

インドネシア共和国  
南スラウェシ州地域保健運営能力向上  
プロジェクト  
終了時評価調査報告書

平成23年4月  
(2011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

11-008

インドネシア共和国  
南スラウェシ州地域保健運営能力向上  
プロジェクト  
終了時評価調査報告書

平成23年4月  
(2011年)

独立行政法人国際協力機構  
インドネシア事務所

## 序 文

インドネシアは、これまで実施してきた開発政策の実施により、国全体としての国民の生活と福祉の質の向上に成功した一方で、地域間の開発格差が顕在化しています。特に西部と東部の地域間の開発格差の拡大は深刻であり、東部開発は政府の喫緊の課題となっています。このような状況を踏まえ、わが国は東部インドネシアの開発を支援すべく、特に東部インドネシア開発を牽引する南スラウェシ州において「南スラウェシ州地域開発プログラム」を展開しています。このプログラムにおいては①地域の開発を牽引する都市の開発、②地域全体のバランスの取れた開発、③社会開発の促進を3つの柱としています。

インドネシアの社会開発セクター、特に保健分野については、乳児死亡率、5歳未満児死亡率、妊産婦死亡率等の主要な保健指標は、大きな改善が見られるものの、他の近隣アセアン諸国と比べると高い水準にとどまっています。また、2001年以降の急速な地方分権化の進展は、それまで中央政府の主導の下に機能していた保健医療行政サービスにも影響し、一部地域において地域保健サービスの質の低下や、保健医療サービスの地域間格差の拡大が懸念されるようになってい

ます。このような背景のもと、インドネシア政府からわが国に対して、南スラウェシ州における地域保健サービス向上のモデル構築を目的とした技術協力の要請があり、2007年2月から本「南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクト」が開始されました。

今般、本プロジェクトの終了時評価を実施することを目的として、調査団を派遣し、南スラウェシ州政府やその他関係機関とともに、プロジェクトの進捗状況の確認とDAC評価5項目に基づいた評価、今後の方向性に関する協議を行いました。

本報告書は、この調査結果を取りまとめたものであり、今後の類似プロジェクトの実施に当たって活用されることを願うものです。

最後に、本調査にご協力をいただいた内外の関係者の方々に深い謝意を表するとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成23年4月

独立行政法人国際協力機構  
インドネシア事務所長 小原 基文

# 目 次

序 文

地 図

写 真

略語表

評価調査結果要約表（和文・英文）

第1章 終了時評価調査団の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
第2章 プロジェクトの概要	6
2-1 基本計画	6
2-2 プログラムにおける位置づけ	6
2-3 実施体制	6
第3章 終了時評価の方法	8
3-1 評価の方法	8
3-2 データの収集方法	9
第4章 計画達成度	11
4-1 投入実績	11
4-1-1 日本側の主な投入	11
4-1-2 インドネシア側の主な投入	12
4-2 活動実績	12
4-3 成果の達成状況	12
4-4 プロジェクト目標の達成状況	19
4-5 上位目標の達成状況	19
第5章 終了時評価結果	20
5-1 評価5項目による評価	20
5-1-1 妥当性	20
5-1-2 有効性	20
5-1-3 効率性	21
5-1-4 インパクト	22
5-1-5 自立発展性	24
5-2 貢献要因と阻害要因の検証	25

5-2-1	効果発現に貢献した要因	25
5-2-2	問題点と問題点を惹起した要因	26
5-3	結 論	27
第6章	提言と教訓	28
6-1	提 言	28
6-2	教 訓	29
付属資料		
1.	協議議事録（ミニッツ）	33
2.	PDM2	72
3.	評価グリッド調査結果（和文）	74
4.	調査計画・質問票	97
5.	質問票回答（和文）	110
6.	議事録	116
7.	現地調査報告書（フェーズ2の方向性、調査団所感部分のみ抜粋）	140

地 図



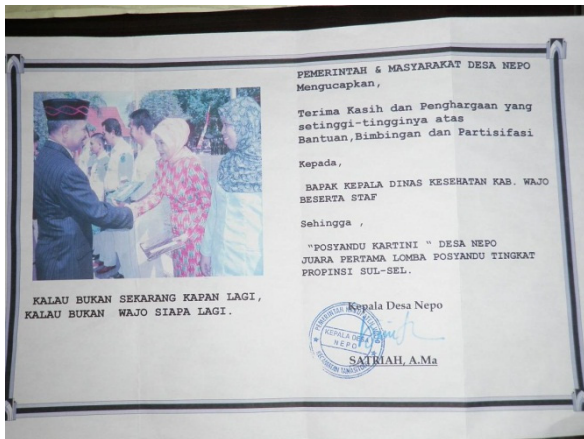
# 写真



パルー県の県実施チームとの協議。



村の保健チームとの協議。



州の最優秀統合保健ポストに表彰されたネポ村からワジョ県保健局への感謝状。



州の最優秀統合保健ポストとして表彰されたワジョ県ネポ村の保健ポスト。ネポ村はプロジェクト活動に積極的に取り組んできた。



ネポ村の統合保健ポストの乳幼児用体重計。子どもが楽しく体重を測定できるよう明るい色の船型に工夫されている。



州保健局長との協議。

## 略 語 表

ADD	Alokasi Dana Desa (Village Budget Allocation)	村交付金
BAPPEDA	Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Regional Development Planning Board)	(州・県政府の) 地域開発計画庁
FC	Field Consultant	フィールド・コンサルタント (日本側投入としてプロジェクトが雇用したローカルコンサルタント)
GoI	Government of Indonesia	インドネシア政府
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会 (中央レベル)
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
KIT	Kabupaten (District) Implementation Team	県実施チーム
MFO	Makassar Field Office	(JICA) マカッサル・フィールド・オフィス
MM	Man Month	人月
M/M	Minutes of Meeting	協議議事録
Musrenbang	Musyawaharah Perencanaan Pembangunan (Development Planning Meeting)	開発計画協議
PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHCI	Primary Health Care Improvement	プライマリ・ヘルス・ケア改善 (保健衛生環境改善)
PRIMA-Kesehatan	Project for the Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province (Kesehatan=Health)	南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクトの略称。インドネシア語で「保健第一」を意味する。
Puskesmas	(Community Health Center)	保健所
R/D	Record of Discussions	討議議事録
REDIP	Regional Education Development and Improvement Program	地方教育行政改善計画プロジェクト
SC	Steering Committee	運営委員会 (州レベル)
Swadaya	(Contribution)	(地域住民からの) 寄付金
TOT	Training of Trainers	研修講師育成を目的とした研修

注) インドネシア語の略称等に関しては、正式名称の後の ( ) 内に英語を記載。



## 評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：インドネシア	案件名：南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクト
分野：保健医療	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：インドネシア事務所（マカッサル・フィールド・オフィス）	協力金額 <sup>1</sup> ：3.8 億円
協力期間：2007年2月17日～2010年2月16日 （3年間）	先方関係機関：保健省、南スラウェシ州政府、 バルー県・ブルクンバ県・ワジョ県政府
	日本側協力機関：なし
1-1 協力の背景と概要	
<p>インドネシアは、これまで実施してきた開発政策により、国全体としての国民の生活と福祉の質の向上に成果を上げつつある一方、地域間の開発格差が顕在化している。特に東西間の開発格差の拡大は深刻で、大都市への過度の人口集中は、環境破壊・汚染等の誘因となるとともに、後進地域の社会不安・分離独立運動の背景となっている。東部開発はインドネシア政府の喫緊の課題である。</p> <p>こうした背景を受けて、わが国は東部インドネシアの地域開発を支援すべく、同地域の経済・物流の中心であり、地域開発の牽引役となることが期待される南スラウェシ州において「南スラウェシ州地域開発プログラム」を展開している。このプログラムにおいては①地域の開発を牽引する都市の開発、②地域全体のバランスの取れた開発、③社会開発の促進を3つの柱としている。</p> <p>インドネシアの社会開発分野、特に保健分野については、近年改善がみられるものの、主要な保健指標値が近隣アセアン諸国と比較して低い水準にとどまっている状態が続いている<sup>2</sup>。また、急速な地方分権化の進展によって、一部地域では保健行政サービスの質の低下や、地域間格差の拡大が懸念されるようになってきている。この状況に対応するため、インドネシア政府は、地方分権化に対応する地域保健モデルを構築すべく、コミュニティの能力強化を通じた地域保健サービスの改善に重点的に取り組んでいる。</p> <p>こうした状況の下、インドネシア政府はわが国に対して、南スラウェシ州における地域保健サービス向上のモデル構築を目的とした技術協力を要請し、2007年2月から「南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクト」（以下、「本プロジェクト」と記す）が開始された。</p>	
1-2 協力内容	
<p>本プロジェクトは、南スラウェシ州3県（バルー県、ブルクンバ県、ワジョ県）において、研修と実践を通じて、コミュニティ、保健センター、県政府、州政府の各レベルの保健関係者の能力強化を行うことにより、コミュニティが主体的に地域の保健衛生環境改善に取り組むモデルを構築することを目的としている。</p>	

<sup>1</sup> 協力期間終了時の実績。事前評価調査に関する経費は含まない。

<sup>2</sup> 「世界子供白書 特別版 2010」（国連児童基金）によると、乳児死亡率はマレーシア6、フィリピン26、タイ13に対して、インドネシアは31。妊産婦死亡率はマレーシア62、フィリピン230、タイ110に対して、インドネシアは420。また改善された水源の利用率はマレーシア99%、フィリピン93%、タイ98%に対して、インドネシアは80%。

(1) 上位目標

対象県保健関係者のプライマリ・ヘルス・ケアの管理運営能力が向上する。

(2) プロジェクト目標

プロジェクト対象県においてコミュニティ指向の健康増進モデルが構築される。

(3) 成果

成果 1：コミュニティ指向の保健活動が住民参加を伴って実施される。

成果 2：郡及び村プライマリ・ヘルス・ケア改善（Primary Health Care Improvement：PHCI）チームに対する保健所（Puskesmas）の支援が向上する。

成果 3：プロジェクト対象県の PHCI 活動実施能力が向上する。

成果 4：モデル事業を円滑に導入・拡大するための州政府の能力が向上する。

(4) 投入（評価時点）<sup>3</sup>

日本側：

短期専門家派遣	10 名 (72.33MM)
現地コンサルタント雇用	13 名 (370.5MM)
研修員受入れ	12 名
機材供与	205 万円
ブロック・グラント	6594 万円
他ローカルコスト負担	3907 万円

インドネシア側：

カウンターパート配置

プロジェクト・マネジャー（州保健局長）

州保健局ファシリテーター 6 名（ファシリテーター研修修了者）

県実施チーム 34 名（バルー県 7 名、ブルクンバ県 17 名、ワジョ県 10 名）

土地・施設提供

州プロジェクト事務所（州保健局内）

県プロジェクト事務所（各対象県保健局内）

他ローカルコスト負担 7.8 億ルピア

2. 評価調査団の概要

調査者	団長・総括	富谷 喜一	JICA インドネシア事務所次長
	保健政策	垣本 和宏	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力第二課
	地域保健	定本 ゆとり	JICA 人間開発部保健行政課
	協力計画 1	山下 契	JICA マカッサル・フィールド・オフィス企画調査員
	協力企画 2	Sufatma	JICA マカッサル・フィールド・オフィス
	評価分析	皆川 泰典	株式会社システム科学研究所コンサルティング部
調査期間	2009 年 11 月 14 日～12 月 4 日		評価種類：終了時評価

<sup>3</sup> 2009 年 3 月までの実績額と 2009 年 4 月以降の計画額の合計。

### 3. 評価結果の概要

#### 3-1 実績の確認

本プロジェクトは計画に沿っておおむね順調に進捗しており、期待された成果が発現している。対象地域の11郡124村でコミュニティ・レベルの保健チーム（PHCIチーム）が組織され、研修を受講したチームメンバーが中心となってコミュニティが主体となる保健衛生環境改善活動（PHCI活動）が実施された。PHCI活動は計画・実施・評価のサイクルから成り、協力期間中の3サイクルで、トイレや浄水施設、統合保健ポストの建設、保健衛生に関する啓発イベントなど、延べ1,347の活動がコミュニティ主体で実施された。活動に動員される地域住民からの寄付金も着実に増加している。また、コミュニティの活動を技術面・制度面から支援する保健所・県政府職員の能力も強化され、研修を受講した保健所職員56名と県政府職員36名がPHCI活動ファシリテーターに認定された。保健所職員はPHCIチームの主要なメンバーとしてもPHCI活動の実施を技術面から支援している。県政府の担当職員から成る県実施チームは、ガイドラインの開発、啓発ワークショップや成果発表セミナーの開催、モニタリングの実施を通じてPHCI活動の実施を支援している。州政府については、プロジェクト活動のモニタリングが必ずしも十分ではなく、普及展開に関する具体的な計画策定には至っていないものの、プロジェクトのモデルの普及に向けた各種啓発活動に取り組み始めている。

本プロジェクト活動を通じて、対象県の政府はモデルの有効性を理解し、PHCI活動の持続・拡大のための取り組みを開始している。また、PHCI活動の実践を通じて地域住民の保健衛生環境に対する知識・態度・行動に改善がみられ、コミュニティはPHCI活動を継続する強い意欲を示している。また、対象県において、ガイドライン等が整備され、関係者の能力が強化されてPHCI活動を継続的に実施できる体制が整備されつつあることから、コミュニティ指向の健康増進モデルが構築されるというプロジェクト目標は協力期間中に達成可能であると判断される。

#### 3-2 評価結果の要約

##### (1) 妥当性：高い

インドネシア政府は2001年以降、急速に地方分権化を進め、地方開発における地方政府の責任と権限を強化するとともに、各セクター、各地域の開発計画策定におけるコミュニティ参加とボトムアップの実践を重視している。地方政府を協力対象として、コミュニティ参加によるボトムアップ型開発の実践モデル構築をめざす本プロジェクトは、こうしたインドネシアの国家政策に合致している。また、本プロジェクトは対インドネシア国別援助計画における重点分野「民主的で公正な社会造り」に関する開発課題「貧困削減」に対応する協力プログラム「南スラウェシ州地域開発プログラム」の中核案件に位置づけられており、日本の援助政策にも合致している。

##### (2) 有効性：高い

本プロジェクト活動の結果、対象県において、ガイドラインの整備や関係者の能力強化によってPHCI活動を継続的に実施できる体制が整備されつつあり、県政府もコミュニティも活動継続に意欲を示していることから、コミュニティ指向の健康増進モデルが構築されるというプロジェクト目標は協力期間中に達成されると判断される。本プロジェクトではコミュニティ（成果1）、保健所（成果2）、地方行政（成果3、4）のそれぞれのレベルの関係者の能力強化に複層的に取り組んだ結果、コミュニティが地方行政の支援を得つつ、主体的に地域の保健衛生環境改善につながるPHCI活動を実践するモデルが構築されており（プロジェクト目標）、プロジェクト目標を達成するための成果の設定も適切であったといえる。

### (3) 効率性：やや高い

投入・活動はおおむね計画通りに実施され、成果の発現に貢献した。特に、適切な専門性・能力をもつ日本人短期専門家の派遣、コミュニティが PHCI 活動を実施する機会を確実に担保するための日本側からの資金投入、有能な現地人材の効果的な活用、他の技術協力案件の成果と経験の活用は成果発現を大きく促進した。一方で、日本側からの PHCI 活動資金の投入は協力終了後の財源確保に課題を残した。また、短期派遣を繰り返す日本人専門家の派遣形態が、専門家による継続的できめ細かな技術支援を困難にし、一部カウンターパートの主體的な関与を十分に引き出せなかった一因となった可能性が指摘される。

### (4) インパクト：中程度

上位目標の指標の一つである下痢、デング熱罹患率低下について、一部の対象地域では PHCI 活動実践の結果、清潔な水へのアクセスや家庭のトイレ設置率、デング熱症例等の保健関連指標の改善が報告されている。また、もう一つの指標であるモデル実践地域の拡大についても、県政府がプロジェクト非対象地域への普及の取り組みを開始しており、近い将来に上位目標が達成される可能性は十分にある。さらに、その他の正のインパクトとして、活発に PHCI 活動を実践してきた地域の保健所と統合保健ポストがその取り組みを評価され、州のコンテストで最優秀賞を獲得した。

### (5) 自立発展性：中程度

本プロジェクトは、地方分権化とコミュニティ参加型のボトムアップ・アプローチによる開発推進に取り組むインドネシアの国家政策に合致しており、政策支援が継続される可能性は高い。郡・村レベルの PHCI チーム、県レベルの県実施チームの組織はプロジェクト終了後も維持される見込みである。県政府では、制度面の持続性を担保するため、モデルの既存の地方行政システムへの内部化に向けた検討も開始されている。一方で、協力期間中は日本側が投入した PHCI 活動資金について、協力期間終了後の財源確保が財政面の課題となっている。技術面では、PHCI チームは PHCI 活動のサイクルを自立的に継続していく能力が備わっていると評価されるが、それを制度面・技術面から支援する機能を担う県政府、保健所の職員についてはさらなる能力強化が必要である。

## 3-3 効果発現に貢献した要因

### (1) 実施プロセスに関すること

#### 1) モデルのシンプルさ

計画・プロポーザル作成や会計報告等の手順や使用する様式類は、コミュニティが容易に理解し、実施できることを最優先に考えて設計された。

#### 2) 研修と実践の組み合わせによる関係者の能力強化

研修だけでなく、研修で学んだことを確実に実践する機会を担保したことで、関係者の能力強化が促進された。

#### 3) 資金管理の透明性

資金管理の透明性によってコミュニティの PHCI 活動に対する満足度、参加意欲が高まった。

#### 4) コミュニティ自身によるモニタリング・評価

PHCI 活動サイクルにモニタリング・評価活動が組み込まれたことにより、コミュニティが PHCI 活動の成果を自ら実感し、活動に対するモチベーションを高めた。

#### 5) コミュニケーション・フォーラム、技術交換事業の実施

関係者の経験共有や情報交換を通じて相互の学び合いが促進された。

### 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

プロジェクト事務所のあるマカッサル市、対象地域のパルー県、ブルクンバ県、ワジョ県が相互に離れている地理的分布が、特に州政府にとってプロジェクト活動のモニタリング実施を阻害する要因となった。

#### (2) 実施プロセスに関すること

州政府の予算不足が州政府によるプロジェクト活動のモニタリング実施を阻害する要因となった。

### 3-5 結論

地方分権の推進と、開発計画策定におけるコミュニティ参加とボトムアップの実践を重視するインドネシアの国家政策に対応する本プロジェクトの妥当性は高い。

ここまでプロジェクトは計画に沿っておおむね順調に進捗しており、期待された成果が発現している。対象県では、コミュニティ、保健所、地方行政の保健関係者の能力強化によって、コミュニティが主体となって PHCI 活動を継続的に実施する体制が整備されつつある。対象地域の一部では PHCI 活動の実践による保健関連指標の改善がみられ、コミュニティと地方行政の双方が当該モデルの有効性を認識している。こうしたことから、コミュニティが主体となって地域の保健衛生環境を改善するモデルの構築というプロジェクト目標は達成される見込みであると評価される。しかし、プロジェクトの自立発展性を確立するためには、コミュニティの PHCI 活動の資金源の確保が課題となっている。また、コミュニティを制度面、技術面から支援する県政府、保健所の能力強化に継続的に取り組む必要もある。

### 3-6 提言

#### (1) 保健所と県政府のさらなる能力強化

対象地域のすべてのコミュニティが PHCI 活動の継続に必要な制度面・技術面の支援が得られるよう、プロジェクトは州・県政府と協力して、保健所と県政府の担当職員のさらなる能力強化に取り組む必要がある。

#### (2) モデルの普及展開に関する計画の策定

モデルの実践が地域の保健衛生環境改善に有効であることが実証されつつあるところ、州政府及び県政府は、モデルのプロジェクトの非対象地域への普及展開に関する具体的な計画を策定し、同計画を早期に実施に移すべきである。

#### (3) PHCI 活動資金の確保

コミュニティによる PHCI 活動の継続を財政的に支援するため、州政府、県政府は、地方行財政制度に照らして、PHCI 活動に活用可能な財源とその予算管理の方法について明確な指針を示すことが求められている。

#### (4) プロジェクト経験の保健政策への応用

州・県保健局が、本プロジェクトの経験を応用して、コミュニティのニーズを計画・予算に反映させるだけでなく、政策や個別のプログラムの実施プロセスにおいても能力強化されたコミュニティと積極的に協働することで、保健行政サービスの質の向上が期待される。

#### (5) プロジェクトの経験の他セクターへの応用

能力強化されたコミュニティと行政の実践的な協働モデルは、保健セクターのみでなく他のセクターにも応用できるものであり、各セクターの行政サービスの質の改善に貢献する可能性をもつ。本プロジェクトの関係者（日本側・インドネシア側双方）がこの経験、教訓を他セクターの開発関係者と広く共有することは、南スラウェシ州のみならず、インドネシアのあらゆるセクター・地域の開発促進に有効である。

### 3-7 教訓

#### (1) ブロック・グラント<sup>4</sup>を活用したコミュニティの能力強化

コミュニティの能力強化のためにブロック・グラントを供与する手法は、コミュニティによる活動の実践を促し、その活動の有効性を容易に実証する方策としては効果的である。しかし、このブロック・グラントをドナー等の外部者が供与する場合は、外部者による支援終了後の持続性を確保するための明確な出口戦略をあらかじめ描いておくことが必要である。

#### (2) 複層的なアプローチ

コミュニティ開発（コミュニティの能力強化）に関する協力では、コミュニティだけでなく、地方行政も含めた関係者の能力強化に複層的に取り組むことにより、相乗効果が生まれ、成果の発現を促進するとともに持続性を確保することが可能となる。

#### (3) 日本人専門家の派遣形態

地方行政官の能力強化、地方行政システムの改善に取り組む協力においては、カウンターパートの意識変化の進捗や制度・計画に沿って動かないことも多い行政システムに柔軟に対応しつつ、粘り強くかつタイムリーにきめ細かな技術支援を提供することが不可欠である。こうした協力の有効性を高めるためには、日本人専門家の派遣について、カウンターパートとの緊密な信頼関係の構築と相手側の状況とニーズに応じた柔軟な技術支援を可能にする十分な期間を確保することが重要である。

<sup>4</sup> 用途を細かく決めず、受け手の裁量に任せる補助金。

## 評価調査結果要約表（英文）

<b>I. Outline of the Project</b>		
<b>Country :</b> Republic of Indonesia		<b>Project title :</b> Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province Project
<b>Issue/Sector :</b> Health		<b>Cooperation scheme :</b> Technical Cooperation Project
<b>Division in charge :</b> JICA Indonesia Office (Makassar Field Office)		<b>Total cost :</b> 384 Million Yen
<b>Period of Cooperation</b>	17/02/2007—16/02/2010 (3 years)	<b>Partner Country's Implementing Organization :</b> -Ministry of Health -Provincial Government of South Sulawesi -District Governments of Barru, Bulukumba and Wajo
<b>1. Background of the Project</b>		
<p>While enjoying the rapid economic growth as a whole nation, the widening development gap among regions, particularly between the western region and the eastern region, has become an urgent issue in Indonesia. Japan has been supporting the effort of the Government of Indonesia (GoI) to close the gap among regions through the implementation of the “South Sulawesi Province Regional Development Program”. South Sulawesi Province is expected to be the driving force for the development of the whole eastern region.</p> <p>Improvement has been observed in the health sector in Indonesia lately, however, the main health indicators are still worse than those of other major neighboring Southeast Asian countries. The rapid decentralization in Indonesia caused damage in the quality of health services in some regions, and the widening gap of the service quality among regions has been recognized. In order to solve these problems, the GoI is making serious effort to improve the community health through the capacity development of the community.</p> <p>Under these circumstances, the GoI requested the Government of Japan for technical cooperation on developing a community health model in South Sulawesi Province. Thus the “Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province Project” (hereinafter referred to as “the Project”) was launched in February, 2007.</p>		
<b>2. Project Overview</b>		
<p>The Project aims to develop a model in which community takes the initiative in improving the local health environment through the capacity development of stakeholders at each level of community, health center, district and province.</p>		
<b>(1) Overall Goal</b>		
Management capacity of primary health care in the health sectors of target districts is improved		
<b>(2) Project Purpose</b>		
Community-oriented health promotion model is developed in the target districts		

**(3) Outputs**

Output 1: Community-oriented health activities are conducted with community participation

Output 2: Support of Health Center (Puskesmas) towards sub-district/ village PHCI Team is improved

Output 3: Capacity of the target district health offices to conduct PHCI activities is improved

Output 4: Provincial capacity of facilitating good primary health care practices is improved

**(4) Inputs****Japanese side :**

Short-term Expert	10 Experts (72.33MM)	Equipment	2,048,000 Yen
Local Consultant	13 Consultants (370.5MM)	Block Grant for community activities	65,941,000 Yen
Participants in Training Programs	12 Participants	Other Local Cost	39,075,000 Yen

**Indonesian Side :**

## Counterpart

Project Manager (Head of Provincial Health Office)

Provincial Health Office Staff who completed Facilitator Training: 6 members

District Implementation Team: 34 members(Barru District 7, Bulukumba District 17, Wajo District 10)

## Land and Facilities

Provincial Project Office (in the Provincial Health Office)

District Project Office (in the health offices of each target district)

Other Local Cost 781 million Rupiah

**II. Evaluation Team**

<b>Members of Evaluation Team</b>	Leader	Mr. Kiichi Tomiya	Senior Representative, JICA Indonesia Office
	Health Policy	Dr. Kazuhiro Kakimoto	International Medical Center of Japan
	Community Health	Ms. Yutori Sadamoto	Health System Division, Human Development Department, JICA
	Cooperation Planning (1)	Mr. Chigiru Yamashita	JICA Makassar Field Office, Project Formulation Advisor
	Cooperation Planning (2)	Ms. Sufatma	JICA Makassar Field Office, Assistant Program Officer
	Evaluation and Analysis	Mr. Yasunori Minagawa	Senior Consultant, Consulting Department, System Science Institute Co., Ltd.
<b>Period of Evaluation</b>	14/11/2009~ 4/12/2009		<b>Type of Evaluation :</b> Terminal Evaluation

**III. Results of Evaluation****1. Summary of Evaluation Results**



**(1) Relevance: High**

Since the drastic decentralization started in 2001, the GoI has been making effort to strengthen the function and authorities of the local government in regional development. At the same time, the practice of community participation and bottom-up approach is strongly required in development planning. The Project is in line with these efforts of the GoI as it aims at strengthening the capacity of the local governments and developing a practical bottom-up development model with community participation. The Program is also in line with Japan's Country Assistance Strategy for Indonesia in which assistance for "building a democratic and fair society" is prioritized. The Project is one of the main components of the "South Sulawesi Regional Development Program" which is a cooperation framework to support the realization of the "democratic and fair society" through tackling the development issue of "poverty reduction".

