評価グリッド調査結果（和文）

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>必要な情報・データ（指標）</th><th>調査結果</th></tr>
<tr><td colspan="3">上位目標の達成度（見込み）</td></tr>
<tr><td>対象県保健関係者のプライマリー・ヘルス・ケアの管理運営能力が向上する。</td><td>【PDM 指標 1】下痢およびマラリアへの感染率が低下する。</td><td>○ エンドライン調査における保健指標に関する2次データによれば、2006-2008 の3年間にける下痢、デング熱の発症率に特に大きな変化（減少）は見られず、県によっては増加しているものもある(表—1)。これは、2008 年に州政府による医療無料化政策で保健所への来所者数が増加したことがかく乱要因になっている可能性がある。

Table-1 Increase rate of Incidence of Diarrhea and Dengue during 2006-2008
<table>
<tr><th></th><th>Barru</th><th>Bulukumba</th><th>Wajo</th></tr>
<tr><td>Diarrhea</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>
</table>
Source The End-line Survey

○ 最新のプログレス・レポートによれば、多くの PHCI チームは下痢発症率の問題が主要な保健問題と考えており、アクションプランでは”Securing Access to clean water”と”construction of toilet”が一番実施されている。実際に PHCI 活動を通して下痢発症率が著しく減少した事例として、Wajo 県 Tanasitolo 郡の以下のデータを紹介している。

Table-2 Data on a relation between PHCI activities and DBD cases in Kecamatan Tanasitolo, Kabupaten Wajo in 2006-2008
<table>
<tr><th>Indicator</th><th>2006</th><th>2007</th><th>2008</th></tr>
<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>
</table>
Source: The Progress Report

○ 一方、本調査での村 PHCI チームへのインタビューでは、住民が PHCI 活動を通してトイレ、浸透式浄化槽（SPAL）等を設置したこと等により住民の健康管理に関する意識・態度が変化し、結果として下痢、デング熱発症率が著しく低下したという印象を持っているとい声を多く聞いた。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>【PDM 指標 2】対象県においてコミュニティー指向の健康増進モデルを実施する村の数が増加する。</td><td>○ KIT へのインタビューによると、対象県においては、以下のように非対象郡への PRIMA-K モデルの拡大実施に既に取り組んでいる。
・Barru 県では 2009 年に既に非対象郡3郡に対するソーシャリゼーションを実施済み（県保健局予算）であり、また、PRIMA-K モデルの実施ガイドラインを作成中である。
・Wajo 県では、普及のためのパイロットモデルとして Takallala 郡に対し全村長、コミュニティ・リーダーに対するソーシャリゼーションを兼ねた対象郡の Tanasitolo 郡へのスタディツアーを実施予定（本音 12 月）であり、2010 年には PHCI 活動を実施する計画である。</td></tr>
</table>

