

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
プロジェクトフェーズ2
終了時評価調査報告書

平成28年9月
(2016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
16-002

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
プロジェクトフェーズ2
終了時評価調査報告書

平成 28 年 9 月
(2016年)

独立行政法人国際協力機構
インドネシア事務所

目 次

目 次

略語表

評価調査結果要約表（和文・英文）

第1章 調査の概要	1
1-1 背景	1
1-2 終了時評価の目的	1
1-3 調査団の構成	2
1-4 調査日程	2
1-5 調査の制約	3
第2章 プロジェクトの概要	4
2-1 基本計画	4
2-2 プロジェクトの実施体制	5
第3章 プロジェクトの実績	7
3-1 投入実績	7
3-2 プロジェクト目標・アウトプットの達成状況	9
3-3 実施プロセスにおける特記事項	22
第4章 評価の結果	25
4-1 妥当性	25
4-2 有効性	26
4-3 効率性	26
4-4 インパクト	27
4-5 持続性	29
第5章 結論	32
5-1 結論	32
5-2 提言	32
5-3 教訓	34
付属資料	
1. 英文合同評価報告書（終了時評価調査ミニッツ）	39

図表リスト

図-1	PRIMA-Kメカニズム概要	5
図-2	プロジェクト実施体制	6
表-1	プロジェクト基本計画	4
表-2	日本人専門家派遣の実績	7
表-3	現地スタッフの配置状況（2013年11月30日現在）	7
表-4	所属先別C/P配置状況（2013年11月現在）	8
表-5	プロジェクト活動（セミナー、ワークショップ等）実施におけるコストシェアの状況	9
表-6	プロジェクトが強化するキャパシティ	9
表-7	アウトプット1の指標の推移	10
表-8	コミュニティがPRIMA-Kメカニズムを継続するキャパシティ（HC・SDOによる簡易アセスメント）	12
表-9	アウトプット2の指標の推移	13
表-10	アウトプット3の指標の推移	16
表-11	プロジェクト活動の結果として設立された制度	18
表-12	アウトプット4の指標の推移	19
表-13	プロジェクト目標の指標の推移	21
表-14	上位目標の指標の推移	27
表-15	本プロジェクトを通じて適切な衛生施設へのアクセスが向上した住民数（試算）	28
表-16	2011年と2012年のPHCI活動の実施のために寄付された額	29

略 語 表

略 語	正式名称	日本語・説明
ADD	Village Allocation Fund	一般財源の一部として県予算から村へ交付される村落交付金。その用途は村の裁量で自由に決められる。
ADK	Ward Allocation Fund	ブルクンバ県において県予算より区に交付される ADD と同様の交付金。
APBD	District Budget Plan	県予算計画
APBDesa	Village Budget Plan	村予算計画
BAPPEDA	Regional Planning and Development Board	州・県の地域開発計画局
BAPPENAS	National Planning and Development Board	国家開発計画庁
BPMD	Board of Community and Village Empowerment	(県の) コミュニティ・村落振興局
BPMPDK	Board of Community Empowerment and Village and Ward Governance	(州の) コミュニティ振興・村落・区行政局
Bupati	Head of a district, Regent	県知事
C/P	Counterpart(s)	カウンターパート
DC	District Coordinator(s)	(プロジェクト雇用の) 県コーディネーター
Desa (dan Kelurahan) Siaga Aktif		デサシアガアクティブ。コミュニティレベルで妊産婦の緊急事態への対処、基礎医療サービス提供、感染症サーベイランス、生活習慣病予防、防災等の活動を推進する保健省の国家プログラム。
DINKES	(District/Provincial) Health Office	(州・県の) 保健局
DPKD	District Financial Management Office	県の財務管理局
FF	Field Facilitator(s)	(プロジェクト雇用、郡レベルに配置される) フィールド・ファシリテーター
HC	Health Centre(s)	保健センター
HWG	Health Working Group	(村・区の) 住民保健活動グループ
IDR	Indonesian Rupiah	ルピア
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
MFO	Makassar Field Office (of JICA)	(JICA インドネシア事務所の出先である) マカッサル・フィールド・オフィス
M/M	Minutes of Meeting	協議議事録
MOH	Ministry of Health	保健省
MOHA	Ministry of Home Affairs	内務省
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス

略 語	正式名称	日本語・説明
PHBS	Clean and Healthy Life Behaviours	清潔で健康な生活習慣
PHCI	Primary Health Care Improvement	村・区の住民保健活動グループが中心となつて行うコミュニティレベルの健康増進・保健推進
PO	Plan of Operations	活動計画
Posyandu	-	統合保健ポスト：サブ・ビレッジレベルにある保健センターの出張所で、コミュニティが運営し、1月に1度保健活動を行う。
PRIMA-K		PRIMA-K（プロジェクトの愛称）
PROMKES	Health Promotion Centre	保健推進センター（保健省及び地方政府の保健局の一部署）
R/D	Record of Discussions	討議議事録
RPJMD	Regional Mid-Term Development Plan	州・県の中期開発計画
RPJMN	National Mid-Term Development Plan	国家中期開発計画
SDO	Sub-district Office	郡事務所

■為替レート：1.00ルピア = 0.008727円（2013年12月のJICA統制レート）

評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：インドネシア共和国	案件名：南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクトフェーズ 2
分野：保健	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	協力金額（評価時点）：2 億 9,000 万円
協力期間	(R/D)：2010 年 11 月～ 2014 年 3 月
	先方関係機関： 中央政府：保健省保健推進センター、内務省コミュニティ村落開発総局①伝統社会文化開発局 ②村落区行政局 南スラウェシ州政府：地域開発計画局、保健局、コミュニティ振興・村落・区行政局 県政府：バルー県、ブルクンバ県、ワジョ県の保健局、コミュニティ・村落振興局、地域開発計画局、財務管理局
	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の成果により、国全体としては国民生活の質が向上しつつある一方で、地域間の開発格差が顕著化している。地域別の貧困率をみると、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%）は高い数値を示しており、地域間格差是正のためには、東部地域の開発が重要な課題となっている。保健状況に関しては、近年大きく改善されてはいるものの、主要な保健指標値は近隣の ASEAN 諸国と比較して低い水準にとどまっており、乳児死亡率（出生 1,000 人当たり）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（出産 10 万件当たり）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、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 93%に対してインドネシアは 80%にとどまっている。2001 年からは地方分権化が進められ、開発に関する権限、人員、財源等の地方政府への大幅な移譲が行われた結果、保健サービスの提供も地方政府の管轄となった。しかし地方行政官の能力や、不明瞭な中央と地方政府のデマケーション等の問題から、予算執行の遅れや行政サービスの質の低下、地域間格差の拡大などの問題が生じており、効果的かつ効率的な地方行政システムの確立は今なお課題の 1 つである。</p> <p>こうした背景を受け、わが国は 2007 年 2 月から 2010 年 2 月まで、「南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクト」をバルー県、ブルクンバ県、ワジョ県で実施、コミュニティと行政が協働して地域保健の向上に資するメカニズムを開発・実施した。同モデルは地域保健の強化に有効であることが確認されたが、政策・制度面と財政面における自立発展性の確立が課題として残された。本プロジェクトは、フェーズ 1 で開発されたメカニズムに改良を加えることでインドネシアの地方行政システム（計画策定及び予算執行）に内部化すると同時に、コミュニティレベルで妊産婦の緊急事態への対処、基礎医療サービス提供、感染症サーベイランス、生活習慣病予防、防災等の活動を推進する保健省（Ministry of Health : MOH）の国家プログラムである Desa (dan Kelurahan) Siaga Aktif (デサシアガアクティブ) 等と可能な限り整合性をもた</p>	

せることで、その課題を克服しようと試みるものである。

1-2 協力内容

本プロジェクトは、前フェーズで確立した「コミュニティと行政が協働するプライマリー・ヘルス・ケアのメカニズム」の自立発展性を強化するために、バルー県、ブルクンバ県、ワジョ県の行政当局が、外部資金に頼らない通常予算を使用して村落レベルにおける自主的な保健活動を実施する仕組み（PRIMA-K メカニズム）を構築し、3 県の全コミュニティが同メカニズムを用いた保健活動の展開を支援するものである。

(1) 上位目標

- ① 対象県でプライマリー・ヘルス・ケアの質が向上する。
- ② コミュニティと行政が協働するプライマリー・ヘルス・ケアのメカニズムが普及される。
- ③ コミュニティと行政が協働する地域開発メカニズムが強化される。

(2) プロジェクト目標

対象県でコミュニティと行政が協働するプライマリー・ヘルス・ケアのメカニズムが確立される。

(3) アウトプット

- ① コミュニティが、地方行政システムに基づいて、主体的にプライマリー・ヘルス・ケア改善（Primary Health Care Improvement : PHCI）活動¹を実施する能力が強化される。
- ② 保健センター（Health Centres : HC）及び郡事務所（Sub-district office : SDO）が、コミュニティ主体の PHCI 活動を技術的に支援する能力が強化される。
- ③ 県政府が、コミュニティ主体の PHCI 活動を制度的に支援する能力が強化される。
- ④ 州政府が、コミュニティ主体の PHCI 活動を監督し、周知する能力が強化される。

(4) 投入（2013 年 11 月現在）

1) 日本側

総投入額：2 億 9,000 万円

専門家派遣：長期 3 名 短期 3 名（合計 58.16 人/月）

機材供与：1 億 2,344 万ルピア相当

ローカルコスト負担：162 億 5,541 万 4,718 ルピア（1 億 4,186 万 1,004 円相当）

カウンターパート（Counterpart : C/P）研修受入れ：53 名

2) インドネシア側

C/P 配置：77 名

土地・施設提供：マカッサル及び対象 3 県におけるプロジェクト事務所（保健局内）及び光熱費

¹ 村・区の住民保健活動グループが中心となって行うコミュニティレベルの健康増進・保健推進活動

現地活動費：セミナー、ワークショップ等に 3 億 6,156 万 7,000 ルピア（315 万 5,000 円相当）のほか、C/P の出張経費

2. 評価調査団の概要

日本側

担当分野	氏名	所属
団長	田中 伸一	JICA インドネシア事務所 次長
地域開発	稲葉 誠	JICA インドネシア事務所 企画調査員
協力企画 1	榎木 とも子	JICA インドネシア事務所 企画調査員
協力企画 2	イダ・ゴサル	JICA インドネシア事務所 所員
評価分析	今仁 直美	グローバルリンクマネジメント株式会社 研究員

インドネシア側

氏名	所属	
drg. Rarit Gempari, MARS	Head of Division of Community Empowerment and Partnership	Health Promotion Center, Ministry of Health
dr. Marti Rahuyu Diah Kusuma	Staff of Division of Community Empowerment and Participation	Health Promotion Center, Ministry of Health
Drs. A. Irawan Bintang, MT	Head of Division of Organizational and Human Resources Development	BAPPEDA, South Sulawesi Province
M. Ilyas	Acting Section Head of Human Resource Development	BAPPEDA, South Sulawesi Province
dr. H.A. Mappatoba, DTAS, MBA	Head Division of Community Health	Health Office, South Sulawesi Province
Drs. Haryamin, APT, M.Kes	Head Section of Health Promotion and Community Empowerment	Health Office, South Sulawesi Province
Ir. H. Muhammad Kasim Alwi	Head	BPMPDK, South Sulawesi Province
Ir. Musran A. Muchsin, M.Si	Head of Sub-Division of Programme	BPMPDK, South Sulawesi Province

調査期間 | 2013 年 11 月 24 日～2013 年 12 月 20 日 | 評価種類：終了時評価

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) プロジェクト目標の達成状況

97.8%のコミュニティが PRIMA-K メカニズムの問題分析→プロポーザル作成→活動実施→報告の一連の「サイクル」を 2 回完了しており、指標 1（対象県の 80%以上が PHCI 活動サイクルを完結させている）は達成された。現在実施中の第 3 サイクルもほぼ同程度の達成率が予測される。プロジェクトの作成した「PRIMA-K 実施ガイドライン（「サプリメン

トJ) は、県政府より正式文書として発出されており、PRIMA-K メカニズムの制度化のための公的文書と位置づけられることから、コミュニティと行政が協働する PHC のメカニズムが確立するという成果 2 も達成されたと判断される。

一方で、指標 1 の高い達成度に関しては、C/P のキャパシティを補完するようにメカニズムの運営実施にたずさわった JICA 雇用の現地スタッフの貢献が大きいいため、プロジェクト終了後は幾分低下することが予想される。

(2) アウトプットの達成状況

アウトプット 1: コミュニティが地方行政システムに基づいて、主体的にプライマリー・ヘルス・ケア改善 (PHCI) 活動を実施する能力が強化される。

2013 年度は全 367 のコミュニティのうち、98.9%において本プロジェクトで組織されたコミュニティレベルの住民保健活動グループ (Health Working Group : HWG) の計画した活動が通常予算で実施されている。2012 年度実績では、計画された全活動の 97.2%が実施されており、対象県の大多数のコミュニティにおいて、ファシリテーターの支援を受けながら PRIMA-K サイクルに乗せて PHCI 活動を実施する能力が備わっていることが示唆されている。一方で PRIMA-K サイクルの継続的实施には、まだ全体の半数以上の HWG が技術面または組織面での支援を必要としていると判断されており、その意味ではプロジェクト終了後はコミュニティの能力強化を継続的に実施・モニターしていく役割を担う HC と SDO ファシリテーターのキャパシティが非常に重要である。

アウトプット 2: 保健センター (HC) 及び郡事務所 (SDO) が、コミュニティ主体の PHCI 活動を技術的に支援する能力が強化される。

各コミュニティの HWG を支援するために、HC と SDO の職員数名をファシリテーターとして指名・育成することで、HC 及び SDO のコミュニティを支援する能力は強化された。しかし当該職員の異動に対する制度的な対策が立てられていないため、プロジェクトが進行するにつれてファシリテーターの数が減少し、コミュニティの需要に十分に 대응することができなくなりつつある状況が確認された。今後の PRIMA-K メカニズムの継続には、コミュニティを直接的に支援する郡レベルのファシリテーターが非常に重要な要素となることから、異動による人材プールの縮小の防止はもちろん、個々人のモチベーションや技術力を維持するためにも、ファシリテーターを制度化することが望まれる。

アウトプット 3: 県政府がコミュニティ主体の PHCI 活動を制度的に支援する能力が強化される。

対象 3 県には、関連 4 部局の職員から構成される県チームが設立され、JICA プロジェクトチームと一体になって、HWG がそれぞれの所属するコミュニティの通常予算で保健活動を実施する仕組み (「PRIMA-K メカニズム」) を構築した。メカニズムに関する各種研修やオリエンテーションなど、これまで県政府が実施してきたルーティーン活動にかかる経費は既に県予算に統合され、県チームメンバーの能力も研修等を通じて確実に向上していると判断される。その一方で、PRIMA-K メカニズムを継続的に実施していくためには、マネジメントにいくつか課題が残されており、①郡レベルのファシリテーターが異動により

減少することへの対策や、②PRIMA-K メカニズムの実施状況を把握するためのモニタリングの枠組みの策定、③県チーム内のコーディネーションの仕組みの確立等が必要である。これまで JICA 側スタッフが担っていた役割を C/P 側に移管するために設立された「出口戦略」の進捗が遅れている背景にも、このような事業管理の仕組みが確立されていないことがあると考えられる。

アウトプット 4 : 州政府が、コミュニティ主体の PHCI 活動を監督し、周知する能力が強化される。

活動を行うことで能力強化を図る本プロジェクトにおいて、アウトプット 4 の活動のほとんどは JICA チームによって実施されており、州政府の能力強化は限定的である。特に「PHCI 活動を監督する能力」に関しては、地方分権下において行政上独立した地方自治体である県の事業を監督する機能が州政府においては限定的であることも、本アウトプットの発現に影響している。また、活動の実施によって能力の強化を図るという本プロジェクトの手法では、周知・普及にかかわる能力強化はモデルの有効性が検証されてからようやく着手することのできる活動であり、プロジェクト期間内に成果を上げるのは時間的に困難である。州チームは 2014 年には新たに 3~7 の県（「新規県」）において PRIMA-K メカニズムの導入を支援することを決定、説明会と関係者向け初期研修の予算も計上しているが、州政府にとって、部局横断的なチームを組んで、別個の自治体である県の事業を、他の県の技術的リソースを利用して支援するのは初めての経験であり、残されたプロジェクト期間において JICA の支援で何らかの枠組みが設立されることが望まれる。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

本プロジェクトの政策的、ステークホルダーのニーズに対する妥当性は高い。保健はインドネシアの国家中期開発計画（National Mid-Term Development Plan : RPJMN）（2010~2014 年）における 11 の重点分野の 1 つであり、南スラウェシ州及び対象 3 県の中期開発計画においても重視されている。地方分権後 10 年以上が経過する現在でも地方政府の強化は引き続き重要課題であり、国から村に財源として交付される村落交付金（Village Allocation Fund : ADD）の額も増大する傾向にあることから、地方政府が予算を効果的かつ高い透明性をもって活用する仕組みが求められている。コミュニティの自主的な保健関連の活動を予算の使途を民主的に決める全国統一システム（ムスレンバン）に乗せて実施する PRIMA-K メカニズムは、保健及び地方自治の両方の分野に貢献するという点でも妥当性の高いものである。

(2) 有効性

プロジェクト目標は高いレベルで達成されており、PRIMA-K メカニズムの開発・実施という視点においては本プロジェクトの有効性は高いと思われる。しかしプロジェクト目標を達成するためのビルディングブロックであるはずのアウトプットの発現状況、特に州及び県政府の能力強化（アウトプット 2~4）には既述のとおり課題が残されており、これは「C/P 側が JICA の支援を受けつつ自ら実施する」ことになっていた活動の多くを、プロジ

エクトチームが「C/P を巻き込みつつも率先して実施」したことで、C/P の能力強化の機会が制限されてしまったためと考えられる。プロジェクトで強化される行政側のキャパシティが具体的に何であるのか PDM 上明確でなく、関係者間で別途分析・協議されることもなかったことも、モニタリングやコーディネーションといった事業管理システムの強化の必要性が看過された要因の 1 つであると分析される。

(3) 効率性

約 3 年の間に①コミュニティレベルの自発的な保健活動を公的予算を活用して実施する仕組み（「PRIMA-K メカニズム」）をつくり、②その仕組みを利用した保健活動の実施を対象 3 県のほぼすべてのコミュニティで実現させたことに関しては、高い効率性が認められる。その貢献要因としては、①十分な時間をかけて県・州レベルの関係者を巻き込んで入念な計画策定を行ったこと、②政府の計画サイクルと合致させるために、計画では C/P 側が実施することになっていた活動の一部を JICA 側で実施したこと、③コストや言葉の面で日本人専門家より効率性の高い現地スタッフを多数投入し、C/P のキャパシティを補いながら活動を実施したことなどが挙げられる。しかし JICA 側が C/P 側のタスクの一部を担ったことで、アウトプットの発現が抑制される結果となったことは前述のとおりである。

(4) インパクト

1) 上位目標達成の見込み

保健にかかわる指標の値は保健行動指標がバルー県で 27.5% (2011) から 46% (2012)、ブルクンバ県で 48.7% (2011) から 53.3% (2012)、ワジョ県で 18.3% (2011) から 24.5% (2012) と上昇傾向にあるが、本プロジェクトの保健活動は規模も小さく分野もさまざまであるため、設定されているマクロレベルの指標に反映される効果はごくわずかなものと判断される。しかしプロジェクトによってコミュニティの保健への関心が増大し、保健施設の利用や HC がコミュニティレベルで実施する活動への参加が増加していることが報告されており、現在採用されている指標には現れないものの、コミュニティ・ヘルスの向上に一定の貢献をするものと考えられる。メカニズムの普及に関しては、既述のように既にいくつかの県や州が PRIMA-K メカニズムの導入に強い関心を示しており、有望と判断される。他セクターにおけるメカニズムの普及は、現段階ではその周知があまり行われておらず、その実現にはより積極的・具体的な周知活動が有用と思われるが、バルー県のいくつかの村ではパイロットベースで他セクターのコミュニティレベルの活動もムスレンバンに乗せて実施する試みが開始されているという報告もあり、一定規模での実現は可能であると見込まれる。

2) その他の正のインパクト

保健に関する意識が向上したことで、住民の保健事業への寄付が増大していること、本プロジェクトを通じて区部においても村落交付金 (ADD) と同様の予算が流れるようになったこと、ムスレンバンを活用する仕組みが 1 つのモデルとなり、他セクターを巻き込んだ同様の仕組みをつくる試みが稼動しはじめたことなども、本プロジェクトの波及効果と位置づけられる。

3) 負のインパクト

HC ファシリテーターからは、業務量の増大が負のインパクトとして報告された。これはファシリテーター業務が公に認知されているものではなく、労力の割には手当てがつかないため不公平感が増大しつつある兆候であり、その業務を公式に組織化することで軽減が図れるものと思われる。

(5) 持続性

財政面での持続性は非常に高く、ADD が増大する傾向にあることから、コミュニティ及び県の行政が、保健チームが草の根レベルで計画実施する活動が有用であると判断する限り、継続的に予算が確保されることが期待される。その一方で組織面における持続性には課題が残されている。県や州政府にモニタリングやコーディネーションといったメカニズムを管理する仕組みやツールが策定されておらず、それが中間レビュー後に策定された「出口戦略」の実施の障害となっている。県チームは現在「プロジェクト終了後の体制」を設計中であるが、そのなかで上記の問題への対応策が取り込まれることが望まれる。

その他、持続性に関するチャレンジとしては、保健チームのモチベーションの維持、PRIMA-K メカニズムのペーパーワークの煩雑性の軽減、2014年に予定されている大規模な村長選挙などがあり、それぞれの県には継続的に状況をモニターし、状況に応じた対策を柔軟にとっていくことが求められている。また JICA はそのブランド力を活用し、不定期でも現地訪問によるモニタリングを継続することによって、C/P のモチベーションを維持しプロジェクト効果の持続に貢献することが期待される。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

フェーズ 1 で構築したメカニズムの持続性を向上させる方策を探るため、準備段階より JICA は中央、州及び州政府の関係者と何度も協議を重ねた。そのためプロジェクト開始時には既にメカニズムの修正箇所が明らかになっており、非常に短時間でメカニズムの再構築並びにツールの改訂が可能であった。また準備段階から深く関与していたことで県レベルの関係者のオーナーシップと改訂メカニズムの理解度は高く、効率的なプロジェクトの実施と高い財政面での持続性に貢献している。「コミュニティと政府が協働するメカニズム」はどのセクターでも応用可能であるが、本プロジェクトにおいてはその切り口を、開発アジェンダ上優先事項であり選挙時の公約の上位に置かれることも多い保健としたことで、高確率でコミュニティ・リーダーの支持と予算配分を得ることに成功した。

(2) 実施プロセスに関すること

プロジェクトの C/P 側実施部隊である県チーム、州チームを、行政組織の複数の部局を巻き込んだ混成チームにしたことで、関連部局の協力が容易に得られたほか、メカニズム実施にあたって直面する制度的な問題にも迅速に対処することが可能であった。また多数の経験豊富なファシリテーターを現地スタッフとして雇用したことで、367 に上るコミュニティのさまざまなニーズに対応することが可能となった。

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

本プロジェクトのアウトプットは能力の強化であるにもかかわらず、それぞれのレベルでどんな能力・技術が必要なのか、それをどのような方法でどこからどこまで伸ばす必要があるのか、といった分析が十分に行われておらず、PDM 上でも不明確であった。そのため効果的な介入が行われず、結果として必要なマネジメントシステムの強化が看過され、アウトプットの発現が限定されたほか、設立されたメカニズムの持続性にも影響を及ぼしている。

また多数の現地スタッフの雇用に関連して、持続性の担保を見据えた出口戦略がプロジェクトの実施計画に盛り込まれていなかった。現地スタッフの段階的な削減の構想はあったものの、政府間の合意文書である討議議事録 (Record of Discussions : R/D) やプロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM) ・活動計画 (Plan of Operations : PO) といったプロジェクト実施の手引きとなる文書では言及されておらず、段階的な削減は実施されるに至らなかった。

(2) 実施プロセスに関すること

プロジェクト開始時約 3 カ月とプロジェクト半ば約 1 年にわたって日本側のチームリーダーが不在であった。PDM 上に計画された活動は実施されたものの、PDM の指標設定や日本人専門家の残した提言のフォローアップ、現地スタッフの段階的な削減を含む出口戦略の計画・実施など、PDM・PO に記載されていない課題への対策が手薄となった。

さらに現地スタッフに関しては、コミュニティにおけるファシリテーション経験が豊富で現場でプロジェクトを動かすことに優れた人材が集まっておりプロジェクト目標達成の原動力となった一方で、「行政機関の能力強化」に関する経験や知識は乏しく、能力強化の一環として C/P が実施すべき業務の一部を代行する形でプロジェクト運営にかかわった結果、成果の発現が抑制されることになった。これは、能力強化をめざす本プロジェクトにおいて「だれの何をどのような手段で強化するのか」が共有されていなかったことの影響でもある。

3-5 結論

本プロジェクトでは前フェーズで策定されたモデルを改良し、コミュニティの自発的な保健活動をムスレンバンというシステムに乗せることで村予算 (区部はそれに相当する区の公的予算) を活用して実施するメカニズムを設立した。プロジェクトは「地方自治」と「コミュニティヘルス」双方の強化に貢献するものであり、その妥当性は高い。指標からみるプロジェクト目標の達成度は非常に高く、約 3 年間の間に対象 3 県のほとんどの村・区において同メカニズムを活用したコミュニティ主導の保健活動が実施されるようになった実績からは、本プロジェクトの高い有効性と効率性がうかがわれる。

その一方で、アウトプットであるコミュニティ、郡、県、州レベルのキャパシティ強化には課題が残されており、運営面での持続性を担保するためには、モニタリングやコーディネーションの仕組みを含めたプロジェクト終了後の運営体制を、残りのプロジェクト期間で可能な限り整える必要に迫られている。財政面の持続性に関しては、ADD が増加する傾向にあることか

らも、コミュニティや県政府が草の根レベルの保健関連活動が重要と認識する限り、安定した持続性が発揮されると考えられる。保健分野におけるインパクトは、実施されている事業の特性から上位目標に挙げられているマクロレベルの指標には反映されない可能性が高いが、PRIMA-K メカニズムの他県への拡大普及は、州政府が本腰を入れて取り組み始めていることもあり、近年中に実現する可能性は高い。なお、州政府によるこれら仕組みの維持・発展、他県への普及の知見を得、さらなる成果を発現するためにフォローアップ協力が2014年6月から6カ月間実施された。

3-6 提言

上記の評価結果を受けて、終了時評価は以下を提言する。

(1) PRIMA-K プロジェクトチーム (2014年3月31日プロジェクト終了まで)

- ・PRIMA-K メカニズムを維持していくために、対象3県ごとのマネジメント体制の確立に対する技術支援 (県知事令等の公的文書の作成等を含む)
- ・「PRIMA-K ツールパッケージ (仮称)」の作成

(2) 対象3県チーム

- ・PRIMA-K メカニズムを維持していくために必要な以下を含む組織体制の整備
- ・部局横断的な協働及び調整体制の整備
- ・モニタリングシステムの整備 (指標、情報源、担当機関、モニタリング実施頻度、情報の流れを明確に示したもの)
- ・HC や SDO によるファシリテーターの正式な任用とファシリテーターが活動するために必要な組織体制の整備
- ・PRIMA-K メカニズムの実施運営体制にかかる県知事令等の公的文書での位置づけ
- ・保健以外のセクターにおける同メカニズムの応用の検討

(3) 南スラウェシ州チーム

- ・PRIMA-K メカニズムを適用させるために必要な以下を含む州内の部局横断的な調整
- ・州内他県への同メカニズム普及のための部局横断的なビジョンの確立
- ・同メカニズム適用に必要な部局横断的な業務の洗い出しと実施体制、及びモニタリング・報告システムの整備
- ・上記にかかる州知事令等の制定

(4) MOH 保健推進センター

- ・PRIMA-K メカニズムの検証と国家政策である Desa Siaga との有機的な連携の模索
- ・検証の結果、有効と認められた場合の同メカニズムの全国への普及

(5) 内務省

- ・ADD 活用による民主的で透明性のある地方自治の強化と Desa Siaga Aktif を通じたコミュニティのエンパワーメントのための以下の実施
- ・PRIMA-K メカニズム及び3県で発現しつつある PRIMA-K と Desa Siaga Aktif の有機的な

効果の検証

- ・好事例としての全国への普及・展開

(6) JICA

- ・州及び3県に対するモニタリング及びモラル・サポート
- ・本プロジェクトの成果と教訓を活用した将来的な技術協力の可能性の検討

3-7 教訓

- ・プロジェクトの計画策定段階で県、州、中央レベルのステークホルダーが綿密な協議を重ねることで、C/Pのオーナーシップが醸成されるとともに、確立すべきメカニズムの具体的なイメージが関係者と共有できる。また、プロジェクトを政府の計画策定サイクルと合致させることで、公的予算を活用した持続的な仕組み（「PRIMA-Kメカニズム」）をつくることができる。
- ・多数の現地スタッフを活用するプロジェクトでは、現実的な「出口戦略」をプロジェクトデザインに組み込むと同時に、プロジェクトの実施にあたって根幹となる合意文書であるR/Dに明確に文書化しておくことが望まれる。
- ・「能力強化」といった漠然とした文言を使用する場合には、①どんな能力を②どこまで③どのような手法で強化するのかが自明的な指標及び活動を設定することが求められる。プロジェクト開始当初に今一度C/P側と細部にわたってPDMとR/Dの確認を行い、プロジェクトのアウトプット及びそのための手法を確認・合意するステップを経ることが必要であるが、加えてキャパシティアセスメントの実施によりスコープを明確化することも推奨される。

Summary of Terminal Evaluation Findings

1. Outline of the Project		
Country: Republic of Indonesia		Project Title : Project for Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province (PRIMA Kesehatan) Phase 2
Issues/Sector: Health		Cooperation scheme : Technical Cooperation Project
Division in charge : JICA Indonesia Office		Total cost: JPY 290 million equivalent
Period of Cooperation	(R/D): Nov. 2010~ Mar. 2014	Counterpart Agencies : South Sulawesi Provincial Government: Regional Development Planning Board (BAPPEDA), Health Office (DINKES), Community Empowerment and Local Governance of Villages and Wards (BPMPDK) District Governments of Barru, Bulukumba and Wajo: Health Office, Community Development and Village and Ward Development (BPMD), Regional Development Planning Board (BAPPEDA), District Financial Management Office (DPKD)
1-1 Background of the Project		
<p>In the Republic of Indonesia (hereinafter referred to as Indonesia), while the overall quality of life is showing an improvement, regional gaps in development are widening. Compared to the official poverty rates in Java and Bali (12.5%) and Sumatra (14.4%), those in the Eastern region such as Sulawesi (17.6%), Maluku (20.5%), Nusa Tenggara (24.8%) and Papua (36.1%) are much higher, indicating a need for appropriate development interventions in the Eastern regions, if the regional imbalances are to be corrected.</p> <p>Decentralisation of the governance system was instituted in 2001 and ever since various powers and functions, including those related to development planning, human and financial resources and health care delivery, have been decentralised to the regional governments. However, due to differences in local capacities and not-so-clear demarcations between the central and regional governments, the decentralisation also has been contributing to the widening regional gaps, causing such problems as delayed disbursement of budget and deterioration in quality of the public services. Establishing effective and efficient local governance systems is still an issue in Indonesia.</p> <p>Indonesia has in recent years seen great improvement in terms of health but still lagging behind many ASEAN countries. Infant mortality rate in Indonesia was 31 per every 1000 live births (Malaysia: 6, Philippines: 26, Thailand: 13) and maternal mortality rate 420 per 100,000 deliveries (Malaysia: 62, Philippines: 230, Thailand: 110), while access to improved sources of water was 80% (Malaysia: 99%, Philippines 93%, Thailand: 93%).</p> <p>JICA implemented from Feb. 2007 to Feb. 2010 a Project for Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province (PRIMA Kesehatan) in Barru, Bulukumba and Wajo districts in the South Sulawesi Province and developed and implemented a mechanism in which communities and governments work together to improve community health. This model was proven to be effective in strengthening community health but faced issues of sustainability in terms of finance, policies and regulations. This Phase 2 cooperation of the above-mentioned project aims to overcome those remaining challenges by modifying the model developed during the Phase 1 period so that it fits in the existing system of planning and budgeting and also by integrating into the “Desa dan Kelurahan Siaga Aktif” programme (the national health promotion programme by the Ministry of Health) of the national government.</p>		
1-2 Project Overview		
<p>This project aims to strengthen sustainability of the mechanism developed under the project in the Phase 1 stage, in which communities and governments work together for primary health care. The mechanism is to be instituted and implemented in the same target districts involved in the Phase 1, namely Barru, Bulukumba and Wajo. The governments of the three districts and the South Sulawesi province as well as all the communities in</p>		

the three target districts will receive technical assistance to set up and operate the mechanism (“Prima-K mechanism”) so that community-initiated health interventions (“PHCI activities”) are planned and implemented as a part of regular development interventions without relying on external resources.

