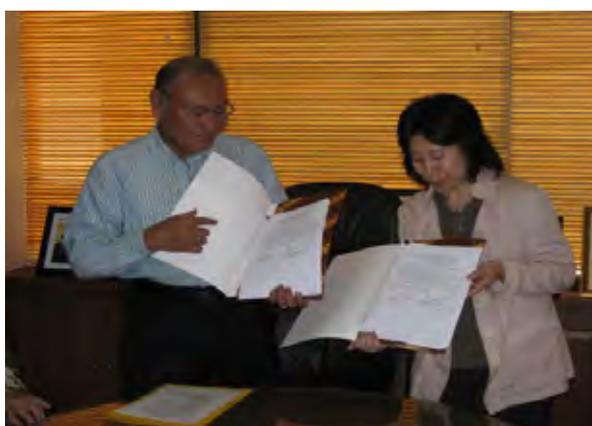
母親学級参加者との面談(中部ロンボク県サバ村、8月5日)



西ヌサトゥンガラ州立病院小児科(8月6日)



母子手帳ワークショップ(8月7、8日、西ジャワ州チカラン県)



協議議事録(M/M)署名(8月14日、保健省)

プロジェクト主要成果品（写真）



母子手帳紹介DVD



母子手帳



母子手帳オリエンテーション教材



母親学級(妊婦編)教材・運営ガイドライン等



母親学級(育児編)教材・運営ガイドライン等



母子手帳普及のためのアドボカシー・キット



母子手帳普及のためのポスター



保健ボランティア向け母子手帳活用のための教材

略 語 表

ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
ANC	Antenatal Care	産前検診
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah/ Local Budget of Revenue and Expenditure	地方政府予算
ASI Eksklusif	Exclusive Breastfeeding Rate	完全母乳育児率
ASKESKIN	Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin/ Health Insurance for the Poor	貧困者向け健康保険
Balita	Anak Bawah Lima Tahun/Children under five year old	5歳未満児
BBLR	Bayi Berat Lahir Rendah/Low Birth Weight Baby	低体重児
DHO	District Health Office	県保健衛生局
Fe3 (Bumil)	Percentage of the 3rd Iron Tablet Distributed to Pregnant Mother	妊婦への鉄材配布率
IBI	Ikatan Bidan Indonesia/Indonesian Midwife Association	インドネシア助産師協会
ICTP	In-Country Training Program	現地国内研修
IDAI	Ikatan Dokter Anak Indonesia/Indonesian Pediatrician Association	インドネシア小児科医協会
IDHS	Indonesia Demographic and Health Survey	インドネシア人口保健調査
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
K1	Kunjungan Pertama/ANC access for the 1st time in the first Trimester	第1回目産前検診へのアクセス
K4	Kunjungan Empat/ANC access for the 4th time in the first Trimester	第4回目産前検診へのアクセス
KIP-K	Komunikasi Inter Personal dan Konseling/Inter-personnel Communication and Counseling	対人関係のコミュニケーションとカウンセリング
KN2	Percentage of the 2 nd Neonates Visit	新生児健診の2回目受診率
KP/KIA	Kelompok Peminat Kesehatan Ibu dan Anak/Mother Group for MCH	母子保健母親グループ
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MCH HB	Maternal and Child Health Handbook	母子（健康）手帳
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MMR	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡率
MOH	Ministry of Health	保健省

MOHA	Ministry of Home Affairs	内務省
M/M	Minutes of Meeting	協議議事録（ミニッツ）
OJT	On the Job Training	オンザジョブ・トレーニング
P4K/BPCR	Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi/Birth Preparedness and Complication Readiness	出産準備と合併症への備え
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PERSAGI	Persatuan Ahli Gizi Indonesia/Indonesian Nutrition Expert Association	インドネシア栄養士協会
PHO	Provincial Health Office	州保健衛生局
PKK	Pembinaan Kesejahteraan Keluarga/Family Welfare Movement	家族福祉会
PN	Persalinan oleh Nakes (Tenaga Kesehatan) /Birth Attended by Trained Health Personnel	保健従事者が介助した出産
PO	Plan of Operations	活動計画
POGI	Persatuan Obgine dan Gynekologi Indonesia/Indonesian Obstetrician and Gynecologist Association	インドネシア産婦人科医協会
PONED	Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar/Basic Emergency Obstetric and Neonatal Care	基本的周産期緊急時医療
PONEK	Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif/Comprehensive Emergency Obstetric and Neonatal Care	包括的周産期緊急時医療
PPGDON	Pertolongan Pertama pada Kegawat-daruratan Obstetri dan Neonatal/First Aid for Emergency Obstetric and Neonatal Care	周産期緊急時応急措置
PPNI	Persatuan Perawat Nasional Indonesia/Indonesian National Nurse Association	インドネシア看護師協会
R/D	Record of Discussion	討議議事録
SDIDTK	Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang/Early Stimulation, Detection and Intervention of Child Growth and Development	子どもの成長発達のための早期刺激、早期発見、早期介入
TCTP	Third Country Training Program	第三国研修
TOT	Training of Trainers	トレーニング・オブ・トレーナーズ
TT2	Rate of the 2 nd Tetanus Immunization	妊娠中の破傷風予防接種2回接種率
UCI	Proportion of Universal Child Immunization	乳児期に受けるべき予防接種5種の接種完了率

UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Childrens Fund	国連児童基金
Vit A Bayi	Proportion of Vitamin A Distributed to Infant	乳児6～11カ月時のビタミンAカプセル摂取率
Vit A Balita	Rate of Vitamin A Distributed to Under-five Child	幼児1～5歳時のビタミンAカプセル摂取率

評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：インドネシア共和国	案件名：母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト
分野：保健分野	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部 保健行政・母子保健課	協力金額（評価時点）：約3億400万円
協力期間	(R/D)：2006年10月1日～2009年 9月30日
	先方関係機関：インドネシア保健省
	日本側協力機関：
	他の関連協力：
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>インドネシア共和国（以下、「インドネシア」と記す）の保健医療の全般的な水準は過去30年間にかなり改善してきており、母子保健（Maternal and Child Health：MCH）についても同様のことがいえる。例えば、乳児死亡率（Infant Mortality Rate：IMR）をみると、1967年の出生1,000対145から2003年の35と年々改善されてきている。妊産婦死亡率（Maternal Mortality Ratio：MMR）についても、改善してきているが、対出生10万で2001年は307であり、両率ともに他ASEAN諸国の状況と比すると状況の深刻さが歴然としている。このようなMMRの高さは、地域での妊産婦の危険な兆候に対する「発見の遅れ」、地域から保健医療施設への「搬送の遅れ」、保健医療施設における「適切な処置、治療の遅れ」の3つの遅れや、妊娠出産に係る基礎的な知識が母親（及び家族）に不足していることが挙げられる。</p> <p>上記のようなMCHに係る深刻な状況に対し、JICAはMCHを保健医療分野における1つの重点分野として協力を行ってきた。具体的には、『家族計画・母子保健プロジェクト』（1989～1994年）でインドネシア版母子（健康）手帳（Maternal and Child Health Handbook：MCH HB）の開発と試行を、『母と子の健康手帳プロジェクト』（1998～2003年）でMCH改善の手段としてMCH HBの活用、健康意識の向上と行動変革につながる活動を展開し、プロジェクト対象州をはじめ多くの地域への普及に貢献した。その結果、2004年にMCH HBに係る保健大臣令の発布や、2006年の保健省（Ministry of Health：MOH）に特別予算措置（Deconcentration Fund）や地方政府による独自予算確保により、同充足率は62.4%に達しMCH HBの「量的」な拡大は順調に進捗してきている。</p> <p>一方で、「質的」側面からみると、印刷・配布されたMCH HBの効果的な利用をより一層進める必要があり、そのために、MCH HBの活用モデル構築、既存の保健医療システム内の位置づけ、各種のMCHサービス統合のツールとしての活用、保健医療従事者への研修体制・内容の確立などが課題として残っている。さらに、「量的」側面についても、地方分権体制下で保健サービス提供の責任を担う地方政府によるMCH HBの供給・配布の促進、MCH HBの裾野を広げるために健康保険制度や出産登録制度との連携、MCHに関係する専門家団体によるMCH HBの活用促進、などを推進することが重要な課題となっている。</p> <p>本プロジェクトでは、MCH HBを活用したMCHサービスが量的・質的に向上し、自立的に発展するために、「MCH HBがMCHサービス統合の手段として機能するとともに、MCH HBを使ったMCHサービスを継続するためのシステムが確立する」ことを目的とした協力活動を行うものである。</p>	

1 - 2 協力内容

(1) 上位目標

1. すべての保健関係施設でMCH HBを使ったMCHサービスが提供されるようになる。
2. すべての妊婦と5歳未満児（Anak Bawah Lima Tahun : Balita）の母親が健康記録をもつ。

(2) プロジェクト目標

MCH HBがMCHサービス統合の手段として機能するとともに、MCH HBを使ったMCHサービスを継続するためのシステムが確立する。

(3) 成果

1. 住民のMCH HBへのアクセスが高まる。
2. 関連医療従事者を対象としたMCH HBに係る研修制度が強化される。
3. MCH HBのモニタリング・報告に係る制度が強化される。
4. MCH HBの有効利用に係るモデルが形成される。
5. MCH HBのMCH改善への効果に係る調査・評価の結果がMOHの政策策定・実施過程に反映される。
6. 第三国研修（Third Country Training Program : TCTP）及び現地国内研修（In-Country Training Program : ICTP）を通じて、MOHと地方政府のMCH HBを使用したMCH改善の経験を効果的に共有する制度・能力が強化される。

(4) 投入（評価時点）

日本側：

長期専門家派遣	3名（延べ人数5名）	機材供与	240万8,000円
短期専門家派遣	3名（延べ人数5名）	ローカルコスト負担	9,683万5,000円
研修員受入	35名（2009年8月時点）	その他	円

相手国側：

カウンターパート配置	14名	機材購入
土地・施設提供		ローカルコスト負担
その他		

2. 評価調査団の概要

調査者	（担当分野：氏名 職位）		
	団長/総括	竹内 智子	JICA 人間開発部 母子保健課長
	母子保健	中村 安秀	大阪大学 教授
	母子保健	藤原 善子	元JICA 母子保健専門家
	評価分析	西田 竜也	株式会社 ケイディーテック
	評価計画/管理	舘山丈太郎	JICA インドネシア事務所 職員
	評価計画/母子保健	佐藤 祥子	JICA 人間開発部 特別嘱託
調査期間	2009年7月12日～8月15日		評価種類：終了時評価

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

上位目標「1. すべての保健関係施設でMCH HBを使ったMCHサービスが提供されるようになる」及び「2. すべての妊婦とBelitaの母親が健康記録をもつ」については、その指標に関するデータを十分に得られなかったこともあり、また本来上位目標はプロジェクト終了後数年をめどにその達成が期待されるところもあり、現時点で上位目標の進捗に関して結論を述べるには時期尚早である。

プロジェクト目標「MCH HBがMCHサービス統合の手段として機能するとともに、MCH HBを使ったMCHサービスを継続するためのシステムが確立する」については、プロジェクト終了時までには、部分的に達成される見込みである。これは、MOHがMCH HBの有効利用に係るモデルを既に政策に反映している一方（プロジェクト目標の指標2.）、2009年9月までに、少なくとも80%の妊婦がMCH HBを使った産前検診（Antenatal Care：ANC）を受診するようになるという目標（プロジェクト目標の指標1.）が達成される見込みはないためである。

成果については、成果1「住民のMCH HBへのアクセスが高まる」の指標1-3¹を除きすべての指標が既に達成されているか、プロジェクト終了時までには達成される見込みである。具体的に、成果1は、4つの指標のうち指標1-3を除き、既に達成されたか、プロジェクト終了時までには達成される見込みである。成果2「関連医療従事者を対象としたMCH HBに係る研修制度が強化される」については、3つの指標はいずれも既に達成されている。成果3「MCH HBのモニタリング・報告に係る制度が強化される」は、MOHが国レベルでのMCH HBの配布率のモニタリングを既に始めており、目標は既に達成されている。成果4「MCH HBの有効利用に係るモデルが形成される」は、対象となるMCH HBの利用促進に関する5つのモデルすべての開発を完了しており、目標は既に達成されている。成果5「MCH HBのMCH改善への効果に係る調査・評価の結果がMOHの政策策定・実施過程に反映される」につき、3つの指標はいずれも、既に達成されているか、プロジェクト終了時までには達成される見込みである。成果6「TCTP及びICTPを通じて、MOHと地方政府の、MCH HBを使用したMCH改善の経験を効果的に共有する制度・能力が強化される」については、3つの指標すべてが既に達成されている。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

インドネシアでは、ASEAN各国に比較してIMRやMMRが高く、MCHサービスの向上が喫緊の課題となっており、MCH改善に対する支援は極めて妥当である。また、本プロジェクトは、MCHの向上に高い優先順位を与えるインドネシアの国家開発計画・戦略、そして「対インドネシア国別援助計画」や「国別事業実施計画」といった日本のODA政策・計画とも一貫している。

MCH HBの利用を量的かつ質的に改善するという戦略は、プロジェクト目標であるさまざまなMCHサービスの統合に貢献し、かつMCH HBを利用したMCHサービスの自立発展性の向上に寄与していることから、適切であったと考えられる。

ターゲット・グループをMOH及びMCHに係る専門家団体〔インドネシア助産師協会（Ikatan Bidan Indonesia：IBI）〕とすることは、MOHがMCH HBに関する包括的な政策・制度を構築するうえでの政策立案者であり、かつ同専門家団体が右施策を実施するうえでの重要

¹ 2009年までに地方歳出歳入予算によってMCH HBの供給予算を担保する地方政府の数が増加する。

なステークホルダーであることから、妥当と考えられる。

MCH HBは、日本が世界に比類のない経験をもつこと、MCH HBが成長カードより優位性があること、また、日本がインドネシアにおいて長年にわたりMCH HBの開発・導入・普及の支援を行ってきていることから、日本が支援を行うことは妥当である。

(2) 有効性

本プロジェクトは、部分的に有効であった。これはプロジェクト目標に関する2つの指標のうち、2つ目の指標である「MOHがMCH HBの有効利用に係るモデルを政策に反映する」については既に達成された一方、1つ目の指標である「2009年9月までに、少なくとも80%の妊婦がMCH HBを使ったANCを受診するようになる」²については、プロジェクト終了時までに達成が難しい状況にあるためである。

プロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix : PDM）上の成果とプロジェクト目標の因果関係においては、MCH HBの有効利用に係るモデルを開発（成果4）した結果、それが政策に反映されている（プロジェクト目標）。また、MCH HBを使ったANCの受診率については、成果1の活動としてMCH HBが利用できる医療機関を増やす、MCH HBを活用するMCH事業を増やすという取り組みを行い、成果2の活動として新規にMCH HBを活用する保健従事者に対する研修の拡充を行った結果として増加するものであるが、設定された目標値を実現するには時間が不十分であった。

しかしながら、成果1の活動の結果、MCH HBの準備率が2006年(58%)から2008年(78.8%)にかけて上昇しており、2008年の段階で推定妊婦数の56%に、MCH HBを用いたANCを提供していることは、明るい材料であり、近い将来にインドネシア側が目標を達成することが期待される。

(3) 効率性

本プロジェクトは、十分効率的であると考えられる。まず、上述のとおりPDMに記載された成果については、全19の指標のうち指標1-3を除き、すべての指標が既に達成されているか、プロジェクト終了時までに達成される見込みであり、十分に達成されているといえる。活動の進捗は、前年、特に1年目は比較的ゆっくりとしたものであった。しかし、活動の遅れは、プロジェクト後半、特に3年目までに取り戻しており、PDM上の活動は成果の発現に十分な活動であったといえる。投入と活動の関係については、プロジェクトはローカル・コンサルタントやインドネシアのMCH HBに精通した日本人専門家を活用することで、プロジェクトの活動を効率的に運営してきた。

(4) インパクト

本プロジェクトでは、まだプロジェクト目標の達成までに数年を要するため、まだ上位目標の達成時期を確定することはできないが、プロジェクト目標達成後、MOHがMCH HBを利用したMCH改善の策定を継続し、かつMCH HBを所掌する地域保健総局がMCH HBに関

² 2007年11～12月に実施された運営指導調査時に、新たに「2009年9月までにMCH HBがMCHサービスを提供する主要な保健医療機関で利用できるようになる」というプロジェクト目標の指標が追加された。その後、MCH HBの利用を全国に拡大しようとするインドネシア側の強い要望で現行の指標に変更された経緯がある

注：用語の定義。準備率（Supply Rate）＝準備されたMCH HBの数/全妊婦数。準備率は充足率、供給率と称されることもある。配布率（Distribution Rate）＝実際に妊婦に配布されたMCH HBの数/全妊婦数。配布・所持率とされることもある。

連する他の部局及び他の機関に対してリーダーシップを発揮し続ければ、数年後には上位目標が達成される可能性が高い。

予期せぬインパクトについては、妊婦や母親に加え家族の他のメンバーのMCHに関する知識が向上し、また、プロジェクトがコミュニティ・エンパワメントにつながっているケースもみられるなど、予期せぬ正のインパクトが幾つかみられている。プロジェクトによる予期せぬ負のインパクトについては、特に確認されなかった。

(5) 自立発展性

本プロジェクトの効果は、プロジェクト終了後も、政策、組織、そして技術といった面では、持続していくことが期待される一方、財政面及び人材面における自立発展性については、確かではない部分もある。特に、地方レベルでの自助（Self-reliance）が、本プロジェクトの効果を持続するうえでは鍵となる。

具体的に組織及び政策面では、通達、ガイドラインそしてマニュアル等を通じて、MCH HBを既存のさまざまな保健プログラムに統合することに成功し、かつMCH HBの活用に対するインドネシア側のコミットメントも現在まで確実に高まっている。さらに、MCH HBの活用は助産師や看護師育成のためのさまざまな教育プログラムに統合されている。

また、技術面でも、MOHはMCH HBの活用を計画し、実施し、レビューし、そして改訂するという一連の作業を遂行するに十分な技術力を身に付け、また国、州、県・市レベルでのさまざまなトレーニングを通じて、MOH職員、州保健衛生局（Provincial Health Office : PHO）及び県保健衛生局（District Health Office : DHO）職員、そして医療従事者等すべてのレベルでMCH HBの活用促進に関する技術が広まったといえる。

しかし、頻繁すぎる人員の配置転換、そして一義的には地方政府の責任となっているものの、MCH HBの印刷・配布に関するコストをどのようにインドネシア側内部で分担するのかが未解決のままであることは、本プロジェクトの自立発展性に対する脅威となり得る。

特に、プロジェクトの自立発展性のためには、地方によるMCH HB事業の自立的運営が極めて重要である。プロジェクトの実施を通じて、地方政府やコミュニティのなかには西スマトラ州、西ヌサトゥンガラ州、東ジャワ州などのように、自立的運営の面で一定の進捗がみられたところも出ているが、一部には安定的な印刷・配布に向けた取り組み（印刷や研修の予算措置、活動を継続する仕組みほか）の強化が必要なところもある。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

MCH HBの利用を量的かつ質的に改善するという戦略は、プロジェクト目標であるさまざまなMCHサービスの統合に貢献した。特に、地方において、モデル活動実施5州を設定し、州・県政府保健局、医療従事者や、対象地域の妊産婦・Balitaをターゲットとしたことは、将来の間接裨益者であるインドネシア全土の妊産婦及び乳幼児に適用可能な現実的な政策・制度の構築を可能にする大きな要因となった。

(2) 実施プロセスに関すること

実施プロセスにおいてインドネシア側は、プロジェクトに関する非常に多くのセミナーやワークショップ等を日本側からの支援の有無にかかわらず実施し、高いオーナーシップを発揮した。また、保健大臣がMCH HBを利用したMCHサービスの向上に強いコミットメントを示し、また非常に多くの機関・下部機関がコーディネーション・メカニズムを通じて協調

したことも、プロジェクトの効果の発現に大きく寄与した。そして、以上をサポートする形で日本人専門家を中心に日本側が時宜を得た支援を提供したこともプロジェクトに好影響を与えた。

3-4 問題点及び問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関すること

計画内容に関し、問題点及び問題を惹起した要因は、特にみられなかった。

(2) 実施プロセスに関すること

プロジェクトの1年目及び2年目においては、MOHに対する予算が大幅に削減された影響を受けて、MCH HBの配布・活用、モデル活動の実施、国家レビュー会議等さまざまな面で活動の遅れ等がみられた。また、関係者間の調整や協議に時間がかかり活動の実施に影響がみられたものもあった。さらには、地震の影響により2年目に西スマトラ州で予定されていた第三国研修地が西ジャワ州に変更されるというようなこともあった。

しかしながら、以上の活動の進捗の遅れ等はいずれも、プロジェクトの後半、特に3年目までに取り戻しており、既に述べたように成果は順調に発現しており、特に悪影響を与えたようには見受けられない。

3-5 結論

調査団としては、上位目標に関する進捗は今後更に注視する必要があるが、ほとんどすべての成果及びプロジェクト目標の一部については大きな進捗がみられたと結論できる。

特に、本プロジェクトが、インドネシアの国家開発計画や日本の援助プログラムと整合していたこと、またターゲット・グループの選定やプロジェクトの実施戦略も適切であったこと、さらには、MCHの向上に対する高いニーズと日本が有するMCH HBに関する高い専門性や豊富な経験をかんがみると、本プロジェクトは妥当であったと判断できる。

本プロジェクトは、プロジェクト目標の1つの指標が未達成であるため、有効性については部分的にあるとの結論になったが、同指標も目標達成に向け着実に進捗がみられることから、将来の展望は明るい。

効率性の面でも、インドネシア側の高いオーナーシップ、効果的な協調メカニズム、そしてローカル・リソースと現場での経験・知識の活用により、十分効率的であったと考える。

インパクトに関しては、上位目標の達成については、今後更にデータ収集を強化し、今後の推移を見守る必要があるが、フィールド調査においては、父親（妊婦の夫、及び乳幼児の父親）のMCHの知識に関する向上や、コミュニティ・エンパワメントといった、予期せぬ正のインパクトもみられている。

自立発展性につき、本プロジェクトの効果は、MOHの強い組織・制度的コミットメントに象徴されるように、プロジェクト終了後も政策、組織、そして技術といった面では、持続することが期待される一方、財政面や人材面における自立発展性については、頻繁な人材の配置転換やMCH HBの印刷・配布に関する中央・地方政府間の負担分担が不確定であることから、不透明な部分もある。さらに本プロジェクトの効果を持続するうえでは、地方レベルでの自立的運営が、鍵となると考えられる。

3-6 提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

以上の評価結果を踏まえ、調査団はプロジェクト終了後の課題について以下の提言を行った。

(1) 母子手帳 (MCH HB) 関連予算の確保

MCH HBの印刷・配布にかかる予算については中央政府 (MOH) と地方政府 (県・市) の間で適切な財政負担や役割分担が行われるよう調整が必要である。2009年分に関しては、MOH本省が全妊婦に配布するために必要と見込まれる500万部の印刷費用を負担するという決定は、MCH HBの普及率向上の観点から評価される一方、予算確保に一義的な責任を負う地方政府による自立的な印刷・配布への取り組みが損なわれてはならない。また、妊婦や子どもを対象とした個別の記録カードや健康教材を複数作成するより、これらが統合されたMCH HBを利用する方が経済的であることに留意すべきである。

地方における予算確保には、地方レベルの政策立案者への働きかけ (アドボカシー活動) が重要である。また、NGOや民間セクターとの連携を通じた資金獲得の可能性も模索すること。

(2) 母子手帳 (MCH HB) に関するモニタリング・システムの強化

MOHは、2008年よりMCH HBの配布率に関する情報を定期的に収集しているが、今回の調査で配布率に関する情報を確認できたのは、全33州のうち12州にすぎなかった。配布率にとどまらず、MCH HBを活用することで住民の知識や行動、MCHサービスへのアクセスにどのような改善がみられたかを数値で示すことは、予算を獲得するためにも重要である。MCH HBに関するモニタリング・システムの一層の強化が求められる。

(3) 保健セクター内外の関係機関との連携強化

今回の調査では、主にポシアンドゥ (地域保健サービスポスト) や保健所における公衆衛生プログラムにおいて、MCH HBがMCHサービス統合の手段として機能していることが確認された。レファラル・システムや継続ケアを強化していくためには、予防的ケア (公衆衛生) と臨床サービス (治療) の連携が不可欠である。プロジェクトで開発された病院におけるMCH HBの活用モデル等を基に、病院レベルでの利用を推進していく必要がある。病院における母科学級の実施はその一助となるであろう。

保健セクター外の関係機関との連携強化も重要である。地方予算の確保に関しては、地方政府の計画策定に影響力をもつ内務省 (Ministry of Home Affairs : MOHA) との連携が必要であり、医療技術者の専門教育においてMCH HBを活用したMCHサービスに関する内容が取り入れられるためには教育省と連携することとなる。出生登録の推進は、インドネシア政府の優先課題であり、MCH HBはこの取り組みを進めるために有効な手段の1つとなり得るため、関係機関との一層の連携が望まれる。

(4) 母子手帳 (MCH HB) に関する知見の継続

頻繁な人員の配置転換は、円滑なプロジェクト活動の阻害要因となった。地方分権下では、中央政府 (MOH) は地方レベル (県・市) における人員配置への直接の影響力をもたないが、プロジェクトを通じて得られた知見が人員配置によって消散しないよう手段を講じる必要がある。MCH HBの活用に関する技術ガイドラインや手順書の作成により、標準化が図られるとともに一定の形式知が構築されているが、こういった教材や文書の開発に携わった個人に蓄積された暗黙知も同様に重要である。後任者への引き継ぎの徹底等を通じて知見や経験が継続されなければならない。

インドネシアのMCH HBに関する日本の協力は、1990年代初頭のMCH HBの開発にまでさかのぼることができる。その後、全国への普及・拡大や、大臣令による制度化、本プロジ

プロジェクトの目標であるMCH HBによるMCHサービスの向上、といった取り組みを通じて両国における人材育成や人的ネットワークが強化された。今後もこのようなリソースを維持し、活用していくべきである。

3-7 教訓（当該プロジェクトから導き出された他の類似プロジェクトの発掘・形成、実施、運営管理に参考となる事柄）

(1) 多数の関係機関を巻き込んだプロジェクト運営

本プロジェクトでは、MOH内だけでも20部局にわたる多くの関係部署をカウンターパートとしたことに加え、広範な地域を対象として、中央、地方政府（県・市）、地域レベルに対する幅広い活動を行った。多岐にわたる関係機関を巻き込んだことにより互いの役割分担が明確となるとともに、効果的な協働関係が築かれた。このような連携が可能となった一因としては、プロジェクトが観念的な議論に終始するのではなく、「現場レベルでの目に見える成果・目標」を設定し、これに向けて関係者間の調整を図ったことが挙げられる。現場レベルでの具体的な目標設定と協働体制の構築は、日本の技術協力の強みであることが本プロジェクトによって実証された。

(2) インドネシア側の強いオーナーシップとリーダーシップ

インドネシア側の非常に高いオーナーシップも本プロジェクトの成功要因の1つである。MCH HBを活用してMCHサービスを向上させるため、先方政府は日本側の支援を得ずに多くのセミナーやワークショップを開催し活動の拡大に尽力した。

日本人専門家と協働してモデル事業を開発・実施したり、本邦におけるカウンターパート研修に参加したりすることでインドネシア側は、MCH HBを活用したMCHサービスの向上と、その有効性について認識を深めていった。さらにベトナムやアフガニスタンなどを対象としたTCTPを実施し、他国に対し自らの経験を共有することも非常に有益であった。

(3) 母子手帳（MCH HB）：母子保健（MCH）サービスを統合し継続ケアを提供するために有効な手段【医療従事者側の視点】

MCH HBには、大きく健康記録と健康教材という2つの機能がある。医療機関ではなく家庭で保管される健康記録なので、妊娠の経過や子どもの成長を住民自らが把握できることに加え、健康教材として必要な情報を適切に得られるという利点がある。しかしながら、MCH HBを配布するだけでこのような効果が得られるわけではなく、既にMCHサービスが提供されている状況で、これらのサービスを統合すべく医療従事者側が住民に対して適切な働きかけを行うことで、有効な手段（ツール）となり得るのである。本プロジェクトでは、インドネシア側がMCHサービスを統合するための手段としてMCH HBを認識したうえでこれを活用したことにより、有効な手段として機能することとなった。

また、本プロジェクトではMCH HBによる「MCH」サービスの向上を目標としていたが、プロジェクト実施中にMCHのなかでも新生児の健康に対する関心が国際的に高まり、MCHではなくMNCH（Maternal, Neonatal and Child Health）という用語が使われるようになった。MCH HBの重要な原則の1つは、妊娠から出産、子どもの健康にいたる「継続ケア」の推進であり、従来、母と子が別々の保健プログラムによって管理されていたものを、MCH HBの利用を通じて継続的、かつ統合されたサービスが受けられるようになることを目標としている。新生児の健康が、妊産婦保健と子どもの保健をつなぐ重要な課題として脚光を浴びたことは、本プロジェクトが目標としていた「MCH HBによるMCHサービスの向上」にとつ

て追い風となるとともに、新生児保健を向上させるためにもMCH HBが果たす役割が大きいことが関係者に認識された。

(4) 母子手帳 (MCH HB) による母子保健 (MCH) サービス向上【住民の視点】

MCH HBを利用した健康教育により、妊婦や母親、保健ボランティアのMCHに関する知識が向上したことが確認された。知識の向上は幾つかの行動変容を生み、実際に、妊娠中の食生活が改善されるとともに、伝統的産婆ではなく資格をもった助産師による出産介助を希望する妊婦が増えるなど、行動面で正の効果が現れつつある。これらの変化は、MCH HBの内容が住民側に受け入れられ、理解されていることを示している。

MCH HBを活用したMCHサービスが継続的に提供され、かつ利用されるためには地域住民の理解が不可欠である。本プロジェクトは、住民側のニーズ (需要) に応える形で質の高いサービスを提供することで、住民と行政サービスをつないだ好事例といえるだろう。

(5) 多様性への配慮

インドネシアの多様性に配慮したため、プロジェクトが成功裏に実施されたという事実も重要な教訓の1つである。インドネシアは多様な文化、宗教、民族を抱えているため、ある地域で成功をおさめた活動モデルが全国で通用するとは限らない。プロジェクト関係者が多様性とその影響に十分な注意を払ったことで、全国展開が可能になったといえる。具体的には、MCH HBを全国に普及・拡大する際に、表紙の色と基本的な内容だけを標準化し、そのほかは地域の独自性に任せたことが挙げられる。地域ごとに自らのMCH HBを作成したことで、関係者のオーナーシップを高めることにもつながった。

(6) 地域レベルでの自助 (Self-Reliance) の強化

MOHは国策として地域レベルの健康増進を推し進めており、プライマリヘルスケアの核となるコンセプトである自助 (Self-Reliance) の強化を重視している。本調査団は、さまざまな事例からMCH HBが地域レベルの自助努力を強化するためにも有効な手段となるとの結論に至った。

プロジェクトではMCH HBを活用したMCH活動を推進するにあたって、直接の利用者である妊婦、母親、保健ボランティア以外にも、地域や宗教的指導者を積極的に巻き込んだ。その結果、地域の活動として母親学級を開催する、母親学級に父親も参加するといった独自の取り組みが開始されている。地域社会を積極的に巻き込んだプロジェクトの活動は、インドネシアの国策と合致しており、時機を得たものであったといえる。今後、MOHや地方政府は、こういった地域社会での取り組みを後押しする役割を果たしていく必要がある。

第1章 終了時評価調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

インドネシア共和国（以下、「インドネシア」と記す）の保健医療の全般的な水準は過去30年間にかかなり改善してきており、MCHについても同様のことがいえる。例えば、IMRをみると、1967年の出生1,000対145から2003年の35と年々改善されてきている。MMRについても、改善してきているが、対出生10万で2001年は307であり、両率ともに他ASEAN諸国の状況と比すると状況の深刻さが歴然としている。このようなMMRの高さは、地域での妊産婦の危険な兆候に対する「発見の遅れ」、地域から保健医療施設への「搬送の遅れ」、保健医療施設における「適切な処置、治療の遅れ」の3つの遅れや、妊娠出産に係る基礎的な知識が母親（及び家族）に不足していることが挙げられる。

上記のようなMCHに係る深刻な状況に対し、JICAはMCHを保健医療分野における1つの重点分野として協力を行ってきた。具体的には、『家族計画・母子保健プロジェクト』（1989～1994年）でインドネシア版MCH HBの開発と試行を、『母と子の健康手帳プロジェクト』（1998～2003年）でMCH改善の手段としてMCH HBの活用、健康意識の向上と行動変革につながる活動を展開し、プロジェクト対象州をはじめ多くの地域への普及に貢献した。その結果、2004年にMCH HBに係る保健大臣令の発布や、2006年のMOHに特別予算措置や地方政府による独自予算確保により、同充足率は62.4%に達しMCH HBの「量的」な拡大は順調に進捗してきている。

一方で、「質的」側面からみると、印刷・配布されたMCH HBの効果的な利用をより一層進める必要があり、そのために、MCH HBの活用モデル構築、既存の保健医療システム内の位置づけ、各種のMCHサービス統合のツールとしての活用、保健医療従事者への研修体制・内容の確立などが課題として残っている。さらに、「量的」側面についても、地方分権体制下で保健サービス提供の責任を担う地方政府によるMCH HBの供給・配布の促進、MCH HBの裾野を広げるために健康保険制度や出産登録制度との連携、MCHに関係する専門家団体によるMCH HBの活用促進、などを推進することが重要な課題となっている。

本プロジェクトでは、MCH HBを活用したMCHサービスが量的・質的に向上し、自立的に発展するために、「MCH HBがMCHサービス統合の手段として機能するとともに、MCH HBを使ったMCHサービスを継続するためのシステムが確立する」ことを目的とした協力活動を行うものである。

この度、本プロジェクトが2009年9月に実施期間を終えることから、これまでの活動状況及び中間評価時に示された提言・教訓に対する進捗状況を把握し、評価5項目の観点から評価を実施するとともに、今後に向けての提言・教訓を抽出することを目的に終了時評価調査団の派遣が計画された。

終了時評価調査の目的は以下4点である。

- (1) これまで実施した協力活動全般について、当初計画に照らし、計画達成度（投入実績、活動実績、プロジェクト成果の達成状況）を把握する。
- (2) 上記を踏まえたうえで、JICA事業評価ガイドラインに沿って評価5項目の観点からプロジェクトの評価を行う。
- (3) 評価結果から他のプロジェクトの形成、運営、評価等の参考となる教訓を導き出すとともに

に、日本側及びインドネシア側の今後の対応等につき提言を行う。

(4) これまでのわが国の協力を踏まえ、必要に応じ、MCH HBを中心としたMCHサービスの質的向上について協力のニーズを調査する。

1-2 終了時評価の方法

JICA事業評価ガイドライン（2004年1月）にのっとり、終了時評価は以下のプロセスを経て行われた。

1. 終了時評価調査の枠組みとして、PDM2〔2009年1月、運営指導調査団協議議事録（Minutes of Meeting：M/M）により改訂〕が使用される。計画達成度はおののちに設定された指標によって、また、投入及び活動の実績はプロジェクト成果の達成状況に対応して評価される。
2. プロジェクト・デザイン及び実施プロセスに関する事項も含め、プロジェクトの達成を促進あるいは阻害した要因について分析が行われる。
3. プロジェクトの評価は評価5項目―「妥当性」「有効性」「効率性」「インパクト」「自立発展性」に基づいて行われる。
4. 日本側及びインドネシア側によって行われるほかのプロジェクトに向け、今後の対応に関するプロジェクト関係者への提言及び教訓が明示される。

終了時評価に使用される評価5項目の定義は以下のとおりである。

妥当性

妥当性は、インドネシア政府の開発計画・戦略、日本政府の援助政策・計画、そして裨益者のニーズに関連したプロジェクト目標及び上位目標の妥当性、加えてプロジェクト目標の論理一貫性の観点から評価される。

有効性

有効性は、目標と成果との因果関係を明確にし、プロジェクト目標が達成された程度によって評価される。

効率性

効率性は、特にタイミング及び質的・量的観点に基づいて、投入と成果との関係について評価される。

インパクト

インパクトは、プロジェクト実施によってもたらされた正負の効果及び予期可能・不能であった影響に基づいて評価される。

自立発展性

自立発展性は、政治的・制度的・財政的及び技術的側面において、プロジェクト終了後も成果が維持発展する程度に基づいて評価される。

注：本評価は部分的に不完全なデータに基づいて行われている。そのため、指標の正確性及び妥当性を求めることが困難な場合がある。

1-3 調査団の構成

担当分野	氏名	所属
団長/総括	竹内 智子	JICA 人間開発部 母子保健課長
母子保健	中村 安秀	大阪大学 教授
母子保健	藤原 善子	元JICA 母子保健専門家
評価分析	西田 竜也	株式会社 ケイディーテック
評価計画/管理	舘山 丈太郎	JICA インドネシア事務所 職員
評価計画/母子保健	佐藤 祥子	JICA 人間開発部 特別嘱託

*本終了時評価は、インドネシア側と日本側の合同評価調査という形で行う。

インドネシア側 評価担当	Kushari Superi	インドネシア大学 公衆衛生学部 栄養学科長
-----------------	----------------	-----------------------

