

ANNEX 3-3. 5項目評価
妥当性: 高い

| 評価項目 | 必要な情報・データ(指標) | 調査結果 |
|--|---|--|
| <p>必要性</p> <p>プロジェクト目標とインドネシア側(ターゲット・グループ)のニーズは一致しているか。</p> | <p>健康増進モデルはコミュニティのニーズと合致しているか。</p> | <p>○ インタビューによれば、地方分権化が進む現在、住民が自ら問題を発見し、その解決のための行動を起こすことが必要なことを理解している。本モデルの構造は、保健問題についての住民の自主的行動ニーズと合致している。</p> <p>○ エンドライン調査によれば、保健問題について、PHCI 活動のうち住民の参加が多かったものは「環境衛生」、「Posyandu(統合保健ポスト)」、「健康増進」活動であり、この3つで80%近くを占める。特に「環境衛生」活動に対する評価は非常に高く、自ら考えた計画を具体化するプロセスを通じて「learning by doing」の効果がはつきりと出ていると分析されている。</p> <p>○ インタビューによれば、ほとんどの郡、村 PHCI チームは、本プロジェクト活動によって住民の間に PHCI に関する知識の向上、行動の変化が見られ、それらをポジティブなインパクトとみている。</p> <p>○ 州政府へのインタビューによれば、国家長期開発計画(2005-2025)では、博愛の精神、住民の能力強化と自主性、公平性等の視点と母子、高齢者及び貧困層等の社会的弱者に焦点を当てた保健行政の強化が謳われている。また、Indonesia Sehat 2010 が、保健セクターの基本的枠組みと達成すべき目的を示している。地方政府への支援を通して保健サービスの強化を促進しようとする PRIMA-K は、こうした国家政策をサポートするものと考えている、とみている。</p> |
| <p>優先度</p> <p>上位目標とインドネシア国家開発計画、地方開発計画との整合性はあるか。</p> | <p>国家政策</p> <p>州政府の政策</p> <p>県政府の政策</p> | <p>○ 国家長期開発計画(2005-2025)では、博愛の精神、住民の能力強化と自主性、公平性等の視点と母子、高齢者及び貧困層等の社会的弱者に焦点を当てた保健行政の強化が謳われている。</p> <p>○ 1999年に打ち出された“Healthy Indonesia 2010”では、「住民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組みと住民の能力強化」が一つの戦略になっており、具体的には“Desa Siaga (Alert village)”プログラムが最優先課題に位置付けられている。</p> <p>○ 州政府へのインタビューによれば、州政府の政策との関連として、現州知事が進める医療サービス無料化(Free Health Service)政策がある。これは、同州住民の保健サービスへのアクセスと質を最大限高めようとするものである。州政府はPRIMA-KのPHCIモデルは、県保健局の計画立案をボトムアップ型(住民参加型)で進めるためのパッケージとして活用できると考えている。</p> <p>○ バル県 KIT によれば、PRIMA-K の目的はバル県中期開発計画(2006 - 2010)の中の Community Health Care Improvement の目的と合致している。</p> <p>○ ワジョ県 KIT によれば、県保健局が担当する住民参加の改善を目指すプログラムと PRIMA-K が活用できると考えている。</p> <p>○ プルクンバ県 KIT によれば、PRIMA-K は県の政策である“kabupaten Sehat”における住民の能力強化を支援するモデルと考えている。</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>プロジェクトと日本の援助政策、JICA 国別事業実施計画との整合性はあるか。</p> | <p>日本の対インドネシア援助重点課題、JICA 国別事業実施計画に変更はないか。</p> | <p>○ 我が国の対インドネシア援助の基本方針を示す「国別援助計画 インドネシア」において、「民間主導の持続的な成長」、「民主的で公正な社会造り」、「平和と安定」のための支援の三分野を重点分野（「三つの柱」）としているが、保健・医療分野は「民主的で公正な社会造り」の下、重点分野として位置づけられている。</p> <p>○ また、JICA の国別事業実施計画においても、「社会開発と貧困削減」が重点分野として位置づけられており、特に、「選択と集中」という観点から、貧困対策のための地域開発については、基本的に東部インドネシアにて集中的に実施するという方針が打ち出された。</p> <p>○ 我が国は「イ」国東部の開発を支援すべく、同地域の開発のけん引役とな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」を実施中である。本プロジェクトは、同プログラムの「社会開発の促進」に関する中核的な取り組みなどとなっている。</p> |
| <p>手段としての妥当性</p> | | |