(1) Overall Goal

- ① Quality of Primary Health Care in the target district is improved
- ② The mechanism of Primary Health Care in which community and government work together is disseminated.
- ③ Regional Development Mechanism in which community and government work together is strengthened.

(2) Project Purpose

The mechanism of Primary Health Care in which community and government work together is established and operated in the target districts

(3) Outputs

- ① Capacity of community to conduct community-centred Primary Health Care Improvement (PHCI) activities in line with the local governance system is strengthened
- ② Capacity of Health Centres and Sub-District Offices to facilitate and support community-centred PHCI activities is strengthened
- ③ Capacity of District to manage community-centred PHCI activities is strengthened.
- ④ Capacity of Province to supervise and disseminate community-centred PHCI activities is strengthened

(4) Inputs (as of November 2013)

Japanese side: A total of JPY 290 million equivalent

Project personnel: 6 persons (Long-term: 3, Short-term: 3), for a total of 58.16 man/month

Provision of equipment: IDR 123,440,000

Local operational expenses: IDR 16,255,414,000 (equivalent of JPY 141,861,000)

Trainees received: 53 persons

Indonesian side:

Counterpart personnel: A total of 77 persons

Land, buildings and facilities: Project offices in Makassar, Barru, Bulukumba and Wajo with some office furniture and utilities such as water and electricity

Operational expenses: IDR 361,567,000 (equivalent of JPY 3,155,000) for seminars and workshops, in addition to expenses related to duty travels of related personnel

2. Evaluation Team

Japanese		
Leader	Mr. Shinichi Tanaka	Senior Representative, JICA Indonesia Office
Regional Development	Dr. Makoto Inaba	Regional Development Program Manager, JICA
Cooperation Planning 1	Ms. Tomoko Enoki	Project Formulation Advisor, JICA Indonesia Office
Cooperation Planning 2	Ms. Ida Gosal	Program Officer, JICA Indonesia Office
Evaluation Analysis	Ms. Naomi Imani	Consultant, Global Link Management, Inc.
Indonesian		
drg. Rarit Gempari, MARS	Head of Division of Community Empowerment and Partnership	Health Promotion Center, Ministry of Health
dr. Marti Rahayu Diah Kusuma	Staff of Division of Community Empowerment and Participation	Health Promotion Center, Ministry of Health

Drs. A. Irawan Bintang, MT	Head of Division of Organizational and Human Resources Development	BAPPEDA, South Sulawesi Province
M. Ilyas	Acting Section Head of Human Resource Development	BAPPEDA, South Sulawesi Province
dr. H.A. Mappatoba, DTAS, MBA	Head Division of Community Health	Health Office, South Sulawesi Province
Drs. Haryamin, APT, M.Kes	Head Section of Health Promotion and Community Empowerment	Health Office, South Sulawesi Province
Ir. H. Muhammad Kasim Alwi	Head	BPMPDK, South Sulawesi Province
Ir. Musran A. Muchsin, M.Si	Head of Sub-Division of Programme	BPMPDK, South Sulawesi Province
Mission Period	24 Nov. ~ 20 Dec. 2013	Type of Evaluation : Terminal Evaluation

3. Results of the Evaluation

3-1. Project Performance

(1) Project Purpose

The project purpose is considered to be achieved with the current status of the assigned indicators as follows: (i) 97.8% of the communities in the target districts, as against the target of 80%, successfully complete all the activities of the Prima-K mechanism for the 2nd cycle (2012) and that a similar result is expected for the 3rd cycle (2013); and (ii) the “Implementation Guidelines for the Prima-K Mechanism (also known as “Supplement”)” developed by the project was officially issued by the District Governments concerned, thus could be considered as one of the official documents that institute the Prima-K mechanism as an official system.

The completion rate above is likely to decline after the project ends, however, as it was achieved with substantial interventions by JICA project staff, who will be withdrawn once the project is over.

(2) Outputs

Output 1: Capacity of community to conduct community-centred Primary Health Care Improvement (PHCI) activities in line with the local governance system is strengthened

Almost all (98.9%) the 367 communities in the target districts are currently implementing PHCI activities financed by the regular budget of the respective communities. In 2012, 97.2% of the planned activities were implemented, indicating that the overwhelming majority of the communities involved in this project are able to accomplish the activities under the Prima-K mechanism with the technical and moral support provided by the project. As to the real capacity of the communities, however, the Terminal Evaluation (TE) found that majority of the communities still require substantial facilitation if they are to continue with the Prima-K mechanism, and in this sense, the capacities of the facilitators from Health Centres (HC) and Sub-district offices (SDO) to provide technical support and monitor developments are extremely important as there will be no more project-employed Field Facilitators (FF) to help them once the project is over.

Output 2: Capacity of Health Centres and Sub-District Offices to facilitate and support community-centred PHCI activities is strengthened.

The capacities of HCs and SDOs were strengthened through developing a pool of facilitators in every sub-district to assist Health Working Groups (HWGs) by training some of their staff in technical matters related to Prima-K mechanism. The TE found, however, due to an absence of a system to fill gaps created by trained facilitators transferred to other duty stations, the pools of facilitators set up by the project are diminishing to the extent that some of them may not be able to adequately respond to the needs of the communities. In view of the importance of the HC/SDO facilitators in sustaining the Prima-K mechanism, the project may need to officially establish a system, which not only takes care of vacancies created by inevitable staff rotations but also keeps their motivation and technical capacities through official recognition, fair

incentives and appropriate organisation.

Output 3: Capacity of District to manage community-centred PHCI activities is strengthened.

In each of the target districts, a district team was established drawing its members from the four relevant agencies (DINKES, BAPPEDA, BPMD and DPKD), which then together with the JICA project team created a system through which the PHCI activities of the HWGs are financed by the regular budget of the communities. The capacities of the district teams have been strengthened through (i) training on technical issues of the Prima-K Mechanism so that they can function as trainers (of HC/SDO facilitators), and (ii) financial resources provided from the regular budget of the district governments to implement routine activities under the Mechanism. While their technical and financial capacities are considered quite sufficient, there remain some managerial issues including (i) lack of an appropriate monitoring system to see how well and to what extent the Prima-K Mechanism is utilised by the communities and (ii) weak coordination within the district teams, in addition to the need for instituting (iii) a system to ensure availability of HC/SDO facilitators as identified in the previous section. These weaknesses appear to impinge upon implementation of the exit plans established following the recommendation by the Mid-Term Review, of which implementation was found to be somewhat lagging.

Output 4: Capacity of Province to supervise and disseminate community-centred PHCI activities is strengthened.

This output is yet to see substantial development. With regard to the province's supervising PHCI activities in the target districts, most of the activities designed to be implemented by the provincial team were carried out/organised by the JICA team, perhaps as a reflection of the limited function of the provincial government in supervising now autonomous districts.

With the "learning by doing" methodology of capacity building employed by this project, it is rather unrealistic to expect development of capacity in dissemination of the Prima-K Mechanism within the project period, as dissemination could only take place after the effectiveness of the model is reasonably established. The provincial team is planning to assist several districts that expressed interest in adopting the mechanism starting 2014. It is a new initiative for the province and they are not clear about how and to what extent the provincial team, which does not have the first-hand experiences in developing the mechanism (as it was done by the districts), would assist the autonomous districts in implementing their own projects. As the provincial team repeatedly expressed their needs for technical assistance in this matter, these issues must be sorted out to a practicable extent before the project ends.

3-2. Summary of Evaluation Results

(1) Relevance

The project has high relevance in terms of local policies and needs. Health is one of the 11 strategic priorities in Indonesia's medium-term development plan and its priority status is also reflected in similar plans of South Sulawesi province and the three target districts. At the same time, strengthening of local governance continues to be an agenda after more than 10 years of decentralisation, and effective and transparent systems for local governments to efficiently utilise financial resources are very much wanted especially in view of the increasing trend of the amount of the village allocation fund (ADD). Development of the Prima-K Mechanism, which utilises the standardised planning system of Musrenbang, is highly relevant in this context as it contributes both to health and local governance. On the other hand, the project's relevance to the Japanese official development assistance policy to Indonesia has somewhat declined when the policy was modified in 2012 to give more emphasis to economic growth.

(2) Effectiveness

The effectiveness of the project appears to be high in view of the achievement of the project purpose.

However, production of the outputs, which are the building blocks for achievement of the project purpose, are curiously less than optimal as observed earlier, indicating some problems in the project implementation. While the modality of capacity building of this project was “learning by doing”, the JICA project team carried out some of the tasks to be taken on by the counterparts (CPs). In this way, the project was able to keep up with the schedule but as a consequence some of the capacity building opportunities for CPs were lost. The absence of clear definitions of the capacities to be built at each level in the project design also affected effectiveness of the interventions, as indicated in the oversight on the needs to strengthen management system apparent from the remaining weaknesses of the district and provincial teams identified in the earlier sections.

(3) Efficiency

The project boosts high efficiency in terms of (i) setting up a mechanism through which community-initiated health interventions are financed by the regular budget of the local governments and (ii) getting community-driven health interventions implemented through this mechanism in most of the 367 communities involved in 3 years. Major contributing factors are (i) meticulous project planning process involving district-, provincial- and central-level stakeholders, which resulted in a shared vision on the mechanism to be established as well as in good sense of ownership especially amongst the district-level CPs, (ii) JICA team’s taking over some of the tasks designed to be carried out by CPs for the sake of keeping up with the government planning cycle, and (iii) a large number of local project staff deployed, who are in general much more efficient in terms of costs and communication than Japanese experts. Concerning the factors (ii) and (iii), however, there was a trade off between the efficiency and output production as observed in the previous section.

(4) Impact

(a) Prospect of achieving Overall Goals

With regard to the Overall Goal 1, it is rather unlikely that impact of this project is reflected in the macro-level health indicators assigned, as the health interventions undertaken under this project are of small scale and diverse. However, it would be reasonable to expect some positive contributions for community health improvements, as the project has generated communities’ interest in health-related issues, reportedly resulting in increased utilisation of health facilities as well as increased participation in community-level activities organised by HCs. With regard to the replication of the Prima-K Mechanism in other districts (Overall Goal 2), it appears quite promising given the current level of interest expressed in adopting the mechanism. Adoption of the mechanism in other sectors (Overall Goal 3) may benefit from more vigorous advocacy and dissemination, as currently the mechanism is not well known outside of the district/provincial teams. Nonetheless, there is an initiative in Barru district in which other sectors are involved in community-level Musrenbang and this may show positive results in line with this Overall Goal 3.

(b) Other positive impact

The project has been reportedly effective in (i) generating communities’ awareness and interest in health, in sanitation in particular, which has resulted in substantial increase in voluntary contributions by individuals to the community-initiated health interventions. The project has also been instrumental in availing ADD-like funds to wards and also in demonstrating possibility of utilising ADD for non-construction projects through Musrenbang, to the extent Barru district started a pilot project with 10 villages to use the model involving other sectors.

(c) Negative impact

Some HC facilitators reported increased workload as a negative impact of the project. This was more of a grievance rather than a negative impact, stemming from the current uneven distribution of workload among HC staff and the absence of official recognition and fair incentives/rewards for the extra tasks they shoulder. These issues should be addressed when the districts consider appropriate organisation/ officialise of the HC/SDO facilitators as discussed under the Output 2.

(5) Sustainability

The financial sustainability is very promising. So long as health remains a priority in the development agenda, and so long as political leaders are committed to address priorities identified by their constituents, it is reasonable to assume that both the community-centred PHCI activities and supporting activities by the district governments shall have some funds allocated from their regular budget. The reported plan of the central government to increase the ADD amount also contributes to the Prima-K Mechanism's financial sustainability. The organisational sustainability, on the other hand, is less solid without appropriate management systems to monitor implementation of the Prima-K Mechanism and to coordinate efforts of the involved agencies. Lack of these systems is affecting the implementation of the exit plans established after the Mid-term Review. These issues must be addressed in the currently on-going efforts to design a post-project management system of the Prima-K Mechanism in each target district.

Other issues that may impinge on sustainability include motivation of the HWGs, complexity of the paperwork in the Prima-K Mechanism and the forthcoming election of the village chiefs in 2014. Districts need to be vigilant to the circumstances and needs of the communities so that appropriate measures are taken in timely manner to mitigate these challenges. JICA could also play a role by fielding monitoring missions from time to time to sustain the motivation of the stakeholders as well as the effects of the project.

3-3. Factors promoting better sustainability and impact

(1) Factors related to the project design

In order to find a right way to improve financial sustainability of the model created by the Phase 1, JICA in designing this project had numerous sessions with stakeholders at all levels. This by clarifying the issues and possible solutions enabled the project to start implementation of the activities at once when the project design was finalised. In this way the district-level stakeholders also developed high sense of ownership and good understanding of the mechanism to be developed, which contributed to efficiency as well as high financial sustainability.

While the established mechanism could be used in any sectors, the project managed to win favours of the local governments and politicians by choosing health sector, which enjoys high priority in the official development policies and also often is a public commitment of political leaders at the time of elections.

(2) Factors related to the implementation processes

The multi-agency teams organised, especially those at the district level, were identified by the CPs as one of the major contributing factors, through which issues could be addressed much more efficiently than otherwise. Another contributing factor would be a large number of the experienced local project personnel, without whom the project would not have been able to cover so many communities.

3-4. Factors inhibiting better sustainability and impact

(1) Factors related to the project design

The project by design is ambiguous about the details of the capacity building and no capacity assessment or analysis was undertaken before or during the project period to determine the scope. This resulted in overlooking appropriate management systems as a part of the capacity, compromising the outputs as well as the sustainability of the project.

Another issue was the lack of exit strategies in the project design when such a large number of project staff was involved. Though there was a plan for a gradual reduction of the project personnel, as it was not stipulated in the official reference documents (i.e. Record of Discussion (R/D), Project Design Matrix (PDM) and Plan of Operation), the plan was somehow forgotten and never implemented.

(2) Factors related to the implementation processes

A Japanese project leader was absent for the first three months of the project and also for almost 1 year in the middle of the project. Although the project managed to implement most of the planned activities on the PDM,

other activities such as setting up PDM indicators, following up on the recommendations left by Japanese experts, supervision of the local project personnel and devising/implementing exit strategies did not receive sufficient attention.

The local project staff, or rather mishandling of them, was arguably a major inhibiting factor in terms of the output production. Most of them were well experienced in facilitation but not in capacity building of government institutions. Without appropriate guidance and supervision by a Japanese project leader, they worked in a way to fill the capacity gaps of the CPs rather than building them for the sake of timely implementation of the project.

3-5. Conclusion

Based on the model produced by the previous phase, the project was successful in establishing a mechanism through which community-driven health interventions are financed by local regular resources by utilising the official planning system of Musrenbang. The project purpose was achieved with higher than expected implementation rates of the Prima-K Mechanism, indicating high effectiveness and efficiency of the project. The project, addressing issues related to community health and local governance, is also highly relevant to the local policies and needs.

On the other hand, the capacities of the district and provincial administrations were not fully developed to the level desired. The project needs to do some more work to set up an appropriate administration/management system for the Prima-K Mechanism in each of the district and provincial governments, instituting some kind of monitoring and coordination functions so that the Prima-K Mechanism is systematically managed after the JICA team is withdrawn. The financial sustainability is promising with the increasing trend of ADD, provided the communities and local governments continue to see health as a priority.

The health impact of this project is unlikely to be reflected in the assigned macro indicators but is complementing HCs' interventions in community health improvement. With the interest expressed by some districts in adopting the Prima-K Mechanism and with the provincial team's aspiration to help the process of adoption, there is a good possibility that the mechanism will be replicated in other parts of the province, perhaps also in other sectors than health, in near future.

3-6. Recommendations

(1) To the PRIMA-K Project Team (by 31st March, 2014)

In view of the limited time available, the Team recommends the following two tasks be treated as priorities, to be completed before the end of the project period.

- ♦ To provide technical support to the district teams in developing an appropriate management system for the operation of Prima-K Mechanism in each district, which should be included in appropriate authoritative documents such as Bupati's (Governor's) regulation and decree.
- ♦ To compile the tools developed during the project period into a "Prima-K Tool Package" to serve as a guiding reference for possible replications by interested parties. The production of this package be ideally completed by the planned national seminar before the conclusion of the project so that it could be widely disseminated.

(2) To the District Teams of Barru, Bulkumba and Wajo

As a matter of priority, an appropriate management system for operation of the Prima-K Mechanism be designed and instituted. The system should include, among others,

- ♦ process and procedures for inter-agency collaboration and coordination;
- ♦ monitoring system with clear indicators (data/information to be periodically collected), sources of the information, responsible parties and frequency of data collection, compilation and analysis, as well as flow of the information for appropriate and timely decision makings; and
- ♦ a system to retain a pool of trained facilitators at every HC and SDO and to ensure supportive environment for them to function effectively and efficiently with good motivation in each sub-district. This may include (a) official appointment of facilitators at HCs and SDOs through decrees (SK), (b) organising them into sub-district teams with appointed team leaders or coordinators and (c) ensuring

supportive supervision provided by appropriate individuals/parties.

- ♦ Have the devised management mechanism officially gazetted through appropriate authoritative documents such as Bupati's (Governor's) regulations and decrees.
- ♦ Consider possible application of the mechanism in other sectors than health.

(3) To the Provincial Team

- ♦ Play facilitative roles for other districts in the province to adopt the Prima-K Mechanism as a team as already started and also as individual agencies in line with the official mandate.
- ♦ As it is a new and challenging task for the provincial government to orchestrate inter-sectoral efforts in facilitating autonomous districts in implementation of a programme without provision of funds, the team may like to:
 - i. consider drawing up an united vision on the goals and modalities of this initiative of dissemination for the sake of effective inter-agency collaboration; and
 - ii. set up an effective mechanism of inter-agency collaboration/coordination for the purpose mentioned above. This may include (a) identifying and assigning certain tasks to appropriate entities/individuals and (b) setting up a monitoring and reporting system; and
 - iii. document the above in appropriate media such as a Governor's regulation/decreed, which would also legitimise actions/interventions for specific districts. .

(4) To the Central Government

a) Center for Health Promotion, Ministry of Health

- ♦ For the sake of synergising the effects of this project with the Desa dan Kelurahan Siaga Aktif programme, the Promkes is encouraged to:
- ♦ Examine the Prima-K Mechanism and the initiatives happening in the 3 districts to synergise the effects of the Prima-K and Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, and analyse the points which strengthen Desa dan Kelurahan Siaga Aktif;
- ♦ Disseminate the good practices in this project nationwide and encourage their replications as appropriate.

b) Ministry of Home Affairs

In view of the accomplishment of this project in terms of (i) strengthening local governance including democratic and transparent utilisation of ADD, and also for the sake of (ii) the community empowerment in Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, MoHA is invited to:

- ♦ Examine the Prima-K Mechanism and the initiatives happening in the 3 districts to synergise the effects of the Prima-K and Desa dan Kelurahan Siaga aktif, and analyse points which strengthen Desa dan Kelurahan Siaga aktif;
- ♦ Disseminate the good practices in this project nationwide and encourage their replications as appropriate.

(5) JICA

JICA is to consider:

- ♦ instituting occasional monitoring visits to the three districts as well as to the province, to provide moral support even after the project is concluded;
- ♦ possible future technical assistance utilising the benefit and lessons learnt from this project

3-7. Lessons learnt

- ♦ A project could enjoy a smooth start of implementation when CP agencies were well involved in designing of the project, with good sense of ownership and a shared vision on the project purposes.
- ♦ A project should have a solid exit strategy built into its design from the beginning, especially when a large number of project staff is involved. Such strategy must be clearly spelt out in an official documents that serve as the guiding documents for project implementation, namely R/D and PDM.

- ♦ In order for a capacity building project to be effective, capacities to be strengthened should be clearly defined in relation to the tasks to be carried out. If such details are not clear from the R/D and/or PDM, stakeholders should organise a session to clarify them at the beginning of the project to analyse, identify and agree on the scope and methodologies of capacity building. A capacity assessment should also be considered in this process.

第1章 調査の概要

1-1 背景

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の成果により、国全体としては国民生活の質が向上しつつある一方で、地域間の開発格差が顕著化している。地域別の貧困率をみると、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%）は高い数値を示しており、地域間格差是正のためには、東部地域の開発が重要な課題となっている。2001年からは地方分権化が進められ、開発に関する権限、人員、財源等の地方政府への大幅な移譲が行われた結果、保健サービスの提供も地方政府の管轄となった。しかし地方行政官の能力や、不明瞭な中央と地方政府のデマケーション等の問題から、予算執行の遅れや行政サービスの質の低下、地域間格差の拡大などの問題が生じており、効果的かつ効率的な地方行政システムの確立は今なお課題の1つである。

保健状況に関しては、近年大きく改善されてはいるものの、主要な保健指標値は近隣のASEAN諸国と比較して低い水準にとどまっており、乳児死亡率（出生1,000人当たり）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（出産10万件当たり）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、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93%に対してインドネシアは80%にとどまっている。

こうした背景を受け、JICAは、インドネシア政府の要請により、南スラウェシ州における保健行政能力の向上を目的として、2007年2月から2010年2月の3年間、同州24県のうちの3県（ブルクンバ、バルー、ワジョ）を対象に技術協力プロジェクト「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、「フェーズ1」と記す）を実施した。フェーズ1は村のプライマリー・ヘルス・ケア向上（Primary Health Care Improvement：PHCI）のために活動する村落の保健・衛生グループに対する支援を、行政サービスを通じて実現しようとするものであり、コミュニティが主体的に実施する保健・衛生活動を支援する行政サービスのひとつのあり方を提示、これがPHCIに有効であることが確認された。一方、この方策を自立的に続けていくには行政サービスの向上のみならず、インドネシアの既存の開発計画策定プロセス（以下、「ムスレンバン」と記す）と地方予算システムをこの仕組みに取り込むことが必要であると認識された。

こうした教訓を踏まえ、「南スラウェシ州地域保健運営能力強化プロジェクトフェーズ2」（以下、「本プロジェクト」と記す）が、①ムスレンバンを通じた村落の保健・衛生グループ活動の計画と承認、②村落交付金（Village Allocation Fund：ADD）による資金支援、③フェーズ1で実践した協働的な行政サービスといった一連の仕組みを対象県で定着させる目的で、2010年11月～2014年3月までの3年4カ月の予定で実施されている。目標としてきたこれら3点の地方行政システムへの内部化については、一定の成果を示していることが2013年3月の中間レビューで確認されている。

1-2 終了時評価の目的

本終了時評価調査は、2014年3月のプロジェクト終了を控え、プロジェクト活動の実績、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今後の類似事業の実施にあたっての教訓を導くことを目的とする。

1-3 調査団の構成

日本側

担当分野	氏名	所属	派遣期間(2013年)
団長	田中 伸一	JICA インドネシア事務所 次長	12月18日～19日
地域開発	稲葉 誠	JICA インドネシア事務所 企画調査員	11月26日～12月17日
協力企画1	榎木 とも子	JICA インドネシア事務所 企画調査員	12月16日～20日
協力企画2	イダ・ゴサル	JICA インドネシア事務所 所員	12月16日～20日
評価分析	今仁 直美	グローバルリンクマネージメント株式会社 研究員	11月24日～12月21日

インドネシア側

氏名	所属	
drg. Rarit Gempari, MARS	Head of Division of Community Empowerment and Partnership	Health Promotion Center, Ministry of Health
dr. Marti Rahuyu Diah Kusuma	Staff of Division of Community Empowerment and Participation	Health Promotion Center, Ministry of Health
Drs. A. Irawan Bintang, MT	Head of Division of Organizational and Human Resources Development	BAPPEDA, South Sulawesi Province
M. Ilyas	Acting Section Head of Human Resource Development	BAPPEDA, South Sulawesi Province
dr. H.A. Mappatoba, DTAS, MBA	Head Division of Community Health	Health Office, South Sulawesi Province
Drs. Haryamin, APT, M.Kes	Head Section of Health Promotion and Community Empowerment	Health Office, South Sulawesi Province
Ir. H. Muhammad Kasim Alwi	Head	BPMPDK, South Sulawesi Province
Ir. Musran A. Muchsin, M.Si	Head of Sub-Division of Programme	BPMPDK, South Sulawesi Province

1-4 調査日程

Date		Place	Activity	Remark
24-Nov	SUN	Jakarta	Arrival in Jakarta	Ms. Imani
25-Nov	MON	Jakarta	Discussion with MOH	Ms. Imani + JICA
26-Nov	TUE	Makassar	Discussion with JICA project team and data gathering	Ms. Imani
27-Nov	WED	Makassar		Ms. Imani
28-Nov	THU	Makassar		Ms. Imani
29-Nov	FRI	Makassar		Ms. Imani
30-Nov	SAT	Makassar	Data gathering and report writing	Ms. Imani
1-Dec	SUN		Makassar → Bulukumba	Ms. Imani

2-Dec	MON	Bulukumba	Discussion with stakeholders at sub-district level (Health Centres & sub-district offices)	Ms. Imani
3-Dec	TUE	Bulukumba	Discussion with the District Team	Ms. Imani
4-Dec	WED	Wajo	Discussion with stakeholders at sub-district level (Health Centres & sub-district offices)	Ms. Imani
5-Dec	THU	Wajo	Discussion with the District Team	Ms. Imani
6-Dec	FRI	Barru	Discussion with stakeholders at sub-district level (Health Centres & sub-district offices)	Ms. Imani
7-Dec	SAT	Barru	Discussion with the District Team	Ms. Imani
8-Dec	SUN	Makassar	Discussion with Provincial BAPPEDA	Ms. Imani
9-Dec	MON	Makassar	Data analysis and report writing	Ms. Imani
10-Dec	TUE	Makassar	Data analysis and report writing	Ms. Imani
11-Dec	WED	Makassar	Discussion with Provincial Health Office Discussion with Provincial BPMPDK	Ms. Imani
12-Dec	THU	Makassar	Data analysis and report writing	Ms. Imani
13-Dec	FRI	Makassar	Data analysis and report writing	Ms. Imani
14-Dec	SAT	Makassar	Data analysis and report writing	Ms. Imani
15-Dec	SUN	Makassar	Internal discussion	Japanese Members
16-Dec	MON	Makassar	Discussion with the project Team	Japanese Members
17-Dec	TUE	Makassar	M/M discussion	Joint Terminal Evaluation Team
18-Dec	WED	Makassar	M/M discussion	Joint Terminal Evaluation Team
19-Dec	THU	Makassar	Signing of M/M	Joint Terminal Evaluation Team
20-Dec	FRI	Jakarta	Reporting	Joint Terminal Evaluation Team

1-5 調査の制約

本プロジェクトは村、郡、県、及び州の各レベルにおける能力向上をアウトプットとしている。本プロジェクトのプロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix : PDM）Ver.1で設定されている指標の大半が活動のプロセス指標であるため、終了時評価調査では協力期間の各レベルにおける能力の向上の程度を測定することが困難であった。このため能力向上に関して本調査では、①保健センター（Health Centre : HC）長、及び郡及びHCに所属するファシリテーター、②対象3県のプロジェクトチームのメンバー、及び③州のプロジェクトチームのメンバーによる自己評価の情報を利用した。また本調査ではHC/郡事務所（Sub-district Office : SDO）のファシリテーターによる地域保健活動グループの評価をコミュニティの能力向上を測定する手段とした。したがって本調査の一部情報の主観性は排除できず、その評価結果について留意が必要である。