**(2) Effectiveness: High**

As a result of the Project activities, the guidelines have been developed, the capacity of the stakeholders has been strengthened, the district governments and communities are showing their willingness to continue the PHCI activities<sup>1</sup>, which demonstrate that the 3 target districts are becoming ready to continuously practice the PHCI activity model. Thus, it can be said that the Project Purpose of developing a community-oriented health promotion model in the target district will be achieved within the cooperation period. The capacity development of the stakeholders at each level of community (Output 1), health center (Output 2) and local governments (Output 3, 4) enabled the development of the model in which community takes the initiative in implementing PHCI activities with the support of the local government (Project Purpose). Thus, it can be said that the Outputs were appropriate to achieve the Project Purpose.

**(3) Efficiency: Rather High**

The inputs and activities were implemented as planned which contributed to produce the Outputs. Particularly, the dispatch of Japanese short-term experts with appropriate specialty, the provision of the block grant from Japanese side which enabled the community to actually practice the PHCI activities, the utilization of capable local human resources, and the application of the outcomes and experiences from other cooperation projects have contributed to facilitate the achievement of the Outputs. However, the provision of the block grant from the Japanese side has left the challenge for the local governments to find sustainable financial resources in order to continue supporting the PHCI activities. Besides, the short-term dispatch style of the Japanese Experts might have caused difficulty in providing continuous and careful technical assistance to the counterparts.

**(4) Impact: Medium**

In some areas, improvement has been reported in the health related indicators such as the percentage of households with clean water source and family toilets, and the number of dengue fever cases. This shows the possibility to achieve one of the indicators of the Overall Goal which is the decrease of incidence rates of diarrhea and dengue fever. The district governments' on-going efforts to disseminate the PHCI activity model to other areas will contribute to the achievement of the other indicator which is the increase of the number of villages implementing the model. Thus, it can be said that the Overall Goal has big possibility to be achieved in near future. As another positive impact, the health center and the village health post in the target area have been awarded the first prize in the Annual Provincial Contest.

<sup>1</sup> Primary Health Care Improvement Activities which are small scale activities aiming at improving the local health condition and environment. Some examples of the activities are: construction of toilets and water tanks; construction of village health posts; health classes; and health contests. Community takes the initiative in the whole PHCI activity cycle which consists of planning stage, implementation stage and evaluation stage, with the support from the government.

## **(5) Sustainability: Midium**

The political support to the Project has strong possibility to be sustained since the Project is in line with the political priority of the GoI to promote the decentralization and the bottom-up approach with community participation in development planning. The stakeholders show their will to maintain the organization of PHCI teams (sub-district and village levels) and the District Implementation Teams in order to continue the PHCI activities. The target district governments have started to consider how they can integrate the PHCI activity model into the existing local governance system in order to secure the sustainability. Regarding the financial aspect, how to secure the financial resources for the PHCI activities which have been provided by the Japanese side remains a big challenge. Regarding the technical aspects, it can be said that the capacity of community members (PHCI Team members) has been developed enough to continuously practice the PHCI activity cycle, however, the capacity of district government and health center staff needs to be further strengthened in order to become fully capable to support the community technically and administratively.

## **2. Factors that promoted realization of effects**

- (1) PHCI activity cycle was designed to be as simple as possible to enable community to easily implement the activities on their own initiative
- (2) After participating in the training, the opportunity to practice what they had learned in the training was secured for the stakeholders. This combination of training and practice facilitated the capacity development of the stakeholders.
- (3) The transparent financial management raised the satisfaction and motivation of the community to participate in the PHCI activities.
- (4) Self-monitoring and evaluation activity which was set into the PHCI activity cycle enabled the community to realize the outcomes of the PHCI activities.
- (5) Knowledge and experience sharing occasions such as communication forum and technical exchange program facilitated the peer learning among the stakeholders.

## **3. Factors that impeded realization of effects**

- (1) The long distance among Makassar City where the Provincial Project Office was located and the 3 target districts, and the insufficient budget became obstacles especially for the Provincial Government to conduct regular monitoring activities on the Project.

## **4. Conclusion**

The relevance of the Project is high as it is consistent with the national policy of Indonesia which prioritizes decentralization and bottom-up development planning with community participation. The progress of the Project is generally smooth and the outputs are produced as planned. In the target districts, the capacity development of the community health stakeholders at each level of community, health center and local government have led to the implementation of the PHCI activities on the initiative of the community. Improvement in health related indicators have been reported in some target areas, and both community and local government recognize the effectiveness of the PHCI activities. Thus, it can be said that the Project Purpose of developing a model in which community takes

initiative in improving the local health condition and environment will be achieved. However, some challenges still remain to secure the sustainability such as securing the financial resources for the PHCI activities and the further capacity development of health center and local government.

## **5. Recommendations**

- (1) The Project shall continue the effort to further strengthen the capacity of the health center and the district government staff .
- (2) Since the PHCI activity model is demonstrating its effectiveness in the target areas, the provincial and district governments shall develop a concrete plan to disseminate the model to other areas as soon as possible.
- (3) The provincial and district governments shall provide a clear guidance for the communities on the financial resources they can use for PHCI activities and how they shall manage the financial resources in order to facilitate the communities to continue PHCI activities.
- (4) The provincial and district governments shall apply the experience of the Project on bottom-up development planning with community participation to other health policies and programs for the purpose of improving the quality of health administration services.
- (5) The practical model in which community and government work together can be applied to other sectors in order to improve the quality of administration services in each sector. It is recommended that the Project, the provincial government and the district governments widely share the experience and outcomes of the Project with the stakeholders of development in other sectors as well for the purpose of facilitating the regional and sectoral development in Indonesia.

## **6. Lessons Learned**

- (1) Providing block grant for the communities was an effective approach to develop their capacity through securing the opportunity to actually practice the activities and to demonstrate the effectiveness of the activities. However, if the block grant is provided by an outsider including donors, it is important to have a clear exit strategy in order to secure the sustainability after the support from the outsider ends.
- (2) When assisting the community development or the capacity development of the community, it is effective to approach not only the community but also the local government at the same time as the object of capacity development in order to produce synergistic effect and secure the sustainability of the community activities.
- (3) When assisting the capacity development of local government staff or the improvement of the local governance system, it usually takes a lot of time and efforts to change the mindset of the staff, and in many cases, the practice or implementation of local governance is not consistent with the original system or plan. In such circumstances, it is necessary to be patient and provide close and careful technical assistance at the right timing. Thus, in order to make this kind of assistance meaningful, it is important to secure enough time for the Japanese experts so that they can build trust with the counterparts and provide technical assistance flexibly according to the needs of the counterparts.

# 第1章 終了時評価調査団の概要

## 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）は、これまで実施してきた開発政策により、国全体としての国民の生活と福祉の質の向上に成果を上げつつある一方、地域間の開発格差<sup>1</sup>が顕在化している。特に東西間の開発格差の拡大は深刻で、大都市への過度の人口集中は、環境破壊・汚染等の誘因となるとともに、後進地域の社会不安・分離独立運動の背景となっている。東部開発はインドネシア政府の喫緊の課題である。

こうした背景を受けて、わが国は東部インドネシアの地域開発を支援すべく、同地域の経済・物流の中心であり、地域開発の牽引役となることが期待される南スラウェシ州において「南スラウェシ州地域開発プログラム」を展開している。このプログラムにおいては①地域の開発を牽引する都市の開発、②地域全体のバランスの取れた開発、③社会開発の促進を3つの柱としている。

インドネシアの社会開発分野、特に保健分野については、近年改善がみられるものの、主要な保健指標値が近隣アセアン諸国と比較して低い水準に止まっている状態が続いている。乳児死亡率<sup>2</sup>は、マレーシア 6、フィリピン 26、タイ 13 に対してインドネシアは 31。妊産婦死亡率<sup>3</sup>はマレーシア 62、フィリピン 230、タイ 110 に対してインドネシアは 420 となっている。また改善された水源の利用率についても、マレーシア 99%、フィリピン 93%、タイ 98% に対して、インドネシアは 80% に止まっている<sup>4</sup>。また、2001 年以降の急速な地方分権化の進展は、それまで中央政府の主導のもとに機能していた地方行政サービスに影響し、一部地域では保健行政サービスの質の低下や、保健行政サービスの地域間格差の拡大が懸念されるようになっている。

インドネシア政府は、国民の健康に関する長期目標として 1999 年に「Healthy Indonesia 2010」を打ち出し、目標達成に向けて様々なプログラムを実施してきた。同目標は地方分権化以降も引き継がれ、地方分権化に対応する地域保健モデルを構築すべく、コミュニティの能力強化を通じて地域保健サービスの改善を図るアプローチを採用した「Desa Siaga Program」<sup>5</sup>が 2006 年から実施されている。

こうした状況のもと、インドネシア政府はわが国に対して、南スラウェシ州における地域保健サービス向上のモデル構築を目的とした技術協力を要請し、2007 年 2 月から「南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクト」（以下、「本プロジェクト」と記す）が開始された。本プロジェクトは、南スラウェシ州のバルー、ブルクンバ、ワジョの 3 県を対象地域とし、コミュニティを主体とする保健衛生環境改善モデルの構築に取り組んでいる。2009 年 2 月に実施された中間レビューにおいては、プロジェクト活動がおおむね順調に進捗していることが確認された。なお、本プロジェクトは、インドネシア語で「保健第一」を意味する「PRIMA-Kesehatan<sup>6</sup>」の呼称で現地関係者に親しまれている。

今回実施された終了時評価調査は、2010 年 2 月の協力期間終了を控え、プロジェクト活動の実

<sup>1</sup> インドネシア政府中央統計庁の 2008 年データによると、地域別の貧困率は、西部のジャワ・バリ (12.5%) やスマトラ (14.4%) に比べ、東部のスラウェシ (17.6%)、マルク (20.5%)、ヌサトゥンガラ (24.8%)、パプア (36.1%) は高くなっている。

<sup>2</sup> 出生時から満 1 歳に達する日までに死亡する確率。出生 1,000 人当たりの死亡数で表す。

<sup>3</sup> 出生 10 万人当たり妊娠関連の原因で死亡する女性の年間人数。

<sup>4</sup> 保健データの出典はすべて国連児童基金「世界子供白書 特別版 2010」。

<sup>5</sup> 英訳「Alert Village Program」。栄養失調や感染症、重大な疾病、事故等の保健に関する課題や脅威に対し、地域の関係者が相互に協力することによって、予防・克服する意思と能力を有する村を「Desa Siaga」と定義している。

<sup>6</sup> PRIMA は、プロジェクトの英語名「Project for the Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province」の略称とかけている。「Kesehatan」は、インドネシア語で保健を意味する。

績、成果を評価、確認するとともに、今後のプロジェクト活動に対する提言及び類似事業の実施にあたっての教訓を導くことを目的とした。

### 1-2 調査団の構成

担当分野	氏名	所属
総括・団長	富谷 喜一	JICA インドネシア事務所次長
保健政策	垣本 和宏	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力第二課
地域保健	定本 ゆとり	JICA 人間開発部保健行政課
協力企画1	山下 契	JICA マカッサル・フィールド・オフィス企画調査員
協力企画2	Sufatma	JICA マカッサル・フィールド・オフィス
評価分析	皆川 泰典	株式会社システム科学研究所コンサルティング部

### 1-3 調査日程

2009年11月14日～12月4日まで。

月日	内容
11月14日(土)	(皆川団員ジャカルタ着)
11月15日(日)	(皆川団員マカッサル着) JICA マカッサル・フィールド・オフィス (MFO) との打合せ
11月16日(月)	専門家、州保健局、州地域開発計画庁インタビュー ブルクンバ県へ移動
11月17日(火)	ブルクンバ県現地調査
11月18日(水)	ブルクンバ県現地調査
11月18日(木)	ワジョ県へ移動 ワジョ県現地調査
11月20日(金)	ワジョ県現地調査 バルー県へ移動
11月21日(土)	バルー県現地調査 マカッサルへ移動
11月22日(日)	資料整理
11月23日(月)	MFO との打合せ
11月24日(火)	(垣本団員、定本団員マカッサル着／山下団員、Sufatma 団員合流) 団内協議 州保健局表敬
11月25日(水)	バルー県へ移動 バルー県現地調査 ワジョ県へ移動
11月26日(木)	ワジョ県現地調査 マカッサルに移動
11月27日(金)	協議議事録 (M/M) 案作成

11月28日(土)	M/M案作成、M/M案に関する団内協議
11月29日(日)	M/M案翻訳
11月30日(月)	インドネシア側関係者へのM/M案提出、フェーズ2等に係る団内協議
12月1日(火)	(富谷団長マカッサル入り) M/M案に関する協議(州・県関係者含む)
12月2日(水)	合同調整委員会、M/M署名 (富谷団長、垣本団員、定本団員マカッサル発、ジャカルタ着)
12月3日(木)	在インドネシア日本大使館報告 JICAインドネシア事務所報告 (垣本団員、定本団員ジャカルタ発)

#### 1-4 主要面談者

##### (1) インドネシア側関係者

###### 1) 保健省

Dr.R.Bambang Sardjono, MPH 公衆衛生総局コミュニティ保健局長

###### 2) 南スラウェシ州政府

Ir.H.Tan Malaka Guntur, M.Si 地域開発計画庁(BAPPEDA)長官

M.Ilyas,M,SH BAPPEDA 社会福祉部職員

Dr. H. Rachmat Latief, SpPD, M.Kes., FINASIM

保健局長

Dr. H. Makmur Surudji, M. Kes 保健局コミュニティ保健推進部長

Ms. Rusnayani 保健局職員

Ms. Emy Frati 保健局職員

###### 3) バルー県

###### ・ 県実施チーム (Kabupaten (District) Implementation Team : KIT)

Drg. H. Zainal M.Hamid, M.Kes 保健局長 (KIT コーディネーター)

Drs. H. Udding 保健局管理部長

Muh Syukri, SKM 保健局プログラム課職員

Andi Pananrang, SKM 保健局感染症予防・衛生部職員

Ir. Nasruddin BAPPEDA 社会経済部長

###### ・ 郡、村の保健チーム (プライマリ・ヘルス・ケア改善 (保健衛生環境改善) (Primary Health Care Improvement : PHCI) チーム)

Barru 郡 PHCI チーム

Barru 郡 Galung 村 PHCI チーム

Tanete Riaja 郡 PHCI チーム

Tanete Riaja 郡 Harapan 村 PHCI チーム

Tanete Rilau 郡 Pao-Pao 村 PHCI チーム

4) ブルクンバ県

・ 県実施チーム (KIT)

Dr. H.Rusni Sufran, M.Kes	保健局長 (KIT コーディネーター)
Dr. H. Abd. Gaffar, M, Epid	保健局官房長
Ahmad Arfan, Sip, MT	BAPPEDA 経済・社会・文化部長
Muhammad Amin Sulaiman	BAPPEDA 社会文化課長
Muh. Alwi, SKM., M.Kes	Ponre 保健所長

・ 郡、村の PHCI チーム

Bonto Bahari 郡 Bira 村 PHCI チーム  
Bonto Tiro 郡 PHCI チーム  
Bonto Tiro 郡 Pakubalaho 村 PHCI チーム  
Gantarang 郡 Bialo 村 PHCI チーム  
Ujungloe 郡 PHCI チーム  
Ujungloe 郡 Baleanging 村 PHCI チーム

5) ワジョ県

・ 県実施チーム (KIT)

Dr. H. Abdul Azis M., M.Kes	保健局長 (KIT コーディネーター)
drg. M. Dahnia, M.Kes	保健局官房長
drg. Nur Asri Idrus	保健局保健サービス部長
Huslan, S.ST, M.Kes	保健局計画・保健情報課長
Drs. Arsan W.	BAPPEDA 社会文化部長

・ 郡、村の PHCI チーム

Belawa 郡 PHCI チーム  
Belawa 郡 Ongkoe 村 PHCI チーム  
Gilireng 郡 Polewalie 村 PHCI チーム  
Maniangpajo 郡 PHCI チーム  
Maniangpajo 郡 Anabanua 村 PHCI チーム  
Tanasitolo 郡 PHCI チーム  
Tanasitolo 郡 Nepo 村 PHCI チーム  
Tanasitolo 郡 Assorajang 村 PHCI チーム

(2) 日本側関係者

1) 在インドネシア共和国日本大使館

前田 徹	公 使
伊従 誠	参事官
宮村 和夫	参事官兼医務官
安川 孝志	一等書記官

2) プロジェクト専門家

川原 恵樹	総括/保健開発計画
中村 安秀	公衆衛生/プライマリ・ヘルスケア (1)

八田 早恵子

コミュニティ・エンパワーメント/ジェンダー/学校保健

3) JICA インドネシア事務所

坂本 隆

所 長

舘山 丈太郎

所 員



## 第2章 プロジェクトの概要

### 2-1 基本計画

プロジェクト名称	南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクト
協力期間	2007年2月～2010年2月
対象地域	南スラウェシ州パルー県3郡（/7郡）、ブルクンバ県4郡（/10郡）、ワジョ県4郡（/14郡）内の全124村 ※（ ）内は県内のすべての郡の数
上位目標	対象県保健関係者のプライマリ・ヘルス・ケアの管理運営能力が向上する。
プロジェクト目標	プロジェクト対象県においてコミュニティ指向の健康増進モデルが構築される。
期待される成果	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. コミュニティ指向の保健活動が住民参加を伴って実施される。</li> <li>2. 郡及び村 PHCI チームに対する保健所（Puskesmas）の支援が向上する。</li> <li>3. プロジェクト対象県の PHCI 活動実施能力が向上する。</li> <li>4. モデル事業を円滑に導入・拡大するための州政府の能力が向上する。</li> </ol>

### 2-2 プログラムにおける位置づけ

インドネシアにおける東西地域間の開発格差の是正と、地方分権化に対応する地方行政能力強化のニーズを踏まえ、わが国は地域開発を通じた貧困削減を実現すべく、東部インドネシア地域を対象として「南スラウェシ州地域開発プログラム」（プログラム実施期間：2006～2015年）及び「東北インドネシア地域開発プログラム」（2007～2015年）を実施している。両プログラムは、対インドネシア国別援助計画における重点分野「民主的で公正な社会造り」のもとに位置づけられる開発課題「貧困削減」に対応するものである。

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

### 2-3 実施体制

本プロジェクトの主要なカウンターパート機関は南スラウェシ州と対象3県（パルー、ブルクンバ、ワジョ）の保健局である。プロジェクトの運営管理のために、中央レベルには合同調整委員会（Joint Coordinating Committee：JCC）、議長は保健省公衆衛生総局官房長、州レベルには運営委員会（Steering Committee：SC）、議長は南スラウェシ州保健局長が設置され、プロジェクトの実務的な責任者であるプロジェクト・マネジャーには南スラウェシ州保健局長が任命されている。日本人専門家の執務室を含むプロジェクト事務所は南スラウェシ州保健局内に設置されている。

対象県政府にはそれぞれ県保健局長をコーディネーターとするKITが設置され、県レベルでのプロジェクト活動の運営管理を担っている。日本人専門家は主に州保健局とKITに対して助言・指導を行っている。

プロジェクトの中心活動は、コミュニティが主体的に実施する保健衛生環境改善活動（PHCI 活動）である。行政の支援を得てコミュニティが主体的に PHCI 活動を実践するモデルを構築するため、プロジェクトではコミュニティと行政の関係者を対象とした能力強化研修が実施されるとともに、実際にコミュニティが以下の PHCI サイクルを実践している。

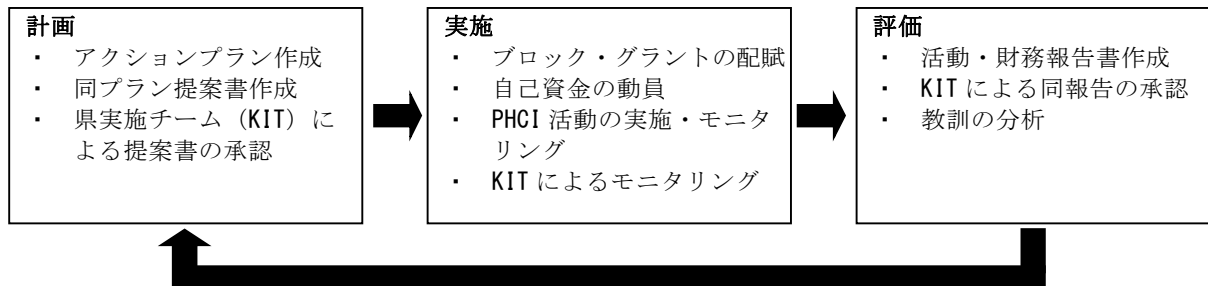


図 2 - 1 PHCI 活動サイクル

コミュニティによる主体的な PHCI 活動の中核となっているのは、対象地域の郡と村レベルに組織された保健チーム (PHCI チーム) である。プロジェクトで雇用した現地コンサルタント (Field Consultant : FC)<sup>7</sup>が、KIT と協力して PHCI チームの活動を技術的に支援している。

<sup>7</sup> PHCI チームを支援する KIT を技術的にサポートするために、3 県合計 13 名の「フィールド・コンサルタント (FC)」と呼ばれる現地コンサルタントが日本側投入として配置された。

## 第3章 終了時評価の方法

### 3-1 評価の方法

#### (1) プロジェクト・デザイン・マトリックスによる評価手法

JICA では、プロジェクトの一連の事業サイクルを運営管理する手法として、プロジェクト・サイクル・マネジメント (Project Cycle Management : PCM) を導入している。PCM 手法において中心的役割を果たすのがプロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM) と呼ばれるプロジェクト計画概要表である。PDM は「上位目標」「プロジェクト目標」「成果」「活動」「投入」といったプロジェクトの構成要素を、「原因」と「結果」の連鎖関係で組み立て、事前に目標や成果の期待値を指標化して示すとともに、プロジェクトの成否に影響を与えるかもしれない外部要因を特定するものである。PDM の主な構成要素の内容を以下の表に示す。

項目	内容
上位目標 Overall Goal	間接的・長期的な効果、対象社会へのインパクト
プロジェクト目標 Project Purpose	ターゲットグループや対象社会への直接的な効果
成果 Outputs	活動を行うことによって産出される財・サービス
活動 Activities	成果を産出するための活動
投入 Inputs	活動に必要な資源 (人材、資金、資機材など)
指標 Indicators	目標、成果の達成度を測る指標と目標値
外部条件 Important Assumptions	目標達成、成果産出のために満たされなければならない外部要因であるが、不確かな要素があるもの
前提条件 Preconditions	活動を始める前にクリアしておかなければならない条件

本プロジェクトにおいても、事前評価段階で PDM の策定が行われ、2007 年 1 月の討議議事録 (Record of Discussions : R/D) 署名時に付属資料として承認された (PDM1)。PDM1 は 2009 年 2 月に実施された中間レビューにおいて改訂されている (PDM2)。改訂された PDM2 は付属資料 2 に示す。