| <p>プロジェクトのアプローチは適切だったか。</p> | <p>コミュニティ参加の促進は、(東部)インドネシアの保健衛生分野の課題解決に効果をあげる戦略として適切か</p> <p>ドナーがブロッググラントを供与して、実践を通じて学ぶ機会を提供するアプローチは適切か。</p> | <p>○ 州保健局によれば、イ国保健セクターの基本的枠組みを示す Desa Siaga Program では、国家政策を「Community Independence toward Health Life」、国家目標を「All villages become Desa Siaga in 2008」とするものであり、PRIMA-K は特に住民参加の促進を通して上記目標達成に貢献する、とみている。</p> <p>○ プロジェクト・チームによれば、ドナーがブロッググラントを供与して、実践を通じて学ぶ機会を提供するアプローチは適切と考えている。まず実践が先行しないと、短期間(3年)で幅広い層について意識の変化をおこすことは不可能である。また、「ドナー資金」=「教材としてのお金」=「透明な資金管理が必要」という条件付けによって、資金管理や意思決定に透明性/アカウンタビリティを導入する必然性が明確になり、適切な運営を促す効果が高い。また、他の資金提供型援助に比べて、金額の規模が十分に小さい(村予算の 1/10 程度である)ことによって、自己資金の工面を促し、自立に向けての「呼び水効果」を高めている。</p> <p>○ 対象県へのインタビューによれば、県予算から直接ブロッググラントを用意することは困難であり、別の予算(例えば ADD)の利用を検討中とのことである。</p> |
| <p>対象地域の選定(規模(3県11郡)、地理的分布等は適切か</p> | <p>対象地域の選定(規模(3県11郡)、地理的分布等は適切か</p> | <p>○ プロジェクト・チームによれば、対象3県がマカッサル市から離れていることから、本プロジェクトでは1年目の種類の準備作業との兼ね合いで対象郡11郡の半分の6郡を対象に活動を開始し、2年目より全対象地域に活動を拡大した。3県は地理的にマカッサル市から離れているが、フィールド・コンサルタントの活用により県政府との連携強化を図ったため、大きな問題は発生していない。</p> |
| <p>フィールドコンサルタントを活用した技術支援の手法は適切か。</p> | <p>フィールドコンサルタントを活用した技術支援の手法は適切か。</p> | <p>○ 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(FC)採用によるメリットは、立ち上がり当初の県側の経験・人材不足を補うことによる、現場(村)の活動を早期に立ち上げ、その効果を県行政/地域住民の双方が実感することにある。また、FC が常に現場の状況や、県実施チームの様子等につき、モニタリングを続け、専門家チームに報告(定期+必要に応じて随時)することによって、3県11郡124村(対象地域人口30万人)というエリアでの運営が可能となっている。また、FCの活用は、日本人専門家の直面する言語の壁の問題、文化面での問題発生のリスクを回避する上で有効である。</p> <p>○ また、フィールド・コンサルタント(FC)採用によるデメリットとして、FC に依存することと県側への技術移転が進まないというリスクが挙げられるが、本件ではその懸念はなくなりつつある。本件では当初</p> |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| <p>日本の協力としての優位性はあるか。</p> | <p>日本の保健行政の経験が活かされているか。</p> | <p>よりFCの役割を県側の人材に移行することを念頭に、CP側とFCとの方法について十分に議論／検討しながら進めて来た。現在の方向は、「一人のFCがやっていることを一人の県職員が受け継ぐことは不可能でも、県保健局／保健所職員／村の助産師で役割を分担すれば、FCと同じ機能を果たせる」というアプローチである。これを實現するために、最終年時のTOTでは、保健所職員／村の助産師等に対象を広げてファシリテータの増員をはかった。またFCなしでの運営を實踐する場として、2009年からは対象郡の中から各県1郡ずつFCが直接ファシリテーションをしない郡(Independent Operation(自立活動郡))を設定し、独力で運営に着手している。</p> |
| <p>日本の協力としての優位性はあるか。</p> | <p>日本の保健行政の経験が活かされているか。</p> | <p>○ プロジェクト・チームによれば、日本の保健行政の経験との直接の関連性は無い。</p> <p>○ プロジェクト・チームによれば、REDIP等過去の協力案件の経験、成果、教訓は全面的に活かされている。そのうえで、教材の構成、実施フレームの変更、学校ではなく村を単位に支援すること、保健所職員をファシリテータに取り込むこと等、PRIMA-K独自の要素が加えられている。</p> <p>○ プロジェクト・チームによれば、本プロジェクトの姉妹プロジェクトであるPRIMA-P(前期中等教育総合改善計画)とは、さまざまな機会に情報交換や意見交換を行っている。2つの対象県(バール、ワジョ)が重なっているため、この2県ではPRIMA-KのPHCIチームのメンバーとPRIMA-Pの学校チームのメンバーが重なっている例もあり、両PRIMAプロジェクトの影響で住民達がボトムアップ型の開発に慣れてきつつある。ただし、一般的にはPRIMA-Kにかかわっている学校は小学校であり、一方PRIMA-Pは中学校を対象にしているため、学校レベルで活動が重複することはない。</p> <p>○ PRIMA-Pの対象県でのインタビュー調査においても、両プロジェクトの明確な相乗効果、協働事例については聞かれなかった。</p> <p>○ 母子保健サービス向上プロジェクトとの関連については、州保健局によれば母子手帳は住民のエンパワーメントに貢献しており、PRIMA-Kはそれを引き継いで住民の能力強化を進めていると理解している。</p> |