第2章 プロジェクトの概要

2-1 基本計画

表-1 プロジェクト基本計画

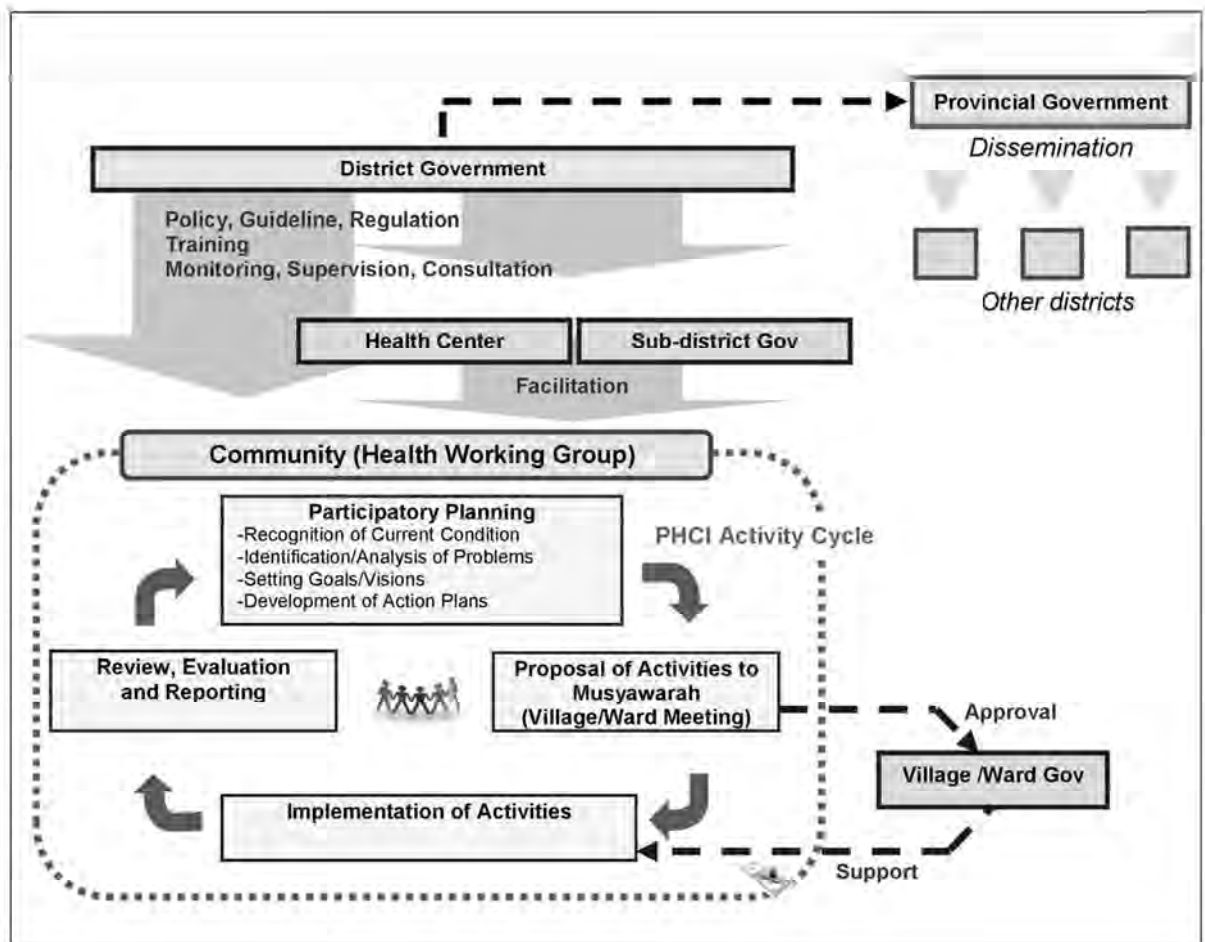
プロジェクト名称	南スラウェシ州地域保健運営能力向上プロジェクトフェーズ2
協力期間	2010年11月～2014年3月
対象地域	南スラウェシ州バルー県、ブルクンバ県、及びワジョ県内の全366カ村
上位目標	①対象県でプライマリー・ヘルス・ケアの質が向上する ②コミュニティと行政が協働するプライマリー・ヘルス・ケアのメカニズムが普及される ③コミュニティと行政が協働する地域開発メカニズムが強化される
プロジェクト目標	対象県でコミュニティと行政が協働するプライマリー・ヘルス・ケアのメカニズムが確立される
期待される成果	①コミュニティが、地方行政システムに基づいて、主体的にPHCI活動を実施する能力が強化される。 ②HC及びSDOが、コミュニティ主体のPHCI活動を技術的に支援する能力が強化される。 ③県政府が、コミュニティ主体のPHCI活動を制度的に支援する能力が強化される。 ④州政府が、コミュニティ主体のPHCI活動を監督し、周知する能力が強化される。

図-1は「PRIMA-Kメカニズム」(県の行政当局が、外部資金に頼らない通常予算を使用して村落レベルにおける自主的な保健活動を実施する仕組み。PRIMA-Kは、プロジェクトの愛称)を図表化したものである。

PRIMA-Kの活動のエンジンはコミュニティ内で形成される保健活動グループである。コミュニティにより組織された保健活動グループは地域の問題を自ら分析・共有し、それを活動のプロポーザルとして村政府が実施するムスレンバンへ提出する。

プロポーザルが承認されれば、県が準備するガイドラインや規則に従い、ADDを受けてコミュニティ自らが事業を実施する。HC及びSDOスタッフは、ファシリテーターとしてコミュニティグループの保健衛生活動について、問題分析→プロポーザル作成→活動実施→報告の一連の「サイクル」を技術的・行政手続き的にモニタリング、支援する。県政府はHCやSDOの報告を適宜受け、コミュニティ活動がスムーズに実施されるような予算的、制度的な環境整備を行うほか、活動結果を州と共有し州内他地域展開への道筋づくりについて州政府に協力する。州政府はこれら全体の監督業務を行うほか、州内他県への同メカニズムを普及する役割を負う。

本プロジェクトが開発した問題分析から活動の報告までの一連の流れを「サイクル」と呼び、また各行政レベルの協働の仕組みを「PRIMA-Kメカニズム」とする。



図－1 PRIMA-Kメカニズム概要

2-2 プロジェクトの実施体制

プロジェクトの実施体制は、図-2のとおり、各県の保健局（District/Provincial Health Office : DINKES）、財務管理局（District Financial Management Office : DPKD）、コミュニティ・村落振興局〔(県) Board of Community and Village Empowerment : BPMD、(州) Board of Community Empowerment and Village and Ward Governance : BPMPDK〕、地域開発計画局（Regional Planning and Development Board : BAPPEDA）から成る県チームが現場で活動し、州チームがその動きをモニタリング・コンサルテーションする形である。日本人専門家チームは、州チーム及び県チームの両レベルに技術支援を行った。

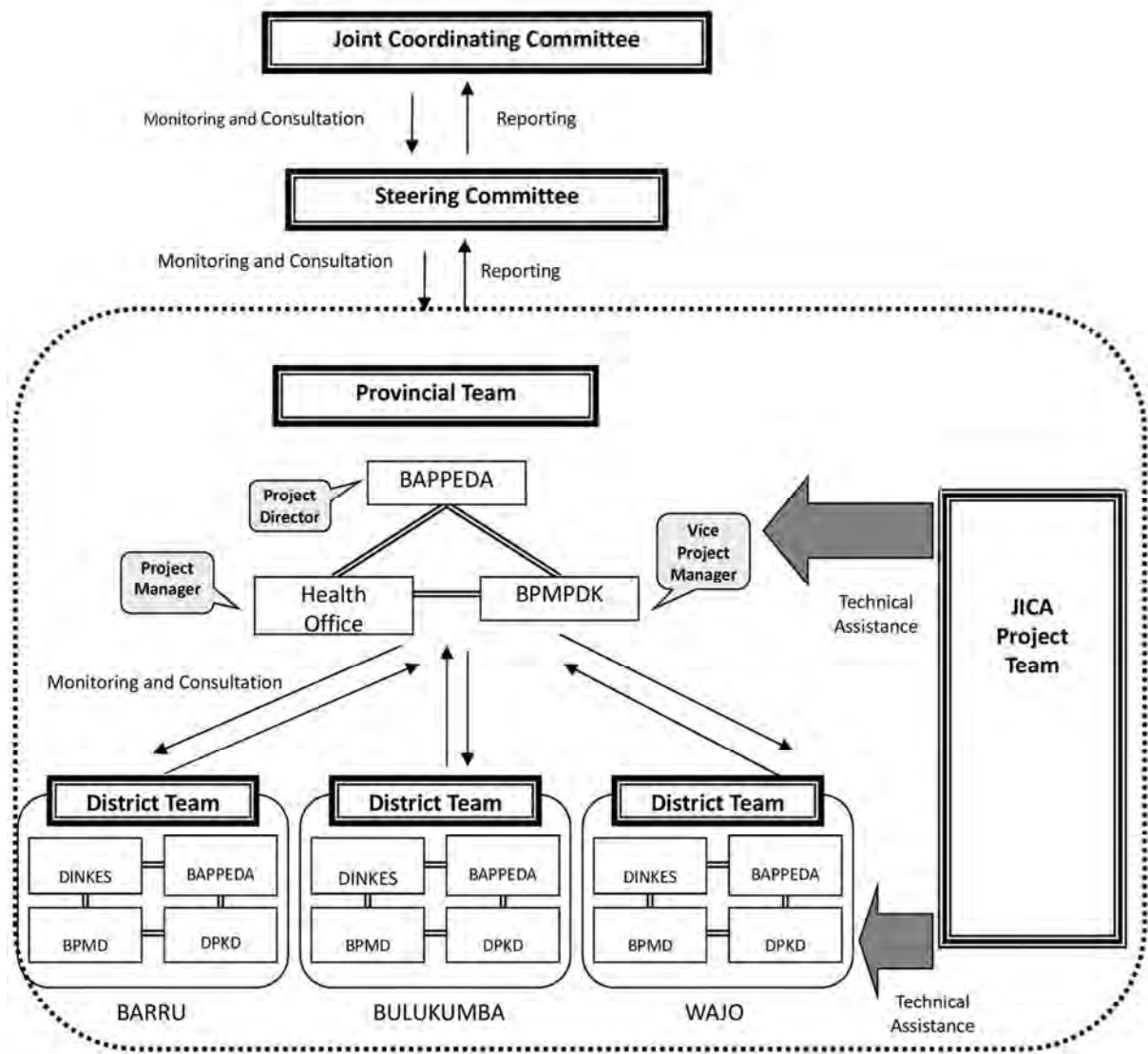


図-2 プロジェクト実施体制

第3章 プロジェクトの実績

本章においては、日本・インドネシア国側双方が行った投入の概要と、PDM（Ver. 1）に沿ったプロジェクトのアウトプット及び目標の達成状況を概観する。

3-1 投入実績

3-1-1 日本側の主な投入

(1) 人材

これまでに長期3名、短期3名の合計6名の日本人専門家が派遣された。合計派遣期間は2013年11月末現在で58.16人/月となっている。各人の専門分野は表-2のとおり。

表-2 日本人専門家派遣の実績

計画（討議議事録より）	実 績
プログラム調整・地方行政（チームリーダー）	プログラム調整・地方行政（チームリーダー）：2名
業務調整・研修管理	業務調整・研修管理：1名
地方財政管理	プライマリー・ヘルス・ケア：1名
コミュニティ参加型計画策定	プライマリー・ヘルス・ケア/コミュニティ参加型
プライマリー・ヘルス・ケア	開発：1名
その他	インパクト調査手法：1名

上記のほか、本プロジェクトではこれまでに合計59名にのぼる現地スタッフを雇用し、マカッサル及び対象各県のDINKESに設置されているプロジェクト事務所と郡以下のコミュニティレベルに配置している。現地スタッフはプロジェクトの進捗管理や関係者との調整、コミュニティの活動支援などを行っており、2013年11月末日現在の合計雇用実績は1,565.6人/月にのぼっている。詳細は付属資料の英文合同評価報告書Annex4を参照のこと。

表-3 現地スタッフの配置状況（2013年11月30日現在）

南スラウェシ州（マカッサル）			
アドバイザー：1名			
州コーディネーター：1名			
フィールドオペレーションスペシャリスト：1名			
広報（Public Relations：PR）担当者：1名			
総務担当者：1名			
秘書兼通訳：3名			
	バルー県	ブルクンバ県	ワジョ県
県コーディネーター（DC）	1	1	1
秘書	1	1	1
フィールド・ファシリテーター（FF）	7	12	14

(2) 機材

州及び対象3県に設置されたプロジェクト事務所の備品として、上記プロジェクトスタッフが使用するコンピュータが購入された。購入金額の合計は1億2,344万ルピア(107万7,261円相当²)。購入機材一覧は、付属資料の英文合同評価報告書 Annex5を参照のこと。

(3) 運営経費

日本側が負担した運営費及び活動費は2013年9月末現在で162億5,541万4,718ルピア(1億4,186万1,004円相当)であり、その主項目は現地スタッフの person 費及び中央、州、県各レベルにおける会議やワークショップ、セミナー等の開催経費となっている。

(4) カウンターパート研修

カウンターパート (Counterpart : C/P) 研修は、日本のコミュニティと地方政府の協働を通じた PHCI に関する取り組みについて学ぶと同時に、中央・州・対象各県政府から参加する研修生同士の関係を構築することを目的に、これまでに3回催行されており、合計53名が参加した。またプロジェクトの活動ではないが、県、州、及び中央レベルの関係者20名が本邦で実施された青年研修の地方行政コース(10名)及び地域保健医療実施管理コース(10名)に参加した。研修参加者の詳細は付属資料の英文合同評価報告書 Annex7を参照のこと。

3-1-2 インドネシア側による主な投入

(1) カウンターパート (C/P)

2013年11月30日現在、州政府より11名、バルー県より16名、ブルクンバ県より26名、ワジョ県より24名が本プロジェクトのC/Pに指名されている。また討議議事録 (Record of Discussions : R/D) 上では「カウンターパート」ではないものの、中央レベルにおいても国家開発計画庁 (National Planning and Development Board : BAPPENAS)、保健省 (Ministry of Health : MOH)、内務省 (Ministry of Home Affairs : MOHA) において本プロジェクトに関連したポストにある15名が実質的なC/Pとして任命されている。詳細は付属資料の英文合同評価報告書 Annex6を参照のこと。

表-4 所属先別 C/P 配置状況

(名)

南スラウェシ州政府	
地域開発計画局 (BAPPEDA)	3
保健局 (DINKES)	4
コミュニティ振興・村落・区行政局 (BPMPDK)	4
県政府	
バルー県	16
ブルクンバ県	26
ワジョ県	24

(2013年11月現在)

(2) 土地、建物、施設等

プロジェクト事務所がマカッサル及び対象3県に設けられており、そのスペース、水道・光熱費等の費用(インターネットを除く)は、南スラウェシ州及び各県の政府より提供されている。

² 2013年12月のJICA 統制レート適用 (1.00ルピア=0.008727円)。

(3) 運営経費

中央、州、県の各政府は、職員が本プロジェクトに関連して出張する際の旅費や、会議の開催に係る諸経費を負担している。さらに県政府は県内におけるプロジェクト活動実施に係る費用の一部を2013年から県予算より支出している（表－5参照）。機関・年度別の負担額等は付属資料の英文合同評価報告書 Annex8 を参照のこと。

表－5 プロジェクト活動（セミナー、ワークショップ等）実施におけるコストシェアの状況

年	支出（単位：インドネシア・ルピア）			%	
	インドネシア側	JICA	合計	インドネシア側	JICA
2011	0	1,332,754,800	1,332,754,800	0.0	100.0
2012	550,000	1,402,525,000	1,403,075,000	0.04	99.96
2013	361,017,300	668,385,100	1,029,402,400	35.07	64.93

3-2 プロジェクト目標・アウトプットの達成状況

3-2-1 アウトプット

本プロジェクトのアウトプットはコミュニティから郡、県、州政府に至るまでの能力強化であるが、具体的に何をどこまで強化する計画であったかは、前述のとおり PDM 上明確ではない。2011年5月5日に署名された JICA と対象3県の政府との協議議事録（Minutes of Meeting : M/M）には、以下が記されており、本終了時評価においては「それぞれの対象が JICA の支援なしで「PRIMA-K メカニズム」を継続的に運用していくことが組織的、技術的に可能なレベルにあるか」という視点から評価を行った。

表－6 プロジェクトが強化するキャパシティ

対象	キャパシティ
コミュニティ	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニティにおける保健関連問題を分析する能力 ・PHCI 活動を計画・実施する能力
保健センター (HC)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の保健関連問題を分析する能力 ・コミュニティのニーズに沿った健康増進活動または予防活動を計画する能力 ・コミュニティの活動をファシリテートする能力
県政府	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニティを主体とするメカニズムを管理（組織的に支援）する能力 ・ステークホルダーに対し研修プログラムを計画・実施する能力
州政府	<ul style="list-style-type: none"> ・メカニズムを州内他地域に周知³するのをファシリテートする能力

出所：“Minutes of Meetings between JICA and Authorities concerned of the Government of the Republic of Indonesia on Japanese Technical Cooperation Project for Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province Phase 2”（署名日：2010年10月11日）

以下にアウトプットごとの指標の現状と考察を述べる。各アウトプット下で計画された活動の詳細とその実施状況に関しては、付属資料の英文合同評価報告書 Annex2 の活動計画を参照

³ 和文の文献では「普及」と訳されているが、本稿ではより原文の disseminate に近い訳語を採用した。

のこと。

(1) アウトプット 1：コミュニティが、地方行政システムに基づいて、主体的に PHCI 活動を実施する能力が強化される。

コミュニティが自ら保健に関する問題を特定し、外部資金に頼ることなく通常予算を用いてその対策を計画・実行することをめざし、本プロジェクト下では対象 3 県の村・区において「住民保健活動グループ (Health Working Group : HWG)」を結成し、そのメンバーが「PHCI 活動サイクル (第 2 章・図-1) ⁴」に沿って問題分析、プロポーザルや報告書の作成、資金管理等を習得するための研修を毎年実施した。各地の HC や SDO で「ファシリテーター」の指名を受けた職員とプロジェクト雇用のフィールド・ファシリテーター (Field Facilitator (s) : FF) が、こうした研修や現場における HWG の活動を支援した。またアウトプット 3 で後述する「県チーム」は、村や区の長や村政府の職員を対象として「PRIMA-K メカニズム」の概要を説明し、HWG によって立案された活動を、ボトムアップの計画策定プロセス (「ムスレンバン」) に乗せることで通常のコミュニティ開発計画の一環として自前の予算で実施することを推奨する活動を行った。

指標とその推移は以下のとおり。

表-7 アウトプット 1 の指標の推移

指標 ⁵		ベースライン (2010 年)	エンドライン (2013 年 9 月 30 日現在)
目標値			
1-1. PHCI 活動を行うために 村 (・区) レベルに設立さ れた HWG の数	バルー県	27/54 村・区	55/55 (100%)
	ブルクンバ県	52/126	136/136 (100%)
	ワジョ県	45/176	176/176 (100%)
85%以上の村・区	合計	124/356 (35%)	367/367 (100%)
1-2. PHCI 活動サイクル実施 者として研修を受けた村 (・区) HWG メンバーの数	バルー県	108 (各村 4 名×27 村)	955 名 6 名以上のメンバーが研修を受講して いる HWG : 100% (55/55)
	ブルクンバ県	208 (各村 4 名×52 村)	816 名 6 名以上のメンバーが研修を受講して いる HWG : 100% (136/136)
	ワジョ県	180 (各村 4 名×45 村)	1,760 名 6 名以上のメンバーが研修を受講して いる HWG : 99.4% (175/176)
チーム当たり 6 名以上	合計	496	3,440 名 6 名以上のメンバーが研修を受講して いる HWG : 99.5% (366/367)

⁴ 「PRIMA-Kメカニズム」とも呼ばれる。

⁵ (太字) は JICA プロジェクトチームが指標データを収集するにあたり追加した指標定義。

1-3. PHCI 活動計画を策定し、 村政府に提出した村（・区） チームの数	バルー県	0	2013 年度：55/55（100%）
	ブルクンバ県	0	2013 年度：136/136（100%）
	ワジョ県	0	2013 年度：172/176（97.7%）
90%以上の村・区	合計	0	363/367（98.9%）
1-4. 年間予算計画にコミュニ ティ主体の PHCI 活動実施予 算を計上した村（・区）の数	バルー県	0	2013 年度：55/55（100%）
	ブルクンバ県	0	2013 年度：136/136（100%）
	ワジョ県	0	2013 年度：172/176（97.7%）
75%以上の村・区	合計	0	2013 年度：363/367（98.9%）
1-5. 村予算または県予算によ って実施された活動の数 ⁽¹⁾	バルー県	0	2012 年度：147/157（93.6%）
	ブルクンバ県	0	2012 年度：379/391（96.9%）
	ワジョ県	0	2012 年度：370/374（98.9%）
計画の 95%以上	合計	0	2012 年度：896 ⁽²⁾ / 922（97.2%）
1-6. 村政府に活動報告及び会 計報告を提出した村（及び 区）チームの数 ^{(1) (3)}	バルー県	0	2012 年度：52/52（100%）
	ブルクンバ県	0	2012 年度：135/135（100%）
	ワジョ県	0	2012 年度：171/171（100%）
95%以上	合計	0	2012 年度：358/358（100%）

(1) 第 3 サイクル（2013 年）の実績は確定していないため、第 2 サイクル（2012 年）の実績をエンドラインとした。

(2) 計画が実施されるに至らなかったのは HWG に認可された予算が交付されなかったことによる。その背景として、村政府が村落交付金（ADD）交付のための諸条件を満たさなかったため県政府から予算が交付されなかったケース、村政府が保健活動の予算を他の目的に流用したケース、保健活動に利用されたものの、HWG を通さなかったケースなどが散見された。

(3) 各県が策定したメカニズムのなかでは活動報告の提出は義務づけられていないため、エンドラインは会計報告提出の有無に限定した。

上記からは、ほぼすべての指標において目標値を大きく上回る実績が確認され、対象県の大多数のコミュニティにおいて保健関連活動がサイクルとして実施されていることがうかがえる。コミュニティの数と 3 年という期間を考慮するとこれは 1 つの大きな実績であり、その背景には約 10 村/区に 1 人の割合で配置され、HWG をきめ細かくサポートすると同時に、活動が滞りなく行われるよう HC・SDO ファシリテーターとのスケジュール調整等も行った FF の働きがある。本来部外者である FF がメカニズムの運用に深くかかわったうえで達成された上記実績は、コミュニティ本来の実力であると判断できないため、終了時評価では「それぞれのコミュニティが、今後 FF が不在となっても「PRIMA-K メカニズム」を継続的に運用していくことが組織的、技術的に可能か」を、HC 及び SDO の関係者の視点から査定した（表-8 参照）。

判断基準が査定者の主観に基づくものであることに留意する必要があるが、約 40% のコミュニティは行政側が特別な介入をせずとも PRIMA-K メカニズムを継続すると考えられている。約 10% は脱落していくが、約半数のコミュニティは HC・SDO のファシリテーターが必要な介入を継続的に行うことが条件となると認識されており、今後の PRIMA-K メカニズムの存続において、コミュニティが必要とする支援を提供する郡レベルのファシリテーターの力量が大きな要因であることが示唆されている。継続が困難な理由としては、村長や村政府が PRIMA-K メカニズムの実施に消極的である、HWG と村長・村政府との信

頼が構築されていない、HWG のリーダーシップやモチベーションが弱い、といった点が指摘された。

表－8 コミュニティが PRIMA-K メカニズムを継続するキャパシティ
(HC・SDO による簡易アセスメント)

カテゴリー	HWG の数 (割合)			
	ブルクンバ県	ワジョ県	パルー県*	合計*
① 技術・組織面や意欲、村政府との関係等に問題はなく、HC・SDO による大きな介入なしで継続すると思われる HWG	54 (39.7%)	78 (44.3%)	13 (23.6%)	145 (39.6%)
② 技術・組織面や意欲、村政府との関係等において不安要素があるが、HC・SDO のファシリテーションで解決すると思われる HWG	66 (48.5%)	83 (47.2%)	35 (63.6%)	184 (50.3%)
③ 技術・組織面や意欲、村政府との関係等に問題があり、HC・SDO が提供できるファシリテーションでは継続が難しいと思われる HWG	16 (11.8%)	15 (8.5%)	6 (10.9%)	37 (10.1%)
合 計	136 (100%)	176 (100%)	54 (100%)	366 (100%)

* 2013 年に新規創設されたパルー県の一村ははまだ PHCI 活動を開始していないため アセスメントの対象外とした。

出所：対象 3 県における HC と SDO の長及びファシリテーターを対象とした終了時評価時ワークショップ

また、本アウトプット下では「コミュニティの能力強化」のために①保健グループの設立と技術的指導、②村長の理解と支持を促進するための啓発などの活動が行われてきたが、予算の執行や報告書作成等に係る村政府の能力強化は行っていない。実際に村政府が交付金を受け取るための諸条件を満たせないという事例も珍しくないことが報告されており、中間レビューでも指摘されたように、各県の BPMD がプロジェクトの枠外で中長期的に村政府のキャパシティを強化する何らかの方策を採ることが望まれる。

(2) アウトプット 2：HC 及び SDO が、コミュニティ主体の PHCI 活動を技術的に支援する能力が強化される。

各郡に 1～3 カ所設置されている HC は地域に予防・治療の両面で保健サービスを提供する施設であり、また SDO はコミュニティに最も近い県政府の出先機関である。本プロジェクトでは HC と SDO の職員を数名選び、PRIMA-K メカニズムに関する研修(計画策定、プロポーザル及び報告書の作成方法、会計管理など)を受講させ、コミュニティ、特に HWG が PRIMA-K メカニズムを利用して活動を行うにあたって必要な技術的支援を行うファシリテーターとした⁶。プロジェクトが終了し FF が引き揚げた後は、HC・SDO ファシリテーターが HWG にとっての技術的なリソースとなるため、その能力を担保することは PRIMA-K メカニズムがコミュニティで継続的にかつ有用に活用されるにあたって非常

⁶ 基本的に HC ファシリテーターは HWG の活動計画策定とその実施を、SDO は予算計画とその報告に関する会計手続き上の支援をするデマケーションになっている。

に重要なものである。

指標からみる本アウトプットの達成状況は表－9のとおり。

表－9 アウトプット2の指標の推移

指 標		ベースライン (2010年)	2013年9月30日現在
目標値			
2-1. HC及びSDOの職員 でファシリテーター研 修を受講した人数	バルー県	5HCより全10名 SDO:0名	HC:全72名 6名以上のファシリテーターをもつ HC:100% (10/10) SDO:全18名 3名以上のファシリテーターをもつ SDO: 57.1% (4/7)
	ブルクンバ県	7HCより全19名 SDO:0名	HC:全123名 6名以上のファシリテーターをもつ HC:78.9% (15/19) SDO:全27名 3名以上のファシリテーターをもつ SDO:70% (7/10)
	ワジョ県	6HCより全18名 4SDOより全8名	HC:全165名 6名以上のファシリテーターをもつ HC:95.7% (22/23) SDO:全42名 3名以上のファシリテーターをもつ SDO:100% (14/14)
	合計	16HCより全47名 4SDOより全8名	HC:全360名 6名以上のファシリテーターをもつ HC:90.4% (47/52) SDO:全87名 3名以上のファシリテーターをもつ SDO:83.3% (25/31)
	HC:6名以上 SDO:3名以上		
2-2. 研修を受けた HC 職 員または SDO 職員のうち、 村人を対象に実際の 研修を行った者の数	バルー県	3/10	70/90 (77.7%)
	ブルクンバ県	17/19	106/150 (70.7%)
	ワジョ県	24/26	157/207 (75.8%)
	合計	44/55	333/447 (74.5%)
60%以上			
2-3. HC及びSDOがコミ ュニティを対象に開催 した研修ワークショップ の数 ⁽¹⁾	バルー県	0	第1サイクル:4回 第2サイクル:4回 第3サイクル:3回
	ブルクンバ県	0	第1サイクル:4回 第2サイクル:4回 第3サイクル:3回
	ワジョ県	1 ⁽²⁾	第1サイクル:4回 第2サイクル:4回 第3サイクル:3回
年3回			

2-4. HC のファシリテーターが村民による PHCI 活動の支援及びモニタリングのためにコミュニティを訪問した回数	バルー県	0		12 回未満	12 回以上
			2012 年	1 HC	9 HCs
			2013 年 (1~9 月)	7 HCs	3 HCs
	ブルクンバ県	0	2012 年	7 HCs	11 HCs
			2013 年 (1~9 月)	13 HCs	6 HCs
	ワジョ県	0	2012 年	1 HC	22 HCs
2013 年 (1~9 月)			2 HCs	21 HCs	
各 HC において年 12 回以上	合計	0	2012 年	9 HCs	42 HCs
			2013 年 (1~9 月)	22 HCs	30 HCs
2-5. コミュニティ主体の PHCI 活動の技術的支援及びモニタリングのための予算を計上している HC の数	バルー県	0	10/10=100%		
	ブルクンバ県	0	15/19=78.9%		
	ワジョ県	0	23/23=100%		
	合計	0	48/52=92.3%		
				80%	
2-6. 村(・区) HWG が作成する活動・会計報告のうち、SDO がチェックしたものの数 ⁽³⁾	バルー県 ⁽³⁾	0	第 1 サイクル : 0 第 2 サイクル : 6/53 (11.1%) 第 3 サイクル : 1/8 (12.5%)		
	ブルクンバ県	0	第 1 サイクル : 0 第 2 サイクル : 0 第 3 サイクル : 0		
	ワジョ県	0	第 1 サイクル : 100% 第 2 サイクル : 171/171 (100%) 第 3 サイクル : 27/27 (100%)		
	合計	0	-		
80%					
2-7. 村(・区) HWG を招いてミニ・ワークショップを開催した HC の数	バルー県	0	2013 年 : 10/10 (100%)		
	ブルクンバ県	0	2013 年 : 10/19 (52.6%)		
	ワジョ県	1/23 (4.3%)	2013 年 : 18/23 (78.3%)		
60%	合計	1	2013 年 : 38/52 (73.1%)		

- (1) これらのワークショップのファシリテーションには HC 及び SDO のファシリテーターのほか、プロジェクト雇用の FF も携わっている。
- (2) ワジョ県は第 1 フェーズ終了後、自助努力で対象地域を拡大すべく 2010 年に独自に研修等の活動を実施した。
- (3) ワジョ県では村からの報告書はすべて SDO においてチェックするシステムを採用しているが、バルー県及びブルクンバ県の SDO にその機能はない。実際においては、3 県とも多くの HWG は村政府に報告書を提出する前に HC のファシリテーターに非公式にチェックを依頼している。