1-4 調査日程

2009年7月12日（日）～8月15日（土）

日付	曜日	時間	用務
7月12日	日	19:50	西田団員ジャカルタ着（JL725）
7月13日	月		JICAインドネシア事務所及びプロジェクト専門家との打合せ
7月14日	火	10:00	アジア開発銀行（ADB）との協議
		14:15	IBIとの協議
7月15日	水	9:00	MOH地域保健総局長との協議
		10:30	MOH地域保健総局子ども保健局乳幼児課及びBalita及び就学前児童保健課との協議
7月16日	木	9:00	MOH計画予算局国際協力課との協議
		11:00	MOH地域保健総局女性保健局出産及び産褥期保健課長との協議
		16:05	インドネシア看護師協会（PPNI）との協議
7月17日	金	9:00	データ・保健医療情報センター長との協議
		11:45	IBIとの協議
		13:30	国連人口基金（UNFPA）との協議
		17:00	MOH地域保健総局官房長との協議
7月18日	土		協議結果整理
7月19日	日		協議結果整理
7月20日	月	祝日	協議結果整理

7月21日	火	8:30	MOH地域保健総局子ども保健局Balita及び就学前児童保健課との協議		
		10:00	MOH医療サービス総局基礎医療サービス局長との協議		
		15:00	MOH地域保健総局地域保健局基礎医療機関及びコミュニティ・ベース保健活動課との協議		
7月22日	水	10:00	MOH医療サービス総局基礎医療サービス局基礎看護サービス課及び助産師課の協議		
		15:00	MOH医療サービス総局基礎医療サービス局専門医療サービス課との協議		
7月23日	木	17:00	JICAインドネシア事務所との打合せ		
7月24日	金	10:00	MOH保健促進センターとの協議		
7月25日	土		協議結果整理		
7月26日	日	15:45	移動：ジャカルタ（GA164）→パダン（陸路）→タナ・ダタール		
7月27日	月	9:00	タナ・ダタールDHOとの協議		
		10:45	第1リマ・カウム保健所の視察		
		12:45	母親学級への参加者へのヒアリング		
7月28日	火	9:00	西スマトラPHOとの協議		
		11:50	移動：パダン（GA163）→ジャカルタ（GA226）→ソロ		
7月29日	水	8:30	東ジャワ州立スドノ博士病院（マディウン市）の視察		
		9:40	私立アル・ハサナ産婦人科病院の視察		
		10:50	ニョイ・プルティニ民間助産クリニックの視察		
			移動：マディウン（陸路）→ソロ（GA227）→ジャカルタ		
7月30日	木	10:00	MOH地域保健総局地域栄養局マクロ栄養課との協議		
7月31日	金	12:00	JICAインドネシア事務所との打合せ		
8月1日	土		協議結果整理		
8月2日	日	19:50	竹内団長、藤原団員、佐藤団員ジャカルタ着（JL725）		
8月3日	月	9:00	団内協議		
		14:30	MOH地域保健総局子ども保健局長との協議		
8月4日	火	10:50	移動：ジャカルタ（GA430） →アンペナン	7:30	移動：ジャカルタ→バンドン
		16:00	民間助産クリニック視察	11:00	西ジャワPHOとの協議
				13:15	私立ヘルミナ・パステュール産婦人科病院視察
					移動：バンドン→ガルット

8月5日	水	8:00	中部ロンボクDHOとの協議	8:30	ガルットDHOとの協議
		10:00	サバ村視察	9:15	メカルワンギ保健所視察
				10:30	スカジャディ村視察
8月6日	木	7:30	西ヌサトゥンガラPHOとの協議	9:30	チカジャン保健所視察
		9:00	州立病院（マタラム市）視察	10:45	パダスカ村ポシアンドゥ視察
		14:20	移動：アンペナン（GA433） →ジャカルタ→ブカシ	11:45	マルガムリア村母親学級視察
				13:00	チカジャン保健所視察
				15:30	ガルットDHOとの協議
21:20	中村団員ジャカルタ着 （GA331）		移動：ガルット→ブカシ		
8月7日	金		プロジェクト成果発表ワークショップ（1日目）		
8月8日	土		プロジェクト成果発表ワークショップ（2日目）		
8月9日	日		協議結果整理		
8月10日	月		団内協議		
8月11日	火		協議結果整理		
8月12日	水	10:00	ジャカルタ市内民間助産師クリニック視察		
		10:00	インドネシア小児科医協会（IDAI）との協議		
		14:00	インドネシア助産教育協会長との協議		
8月13日	木	10:00	イスラム系私立病院視察		
8月14日	金	13:00	M/M署名		
		15:00	在インドネシア日本大使館報告		
		16:30	JICAインドネシア事務所報告		
		22:15	団員ジャカルタ発（JL726）		

第2章 プロジェクトの概要

2-1 背景

インドネシアの保健医療の全般的な水準は過去 30 年間にかなり改善してきており、MCH についても同様のことがいえる。例えば、IMR をみると、1967 年の出生 1,000 対 145 から 2003 年の 35 と年々改善されて来ている。MMR についても、改善してきているが、対出生 10 万で 2001 年は 307 であり、両率ともに他 ASEAN 諸国の状況と比すると状況の深刻さが歴然としている。このような MMR の高さは、地域での妊産婦の危険な兆候に対する「発見の遅れ」、地域から保健医療施設への「搬送の遅れ」、保健医療施設における「適切な処置、治療の遅れ」の 3 つの遅れや、妊娠出産に係る基礎的な知識が母親（及び家族）に不足していることが挙げられる。

上記のような MCH に係る深刻な状況に対し、JICA は MCH を保健医療分野における 1 つの重点分野として協力を行ってきた。具体的には、『家族計画・母子保健プロジェクト』（1989～1994 年）でインドネシア版 MCH HB の開発と試行を、『母と子の健康手帳プロジェクト』（1998～2003 年）で MCH 改善の手段として MCH HB の活用、健康意識の向上と行動変革につながる活動を展開し、プロジェクト対象州をはじめ多くの地域への普及に貢献した。その結果、2004 年に MCH HB に係る保健大臣令の発布や、2006 年の MOH に特別予算措置や地方政府による独自予算確保により、同充足率³は 62.4%に達し MCH HB の「量的」な拡大は順調に進捗してきている。

一方で、「質的」側面からみると、印刷・配布された MCH HB の効果的な利用をより一層進める必要があり、そのために、MCH HB の活用モデル構築、既存の保健医療システム内の位置づけ、各種の MCH サービス統合のツールとしての活用、保健医療従事者への研修体制・内容の確立などが課題として残っている。さらに、「量的」側面についても、地方分権体制下で保健サービス提供の責任を担う地方政府による MCH HB の供給・配布の促進、MCH HB の裾野を広げるために健康保険制度や出産登録制度との連携、MCH に関係する専門家団体による MCH HB の活用促進、などを推進することが重要な課題となっている。

2-2 目的

本プロジェクトでは、MCH HB を活用した MCH サービスが量的・質的に向上し、自立的に発展するために、「MCH HB が MCH サービス統合の手段として機能するとともに、MCH HB を使った MCH サービスを継続するためのシステムが確立する」ことを目的とした協力活動を行うものである。

2-3 評価対象

インドネシア全国。なお、モデル開発活動州は、西スマトラ州、西ジャワ州、東ジャワ州、西カリマンタン州、西ヌサトゥンガラ州である。

³ 用語の定義。準備率 (Supply Rate) = 準備された MCH HB の数 / 全妊婦数。準備率は充足率、供給率と称されることもある。配布率 (Distribution Rate) = 実際に妊婦に配布された MCH HB の数 / 全妊婦数。配布・所持率とされることもある。

第3章 プロジェクトの進捗状況

3-1 投入実績（日本側/インドネシア側）

3-1-1 日本側の投入実績

日本側からの主な投入は、長期・短期専門家の派遣、カウンターパート本邦研修及びインドネシア国内研修の実施、機材供与となっている。

(1) 専門家派遣（付属資料6を参照）

本プロジェクトでは、プロジェクト期間中常時3人の長期専門家（チーフ・アドバイザー、MCHアドバイザー、そして業務調整）が派遣されており（派遣延べ人数は5人）、また3人の短期専門家〔調査デザイン、健康教材開発、アドボカシー・キット及びオリエンテーション教材開発（IEC）〕が派遣された（派遣延べ人数は5人）。さらに、本プロジェクトの枠組みには含まれないものの、MCH HBに関するインドネシアでのTCTPのため、講師2人（短期専門家）が派遣されている。

(2) カウンターパート本邦研修（付属資料7を参照）

本プロジェクトを通じて、日本のMCH HB制度につき学ぶために、合計でこれまで35人のインドネシア側カウンターパートが本邦研修を受けている（2006年度15人、2007年度10人、そして2008年度10人）。具体的には、MOHから14人、MOHAから2人、PHOから5人、DHOから5人、各種職能団体関係者及び病院関係者9人が日本に派遣された。2009年度の本邦研修については新型インフルエンザ（H1N1）の影響により当初の予定より延期されたため、プロジェクト終了後に実施する予定となっている。

(3) インドネシア国内研修（以下の表3-1を参照）

本プロジェクトにおいては、MCH HB活用の経験を幅広く共有し、また同手帳の一層の活用促進を図るため、2007、2008年、そして2009年とインドネシア国内研修を実施した。具体的には、中央・地方政府から合計で42人の参加を得ており、そのうち、34人が13の異なる州から参加している。

表 3-1 インドネシア国内研修実績

開催日	実施場所	参加者	
		合計	内訳
2007年6月2～13日 (12日間)	東ジャワ州	15	MOH (4)、西スマトラ州 (2)、西ジャワ州 (2)、東ジャワ州 (3)、西カリマンタン州 (2)、西ヌサトゥンガラ州 (2)
2008年8月19～26日 (8日間)	西ジャワ州	13	MOHより2人、北スマトラ州より1人、西スマトラ州より1人、ジャカルタ特別州より1人、西ジャワ州より3人、中部ジャワ州より1人、東ジャワ州より1人、西カリマンタン州より1人、西ヌサトゥンガラ州より1人、北スラウェシ州より1人
2009年6月29日～7月6日 (8日間)	西スマトラ州	14	MOHより1人、家族計画委員会より1人、東ジャワ州より1人、バリ州より1人、ランブン州より1人、南スラウェシ州より2人、西ヌサトゥンガラ州より1人、西カリマンタン州より1人、南カリマンタン州より1人、西スマトラ州より4人

(4) 機材供与 (付属資料8を参照)

本プロジェクトを通じて、日本側から5つのモデル州に対し、それぞれ3台のPC、プリンター、そして関連するソフトウェア等が供与され、合計15セットが供与された。また、デスクトップ・モニター1台とプロジェクター16台もインドネシア側に提供された。これら機材は、主としてMCH HBに関するデータの収集、及びモデル活動の企画と実施に使われた。

(5) 日本側投入コスト内訳

日本側投入総コストの内訳、そして在外事業費の内訳は、付属資料9のとおりである。プロジェクト総コスト約3億円のうち、最も大きなものは専門家派遣 (長期・短期専門家を含む、ただし、TCTPに係る短期専門家派遣は含まれない)。で約1億6,000万円 (51.3%)、次いで在外事業強化費 (約9,700万円、31.9%)、国別研修 (カウンターパート本邦研修、約3,200万円、10.5%) となっている。

在外事業強化費を詳しく見ると、現時点までにかかった合計53億6,000万ルピアのうち、一般業務費が約31億5,000万ルピア (58.8%) となっており、ローカル・コンサルタントにかかる費用 (11億2,000万ルピア、20.8%)、旅費 (4億9,000万ルピア、9.1%) と続く。専門家によれば、特に一般業務費のうち、2008年度はMCH HBの活用促進や母親学級の運営に関する教材、ガイドライン、広報資料等の印刷が大きくなっているとのことである。

3-1-2 インドネシア側の投入実績

インドネシア側は主として3つの投入、すなわちカウンターパート人員の提供、カウンターパート予算の割り当て、そして日本人専門家へオフィスや施設の提供、そして光熱費の負担等を

担当してきた。地域保健総局長が本プロジェクトのプロジェクト・ディレクター、そして地域保健総局子ども保健局長がプロジェクト・マネジャーを務めてきた（カウンターパートの主要人員については付属資料10を参照）。

なかでも、インドネシア側がMCH HBの活用に関するワークショップやインドネシア国内研修にかかる費用（交通費等も含む）を負担してきたことには留意すべきである。特に、インドネシア側が積極的にイニシアティブを発揮し、実に多くの（100を優に超える）さまざまなワークショップ、セミナー、オリエンテーション、トレーニングを開催・実施してきたことをかんがみると、インドネシア側の財政的貢献はかなり大きなものであり、これを積極的にインドネシア側が負担してきたことは特筆に価する。

3-2 活動実績

本プロジェクトにおける活動の進捗は、前半、特に1年目は比較的ゆっくりとしたものであった。その一方で、プロジェクトは後半、ほとんどすべての活動を目立った遅れや中止もなく、極めて順調に推移してきた（プロジェクトの開始当初の活動計画については、付属資料11を参照）。特に、日本側とインドネシア側の緊密なコミュニケーション、コーディネーション・メカニズムがよく機能したこと、そしてインドネシア側の高いオーナーシップがプロジェクトの活動進捗を加速させてきた。

特に、プロジェクトの1年目及び2年目においては、MOHに対する予算が大幅に削減された影響を受けて、MCH HBの配布・活用、モデル活動の実施、国家レビュー会議等さまざまな面で活動の遅れ等がみられた。また、関係者間の調整や協議に時間がかかり活動の実施に影響がみられたものもあった。さらには、地震の影響により2年目に西スマトラ州で予定されていた第三国研修地が西ジャワ州に変更されるというようなこともあった。

しかしながら、以上の活動の進捗の遅れ等はいずれも、プロジェクト後半、特に3年目までに取り戻しており、以下に詳しくみるように成果の発現に特に悪影響を与えているようには見受けられない（最終的な活動計画については、付属資料11を参照）。

3-3 プロジェクトの達成状況（日本側/インドネシア側）

付属資料12は、上位目標、プロジェクト目標及び成果の指標が、プロジェクト開始から現時点（2009年8月）までにどのように推移してきたかを示している。同資料より、プロジェクトがこれまで大きな進捗をみせ、プロジェクト目標の一部と成果の大部分を達成してきたことが理解されよう。

3-3-1 上位目標の達成状況

現時点で上位目標の進捗に関してははっきりとした結論を述べるには時期尚早である。これは一方で上位目標の指標に関するデータを十分に得ることができなかったこと、また他方で、本来上位目標はプロジェクト終了後数年をめどにその達成が期待されることによるものである。

- 上位目標：1. すべての保健関係施設でMCH HBを使ったMCHサービスが提供されるようになる。
2. すべての妊婦とBalitaの母親が健康記録をもつ。

MCH HBによるMCHサービスを提供する保健関係施設数の増加（上位目標の指標1.）については、2008年MOH報告（33州中11州が提出）によると、州ごとのばらつきがあるものの、97%の地域保健所がMCH HBによるMCHサービスを提供しており、その割合は増加している。しかしながら、2008年のMOH報告は、3分の2以上の州をカバーしておらず、また、病院や民間クリニックといった保健医療施設がその調査対象となっていない点に留意する必要がある。

妊婦及びBalitaへのMCH HBの配布・所持率（上位目標の指標2.、80%を目標としている）については、MOHのデータによれば、2008年の妊婦へMCH HB配布率は、州ごとのばらつきがあるものの、大体55%以上となっており、増加傾向にある。他方で、BalitaへのMCH HBの配布や所持については、どのような傾向がみられるかはいまだ明らかではない。

また、上位目標の指標3.（ANC受診率、保健従事者による出産の割合、完全母乳育児率（Exclusive Breastfeeding Rate：ASI Eksklusif）といった関連する指標の改善）としては、以下の指標を調査団としては検討・分析した。

- (1) 第1回目産前検診へのアクセス率（Kunjungan Pertama：K1）
- (2) 第4回目産前検診へのアクセス率（Kunjungan Empat：K4）
- (3) 保健従事者が介助した出産〔Persalinan oleh Nakes（Tenaga Kesehatan）：PN〕の割合
- (4) ASI Eksklusif
- (5) 新生児健診の2回目受診率（Percentage of the 2nd Neonates Visit：KN2）
- (6) 乳児期に受けるべき予防接種5種の接種完了率（Proportion of Universal Child Immunization：UCI）
- (7) 妊娠中の破傷風予防接種2回接種率（Rate of the 2nd Tetanus Immunization：TT2）
- (8) 妊婦への鉄材配布率〔Percentage of the 3rd Iron Tablet Distributed to Pregnant Mother：Fe3（Bumil）〕
- (9) 乳児6～11カ月時のビタミンAカプセル摂取率（Proportion of Vitamin A Distributed to Infant：Vit A Bayi）
- (10) 幼児1歳～5歳時のビタミンAカプセル摂取率（Rate of Vitamin A Distributed to Under-five Child：Vit A Balita）

幾つかの関連指標（K4、PN、KN2、TT2、Vita A Bayi）についてはプロジェクト開始時より改善がみられる一方、その他（K1、ASI Eksklusif、UCI、Fe3、Vit A Balita）については改善の余地がある。また、更なるデータ収集が必要なものもある。

3-3-2 プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標については、プロジェクト終了時までには、部分的に達成される見込みである。これは、MOHがMCH HBの有効利用に係るモデルを既に政策に反映している一方、2009年9月までに、少なくとも80%の妊婦がMCH HBを使ったANCを受診するようになるという目標が

達成される見込みはないためである。

プロジェクト目標：MCH HBがMCHサービス統合の手段として機能するとともに、MCH HBを使ったMCHサービスを継続するためのシステムが確立する。

プロジェクト終了時までには、少なくとも80%の妊婦がMCH HBを使ったANCを受診するようになるという目標（プロジェクト目標の指標1.）は、達成される見通しはない。特に、利用可能なデータによれば、全国33州のうち、2008年度のMCH HB配布率に関するデータを提出した12州のうち、MCH HBを受け取った妊婦の割合は全体の56%にとどまっている。また、インタビュー結果でも、複数のMOH関係者が、MCH HB配布の更なる地理的範囲の拡大を課題としていた。しかしながら、利用可能なデータには現時点では限りがあり、必ずしも完全ではない点に留意すべきである。

MOHがMCH HBの有効利用に係るモデルを政策に反映するという指標（プロジェクト目標の指標2.）については、既に達成されているといえる。これは、5つのモデルのうち、4つのモデル、つまり「母親学級<妊婦編>」「母親学級<育児編>」「保健ボランティアのためのMCH HBオリエンテーション」及び「病院・民間セクターでのMCH HB活用」については、既に国家プログラムに統合されており、また、MOHの通達、ガイドラインないしマニュアルに組み込まれており、既に政策に反映されているからである。ただし、関連プログラム（出生登録など）におけるMCH HBの活用モデルについては、現段階では政策に反映されたといえる段階にはないが、現在国家プログラムに統合する方向で検討中である。

3-3-3 成果の達成状況

6つある成果のうち、全19の成果に係る指標のうち指標1-3を除き、すべての指標は既に達成されたか、プロジェクト終了時までには達成される見込みである。

成果1：住民のMCH HBへのアクセスが高まる。

成果1については、指標1-3を除き、既に達成されたか、プロジェクト終了時までには達成される見込みである。MCH HBの供給（成果1の指標1-1）については、MOH計画予算局とのインタビューによれば、2008年度において、全推定妊婦数500万人のうち、MOHが170万冊、またプロジェクト関係者によれば、ドナーにより160万冊、そしてMOHのモニタリング・システムによれば、州・県・市により64万冊が印刷されたとのことである。つまり合計で394万冊（78.8%）が供給されたこととなり、既に目標は達成されている可能性が高い。

病院及び民間クリニックにおけるMCH HB配布の制度化（成果1の指標1-2）については、民間クリニックに関する保健大臣令No.666/Menkes/SK/VI/2007、助産師の標準サービスに関する保健大臣令No.938/Menkes/SK/VIII/2007、そして病院でのMCH HBに関する通達KM.0401/III/1814/09により、病院及び民間クリニックでのMCH HBの活用が定められており、既に達成されているといえる。

地方歳出歳入予算によってMCH HBを供給する地方政府数（成果1の指標1-3）については、

関連する地方政府からのデータ収集が不完全であり、現段階では確たることはいえない。

MCH HBの実施強化を目的とした関係する中央委員会や作業部会の形成（成果1の指標1-4）については、MCH HBの2008年度改訂作業時に、暫定改訂委員会が発足し運営されており、また、本プロジェクトの作業部会や、1) 母親学級開発、2) 保健ボランティアへのMCH HB活用オリエンテーションの促進、3) 病院及び民間部門でのMCH HBの活用促進、4) 卒前教育におけるMCH HBのオリエンテーション促進、そして5) モニタリング・システム及びオリエンテーション・システムの強化といった作業小委員会がそれぞれ順調に設立・運営されてきており、既に達成されているといえる。

成果2：関連医療従事者を対象としたMCH HBに係る研修制度が強化される。

成果2は、以下の理由により既に達成されているか、既に達成されている可能性が高い。成果2の指標2-1については、既に、助産師の高等専門教育（高校卒業後3年間）の標準カリキュラム（MOH発行）に、MCH HBに関する項目が導入済みであり、また、IBIとのインタビューによれば、全国にある632校の助産師アカデミーにおいてMCH HBはカリキュラムに取りこまれ、さまざまなコースで使われている。そして、右は調査団が中部ロンボク県のフィールド調査を行った際に確認している。さらに、インドネシア全国看護協会（Persatuan Perawat Nasional Indonesia : PPNI）とのインタビューにおいても、約400校の看護師教育機関のすべてにおいてMCH HBはカリキュラムのなかに取り入れられており、コースのなかでもMCH HBを紹介・活用しているとのことであった。

成果2の指標2-2についても、終了時評価時点で、MCH HBの利用が、本指標に挙げられているすべてのプログラム〔村落アラート・プログラム（Desa Siaga）、正常出産モジュール、BPCR、基礎緊急産科・新生児ケア、緊急産科・新生児ケア、新生児疾患包括的対策、新生児仮死対策、低出生体重対策、子どもの早期発達促進プログラム、緊急産科・新生児ケアのための応急処置、助産師のコミュニケーション・カウンセリング研修〕の保健サービス・マニュアルやトレーニングに統合済みであることは確認されている。

「MCH HB利用のためのオリエンテーション」パッケージ（成果2の指標2-3）については、医療保健従事者によるMCH HBの使用を標準化することを目的として、「MCH HB利用のためのオリエンテーション」モジュールが開発されており、MOH、保健トレーニング・センター、IBI、PPNI、助産師・看護師養成学校等に、オリエンテーションの実施とともに配布されている。つまり、既にオリエンテーション・パッケージは作成済みであり、かつ全国のPHOに対しても、同パッケージは配布済みであり、目標は既に達成されているといえる。オリエンテーション・パッケージを含む、本プロジェクトより作成したさまざまな広報資料、教材、ガイドライン等のリストについては、付属資料13を参照。

成果3：MCH HBのモニタリング・報告に係る制度が強化される。

成果3は、MOHが国レベルでのMCH HBの配布率のモニタリングを既に始めていることから、目標は既に達成されているといえる。具体的には、MOHのMCHに関する地域モニタリング・システム（PWS-KIA）のなかに、MCH HBは組み込まれており、また、今後インドネシア保健白

書にも組み込まれる予定である。女性保健局とのインタビューでは、MCH HB配布のモニタリングは2008年から既に開始しており、更に医療サービス総局の4課が、通常モニタリングのツールに、MCH HBに関する指標を組み込み済みとのことである。

成果4：MCH HBの有効利用に係るモデルが形成される。

成果4は、対象となるMCH HBの利用促進に関する5つのモデルすべての開発を完了しており、目標は既に達成されている（成果4の指標4-1～4-5まで）。具体的には、1) 西スマトラ州での母親学級＜育児編＞のモデル開発、2) 東ジャワ州ルマジャン県での関連プログラム（出生登録など）におけるMCH HBの活用モデルの開発、3) 西ヌサトゥンガラ州での母親学級＜出産準備編＞モデルの開発、4) 西ジャワ州ガルット県での「保健ボランティア（kader）によるMCH HB活用促進」モデルの開発、及び5) 東ジャワ州マディウン市での「病院及び民間セクターでのMCH HB活用」モデルの開発は、いずれもその評価まで完了しており、既に利用可能である。

成果5：MCH HBのMCH改善への効果に係る調査・評価の結果がMOHの政策策定・実施過程に反映される。

成果5は、既に達成されているか、またはプロジェクト終了時までには達成される見込みである。MCH HBのMCH関連指標に対するインパクトに関する調査（成果5の指標5-1）につき、西ジャワ州ガルット県での「MCH HB効果測定調査研究」は2年間の介入後、フォローアップ調査の記述分析がちょうど終了したところであり、報告書は作成中であり、プロジェクト終了時までには報告書は完成する予定である。

MCH HBの改訂については、2008～2009年にかけてMCH HBの改訂作業を実施し、既に終了しており、目標は達成済みである。具体的には、まずはニーズ・アセスメントを実施し、その後MCH HB改訂委員会及び作業部会を設立・開催し、改訂作業を進め、プレテストを実施のうえ、改訂MCH HB最終版を作成した。

地方政府及び関連省庁向けのアドボカシー・ツールの製作については、アドボカシー・ビデオ、ファクト・シート、パワーポイント・プレゼンテーション、及びその他関連ドキュメントといったアドボカシー・キットは、ほぼ完成している。一部は既に完成し、全国のDHO局長に配布・紹介されている。したがって、プロジェクト終了時までには、目標は十分達成される見込みである。アドボカシー・ツールを含む本プロジェクトより作成したさまざまな広報資料、教材、ガイドライン等のリストについては、付属資料13を参照。

成果6：TCTP及びICTPを通じて、MOHと地方政府の、MCH HBを使用したMCH改善の経験をも効果的に共有する制度・能力が強化される。

成果6については、その指標すべが既に達成されているといえる。MCH HBによるMCHサービスの向上に係る経験の反映（成果6の指標6-1）については、具体的には、1) MOHA、福祉省との協力、2) 教育省、国家家族計画調整庁、家族福祉会（Pembinaan Kesejahteraan Keluarga : PKK）（婦人会）との母親学級を通じた協力、3) 病院、民間機関でのMCH HBの活用、そして4) 地方

政府によるサポートといったプロジェクトの成果や経験が、第2回「TCTP」及び「国内研修」(2008年8月、西ジャワ州)において研修項目として盛りこまれており、既に達成されているといえる。なお、「TCTP」は、これまで3回開催されており、7カ国から36人の参加者を得ている。概要については以下のとおり(「国内研修」については以上の表3-1を参照)。

表3-2 MCH HBを通じたMCHサービス向上に関するTCTPの開催実績

実施期間	実施場所	参加人数	参加者出身国・地域
2007年6月2～13日 (12日間)	東ジャワ州	12	モロッコ、パレスチナ、アフガニスタン、 バングラデシュ、ラオス
2008年8月19～26日 (8日間)	西ジャワ州	12	パレスチナ、アフガニスタン、バングラデ シュ、ラオス、ベトナム
2009年6月29～7月6日 (8日間)	西スマトラ州	12	モロッコ、パレスチナ、アフガニスタン、 ラオス、ベトナム、東チモール

また、「TCTP」及び「国内研修」の満足度(成果6の指標6-1)についても、第2回「TCTP」及び「国内研修」では、各項目の平均で80%以上の参加者が、「満足した」または「とても満足した」と答えており、目標は達成されている。

さらに、MCH HBに係る中央レビュー会議の開催(成果6の指標6-3)についても、子ども保健局の全国評価会議が2007年12月、2008年6月、2008年12月、そして2009年6月に合計で4回開催されており、目標は既に達成されている。

3-3 プロジェクトの実施プロセス〔プロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)の改訂〕

本プロジェクトの概要は、2006年に実施された事前調査において合意をみて(PDM1)、その後2007年末に実施された運営指導調査においてPDMは改訂されている。運営指導調査においては、プロジェクト概要については変更が加えられなかったものの、プロジェクト目標の指標につき、以下のような変更が加えられた(変更理由の詳細については運営指導調査報告書を参照願いたい)。

運営指導調査前のプロジェクト目標の指標	<ol style="list-style-type: none"> 1. MOH、その関連機関、及び地方政府がMCH HBの継続的な供給のための予算、配布システム、モニタリング・システムを確立し、運営する。 2. MOHがMCH HBの有効利用に係るモデルを政策に反映する。 3. 関連するモニタリング・報告に係るデータがMOHによって収集・取りまとめられる。
運営指導調査団派遣時に合意・改訂されたプロジェクト目標の指標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2009年9月までに、MCH HBがMCHサービスを提供する主要な保健医療機関で利用できるようになる。 2. MOHがMCH HBの有効利用に係るモデルを政策に反映する。

また、活動内容や外部要因につき、MCH HBの供給率を得るためのプロジェクト・チームによる情報収集活動を追加し、プロジェクト目標達成のための外部要因のうち、「関係機関がプロジェクトを各自のプログラムに統合する」という要因は、実際には成果の1つが達成されたときの状況であると判断されたため、削除された。

しかしながら、2007年末に実施された運営指導調査団派遣時においては、諸々の事情により結局M/Mの締結には至らなかった。同M/Mは最終的に2009年の1月に合意・署名となった。そして、運営指導調査団の派遣終了（2007年12月）からこの2009年1月のM/M署名までの間に、運営指導調査団派遣時に改訂されたプロジェクト目標の指標1、「2009年9月までに、MCH HBがMCHサービスを提供する主要な保健医療機関で利用できるようになる」は更に改訂され、結局プロジェクト目標の指標1は「2009年9月までに、少なくとも80%の妊婦がMCH HBを使ったANCを受診するようになる」とすることで最終的な合意に至り、2009年1月に署名された。しかし、「少なくとも80%の妊婦がMCH HBを使ったANCを受診するようになる」という目標値は、かなり達成の難しい（rather ambitious）目標であることは、M/M署名のときから指摘されていたが、インドネシア側からの強い要望で目標値となった経緯がある。以上のすべてを盛り込んだものが、現在のPDM2（付属資料3）である。

また、本終了時評価を実施するに際しては、幾つかの評価実施上の留意点を指摘しておきたい。まずは、PDM2には外部条件の記載場所に誤りが見られる。具体的に、上位目標を達成するうえで成立すべき外部条件は、本来であれば「PDMの横の論理」に基づき、プロジェクト目標が記載される行に書かれるべきであるが、上位目標の記載されている行に書かれている。プロジェクト目標及び成果を達成するうえで成立すべき外部条件についても同様な誤りが見られる。

また、PDMの指標に関し、英文と和文が必ずしも一致しないものが見られる。なかでも、成果1-3の指標が、和文では「2009年までに、地方歳出歳入予算によってMCH HBを供給することを担保する地方政府が増加する」となっているのに対し、英文では「Number of local governments institutionalize securing the budget to supply MCH HB by local government budget (APBD) is increased by 2009.」となっている。また、成果2-1の指標は、和文では「2009年までに、助産師アカデミーのカリキュラムにMCH HB関連の科目が導入される」となっているのに対し、英文では「MOH agrees to request to Ministry of National Education to include MCH HB into curriculum for midwifery academies by 2009.」となっており、英文と和文が必ずしも一致していないとの指摘が、プロジェクト関係者ないし調査団関係者よりなされている。評価の実施に際しては、諸事情により基本的に和文に従っている。

以上に対しては、結局本件終了時評価調査では、終了時評価調査の時点でPDMの改訂を行うことは、あたかも評価結果を良くするために改訂を行ったのではないかとの懸念を呼び起こすことにもなりかねず望ましくないとの判断から、特にPDMの改訂は行わないこととなった。しかし、本調査報告書を読まれるあたっては、以上の注意すべき点があることに留意願いたい。

第4章 評価5項目の評価結果

4-1 妥当性

本プロジェクトは以下の理由から妥当であったと判断される。

- (1) インドネシアでは、ASEAN各国に比較してIMRやMMRが高く、なかでもMMRは特に高い数値であり、MCHサービスの向上が喫緊の課題となっている。したがって、MCH改善に対する支援は極めて妥当であった。
- (2) 本プロジェクトは、インドネシアの国家開発計画・戦略がMCHの向上に高い優先順位を与えていることから、インドネシアの国家開発計画・戦略と一貫したものとなっている。具体的にインドネシア政府は、「国家中期開発計画 (RPJM) : 2005～2009」のなかで乳幼児死亡率、MMR、5歳以下の幼児栄養失調の改善を重点分野と定めており、また、MOHはその中・長期計画である「Healthy Indonesia 2010」においても、リプロダクティブヘルスの向上を優先事項としている。
- (3) 本プロジェクトは、日本のODA政策・計画とも、一貫したものとなっている。特に、外務省の「対インドネシア国別援助計画」においては、高いIMR、MMRへ対応するため、基礎的保健・医療サービスの向上を重視しており、また、JICA「国別事業実施計画」においても、保健医療分野は援助重点分野である「貧困削減」のなかに位置づけられ、保健医療分野支援戦略のなかでもMCHは、保健医療制度整備、地域保健医療改善、感染症対策と並び、優先課題とされている。したがって、本プロジェクトはわが国の援助政策・計画と整合性が保たれているといえる。
- (4) 本プロジェクトの戦略は、さまざまなMCHサービスの統合に貢献し、かつMCH HBを利用したMCHサービスの自立発展性の向上に寄与したことから、適切であったと考えられる。本プロジェクトは、他の医療機関に比べて活用が遅れている民間病院やクリニックにおけるMCH HBの利用促進とともに、MCH HBを配布する地理的範囲についても引き続き拡大してきた。特に、本プロジェクトにおいては、保健人材のトレーニングや、MCH HBをよりよく活用するためのモデルの開発を通じて、MCH HB利用の「質」を改善するべく尽力してきた。このMCH HBの利用を量的かつ質的に改善するという戦略は、さまざまな保健政策、プログラム及び、キャパシティを統合し、かつMCH HB活用のための中央・地方政府並びに公立・私立の医療従事者の自立発展性の強化にもつながっている。
- (5) ターゲット・グループをMOH及びMCHに関係する専門家団体とすることは、MOHがMCH HBに関する包括的な政策・制度を構築するうえでの政策立案者であり、かつ同専門家団体が右施策を実施するうえでの重要なステークホルダーであることから、妥当であると考えられる。また、地方において、モデル活動実施5州を設定し、州・県政府保健局、医療従事者や、対象地域の妊産婦・Balitaをターゲットとすることで、将来の間接裨益者であるインドネシア全土の妊産婦及び乳幼児に適用可能な現実的な政策・制度の構築が可能となった。
- (6) MCH HBは、日本において開発され、現在まで時代や必要性に応じて記載内容を改訂しながら、60年余にわたり実施されてきた制度であり、世界にこのような経験をもつ国はほかにない。また、国連児童基金 (United Nations Childrens Fund : UNICEF) が推進している成長カードに比較して、出産後だけでなく出産前の記録も行え、MCHサービス統合のツールとなり得

るといった優位性がある。さらに、インドネシアにおいては、JICAが1992年からMCH HBの開発・導入・普及に係る支援を行ってきており、約15年にわたる経験・ノウハウが蓄積されている。

4-2 有効性

本プロジェクトは、以下の理由により部分的に有効であったと結論される。

- (1) 本プロジェクトは、その2つ目の指標である「MOHがMCH HBの有効利用に係るモデルを政策に反映する」については既に達成されている。具体的には、関連プログラム（出生登録など）におけるMCH HBの活用モデルについては、いまだMOHAの政策に統合されているとはいえないが、プロジェクトで開発された5つのモデルのうちその他4つについては、MOHにより策定された通達、ガイドラインそしてマニュアルに既に統合されている。
- (2) その一方で、プロジェクトは1つ目の指標である「2009年9月までに、少なくとも80%の妊婦がMCH HBを使ったANCを受診するようになる」については、達成が難しい状況である。これは、全国33州のうち、2008年度のMCH HB配布率に関するデータを提出した12州のうち、MCH HBを受け取った妊婦の割合は全体の56%にとどまっているためであるが、インドネシア国内全体（33州）の3分の2近くのデータが得られておらず、不完全な点には留意する必要がある。また、「少なくとも80%の妊婦がMCH HBを使ったANCを受診するようになる」という目標自体、2007年12月の運営指導調査時点でデータがなかったこと、及び当該指標を得る前提としてのMCH HBの準備率が約60%であったことから、当初から難易度の高い目標値であった。さらに、調査団のインタビューにおいても明らかになっているように、インドネシアの国土は地理的範囲も広く、さまざまな島に分かれていることも、目標を達成するうえでのチャレンジとなっている。しかしながら、MCH HBの準備率が2005年の58%から2008年には78.8%まで上昇しており、かつ2008年の段階で推定妊婦数の56%に、MCH HBを用いたANCを提供していることをかんがみ、調査団としては、近い将来にインドネシア側が目標を達成することは期待できると考える。
- (3) 特に、調査団は、MCHに関する政策やMCH HBが、第4回目産前検診〔出産準備と合併症への備え（Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi/Birth Preparedness and Complication Readiness : P4K/BPCR）〕や村落アラート・プログラム（Desa Siaga）といったMCHプログラムを統合するのに極めて有効であることが判明していることを確認した。また、MCH HBは近い将来更に多くの保健関連プログラムに統合される予定である。