| <p>他ドナーとの協力内容の重複はないか。</p> | <p>他ドナーとの協力内容の重複はないか。</p> | <p>○ インタビュー調査によれば、保健分野、参加型開発分野では、以下のような他のドナーによるプロジェクトがある。</p> <ul style="list-style-type: none"> -SWASH (Monitoring MDGs, UNICEF & CIDA) -DHS2 (Desa Centralized Health Service, ADB) -WS-LIC (Water and Sanitation Supply Program, WB) -PAMSIMAS (Clean Water Supply Program, WB) -PNPM Mandiri (Community Empowerment, WB) <p>○ また、PRIMA-Kは、他ドナーのプロジェクトと比べてブロックグラントの額が小さい、対象地域は比較的広い、積極的な住民参加がある等の点で違いがある。</p> |
| <p>環境の変化</p> | <p>中間レビュー以降のプロジェクトをとりまく環境(政策、経済、社会など)の変化はあったか。その影響はあったか</p> | <p>○ プロジェクト・チームによれば、中間レビュー以降のプロジェクトをとりまく環境(政策、経済、社会など)の変化は特になかった。</p> |

有効性：高い

| 評価項目 | 必要な情報・データ(指標) | 調査結果 |
|--|---|---|
| <p>プロジェクト目標の達成予測 プロジェクト目標は適切か。</p> | <p>プロジェクト目標が達成される可能性は高いか。</p> | <p>○ 中間評価報告書によれば、「ブルクンバ県では、副知事が本プロジェクトの取り組みを県予算を使い近々全県に普及展開すると発言している。ワジョ県およびバル県においても、プロジェクト期間終了後の自立運営を実現するために、保健局、BAPPEDA、地方議会代表者他からなるタスクフォースを組んでいる」状況であり、県知事、副知事等による政治的コミットメントがなされている。</p> <p>○ 各県 KII へのインタビューによれば、本モデルの継続実施に向けた準備(財政面、人材面、組織面)がすすめている。財政面では、 APBD ではプロダクトラングを用意できないことから、他の予算(例えば ADD)の利用を検討している。人材面では、FCの役割をどう引き継ぐかが検討されており、バル県では 2009 年に保健局が PRIMA-K モデル継続促進委員会を 10 名採用予定である。組織面では、バル県は PRIMA-K を保健局セクターに取り組むことを計画している。</p> <p>○ エンドライン調査でもインタビュー調査でも、住民の継続参加意欲は高いことが確認された。</p> <p>○ プロジェクト・チームによれば、3回の PHCI 活動の実施により本モデルに具備すべき以下の研修マニュアル、ガイドライン4種が整備された。</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planning Module - Guideline for Implementation : South Sulawesi Edition - Supplement Guideline for Implementation: District Edition - Case Study: District Edition |
| <p>因果関係 プロジェクトの成果はプロジェクト目標達成に貢献しているか。</p> | <p>コミュニティ、保健所、県、州の各レベルの能力強化(成果1-4)は、効果的な健康増進モデル(コミュニティと行政の協働モデル)の構築に寄与したか</p> | <p>○ ANNEX 3-1:実績の検証によれば、プロジェクト成果のプロジェクト目標達成への貢献については、成果ごとに異なる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コミュニティの能力強化(成果1):3回(サイクル)の PHCI 活動により、住民は多くの PHC 実践の機会を得ており、村人の多くが意識・行動を変えている。こうした変化を目的の当たり前にして、住民は積極的に PHCI 活動への継続参加を意志表明している。 ・保健所の能力強化(成果2):2009 年にファシリテータ(保健所職員)増強を目的とする TOT 研修が実施され、その後保健所職員が PHCI 活動の研修講師を務めるなど、保健所のファシリテーション能力は向上している。 ・県レベルでの能力強化(成果3):県実施チームも PRIMA-K モデルの自立した継続実施に向け準備をすすめている。 ・州レベルの能力強化(成果4):一方、州政府は3年度に入ってからそのモニタリング活動を始めたばかりである。また、州政府の役割である非対象県への本モデルの普及計画は具体化されていない。 <p>○ 健康増進モデルは、BHN に応えるものであることから、参加各県とも新しい枠組みを構築するのではなく、既存の政策・予算枠組みに取り組むことを検討している。</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>プロジェクト目標達成を阻害する要因・貢献する要因はあるか。</p> | <p>貢献要因</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ 貢献要因としては、本モデルの特性である、シンプルなくみ、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け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、フィールド・コンサルタントの活用は、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ことに貢献した。 |
| <p>成果からプロジェクト目標に至るまでの外部要因は、現時点においても正しいか。</p> | <p>阻害要因</p> <p>外部条件は現時点でも正しいか。その影響はあるか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ インタビュー調査によれば、第一に本モデルの PHCI チームは (コミュニティ) は行政ライン上保健局の下部ではないため、ブロックグラントの配賦ができない点である。このため、参加県政府は本モデル自立運営のため、ADD (村交付金) 等の他の資金が活用できないか検討している。 ○ 阻害要因の第2は、モデルの実施運用に関わるフィールドコンサルタント (FC) の役割が大きく、プロジェクト終了後、以下にその役割を引き継ぐかが課題となっている。プロジェクトでは、この円滑な引き継ぎを目指して県実施チームへの働き掛けを続けているのが現状である。 ○ 外部条件「地方分権に関する国の政策が維持される」は、本モデルの普及・定着化の条件であり、外部条件としての設定は正しい。 |

効率性：高い

| 評価項目 | 必要な情報・データ(指標) | 調査結果 |
|--|--|---|
| <p>成果の達成度 成果は計画通り達成しているか。阻害要因があるとすれば何か。</p> | | <ul style="list-style-type: none"> ○ 成果の達成度合いは、成果ごとに異なる。 ○ 成果1のコミュニティレベル、成果2の保健所レベルでの能力強化については、ほぼ計画通りに達成されている。 ○ 成果3の県レベルでの能力強化は概ね計画通りに達成されているが、指導者研修(TOT)の運営能力は不十分である。 ○ 一方、成果4の州レベルでの能力強化については、未だ十分な成果が得られていない。 |
| <p>因果関係 成果を産出するために効果的な活動であったか。(関係者の能力強化に寄与したか)</p> | <p>計画された活動(ブロッググラント供与によるモデル活動の実施を含む)は各レベルの関係者の能力強化に貢献したか</p> <p>追加で実施した本邦研修、現地国内研修(技術交換事業)は、能力強化に寄与したか</p> <p>各ステークホルダー(コミュニティ、保健所、県政府、州政府)に対するモチベーション強化の働きかけで、効果的な活動は何か</p> <p>ニュースレターの発行、その他広報活動はプロジェクトに対する関係者の理解促進に寄与しているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ 本モデルでは、各関係者がPHCIモデルのPlan-do-seeのプロセスを研修、アクションプランの実践を通して Learning by Doing 方式で学ぶものであり、各人の能力強化に貢献する。会計管理研修をブロッググラントの配布直前に実施する等、研修活動が適切な時期に実施されているため、効果的に関係者の能力強化が進められる。 ○ 本邦研修(Young Leaders Training)は、本プロジェクトとは関係なく計画されたものであったが、プロジェクト開始直後から同時に実施されたため、参加関係者のモチベーション強化のために活用された。インタビュー調査でも、本邦研修参加者から謝意が示された。 ○ 北スラウエシ州ピトン市で自立して実施されている REDIP モデルのスタディツアーは、特に県政府関係者にとって、実施体制作りに向け有益な情報が得られた。 ○ PHCI 活動に合わせて、順調に活動が実施されている他のチームや他県の活動を視察する技術交換活動が計3回実施されており、情報交流、技術交流で効果的であった。 ○ 技術交換活動は、訪問するチーム、受け入れるチーム双方に効果的である。また、郡PHCIチームの中には、対象郡の中で「優秀 PHCI 活動コンテスト」を実施して、村チーム間での競争意識を利用して参加者のモチベーション強化に活用している。 ○ 北スラウエシ州ピトン市へのスタディツアーは、具体的事例を知る効果的な活動であった。 ○ 2009年に、郡PHCIチームが郡内の全村PHCIチーム代表を集めて Communication Forum を毎月開催し、チーム間での情報交換を支援している。 ○ ニュースレターの発行は、参加関係者のオーナーシップの強化に効果的であるとともに、参加していない関係者のプロジェクトへの理解促進に効果的である。 ○ プロGRESS・レポートによれば、2008年に追加参加する郡向けに PRIMA-K 活動を紹介する広報用CDを作成・配布した。プロジェクトの情報正確かつ効果的に伝達された。 |