指標 2-1 では研修を受講したファシリテーターが他地域に異動になった後の後任が指名・育成されていないために、その数が減少しつつあることが示されている。育成されたファシリテーターが 1 人も残っていない SDO もあり、その分 HC 所属のファシリテーターの負担が増大しているほか、SDO ファシリテーターの管轄である会計処理に関する支援に不安が報告された。ファシリテーターも公務員である以上異動は避けられないことから、常に一定の数を保つための何らかの仕組みが設立されることが望まれる⁷。

⁷ これまで3県のうちワジョのみがファシリテーターの追加育成を行っている。

またファシリテーターのなかには、研修は受けたものの実際にコミュニティレベルでの支援を行っていないケースも珍しくなく、その多くはHCの看護師や薬剤師など、職場を離れてコミュニティで活動する立場にない者である。ファシリテーターの選考は現在HCやSDOの長に一任されており、正式な委嘱状もない。コミュニティの都合に合わせて現場に赴くため時間外労働が求められるが残業手当はつかないなど、その労力が公に認知されていないことへの不満も聞かれ、ファシリテーターの選考や任命方法に関しても再考の余地がある。

HC・SDOファシリテーターの知識や技術に関しては、個人差はあるが郡全体で見ればHWGを支援するに十分なレベルの知識・技術を習得していると認識されている。しかし実際に活動を行うにあたっては、時間や交通手段、使用機材といった面での制約から、FFほどキメの細かい支援はできないというのが関係者の共通認識である。そのためプロジェクト終了後は、PRIMA-Kメカニズムの実施率や報告書の質などがある程度下がるのは不可避とみられるが、それを最低限に抑えるにはこうした組織面、制度面の制約を軽減することも求められている⁸。

なお、中間レビューで指摘された「SDOファシリテーターが交通費の支給を予算上の制約でうけられないために活動ができない」という問題は、SDO経費予算の増額という措置によりほぼ解決されている。

(3) アウトプット 3：県政府がコミュニティ主体のPHCI活動を制度的に支援する能力が強化される。

PRIMA-Kメカニズムにおいては、HWGによって計画・実施される活動の財源は村の通常予算であり、その大部分は県政府から村政府に交付されるADDである⁹。各県は保健局(DINKES)、財務管理局(DPKD)、コミュニティ・村落振興局(BPMD)、地域開発計画局(BAPPEDA)の職員から成る「県チーム」を組織し、それまでそのほとんどがインフラ整備に使われていたADDをコミュニティ主導の保健事業に使うことを促進するためのさまざまな措置を導入した。

ベースライン値と比較した指標の現状は表-10のとおりである。

⁸ 調査時に各県で行ったワークショップでは、各郡にHC・SDOを併せたファシリテーターチームを正式に設立し、そのリーダー（またはコーディネーター）の任命や、一定の手当での支給などが提案された。

⁹ コミュニティは村と区に大別され、村が自治体であるのに比して区には自治権が付与されていないため、予算管理等において細部が異っている。そのため各県はそれぞれに合致した支援策を策定する必要があり、ワジョ県においてはPRIMA-Kメカニズムの区への導入は第2サイクルからとなった。

表-10 アウトプット3の指標の推移

指標		ベースライン (2010)	2013年9月30日現在
目標値			
3-1. 各県において県チームが設立される（メンバー：DINKES、BPMD、BAPPEDA、DPKD）。	バルー県	0	設立済み
	ブルクンバ県	0	設立済み
	ワジョ県	0	設立済み
3-2. (財務面を含めた「仕組み」を指導するための)研修を受講した県チーム構成員の数	バルー県	0	12名中7名(58%) ⁽¹⁾
	ブルクンバ県	0	23名中18名(87%)
70%以上	ワジョ県	0	25名中24名(92%)
3-3. コミュニティ主体のPHCI活動支援(説明会、各種研修、モニタリング、村レベルでのPHCI活動実施)のために県の年間予算計画書に計上されている予算 ⁽²⁾	バルー県	0	第1サイクル：9,513,430,500ルピア 第2サイクル：8,498,444,500ルピア 第3サイクル：11,115,510,500ルピア
	ブルクンバ県	0	第1サイクル：7,950,287,846ルピア 第2サイクル：11,264,536,034ルピア 第3サイクル：17,022,814,874ルピア
	ワジョ県	117,050,000ルピア	第1サイクル：12,510,870,916ルピア 第2サイクル：12,885,170,916ルピア 第3サイクル：18,445,989,500ルピア
3-4. PHCI活動に対する県政府職員の恒常的支援(回数)	バルー県	M：0、CM：0、S：0、T：0	第1サイクル：M：15、CM：3、S：1、T：1 第2サイクル：M：51、CM：4、S：1、T：4 第3サイクル：M：14、CM：3、S：1、T：3
モニタリング(M)：年12回 調整会合(CM)：年4回 説明会(S)：年1回 県政府主催の研修(T)：年1回	ブルクンバ県	M：0、CM：0、S：0、T：0	第1サイクル：M：7、CM：4、S：1、T：1 第2サイクル：M：14、CM：5、S：1、T：4 第3サイクル：M：9、CM：3、S：1、T：4
	ワジョ県	M：0、CM：0、S：2、T：2	第1サイクル：M：19、CM：5、S：1、T：1 第2サイクル：M：31、CM：5、S：1、T：4 第3サイクル：M：10、CM：4、S：26、T：3
3-5. PHCI活動に関するガイドラインやマニュアルが県チームによって開発される。	バルー県	なし	ガイドライン増補：3サイクル策定済み
	ブルクンバ県	なし	ガイドライン増補：3サイクル策定済み
	ワジョ県	なし	ガイドライン増補：3サイクル策定済み
3-6. 県予算(ADD、ADK、県活動予算など)におけるコミュニティ主体のPHCI活動予算の執行率	バルー県	0%	第1サイクル：88% 第2サイクル：99.9%
	ブルクンバ県	0%	第1サイクル：60% ⁽³⁾ 第2サイクル：84%
	ワジョ県	88.3% ⁽⁴⁾	第1サイクル：98%、 第2サイクル：99.9%
70%以上	合計	-	第1サイクル：85% 第2サイクル：94%

3-7. PHCI メカニズムの内部化を促進する内容の県政府発行の公式文書（勸告、県知事令、制令、通達等）	バルー県	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・2011 年度村落/区交付金に関するテクニカルガイドラインに関連する県知事令 (Bupati's regulation) ⁽⁵⁾ ・PRIMA-K 実施ガイドライン (ADD ガイドラインの別冊)
	ブルクンバ県	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・2011 年度の財源不足による未払い交付金の翌年度繰り越しに関する県長官の通達 ・財務局長発村政府宛での PRIMA-K メカニズムにおける会計報告に関する通知書 ・PRIMA-K 実施ガイドライン (ADD ガイドラインの別冊)
	ワジョ県	PRIMA-K に関連するすべての活動の財源には、それぞれの通常予算を充てることが望ましいとする村、区、郡に宛てた 2010 年の県知事勸告	<ul style="list-style-type: none"> ・「2011 年度村落交付金に関するテクニカルガイドライン」に関連する県知事令 (ADD における HWG による PHCI 活動への割り当て率を定めたもの) ・区における活動推進を目的とした助成金交付に関する県知事令 ・PRIMA-K 実施ガイドライン (ADD ガイドラインの別冊)
3-8. プロジェクト終了時にエンドラインデータが県チームによって収集・分析される。		該当せず	エンドラインデータは JICA プロジェクトチームによって収集され、県チームは必要に応じてデータを提供した。分析は終了時評価チームが行った。

- (1) バルー県の県チームには指導者としての活動が想定されない知事や局長級職員が含まれているため、割合が低い。指導者の数を確保するために、同県ではチームメンバー以外の職員も研修を受講している。
- (2) 県政府関連機関の本プロジェクト運営経費+村・区への交付金 (ADD、ADK) の総額 (=保健以外の分野に支出されるものを含む) +PHCI 活動に係る特別配分金の合計
- (3) 財源が不足し予定どおりの予算交付が不可能であったため執行率が低い。
- (4) ワジョ県はフェーズ 1 終了後独自にメカニズムの普及を試みており、その一環として 2010 年に実施した 2 度にわたる説明会と研修の予算に係る執行率。
- (5) 通常の場合県から村への予算執行には直近の財務報告が提出されている必要があるが、PRIMA-K 実施のための予算は報告書が未提出でも交付する旨明言したものの、2012 年のテクニカルガイドラインでは、この特別措置は撤回されている。

上記指標からは、それぞれの県においてコミュニティ主体の保健関連活動を村・区の通常予算で実施することを支援する体制がつけられ、稼動していることがうかがえる。指標の 3-7 にみられるように、PRIMA-K メカニズムの活用促進のためのさまざまな措置¹⁰⁾の策定・実施もされており、状況に応じてインセンティブとなるような手段を講じ実施する

¹⁰⁾ グラント受領に通常は必要であるマッチングファンドを免除する、ADDのなかのいくらかをHWGの活動のためにイヤマークする、ADD受領に必要なさまざまな条件を一時的に凍結する、など。

ための経験と能力がそれぞれの県に備わっていると判断される。また課題は残されているものの、本プロジェクトによって表-11のような制度が設立されたことも、県の行政能力の強化であるとプロジェクト関係者は評価している。

表-11 プロジェクト活動の結果として設立された制度

設立または強化された制度	制度化のために作成された文書 課 題
1. コミュニティレベルの保健活動を村・区の予算案に正式に計上することで、外部資金に頼らず通常の活動の一環として実施する制度。	PRIMA-K メカニズムガイドライン（「ADD ガイドライン別冊」） 交付金の額が少ないため、予算化して実施できるのは小規模事業のみとなる。
2. 村や区で予算管理の一部をコミュニティ（HWG）に委譲する制度。	ADD ガイドライン別冊 + 村長・区長令 システム化はされておらず、継続的实施は村長・区長の一存次第である。
3. 行政組織の職員がファシリテーターとなることで ¹¹ 、外部予算や人材に依存せずにコミュニティの強化を支援する制度。	なし 知事令等で正式に制度化されていない。タスクのデマケーションやコーディネーションの仕組みを明確化することで、組織化を図る必要がある。
4. 県行政内における部局を超えた協働	県知事令（県チームメンバーの委嘱状） システムではなく、本プロジェクトのマネジメントのモダリティ。本プロジェクトのためにだけ組織されたチームであるため、県チームの維持または他のプロジェクトへの応用は別途知事令が必要。

一方で、PRIMA-K メカニズムの継続的な実施という視点からは、マネジメントの面でいくつか課題が残されている。アウトプット 2 で考察した、HC・SDO ファシリテーターが異動によって減少することへの対策が必要とされているほか、PRIMA-K メカニズムの実施・定着状況のモニタリングの枠組みやノウハウも、これまで DC と FF が担ってきたため、C/P 側に確立されるには至っていない。同様に県チーム内のコーディネーションも、並列関係にある 4 部局のうち特定の部局が指揮を執るのは慣習になじまないという C/P 側の違和感¹²を受けて、今日に至るまで DC を中心とした JICA チームが担っており、プロジェクト終了後のマネジメントに不安を残している。

プロジェクト終了後も現在と同様の県チームが必要であるかは議論の余地があるところだが、関連 4 部局が何らかの連携を保っていく必要は各県で認識されており、終了時評価で上記のギャップが明らかになったことを契機に各県ではプロジェクト終了後のマネジメント体制の構築を開始した。詳細は策定中であるが、例えばブルクンバ県は PRIMA-K メカニズムと MOH の全国プログラムである Desa dan Kelurahan Siaga Aktif（デサシアガア

¹¹ インドネシアではコミュニティレベルで行われる多くの政府系プロジェクトに外部人材である「ファシリテーター」が雇用されている。

¹² 当初は開発計画や予算案の策定等において県全体の調整を行う BAPPEDA が C/P 側チームのコーディネーターとなることが期待されていたが、BAPPEDA には各部局の事業実施を監督する機能やマンパワーは実際にはなく、コーディネーターの役割を担うには至らなかった。

クティブ) とを融合させたプログラムを立ち上げて、DINKES の主要業務の一部として実施することを決め、そのためのユニットを DINKES 内に設立する方向で調整中であった。いずれの県もプロジェクト終了前に新体制の概要を決め、新たな県知事令の発出で人の配置を含めた新体制承認を得ることをめざしている。

(4) アウトプット 4 : 州政府が、コミュニティ主体の PHCI 活動を監督し、周知する能力が強化される。

他のアウトプットと同様に、州政府が「PHCI 活動を監督し周知する能力」とは具体的に何を指すのか、それが本プロジェクトでどこまで強化されるべきであるのかは、指標の多くが活動実績であることもあり、PDM 上では明確でない。表-12 は指標の推移を示したものである。

表-12 アウトプット 4 の指標の推移

指 標 目標値	ベースライン (2010)	2013 年 9 月 30 日現在
4-1. 南スラウェシ州チームが設立される	該当なし	設立済み。2012 年 1 月の州制令により、正式に発足。
4-2. (PRIMA-K メカニズムに関して) 研修を受けた州政府職員の数 6 名以上	0	13 名 (内訳 : DINKES8 名、BAPPEDA2 名、BPMPDK3 名)
4-3. 州政府職員間での調整会議の開催頻度 年 2 回以上	0	2011 年 : 1 回 (1) 2012 年 : 0 回 (1) 2013 年 : 5 回
4-4. 州の PHCI メカニズム普及に関する戦略・計画の有無	なし	普及に関する戦略計画は策定されていない。 州チームは他県への普及活動を開始しており、2014 年は新たに 4 県において同様のメカニズムの設立に協力する予定である。協力の枠組みや内容の詳細はさらにチーム内で検討される必要がある。
4-5. 州政府職員による (コミュニティ主体の PHCI 活動の) モニタリングの回数 年 2 回以上	0	2011 年 : DINKES 職員 1 名が対象県にて開催された説明会 8 回と郡レベルにおける会計管理のワークショップに参加・視察した。 2012 年 : DINKES より 2 名、BPMPDK より 3 名が対象県の間で行われた相互訪問に参加したほか、5 回にわたって村レベルの活動を視察した。 2013 年 : 3 回。DINKES 職員が DINKES・MOHA の視察に同行、州 3 機関がワジョ県におけるセミナーに参加、DINKES と BPMPDK が相互訪問に参加。
4-6. (コミュニティ主体の PHCI 活動の進捗に関して) 開催した説明会・普及ワークショップ・セミナー等の回数 年 5 回以上	0	2011-2012 年 : 1 回 2013 年 : 2 回

4-7. コミュニティ主体の PHCI 活動を(説明会、現場訪問、普及活動等を通じて)支援するために州予算計画に計上された予算(単位:ルピア)	なし		2011	2012	2013
		DINKES	0	14,000,000	80,675,000
		BAPPEDA	40,029,000	29,196,334	89,650,000
		BPMPDK	40,029,000	50,000,000	50,000,000
4-8. (コミュニティ主体の PHCI 活動の進捗に関する) 中央政府との協議の頻度	なし	2011年:1回 2012年:3回 2013年:8回			
年2回以上					
4-9. PHCI 活動のための研修モジュール及びガイドラインが州チームによって開発される	なし	ガイドライン及び研修モジュールは JICA プロジェクトチームによって策定され、州チームの関与は限定的であった。			
ガイドブック:1 研修モジュール:1		2013年に DINKES が右研修モジュールに類似したものを「デサシアガ」プログラムの観点を織り込んで作成。			

2013年3月に実施された中間レビューでは、州チームはチームとして機能するには至っておらず、その活動もほとんどが JICA チームのリードで実施されており、「活動を実施することで能力強化を図る」という本プロジェクトのアプローチが十分に機能していないことが指摘されたが、終了時評価調査では、州チームの活動頻度と予算が以前に比して増加していることが認められた。特に PRIMA-K メカニズムの普及に関する州レベルの活動は、他県や他州に本プロジェクトの成果が周知され、その関心が高まるにつれて活発化しており、県知事より正式に PRIMA-K メカニズムの実施に関心表明が発出された3~7の県(「新規県」)に対し、州チームは2014年度に各県でオリエンテーションと初期研修を実施することを決め、必要経費も予算案に計上している。

メカニズムの周知・普及は、モデルの有効性がある程度確認されないと着手できないため、活動を行うことで能力強化を図る本プロジェクトの手法では、本アウトプットをプロジェクト期間内で発現させるのは困難である。また、地方分権体制下において州政府と県政府の立場は法的には同等であり、行政上独立した地方自治体である県政府は独自予算で実施する事業を州政府に報告する義務はない¹³ことをかんがみると、本アウトプットのめざす「県を監督する能力の強化」は行政機能の実態に必ずしも合致したものではない。現在まで州政府による「監督」は、JICA チームの実施する現地訪問に州政府関係者が参加するという形で行われており、州政府の当該能力の強化には至っていない。

州政府にとって①別個の自治体である県が実施する事業を、②他県のリソース(PRIMA-K メカニズムに関するノウハウやツール)を利用して、③州政府の複数部局が共同で支援するのは前例のないことであり、州がどこまでどんな支援を行うのか、その達成度は何でだれが測るのか、新規県支援のための技術的リソースは先行県から調達する必要があるが必要経費の負担はどうするのか、といった詳細は、普及のための戦略計画(指標4-4)が策定されていないこともあり未定である。これは州政府にとって全く未知の分野であり、JICA の継続的な支援を望む声が繰り返し聞かれたことから、今後プロジェク

¹³ UNDP Indonesia, The Missing Link – The Province and Its Role in Indonesia’s Decentralisation (May 2009)

ト終了までにある程度の枠組みを策定することが必要と思われる。

3-2-2 プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標：対象県でコミュニティと行政が協働するプライマリー・ヘルス・ケアのメカニズムが確立される。

表-13 に示す指標からは、プロジェクト目標は達成されたとみなすことができる。

表-13 プロジェクト目標の指標の推移

指 標	ベースライン (2010)	2013年9月30日現在	
目標値			
1. コミュニティを主体とする PHCI 活動サイクルを完結させている村の割合	0	第1サイクル：88%	第2サイクル：97.8%
対象県の80%以上		バルー：40/40=100%	バルー：52/54=96.3%
		ブルクンバ：98/126=78%	ブルクンバ：135/136=99.3%
		ワジョ：121/128=95%	ワジョ：171/176=97.2%
2. 「コミュニティと政府が協働するプライマリー・ヘルス・ケアのメカニズム」が制度化され、県の公的文書（長期開発計画、中期開発計画、年間計画、関連機関の戦略計画書、その他の法律や条例など）に記載される。	なし	ADD ガイドラインの別冊として各県でこれまで毎年作成されている「PRIMA-K 実施ガイドライン」。当該年における県からの予算交付やその報告書に関する規則や手続きが、一時的な措置も含めて説明されている。 各県チームは PRIMA-K メカニズムをプロジェクト終了後も続行するために必要な県知事令の発出に向けた作業を行っている。	

指標1は「行政とコミュニティが協働して実施する保健活動の仕組み」が対象3県において広く設立され、機能していることを示すものである。最新のデータは2012年のものであるが、対象3県すべてにおいて目標値を大きく上回る実績を上げており、2013年も同程度の実績が予測されている。しかしアウトプットの各項で考察したように、これはFFをはじめとするプロジェクトスタッフがメカニズムの一部となって機能したうえでの実績であり、プロジェクト終了後もこのレベルが維持されるとは考えにくい。また2014年には大規模な村長選挙が予定されており、PRIMA-K メカニズムに関する知識・理解の乏しい指導者が選出されるコミュニティもあると予想される。ある程度の達成率の下降は避けられないと思われる。その下げ幅の予測は困難であるが、コミュニティに最も近い郡レベルのファシリテーターを充実させること、選挙後村長を対象にBPMDが行うオリエンテーションでPRIMA-Kメカニズムの説明をしっかりと行い、継続的にシステムの活用を促す活動を県政府が行っていくことで、ある程度の達成率は維持されると思われる。

指標2は行政のなかでPRIMA-Kメカニズムがどの程度制度化されたかを表すものである。ここでは成文化をもって「制度化」と定義しているが、県政府が発出する文書にもさまざまなレベルがあり、不変性が高い方が望ましいのはいうまでもないが、条例化には時間がかかり政治的側面も絡んでくることから、プロジェクトではより簡便な知事令（“Puraturan Bupati”）や通達等を活用してきた。その内容はアウトプット3で考察済みであるが、なかでもPRIMA-K

メカニズムに関する規定や諸手続きをまとめた「実施ガイドライン」は、毎年県政府（BPMD）が発行する公式な ADD ガイドラインの「別冊」として配付されていることから、同メカニズムが制度化されたとするに十分な文書であると終了時評価では判断した。一方でこの「実施ガイドライン」は 2011 年 5 月に JICA と県知事によって署名された M/M に基づくプロジェクト活動の一環として作成されてきたものであるため、M/M の効力が切れる 2014 年 3 月のプロジェクト終了後もガイドラインやその他の知事令の効力が維持されるよう、PRIMA-K メカニズムの継続を明言する新たな知事令をプロジェクト終了前に発出すべく、各県で作業が進行中である。

3-3 実施プロセスにおける特記事項

3-3-1 計画策定

プロジェクトの開始に先立って、JICA はマカッサル・フィールド・オフィス（Makassar Field Office : MFO）が中心となり、フェーズ 1 で雇用されていた現地スタッフを再雇用して、非常に綿密なプロジェクト設計を行った。その過程では対象 3 県や州政府と協議を重ね、中央政府からの助言も求めることで、設立されるべきメカニズムの概要がほぼ明確になり、プロジェクト開始時には関係者の間でも共有されていたため、比較的短時間で活動を開始することができた。

対象 3 県のモチベーションはフェーズ 1 にもかかわっていたことから高かったが、計画段階より積極的に協議に巻き込んだことにより、オーナーシップが向上したことも、プロジェクト活動の迅速な実施に貢献した。

3-3-2 実施体制

(1) 部局横断的なチームの設立

本プロジェクトは保健分野のものと位置づけられているが、地方自治や自治体の財源である地方交付金に深くかかわっていることから、州、県の双方のレベルにおいて関連する部署を集めたチームによって実施されている。チーム内のコーディネーションは、州政府または県政府が実施する事業の部局間の調整を担っている BAPPEDA が行うことが、プロジェクト策定時には想定されていた。しかし実際の BAPPEDA のコーディネーション機能は計画策定にかかわるものが主であり、他部局の事業実施の管理監督は行っていない。県チーム、州チームの構成部局間には上下関係はなく、どこも他部局に対して指示を出せる立場にないことから、JICA チームがその役割を担って今日に至っている。

このような部局横断的な事業実施はインドネシアにおいては新しい試みであり、州・県政府関係者よりその有効性を高く評価する声が聞かれた。その一方で上述のコーディネーター役の不在に象徴されるように、プロジェクトの全体を統括する C/P 機関がなく、結果どの部署においても PRIMA-K メカニズムに関する確固たるオーナーシップが醸成されるに至っていない。各県とも PRIMA-K メカニズム関連の予算は DINKES についていることから、プロジェクト終了後は DINKES が中心となって事業を継続していくと認識されているが、チームを構成する関連部局の関与の度合いやその方法について、さらなる協議が必要である。

(2) 現地スタッフ

本プロジェクトの1つの大きな特徴は、コミュニティ、郡、県、州レベルで雇用する現地スタッフの多さである。その多くはフェーズ1でも雇用されており、うち数名はフェーズ2の設計にもかかわっていたことから、PRIMA-Kメカニズムの土台となっているフェーズ1で開発されたモデルやJICAの手法、県政府やコミュニティのかかわり等に精通しており、JICA側チームリーダーが不在の間も、コミュニティ、郡、県、州レベルの多様なステークホルダーのニーズと役割を有機的に結びつけながら活動を推進する原動力となった。

現地スタッフのほとんどは、さまざまな分野においてコミュニティの組織化・活性化を支援する外部人材（「ファシリテーター」）として活動した経験があり、特に郡レベルに配置されたFFは、そうした外部人材を多用するインドネシア流の村落開発プロジェクトの手法を踏襲して、コミュニティ内部や行政側との調整も積極的に担ったことが、PRIMA-Kメカニズムの高い実施率の要因となった。その一方で、州・県レベルに配置された者を含め現地スタッフは行政の能力強化に関する経験やノウハウには乏しく、プロジェクトの活動の一部をC/P側の能力を補完する形で主体的に実施してしまったため、行政側の能力強化への貢献は限定的なものとなった。C/P側とはもとより、JICAチーム内においても「プロジェクト終了時にはC/Pがすべてをマネージするキャパシティを備える」というビジョンが十分に共有されていなかったことが大きいと思われるが、次項で述べるようにチームリーダーが長期にわたって不在となったため、現地スタッフの指導・監督に十分手が回らなかったという側面もある。

JICAが対象3県とプロジェクト開始後に結んだM/Mには、JICA側現地要員はプロジェクト期間中に徐々にその数を削減することでプロジェクトの自立性を確保することが明記されている。しかしJICAとインドネシア政府との正式合意文書であるR/Dにそうした「出口戦略」の記述はなく、その必要性を認識していた専門家もプロジェクト半ばで離任したこともあり、現地スタッフの段階的な削減は実施されていない。

(3) 日本人チームリーダーの不在

JICA側のチームリーダーにあたる「長期専門家（プログラム調整・地方行政）」のポストは、2010年11月のプロジェクト開始から約3カ月と、2011年12月より2012年12月まで約1年間の間空席となっていた¹⁴。プロジェクトの立ち上げ期においては、MFOが現地スタッフの雇用やプロジェクト事務所の設営を行い、2度目の不在期間は長期専門家（業務調整/研修管理）と現地スタッフをジャカルタのJICAインドネシア事務所がサポートする形でプロジェクトは運営された。これによりPDM上の活動はほぼ遅滞なく実施されたが、PDM指標の設定（2012年7月に完了）や、各分野の専門家が残した提言のフォローアップ、現地要員の段階的削減を含む出口戦略の計画・実施など、プロジェクト管理が手薄となった。

¹⁴ プロジェクトをインドネシアの予算計画策定のシステムと同調させるため、専門家の着任を待たずにプロジェクトを開始する必要があったことと、初代のプロジェクトリーダーの離任後、後任の選定に係る諸手続きの問題によりその選考・着任が遅れたことによる。

3-3-3 モニタリング

PDM上の指標は28に及び、その多くに関して対象3県のそれぞれより関連情報を収集する必要がある。特にアウトプット1に関するものは、各項目に関して367に及ぶコミュニティ1つひとつに関しての情報を採る必要があることから、指標のモニタリングはプロジェクトの運営上多大な労力を必要とするものであった。その多くはPRIMA-Kメカニズムの実施状況を知るために有用なものであるが、なかには外部要因の影響を大きく受けるものや定義の明確でないものもあり、中間レビューではその提言の1つに指標の整理を挙げていた。プロジェクトはその後指標の整理を試みたが、終了時評価の直前となった時点で指標の変更をすることは不適切と判断され、PDMの改訂として反映されるには至らなかった。

指標データはJICAチームの現地スタッフが、1つひとつのコミュニティやHC、SDO、県・州政府の各局から収集し、MFOに集積されている。プロジェクトではPRIMA-Kメカニズムの実施状況を把握するために、指標データに加えて3県の全コミュニティに関して①HWGから村政府へのプロポーザル提出日と予算額、②村政府が承認したHWGによる活動の予算額、③HWGに村政府から支給された金額と支給日、④報告書の提出日などのデータも同様の方法で収集・蓄積している。一方、県チーム、州チームには指標データの収集・分析によりプロジェクトの進捗状況をチェックする仕組みやマンパワーはなく、モニタリングは現地視察や関係者とのディスカッションを通して行われている。

3-3-4 出口戦略

前述のとおり、本プロジェクトには明示的な出口戦略が設定されていない。2013年2~3月に実施された中間レビューでは、各県においてメカニズムの実施管理をプロジェクトの現地スタッフに依存していることが指摘され、関連業務をC/P側に移管する「出口戦略」を策定・実施することが提言された。プロジェクトはその後県コーディネーター（District Coordinator : DC）とFFの担っているタスクの洗い出しを行い、それぞれを引き継ぐ適任者を県・郡・コミュニティのステークホルダーのなかから選定、プロジェクト終了に間に合うように業務移管のタイミングを決め、3カ月ごとにその進捗を確認することとした¹⁵。終了時評価と並行して1回目の進捗レビューが進行中であったが、タスクの移管は遅れ気味であることが確認された。出口戦略に関しては、「4-5-2 組織面」も参照のこと。

上記出口戦略の策定作業は、プロジェクトが終了しJICAスタッフが引き上げた後にどのようにPRIMA-Kメカニズムを管理運営していくのかを、県レベルのC/Pが現実として考える機会となった。アウトプット3の項でも触れたが、本プロジェクトのために設立された各県チームは、プロジェクト終了に伴って法的には解散となるため、ブルクンバ県とワジョ県ではDINKESが中心となって新たに事務局を立ち上げる構想が練られており、前者ではそのための県知事令のドラフトが作成されている。バルー県では、県チーム解散後は基本的に関連4部局がそれぞれの業務のなかでPRIMA-Kメカニズムに関連するタスクを実施していく方針であったが、何らかの形で4部局の連携が存続することが望ましいとの認識もあり、ワジョ県とともに本終了時評価を契機に、ブルクンバ県の県知事令案を参考に同様の組織化の検討が開始されている。

¹⁵ 終了時評価と並行して1回目の進捗レビューが進行中であり、タスクの移管は遅れ気味であることが示唆された。詳細は「4-5-2」を参照のこと。

第4章 評価の結果

4-1 妥当性

以下の点から本プロジェクトの妥当性は高いといえる。

4-1-1 政策面

(1) インドネシア側

インドネシア、南スラウェシ州、そして対象3県の政策に照らして、本プロジェクトの妥当性は高い。保健はインドネシアの国家中期開発計画（National Mid-Term Development Plan：RPJMN）（2010～2014年）に述べられている11の優先分野の1つであり、MOHの戦略計画書にはコミュニティの強化によって住民が主体的に予防医療と保健推進に関与することが主要戦略の1つとしてうたわれている。これはMOHが推進する全国的プログラムであるデサシアガアクティブの根幹にあるビジョンと同一のものであるほか、本プロジェクトは公的資金を活用してコミュニティが計画する保健活動を実施する道筋をつけたという意味で、右プログラムへの貢献度も高い。州レベルにおいても、保健は引き続き教育と並んで優先分野とされており、さらに現在策定中の中期開発計画（2013～2018年）では本プロジェクトの根幹である「予防と啓発」が重点項目として盛り込まれる予定である。