4-3 効率性

本プロジェクトは、以下の理由から、十分効率的であると考えられる。

- (1) 3-3-3に既述のとおり、PDMに記載された成果については、全19の指標のうち指標1-3を除き、すべての指標が既に達成されているか、プロジェクト終了時までには達成される見込みであり、十分に達成されているといえる。活動の進捗は、前半、特に1年目は比較的ゆっくりとしたものであった。しかし活動の遅れは、プロジェクト後半、特に3年目までに取り戻しており、PDM上の活動は成果の発現に十分な活動であったといえる。

- (2) 本件評価調査の実施に際して、達成された成果それぞれに対しどの程度投入がなされてきたかを厳密に測定・分析することは困難であることが判明した。これは、本プロジェクトの投入が、複数の成果に影響を与えており、個々の投入と個々の成果の関係を厳密に特定することが困難なためであった。
- (3) しかしながら、本プロジェクトにおいては、効率的なプロジェクト活動の運営・実施に貢献してきた3つの主要な要因がみられた。まず、インドネシア側が、非常に多くの導入、オリエンテーション及び訓練のためのセミナーやワークショップ等を、本プロジェクトの支援のあるなしにかかわらず、開催・実施してきたことに象徴されるように、MCH HBを通じたMCHサービスの促進のために非常に高いオーナーシップを発揮してきた。また、面談調査で明らかになっているように、現在の保健大臣が自ら、MCH HBを利用したMCHサービスの向上に強いコミットメントを示したことも大きかったと考えられる。
- (4) 次に、本プロジェクトは、特にプロジェクト期間の後半において、コーディネーション・メカニズムが大変効果的に働いたことで、効率的に活動を実施することができた。本プロジェクトの主な特徴の1つは、非常にたくさんのカウンターパートやステークホルダーがかかわっていることにある。例えば、本プロジェクトは3総局、1局 (bureau)、3つのセンターがカウンターパートになっており、作業部会には19課が参加している。調査団は、こういった非常に多くのカウンターパートやステークホルダーの参加を得て、より良い協調を確保したことが、既存の関連する保健プログラムにMCH HBを組み込み、MCH HBの利用を一層促進するうえで、大きな力になっていたと考える。
- (5) 3番目に、プロジェクトはローカル・リソース活用し、同時にコストを最小限に抑えることで、プロジェクトの活動を効率的に運営してきた。本プロジェクトでは、MOH内での仕事の取り組み方に精通したローカル・コンサルタントや現場経験が豊富でかつ本格的なリサーチを実施できるローカルの専門家を雇用し、有効に活用してきた。プロジェクトはまた、インドネシアのMCH HBの開発と普及に精通した長期・短期専門家の知識と経験をフルに活用した。

4-4 インパクト

本プロジェクトがインドネシアのMCHサービス及び他の関連する問題にどのようなインパクトを与えるかについては、更にこれを見極めていく必要がある。

- (1) 現段階で、上位目標の進捗につき確たる結論を得ることは時期尚早である。これは一方で上位目標の指標に関するデータを収集することに限界があったためであり、また他方で、上位目標に関する効果は、プロジェクト終了後数年経って、発現することが期待されるためである。
- (2) しかし、上位目標の指標のなかには、すべてではないにしても、プロジェクトの開始以来、順調に進捗がみられるものがある。プロジェクト目標達成後、MOHがMCH HBを利用したMCH改善の政策を継続し、かつMCH HBを所掌する地域保健総局がMCH HBに関連する他の部局及び他の機関に対してリーダーシップを発揮しなければ、数年後には上位目標が達成される可能性が高い。
- (3) 本プロジェクトでは予期せぬ正の効果が幾つかみられている。まず、調査団が面談したイ

インタビューの多くにおいて、妊婦や母親に加えて、家族のほかのメンバーやコミュニティのMCHに関する知識の向上につながっていることがみて取れた。例えばタナ・ダタル県のあるコミュニティでは、妊婦の伴侶が、妊婦が母親学級に参加することを積極的にサポートし、かつ子どもの父親がMCHに関する知識を向上させていたことはかなり望ましい兆候であった。次に、調査団が実施したフィールド調査では、プロジェクトがコミュニティ・エンパワメントにつながっているケースもみられた。タナ・ダタル県のあるコミュニティでは例えば、母親学級に対する財政的な支援を自主的に始めているところもあった。その一方で、調査団は、プロジェクトによる予期せぬ負のインパクトについては、特にこれを確認していない。

4-5 自立発展性

本プロジェクトの効果は、プロジェクト終了後も、政策、組織、そして技術といった面では、持続していくことが期待される一方、財政面及び人材面における自立発展性については、確実ではない部分もある。特に、地方レベルでの自助（Self-reliance）が、本プロジェクトの効果を持続するうえでは鍵となる。

- (1) 調査団は、プロジェクトが組織及び政策面での自立発展性を発展・向上させてきたことを確認した。インドネシアの保健システムにおいてはMCH HBを使うことを定めた2004年の保健大臣令に加え、本プロジェクトでは、通達、ガイドラインそしてマニュアル等を通じて、MCH HBを既存のさまざまな保健プログラムに統合することに成功してきた。その結果今では、MCH HBはMCH分野だけでなく、より一般的な保健システムにおいても、中核をなすようになった。また、MCH HBの活用に対するインドネシア側のコミットメントも現在まで持続し、かつ高まってきている。いうまでもないことではあるが、本プロジェクトのカウンターパートである地域保健総局、なかでも子ども保健局や女性保健局は、これまで述べてきたように、非常に強いオーナーシップをみせてきた。さらに、本プロジェクトは、IBIやPPNIといった職能団体からの協力を獲得し、こういった団体は既にMCH HBの活用を、助産師や看護師の業務や育成のための教育プログラムに統合している。
- (2) 調査団はまた、プロジェクトの効果を今後も維持発展させていくために十分な技術力がMOHには備わっていることを確認した。本プロジェクトを通じてMOHは、MCH HBの活用を計画し、実施し、レビューし、そして改訂するという一連の作業を遂行するに十分な技術力を身につけている。また、本プロジェクトにより、母親学級を含むMCH HBの活用促進に関するトレーニングを、多くのMOH職員、PHO/DHO職員、そして医療従事者に対して実施してきた。そして、こういったトレーニングを受けた人材の多くが、自ら学んだことを同僚や下部機関に伝達してきた。つまり、インドネシア側は、MCH HBの活用促進に必要な技術をあらゆるレベルで獲得するに至ったといえよう。
- (3) しかしながら、頻繁すぎる人員の配置転換は、本プロジェクトの自立発展性に対する脅威となるかもしれない。調査団は面談調査を通じて、MOH、州及び県政府の人事異動があまりにも頻繁すぎる結果、プロジェクトを通じて学んだことが組織に残らず失われてしまいかねないという懸念があることを学んだ。プロジェクトを自立発展的なものとするには、組織としてどのようにプロジェクトを通じて得た経験や知識を維持していくかが鍵となる。
- (4) 調査団は、MCH HBの印刷・配布に関するコストをどのようにインドネシア側内部で分担

するのかが未解決のままであることから、本プロジェクトの財務面での自立発展性はいまだ不確実であると判断した。インドネシア側は、本プロジェクトが始まる以前から、JICAからの財政的な支援をほとんどもしくは全く受けずに、MCH HBを印刷・配布しており、これはインドネシア側が財務面での自立発展性を向上させていくなかで重要な一歩を記すこととなった。しかしながら、インドネシア政府はいまだ、MCH HBの印刷・配布に関する中央、州、そして県・市政府による分担を、どのように実施するかを模索中である。しかし現段階では、こうしたさまざまなレベルの政府間での負担分担はそのときどきの状況に左右されているのが現状である。

(5) 特に、プロジェクト終了後もその効果を持続させるためには地方の自立的運営が極めて重要である。プロジェクトの実施を通じて、地方政府やコミュニティのなかには自助において一定の進捗がみられたところも出てきている。例えば、中部ロンボク県のDHO、マディウン市、西スマトラ州や西ヌサトゥンガラ州のPHOは、2009年までに自己予算をMCH HBの印刷・配布のために割り当ててきた。また、西スマトラ州や西ヌサトゥンガラ州は母親学級やMCH HBの活用に関するさまざまなトレーニングを自ら実施しており、これまでに多くのDHO職員や医療従事者が訓練を受けている。さらに、タナ・ダタル県のコミュニティのなかには、自発的に母親学級の開催のために寄付を行っているところもみられた。しかしながら、こういった自助の兆しもいまだ脆弱なものである点には留意したい。特に、こういった地方政府であっても、それぞれの議会の反対、ないしは2010年については中央政府が必要なすべてのMCH HBを印刷・配布するという期待により、現在のところ2010年のMCH HBの印刷・配布に予算を割り当てない方針である。また、地方政府における頻繁すぎる人事異動は、実施したトレーニングの効果を持続するうえで障害となり得るだろう。

4-6 結 論

調査団としては、上位目標に関する進捗は今後更に注視する必要があるが、ほとんどすべての成果、そしてプロジェクト目標の一部については大きな進捗がみられたと結論できる。

特に、本プロジェクトは、インドネシアの国家開発計画や日本の援助プログラムと一貫しており、またターゲット・グループの選定やプロジェクトの実施戦略も適切であった。さらに、調査団は、MCHの向上に対する高いニーズが存在し、MCH HBの促進に関する高い専門性や豊富な経験を日本が有することから、本プロジェクトは妥当であると判断できる。

本プロジェクトは部分的に効果的であったが、これはプロジェクト目標の1つの指標である「2009年9月までに、少なくとも80%の妊婦がMCH HBを使ったANCを受診するようになる」の達成が難しいためである。しかし、本プロジェクトは基本的に良い方向に向かっており、2008年の段階で推定妊婦数の56%に、MCH HBを用いたANCを提供していることは、明るい材料であり、近い将来にインドネシア側が目標を達成することが期待される。

調査団は、本プロジェクトは、インドネシア側が大変高いオーナーシップを有していたこと、協調メカニズムが効果的に働いたこと、そしてローカル・リソースや、現場での経験・知識を活用したことにより、十分効率的であったと考える。

本プロジェクトのインパクトに関しては、現時点では明確に結論づけられる状況にはない。上位目標の指標のなかには、今後その推移を見守る必要があるものもあるが、順調に進捗がみられ

るものもある。また、フィールド調査においては、妊婦の伴侶や子どもの父親のMCHの知識に関する向上や、コミュニティ・エンパワメントの兆しといった、予期せぬ正のインパクトもみられた。

本プロジェクトの効果は、MOHの強い組織・制度的コミットメントにみられるように、プロジェクト終了後も政策、組織、そして技術といった面では、持続することが期待される一方、財政面及び人材面における自立発展性については、頻繁な人材の配置転換やMCH HBの印刷・配布に関する中央・地方政府間の負担分担が不確定であることから、不透明な部分もある。さらに本プロジェクトの効果を持続するうえでは、地方レベルでの自立的運営が、鍵となるであろう。

第5章 提言と教訓

5-1 提言（本プロジェクトに関する具体的な提案・助言等）

以上の評価結果を踏まえ、調査団はプロジェクト終了後の課題について以下の提言を行った。

(1) 母子手帳（MCH HB）関連予算の確保

MCH HBの印刷・配布にかかる予算については中央政府（MOH）と地方政府（県・市）の間で適切な財政負担や役割分担が行われるよう調整が必要である。2009年分に関してはMOH本省が全妊婦に配布するために必要と見込まれる500万部の印刷費用を負担するという決定は、MCH HBの普及率向上の観点から評価される一方、予算確保に一義的な責任を負う地方政府による自立的な印刷・配布への取り組みが損なわれてはならない。また、妊婦や子どもを対象とした個別の記録カードや健康教材を複数作成するより、これらが統合されたMCH HBを利用する方が経済的であることに留意すべきである。

地方における予算確保には、地方レベルの政策立案者への働きかけ（アドボカシー活動）が重要である。MCHが重要な開発課題の1つであることや、MCH HBがコミュニティ・エンパワメントや、MCHの向上に有効であることについて、政策立案者の意識を向上する必要がある。また、NGOや民間セクターとの連携を通じた資金獲得の可能性も模索すること。

(2) 母子手帳（MCH HB）に関するモニタリング・システムの強化

MOHは、2008年よりMCH HBの配布率に関する情報を定期的に収集しているが、今回の調査で配布率に関する情報を確認できたのは、全33州のうち12州にすぎなかった。配布率にとどまらず、MCH HBを活用することで住民の知識や行動、MCHサービスへのアクセスにどのような改善がみられたかを数値で示すことは、予算を獲得するためにも重要である。MCH HBに関するモニタリング・システムの一層の強化が求められる。

(3) 保健セクター内外の関係機関との連携強化

今回の調査では、主にポシアンドゥ（地域保健サービスポスト）や保健所における公衆衛生プログラムにおいて、MCH HBがMCHサービス統合の手段として機能していることが確認された。レファラル・システムや継続ケアを強化していくためには、予防的ケア（公衆衛生）と臨床サービス（治療）の連携が不可欠である。プロジェクトで開発された病院におけるMCH HBの活用モデル等を基に、病院レベルでの利用を推進していく必要がある。病院における母親学級の実施はその一助となるであろう。

保健セクター外の関係機関との連携強化も重要である。地方予算の確保に関しては、地方政府の計画策定に影響力をもつMOMAとの連携が必要であり、医療技術者の専門教育においてMCH HBを活用したMCHサービスに関する内容が取り入れられるためには教育省と連携することとなる。出生登録の推進は、インドネシア政府の優先課題であり、MCH HBはこの取

り組みを進めるために有効な手段の1つとなり得るため、関係機関との一層の連携が望まれる。

(4) 母子手帳（MCH HB）に関する知見の継続

頻繁な人員の配置転換は、円滑なプロジェクト活動の阻害要因となった。地方分権下では、中央政府（MOH）は地方レベル（県・市）における人員配置への直接の影響力をもたないが、プロジェクトを通じて得られた知見が人員配置によって消散しないよう手段を講じる必要がある。MCH HBの活用に関する技術ガイドラインや手順書の作成により、標準化が図られるとともに一定の形式知が構築されているが、こういった教材や文書の開発に携わった個人に蓄積された暗黙知も同様に重要である。後任者への引き継ぎの徹底等を通じて知見や経験が継続されなければならない。

インドネシアのMCH HBに関する日本の協力は、1990年代初頭のMCH HBの開発にまでさかのぼることができる。その後、全国への普及・拡大や、大臣令による制度化、本プロジェクトの目標であるMCH HBによるMCHサービスの向上、といった取り組みを通じて両国における人材育成や人的ネットワークが強化された。今後もこのようなリソースを維持し、活用していくべきである。

5-2 教訓（ほか類似プロジェクトへの教訓）

(1) 多数の関係機関を巻き込んだプロジェクト運営

本プロジェクトでは、MOH内だけでも20部局にわたる多くの関係部署をカウンターパートとしたことに加え、広範な地域を対象として、中央、地方政府（県・市）、地域レベルに対する幅広い活動を行った。多岐にわたる関係機関を巻き込んだことにより互いの役割分担が明確になるとともに、効果的な協働関係が築かれた。このような連携が可能となった一因としては、プロジェクトが観念的な議論に終始するのではなく、「現場レベルでの目に見える成果・目標」を設定し、これに向けて関係者間の調整を図ったことが挙げられる。また、本プロジェクトでは、**実地研修（On-the-job training）**アプローチを採用したため、指導する側とされる側が頻繁にコンタクトをとることとなった。現場レベルでの具体的な目標設定と協働体制の構築は、日本の技術協力の強みであることが本プロジェクトによって実証された。

(2) インドネシア側の強いオーナーシップとリーダーシップ

インドネシア側の非常に高いオーナーシップも本プロジェクトの成功要因の1つである。MCH HBを活用してMCHサービスを向上させるため、先方政府は日本側の支援を得ずに多くのセミナーやワークショップを開催し活動の拡大に尽力した。MOHに加え、地方保健衛生局関係者も熱意をもって活動の計画、実施、評価にあたった。

日本人専門家と協働してモデル事業を開発・実施したり、本邦におけるカウンターパート研修に参加したりすることでインドネシア側は、MCH HBを活用したMCHサービスの向上と、その有効性について認識を深めていった。特に、本邦研修において、実際に日本でMCH HB

が活用されている状況を視察したことは、貴重な経験となった。さらにベトナムやアフガニスタンなどを対象としたTCTPを実施し、他国に対し自らの経験を共有することも非常に有益であった。

(3) 母子手帳 (MCH HB) : 母子保健 (MCH) サービスを統合し継続ケアを提供するために有効な手段【医療従事者側の視点】

MCH HBには、大きく健康記録と健康教材という2つの機能がある。医療機関ではなく家庭で保管される健康記録なので、妊娠の経過や子どもの成長を住民自らが把握できることに加え、健康教材として必要な情報を適切に得られるという利点がある。しかしながら、MCH HBを配布するだけでこのような効果が得られるわけではなく、既にMCHサービスが提供されている状況で、これらのサービスを統合すべく医療従事者側が住民に対して適切な働きかけを行うことで、有効な手段(ツール)となり得るのである。本プロジェクトでは、インドネシア側がMCHサービスを統合するための手段としてMCH HBを認識したうえでこれを活用したことにより、有効な手段として機能することとなった。MOH内外の調整や連携も重要である。

また、本プロジェクトではMCH HBによる「MCH」サービスの向上を目標としていたが、プロジェクト実施中に、ミレニアム開発目標との関連から、MCHのなかでも新生児の健康に対する関心が国際的に高まり、MCHではなくMNCH (Maternal, Neonatal and Child Health) という用語が使われるようになった。これは、Balitaや乳児(1歳未満)の死亡に占める新生児(生後28日)死亡の割合が高いことによる。国や地域にもよるが、5歳未満死亡の約3分の2が乳児死亡であり、乳児死亡の約5割は新生児の段階で起こっている。結果として5歳未満死亡の約3分の1は新生児死亡が占めている。新生児死亡の主な原因は、妊娠の経過や出産時の状況によるもの(新生児仮死、敗血症等)なので、これらを予防するためには妊産婦の健康を向上させる必要がある。

MCH HBの重要な原則の1つは、妊娠から出産、子どもの健康にいたる「継続ケア」の推進であり、従来、母と子が別々の保健プログラムによって管理されていたものを、MCH HBの利用を通じて継続的、かつ統合されたサービスが受けられるようになることを目標としている。新生児の健康が、妊産婦保健と子どもの保健をつなぐ重要な課題として脚光を浴びたことは、本プロジェクトが目標としていた「MCH HBによるMCHサービスの向上」にとって追い風となるとともに、新生児保健を向上させるためにもMCH HBが果たす役割が大きいことが関係者に認識された。

(4) 母子手帳 (MCH HB) による母子保健 (MCH) サービス向上【住民の視点】

MCH HBを利用した健康教育により、妊婦や母親、保健ボランティアのMCHに関する知識が向上したことが確認された。知識の向上は幾つかの行動変容を生み、実際に、妊娠中の食生活が改善されるとともに、伝統的産婆ではなく資格をもった助産師による出産介助を希望する妊婦が増えるなど、行動面で正の効果が現れつつある。また、家庭で健康記録を保管することにより、自分自身の体や健康状態に対する意識も向上した。このようにいくつかの正のインパクトが確認されている。これらの変化は、MCH HBの内容が住民側に受け入れられ、

理解されていることを示している。

MCH HBを活用したMCHサービスが継続的に提供され、かつ利用されるためには地域住民の理解が不可欠である。本プロジェクトは、住民側のニーズ（需要）に応える形で質の高いサービスを提供することで、住民と行政サービスをつないだ好事例といえるだろう。

(5) 多様性への配慮

インドネシアの多様性に配慮したため、プロジェクトが成功裏に実施されたという事実も重要な教訓の1つである。多くのインタビューで指摘されたとおり、インドネシアは多様な文化、宗教、民族を抱えているため、ある地域で成功をおさめた活動モデルが全国で通用するとは限らない。プロジェクト関係者が多様性とその影響に十分な注意を払ったことで、全国展開が可能になったといえる。具体的には、MCH HBを全国に普及・拡大する際に、表紙の色と基本的な内容だけを標準化し、そのほかは地域の独自性に任せたことが挙げられる。地域ごとに自らのMCH HBを作成したことで、関係者のオーナーシップを高めることにもつながった。

(6) 地域レベルでの自助（Self-Reliance）の強化

自助（Self-Reliance）のコンセプトは、プライマリヘルスケアの重要な要素の1つである。プライマリヘルスケアは、1979年のアルマ・アタ宣言で広く知られるようになったが、今日でもその基本理念は十分に通用している。MOHは国策として地域レベルの健康増進を推し進めており、プライマリヘルスケアの核となるコンセプトである自助の強化を重視している。本調査団は、さまざまな事例からMCH HBが地域レベルの自助努力を強化するためにも有効な手段になるとの結論に至った。

プロジェクトではMCH HBを活用したMCH活動を推進するにあたって、直接の利用者である妊婦、母親、保健ボランティア以外にも、地域や宗教的指導者を積極的に巻き込んだ。その結果、地域の活動として母親学級を開催する、母親学級に父親も参加するといった独自の取り組みが開始されている。具体的には、父親が、妊娠出産に関する緊急事態に対応するための輸送手段を確保したり、村落アラート・プログラム（Desa Siaga）や村落基金を活用したりした事例が報告されている。

地域社会を積極的に巻き込んだプロジェクトの活動は、インドネシアの国策と合致しており、時機を得たものであったといえる。今後、MOHや地方政府は、こういった地域社会での取り組みを後押しする役割を果たしていく必要がある。

付 属 資 料

1. 団長総括及び団員所感
2. 主要面談者リスト
3. プロジェクト・デザイン・マトリックス
4. 評価グリッド
5. 質問票（雛形）
6. 日本人専門家派遣実績
7. 本邦研修実績
8. 機材リスト
9. プロジェクトに係るコスト（日本側投入分）概要
10. 主要カウンターパート・リスト
11. 活動計画
12. 上位目標、プロジェクト目標及び成果の進捗状況
13. プロジェクト主要成果品リスト
14. ミニッツ

1. 団長総括及び団員所感

付属資料1：団長総括及び団員所感

1 団長総括

日本の経験をいかした協力として紹介されてきた本プロジェクトは、概ねその目標を達したことが確認され、9月末の終了を迎えることとなった。プロジェクト目標として掲げた「80%の妊婦への配布」については、そもそもの数値目標が協力期間内に達成することが困難と想定される高い目標であったことが評価ワークショップにおいても関係者の間で共有されたが、インドネシア側がこれまでの取り組みをさらに普及していく計画であり、2009年については本省予算から500万人分の印刷を行うことを表明していることから、数年の内には目標達成が期待できるものと見込まれる。

今後への提言として掲げた事項のうち、モニタリング・システムの強化については、今次評価に活用した各州からの2008年のデータ提出が33州の内12州であったことから、特に今後の改善が図られるべき事項であると指摘される。

また、今後の自立発展性を高める上で、各県・市の予算確保が前提となるが、今年全妊婦に必要と見込まれる500万部を印刷するという本省の関与自体は普及率の向上の観点から評価される一方で、県・市による自立的な印刷、普及への主体性を損なうことのないよう、今後の役割分担については、最適な負担が行われるよう国と地方間で調整されることが期待される。

本プロジェクトの成果は、3年間の協力に限ってもたらされたものではなく、「家族計画・母子手帳プロジェクト」において94年に初めて母子手帳を試験的な導入を行った中部ジャワ（サラティガ市）での取り組みを契機に、「母と子の健康手帳プロジェクト」、個別専門家派遣等、継続的な協力とその間にインドネシア側での経験の蓄積が背景となっており、これまで15年間にわたって各地でキーパーソンとして活躍してきた人材があって実現されたものと認識される。プロジェクトが終了しても、この膨大な蓄積が引き継がれ、新たな人材を生み出す循環が保たれることが望まれる。

今回調査で印象的であったのは、西ジャワ州ガルット県での地方視察において、州保健局、県保健事務所、保健所、そして村の保健ポスト（ポシアンドゥ）に至る一貫した母子保健活動がシステムとして機能している状況を確認できたことであった。州や県における主体性と、保健所における助産師、村の保健ボランティアの積極的な姿勢がそれを可能にしている。妊婦や母親へ確実に届くシステムにする上で、助産師による働きかけは大きな牽引力と見られる。中でも地域における助産師への教育、母子保健活動のモニタリングの中心となる助産コーディネーターの存在は特に貢献するものであった。各保健所に一人配置されている助産コーディネーターの指導により、母子手帳をどのように妊婦検診や母親学級で活用するか、母子手帳の配布や活用状況がモニタリングされるか、その活動の質が左右されている。地域での母子手帳を用いた母子保健活動の推進に果たす助産コーディネーターの役割を鑑みると、有能な助産師を見出し、助産コーディネーターとして配置することは今後の普及における鍵になるであろう。

村レベルでの保健ボランティアが行う活動は無償であり、地域の人々への貢献がそのモチベーションとなっているようであるが、活動がコミュニティに認知され、必要性が理解されている限り、現状での継続性は保たれていると考えられる。保健ボランティアが住民の健康状態を把握し、危険な兆候を察知し、助産師や医療施設へリファーするといった機能を果たしている。視察先の中には、保健ポストで開かれる母親学級の出席者、指導内容が毎回村長に提出され、確認されている事例もあった。保健所が行う各村のリーダーや宗教関係者に対する啓発が効果を上げている結果であるが、村長人事に交替があっても影響されることなく保健ボランティアの活動が維持されることを期待したい。また、今後都市化が進みつつある地域での保健ボランティアのあり方など、今後のインドネシアにおける保健ボランティア活動の進展に注目したい。

調査期間中に開催された評価ワークショップには、助産師協会、小児科医協会からの参加があり、またワークショップ前日に開催された産婦人科医協会の全国会議において母子手帳活用が検討されたり、確実に関係者間での認識が高まりつつあると言える。病院やクリニックでの活用を促進することは提言にも含めたが、そのためにも母子手帳にこれら団体のロゴを記載するなど、インドネシア側の工夫も評価され、多様なアクターとの調整が容易ではない中、保健省およびプロジェクト専門家の労苦をねぎらい、その活動の成果を賞賛したい。

プロジェクトで試行されたモデルが各地で展開され、母子手帳を活用した母子保健活動をインドネシア側が自ら進めていくことで、妊婦や地域社会の啓発が行われ、より安全な出産と育児が可能となり、悲願である2015年のMDGs達成に向けて、さらなる歩みを遂げるであろう。評価に際し、ご協力をいただいた関係者に感謝を申し上げ、プロジェクトのさらなる前進を祈念いたします。

2 母子保健担当団員所感（大阪大学大学院人間科学研究科 中村安秀）

「笑顔で迎えた母子手帳プロジェクトのフィナーレ」

完熟したプロジェクトの幸福なフィナーレ

インドネシア側と日本側の相互理解と納得の上で、「インドネシア版母子手帳（Buku KIA）」に対する国際協力機構（JICA）による長年の協力の最終楽章（フィナーレ）をお互いの笑顔のなかで迎えることができた。調査期間中に、インドネシア側からは、プロジェクト終了後も自分たちの手でBuku KIAを展開していけるという自信に満ちたメッセージが発せられていた。また、母子手帳プログラムの全国展開を成し遂げたという矜持が随所に感じられた。長すぎもせず、短すぎもせず、プロジェクトの完熟した果実をインドネシアの仲間とともに分かちあうのに、最もふさわしい時期なのかもしれない。

モデル活動から全国展開へのスケールアップ

1992年から続いた長期にわたるJICAの協力は、人口約15万人のサラティガ市におけるインドネシア版母子手帳のモデル開発に始まった。その後、中部ジャワ州での普及、保健省版母子手帳の開発、JICAプロジェクトによる北スラウェシ州と西スマトラ州への展開、他のドナー機関

の協力と他州への拡大、保健大臣令による公認、母子手帳の活用による母子保健サービスの質的向上と、急な階段を駆け上がるように展開してきた。モデル開発から、いかにして人口約2億3千万人近いインドネシア全土に母子手帳は普及できたのか、その空前絶後のスケールアップを可能にした要因を考えてみたい。

まず、高いポテンシャルのある地域をモデル地域に選択したことである。成功した経験が呼び水となって、世界銀行やアジア開発銀行の関心を惹起すると同時に、モデル地域の関係者が他地域に普及するときの講師となってくれた。次に、完成度の高い緻密なプロジェクトを構築するのではなく、普及のスピードを重視したことであった。この普及を重視するという姿勢の最もよき理解者は、JICAインドネシア事務所やインドネシア大使館など現場に近いODA関係者であった。また、日本の母子健康手帳の翻訳は行わず、インドネシアの実情にあった内容を心がけ、できるだけ既存の体重増加曲線やガイドラインを援用した。多民族多文化社会であるインドネシアの多様性に配慮して、表紙には州ごとに異なる写真を用いたことも好評であった。

母子手帳の普及が始まった地域では、住民、保健医療関係者、政策決定者の間で母子手帳は地域の公共物としてかけがえのないものであるという認識が共有され、自分たちの母子手帳というOwnershipが生まれた。しかし、妊娠中に母子手帳を受け取り、出産を経て、子どもの予防接種を打ち終わり、親たちや保健医療関係者が母子手帳の有用性を実感するまでには、母子手帳の配布から1年半の時間が経過する。Ownershipというのは、醸成されるまでに時間のかかるプロセスである。そして、Ownershipが確立された後に、本当の意味でのSustainabilityに対する努力が始まった。最初のインドネシア版母子手帳の配布から15年を経過した現在、母子手帳プログラムの全国的な自立発展の流れの中で、Sustainabilityに関連する人材養成、財政的自立、制度化に対する取り組みが各地域や各部署で積極的に行われていた。

ある一定の閾値を越えると、まるで雪崩のように一挙にOwnershipとSustainabilityが確立されていったように見える。しかし、閾値に達するまでのインドネシア側および日本側の関係者の不断の努力があってこそ、その後の目に見える変化を生じたのだということを銘記しておきたい。

奇跡のような多様なパートナーシップの確立

「すこやか親子インドネシア」プロジェクトにおいて、全省にまたがるプロジェクト実施体制が確立した。長らく母子手帳プログラムを牽引してきた保健省地域保健総局の子ども保健局のみならず、女性健康局や栄養局、医療総局、人材計画・養成センターなど、子どもと女性の保健医療に関わるすべての関係部局が関与して本プロジェクトを推進してきた。また、保健省外の教育省や内務省との連携も行われた。インドネシア都市部の中間層や富裕層では、保健省の権限が届かない民間病院や開業クリニックの利用者が多いが、病院や専門家集団の巻き込みにも成功し、産科医、小児科医、助産師、看護師などの職能団体も積極的に関与するようになった。

インドネシアにおいても、官僚機構というのは、局や課という細分化された組織の壁でさえ、容易に乗り越えられない性質を持っている。そのなかで、インドネシア政府内の20か所にも及ぶ関連部署、インドネシア国内の職能集団、NGOや民間病院との間で、一つのプロジェクトに対する協働が行われたことは奇跡に近い。

日本での研修に際しては、保健省の各局、NGO、内務省、病院などによる混成チームを意識

的に構成した。従来から、本邦研修の経験者が各地域において母子手帳プログラムのチェンジ・エージェント（変革を推進する人）となったことはよく知られている。この混成チームによる本邦研修もまた、多機関にまたがるパートナーシップを推進するのに貢献したのではないかとと思われる。

インドネシア発の技術協力

いま、世界各地で、母子手帳を新たに導入したいという国が増えている。パレスチナ、ベトナム、カンボジア、バングラデシュ、トルコ、ブルネイなどをはじめとして、東アフリカにおいても母子手帳の導入を望む声が聞かれる。これらの国では、日本の経験だけでなく、短期間で全国普及を成し遂げたインドネシアの実践に学びたいという強い希望がある。MDGsの4（乳幼児死亡の減少）と5（妊産婦の健康向上）の統合という目標に向けて、今後は、インドネシアと日本の長年にわたる協働の成果を、世界に向けて発信していくことが求められている。

3 母子保健担当団員所感（元JICA技術協力専門家 藤原善子）

インドネシア母子健康手帳普及活動の現状と今後の期待

インドネシアで導入開始された母子健康手帳の普及とその効果はJICAおよび他のドナー機関に例を見ない成功例であると考えられる。1994年に協力が開始されたインドネシア版母子健康手帳は既に15年の歳月をかけて醸成され、JICAからインドネシア全土、その間、東南アジア諸国や中東、東アフリカ諸国に普及されつつあると聞く。ここでは母子健康手帳の進化の現状と問題点を私的所感として述べるが、全て今後、この普及活動がインドネシア国内から国外へと発展するための期待である。

1) インドネシアでのオーナーシップと母子手帳関係者の熱意と理想

インドネシアの母子健康手帳の開発段階と量・質的な普及段階においては、インドネシア国内の母子保健現状を改善したい、もっと厳密に言えば妊産婦死亡率(MMR)と乳児死亡率(IMR)がアジア諸国との比較で非常に高いという現状を踏まえた、インドネシアの母子保健の担い手の熱意が元にある。母子健康手帳の導入紹介はインドネシア人の手で生まれ、JICAの専門家はその支援者という立場を貫いたということが、インドネシアのオーナーシップが強く形成された要因であると考えられる。また、母子健康手帳が母子保健現状の改善ツールとして、インドネシアの国策や現状と合致したことも、大きな要因である。

当プロジェクトが開始された2006年以前、既に1994年の中部ジャワ州での試行期間より、母と子の健康手帳プロジェクトフェーズIに於いて、インドネシア国内での母親への配布率が48%に上り、母子健康手帳の準備率は58%、正確な数字はないが母子健康手帳の認知度はTVコマーシャルや国内のトップ人気スターに代表されるポスターなどで非常に高く、多くの州や県では、母子健康手帳の導入を待ちかねていた。既に国内での紹介セミナーがプロジェクト実施地域以外でも開かれ、「待たれていた・期待されたプロジェクト」であったことも大きな要因であると考えられる。

つまり、インドネシアにおいては各地域各医療機関の保健関係者が、母子健康手帳の利点やインドネシアにおいて及ぼす、地域格差のない保健サービスの質的向上、母親への保健知識の向上と意識改革が牽いては、行動変容に至るまで把握しており、何より前段階として医療従事者の知識の向上が活動改善など、行動変容につながったと考えているからだと思われる。当プロジェクトにおいては保健省約20部局にわたる協力体制と、インドネシア助産師協会（IBI）に加えて、産婦人医師協会（POGI）、小児科医協会（IDAI）、看護師協会（PPNI）、栄養士協会（PERSAGI）等との協力体制を強固なものにした成果は、これまでのどのプロジェクトにも見られない大きな成果として最大限に評価したい。広大かつ2億3千万という人口規模、島嶼13,000強という地域的なデメリットを克服したインドネシアのオーナーシップは本物であり、今後後退することはないと確信する。

2) 自立発展性について（Sustainability）

2004年の母子健康手帳に関する大臣令の発令は、UNICEFなど母子保健や栄養改善を推進してきた国際機関やドナー機関にも、母子健康手帳の存在を再認識させた。同時に国策として多くのドナーや公私の病院などもその存在を知り、独自の母子手帳の開発印刷や地域での活動支援を積極的に推進する動機となった。母子健康手帳を導入した県の波及効果として、県の条例の制定や母子検診の無料化などに繋がったケースも多々あり、保健省関連教育機関でのカリキュラム化やOJTケースは多数あり、制度的sustainabilityは優に合格ラインを超えたが、新たな導入地域にはこれまで以上のadvocacyとsocializationを期待する。資金的sustainabilityは中央政府の認識と各実施機関の認識が完全一致には至らないが、既に70%を超えた母子健康手帳の準備率を低下させる要因は見当たらない。現在、母子健康手帳一冊当たりの印刷経費は約27円（大量印刷の場合はさらに低下）と15年前の約23円に対し18%弱の上昇にしかならず、研修経費等を加えても母子健康手帳の母親に対するCost Effectivenessは非常に高い。インドネシア国の経済発展率からしても自立発展性は高いが、地方での法的整備や予算化を定着させるための努力の継続に期待したい。

3) 母子保健現状の更なる改善に向けて

現在のインドネシアの母子保健現状は急速に改善傾向にあるものの、MMRおよびIMRは依然として高い。当プロジェクトでは母子保健手帳をツールとして用い、医療従事者や母親の保健教育や意識改革、医療従事者の医療サービスの質的向上を図り、成功したといえるが、一部、これらの保健指標を高める要因が病院での妊婦の死亡率の高さやその要因である医療技術の低迷である。母子健康手帳によりハイリスクの危険性教育は可能なものの救急対応が十分ではない。母子健康手帳では補えない医師や看護師への医療技術とモラルの向上を次の課題とした。

4) 母子健康手帳先進国として

インドネシアはイスラム国、人口大国として母子健康手帳導入に成功したといえるが、この

母子健康手帳開発普及充足に関する全てのプロセスを第三国研修の経験とともに、他の地域や国に伝えて欲しいものである。また、具体的なデータや事例をもとに、国際機関等にも知らしめる努力が必要であると考え。JICAをはじめ関わった多くのドナーはインドネシアと関わりなく、独自の調査によって活動の正当性を実証できるが、インドネシア全体の現場ベースの実証と検証は保健省の継続すべき保健省の仕事である。また、この貴重な経験を今後、他国へ伝授して頂きたい。