本評価調査は、『JICA 事業評価ガイドライン (2004 年 3 月改訂版)』に準拠し、PDM2 に基づいて実施された。PDM やその他関係資料の分析結果を基に評価設問 (調査すべき項目) を検討し、プロジェクトの実績、実施プロセス、評価 5 項目 (妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性) に関する評価グリッドを作成し、同グリッドに基づいてデータ・情報を収集し、評価分析を行った。実績、実施プロセス、評価 5 項目の定義は以下のとおりである。なお、評価グリッドに基づくデータ・情報収集の結果は付属資料 3 に示す。

項目	評価の主な視点
妥当性 Relevance	プロジェクト目標や上位目標が、受益者のニーズに合致しているか、問題や課題の解決策として適切か、相手国と日本の政策との整合性はあるか、プロジェクトの戦略・アプローチは妥当かなどといった「援助プロジェクトの正当性・必要性」を問う視点。
有効性 Effectiveness	プロジェクトの実施により、本当に受益者もしくは社会への便益がもたらされているのかを問う視点。
効率性 Efficiency	主にプロジェクトのコストと効果の関係に着目し、資源が有効に活用されているかを問う視点。
インパクト Impact	プロジェクト実施によりもたらされる、より長期的・間接的効果や波及効果を見る視点。予測していなかった正・負の効果・影響を含む。
自立発展性 Sustainability	援助が終了しても、プロジェクトで発現した効果の持続の見込みはあるかを問う視点。

### 3-2 データの収集方法

#### (1) 文献・既存資料調査

- ・ 第一次事前評価調査会議議事録（2005年3月）
- ・ 第二次事前評価調査会議議事録（2006年11月）
- ・ R/D、対象県との会議議事録（2007年1月）
- ・ インセプションレポート（2007年3月）
- ・ 第1年次業務完了報告書（2007年3月）
- ・ ベースライン調査報告書（2007年11月）
- ・ プロジェクト事業進捗報告書第1号（2007年9月）
- ・ プロジェクト事業進捗報告書第2号（2008年3月）
- ・ 第2年次業務完了報告書（2008年3月）
- ・ プロジェクト事業進捗報告書第3号（2008年10月）
- ・ 中間レビュー調査会議議事録（2009年2月）
- ・ プロジェクト事業進捗報告書第4号（2009年3月）
- ・ 第3年次業務完了報告書（2009年3月）
- ・ プロジェクト事業進捗報告書（2009年11月）
- ・ エンドライン調査報告書（2009年11月）
- ・ プロジェクトで作成されたマニュアル、ガイドライン 等

#### (2) 直接観察

プロジェクト事務所を視察し、施設や資機材の使用状況を確認した。また、PHCI 活動の一環としてコミュニティが主体となって建設された浄水施設、トイレ、統合保健ポスト等を視察した。

#### (3) 質問票調査

州・県政府関係者（保健局、地域開発計画局等）、専門家、プロジェクトの現地スタッフ、

FCを対象に質問票を作成・配布し、その回答を集計・分析した。使用した質問票は付属資料4のとおり。

(4) インタビュー調査

州・県政府関係者、郡・村レベルに設置した保健チーム（PHCI チーム）代表者、専門家、プロジェクトの現地スタッフ、FCを対象にインタビューを実施した。主なインタビュー項目は付属資料4のとおり。

## 第4章 計画達成度

### 4-1 投入実績<sup>8</sup>

日本側、インドネシア側からの投入はおおむね計画通り実施され、成果の発現に貢献している。詳細は付属資料1（ANNEX1）参照。

#### 4-1-1 日本側の主な投入

##### (1) 短期専門家派遣

72.33MM<sup>9</sup>

表4-1 短期専門家派遣実績

	担当	MM
1	総括/保健開発計画	20.27
2	副総括/地域開発（1）/マイクロ・プランニング（1）	6.17
3	コミュニティの PHCI 状況とプロジェクトへの参加状況把握分析	17.37
4	地域開発（2）/マイクロ・プランニング（2）	7.83
5	コミュニティエンパワメント/マイクロ・プランニング（3）	7.77
6	公衆衛生/プライマリ・ヘルス・ケア（2）	3.80
7	ベースライン・エンドライン調査運営実施監理	2.67
8	エンドライン調査分析	2.47
9	公衆衛生/プライマリ・ヘルス・ケア（1）	2.00
10	地域保健行政/公衆衛生/プライマリ・ヘルス・ケア（3）	1.80
	計	72.33

##### (2) 供与機材

2,048 千円（パソコン、プリンター、コピー機等）

##### (3) 現地活動費

39,075 千円

##### (4) PHCI 活動資金（ブロック・グラント）<sup>10</sup>

65,941 千円

<sup>8</sup> 投入は、2009年3月までの実績と2009年4月以降の計画額の合計。

<sup>9</sup> 人月。

<sup>10</sup> コミュニティが PHCI 活動を実施する活動資金は日本側から供与した。なお、実際の活動には当該資金に加え、コミュニティの自己資金（寄付金等）も活用された。

(5) 現地コンサルタント (FC)  
13名×28.5MM=370.5MM

(6) 本邦研修受入れ  
12名

#### 4-1-2 インドネシア側の主な投入

##### (1) カウンターパート配置

###### 1) 州レベルのカウンターパート

- ・プロジェクト・マネジャー (州保健局長)
- ・ファシリテーター研修修了者 6名 (州保健局)

###### 2) 県レベルのカウンターパート

- ・県実施チーム (KIT) : バルー県 7名、ブルクンバ県 17名、ワジョ県 10名 (メンバーは県保健局、県地域開発計画庁、保健所等のスタッフ)

##### (2) 土地・施設提供

- ・プロジェクト事務所 (州保健局内、各県保健局内)

##### (3) プロジェクトに関する運営経費<sup>11</sup>

781,356,500 ルピア

#### 4-2 活動実績

プロジェクト活動は PDM に沿っておおむね計画通りに実施されている。これまで実施された主な活動は「4-3」に成果ごとに示す。

#### 4-3 成果の達成状況

- 成果 1. コミュニティ指向の保健活動が住民参加を伴って実施される。
- 成果 2. 郡及び村落 PHCI チームに対する保健所 (Puskesmas) の支援が向上する。
- 成果 3. プロジェクト対象県の PHCI 活動実施能力が向上する。
- 成果 4. モデル事業を円滑に導入・拡大するための州政府の能力が向上する。

本プロジェクトでは上記のとおり、コミュニティ、保健所、県政府、州政府の各層の関係者の能力強化を達成すべき成果として設定している。これらの成果はおおむね順調に発現していると評価される。各成果ごとの達成状況は以下のとおり。

(1) 成果 1 : コミュニティ指向の保健活動が住民参加を伴って実施される。

【指標 1】 コミュニティが参加型プロセスによって策定したプロポーザル数

【指標 2】 提案された活動のうち実施された活動数

【指標 3】 コミュニティによる自己資金 (寄付金=Swadaya) 動員額の増加

<sup>11</sup> モニタリング経費、研修経費の一部負担等を含む。

以下の活動を通じて、コミュニティの能力が強化され、コミュニティが主体的となって地域の保健衛生環境改善につながる活動（PHCI 活動）が計画・実施された。

#### 1) コミュニティの組織化

対象地域のすべての郡と村に、住民代表、宗教指導者、保健所職員、郡・村役場職員など、地域の保健関係者をメンバーとする保健チーム（PHCI チーム）が設立された。設立された PHCI チーム数は以下のとおり。

表 4-2 設立された PHCI チーム数

	郡 PHCI チーム数	村 PHCI チーム数	計
バルー県	3	27	30
ブルクンバ県	4	52	56
ワジョ県	4	45	49
計	11	124	135

#### 2) PHCI チームのメンバーに対する能力強化研修

PHCI チームのメンバーを対象とした表 4-3 の研修が実施され、PHCI 活動を実施する能力が強化された。

表 4-3 PHCI チームのメンバーを対象とした研修実績

時期	研修名称	参加者
2007年7月	第1回 PHCI 計画・プロポーザル作成研修	PHCI チームメンバー：計 270 名
2007年9月	第1回会計管理研修	PHCI チーム代表、会計、監査役：計 227 名
2008年6月	第2回 PHCI 計画・プロポーザル作成研修	PHCI チームメンバー：計 512 名
2008年8月	第2回会計管理研修	PHCI チーム代表、会計、監査役：計 399 名
2009年5-6月	第3回 PHCI 計画・プロポーザル作成研修	PHCI チームメンバー：計 534 名
2009年6月	第3回会計管理研修	PHCI チーム代表、会計、監査役：計 524 名

#### 3) コミュニティ主体の PHCI 活動サイクルの実施（指標 1、2）

郡・村において PHCI チームが中心となって、計画・実施・評価の各段階から構成される PHCI 活動が 3 サイクル実施された。各サイクルの実施手順は「2-3」の図 2-1 を参照のこと。各サイクルの実施期間、提案・実施された活動数は表 4-4、実施された PHCI 活動の分類は表 4-5 のとおり。第 1 サイクル、第 2 サイクルにおいては提案された活動はすべて実施された。



表 4-4 提案・実施された PHCI 活動数

	実施期間	提案・実施された活動数	PHCI チーム当たり活動数
第 1 サイクル <sup>12</sup>	2007 年 9-12 月	320	4.3
第 2 サイクル	2008 年 7-12 月	526	3.9
第 3 サイクル <sup>13</sup>	2009 年 7-12 月	501	3.7

表 4-5 提案・実施された活動の分類

分類	具体的な活動例	第 1 サイクルにおける割合 (%)	第 2 サイクルにおける割合 (%)	第 3 サイクルにおける割合 (%) <sup>14</sup>
水・衛生	トイレ設置、水道タンク改修、浄水設備・下水処理施設の設置	29	39	38
統合保健ポスト (Posyandu)	Posyandu 建設・改修、備品購入、保健ボランティア研修	28	27	23
保健衛生啓発	健康生活講習会	11	12	15
感染症予防	蚊発生場所モニタリング研修	7	6	6
学校保健	小学生歯磨きコンテスト	7	5	5
栄養	栄養バランスの良い食事のための料理教室	10	4	5
母子保健	母子保健講習会	6	3	4
その他	婦人会 (PKK) との協働イベント開催	2	4	4
計		100	100	100

PHCI チーム当たりの活動数はサイクルを経るごとに減少しているが、これは各チームが PHCI 活動の経験を積んだ結果、活動内容を精査し、優先度を付けて取り組むようになった結果であるといえる。活動の種類については、「水と衛生」「統合保健ポスト」「保健衛生啓発」に集中する傾向がみられ、特に「水と衛生」と「統合保健ポスト」で 6 割前後を占めている。

#### 4) PHCI 活動への地域住民の積極的な参加と自己資金の動員 (指標 3)

PHCI 活動サイクルの実施は、研修を受講した PHCI チームメンバーが中心となったが、その他の地域住民も積極的に参加した。エンドライン調査<sup>15</sup>では、対象地域の全住民の 14% が PHCI 活動に参加したことが報告されている。PHCI 活動の経験を積み、地域住民がその有効性を理解するにつれ、コミュニティによる自己資金 (地域住民からの寄付金 = Swadaya)

<sup>12</sup> 第 1 サイクルは、6 郡 68 村の 74 の PHCI チームが参加。5 郡 56 村が対象地域に追加された第 2 サイクル以降は 135 チームとなった。

<sup>13</sup> 第 3 サイクルは、提案された活動数

<sup>14</sup> 第 3 サイクルは、提案された活動における割合

<sup>15</sup> エンドライン調査は、2009 年 5~11 月にプロジェクト・チームにより実施された。

の動員額も大幅に増加している。各サイクルの PHCI 活動資金における日本側からのブロック・グラント供与額とコミュニティの自己資金額の内訳及び自己資金額の推移は、表 4-6、図 4-1 のとおり。

表 4-6 PHCI 活動経費の資金内訳

	日本からのブロック・グラント 供与額 (千ルピア)	自己資金 (Swadaya) の額 (千ルピア)	PHCI チーム当たりの自己資金の額 (千ルピア)	自己資金が PHCI 活動費に占める割合 (%)
第 1 サイクル	1,030,979	77,441	1,047	7.0
第 2 サイクル	2,035,176	286,033	2,119	12.3
第 3 サイクル <sup>16</sup>	2,043,232	740,880	5,488	26.6

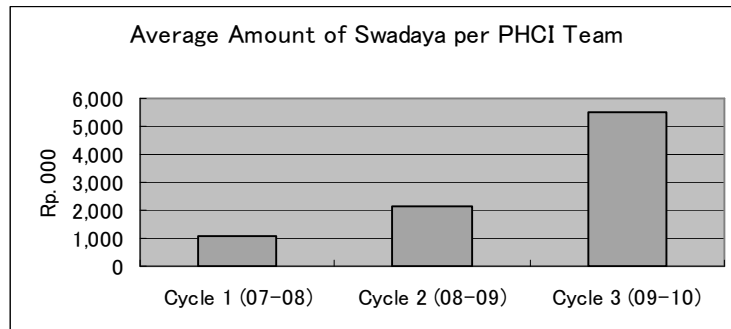


図 4-1 PHCI 活動経費のうち自己資金 (Swadaya) 額の推移

(2) 成果 2 : 郡及び村落 PHCI チームに対する保健所 (Puskesmas) の支援が向上する。

【指標 1】保健所スタッフをメンバーに含む PHCI チーム数

保健所がコミュニティのニーズを理解するようになり、コミュニティとの協働の機会が増加した。また、保健所がコミュニティの PHCI 活動を支援する能力が強化された。

1) 保健所によるコミュニティへの支援 (指標 1)

対象地域の全郡 PHCI チーム (11) と 67% の村 PHCI チーム (77/124) に保健所職員がメンバーとして参加し、保健に関する専門的知識を活かして PHCI 活動の計画・実施を技術的に支援した。エンドライン調査の結果、多くの住民が保健所との協働の機会が増えたと感じていることが明らかとなった。

2) 保健所職員を対象とした能力強化研修の実施

2009 年 5 月に実施した第 3 回アクションプラン事業実施監理研修 (TOT)<sup>17</sup> に 56 名の保健所職員が参加し、コミュニティの PHCI 活動を助言指導する PHCI 活動ファシリテータ

<sup>16</sup> 第 3 サイクルの Swadaya の額は計画額 (提案書ベース)。

<sup>17</sup> PHCI チームメンバーを対象とした PHCI 計画・プロポーザル作成研修、会計管理研修の研修講師育成を目的とした研修。第 1 回、第 2 回は KIT メンバーを対象としたが、第 3 回では KIT メンバー以外の保健所職員も対象として実施された。

ーに認定された。

(3) 成果3：プロジェクト対象県の PHCI 活動実施能力が向上する。

【指標1】 ガイドラインと研修マニュアルの開発

【指標2】 県レベルで実施された啓発ワークショップの数

【指標3】 PHCI 活動ファシリテーターに認定された県保健局職員の数

【指標4】 PHCI 活動に対するモニタリング・評価の実施回数

以下の活動を通じて、KIT がコミュニティの PHCI 活動を支援する能力が強化された。PHCI チームメンバーに対する研修実施、PHCI 活動のモニタリング等の支援活動について、当初は FC に依存する部分が多かったが、KIT メンバーが自立的に実施できる支援活動の範囲が広がりつつある。

1) 県実施チーム (KIT) の設置

対象各県に、県保健局、県地域開発計画庁 (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Regional Development Planning Board) : BAPPEDA)、保健所の職員を主たるメンバーとする県実施チーム (KIT) が設置された。KIT の主な機能は、コミュニティに対する研修の実施、コミュニティからの提案書や報告書の承認、PHCI 活動のモニタリング、コミュニティに対する助言・指導である。

2) 県政府職員を対象とした能力強化研修の実施 (指標3)

主に KIT メンバーを対象として、以下の能力強化研修が実施された。

表4-7 KIT を対象とした能力強化研修の実績

時期	研修の名称	講師	参加者
2007年7月	第1回アクションプラン事業実施管理研修 (TOT)	専門家	県保健局、県 BAPPEDA 計 23 名
2008年5月	第2回アクションプラン事業実施管理研修 (TOT)	専門家及び以前の研修参加者	県保健局、県 BAPPEDA 計 33 名
2009年5月	第3回アクションプラン事業実施管理研修 (TOT)	専門家及び以前の研修参加者	県保健局・県 BAPPEDA 12 名、保健所職員 56 名、郡関係者 10 名 計 78 名

3回の研修の結果、KIT メンバーを含む36名の県職員が PHCI 活動 FC に認定された。FC による KIT に対する技術支援は段階的に減少され、第3サイクルの PHCI 活動では、各県の対象郡のうち1郡については FC なしで KIT が自立的に PHCI 活動に対する支援を行う取り組みが行われた。

3) マニュアルとガイドラインの開発 (指標1)

以下のマニュアル、ガイドライン等が開発された。

① Planning Module

② Guideline for Implementation

③ Supplement Guideline for Implementation (District Edition)

④ Case Study Book on Good Practices of PHCI Activities (District Edition)

①、②は日本人専門家チームと州が共同開発した。③、④は各県の KIT が中心となって開発したものであり、第 2 サイクルから使用されている。③は各県の実施上の留意点をまとめたものであり、④は PHCI 活動の好事例を集めたものになっている。これらのマニュアル、ガイドラインは各サイクルの PHCI 活動のレビュー結果に基づいて改訂されている。

4) 啓発ワークショップ、成果発表セミナーの実施 (指標 2)

郡・村レベルでのプロジェクト活動開始にあたって、各県の KIT が中心となって以下の啓発ワークショップ<sup>18</sup>が実施された。

表 4-8 KIT による啓発ワークショップの実績

時期	ワークショップの名称	参加者
2007 年 5-6 月	第 1 回啓発ワークショップ	第 1 サイクルから活動を開始した 6 郡の郡・村の関係者 (参加者数不明)
2008 年 5 月	第 2 回啓発ワークショップ	第 2 サイクルから活動を開始した 5 郡の郡・村の関係者 計 305 名

また、各県の KIT は、第 2 サイクル、第 3 サイクルの終了時に、県レベルで郡・村が PHCI 活動の成果を共有する成果発表セミナーを実施した。実績は以下のとおり。

表 4-9 県レベルの成果発表セミナーの実績

時期	セミナー名称	参加者	参加人数 (3 県合計)
2009 年 2 月	第 2 サイクル成果発表セミナー	PHCI チームのメンバー、県政府関係者、対象県に	607 名
2010 年 2 月	第 3 サイクル成果発表セミナー	派遣中の青年海外協力隊員等	694 名

5) モニタリングの実施 (指標 4)

各県の KIT が郡・村レベルの PHCI 活動をモニタリングした実績は以下のとおり。

<sup>18</sup> インドネシアでは、関係者の意識向上を目的とした会合を一般的にソーシャリゼーション (socialization) と呼ぶが、本報告書では啓発ワークショップと記載する。

表 4-10 KIT によるモニタリング回数（プロジェクト期間中の実績）

県	モニタリング 実施回数	モニタリング活動の主な内容
バルー	26 回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ PHCI 活動の計画作成プロセスに対する支援</li> <li>・ リソース・パーソンとしての PHCI 活動への参加</li> <li>・ 郡・村レベルの会合への参加 等</li> </ul>
ブルクンバ	36 回	
ワジョ	46 回	

（4）成果 4：モデル事業を円滑に導入・拡大するための州政府の能力が向上する。

【指標 1】州保健局によるモニタリング・評価の実施回数・頻度

【指標 2】経験共有・普及展開に関するワークショップ等の開催回数

【指標 3】州保健局による州政府・中央政府へのプロジェクト活動促進の働きかけ

州保健局はプロジェクト活動のモニタリング、モデルの普及に向けた各種啓発活動の実施に取り組んでいるが、モデルの普及展開に関する具体的な計画の策定には至っていない。

1) 州保健局によるモニタリング活動（指標 1）

州保健局は、各サイクルの開始時に実施されるキック・オフ会合、各サイクルの終了時に実施される成果発表セミナー、JCC・SC 等の会合の場を利用してプロジェクト活動をモニタリングしてきた。それ以外のモニタリング活動はほとんど実施されていなかったが、2009 年 2 月に実施された中間レビュー以降は、州保健局職員が各県のプロジェクト活動現場の視察を行う機会も徐々にみられるようになってきている。

2) 州政府による啓発活動（指標 2、3）

以下の啓発活動が、州保健局と対象県保健局との共同で実施された。

表 4-11 州政府による啓発活動の実績

時期	啓発活動	参加者
2008 年 2 月	第 1 サイクル成果発表セミナー（州レベル）	PHCI チーム代表、非対象県代表者 計 380 名
2009 年 2 月	第 2 サイクル成果発表セミナー（州レベル）	PHCI チーム代表、非対象県代表者 計 240 名
2009 年 9 月	非対象県対象啓発ワークショップ	非対象 16 県代表者（保健局、 BAPPEDA）計 18 名
2009 年 10 月	非対象県向けスタディツアー	非対象 18 県代表者 計 70 名

また、州保健局は、2009 年 11 月に実施された保健省主催のヘルス・プロモーション全国大会においてプロジェクトの活動をモデルとして紹介した。しかし、州保健局のイニシアティブによるモデルの非対象県への拡大に関する具体的な計画策定の動きはみられない。

#### 4-4 プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト対象県においてコミュニティ指向の健康増進モデルが構築される。

【指標 1】モデルを県政府事業として実施するための政治的コミットメントと予算措置

【指標 2】モデルの利用可能性（ガイドラインの開発等）

【指標 3】コミュニティが PHCI 活動を継続実施する意思

対象地域において、コミュニティが主体となって実施する PHCI 活動を通じて地域の保健衛生環境を改善し、健康を増進するモデルが構築された。モデルを継続的に実施していくためのマニュアル・ガイドラインが整備され、研修と実践を通じてコミュニティ、保健所、県政府職員の能力が強化されている（指標 2）。特にコミュニティレベルでは、PHCI 活動に参加することによって、地域住民の保健衛生環境に対する知識・態度・行動に変容が起きており、活動の中核を担ってきた PHCI チームのメンバーは、活動を継続することに強い意欲を示している（指標 3）。対象県政府はモデルの有効性を理解しており、KIT による県知事へのプロジェクトの成果説明や県内の非対象郡関係者を対象とした啓発ワークショップの実施等、モデルの実践を持続・拡大するための取り組みを開始している。また、日本側が投入した PHCI 活動資金（ブロック・グラント）を、協力期間終了後も継続的に確保するための方策に関する議論も始まっており、村交付金（Alokasi Dana Desa（Village Budget Allocation）：ADD）<sup>19</sup>の活用等の具体的な案が県政府で検討されている。

以上から、プロジェクト目標は協力期間中に達成されるといえる。

#### 4-5 上位目標の達成状況

対象県保健関係者のプライマリ・ヘルス・ケアの管理運営能力が向上する。

【指標 1】下痢、デング熱の罹患率の低下

【指標 2】モデルを実践する村の数の増加

プロジェクト活動を通じて、対象地域の保健関係者が PHCI 活動を実施・支援する能力が強化された。県保健局はコミュニティの主体的な PHCI 活動を支援することを通じて、コミュニティの潜在力に気づき、コミュニティのニーズに対応した保健行政サービスを提供する重要性を認識するようになってきている。また、コミュニティと保健所、県保健局の間のコミュニケーションが強化され、コミュニティと地方保健行政が相互の信頼に基づいて協働して地域のプライマリ・ヘルス・ケア向上に取り組む基盤が整備されつつある。その結果、一部の対象地域では、プロジェクトを通じた協働の結果、清潔な水へのアクセス、デング熱症例等の保健関連指標の改善が報告されており、モデルの継続的な実践が保健指標の改善につながる可能性を示している（指標 1）。モデルの有効性を理解した県政府は、県内の非対象郡への普及に関する取り組みも開始している（指標 2）。

今後、プロジェクトで構築されたコミュニティと地方保健行政が協働するモデルが地方行政システムに内部化されることで持続性が確保され、研修と実践を通じた関係者の能力強化が継続されれば、上位目標が達成される可能性は十分にあるといえる。

<sup>19</sup> 県から村に配分される交付金で、用途は基本的には村が決定する。

## 第5章 終了時評価結果

### 5-1 評価5項目による評価

評価5項目による評価結果は以下のとおりである。

#### 5-1-1 妥当性

以下の理由により、本プロジェクトの妥当性は高いと評価される。

##### (1) インドネシアの地方分権化政策・開発政策との整合性

インドネシア政府は、2001年の地方自治法（1999年法律第22号）と中央・地方財政均衡法（同年法律第25号）の施行以降、急速に地方分権化を進め、2004年には改定地方自治法（2004年法律第32号）と国家開発計画法（同年法律第25号）を制定し、効果的な地方分権システムの実現に向けた努力を継続している。これらの法律は、地方開発における地方政府の責任と権限を強化するとともに、開発計画策定におけるコミュニティ参加とボトムアップ・アプローチを重視しており、各セクター、各地域の開発計画においても、ボトムアップ・アプローチの実践が優先課題となっている。本プロジェクトは地方政府を協力対象として、住民参加によるボトムアップ型開発の実践モデル構築をめざすものであり、インドネシアの地方分権化政策、開発政策に合致している。