またインドネシアでは2000年代初頭から地方分権化が開始された後、今日に至るまで地方政府の能力強化は引き続き重要課題である。特にボトムアップの計画策定手法であるムスレンバンを、コミュニティの真意を反映する開発実施の手段として定着させるため、コミュニティ組織強化の重要度は高い。村に交付されるADDの額は増加傾向にあり、それに伴いコミュニティレベルでそれを民主的かつ有意義に活用するための仕組みづくりの重要性も増大しているが、本プロジェクトはこうしたニーズにも応えるものである。

(2) 日本側

本プロジェクト策定当時の対インドネシア援助国別援助計画は、①民間主導の持続的な成長、②民主的で公正な社会づくり、③平和と安定を「3つの柱」と定め、本プロジェクトは「民主的で公平な社会づくり」に対応する「南スラウェシ州地域開発プログラム」の構成要素として位置づけられていた。同計画は2012年4月に改訂され、重点分野も①さらなる経済成長への支援、②不均衡の是正と安全な社会づくりへの支援、③アジア地域及び国際社会の共通課題への対応能力向上のための支援の3点にシフトし、JICAの「事業展開計画」（2013年4月）においては、本プロジェクトは右重点分野のどれにも属さない「その他の分野」の協力案件として位置づけられている。

4-1-2 ローカルリソースの活用

PRIMA-Kメカニズムの基本は、既存の仕組みやリソースを活用することである。本プロジェクトでコミュニティレベルに設立されたHWGは、村落助産師やHC分院勤務の看護師、posyandu活動のボランティア、他のコミュニティ組織の代表等から構成されており、包括的かつ効率的な活動を可能にするものである。また活動の実施にあたってはSDO及びHCの職員を

活用する仕組みになっており、行政上の責務に合致したものである。HWG が策定した活動計画は、ボトムアップの計画策定方式として全国で実施されているムスレンバンの仕組みに則って村・区の年間計画に組み込まれ当該コミュニティの通常予算で実施されるため、既存の行政・社会システムとの整合性が高いアプローチであるといえることができる。

4-2 有効性

プロジェクト目標の高い達成度をみる限り、本プロジェクトの有効性は非常に高い。中間レビューでは、JICA チーム及び県チームはプロジェクト目標の指標に沿って、①コミュニティレベルの自発的な保健活動（「PHCI 活動」）を ADD を中心とした村予算（区はそれに相当する区の公的予算）を活用して実施する仕組みをつくり、②その仕組みを利用して保健関連活動を対象 3 県の全コミュニティで実施することを実質的な目標としてプロジェクトに取り組んできたことが確認されている。インドネシア側の関係者は、県政府内で異なった機能をもつ 4 つの部局が事業実施のために組織的な連携を行ったことが効果的であったと評価している。

しかしプロジェクト目標の高い達成率に対し、そのためのビルディングブロックであるはずのアウトプットの発現状況、特に州及び県政府の能力強化（アウトプット 2~4）には既述のとおり課題が残されている。これは能力強化の手段として「C/P 側が JICA の支援を受けつつ自ら実施する」ことになっていた活動の一部を、プロジェクトチームが「C/P を巻き込みつつも率先して実施」したことで、能力強化の機会が制限されてしまったためと考えられる。また PRIMA-K メカニズムを継続的に実施していくにあたって郡・県・州の各レベルで必要とされるキャパシティが何であるかが分析されておらず、PDM 上で明確でなかったことも、モニタリングやコーディネーションといった事業管理上必要な仕組みの構築が見過ごされる要因となった。またアウトプット 4 に関しては、「県政府が行う事業の監督」に関する州政府の能力強化が含まれていたが、地方分権下では独立した自治体である県政府の事業を監督する機能は州政府においては限定的であり、成果の発現も抑制される結果となった。

4-3 効率性

約 3 年の間に①コミュニティレベルの自発的な保健活動を公的予算を活用して実施する仕組み（「PRIMA-K メカニズム」）をつくり、②その仕組みを利用した保健活動の実施を対象 3 県のほぼすべてのコミュニティで実現させたことに関しては、高い効率性が認められる。その要因としては、①プロジェクトの計画策定の段階で JICA と県、州、中央レベルのステークホルダーが綿密な協議を重ねたことで、特に県レベルのオーナーシップが醸成され、また設立されるべきメカニズムの具体的なイメージが関係者と共有されたこと、②プロジェクトを政府の計画策定サイクルと合致させる必要があったために、(a) R/D 締結後すぐに日本人専門家の着任を待たずにプロジェクトが開始され、(b) さらにガイドラインやモジュールの作成など、C/P 側が実施することになっていた活動の一部を、時間の制約から JICA 側チームが引き取って実施したこと、③日本人専門家に比して単価が低く言葉の問題もない現地スタッフを多数配置することで、現場のニーズに迅速かつ的確に対応する体制を整えたことなどが挙げられる。

しかし効率を優先するために JICA 側が C/P 側のタスクの一部を担ってしまったことで、アウトプットの発現が抑制される結果となったのは前述のとおりである。持続性への影響に関しては「4-5」に詳述する。

4-4 インパクト

4-4-1 上位目標の達成見込み

本プロジェクトには3つの上位目標が設定されている。それぞれについて、指標から現段階における指標の達成状況を表-14に示す。

表-14 上位目標の指標の推移

指標	ベースライン (2011)	2013年9月30日現在
1. 対象県でプライマリー・ヘルス・ケアの質が向上する。		
1-1. 保健行動 (PHBS) 指標 ⁽¹⁾ がバルー県で 27.50% (2011) から 59% (2017) に、ブルクンバ県で 48.7% (2011) から 80% (2017) に、ワジョ県で 18.25% (2011) から 65% (2017) に向上する。	バルー県：27.5% ブルクンバ県：48.7% ワジョ県：18.3%	<u>2012年データ</u> バルー県：46.0% ブルクンバ県：53.3% ワジョ県：24.5%
1-2. 対象3県において、Active Desa Siaga の基準 ⁽²⁾ に達するコミュニティがバルー県で 56% (2011) から 100% (2017) に、ブルクンバ県で 100% (2011) から 100% (2017) へ、ワジョ県で 69.87% (2011) %から 90% (2017) に増加する。	バルー県：56.0% ブルクンバ県：100% ワジョ県：69.9%	<u>2012年データ</u> バルー県：57.4% ブルクンバ県：75.7% ⁽³⁾ ワジョ県：87.5%
2. コミュニティと行政が協働するプライマリー・ヘルス・ケアのメカニズムが周知される。		
2-1. 行政とコミュニティが協働するプライマリー・ヘルス・ケアのメカニズムが他県・他州で実施される。	事例なし	事例なし
3. コミュニティと行政が協働する地域開発メカニズムが強化される。		
3-1. コミュニティと行政が協働するメカニズムが対象3県の他のセクターに適用される。	事例なし	事例なし

(1) (2) 詳細は付属資料の英文合同評価報告書 Annex11 を参照

(3) 2011年データと指標の定義が異なっており、新定義の導入でベースライン値より低い数値となった。

上位目標1に関しては、指標はどちらも上昇傾向をみせている。しかし本プロジェクト下で実施された保健活動は非常に小規模であるほか、分野としても多岐にわたるため、上位目標で採用されているマクロレベルの指標に与えるインパクトはごくわずかであると考えられる。保健分野におけるインパクトを測るためには、活動に直接関連する1-1 (PHBS 指標) の細目〔例えば「適切な衛生施設の使用」(細目6番)〕や指標1-2の細目5「村予算上での必要経費の計上」等を個別にみる必要があるであろう。しかし3県のDINKESはいずれも、指標に直結するさまざまなプログラムが進行中であること、その実施にあたり本プロジェクトで結成されたHWGの多くがコミュニティレベルで活発な貢献をしていることなどから、目標値の達成は十分可能であると考えている。

表-15 本プロジェクトを通じて適切な衛生施設へのアクセスが向上した住民数
(試算)

	バルー県	ブルクンバ県	ワジョ県
2011年			
HWGによって設置された家庭用衛生施設の数	56	1,334	875
世帯当たりの平均人数	4.58	4.38	4.12
適切な衛生施設へのアクセスが向上した住民数	256	5,843	3,605
	9,704		
2012年			
HWGによって設置された家庭用衛生施設の数	1,878	562	3,079
世帯当たりの平均人数	3.74	4.32	3.85
適切な衛生施設へのアクセスが向上した住民数	7,024	2,428	11,854
	21,306		

出所：インパクト調査結果共有セミナー（2013年12月）配付資料

上位目標2に関しては、既述のようにいくつかの県や州がPRIMA-Kメカニズムの導入に関心を示しており、既に独自で本プロジェクトの対象県への視察を行った自治体もあることから有望と判断される。

上位目標3については、県レベルではPRIMA-Kメカニズムの詳細は県チームメンバー以外にはあまり知られておらず、よって各県政府の他部局が導入に関心を示したという事例は報告されていない。各県のBPMDは通常業務の一環として実施される村長や村政府職員を対象としたセミナー等の場を利用して、特にムスレンバンへのコミュニティ組織の参加と貢献という面からPRIMA-Kメカニズムの周知を図っている。さらにバルー県ではOxfamの支援を得て10のパイロット村を設定し、保健以外の分野のコミュニティ組織がムスレンバンに参加することで村予算を使った活動を行うことを試みており、上位目標3の達成に向けてこのような具体的な介入が他県でも推奨される。

4-4-2 正のインパクト

プロジェクトの正のインパクトとしては、コミュニティレベルで保健活動への関心が向上したことを含め、以下がHCから報告されている。

- ・ Posyanduにおける定期活動¹⁶への参加率の向上
- ・ トイレ設備のある家庭の増加
- ・ HCやその他のコミュニティレベルにある保健施設の利用の増加
- ・ HCがコミュニティで行う活動における参加者の増加
- ・ 清潔で健康な生活習慣（PHBS）に関する住民の知識と実践の向上
- ・ HCの内部で部署間の協調実施度の向上

同時に、住民が自主的に資材やマンパワーを提供する「相互扶助」が活発化したことが報告されており、本プロジェクトでHWGが実施した事業への個人献金（Swadaya）額の増加も確

¹⁶ 妊産婦や乳幼児の定期健診、栄養指導など

認されている（表－16 参照）。

表－16 2011年と2012年のPHCI活動の実施のために寄付された額

年		バルー県	ブルクンバ県	ワジョ県	合計
2011	合計額（ルピア）	46,746,000	5,872,400	152,470,144	205,088,544
	コミュニティ数	40	126	128	294
	1コミュニティ当たり平均額（ルピア）	1,168,650	46,606	1,191,173	697,580
2012	合計額（ルピア）	152,409,500	12,491,000	237,542,250	402,442,750
	コミュニティ数	54	136	176	366
	1コミュニティ当たり平均額（ルピア）	2,822,398	91,846	1,349,672	1,099,570
2011-2012の増加率		141.5%	97.1%	13.3%	57.6%

出所：プロジェクト進捗報告書4より算出

制度的なインパクトとしては、区に対して ADD と同様のファンドを財源として交付する仕組みは以前からあったが、ほとんど活用されていなかったところ、本プロジェクトではその仕組みを中央の監督省である MOHA と協議しつつ各県の事情にあった仕組みにつくり変えて実施したことで、区においても村と同様の活動を行うことが可能になった。

また本プロジェクトは、まだまだ形式的な色彩が濃いとされるムスレンバンが、民主的なボトムアップの計画策定に活用可能であることを実地に証明した。これを受けて、バルー県の BPMD は Oxfam の支援で保健以外のセクターも含めた同様のムスレンバンを実施するプロジェクトを 10 村で進めており、これは本プロジェクトの波及効果といえる。

4-4-3 負のインパクト

特筆すべき負のインパクトは確認されていないが、ワークショップではどの県でも HC ファシリテーターから業務量の増加が報告された。これは業務が増えたこと自体に対する不満というよりは、コミュニティの都合に合わせ時間外業務も行っているのに、ファシリテーターとして公式に認知されているわけではなく特別な手当も出ていないこと¹⁷、異動した同僚の分までカバーしなければならず負担が増加していること、ファシリテーター間に業務量の偏りがあり不公平感が蓄積されつつあることなどがその背景としてあると思われる。前章で考察したように、郡レベルのファシリテーターは PRIMA-K メカニズムの存続に非常に重要であり、その業務が公式に組織化されることが望まれる。

4-5 持続性

4-5-1 財政面

本プロジェクトはフェーズ1で構築したモデルの財政面の持続性における脆弱性を克服する目的で設計された経緯もあり、PRIMA-K メカニズムの財政面における持続性は高い。村落レベルの保健活動がそれぞれのコミュニティの通常予算で実施される仕組み及び実績ができたことから、今後ともコミュニティとその長がそうした保健関連活動を必要で有用なものとする限り、継続的に予算が確保されることが期待できる。ADD の額は今後増大する見通しであ

¹⁷ 現在HCファシリテーターは保健センター長が、SDOファシリテーターは郡長が任命しており、公的な委嘱状が出ているわけではない。

り、財政面での持続性はより強固なものとなることが期待される。

マネジメントに関しても、PRIMA-K メカニズムの基礎的な活動（村長のオリエンテーションやファシリテーター及びHWGメンバーの各種研修等）のための予算は、各県のDINKES予算書内に費目として入れ込むことに成功しており、今後県政府が政策的な方針転換をしない限り、毎年一定の予算が手当てされる見込みである。HC ファシリテーターの活動に関する費用はMOHから全国のHCに配分されるBOKとよばれる予算で賄われているが、MOH PROMKESの本プロジェクト担当者のお話ではこちらも当面の間は存続する見込みである。

4-5-2 組織面

一方で、組織面における持続性にはいくつか課題が残されている。本プロジェクトでは、村落レベルの保健活動をそれぞれのコミュニティが通常予算で実施していくための仕組みをつくるのが命題であり、プロジェクト終了時には州、県、郡、コミュニティがその仕組みを使いこなすだけの制度・能力をもつ状態にあるのが理想である。しかし前述のように、県や州政府のモニタリングやコーディネーション機能は未発達であり、そうした業務を担ってきたJICA側のスタッフが抜ければ、徐々にメカニズムのスムーズな運用に支障が出る可能性も高い。プロジェクトは中間レビュー後に「出口戦略」を策定し、JICA側スタッフが担ってきたタスクをC/P側に移管するプロセスを開始しているが、その進捗は遅れ気味である。これには、①それらの業務をこれまで本業として行っていたJICAスタッフがまだ現場にいるため、多くのC/Pにはそうしたタスクを自身が実施しなければならないとの認識が薄いほか、②C/P側にそうした業務を実施するための枠組みやツールが整っていないことの影響が大きい。

モニタリングに関しては、どのデータをどこからどの頻度で採り誰に報告するかといった枠組みを策定したうえで、簡易なマニュアルやフォーマットが有用であり、また県・州チーム内で分担する業務がきちんと遂行されているかを監督する仕組みに関しても同様である。JICAチームの現地スタッフから引き継ぐタスクに関して、当該者の職務記述書に規定されているわけではないので、プロジェクト終了後に当該者が異動になれば実施されなくなる可能性もある。こうしたマネジメントの仕組みは本来「能力強化」の一環としてプロジェクト期間中に構築されるべきものであるが、有効性の項で述べたように、PDM上で明示されていなかったため「能力強化」が一元的に関係者の知識や技能の向上ととらえられ、結果として組織面の強化が不十分になったと分析される。プロジェクト終了を控えた今、各県政府はPRIMA-Kメカニズム運用・管理のための組織体制を模索中であるが、そのなかに「新体制」のキャパシティを担保するための十分な対策が盛り込まれる必要がある。

4-5-3 PRIMA-Kメカニズムのモデルとしての持続性

(1) 煩雑性

PRIMA-Kメカニズムは比較的シンプルかつロジカルな仕組みであるが、その諸手続きとペーパーワークはHWGにとっては煩雑すぎるという意見がHC・SDOファシリテーターより聞かれた。現行のガイドラインでは1サイクルのなかで記入すべき台帳・フォーマットは18種類に及び、オフィスワークに慣れていない住民にとって、特にコンピュータもなくすべて手書きで記入する場合にはかなりの負担であろうことは否めない。どんなシステムであれその存続のためには、ユーザーにとっての手間は少ないほうが望ましく、今

後もその手続きを可能な限り簡略化していく努力が必要であるかもしれない。他州・県への普及にあたってはこの点に留意し、モデルの現在の形にとらわれず、できる限りユーザーフレンドリーな仕組みを構築することが推奨される。

(2) モチベーション

今回の調査においても、HWG のモチベーションが低く、活動の継続には外部からの頻繁な働きかけが必須であるケースも多数報告された。367 のコミュニティをもつプロジェクトではある程度は予想されたことであるが、今後プロジェクトが終了するとステークホルダーのモチベーションがさらに低下することが予想される¹⁸。また、2014 年には大規模な村長選挙が予定されており、必然的に何割かのコミュニティで長が代わるため、PRIMA-K メカニズムの実施率は少なくとも一時的には下がることが予想される。低下率を最小限にとどめるためにも、県・州のチームはステークホルダーのモチベーションの維持・向上をめざした活動を展開していく必要がある。インドネシアでは JICA は一般に好意的に受け入れられており、JICA には住民のモチベーションを上げる「ブランド力」があることが今回の調査中にも C/P よりたびたび指摘されており、JICA はプロジェクト終了後も折をみて県、可能であればコミュニティのモニタリング訪問を実施することによって、プロジェクト効果の持続に貢献することが期待される。

¹⁸ インドネシアでは、プロジェクトが終了するとステークホルダーが興味を失ってしまい、それまで積み上げられてきたものが継続しないことが珍しくないことが、今回の調査中にも C/P より報告されている。

第5章 結論

5-1 結論

本プロジェクトの最も顕著な功績は、コミュニティ組織である HWG の活動計画をムスレンバンという公式ルートに乗せることで、村・区の公的予算がその実施に使われるようになったことであろう。プロジェクトは「地方自治」と「コミュニティヘルス」双方の強化に貢献するものであり、3 県に設立された「PRIMA-K メカニズム」は ADD の非インフラ系事業への活用を体現したという意味で先駆的なものである。ADD の大幅増額が予想される折、その有効活用という視点から他県にとっても大いに参考になるものと考えられる。

指標からみるプロジェクト目標の達成度は非常に高く、約 3 年間の間に対象 3 県のほとんどの村・区において同メカニズムを活用したコミュニティ主導の保健活動が実施されるようになった実績からは、本プロジェクトの高い有効性と効率性がうかがわれる。その一方で、アウトプットであるコミュニティ、郡、県、州レベルのキャパシティ強化には課題が残されており、これはプロジェクトの計画策定及び運営において、「期間内に、対象県の全コミュニティでマイクロレベルの保健活動を公的資金を利用して実施する仕組みをつくり、運用すること」が重点課題となり、それを維持管理するために各レベルで必要なキャパシティに関して十分な分析・対応がなされなかったこと、また C/P の能力強化の機会となる活動を JICA 側のプロジェクトスタッフが実施してしまったことなどに起因する。県政府、州政府内でモニタリングや関係部局間のコーディネーションの仕組みが構築されておらず、それが設立された出口戦略の進捗にも影響し、プロジェクト終了後の PRIMA-K メカニズムの継続的实施に関して不安材料となっている。一方本プロジェクトの財政的な自立性は、当初より課題として意識されていた分野でありほぼ確立されている。今後プロジェクト終了までの間に、各県において「PRIMA-K メカニズム」を適切にモニター、管理するためのシステムを設計・設立することが求められる。

保健上のインパクトは、コミュニティレベルにおいては保健環境の改善や習慣や行動変容に発現することが予想されるが、コミュニティで実施されている保健改善活動が非常に小規模であり、その分野にもばらつきが大きいことから、上位目標の指標とされている県レベルのデータには明確に現れない可能性も高い。しかし多くのコミュニティから保健活動や住民の意識の向上が報告されており、DINKES のもつさまざまなプログラムに関し、コミュニティレベルで間接的ではあるものの大きな貢献をすることが期待される。

5-2 提言

PRIMA-K メカニズムの持続性の観点から、プロジェクトは対象 3 県それぞれの状況に応じた運営管理システムを構築することが重要である。同時に、3 県の PRIMA-K メカニズムが各地の状況に応じて調整・構築されており、このようなフレキシビリティはムスレンバン・システムや ADD 活用においても良いモデルになり得るほか、PRIMA-K で構築したメカニズムが国家プログラムであるデサシアガアクティブの今後の効果的な実施の好例となり得ることから、本プロジェクトの対象外の地域へも伝播されることが期待される。このような理由から、終了時調査評価団としてはプロジェクト及び C/P 各機関に対して以下の提言を行う。

(1) PRIMA-K プロジェクトチーム

2014年3月31日のプロジェクト終了までの限られた期間を考慮すると、プロジェクトチームは以下の2つの業務に優先を置き、プロジェクト終了までに完了させることが望ましい。

- ・対象3県がPRIMA-Kメカニズムを実施するために必要な運営管理システムをおのおのの状況に応じた形で構築することに対する技術支援。また県知事令や県知事通達等公的文書によるメカニズムの正式な位置づけ。
- ・PRIMA-Kメカニズムに関心のある機関への参考となるように、プロジェクトを通じて開発した以下等を含む「PRIMA-K ツール・パッケージ（仮称）」として取りまとめること。本パッケージの取りまとめは、プロジェクト終了前に予定されている中央レベルのセミナーの際に広く配付されることが望まれる。
 - PRIMA-K ガイドライン
 - 各県策定の実施ガイドライン
 - トレーニングモジュール
 - 実施予算見積もり
 - PRIMA-K サイクルの年間スケジュール
 - PRIMA-K メカニズム実施に要する人材及びその役割リスト
 - PRIMA-K メカニズムにかかる州知事例（見本）
 - PRIMA-K チュートリアル DVD
 - PRIMA-K メカニズム実施促進のための県の措置例集

(2) 対象3県

- ・以下の点に配慮したPRIMA-Kメカニズム実施にかかる適切な運営管理システムの構築。
部局横断的な協働・調整体制の整備
 - ① モニタリング・システムの整備（指標、情報源、担当機関、モニタリング実施頻度、情報の流れを明確に示したもの）
 - ② HCやSDOによるファシリテーターの正式な任命と、ファシリテーターが活動するために必要な組織体制の整備
 - ③ HCやSDOによるファシリテーターの正式な任用とファシリテーターが活動するために必要な組織体制の整備
- ・PRIMA-Kメカニズムの実施運営体制にかかる県知事令等の公的文書での位置づけ
- ・保健以外のセクターにおける同メカニズムの応用の検討

(3) 州チーム

- ・PRIMA-Kメカニズムを適用させるために必要な以下を含む州内の部局横断的な調整機能
 - ① 州内他県へのPRIMA-Kメカニズム普及のための部局横断的なビジョンの確立
 - ② 同メカニズム適用に必要な部局横断的な業務の洗い出しと実施体制・モニタリング/報告システムの整備
 - ③ 上記2点にかかる州知事例等の制定

(4) 中央政府

1) MOH 保健推進センター

- ・PRIMA-K メカニズムの検証と国家政策であるデサシアガアクティブとの有機的な連携の模索
- ・検証の結果、有効と認められた場合の同メカニズムの全国への普及

2) MOHA

ADD 活用による民主的で透明性のある地方自治の強化とデサシアガアクティブを通じたコミュニティのエンパワーメントのための以下の実施

3) PRIMA-K メカニズム及び3県で発現しつつあるPRIMA-K とデサシアガアクティブの有機的な効果の検証

4) 好事例としての全国への普及・展開

(5) JICA

1) 州及び3県に対するモニタリング及びモラル・サポート

2) 本プロジェクトの成果と教訓を活用した将来的な技術協力の可能性の検討

5-3 教訓

本プロジェクトの実施を通じて得られた教訓は以下のとおり。

- ・プロジェクトの計画策定段階で県、州、中央レベルのステークホルダーが綿密な協議を重ねることで、C/P のオーナーシップが醸成されるとともに、確立すべきメカニズムの具体的なイメージが関係者と共有できる。また、プロジェクトを政府の計画策定サイクルと合致させることで、公的予算を活用した持続的な仕組み（「PRIMA-K メカニズム」）をつくることができる。
- ・インドネシアでは他セクターのプロジェクトでも、コーディネーションやファシリテーションのために外部リソースを使うことが多々あり、持続性の確立という面での課題となっている。しかし、インドネシア政府はそれをあまり課題としてとらえておらず、本プロジェクトも結果的に同じ轍を踏んでしまった向きがある。多数の現地スタッフを活用するプロジェクトでは、現実的な「出口戦略」をプロジェクトデザインに組み込むと同時に、プロジェクトの実施にあたって根幹となる公式文書である R/D に明確に文書化しておくことが望まれる。
- ・詳細なプロジェクト・ドキュメントをもたない JICA の技術協力プロジェクトでは、R/D と PDM がその実施に際して内容を規定する唯一の文書である。そのため、「能力強化」といった漠然とした文言を使用する場合には、①どんな能力を②どこまで③どのような手法で強化するのかが自明的な指標及び活動を設定することが求められる。プロジェクト開始当初に今一度 C/P 側と細部にわたって PDM と R/D の確認を行い、プロジェクトのアウトプット及びそのための手法を確認・合意するステップを経ることが必要であるが、加えてキャパシティアセスメントの実施によりニーズを明確化することも推奨される。
- ・プロジェクト成果の面的な拡大を期待する場合には、地方分権化による中央政府・地方政府それぞれの役割と限界を考慮したプロジェクトデザインを描くことが望まれる。本プロジェクトでは基礎自治体である県を活動の核とし、村/区におけるコミュニティの自発的な保健衛生活動を支援するメカニズムを構築する一方、州はこうした県のメカニズムを好事例として州内他県へ普及させる役割を日本側は期待していた。しかしながら、地方分権化により州は県に対し、

中央集権下時代のような、中央から地方への「指示・命令」といった強制力や配分可能な大きな予算をもたず、州はあくまでも県のイニシアティブを support（支援）、あるいは endorse（お墨付き）をするという立場にある。このため、プロジェクト成果を新規に対象地域外へ波及させる場合、州のイニシアティブによる面的展開にはおのずと限界がある。今回は本プロジェクト終了間際になり、州政府が PRIMA-K メカニズムを州内全県へ説明、関心のある県を募り、県の人的・予算的コミットメントの取りつけを行ったうえでプロジェクト対象外県への展開が始まろうとしている。このように地方分権化下での政策の面的拡大をめざすプロジェクトでは、基礎自治体である県の政策への意識化、予算配分、人員配分といったコミットメントの醸成が州の果たすべき役割としてプロジェクトデザインに組み込まれ、かつプロジェクト開始当初より州政府とその役割について合意しておくことが望まれる。これは中央政府と地方政府の関係においても同じである。

付 属 資 料

1. 英文合同評価報告書（終了時評価調査ミニッツ）

MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND THE AUTHORITIES CONCERNED
OF THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF INDONESIA
ON THE JOINT TERMINAL EVALUATION
OF THE PROJECT
FOR IMPROVEMENT OF DISTRICT HEALTH MANAGEMENT CAPACITY
IN SOUTH SULAWESI PROVINCE PHASE 2

The Japanese Terminal Evaluation Mission Team (hereinafter referred to as “the TE”) organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”), headed by Mr. Shinichi Tanaka visited the Republic of Indonesia (hereinafter referred to as “Indonesia”) from November 24th to December 20th, 2013 for the purpose of the Terminal Evaluation of “the Project for Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province Phase 2” (hereinafter referred as “the Project”).

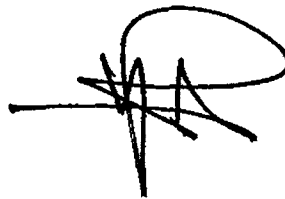
During its stay in Indonesia, the TE reviewed the achievement of the project and had a series of discussions with authorities concerned of Indonesia for further improvement of the project.

As the findings of the study and discussions, both sides agreed upon the matters referred to in the document attached hereto.

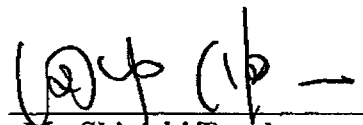
Makassar, December 19th, 2013



dr. Lily S. Sulistyowati, MM
Head
Center for Health Promotion
General Secretariat
Ministry of Health *mi*



Drs. H. Andi Yaksan
Hamzah, MS *MS*,
Head
BAPPEDA
South Sulawesi Province



Mr. Shinichi Tanaka
Leader of the Terminal
Evaluation Mission
Team,
Japan International
Cooperation Agency

**Report on the Joint Terminal Evaluation
of the Technical Cooperation Project
for Improvement of District Health Management Capacity
in South Sulawesi Province
Phase 2
(PRIMA-K 2)**

December 2013

ni, p

List of Abbreviations

ADD	Village Allocation Fund
ADK	Ward Allocation Fund
APBD	District Budget Plan
APBDesa	Village Budget Plan
BaKTI	Eastern Indonesia Knowledge Exchange (a local NGO)
BAPPEDA	Regional Planning and Development Board
BAPPENAS	National Planning and Development Board
BPMD BPMPDK	Board of Village and Ward Governance and Community Empowerment
Bupati	Head of a district, Regent
C/P	Counterpart
CT	Counterpart Training
DC	District Coordinator
DINKES	District/Provincial Health Office
DPKD	District Financial Management Office
FF	Field Facilitator (deployed by JICA)
HC	Health Centre
HWG	Health Working Group
IDR	Indonesian Rupiah
JCC	Joint Coordinating Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
JPY	Japanese Yen
MFO	Makassar Field Office (of JICA)
M/M	Minutes of Meeting
MOH	Ministry of Health
MOHA	Ministry of Home Affairs
MTR	Mid-Term Review
OECD-DAC	Organisation for Economic Cooperation and Development - Development Assistance Committee
PDM	Project Design Matrix
PHBS	Clean and Healthy Life Behaviours
PHCI	Primary Health Care Improvement
PO	Plan of Operations
POKJA	= Health Working Group
PRIMA-K	A nickname of the project
PROMKES	Health Promotion Centre
R/D	Record of Discussions
RPJMD	Regional Mid-Term Development Plan
RPJMN	National Mid-Term Development Plan
SD	Sub District
SDO	Sub-district Office
SKPD	Institution/department of a local government
TE	Terminal Evaluation Team
UKBM	Community Based Health Efforts

mi p

Table of Contents

CHAPTER 1. INTRODUCTION.....	1
1.1. Background of the Review	1
1.2. Objectives of the Terminal Evaluation	1
1.3. Members	2
1.4. Schedule.....	3
1.5. Constrains faced by the Terminal Evaluation.....	4
CHAPTER 2. OUTLINE OF THE PROJECT	5
2.1. Background of the Project	5
2.2. Master Plan of the Project.....	5
2.3. Objectives of the Project.....	6
2.4. Implementation Structure of the Project.....	7
2.5. Terminology	8
CHAPTER 3. PROGRESS OF THE PROJECT	11
3.1. Inputs	11
3.2. Achievements	13
3.3. Implementation process.....	26
CHAPTER 4. EVALUATION RESULTS	28
4.1. Relevance.....	28
4.2. Effectiveness.....	29
4.3. Efficiency.....	29
4.4. Impact.....	30
4.5. Sustainability	33
CHAPTER 5. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS.....	35
5.1. Conclusion.....	35
5.2. Recommendations.....	35

Annex 1: PDM ver. 1

Annex 2: Plan of Operation

Annex 3: List of persons/parties consulted

Annex 4: List of JICA Project personnel

Annex 5: List of equipment provided by JICA

Annex 6: List of Indonesian counterpart personnel

Annex 7: Participants of counterpart trainings

Annex 8: Expenses borne by Japanese and Indonesian side

Annex 9: PRIMA-K mechanism of the three target districts

Annex 10: Activities planned and implemented by Health Working Groups

Annex 11: PHBS indicators and the criteria of Desa/Kelurahan Siaga Aktif

mi-p

CHAPTER 1. INTRODUCTION

1.1. Background of the Review

The Japanese technical cooperation for the “Project for Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province Phase 2” (hereinafter referred to as “the Project”) was launched in November, 2010 and will be completed in March, 2014. As the Project is closing in March 2014, JICA dispatched the Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as “the Team” on a mission to evaluate the whole process of the Project by the “Five Evaluation Criteria” (Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact and Sustainability) based on their performances, progress of the project activities and implementation process of the Project, as a joint evaluation with the Indonesian side. On the basis of evaluation results, the Team would provide recommendations for relevant parties on the project activities to secure fulfilments of the Outputs and the Project Purpose as well as sustainability of the benefits derived from the Project.