5) JICAへの提言

15年をかけた母子健康手帳プロジェクトの最終章は、予想以上の成果を上げたと考える。母子健康手帳準備率に関しては当初70%との認識であったが、3年間で20%以上の向上は指標とは無関係に評価できると考える。また、母親ばかりではなく、父親、家族、地域、各職能団体や家族福祉会（PKK・地域保健ボランティアの所属団体でもある）などの地域の保健活動の担い手などにこれほどの保健認識と参画を即したプロジェクトは他に例を見ない。最後に、現日本人専門家諸氏をはじめ100人もの長・短期専門家、青年海外協力隊員、JICA職員などの関係者の情熱と支援に感謝します。私も個人として母子健康手帳の開発から専門家としてプロジェクトに参画できたことは大きな喜びです。さらに、母子健康手帳をインドネシアのみではなく世界の国々へ届けようとしている中村安秀教授なくしては何も始まりませんでした。数々のご指導に感謝申し上げます。最後にこれからもJICA通じインドネシアの母子健康手帳の経験を世界に送り届けて頂きたいと思っております。

2. 主要面談者リスト

付属資料2：主要面談者リスト

1. 保健省

- (1) Dr. Budihardja, Director General of Community Health
- (2) Dr. Hj. Fatni Sulani, Director of Child Health, Directorate General of Public Health
- (3) Dr. Edi Suranto, Secretary to the Director General of Public Health
- (4) Dr. Kirana Pritasari, Head of Sub-directorate for Infant Health, Directorate of Child Health, Directorate General of Public Health
- (5) Ms. Erna Mulati, Head of Sub-directorate for, Directorate of Child Health, Directorate General of Public Health
- (6) Dr. Lukas C. Hermanwan, head of Sub-directorate for Delivery & Post-partum Mother Health, Directorate of Women's Health, Directorate General of Public Health
- (7) Ms. Siti Zainar Sosihan, Head, Sub-Directorate of Basic Health Care Institution, and Community-based Health Activities, Directorate of Community Health, Directorate General of Public Health
- (8) Dr. Minarto, Head, Sub-directorate of Macro Nutrition, Directorate of Community Nutrition, Directorate General of Public Health
- (9) Dr. T. Marwan Nusri, Director of Basic Medical Care, Directorate General of Medical Care
- (10) Ms. Embry Netty, Head, Sub-directorate of Basic Medical Care, Directorate of Basic Medical Care, Directorate General of Medical Care
- (11) Ms. Yuti Suhartati Head, Sub-Directorate of Basic Nursing Care, Directorate General of Medical Care
- (12) Dr. Emi Nurjasmu, Head, Sub-Directorate of Midwifery, Directorate of Basic Medical Care, Directorate General of Medical Care
- (13) Dr. Liliana Lazuardy, Head, Sub-Directorate of Specialistic Medical Care, Directorate of Specialistic Medical Care, Directorate General of Medical Services
- (14) Mr. Doddy Izwarty, Head, Sub-Bureau of International Cooperation, Bureau of Planning and Budgeting, Secretariat General
- (15) Dr. Untung Suseno Sutarjo, Head of Center of Health Development Analysis
- (16) Dr. Rahmiani Brahmi, Head of System Development, Center of Health Development Analysis
- (17) Mr. Kodrat Pramudho, Center for Health Promotion
- (18) Ms. Ruffina Rauf, Head, Sub-division of Membership, Center for Health Promotion

2. 州・県・市保健衛生局

- (1) Dr. Yulia Zugir, Head, Division of Maternal and Child Health and Nutrition Program, Provincial Health Office, West Sumatra Province
- (2) Mr. Kamal Kasra, Head, Division in Promotion and Empowerment, Provincial Health Office, West Sumatra Province
- (3) Nyoman Wijaya Kusuma, Head, Division of Mother and Child Health, Provincial Health Office, West Nusa Tenggara Province
- (4) Dr. Rr Endang, Head, Family Health and Nutrition Section, Provincial Health Office, West Java Province
- (5) Dr. Desnalita, Head of District Health Office, Tanah Datar District
- (6) Dr. Yesrita, Head, Division of Community Health, District Health Office, Tanah Datar District
- (7) Dr. Osninelli, Head Division of Nutrition and Maternal and Child Program, District Health Office, Tanah Datar District
- (8) Ms. Elia Roza, Head, Division of Health Services, District Health Office, Tanah Datar District
- (9) Patruinarisih, Division of Mother and Child Health and Family Planning, City Health Office, Madiun City, East Java Province
- (10) Dr. Nurhandini Eka Dewi, Director, District Health Office, Central Lombok District
- (11) Omdarh, Head, Division of Family Health, District Health Office, Central Lombok District
- (12) Baiq Atmawati, Head, Sub-Division of Mother and Child Health, District Health Office, Central Lombok District
- (13) Mr. Hedy Budiman, Head, District Health Office, Garut District
- (14) Ms. Nani Suka Nani, Head, Family Health Section, District Health Office, Garut District
- (15) Ms. Bdu Enoic Ic, Head, Maternal Health Sub-section, District Health Office, Garut District

3. 保健所・コミュニティ

- (1) Dr. Fitria Ananda, Head, Puskesmas Lima Kaum I, Tanah Datar District
- (2) Ms. Endri Yanti, Maternal and Child Health Coordinator, Puskesmas Lima Kaum I, Tanah Datar District
- (3) Ms. Yusmandidar, Nutrition Coordinator, Puskesmas Lima Kaum I, Tanah Datar District
- (4) Ms. Dedeh, Head, Mekarwangi Health Center, Garut District
- (5) Hj. Bahriah, Head, IBI Central Lombok, and Midwife Coordinator, Praya Puskesmas, Central Lombok District
- (6) Ms. Eti, Midwife Coordinator, Cikajang Health Center, Garut District
- (7) Sumiyati, Village Midwife, Desa Saba, Central Lombok District
- (8) Osman, Village Leader, Desa Saba, Central Lombok District
- (9) 中部ロンボク県ジャナプリア (Janaprya) 保健所助産師コーディネーター
- (10) 西スマトラ州タナ・ダタル県の母親学級参加者 (保健ボランティア 5 名、母親 15 名)
- (11) 中部ロンボク県サバ村の母親学級参加者 (保健ボランティア 2 名、母親 2 名)
- (12) 西ジャワ州ガルット県スカジャディ村母親 2 名、妊婦 2 名、保健ボランティア(kader)7 名
- (13) 西ジャワ州ガルット県パダスカ村母親 11 名、保健ボランティア(Kader)5 名
- (14) 西ジャワ州ガルット県マルガムリア村母親 (妊婦) 12 名、保健ボランティア(Kader)3 名

4. 病院・クリニック

- (1) Dr. Dodo Anondo, Director, Dr. Soedono East Java Provincial Hospital
- (2) Dr. Restu Kurnia, Vice Director, Dr. Soedono East Java Provincial Hospital
- (3) Dr. Tries Anggraini, Head of Medical Service, Department, Dr. Soedono East Java Provincial Hospital
- (4) M. Suchyono, Head of In-stay Medication Section, Dr. Soedono East Java Provincial Hospital
- (5) Sri Ratna, Head of Medical Treatment Quality Section, Dr. Soedono East Java Provincial Hospital
- (6) 西ヌサテングラ州立病院小児科・産婦人科の助産師等関係者複数名
- (7) Istini, Head, Al-Hasanah Private Hospital
- (8) Ny. Purtini, Head, Ny. Purtini Private Midwife Clinic
- (9) Dr. Tommy Joesoef, Director, Hermina Pasteur Obstetrics and Gynecology
- (10) Ny. Hi. Tatty Samargi, Private Midwife Clinic
- (11) Dr. Atikah Zaki, MARS, Director for Clinical Support, RS Pondok Kopi; Coordinator for Health of the Central Board of Aisyiyah
- (12) Dr. Ahmad Zani Agusfar, SpOG, Obstetrician and gynecologist, RS Pondok Kopi

5. 職能団体

- (1) Dr. Harni Koesno, Chairperson, IBI
- (2) Prof. Achir Yani S. Hamid, President, PPNI
- (3) Dr. Badriul Hegar, President, IDAI
- (4) Dr. Sudung O. Pardede, Secretary General, IDAI
- (5) Dr. Jumiarni Ilyas, chairperson, AIPKIND

6. ドナー

- (1) Dr. Bonny Kalensang, Coordinator, ADB
- (2) Mr. Ogi Safargan, Programme Component Officer, UNFPA

附属資料3: プロジェクト・デザイン・マトリックス

案件名: 母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト
 プロジェクト・サイト: ジャカルタ(その他モデル州: 西スマトラ州、西ジャワ州、東ジャワ州、西カリマンタン州、西ヌサトゥンガラ州)

協力期間: 2006年10月1日~2009年9月30日

対象グループ: (1) 直接利益グループ: 保健省、関連職能団体、モデル州における地方政府・保健医療サービス従事者・母親・5歳未満児
 (2) 間接利益グループ: インドネシアの母親、5歳未満児、保健医療サービス従事者、地方政府

Ver. 2 2007年12月現在

【上位目標】	プロジェクト概要	指標	入手手段	外部要因
<ol style="list-style-type: none"> すべての保健関係施設で母子手帳を使った母子保健サービスが提供されるようになる。 すべての妊婦と5歳未満児の母親が健康記録をもつ。 	<p>母子手帳による母子保健サービスを提供する保健関係施設が増加する。</p> <p>母子手帳(の配布率)が、妊婦及び5歳未満児の80%をカバーする。</p> <p>関連する指標(産前検診受診率(K_P, K₄)、保健医療従事者による出産の割合、完全母乳育児率)が改善する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2009年9月までに、少なくとも80%の妊婦が母子手帳を使った産前検診を受診するようになる。 保健省が母子手帳の有効利用に係るモデルを政策に反映する。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健省関連文獻 インドネシア人口動態保健調査 	<p>複数の関係機関が予算の裏づけをもって母子手帳を活用し続ける。</p>
<p>【プロジェクト目標】 母子手帳が母子保健サービス統合の手段として機能するとともに、母子手帳を使った母子保健サービスを継続するためのシステムが確立する。</p> <p>【成果】</p> <ol style="list-style-type: none"> 住民の母子手帳へのアクセスが高まる。 	<ol style="list-style-type: none"> 1-1 2009年9月には、推定妊婦数の75%の母子手帳が中央及び地方政府、関係職能団体などによって印刷される。 1-2 病院及び民間クリニックにおける母子手帳の配布が制度化される。 1-3 2009年までに、地方歳入予算によって母子手帳を供給することを担保する地方政府が増加する。 1-4 母子手帳の実施強化のために、関係する中央委員会や作業部会が形成され運営される。 	<ol style="list-style-type: none"> 1-1 2009年9月までに、助産師アカデミーのカリキュラムに母子手帳関連の科目が導入される。 2-1 2009年までに、保健省の関連プログラム(村落アラートプログラム(Desa Saia)、正常出産モジュール、BPCR、基礎緊急産科、新生児ケア、緊急産科、新生児ケア、新生児疾患包括的対策、新生児死対策、低出生体重対策、子どもの早期発達促進プログラム、緊急産科、新生児ケアのための応急処置、助産師のコミュニケーション・カンファレンス)に母子手帳関連項目が導入される。 2-2 2009年までに保健医療従事者向けの母子手帳関連のオリエンテーション・パッケージが形成される。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健省関連文獻 州保健局に対する質問票調査 関連公式文書(地方政府からのコミットメント・レターなど) カリキュラム 当該ガイドライン/マニュアル パッケージのガイドライン及びマニュアル データ収集フォーム 収集されたデータ 印刷されたモデルのガイドライン及びマニュアル 	<ul style="list-style-type: none"> 保健省が母子手帳を利用した母子保健改善の政策を継続する。 複数の関係機関に対して地域保健総局が十分なリーダーシップを発揮する。 地方分権化のトレンドが変わらない。 保健省(地域保健総局)が母子手帳の体系的なモニタリングと研修に係るリーダーシップをとる。 保健省内の複数関係部局のカウンタートップ予算が確保される。
<ol style="list-style-type: none"> 母子手帳のモニタリング・報告に係る制度が強化される。 母子手帳の有効利用に係るモデルが形成される。 	<ol style="list-style-type: none"> 3-1 2009年9月までに、子ども局が母子手帳の配布率の全国的なモニタリングを開始する。 	<ol style="list-style-type: none"> 4-1 子どもの健康における母子手帳の活用モデルが2009年までに使用できるようになる。 4-2 関連プログラム(出生登録など)における母子手帳の活用モデルが2009年までに使用できるようになる。 4-3 妊婦中及び産褥期における母子手帳の活用モデルが2009年までに使用できるようになる。 4-4 保健ボランティアに母子手帳を紹介するための活用モデルが2009年までに使用できるようになる。 4-5 病院及び民間クリニックにおける母子手帳の活用モデルが2009年までに使用できるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> 調査報告書 改訂版母子手帳 開発されたアドボカシーツール 第三国研修調権報告書 国内研修調権報告書 中央レビュー会議調権報告書 	
<ol style="list-style-type: none"> 母子手帳のモニタリング・報告に係る制度が強化される。 母子手帳の有効利用に係るモデルが形成される。 	<ol style="list-style-type: none"> 5-1 母子手帳のモニタリングに関する情報、データが収集される。 5-2 2008年末までに、調査及び評価の結果より得られたエビデンスに基づいて母子手帳が改訂される。 5-3 調査及び評価の結果に基づいて、地方政府及び関連省庁向けのアドボカシーツールが製作される。 	<ol style="list-style-type: none"> 6-1 母子手帳による母子保健サービスの向上に係る経緯が調査及び評価結果、関係者などから集約され第三国研修及び国内研修、全国レビュー会議などの資料に反映される。 6-2 第二回目の第三国研修及び国内研修において、参加者の満足度が平均80%となる。 6-3 2009年9月までに、母子手帳に係る中央レビュー会議が2回開催される。 		

⁶ K1: Kunjungan Pertama/ ANC access for the 1st time in the first trimester (第1回目産前検診へのアクセス)
⁷ K4: Kunjungan Ke-empat/ ANC access for the 4th time in the second trimester (第4回目産前検診へのアクセス)
⁸ 保健省関連文獻には、保健省及び地方保健局により発出された各種資料、報告書、文書等を含む。
⁹ BPCR: Birth Preparedness and Complication Readiness (出産準備と合併症への備え)

【活動】	【投入】	【前提条件】
<p>成果1: 住民の母子手帳へのアクセスが向上する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 母子保健関係者にそれぞれの業務で母子手帳を活用するように、保健省の各担当部局を通じて促進する。 <ol style="list-style-type: none"> a 貧困者向け健康保険及びその他の貧困者向けプログラムで母子手帳が活用されるように促進する。 b 関連機関団体 (POGI, IDAI, IBI, PPNP, PERSAGI) が、それぞれの会員に母子手帳の活用を推進するよう促進する。 c 内務省が出生登録に母子手帳を活用するように促進する。 d 地方政府が母子手帳を供給するよう促進する。 2. 保健施設への母子手帳の配布を増加させる。 <ol style="list-style-type: none"> a 公立病院を含む公立保健施設における母子手帳の配布を促進する。 b 民間保健施設(民間助産所、民間病院など)における母子手帳の配布を促進する。 3. 母子手帳改善への技術的援助を行うために保健省内の作業部会を形成・運営する。 4. 地方政府における母子手帳の供給に係るデータを収集する。 <p>成果2: 関連医療従事者を対象とした母子手帳に係る研修制度が強化される。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 助産師向けの母子手帳の定期的研修を強化する。 2. 関係する医療従事者養成課程への母子手帳に係る紹介を導入する。 3. 保健省の関係部局及び他の関係プログラムが関連する医療従事者への母子手帳に係る研修をすることを促進する。 4. 民間セクター(助産師協会)が母子手帳アシリテーターのリソースとなることを促進する。 <p>成果3: 母子手帳のモニタリング・報告に係る制度が強化される。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 関連するプログラムによる母子手帳のモニタリングを促進する。 2. 母子保健に係る全国報告制度(母親コホート、乳児コホート、5歳未満児・就学前児童コホートなど)に母子手帳に係る項目を含むように促進する。 <p>成果4: 母子手帳の有効利用に係るモデルが形成される。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 子どもの健康に係る母子手帳のモデル活動(育児学級コンテナーの開発を通じて母親学級が母子手帳を網羅するようになる)を形成する。 2. 出産登録など他のプログラムが母子手帳を活用することを促進するモデルを形成する。 3. 村落アラートプログラム、助産師のコミュニケーション・ファンセリング研修、BPCR などと母親学級などとの統合を通じて、妊婦期及び産褥期における母子手帳の活用モデルを形成する。 4. 保健ボランティア (kader) への母子手帳の紹介を促進する。 5. 病院及び民間診療所における母子手帳の活用を促進する。 <p>成果5: 母子手帳の母子保健改善への効果に係る調査・評価の結果が保健省の政策策定・実施過程に反映される。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 調査・評価の計画・立案を行う。 2. 母子手帳の母子保健改善への効果に係るインパクト調査を行う。 3. モデル活動の評価を行う。 4. 調査・評価結果を全国年レビュー会議でフィードバックする。 5. 実証的アプローチに基づく母子手帳の改訂を支援する。 6. プロジェクトの経験と成果を関係者に普及する。 <p>成果6: 第三国研修及び現地国内研修を通じて、保健省と地方政府の母子手帳を使用した母子保健改善の経験を効果的に共有する制度・能力が強化される。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 母子手帳に係る中央レビュー会議を開催する。 2. 第三国研修及び現地国内研修を実施する。 	<p>日本側</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 専門家 3名 <ol style="list-style-type: none"> (1) 長期専門家 <ul style="list-style-type: none"> - チーフ・アドバイザー - 母子保健アドバイザー - 業務調整 (2) 短期専門家 <ul style="list-style-type: none"> - 年間2~3名 - 調査デザイン - 保健教育教材 - 教材開発 2. カウンタートーパート研修 <ul style="list-style-type: none"> - 年間 12 名程度 - 機材 - コンピュータ - プロジェクター - 印刷費 3. 国内研修 <ul style="list-style-type: none"> - 印刷費 - その他関連経費 <p>インドネシア側</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. カウンタートーパート配置 2. カウンタートーパート経費(ワーキングツップ、旅費、国内研修、等) 3. プロジェクト事務所 	<p>子ども保健局及び母親保健局がカウンタートーパート予算を確保する。</p>

¹⁰ POGI: Persatuan Obgine dan Gynekologi Indonesia / Indonesian Obstetrician and Gynecologist Association (インドネシア産婦人科医師協会)

¹¹ IDAI: Ikatan Dokter Anak Indonesia / Indonesian Pediatrician Association (インドネシア小児科医師協会)

¹² IBI: Ikatan Bidan Indonesia / Indonesian Midwife Association (インドネシア助産師協会)

¹³ PPNP: Persatuan Perawat Nasional Indonesia / Indonesian National Nurse Association (インドネシア看護師協会)

¹⁴ PERSAGI: Persatuan Ahli Gizi Indonesia / Indonesian Nutrition Expert Association (インドネシア栄養師協会)

付属資料4：評価グリッド
母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト

評価項目	評価設問		判断基準	データ収集方法・情報源
	大項目	小項目		
妥当性	プロジェクトは、インドネシアの国家開発政策・計画に合致しているか。	プロジェクトは、インドネシアの国家開発政策・計画において重点とされているか。	母子保健サービスの向上は、インドネシアの国家開発政策・計画において重点とされているか。	<ul style="list-style-type: none"> - 国家短期開発計画(2004-2009) - 保健省戦略的計画 (2005-2009) - 保健開発計画 (2005-2009) - 保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査
	ターゲット・グループの選定は妥当であったか。	ターゲット・グループの選定は妥当であったか。	本プロジェクトの対象となる保健省、関連職能団体、モデル州における地方政府・保健医療サービス従事者・母親・5歳未満の子供がどのようになっているか。	保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査
	プロジェクト目標及び上位目標は、ターゲット・グループのニーズに合致しているか。	プロジェクト目標及び上位目標は、本プロジェクトの対象となる保健省、関連職能団体、モデル州における地方政府・保健医療サービス従事者・母親・5歳未満の子供のニーズに合致しているか。	本プロジェクトの対象となる保健省、関連職能団体、モデル州における地方政府・保健医療サービス従事者・母親・5歳未満の子供の母子手帳に対するニーズは強くなっているか否か。	<ul style="list-style-type: none"> - 保健省に対する聞き取り調査 - 本プロジェクトの対象となる保健省、関連職能団体、モデル州における地方政府・保健医療サービス従事者・母親・5歳未満の子供に対する聞き取り調査
	本プロジェクトは、日本の援助政策・計画に合致しているか。	母子保健サービスの向上は、日本の援助政策・計画に合致しているか。	母子保健サービスの向上は、外務省の対インドネシア国別援助計画及びJICAのインドネシア国別事業実施計画において重点とされているか。	<ul style="list-style-type: none"> - 外務省の対インドネシア国別援助計画 - JICA のインドネシア国別事業実施計画
	本プロジェクトはインドネシアの保健分野の主要目標を達成する戦略として妥当であるか。	母子手帳を通じた母子保健の改善は、インドネシアにおける母子保健の改善の指標として有効であるか。	母子手帳を通じた母子保健の改善は、インドネシアにおける母子保健指標の改善のようになっているのかに関する保健省の見方。	保健省に対する聞き取り調査
	日本の技術の比較優位性はあるか。	日本は母子手帳を通じた母子保健の改善に十分な経験、ノウハウや人材を有しているか。	日本は母子手帳を通じた母子保健サービスの経験、ノウハウや人材の現状に関する日本人専門家の見方。の改善に十分な経験、ノウハウや人材を有しているか。	保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査

評価項目	評価設問		判断基準	データ収集方法・情報源 大項目
	大項目	小項目		
有効性	プロジェクト目標は達成される見込みであるか。	母子手帳が母子保健サービス統合の手段として機能するとともに、母子手帳を使った母子保健サービスを継続するためのシステムが、2009年9月までに確立する見込みであるか。	2009年9月までに、少なくとも80%の妊婦が母子手帳を使った産前検診を受診するようになる。 保健省が母子手帳の有効利用に係るモデルを政策に反映する。	- 保健省関連部局、データ情報センター - 保健省に対する聞き取り調査
		保健省が母子手帳を利用した母子保健改善の政策を継続してきたか否か。 複数の関係機関に対して地域保健総局が充分なリーダーシップを発揮してきたか否か。	保健省が母子手帳を利用した母子保健改善の政策を継続してきたか否か。 複数の関係機関に対して地域保健総局が充分なリーダーシップを発揮してきたか否か。	
	プロジェクト目標を達成する上で外部要因の影響は見られたか。	地方分権化のトレンドが変わらない。	地方分権化のトレンドが変わっているか否か。	- 保健省計画局及びBAPPENASに対する聞き取り調査 - 保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査
	プロジェクト目標の達成を促進したと考えられる要因は見られたか。	地方分権化のトレンドが変わらない。	地方分権化のトレンドが変わっているか否か。	- 保健省計画局及びBAPPENASに対する聞き取り調査 - 保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査
有効性	プロジェクト目標の達成を阻害したと考えられる要因は見られたか。	母子保健サービスの統合の手段及び母子保健サービスの継続のためのシステムとしての母子手帳の機能強化に貢献した要因とその程度	母子保健サービスの統合の手段及び母子保健サービスの継続のためのシステムとしての母子手帳の機能強化に貢献した要因とその程度	- 保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査
		成果1: 住民の母子手帳へのアクセスは高まったか。	1-1 2009年9月には、推定妊婦数の75%の母子手帳が中央及び地方政府、関係職能集団などによって印刷される見込みであるか。 1-2 病院及び民間クリニックにおける母子手帳の配布が制度化されたか否か。 1-3 2009年までに、地方歳出歳入予算によって母子手帳を供給することを担保する地方政府が増加する見込みであるか否か。 1-4 母子手帳の実施強化のために、関係する中央委員会や作業部会が形成され運営されているか否か。	- 保健省に対する聞き取り調査 - 地方政府及び関係職能集団に対する聞き取り調査 - 地方政府保健部局、病院、クリニックに対する聞き取り調査 - 保健省に対する聞き取り調査 - 地方政府保健部局、病院、クリニックに対する聞き取り調査
	成果は達成されたか？	成果2: 関連医療従事者を対象とした母子手帳に係る研修制度は強化されたか。	2-1 2009年までに、助産師アカデミーのカリキュラムに母子手帳関連の科目が導入される見込みであるか否か。	- 保健省に対する聞き取り調査 - 保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査 - 導入されたカリキュラム

評価項目	評価設問		判断基準	データ収集方法・情報源 大項目
	大項目	小項目		
有効性(続き)	成果は達成されたか？ (続き)	成果2: 関連医療従事者を対象とした母子手帳に係る研修制度は強化されたか(続き)。	2-2 2009年までに、保健省の関連プログラム(村落アラーサープログラム(Desa Siaga)、正常出産モジュール、BPCR、基礎緊急産科・新生児ケア、緊急産科・新生児ケア、新生児疾患包括的対策、新生児仮死対策、低出生体重対策、子どもの早期発達促進プログラム、緊急産科・新生児ケアのための応急処置、助産師のコミュニケーション・カウセリング研修)に母子手帳関連項目が導入される見込みであるか否か。	- 保健省に対する聞き取り調査 - 対象プログラムのガイドラインやマニュアル
		成果 3: 母子手帳のモニタリング・報告に係る制度は強化されたか。	2-3 2009年までに保健医療従事者向けの母子手帳関連のオンラインテーション・パッケージが作成される見込みであるか。	- 保健省に対する聞き取り調査 - 対象パッケージのガイドラインやマニュアル
		成果4: 母子手帳の有効利用に係るモデルは形成されたか。	3-1 2009年9月までに、子ども局が母子手帳の配布率の全国的なモニタリングを開始する見込みであるか。	- 保健省に対する聞き取り調査 - モニタリング・ガイドラインやマニュアル
		成果5: 母子手帳の母子保健改善への効果に係る調査・評価の結果が保健省の政策策定・実施過程に反映されたか否か。	4-1 子どもの健康における母子手帳の活用モデルが2009年までに使用できる見込みであるか。 4-2 関連プログラム(出生登録など)における母子手帳の活用モデルが2009年までに使用できる見込みであるか。 4-3 妊娠中及び産褥期における母子手帳の活用モデルが2009年までに使用できる見込みであるか。 4-4 保健ボランティアに母子手帳を紹介するための活用モデルが2009年までに使用できる見込みであるか。 4-5 病院及び民間クリニックにおける母子手帳の活用モデルが2009年までに使用できる見込みであるか。	- 保健省に対する聞き取り調査 - 対象モデルのプログラムのガイドラインやマニュアル - モデル州における地方政府・保健医療サービス従事者・母親・5歳未満の子供に対する聞き取り調査
		成果6: 第三国研修および現地国内研修を通じて、保健省と地方政府の、母子手帳を使用した母子保健改善の経験を効果的に共有する制度・能力が強化される。	5-1 母子手帳の母子保健関連指標(妊産婦検診受診率(K1、K4)、医療従事者による出産介助の割合)に対するインパクトに関する情報、データが収集されたか否か。 5-2 2009年末までに、調査および評価の結果より得られたエビデンスに基づいて母子手帳が改訂されたか否か。 5-3 調査及び評価の結果に基づいて、地方政府及び関連省庁向けのアドボカシー・ツールが製作されたか否か。 6-1 母子手帳による母子保健サービスの向上に係る経験が調査及び評価結果、関係者などから集約され第三国研修及び国内研修、全国レビュウ会議などの資料に反映される。 6-2 第2回目の第三国研修及び国内研修において、参加者の満足度が平均80%となる。 6-3 2009年9月までに、母子手帳に係る中央レビュウ会議が2回開催される。	- The survey report - 改訂された母子手帳 - 製作されたアドボカシー・ツール - 第三国研修開催報告書、国内研修開催報告書、 - 研修後のフォローアップ・サーベイ - 中央レビュウ会議開催報告書

評価項目	評価設問		判断基準	データ収集方法・情報源 大項目
	大項目	小項目		
効率性	大項目 投入の質、量、そしてタイムングは適切か。	小項目 専門家の派遣人数、専門分野・能力、派遣時期・期間は適切であったか。	保健省による評価	- 保健省に対する聞き取り調査
		小項目 供与機材の種類、量、質、供与のタイムングは適切であったか。	保健省及び日本人専門家による評価	- プロジェクト関連報告書 - 保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査
		小項目 C/Pの人員配置(人数、専門分野、配置期間)は適切であったか。	日本人専門家による評価	- プロジェクト関連報告書 - 日本人専門家に対する聞き取り調査
		小項目 インドネシア側提供の施設・機材の量と質は適切に供与されたか。	日本人専門家による評価	- プロジェクト関連報告書 - 日本人専門家に対する聞き取り調査
		小項目 インドネシア側のプロジェクトに対する予算投入の規模・タイムングは適切にされたか。	日本人専門家による評価	- プロジェクト関連報告書 - 日本人専門家に対する聞き取り調査
		小項目 プロジェクト全体の予算規模は適切か。	同様のプロジェクトあれば、そのコスト・パフォーマンスと比較	- 他の同様な JICA プロジェクトのコスト・パフォーマンス
効率性	活動や投入を促進した要因は見られたか。	保健省及び日本人専門家によって確認された促進要因	- プロジェクト関連報告書 - 保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査	
	活動や投入を阻害した要因は見られたか。	保健省及び日本人専門家によって確認された阻害要因	- プロジェクト関連報告書 - 保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査	
	プロジェクト・マネージメントは適切であったか。	保健省及び日本人専門家による評価	- 保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査	
効率性	不測の事態に対する対応は十分なされていたか。	保健省及び日本人専門家による評価	- 保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査	

評価項目	評価設問		判断基準	データ収集方法・情報源 大項目
	大項目	小項目		
インパクト	プロジェクト終了後3年を目標に、上位目標が達成される見込みはあるか。	プロジェクト終了後3年を目標に、全ての保健関係施設で母子手帳を使った母子保健サービスが提供されるようになる見込みであるか。	母子手帳による母子保健サービスを提供する保健関係施設が増加しているか否か。 関連する指標(産前検診受診率(KI/K4)、保健医療従事者による出産の割合、完全母乳育児率)が改善しているか否か。 プロジェクト終了後3年を目標に、母子手帳(の配布率)が、妊婦及び5歳未満児の80%をカバーする見込みであるか否か。	- 保健省に対する聞き取り調査 - 保健省からの実証データ
		プロジェクト終了後3年を目標に、全ての妊婦と5歳未満児の母親が健康記録を持つ。	複数の関係機関が予算の裏づけをもって母子手帳を活用し続ける見込みであるか否か。	- IDHS
	上位目標を達成する上で外部要因の影響は見られたか。	複数の関係機関が予算の裏づけをもって母子手帳を活用し続ける。	複数の関係機関が予算の裏づけをもって母子手帳を活用し続ける見込みであるか否か。	- 保健省に対する聞き取り調査 - 地方政府及び他の関連機関に対する聞き取り調査
	本プロジェクトにおいては、予期せぬポジティブな波及効果が見られたか。見られたならば、それはどのような波及効果であったか。	本プロジェクトにおいては、予期せぬポジティブな波及効果が見られたか。見られたならば、それはどのような波及効果であったか。	日本人専門家、保健省関係者、モデル州における地方政府・保健医療サービス従事者・母親・5歳未満の子供により確認された予期せぬポジティブな波及効果	- プロジェクト関連報告書 - 保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査 - モデル州における地方政府・保健医療サービス従事者・母親・5歳未満の子供に対する聞き取り調査
	本プロジェクトにおいては、予期せぬポジティブな波及効果が見られたか。見られたならば、それはどのような波及効果であったか。	本プロジェクトにおいては、予期せぬポジティブな波及効果が見られたか。見られたならば、それはどのような波及効果であったか。	日本人専門家、保健省関係者、モデル州における地方政府・保健医療サービス従事者・母親・5歳未満の子供により確認された予期せぬポジティブな波及効果	- プロジェクト関連報告書 - 保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査 - モデル州における地方政府・保健医療サービス従事者・母親・5歳未満の子供に対する聞き取り調査

評価項目	評価設問		判断基準	データ収集方法・情報源 大項目
	大項目	小項目		
自立発展性	インドネシア政府は、プロジェクト終了後も、プロジェクト終了後も母子手帳を通じて母子健康の改善に引き続き強いコミットメントを持って取り組むことが期待されるか否か	プロジェクト終了後も、プロジェクト活動を継続してゆくための十分な予算・組織・人員は確保される見込みであるか。	母子手帳を通じた母子健康サービスの向上に対する法律及び政策上の権限は与えられているか否か。	<ul style="list-style-type: none"> - 関連法令 - 保健省に対する聞き取り調査
	保健省は、プロジェクト終了後も母子手帳を通じた母子健康の改善に引き続き強いコミットメントを持って取り組むことが期待されるか否か。	プロジェクト終了後も、保健省には、プロジェクト活動を継続してゆくために十分な予算・組織・人員は確保される見込みであるか。	保健省は、母子手帳を通じた母子健康サービスの向上を目的として行う活動を継続するために必要な予算を維持・増加させてきたか否か。	<ul style="list-style-type: none"> - 策定されたガイドラインやマニュアル - 保健省関連文書 - 保健省に対する聞き取り調査
	母子手帳を通じた母子健康サービスの向上を改善するために必要な技術力・専門性をアップデートされる見込みであるか。	プロジェクト終了後も必要に応じてアップデートされる見込みであるか。	保健省は、母子手帳を通じた母子健康サービスの向上を目的として行う活動を継続するために必要な人員を維持・増加させてきたか否か。	<ul style="list-style-type: none"> - 保健省に対する聞き取り調査
	プロジェクト終了後の持続的効果に影響を与えるその他要因(内戦、政治・社会不安等)は考えられるか。		日本人専門家及び保健省により確認されたそうだった潜在的要因	<ul style="list-style-type: none"> - 保健省及び日本人専門家に対する聞き取り調査

プロジェクトの実績	調査設問		必要なデータ	データ収集方法・情報源 大項目
	大項目	小項目		
プロジェクトの実績	活動は計画通りに適切に実施されたか。	活動は計画通りに適切に実施されたか。	活動計画と実際の活動実績	<ul style="list-style-type: none"> - 活動計画 (PO) - 日本人専門家報告書 - プロジェクト関連報告書 - 日本人専門家に対する聞き取り調査
		専門家の派遣実績	専門家の派遣人数、専門分野・能力、派遣時期・期間	<ul style="list-style-type: none"> - 日本人専門家報告書 - プロジェクト関連報告書
		供与機材にかかる実績	供与機材の種類、量、供与のタイミングに関する実績	<ul style="list-style-type: none"> - 日本人専門家報告書 - プロジェクト関連報告書
		投入実績	C/Pの人員配置	<ul style="list-style-type: none"> - C/Pの人数、配置状況、能力
活動・投入実績	インドネシア側提供の施設・機材の供与実績	施設・機材の現状	<ul style="list-style-type: none"> - 日本人専門家報告書 - プロジェクト関連報告書 	
	インドネシア側のプロジェクトに対する予算投入実績	ローカル・コスト負担実績	<ul style="list-style-type: none"> - 日本人専門家報告書 - プロジェクト関連報告書 	
プロジェクトの実績	プロジェクトの実績	運営委員会や作業部会の開催実績と討議内容	<ul style="list-style-type: none"> - 日本人専門家報告書 - プロジェクト関連報告書 	

5. 質問票（雛形）

付属資料5：質問票（雛形） Questionnaire (Model)

A. Relevance

1. **(Japanese experts and MOH) (Key Question: Is the target group selected properly?)**

How were the target group (MOH, professional organizations, model activities & TCTP sites' local governments, medical staffs and mothers and children under five years) selected? Could you describe the process of selecting the target group?

2. **(MOH, professional organizations, model activities & TCTP sites' local governments, medical staffs and mothers and children under five years) (Key Question: Are both the project purpose and overall goal consistent with the needs of the target group?)**

Could you describe how helpful MCH HB is in your daily work or life? Do you recommend that all mother and children should have one? Do you recommend that all the relevant medical institutions should use MCH HB?

3. **(MOH) (Key Question: Is the Project effective for achieving priority goals in the health sector of Indonesia?)**

Is MCH services with MCH HB effective for improving MCH indicators in Indonesia? How do MCH services with MCH HB help to improve MCH indicators?

4. **(MOH and Japanese experts) (Key Question: Does Japanese technology have a comparative advantage in achieving the project and overall goals.)**

Does Japan have sufficient experience, know-how and human resources on improvements in MCH services with MCH HB? Are they more competitive than those of other donors?

B. Effectiveness

1. **(MOH) (Key Question: Is the project purpose likely to materialize by the end of the Project?)**

Have the model(s) for better utilization of MCH HB been reflected in MOH's policy? If the answer to the question is yes, how have they been reflected?

2. **(Key Question: Have important assumptions for achieving the project purpose been held by the end of the Project?)**

(a) **(MOH)** Has MOH maintained its policy of improving MCH by MCH?

(b) **(Japanese Experts)** Has DG of Community Health in MOH taken strong initiative among relevant institution?

(c) **(BAPPENAS and Planning Dept. of MOH)** Has the basic trend of decentralization remain unchanged?

3. **(MOH and Japanese Experts)**

What factors, if any, particularly have accelerated the achievement of the project purpose?

4. **(MOH and Japanese Experts)**

What factors, if any, particularly have hampered or delayed the achievement of the project purpose?