##### (2) インドネシアの国家保健政策との整合性

1999年に打ち出された“Healthy Indonesia 2010”では、「コミュニティの能力強化を通じた健康環境、行動の変革」が重要な戦略の一つとなっている。また、“Strategic Plan of the Ministry of Health 2005-2009”では、「健康的な生活のための社会的取り組みと住民の能力強化」に戦略的に取り組むため、コミュニティの能力強化を通じて地域保健サービスの改善を図るアプローチを採用した「Desa Siaga Program」の推進が最優先課題に位置づけられている。したがって、コミュニティ参加による保健衛生環境改善モデルの構築をめざす本プロジェクトは、インドネシア国家保健政策と合致している。

##### (3) 日本の援助政策との整合性

本プロジェクトは、対インドネシア国別援助計画における重点分野「民主的で公正な社会造り」における開発課題「貧困削減」に対応する協力プログラム「南スラウェシ州地域開発プログラム」に位置づけられる。同プログラムは、「地域の発展を牽引する都市部の開発」「地域部のバランスの取れた開発」「社会開発の推進」を3つの柱として包括的な地域開発を支援し、南スラウェシ州における貧困削減を促進するとともに、将来的にはその成果を東北インドネシア地域（スラウェシ地域の6州とマルク地域の2州）に波及させていくことを目的としている。本プロジェクトは同プログラムの第3の柱「社会開発の推進」に対応する中核的な協力である。

#### 5-1-2 有効性

以下の理由により、本プロジェクトの有効性は高いと評価される。

#### (1) プロジェクト目標の達成状況

「4-4」に既述のとおり、プロジェクト目標は協力期間中に達成される見込である。PHCI 活動の実践に関するマニュアル・ガイドラインが整備され、対象県の関係者が PHCI 活動を実施・支援する能力が強化された。対象県の政府はモデルの有効性を理解しており、PHCI 活動の持続、拡大のための取り組みを開始している。また、PHCI 活動の実践を通じて、地域住民の保健衛生環境に対する知識・態度・行動に変容が起きており、コミュニティは、PHCI 活動を継続する強い意欲を示している。

#### (2) 成果とプロジェクト目標の因果関係

本プロジェクトは、コミュニティ、保健所、県政府、州政府のそれぞれのレベルの地域保健関係者の能力強化を成果に設定した。このように関係者に複層的にアプローチしたことで、コミュニティが地方行政の支援を得ながら主体的に地域の保健衛生環境改善に取り組むモデルの構築が可能となった。

### 5-1-3 効率性

以下の理由により、本プロジェクトの効率性はやや高いと評価される。

#### (1) 日本人専門家の投入の適切性

本プロジェクトは、日本人の長期専門家を配置せず、コンサルタントの短期派遣を繰り返す専門家派遣形態をとったが、派遣された日本人専門家の人数、専門性はおおむね適切であったといえる。専門家チームには高いインドネシア語能力を有する人材や、インドネシアの保健セクターに豊富な経験をもつ人材が含まれており、その特性・専門性を十分に発揮して成果の発現に貢献した。一方で、当該専門家派遣形態では日本人専門家による継続的できめ細かな技術支援が困難であった面もあり、プロジェクトの主要なカウンターパートである州政府の主体的な関与が必ずしも十分ではなく、州政府によるモデルの普及展開に関する具体的な計画策定が進んでいない一因になった可能性も指摘される。

#### (2) 日本側からのブロック・グラント投入の適切性

本プロジェクトの中心的な活動であるコミュニティが主体的に実施する PHCI 活動の資金は日本側から投入された。これによって、コミュニティは確実に PHCI 活動を実践する機会を保障され、実践を通じてその有効性を実証できた点で有効な投入であったといえる。しかし一方で、協力期間終了後の当該資金の財源が課題として残されている。また、日本人専門家チームから直接郡・村の PHCI チームの口座に送金する形で PHCI 活動資金が配布され、会計報告・活動報告も各 PHCI チームから専門家チームに対して行われてきたため、県・郡・村の政府は PHCI 活動資金の予算管理を経験していない。現在、対象県政府においては、継続的な資金確保の方策に関する議論が始まっており、既存の開発予算である ADD の活用等が検討されているが、予算管理の具体的な方法についてもあわせて検討していく必要がある。



### (3) 現地人材の活用

本プロジェクトは現地の人材を効果的に活用することで効率的に運営管理・技術支援を行ってきた。日本側の投入として雇用した13名の現地コンサルタント（FC）は、県保健行政の経験不足、人材不足を補ってPHCI活動のモニタリングやPHCIチームへの助言を行うために頻繁に対象地域を訪問し、日本人専門家にプロジェクトの進捗状況を逐次報告した。また、プロジェクト事務所に有能な現地スタッフを常駐させることで、日本人専門家が不在の期間でも関係者に助言指導を行うことが可能となり、日本人専門家が限られた現地活動期間を有効に活用して、効率的にプロジェクトを運営することが可能になった。

### (4) 他の技術協力案件の経験の活用

本プロジェクトの計画及び実施には、同様のコミュニティ参加型のボトムアップ・アプローチを採用してインドネシアで実施された教育分野の技術協力プロジェクト「地方教育行政改善計画（Regional Education Development and Improvement Program : REDIP）」<sup>20</sup>の経験が活用された。ブロック・グラント供与、コミュニティの組織化等、プロジェクトの基本的コンセプトは、REDIPの経験に基づいている。マニュアル、ガイドラインもREDIPのものを基本として作成された。また、関係者の能力強化の一環として、REDIP対象地域（北スラウェシ州ビトン市）へのスタディツアーも実施された。このように他案件の経験や成果を積極的に活用することで、プロジェクトを効率的に計画・実施することが可能となった。

### (5) 協力期間

プロジェクト活動を通じてコミュニティが地方行政の支援を得てPHCI活動を実施するモデルが構築されたものの、その持続性、汎用性を真に確立するためには、3年間の協力期間は不十分であり、日本側による継続的な技術支援が必要であるとのコメントが関係者から聞かれた。

## 5-1-4 インパクト

以下のとおり、正のインパクトが確認された。

### (1) 地域の保健衛生環境に関する住民の知識・態度・行動の変容

エンドライン調査及び本調査でのインタビューの結果、地域の保健衛生環境問題に関する住民の知識、態度、行動に改善が確認された。具体的な改善例は以下のとおり。

- ・病気の予防、栄養問題、下水処理、家族計画等の保健衛生環境課題に関する知識をもつ住民が増えた。
- ・家族と健康問題に関して話し合う機会をもつ住民が増えた。
- ・トイレを設置する家庭が増えた。
- ・保健サービスを受けるために保健所、統合保健ポストに行く住民が増えた。
- ・自宅周辺の環境を清潔に保つ住民が増えた。

<sup>20</sup> 開発調査「地域教育開発支援調査」「地域教育開発支援調査フェーズ2」の成果を踏まえて、2004年9月から2008年9月まで実施された。

## (2) 保健所のサービスの改善

プロジェクト活動の結果、地域住民に対する保健所のサービスが改善したという事例が複数報告された。例えば、保健所が主催する保健セミナーについて、以前は開催時期や取り扱うテーマを保健所が一方的に企画していたため、コミュニティのニーズとセミナーのテーマに乖離が生じ、参加者がほとんど集まらないような事態が多く発生していた。しかし、プロジェクト活動を通してコミュニティと保健所のコミュニケーションが促進されたことで、保健所が事前にコミュニティのニーズや課題を理解する努力をするようになり、その結果、コミュニティのニーズに対応するテーマが設定されるようになったことで、セミナーの参加者数も増え、効果的なセミナーが実施されるようになっている。

## (3) 保健所、統合保健ポストの表彰

2009年南スラウェシ州最優秀保健所・統合保健ポストコンテストで、ワジョ県タナシトロ郡保健所と同郡ネポ村の統合保健ポストが最優秀賞を受賞した。ブルクンバ島のイオンロン村の統合保健ポストも第3位に入った。これらの保健所と統合保健ポストは、本プロジェクトの対象地域の中でも特に活発にPHCI活動を実施してきた地域にある。コンテストでは、コミュニティと地方行政が協働して地域の保健衛生環境問題に対応する独創的な活動を推進してきたことが評価された。

## (4) 保健関連指標の改善

対象地域の一部では、清潔な水へのアクセス、家庭のトイレ設置率、デング熱症例等の保健関連指標の改善が報告されている。

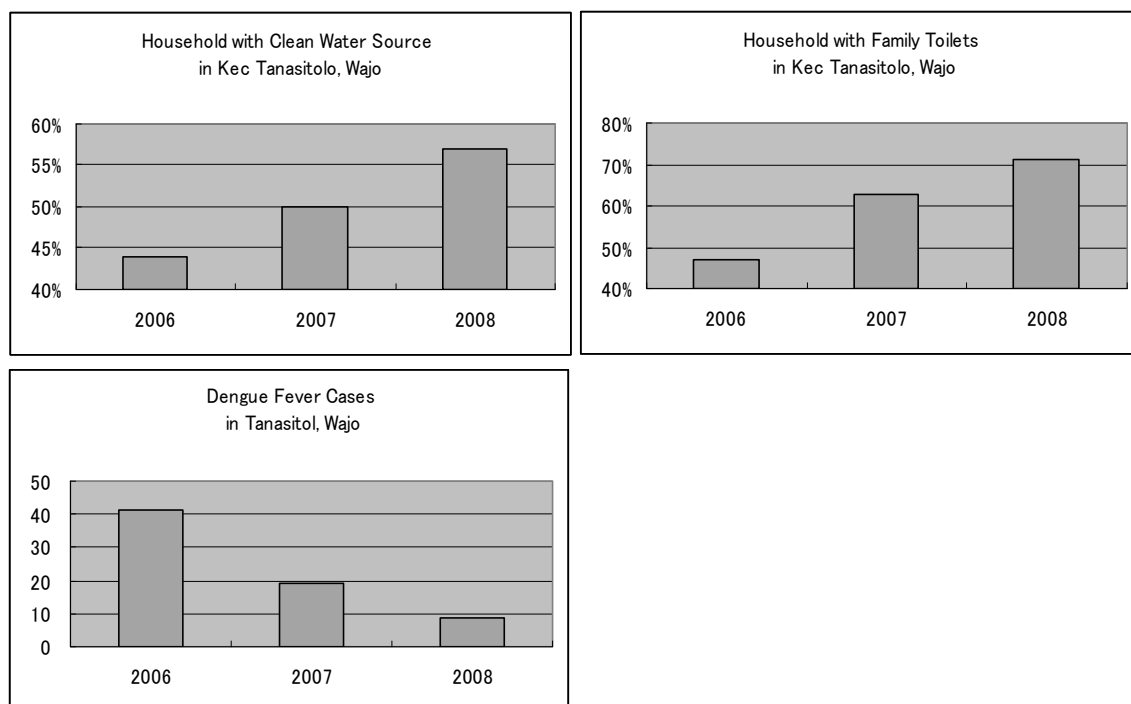


図4-2 対象地域における保健関連指標の改善事例

#### 5-1-5 自立発展性

以下の理由により、本プロジェクトの自立発展性は中程度と評価される。特に財政面及び技術面には課題も残されており、関係者は課題の解決に向けて取り組んでいる。

##### (1) 政策面

本プロジェクトは、インドネシア政府が取り組んでいる地方分権化における住民参加、ボトムアップ・アプローチによる開発推進の流れに合致しており、政策面の継続的な支援が期待される。プロジェクトの有効性を認識した県政府は、PHCI 活動を県内で持続・拡大して実施するための具体的な取り組みを開始している。州政府も、モデル普及のための啓発活動に取り組んでいるが、州内の他県・市への具体的な普及計画の策定は進んでいない。

##### (2) 制度面

対象県では、本プロジェクトで構築されたモデルを既存の地方行政システムに内部化するための検討が開始されている。具体的には、“Desa Siaga Program”や開発計画協議(Musrenbang)<sup>21</sup>プロセスに取り込む可能性が議論されている。

##### (3) 組織・財政面

対象県に設置された KIT は協力期間終了後も組織を維持し、PHCI 活動に対する支援を継続する意思を表明している。また、郡・村レベルでは、組織された PHCI チームが、協力期間終了後も PHCI 活動を継続実施する強い意欲を示している。

##### (4) 財政面

本プロジェクトでは、コミュニティが実施する PHCI 活動の資金は、地域住民による寄付金(Swadaya)を除くと日本側が全額をブロック・グラントとして投入してきたため<sup>22</sup>、協力期間終了後の当該資金の財源確保が財政面の大きな課題となっている。また、PHCI 活動資金は日本人専門家チームが管理してきたため、県・郡・村の政府は同資金の予算管理を経験していない。現在、財源確保の方策について関係者による検討が開始されており、村レベルの財源としては既存の開発予算である ADD が有力な候補に挙げられている。既に一部の村では、村長の判断によって PHCI 活動に ADD を活用した実績もあり、同予算の活用は現実的な案であるといえる。郡レベルの財源としては、保健所が有する地域保健に関連する予算が候補に挙げられているが、金額的に不十分な可能性が指摘されている。今後は、こうした財源の検討をさらに具体化させていくと同時に、その予算管理の方法についても考えていく必要がある。

<sup>21</sup> 開発計画をボトムアップで作成するために開催される行政機関と関係者（住民代表、学術関係者、NGO 代表者、地方開発に関係する民間企業代表等）による会議。村、郡、県・市、州、中央の各レベルで実施される。

<sup>22</sup> 第3サイクル日本側投入実績額：総額約 20 億 4300 万ルピア、1PHCI チーム当たり 1500 万ルピア。

## (5) 技術面

郡・村レベルの PHCI チームは、3 サイクル<sup>23</sup>の研修と実践を経験したことを通じて、今後 PHCI 活動を自立的に継続していく能力が備わっていると判断される。

一方、コミュニティの主体的な PHCI 活動を支援する県政府（KIT）と保健所の能力はまだ開発途上にある。コミュニティに対する支援業務の大部分を FC に依存していた協力開始当初と比較すると、県政府、保健所の能力は確実に向上しているものの、自立的にそれぞれに期待される機能を十分果たせるレベルに到達して、モデルの自立発展性を担保するには継続的な能力強化が必要であろう。

## 5-2 貢献要因と阻害要因の検証

### 5-2-1 効果発現に貢献した要因

#### (1) モデルのシンプルさ

コミュニティが活動主体となることを考慮して、PHCI 活動のサイクルは可能な限り実施が容易になるように設計された。マニュアルやガイドライン、活動報告や会計報告の様式も簡単で理解しやすいものになるよう工夫されている。こうしたモデルのシンプルさがコミュニティによる主体的な PHCI 活動実施を容易にし、地域の住民の参加を促進した。

#### (2) 研修と実践の組み合わせによる関係者の能力強化

本プロジェクトでは研修と実践を組み合わせ、PHCI 活動を主体的に実施するコミュニティと、それを支援する保健所・地方行政関係者の能力強化に取り組んだ。特に実践を重視するアプローチは、関係者に対して繰り返し研修が実施されるものの、研修で学んだことの実践に対する技術的・財政的支援が十分でなく、現場での成果発現につながらないコミュニティ開発型プロジェクトを少なからず経験してきた地方行政とコミュニティの双方から高く評価された。本プロジェクトでは、日本側投入として PHCI 活動を実施する資金を確保し、PHCI 活動の実施段階においても FC を活用したきめ細かな技術支援を提供することで、関係者が研修で学んだことを確実に実践する機会を担保した。その結果、関係者の能力強化が促進され、現場でのインパクトの発現につながった。

#### (3) 資金管理の透明性

PHCI 活動では資金管理の透明性が厳格に求められている。PHCI 活動資金となるブロック・グラントが入金される銀行口座は PHCI チームのメンバー2名で管理することになっており、資金の用途は、村の掲示板等に公開されている。各サイクルについて会計報告書が作成され、PHCI チーム内外の監査役が監査する仕組みも規定されている。こうした透明性の確保により、PHCI 活動に対するコミュニティの満足度、参加意欲が高いものとなっている。

#### (4) コミュニティ自身によるモニタリング・評価

コミュニティが主体となって実施する PHCI 活動のサイクルの中には、コミュニティ自

<sup>23</sup> 対象地域の 11 郡 124 村のうち、第 2 サイクルから対象地域となった 5 郡・56 村は 2 サイクルのみ経験。

身よる活動モニタリング・評価も含まれている。これによりコミュニティが、PHCI 活動の成果として地域の保健衛生環境の改善や住民の行動変容を実感し、地域の保健開発の担い手としての自らの潜在力に気づいて、活動に対するモチベーションを一層高めることとなった。

(5) 郡レベルでのコミュニケーション・フォーラムの実施

第3 サイクルから郡 PHCI チームは毎月コミュニケーション・フォーラムを開催するようになった。同フォーラムには、村 PHCI チーム代表、郡役場職員、保健所職員が参加しており、関係者間の経験共有、情報交換の促進に寄与している。

(6) 技術交換事業の実施

PHCI チーム間の相互の学びの機会として、2 回の技術交換事業が表 5-1 のとおり実施された。これは PHCI チームのメンバーが他県の PHCI チームの活動を現地視察するもので、関係者間の経験共有、情報交換を促進し、人的ネットワークを構築することに貢献した。

表 5-1 技術交換事業の実績

月日	視察側	受入れ側	視察した主な活動
第 1 回技術交換事業 (2007 年)			
11 月 13 日	ブルクンバ県 35 名	ワジョ県	・ 歯磨きキャンペーン ・ トイレ建設
11 月 15 日	バルー県 37 名 ワジョ県 77 名	ブルクンバ県	・ 生ゴミからの堆肥製作 ・ 保健ボランティアコンテスト
第 2 回技術交換事業 (2008 年)			
11 月 14-15 日	ワジョ県 74 名	バルー県	・ 血液検査 ・ トイレ建設
11 月 21-22 日	ワジョ県 49 名	ブルクンバ県	・ 浄水施設建設
11 月 23-24 日	ブルクンバ県 32 名	バルー県	・ 保健所の視察 ・ 水タンク設置
11 月 28-29 日	バルー県 78 名	ワジョ県	・ 統合保健ポストでの活動 ・ 井戸設置
11 月 30 日 - 12 月 1 日	ブルクンバ県 47 名	ワジョ県	・ トイレ建設 ・ 井戸設置

5-2-2 問題点と問題点を惹起した要因

(1) 対象地域の地理的分布

プロジェクト事務所のあるマカッサル市からそれぞれの対象県までの距離、また、対象 3 県間の距離が遠い<sup>24</sup>。このため、プロジェクト活動の効率的なモニタリングが難しく、特に州政府によるモニタリング活動が十分に実施されない要因となった。

<sup>24</sup> 車移動による所要時間は、マカッサル～バルー：2～3 時間、マカッサル～ワジョ：4～5 時間、マカッサル～ブルクンバ：4～5 時間、ワジョ～ブルクンバ：5 時間。

## (2) モニタリングのための予算不足

州政府の予算不足が、州政府関係者によるモニタリング活動の実施を阻害した。

### 5-3 結 論

インドネシア政府は 2001 年以降、急速に地方分権化を進め、地方開発における地方政府の責任と権限を強化するとともに、各セクター、各地域の開発計画策定におけるコミュニティ参加とボトムアップの実践を重視している。地方政府を協力対象として、コミュニティ参加によるボトムアップ型開発の実践モデル構築をめざす本プロジェクトは、こうしたインドネシアの国家政策に合致しており、妥当性が高い。

ここまでプロジェクトは計画に沿っておおむね順調に進捗しており、期待された成果が発現している。対象県では、コミュニティ、保健所、地方行政の保健関係者の能力強化によって、コミュニティが主体となって PHCI 活動を継続的に実施する体制が整備されつつある。対象地域の一部では PHCI 活動の実践による保健関連指標の改善がみられ、コミュニティと地方行政の双方が当該モデルの有効性を認識している。こうしたことから、コミュニティが主体となって地域の保健衛生環境を改善し、住民の健康を増進するモデルの構築というプロジェクト目標は達成される見込みである。しかし、プロジェクトの自立発展性を確立するためには、コミュニティの PHCI 活動の資金源を確保するとともに、モデル自体を既存の地方行政システムに内部化していくことが必要である。また、コミュニティを制度面、技術面から支援する県政府、保健所のさらなる能力強化も課題である。

本プロジェクトを通じて、対象県では保健セクターにおけるコミュニティと地方行政の協働が促進された。こうしたコミュニティと地方行政の協働モデルは保健セクターだけでなく、他のセクターの行政サービス向上にも応用可能であり、他セクターの開発関係者とプロジェクトの経験、教訓を共有することは、南スラウェシ州のみならず、インドネシアのあらゆるセクター・地域の開発促進に有効であろう。

## 第6章 提言と教訓

### 6-1 提言

プロジェクトの自立発展性をより確実なものとするため、またインドネシアにおける保健開発、地域開発を一層促進するため、調査団は関係者に以下の提言を行った。

#### (1) 保健所と県政府のさらなる能力強化

コミュニティが主体となって実施する PHCI 活動を制度面、技術面から支援する機能は保健所と県政府職員が担うことが期待されている。協力期間中は日本側投入として配置したローカルコンサルタント（FC）がこの機能を補完してきたが、現在、FC が行ってきた業務を段階的に保健所職員、県政府職員に移譲することに取り組んでいる。しかし、一部の地域では、コミュニティが保健所や県政府からの十分な支援が得られず、FC のみに依存している状況もみられることから、対象地域のすべてのコミュニティが PHCI 活動の継続に必要な支援が得られるよう、プロジェクトは州・県政府と協力して、保健所と県政府の担当職員のさらなる能力強化に取り組む必要がある。

#### (2) モデルの普及展開に関する計画の策定

プロジェクトを通じて、モデルの実践が地域の保健衛生環境改善に有効であることが実証されつつある。地域の保健開発を促進するため、州政府及び県政府は、モデルのプロジェクトの非対象地域への普及展開に関する具体的な計画（予算措置を含む）を策定し、同計画を早期に実施に移すべきである。

#### (3) PHCI 活動資金の確保

プロジェクト対象地域のコミュニティが PHCI 活動を継続していくため、また非対象地域に PHCI 活動のモデルを普及していくためには、その活動資金を確保することが不可欠である。協力期間中は日本側が投入してきたブロック・グラントを、協力期間終了後どのように確保するかが大きな課題となっている。既に一部の村で PHCI 活動に活用した実績があり、各県政府による検討でも財源の有力な候補に挙げられているのが ADD である。ただし、村長や PHCI チームメンバーからは、ADD を財源として活用したいという意思はあるものの、それが制度的に認められるのか不安である、という声が多く聞かれた。PHCI 活動の継続を財政的に支援するために、州政府、県政府が地方行財政制度に照らして、PHCI 活動に活用可能な財源とその予算管理の方法について明確な指針を示すことが求められている。

#### (4) プロジェクト経験の保健政策への応用

地方政府が住民のニーズに合致した質の高い保健行政サービスを提供するために、本プロジェクトのコミュニティ参加によるボトムアップ・アプローチの経験の応用は有効である。地方政府による保健政策策定、あるいは個別の保健プログラムの計画・実施について、コミュニティのニーズを計画・予算に反映させるだけでなく、実施プロセスにおいても能力強化されたコミュニティと積極的に協働することで、より効果的で効率的な事業実施が期待される。

#### (5) プロジェクトの経験の他セクターへの応用

能力強化されたコミュニティと行政の実践的な協働モデルは、保健セクターのみでなく他のセクターにも応用できるものであり、各セクターの行政サービスの質の改善に貢献する可能性をもつ。本プロジェクトの経験、教訓を他セクターの開発関係者と共有することは、南スラウェシ州のみならず、インドネシアのあらゆるセクター・地域の開発促進に有効である。

### 6-2 教訓

#### (1) ブロック・グラントを活用したコミュニティの能力強化

コミュニティに対してブロック・グラントを供与することで、PHCI 活動の実践を促したアプローチは、関係者が実践経験を積み、コミュニティが主体となる PHCI 活動の有効性を容易に実証する方策として効果的であった。ただし、このブロック・グラントを外部者（ドナーを含む）が供与する場合は、外部者による支援終了後の持続性を確保するための明確な出口戦略をあらかじめ描いておくことが必要である。

#### (2) 複層的なアプローチ

本プロジェクトでは、コミュニティが主体となるモデルの構築をめざしたが、コミュニティを支援する地方行政の役割にも注目し、コミュニティと地方行政の双方の能力強化に取り組んだ。実際には、コミュニティの能力強化が先行する形になったが、コミュニティが主体的に PHCI 活動に取り組む様子を目の当たりにして、地方行政がコミュニティの潜在力に気づき、それがコミュニティと協働する動機となって地方行政側の能力強化が促進される効果がみられるようになってきている。さらに、能力強化された地方行政の支援を得ることでコミュニティの主体的な活動が一層促進され、その持続性が高まることが期待される。このように、コミュニティ開発（コミュニティの能力強化）に関する協力では、相乗効果を生み出すために、コミュニティだけでなく、地方行政も含めた関係者に対する複層的なアプローチが有効である。

#### (3) 日本人専門家の派遣形態

本プロジェクトはコンサルタントの短期派遣を繰り返す専門家派遣形態を採用した。専門家チームは現地人材も効果的に活用して効率的にプロジェクトを運営管理してきたが、限られた現地活動期間では、特に州政府に対する継続的できめ細かな技術支援活動を行うことが困難であった。このことが、州政府の役割として期待された非対象県への普及展開に関する具体的な計画策定が進まない一因になった可能性が考えられる。地方行政官の能力強化、地方行政システムの改善に取り組む協力においては、カウンターパートの意識変化の進捗や制度・計画に沿って動かないことも多い行政システムに柔軟に対応しつつ、粘り強くかつタイムリーにきめ細かな技術支援を提供することが不可欠である。こうした協力の有効性を高めるためには、日本人専門家の派遣について、カウンターパートとの緊密な信頼関係の構築と相手側の状況とニーズに応じた柔軟な技術支援を可能にする十分な期間を確保することが重要である。



## 付 属 資 料

1. 協議議事録（ミニッツ）
2. PDM2
3. 評価グリッド調査結果（和文）
4. 調査計画・質問票
5. 質問票回答（和文）
6. 議事録
7. 現地調査報告書（フェーズ2の方向性、調査団所感部分のみ抜粋）

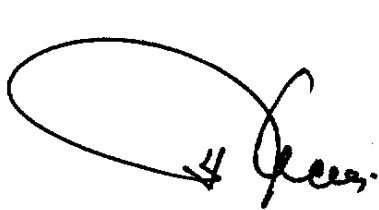
**MINUTES OF MEETING  
BETWEEN  
JAPANESE TERMINAL EVALUATION TEAM  
AND  
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF  
THE REPUBLIC OF INDONESIA  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION  
FOR  
“IMPROVEMENT OF DISTRICT HEALTH MANAGEMENT CAPACITY IN SOUTH  
SULAWESI PROVINCE PROJECT (PRIMA-Kesehatan)”**

The Japanese Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as “the Team”), organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) headed by Mr. Kiichi Tomiya, visited the Republic of Indonesia from 14 November to 3 December 2009 for the purpose of the terminal evaluation of the Project on “Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province Project (PRIMA-Kesehatan)” (hereinafter referred to as “the Project”).