1.2. Objectives of the Terminal Evaluation

The objectives of the Terminal Evaluation are as follows:

- (1) To review the progress of the Project and assess the achievements as against the latest version of Project Design Matrix (hereinafter referred to as “PDM”) version 1 (Annex 1);
- (2) To analyse the performance of the project in accordance with the five evaluation criteria (see the table below);
- (3) To identify promoting and inhibitory factors of achievements of the Project;
- (4) To discuss the plan for the Project for the rest of the project period together with Indonesian side based on the reviews and analysis results above;
- (5) To make recommendations in order to achieve the Project Purpose and the Overall Goal; and
- (6) To summarize the findings in the Joint Terminal Evaluation Report.

The five evaluation criteria

Criteria	General definitions	Main evaluation questions
Relevance	Degree of compatibility between the development assistance and priority of policies of the target groups, the recipients and the donor.	Is the project appropriate in today’s context in view of: <ul style="list-style-type: none">• the current policies of Indonesia/Japan• meeting the needs of the stakeholders• other changing circumstances• logical sequence of the project design
Effective-ness	A measure of the extent to which an aid activity attains its objectives	<ul style="list-style-type: none">• Is the project achieving its purpose(s)?• Are the planned outputs sufficient and appropriate in achieving the Project Purpose(s)?• How have the identified external factors affected the project?

		<ul style="list-style-type: none"> • What are the contributing and inhibiting factors affecting achievement of the Project Purpose(s)?
Efficiency	Measures the outputs (qualitative and quantitative) in relation to the inputs, to see if the resources are efficiently utilized.	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriateness of the inputs made by the both sides in terms of quantity, quality, timing and usefulness • Have the inputs and outputs been made as per the plan? • Were the planned activities sufficient to produce the outputs? • Has there been any wastage of resources? • Was the precondition met?
Impact	Positive and negative changes produced by a development intervention, directly or indirectly, intended or unintended.	<ul style="list-style-type: none"> • Are the Overall Goals likely to be achieved as an impact of the project? • Are the assumptions for achieving Overall Goals reasonable? • Are there any other positive/negative impacts of the project, not expected initially?
Sustain-ability	Measures whether the benefits of an activity are likely to continue after donor funding is withdrawn.	<ul style="list-style-type: none"> • Are there any policies or policy changes likely to affect sustainability of the effects of the project? • Do Indonesian stakeholders have sufficient financial and technical resources? • Do Indonesian side have sufficient ownership and commitment? • How ready are the counterpart agencies to take over the project? • Possibility of undermining the sustainability due to lack of consideration for females, the poor and the vulnerable groups

1.3. Members

<Japanese Side >

Name	Designation	Title and Affiliation	Duration of Survey
Mr. Shinichi Tanaka	Leader	Senior Representative, JICA Indonesia Office	18 -20/Dec, 2013
Dr. Makoto Inaba	Regional Development	JICA Programme Manager for Regional Development	26/Nov-17/Dec, 2013
Ms. Tomoko Enoki	Cooperation Planning	Project Formulation Advisor, JICA Indonesia Office	15 -20/Dec, 2013
Ms. Ida Gosal	Cooperation Planning	Project Officer, JICA Indonesia Office	15 -20/Dec, 2013
Ms. Naomi Imani	Evaluation Analysis	Consultant, Global Link Management, Co., Ltd.	24/Nov-20/Dec, 2013

<Indonesian Side>

Name	Title and Affiliation	
dr. Rarit Gempari, MARS	Head of Division of Community Empowerment and Partnership	Health Promotion Center, Ministry of Health
dr. Marti Rahuyu Diah Kusuma	Staff of Division of Community Empowerment and Participation	Health Promotion Center, Ministry of Health

mi, p

k

Drs. A. Irawan Bintang, MT	Head of Division of Organizational and Human Resources Development	BAPPEDA, South Sulawesi Province
M. Ilyas	Acting Section Head of Human Resource Development	BAPPEDA, South Sulawesi Province
dr. H.A. Mappatoba, DTAS, MBA	Head Division of Community Health	Health Office, South Sulawesi Province
Drs. Haryamin, APT, M.Kes	Head Section of Health Promotion and Community Empowerment	Health Office, South Sulawesi Province
Ir. H. Muhammad Kasim Alwi	Head	BPMPDK, South Sulawesi Province
Ir. Musran A. Muchsin, M.Si	Head of Sub-Division of Programme	BPMPDK, South Sulawesi Province

1.4. Schedule

Date		Place	Activity	Remark
24-Nov	SUN	Jakarta	Arrival in Jakarta	Ms. Imani
25-Nov	MON	Jakarta	Discussion with MOH	Ms. Imani+JICA
26-Nov	TUE	Makassar	Discussion with JICA project team and data gathering	Ms. Imani
27-Nov	WED	Makassar		Ms. Imani
28-Nov	THU	Makassar		Ms. Imani
29-Nov	FRI	Makassar		Ms. Imani
30-Nov	SAT	Makassar	Data gathering and report writing	Ms. Imani
1-Dec	SUN		Makassar → Bulukumba	Ms. Imani
2-Dec	MON	Bulukumba	Discussion with stakeholders at sub-district level (Health Centres & sub-district offices)	Ms. Imani
3-Dec	TUE	Bulukumba	Discussion with the District Team	Ms. Imani
4-Dec	WED	Wajo	Discussion with stakeholders at sub-district level (Health Centres & sub-district offices)	Ms. Imani
5-Dec	THU	Wajo	Discussion with the District Team	Ms. Imani
6-Dec	FRI	Barru	Discussion with stakeholders at sub-district level (Health Centres & sub-district offices)	Ms. Imani
7-Dec	SAT	Barru	Discussion with the District Team	Ms. Imani
8-Dec	SUN	Makassar	Discussion with Provincial BAPPEDA	Ms. Imani
9-Dec	MON	Makassar	Data analysis and report writing	Ms. Imani
10-Dec	TUE	Makassar	Data analysis and report writing	Ms. Imani
11-Dec	WED	Makassar	Discussion with Provincial Health Office Discussion with Provincial BPMPDK	Ms. Imani
12-Dec	THU	Makassar	Data analysis and report writing	Ms. Imani
13-Dec	FRI	Makassar	Data analysis and report writing	Ms. Imani
14-Dec	SAT	Makassar	Data analysis and report writing	Ms. Imani
15-Dec	SUN	Makassar	Internal discussion	Japanese Members
16-Dec	MON	Makassar	Discussion with the project Team	Japanese Members

Date		Place	Activity	Remark
17-Dec	TUE	Makassar	MM discussion	Joint Terminal Evaluation Team
18-Dec	WED	Makassar	MM discussion	Joint Terminal Evaluation Team
19-Dec	THU	Makassar	Signing of MM	Joint Terminal Evaluation Team
20-Dec	FRI	Jakarta	Reporting	Joint Terminal Evaluation Team

1.5. Constrains faced by the Terminal Evaluation

While the four outputs of the project are about strengthened capacities of communities and administrations at the sub-district, district and provincial levels, the corresponding indicators as stated in the PDM Ver. 1 are mostly process indicators or activities, which do not capture the extent of the output production. The Terminal Evaluation collected information on the capacities of the stakeholders from self assessment by (i) heads and facilitators of health centres (HCs) and sub-district offices (SDOs), (ii) members of the district teams and (iii) members of the provincial team. In addition, the group (i) above provided their views on the capacities of the communities they look after, as the TE did not have opportunities to meet with the communities involved. One must keep in mind, therefore, the information collected may be rather subjective depending on the expectation levels of the information providers.

m, p

6

CHAPTER 2. OUTLINE OF THE PROJECT

2.1. Background of the Project

Recognizing the health sector development as a priority for people's welfare improvement, the need to strengthen local government capacity to ensure quality public health service delivery in the decentralized system, and the need to narrow development gap between western and eastern parts of Indonesia, the Government of Indonesia requested the Government of Japan for technical cooperation for improving the public health service in the South Sulawesi Province. Based on this request, "The Project for Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi" (hereinafter referred to as "Phase 1") had been implemented from February 2007 until February 2010 in the 3 target districts in the South Sulawesi Province, the Barru District, the Bulukumba District and the Wajo District.

The Phase 1 had succeeded in developing the primary health care mechanism in which community and government work together. As the mechanism demonstrated its effectiveness in improving primary health care and there was still remaining challenges, the Government of Indonesia requested the Government of Japan to continue technical support on strengthening the mechanism in terms of institutional and financial sustainability.

Based on this request, "The Project for Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province Phase 2" was launched in November, 2010. The project aims to establish the sustainability of the primary health care mechanism in which community and government work together by internalizing the mechanism into the existing local governance systems and programmes such as Musrenbang and the national health programme, Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. The Programme is well-known by its abbreviation "PRIMA-K" or "PRIMA-Kesehatan". PRIMA stands for "Project for Improvement of District Health Management Capacity". "Kesehatan" means "health" in Indonesian.

2.2. Master Plan of the Project

The project has been implemented based on the master plan agreed in the Record of Discussions (R/D) including the zero version of PDM signed between Center for Health Promotion, General Secretariat, Ministry of Health and JICA on November 11, 2010 and Minutes of Meeting (M/M) between each Head of the target Districts and JICA on 5 May 2011. The revision of the original PDM had been agreed in the 2nd Joint Coordination Committee, or JCC, on April 2012 and the PDM ver.1 was approved on July 3th, 2012 by the Project Director. The latest master plan of the Programme is as follows.

- (1) Term of Cooperation: November 2010 to March 2014 (3 years and 5 months)
- (2) Target Area: three districts in South Sulawesi Province: Barru, Bulukumba and Wajo

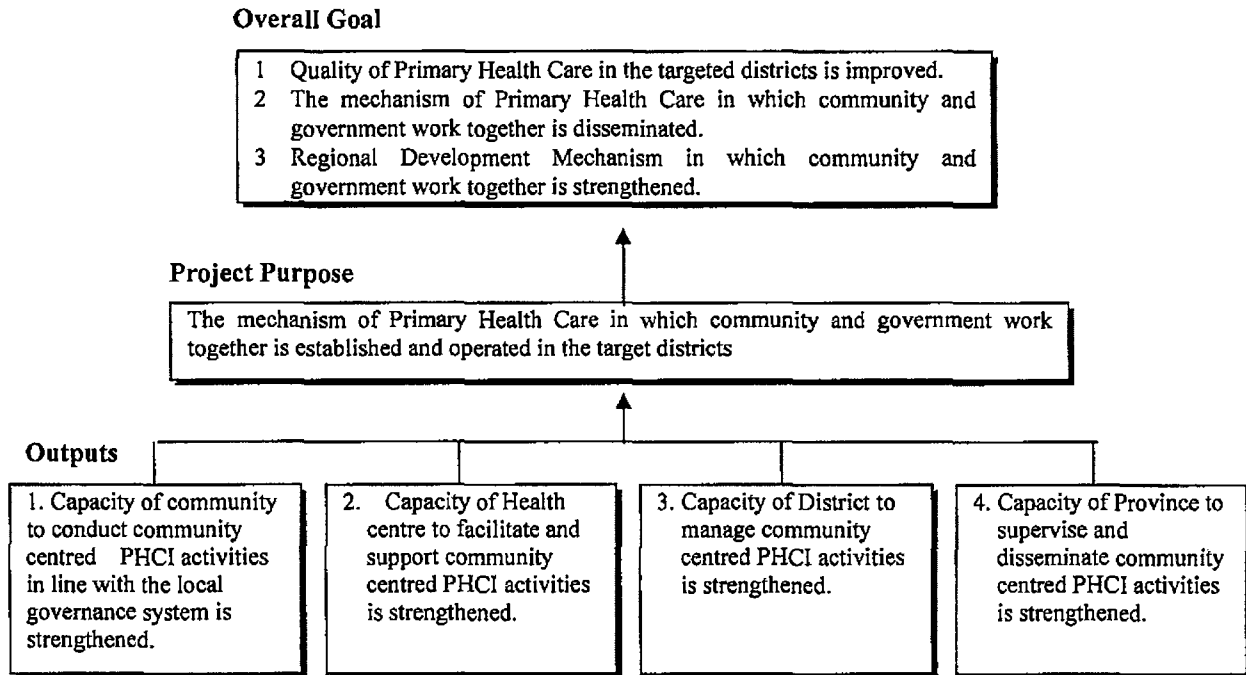
m, A

k

2.3. Objectives of the Project

The project purpose is summarized in the figure below.

Chart 1: Structure of the Objectives in PDM ver.1



The purpose of the Project is that the mechanism of primary health care in which community and government work together is established and operated in the targeted districts. In order to achieve the said purpose, four outputs are expected to be realized at several levels of entities, namely community, sub-district, district and province.

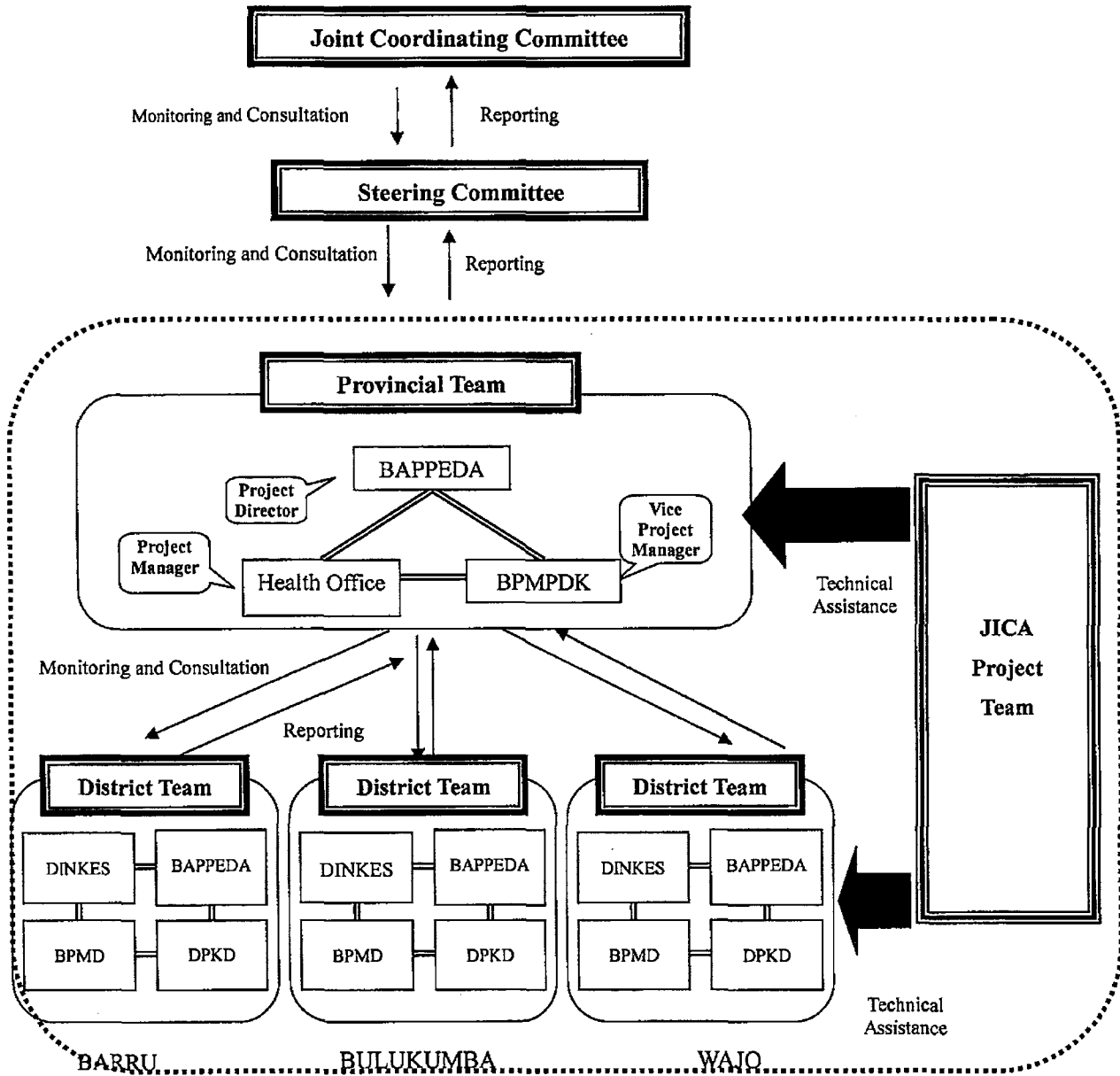
mi, p

1

2.4. Implementation Structure of the Project

The diagram below describes the implementation structure of this project.

Chart 2: Implementation Structure of the Project



mip
L

2.5. Terminology

Followings are the definition of terminology used in the report.

PHCI activities	A series of community-centred preventive and promotional activities related to health, which are planned, organised and monitored by the communities themselves based on their self analysis of local health issues guided by health professionals.
Mechanism (“PRIMA-K mechanism”, “PHCI mechanism”)	A system which enables PHCI activities run; any essential elements, human capacities, or tangible/intangible rules for both as an individual stakeholder and as an organization at different levels
1. PHCI activity cycle	A phase of community-cantered PHCI activities which a series of steps, such as problem analysis, action plan development, proposal writing, acquisition of fund of activities, implementation, monitoring and evaluation, and report submission to village administration, are made based on the consensus among the community
2. Health Working Group (HWG)	An implementing group of PHCI activities formed by the people selected from a variety of interest groups in the community
JICA project team	The team consists of Japanese experts (both long and short-term), locally hired personnel i.e. Provincial Coordinator, Advisor, Field Operation Specialist, District Coordinators (DC), Field Facilitators (FF) and other administrative staff.
3. Field Facilitator (FF)	Staff temporarily hired and posted by the project who supports facilitators at the sub-district level to do facilitation and coordination works of PHCI activities between village teams and village administration
4. District Coordinator (DC)	5. Full-time staff temporarily hired by the project who coordinates primarily field facilitators of the project and also 4 district counterpart entities (SKPD). He/she also plays a role of interface between the project team and the district counterparts during the project period

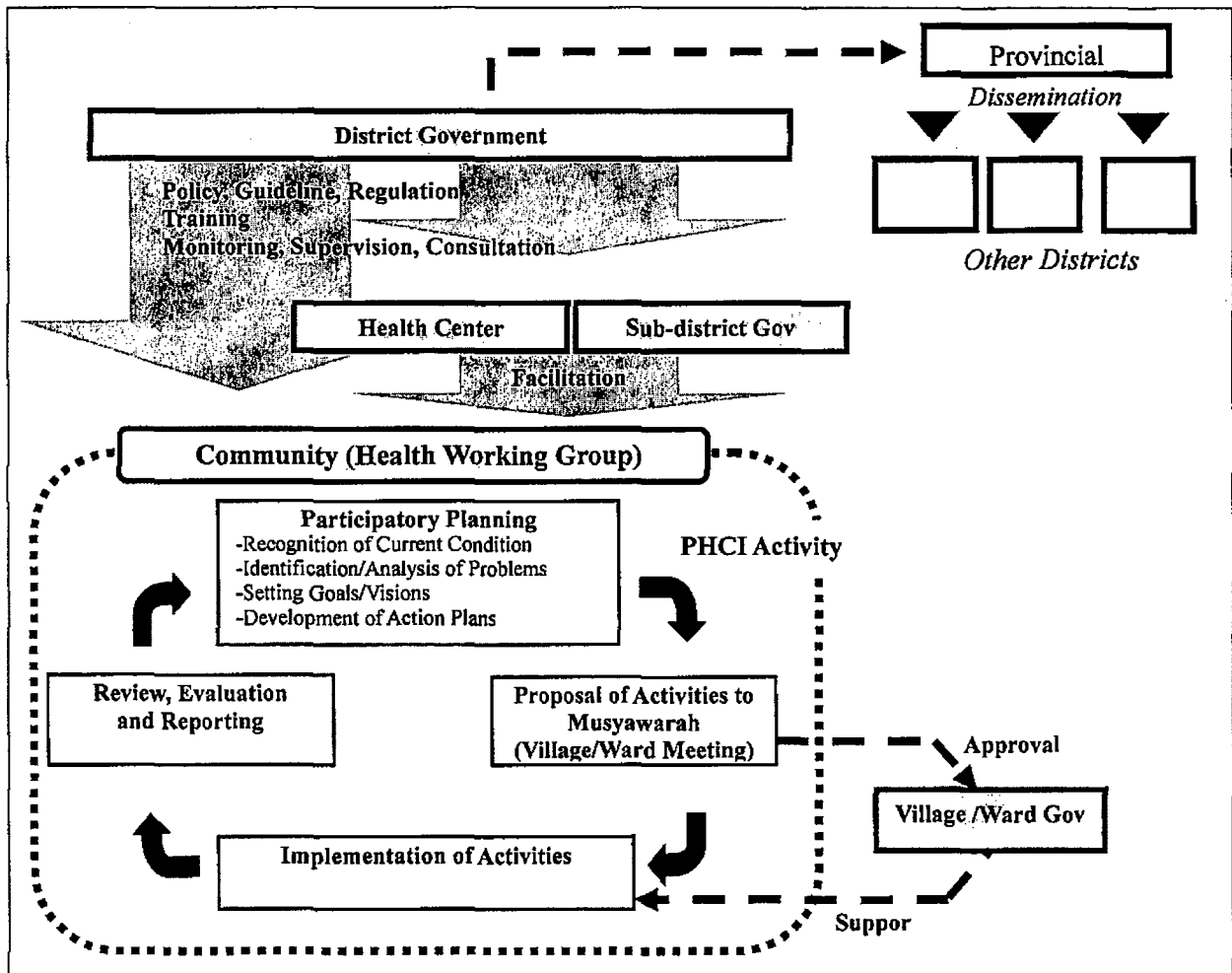
The chart below illustrates how the “mechanism” works. The engine of the PHCI activities is HWGs formed at the community level. PHCI activities by HWGs are supported by the different levels of government administrations. At village level, health-related problems are identified by HWGs themselves with technical assistance from health centre facilitators, put into a proposal and submitted to village Musrenbang. Once the proposal is accepted into the APBDesa by the Musrenbang, it will be implemented by the HWGs using the ADD¹ as the funding source, of which utilization is guided by the district administrations in the form of regulations/guidelines/government official letters. Provincial government is to play an overall role for supervision and dissemination in particular so that “mechanism” is replicated in other areas of the province.

¹ Technically ADD refers to the funds given to villages only. However, since similar funds provided to wards are called by different names by different districts, TE uses the word ADD to include the latter.

mi A

1

Chart 3: PHCI Activity Mechanism (PRIMA-K mechanism)



mi p

The table below shows the structures of the three target districts of this project as of November 2013.

District	Sub-district		No. of villages	No. of wards	Total No. of villages /wards	No. of Health Centres
Barru	1	Mallusetasi**	5	3	8	2
	2	Barru*	5	5	10	2
	3	Balusu	5	1	6	1
	4	Tanete Rilau*	8	2	10	1
	5	Tanete Riaja*	6	1	7	2
	6	Soppeng Riaja	5	2	7	1
	7	Pujananting**	7	0	7	1
	Sub-total		41	14	55	10
Bulukumba	1	Gantarang*	18	3	21	2
	2	Ujung Bulu	0	9	9	1
	3	Ujung Loe*	12	1	13	3
	4	Bonto Bahari*	4	4	8	1
	5	Bonto Tiro*	12	1	13	2
	6	Herlang	6	2	8	2
	7	Kajang	17	2	19	3
	8	Bulukumpa	14	3	17	2
	9	Rilau Ale	14	1	15	1
	10	Kindang	12	1	13	2
	Sub-total		109	27	136	19
Wajo	1	Tempe	0	16	16	3
	2	Tanasitolo*	15	4	19	2
	3	Maniangpajo*	5	3	8	1
	4	Gilireng*	8	1	9	1
	5	Belawa*	6	3	9	2
	6	Sajoanging	6	3	9	2
	7	Takalalla	11	2	13	2
	8	Pitumpanua	10	4	14	1
	9	Majauleng	14	4	18	2
	10	Pammana	13	2	15	2
	11	Sabangparu	12	3	15	2
	12	Keera	9	1	10	1
	13	Bola	10	1	11	1
	14	Penrang	9	1	10	1
	Sub-total		128	48	176	23
Total			278	89	367	52

* Sub-districts covered since the Phase 1.

** Sub-districts not covered in cycle 1 of the Phase 2

m, A

b

CHAPTER 3. PROGRESS OF THE PROJECT

This section presents an overview of the inputs made by the Japanese and Indonesian sides and also examines the achievements in terms of outputs and project purpose in accordance with the PDM Version 1.

3.1. Inputs

3.1.1. Inputs by the Japanese side

(1) Personnel

Three (3) long-term and three (3) short-term Japanese experts have been assigned to this project to date. A total assignment period amounts to 58.16 man-month as of the end of November 2013.

Japanese Experts

Planned (as in the R/D of 11 Nov. 2010)	Actual
<ul style="list-style-type: none"> • Programme Coordination/Local Governance (Team Leader) x1 • Coordinator/Training management x1 • Local Financial Management x1 • Community Participatory Planning x1 • Primary Health Care x1 • Others as needed 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme Coordination/Local Governance (Team Leader) x 2 • Coordinator/Training management x1 • Primary Health Care x1 • Primary Health Care/Participatory Community Development x1 • Impact Survey Methods x1

In addition, a total of 59 local project personnel have been engaged to assist implementation and administration of the project at the provincial, district, sub-district and community levels. A total assignment period of the locally recruited personnel is 1,565.6 man-month as of the 30th November 2013. Further details of the project personnel are found in Annex 4.

Locally hired personnel in place (as of 30 Nov. 2013)

Makassar			
Advisor x 1			
Provincial Coordinator x 1			
Field Operation Specialist x 1			
Public Relation Officer x 1			
Project Officer for General Affairs x 1			
Secretary/Interpreter x 3			
	Barru	Bulukumba	Wajo
District Coordinator	1	1	1
Secretary	1	1	1
Field Facilitator	7	12	14

mi A

(2) Provision of equipment

The project procured computers to be used by project personnel in Makassar and the three districts involved. A total cost amounts to IDR 123,440,000 (equivalent to JPY 1,077,260.88²). A list of the equipment procured is attached as Annex 5.

(3) Operational expenses

Operational and activity costs borne by Japanese side as of 30 September 2013 amount to IDR 16,255,414,718 (equivalent to JPY 141,861,004) covering the expenses related to the local project personnel, meetings, training, workshops and seminars at the central, provincial, district (including sub-district and communities) levels.

(4) Counterpart Training

Counterpart training in community health was organised three times in Japan, to provide opportunities for the participants to find inspirations through learning similar efforts and experiences of Japan in primary health care in which community and government work together. A total of 53 personnel from the counterpart agencies at the provincial and district levels as well as MOH and MOHA were trained. In addition, 20 officers from the counterpart agencies of the three target districts and central ministries benefitted from the Young Leaders Training courses in (i) local governance (10 trainees) and (ii) community-based health operation and management (10 trainees) organised and sponsored by JICA in Japan to complement the capacity building efforts of this project.

3.1.2. Inputs by the Indonesian side

(1) Counterpart Personnel

As of 30 November 2013, there are 11 officers from the Provincial government, 16 from the Barru, 26 from Bulubukuma and 24 from Wajo district governments officially assigned as counterpart personnel of this project. In addition, although not officially termed as “counterparts”, 15 officials at the national level from National Planning and Development Board (BAPPENAS), Ministry of Health (MOH) and Ministry of Home Affairs (MOHA) have been involved in this project to various extents. More details are found in the Annex 6.

Composition of the Indonesian Counterpart Personnel by Agency
(as of Nov. 2013)

Provincial Government	
BAPPEDA	3
DINKES	4
BPMPDK	4
District Governments	
Barru	16
Bulukumba	26
Wajo	24

² JICA exchange rate of IDR 1.00 = JPY 0.008727 for December 2013

mi A

h

(2) Land, buildings and facilities

The project offices (space and utility costs excluding internet) in Makassar and in the three target districts, are provided by the governments of the South Sulawesi province and the three target districts.

(3) Operational expenses

The Indonesian side including the provincial and district levels of counterpart agencies have covered the costs related to duty travels of the counterpart personnel and meetings organised for this project. In addition, the three target provinces are covering expenses for most of the project-related activities within their districts for 2013 as shown below. The national level agencies also bear the costs of their officers' duty travels.