		・Bulukumba 県では、県の主要関係者の間で PRIMA-K モデルを非対象郡に拡大することについての合意があり、現在予算計画を準備している。 ○ プロジェクト進捗報告書によれば、PHCI 活動の第3サイクル（2009 年）より、今後の自立発展のために対象郡の中から一郡を"Independent Operation"のパイロット郡に選定し、そこでの活動を KIT のみで実施することを試みている。
	対象県の保健行政において、コミュニティのニーズを反映した事業が計画立案・実施されるようになるか 県保健局の計画立案・予算プロセスの改善点、コミュニティのニーズに対応した具体的な事業（計画を含む）の有無	○ KIT へのインタビューによれば、PRIMA-K のような参加型アプローチによる住民ニーズの県事業計画への反映については、県保健局の類似事業の中への取り込み、あるいは参加型地域開発計画制度（ムスレンバン）での取り込み等を検討中である。
プロジェクト目標達成度		
プロジェクト対象県おいてコミュニティー指向の健康増進モデルが構築される。	【PDM 指標 1】対象県が本モデルを採用するための政治的コミットメントと予算措置の状況	○ 県実施チーム（KIT）へのインタビュー及び中間評価報告書によれば、政治的コミットメントと予算措置を含めた自立発展への準備状況は下の通りである。すなわち、政治的コミットメントは既になされており、非対象郡への普及に向けた活動に既に着手している。予算については、県予算ではブロックグラントを配布することができない財政システムのため、他の配賦方法を検討している段階である。 <u>Barru 県：</u> コミットメント：プロジェクト終了後の自立運営を実現するために、保健局、BAPPEDA、地方議会代表者からなるタスクフォースを組んでいる。また、既に、非対象県3県に対する普及のため、村長等へのソーシャリゼーションを本年実施済みである。 予算措置：通常の事業経費は 2010 年の APBD で予算化されている。ブロックグラントについて、県予算、保健所予算。ADD を検討中。 人材面：PRIMA-K での能力強化活動（研修等）を 2010 年実施予定。また、本年、PRIMA-K を支援する保健局職員 10 名を雇用する予定。 組織面：県の新中期開発計画（PRDJM, 2011-2015）に県独自の名前で PRIMA-K モデルをプログラムとして取り込む。 <u>Wajo 県：</u> コミットメント：プロジェクト終了後の自立運営を実現するために、保健局、BAPPEDA、地方議会代表者からなるタスクフォースを組んでいる。また、非対象県3県に対する普及のため、Takallala 郡を選び村長等へのソーシャリゼーションを本年実施予定である。 予算措置：通常の事業経費は APBD で予算化されている。ADDをコミュニティからの負担分を促す資金として検討中。 人材面：FC の役割を引き継ぐアシスタント・チームを保健局職員で設置する予定。 組織面：現行の KIT、PHCI チームとアシスタント・チームで体制を作る。 <u>Bulukumba 県：</u> コミットメント：県の主要関係者の間で PRIMA-K モデルを非対象郡に拡大することについての合意がある。また、2010 年予算で保健局が非対象郡へのソーシャリゼーションを実施する予定。 予算措置：県保健局と ADD に PRIMA-K 継続予算を配賦する計画である。 人材面：FCの役割を引き継ぐ職員を育成を計画中。 組織面：PRIMA-K での実施体制を継続する。

<table>
<tr><td></td><td>【PDM 指標 2】モデルの利用可能性（ガイドライン・マニュアルの内容・対象地域外における利用可能性、関連する法制度の整備状況）</td><td>○ プロジェクト・チームによると、関係者は、本モデルは研修、ブロックグラント、アクションプランの実践をまとめたパッケージであるととらえている。実施のためのアニュアル、ガイドラインとして、以下のものが整備されており、2007、2008 年度で実施した2サイクルの結果レビューを踏まえて、内容は改良されている。
- Planning Module
- Guideline for Implementation : South Sulawesi Edition
- Supplement Guideline for Implementation: District Edition
- Case Study: District Edition

○ 実施体制は、県実施チーム、郡及び村 PHCI チームよりなり、各チームには住民代表、プスケスマス代表等のステークホルダーがメンバーになっており、地域社会が全体で取り組むものになっている。</td></tr>
<tr><td></td><td>【PDM 指標 3】地域社会の人々が本モデルを適用し、コミュニティー指向の健康増進活動を継続する意思がある。</td><td>○ エンドライン調査によれば、PHCI 活動参加経験者のほとんどが非常に高い参加意欲をもっている。一方、参加未経験者の中では郡保健協議会メンバーと保健所職員が参加に意欲的である。これらの参加経験者が、今後 PHCI 活動を推進していく核になることが期待されている。

Table-3 Willingness to participate in PHCI activities by respondent groups
<table><tr><td></td><td>Ever Participated</td><td>Never participated</td></tr><tr><td>Individual</td><td>3.12</td><td>1.98</td></tr><tr><td>Village PHCI</td><td>3.51</td><td>-</td></tr><tr><td>Sub-district K3</td><td>3.52</td><td>2.50</td></tr><tr><td>Puskesmas Staff</td><td>3.00</td><td>2.87</td></tr></table>Source: The Endline Survey
(note) Answer scale: 0 (don’t want)– 4 (yes want)

○ 関係者へのインタビューによると、参加住民は環境衛生問題への知識、態度、実践へのインパクトが大きいと評価しており、本モデルへの継続的参加の意思を表明している。</td></tr>
<tr><td></td><td>コミュニティと行政の協働モデルが構築されているか。（モデルの内容）
コミュニティ、行政関係者（県、保健所）の協働体制の構築
コミュニティと行政関係者の協働活動の増加</td><td>○ プロジェクトのプログレスレポート等によれば、本モデルには、環境衛生問題に関連する重要なステークホルダーである、県保健局、開発企画局、保健所、郡政府、住民が含まれている。
○ 県実施チームには保健所代表、郡政府代表が加わり、郡 PHCI チームには保健所代表、村 PHCI チーム代表が加わっており、ステークホルダー間で情報の共有ができる体制ができている。</td></tr>
<tr><td colspan="3">成果の達成度</td></tr>
</table>