During its stay in Indonesia, the Team had a series of discussions with the Indonesian authorities concerned, jointly evaluated the achievements of the Project, and exchanged views for further improvement of the Project.

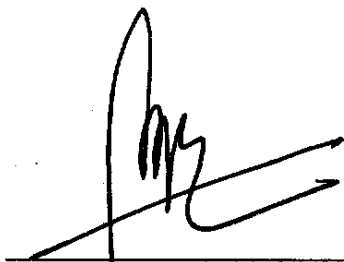
As a result of the discussions, both sides agreed upon the matters referred to in the document attached hereto.

Makassar, 7 December 2009



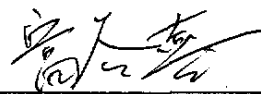
---

Dr. H. Rachmat Latief, Sp. PD.,  
M Kes, FINASIM  
Head  
Provincial Health Office,  
South Sulawesi Province,  
Republic of Indonesia



---

Ir. H. Tan Malaka Guntur, M. Si.  
Head  
Provincial Development Planning  
Board (BAPPEDA),  
South Sulawesi Province,  
Republic of Indonesia



---

Mr. Kiichi Tomiya  
Leader  
Japanese Terminal Evaluation  
Team,  
Japan International Cooperation  
Agency,  
Japan

**ATTACHED DOCUMENTS**

**TABLE OF CONTENTS**

**List of Abbreviations and Acronyms**

**1. INTRODUCTION.....3**

- 1-1 Outline of the Project
- 1-2. Background of Evaluation
- 1-3. Objectives of Evaluation
- 1-4. Methodology of Evaluation
- 1-5. Members of the Evaluation Team
- 1-6. Schedule of the Evaluation Team

**2. EVALUATION.....7**

- 2-1. Progress of the Project
- 2-2. Achievements of the Project
- 2-3. Implementation Process
- 2-4. Evaluation by the Five Criteria
- 2-5. Conclusion

**3. RECOMMENDATIONS AND LESSONS LEARNED.....18**

- 3-1. Recommendations
- 3-2. Lessons Learned

**ANNEXES**

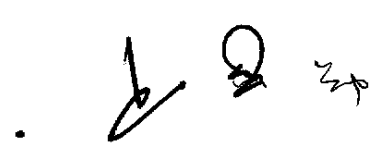
**ANNEX 1. Inputs to the Project**

- 1-1. List of Japanese Experts and Field Consults
- 1-2. List of Main Machinery and Equipment Provided by JICA
- 1-3. List of Participants Trained in Japan
- 1-4. List of Indonesian Counterparts
- 1-5. List of Land, Buildings and Facilities
- 1-6. Budget Expenditure

**ANNEX 2. Project Design Matrix (PDM2)**

**ANNEX 3. Evaluation Grid**

- 3-1. Achievements of the Project
- 3-2. Process of the Project Implementation
- 3-3. Evaluation by the Five Criteria



## List of Abbreviations and Acronyms

ADD	Village Allocation Fund
BAPPEDA	Badan Perencana Pembangunan Daerah (Regional Development Planning Board)
C/P	Counterpart
DAC	Development Assistance Committee
Desa/Kel	Village (Desa) and Ward (Kelurahan)
FC	Field Consultant
HANDS	Health and Development Service
IDCJ	International Development Center of Japan
JICA	Japan International Cooperation Agency
JCC	Joint Coordinating Committee
KIT	Kabupaten (District) Implementation Team
MFO	JICA Makassar Field Office
MM	Man Month
M/M	Minutes of Meeting
PDM	Project Design Matrix
PHC	Primary Health Care
PHCI	Primary Health Care Improvement (Team)
PKK	Women's Association
PO	Plan of Operations
MCH	Mother and Child Health
R/D	Record of Discussions
SC	Steering Committee

# 1. INTRODUCTION

## 1-1. Outline of the Project

### 1-1-1. Background

The Government of Indonesia and Japan shares the understanding that it is important to facilitate the development of Eastern Indonesia region in order to reduce the development gap among regions inside the country. As South Sulawesi Province has high potential to lead the regional development of Eastern Indonesia, "South Sulawesi Regional Development Program (SSRDP)" had been formulated and the minutes of meeting (M/M) regarding the concept and implementation of the Program had been signed between the Governor of South Sulawesi Province and the Minister of the Embassy of Japan on 11 May 2006. Three (3) sub-programs were set under SSRDP, namely 1) Urban development as driving force for regional development, 2) Well-balanced development in the whole region, and 3) Enhancement of social empowerment. The 3<sup>rd</sup> sub-program particularly focuses on health and education sector. It aims to improve the quality and quantity of administrative services through capacity development of local administration and empowerment of community.

Taking into account the needs to strengthen the capacity of local administration in order to correspond to decentralization and to improve health indicators of the region which is relatively lower than the national average, the Government of Indonesia requested the Government of Japan for technical cooperation on improving district health management capacity in South Sulawesi Province. Thus "Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province Project (PRIMA-Kesehatan Project)" was launched in February 2007 as one of the component of the 3<sup>rd</sup> sub-program of SSRDP.

### 1-1-2. Master Plan

The Project has been implemented based on the master plan agreed in the Record of Discussions (R/D) and M/M including the Project Design Matrix (PDM1) signed between the authorities concerned of South Sulawesi Province and JICA on 9 January 2007. The revision of the original PDM1 had been agreed during the mid-term evaluation and the PDM2 had been approved in the M/M signed on 20 February 2009. The latest master plan of the Project is as follows.

(1) Term of Cooperation: February 2007 - February 2010 (3 years)

(2) Target Area: 3 districts and 11 sub-districts

District	Sub-district
Barru	Barru, <u>Tanate Rilau</u> , <u>Tanate Riaja</u>
Bulukumba	Bonto Bahari, Ujung Loe, <u>Bontotiro</u> , <u>Gantarang</u>
Wajo	Belawa, Tanasitolo, <u>Gilireng</u> , <u>Maniangpajo</u>

\*Sub-districts with underline joined the project from Cycle 2, 2008.

(3) Objective:

1) Overall Goal

Management capacity of primary health care in the health actors of target districts is improved.

2) Project Purpose

Community-oriented health promotion model is developed in the target districts.

### 3) Outputs

- ① Community-oriented health activities are conducted with community participation.
- ② Support of Health Center (Puskesmas) towards sub-district/ village PHCI Team is improved.
- ③ Capacity of the target district health offices to conduct PHCI activities is improved.
- ④ Provincial capacity of facilitating good primary health care practices is improved.

## 1-2. Background of Evaluation

The terms of R/D state that the evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the Indonesian authorities in the middle and during the last 6 month of the cooperation period. The mid-term evaluation was conducted in February 2009.

Since the Project will be completed in February 2010, JICA has dispatched the Team to the Republic of Indonesia from 14 November to 3 December 2009 for the purpose of conducting the terminal evaluation jointly with the Indonesian authorities concerned.

## 1-3. Objectives of Evaluation

Objectives of the terminal evaluation are as follows:

- (1) to review and evaluate the inputs, activities and achievements of the Project;
- (2) to evaluate the Project from the viewpoint of the five evaluation criteria of DAC;
- (3) to clarify the problems and issues to be addressed and make recommendations for the successful completion of the Project based on the review and evaluation; and
- (4) to draw lessons from the Project for improving planning and implementation of similar technical cooperation projects in the future.

## 1-4. Methodology of Evaluation

The evaluation is designed to verify the following aspects based on the PDM and Plan of Operations:

- 1) Achievements of the Project based on the PDM indicators
- 2) Implementation process
- 3) Five evaluation criteria of DAC

Definitions of the criteria are as follows;

Relevance	Relevance of the project plan was 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, aid policy of the Government of Japan, needs of beneficiaries, and by logical consistency of the project plan.
Effectiveness	Effectiveness was assessed by evaluating the extent to which the Project had achieved its purpose and by clarifying the relationship between the purpose and outputs.
Efficiency	Efficiency of the project implementation was analyzed with emphasis on the relationship between outputs and inputs in terms of timing, quality and quantity of inputs.
Impact	Impact of the Project was assessed on the basis of both positive and negative influences caused by the Project.

Efficiency	Efficiency of the project implementation was analyzed with emphasis on the relationship between outputs and inputs in terms of timing, quality and quantity of inputs.
Impact	Impact of the Project was assessed on the basis of both positive and negative influences caused by the Project.
Sustainability	Sustainability of the Project was assessed in terms of political, institutional, financial and technical aspects by examining the extent to which the achievements of the Project would be sustained or expanded after the Project period.

Conclusions were drawn from the results of the study and recommendations were made by the Team.

### 1-5. Members of the Evaluation Team

#### (1) Japanese Terminal Evaluation Team

Mr. Kiichi Tomiya	Leader	Senior Representative, JICA Indonesia Office
Dr. Kazuhiro Kakimoto	Health Policy	International Medical Center of Japan
Ms. Yutori Sadamoto	Community Health	Health System Division, Human Development Department, JICA
Mr. Chigiru Yamashita	Cooperation Planning (1)	JICA Makassar Field Office, Project formulation Advisor
Ms. Sufatma	Cooperation Planning (2)	JICA Makassar Field Office, Assistant Program Officer
Mr. Yasunori Minagawa	Evaluation and Analysis	Senior Consultant, Consulting Department, System Science Institute Co., Ltd.

#### (2) Indonesian Authorities Concerned

Dr. R. Bambang Sardjono, MPH	Director of Community Health, Directorate General of Public Health, Ministry of Health
Dr. Rachmat Latief, Sp. Pd, MHA, M Kes	Head, Provincial Health Office, South Sulawesi Province
Ir. H. Tan Malaka Guntur, M. Si.	Head, Provincial BAPPEDA, South Sulawesi Province
Ms. Rusnayani	Provincial Health Office, South Sulawesi Province
Ms. Emy Frati	Provincial Health Office, South Sulawesi Province
M. Ilyas, M, SH	Social Welfare Sub-division, Provincial BAPPEDA, South Sulawesi Province

### 1-6. Schedule of the Evaluation Team

Date	Day	Activities
14 Nov	Sat	Arrive at Jakarta
15 Nov	Sun	Move to Makassar Meeting with JICA Makassar Field Office (MFO)
16 Nov	Mon	Interview with JICA Expert Team Interview with Provincial Health Office and BAPPEDA Move to Bulukumba
17 Nov	Tue	Site Visit in Bulukumba, Interview with stakeholders (District Health Office and BAPPEDA, PHCI Teams)

		Move to Barru
21 Nov	Sat	Site Visit in Barru, Interview with stakeholders (District Health Office and BAPPEDA, PHCI Teams) Move to Makassar
22 Nov	Sun	Analysis of Data
23 Nov	Mon	Analysis of Data
24 Nov	Tue	Interview with Provincial Health Office
25 Nov	Wed	Move to Barru Site Visit in Barru, Interview with stakeholders (District Health Office and BAPPEDA, PHCI Teams) Move to Wajo
26 Nov	Thu	Site Visit in Wajo, Interview with stakeholders (District Health Office and BAPPEDA, PHCI Teams) Move to Makassar
27 Nov	Fri	Drafting of Minutes of Meeting (M/M)
28 Nov	Sat	Drafting of M/M
29 Nov	Sun	Drafting of M/M
30 Nov	Mon	Submit draft M/M to authorities concerned Courtesy call to Head of Provincial Health Office and Head of Provincial BAPPEDA
1 Dec	Tue	Meeting on the draft M/M for finalization
2 Dec	Wed	Joint Coordinating Committee, Signing of M/M Move to Jakarta
3 Dec	Thu	Report to Embassy of Japan and JICA Indonesia Office Departure from Jakarta

6 8 20



## 2. EVALUATION

### 2-1. Progress of the Project

Inputs from both the Indonesian side and the Japanese side have been provided generally as planned. Most of the planned activities have been implemented smoothly on the whole based on the plan.

Details of inputs are shown in ANNEX 1. Planned activities are shown in the PDM2, ANNEX 2.

### 2-2. Achievements of the Project

#### 2-2-1 Outputs

Output 1: Community-oriented health activities are conducted with community participation.  
Output 2: Support of Health Center (Puskesmas) towards sub-district/ village PHCI Team is improved.  
Output 3: Capacity of the target district health offices to conduct PHCI activities is improved.  
Output 4: Provincial capacity of facilitating good primary health care practices is improved.

With the efforts of both the Indonesian and the Japanese sides, especially the Indonesian Counterparts and the Japanese Experts, most of the Outputs has been produced as planned. The status of attainment of each output is as follows (details are shown in ANNEX 3-1).

#### (1) Output 1: Community-oriented health activities are conducted with community participation.

Communities have been empowered to conduct primary health care improvement (PHCI) activities on their own initiative.

##### 1) Establishment of PHCI Teams

PHCI Team had been established in each target sub-district (Kecamatan) and village (Desa/Kel) to take the responsibility of conducting PHCI activities. PHCI Teams consist of community leaders, religious leaders, health workers, local officers and other people concerned in the community. Total number of PHCI Teams established is shown in the table below (as of Nov 2009).

	No of sub-district PHCI Teams	No of Desa/Kel PHCI Teams	Total
Barru	3	27	30
Bulukumba	4	52	56
Wajo	4	45	49
Total	11	124	135

##### 2) Capacity development of community

Capacity of PHCI Team members to conduct PHCI activities has been developed through training conducted at sub-district level as shown in the table below.

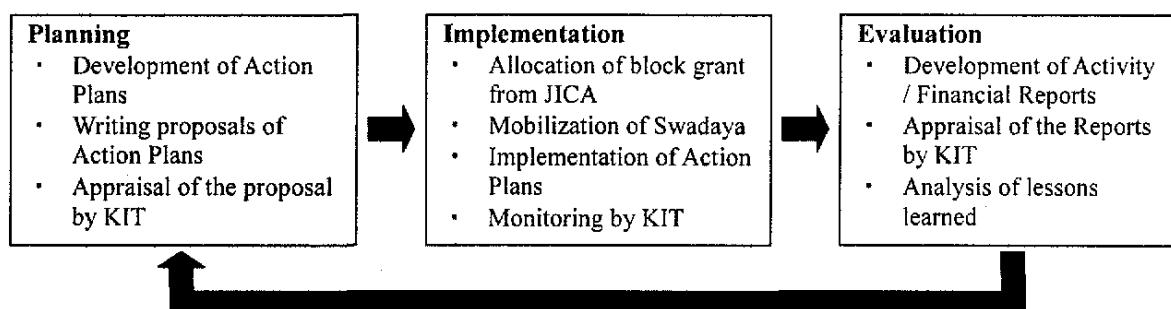
Time	Title of Training	Trainer	Participants
Jul 2007	1 <sup>st</sup> PHCI Planning and Proposal Making Training	KIT	PHCI Team Representatives Total No: 270
Sep 2007	1 <sup>st</sup> Financial Management Workshop	Japanese Expert	PHCI Team Chairpersons, Treasurers and Auditors Total No: 227
Jun 2008	2 <sup>nd</sup> PHCI Planning and Proposal Making Training	KIT	PHCI Team Representatives Total No: 512
Aug 2008	2 <sup>nd</sup> Financial Management	KIT	PHCI Team Chairpersons, Treasurers and Auditors

*b* *2* *20*

	Workshop		Total No: 399
May-Jun 2009	3 <sup>rd</sup> PHCI Planning and Proposal Making Training	KIT	PHCI Team Representatives Total No: 534
Jun 2009	3 <sup>rd</sup> Financial Management Workshop	KIT	PHCI Team Chairpersons, Treasurers and Auditors Total No: 524

### 3) Implementation of community –oriented health activities (PHCI activities)

Three (3) cycles of PHCI activities have been implemented on the initiative of communities. The procedure of each cycle is as follows.



The number of activities implemented by communities is shown in the table below.

	Duration of Activity Implementation	Total No of Activities Proposed and Implemented	Total No of PHCI Teams <sup>1</sup>	Average No of activities per PHCI Team
Cycle 1 <sup>2</sup>	Sep - Dec 2007	320	74	4.3
Cycle 2	Jul - Dec 2008	526	135	3.9
Cycle 3 <sup>3</sup>	Jul - Dec 2009	501	135	3.7

Categories of proposed and implemented activities are shown in the table below.

Category	Examples of Activities	% in Cycle 1	% in Cycle 2	% in Cycle 3 <sup>4</sup>
Water & Sanitation	Toilet construction, water tank well rehabilitation, construction of waste water management facility (SPAL)	29%	39%	38%
Posyandu (Integrated Health Post)	Posyandu Construction and Renovation, Procurement of Furniture, Kader Training	28%	27%	23%
Health Promotion	Elucidation of Healthy and Clean Life	11%	12%	15%
Prevention of Infectious Diseases	Training for Monitoring of Mosquito Larva Breeding Places (open water) by Volunteers	7%	6%	6%
School Health	Brushing Teeth Campaign for School Children	7%	5%	5%
Nutrition	Cooking class for well balanced food	10%	4%	5%
Mother & Child Health (MCH)	Elucidation for MCH	6%	3%	4%
Others	Joint activities with PKK (Women's Association)	2%	4%	4%
TOTAL		100%	100%	100%

<sup>1</sup> For Cycle 1, the total number of PHCI Teams was 74. The number increased to 135 in Cycle 2

<sup>2</sup> For Cycle 1, the total number of PHCI Teams was 74. The number increased to 135 from Cycle 2

<sup>3</sup> For Cycle 3, the numbers are of proposed activities.

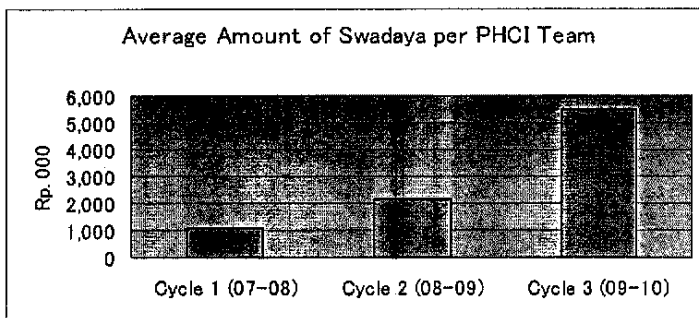
<sup>4</sup> For Cycle 3, the percentages are of proposed activities

*[Handwritten signatures and initials]*

4) Community participation and mobilization of Swadaya

Active participation of community people have been observed in PHCI activities under the facilitation of PHCI Team. The end-line survey<sup>5</sup> shows that 14% of the whole people in the target communities have ever participated in PHCI activities. As the community come to realize the effectiveness of the activities, the amount of contribution (Swadaya) community mobilized for activities has rapidly increased as shown in the table below.

	Amount of JICA Fund <sup>6</sup> (Rp. 000)	Amount of SWADAYA (Rp. 000)	Average Amount of SWADAYA per PHCI Team (Rp. 000)	% of SWADAYA in PHCI Activity Budget
Cycle 1	1,030,979	77,441	1,047	7.0%
Cycle 2	2,035,176	286,033	2,119	12.3%
Cycle 3 <sup>7</sup>	2,043,232	740,880	5,488	26.6%



(2) Output 2: Support of Health Center (Puskesmas) towards sub-district/ village PHCI Team is improved.

Puskesmas staff has become more aware of the needs of community and work close with the community. They have developed their capacity to support community initiative on PHCI activities.

1) Support from Puskesmas to Community

One-hundred percent (100%, 11/11) of the sub-district PHCI Teams and 62% (77/124) of the Desa/Kel PHCI Teams include Puskesmas staff as a member. Puskesmas staff supports PHCI activities providing advices based on their specialty in health. The end-line survey shows that most of the community people and Puskesmas staff think that collaborative work between community and Puskesmas has increased after the Project been implemented.

2) Capacity development of Puskesmas staff

The capacity of Puskesmas staff to facilitate and manage PHCI activities has been developed through participating in the 3<sup>rd</sup> Training of Trainers. Fifty six (56) Puskesmas staff completed the training and were certified as facilitators of PHCI activities.

(3) Output 3: Capacity of the target district health offices to conduct PHCI activities is improved.

Capacity of district health officers has been developed to manage and facilitate PHCI activities.

<sup>5</sup> End-line survey was conducted from May to Nov 2009 by the Project.

<sup>6</sup> Amount of block grant provided by JICA for PHCI activities. It does not include the cost provided by JICA for administrative cost.

<sup>7</sup> For Cycle 3, amount of Swadaya is proposal base.

*[Handwritten signature]*

Although they depended a lot on the support from Field Consultants (FC)<sup>8</sup> at the beginning, the support has gradually been reduced as they upgraded their capacity.

#### 1) Establishment of KIT

District (Kabupaten) Implementation Team (KIT) had been established in each target district. KIT consists mainly of District Health Officers and also includes District BAPPEDA Officers and Puskesmas staff. The member list of KIT is shown in ANNEX 1-4(2). The main function of KIT is to manage PHCI activities through conducting trainings to PHCI Team members, appraising proposals and reports from community, monitoring PHCI activities and providing advices to community.

#### 2) Capacity development of district officers

Capacity of district officers to manage and facilitate PHCI activities has been developed through training as shown in the table below.

Time	Title of Training	Trainer	Participants
Jul 2007	1 <sup>st</sup> Training of Trainers on Action Plan Activities	Japanese Experts	Provincial & District Officers (Health Office, BAPPEDA) Total No: 23
May 2008	2 <sup>nd</sup> Training of Trainers on Action Plan Activities	Japanese Experts and Ex-participants	Provincial & District Officers (Health Office, BAPPEDA) Total No: 33
May 2009	3 <sup>rd</sup> Training of Trainers on Action Plan Activities	Japanese Experts and Ex-participants	District Officers (Health Office, BAPPEDA) (12), Puskesmas Staff (56), Sub-district staff (10) Total No: 78

Through the 3 trainings, 36 district health officers have been certified as facilitators of PHCI activities. As they upgraded their capacity, support from FC on the facilitation and management of PHCI activities have been reduced. In the PHCI activity Cycle 3, each target district has chosen 1 sub-district to be facilitated by district health officers independently without the support from FC.

#### 3) Development of guidelines and training manuals

The following guidelines and training manuals for PHCI activities management and implementation have been developed.