5. **Output Performances (Key Question: Have outputs of the project materialized yet?)**

(a) **Output 1 (Key Question: Has community people's accessibility to MCH HB increased?)**

● **(MOH)** MCH HB for 75% of the estimated pregnant women will be printed by relevant stakeholders such as central and local governments and professional organizations by Sept. 2009?

● **(MOH, the health department of local governments, hospitals and clinic)** The distribution of MCH HB at hospitals and private clinics has been institutionalized yet?

- **(The health departments of local governments,)** Has the number of local governments securing the budget to supply MCH HB through local government budget (APBD) increased yet? How many did they secure such budgets?
 - **(MOH)** Have national committees and working groups have been set up and held for enhancing the implementation of MCH HB? What is the current status?
- (b) Output 2 (Key Question: Has the system of orientation on MCH HB been strengthened for relevant health personnel?)**
- **(MOH and the Japanese Experts)** Will the use of MCH HB include in curricula for midwifery academies by 2009? What is the current status?
 - **(MOH)** Will Desa Siaga, APN, P4K, PONED, PONEK, MTBM, Manajemen Asfiksia, BBLR, SIDDTK, PPGDON, KIP/K and other relevant programs incorporate MCH HB related item(s) by 2009? What is the current status?
 - **(MOH)** Will the orientation package for health personnel related to MCH HB become available by 2009? What is the current status?
- (c) Output 3 (Key Question: Has the system of monitoring and reporting on MCH HB been strengthened?)**
- **(MOH)** Will monitoring the distribution rate of MCH HB start at the national level by Sept. 2009? What is the current status? What is the current status?
- (d) Output 4 (Key Question: Has models for better utilization of MCH HB been developed?)**
- **(MOH)** Will the model of utilizing MCH HB for child health become available by 2009? What is the current status?
 - **(MOH)** Will the model of facilitating other programs such as Birth Registration to utilize MCH HB become available by 2009? What is the current status?
 - **(MOH)** Will the model of utilizing MCH HB during pregnancy and post partum become available by 2009? What is the current status?
 - **(MOH)** Will the model of introducing MCH HB to health volunteers (kader) become available by 2009? What is the current status?
 - **(MOH)** Will the model of utilizing MCH HB at hospitals and private clinics become available by 2009? What is the current status?
- (e) Output 5 (MOH) (Key Question: Have results of survey and evaluation of MCH HB on improvement of MCH are reflected in MOH's policy making and implementation process?)** What are major findings of the survey and evaluation of MCH HB on improvement of MCH? Are they are reflected in MOH's policy making and implementation process?
- (f) Output 6 (Key Question: Has the capacity of MOH and relevant local governments to effectively share the experiences of improving MCH services with MCH HB been strengthened?)**
- **(MOH)** Did the satisfaction rate of participants exceed 80% on average in the second TCTP with ICTP? Is the results of a satisfaction survey available?

C. Efficiency

1. Current Status of Inputs and Project Activities

- (a) (MOH and the Japanese Experts)** Are project activities completed in a timely and effective manner? Have any of input provisions and Project activities been delayed or postponement?
- 2. (Key Question: Are the quality, quantity and timing of inputs for the Project appropriate given outputs achieved?)**

- (a) **(MOH)** Are the number, expertise and capacity, assignment timing and duration of the Japanese expert appropriate?
 - (b) **(MOH and the Japanese Experts)** Are the quantity and quality of equipments provided by the Japanese side and the timing of the provision appropriate?
 - (c) **(The Japanese Experts)** Are the number, duration and capacity of C/P personnel, who were assigned by the Indonesian side, appropriate?
 - (d) **(The Japanese Experts)** Are the quality and quantity of the facilities and equipments, which were provided for the Project, appropriate by the Indonesian side?
 - (e) **(The Japanese Experts)** Is the amount and timing of the Indonesian financial contribution to the Project appropriate?
- 3. (MOH and Japanese Experts)**
What factor, if any, particularly has promoted the provision of inputs and the implementation of activities?
- 4. (MOH and Japanese Experts)**
What factor, if any, particularly has delayed or hampered the provision of inputs and the implementation of activities?
- 5. (Key Question: Is the project management effective, responsive and flexible?)**
- (a) **(MOH and the Japanese Experts)** Were the Steering Committee and the Working Group held in a timely manner? Did the Steering Committee and the Working Group help the management and implementation of the Project?
 - (b) **(MOH and the Japanese Experts)** Was the project management flexible and responsive to unanticipated accidents or events, if any?

D. Impact

- 1. (MOH) (Key Question: Is the overall goal likely to materialize in the near future (in three years after the completion of the Project? Are MCH services with MCH HB likely to become available at every health facility in three years after the completion of the Project?)**
 - (a) **(MOH)** Has the coverage of MCH services with MCH HB at health facilities further increased? By how much?
 - (b) **(MOH)** Have relevant output indicators, including ANC access rate (*K1,K4*), delivery attended by trained health personnel (*PN*), exclusive breastfeeding rate, improved? By how much?
- 2. (MOH) (Key Question Have important assumptions for achieving the project purpose been held by the end of the Project?)** Are MOH, local governments and other relevant agencies likely to continue ensuring budgets for the use of MCH HB? What commitments have they made so far?
- 3. (MOH, The Japanese experts, model activities & TCTP sites' local governments, medical staffs and mothers and children under five years)** What are unintended positive consequences of the Project, if any?
- 4. (MOH, The Japanese experts, model activities & TCTP sites' local governments, medical staffs and mothers and children under five years)** What are unintended negative consequences of the Project, if any?

E. Sustainability

- 1. (MOH) (Key Question: Is it expected that Indonesia will commit itself to the improvement in MCH services with MCH HB after the completion of the Project?)**
Has a legal or high national policy mandate has been attached to the improvement in MCH services with

MCH HB?

2. **(Key Question: Is it expected that MOH will commit itself to the improvement in MCH services with MCH HB after the completion of the Project?)**
 - (a) **(MOH)** Has MOH maintained or increased budgets enough to continue operations for the improvement in MCH services with MCH HB? What is the current status of budgets for MCH services with MCH HB?
 - (b) **(MOH)** Has MOH prepared guidelines and manuals to continue operations for the improvement in MCH services with MCH HB? What is the current status of guidelines and manuals for MCH services with MCH HB?
 - (c) **(MOH)** Has MOH maintained or increased the sufficient number of personnel to continue operations for the improvement in MCH services with MCH HB? What is the current status of human resources for MCH services with MCH HB?
3. **(MOH) (Key Question: Is it expected that technical expertise to improve MCH services with MCH HB will be updated after the completion of the Project?)** Has the system of updating technical expertise to improve MCH services with MCH HB has been established and maintained? What system are available now?
4. **(MOH and the Japanese Experts)** What are conceivable factors such as civil conflicts, political and social instabilities, which could affect the sustainability of the Project in the post completion period?

-End

付属資料7：本邦研修実績

研修期間	研修地	参加人数	2007年3月5日～14日	2007年9月3日～10日	2008年11月7日～10日	2008年11月17日～24日	2009年10月(予定)
	大阪府、兵庫県	15	大阪府、兵庫県、東京都	東京都、茨城県	大阪府、兵庫県	大阪府、兵庫県	大阪府、兵庫県
			10	3	7	11 (予定)	
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Anaritha Dian Tiara, Sub-directorate of Pregnant Women's Health, Directorate of Women's Health, MOH 2. Nida Rochmawati, Sub-directorate for Under-five and Preschool Children Health, Directorate of Child Health, MOH 3. I Made Yosi Purbadi Wiriantana, Sub-directorate of Immunization, Directorate of Surveillance, Epidemiology, Immunization, and Matra Health, MOH 4. Siti Zainab, Sub-directorate of Macro-nutrition, MOH 5. Liliana Lazuardy, Head, Sub-Directorate of Specialistic Medical Care, Directorate of Specialistic Medical Care, MOH 6. Emi Nurjasmii, Head, Sub-Directorate of Midwifery, Directorate of Basic Medical Care, MOH 7. Endang Damayanti, Provincial Health Office, East Java 8. Widwiono, City Health Office of Madiun 9. Yeni Rustina, Indonesia National Nurses Association (PNNI) 10. Triyani, Indonesia Midwives Association (IBI) 11. Noroyono Wibowo, Indonesia Obstetrician and Gynecologist Association 12. Eddy Fadlyana, Indonesian Society of Pediatricians 13. Ahmad Zani Agusfar, Health and Community Welfare Council Muhammadiyah Central Board 14. Badarul Basim, West Kalimantan Branch, Indonesia Obstetrician and Gynecologist Association 15. Amrin Alkamar, Provincial Hospital in Padang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perisitawanto Adiyono Kodirat Pramuho, Head, Division of Partnership and Community Participation, MOH 2. Awi Muliadi Wijaya, Head, Section for Guidance and Evaluation, Sub-Directorate Under-five and Preschool Age, MOH 3. Lily Gracediani, Head of Family Health Section, Provincial Health Office (PHO) of West Sumatra 4. Tris Yuwati, Head of Maternal and Child Health Section, PHO of West Kalimantan 5. Nenny Retnasih, Head of Basic Health Services Section, PHO of West Java 6. I Nyoman Wijaya Kusuma, Head of MCH Section, PHO of NTB 7. Yesita Zedrianis, Head of Family health and Nutrition Sub-division, District Health Office (DHO), Tanah Datar 8. Dyah Tut Wuri Handayani, Head of Maternal and Child Health Section, DHO of Pontianak 9. Euis Aisyah, Head of Maternal and Child Health Section, DHO of Garut 10. Nurhandini Eka Dewi, Head of Mother, Child and Family Division, DHO of Central Lombok 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Budihardja, Directorate General of Community Health, MOH 2. Fatmi Sulani, Director of Child's Health, DG of Community Health, MOH 3. Budi Prasetyo, Director of Community Empowerment, MOHA 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lukas C. Hermawan, Director, Sub-Directorate, Delivery and Post Partum Mother, MOH 2. Yuti Suhartati, Head, Sub-Directorate of Basic Nursing Care, MOH 3. Usman Sumantri, Head of Division of Membership, Center for Health Financing and Health Insurance, MOH 4. Boga Hardhana, Staff of Sub-Division of Data Management and Information Presentation, MOH 5. Joko Moersito, Head of Sub-Directorate of Children Adoption and Legitimation, MOHA 6. Atikah M. Zaki, coordinator for Health Central board of AISIYAH 7. Endang Budi, Secretary of WG IV, Central Board of PKK 	

8. 機材リスト

付属資料8:機材リスト

機材名	2006年度 (2006年10月~2007年3月)		2007年度		2008年度		2009年度 (2009年4月~2009年8月)		2009年8月14日現在 (通貨単位:米ドル)	
	単価	数量	単価	数量	単価	数量	単価	数量	小計	総計
	小計		小計		小計		小計		0.00	9,186.80
デスクトップPCセット エイサー・パワー SA-85 レノボ H100 034	612.00	11	613.70	4	2,454.80	0.00	0.00	0.00	0.00	9,186.80
マイクロソフト・オフィス	165.00	11	355.00	4	1,420.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,235.00
アンチ・ウイルス	30.00	11	37.20	4	148.80	0.00	0.00	0.00	0.00	478.80
ノートン・アンチ・ウイルス2007										
ノートン・アンチ・ウイルス2008										
非常用バッテリー APC 5001 APC BR5001	72.00	11	91.00	4	364.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,156.00
プリンター キャノン IP 1700 キャノン・ピクシマ IP 1880	50.00	11	50.90	4	203.60	0.00	0.00	0.00	0.00	753.60
LCD モニター エイサー15インチ・モニター	0	0	179.40	1	179.40	0	0.00	0	0.00	179.40
LCD プロジェクター 東芝 TDP-P9	0	0	1088.40	16	17,414.40	0	0.00	0	0.00	17,414.40
計					22,185.00		0.00		0.00	32,404.00

※) 2006年度の機材は携行機材、2007年度の機材は供与機材。

付属資料9：プロジェクトにかかるコスト（日本側投入分）概要

1. プロジェクト総コスト概要

(通貨単位：千円)

年度	合計	調査団	専門家	専門家(契約)	供与機材	携行機材	国内事業強化費	在外事業強化費	現地国内研修	国別研修
2006	55,760	1,393	25,845	3,571	0	1,307	0	0	0	9,365
2007	85,917	4,048	46,414	0	2,408	0	0	0	1,283	6,293
2008	96,056	0	48,388	6,027	0	0	0	0	995	8,101
2009	66,061	6,236	25,449	0	0	0	500	0	1,100	8,236
合計	303,794	11,677	146,096	9,598	2,408	1,307	500	500	3,378	31,995
%	100.00%	3.84%	48.09%	3.16%	0.79%	0.43%	0.16%	31.88%	1.11%	10.53%

2. 在外事業強化費内訳

(通貨単位：ルピア)

費目	平成18年度	平成19年度	平成20年度	小計	費目の占める割合 (%)	平成21年度(見込み)	合計
一般業務費	88,453,758	979,372,375	2,085,267,753	3,153,093,886	58.79		
航空賃	10,393,125	151,897,550	197,978,100	360,268,775	6.72		
旅費	21,905,000	235,902,725	230,226,600	488,034,325	9.10		
謝金報酬	19,137,112	7,600,000	21,415,000	48,152,112	0.90		
ローカル・コンサルタン	0	324,240,000	792,001,750	1,116,241,750	20.81		
ト	0	0	0	0	0.00		
ローカルNGO	0	0	0	0	0.00		
業務契約	6,252,000	118,442,350	72,820,000	197,514,350	3.68		
会議費				0			
合計	146,140,995	1,817,455,000	3,399,709,203	5,363,305,198	100.00	1,500,000,000	6,863,305,198

付属資料 10 : 主要カウンターパート・リスト

プロジェクトにおける 肩書	氏名及び保健省における肩書
Project Director	Dr. Budihardja, Director General of Public Health
Project Manager	Dr. Hj. Fatni Sulani, Director of Child Health, Directorate General of Public Health
Other Counterparts	Dr. Edi Suranto, Secretary to Director General, Directorate General of Public Health Dr. Sri Hermayanti, Director of Women's Health, Directorate General of Public Health Dr. Bambang Sardjono, Director of Community Health, Directorate General of Public Health Dr. Madiyono, Head of Bureau of Planning and Budgeting, Secretariat General Dr. Abidinsyah Siregar, Head of Center for health Promotion, Secretariat General Dr. Chalik Masulili, Head of Center for Health Financing and Health Insurance, Secretariat General Dr. T. Marwan Nusrini, Director of Basic Medical Care, Directorate General of Medical Care Dr. K. Mohammad Akib, Director of Specialistic Medical Care, Directorate General of Medical Care Mr. Ilham Setyo Budi, Director of Nursing Care, Directorate General of Medical Care Dr. H. Andi Muhandir, Director of Surveillance, Epidemiological, Immunization and Matra Health, Directorate General of Disease Control and Environmental Health Dr. Iwan M. Mujiono, Director of Direct Communicable Diseases Control, Directorate General of Disease Control and Environmental Health Dr. Ida Bagus Indra Gotama, Head of Center for Manpower Training, Center of Planning and Empowerment of Health Human Resources

付属資料11:活動計画
母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト

	関係部局 (フォーカル・ポイント)	1年次				2年次				3年次				
		I 06年10-12月	II 07年1-3月	III 07年4-7月	IV 07年7-9月	I 07年10-12月	II 08年1-3月	III 08年4-7月	IV 08年7-9月	I 08年10-12月	II 09年1-3月	III 09年4-7月	IV 09年7-9月	
成果5: 母子手帳の母子保健改善への効果に係る調査・評価の結果が保健省の政策策定・実施過程に反映される。														
1	調査・評価の計画・立案を行う。	■												
2	母子手帳の母子保健改善への効果に係るインパクト調査を行う。		■											
3	モデル活動の評価を行う。		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4	調査・評価結果を全国レビュー会議にフィードバックする。		■											
5	実証的アプローチに基づく母子手帳の改訂を支援する。					■								
6	プロジェクトの経験と成果を関係者に普及する。													■
成果6: 第三国研修及び現地国内研修を通じて、保健省と地方政府の母子手帳を使用した母子保健改善の経験を効果的に共有する制度・能力が強化される。														
1	母子手帳に係る中央レビュー会議を開催する。		■							■				
2	第三国研修及び現地国内研修を実施する。						■						■	
プロジェクト監理														
1	運営委員会													
2	ワーキング・グループ													

[関係部局]

- 保健省地域保健総局子ども保健局 五歳未満及び就学前児童保健課
- 保健省地域保健総局女性保健局妊婦保健課
- 保健省地域保健総局女性保健局出産及び産褥期保健課
- 保健省地域保健総局子ども保健局乳児保健課
- 保健省地域保健総局地域栄養局マクロ栄養課
- 保健省地域保健総局地域栄養局食品消費課
- 保健省地域保健総局地域保健局保健施設及びコミュニティベース保健活動課
- 保健省大臣官房健康増進センター パートナーシップ・住民参加課
- 保健省大臣官房ヘルスケア・ヘルス・医療保険センター 会員課
- 保健省医療サービス総局基礎医療サービス局医療施設における基礎医療サービス課
- 保健省医療サービス総局専門的医療サービス局非教育病院における専門的医療サービス課
- 保健省医療サービス総局看護サービス局助産課
- 保健省医療サービス総局看護サービス局基礎看護サービス課
- 保健省疾病対策及び環境衛生総局サーベイランス・疫学・予防接種局予防接種課
- 保健省疾病対策及び環境衛生総局感染症局急性性呼吸器感染症課
- 保健省保健医療従事者に関する計画及びエンパワーメントセンター人材研修センター教育及び技術・職能訓練課

NRH: 国立保健研究所

付属資料12：上位目標、プロジェクト目標及び成果の進捗状況

プロジェクト概要	指標	ベースライン (プロジェクト開始時) (2006年10月)	進捗指導調査時 (2007年12月)	終了時評価 (2009年8月)
<上位目標> 1. すべての保健関係施設で母子手帳を使用した母子保健サービスが提供されるようにする。 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.	1. 母子手帳による母子保健サービスを提供する保健関係施設が増加する。	・ 2005年保健省報告(33州中27州が提出)によると、州ごとのばらつきがあるものの、70%の地域保健所が母子手帳による母子保健サービスを提供している。 ・ 2006年の保健省報告によると、33%の病院、93%の私立クリニックが母子手帳による母子保健サービスを提供している。ただし、データソースが33州中4州と極めて限られており、必ずしも全体像を反映しているとは思われない。	・ 関連データは得られていない。	・ 2008年保健省報告(33州中11州が提出)によると、州ごとのばらつきがあるものの、97%の地域保健所が母子手帳による母子保健サービスを提供している。 ・ 助産師協会(IBI)のメンバー経営する私立助産所のなかで、母子手帳による母子保健サービスを提供する施設は、84.2%となっている(IBI総会におけるプロジェクトによるアンケート調査結果)。
	2. 母子手帳(の配布率)が、妊婦及び5歳未満児の80%をカバーする。	・ 2005年保健省報告(33州中8州が提出)によると、州ごとのばらつきがあるものの、妊婦への配布率は41%となっている。	・ 基礎保健調査(RISKESDAS、2007年)によると、5歳以下児による母子手帳保持率は、37.3%となっている。	・ 2008年の保健省女性保健局報告(33州中12州が提出)によると、州ごとのばらつきがあるものの、妊婦へ母子手帳配布率は56%となっている。 ・ 2008年の保健省子ども保健局報告(33州中11州が提出)によると、妊婦への配布率は57%、そして5歳以下児への配布率は46%となっている。
	3. 関連する指標(産前検診受診率(K4 ¹³ 、K4 ¹⁴)、保健医療従事者による出産の割合(PN)、完全母乳育児率(ASI Eksklusif)が改善する。	・ 2005年及び2006年の関連指標は以下のとおり。 K1: 88.6%(2005); 98.4%(2006) K4: 77.1%(2005); 79.6%(2006) PN: 72.4%(2005); 76.4%(2006) ASI Eksklusif: 59.7%(2005); 64.1%(2006) K2 ¹⁵ : 65.1%(2005); 85.5%(2006) UCI ¹⁶ : 76.2%(2005); 73.3%(2006) TT2 ¹⁷ : 49.4%(TT2); 52%(2006) FE3 (Bumil) ¹⁸ : 64.8%(2005); 60%(2006) Vit A Bayi ¹⁹ : 70.5%(2005) Vit A Balita ²⁰ : 75.7%(2005)	・ 2007年の関連指標は以下のとおり。 K1: 91.2%(2007) K4: 80.3%(2007) PN: 77.2%(2007) ASI Eksklusif: 62.2%(2007) K2: 77.2%(2007) UCI: 71.2%(2007) TT2: 59%(2007) FE3 (Bumil): 66%(2007) Vit A Bayi: 84.5%(2007) Vit A Balita: 57.7%(2007)	・ 幾つかの関連指標 (K4、PN、KN2、TT2、Vita A Bayi)についてはプロジェクト開始時より改善がみられる一方、その他(K1、ASI Eksklusif、UCI、FE3、Vit A Balita)については改善の余地がある。また、更なるデータ収集が必要なものもある。 ・ 2008年の関連指標は以下のとおり。 K1: 92%(2008) K4: 82%(2008) PN: 80.3%(2008) ASI Eksklusif: Not available KN2: Not available UCI: Not available TT2: Not available FE3 (Bumil): Not available Vit A Bayi: Not available Vit A Balita: Not available

¹³ K1: Kunjungan Pertama/ ANC access for the 1st time in the first trimester (第1回産前検診へのアクセス)
¹⁴ K4: Kunjungan Ke-empat/ ANC access for the 4th time in the second trimester (第4回産前検診へのアクセス)
¹⁵ KN2: Kunjungan Neonatus ke-2/ The 2nd neonates visit (新生児検診の2回目受診率)
¹⁶ UCI: Universal Child Immunization (乳児期受けるべき予防接種の接種完了率)
¹⁷ TT2: The 2nd tetanus immunization (妊娠中の破傷風予防接種の接種率)
¹⁸ FE3 (Bumil): The 3rd iron tablet to pregnant mother (妊娠中の鉄剤配布率)
¹⁹ Vit A Bayi: Vitamin A to infant (乳児6~11カ月時のビタミンA カプセル摂取率)
²⁰ Vit A Balita: Vitamin A to under-five child (幼児1~5歳時のビタミンA カプセル摂取率)

プロジェクト概要	指標	ベースライン(プロジェクト開始時)(2006年10月)	運営指導調査時(2007年12月)	終了時評価(2009年8月)
<p>プロジェクト概要</p> <p>母子手帳が母子保健サービス統合の手段として機能するとともに、母子手帳を使った母子保健サービスを継続するためのシステムが確立する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2009年9月までに、少なくとも80%の妊婦が母子手帳を使った産前検診を受診するようになる。 保健省が母子手帳の有効利用に係るモデルを政策に反映する。 	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト開始時には、母子手帳の配布データを収集するシステムがそもそもインドネシアには存在していなかった。 プロジェクト開始時には、いずれのモデルも政策には反映されていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 運営指導調査時点では、母子手帳配布率に関するデータは得られていない。 母親学級モデルは開発が進んでおり、既存のプログラムに統合される可能性が浮上してきた。 	<p>終了時評価(2009年8月)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本指標は、現段階では以下の理由により、2009年9月までに達成される見込みはない。 <ul style="list-style-type: none"> 全国33州のうち、2008年度の母子手帳配布率に関するデータを提出した12州のうち、母子手帳を受け取った妊婦の割合は全体の56%にとどまっている。 インタビュー結果でも、複数の保健省関係者が、母子手帳配布の更なる地理的範囲の拡大を課題としていた。 本指標は、以下の理由により既に達成されているといえる。 <ul style="list-style-type: none"> 「母親学級<妊婦編>」「母親学級<育児編>」、「保健ボランティアのための母子手帳オリエンテーション」及び「病院・民間セクターでの母子手帳活用」の4モデルについては、既に国家プログラムに統合されており、また、保健省の通達、ガイドラインないしマニュアルに組み込まれており、既に政策に反映されたといえる。ただし、関連プログラム(出生登録など)における母子手帳の活用モデルについては、現段階では政策に反映されたとはいえる段階にはないが、現在国家プログラムに統合する方向で検討中。 例えば、「母親学級<妊婦編>」は保健大臣のバックアップを得た保健省新プログラム「出産準備と緊急時への備え(P4C、P4K)」に統合され、各マニュアル類にも明記され、今後は全国に普及される予定。 「保健ボランティアのための母子手帳オリエンテーション」は、当初より保健省中央の活動として全国展開を意図して実施され、「Desa Siaga」プログラムのトレーニングや予防接種のプログラムにも統合済みである。また、現在「清潔で健康な生活(PHBS)」のトレーニングやまた、保健ボランティア(kader)の新人トレーニングにも今後統合していく予定。 「病院・民間セクターでの母子手帳活用」のモデルも、病院での母子手帳に関する通達KM0401/III/1814/09(2009年5月)のなかで活用が定められており、保健省の政策に組み込まれているといえる。 本プロジェクトで開発された5つのモデルの運営・実施のあり方は、改訂中の母子手帳に関する運営ガイドラインに間もなく反映される予定である。

プロジェクト概要	指標	ベースライン(プロジェクト開始時) (2006年10月)	進捗指標調査時 (2007年12月)	終了時評価 (2009年8月)
	1-1 2009年9月に、推定妊婦数の75%の母子手帳が中央及び地方政府、関係職能集団などによって印刷される。	母子手帳の供給に関する正確なベースラインデータは得られていない。 ただし、一部推定値も含まれており、また県レベルのデータも含まれていない。 保健省子どもの保健局の収集データによれば、2006年度は指定妊婦数の58%の母子手帳が供給されたと見積もられる。	一部推定値も含まれており、また県レベルのデータも含まれていない。 保健省子どもの保健局の収集データによれば、2007年度は指定妊婦数の53%の母子手帳が供給された。	本指標は以下の理由により、既に達成されている可能性が高い。 保健省計画予算局とのインタビューによれば、全推定妊婦数500万人のうち、2008年度は保健省が170万冊の母子手帳を供給済みである。 また、プロジェクト関係者によれば、2008年度はドナーにより160万冊が供給され、保健省のモニタリング・システムによれば、64万冊が州・県・市により印刷されたとの由。つまり合計で394万冊(78.8%)が供給されたとの由。 さらに、2009年度は、インドネシアの全推定妊婦数500万に對する関係機関による母子手帳の供給割合は100%を超える可能性がある。 本指標は、以下の理由により、既に達成されているといえる。 民間クリニックに関する保健大臣令 No.666/Menkes/SK/VI/2007、助産師の標準サービスに関する保健大臣令 No.938/Menkes/SK/VIII/2007、そして病院での母子手帳に関する通達 KM0401/III/1814/09 で、病院及び民間クリニックでの母子手帳の活用が定められた。
1-2	病院及び民間クリニックにおける母子手帳の配布が制度化される。	本指標に関するデータは、得られていない。 母子手帳は幾つかの州の病院で配布されていた事例が散見されるが、一般論として病院や民間クリニックで使用されるケースは稀であり、母子手帳の配布が制度化されていないといえない。	産婦人科医師協会(POGI)が、公式文書ではないものの、母子手帳の活用を促すレターをメンバーに対し発出した。 インドネシア助産師協会(IGI)は、母子手帳の所持を資格認定(Bidan Delima)の必須条件とすることに同意した。	関連する地方政府からのデータ収集が不完全であり、現段階では確たることはいえないが、これまでの進捗及び以下の理由を考慮した場合、本指標の達成は厳しい状況にあるかもしれない。 データが不完全で確たることはいえないが、全国33州のうち8州(21州が回答)、全国450県市のうち98県市(267県市が回答)だけが、2008年度地方予算を母子手帳の印刷に配分している(保健省、2009年調査)。つまり、地方歳入歳入予算によって母子手帳を供給することを担保する州政府の数はプロジェクト開始時の11州から8州へと減少しているのに対し、県政府は77県市から98県市へと増加している。 しかし、地方政府のなかには、東ジャワ州マディウン市や西スマトラ州政府、タナ・ダタル県政府のように、2010年度以降は保健省が母子手帳を供給するとの期待から予算措置を講じないところや議会の反対により予算指圖が戻送るところも出てくる可能性がある。 面談調査結果によれば、母子手帳の供給を中央政府と地方政府のどのようにより負担するかについては、保健省内でも考え方が分かれている。
1-3	2009年までに、地方歳入歳入予算によって母子手帳を供給することを担保する地方政府が増加する。	関連する地方政府からのデータ収集が困難であり、確たることはいえない。 データが不完全で確たることはいえないが、全国33州のうち11州(19州が回答)、全国450県市のうち77県市(276県市が回答)だけが、2006年度地方予算を母子手帳の印刷に配分している(保健省、2009年調査)。	関連する地方政府からのデータ収集が困難であり、確たることはいえない。 また、同様にデータが不完全で確たることはいえないが、全国33州のうち10州(19州が回答)、全国450県市のうち98県市(266県市が回答)だけが、2007年度地方予算を母子手帳の印刷に配分している(保健省、2009年調査)。	関連する地方政府からのデータ収集が不完全であり、現段階では確たることはいえないが、これまでの進捗及び以下の理由を考慮した場合、本指標の達成は厳しい状況にあるかもしれない。 データが不完全で確たることはいえないが、全国33州のうち8州(21州が回答)、全国450県市のうち98県市(267県市が回答)だけが、2008年度地方予算を母子手帳の印刷に配分している(保健省、2009年調査)。つまり、地方歳入歳入予算によって母子手帳を供給することを担保する州政府の数はプロジェクト開始時の11州から8州へと減少しているのに対し、県政府は77県市から98県市へと増加している。 しかし、地方政府のなかには、東ジャワ州マディウン市や西スマトラ州政府、タナ・ダタル県政府のように、2010年度以降は保健省が母子手帳を供給するとの期待から予算措置を講じないところや議会の反対により予算指圖が戻送るところも出てくる可能性がある。 面談調査結果によれば、母子手帳の供給を中央政府と地方政府のどのようにより負担するかについては、保健省内でも考え方が分かれている。
1-4	母子手帳の実施強化のため、関係する中央委員会や作業部会が形成され、運営される。	プロジェクト開始以前に、特に事前評価における関係者との協議のなかで、母子手帳実施強化のための国家委員会設立に関する話し合いが始まった。ただし、この段階で設立には至っていない。	該当データは得られていない。	本指標は以下の理由により、既に達成されているといえる。 母子手帳の2008年度改訂作業時に、暫定改訂委員会が発足し運営された。同委員会は今後、母子保健、リプロダクティブヘルスまたは「デサ・シアガ」の国家委員会と統合のうえ、母子手帳の実施強化を図る方向で現在検討中。 本プロジェクトでは作業部会や、1)母親学級開発、2)保健ボランティアへの母子手帳活用オリエンテーションの促進、3)病院及び民間部門での母子手帳の活用促進、4)卒前教育における母子手帳のオリエンテーション促進、そして5)モニタリング・システム及びオリエンテーション・システムの強化といった作業小委員会がそれぞれ順調に設立・運営されてきた。

<成果1>
住民の母子手帳へのアクセスが高まる。

プロジェクト概要	指標	ベースライン(プロジェクト開始時) (2008年10月)	運営指標調査時 (2007年12月)	終了時評価 (2008年8月)
	<p>2-1 2009年までに、助産師アカデミーのカリキュラムに母子手帳関連の科目が導入される。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 本プロジェクト開始時には既に、フェーズ1の際にインドネシア助産師協会 (IBI) を通じて母子手帳をカリキュラムに取り入れた助産師アカデミーも存在したかもしれないが、決定的に普遍的に普及・モニタリングが行われたわけではない。 	<ul style="list-style-type: none"> 助産師教育課程 (D3) に導入するべく交渉中。 	<ul style="list-style-type: none"> 本指標は、以下の理由により既に達成されている可能性が高い。 すでに、助産師の高等専門教育 (高校卒業後 3 年間の標準カリキュラム (保健省発行) に、母子手帳に関する項目が導入済みである。 インドネシア助産師協会 (IBI) とのインタビュにより、全国にある 632 校の助産師アカデミーにおいて母子手帳はカリキュラムに取り込まれ、さまざまなコースで使われている。 インドネシア全国看護協会 (PPNI) とのインタビュにより、約 400 校の看護師教育機関のすべてにおいて母子手帳はカリキュラムのなかに取り入れられており、コースのなかでも母子手帳を紹介・活用している。
<p><成果2> 関連医療従事者を対象とした母子手帳に係る研修制度が強化される。</p>	<p>2-2 2009年までに、保健省の関連プログラム [村落アラート・プログラム (Desa Saga)、正常出産モジュール、BPOR²⁾、基礎緊急産科・新生児ケア、緊急産科・新生児ケア、新生児疾患包括的対策、新生児仮死対策、低出生体重対策、子どもの早期発達促進プログラム、緊急産科・新生児ケアのための応急処置、助産師のコミュニケーション・カウンセリング研修] に母子手帳関連項目が導入される。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 基本的周産期緊急時医療 (PONED) 及び包括的周産期緊急時医療 (PONEK) は、プロジェクト開始時点では既に、母子手帳をそれぞれのマニュアルに統合していた。 	<ul style="list-style-type: none"> 村落アラート・プログラム (Desa Saga) 及び 正常出産モジュールには、母子手帳関連項目が導入済み。 	<ul style="list-style-type: none"> 本指標は以下の理由により、既に達成されているといえる。 終了時評価時点で、母子健康手帳の利用が、本指標に挙げられているすべてのプログラムの保健サービス・マニュアルやトレーニングに統合済みであることは確認されている。
	<p>2-3 2009年までに保健医療従事者向けの母子手帳関連のオリエンテーション・パッケージが形成される。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ハンドブック利用のための運営ガイドライン及びハンドブック活用のための技術的ガイドラインは、プロジェクト開始以前のフェーズ1の際に、既作成されていた。 またハンドブック活用のための訓練モジュール (北スラウエシ編) はフェーズ 1 の際に開発された。 	<ul style="list-style-type: none"> オリエンテーション・トレーナーを育成するための TOT モジュールが完成した。 	<ul style="list-style-type: none"> 本指標は以下の理由により、既に達成されているといえる。 医療保健従事者による母子手帳の使用を標準化することを目的に、「母子手帳利用のためのオリエンテーション」モジュールを開発した。保健省、保健トレーニング・センター、助産師協会、看護師協会、助産師・看護師養成学校等に、オリエンテーションの実施とともに配布されており、既にパッケージは作成済みである。全国の州保健衛生局に対しても、同パッケージは配布済みである。

²⁾ BPOR: Birth Preparedness and Complication Readiness (出産準備と合併症への備え)

プロジェクト概要	指標	ベースライン(プロジェクト開始時) (2006年10月)	運営指導調査時 (2007年12月)	終了時評価 (2008年8月)
<p>プロジェクト概要</p> <p><成果3> 母子手帳のモニタリング・報告に係る制度が強化される。</p>	<p>3-1 2009年9月までに、子ども局が母子手帳の配布率の全国的なモニタリングを開始する。</p>	<p>プロジェクト開始時点では、母子手帳の配布に関する確立したモニタリング・システムは存在していなかった。</p>	<p>モニタリングツールは開発中であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 本指標は以下の理由により、既に達成されているといえる。 保健省の母子保健に関する地域モニタリング・システム(PWS-KIA)のなかに、母子手帳が組み込まれた。また、今後インドネシア保健白書にも組み込まれる予定。 女性保健局とのインタビューでは、母子手帳配布のモニタリングは、2008年から既に開始したとの由。 医療サービス総局の4課が、通常モニタリングのツールに、母子手帳に関する指標を組み込んだ。 データ・保健医療情報センターとのインタビューでは、保健関連データの総合情報システムへの統合を検討中との由。母子手帳配布に関するデータについても統合を進めることが今後の課題である。
<p><成果4> 母子手帳の有効利用に係るモデルが形成される。</p>	<p>4-1 子どもの健康における母子手帳の活用モデルが2009年までに使用できるようになる。</p> <p>4-2 関連プログラム(出生登録など)における母子手帳の活用モデルが2009年までに使用できるようになる。</p> <p>4-3 妊娠中及び産褥期における母子手帳の活用モデルが2009年までに使用できるようになる。</p> <p>4-4 保健ボランティアに母子手帳を紹介するため活用モデルが2009年までに使用できるようになる。</p> <p>4-5 病院及び民間クリニックにおける母子手帳の活用モデルが2009年までに使用できるようになる。</p>	<p>該当モデルは、プロジェクト開始時点では存在していなかった。</p> <p>該当モデルは、プロジェクト開始時点では存在していなかった。</p> <p>母親学級<出産準備編>の原型は、西スマトラ州でフェーズ1時に開発され、幾つかの州で試行されたものの、ナショナル・モデルとしては開発され完成していたわけではなかった。</p> <p>該当モデルは、プロジェクト開始時点では存在していなかった。</p>	<p>該当モデルの第1ドラフトが西スマトラ州で完成した。</p> <p>中央レベルで、本モデルのコンセプトを作成中である。</p> <p>東ジャワ州ルマジャラン県で、内務局、衛生局、病院が覚書を締結。じきにモデルの試行を実施予定。</p> <p>該当モデルの第1ドラフトが西スマトラ州ガラ州で完成した。</p> <p>保健省と西ジャワ州はオリエンテーション・ガイド第1ドラフトを作成した。</p> <p>同モデルの村落アラート・プログラム(Desa Slaga)への導入につき検討中。</p> <p>中央の基本方針は明確になっていたが、モデルの詳細につき省内未調整。</p> <p>中央、州、県のそれぞれで、具体的な活動計画を作成中であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 本指標は以下の理由により、既に達成されているといえる。 西スマトラ州での母親学級<育児編>のモデル開発は、評価まで終了しており、モデルは利用可能である。また、州内のモデル対象地域以外にも急速に拡大しているほか、国家プログラムにスケールアップされた。 本指標は以下の理由により、既に達成されているといえる。 東ジャワ州ルマジャラン県での当該モデル開発は、評価まで終了しており、モデルは利用可能である。 子ども保健局とのインタビューでは、当該モデル自体は既に完成しているが、モデル普及のための県内務局関係者に対する訓練やモデルの具体的な実施が今後の課題との由。ただし、これらいずれも内務省の所掌。 本指標は以下の理由により、既に達成されているといえる。 西スマトラ州ガラ州での母親学級<出産準備編>モデルの開発は、評価まで終了しており、モデルは利用可能である。 また、モデル地域以外の州内全県等にも急速に拡大されているほか、国家プログラムに統合された。