成果 1:コミュニティー指向の保健活動が住民参加を伴って実施される。

【PDM 指標 1】マイクロ・プラニングを通じてコミュニティーが策定したプロポーザルの数

○ プログレス・レポートによれば、3回の PHCI 活動の実績は以下のとおりであり、例えば 2009 年度の第3サイクルでは、合計 501 件のアクション・プランのプロポーザルが提案された。

Table-4 No. of Target Sub-districts/Villages, Proposals and Action Plans and Activities implemented by District

District	Items	2007	2008	2009	Total
Barru	Sub-district/Village	2/20	3/27	3/27	3/27
	Action Plans	22	30	30	82
	Activities	71	78	85	234
Bulukumba	Sub-district/ Village	2/28	4/52	4/52	4/52
	Action Plans	30	56	56	142
	Activities	104	258	240	602
Wajo	Sub-district/ Village	2/20	4/45	4/45	4/45
	Action Plans	22	49	49	120
	Activities	145	190	176	511
Total	Sub-district/ Village	6/68	11/124	11/124	11/124
	Action Plans	74	135	135	135
	Activities	320	526	501	1,347

Source: The Progress Reports

○ プログレス・レポートによれば、アクション・プランの内容は以下のように分類される。3サイクルとも、「生活環境整備」、「Posyandu」、「健康増進」の順に活動数が多かった。

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

【PDM 指標 2】提案された活動のうち実際に実施に移された活動の数

○ 3年間でアクションプランとして採択・実施された活動数は、上記の表のとおりである。3年間3回のサイクル合計では、合計 1,347 件のアクションプランが提案され、すべて実施されている(2009 年分は実施中)。

【PDM 指標 3】PHCI チームによるコストシェア(SWADAYA)が増加する。

○ プロジェクト・チームによると、3年間の PHCI チームによる自己負担金(Swadaya)とプロジェクトからのブロックグラントを比較したものが表—6 である(予算ベース、SWADAYA は現金のみ)。3年

間で資金に占める SWADAYA の割合は 7%から 26.6%に増加している。なお、SWADAYA は現金の提供だけでなく現物供与、労働力の提供も含むので、これらを金額換算すれば、大きな割合が自己負担分として提供されていることがわかる。

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

○ PHCI 活動を通じて、住民は環境衛生問題への関心を高めており、特にトイレ建設、浸透式浄化槽（SPAL）建設、ゴミ箱設置、Posyandu 改築との施設整備の活動に対しては、大きな自己負担金を支出している。

活動の計画立案・実施のプロセスにコミュニティが積極的に参加したか
コミュニティの参加度（当初、中間評価後、終了時の比較）

○ プロジェクト・チームによると、PHCI チーム向けのワークショップ、セミナーへの参加者は下表のとおりである。参加予定者は、ほとんど欠席がなく、積極的に質問等をしていたと報告されている。

Table-7 No. of Participants in Workshops and Seminars for PHCI Teams

Title	2007	2008	2009
PHCI Planning and Proposal Making Workshop	270	512	534
Training for Financial Management and Reporting	227	399	524
Achievement Seminar in Makassar	380	340	na
Achievement Seminars in Districts	na	607	na

*na: Not conducted
**: Achievement Seminars の参加者には非対象郡関係者を含む。

○ 2009 年には、プロジェクト・チームの発案で郡 PHCI チームが関係する全部の村 PHCI チーム代表を集めた Communication Forum を毎月定例で実施しており、チーム間での情報交換に活用されている。
○ エンドライン調査によれば、コミュニティの参加度合いは、PRIMA-K 対象地域でプラスに変化しているという結果が得られている。

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。

【PDM 指標 1】保健所（Puskesmas）のスタッフをメンバーに含んでいる PHCI チームの数

○ プロジェクト・チームによると、前 PHCI チーム中、郡チーム全て（11）と 124 の村 PHCI チーム中 77 チームの計 88 チーム（全 135 チーム中）に保健局、保健所の職員が含まれている。