- Planning Module
- Guideline for Implementation
- Supplement Guideline for Implementation (District Edition)
- Case Study Book on Good Practices of PHCI Activities (District Edition)

#### 4) Facilitation of communication among stakeholders

KIT has coordinated a number of meetings among stakeholders to facilitate communication.

<sup>8</sup> Local consultants hired by the Project to provide technical assistance to KIT. 13 consultants have been hired during each cycle of PHCI activities.

*b z st*

(4) Output 4: Provincial capacity of facilitating good primary health care practices is improved.

Provincial Health Office had conducted socialization activities jointly with target districts for the purpose of disseminating the model within the Province.

1) Monitoring of Project activities by Provincial Health Office

Monitoring by Provincial Health Office had not been conducted frequently especially at the beginning of the Project. Now, provincial health officers conduct monitoring on the Project occasionally together with other programs.

2) Socialization conducted by Provincial Health Office

The socialization activities which Provincial Health Office had hosted jointly with target districts are shown in the table below.

Time	Title of Socialization Activity	Participants
Feb 2008	Cycle 1 Achievement Seminar	Representatives of PHCI Teams, Representatives from non-target districts Total No: 380
Feb 2009	Cycle 2 Achievement Seminar	Representatives of PHCI Teams, Representatives from non-target districts Total No: 240
Sep 2009	Socialization Workshop for non-target districts	Representatives of 16 non-target districts (Health Office, BAPPEDA) Total No: 18
Oct 2009	Study Tour for non-target districts	Representatives of 18 non-target districts Total No: 70

Provincial Health Office has also introduced the model at the National Health Promotion Conference hosted by the Ministry of Health on 23-25 November 2009.

Provincial Health Office has an idea to adopt the model to Health Promotion and Community Empowerment Program utilizing Deconcentration Fund which is expected to cover 100 villages and 3 model villages. Each of the 100 villages will be provided Rp. 2.5 million while each of the model villages will be provided Rp. 50 million.

3) Capacity development of provincial officers

Capacity of provincial officers to facilitate PHCI activities has been developed through participating in the 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> Training of Trainers mentioned above in (3)2). Five (5) provincial officers participated in the training.

**2-2-2. Project Purpose**

Community-oriented health promotion model is developed in the target districts.

A model of PHCI activity has been developed in the 3 target districts. Communities in target districts have been empowered through a series of training and actual practice of PHCI activities. The model has been designed to be simple enough so that communities can easily implement the activities on their own initiative. The result of end-line survey shows the strong willingness of community to

continuously participate in PHCI activities. Capacity of district health officers and Puskesmas staff has also been developed to facilitate and manage PHCI activities. Manuals and guidelines to support the implementation and management of PHCI activities are available for stakeholders. As government of each target districts understands the effectiveness of the model, they are making effort to strengthen the sustainability and replicability of the model. Taking these into account, it can be said that the Project Purpose will be achieved by the end of the Project.

Details are shown in ANNEX 3-1.

### 2-2-3. Overall Goal

Management capacity of primary health care in the health sectors of target districts is improved

Through the implementation of PHCI activities, the capacity of stakeholders in target districts has been strengthened. Health Officers have observed the initiative and active participation of communities empowered, and become aware of the importance of responding to the needs of community to realize effective health service. Communication among community, Puskesmas and District Health Office has been strengthened and an effective model of collaboration between community and health administration is gradually on the way to be developed. As a result, improvement in health indicators such as increase of access to clean water and decrease in dengue fever cases has been reported in some target areas.

Thus, it can be said that the Overall Goal of improvement in primary health care management can be achieved if this collaboration among stakeholders and capacity development of stakeholders be sustained and further strengthened in the future.

Details are shown in ANNEX 3-1.

### 2-3. Implementation Process

#### (1) Contribution Factors to the Process

##### 1) Simplicity of the model

PHCI activity cycle has been designed to be as simple as possible. This enabled the community to implement the activities easily on their own initiative.

##### 2) Transparency and accountability of financial management

In PHCI activities, PHCI Teams are required clear transparency in financial management. The bank account for block grant is managed by 2 PHCI Team members. The usage of block grant is exhibited on public board in the community so that everyone can see how it is used. Financial report is made for each activity cycle and it is checked by internal auditor as well as outside auditor. This transparency facilitated the satisfaction and willingness of community people to participate in PHCI activities.

##### 3) Communication Forum at sub-district level

From Cycle 3, Sub-district PHCI Teams started to hold Communication Forum monthly. The Forum is

attended by Desa/Kel PHCI Team Representatives, Desa/Kel Officers and Puskesmas staff. It contributed to facilitate communication among stakeholders and experience sharing among PHCI Teams.

#### 4) Technical exchange activities

Study tours among target districts have been conducted twice. It contributed to facilitate experience sharing among target districts.

### (2) Hindering Factors against the Process

#### 1) Geographic location of the target area

There is quite a distance from Makassar to the target villages in each of the 3 target districts. They are also not located near each other. This geographic location has made it difficult to conduct monitoring efficiently, especially for Provincial officers.

#### 2) Insufficient budget for monitoring

The budget for officers especially at provincial level was not enough to conduct monitoring frequently.

## 2-4. Evaluation by the Five Criteria

The result of the evaluation by the five criteria is summarized below. For details, refer to ANNEX3-3.

### 2-4-1. Relevance

For the following reasons, the relevance of the Project is considered to be high.

- (1) The Government of Indonesia has been making effort to realize effective decentralization based on the Law No 32 on Local Government (2004) and Law No 25 on National Development Planning (2004). These Laws emphasize community participation and bottom-up approach in development planning. Development plan in each sector including health sector and each region including South Sulawesi Province also put priority on realizing bottom-up approach. Thus the Project Purpose of developing a community-oriented, bottom-up health promotion model is highly relevant to the political priority of the Government of Indonesia and South Sulawesi Province.
- (2) "Changing health environment and behavior through community empowerment" is described as one of the strategies in "Healthy Indonesia 2010" proclaimed in 1999. And, "social mobilization and community empowerment for healthy lives" is one of the strategies in "Strategic Plan of the Ministry of Health 2005-2009", in which "Desa Siaga (Alert village)" program is the first priority. Accordingly, the Project aiming at the development of community-oriented health promotion model is quite consistent with the national health policies.
- (3) The Project is highly consistent with the Japanese aid policy which prioritizes regional development in Eastern Indonesia.

### 2-4-2. Effectiveness

For the following reasons, the effectiveness of the Project is considered to be high.

*b 2 ut*

- (1) A model of PHCI activity has been developed in the 3 target districts. Manuals for implementation of the model are available and capacity of stakeholders to practice the model has been developed. Thus it can be said that the Project Purpose will be achieved within the Project period.
- (2) Target districts understand the effectiveness of the model and they are making effort to strengthen the sustainability and replicability of the model.
- (3) Community shows strong willingness to continuously implement PHCI activities.

#### **2-4-3. Efficiency**

For the following reasons, efficiency of the Project is considered to be reasonably high.

- (1) The Project effectively involved local human resources. Thirteen (13) FC have been supporting district health officers complementing the lack of experiences and human resources in district governments. They have visited target communities frequently for monitoring the activities and provided close consultation to communities. They also reported the situation on ground to the Japanese Experts so that they can manage the Project effectively with the limited M/M of existence. Resident local staff of the Project Team also contributed enormously to the attainment of outputs by providing daily consultation to C/P even during the absence of Japanese Experts.
- (2) Japanese Experts were dispatched appropriate in terms of number, timing and their specialties. Some experts had good command of Indonesian language, some had plenty of experience in health sector in Indonesia. They contributed to produce outputs by fully exercising their capacity and having good communication with Indonesian C/P.
- (3) The experience of REDIP, a bottom-up approach project in education sector, has been utilized in the Project. The basic concepts such as providing block grants and organizing community teams were designed based on the experience of REDIP. Manuals and guidelines were developed referring to those of REDIP. Study tour to REDIP site was conducted to learn good practices.
- (4) In terms of establishing a sustainable and replicable model, the duration of the Project (three years) was not enough.

#### **2-4-4. Impact**

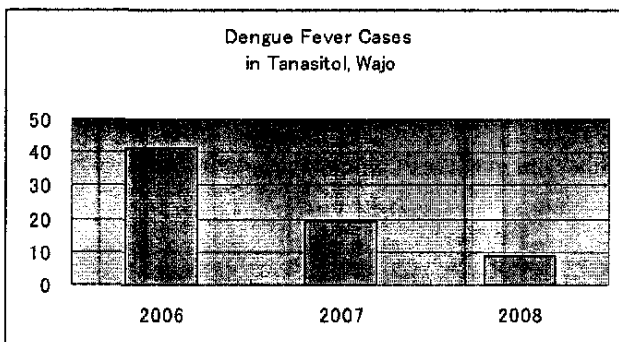
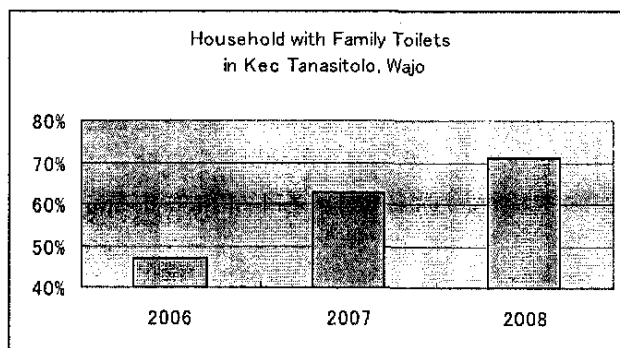
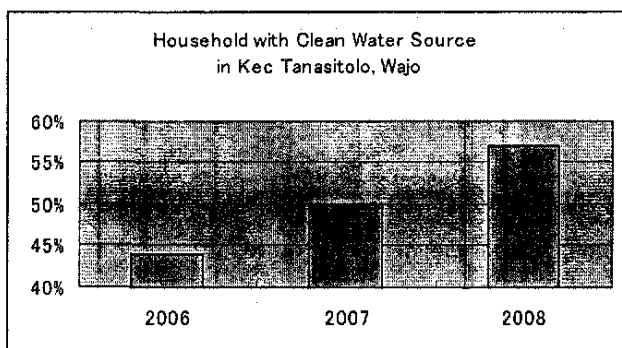
Positive impacts have been observed as follows.

- (1) The end-line survey and the result of interviews by the team show improvement in awareness, attitude and practice of community individuals on their health issues. Some examples of improvement are shown below.
  - More individuals have correct knowledge on prevention of diseases, nutrition, treatment of wastewater, family planning and other issues related to health
  - More individuals have discussion on health issues with their family
  - “More houses have family toilets. More individuals use toilet”
  - “More individuals come to Puskesmas and Posyandu to receive health services”
  - “More individuals keep the environment around their house clean”
- (2) It was reported that many Puskesmas has become to be able to deliver more appropriate service



responding to the needs of the community. For example, before the Project, health promotion events were planned generally by Puskesmas one-sidedly and sometimes had difficulties in gathering enough participants because of the mismatch of the content and the needs. Now, Puskesmas communicate with community and try to understand their needs and requests before they organize events. Thus, more community people participate in the events and practice what they have learnt there.

- (3) Puskesmas Tanasitolo (Wajo) had been awarded the best Puskesmas and Posyandu in Desa Nepo (Wajo) had been awarded the best Posyandu in the Provincial Competition in 2009. Posyandu in Desa Ionrong (Bulukumba) took the 3<sup>rd</sup> place in the Competition. These 3 Puskesmas and Posyandu have all been actively implementing PHCI activities with the support of the Project.
- (4) In some target areas, improvement in health indicator such as increase of access to clean water, availability of toilets and decrease in dengue fever cases has been reported.



#### 2-4-5. Sustainability

For the following reasons, sustainability of the Project is considered to be medium. Challenges are observed especially in financial and technical aspects. Stakeholders are making effort to overcome the challenges.

##### (1) Political Aspect

- Bottom-up approach of the Project is in line with the National and Provincial policy. Thus, continuous political support can be expected to the Project.
- Some Regents of target districts have expressed their commitment to support the Project.
- District Health Offices have started to develop concrete strategy to sustain and disseminate PHCI activities within the districts. Provincial Health Office has hosted some socialization activities,

*b 2 4*

however, the strategy to disseminate the model to non-target districts has not yet been made clear.

(2) Institutional Aspect

- Provincial Health Office and some districts pointed out the possibility of integrating the bottom-up approach of the Project into existing programs or systems such as “Desa Siaga” and Musrenbang (Development Planning Conference).

(3) Organizational Aspect

- KIT members expressed their willingness to remain the team and continue the activities of the Project after the cooperation period.
- PHCI Team members expressed their strong willingness to remain the team and continue the activities after the cooperation period.

(4) Financial Aspect

- Block grant for PHCI activities have been provided by JICA during the cooperation period. It is now discussed among stakeholders how to secure the budget for PHCI activities after the cooperation period. At village level, ADD (Village Allocation Fund) is considered to be a possible resource. Some Desa PHCI Teams have already started utilizing ADD for PHCI activities although the amount is limited. For sub-district level, budget of Puskesmas might be an option although some stakeholders think the amount is not enough.
- Districts have increased their budget share for operational costs on socialization and training year by year.

(5) Technical Aspect

- PHCI Team members have developed sufficient capacity to implement the PHCI activity cycle.
- Puskesmas staff and district officers have developed their capacity to manage and facilitate PHCI activities. At the beginning, they depend a lot on the support from FC, but the support has been gradually reduced year by year. However, they have not yet reached the level to facilitate and manage the whole model independently. Thus, continuous capacity development is required.

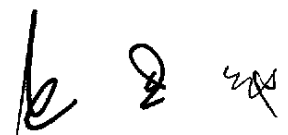
## 2-5. Conclusion

The Government of Indonesia has been making effort to realize effective decentralization by facilitating community participation and bottom-up approach in development planning. Thus the Project Purpose of developing a community-oriented, bottom-up health promotion model is highly relevant to the political priority of the Government of Indonesia.

The activities of the Project have been implemented smoothly in general producing expected outputs. The capacity of community, Puskesmas and Health Office in the 3 target districts has been strengthened to implement and manage PHCI activities. Improvement in health indicators has been reported as an impact of PHCI activities in some target areas . Since the effectiveness of PHCI activity model has been demonstrated, communities show strong willingness to continue PHCI activities and District Health Offices are facilitating the stakeholders to develop a clear and concrete strategy to sustain and disseminate the model. Thus, it can be said that the Project Purpose of developing a model will be

achieved by the end of the Project period. In order to strengthen the sustainability and replicability of the model, it should be clarified how to secure the budget for PHCI activities after the Project period. Further capacity development of stakeholders to implement and manage PHCI activities fully independently is also required.

Through the Project, the empowered communities have enjoyed more chances to collaboratively work with officers of Puskesmas and District Health Offices as partners. This collaboration of community and administration has high potential to improve the quality of administration service not only in the health sector but also in other sectors as well. It would be effective to share the experience and lessons learned in this Project with stakeholders of other sectors to develop a sector-wide model which can accelerate the regional development of South Sulawesi Province.

Handwritten initials or signatures in black ink, located in the bottom right corner of the page. The markings appear to be stylized letters or symbols, possibly representing initials.

### 3. RECOMMENDATIONS AND LESSONS LEARNED

The following recommendations have been proposed for the successful completion of the Project and further improvement of the health management capacity based on the result of evaluation.

#### 3-1 Recommendations

(1) Short-term (to achieve the project purpose by the end of the cooperation period)

Roles of the field consultants, employed by the Project, need to be taken over more to local administration, namely Pukesmas and District Health Offices, to sustain the facilitation of the community empowerment activities.

(2) Long-term (to achieve the overall goal, to sustain the model and to lead positive impacts)

- 1) Further expansion of the model is recommended to strengthen the effectiveness of the model. In order to disseminate the model in non-target sub-districts and districts, each government (provincial level, district level and sub-district level) needs to prepare a clear strategy and a budgetary plan based on the experiences of the Project.
- 2) Sustainability should be further strengthened in the target districts (Barru, Bulukumba, Wajo) to disseminate the model to other districts in South Sulawesi Province.
- 3) Strong guidance by the provincial government to utilize the existing financial resources such as ADD in any villages could ensure the financial sustainability of PHCI teams' activities, and help new sub-districts and villages form PHCI teams.
- 4) Bottom-up approach from the empowered community should be integrated into the planning and budgeting process in each government to respond to community's needs so that the quality of primary health care services could be more effectively improved.
- 5) To achieve better outcomes in the existing health programs, district health offices should more collaborate with the empowered and perceived community since they are expected have enough capacity to improve their health through changing their environment and behavior by themselves.
- 6) The collaboration of empowered community and administration has high potential to improve the quality of administration service not only in the health sector but also in other sectors as well. It would be effective to share the experience and lessons learned in this Project with stakeholders of other sectors to develop a sector-wide model which can contribute to accelerate the regional development of South Sulawesi Province.

#### 3-2 Lessons Learned

- (1) The PHCI activities cycle including internal monitoring with their strong ownership makes the community aware that the community is able to solve their health issues by improving the quality of their environment and behaviour.
- (2) Community empowerment by using block grant with transparency and accountability was an effective method to perceive the potential of the community by showing successful evidence to the community and the government staff as the first stimulant, and consequently contributed to independent

management by the community. However, if a donor is to support the block grant, it is necessary to have a clear exit strategy to secure the sustainability.

- (3) Raising health issues by the empowered community effectively gave opportunities for the government staff to clearly learn about the reality of health problems and the potential in the community, and to consider the integration of community needs into the existing programs.

62 2p

## ANNEXES

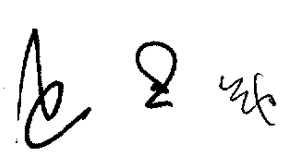
### ANNEX 1. Inputs to the Project

- 1-1. List of Japanese Experts and Field Consultants
- 1-2. List of Main Machinery and Equipment Provided by JICA
- 1-3. List of Participants Trained in Japan
- 1-4. List of Indonesian Counterparts
- 1-5. List of Land, Buildings and Facilities
- 1-6. Budget Expenditure

### ANNEX 2. Project Design Matrix

### ANNEX 3. Evaluation Grid

- 3-1. Achievement of the Project
- 3-2. Process of the Project Implementation
- 3-3. Evaluation by the Five Criteria



## ANNEX 1 Inputs to the Project

### 1-1. List of Japanese Experts and Field Consultants

#### (1) List of Japanese Experts Dispatched

No.	Assignment	Name	Affiliation	MM Dispatched to Indonesia
1	Leader / Health Development Plan	Shigeki Kawahara	IDCJ	20.27MM
2	Deputy Leader / Regional Development / Micro Planning (1)	Kiyofumi Tanaka	IDCJ	6.17MM
3	Primary Health Care / Community Participation	Saeko Hatta	HANDS	17.37MM
4	Regional Development (2) / Micro Planning (2)	Emi Ogata	IDCJ	7.83MM
5	Community Empowerment / Micro Planning (3)	Shuhei Oguchi	IDCJ	7.77MM
6	Public Health / Primary Health Care (2)	Yoshiko Fujiwara	HANDS	3.80MM
7	Implementation and Supervision of Baseline/ End line Surveys	Masaki Togawa	IDCJ	2.67MM
8	End line Survey Analysis	Imase Naomi	IDCJ	2.47MM
9	Public Health / Primary Health Care (1)	Yasuhide Nakamura	HANDS	2.00MM
10	Health Administration / Public Health / Primary Health Care	Shiho Sasada	IDCJ	1.80MM
<b>TOTAL</b>				<b>72.33MM</b>

\*MM include the future dispatch plan in the remaining period of the Project

#### (2) List of Field Consultants

	Name	District	Assigned MM
1	Arlin Adam	Barru	28.5MM
2	Edwardus Ada'	Barru	28.5MM
3	Sustriani A. Tahir	Barru	28.5MM
4	Andi Bulan Purnama	Bulukumba	28.5MM
5	Arafah	Bulukumba	28.5MM
6	Gutriyana	Bulukumba	28.5MM
7	Martdiwita Bayulesthari	Bulukumba	28.5MM
8	Syamsuddin Awing	Bulukumba	28.5MM
9	Andi Hasnintong	Wajo	28.5MM
10	Arthelia Gita Lestari	Wajo	28.5MM
11	Asni Happe	Wajo	28.5MM
12	Firman Husain	Wajo	28.5MM
13	Surya Ekasari	Wajo	28.5MM
<b>TOTAL</b>			<b>370.5MM</b>

\*MM include the future assignment plan in the remaining period of the Project

\*The main roles of Field Consultants are;

- 1) To encourage PHCI teams to implement activities based on Action Plans in cooperation with KIT,
- 2) To assist KIT to conduct socialization, workshops and monitoring, and
- 3) To transfer facilitation and operational skills to KIT

\*The assigned period per consultant for each PHCI activity cycle was 9MM for Cycle 1 and 10 MM for Cycle 2. The assignment period for Cycle 3 is planned to be 9.5MM

**ANNEX 1-3. List of Participants Trained in Japan**

	Name	Position	Training Course Title	Period of Training
1	Sitti Rahmatiah Syamsuddin	Family Health Sub-Office, District Health Office, Barru	<Training Program for Young Leaders> Health and Medical Service (Public Health)	Nov 11-28 2008
2	Andi Pananrang Rasyid	Disease Prevention & Sanitation (P2PL) Sub-office, District Health Office, Barru		
3	Yuliana Basfain	Planning, Monitoring & Evaluation Sub-division, District Health Office, Wajo		
4	Suryana Arifin	Head, Puskesmas Wewangrewu, Wajo		
5	Ihwan Silung	Surveillance Epidemiologi (P2M) Sub-office, District Health Office, Bulukumba		
6	Andi Chadi	Planning and Health Information Sub-division, District Health Office, Bulukumba		
7	Ariani Said Culla	Head, Primary Health Care and Reference Section, District Health Office, Bulukumba	<Training Program for Young Leaders> Health and Medical Service (Health System) Community-based Health Operation and Management Course	Oct 27 - Nov 13 2009
8	Fitrah	Community Empowerment and Environment Health Section, District Health Office, Bulukumba		
9	Takbir Jafar	Health Promotion Section, Community Health Center of Palakka, Barru		
10	Sukmawati	Midwife of Tellumpanua Village, Community Health Center of Pekkae, Barru		
11	Muhammad Saing	Health Promotion Section, Community Health Center of Tanasitolo, Wajo		
12	Sudarti	Program Sub-division, Provincial Health Office, South Sulawesi		



**(2)-2 Bulukumba District KIT members**

1	Dr. H.Rusni Sufran, M.Kes (Ms)	Coordinator	Head, Health Office
2	Ahmad Arfan, Sip, MT	Member	Head, Division of Economy and Social Culture, BAPPEDA
3	Muhammad Amin Sulaiman	Member	Head, Sub-division of Social Culture, BAPPEDA
4	Muh. Alwi, SKM., M.Kes	Member	Head, Puskesmas Ponre
5	Dr. H. Abd. Gaffar, M, Epid	Member	Secretary, Health Office
6	Drg. Hj. Dian Wellyati. K., M.Si	Member	Head, Division of Pharmacy, Medicine, and Supply
7	Hj. Kasmarinda, SKM,M.Kes	Member	Head, Section on Disease Control and Immunization
8	Rifai, SKM	Member	Staff, Nutrition Section, Health Office
9	H. Nuralim	Member	Head, Sub-Division of General and Personnel
10	Ikhwan,SKM	Member	Staff, Division of P2P
11	Andi Chadi Andrayani, SKM	Member	Staff, Sub-division on Planning & Health Information, Health Office
12	Dr. Hj. Ariani Said Culla	Member	Head, Primary Health Care and Reference Section, Health Office
13	Fitrah, SKM,M.Kes	Member	Staff, Community Empowerment and Environment Health Section, Health Office
14	Rahmat Riswan, SKM	Member	Staff, Sub-division on Planning & Health Information, Health Office
15	Rahman Tahir SE	Member	Staff, Sub-division on Planning & Health Information, Health Office
16	H. M. Sabir, SKM	Member	Staff, Finance Section, Health Office
17	Josepat L Lewan	Member	Staff, Primary Health Care and Reference Section, Health Office

**(2)-3 Wajo District KIT members**

No.	Name	Position in KIT	Position
1	Dr. H. Abdul azis M., M.Kes	Coordinator	Head, Health Office
2	drg. M. Dahnia,	Member	Secretary, Health Office

**ANNEX 1-5. List of Land, Buildings and Facilities**

**(1) Project Office (Provincial Level)**

No.	Building/Facilities	Venue
1	Project Office	Provincial Health Office

**(2) Project Office (District Level)**

1	Project Office for Field Consultant in Barru	District Health Office, Barru
2	Project Office for Field Consultant in Bulukumba	District Health Office, Bulukumba
3	Project Office for Field Consultant in Wajo	District Health Office, Wajo

ANNEX 2. Project Design Matrix (PDM 2)