プロジェクト概要	指標	ベースライン(プロジェクト開始時) (2008年10月)	運営指導調査時 (2007年12月)	終了時評価 (2009年8月)
<p>プロジェクト概要</p> <p>母子手帳の母子保健改善への効果に係る調査・評価の結果が保健省の政策策定・実施過程に反映される。</p> <p><成果5></p> <p>母子手帳の母子保健関連指標(妊産婦検診受診率、K1、K4)、医療従事者による出産介助の割合)に対するインパクトに関する情報、データが収集される。</p> <p>5-2 2008年末までに、調査及び評価の結果より得られたエビデンスに基づいて母子手帳が改訂される。</p> <p>5-3 調査及び評価の結果に基づいて、地方政府及び関連省庁向けのアドボカシーツールが製作される。</p> <p>6-1 母子手帳による母子保健サービスの向上に係る経路が調査及び評価結果、関係者などから集約され、第三国研修及び国内研修、全国レビュー会議などの資料に反映される。</p> <p>6-2 第2回目の第三国研修及び国内研修において、参加者の満足度が平均80%となる。</p> <p>6-3 2009年9月までに、母子手帳に係る中央レビュー会議が2回開催される。</p>	<p>5-1 母子手帳の母子保健関連指標(妊産婦検診受診率、K1、K4)、医療従事者による出産介助の割合)に対するインパクトに関する情報、データが収集される。</p> <p>5-2 2008年末までに、調査及び評価の結果より得られたエビデンスに基づいて母子手帳が改訂される。</p> <p>5-3 調査及び評価の結果に基づいて、地方政府及び関連省庁向けのアドボカシーツールが製作される。</p> <p>6-1 母子手帳による母子保健サービスの向上に係る経路が調査及び評価結果、関係者などから集約され、第三国研修及び国内研修、全国レビュー会議などの資料に反映される。</p> <p>6-2 第2回目の第三国研修及び国内研修において、参加者の満足度が平均80%となる。</p> <p>6-3 2009年9月までに、母子手帳に係る中央レビュー会議が2回開催される。</p>	<p>本プロジェクト開始以前に、母子手帳の主要保健指標へのインパクト調査は、中部ジャワ州、西スマトラ州、ジョグジャカルタ、東ジャワ州、アチエ州等において何回かにわたって行われている。</p> <p>前回の母子手帳改訂は、JICAの支援を得て、2003年に実施した。</p> <p>該当ツールは、プロジェクト開始時には存在していなかった。</p>	<p>西ジャワ州ガラルット県での「母子手帳効果測定調査研究」のベースライン調査は既に終了し、報告書は作成中。</p> <p>今後は、2年間の介入を待って、フォローアップ調査を行う予定。</p> <p>運営指導調査時に、子ども保健局において確保されていた母子手帳改訂のための予算が不十分であり、改訂が困難になるとの懸念が表明された。</p> <p>運営指導調査時点では、該当ツールは、開発上の段階にあった。</p>	<p>本指標は以下の理由により、既に達成されていると見える。</p> <ul style="list-style-type: none"> 2008～2009年にかけて母子手帳の改訂作業を実施し、既に終了。具体的には、まずはニーズ、アセスメントを実施し、その後母子手帳改訂委員会及び作業部会を設立、開催し、改訂作業を進め、プレテストを実施のうえ、改訂母子手帳最終版を作成した。 本指標は以下の理由により、達成される見込みである。 アドボカシービデオ、ファクトシート、パワーポイント、及びその他関連ドキュメントといったアドボカシーキットは、ほぼ完成している。一部は既に完成し、全国の県保健衛生局長に配布、紹介されている。
<p><成果6></p> <p>第三国研修及び現地国内研修を通じて、保健省と地方政府の母子手帳を使用した母子保健改善の経験を効果的に共有する制度・能力が強化される。</p>	<p>第三国研修及び国内研修、全国レビュー会議などの資料に反映される。</p> <p>第2回目の第三国研修及び国内研修において、参加者の満足度が平均80%となる。</p> <p>2009年9月までに、母子手帳に係る中央レビュー会議が2回開催される。</p>	<p>該当事項なし。</p> <p>該当事項なし。</p> <p>該当する会議は、プロジェクト開始時点で既に、2年に1度の割合で開催されていた。</p>	<p>運営指導調査時点では、該当する全国レビュー会議の開催が、中央予算の大幅削減のため、危ぶまれていた。</p> <p>第2回目の第三国研修及び国内研修は、運営指導調査時には、まだ開催されていなかった。</p> <p>運営指導調査時点では、全国レベル会議の開催回数制限に関する大臣令が発出されたため、該当会議の開催が危ぶまれた。</p>	<p>本指標は以下の理由により、既に達成されていると見える。</p> <ul style="list-style-type: none"> 第2回「第三国研修」及び「国内研修」(2008年8月、西ジャワ州)では、1)内務省、福祉省との協力、2)教育省、国家家族計画調整団、家族福祉運動(婦人会)との母親学級を通じた協力、3)病院、民間機関での母子健康手帳の活用、そして4)地方政府によるサポートといったプロジェクトの成果や経験が研修項目として盛り込まれた。 <p>本指標は以下の理由により、既に達成されていると見える。</p> <ul style="list-style-type: none"> 第2回「第三国研修」及び「国内研修」では、各項目の平均では、80%以上の参加者が、「満足した」または「とても満足した」と答えている。 本指標は以下の理由により、既に達成されていると見える。 子ども保健局の全国評価会議(2007年12月、2008年6月、2008年12月、2009年6月)の4回開催済みである。

付属資料 13 : プロジェクト主要成果品リスト

番号	タイトル	成果品タイプ	製作年
0001	Mothers Class Scenario - Safe Childbirth with Ease (English version)	フリップチャート	2003
0002	The Handbook for Mothers Class (English version)	母親学級	
0003	Technical Guidelines For Using The Maternal and Child Health Handbook (English version)	ガイドライン	2003
0004	Calendar 2007 "Poster Type"	カレンダー	2007
0005	Calendar 2007 "Desk Type"	カレンダー	2007
0006	Leaflet - Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi <i>Leaflet- Birth Preparedness and Complication Readiness</i>	パンフレット	2007
0007	Leaflet - Menuju Persalinan Aman dan Selamat <i>Leaflet- Toward The Delivery To Be Safe and Secure</i>	パンフレット	2007
0008	Calendar 2008 "Poster Type"	カレンダー	2008
0009	Calendar 2008 "Desk Type"	カレンダー	2008
0010	Paket Orientasi Penggunaan Buku KIA untuk Petugas Kesehatan <i>Orientation Package on the Use of MCH Handbook for Health Providers</i> 1. <i>The Maternal and Child Health handbook (MCH handbook)</i> 2. <i>Technical Guidebook on the use of MCH handbook</i> 3. <i>Management Guidelines for using MCH handbook</i> 4. <i>Facilitator's Note book</i> 5. <i>Participant's Guidebook</i> 6. <i>Instrument for Post Orientation Evaluation</i> 7. <i>CD (documents 4, 5, and 6 above, and auxiliary materials)</i> 8. <i>A File/ Document's Envelope</i>	トレーニング・モジュール	2008
0011	<i>Orientation Package on the Use of MCH Handbook for Health Providers</i> MCH Handbook for Health Providers (English version) ● Use of MCH Handbook Orientation for Health Provider (Facilitator Note book) ● Use of MCH Handbook Orientation for Health Provider (Participant guide book) ● Instrument Post MCH Handbook Orientation Evaluation to Health Provider at Service Site	トレーニング・モジュール	
0012	Paket Pelatihan Keterampilan Melatih Fasilitator Buku KIA <i>Training of Trainer MCH Handbook Facilitator Package</i> ● Pelatihan Keterampilan Melatih Fasilitator Buku KIA (Panduan Peserta) ● Pelatihan Keterampilan Melatih Fasilitator Buku KIA (Pegangan Pelatih)	トレーニング・モジュール	2008
0013	Training of Trainer MCH Handbook Facilitator Package (English version) ● Training of Trainer MCH Handbook Facilitator (Trainer's Note) ● Training of Trainer MCH Handbook Facilitator (Participant's Guide)	トレーニング・モジュール	2008
0014	Paket Kader <i>Health Volunteer/Cadres Package :</i> ● Leaflet Informasi untuk Kader Kesehatan dan Pemerhati KIA ● Pedoman Orientasi Buku KIA pada Kader Kesehatan dan Pemerhati KIA	トレーニング・モジュール	2008
0015	Paket Kelas Ibu Hamil <i>Mothers' Class Package (Pregnant Women)</i> 1. <i>Flip chart</i> 2. <i>Facilitator's Handbook</i> 3. <i>Implementation Guideline of Mothers' Class-Birth Preparedness</i> 4. <i>MCH Leaflet</i> 5. <i>Training for the Facilitator of the Mothers' Class-Birth Preparedness</i> 6. <i>Trainers' Handbook</i> 7. <i>Participants' Guidebook</i> 8. <i>Pregnancy Exercise Handbook</i> 9. <i>VCD on Pregnancy Exercise</i>	トレーニング・モジュール	2008
0016	Mother's Class Package (Pregnant Women) (English version) ● Mother Class (Pregnant Women) For Health Provider (Trainer's Note) ● Mother Class (Pregnant Women) For Health Provider (Participant Guide) ● Management Guideline for Mother Class (Pregnant Women)	トレーニング・モジュール	
0017	Paket Kelas Ibu Balita <i>Mothers' Class (Mother of Under-5 Children) Package</i>	トレーニング・モジュール	2008
0018	Mothers' Class (Mother of Under-5 Children) Package (English version) ● Mother Class For Health Provider (Mother of Under-5 Children) (Trainer's Note) ● Mother Class For Health Provider (Mother of Under-5 Children) (Participant Guidebook)	トレーニング・モジュール	2008

番号	タイトル	成果品タイプ	製作年
0019	Paket Pelatihan bagi Pelatih Kelas Ibu Hamil <i>Training of Trainer Mother Class (Pregnant) Package :</i> ● Pelatihan bagi Pelatih Kelas Ibu Hamil (Pegangan Pelatih) ● Pelatihan bagi Pelatih Kelas Ibu Hamil (Panduan Peserta)	トレーニング・モジュール	2008
0020	<i>Training of Trainer Mother Class (Pregnant Women) Package (English version) :</i> ● Training of Trainer Mother Class (Pregnant Women) (Trainer's Note) ● Training of Trainer Mother Class (Pregnant Women) (Participant's Guide)	トレーニング・モジュール	2008
0021	Pelatihan bagi Pelatih Kelas Ibu Balita <i>Training of Trainer Mothers' Class (Mother of Under-5 Children) Package :</i> ● Pelatihan bagi Pelatih Kelas Ibu Balita (Pegangan Pelatih) ● Pelatihan bagi Pelatih Kelas Ibu Balita (Panduan Peserta)	トレーニング・モジュール	2008
0022	Training of Trainer Mothers' Class (Mother of Under-5 Children) Package (English version) : ● Training of Trainer Mother Class (Mother of U-5 Children) (Trainer's Note) ● Training of Trainer Mother Class (Mother of U-5 Children) (Participant's Guide)	トレーニング・モジュール	
0023	Management Guideline for Mothers' Class (English version)	トレーニング・モジュール	2008
0024	Pamphlets Proyek Buku KIA Fase II dan Buku KIA <i>Pamphlet MCH Handbook Phase II Project and MCH Handbook :</i> ● Pamphlet The Project for Ensuring MCH Services with The MCH Handbook Phase II (English version) ● Pamphlet The Project for Ensuring MCH Services with The MCH Handbook Phase II (Indonesia version) ● Pamphlet MCH Handbook (Indonesia version)	パンフレット	2008
0025	Poster Lomba Foto Buku KIA <i>MCH Handbook Photography Competition Poster</i>	ポスター	2008
0026	Folder Buku KIA <i>MCH Handbook Folder</i>	ホルダー	2008
0027	Poster Buku KIA <i>MCH Handbook Poster</i>	ポスター	2009
0028	Mother Class Birth Preparedness (English version)	フリップチャート	2008
0029	Mother's Class Child Health (English version)	フリップチャート	2008
0030	DVD untuk Masyarakat <i>DVD for Community</i>	DVD	2009
0031	DVD untuk Petugas Kesehatan <i>DVD for Health Providers</i>	DVD	2009
0032	Buletin Buku KIA ● <i>Newsletters of MCH Handbook</i>	ニュースレター	2008-2009

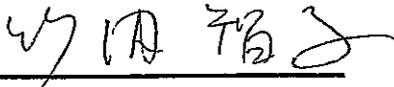
MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN THE JAPANESE FINAL EVALUATION TEAM AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE REPUBLIC OF INDONESIA
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT
ON
ENSURING MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES WITH MCH HANDBOOK PHASE II

The Japanese Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as "the Team"), organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Tomoko TAKEUCHI, visited the Republic of Indonesia from July 12 to August 15, 2009. The purpose of the Team was to monitor the activities and evaluate the achievements made so far in the Japanese Technical Cooperation Project on Ensuring Maternal and Child Health Service with MCH Handbook Phase II (hereinafter referred to as "the Project").

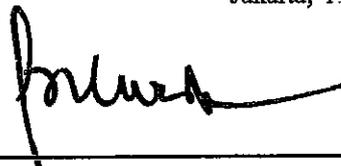
During its stay, both the Team and authorities concerned of the Republic of Indonesia (hereinafter referred to as "both sides") had a series of discussions and exchanged views on the Project. Both sides jointly monitored the activities and evaluated the achievement based on the Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM").

As a result of the discussions, both sides mutually agreed to recommend the matters referred to in the documents attached hereto their respective authorities concerned.

Jakarta, August 14, 2009



Tomoko Takeuchi
Team Leader
JICA Terminal Evaluation Team



Dr Budihardja Singgih, DTM&H, MPH
Director General of Public Health
Ministry of Health
The Republic of Indonesia

**JOINT TERMINAL EVALUATION REPORT
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
ON
ENSURING MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES
WITH MCH HANDBOOK PHASE II**

**Ministry of Health
Republic of Indonesia
and
Japan International Cooperation Agency**

August 2009

TABLE OF CONTENTS

1. Introduction	5
1.1 Background and Objective of the Evaluation Mission	5
1.2. Members of Evaluation Team	6
1.3 Methods of the Evaluation	6
1.4 Outlines of the Project.....	7
1.5 Schedule for Terminal Evaluation	8
2. Evaluation Results	10
2.1 Project Achievements.....	10
2.1.1 Overall Goal.....	10
2.1.2 Project Purpose	11
2.1.3 Outputs	12
2.2 Inputs	14
2.2.1 Inputs from the Japanese Side	14
2.2.2. Inputs from the Indonesian Side.....	15
2.3 Implementation Process	16
3. Results of Evaluation Based on the Five Evaluation Criteria	16
3.1 Relevance	16
3.2 Effectiveness	17
3.3 Efficiency.....	17
3.4 Impact	18
3.5 Sustainability	18
4. Conclusions.....	20
5. Recommendations and Lessons Learned	20
5.1 Recommendations.....	20
5.2 Lessons Learned	22

Annexes

1. Progress in Achievements of Overall Goal, Project Purpose and Outputs
2. Dispatch Records of Japanese Experts
3. Record of Counterparts for training in Japan
4. Equipment List provided under the Project
5. Counterparts List
6. Project Design Matrix 2

List of Abbreviations and Acronyms

ANC	Antenatal Care
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah / Local Budget of Revenue and Expenditure
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara /National Budget of Revenue and Expenditure
ASI Eksklusif	Exclusive Breastfeeding Rate
ASKESKIN	Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) / Health Insurance for the Poor *Since 2007, ASKESKIN changed into JAMKESMAS (Jaminan Kesehatan Masyarakat / Health Insurance for the People
Balita	Children under five years old
BBLR	Bayi Berat Lahir Rendah / Low Birth Weight Baby
BPPSDMKes	Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumberdaya Manusia Kesehatan/ National Institute of Health Human Resources Development and Empowerment
DHO	District Health Office
DTPS	District Team Problem Solving
Fe3 (Bumil)	Percentage of the 3 rd Iron Tablet Distributed to Pregnant Mother
IBI	Ikatan Bidan Indonesia / Indonesian Midwife Association
ICTP	In-Country Training Program
IDAI	Ikatan Dokter Anak Indonesia / Indonesian Pediatrician Association
IDHS	Indonesia Demographic and Health Survey
IMR	Infant Mortality Rate
K1	Kunjungan Pertama/ ANC access of pregnant women for the 1st time in the first trimester
K4	Kunjungan Ke-empat/ ANC access of pregnant women for the 4th time in the third trimester
KN2	Percentage of the 2 nd Neonates Visit
KIP-K	Komunikasi Inter Personal dan Konseling / Inter-personnel Communication and Counseling
KP/KIA	Kelompok Peminat Kesehatan Ibu dan Anak / Mother Group for MCH
MCH	Maternal and Child Health
MCH HB	Maternal and Child Health Handbook
MMR	Maternal Mortality Ratio
MOH	Ministry of Health
MOHA	Ministry of Home Affairs
MOU	Memorandum of Understanding
MPS	Making Pregnancy Safer

MTBM	Manajemen Terpadu Bayi Muda / Integrated Management of Young Infant
P4K	Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi / Birth Preparedness and Complication Readiness (BPCR)
PERSAGI	Persatuan Ahli Gizi Indonesia / Indonesian Nutrition Expert Association
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat / Healthy Life Style
PHO	Provincial Health Office
PKK	Pembinaan Kesejahteraan Keluarga / Family Welfare Movement
PN	Persalinan oleh Tenaga Kesehatan / Birth Attended by Trained Health Personnel
POGI	Persatuan Obstetri dan Ginekologi Indonesia / Indonesian Obstetricians and Gynecologists Association
PONED	Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar / Basic Emergency Obstetric and Neonatal Care
PONEK	Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif / Comprehensive Emergency Obstetric and Neonatal Care
PPGDON	Pertolongan Pertama pada Kegawat-daruratan Obstetri dan Neonatal / First Aid for Emergency Obstetric and Neonatal Care
PPNI	Persatuan Perawat Nasional Indonesia / Indonesian National Nurse Association
SDIDTK	Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang / Early Stimulation, Detection and Intervention of Child Growth and Development
TCTP	Third Country Training Program
TOT	Training of Trainers
TT2	Rate of the 2 nd Tetanus Immunization
UCI	Proportion of Universal Child Immunization
Vit A Bayi	Proportion of Vitamin A for Infant
Vit A Balita	Rate of Vitamin A for Under-five Child

1. Introduction

1.1 Background and Objective of the Evaluation Mission

The general condition of medical health in Indonesia has improved significantly over the past 30 years. The condition of maternal and child health (MCH) has also improved likewise. For example, the infant mortality rate (IMR) has gradually improved—from 145 per 1,000 live births in 1967 to 35 in 2003. The maternal mortality ratio (MMR) has also improved to 307 per 100,000 live births in 2001. Nevertheless, both figures show seriousness of the medical health condition in comparison with those of neighboring ASEAN countries. Such a high figure of MMR can be attributed to Three (3) Delay—detection, transportation, and cure—as well as lack of basic knowledge about pregnancy and delivery by mothers and their family members.

In order to improve the above-mentioned serious condition, Japan International Cooperation Agency (JICA) has cooperated to Indonesia with emphasis on MCH in medical health cooperation. In the Project-Type Technical Cooperation on “Family Planning and Maternal and Child Health (FP/MCH)” (1989-1994), the MCH Handbook was developed and experimented. In the Project-Type Technical Cooperation for “Ensuring the Quality of Maternal and Child Health Services through MCH Handbook” (1998-2003), the MCH Handbook was introduced as a tool to improve MCH condition through health awareness and behavior changes. During this period, the MCH Handbook was expanded to various regions of Indonesia. As a result of the Ministerial Decree Number 284/Menkes/SK/III/ 2004 on the MCH Handbook issued in 2004 and de-concentration special fund by the Ministry of Health as well as commitment from local governments, the procurement of MCH handbooks was prospected to cover 62.4% of pregnant women in 2006. It can be said quantitative expansion of MCH Handbooks makes a steady progress.

Challenges remain in sustainability of the MCH Handbook both quantitatively and qualitatively. On the one hand, although high procurement rate was achieved, it is still necessary to facilitate local governments, who are primarily responsible to deliver medical and health services to their residents under decentralization, to procure and deliver a larger number of the Handbooks. Also, in order to achieve broader usage of the Handbook, it needs to seek opportunities to collaborate with the birth registration system or a health insurance system as well as to facilitate medical professional organizations to utilize the MCH Handbook. On the other hand, in terms of quality of MCH Handbook usage, it needs to promote more effective utilization. Challenges are such as development of better utilization of MCH Handbooks, institutionalization of the Handbook into relevant medical health systems, mainstreaming the Handbook as an integrating tool for MCH services, and development of orientation to health personnel.

In order to entangle with the above-mentioned challenges, the technical cooperation project for “Ensuring the Quality of Maternal and Child Health Services through MCH Handbook Phase II” (hereinafter referred to “the Project”) was launched under the cooperation between the Ministry of Health in Indonesia and JICA. This project aims that the MCH Handbook functions as a tool to integrate MCH services and a system to sustain MCH services with MCH Handbooks is strengthened.

Since the project completes in the end of September, 2009, the terminal evaluation team dispatched by JICA visits Indonesia for the purpose of evaluating the achievements of the Project as well as

draw recommendations and lessons learned to future cooperation projects. Objective of final evaluation are as follows:

- (1) To review the achievement and effectiveness of the Project (inputs, activities, achievement of outputs and program purpose);
- (2) On a basis of the above, to evaluate the Project with the five evaluation criteria in accordance with the JICA Project Evaluation Guideline;
- (3) To make recommendations to both Indonesian and Japanese side and lessons learned for better implementation of other projects;

1.2. Members of Evaluation Team

Ms. Tomoko TAKEUCHI	<u>Team Leader</u> Director of Reproductive Health Division, Human Development Department, JICA
Dr. Yasuhide NAKAMURA	<u>Maternal and Child Health</u> Professor, Graduate School of Human Science, Osaka University
Ms. Yoshiko FUJIWARA	<u>Maternal and Child Health</u> ex-JICA expert to Indonesia as MCH Advisor
Ms. Shoko SATO	<u>Evaluation Planning / Maternal and Child Health</u> Special Advisor Reproductive Health Division, Human Development Department, JICA
Mr. Tatsuya NISHIDA	<u>Evaluation Analysis</u> Senior Consultant, KD Tech, Inc.
Mr. Jotaro TATEYAMA	<u>Evaluation Planning</u> Representative, JICA Indonesia Office

*This evaluation is undertaken jointly by the evaluation team and the Indonesian authorities concerned.

Prof. Dr. dr. Kushari Superi, Msi.	Head of Nutrition Department, Faculty of Public Health, University of Indonesia
------------------------------------	---

1.3 Methods of the Evaluation

In accordance with the JICA Project Evaluation Guideline of January 2004, terminal evaluation of the program is conducted in the following process;

Step1: Project Design Matrix 2 (PDM2), revised by the Minutes of Meetings of the Project Consultation Mission in January 2009; was adopted as the framework of the terminal evaluation exercise. And the Project achievement was assessed vis-à-vis respective objectively verifiable indicators. The level of inputs and activities were evaluated in comparison with the output levels.

Step2: Analysis was conducted on the factors that promoted or inhibited the achievement levels including matters relating to both the program design and implementation process.

Step3: An assessment of the Project results was conducted based on the five evaluation criteria, 'relevance' 'effectiveness' 'efficiency' 'impact' and 'sustainability'.

Step4: Recommendations for the Project stakeholders for future course of approach for the Project and lessons learned were formulated for other programs to be implemented by both Indonesian and Japanese governments.

Definition of the five evaluation criteria for the terminal evaluation is as follows;

<p><u>Relevance</u></p> <p>Relevance of the Project plan is reviewed in terms of the validity of the Project Purpose and the Overall Goal in connection with the development policy of the Government of Indonesia, Japanese government aid policy, needs of the beneficiaries, and by logical consistency of the Project plan.</p>
<p><u>Effectiveness</u></p> <p>Effectiveness is assessed by evaluating to what extent the Project had achieved its purpose, clarifying the relationship between the purpose and outputs.</p>
<p><u>Efficiency</u></p> <p>Efficiency of the Project implementation is analyzed with emphasis on the relationship between outputs and inputs in terms of timing, quality and quantity.</p>
<p><u>Impact</u></p> <p>Impact of the Project is assessed by both positive and negative, and intended and unintended influences caused by the Project.</p>
<p><u>Sustainability</u></p> <p>Sustainability of the Project is assessed in political, institutional, financial and technical aspects by examining the extent to which the achievements of the Project would be sustained or expanded after the program's completion.</p>

Note: Some parts of this evaluation are conducted based on reported data which is incomplete. In such a case, it is difficult to pursue accuracy and validity of quantified indicators due to incompleteness of available data.

1.4 Outlines of the Project

The Project has been conducted based on the PDM2. Its main points are as follows;

Project Period	October 1, 2006 - September 30, 2009
Overall Goal	<ol style="list-style-type: none"> 1. MCH services with MCH HB become available at every health facility. 2. All pregnant women and children under five years old have their own health record.
Project Purpose	MCH HB functions as a tool to integrate MCH services and a system to sustain MCH services with MCH HB is strengthened.
Outputs of the Project	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accessibility to MCH HB by community people is increased. 2. The system of orientation on MCH HB for relevant health personnel is strengthened. 3. The system of monitoring and reporting on MCH HB is strengthened. 4. Models for better utilization of MCH HB are developed. 5. Results of survey and evaluation of MCH HB on improvement of

	<p>MCH are reflected in MOH's policy making and implementation process.</p> <p>6. The capacity of MOH and relevant local governments to effectively share the experiences of improving MCH services with MCH HB is strengthened.</p>
--	--

1.5 Schedule for Terminal Evaluation

Date		Time	Activities
July 12	Sun	19:50	Arrival of Mr. Nishida (JL725)
July 13	Mon		Meeting with JICA Indonesia and the Project team
July 14	Tue	10:00	Meeting with Asia Development Bank
		14:15	Meeting with IBI
July 15	Wed	9:00	Meeting with Director General of Public Health
		10:30	Meeting with Sub-directorate for Infant Health and Sub-directorate of Preschool and Under-five-year Child Health, Directorate of Child Health, Directorate general of Public Health
July 16	Thu	9:00	Meeting with Sub-bureau of International Cooperation, Bureau of Planning and Budgeting
		11:00	Meeting with Sub-directorate for Delivery and Post-partum Mother's Health, Directorate of Women's Health, Directorate general of Public Health
		16:05	Meeting with PPNI
July 17	Fri	9:00	Meeting with Center of Health Development Analysis
		11:45	Meeting with IBI
		13:30	Meeting with UNFPA
		17:00	Meeting with Secretary to Director General of Public Health
July 18	Sat		Documentation
July 19	Sun		Documentation
July 20	Mon		Documentation
July 21	Tue	8:30	Meeting with Sub-directorate of Preschool and Under-five-year Child Health, Directorate of Child Health, Directorate general of Public Health
		10:00	Meeting with Directorate of Basic Medical Care, Directorate General of Medical Care
		15:00	Meeting with Sub-directorate of Basic Health Care Institution and Community-based Health Activity, Directorate of Community Health, Directorate General of Public Health
July 22	Wed	10:00	Meeting with Sub-directorate of Basic Nursing Care and Sub-directorate of Midwifery, Directorate of Basic Medical Care, Directorate General of Medical Care
		15:00	Meeting with Sub-directorate of Specialist Medical Care, Directorate of Basic Medical Care, Directorate General of Medical Care
July 23	Thu	17:00	Report to JICA Indonesia Office

July 24	Fri	10:00	Center for Health Promotion		
July 25	Sat		Documentation		
July 26	Sun	15:45	Jakarta (GA164) -> Padang -> Tanah Datar		
July 27	Mon	9:00	Meeting with Tanah Datar District health Office		
		10:45	Visit to <i>Puskesmas</i> Lima Kaun 1		
		12:45	Discussion with Participants of Mother's Class		
July 28	Tue	9:00	Meeting with West Sumatra Provincial Health Office		
		11:50	Padang (GA163) -> Jakarta (GA226) -> Solo		
July 29	Wed	8:30	Visit to Dr. Sudono Hospital in Madiun Municipality, East Java		
		9:40	Visit to Al-Hasanah Private Hospital		
		10:50	Ny. Purtini Midwife Clinic		
			Madiun -> Solo (GA227) -> Jakarta		
July 30	Thu	10:00	Meeting with Sub-directorate of Macro Nutrition, Directorate of Community Nutrition, Directorate General of Public Health		
July 31	Fri	12:00	Report to JICA Indonesia Office		
August 1	Sat		Documentation		
August 2	Sun		Documentation		
		19:50	Arrival of Ms. Takeuchi, Ms. Fujiwara and Ms. Sato (JL725)		
August 3	Mon	9:00	Meeting within the Team		
		14:30	Meeting with Director of Child Health, Directorate General of Public Health		
August 4	Tue	10:50	Jakarta (GA430) -> Ampenan	7:30	Jakarta -> Bandung
		16:00	Visit to a private clinic, IBI, in Central Lombok	11:00	Meeting with West Java Provincial Health Office
				13:15	Visit to Hermina Pasteur Obstetrician Clinic
					Bandung -> Garut
August 5	Wed	8:00	Visit to Central Lombok District Health Office	8:30	Meeting with Garut District Health Office
		10:00	Visit to Saba Village	9:15	Visit to <i>Puskesmas</i> Mekarwangi
				10:30	Visit to Sukajadi Village
August 6	Thu	7:30	Meeting with NTB Provincial Health Office	9:30	Visit to <i>Puskesmas</i> Cikajang
		9:30	Visit to Mataram Hospital	10:45	Visit to <i>Posyandu</i> at Padasuka Village
		14:20	Ampenan (GA433) -> Jakarta	11:45	Observation of Mother's Class at Margamulya Village <i>Poskesdes</i>
			Jakarta -> Bekasi District, West Java	13:00	Visit to <i>Puskesmas</i> Cikajang
				15:30	Meeting with Garut District Health Office
					Garut -> Bekasi
August 7	Fri		Workshop on Achievement of MCH Handbook Utilization		

August 8	Sat		Workshop on Achievement of MCH Handbook Utilization
August 9	Sun		Documentation
August 10	Mon		Discussion within the Team
August 11	Tue		Documentation
August 12	Wed	10:00	Meeting with DKI Jakarta Provincial Health Office
		10:00	Meeting with IDAI
		14:00	Meeting with Indonesia Midwife Education Association
August 13	Thu	10:00	Visit to Islam Hospital
August 14	Fri	9:00	Signing the Minutes of Meetings
		13:30	Report to the Embassy of Japan
		17:00	Report to JICA Indonesia Office
		22:15	Departure from Jakarta (JL726)

2. Evaluation Results

2.1 Project Achievements

Annex 1 shows how indicators of the Overall Goal, the Project Purpose and Outputs have changed since the inception of the Project until now. Annex 1 clearly demonstrates that the Project has made tremendous progress and achieved almost all of Outputs and parts of the Project Purpose while the progress in the Overall Goal remains yet to be seen.

2.1.1 Overall Goal

It would be too early to make a conclusive statement on the progress of the Overall Goal at this stage, partly because the data on indicators of the overall goal are limited, and partly because the achievement of the Overall Goal are expected to be seen in several years after the end of the Project.

Overall Goal:

1. MCH services with MCH HB become available at every health facility.
2. All pregnant women and children under five years old have their own health record.

Indicators of Overall Goal

1. Coverage of MCH services with MCH HB at health facilities is increased.
2. Distribution rate of MCH HB among pregnant women and mothers with child under five years is improved to 80%.
3. Relevant output indicators, including ANC¹ access rate (K1,K4)², delivery attended by trained health personnel (PN³), exclusive breastfeeding rate, are improved.

With regard to the coverage of MCH services with MCH Handbooks provided at health facilities (Indicator 1 under the Overall Goal), available data show that the percentage of *Puskemas* at which MCH services with MCH Handbooks are provided increases, although the data do not cover either

¹ ANC: Antenatal Care

² K1: Kunjungan Pertama/ ANC access of pregnant women for the 1st time in the first trimester, K4: Kunjungan Ke-empat/ ANC access of pregnant women for the 4th time in the third trimester

³ PN: Persalinan oleh Tenaga Kesehatan / Attended Birth by Trained Health Personnel

about two thirds of all the provinces or other types of health facilities such as hospitals or private clinics. With respect to the distribution rate of MCH Handbooks among pregnant women and mothers with child under five years (Indicator 2 under the Overall Goal), the MOH finds that MCH Handbooks were distributed to more than 55% of pregnant women in 2008, although it is not clear how the distribution rate of MCH Handbooks among children under five years old has changed.

The Team studied the following ten relevant output indicators (Indicator 3 under the Overall Goal):

- (1) The rate of access to antenatal care (ANC) for the 1st time in the first trimester (K1)
- (2) The percentage of access to ANC for the 4th time in the third trimester (K4)
- (3) The proportion of delivery attended by trained health personnel (PN)
- (4) The exclusive breastfeeding rate (ASI Eksklusif)
- (5) The percentage of the 2nd neonates visit (KN2)
- (6) The proportion of universal child immunization (UCI)
- (7) The rate of the 2nd tetanus immunization (TT2)
- (8) The percentage of the 3rd iron tablet distributed to pregnant mother (Fe3 (Bumil))
- (9) The proportion of Vitamin A distributed to infant (Vit A Bayi)
- (10) The rate of Vitamin A distributed to under-five child (Vit A Balita)

Some of the target indicators (K4, PN, KN2, TT2, and Vita A Bayi) have been steadily progressing well since the inception of the Project, the progress of the other indicators (K1, ASI Eksklusif, UCI, Fe3, Vit A Balita) remains yet to be seen.

2.1.2 Project Purpose

The Team finds that the Project will partially achieve the Project Purpose by the end of the cooperation period because models for better utilization of MCH Handbooks have already been reflected in MOH's policy while the Project was not able to reach the target of providing 80% of pregnant women with antenatal services using MCH Handbooks.

Project Purpose: MCH HB functions as a tool to integrate MCH services and a system to sustain MCH services with MCH HB is strengthened.

Indicators of Project Purpose

1. By September 2009, at least 80% of pregnant women receive antenatal services using the MCH Handbook.
2. The model(s) for better utilization of MCH HB is reflected in MOH's policy.

The Project is not likely to reach the goal of giving 80% of pregnant women antenatal services using MCH Handbooks by September 2009 (Indicator 1 under the Project Purpose)⁴. In particular, available data which 12 provinces of all the 33 provinces submitted show that 56% of all the

⁴ The first indicator of the project purpose in PDMO was "MCH HB supply system increases its solidness (in terms of number, system, and budget)". In the Project Consultation Mission, it was proposed to revise it to "By September 2009, MCH HB can be used in every kind of health facilities" at the Working Group Workshop held on 10th to 11th December 2007. In a series of following discussions, the Indonesian side proposed to change the indicator to "By September 2009, at least 80% of pregnant women receive antenatal services using the MCH Handbook" due to their eagerness to expand MCH Handbooks throughout Indonesia. And both sides agreed to this indicator. Considering the situation that the distribution rate has not been measured nationally at that time, setting the target of 80% was rather ambitious and can be said a strong expression of Indonesia's willingness. The target of 80% pregnant women having antenatal care with MCH Handbooks is shown by the reported data, thus influenced by quality of recording and reporting systems.

estimated pregnant women received a MCH Handbooks in 2008. Also, interviews with some MOH officials reveal that the geographical coverage of distributing MCH Handbooks is still limited. However, it may not be appropriate to make a conclusion since only 12 provinces of all the 33 provinces submitted and the data, which have been collected until now, are still limited and incomplete.

With regard to the second indicator for the Project Purpose, it is concluded that models for better utilization of MCH Handbooks have already been reflected in MOH's policy. This is because the four models, namely, 1) the model to utilize MCH Handbooks for child health; 2) the model to utilize MCH Handbooks during pregnancy and post partum; 3) the model to introduce MCH Handbooks to health volunteers (*kader*) and; 4) the model to utilize MCH Handbooks at hospitals and private clinics, have been accommodated in policies of MOH. They constitute an integral part of existing national programs through decrees, guidelines and manuals formulated by MOH. With regard to the model to facilitate other programs such as the birth registration to utilize MCH Handbooks, the model is now under discussion for integrating the model in existing programs, although the model remains yet to be incorporated explicitly in a policy of the Ministry of Home Affairs.