コミュニティの活動を支援した保健所の数の増加（当初・実績比較）（短3）

○ 県保健局が実施するファシリテータ研修（TOT）は、最終年次（2009 年）には保健所からの参加者数を加えた。3県合計で 56 名の保健所職員が参加した。
○ プロジェクト・チームによれば、コミュニティの活動を支援した保健所の数は当初から変化は無いが質的な向上があった。保健所のコミュニティに対する支援はより積極的なものとなった（表—8 参照）。最終年次では、”Indepdendent Operation”として、保健所がファシリテーションの中心となる

<table>
<tr><td></td><td></td><td>（FC は間接的なサポートに徹する）郡が 3 郡設定され、そこにある 5 つの保健所は FC に代わって全面的にコミュニティの活動を支援した。

Table-8　Collaboration between Community and Puskesmas by Respondent Groups
<table>
<tr><th>Groups</th><th>Average score</th></tr>
<tr><td>Individual</td><td>3.51</td></tr>
<tr><td>Village PHCI</td><td>3.52</td></tr>
<tr><td>Sub-District K3</td><td>3.44</td></tr>
<tr><td>Puskesmas staff</td><td>3.24</td></tr>
</table>
Source: The Endline Survey
(Note): Answer score: 0 (no chance) – 4 (much more change than before)</td></tr>
<tr><td></td><td>保健所スタッフの意識・態度変容
保健所とコミュニティの関係改善
保健所のサービスの質的改善</td><td>○ エンドライン調査によれば、地域の保健状況の改善にかかわる様々な問題の中で、「環境衛生」と「感染症予防」の2つの課題において、PRIMA-K 対象地域の保健所職員の認識に大きな変化があった。現在、PRIMA-K 対象地域では、環境衛生の改善のためには水の管理とトイレの清掃が、感染症予防のためには媒介生物の発生源の清掃が最も重要だと考える保健所職員が多い。これらはいづれも、村人自身が日常生活の中で力を合わせて行うことのできることであり、PHCI 活動で最も盛んに行われている。保健所職員と村人のコミュニケーション頻度と地域の保健状況の改善へのコミュニティの参加度合いは、PRIMA-K 対象地域でより増加している。
○ インタビュー調査によれば、保健環境問題については、Posyandu を中心とした行政サービスへの関心が第一にあり、保健所との関係はその次の段階という意識も聞かれた。</td></tr>
<tr><td>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。</td><td>【PDM 指標 1】策定されたガイドラインやトレーニング・マニュアルの有無</td><td>○ プログレス・レポートによれば、以下の4つの資料が本プロジェクトで作成されている。このうち、最初の2つはプロジェクト・チーム、州が共同で作成したものである。その他2つの地方版の補助教材は県 KIT が作成したものであり、2008 年より使用されている。これらの資料は、各年の PHCI 活動のレビューを基に改訂されている。
- Planning Module
- Guideline for Implementation : South Sulawesi Edition
- Supplement Guideline for Implementation: District Edition
- Case Study: District Edition
○ インタビュー調査でも、これらの資料は使いやすく、また理解しやすいとの声を聞いている。</td></tr>
<tr><td></td><td>【PDM 指標 2】県レベルで開催されたソーシャライゼーションの数や頻度</td><td>○ プログレス・レポートによると、本プロジェクトの県レベルでのソシャリゼーションは第1回目（2007）は、当初から参加する3県 6 郡に対し実施され、第2回目（2007）は 2008 年に追加参加する 5 郡向けに実施された。
○ 技術交換活動は、県レベルでの情報交流を目的に実施されている。第1回目（2007）は、県別に郡間でのスタディツアーとして実施され、第2回目（2008）は、県間でのスタディツアーとして実施された。第3回目（2009）は、非対象郡向けのソーシャリゼーションを目的として実施された。
○ 2009 年2月に実施された活動成果発表会は、県別にも実施され、計 607 名の参加があった。
○ その他の県別のソーシャリゼーションは、以下のとおりである。
・ワジョ県では、非対象郡の Takallala 郡向けに独自のソシャリゼーションを1回実施した。
・Bulukumba 県では、政策決定者向けに 2008 年、2009 年に2回実施しており、第2回目の会合では県知事を含めた県主要関係者向けのものであった。</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>【PDM 指標 3】PHCI 活動のファシリテータとして認定された県保健局行政官の人数（中間評価後の変化）</td>
<td>○ PHCI 活動をファシリテートする県職員の能力は下表に示した指導者研修（TOT）によって強化されていった。