| | | |
|--|--|--|
| <p>達成されたアウトプットから見て投入の質、量、タイミミングは適切か。</p> | <p>専門家派遣人数、専門分野、派遣時期、派遣形態(短期チャトル型)は適切か。</p> | <p>○ MIM の制約から、日本人専門家が駐在できない期間があったが、活動の繁忙期は駐在すること、ロ一カルスタッフを常駐させること、インターネットの利用という対処方法で大きな問題なく運営された。 ○ 派遣された日本人専門家の人数、時期、専門性は適切であった。同専門家の中にはインドネシア語が堪能であったりイ国の保健セクター経験のある専門家がおり、イ側 C/P との円滑な意思疎通、専門性の発揮がプロジェクトの成果達成に貢献した。</p> |
| | <p>供与機材の種類、量、設置時期は適切か。</p> | <p>○ 供与機材の種類、量、設置時期に問題はなく、適切であった。</p> |
| | <p>本邦研修、国内研修のテーマ、研修内容、研修時期、受入時期は適切か。</p> | <p>○ 本邦研修(Young Leaders Training)は、本プロジェクトとは関係なく計画されたものであったが、プロジェクト開始直後から同時に実施されたため、参加関係者のモチベーション強化のために活用された。インタビュアー調査でも、本邦研修参加者から謝意が示された。 ○ 北スラウェシ州ピトン市で自立して実施されている REDIP モデルのスタディツアーは、特に県政府関係者にとって、実施体制作りに向け有益な情報が得られた。 ○ PHCI 活動に合わせて、順調に活動が実施されている他のチームや他県の活動を視察する技術交換活動が計3回実施されており、情報交流、技術交流で効果的であった。</p> |
| | <p>ローカル・コンサルタントの採用は効果的だったか</p> | <p>○ ファイナル・コンサルタント(FC)採用によるメリットは、立ち上がり当初の県側の経験・人材不足を補うことによって、現場(村)の活動を早期に立ち上げ、その効果を県行政/地域住民の双方が実感することにある。また、FC が常に現場の状況や、県実施チームの様子等につき、モニタリングを続け、専門家チームに報告(定期+必要に応じて随時)することによって、3 県 11 郡 124 村(対象地域人口 30 万人)というエリアでの運営が可能となっている。 ○ 言葉の障壁がなくなり、また、村に泊まり込んだり、頻繁に村を訪問するなどして住民との信頼関係を築いた。</p> |
| | <p>日本側の現地活動費は適切か。ブロックグラントの供与額は適切か。</p> | <p>○ ブロックグラントの供与額は他ドナーの類似プログラムでの供与額に比べて少額である。しかしながら、少額であるがゆえに、透明性を確保でき、住民の素早い取組みが可能となっている点为本モデルの優位性であることを、多くの関係者から聴取した。</p> |
| | <p>インドネシア側の C/P 配置、予算配分は適切か。</p> | <p>○ プロジェクト報告書によると、PHCI チーム側にも出来る限りの負担を求めた。この自己負担分は、資金提供だけでなく、例えば施設建設に関する材料の現物提供や労働力の提供もあった。資金に関しては、ANNEX 3-1 実績の横証」で示したように、年年住民が提供する資金が増え、最終年次の 2009 年には、ブロックグラント:Swadaya=2,043(73%):740(27%)(単位は百万ルピア)になっている。 ○ 一般業務経費についても、C/P 予算を確保してもらった。</p> |
| <p>プロジェクトの実施プロセスの効率性に影響を与えている要因</p> | | |
| <p>南スラウェシ州地域開発プログラムの枠組みを有効に活用できているか。</p> | <p>前期中等教育改善総合計画(PRIMA-P)や類似プロジェクトと情報、経験の共有を行っているか。</p> | <p>○ 本プロジェクトでは、教育セクターのポトムアップ型プロジェクトである REDIP が活用されている。ブロックグラントの提供、住民チームの設置等の本プロジェクトの基本的コンセプトには、REDIP の経験に基づいている。本プロジェクトの手引書、ガイドラインは REDIP のものに基づいて作成されている。REDIP の実施地域(北スラウェシ州ピトン市)への視察旅行は成功事例から学ぶ上で有効であった。本プロジェクトの姉妹プロジェクトである PRIMA-P(前期中等教育総合改善計画)とは、さまざまな機会に情報交換や意見交換を行っている。2つの対象県(パル、ワジョ)が重なっているため、この 2 県</p> |

| | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--|