2.1.3 Outputs

The Team finds that the Project has already achieved or is likely to achieve all of the target output indicators except the indicator 1-3 of Output 1. See the details

Output 1: Accessibility to MCH HB by community people is increased.

All the target indicators of Output 1 excluding the indicator 1-3 have already materialized or are likely to materialize. With regard to the supply of MCH Handbooks (Target Indicator 1-1 under Output 1), the Team estimates that MCH Handbooks were supplied to 78.8% of targeted pregnant women in 2008. The institutionalization of distributing MCH Handbooks at hospitals and private clinics (Target Indicator 1-2 under Output 1) has been achieved because Health Minister's decrees on private clinic, a midwife's standard services, use of MCH Handbooks at hospitals, respectively, No.666/Menkes/SK/VI/2007, No.938/Menkes/SK/VIII/2007, and KM.0401/III/1814/09 were promulgated to stipulate that MCH Handbooks should be used at hospitals and private clinics. With regard to the number of local governments that institutionalize securing the budget to supply MCH Handbooks (Target Indicator 1-3 under Output 1), it is difficult to collect information regarding institutionalization of the MCH Handbooks from every local governments. Relevant national committee and working groups has been set up and held (Target Indicator 1-4 under Output 1), because a temporary committee was established and held for revising the MCH Handbook in 2008 and also the Project has smoothly established and managed the Working Group and Sub-working groups, too.

Output 2: The system of orientation on MCH HB for relevant health personnel is strengthened.

The Project has already achieved or is likely to achieve all the target indicators of Output 2. First, relevant items on the MCH Handbook were integrated in the curricula of midwife academies and nursing schools (Target Indicator 2-1 under Output 2). IBI specifically told the Team that the use of

the MCH Handbook was included in the curricula of all the 632 midwife academies in Indonesia and practiced in their various courses. It was confirmed when the Team visited a midwife school in NTB province. PPNI informed the Team that the use of MCH Handbooks was included in the curricula of all the approximately 400 nursing schools in Indonesia and practiced in their various courses. Second, *Desa Siaga*, APN, P4K, PONEK, MTBM, *Manajemen Asfiksia*, BBLR, SDIDTK, PPGDON, KIP/K and other relevant health programs have already included the MCH-Handbook related item(s) until now (Target Indicator 2-2 under Output 2). Third, the orientation package for health personnel related to the MCH Handbook has become available by now (Target Indicator 2-3 under Output 2), since the module "Orientation for Promoting the Use of MCH HB" was developed by medical providers to standardize the use of MCH Handbooks. Also, copies of the orientation package were already distributed to the Health Office of the local governments, health training centers, IBI, PPNI, midwife academies and nursing schools all over Indonesia when orientations were held.

Output 3: The system of monitoring and reporting on MCH HB is strengthened.

Output 3 has already been accomplished until now because MOH started monitoring the distribution rate of MCH Handbooks at the national level in (Target Indicator 3-1 under Output 3). In particular, indicators on MCH Handbooks were included in PWS-KIA, MOH's regional monitoring system on MCH and the Directorate of Women's Health has monitored the distribution of MCH Handbooks since 2008. Also, four Sub-Directorates of General Directorate of Medical Services incorporated indicators on the MCH Handbook in their monitoring tools.

Output 4: Models for better utilization of MCH HB are developed.

The Project has already accomplished Output 4, because the Project successfully finalized all of the five target models (Target Indicators 4-1 through 4-5 under Output 4), namely, the models: 1) to utilize MCH Handbooks for child health; 2) to facilitate other programs such as birth registration to utilize MCH Handbooks; 3) to utilize MCH Handbooks during pregnancy and post partum; 4) to introduce MCH Handbooks to health volunteers (*kader*); and 5) to utilize MCH Handbooks at hospitals and private clinics, after testing and evaluating them.

Output 5: Results of survey and evaluation of MCH HB on improvement of MCH are reflected in MOH's policy making and implementation process.

The Project is likely to achieve Output 5. With regard to the study on the impact of the MCH Handbook on health indicator such as ANC rate (K1 and K4) and delivery attended by trained health personnel (PN) (Target Indicator 5-1 under Output 5), the study is to be completed by the end of the Project. The Project has just completed conducting the qualitative analysis part of the follow-up study after two years' interventions in Garut District, West Java. The final report of the study will be available soon. Revising MCH Handbooks was carried out and completed from 2008 to 2009 (Target Indicator 5-2 under Output 5). Specifically, a needs assessment was conducted first. Then a committee and working group for revising MCH Handbooks were established and held. The final version of MCH Handbooks was produced after testing a revised MCH Handbook. The advocacy tools of the MCH Handbook will be ready for local governments and relevant Ministries by the end

of the Project. In particular, the advocacy kits including advocacy video, fact sheets, presentation materials and other relevant documents were almost completed and some of them were already distributed to the Health Office of the local governments.

Output 6: The capacity of MOH and relevant local governments to effectively share the experiences of improving MCH services with MCH HB is strengthened.

Output 6 has already been accomplished. First, experiences of improving MCH services with MCH Handbooks have already been reflected in the materials of Third-Country Training Program (TCTP) with In-Country Training Program (ICTP), and relevant meeting (Target Indicator 6-1 under Output 6), because results and lessons learned from the Project such as 1) cooperation with Ministry of Home Affairs and Ministry of Social Welfare, 2) collaboration with Ministry of National Education, PKK through Mother's Class, and 3) the utilization of MCH Handbooks at hospitals and private clinics, and 4) supports provided by local governments were incorporated in training agenda in the second TCTP and ICTP, which were held in West Java in Aug. 2008. For reference, the Project technically supported three Third Country Training Programs in Indonesia in 2007, 2008 and 2009 to share the experience in the use of MCH Handbooks with other countries and further facilitated their use (See Chart 2 for reference). 36 participants from seven different countries in addition to Indonesia received the trainings.

Chart 1: Record of Third Country Training in Indonesia

Date	Training Place	Number of Participants	Participants' Origin of Country
June 2-13, 2007 (12 days)	East Java	12	Morocco, Palestine, Afghanistan, Bangladesh, Lao PDR
August 19- 26, 2008 (8days)	West Java	12	Palestine, Afghanistan, Bangladesh, Lao PDR, Vietnam
June 29 – July 6, 2009 (8 days)	West Sumatra	12	Morocco, Palestine, Afghanistan, Lao PDR, Vietnam, East Timor

Second, more than 80% of participants of the second TCTP and ICTP on average responded and stated that the training was satisfactory or very satisfactory (Target Indicator 6-2 under Output 6). Experiences of improving MCH services with MCH Handbooks were already shared in national meetings of MOH. Directorate of Child Health hosted three national review meetings in June and December 2008, and June 2009.

2.2 Inputs

2.2.1 Inputs from the Japanese Side

Major inputs from the Japanese side includes the dispatch of both long-term and short-term experts, the provision of equipment, counterpart training in Japan and other training in Indonesia.

(1) Dispatch of Japanese Experts

The Project dispatched three long-term Japanese experts and five short-term experts for the Project. Their specific responsibilities, assignment periods and the duration of assignments are described in Annex 2.

(2) Counterpart Training in Japan

The Project has provided counterpart training to 35 Indonesian counterparts as of now (See Annex 3 for details). Specifically, 15 Indonesian participants received the training in the 2006 Japanese fiscal year, while 10 Indonesian counterparts visited Japan for the training in each of the fiscal 2007 and 2008. As a whole, 14 MOH officials, 2 officials from Ministry of Home Affairs, 5 Provincial Health Officials, 5 District or Municipality Health Officials, 9 participants from professional organizations or a hospital were sent to Japan to receive the training. The Project plans to provide another counterpart training in Japan for 2009 after the Project ends because counterpart training in Japan for this year was postponed due to the unexpected pandemic H1N1 influenza.

(3) Provision of Equipment

The Project provided the Indonesian side with 15 personal computers, printers and other related software programs. The Project furnished 1 desktop monitor and 16 LCD projectors to the Indonesian side. Specifically, 3 PCs were provided to each government of the five model provinces. These machines were provided to collect data relevant to the MCH Handbook and also to develop and conduct model activities. The list of equipment provided is attached as Annex 4.

(4) Training in Indonesia

The Project conducted three in-country training in Indonesia in 2007, 2008 and 2009 to share the experience in the use of MCH Handbooks and further promote their use (See Chart 1 for reference). 42 participants from central and local governments, and professional organizations received the training. 33 out of 42 came from 12 different provinces.

Chart 2: Record of In-country Training in Indonesia

Date	Training Place	Total	Number of Participants
			Breakdown
June 2-13, 2007 (12 days)	East Java	15	Four participants from MOH, two from West Sumatra, two from West Java, three from East Java, two from West Kalimantan, and two from NTB
August 19- 26, 2008 (8days)	West Java	13	Two participants from MOH, one from North Sumatra, one from West Sumatra, one from Jakarta, three from West Java, one from Central Java, one from East Java, one from West Kalimantan, one from NTB, one from North Sulawesi
June 29 – July 6, 2009 (8 days)	West Sumatra	14	One participant from MOH, one from Family planning board, one from East Java, one from Bali, one from Lampung, two from South Sulawesi, one from NTB, one from West Kalimantan, one from South Kalimantan, four from West Sumatra

2.2.2. Inputs from the Indonesian Side

The Indonesian side provided three major inputs, namely, counterpart personnel, budget, and office for Japanese experts. Director General of Public Health has been in charge of Project Director while Director of Child Health and Director of Women's Health under Directorate General of Public Health have served as Project Managers (See Annex 5 for details of counterpart personnel). In particular, it is worth mentioning that the Indonesian side has significantly contributed its budget to conducting workshop and ICTP, covering transportation cost and etc. This contribution is especially remarkable given the fact that the Indonesia side has taken strong initiative in hosting and holding an immense number of seminar, workshops, and other kinds of introduction, orientation, and

training. In addition, the Indonesia has provided office facilities for Japanese experts.

2.3 Implementation Process

The progress in project activities was relatively slow in the first and second years. On the other hand, the Project smoothly implemented almost all the activities without any significant delay or postponement in the third year. In particular, close communication between the Japanese and Indonesian sides, functioning coordination mechanism, and a high level of ownership on the Indonesian side have accelerated implementation of project activities.

3. Results of Evaluation Based on the Five Evaluation Criteria

3.1 Relevance

The Project has been valid until now for the following reasons:

- (1) Providing assistance for the improvement in MCH in Indonesia is still extremely valid, given the fact that its IMR and MMR are higher than those of other ASEAN countries. Note particularly that the Indonesian MMR is outstandingly high. Consequently, the improvement in MCH remains to be an imminent issue to be resolved.
- (2) The Project has been very much consistent with major national development plans and strategies of Indonesia, in which the improvement in MCH is explicitly prioritized. The Indonesian government specially has given a high priority to the improvement of IMR, MMR and the nutrition of children under five years old in the Mid-term National Development Plan (2005-2009) and the Ministry of Health (MOH) lists the improvement in reproductive health as one of top ten priority areas in *Healthy Indonesia 2010*, the mid- and long-term plan of MOH.
- (3) The Project has also been very much consistent with the Japanese aid policy and program, too. In particular, the Ministry of Foreign Affairs of Japan considers the improvement in basic health and medical services as a priority agenda to take a measure for reducing IMR and MMR in Indonesia. Also, JICA has given a high priority to poverty reduction in Indonesia, in which the improvement in MCH is considered particularly important for achieving the Millennium Development Goals (MDGs) in the health sector of Indonesia.
- (4) The strategy of the Project has been appropriate because it has contributed to integrating various MCH services as well as to enhancing the sustainability of MCH services with MCH Handbooks. The Project has continued expanding the geographical coverage of MCH Handbooks as well as promoting the use of MCH Handbooks in facilities such as private hospitals and clinics, which used MCH Handbooks relatively less than other health facilities. The Project especially has made an effort to improve the quality of MCH Handbook usage through training health personnel and developing models for better utilization of the MCH Handbook. This strategy of enhancing the use of the MCH Handbook both quantitatively and qualitatively has promoted the integration of various health policies, programs and the capacity, and also strengthened the sustainability of the central and local governments, public and private health providers to utilize MCH Handbooks.
- (5) Selecting MOH, professional organizations, as a target group has been appropriate, because MOH is the major policy planner while professional organizations are major stakeholders in developing policies and building an institution on the MCH Handbook policy. Also, selecting local governments developing the model activities and conducting TCTP, medical staffs and mothers and children under five years as the other target group is expected to lead to developing

a MCH Handbook policy and building a MCH Handbook institution, which could be applied and expanded to all of the pregnant women, babies and infants in Indonesia, since the Project can implement activities with the participation of pregnant women and children under five years old on a testing basis.

- (6) Japan has the outstanding advantage of promoting the MCH Handbook over any other countries. Japan's MCH Handbook system, developed in 1942, has been implemented and revised for more than sixty years. No other country has comparable experiences to Japan. The MCH Handbook has such advantages as maintaining pre-delivery records as well as post-delivery records and integrating MCH services. Furthermore, JICA has accumulated its experiences and know-how in Indonesia for more than fifteen years since 1992.

3.2 Effectiveness

The Project has been partially effective for the following reasons:

- (1) The Project reached its target indicator 2 of the Project Purpose because models for better utilization of MCH Handbooks have already been reflected in MOH's policy. Four out of the five models developed in the Project have been integrated in existing national programs through decrees, guidelines and manuals formulated by MOH, while the model to facilitate other programs such as Birth Registration to utilize MCH Handbooks remains yet to be incorporated in a policy of Ministry of Home Affairs.
- (2) On the other hand, the Project has not been able to reach its target indicator 1. On the one side, only 12 provinces of all the 33 provinces submitted data on distribution of MCH Handbooks. Thus, the data, which have been collected until now, are still limited and incomplete. On the other side, the goal of providing at least 80% of pregnant with antenatal services using the MCH Handbook might have been rather ambitious. As mentioned in interviews with various officials, Indonesia has the large area and its lands spread over numerous islands. Consequently, giving all the pregnant women MCH services with MCH Handbooks is especially challenging. However, it is encouraging to find that the Indonesian government already reached 56% of all the estimated pregnant women and provided them with antenatal care with a MCH HB in 2008. The team expects that the Indonesian side will reach this target goal in the near future.
- (3) In particular, the Team empirically finds that the MCH Handbook is a very effective tool for integrating various policies and programs relevant to MCH services because there are many existing programs such as P4K / BPCR and *Desa Siaga*. The MCH Handbook is expected to be incorporated in more health programs in the near future.

3.3 Efficiency

The Project is considered sufficiently efficient for the following reasons:

- (1) The team finds it difficult to measure how many inputs generated each of Outputs of the Project, because it has turned out that specifying inputs for each Output is not feasible given the fact that each input has effects on multiple Outputs.
- (2) However, the Project has taken actions to implement and manage project activities efficiently in three major ways. First, the Indonesian side has shown a very high level of ownership in promoting MCH services with MCH Handbooks, as symbolized in the fact that the Indonesian side hosted and held numerous seminars, workshops, and other kinds of introduction, orientation and training with and without supports of the Project.

- (3) Second, the Project has been efficient in a sense that coordination mechanisms worked effectively particularly in the latter half of the project period. One major feature of the Project is the fact that the Project involves many counterparts and stakeholders. For instance, the Project involves 3 directorate-generals, 1 bureau and 3 centers as the counterpart and 19 sub-directorates as the members of Working Group. The Team discovers that effective coordination among these many counterparts and stakeholders is a major factor for integrating the MCH Handbook in existing relevant health programs and further promoting the use of MCH Handbooks.
- (4) Third, the Project efficiently managed its activities by mobilizing local resources effectively at the same time minimizing its cost. The Project hired local consultants who was familiar with procedure and practice of MOH or local experts who had expertise of conducting research with local experience. The Project also fully mobilized the knowledge and experience of the Japanese long-term and short-term experts, who had experienced the development of the MCH Handbook in Indonesia.

3.4 Impact

It is necessary to see what impact the Project will have on MCH in Indonesia and other related issues.

- (1) It is too early to state conclusively on the progress of the Overall Goal at this stage, partly because the Team was able to collect the data on indicators of the overall goal only in a limited manner, and partly because the achievement of an Overall Goal is expected to appear in several years after the end of the Project. Some of the target indicators of the Overall Goal have been steadily progressing well since the inception of the project, while that of the others remains yet to be seen.
- (2) Some unanticipated positive impacts have been observed. First, many of interviews conducted by the Team clearly show that the Project has significantly contributed to improving the knowledge of MCH of other members of family and community in addition to that of pregnant women and mothers. It was encouraging to discover that husbands in a community in Tanah Datar District proactively supported their spouses' participation in Mother's Class. Second, one case of the Team's field visits demonstrates that the Project could contribute even to community empowerment. A community in Tanah Datar District, for instance, was empowered to such an extent that it financially supports Mother's classes. On the other hand, the Team has not observed any unanticipated negative consequence generated by the Project until now.

3.5 Sustainability

Effects of the Project are expected to be sustainable in terms of policy, organization and technology, while the financial and human resource sustainability is uncertain. Note in particular that local self-reliance is a key for sustaining effects of the Project.

- (1) The Team finds that the Project has developed and improved the organizational and policy sustainability of its effects. In addition to the 2004 Health Minister's decree stipulating that MCH Handbooks should be utilized in Indonesia's health system, the Project has succeeded in incorporating the MOH Handbook in various existing health programs through decrees, guidelines and manuals. Consequently, the MCH Handbook has become an integral part of MCH in particular and also the general health system in Indonesia until now. Also, the

commitments of the Indonesian side to the use of MCH Handbooks has continued and increased until now. Needless to say, Directorate General of Public Health, particularly Directorates of Child's Health and Women's Health, the major counterpart of the Project, has shown strong ownership as mentioned above. Furthermore, the Project has successfully cultivated and mobilized cooperation from professional organizations such as IBI and PPNI, which have already integrated the use of MCH HB in the study and work of midwives and nurses.

- (2) The Team finds it likely for the Indonesian side to sustain effects of the Project technically. The Project has developed technical capacity of MOH to plan, implement, review and revise MCH Handbooks through Project activities. Also, the Project has trained a number of MOH officials, Provincial and District Health Officials, medical service providers on the promotion of MCH Handbook utilization including Mother's Class. Then, a substantial number of them as trainers have been transmitting what they learned to their colleagues and subordinate organizations. In short, the Indonesian side has now possessed sufficient technical capacity on the promotion of MCH Handbook utilization at all levels.
- (3) However, too frequent personnel transfer might threaten the sustainability of the Project. The Team finds in its interviews that personnel shifts at MOH, provincial and district governments are often that it has a concern that they might lose what they have learned through the Project. Developing institutional memory is a key for sustaining effects of the Project.
- (4) The Team concludes that the financial sustainability of the Project would be less certain at this stage because how to share the financial cost of printing and distributing MCH Handbooks among the Indonesian sides and others remains undetermined. The Indonesian side has printed and distributed MCH HB with few or no financial assistance of the Project before the inception of the Project. This was a major step for achieving the financial sustainability on the Indonesian side. In 2009, MOH has a plan to print and distribute 5 million copies of MCH Handbooks nationwide because some local governments are not able to provide the necessary number of MCH Handbooks to all the pregnant women. However, the Indonesian government has been seeking to implement measures to distribute financial burdens of printing MCH Handbooks among the central, provincial, district and city governments. Yet, burden-sharing among these governments has been influenced by particular circumstances at particular times.
- (5) In particular, local self-reliance is crucial for the effects of the Project to continue after the completion of the Project. The Project has observed the steady progress of self-reliance of some local governments and communities. For instance, Central Lombok District Health Office, Madiun City Health Office, West Sumatra and West Nusa Tenggara Provincial Health Offices had allocated their own budgets for printing and distributing MCH Handbooks until 2009. Also, the latter two Provincial Health Offices have conducted a lot of training courses for facilitators on Mother's Class or the use of the MCH Handbook. They have trained a substantial number of district officials and medical providers until now. Furthermore, some communities in Tanah Datar District have financially contributed to holding Mother's Class. However, these signs of developing self-reliance would be still vulnerable since the Team finds it likely that these local governments would stop financing printing and distributing MCH Handbooks for 2010 either due to the opposition from the legislature or due to their expectation that the central government would print and distribute all the necessary copies of the MCH Handbooks for 2010. Also, a rapid personnel shift in local governments would threaten the effects of training courses that the provincial governments have conducted.

4. Conclusions

The Team concludes that the Project has made tremendous progress and achieved almost all of Outputs and parts of the Project Purpose while the progress in the Overall Goal remains yet to be seen. In particular, The Project has been valid due to its consistency with the Indonesian national development plans and Japanese aid program, its appropriate target selection and implementation strategy, large needs for the improvement in maternal and child health, outstanding Japanese expertise and experience in promoting the MCH Handbook.

The Project has also been partially effective since the Project has not been able to reach its target of providing at least 80% of pregnant with antenatal services using the MCH Handbook (cf. footnote on P. 9). However, the Project has been going in the right direction since the Indonesian government has already reached 62.6% of all the estimated pregnant women and provided them with antenatal care with MCH Handbooks in 2008. This target goal is expected to be fulfilled in the near future.

The Team considers that the Project is sufficiently efficient due to a very high level of ownership on the Indonesian side, effective coordination mechanisms developed in the Project, and the mobilization of local resources, experiences and knowledge.

With regard to impacts of the Project, some of the target indicators of the Overall Goal have been steadily progressing well since the inception of the project, while that of the others remains yet to be seen. Also, the Team observes some unanticipated positive impacts such as the improvement in husbands' MCH knowledge and a sign of community empowerment.

Effects of the Project are expected to be sustainable in terms of policy, organization and technology because of the strong organizational and institutional commitments shown by MOH, while the financial and human resource sustainability could be uncertain due to frequent personnel shifts and uncertain financial burden-sharing of printing MCH Handbooks among the central and local governments.

5. Recommendations and Lessons Learned

The Team would like to propose the following recommendations and lessons learned for both the Indonesian and Japanese sides on further improvement in MCH services with MCH Handbooks in particular and other relevant issues.

5.1 Recommendations

5.1.1 Secure the budget for printing and distribution of MCH Handbook through advocacy

The optimal balance of cost sharing between the national and local level⁵

The Team recommends that the Indonesian side implement measures to share the financial burdens of printing and distributing MCH Handbooks appropriately among MOH, provincial, district and city health offices. Currently, they tend to print and distribute MCH Handbooks depending on

⁵ Since the scope of the Project in terms of the responsibility of local governments is limited the procurement and distribution of MCH Handbooks, this recommendation focuses on the procurement and distribution of the Handbooks. It is needless to say that securing budget for activities related to MCH Handbooks is also important to improve maternal and child health.

available funds and supports from outside. MOH's decision to print 5 million copies of MCH Handbook would provide a further momentum to expand the coverage of MCH Handbooks. On the other hand, there are some cases that the local governments stopped funding for printing MCH Handbooks due to their expectation that MOH would print all required copies. It is important to respect and to promote the local government's effort to secure necessary amount of MCH Handbook on their own account.

From the viewpoint of cost-effectiveness and optimal use of the limited resources, it is important to avoid the overlapping expenditure for printing various kinds of health record cards for mothers and children. It should be streamlined to MCH Handbook as it includes the most comprehensive contents of both record-keeping and health information.

Advocacy for policy-makers at local level

In order to ensure the funding at the local level, it is essential to strengthen advocacy activities targeting on representatives in the legislature at the provincial and district levels. It is their decision that finally determines whether or not funds are allocated for printing and distributing MCH Handbooks. Consequently, it is crucial to raise their awareness that MCH is prioritized as a major development agenda in Indonesia and also that MCH Handbook is an effective tool for improving family and community empowerment as well as the quality of MCH services and health outcomes. Fund raising from NGOs and private entities could be one of the options at the local level to increase the budget for printing and distributing the MCH Handbook. The Team recommends for the Indonesian side to explore the possible funding sources as much as possible.

5.1.2 Strengthen the monitoring system for the MCH Handbook

The monitoring system for the MCH Handbook should be further improved. The Indonesian side developed and started monitoring the MCH Handbook from 2008. However, the Team finds that some data on the MCH Handbook utilization, particularly one indicator to monitor the Project Purpose, which is the distribution rate of MCH Handbook, are still incomplete. The accurate data obtained from the monitoring activity, especially how MCH services with MCH Handbook contributes in improved knowledge and behavior among pregnant women and mothers and increased access to health care services and so forth, will be a strong evidence for advocacy for various levels. Therefore, reviewing and improving the current monitoring system would be of a help.

5.1.3 Continue and strengthen the collaboration and partnership

Collaboration within the health sector

The Team confirmed that the MCH Handbook is functioned as a tool to integrate MCH services in many places. Most of these cases are in preventive care including *Posyandu* and public health centers. There are room for further improvement of involving other actors in health sector such as both public and private hospitals although some of the Project implementation areas achieved the successful involvement of hospital in utilization of MCH Handbook, For the functional referral system and continuum of care, the linkage between preventive care and clinical service is crucial. Mother's Class activity in the hospital setting should be strengthened since Mother's Class is one of the good practices on how to utilize MCH Handbook in integrated MCH services and provide better understanding to the clients.

Partnership with other ministries

The Team finds that further cooperation with other ministries could enhance the current MCH Handbook system. For example, It is efficient to work with Ministry of Home Affairs (MOHA) in order to advocate MCH activities with MCH Handbook at the local level because they are influential to the local government in terms of planning and budgeting. The topic of "MCH service with MCH Handbook" should be included as one of the contents in professional education such as medical and nursing education by cooperating with Ministry of National Education (MONE).

Linkage with early birth registration and MCH Handbook is another issue to be considered. Increasing the number of early birth registration is one of the national priorities. The MCH Handbook could be a useful tool for this goal though the close collaboration among related authorities is further needed.

It is recommended that MOH maintain contacts with relevant ministries and deepen their understanding that the MCH Handbook would be beneficial to programs of their ministries as well.

5.1.4 Maintain the institutional memory related to MCH Handbook

Prevent the interruption of services due to the personnel shifts

The frequent change of personnel has been a challenge during the Project implementation period. In the era of decentralization, allocation as well as transfer of personnel of the local governments is under control of the local governments. The Team would like to propose that actions should be taken to develop an institutional memory at both the central and local governments in Indonesia that skills, knowledge and experience, which were obtained through the Project, not be lost due to frequent personnel shifts. The Project developed various technical guidelines and standard operation procedures such as how to use the MCH Handbook at different settings, training materials for health professionals and volunteers and so forth. However, the Team believes that the individuals who contributed to its development and were trained based on these materials are important assets to maintain and further develop MCH Handbook-related activities. Thus, it is strongly recommended that upon personnel shift, predecessors share and transfer knowledge and experience to successors by making certain period of time that both of them are assigned to same position to work together.

Maintain the institutional memory of MCH Handbook experience

As mentioned in the Section 1 of Introduction, both Indonesian and Japanese sides shared a relatively long cooperation experiences related MCH Handbook in this country, starting from its development in early 1990, nationwide expansion, institutionalization by the Ministerial Decree and improvement of the quality of MCH service with MCH Handbook. The rich lessons learned have been accumulated during this process. Both Indonesian and Japanese sides should maintain and utilize this knowledge and network as institutional memory.

5.2 Lessons Learned

5.2.1 Project management involving multiple stakeholders

The unique characteristic of this Project is involvement of large number of stakeholders namely 3 directorate generals, 1 bureau and 3 centers as main counterparts and 20 sub-directorates as the members of Working Group at the central level. In addition to the wide geographical coverage, the implementation partners vary from the central, provincial, district level to the community.

Under such a complicated circumstance, the Project was implemented successfully because it

focused on generating specific and visible outcomes at the field level. Involving multiple actors contributed to make a clear division of labor among them and to find a way for effective co-working system. The Project also adopted an on-the-Job training approach, which requires joint work and frequent contacts between trainers and trainees. These features represent the strength of the Japanese technical cooperation. Close focus on producing visible outcomes at the field level through practical and close training would be an important lesson learned from this Project.

5.2.2 Strong sense of ownership and leadership

Strong ownership and leadership on the counterpart was the key to success of this Project. MOH and local health offices such as provincial and district health offices have shown its enthusiasm and capability to plan, implement and review various kinds of socialization, orientation and training. Consequently, more than a hundred of these seminars, workshops and meetings were hosted and held by MOH and/or local health offices with little or no assistance of the Project. This strong ownership and leadership of the Indonesian is particularly noteworthy.

The effectiveness of using the MCH Handbook in integrating and improving MCH services was recognized by Indonesian side gradually through the implementation of the Project activities including developing model practices, joining the counterpart training in Japan and hosting the Third Country Training Program (TCTP) and In-Country Training Program (ICTP). Therefore, the value of MCH Handbook and its utilization in MCH service was deeply understood by the Indonesian counterparts. It is concluded that the process of developing such an effective tool and package in cooperation with Japanese experts lead them to have strong sense of ownership. It is worth-noting that the counterpart training in Japan served as an eye-opener experience for some of the participants since they were able to observe how MCH Handbook system is well established in Japan.

5.2.3 MCH Handbook as an effective tool to integrate MCH services and to provide continuum of care [Provider side's point of view]

The MCH Handbook can be an effective tool for integrating maternal and child health services given the strong leadership and ownership by the counterpart, as shown in the Project. Integrating MCH services through the use of MCH Handbooks is desirable because it helps pregnant women and mothers keep records of their pregnancy and child's development comprehensively at the same time to gain necessary information in a timely manner. The distribution of MCH Handbooks alone, however, does not automatically guarantee the integration of maternal and child health services. MCH Handbook can be effective when it is used as a tool to integrate the existing services. Conscious efforts to coordinate within the Ministry of Health, between the central and local governments, and among relevant Ministries and professional organizations are crucial.

During the course of the Project implementation, there was a drastic shift in global health, particularly in the field of Maternal and Child Health. In relation to the achievement of MDGs (Millennium Development Goals) targets, more and more attention was directed how to reduce the neonatal mortality because the one third of under five years deaths occur within 28 days from birth. Given the fact that the main cause of neonatal death is related to the delivery condition such as asphyxia and sepsis, it is rational that maternal health has also drawn the same level of attention, too. One of the core values of MCH Handbook is continuity of care. MCH Handbook is a tool to increase the knowledge and awareness on pregnancy among pregnant women and family as well as to increase readiness of delivery. In this connection, the MCH Handbook is still a valid tool to integrate

Maternal, Neonatal and Child Health (MNCH) services when properly implemented.

5.2.4 MCH activity with MCH Handbook: its contribution to increase the awareness on health issues among community [Demand side/ beneficiary side's point of view]

The Project showed that providing health information to pregnant women and mothers as well as health volunteers by using MCH Handbook increased their knowledge on pregnancy and child care. As a result, some positive behavior changes such as improved nutrition intake and selection of safer delivery options, meaning the preference change from delivery attended by traditional birth attendant to skilled birth attendant, were observed. In addition, as they hold their health records at home, it increased their awareness on their own body and health status. There have been various positive impacts on the users.

The fact that community members understand the value of MCH activity with MCH Handbook is quite crucial for sustainability. In other words, the MCH activity with MCH Handbook can't be sustained without the demand from the community. This Project is a good example to link the community needs for better health with the provision of quality service.

5.2.5 Careful consideration to the diversity

A major important lessons learned from the Project was the fact that the Project was successful because it paid close attention to the diversity of Indonesia. As mentioned in various interviews, Indonesia is diverse in terms of culture, religion, and ethnicity. It means that a successful model in one area does not automatically lead to a success in other areas. The Project, both the Japanese and Indonesian sides, was sensitive enough to respect this diversity. The MOH established the standard contents and the pink color for the cover page as a national standard, but it is allowed to fine-tune the MCH Handbook in accordance to the culture, religion and ethnicity of each locality as far as the basic concept is the same. It made it easier to be accepted by the people living there. By creating their own version of MCH Handbook in each area, they also developed sense of ownership towards the handbook.

5.2.6 Enhanced self-reliance at the community level

Self-reliance is one of the core concepts of the primary health care (PHC). Although the idea of PHC was promoted worldwide after it was highlighted in the Alma Ata Declaration in 1979, the basic concept of PHC is still valid nowadays. From the experience of this Project, the Team concluded that the MCH Handbook is an effective tool to increase self-reliance at the community level as well.

Not only the direct users of the MCH Handbook, who are pregnant women, mothers with under five years child, village health volunteer and health staff, but the Project did intend to involve the community leaders and religious leaders in introduction of MCH activities with MCH Handbook. Where community leaders recognize the importance of improving maternal and child health, some villages started their own activities by using MCH Handbook. For instance, increased number of husband participated Mother's Class for better understanding of pregnancy and child care. As a result, they started playing an active role in improve the birth preparedness such as to reserve transportation in case of emergency. "Desa Siaga" program and community fund from this initiative is also used to promote these activities.

It is concluded that active involvement of community to the Project activities, which is the integration of MCH services through MCH Handbook, was timely and appropriate intervention where the government of Indonesia also promotes self-reliance of the community. The Ministry of

Health and local governments could utilize this opportunity fully to promote "MCH activities with MCH Handbook" by playing a stewardship role to provide appropriate guidance to the community.

Annex 1: Progress in Achievements of Overall Goal, Project Purpose and Outputs

Narrative Summary	Target Indicators	Baseline data at the Inception of the Project (Oct. 2006)	Data at the Project Consultation (Dec. 2007)	Data at the Terminal Evaluation (Aug. 2009)
<p><Overall Goal></p> <p>1. MCH services with MCH HB⁶ become available at every health facility.</p> <p>2. All pregnant women and children under five years old have their own health record.</p>	1. Coverage of MCH HB at health facilities is increased.	<ul style="list-style-type: none"> A 2005 MOH report, the data of which 27 of 33 provinces submitted, tells that approximately 70% of Puskesmas provided MCH services with MCH HB, although variations among provinces were observed. A 2006 MOH report shows that 33% of hospitals and 93% of private clinics provided MCH services with MCH HB. Yet, its data covered only four provinces so that they would not represent the overall picture. 	<ul style="list-style-type: none"> No relevant datum is available. 	<ul style="list-style-type: none"> According to A 2008 MOH report, the data of which 11 of 33 provinces submitted, 97% of all the Puskesmas in Indonesia provided MCH services with MCH HB, although variations among provinces were observed. A questionnaire survey conducted in IBI General Assembly shows that 84.2% of private midwifery clinic provided MCH services with MCH HB.
	2. Distribution rate of MCH HB among pregnant women and mothers with child under five years is improved to 80%.	<ul style="list-style-type: none"> A 2005 MOH report, the data of which 8 of 33 provinces submitted, tells that MCH HBs were distributed approximately 41% of pregnant women. 	<ul style="list-style-type: none"> RISKESDAS (2007), a basic health statistics, shows that 37.3% of children under five years old possess a MCH HB. 	<ul style="list-style-type: none"> The Directorate of Women's Health, based on the data collected from 12 of all the 33 provinces, reports that MCH HBs were distributed approximately 56% of pregnant women in 2008. The Directorate of Child's Health, based on the data collected from 11 of all the 33 provinces, shows that MCH HBs were distributed approximately 57% of pregnant women and 46% of children under 5 years old in 2008.
	3. Relevant output indicators, including ANC ⁷ access rate (K1, K4) ⁸ , delivery health personnel (PN) ⁹ , exclusive breastfeeding rate, are improved.	<ul style="list-style-type: none"> The indicators for 2005 and 2006 are as follows: K1: 88.6% (2005); 98.4% (2006) K4: 77.1% (2005); 79.6% (2006) PN: 72.4% (2005); 76.4% (2006) ASI Eksklusif: 59.7% (2005); 64.1% (2006) KN2¹⁰: 65.1% (2005); 85.5% (2006) UCI¹¹: 76.2% (2005); 73.3% (2006) TT2¹²: 49.4% (TT2); 52% (2006) Fe3 (Bumil)¹³: 64.8% (2005); 60% (2006) Vit A Bayi¹⁴: 70.5% (2005) Vit A Balita¹⁵: 75.7% (2005) 	<ul style="list-style-type: none"> The indicators for 2007 are as follows: K1: 91.2% (2007) K4: 80.3% (2007) PN: 77.2% (2007) ASI Eksklusif: 62.2% (2007) KN2: 77.2% (2007) UCI: 71.2% (2007) TT2: 59% (2007) Fe3 (Bumil): 66% (2007) Vit A Bayi: 84.5% (2007) Vit A Balita: 57.7% (2007) 	<ul style="list-style-type: none"> Some of the target indicators (K4, PN, KN2, TT2, and Vit A Bayi) have been steadily progressing well since the inception of the project, while the progress of the other indicators (K1, ASI Eksklusif, UCI, Fe3, Vit A Balita) remains yet to be seen. The indicators for 2008 are as follows: K1: 92% (2008) K4: 82% (2008) PN: 80.3% (2008) ASI Eksklusif: Not available KN2: Not available UCI: 68.3% (2008) TT2: 45.9% (2008) Fe3 (Bumil): 48.14% (2008) Vit A Bayi: 87.44% (2008) Vit A Balita: 83.27% (2008)

⁶ MCH HB: Maternal and Child Health HB

⁷ ANC: Antenatal Care

⁸ K1: Kunjungan Perama/ANC access for the 1st time in the first trimester; K4: Kunjungan Ke-empat/ANC access for the 4th time in the second trimester

⁹ PN: Pasalihan oleh Nakes/Attended Birth by Trained Health Personnel

¹⁰ KN2: Kunjungan Neonatus ke-2/ The 2nd neonates visit

¹¹ UCI: Universal Child Immunization

¹² TT2: The 2nd tetanus immunization

¹³ Fe3 (Bumil): The 3rd iron tablet to pregnant mother

¹⁴ Vit A Bayi: Vitamin A to infant

¹⁵ Vit A Balita: Vitamin A to under-five child

Narrative Summary	Target Indicators	Baseline data at the inception of the Project (Oct. 2006)	Data at the Project Consultation (Dec. 2007)	Data at the Terminal Evaluation (Aug. 2009)
<p><Project Purpose > MCH HB functions as a tool to integrate MCH services and a system to sustain MCH services with MCH HB is strengthened.</p>	<p>1. By September 2009, at least 80% of pregnant women receive antenatal services using the MCH Handbook.</p> <p>2. The model(s) for better utilization of MCH HB is reflected in MOH's policy.</p>	<p>The Indonesian side had no mechanism of collecting data on the distribution of MCH HB at the inception of the Project.</p> <p>None of the models was reflected in MOH's policy at the inception of the Project.</p>	<p>No relevant datum on the distribution rate of MCH HB was obtained at the Project Consultation.</p> <p>The model of Mother's Class had shown a substantial progress so that the model was likely to be integrated in existing programs.</p>	<p>This target indicator is not likely to materialize by September 2009 for the following reasons:</p> <ul style="list-style-type: none"> The data, which 12 provinces out of all the 33 provinces submitted, show that only 56% of all the estimated pregnant women received a MCH HB in 2008. Also, interviews with some MCH officials reveal that further expanding the geographical coverage of distributing MCH HB will remain to be a major issue in the future. <p>This target indicator has been accomplished for the following reasons:</p> <ul style="list-style-type: none"> It can be concluded that the four models, namely, the model to utilize MCH HB for child health, the model to utilize MCH HB during pregnancy and post partum, the model to introduce MCH HB to health volunteers (kader) and the model to utilize MCH HB at hospitals and private clinics, has been accommodated in policies of MOH because they constitute an integral part of existing national programs through decrees, guidelines and manuals formulated by MOH. However, with regard to the model to facilitate other programs such as Birth Registration to utilize MCH HB, the model is now under discussion for integrating the model in existing programs, although the model remains yet to be incorporated explicitly in a MOHA policy. For instance, the model to utilize MCH HB during pregnancy and post partum was integrated in P4K, which is supported by the Health Minister. Also, the model is explicitly stipulated in each of relevant manuals so that it is scheduled to be disseminated nationwide in the near future. the model to introduce MCH HB to health volunteers (kader), which was originally intended to disseminate nationwide, has already been incorporated in the training for Desa Siaga and in a immunization program. The model is planned to be further integrated in the training for PHBS and in the training for new recruits of Kader. It is concluded that the model to utilize MCH HB at hospitals and private clinics constitute an integral part of MOH policies because utilizing MCH HB at hospitals and private clinics is stipulated in the MOH decree on MCH HB (KM.0401/III/1814/09), which was promulgated in May 2009. The five models, which were developed in the Project, are planned to be reflected soon in the Management Guideline on MCH HB, which is under revision.