**Project Title:** Technical Cooperation Project for Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province (PRIMA-K)  
**Project period:** February 2007~ February 2010  
**Target Group:** Provincial Health Office (Coordination, monitoring & evaluation (M&E), and facilitation of the project). District level: District Health Office (Counterpart of pilot activities) and District BAPPEDA. Sub-district level: Provincial PHCI Team (Planning and implementation of PHCI activities), consisting of Camat Office, Puskesmas and Sub-district K3, Village heads, Teachers, community/religious leaders, and PKK. Community level: Village PHCI Team (Planning and implementation of PHCI activities), consisting of a representative of each Dusun, Kader, Teachers, community/religious leaders, and PKK, will be formed. These target districts, namely Wajo, Barru and Bulukumba are selected. Also, three or four target sub-districts in each of the target districts will serve as a pilot site.  
**Target Area:** Health management system in South Sulawesi Province is improved.  
**Super Goal:**

OVERALL GOAL	NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
1.	Management capacity of primary health care in the health sector of target districts is improved	1. Incidence rates of diarrhea and dengue fever are decreased 2. The number of villages implementing community oriented health promotion model is increased.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Provincial or the target district governments' records</li> <li>Provincial or the target district governments' records</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The national policy on decentralization remains unchanged.</li> <li>There will be no major natural calamity, economic turmoil and/or outbreak of diseases.</li> </ul>
2.	Community oriented health promotion model is developed in the target districts.	1. Political commitment and budget allocation of districts on applying the model. 2. Availability of the model 3. The community members have willingness to adopt the model and continue community oriented health promotion activities (PHCI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documents of target districts Project monitoring reports</li> <li>Document of the target districts</li> <li>End line survey</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Target districts (particularly Bupati, the head of target districts) show and maintain the high level of commitment to the project</li> </ul>
3.	Community-oriented health activities are conducted with community participation.	1-1 Number of proposals formulated through micro-planning by the community 1-2 Number of proposed activities implemented 1-3 Amount of SWADAYA spent for the project is increased 2-1 Number of PC team which include Puskesmas staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proposals submitted by a community PHCI team</li> <li>Project survey results</li> <li>Existing district monitoring records</li> <li>Interview with community</li> <li>Existing district monitoring records</li> <li>Project monitoring reports</li> <li>Project survey results</li> <li>Existing district monitoring records</li> <li>Project monitoring reports</li> <li>Project monitoring reports</li> <li>Puskesmas monitoring record</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>South Sulawesi Provincial Health Office support or at least do not oppose to the idea of</li> <li>Target districts disburse Counterpart fund for Project activities as planned</li> </ul>
4.	Capacity to conduct PHCI activities of the target districts is improved	3-1 Guidelines and the training manuals are available 3-2 Number of socialization held at the district level 3-3 Number of the district health officials who received certificate to be facilitators for PHCI activities 3-4 Number of monitoring and evaluation for PHCI activities 4-1 Number and/or frequency of monitoring by provincial health office for the project activities 4-2 Number of workshop and/or training for sharing and disseminating project activities 4-3 Mobilization of provincial health office both provincial and national governments to promote activities (request of APBD/DEKON)	<ul style="list-style-type: none"> <li>PHCI guideline and training manuals</li> <li>District monitoring records</li> <li>Project monitoring reports</li> <li>Certificate provided by the project</li> <li>District monitoring records</li> <li>Provincial monitoring records</li> <li>Project monitoring reports</li> <li>Provincial monitoring records</li> <li>Project monitoring reports</li> <li>Documents of provincial and national governments Project monitoring reports</li> </ul>	
5.	Provincial capacity of facilitating good primary health care practices is improved			

Note: the definition of "the model" is: a package of a series of trainings, small block grants, and pilot activities where PHCI Teams in the community and sub-districts take initiatives in formulation and implementation of primary health care improvement plans based on the bottom-up approach. The whole process is facilitated by district health officer.

**ANNEX 3. Evaluation Grid**  
**ANNEX 3-1: Achievements of the Project**

Evaluation Items	Necessary Information and Data (Indicators)	Findings of Study																												
<p><b>Achievement of Overall Goal</b></p> <p>[Overall Goal]            Management capacity of primary health care in the health actors of target districts is improved.</p>	<p>[PDM Indicator 1] Incidence rates of diarrhoea and dengue fever are decreased.</p>	<p>○ According to the secondary data on health indicators in the End-line Survey, a big change of rate of incidence (decrease) on diarrhoea and dengue was not seen for three years in 2006-2008 and the data in some target districts showed its increase (see Table-1). A possibility that since Free Health Service by Provincial Government has started and the number of visitors to Puskesmas has been increasing, it might have been influencing the data.</p> <p>Table-1 Increase rate of Incidence of Diarrhoea and Dengue in the target districts in 2006-2008</p> <table border="1" data-bbox="558 806 670 1153"> <thead> <tr> <th></th> <th>Barru</th> <th>Bulukumba</th> <th>Wajo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diarrhoea</td> <td>1.55</td> <td>0.97</td> <td>1.25</td> </tr> <tr> <td>Dengue</td> <td>3.57</td> <td>0.48</td> <td>0.68</td> </tr> </tbody> </table> <p>Source: The End-line Survey</p> <p>○ In the latest Progress Report, it was reported that community were thinking that one of the main health issues is the incidence of diarrhoea and thus implemented "Securing Access to clean water" and "construction of toilet" as action plans in PHCI activities. The report also introduced the data of incidence of diarrhoea in Tanasitolu Sub-district in Wajo as a case which showed the drastic decrease of the rate through PHCI activities (see Table-2).</p> <p>Table-2 Data on a relation between PHCI activities and DBD cases in Tanasitolu Sub-district, Wajo District in 2006-2008</p> <table border="1" data-bbox="925 1299 1037 1456"> <thead> <tr> <th>Indicator</th> <th>2006</th> <th>2007</th> <th>2008</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>% of households with clean water source</td> <td>44</td> <td>50</td> <td>57</td> </tr> <tr> <td>% of households with family toilets</td> <td>47</td> <td>63</td> <td>71</td> </tr> <tr> <td>DBD cases</td> <td>41</td> <td>19</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p>Source: The Progress Report</p> <p>○ In the interview to village PHCI teams, it was recorded that people has changed their sense and behaviour on health management by the construction of toilets and sewage disposal facility (SPAI.) through PHCI activities and, as a result, they had an impression that the incidence rates of diarrhoea and DBD were significantly decreased</p>		Barru	Bulukumba	Wajo	Diarrhoea	1.55	0.97	1.25	Dengue	3.57	0.48	0.68	Indicator	2006	2007	2008	% of households with clean water source	44	50	57	% of households with family toilets	47	63	71	DBD cases	41	19	9
	Barru	Bulukumba	Wajo																											
Diarrhoea	1.55	0.97	1.25																											
Dengue	3.57	0.48	0.68																											
Indicator	2006	2007	2008																											
% of households with clean water source	44	50	57																											
% of households with family toilets	47	63	71																											
DBD cases	41	19	9																											

<p>Health Office Budget, ADD has been considered as its budget sources.</p> <p>Personnel: Trainings for capacity improvement of KIT members is planned to be implemented in 2010. Ten (10) of the district health office staffs are to be recruited for supporting PHCI activities in 2009.</p> <p>Institution: It is considered that PRIMA-K model is integrated into the district new Mid-term Regional Development Plan (PRMD, 2011-2015).</p> <p>Wajo:</p> <p>Commitment: A taskforce among health office, BAPPEDA and the representative of parliament has been established for independent operation after the Project ends. Takallala Sub-district has been selected as a pilot non-target sub-district and a socialization meeting combined with study tour to Tanasitolo Sub-district is planned to be conducted in December 2009. PHCI activities in non-target sub-district is planned to be implemented in 2010.</p> <p>Budget: The APBD has been allocated for the operational expenditure. ADD is considered as a fund which encourages community to add their own fund.</p> <p>Personnel: An assistant team of the district health office staff which takes over the roles of FCs is planned to be established.</p> <p>Institution: The organizational structure in future consists of the present KIT, PHCI teams and the assistant team.</p> <p>Bulukumba:</p> <p>Commitment: there is an agreement among the political leaders in the district on the expansion of PRIMA-K model to the non-target sub-district. District Health Office has a plan to hold a socialization meeting for the non-target sub-district in 2010 by the budget of the district health office.</p> <p>Budget: It is planned to allocate a budget for independent operation to the district health office and ADD.</p> <p>Personnel: Trainings for Health Office staff who are expected to take over the FCs' role are planned.</p> <p>Institution: Institutional arrangement in future is as same as the present one.</p>		
<p>○ According to the Project Team, the stakeholders of the Project consider the Project as a package combining trainings, block grant and the practice of action plans. The following are materials for the implementation developed and modified through two cycles of PHCI activities in 2007 and 2008.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planning Module</li> <li>- Guideline for Implementation : South Sulawesi Edition</li> <li>- Supplement Guideline for Implementation: District Edition</li> <li>- Case Study: District Edition</li> </ul> <p>○ The implementation structure includes KITs, PHCI teams at sub-district /village level and each PHCI team has stakeholders in the area such as a community leader and the representative of Puskesmas. The structure shows the full participation of local society in the areas.</p>	<p><b>【PDM Indicator2】</b> Availability of the model contents of the guideline, manuals, availability of use outside the target districts related legislative system</p>	

- In the Progress Report, the contents of activities are classified as follows. Water and Sanitation, Posyandu, and Health Promotion are the top three activities implemented in three cycles.

Table-5 No. of PHCI Activities proposed by Category (%)

Activities	2007	2008	2009
Water and Sanitation	29	39	38
Posyandu	28	27	23
Health Promotion	11	12	15
Prevention of Infectious Diseases	7	6	6
School Health	7	5	5
Nutrition	10	4	5
MCH	6	3	4
Others	2	4	4
Total	100	100	100

Source: The Endline Survey

- The number of activities adopted and implemented for three years is shown in Table-5. In total, 1,347 activities were proposed and all have been implemented (ongoing for the activities in 2009).

- According to the Project Team, Table-6 shows the comparison of block grant disbursed from the Project with self fund (SWADAYA, budget-base and cash only) borne by PHCI teams. The portion of SWADAYA in total fund is increasing from 7% in 2007 to 26.6% in 2009. SWADAYA is composed of not only cash but also materials and manpower for construction work. If those contribution is evaluated as cash, the portion of SWADAYA becomes larger.

Table-6 Disbursement of PRIMA Fund and Swadaya (IRP 000)

Year	PRIMA Fund	SWADAYA	Amount of SWADSAYA per PHCI Team	Total
2007	1,030,979	77,441	1,047	1,108,420
2008	2,035,176	286,033	2,119	2,321,209
2009	2,043,232	740,880	5,488	2,784,112

Source: Project Team

- Through PHCI activities, community is raising their concern on health and sanitation. In particular, they provided a large self fund for activities on facility construction such as toilet, SPAL and garbage bin.

- According to the Project Team, the participants of Training/seminars for PHCI teams are shown in Table-7. There were few absentee and active discussion was made in the events.
- In 2009, Communication Forum were organized monthly by sub-district PHCI teams, proposed by the Project, inviting the representatives of all PHCI teams at villages in the sub-districts for information exchange among the teams.

【PDM Indicator2】Number of proposed activities implemented

【PDM Indicator3】Amount of SWADAYA spent for the project is increased.

Does a community positively participate in the process of planning and implementation of PHCI activity?

	<p>was staff, improvement of relation with a community, qualitative improvement of the services</p>	<p>some of the activities have been taken in PHCI activities. The frequency of communication between Puskesmas' s staff and community is increasing. The degree of community participation in improving the health conditions in the areas as well.</p> <p>○ According to the interview, regarding health and sanitation issue, people' s first concern is administrative services by Posyandu and relation with Puskesmas is their secondary concern.</p> <p>○ The Progress Report explained that the following four materials have been developed in the Project. The first two materials were developed by the Project Team and the Provincial health office. The remaining two were developed by KHIs which have been used in the Project since 2008. These materials have been modified based on the review of PHCI activities in each year.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planning Module</li> <li>- Guideline for Implementation : South Sulawesi Edition</li> <li>- Supplement Guideline for Implementation: District Edition</li> <li>- Case Study: District Edition</li> </ul> <p>○ In the interview, many comments that they are easy to use or easy to understand were confirmed.</p>																
<p>Output3: Capacity of the target district health offices to conduct PHCI activities is improved.</p>	<p>【PDM Indicator1】Guidelines and the training manuals are available.</p>	<p>○ The Progress Report reported that the first socialization meetings at district level in 2007 were held for six (6) sub-districts in three districts which participated in the Project in the first year. The second meetings were held in 2008 for five (5) sub-districts in three districts which participated in the Project in the second year.</p> <p>○ Exchange Program was conducted for the purpose of information exchange at district level. The first Exchange Program was conducted as study tours among sub-districts in a district. The second one was conducted as study tours among districts and the third one was conducted for socialization for non-target districts at provincial level.</p> <p>○ In February 2009, Presentation Seminar about Achievement of Activities was implemented by the districts as well and total participants was 607.</p> <p>○ Other socialization conducted at district level were as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In Wajo, a socialization was conducted independently for Takallala Sub-district which was one of non-target one.</li> <li>- In Bulukumba, Socialization for policy makers were conducted two times in 2008 and 2009.</li> </ul>																
	<p>【PDM Indicator2】Number of socialization held at the district level</p>	<p>○ Capacity of district officers to manage and facilitate PHCI activities has been developed through training as shown in the table below.</p>																
	<p>【PDM Indicator3】Number of the district health officials who received certificate to be facilitators for PHCI activities( the change after the mid-term review)</p>	<p>Table-9 TOT in the Project</p> <table border="1" data-bbox="1082 504 1273 1205"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Time</th> <th>Trainers</th> <th>Participants</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>July 2007</td> <td>Japanese Experts</td> <td>District Officers Total: 23</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>May 2008</td> <td>Japanese Experts and Ex-participants</td> <td>District Officers Total: 33</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>May 2009</td> <td>Japanese Experts and Ex-participants</td> <td>District Officers Total: 78</td> </tr> </tbody> </table> <p>Source: The Project Team</p> <p>○ According to the Project Team, the number of participants of TOT from the district health office who</p>	No.	Time	Trainers	Participants	1	July 2007	Japanese Experts	District Officers Total: 23	2	May 2008	Japanese Experts and Ex-participants	District Officers Total: 33	3	May 2009	Japanese Experts and Ex-participants	District Officers Total: 78
No.	Time	Trainers	Participants															
1	July 2007	Japanese Experts	District Officers Total: 23															
2	May 2008	Japanese Experts and Ex-participants	District Officers Total: 33															
3	May 2009	Japanese Experts and Ex-participants	District Officers Total: 78															

	<p><b>[PDM Indicator2]</b> Number of workshop and/or training for sharing and disseminating project activities</p> <p><b>[PDM Indicator3]</b> Mobilization of provincial health office both provincial and national governments to promote activities (request of APBD/DEKON)</p> <p>The follow-up strategy after PRIMA-K Project is developed by Provincial Health office in cooperation with the district health offices. a change after the mid-term review)</p>	<p><input type="radio"/> Provincial Health Office organized a seminar for introducing PRIMA-K to non-target districts in September 2009 in Makassar. 18 persons were attended from non-target districts.</p> <p><input type="radio"/> The Office also co-organized study tours to the target districts for non-target districts in October 2009 with the Project. The number of districts attended was 17 districts (from 21 non-target ones).</p> <p><input type="radio"/> The representative of Provincial Health Office made a presentation on PRIMA-K activities in a national conference on health promotion hosted by Ministry of Health on 23-25 November 2009.</p> <p><input type="radio"/> According to the Project Team, the Provincial Health Office does not have concrete expansion strategy for PRIMA-K.</p> <p><input type="radio"/> According to the Progress Report, a study tour was implemented in which the participants visit Bitun City, North Sulawesi where REDIP, similar model to PRIMA-K in education sector, has been implemented independently. 2 staff from Provincial Health Office and 17 members of KITs joined the tour and learned how to implement it using APBD, the necessity of commitment by political leaders and how to improve the capacity of KITs.</p>
<b>Inputs Provided</b>		
<p>Inputs</p>	<p><u>Japanese Side:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trainings in Japan</li> <li>2. Short-term Experts</li> <li>3. Equipment necessary for the Project</li> <li>4. Expenses necessary for the Project</li> </ol> <p>Indonesian side</p> <p>&lt;Provincial Government&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. C/P (BAPPEDA, Health Office)</li> <li>2. Office space for the Project</li> <li>3. Budget at Provincial level necessary for the Project</li> </ol> <p>the Project Costs for trainings at provincial level)</p> <p>&lt;3 Target Districts&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. C/P ( Health Office)</li> <li>5. Project office</li> <li>6. Project budget</li> </ol>	<p><input type="radio"/> The following inputs were provided as planned (As of October 2009. See Annex 1 for details)</p> <p><u>Japanese Side:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trainings in Japan (12)</li> <li>2. Short-term experts (10)</li> <li>3. Field Consultants (13)</li> <li>4. Equipment, materials and machinery: Rp. 216,541,844</li> <li>5. Expenses necessary for the Project: Rp.6,974,132,000</li> </ol> <p><u>Indonesian side:</u></p> <p>&lt;Province&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. C/Ps in Province(6)</li> <li>2. Project Office in Health Office</li> </ol> <p>&lt;District&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. C/Ps in District KIT Members(34)</li> <li>5. Project Offices in 3 target districts</li> <li>6. Operational Budget for Socialization and Trainings: Rp. 781,356,000</li> </ol>
<b>Precondition</b>		
<p>Community in the target districts does not oppose the Project.</p>		<p><input type="radio"/> No change was confirmed in this issue.</p>



	<p>Does a community understand the Project and participate in it positively?</p>	<p>○ As for a Puskesmas, some of the staff participated in TOT training in 2009 for improving their facilitation capacity. It was reported in the Progress Report that facilitators from Puskesmas were confident in organizing the Training Workshop for PHCI teams.</p> <p>○ In the interview, the members of PHCI teams made a comment that as community people were trusted in the PRIMA-K, they were motivated to take any independent activities. They also commented that since a democratic decision making process and transparency on fund management in PRIMA-K were evaluated highly, active participation by the members and community including provision of their own fund has been realized.</p>
<p>Monitoring and Evaluation (M&amp;E) on the progress and achievement of the Project</p>	<p>Is the monitoring and evaluation of the Project implemented effectively?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- the procedure of internal monitoring and evaluation</li> <li>- feed back to the next cycle</li> <li>- Is a monitoring system in the Province/district established (in terms of personnel and budget)?</li> </ul>	<p>○ According to the Progress Report, Base-line Survey (in June-October in 2007) and End-line Survey (in June-October in 2009) were conducted for the monitoring and evaluation of the Project.</p> <p>○ Monitoring survey on the change of community's behaviours was carried out in December 2008. In the survey, the Project Team visited 17 PHCI activities sites which were recommended by FCs and made an interview survey on main health issues, the change of people's sense and behaviours after the PHCI activities were implemented and the fund source issue.</p> <p>○ In February 2009, Joint Mid-term Evaluation between Japan and Indonesia was conducted</p> <p>○ In August - September of 2009, monitoring survey on 33 PHCI teams was conducted by the Project Team.</p>
<p>Prevention and contribution factor to Implementation Progress, Output and Project Purpose achievement</p>	<p>Contribution Factors</p>	<p>○ According to the interview, in PHCI activities, PHCI Teams are required clear transparency in financial management. The bank account for block grant is managed by 2 PHCI Team members. The usage of block grant is exhibited on public board in the community so that everyone can see how it is used. Financial report is made for each activity cycle and it is checked by internal auditor as well as outside auditor. This transparency facilitated the satisfaction and willingness of community people to participate in PHCI activities.</p> <p>○ According to the Project Team, from Cycle 3, Sub-district PHCI Teams started to hold Communication Forum monthly. The Forum is attended by Desa/Kel PHCI Team Representatives, Desa/Kel Officers and Puskesmas staff. It contributed to facilitate communication among stakeholders and experience sharing among PHCI Teams.</p> <p>○ Study tours among target districts have been conducted twice. It contributed to facilitate experience sharing among target districts.</p> <p>○ Some of the characteristics of the model were quoted as the strong points of PRIMA-K in the interview such as its simple framework, not so big amount of block grant in comparison with other donors, and the transparency of fund management. Since those points are accepted by stakeholders at Indonesia side, community showed positive participation in PHCI activities.</p> <p>○ The recruitment of FCs contributed smooth implementation to the Project by overcoming the long distance among the target districts and Makassar, language problems and cultural aspects, which resulted in the sufficient performance since the 1<sup>st</sup> year.</p>
	<p>Prevention Factors</p>	<p>○ There is quite a distance from Makassar to each of the 3 target districts. They are also not located near</p>

### ANNEX 3-3. Evaluation by the Five Criteria

Relevance: High

Evaluation Items	Necessary Information and Data (Indicators)	Findings of Study
<p><b>Necessity</b></p> <p>Does the Project Goal correspond with the needs of Indonesian side (target groups)?</p>	<p>Does the Health Promotion model match the needs of community?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> According to the interview, a community understands that it is important for a community to find their problems and take actions for solving them by themselves in the era of decentralization. The structure of the PRIMA-K model corresponds with the need of independent actions by a community.</li> <li><input type="radio"/> The End-line Survey reported that with regard to health issues, among PHCI activities, activities which deals with issues such as "environment-based health", "Posyandu" and "Health Care Improvement" covered the 80% of proposed action plans. In particular, "Environmental Health" activities are evaluated highly effective and the Survey reported that they produce the effect of "learning by doing" through the realization process of self-developed idea.</li> <li><input type="radio"/> In the interview, almost of all sub-district/village PHCI teams showed that the knowledge of community on PHCI activity and the change of behaviours among communities can be seen as positive ones.</li> </ul>
<p>Does the Health Promotion Model match the needs of governmental health office?</p>	<p>Does the Health Promotion Model match the needs of governmental health office?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> According to Provincial BAPPEDA, as mentioned in Law No. 17 year 2007 concerning the 2005-2025 National Long Term Development Plan, its mandate is to administer health development based on humanity, empowerment and independency, equal and balance as well as focus and benefit with specific concern to vulnerable inhabitants as mother, baby, child, senior citizen (old people) and poor family. The 2010 Healthy Indonesia (<i>Indonesia Sehat 2010</i>) sets basic framework and objective to be attained in health sector. It is also relevant with PRIMA-K program which encourages and supports local and district governments in providing health service.</li> </ul>
<p><b>Priority</b></p> <p>Are the Overall Goal and Project Purpose consistent with the national/local development plans of Indonesia?</p>	<p>Central Level</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> The mandate of the 2005-2025 National Long Term Development Plan is to administer health development based on humanity, empowerment and independency, equal and balance as well as focus and benefit with specific concern to vulnerable inhabitants as mother, baby, child, senior citizen (old people) and poor family.</li> <li><input type="radio"/> "Changing health environment and behaviour through community empowerment" is described as one of the strategies in "Healthy Indonesia 2010" proclaimed in 1999. And, "social mobilization and community empowerment for healthy lives" is one of the strategies in "Strategic Plan of the Ministry of Health 2005-2009", in which "Desa Siaga (Alert village)" program is the first priority. Accordingly, the Project aiming at the development of community-oriented health promotion model is quite consistent with the national health policies.</li> </ul>