| | | <p>では PRIMA-K の PHCI チームのメンバーと PRIMA-P の学校チームのメンバーが重なっている例もあり、両 PRIMA プロジェクトの影響で住民達がボトムアップ型の開発に慣れてきつつある。ただし、一般的には PRIMA-K にかかわっている学校は小学校であり、一方 PRIMA-P は中学校を対象にしているため、学校レベルで活動が重複することはない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ PRIMA-P の対象県でのインタビュー調査においては、両プロジェクトの明確な相乗効果、協働事例については聞かれなかった。 ○ プロジェクト・チームによると、本邦研修 (Young Leader's Training) は、関係者のモチベーションの強化に役立った。 ○ その他のプロジェクト (CD プロジェクト等) とは情報交換は行なったが、直接の活動の連携は無い。 ○ なお、PRIMA-K の対象県のうちでハル県は、村落開発と保健所に JOCV が派遣されていたことから、PRIMA-K のワークショップ等に JOCV がオブザーバー参加をする等の交流を積極的に行なった。JOCV が派遣されていた保健所については、PRIMA-K の対象県でもあったことから、偶然とはいえ双方の CP が同じになっていた。JOCV 派遣地域と対象地域が重なっていたことにより、ハル県では日本の協力について親しみを持つようになり、より積極的に関わろうという方向に促す相乗効果があったものと思われる。 |
| 過去の類似案件の経験・教訓を有効に活用しているか | 課題別研修 (本邦研修)、JOCV などの他の協カスキームを活用しているか | <ul style="list-style-type: none"> ○ プロジェクト・チームによると、REDIP 等過去の協力案件の経験、成果、教訓は全面的に活かされている。そのうえで、教材の構成、実施フレームの変更、学校ではなく村を単位に支援すること、保健所職員をファシリテーターに取り込むこと等、PRIMA-K 独自の要素が加えられている。 |
| ローカル資源を有効に利用しているか | | <ul style="list-style-type: none"> ○ PHCI チームへのインタビューによると、採用した 13 名のファイールド・コンサルタントは、担当県・郡・村の関係者へのファシリテーションをしているが、関係者の信頼も厚く、プロジェクト活動に十分に貢献している。 |
| その他の効率性の貢献要因、阻害要因はあるか | その他の効率性の貢献要因、阻害要因はあるか | <ul style="list-style-type: none"> ○ 本モデルの持続性、応用可能性を高めるためには、本プロジェクトの実施期間 (3 年間) は不十分であった。 |

インパクト：前向きなインパクトが認められる

| 評価項目 | 必要な情報・データ(指標) | 調査結果 |
|--|--|---|
| 上位目標達成の可能性 投入・成果の実績、活動の状況から、上位目標の達成の可能性は高いか。 | 投入・成果の実績、活動の状況から、上位目標の達成の可能性は高いか。特に、対象県における、コミュニティのニーズを反映した県の保健事業計画の有無 | <p>調査結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ エンドライン調査及び本調査でのインタビューによれば、住民の保健問題に関する知識、態度、行動に改善が見られた。以下にその事例を示す。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 多くの住民が、病気の予防、栄養問題、下水処理、家族計画等の保健に関わる課題に関する知識を得ることができた。 ・ 多くの住民が家族と健康問題に関して話し合うようになった。 ・ 多くの家庭がトイレを持ち、利用するようになった。 ・ 多くの住民が、保健サービスを受けるために保健所、Posyandu に行くようになった。 ・ 多くの住民が自宅周辺の環境を清潔に保つようになった。 ○ インタビューによれば、保健所は住民ニーズに対応するための適切なサービスを提供できるようになった。例えば、以前は保健所が健康促進活動を一方的に計画していたがため、住民ニーズと活動内容のミスマッチから十分な参加者が集まらないケースがあった。しかし、現在、保健所はイベントを開催する前に住民と十分に話し合い、住民ニーズや課題を理解することに努めたため、より多くの住民の参加につながっている。 ○ 対象県政府へのインタビューによれば、県政府で本モデルの継続実施に向けた財政面(予算確保)、人材面(FC の役割を引き継ぐ人材の確保)、組織面(実施体制の構築)での準備が進められている。 ○ プロジェクト・チームによれば、KIT の TOT 実施能力のさらなる強化も、自立発展に向けた課題の一つである。 ○ 県政府へのインタビューによれば、県政府は PRIMA-K を自立発展させるために、財政面(予算確保)、人材面(FC の役割を引き継ぐ人材の確保)、組織面(実施体制の構築)の準備を進めているが、特に予算獲得が計画通りに進まない場合は、上位目標達成が阻害されることが考えられる。 |
| 因果関係 上位目標に至る外部条件は、現時点においても正しいか。 | 上位目標の達成を阻害する要因はあるか。 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 外部条件のうち、特に「対象となる県のプロジェクトに対するコミットメントが急激に変化しない」という条件が重要となる。 ○ インタビューによれば、PRIMA-K モデルは対象地域の保健セクターの参加型プライマリ・ヘルス・ケア活動の向上に確実に寄与することが指摘されている。 |