Narrative Summary	Target Indicators	Baseline data at the inception of the Project (Oct. 2006)	Data at the Project Consultation (Dec. 2007)	Data at the Terminal Evaluation (Aug. 2009)
<p><Output 1> Accessibility to MCH HB by community people is increased.</p>	<p>1-1 In September 2009, MCH HB are printed to cover 75% of the estimated pregnant women by relevant stakeholders such as central and local governments and professional organizations.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Accurate baseline data on the provision of MCH HB were not obtained at the inception of the Project. However, the available data, which were collected by the Directorate of Child Health, MOH, estimates that MCH HB for 58% of targeted pregnant women were supplied, although some of the data were rough estimate and the data at the district level were incomplete. 	<ul style="list-style-type: none"> The available data, which were collected by the Directorate of Child Health, MOH, estimates that MCH HB for 53% of targeted pregnant women were supplied in 2007, although some of the data were rough estimate and the data at the district level were incomplete. 	<ul style="list-style-type: none"> It is likely that this target indicator has already materialized for the following reasons: <ul style="list-style-type: none"> An interview with the Bureau of Planning and Budgeting, MOH, revealed that MCH supplied 1.7 million MCH HBs for 5 million estimated pregnant women in 2008. The Project estimated that donors provided 1.6 million MCH HBs and MOH reports that governments of provinces, districts and cities printed about 640 thousands of MCH HBs in 2008. Consequently, it was estimated that a total of 3.94 million for the estimated pregnant women (78.8%) were supplied in 2008. Also, there is a possibility that the total MCH HB supply for 5 millions of targeted pregnant women would exceed to more than 100%.
	<p>1-2 Distribution of MCH HB at hospitals and private clinics is institutionalized.</p>	<ul style="list-style-type: none"> No relevant datum on the indicator was available at the inception of the Project. There were cases in which MCH HBs were distributed to hospitals in several provinces. However, MCH HBs were rarely used at hospitals and private clinics in general at this stage. So, it is not concluded that the distribution of MCH HB had been institutionalized. 	<ul style="list-style-type: none"> POGI and IDA issued a letter to its members to urge to use MCH HB, although the letter is informal. IBI agreed that possessing MCH HB is required to confer Bidan Dairima to midwife candidates. 	<ul style="list-style-type: none"> It is concluded that this target indicator has already been achieved for the following reasons: <ul style="list-style-type: none"> Health Minister's decrees on private clinic, a midwife's standard services, use of MCH HB at hospitals, respectively, No.666/Menkes/SK/VI/2007, No.938/Menkes/SK/VI/2007, and KM.0401/III/1814/09 stipulates that MCH HB should be used at hospitals and private clinics.
	<p>1-3 Number of local governments institutionalize securing the budget to supply MCH HB by local government budget (APBD) is increased by 2009.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Collecting relevant data from local governments is so difficult that a meaningful finding may not be drawn. Available but incomplete data reveal that only 11 of 33 provinces (19 provinces responded) and 77 out of 450 districts (276 districts and cities responded) allocate their own budgets for printing MCH HBs in 2006. 	<ul style="list-style-type: none"> Collecting relevant data from local governments is so difficult that a meaningful finding may not be drawn. Available but incomplete data (MOH, 2009) tell that only 8 of 33 provinces (21 provinces responded) and 98 out of 450 districts (267 districts and cities responded) allocate their own budgets for printing MCH HBs. In short, the number of provincial governments, which allocated budgets for printing MCH HB decreased from 11 in 2006 to 8 in 2008, while that of district governments increased from 77 in 2006 to 98 in 2008. However, there is a possibility that some local governments, like the government of Madiun City, West Sumatra Province and Tanah Datar District, might not secure budgets for printing MCH HB for 2010 because of their expectation that MCH will print all required copies of MCH HB or because of local parliaments' opposition. There is no consensus even within MOH on how to strike a balance between the central and local governments on how much supply of MCH HB should be done by both sides, according to interview results. 	<ul style="list-style-type: none"> It may be difficult to achieve this target indicator for the following reasons, although collecting relevant data from local governments is so difficult that a meaningful finding may not be drawn. <ul style="list-style-type: none"> Available but incomplete data (MOH, 2009) tell that only 8 of 33 provinces (21 provinces responded) and 98 out of 450 districts (267 districts and cities responded) allocate their own budgets for printing MCH HBs. In short, the number of provincial governments, which allocated budgets for printing MCH HB decreased from 11 in 2006 to 8 in 2008, while that of district governments increased from 77 in 2006 to 98 in 2008. However, there is a possibility that some local governments, like the government of Madiun City, West Sumatra Province and Tanah Datar District, might not secure budgets for printing MCH HB for 2010 because of their expectation that MCH will print all required copies of MCH HB or because of local parliaments' opposition. There is no consensus even within MOH on how to strike a balance between the central and local governments on how much supply of MCH HB should be done by both sides, according to interview results.

Narrative Summary	Target Indicators	Baseline data at the inception of the Project (Oct. 2006)	Data at the Project Consultation (Dec. 2007)	Data at the Terminal Evaluation (Aug. 2009)
<p><Output 1> Accessibility to MCH HB by community people is increased (Continued).</p>	<p>1-4 Relevant national committee and working groups become set up and held for enhancement of implementation of MCH HB.</p>	<p>Discussions on building a national committee started, especially in consultations of the Preliminary Study, before the inception of the Project in order to promote the implementation of MCH HB. Note, however that the committee was not established yet at this stage.</p>	<p>No relevant datum was obtained.</p>	<p>It is concluded that this target indicator has already been achieved for the following reasons.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A temporary committee was established and held for revising MCH HB in 2008. MCH is currently considering and discussing to integrate the committee into a national committee like that on Maternal Child Health, Reproductive Health, or Desa Siaga to strengthen the implementation of MCH HB. • The Project has smoothly established and managed the Working Group and Sub-working groups on; 1) the development of Mother's Class; 2) the promotion of orientations for kaders to utilize MCH HB; 3) the promotion of MCH HB use at hospitals and private clinics; 4) the promotion of an orientation on MCH HB in the pre-graduation education; and 5) the improvement of orientations and monitoring.

3

Narrative Summary	Target Indicators	Baseline data at the inception of the Project (Oct. 2006)	Data at the Project Consultation (Dec. 2007)	Data at the Terminal Evaluation (Aug. 2009)
	2-1 MCH agrees to request to Ministry of National Education to include MCH HB into curriculum for midwifery academies by 2009.	<ul style="list-style-type: none"> There is a possibility that some midwife academies had already adopted MCH HB in their curricula through IBI during the phase I. However, no systematic effort to disseminate and monitor MCH HB was conducted. 	<ul style="list-style-type: none"> Discussions were on-going for integrating MCH HB in D3 of midwife academy's curricula. 	<ul style="list-style-type: none"> It is likely that this target indicator has already materialized for the following reasons: <ul style="list-style-type: none"> Relevant items on MCH HB were integrated in the standard curricula of midwife academies. IBI told that the use of MCH HB was included in the curricula of all the 632 midwife academies in Indonesia and practiced in their various courses. PPNI told that the use of MCH HB was included in the curricula of all the approximately 400 nursing schools in Indonesia and practiced in their various courses.
<Output 2> The system of orientation on MCH HB for relevant health personnel is strengthened.	2-2 Desa Siaga, APN, P4K, PONED, PONEK, MTBM, Manajemen Asifisia, BBLR, SIDDTK, PPGDON, KIP/K and other relevant programs include MCH HB related item(s) by 2009.	<ul style="list-style-type: none"> Both PONED and PONEK had incorporated the MCH HB in their manuals by the inception of the Project. 	<ul style="list-style-type: none"> Relevant items on MCH HB were already incorporated in Desa Siaga and APN. 	<ul style="list-style-type: none"> It is concluded that this target indicator has already been achieved for the following reasons. <ul style="list-style-type: none"> It was confirmed at the terminal evaluation that the promotion of using MCH HB had been integrated in manuals or training modules of all the programs listed in this target indicators.
	2-3 Orientation package for health personnel related to MCH HB is available by 2009.	<ul style="list-style-type: none"> Management and technical guidelines for utilizing MCH HB was produced during the phase 1. <ol style="list-style-type: none"> A training module for utilizing MCH HB (North Sulawesi Version) had been developed during the phase I. No mechanism for monitoring the distribution of MCH HB existed at the inception of the Project. 	<ul style="list-style-type: none"> A TOT module for training orientation trainers was developed and completed. 	<ul style="list-style-type: none"> It is concluded that this target indicator has already been achieved for the following reasons. <ul style="list-style-type: none"> The module "Orientation for Promoting the Use of MCH HB" was developed to standardize the use of MCH HB by medical providers. Copies of the orientation package were already distributed to MOH, health training centers, IBI, PPNI, midwife academies and nursing schools all over Indonesia when orientations were held. The packages were already distributed to all the provincial health offices in Indonesia, too.
<Output 3> The system of monitoring and reporting on MCH HB is strengthened.	3-1 By September 2009, distribution rate of MCH HB is started to be monitored at national level.		<ul style="list-style-type: none"> A monitoring tool was being developed. 	<ul style="list-style-type: none"> It is concluded that this target indicator has already been achieved for the following reasons. <ul style="list-style-type: none"> Indicators on MCH HB were included in PWS-KIA, MOH's regional monitoring system on maternal and child health. They are also to be integrated in annual Indonesia Health Profile in the near future. Directorate of Women's Health told that it has monitored the distribution of MCH HB since 2008. Four sub-directorates of General Directorate of Medical Services incorporated indicators on MCH HB in their monitoring tools. Center for Data and Information told that they were transferring from the existing system to an integrated information system. Therefore, it should be discussed how and when the data on the distribution of MCH HB could be integrated in the new system.

Narrative Summary	Target Indicators	Baseline data at the inception of the Project (Oct. 2006)	Data at the Project Consultation (Dec. 2007)	Data at the Terminal Evaluation (Aug. 2009)
	4-1 The model to utilize MCH HB for child health is available by 2009.	<ul style="list-style-type: none"> No relevant model was available at the inception of the Project. 	<ul style="list-style-type: none"> The first draft of the model was developed in West Sumatra. 	<ul style="list-style-type: none"> It is concluded that this target indicator has already been achieved for the following reasons. <ul style="list-style-type: none"> The model to utilize MCH HB for child health, which was developed in West Sumatra, has become available, since evaluating the model was completed. The model has been expanding rapidly beyond the target area within West Sumatra and it has been scaled up to a national program.
	4-2 The model to facilitate other programs such as Birth Registration to utilize MCH HB is available by 2009.	<ul style="list-style-type: none"> No relevant model was available at the inception of the Project. 	<ul style="list-style-type: none"> The concept of the model was being developed at the central level. District Home Affairs Office, District Health Office and target hospitals signed a MOU in Lumajang District, East Java. The model was scheduled to be tested soon. 	<ul style="list-style-type: none"> It is concluded that this target indicator has already been achieved for the following reasons. <ul style="list-style-type: none"> The model to facilitate other programs such as Birth Registration to utilize MCH HB, which was developed in Lumajang District, East Java, has become available, since evaluating the model was completed. Directorate of Child Health told that training District Home Affairs Office officials and implementing the model to disseminate it remain issues to be resolved in the near future, although developing the model was completed.
<p><Output 4> Models for better utilization of MCH HB are developed.</p>	4-3 The model to utilize MCH HB during pregnancy and post partum is available by 2009.	<ul style="list-style-type: none"> Developing a model of Mother's Class (Birth Preparation Version) was not completed as a national model at the inception of the Project, although the prototype was developed and tested in some provinces during the Phase I. 	<ul style="list-style-type: none"> The first draft of the model was developed in West Nusa Tenggara. 	<ul style="list-style-type: none"> It is concluded that this target indicator has already been achieved for the following reasons. <ul style="list-style-type: none"> The model to utilize MCH HB during pregnancy and post partum, which was developed in West Nusa Tenggara, has become available, since evaluating the model was completed. The model has been expanding rapidly in all the districts within the province beyond the target area and it was already integrated in a national program.
	4-4 The model to introduce MCH HB to health volunteers (kader) is available by 2009.	<ul style="list-style-type: none"> No relevant model was available at the inception of the Project. 	<ul style="list-style-type: none"> MCH and West Java Province developed the first draft of a orientation guideline. Integrating the model into Desa Siaga was under consideration. 	<ul style="list-style-type: none"> It is concluded that this target indicator has already been achieved for the following reasons. <ul style="list-style-type: none"> The model to introduce MCH HB to health volunteers (kader), which was developed in Garut District in West Java, has become available, since evaluating the model was completed.
	4-5 The model to utilize MCH HB at hospitals and private clinics is available by 2009.	<ul style="list-style-type: none"> No relevant model was available at the inception of the Project. 	<ul style="list-style-type: none"> Although the basic policy of the central government was clear, the details of the models remained yet to be determined. Each of the central, provincial and district governments was developing a concrete plan of operations. 	<ul style="list-style-type: none"> It is concluded that this target indicator has already been achieved for the following reasons. <ul style="list-style-type: none"> The model to utilize MCH HB at hospitals and private clinics, which was developed in Madiun City in East Java, has become available, since evaluating the model was completed. An applied model of the model was developed in West Kalimantan.

Narrative Summary	Target Indicators	Baseline data at the inception of the Project (Oct. 2006)	Data at the Project Consultation (Dec. 2007)	Data at the Terminal Evaluation (Aug. 2009)
<p>5-1 The impact of MCH HB on health indicator such as ANC rate (K1 and K4), delivery attended by trained health personnel (PN) are collected.</p>	<p>5-1 The impact of MCH HB on health indicator such as ANC rate (K1 and K4), delivery attended by trained health personnel (PN) are collected.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Similar studies on the impact of MCH HB on major health indicators had been conducted in Central Java, West Sumatra, Yogyakarta, East Java and Aceh before the Project started. 	<ul style="list-style-type: none"> The baseline study on the impact of MCH HB on health indicators had been conducted in Garut District, West Java. The baseline report was to be completed soon. Conducting the follow-up study was scheduled after two years' interventions. 	<ul style="list-style-type: none"> This target indicator is likely to be accomplished for the following reasons. The Project has just completed conducting the descriptive analysis part of the follow-up study after two years' interventions in Garut District, West Java. The report on the analysis was to be available soon.
<p><Output 5> Results of survey and evaluation of MCH HB on improvement of MCH are reflected in MOH's policy making and implementation process.</p>	<p>5-2 MCH HB is revised incorporating the evidences from the field by the end of 2008.</p>	<ul style="list-style-type: none"> MCH HBs was revised with supports of JICA in 2003 	<ul style="list-style-type: none"> The Department of Child Health showed at the Project Consultation a concern that it might be difficult to revise MCH HB due to insufficient budgets 	<ul style="list-style-type: none"> It is concluded that this target indicator has already been achieved for the following reasons. Revising MCH HB was carried out and completed from 2008 to 2009. In particular, a needs assessment was conducted. Then a committee and working group as well as representative from professional organizations, provincial and district health offices, PKK and donor agencies for revising MCH HB were established and held. The final version of MCH HB was produced after testing a revised MCH HB.
	<p>5-3 The advocacy tools of MCH HB for local governments and relevant Ministries are prepared based on the evidences from the field by 2009.</p>	<ul style="list-style-type: none"> No relevant tool had been developed before the Project started. 	<ul style="list-style-type: none"> The advocacy tool was being developed at the Project Consultation. 	<ul style="list-style-type: none"> This target indicator is likely to be accomplished for the following reasons. The advocacy kits including advocacy videos, fact sheets, power point and other relevant documents were almost completed. Some of them were already distributed and introduced to all of the directors of district health offices in Indonesia.

Narrative Summary	Target Indicators	Baseline data at the inception of the Project (Oct. 2006)	Data at the Project Consultation (Dec. 2007)	Data at the Terminal Evaluation (Aug. 2009)
<p><Output 6> The capacity of MOH and relevant local governments to effectively share the experiences of improving MCH services with MCH HB is strengthened.</p>	<p>6-1 Experiences of improving MCH services with MCH HB are reflected in the materials of TCTP with ICTP, and relevant meeting.</p> <p>6-2 In the second TCTP with ICTP, satisfaction rates of the participants are more than 80% in average.</p> <p>6-3 By September 2009, experiences of improving MCH services with MCH HB are shared in national meetings of MOH.</p>	<p>No relevant datum is available.</p> <p>No relevant datum is available.</p> <p>National meetings had been held once in every two years before the inception of the Project.</p>	<p>Holding a national review meeting became infeasible at the Project Consultation due to substantial reduction in MOH budgets.</p> <p>The Second TCTP and ICTP had not been held before the Project Consultation.</p> <p>Holding national meetings on MCH HB became difficult at the Project Consultation because Health Minister issued a decree limiting the number of national meetings.</p>	<p>It is concluded that this target indicator has already been achieved for the following reasons.</p> <ul style="list-style-type: none"> Results and lessons learned from the Project such as 1) cooperation with MOHA and Ministry of Social Welfare, 2) collaboration with Ministry of Education and Culture, PKK through Mother's Class, and 3) the utilization of MCH HB at hospitals and private clinics, and 4) supports provided by local governments, were incorporated in training agenda in the second TCTP and ICTP, which were held in West Java in Aug. 2008. <p>It is concluded that this target indicator has already been achieved for the following reasons.</p> <ul style="list-style-type: none"> More than 80% of participants of the second TCTP and ICTP on average responded and stated that the training was satisfactory or very satisfactory. <p>It is concluded that this target indicator has already been achieved for the following reasons.</p> <ul style="list-style-type: none"> Directorate of Child Health hosted four national review meetings in December 2007, June and December 2008, and June 2009.

Annex 3: Record of Counterpart Training in Japan

Date Training Place No. of Participants	Date Training Place No. of Participants	Date Training Place No. of Participants	Date Training Place No. of Participants
Mar. 5 - 14, 2007 Osaka and Hyogo 15	Sept. 3 - 10, 2007 Osaka, Hyogo and Tokyo 10	Nov. 7 - 10, 2008 Tokyo and Ibaragi 3	Nov. 17-24, 2008 Osaka and Hyogo 7
<p>1. Anantha Dian Tiara, Sub-directorate of Pregnant Women's Health, Directorate of Women's Health, MOH</p> <p>2. Nida Rochmawati, Sub-directorate for Under-five and Preschool Children Health, Directorate of Child Health, MOH</p> <p>3. I Made Yosi Purbael Wiriantana, Sub-directorate of Immunization, Directorate of Surveillance, Epidemiology, Immunization, and Matra Health, MOH</p> <p>4. Siti Zainab, Sub-directorate of Macro-nutrition, MOH</p> <p>5. Liliana Lazuardy, Head, Sub-Directorate of Specialistic Medical Care, Directorate of Specialistic Medical Care, MOH</p> <p>6. Erni Nurjismi, Head, Sub-Directorate of Midwifery, Directorate of Basic Medical Care, MOH</p> <p>7. Endang Darmayanti, Provincial Health Office, East Java</p> <p>8. Widwiono, City Health Office of Madiun</p> <p>9. Yenti Rustina, Indonesia National Nurses Association (PPNI)</p> <p>10. Triyeni, Indonesia Midwives Association (IBI)</p> <p>11. Noroyono Wibowo, Indonesia Obstetrician and Gynecologist Association</p> <p>12. Eddy Fadlyana, Indonesia n Society of Pediatricians</p> <p>13. Ahmad Zani Agusfar, Health and Community Welfare Council Muhammadiyah Central Board</p> <p>14. Badarul Basir, West Kalimantan Branch, Indonesia Obstetrician and Gynecologist Association</p> <p>15. Amrin Alkamar, Provincial Hospital in Padang</p>	<p>1. Periswanto Adiyono Kodrat Pramudho, Head, Division of Partnership and Community Participation, MOH</p> <p>2. Awi Muljadi Wijaya, Head, Section for Guidance and Evaluation, Sub-Directorate Under-five and Preschool Age, MOH</p> <p>3. Lily Gracediani, Head of Family Health Section, Provincial Health Office (PHO) of West Sumatra</p> <p>4. Tris Yuwidi, Head of Maternal and Child Health Section, PHO of West Kalimantan</p> <p>5. Nenny Refnash, Head of Basic Health Services Section, PHO of West Java</p> <p>6. Inyoman Wijaya Kusuma, Head of MCH Section, PHO of NTB</p> <p>7. Yesrita Zedrianis, Head of Family health and Nutrition Sub-division, District Health Office (DHO), Tanah Datar</p> <p>8. Dyah Tut Wuri Handayani, Head of Maternal and Child Health Section, DHO of Pontianak</p> <p>9. Euis Aisyah, Head of Maternal and Child Health Section, DHO of Garut</p> <p>10. Nurhandini Eka Dewi, Head of Mother, Child and Family Division, DHO of Central Lombok</p>	<p>1. Lukas C. Hermawan, Director, Sub-Directorate, Delivery and Post Partum Mother, MOH</p> <p>2. Yuli Suhartati, Head, Sub-Directorate of Basic Nursing Care, MOH</p> <p>3. Usman Sumartiti, Head of Division of Membership, Center for Health Financing and Health Insurance, MOH</p> <p>4. Boga Hardhana, Staff of Sub-Division of Data Management and Information Presentation, MOH</p> <p>5. Joko Moeristo, Head of Sub-Directorate of Children Adoption and Legitimation, MOHA</p> <p>6. Atikah M. Zaiki, coordinator for Health Central board of AISYIAH</p> <p>7. Endang Budi, Secretary of WG IV, Central Board of PKK</p>	<p>Osaka and Hyogo</p> <p>Osaka and Hyogo</p> <p>Osaka and Hyogo</p> <p>Osaka and Hyogo</p>

Annex 4: List of Equipment Provided by JICA

As of August 14, 2009

Item	(Currency Unit: US Dollar)												
	October 2006 - March 2007			April 2007 - March 2008			April 2007 - March 2008			April 2009 - August 2009			
	Unit Price	Quantity	Total Amount	Unit Price	Quantity	Total Amount	Unit Price	Quantity	Total Amount	Unit Price	Quantity	Total Amount	
Desktop PC Set			6,732.00			2,454.80			0.00			0.00	9,186.80
Acer Power SA-85	612.00	11	6,732.00	613.70	4	2,454.80							
Lenovo H100 034													
Microsoft Office Software	165.00	11	1,815.00	355.00	4	1,420.00			0.00			0.00	3,235.00
Anti Virus Tool			330.00			148.80			0.00			0.00	478.80
Norton Anti Virus 2007	30.00	11	330.00										
Norton Anti Virus 2008				37.20	4	148.80							
UPS			792.00			364.00			0.00			0.00	1,156.00
APC 5001	72.00	11	792.00	91.00	4	364.00							
APC BR500i													
Printer			550.00			203.60			0.00			0.00	753.60
Canon IP 1700	50.00	11	550.00	50.90	4	203.60							
Canon Pixma IP 1880													
LCD Monitor			0.00	179.40	1	179.40			0.00			0.00	179.40
Acer 15"		0	0.00										
LCD Projector			0.00	1088.40	16	17,414.40			0.00			0.00	17,414.40
Toshiba TDP-P9		0	0.00										
Total			10,219.00			22,185.00			0.00			0.00	32,404.00

Annex 5: List of Counterpart Personnel

Title for the Project	Name and Title in Ministry of Health (MOH)
Project Director	Dr. Budihardja, Director General of Public Health
Project Managers	Dr. Hj. Fatni Sulani, Director of Child Health, Directorate General of Public Health Dr. Sri Hermayanti, Director of Women's Health, Directorate General of Public Health
Other Counterparts	Dr. Edi Suranto, Secretary to Director General, Directorate General of Public Health Dr. Bambang Sardjono, Director of Community Health, Directorate General of Public Health Dr. Madiono, Head of Bureau of Planning and Budgeting, Secretariat General Dr. Abidinsyah Siregar, Head of Center for health Promotion, Secretariat General Dr. Chalik Masullii, Head of Center for Health Financing and Health Insurance, Secretariat General Dr. T. Marwan Nusri, Director of Basic Medical Care, Directorate General of Medical Care Dr. K. Mohammad Akib, Director of Specialistic Medical Care, Directorate General of Medical Care Mr. Ilham Setyo Budi, Director of Nursing Care, Directorate General of Medical Care Dr. H. Andi Muhandir, Director of Surveillance, Epidemiological, Immunization and Maternal Health, Directorate General of Disease Control and Environmental Health Dr. Iwan M. Muljono, Director of Direct Communicable Diseases Control, Directorate General of Disease Control and Environmental Health Dr. Ida Bagus Indra Gotama, Head of Center for Manpower Training, Center of Planning and Empowerment of Health Human Resources

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>[Overall Goal]</p> <p>1. MCH services with MCH HB¹ become available at every health facility.</p> <p>2. All pregnant women and children under five years old have their own health record.</p>	<p>1. Coverage of MCH services with MCH HB at health facilities is increased.</p> <p>2. Distribution rate of MCH HB among pregnant women and mothers with child under five years is improved to 80%.</p> <p>3. Relevant output indicators, including ANC² access rate (K1/K4)³, delivery attended by trained health personnel (PN)⁴, exclusive breastfeeding rate, are improved.</p>	<p>• MOH reports⁵</p> <p>• IDHS</p>	<p>Involving institutions secure budget to utilize MCH HB</p>
<p>[Project Purpose]</p> <p>MCH HB functions as a tool to integrate MCH services and a system to sustain MCH services with MCH HB is strengthened.</p>	<p>1. By September 2009, at least 80% of pregnant women receive antenatal services using the MCH HB.</p> <p>2. The model(s) for better utilization of MCH HB is reflected in MOH's policy.</p>	<p>• MOH and Dinkes reports</p> <p>• Data from relevant programs & organizations</p> <p>• National review meeting</p>	<p>• MOH maintains its policy improving MCH by MCH HB.</p> <p>• DG Community Health, MOH take the initiative among relevant institutions.</p> <p>• Trend of decentralization continues as it is.</p> <p>• DG Community Health, MOH take the initiative in conducting systematic monitoring and training.</p> <p>• Involved directorates in MCH secure their counterpart budget.</p>
<p>[Outputs]</p> <p>1. Accessibility to MCH HB by community people is increased.</p>	<p>1-1 In September 2009, MCH HB are printed to cover 75% of the estimated pregnant women by relevant stakeholders such as central and local governments and professional organizations.</p> <p>1-2 Distribution of MCH HB at hospitals and private clinics is institutionalized.</p> <p>1-3 Number of local governments institutionalize securing the budget to supply MCH HB by local government budget (APBD) is increased by 2009.</p> <p>1-4 Relevant national committee and working groups become set up and held for enhancement of implementation of MCH HB.</p>	<p>• MOH reports</p> <p>• Questionnaire to Provincial Health Offices</p> <p>• Relevant official documents</p>	
<p>2. The system of orientation on MCH HB for relevant health personnel is strengthened.</p>	<p>2-1 MOH agrees to request to Ministry of National Education to include MCH HB into curriculum for midwifery academies by 2009.</p> <p>2-2 Desa Siaga, APN, P4K, PONEK, MTBM, Manajemen Asfiksia, BBLR, SIDDITK, PPGDON, KIPK and other relevant programs include MCH HB related item(s) by 2009.</p> <p>2-3 Orientation package for health personnel related to MCH HB is available by 2009.</p>	<p>• Relevant documents</p> <p>• The guidelines/ manuals</p> <p>• Guidelines and manuals of the package</p> <p>• The data collection format</p> <p>• The collected data</p> <p>• Guidelines/ manuals of the developed models</p>	
<p>3. The system of monitoring and reporting on MCH HB is strengthened.</p>	<p>3-1 By September 2009, distribution rate of MCH HB is started to be monitored at national level.</p>		
<p>4. Models for better utilization of MCH HB are developed.</p>	<p>4-1 The model to utilize MCH HB for child health is available by 2009.</p> <p>4-2 The model to facilitate other programs such as Birth Registration to utilize MCH HB is available by 2009.</p> <p>4-3 The model to utilize MCH HB during pregnancy and post partum is available by 2009.</p> <p>4-4 The model to introduce MCH HB to health volunteers (kader) is available by 2009.</p> <p>4-5 The model to utilize MCH HB at hospitals and private clinics is available by 2009.</p>		
<p>5. Results of survey and evaluation of MCH HB on improvement of MCH are reflected in MOH's policy making and implementation process.</p>	<p>5-1 The impact of MCH HB on health indicator such as ANC rate (K1 and K4), delivery attended by trained health personnel (PN) are collected.</p> <p>5-2 MCH HB is revised incorporating the evidences from the field by the end of 2008.</p> <p>5-3 The advocacy tools of MCH HB for local governments and relevant Ministries are prepared based on the evidences from the field by 2009.</p>	<p>• The survey report</p> <p>• Revised MCH HB</p>	
<p>6. The capacity of MOH and relevant local governments to effectively share the experiences of improving MCH services with MCH HB is strengthened.</p>	<p>6-1 Experiences of improving MCH services with MCH HB are reflected in the materials of ICTP with ICTP, and relevant meeting.</p> <p>6-2 In the second ICTP with ICTP, satisfaction rates of the participants are more than 80% in average.</p> <p>6-3 By September 2009, experiences of improving MCH services with MCH HB are shared in national meetings of MOH.</p>	<p>• The developed tools</p> <p>• ICTP documents</p> <p>• ICTP documents</p> <p>• Reports on the meetings</p>	

1 MCH HB: Maternal and Child Health HB
 2 ANC: Antenatal Care
 3 K1: Kunjungan Pertama/ ANC access for the 1st time in the first trimester, K4: Kunjungan Ke-empat/ ANC access for the 4th time in the second trimester
 4 PN: Peralihan oleh Nakes/ Attended Birth by Trained Health Personnel
 5 MOH reports include reports compiled at Health Center, District Health Office and Provincial Health Office.

[Activities]	[Inputs]	[Pre-conditions]
<p>Output 1: Accessibility to MCH HB by community people is increased</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. To promote relevant stakeholders to utilize MCH HB for their health services <ol style="list-style-type: none"> a. To promote ASKESKIN and/or the related poverty alleviation programs to utilize MCH HB b. To promote professional organizations (POGI, IDAI, IBAI, PPNII, PERSAGI) to urge their members to utilize MCH HB in their services c. To promote the Ministry of Internal Affairs to utilize MCH HB for accelerating Birth Registration d. To promote the function of local governments for enhancement of the availability of MCH HB 2. To increase distribution of MCH HB at health facilities <ol style="list-style-type: none"> a. To facilitate distribution of MCH HB at public health facilities including public hospitals, etc. b. To facilitate distribution of MCH HB at private health facilities (midwife private clinics, private hospitals, etc.) 3. To organize and run Working Group within Ministry of Health to consider the technical aspects of MCH HB for further improvement 4. To collect data on supply of MCH HB in local governments. 	<p>Japanese Side</p> <p>Experts:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Long term experts <ul style="list-style-type: none"> - Chief Advisor - MCH Advisor - Coordinator (2) Short term experts: <ul style="list-style-type: none"> - Survey design - Health education material - Education material <p>Counterpart training:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Equipment: <ul style="list-style-type: none"> - Computer - Projector 3. Printing cost <ol style="list-style-type: none"> 4. In-country training program: 5. Necessary expenses 	<p>Indonesian Side</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Counterpart personnel 2. Counterpart budget (for workshop, transportation, In-Country Training Program, etc.) 3. Office for Japanese experts
<p>Output 2: The system of orientation of MCH HB for relevant health personnel is strengthened</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. To introduce orientation of MCH HB in pre-service education for relevant health personnel 2. To strengthen the routine orientation of MCH HB for midwives and nurses 3. To facilitate relevant programs in MOH to give orientation of MCH HB for relevant health personnel 4. To facilitate private sectors (IBI, etc.) to become a source of facilitators of MCH HB <p>Output 3: The system of monitoring and reporting on MCH HB is strengthened</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. To facilitate relevant programs in MOH to monitor MCH HB in their activities 2. To promote the national reporting system on MCH such as <i>Kohort Ibu, Kohort Bayi</i> and <i>Kohort Balita dan Anak</i> <p><i>Pasekolan</i> to include items related with MCH HB</p>		
<p>Output 4: Models for better utilization of MCH HB are developed</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. To develop model activities of MCH HB for child health (ie. To develop contents regarding child care for Mother's Class so that Mother's Class covers MCH) 2. To develop model activities to facilitate other programs to utilize MCH HB (ie. Birth registration) 3. To develop model activities to utilize MCH HB during pregnancy and post partum (ie. To implement MCH HB in <i>Desa Siaga</i> with <i>KIP-K</i>, and <i>BPCR</i>) 4. To promote model activities to introduce MCH HB to health volunteers (<i>leader</i>) 5. To promote utilization of MCH HB at hospitals and private clinics 		
<p>Output 5: Results of survey and evaluation of MCH HB on improvement of MCH are reflected in MOH's policy making and implementation process</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. To plan and design the survey and evaluation of MCH HB 2. To conduct Impact Survey of MCH HB on improvement of MCH 3. To evaluate model activities 4. To make use of the results of the survey and evaluation into National Review Meeting on MCH HB etc. 5. To support the revision of MCH HB with evidence-based approach 6. To disseminate the experiences and results of the Project to the relevant stakeholders 		
<p>Output 6: The capacity of MOH and relevant local governments to effectively share the experiences of improving MCH services with MCH HB is strengthened</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. To conduct National Review Meeting on MCH HB 2. To implement Third Country Program (TCTP) for foreign participants, with In-Country Training Program (ICTP) for local participants 		

⁶ ASKESKIN: Asuransi Kesehatan Miskin / Poverty Health Assurance
⁷ POGI: Persatuan Obgine dan Gynekologi Indonesia / Indonesian Obstetrician and Gynecologist Association, IDAI: Ikatan Dokter Anak Indonesia / Indonesian Pediatrician Association, IBAI: Ikatan Bidan Indonesia / Indonesian Midwife Association, PPNII: Paspasatuan Parawat Nasional Indonesia / Indonesian National Nurse Association, PERSAGI: Persatuan Ahli Gizi Indonesia / Indonesian Nutrition Expert Association
⁸ KIP-K: Communication and Counseling skill for midwife training, BPCR: Birth Preparedness and Complication Readiness