Cost sharing of project activities (seminars, workshops and training)

Year	Expenditures (IRD)			%	
	Indonesian side	JICA	Total	Indonesian side	JICA
2011	0	1,332,754,800	1,332,754,800	0.0%	100.0%
2012	550,000	1,402,525,000	1,403,075,000	0.04%	99.96%
2013	361,017,300	668,385,100	1,029,402,400	35.07%	64.93%

3.2. Achievements

3.2.1. Outputs

This section examines the progress in producing the outputs, which are all capacity building of entities at different levels of governance/administration. The minutes of the meeting between JICA and each of the three target districts dated 5 May 2011 specifies the capacity to be strengthened by the project as follows:

Levels	Capacity to be strengthened
Community	<ul style="list-style-type: none">• Capacity to analyse health issues in community• Capacity to plan and implement PHCI activities
Health Centre	<ul style="list-style-type: none">• Capacity to analyse health issues in region• Capacity to plan preventive and promotional activities based on the needs of community• Capacity to facilitate community activities
District Government	<ul style="list-style-type: none">• Capacity to manage (institutionally support) the community centred mechanism• Capacity to plan and implement training programmes for stakeholders
Provincial Government	<ul style="list-style-type: none">• Capacity to facilitate dissemination of the mechanism to other areas in the province.

Source: "Minutes of Meetings between JICA and Authorities concerned of the Government of the Republic of Indonesia on Japanese Technical Cooperation Project for Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province Phase 2", signed on 11 October 2010

Implementation status of the activities under each of the outputs is found in the Plan of Operations attached as Annex 2 at the end of this document.

mi, D

h

(1) Output 1

“Capacity of community to conduct community-centred Primary Health Care Improvement (PHCI) activities in line with the local governance system is strengthened.”

In order to set up a system for communities to identify health issues and to address them using their regular budget, the project assisted all of the 366 villages/wards to set up Health Working Groups (HWGs) and provided them with training in the essential elements of the “PHCI activity cycle³” (see Chart 3) including problem analysis, activity proposal development, report writing, financial management and so forth. Officers from local health centres and sub-district offices, assisted by a Field Facilitator (FF) of the project, provided hands-on technical assistance to HWGs in development of plans, proposals and reports as well as in implementation of the planned activities. Meanwhile, separate sessions were organised by the district teams targeting community-level administrations and decision makers to clarify and encourage allocation of funds from their regular budget to the HWGs through the regular mechanism in accordance with the nationally standardised planning process.

The progress by the assigned indicators is shown in the table below.

Verifiable indicators ⁴	Status		
	Districts	Baseline (2010)	30 Sep. 2013
Target figures			
1-1. Number of village(/ward) Teams established for PHCI activities	Barru	27/54 villages/wards	55/55
	Bulukumba	52/126	136/136
	Wajo	45/176	176/176
	Total	124/356 (35%)	367/367 (100%)
Target: ≥85% of the villages			
1-2. Number of Village Team members trained as implementers of PHCI activity cycle	Barru	108 (4 members/village in 27 villages/ wards)	955 100% (55/55) of the villages/wards have ≥6 trained members
	Bulukumba	208 (4members/village in 52 villages/ wards)	1910 100% (136/136) of the villages/wards have ≥6 trained members
	Wajo	180 (4 members/village in 45 villages/ wards)	1962 99.4% (175/176) of the villages/wards have ≥6 trained members
	Total	496	4827 99.5% (366/367) of the villages/wards have ≥6 trained members
Target: ≥6 per Team			
1-3. Number of Village Teams that develop and submit PHCI action plans to village government	Barru	0	2013: 55/55 (100%)
	Bulukumba	0	2013: 136/136 (100%)
	Wajo	0	2013: 172/176 (97.7%)
	Total	0	2013: 363/367 (98.9%)
Target: ≥90%			
1-4. Number of village that	Barru	0	2013: 55/55 (100%)

³ Also referred as “the PRIMA-K mechanism”.

⁴ Scripts in bold in parenthesis are interpretations of the indicators by the JICA project management in collecting the corresponding data. This applies to all the PDM indicator tables hereafter.

m, A

A

Verifiable indicators ⁴	Status		
	Districts	Baseline (2010)	30 Sep. 2013
Target figures			
allocated budget for community-centred PHCI activities stipulated in Village Annual Budget Plans	Bulukumba	0	2013: 136/136 (100%)
	Wajo	0	2013: 172/176 (97.7%)
Target: ≥75%	Total	0	2013: 363/367 (98.9%)
1-5. Number of activities in action plans that were implemented by using village or district government fund ⁽¹⁾	Barru	0	2012: 147/157 (93.6%)
	Bulukumba	0	2012: 379/391 (96.9%)
	Wajo	0	2012: 370/374 (98.9%)
Target: ≥95% or more	Total	0	2012: 896 ⁽²⁾ /922 (97.2%)
1-6. Number of Village Teams that submitted activity and financial reports to the Village Government ⁽¹⁾	Barru	0	For 2012: 52/52 (100%)
	Bulukumba	0	For 2012: 135/135 (100%)
	Wajo	0	For 2012: 171/171 (100%)
	Total	0	For 2013: 358/358 (100%)
Target: ≥95%			

(1) For the endline data, 2012 figures are used as activities for the 2013 cycle are still being implemented.

(2) Planned activities were not implemented due to non-disbursement of the funds to HWGs. There are cases where villages did not receive the funds from district governments for not fulfilling all the conditions required, whereas some village heads/governments reallocated the money to implement other activities, or to similar activities but implemented by other parties than the HWGs.

For most of the indicators, the outputs exceed the target figures substantially, indicating that “the PHCI activity cycle” has indeed been set up and operated in most of the communities (both villages and wards) in the target districts. This is a significant achievement to make within 3 years in view of the number of the communities involved. This does not necessarily tell, however, the real capacity of the communities as it was achieved with intensive and extensive hands-on assistance by the project’s Field Facilitators (FFs). The FFs not only provided technical assistance in planning and filling up many formats the system requires but also in reminding HWGs to carry out tasks, communicating with the facilitators of Health Centres (HCs) and sub-district offices (SDOs) for their technical inputs and also with village heads/governments to solicit their support for the HWGs.

The Mid-Term Review (MTR) conducted in March 2013 found (i) the capacity of the HWGs vary and weaker ones may require specific attention/interventions to strengthen their capacity. As the PDM indicators do not assess the real capacity of the communities, the terminal evaluation gathered views of the facilitators from the HCs and SDOs on each one of the communities. The assessment subjective to the individuals’ standards and perceptions⁵, around 40% of the 366 communities were classified as having sufficient capacity and motivation while roughly 50% would continue if HCs and SDOs continue to provide assistance required but about 10% are likely to stop their operation even with the assistance/encouragement that SDO/HC facilitators could provide. Those communities in the second and

⁵ The figures may be over-/underestimated as many of the assessors had difficulties in imagining the future situation where there are no more Field Facilitators.

m, p

/

third categories are commonly facing such issues as (i) village heads/governments not conceding to the PRIMA-K principles, (ii) lack of cohesion and strong leadership in HWGs and/or weak motivation of the HWGs. As the majority of the communities fall in the category ②, continuous technical and moral support by the facilitators from HCs and SDOs appears to be the key for sustaining the mechanism at the community level.

**Likelihood of the communities continuing with the PRIMA-K mechanism
as assessed by HC/SDO facilitators**

Categories: Communities which are:	Number and % of communities			
	Bulukumba	Wajo	Barru*	Total*
① likely to continue without much assistance/encouragement	54 (39.7%)	78 (44.3%)	13 (23.6%)	145 (39.6%)
② likely to continue with assistance/encouragement that facilitators of HCs and SDOs can provide	66 (48.5%)	83 (47.2%)	35 (63.6%)	184 (50.3%)
③ unlikely to continue with assistance/encouragement that facilitators of HCs and SDOs can provide	16 (11.8%)	15 (8.5%)	6 (10.9%)	37 (10.1%)
Total	136 (100%)	176 (100%)	54 (100%)	366 (100%)

* One community in Barru was not assessed in this exercise as it is newly established and has not received any funding from APBDesa.

Source: Terminal Evaluation Workshops with heads and facilitators of HCs and SDOs in the three target districts held on 2nd, 4th and 6th Dec. 2013.

In addition, weaknesses in administrative capacity of the village governments for fulfilling the conditions for fund disbursement from the district government⁶ also appears to be a common cause of concerns. This was also noted by the MTR as a point that require longer-term interventions perhaps by BPMD in each district⁷.

(2) Output 2:

“Capacity of Health Centres and Sub-District Offices to facilitate and support community-centred PHCI activities is strengthened.”

HCs are mandated to provide both preventive and curative health services to the communities, while SDOs are the district administrations’ focal points at the lowest level. In order to provide required technical support for the communities (HWGs in particular), the project set up two groups of facilitators in each sub-district, one consisting of technical officers or service providers from HCs and the other of officers of the SDO. They were trained by the project in the PRIMA-K mechanism including planning, drafting activity proposals and reports as well as handling of the funds including reporting. These facilitators are

⁶ Major obstacles reported were (i) a village government’s furnishing a complete report on the 1st fund disbursement and (ii) collection of property tax by the village government. For (i), village heads have been requested to avail the funds for HWGs in the 1st disbursement, and one district lifted this condition for the sake of Prima K. Similarly for (ii) also one district lifted this condition specifically to facilitate fund availability for HGWs.

⁷ “Joint Mid-Term Review Report on the Technical Cooperation Project on Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province Phase 2” March 2013

mi

✓

envisaged as technical resources accessible for the HWGs as and when required and as such their capacity and availability are crucial for the survival of the PRIMA-K mechanism at the community level.

The table below summarises the status of the indicators.

Verifiable indicators	Status				
	Districts	Baseline (2010)	30 Sep. 2013		
2-1. Number of Health Centre (HC) and Sub-District Office (SDO) staff trained as facilitators	Barru	10 in 5 HCs 0 in SDOs	HCs: 72 10/10 HCs (100%) has 6 or more trained facilitators. SDOs: 18 4/7 SDOs (57.1%) has 3 or more trained facilitators.		
Target: at least 6 members per Health Centre and 3 members per Sub-District	Bulukumba	19 in 7 HCs, 0 in SDOs	HCs: 123 15/19 HCs (78.9%) has 6 or more trained facilitators. SDOs: 27 7/10 SDOs (70%) has 3 or more trained facilitators.		
	Wajo	18 in 6 HCs 8 in 4 SDOs	HCs: 165 22/23 HCs (95.7%) has 6 or more trained facilitators. SDOs: 42 14/14 SDOs (100%) has 3 or more trained facilitators.		
	Total	47 in 16 HCs 8 in 4 SDOs = 55	HCs: 360 47/52 HCs (90.4%) has 6 or more trained facilitators. SDOs: 87 25/31 SDOs (83.3%) has 3 or more trained facilitators.		
	2-2. Number of trained facilitators from Health Centres and Sub-District Offices who have become trainers in training for village	Barru	3/10 (30%)	70/90 (77.7%)	
Target: at least 60%	Bulukumba	17/19 (89.5%)	106/150 (70.7%)		
	Wajo	24/26 (92.3%)	157/207 (75.8%)		
	Total	44/55 (80%)	333/447 (74.5%)		
2-3. Number of training workshops conducted by Health Centres and SD offices for village people ⁽¹⁾	Barru	0	1 st Cycle: 4 2 nd Cycle: 4 3 rd Cycle: 3		
Target: 3 workshops/year	Bulukumba	0	1 st Cycle: 4 2 nd Cycle: 4 3 rd Cycle: 3		
	Wajo	1 ⁽²⁾	1 st Cycle: 4 2 nd Cycle: 4 3 rd Cycle: 3		
2-4. Frequency of visiting village by facilitators from Health Centres to facilitate and monitor PHCI activities by the communities	Barru	0		<12	≥12
			2012	1 HC	9 HCs
			Jan-Sep 2013	7 HCs	3 HCs
	Bulukumba	0	2012	7 HCs	11 HCs
			Jan-Sep 2013	13 HCs	6 HCs
	Wajo	0	2012	1 HC	22 HCs
			Jan-Sep 2013	2 HCs	21 HCs
Total	0	2012	9 HCs	42 HCs	
Target: at least 12 times/Health Centre/year			Jan-Sep 2013	22 HCs	30 HCs

Verifiable indicators	Status		
	Districts	Baseline (2010)	30 Sep. 2013
2-5. Number of Health Centres which allocate budget for monitoring and providing technical support for community-centred PHCI activities	Barru	0	10/10 = 100%
	Bulukumba	0	15/19 = 78.9%
	Wajo	0	23/23 = 100%
	Total	0	48/52 = 92.3%
Target: at least 80%			
2-6. Number of Activities and Financial Reports of Village Teams that (were) consulted with and verified by Sub-district Offices ⁽³⁾	Barru	0	1 st Cycle: 0 2 nd Cycle: 6/54 (11.1%) 3 rd Cycle: 1/8 (12.5%)
	Bulukumba	0	1 st Cycle: 0 2 nd Cycle: 0/135 3 rd Cycle: 0/0
	Wajo	0	1 st Cycle: 100% 2 nd Cycle: 171/171 (100%) 3 rd Cycle: 27/27 (100%)
Target: at least 80%	Total	0	
2-7. Number of Health Centres that conduct Mini-Workshops ⁸ involving Village Teams (as audience)	Barru	0	2013: 10/10 (100%)
	Bulukumba	0	2013: 10/19 (52.6%)
	Wajo	1 / 23 (4.3%)	2013: 18/23 (78.3%)
Target: 60%	Total	1	2013: 38/52 (73.1%)

(1) These workshops were facilitated jointly by facilitators from HCs and SD offices and FFs.

(2) Wajo in 2010 conducted training and other activities after the end of the Phase 1 in order to expand the coverage as its own initiative.

(3) Barru and Bulukumba have developed systems in which the activity and financial reports of HWGs are verified by health centre staff (unofficial verification) and/or village administrations (official verification). Wajo district government has delegated the function of examination and verification of the consolidated financial reports (covering not only HWGs' activities but all expenditures of a village) to the sub-district offices, whereas in other districts sub-district offices just forward the received reports to the district level.

As noted in the previous section, availability of good facilitators for the communities appears to be the key to the success of the PRIMA-K mechanism but this function is yet to be fully internalised at the sub-district level. The status of the indicator 2-1 shows a need for an appropriate system to replenish trained facilitators lost to staff transfers. Some sub-district offices have lost all of their trained facilitators with their tasks now shouldered by HC facilitators, who feel overburdened and inadequately equipped particularly for handling financial matters. So far only Wajo organised additional training of facilitators newly appointed to fill the gaps.

It is also a common issue that some of the trained facilitators are not training or facilitating the communities. Many of the inactive ones are reportedly those not able to leave their duties at the HCs such as nurses and pharmacists, indicating a need for appropriate selection criteria. Another common complain amongst the facilitators is the lack of official appointment letters and thus of incentives/remunerations for the additional tasks they now perform as facilitators often outside of their official working hours.

In terms of technicality of the PRIMA-K mechanism, the facilitators of both HCs and SDOs, at least

⁸ A mandatory activity to be conducted 4 times year since the launch of BOK in 2010

m, A

those who are active thus far, are reasonably confident in facilitating HWGs. However, they all agree they would not be able to pay such close attention to the HWGs' needs as FFs have been doing due to the limited resources including time, transport and equipment. In implementing "the exit plans" established after the MTR to take over the FFs' functions including monitoring and coordination/mediation, it is now becoming clearer that an appropriate coordination mechanism must be put into place, which may entail as suggested by HC/SDO facilitators (i) organisation of a sub-district team of facilitators with official appointment letters in each sub-district, (ii) appointment of a team leader/coordinator among the HC/SDO facilitators who ensures that the tasks and human resources are appropriately managed and (iii) reasonable incentives/remunerations to fairly reward the facilitators for the additional tasks of community facilitation.

The issue of financial resources to allow SDO facilitators to go to the communities, identified by the MTR in March 2013, has been to some extent addressed by the district administrations and/or individual SDOs by allocating larger amount for this purpose to the SDOs budget.

(3) Output 3:

"Capacity of District to manage community-centred PHCI activities is strengthened."

The table below shows the baseline and current (30 Sep. 2013) statuses of the assigned indicators.

Verifiable indicators	Status		
	Districts	Baseline (2010)	30 Sep. 2013
Target figures			
3-1. One District Team established in each district (members: Health Office, Community and Village Empowerment Board (BPMD), Regional Development Planning Board (BAPPEDA) and Financial Management Office (DPKD))	Barru	0	Established
	Bulukumba	0	Established
	Wajo	0	Established
3-2. Number of District Team members trained (as trainers on "the mechanism including the financial aspects")	Barru	0	7 out of 12 (58%) ⁽¹⁾
	Bulukumba	0	18 out of 23 (87%)
	Wajo	0	24 out of 25 (92%)
Target: at least 70%			
3-3. Allocation of district budget stipulated in District Annual Budget Plan to support community centered PHCI activities (socialization, training, monitoring and village activity implementation) ⁹	Barru	NA	1 st Cycle: 9,513,430,500 2 nd Cycle: 8,498,444,500 3 rd Cycle: 11,115,510,500
	Bulukumba	NA	1 st Cycle: 7,950,287,846 2 nd Cycle: 11,264,536,034 3 rd Cycle: 17,022,814,874
	Wajo	117,050,000	1 st Cycle: 12,510,870,916 2 nd Cycle: 12,885,170,916 3 rd Cycle: 18,445,989,500
3-4. Regular support by District Government staff for	Barru	M: 0, CM: 0, S: 0, T: 0	1 st Cycle: M:15, CM: 3, S: 1, T:1 2 nd Cycle: M:51, CM:4, S:1, T:4 3 rd Cycle: M: 14, CM: 3, S: 1, T:3

⁹ Operational budget of district government + ADD + special grant to communities.

community-centred PHCI activities: Monitoring (M): 12/year, Coordination Meetings (CM): 4/year, "socialisation" (S): 1/year, Training (T) conducted by District Government: 1/year	Bulukumba	M: 0, CM: 0, S: 0, T: 0	1 st Cycle: M:7, CM: 4, S: 1, T:1 2 nd Cycle: M:14, CM:5, S:1, T:4 3 rd Cycle: M: 9, CM: 3, S: 1, T:4
	Wajo	M: 0, CM: 0, S: 2, T: 2	1 st Cycle: M:19, CM:5, S:1, T:1 2 nd Cycle:M:31, CM:5, S:1, T:4 3 rd Cycle: M:10, CM:4, S:26, T:3
3-5. Guideline and Manuals for PHCI activities are developed by District team	Barru	NO	Supplemental guidelines x 3 cycles
	Bulukumba	NO	Supplemental guidelines x 3 cycles + a draft for the 4 th cycle
	Wajo	NO	Supplemental guidelines x 3 cycles
3-6. Percentage of budget actualization which is planned for community centred PHCI activity from district budget including ADD, grant, APBD, operational budget	Barru	0%	1 st Cycle: 88% 2 nd Cycle: 99.9%
	Bulukumba	0%	1 st Cycle: 60% ¹⁰ 2 nd Cycle: 84%
	Wajo	88.3% ⁽²⁾	1 st Cycle: 98%, 2 nd Cycle: 99.9%
target: at least 70%	Total		1 st Cycle: 85% 2 nd Cycle: 94%
3-7. Official documents issued by District Governments that support internalization of PHCI Mechanism, such as recommendations, Head of District Decrees, District Circular Letters, Head of District Regulations and District Government Regulations.	Barru	(District Mid Term Development Plan 2010-2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Head of District's Regulation on Technical Guideline of ADD/ADK 2011⁽¹¹⁾ • Implementation guideline of PRIMA-K (as a supplement to the official technical guideline on ADD).
	Bulukumba	NA	<ul style="list-style-type: none"> • Circular Letter by District Secretary about Mechanism of payment for the remaining of ADD and grant of 2011 • A letter issued by the head of Financial Office to villages dated 25 May 2012 on financial reporting mechanism of PRIMA-K in 2012. • Implementation guideline of PRIMA-K (as a supplement to the official technical guideline on ADD).

10 The low rate was due to the shortage of funds faced by the district administration in 2011. The shortfalls were compensated in the following years disbursement.

11 About the special provision of IDR 7-8 millions for PHCI activities under this project

	Wajo	Bupati's recommendation 2010 to villages, wards, sub-districts, on implementation of PRIMA-K with its all activities can use sharing budget from ADD and/or other budget sources until a deadline that recommended by Gov. of Wajo District.	<ul style="list-style-type: none"> • Bupati's Regulation about Technical guideline of ADD management 2011, which said that allocation for PRIMA-K HWGs is set as 50% of total amount Assistance Fund of ADD • Bupati's Regulation to allocate IDR 8 million for HWGs in wards as grant. • Implementation guideline of PRIMA-K (as a supplement to the official technical guideline on ADD).
3-8. Endline data is prepared and analyzed by District Team at the end of Project		NA	No endline data prepared/analysed by district teams. The data were collected by the JICA project team for the TE to analyse.
<p>(1) In Barru, the trainees included non-members of the District Team who are not counted here.</p> <p>(2) In an attempt to introduce the mechanism developed under the first phase to those sub-districts not involved then, Wajo conducted a "socialisation" and training 2 times in 2010.</p>			

As noted by the MTR, "the capacity to manage community-centred PHCI activities" to be strengthened within the district administrations is not clearly defined in this project, which makes it difficult for the TE to assess this output.

In terms of the systems, the three districts devised and instituted their own systems for community-driven health interventions to be funded by the regular budget of the communities, both in villages and wards (see Annex 9) under this project. The TE also identified through discussions with the district teams the following major aspects that were either introduced or strengthened by this project to improve the districts' capacity to manage community-centred PHCI activities.

New/strengthened aspects	Legitimacy base
	Concerns/actions still required
Integration of community health activities into the official annual expenditure (APBDesa) and finance them with regular budget (ADD/ADK in particular)	Supplemental guidelines
	Only small scale activities can be financed with the limited availability of ADD/ADK.
For village/ward administrations to delegate certain responsibilities to Health Working Groups (planning and accounting for PHCI activities)	Supplemental guidelines + Decree of village/ward administrations
	Not a system yet – dependent on commitment of village heads.
Availability of facilitators from governmental agencies (HCs/SDOs) for HWGs not only in technical aspects of health but also in management of small-scale project	None.
	Not a system yet. SDO facilitators need to be strengthened by ① establishing a legitimacy by a decree and ② better organisation for clearer demarcation and coordination.

m, p

h

New/strengthened aspects	Legitimacy base
	Concerns/actions still required
Inter-agency collaboration within district administration	Partially by appointment letters of District Teams by Bupati.
	Not a system yet but a modality used for this project. Need a fresh decree to renew the legitimacy after the project ends.

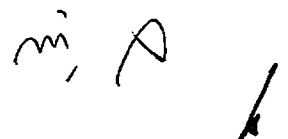
In terms of the technical aspects of the PRIMA-K mechanism, all of the three district teams are also quite well equipped with members who can act as resource persons at orientation seminars or trainers for HC/SDO facilitators for now. The district teams have been devising various measures to promote utilisation of ADD/ADK for villages/wards to finance their HWGs' activities, including special grants given without matching funds, earmarking a certain amount of ADD for HWGs and lifting of certain conditions for fund disbursements. Although they are temporary measures, the system can be considered "internalised" to the extent possible for the duration of the project, with sufficient knowledge and experiences accumulated in the district administrations to manage any changing circumstances in future. In view of the staff transfer inevitable in the civil service, however, measures against loss of trained or knowledgeable personnel should be instituted.

While the capacities of the three districts have been strengthened significantly in the aspects mentioned above, the TE also detected capacity gaps in two areas. The first is the management capacity including monitoring and the second the coordination among the four agencies involved, both of these functions have been largely carried out by the JICA project personnel since the beginning and till now. The exit plans established following the MTR in March 2013 map out the tasks carried out by the JICA personnel and assign responsible bodies/individuals within the districts to take them over but they overlook the details on how to make the transition possible. Transfer of the monitoring function, for example, is difficult without an appropriate in-built system in the district administrations with such details as what information/data to be collected, how often, by whom and from where.

Similarly for coordination amongst the four agencies, none of them appears to be in a position to assume this role. The JICA project team, which has a dedicated personnel in each district, took up this role for the sake of necessity hoping to find a solution while implementing the project, which to date has not happened¹². With the closure of the project eminent, Wajo district is planning to set up a secretariat with a few part-time staff to be the focal point for the PRIMA-K. Bulukumba is establishing an initiative

¹² BAPPEDA with the mandate to coordinate all the development efforts in a district was expected to be the manager of the Prima-K to orchestrate the efforts of the four agencies involved. However, in reality, BAPPEDA controls other agencies only through setting an overall framework such as the district's mid-term plan and budget allocation and does not seem to have a function or human resources to coordinate a project.

m, A



called Desa/Kelurahan Siaga Panrita Active, through which the PRIMA-K mechanism will be managed. These efforts are commendable and should be further refined by working out the details, which should be consolidated and officially gazetted in an appropriate form such as Bupati's Regulation.

(4) Output 4:

“Capacity of Province to supervise and disseminate community centred PHCI activities is strengthened.”

Similar to the output 3, the capacity gaps of the provincial government to be addressed by this project were never clearly defined. The MTR in March 2013 noted that the three provincial agencies were functioning more individually rather than as a team, with most of their tasks carried out by the JICA project team. The table below shows the status of the indicators today.

Verifiable indicators	Status				
	Baseline (2010)	30 Sep. 2013			
4-1. One Provincial Team is established in South Sulawesi Province	None	Established in Jan. 2012 by a decree of the Governor of South Sulawesi province.			
4-2. Number of Provincial Government staff trained (in PRIMA-K2 mechanism)	0	13 (DINKES:8, BAPPEDA:2, BPMPDK:3)			
Target: at least 6					
4-3. Frequency of coordination meetings among Provincial Government staff	0	2011: 1 ⁽¹⁾ 2012: none ⁽¹⁾ 2013: 5			
Target: at least 2 times/year					
4-4. Availability of a provincial plan on strategy for dissemination of the PHCI mechanism	NA	A plan on strategy has not been established. The provincial team has already started dissemination activities, however, and will be assisting four districts in replicating the PRIMA-K mechanism in 2014. The framework as well as the details of the assistance still needs to be worked out.			
4-5. Frequency of monitoring (visits to observe community-based PHCI activities) by Provincial Government staff	0	2011: 1 officer from DINKES observed 8 orientation sessions 1 and finance workshops. 2012: 2 officers from DINKES and 3 from BPMPDK joined technical exchange tours and observed activities of HWGs 5 times. 2013: 3 times (DINKES accompanying a visit by MOH & MOHA, 3 provincial agencies attended Desa Siaga PRIMA Active seminar, DINKES and BPMPDK joined the technical exchange programme)			
Target: at least 2 times/year					
4-6. Number of “socialization”/dissemination workshops/seminars (about progress of community based PHCI activities) conducted	0	Up to the end of 2012: 1 occasion 2013: 2 organised by the provincial team, 2 organised by others (BaKTI and Sulawesi Barat province)			
Target: at least 5 times/year					
4-7. Allocation of provincial budget stipulated in Provincial Annual Budget	Nil	1 st Cycle	2 nd Cycle	3 rd Cycle	
		DINKES	0	14,000,000	80,675,000

mi

A

Plan to support community-centred PHCI activities (socialisation, monitoring and dissemination)		BAPPEDA	40,029,000	29,196,334	89,650,000
		BPMPDK	40,029,000	50,000,000	50,000,000
4-8. Frequency of consultancy (about progress of community based PHCI activities) to Central Government Target: at least 2 times/year	0	2011: 1 time 2012: 3 times 2013: 8 times			
4-9. Training Module and Guideline for PHCI activities are developed by Provincial Team Target: 1 Guideline book and 1 training module	None	The PRIMA-K guideline and the training module were developed and revised by the JICA team in consultation with the provincial agencies involved. DINKES in 2013 developed a similar training module for facilitators			

(1) Coordination was done by the JICA project team by meeting with the counterpart agencies (i.e. BAPPEDA, DINKES, BPMPDK) individually as and when necessary.

Increased activities and budget allocation in 2013 are observed, indicating greater involvement of the provincial agencies. However, most of the tasks are still carried out or led by the JICA team, which also pulls together the three provincial agencies into a team. The member agencies do contribute to this project in accordance with their official mandate as and when requested but to date the provincial team does not have “a manager” within to oversee the operation of the team in terms of supervision and dissemination of the PRIMA-K mechanism.

The provincial team’s activities somewhat intensified as a result of increased interest in replicating the PRIMA-K mechanism expressed by some districts and provinces, to which the provincial team needs to provide some response. The team has already decided to assist scaling up efforts in a several districts that officially registered their interest responding to a call by the district team. As of this TE, each agency is securing some budget for 2014 to assist them in the areas of their mandate mostly in terms of orientation and training sessions for key personnel in these “new” districts, but without a clear vision or plan on how and to what extent they should/could provide assistance. This is a new domain for the provincial agencies in terms of (i) orchestrating inter-sectoral efforts and of (ii) guiding autonomous districts in implementation of something without providing funding, (iii) utilising resources (= tools and knowledge on the PRIMA-K mechanism) in some districts to develop capacity of other districts. As such it would require a lot more of careful thinking and strategic organisation of the assistance to be provided.

The team is also still quite weak in organisational cohesiveness and would need to establish a working modality including appropriate coordination, monitoring and decision making mechanisms if the three agencies are to function as a team without JICA personnel.

3.2.2. Project Purpose

“The mechanism of Primary Health Care in which community and government work together is established and operated in the target districts.”

In view of the current status of the assigned indicators shown below, the project appears to be

achieving its purpose.

Verifiable indicators	Status	
	Base-Line (2010)	30 Sep. 2013
1. Percentage of Villages completing the community-centred PHCI (Primary Health Care Improvement) activity cycle	0	<u>1st cycle: 88%</u> Barru: 40/40 = 100% Bulukumba: 98/126 = 78% Wajo: 121/128 = 95%
At least 80% in the target districts		<u>2nd cycle: 97.8%</u> Barru: 52/54 = 96.3% Bulukumba: 135/136 = 99.3% Wajo: 171/176 = 97.2%
2. The mechanism of Primary Health Care in which community and government work together is institutionalized and stipulated in district's official documents (such as; District Long-term Development Plan, District Mid-term Development Plan, District Annual Working Plan, Strategic Plan of related District Government Institutions (SKPD), and other laws and regulations)	NA	Implementation Guideline of PRIMA-K2 as a supplement to the ADD guidelines published by the district administrations every year, clarifying the process and procedures for the money disbursement and accounting both in villages and wards – issued every year. District Teams together with the JICA team are working on issuance of “Bupati’s regulation” that officially announces continuation of the PRIMA-K mechanism as a regular methods of funding community-based developmental activities.
Not specified		

The indicator 1 basically shows that “the mechanism of Primary Health Care in which community and government work together” has been set up and operated widely in the target districts. The achievement for the second cycle (2012) well exceeded the target figure with strong and consistent support by FF as well as SDO/HC facilitators. The current third cycle is also expected to achieve similar result but it may be difficult to sustain this level once the project closes and the FF no longer available. Concerns were also expressed about the effect of the forthcoming election of village leaders in 2014, which may see many new faces who may not be aware and supportive of the principles of PRIMA-K mechanism. The section of Sustainability later in this report will discuss these issued in more detail.