| 波及効果 波及効果はあるか | 「母子保健サービス向上プロジェクト」、「前期中等教育改善総合計画(PRIMA-P)」、「JOCV 事業」との連携による相乗効果はあるか | <ul style="list-style-type: none"> ○ 州保健局によれば、JICA の母子保健プロジェクトは住民の能力強化に大きな影響を及ぼしており、PRIMA-K も同じ課題に取り組んでいる。 ○ 今のところ、「前期中等教育改善総合計画(PRIMA-P)」との明白な連携は見られない。 ○ JOCV が派遣されていた保健所については、PRIMA-K の対象郡でもあったことから、偶然とはいえ |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>双方のCPが同じになっていた。JOCV派遣地域と対象地域が重なっていたことにより、バル県では日本の協力について親しみを持つようになり、より積極的に関わろうという方向に促す相乗効果があったものと思われる。</p> <p>○ ブルクンバ県では、予算上の制約から具体的な計画は作られていない。</p> <p>○ ワジョ県では、非対象郡として Takallala 郡を抽出し、2009 年事業として村長、住民リーダー向けソーシャリゼーション、対象郡の Tanasitolo 郡へのスタディツアーを実施した。2010 年には、PHCI 活動を実施予定である。</p> <p>○ バル県では、2009 年に保健局の予算で非対象郡3郡向けソーシャリゼーションを実施済み。また、PRIMA-K モデルの実施ガイドラインを作成予定である。ただし、実施に当たっては予算の問題、非対象郡リーダーの政治的コミットメント等、障害となる要因がある。</p> <p>○ 州保健局は PRIMA-K を非対象市県に対して紹介する発表会をマカッサルで開催した(2009/9/29)。また、非対象市県の代表者が PRIMA-K 実施県を訪問するスタディツアーを共同企画し、州職員も同行した(2009/10/28, 29, 31)。しかしながら、予算の制約から、具体的計画は作成されていない。</p> <p>○ 2009 年州内最優秀保健所・Posyandu 選考競技会で、ワジョ県タナシトロ郡保健所と同郡ネボ村の Posyandu が最優秀賞を各々受賞した。ブルクンバ県のイオンロン村の Posyandu は第3位になった。これらの保健所と Posyandu は、本プロジェクトの対象地域にあり、PHCI 活動も活発に実施している。</p> <p>○ 下記に示したように、対象地域の中には、清潔な水へのアクセス、トイレ利用等の保健指標が増加し、デング熱発症事例が減少したという報告がなされている。</p> |
| <p>対象県による非対象郡への普及に関し、具体的計画が策定されているか、実現可能性はあるか。</p> | <p>州政府による非対象県への普及に関し、具体的計画が策定されているか、実現可能性はあるか。</p> | |
| <p>上位目標以外の想定せぬ正負の効果・影響があるか。</p> | | |

自立発展性：中程度

| 評価項目 | 必要な情報・データ(指標) | 調査結果 |
|---|--|---|
| <p>政策・制度面</p> <p>関連条例、規則は整備されているか</p> | <p>対象県における活動の持続、拡大(非対象県への普及)に関し、必要な法制度は整備されているか。将来の具体的計画が策定されているか、実現可能性はあるか。</p> <p>州政府による非対象県への普及に関し、具体的計画が策定されているか、実現可能性はあるか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ 各県ともPRIMA-Kモデルの継続実施に関する新しい制度を作る計画はなく、既存の政策・制度の中に取り組むことを計画している。例えば、保健局の類似事業の中での実施、県中期開発計画への取り込み等である。ただし、対象3県の県知事は既に政治的コミットメントをしており、担当部局が財政面、人材面、組織面での実施体制の準備に取り組んでいるのが現状である。 ○ 非対象県への本モデルの普及については、ワジョ県、バル県で2009年より具体的な取り組みが始まっている。ブルクンバ県は、予算の制約から具体的計画は作成されていない。 ○ 州政府による非対象県への普及に関しては、具体的計画はないが、本プロジェクトのモニタリングを兼ね、州政府はプロジェクト・チームと合同で、技術交換活動として非対象県向けソーシャライゼーションとスタディツアーを2009年9月と10月に実施している。 |