Table-9 TOT in the Project
<table>
<tr><th>No.</th><th>Time</th><th>Trainers</th><th>Participants</th></tr>
<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>
</table>
Source: The Project Team

○ 県保健局が実施するファシリテータ研修（TOT）において、ファシリテータとしてのサーティフィケートが与えられた県保健局行政官数は1年目8名、2年目18名、3年目10名の計36名である。
○ PHCI 活動をファシリテートする保健所職員向けの研修は第3回目（2009）の TOT において実施され、計 56 人の保健所職員に PHCI 活動ファシリテータの肩書が授与された。</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>【PDM 指標 4】PHCI 活動に対するモニタリング・評価の回数や頻度</td>
<td>○ プロジェクト・チームによれば、KIT による PHCI チームのモニタリング活動は、3年間で Barru 県 26 回以上、Wajo 県 46 回、Bulukumba 県 36 回以上である。モニタリングの内容は以下の通り。
・計画作成ワークショップ、会計管理ワークショップの実施・支援
・計画作成プロセス支援
・Communication Forum への参加
・PHCI 活動でのリソースパーソン参加
・その他</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>県保健局のコミュニティに対するサービスに変化が見られたか（当初、中間評価後、終了時の比較）
県保健局スタッフの意識・態度変容
県保健局とコミュニティの関係改善
県保健局のサービスの質的改善</td>
<td>○ プロジェクト・チームによれば、計画作成WS、会計管理WSはプロジェクト・チームと KIT との共同開催となっており、その講師は、KIT メンバー（TOT 研修参加者）、FC が担当するものである。このWSでは2年目から、KIT の関与が徐々に大きくなったと観察している。また、最終年次のWSは KIT 主催、講師は KIT、保健所職員（TOT 参加者）と FC が担当する形で実施された。
○ 専門家へのインタビューによると、プロジェクト開始当初は、県保健局、BAPPEDA は、PRIMA-K の効果について疑心暗鬼であった。これまでの参加型保健プロジェクトでは住民の意識に大きな変化は見られなかったからである。しかしながら、PRIMA-K によって郡／村レベルの活動が活発化するのを目の当たりにし、その有効性につき急速に理解が深まった。
○ 一方、KIT へのインタビューによると、県保健局職員の意識は PHC が第一の関心ごとであり住民を PHC の対象と見るもののパートナーとしては信頼していない。また、本プロジェクトについても KIT メンバーのみが取り組んでおり、保健局全体でのオーナーシップは高くない、というコメントあり。</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5">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。</td><td>【PDM 指標 1】州保健局によるモニタリングの数・頻度</td><td>○ 州保健局のよるモニタリングは、以下のように実施された。

表-10 州保健局によるモニタリング活動
<table><tr><th>モニタリング活動</th><th>頻度等</th></tr><tr><td>キックオフ・ミーティング
活動成果報告会
TOT 等WS・セミナー・研修講師
JCC 及び運営委員会
中間評価</td><td>毎年度初め（3回）
毎年度末（3回）
第1回 TOT
第1サイクル終了時
2009 年 2 月</td></tr></table>Source: The Progress Report</td></tr>
<tr><td>その他プロジェクト活動への関与に改善（当初、中間評価後、終了時の比較）</td><td>○ 下の指標2に既述したように、2009 年 9 月に、非対象県市への普及のためのソーシャリゼーションを実施した。</td></tr>
<tr><td>【PDM 指標 2】州内他県を対象とした経験共有・普及のためのワークショップや研修の数・頻度</td><td>○ 州保健局は、PRIMA-K を非対象県市に対して紹介するセミナーをマカッサルで開催した（2009 年 9 月 29 日）。18 名の参加があった。
○ また、非対象県市の代表者が PRIMA-K 実施県を訪問するスタディツアーをプロジェクト側と協働開催し、70 名の参加を得た。（2009 年 10 月 28-31 日）。これは、対象3県別に周辺の非対象県市が訪問する形をとった。全非対象県市21のうち、17 県が参加した。</td></tr>
<tr><td>【PDM 指標 3】活動を促進するために必要な州政府や中央政府への働きかけ（APBD や DEKON 等の予算申請も含む）</td><td>○ 2009 年 11 月 23～25 日バンドゥンで行われる保健省ヘルスプロモーション全国会議に、南スラウェシ州として PRIMA-Kesehatan プログラムを発表した。</td></tr>
<tr><td>県政府との協働による普及に関する具体的な戦略（出口戦略）の有無、実現可能性（中間評価後の変化）（短1）</td><td>○ プロジェクト・チームによると、州政府による明確な普及戦略はまだない。
○ プログレス・レポートによると、PRIMA-K の類似モデルである教育分野の REDIP モデルが独自に実施されている北スラウェシ州ビトン市へのスタディ・ツアーに、州保健局より2名、対象県 KIT より 17 名がした。この視察では、県予算での実施方法、政府リーダーのコミットメントの必要性、KIT の強化方法等を参加者が学んだ。</td></tr>
<tr><td colspan="3">投入の実績</td></tr>
<tr><td>投入</td><td><u>日本側</u>
a. 本邦研修及び第三国研修
b. 長期専門家、本邦研修
c. プロジェクトに必要な機材
d. プロジェクトに必要な経費