<p>Is the scale of the target area (3 district and 11 sub-district) appropriate?</p>	<p><input type="radio"/> The Project Team explained that in the first year they started the activities in 6 sub-districts of the 3 target districts which covers only a half of the target areas because of long distance from Makassar as well as many preparation works. In the second year, the Project activities were expanded into the remaining areas. Although the target 3 districts are far from Makassar, Field Consultants (FC) were recruited and FCs made effort to keep good relation with the district governments for the Project. There is no big obstacle in the implementation during the Project period.</p>
<p>Is the method which utilizes field consultants for technical assistance appropriate?</p>	<p><input type="radio"/> According to the Project Team, one of the merits of recruitment of FCs is that FCs supported the preparation work of the KIJs for compensating lack of experiences and human resources in the district governments. The second merit is that the FCs tried to visit villages for providing consultation to PHCI teams and monitoring the progress of their activities and reported them to the Team so that the Team could manage the Project in an area of the 3 districts, 11 Sub-districts, 124 villages (the total population is about 300,000).</p> <p><input type="radio"/> Taking-over of FCs' roles is considered as one of the demerits. However, the Team managed this issue by discussing the way of taking-over with the KIJs. In 2009, the Team increased the number of participants in TOT from the Puskesmas staff for enhancing facilitation capacity of the KIJs. The Project established also a sub-district of Independent Operation (Operasi Mandiri) among the target sub-district in 2009 for the challenge of the operation without FCs in future.</p>
<p>Does Japan have advantage in technical cooperation in this field?</p>	<p><input type="radio"/> The Project Team made a comment that there is no direct relation between the Project activities and the experiences of Japanese health services.</p>
<p>Are experiences, outcomes and lessons in the past assistance cases such as REDIP taken advantage of?</p>	<p><input type="radio"/> According to the Project Team, the Project took advantage of experiences, outcomes and lessons in the REDIP. Special arrangement were added in PRIMA-K such as the composition of teaching materials, modification of implementation framework, village as supporting unit (not school), and involvement of Puskesmas staff as facilitators.</p>
<p>Is the Project making use of JICA's other assistance schemes (South Sulawesi Regional Development Program, other similar technical cooperation projects, Grant Aid and IOCV)?</p>	<p><input type="radio"/> According to the Team, the Team has had meetings with PRIMA-P Project team frequently and exchanged information and their view on the project activities. In the two target districts, Wajo and Barru, the two projects have been implemented simultaneously. Since some of the PHCI members are overlapping, it is observed that community are getting accustomed with development with bottom-up approach. However, in general, as PRIMA-K involves elementary schools while PRIMA-P involves junior high schools, there is no overlapping of activities at school level.</p> <p><input type="radio"/> In the interview, there is no explicit comment on collaboration and synergic effect between the two projects.</p> <p><input type="radio"/> As for the relation with MHC project by JICA, Provincial Health Office made a comment that the MHC Project contributed community empowerment and PRIMA-K is taking over the same issue.</p>
<p>Are there any assistance projects by other donors in the health sector? If so, Are there any overlapping cooperation with</p>	<p><input type="radio"/> In the interview, the following were explained as other donors' programs in health sector and community participation. -SWASH (Monitoring MDGs, UNICEF &amp; CIDA)</p>

**Effectiveness: High**

Evaluation Items	Necessary Information and Data (Indicators)	Findings of Study
<p><b>The Prospect of the Project Purpose Achievement</b></p> <p>Is the Project Purpose appropriate?</p>	<p>Are there high possibilities to achieve the Project Purpose?</p>	<p>○ According to Mid-term Evaluation Report, in Butukumba District the Vice Governor made a commitment on the expansion of PRIMA-K model to whole district area by allocating fund from the APBD. In Wajo District and Barru District, a taskforce was established among the health office, BAPPEDA and the district parliament for independent operation of PRIMA-K after the Project ends. It shows that political commitments on the independent operation have been made by the governors or vice governors in the 3 districts.</p> <p>○ In the interview to KITs, preparation work for independent operation of PRIMA-K is ongoing in terms of financial aspect, personnel aspect and institutional aspect. In financial aspect, since APBD is regarded not appropriate for block grant, other budgets are considered as its source such as ADD. In personnel aspect, it has been discussed how to take over FCs' roles and in Barru, it is planned to recruit ten more district health office staff for promoting the independent operation. In institutional aspect, the involvement of PRIMA-K into the health office programs is planned.</p> <p>○ In the End-line Survey as well as the interview, community's high willingness of continuous participation in PRIMA-K has been confirmed.</p> <p>○ According to the Project Team, the following materials have been developed and modified through three times implementation of PHCI activities.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planning Module</li> <li>- Guideline for Implementation : South Sulawesi Edition</li> <li>- Supplement Guideline for Implementation: District Edition</li> <li>- Case Study: District Edition</li> </ul>
<p><b>Cause and Effect Relations</b></p> <p>Do the Outputs of the Project contribute to the achievement of the Project Purpose?</p>	<p>Is the Output 1 through 4 of the Project sufficient to achieve the Project purpose? Is there anything lacking in?</p>	<p>○ As seen in ANNEX 3-1, the contribution of Outputs to Project Purpose is different by Outputs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Community empowerment(Output1): Through three times implementation of PHCI activities, community had opportunities of PHC practice and have changed their mind-set and behaviour. Community's high willingness of continuous participation in PRIMA-K has been confirmed.</li> <li>•Capacity improvement of Puskesmas (Output2): In 2009, TOT with the objective of increase of facilitators from Puskesmas staff was conducted. After the TOT, since Puskesmas staff joined the PHCI activities as a training lecturer, the facilitation capacity of Puskesmas has been enhanced.</li> <li>•Capacity improvement of KJT (Output3): The KITs are involved in the preparation of independent operation of PRIMA-K.</li> <li>•Capacity improvement at provincial level(Output4): The provincial Health Office has not prepared the expansion plan of PRIMA-K to non-target districts.</li> </ul>

**Efficiency: High 効率性: 高い**

Evaluation Items	Necessary Information and Data (Indicators)	Findings of Study
<p><b>Degree of Outputs Achievement</b></p> <p>Are the Outputs achieved as planned? If any preventing factors, what are they?</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> The achievement level of Outputs is different among them.</li> <li><input type="radio"/> The capacity improvement at community level (Output1) and at Puskesmas level (Output2) are achieved as planned.</li> <li><input type="radio"/> Although the capacity improvement at district level as a whole is achieved as planned, the capacity of TOT implementation is still not sufficient.</li> <li><input type="radio"/> The capacity of dissemination at provincial level is not sufficient.</li> </ul>
<p><b>Cause and Effect Relationship</b></p> <p>Are the activities effective to produce the Outputs (Did they contribute to the capacity development of stakeholders)?</p>	<p>Does the planned Project Activities (including the model activities by block grant) contribute to the capacity development of the people concerned at each level?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> The model is designed for stakeholders to learn the plan-do-see process of PHCI activities through trainings, practice of action plans with the approach of learning by doing. It contributes the capacity improvement of stakeholders.</li> <li><input type="radio"/> Some project activities are designed to be done in an appropriate timing for more efficient performance. For example, as Training for Financial Management and Reporting is designed to be conducted just after the disbursement of a block grant so that the participants can attend the training with a strong motivation.</li> </ul>
<p>Do training courses in Japan and in-country training courses which were conducted additionally contribute to the capacity development?</p>	<p>Do training courses in Japan and in-country training courses which were conducted additionally contribute to the capacity development?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Although Young Leaders Training in Japan was planned independently, the training was conducted simultaneously with the Project. Taking this opportunity, the Project sent some participants of the Project to this Training for enhancing their motivation. In the interview, One of the Participants expressed his thanks to the Team.</li> <li><input type="radio"/> The study tour to Bitun city of North Sulawesi Province where REDIP model, a similar model to PRIMA-K, has been implemented independently is also a good opportunity for the stakeholders to learn actual framework of REDIP and exchange information and views on the model.</li> <li><input type="radio"/> Exchange Program was held three times for the participants to observe success cases by other PHCI Teams and exchange information on technical aspects of the practices.</li> </ul>
<p>Are there any activities in the Project which are particularly effective to enhance abilities and motivation of each stakeholders (community, health office, district government and provincial government) in the project?</p>	<p>Are there any activities in the Project which are particularly effective to enhance abilities and motivation of each stakeholders (community, health office, district government and provincial government) in the project?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> In the interview, it was pointed out that the Exchange Program is effective not only for visitors but for receiving teams of study tour for learning by doing. Some Sub-district PHCI teams implemented a "Best PHCI Activities Contest" for increasing the motivation of village PHCI teams in the sub-district.</li> <li><input type="radio"/> Study tour to Bitun City of North Sulawesi is an effective activity for the participants to see an actual example.</li> <li><input type="radio"/> In 2009, Sub-district PHCI teams held a Communication Forum every month, inviting the representatives of village PHCI teams for information exchange among the teams.</li> </ul>

<p>Are the C/Ps at Indonesian-side and the budget allocation by Indonesian side proper?</p>	<p><input type="radio"/> The Project Team explained that the Project requested the C/P for sharing the cost in implementing action plans. Cost sharing includes not only provision of community fund but also provision of materials and manpower contribution for construction works. As seen in ANNEX 3.1, a contribution from community was getting bigger year by year. In 2009, Sharing cost reached the porting of block grant vs. Swadaya = 2,043(73%):740(27%)(IDR 1,000,000).</p> <p><input type="radio"/> The Operational cost was also shared by the two party.</p>
<p><b>Factors which have affected the efficiency of the implementation process of the Project</b></p>	
<p>Is the Project making use of the framework of JICA's South Sulawesi Province Regional Development Program?</p>	<p><input type="radio"/> According to the Project Team, the experience of REDIP, a bottom-up approach project in education sector, has been utilized in the Project. The basic concepts such as providing block grants and organizing community teams were designed based on the experience of REDIP. Manuals and guidelines were developed referring to those of REDIP. Study tour to REDIP site was conducted to learn good practices.</p> <p><input type="radio"/> According to the Team, the Team has had meetings with PRIMA-P Project team frequently and exchanged information and their view on the project activities. In the two target districts, Wajo and Barru, the two projects have been implemented simultaneously. Since some of the PHCI members are overlapping, it is observed that community are getting accustomed with development with bottom-up approach. However, in general, as PRIMA-K involves elementary schools while PRIMA-P involves junior high schools, there is no overlapping of activities at school level.</p> <p><input type="radio"/> In the interview, there is no explicit comment on collaboration and synergic effect between the two projects.</p>
<p>Is the Project making use of other cooperation scheme such as training courses in Japan and JOCV?</p>	<p><input type="radio"/> According to the Project Team, Young Leaders Training in Japan was very useful for enhancing the participants' motivation.</p> <p><input type="radio"/> The Team had information exchange meeting with other JICA Project such as the Sulawesi CD Project.</p> <p><input type="radio"/> Since in Barru, two JOCVs in charge of rural development and health office were stationed, the Team actively involved the JOCV as an observer in meetings for exchanging information.</p>
<p>Is the Project making use of the experiences and lessons of similar former projects effectively?</p>	<p>According to the Project Team, the Project took advantage of experiences, outcomes and lessons in the REDIP. Special arrangement were added in PRIMA-K such as the composition of teaching materials, modification of implementation framework, village as supporting unit (not school), and involvement of Puskesmas staff as facilitators.</p>
<p>Is the Project utilizing local resources effectively?</p>	<p><input type="radio"/> In the interview with PHCI teams, the FCs were highly evaluated in terms of a good relation with the related stakeholders and their contributions to the Project.</p>
<p>Are there any other contributing factors or preventing factors concerning efficiency?</p>	<p><input type="radio"/> In terms of establishing a sustainable and replicable model, the duration of the Project (three years) was not enough.</p>

<b>Extended Effect</b>		
<p>Is there any expansion of effects?</p>	<p>Can any synergic effect be seen through the cooperation with other JICA projects such as MCH Handbook Phase 1 Project (1997-2002) and PRIMA-P Project (2006-2010)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ As for the relation with MHC project by JICA, Provincial Health Office made a comment that the MHC Project contributed community empowerment and PRIMA-K is taking over the same issue.</li> <li>○ In the interview, there is no explicit comment on collaboration and synergic effect between PRIMA-K and PRIMA-P (education Project).</li> <li>○ Since in Barru, two JOCVs in charge of rural development and health office were stationed, the Team actively involved the JOCV as an observer in meetings for exchanging information.</li> </ul>
	<p>In three target district, are there any specific plans for the dissemination to non-target sub-district?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ In the interview to the KIT in Bulukumba, due to the budget constraint, a concrete plan for the dissemination of PRIMA-K to non-target sub-districts has not been prepared.</li> <li>○ In the interview to the KIT in Wajo, a non-target sub-district, Takallala, was selected for dissemination of PRIMA-K. In 2009, a socialization to head of villages and community leaders in Takallala was conducted, followed by a study tour to Tanasitolo sub-district. In 2010, PHCI Implementation is planned in Takallala.</li> <li>○ In the interview to the KIT in Barru, socializations to three non-target sub-districts were implemented in 2009 (District Health Office budget). The Implementation Guideline is planned to be prepared. For further implementation, budget issues and political commitment by policy makers in the non-target districts should be carefully considered.</li> </ul>
	<p>Are there any specific plans for the expansion to non-target district by the Provincial Government?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Provincial Health Office co-organized a presentation workshop for introducing PRIMA-K to non-target districts/cities in Makassar in September 2009 with the Project Team. The Office also co-organized study tours to the target districts, inviting representatives of non-target districts/cities in October 2009. However, a concrete plan for expanding PRIMA-K to non-target districts/cities has not been prepared, due to the budget constraint.</li> </ul>
	<p>Are there any unexpected impacts (positive/negative)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Puskesmas Tanasitolo (Wajo) had been awarded the best Puskesmas and Posyandu in Desa Nepo (Wajo) had been awarded the best Posyandu in the Provincial Competition in 2009. Posyandu in Desa Iontong (Bulukumba) took the 3<sup>rd</sup> place in the Competition. These 3 Puskesmas and Posyandu have all participated in the Project and have been actively implementing PHCI activities.</li> <li>○ According to Table-2 in ANNEX 3-1, in a target areas, improvement in health indicator such as increase of access to clean water, availability of toilets and decrease in dengue fever cases has been reported.</li> </ul>

<p>Are budgets of provincial / district governments necessary to continue the Health Promotion Model ensured?</p>	<p>Do Provincial/District governments secure their budgets for operation of monitoring and block grants for PHCI activities by themselves?</p>	<p><input type="radio"/> In the interview, as for a block grant, it was found that securing the budget of block grant for the independent operation is the key issue. According to the KITs, APBD is not appropriate for block grant.</p> <p><input type="radio"/> Each KIT is considering the combination of some budgets such as APBD, ADD and community's fund.</p> <p><input type="radio"/> The Operational cost was shared by the two party.</p>
<b>Technical Aspects</b>		
<p>Is the capacity development of stakeholders made sufficiently?</p>	<p>Is it possible for a community (PHCI Team) to independently plan, implement and internally monitor the PHCI activities?</p>	<p><input type="radio"/> In the interview, it was observed that since community (PHCI teams) had experienced PHCI activities three times (some teams experienced it only two times), they are capable of implementing the process of PHCI activities independently.</p>
<p>Is it possible for a health office to provide technical assistance enough to conduct PHCI Activity?</p>	<p>Is it possible for TIK to independently (without JICA experts or field consultants) manage PHCI Activity? ( for proposal check, monitoring and technical training)?</p>	<p><input type="radio"/> According to the project documents, the role of Puskesmas is to take part in the following PHCI activities as a facilitators;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PHCI Planning and Proposal Making Training</li> <li>- Training Workshop for Financial Management</li> <li>- Reporting of Activities and financial Report Making Training</li> </ul> <p><input type="radio"/> In 2009, 56 staff of Puskesmas participated in TOT. They took part in the above-mentioned trainings conducted in 2009 as facilitators and lecturers.</p>
<p>Is it possible for the Provincial/ district health office to independently manage a capacity building seminar or socialization relating to the spread/development of this Activity?</p>	<p>Is it possible for the Provincial/ district health office to independently manage a capacity building seminar or socialization relating to the spread/development of this Activity?</p>	<p><input type="radio"/> In the interview, it was observed that since the KITs experienced PHCI activities three times, they have many know-how in implementing and monitoring the process of PHCI activities.</p> <p><input type="radio"/> According to the Project Team, the team shifted the role of FCs to KITs gradually for independent operation after the Project ends.</p>
<p><input type="radio"/> According to the Project documents, the Project implemented "Independent Operation" in 2009, the final year of the Project. It was intended for KITs to manage and monitor the PHCI activities independently in a target sub-district, selected from the target sub-districts.</p> <p><input type="radio"/> According to the Project Team, the district health offices in the target districts are partially capable of implementing socialization as well as capacity development trainings of the model independently. However, it is still difficult for them to implement TOT by themselves. In case of a socialization of the model to policy makers level at provincial/district level, it is advisable to get support from relevant experts in Indonesia for more effective presentation.</p>		
<b>Social, Cultural and Environmental Aspect</b>		
<p><input type="radio"/> In the interview, the followings were pointed out as preventing factors in cultural and social aspects: The sense of community that the government is fully responsible for health issues, envy of non-target areas, and the sense of health office staff that community is not a partner.</p>		



## 2. PDM2

### Project Design Matrix (PDM 2)

Technical Cooperation Project for Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province (PRIMA-K)  
 Project Title: Technical Cooperation Project for Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province (PRIMA-K)  
 Project period: February 2007 ~ February 2010  
 Provincial level: Provincial Health Office (Coordination, monitoring & evaluation (M&E), and facilitation of the project). District level: District Health Office (Counterpart of pilot activities) and District BAPPEDA.  
 Sub-district level: Sub-district PHCI Team (Planning and implementation of PHCI activities), consisting of Camat Office, Puskesmas and Sub-district K3, Village heads, Teachers, community/religious leaders, and PKK.  
 Community level: Village PHCI Team (Planning and implementation of PHCI activities), consisting of a representative of each Dusun, Kader, Teachers, community/religious leaders, and PKK, will be formed  
 Three target districts, namely Wajo, Barru and Bulukumba are selected. Also, three or four target sub-districts in each of the target districts will serve as a pilot site.  
 Health management system in South Sulawesi Province is improved.  
 Super Goal:

OVERALL GOAL	NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
Management capacity of primary health care in the health sector of target districts is improved	1. Incidence rates of diarrhea and dengue fever are decreased 2. The number of villages implementing community oriented health promotion model is increased.	1. Political commitment and budget allocation of districts on applying the model. 2. Availability of the model 3. The community members have willingness to adopt the model and continue community oriented health promotion activities (PHCI)	* Provincial or the target district governments' records * Provincial or the target district governments' records	* The national policy on decentralization remains unchanged. * There will be no major natural calamity, economic turmoil and/or outbreak of diseases.
Community oriented health promotion model is developed in the target districts.	1. Community oriented health promotion model is developed in the target districts.	1. Number of proposals formulated through micro-planning by the community 1-2 Number of proposed activities implemented 1-3 Amount of SWADAYA spent for the project is increased 2-1 Number of PC team which include Puskesmas staff 3-1 Guidelines and the training manuals are available 3-2 Number of socialization held at the district level 3-3 Number of the district health officials who received certificate to be facilitators for PHCI activities 3-4 Number of monitoring and evaluation for PHCI activities 4-1 Number and/or frequency of monitoring by provincial health office for the project activities 4-2 Number of workshop and/or training for sharing and disseminating project activities 4-3 Mobilization of provincial health office both provincial and national governments to promote activities (request of APBD/DEKON)	* Documents of target districts Project monitoring reports * Document of the target districts * End line survey	* Target districts (particularly Bupati, the head of target districts) show and maintain the high level of commitment to the project
Community-oriented health activities are conducted with community participation.	1. Community-oriented health activities are conducted with community participation.	1-1 Number of proposals formulated through micro-planning by the community 1-2 Number of proposed activities implemented 1-3 Amount of SWADAYA spent for the project is increased 2-1 Number of PC team which include Puskesmas staff 3-1 Guidelines and the training manuals are available 3-2 Number of socialization held at the district level 3-3 Number of the district health officials who received certificate to be facilitators for PHCI activities 3-4 Number of monitoring and evaluation for PHCI activities 4-1 Number and/or frequency of monitoring by provincial health office for the project activities 4-2 Number of workshop and/or training for sharing and disseminating project activities 4-3 Mobilization of provincial health office both provincial and national governments to promote activities (request of APBD/DEKON)	* Proposals submitted by a community PHCI team Project survey results Existing district monitoring records * Interview with community Existing district monitoring records Project monitoring reports * Project survey results Existing district monitoring records Project monitoring reports * Project monitoring reports Puskesmas monitoring record	* South Sulawesi Provincial Health Office support or at least do not oppose to the idea of  * Target districts disburse Counterpart fund for Project activities as planned
Support of Health Center (Puskesmas) towards sub-district/village PHCI Team is improved	2. Support of Health Center (Puskesmas) towards sub-district/village PHCI Team is improved	1-1 Number of proposals formulated through micro-planning by the community 1-2 Number of proposed activities implemented 1-3 Amount of SWADAYA spent for the project is increased 2-1 Number of PC team which include Puskesmas staff 3-1 Guidelines and the training manuals are available 3-2 Number of socialization held at the district level 3-3 Number of the district health officials who received certificate to be facilitators for PHCI activities 3-4 Number of monitoring and evaluation for PHCI activities 4-1 Number and/or frequency of monitoring by provincial health office for the project activities 4-2 Number of workshop and/or training for sharing and disseminating project activities 4-3 Mobilization of provincial health office both provincial and national governments to promote activities (request of APBD/DEKON)	* PHCI guideline and training manuals  * District monitoring records Project monitoring reports * Certificate provided by the project	
Capacity to conduct PHCI activities of the target districts is improved	3. Capacity to conduct PHCI activities of the target districts is improved	1-1 Number of proposals formulated through micro-planning by the community 1-2 Number of proposed activities implemented 1-3 Amount of SWADAYA spent for the project is increased 2-1 Number of PC team which include Puskesmas staff 3-1 Guidelines and the training manuals are available 3-2 Number of socialization held at the district level 3-3 Number of the district health officials who received certificate to be facilitators for PHCI activities 3-4 Number of monitoring and evaluation for PHCI activities 4-1 Number and/or frequency of monitoring by provincial health office for the project activities 4-2 Number of workshop and/or training for sharing and disseminating project activities 4-3 Mobilization of provincial health office both provincial and national governments to promote activities (request of APBD/DEKON)	* District monitoring records Project monitoring reports * Certificate provided by the project	
Provincial capacity of facilitating good primary health care practices is improved	4. Provincial capacity of facilitating good primary health care practices is improved	1-1 Number of proposals formulated through micro-planning by the community 1-2 Number of proposed activities implemented 1-3 Amount of SWADAYA spent for the project is increased 2-1 Number of PC team which include Puskesmas staff 3-1 Guidelines and the training manuals are available 3-2 Number of socialization held at the district level 3-3 Number of the district health officials who received certificate to be facilitators for PHCI activities 3-4 Number of monitoring and evaluation for PHCI activities 4-1 Number and/or frequency of monitoring by provincial health office for the project activities 4-2 Number of workshop and/or training for sharing and disseminating project activities 4-3 Mobilization of provincial health office both provincial and national governments to promote activities (request of APBD/DEKON)	* District monitoring records Project monitoring reports * Certificate provided by the project	

Note: the definition of "the model" is: a package of a series of trainings, small block grants, and pilot activities where PHCI Teams in the community and sub-districts take initiatives in formulation and implementation of primary health care improvement plans based on the bottom-up approach. The whole process is facilitated by district health officer.

ACTIVITIES		JAPAN	INDONESIA
<b>INPUTS</b>			
<b>1: Community Level</b> Establish PHCI Teams at the community level (PHCI Team consists of a representative of each Dusun/Kader, Teachers, community/religious leaders, and Conduct socialization workshop on PHCI activities at the community level Conduct a PHCI training workshop to develop action plan for the PHCI Teams at the community level Implement PHCI activities based on action plan Review and report PHCI activities		Dispatch of Japanese Experts (1) Leader/ Health Development Plan (2) Sub-leader/ Regional Development (3) Public Health/ PHC management (4) Community Empowerment/ Gender (5) Social Development/ Research (6) Public Health/ School Health (7) Micro-planning (8) Public Health/ Training Local Consultants	1 Provincial Government * Appointment of counterpart personnel * Counterpart Fund (CPs expenses concerning activities to be carried out as set in the ToR) * Provision of office and facilities 2 District Government * Appointment of counterpart personnel
<b>2: Sub-district Level</b> Establish PHCI Teams at the sub-district level (PHCI Team consists of Camat Office, Puskesmas and Sub-district K3, Village heads, Teachers, community/religious Conduct socialization workshop on PHCI activities at the sub-district level Conduct a PHCI training workshop to develop action plan for the PHCI Teams at the sub-district level Implement PHCI activities based on action plan Review and report PHCI activities Monitor and coordinate PHCI activities both at community and sub-district levels		Counterpart Training in Japan: A total of four health officials, specifically one district health official from each of the three target districts and one provincial health official from South Sulawesi Province, will receive training in Japan in the Japan Equipment and Local Cost: Block Grant for PHCI activities by sub-district and community PHCI Team will be provided and the Japanese contribution to the grant.	* Counterpart Fund: a) Block Grant for a sub-district and community PHCI team (to be gradually increased) and b) CPs expenses concerning activities carried out as set in the ToR * Provision of office and facilities
<b>3: District Level</b> Develop 1) planning strategy, 2) sustainability strategy, 3) community mobilization strategy, 4) monitoring and recording strategy and 5) dissemination strategy for Develop a PHCI guideline and manuals Conduct socialization of the Project (PHCI activities) for the district level stakeholders Appraise action plan on PHCI activities submitted by both sub-district and community PHCI Teams Provide training of monitoring on PHCI activities for the district health office Hold monitoring and evaluation of PHCI activities			
<b>4: Provincial Level</b> Discuss a detailed implementation plan of the project at project inception Design and conduct the base-line and end-line surveys to measure impact of the Project Hold the Steering Committee meetings Hold the Joint Coordinating Committee meetings Conduct a series of workshops to monitor, coordinate, and disseminate the community-oriented health improvement			
<b>PRE-CONDITIONS</b>			
* Community in the target districts does not oppose to the Project			