| <p>組織・財政面</p> <p>保健増進モデルの運営管理を担う組織は維持されるか。</p> | <p>プロジェクト終了後もPHCIチーム(郡・村レベル)は維持されるか。</p> <p>対象県保健局において、プロジェクト終了後も県実施チーム(KIT)は維持されるか。PHCI活動に関連する業務が本来業務として統合されているか。</p> <p>州保健局において、プロジェクトのモニタリング、普及が本来業務として認識されているか。</p> <p>各レベルの実施機関のプロジェクトに対するオーナーシップは、十分に確保されているか</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ 各県へのインタビュによれば、本モデルを継続実施する場合は、本モデルの組織体制を継承することになるので、PHCIチーム(郡・村レベル)は維持されることになると想定される。 ○ 各県へのインタビュによれば、各県が本モデルを継続実施する場合は、本モデルの組織体制を継承することになるので、県実施チーム(KIT)は維持されることになると想定される。 ○ バル県実施チームへのインタビュによると、PRIMA-Kの継続方法としては、保健局のプログラム、県中期開発計画、ムスレンパンの中での取り込みが検討されている。 ○ 中間評価報告書によれば、州政府の関与はあまり強くない。 ○ モニタリングとしては、毎年活動成果報告会を開催しているが、それだけでなく、最終年次の2009年に非対象県向けのPRIMA-Kの説明会(2009年9月)と非対象県の代表者がPRIMA-Kを訪問するスタディツアーをプロジェクト側と共同企画している。 ○ 郡及び村PHCIチームは、ブロックグラントに対し自己負担金を提供していることから、少なくとも、郡、村のPHCIチームメンバーは本プロジェクトに対してオーナーシップを持っていると言える。 ○ 県実施チームも本モデルの継続実施に向けた準備を続けており、オーナーシップを持っている。 |
| <p>保健増進モデル事業の継続に必要な財源は確保されているか。</p> | <p>州政府、県政府が、モニタリング等に関わる事務経費及びブロックグラントについて、自前で財源を確保しているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ 今後の本モデルの継続実施については、予算の確保が最大の課題である。特に、県実施チームによれば、州政府の財政システムはブロックグラントを扱うことが困難である点が障害の一つになる可能性がある。 ○ 各県とも、予算源として保健所予算、保健局予算、村交付金(ADD)、住民負担の組み合わせでの実施を検討中とのことである。 ○ 一般事務経費は、日伊双方で負担されている。 |

| | | |
|--|--|--|
| <p>技術面</p> <p>関係者の能力開発は十分に行われているか。</p> | <p>コミュニティ(PHCI チーム)が、PHCI 活動の計画立案、実施、内部モニタリングを自立的に行うことが可能になっているか。</p> <p>保健所が、PHCI 活動に十分な技術的支援を提供することが可能になっているか。</p> | <p>○ コミュニティ(PHCI チーム)は、本プロジェクトで3回(村によっては2回)の PHCI 活動の実践を経験しており、PHCI 活動の計画立案、実施、内部モニタリングを自立的に行うのに十分な経験を積んでいる。</p> <p>○ 保健所の役割はファシリテータとして、PHCI 活動に関わる以下の研修に講師として参加することである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・PHCI 計画・プロポーザル作成研修 ・会計管理研修ワークショップ ・活動報告ならびに財務報告作成研修 <p>○ このために、「県保健局対象事業実施監理研修」(TOT)でファシリテータが養成される。これまで2007年23名、2008年33名、2009年78名の県職員がTOTに参加しており、保健所だけでは2009年は56名の保健所職員が参加している。また、2009年は上記のPHCI 活動の研修講師を全てTOT参加者が担当しており(当初の2年は、FC、KITメンバーが講師を分担)、講師役となった保健所職員の能力開発に貢献した。</p> <p>○ KIT は、本プロジェクトを通して3回(サイクル)の PHCI 活動を経験しており、本モデルの運営上のノウハウを持っている。</p> <p>○ プロジェクト側へのインタビューによると、本プロジェクト終了後の自立発展のためにFCの役割を徐々にKIT にシフトしてきている。こうした点を考慮すると、KIT が本プロジェクト終了後に自立して本モデルを運営していくことが期待される。</p> <p>○ プロジェクト報告書によれば、最終年次の2009年に、Self-help Operation という活動を実施した。これは、対象郡から1郡を選び、PRIMA-K モデルをKIT 独自で実施運営せよとすものである。</p> <p>○ 日本人専門家へのインタビューでは、県保健局が本モデルの普及・展開に関する能力開発研修やソーシャライゼーションを自立的に運営することは部分的には可能とみている。しかしながら、州・県保健局が指導者養成(TOT)を自力で実施することはまだ難しい。また、州・県の政策決定者レベルに対するソーシャライゼーションを実施する場合には、専門家チーム(インドネシア側)からのサポートがあった方がより効果的であるとみている。</p> |
| <p>社会・文化・環境面</p> <p>持続的効果を阻害する要因はあるか</p> | | <p>○ インタビュー調査では、持続的効果を阻害する要因として、特に文化面で保健問題は行政の仕事という住民の考え方、地域のねたみ、保健行政職員が住民をパートナーとしてみていない意識などが指摘された。</p> |