<u>インドネシア側</u>
<州政府>
a. C／P（BAPPEDA, 保健局）
b. プロジェクト事務所
c. 州レベルにおけるプロジェクトに必要</td><td>○ 日イ双方の投入は、計画通りに実施された。（2009 年 10 月現在の投入実績については、Annex 1 を参照されたい）。

<u>日本側:</u>
1. 本邦研修 (12); 青年研修
2. 短期専門家(10)
フィールド・コンサルタント(13)
3. プロジェクトに必要な機材: Rp. 216,541,844
4. プロジェクトに必要な経費: Rp.6,974,132,000

<u>インドネシア側:</u></td></tr>
</table>

	な経費（州研修実施経費） ＜対象3県＞ c. C／P（保健局） d. プロジェクト執務室 e. プロジェクト経費	<州政府> 1. 州レベルのカウンターパート(6) 2. 州保健局内のプロジェクト事務所 <対象3県> 4. 県レベルのカウンターパート：県実施チーム（KIT）メンバー(34) 5. 3県保健局内のプロジェクト用事務所 6. プロジェクト経費（啓発ミーティング、研修等）： Rp. 781,356,000
前提条件		
対象県内のコミュニティがプロジェクト活動実施に反対しない		○ 特別な問題は起きていない。

ANNEX 3-2:実施プロセスの検証

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>必要な情報・データ（指標）</th><th>調査結果</th></tr>
<tr><td>計画の進捗状況</td><td>活動の実施状況</td><td>○ PDM 上の活動は、全て計画通りに適切に実施された（詳細はミニッツの Annex 2 を参照）。主要な活動は、下表の通り。

表-11 プロジェクトの主要活動
<table>
<tr><td>Preparation for the Project</td><td rowspan="2">2007</td><td>Feb. -June</td></tr>
<tr><td>PHCI activity cycle-1</td><td>July – Dec.</td></tr>
<tr><td>Seminar on the results of the cycle-1</td><td rowspan="2">2008</td><td>Feb.</td></tr>
<tr><td>PHCI activity cycle-2</td><td>July – Dec.</td></tr>
<tr><td>Seminar on the results of the cycle-2</td><td rowspan="2">2009</td><td>Feb.</td></tr>
<tr><td>PHCI activity cycle-3</td><td>June – Nov.</td></tr>
<tr><td>Seminar on the results of the cycle-3</td><td>2010</td><td>Jan.</td></tr>
</table>
Source: The Project Progress Reports</td></tr>
<tr><td>専門家と C/P との関係</td><td>専門家と C/P（州、県、コミュニティの各レベル）の関係は良好か。</td><td>○ 専門家から州、県政府の C/P へ逐次進捗報告がなされており、コミュニティレベルへも PHCI 活動のモニタリングで直接出向いており、両者のコミュニケーションは十分に確保されている。</td></tr>
<tr><td>技術支援の効率性</td><td>短期専門家のシャトル型派遣は、効果的な技術支援に影響があるか</td><td>○ インタビューによれば、プロジェクト活動の繁忙期には、日本人専門家が必ずマカッサルの事務所にいるような派遣日程が組まれており、インドネシア側とのコミュニケーション上は特に問題はない。
○ 州保健局内のプロジェクト事務所にはインドネシア人スタッフが常駐しており、日本人専門家がいない期間のフォローアップ体制が確立されている。また、インターネットの利用によりインドネシア外にいる日本人専門家とコミュニケーションがとれるので、プロジェクト活動への影響はない。</td></tr>
<tr><td>相手国ステークホルダーのオーナーシップ</td><td>相手国実施機関のオーナーシップは高いか

・州政府
・県政府
・県保健所</td><td>○ プロジェクト・チームによれば、州政府は、県政府と異なり実際の現場を持たない位置づけにあるため、本プロジェクトへのオーナーシップは、県政府と比べて弱い。しかしながら、州保健局は、2009 年 11 月実施の保健省主催ヘルスプロモーション全国会議で、PRIMA-K プログラムを発表しており、オーナーシップも強化されつつある。
○ 県レベルは、保健局、BAPPEDA、郡事務所のいずれについても、プロジェクトの活動状況・課題について十分把握している。ANNEX 3.1 の実績の検証で述べたように、プロジェクト終了後の自立発展について、県政府は政治的をしており、財政面（予算の確保）、人材面（FC の役割の引き継ぎ）、組織面（実施体制）での具体的な計画を作成中である。また、バル県、ワジョ県では、本年予算で非対象郡への本モデル普及のための説明会を実施、または実施予定であり、オーナーシップは高まりつつある。
○ 保健所については、2009 年度に保健所職員等を参加者に含めた TOT 研修が実施され、保健所職員のファシリテーショ能力強化が進められた。プロジェクト・チームによれば、保健所職員のファシリ</td></tr>
</table>

		データは、PHCIチーム向けの研修WSの運営にも自信をもったとの報告があった。
	コミュニティはプロジェクトを理解し、積極的に参加しているか	○ インタビュー調査では、PRIMA-K では村人を信用してくれるので、自主的な活動ができる、との声が多かった。また、PHCI 活動での民主的な意思決定、資金管理の透明性が確保されていることを評価しており、メンバー及び住民による積極的な参加（自己資金の提供を含む）が実現している。
モニタリング・評価のプロセス	プロジェクト活動のモニタリング・評価は効果的に実施されているか。	○ プログレス・レポートによれば、プロジェクトのモニタリング・評価を目的として、ベースライン調査（2008 年 6-10 月）、エンドライン調査（2009 年 6-10 月）が実施された。 ○ プログレス・レポートによれば、住民の行動変容に関するモニタリングが 2008 年 12 月に実施された。このモニタリングでは、FC が推薦する PHCI 活動サイト 17 をプロジェクト・チームが訪問し、主な保健問題、活動実施後の住民意識・行動の変容、財源問題等をインタビューした。 ○ 日本側とインドネシア側による合同中間評価調査が実施された。（2009 年 2 月） ○ 2009 年 8-9 月には、33 の PHCI チームのモニタリングが実施された。
活動進捗、成果達成、目標達成への貢献要因及び阻害要因	貢献要因	○ 資金管理の透明性： PHCI 活動では、PHCI チームは資金管理の透明性確保が求められている。ブロックグラントのための銀行口座は2人の PHCI メンバーが管理することになっており、ブロックグラントの使用状況は、村の掲示板に公開されているので、誰でもチェックが可能である。会計報告書は PHCI 活動の各サイクルで作成され、チーム内の監査役がチェックする体制になっている。こうした透明性の確保に住民は満足しており、PHCI 活動への参加意欲が高められている。 ○ 郡レベルでのコミュニケーション・フォーラム： 第3サイクル（2009 年）より、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、郡事務所職員、保健所職員が参加しており、関係者間での情報交流、経験交流に寄与している。 ○ 技術交換活動： 対象地域間での技術交換・情報交換活動として、スタディ・ツアーを2回実施し、関係者の経験共有に貢献した。 ○ インドネシア側へのインタビューによると、貢献要因としては、本モデルの特性である、シンプルなしくみ、ブロックグラントの額が他ドナーの類似プログラムに比し過大でないこと、資金管理の透明性等の点がインドネシア側のステークホルダーに受入れられたことであり、それがコミュニティレベルの積極的な参加につながっている。 ○ また、プロジェクト・チームによれば、フィールド・コンサルタントの活用により、マカッサル事務所と対象地域の距離、ことばの障壁、文化面の問題を克服でき、プロジェクトの開始年から本格的な活動が実施できたといえる。
	阻害要因	○ 対象県の地理上の位置： プロジェクト事務所のあるマカッサル市から対象3県までは距離があり、また、3県の間も距離がある。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に支障があった。 ○ モニタリングのための予算不足：州政府職員によるモニタリングのための予算が十分に確保されていなかった。