The second indicator shows the extent of institutionalisation of the PRIMA-K mechanism in the district administrations. Each district team has been publishing “Supplemental implementation guidelines” of PRIMA-K. It is an official guide for village and ward administrations on the process and procedures of ADD utilisation for community-initiated small-scale preventive health interventions. They were created and published based on the districts’ commitment to this project as stipulated in the MM of May 2011 with JICA, of which effect expires when the project officially closes in March 2014. The district teams together with the JICA team are currently working on establishing a new legitimacy base for the districts to continue with the mechanism through issuance of a decree by the heads of the districts (“Peraturan Bupati”) before the project ends.

In view of the capacity and system gaps that still remain at the sub-district, district and provincial levels noted under the previous sections of this report, it is almost inevitable that utilisation of the

mechanism reflected in the indicator 1 above, will decline, to what extent, however, is uncertain.

3.3. Implementation process

3.3.1. Monitoring of the Project

The PDM has a total of 28 indicators many of which require data from three districts. Data collection and management were heavy on the project management, while some of the indicators are not very useful. The project attempted to reduce the number of monitoring indicators upon the recommendation made by the MTR in 2013 but in the end it could not be finalised in view of the TE coming up very soon.

Monitoring of the PRIMA K mechanism has been done by the project team with the FFs and DCs collecting and compiling detailed information from the 367 communities as well as the government agencies including SDOs, HCs, and member agencies of the district teams. In addition to the PDM indicators, the project management also collects such information as (i) dates of proposal submission by HWGs, (ii) amount budgeted for PHCI activities proposed by HWGs, (iii) amount allocated to PHCI activities by HWGs, (iii) amount and dates of disbursement to HWGs, (iv) date of report submissions and so forth for each and every community in the three districts. This information is very useful to see how far the HWGs have gone into the cycle, but at the same time extremely cumbersome to gather information.

Currently the district and provincial teams do not have a system or manpower to collect relevant data for monitoring. They were involved in monitoring in terms of visits to the project sites for observation and discussions.

3.3.2. Issues that affected progress of the Project

(1) High ownership of the district governments

Three target districts have very high sense of ownership of the project for the following reasons. They were involved in the Phase 1 and very much interested in strengthening the sustainability of the model developed by the phase 1 through integrating it into the existing system of local governance. As such, they were well involved from the Project formulation stage and after the project started have been very responsive to various challenges emerged, developing and issuing regulations to facilitate smooth operation of the mechanism.

(2) Local project personnel

Distinctive feature of the project is deployment of a large number of project personnel at the community, district and provincial levels, without whom such a rapid expansion of the coverage and achievement of the targets set for each of the indicators would not have been possible. They have been instrumental in driving “the PHCI activity cycle” (= “the mechanism”) at the community level and putting in place the support they need at the sub-district level by providing technical and moral support and pulling

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

the stakeholders together, and at the provincial level in orchestrating the whole operation from the JICA project team so that “the mechanism” functions to the maximum potential.

According to the official agreement of the project in the form of MM with the three districts, JICA was to provide local consultant as facilitators specifically “to support Health Centre staff to facilitate community to plan and implement PHCI activities”. Their roles are to “be reduced gradually during the project period” so that HC staff would be fully independent by the end of the project. However, this gradual withdrawal of the FF did not happen as planned. More details are found under the section of Sustainability later in this report.

Other project personnel (i.e. District Coordinators, Provincial Coordinator, Provincial level advisor, Field Operation Specialist and other admin-related personnel at the JICA project office in Makassar) were deployed for the sake of JICA’s project management rather than by the agreement between JICA and the Indonesian stakeholders. The TE found that the provincial and the district teams, to date, depend heavily on them in terms of project management.

One of the factors inducing this dependency may be that no one government agency, be it at the provincial or district level, feels complete ownership of the project because the issues that the project addresses do not belong to any one agency. Involvement of BAPPEDA in the provincial and district teams was meant to be a solution for this situation but BAPPEDA is an agency to develop plans and ensure their implementation and does not exactly have a mandate to coordinate a project, they did not take up the function.

(3) Absence of the Project Leader

The post of Japanese Project Leader was vacant from the beginning of the project to March 2011, and from December 2011 to December 2012. During the inception phase, the JICA’s then Makassar Field Office (MFO) set up the project offices by recruiting local project personnel and procuring necessary equipment. During the second absence of a project leader, tasks and responsibilities of the project leader were mostly shouldered by the only Japanese expert (Coordination/Training management) and the local project personnel at the provincial level supported by the JICA office in Jakarta. Although the project managed to implement most of the planned activities through this arrangement, the absence of a leader impacted the project somewhat negatively, in such areas as setting up targets for PDM indicators (realised in July 2012), following up with the recommendations left by the first project leader and short-term Japanese experts including such issues as reducing the project’s reliance on the JICA personnel and setting up an exit strategy, which should have been an integral part of the project design from the beginning.

CHAPTER 4. EVALUATION RESULTS

4.1. Relevance

Relevance of this project is quite high in view of the following factors.

4.1.1. Policy context

The project is highly relevant to the policies of Indonesia as follows.

(1) Indonesian side

The project has high relevance to the policy context of Indonesia as well as of the South Sulawesi Province and the three target districts. The national medium term development plan (RPJMN) 2010-2014 has 11 priorities including health. The medium-term strategic plan (RENSTRA) of the Ministry of Health 2010-14 has a strong orientation to community empowerment to encourage people to take active roles in health promotion and preventive medicine to lead healthy life. The project contributes to the national programme of “Desa/Kelurahan Siaga Aktif” which aims to strengthen primary health care, particularly in terms of getting community-driven health interventions financed and implemented. At the provincial level, health continues to be one of the strategic areas along with education. The next mid-term plan (2013-2018) currently under development is reportedly have a particular emphasis on “prevention and promotion” as a major strategy.

Strengthening local governance continues to be an important policy issue since the country started its decentralisation in early 2000's. Community participation has been emphasised as a means for strengthening democracy and transparency of the local governance through the bottom-up planning system of Musrenbang nationwide. In view of a bill currently debated in the parliament to increase the amount of ADD substantially, the system that utilises ADD for community-driven health initiatives set up by this project is not only relevant but also has a high value for meaningful utilisation of the fund.

(2) Japanese side

In the context of Japanese policies on official development assistance to Indonesia, it is also relevant though to a lesser extent today as health is no longer an explicit priority. Nevertheless, the project contributes to correction of regional imbalances and social safety, which is one of the three strategic areas along with (i) further economic development and (ii) capacity building in addressing common challenges in Asia and international society.

4.1.2. Approach of the project to utilise existing mechanisms/resources

The principle of the project was utilisation of the existing mechanism and resources. The HWGs were formulated with existing field health workers such as village midwives, nurses at village health posts (“Pustu” and “Poskesdes”) and cadres of “Posyandu”, as well as members of other community

mi

A

organisations. The project also utilises the functions and resources of HCs and SDOs to technically support the HWGs. Above all, the plans established by the HWGs are financed by the resources available at the community level (i.e. ADD/ADK) through the standard decision making system of Musrenbang. In this way, the mechanism is well integrated in the political and social systems of the community and administrations.

4.2. Effectiveness

The MTR found that the major objectives of the project pursued by the project management (JICA team + district teams) are (1) setting up a system with which community-driven small-scale health interventions (“PHCI activities”) are financed by the regular budget of the communities (APBDesa) utilising the component of ADD/ADK in particular, and (2) expansion of the coverage of the PHCI activity implementation to all the communities (villages/wards) in the target districts. For these ends, the project has been highly effective, as seen in the achievements on the project purpose indicators. A major contributing factor as identified by the stakeholders during this TE exercise was consolidation of the efforts of four relevant departments of the district governments, namely BAPPEDA, DINKES, BPMD and DPKD.

However, in terms of the capacity building of the district health administration, which is the title of this project, effectiveness of the project was somewhat compromised. By the JICA team assuming the roles and tasks designed to be taken on by the district or provincial administrations as a part of their capacity building for the sake of time efficiency, the capacities of the district and provincial administrations did not develop fully. They are still very dependent on the JICA team in project management without appropriate in-built systems for monitoring and coordination among themselves.

The TE noted (i) the absence of structured approach to capacity building in the project design reflected in the lack of identification of capacity gaps, and (ii) lack of appropriate exit strategies in the project design and/or management as probable factors behind this weakness.

4.3. Efficiency

The project exhibits high efficiency in terms of (i) devising a system that encourages village governments to fund small-scale preventive health interventions of their people’s choice with their regular budget and (ii) getting almost all the communities in the three pilot districts implement the system in just over three years. There are two major factors behind this efficiency.

Firstly, prior to the commencement of the project, JICA made extensive consultations with the district, provincial and national governments to draw up “a blue print” of the system to be implemented, which is totally in line with the national policy and practice of democratic governance and of primary health care. This ground work created good awareness and political support for the PRIMA-K mechanism

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

and by the time the project officially started, all the governmental stakeholders had a clear and united vision as to what is to be achieved through this project.

Secondly, JICA also made sure that the project runs in synchronicity with the government planning cycle by (i) commencing the project immediately after formalisation of the agreement between the two countries even before Japanese experts are recruited to catch up with the official planning cycle and (ii) taking on some of the tasks originally designed to be carried out by the counterpart agencies such as production of the guidelines and training modules and overall management and coordination of the activities at all the levels. A large number of project personnel, many of who were involved in the first phase of the PRIMA-K project, were also deployed by JICA at all levels to assist in implementation and management of the project, without whom the rapid expansion of the coverage would not have been possible.

This style of project management, however, created some degree of dependency on JICA, with some unfavourable implications on the effectiveness of the project as discussed above, and also on the sustainability of the project. The latter will be further discussed under the section of Sustainability.

4.4. Impact

4.4.1. Likelihood of achieving the Overall Goal

The current statuses of the indicators for the three Overall Goals of this project are shown in the table below.

Verifiable indicators	Status	
	Baseline (2011)	30 Sep. 2013
1. Quality of Primary Health Care in the target district is improved.		
1-1. Health Behaviour Indicator ("PHBS Indicator") is improved from 27.5% (2011) to 59% (2017) in Barru, 48.7% (2011) to 80% (2017) in Bulukumba, and 18.25% (2011) to 65% (2017) in Wajo.	Barru: 27.5% Bulukumba: 48.7% Wajo: 18.25%	<u>2012 data</u> Barru: 46.0% Bulukumba: 53.3% Wajo: 24.5%
1-2. Number of Active Desa Siaga is increased in target districts from 56% (2011) to 100% (2017) in Barru, 100% (2011) to 100% (2017) in Bulukumba and 69.87% (2011) to 90% (2017) in Wajo.	Barru: 56% Bulukumba: 100% ⁽¹⁾ Wajo: 69.87%	<u>2012 data</u> Barru: 57.4% Bulukumba: 75.7% ⁽¹⁾ Wajo: 87.5%
2. The mechanism of Primary Health Care in which community and government work together is disseminated.		
2-1. The mechanism of Primary Health Care in which community and government work together is operated in other districts/provinces.	Not yet.	Not yet.
3. Regional Development Mechanism in which community and government work together is strengthened.		
3-1. The mechanism in which community and government work together is applied to other sectors in the target districts.	Not yet.	Not yet.

(1) 2011 survey used the old criteria of Desa Siaga while the 2012 survey used the new ones.

mi

✓

For the overall goal 1, the both indicators show an upward trend except for the second one for Bulukumba, which has some technical issues in data collection. As the health interventions made under this project are extensive but micro and diverse (see Annex 10), their direct impact on these macro indicators is likely to be minimal. In order to see the impact of this project on health, some of the sub-indicators in line with the activities by the HWGs, such as PHBS indicator #6 (use of appropriate sanitation facility) and the criteria 5 of the Desa/Kelurahan Siaga Aktif¹⁴ (“budget allocation in the APBDesa”). Nevertheless, DINKES of the three districts are, in any case, reasonably confident in achieving the targets by the set date in view of various programmes running simultaneously contributing to the improvement for these indicators. The TE was also informed that the significant values of this project is activating HWGs and generating community interest in preventive health interventions, which provide a good ground for any community-level activities organised by Health Centres.

Estimated size of population that gained access to appropriate sanitation through PRIMA-K phase 2

	Barru	Bulukumba	Wajo
2011			
# family toilets constructed by HWGs	56	1,334	875
Average size of a household	4.58	4.38	4.12
Population that gained access to appropriate sanitation	5,843	256	3,605
	9,704		
2012			
# family toilets constructed by HWGs	1,878	562	3,079
Average size of a household	3.74	4.32	3.85
Population that gained access to appropriate sanitation	2,102	8,113	11,854
	22,069		

Source: Impact Survey Sharing Seminar PRIMA Kesehatan Phase 2

The second goal looks promising in view of the interest expressed by several districts and provincial governments in replicating/adopting the mechanism as discussed earlier. Some have already fielded a study tour to the target districts to obtain first-hand information. In view of the above, this goal is likely to be achieved possibly with interesting local adjustments in the mechanism itself.

For the third goal, the PRIMA-K mechanism is not yet well known to other SKPDs in the three districts and as such little interest has been expressed by other sectors at the district level. BPMD is promoting the PRIMA K mechanism, especially the meaningful involvement of the community organisations in Musrenbang through their regular advocacy/orientation sessions for village leaders. In

¹⁴ For a complete set of the PHBS indicators and the criteria of Desa/Kelurahan Siaga Aktif, refer to Annex 11.

addition the BPMD in Barru has a project with Oxfam in 10 selected villages to improve the process of Musrenbang with the PRIMA-K methodology (i.e. guiding community organisations in various sectors to do proper planning and proposal development for discussion at Musrenbang). This kind of active and concrete interventions may be necessary if the Overall Goal 3 is to be achieved.

4.4.2. Positive impact

The project has generated interest in health within the communities producing following positive impact as reported by HCs:

- ♦ higher achievements in various programmes of HCs including “Posyandu” attendance and sanitation coverage;
- ♦ increased visits at health facilities;
- ♦ improved organisation and increased attendance at HC’s field activities;
- ♦ improvements in (some of the) PHBS awareness and practices in communities; and
- ♦ improved cross-programme collaboration within HCs.

The spirit of “gotong royong” is being revived indicated in the overall increase of more than 50% in the amount of funds generated within the community for the purpose of the PHCI activities as shown below.

Amount of voluntary contributions to the PHCI activities in 2011 and 2012

Year		Barru	Bulukumba	Wajo	Total
2011	Total amount (IDR)	46,746,000	5,872,400	152,470,144	205,088,544
	# communities	40	126	128	294
	Average/community (IDR)	1,168,650	46,606	1,191,173	697,580
2012	Total amount (IDR)	152,409,500	12,491,000	237,542,250	402,442,750
	# communities	54	136	176	366
	Average/community (IDR)	2,822,398	91,846	1,349,672	1,099,570
Increase		141.5%	97.1%	13.3%	57.6%

Source: Computed using figures presented in the Project Progress Report 4

Methodologies to avail funds similar to ADD to wards had existed prescribed by the central government before this project but were then hardly utilised by local governments. This project by putting them to use clarified that the prescribed modalities could be modified by individual districts and are actually usable and useful to avail funds to residents of wards, reducing one inequality between residents of villages and wards.

This project also is setting a model of truly participatory village-level Musrenbang, which is still quite often reportedly ceremonial rather than real, dominated by a small number of decision makers.

Inspired by this project, the BPMD in Barru together with Oxfam started in 10 villages to organise Musrenbang in a similar manner, by soliciting inputs largely from the community organisations to be truly a joint and democratic planning opportunity.

4.4.3. Negative impact

Increased workload is commonly reported by HC facilitators as a negative impact of this project. Their grievance is perhaps related to the fact that (i) they are not officially appointed as facilitators and thus (ii) little recognition and incentives are given even though they have to work outside of the official hours as convenient to HWGs. Another factor behind is possibly the diminishing number of facilitators due to transfers, resulting in heavier workload on the remaining facilitators. This issue should be looked into when the district teams institutionalise the PRIMA-K mechanism with appropriate regulations being drafted.

4.5. Sustainability

4.5.1. Financial sustainability

The mechanism developed by the project has a good prospect of financial sustainability. Now that the plans established by the HWGs are financed by the regular budget of the respective communities, they shall be implemented so long as the communities and their leaders appreciate such health-related interventions.

All the district governments have established accounts in their regular budget to cover the expenses related to activities thought to be essential in the mechanism such as annual orientation seminars for community-level stakeholders, re-training of facilitators, planning, financial management and report writing workshops for HWG members and so forth. With this arrangement, so long as the district government sees it appropriate, these activities are financed by the regular budget of the district. On the other hand, the district administrations need to keep in mind the uncertainty about the continuous provision of the BOK fund by the national government, which is currently enabling most of the HC facilitators to do their work in the communities.

4.5.2. Organisational sustainability

On the other hand, organisational sustainability is found to be less solid. The project was designed to set up a system within the existing district administrations to manage the PRIMA-K mechanism so that by the end of it the mechanism could run without outside interventions. As observed earlier, however, the JICA project team has been carrying out or leading many of the tasks that are essential to the operation of the PRIMA-K mechanism, to the extent the mechanism would not run smoothly today without the JICA project personnel. Following the MTR recommendation in March 2013, exit plans were established by identifying (i) tasks carried out by the project personnel and (ii) the right personnel (positions) to take them

mi  

over at the sub-district- and district-levels. The implementation of this exit plan is on-going but at slower rate than desired, with the project personnel still in place. The project is also finding it difficult to internalise these functions, which have been all this while regarded as “additional tasks for the project”, without an appropriate management structure (eg. official assignment of HC/SDO facilitators and a coordinator within the district teams, line of reporting and supervision) in place. The district teams are yet to set up a monitoring system, as the monitoring has been entirely done by the JICA project thus far.

Another issue is the legitimacy base of this inter-sectoral effort. The collaborative framework for the four departments in each district is the MM signed by JICA and the district government specifically for this project. As the effect of the document expires automatically at the end of the project, the district teams need a fresh base for their continued efforts to sustain and promote the mechanism. The same applies to the provincial government. Currently the district and provincial teams are preparing for issuance of Bupati’s/Governor’s regulation and at different stages of their development, all aiming to have them finalised and issued by the end of the project.

4.5.3. Sustainability of the PRIMA-K mechanism as a model

(1) Complexity

The whole mechanism of PRIMA-K may be a little “heavy” for HWGs to handle without facilitators’ assistance, which may also be a reason for many HWGs are not quite self-driven after three cycles of operations. HC facilitators feel there are too many formats for the HWGs to fill¹⁵, whose members often have neither the benefit of a computer nor a lot of time to spend on paperwork especially when they are busy with their livelihood work. In order for the mechanism to sustain, the administrative procedures and corresponding paperwork may need to be simplified further. In this sense, flexible adaptation should be encouraged in an effort of replication.

(2) Motivations

At the community level, quite a few HWGs are reportedly (i) not very active or motivated and would require substantial encouragement to sustain their role, and/or (ii) having problems with their village heads. In addition, the forthcoming elections of village heads in 2014 will inevitably change the leadership in some communities. The district teams will have to consolidate their efforts in soliciting renewed support from the community leaders as well as in keeping the aspirations of the HWGs.

¹⁵ According to the Prima-K guidelines there are altogether 18 formats to fill up for one cycle.

mi, P

CHAPTER 5. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

5.1. Conclusion

The most remarkable achievement PRIMA-K2 is that a HWG, systematically formed in each village of the 3 targeted districts, implements “their” voluntary activities by utilizing the village allocation budget (ADD) and/or other available budget through an existing annual planning process (musrenbang). The project is very relevant addressing such pertinent issues in local governance and community health and the PRIMA-K mechanisms devised and instituted in the three districts (Annex 9) would serve as good references for other districts especially in view of the substantial increase in the amount of ADD expected in near future. The project was also effective and efficient in terms of setting up and operating the mechanisms covering almost all the communities in the three target districts, villages and wards alike. Its impact may not be directly seen in health outcome indicators but it contributes indirectly to the same goals by cultivating the ground for effective and low-cost community health interventions, not unlike Desa/Kelurahan Siaga Aktif. Various health programmes are now reportedly utilizing the HWG structure to implement their activities.

Achievement of the project purpose assessed by the assigned indicators is impressive, though the outputs which are supposed to contribute to this achievement are somewhat underdeveloped. The project somehow made it a priority to set up and implement the system district-wide in the given time frame, with less attention to analyzing and attending to the required capacities at different levels. The capacities have been strengthened in terms of (i) setting up process and procedures (PRIMA-K mechanisms) and (ii) skills to carry out the activities within the mechanisms but not in terms of management of the mechanisms, as aspects of management including monitoring and coordination of various stakeholders at all levels was almost entirely carried out by the JICA project team.

As a consequence, the sustainability of the project is mixed. While good financial sustainability was achieved through integration of the mechanism into the existing system of local administrations, the project still needs to work on strengthening the management capacity of the districts by setting up an appropriate system to monitor and manage the PRIMA-K mechanism instituted through this project.

5.2. Recommendations

Based on the achievements made and the remaining issues identified, it would be crucial for the project to give priorities to establishing appropriate management systems in each district so that the mechanisms set up may be better sustained. At the same time, as these mechanisms of the three districts with slight variations among them would be good references as models for meaningful practice of Musrenbang system and ADD utilisation, and also as they have high potential to contribute to increased effectiveness of the Desa/Kelurahan Siaga Aktif programme, they should be widely disseminated for possible adoption elsewhere. For this purpose, the TE team makes the following recommendations to the

mi, p

/

project and the stakeholders involved.

1) To the PRIMA-K Project Team (by 31st March, 2014)

In view of the limited time available, the Team recommends the following two tasks be treated as priorities, to be completed before the end of the project period.

- ♦ To provide technical support to the district teams in developing an appropriate management system for the operation of PRIMA-K mechanism in each district, which should be included in appropriate authoritative documents such as Bupati's regulation and decree.
- ♦ To compile the tools developed during the project period, including the items listed below, into a "PRIMA-K Tool Package" to serve as a guiding reference for possible replications by interested parties. The production of this package be ideally completed before the planned national seminar before the conclusion of the project so that it could be widely disseminated.
 - PRIMA-K Guidelines
 - Supplement (Implementation Guideline developed in each target districts)
 - Training Modules
 - Budget Estimation
 - Cycle Schedule
 - List of Human Resources and Assignments
 - Sample of Governor's decree
 - Tutorial DVD
 - Examples of measures taken by a district for facilitation of the system to the lower administrations

2) To the District Teams of Barru, Bulkumba and Wajo

- ♦ As a matter of priority, an appropriate management system for operation of the PRIMA-K mechanism be designed and instituted. The system should include, among others,
 - (i) process and procedures for inter-agency collaboration and coordination;
 - (ii) monitoring system with clear indicators (data/information to be periodically collected), sources of the information, responsible parties and frequency of data collection, compilation and analysis, as well as flow of the information for appropriate and timely decision makings; and
 - (iii) a system to retain a pool of trained facilitators at every HC and SDO and to ensure supportive environment for them to function effectively and efficiently with good motivation in each sub-district. This may include (a) official appointment of facilitators at HCs and SDOs

through decrees (SK), (b) organising them into sub-district teams with appointed team leaders or coordinators and (c) ensuring supportive supervision provided by appropriate individuals/parties.

- ♦ Have the devised management mechanism officially gazetted through appropriate authoritative documents such as Bupati's regulations and decrees.
- ♦ Consider possible application of the mechanism in other sectors than health.

3) To the Provincial Team

- ♦ Play facilitative roles for other districts in the province to adopt the PRIMA-K mechanism as a team as already started and also as individual agencies in line with the official mandate.
- ♦ As it is a new and challenging task for the provincial government to orchestrate inter-sectoral efforts in facilitating autonomous districts in implementation of a programme without provision of funds, the team may like to:
 - (i) consider drawing up an united vision on the goals and modalities of this initiative of dissemination for the sake of effective inter-agency collaboration; and
 - (ii) set up an effective mechanism of inter-agency collaboration/coordination for the purpose mentioned above. This may include (a) identifying and assigning certain tasks to appropriate entities/individuals and (b) setting up a monitoring and reporting system; and
 - (iii) document the above in appropriate media such as a Governor's regulation/decreed, which would also legitimise actions/interventions for specific districts. .

4) To the Central Government

a) Center for Health Promotion, Ministry of Health

For the sake of synergising the effects of this project with the Desa/Kelurahan Siaga Aktif programme, the Promkes is encouraged to:

- ♦ Examine the PRIMA-K mechanism and the initiatives happening in the 3 districts to synergise the effects of the PRIMA-K and Desa/Kelurahan Siaga Aktif, and analyse the points which strengthen Desa/Kelurahan Siaga Aktif;
- ♦ Disseminate the good practices in this project nationwide and encourage their replications as appropriate.

b) Ministry of Home Affairs

In view of the accomplishment of this project in terms of (i) strengthening local governance

including democratic and transparent utilisation of ADD, and also for the sake of (ii) the community empowerment in Desa/Kelurahan Siaga Aktif, MoHA is invited to:

- ♦ Examine the PRIMA-K mechanism and the initiatives happening in the 3 districts to synergise the effects of the PRIMA-K and DSA, and analyse points which strengthen Desa/Kelurahan Siaga aktif (DKSA);
- ♦ Disseminate the good practices in this project nationwide and encourage their replications as appropriate.

5) JICA

JICA is to consider:

- ♦ instituting occasional monitoring visits to the three districts as well as to the province, to provide moral support even after the project is concluded;
- ♦ possible future technical assistance utilising the benefit and lessons learnt from this project

mi, P

P

ANNEX IX Project Design Matrix (ver. 1)

Project Title: Technical Cooperation Project for Improvement of District Health Management Capacity in South Sulawesi Province (PRIMA Kesehatan) Phase 2

Project Period: November 2010 - March 2014

Target Group: Provincial Government (Regional Development Planning Board (BAPPEDA), Health Office, Community Empowerment, Village and Ward Governance Board (BPMPDK)

Target Area: 3 districts in South Sulawesi

District Government (Health Office, Community and Village Empowerment Board (BPM), Regional Development Planning Board (BAPPEDA), Financial Management Office (DPKD)

Health Center, Sub-district Office, Village Team (=Health Working Group:HWG) (planning and implementation unit of PHCI activities, consisting of stakeholders such as LPMD/LPMK/LKD/LKK, PKK, Desa Siaga Forum etc.)

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
OVERALL GOAL			
1 Quality of Primary Health Care in the target districts is improved	1-1 Health Behavior (PHBS) Indicator is improved: from 27.50%(2011) to 59%(2017) in Barru, from 48.7%(2011) to 80%(2017) in Bulukumba, from 18.25%(2011) to 65%(2017) in Wajo 1-2 Number of Active Desa Siaga is increase in target districts: from 56%(2011) to 100%(2017) in Barru, from 100%(2011) to 100%(2017) in Bulukumba, from 69.87%(2011) to 90%(2017) in Wajo	Statistical report of District/Provincial Health Office Statistical report of District/Provincial Health Office	
2 The mechanism of Primary Health Care in which community and government work together is disseminated	2-1 The mechanism of Primary Health Care in which community and government work together is operated in other districts/provinces.	Province and District governments' records	
3 Regional Development Mechanism in which community and government work together is strengthened	3-1 The mechanism in which community and government work together is applied to other sectors in the target districts.	District governments' records	
PROJECT PURPOSE			
The mechanism of Primary Health Care in which community and government work together is established and operated in the target districts	1. Percentage of Villages completing community centered PHCI (Primary Health Care Improvement) activity cycle : at least 80% in the target districts 2. The mechanism of Primary Health Care in which community and government work together is institutionalized and stipulated in district's official documents (such as; District Long-term Development Plan, District Mid-term Development Plan, District Annual Working Plan, Strategic Plan of related District Government Institutions (SKPD), and other laws and regulations)	Project monitoring reports (such as project monitoring data, training record and Project Progress Reports) District Official Documents	<ul style="list-style-type: none"> * There will be no major natural calamity, economic turmoils and/or outbreak of diseases. * The national policy on Desa Siaga remains unchanged The national policy on decentralization remains unchanged
OUTPUTS			
1. Capacity of community to conduct community centered PHCI (Primary Health Care Improvement) activities in line with the local governance system is strengthened	1-1 Number of Village Team established for PHCI activities: at least 85 % from all village in the target districts 1-2 Number of Village Team members trained as implementer of PHCI activity cycle: at least 6 members/Village Team 1-3 Number of Village team that develop and submit PHCI action plan to village government : at least 90% from all Village Team in the target district 1-4 Number of village that allocated budget for community centered PHCI activities: stipulated in Village Annual Budget Plan : at least 75% of villages in target districts) 1-5 Number of activities in action plan that is implemented by using village or district government fund: at least 95% 1-6 Number of Village Team that submitted activity and financial report to the Village Government : at least 95% of village teams which received fund from village government	Project monitoring reports Project monitoring reports Project monitoring reports Village Budget Plan Project monitoring reports Project monitoring reports	<ul style="list-style-type: none"> * Target district disburse required fund for the project activities as planned * Target districts (particularly Regent and Parliament) politically support the project. * The national policy on ADD (Village Allocation Budget) remains unchanged * The national policy on BOK (Health Operational Assistance Fund) remains unchanged

Annex 1: PDM Ver. 1

2	Capacity of Health Center and Sub-District Office to facilitate and support community centered PHCI activities is strengthened	2-1	Number of Health Center and Sub-District Office staff trained as facilitators : at least 6 members/Health Center and 3 members/Sub-District	Project monitoring reports
		2-2	Number of trained facilitators from Health Center and Sub-District Office who become trainer in training for village: at least 60%	Project monitoring reports
		2-3	Number of training workshops conducted by Health Centers and Sub-District Office for village people (3 workshops/year)	Project monitoring reports
		2-4	Frequency of visiting village by facilitators from Health Center to facilitate and monitor PHCI activity by community: at least 12 times/Health Center/year	Health Center monitoring record Project monitoring reports
		2-5	Number of Health Center which allocate budget for monitoring and providing technical support for community centered PHCI activities: at least 80%	Health Center Budget Plan
		2-6	Number of Activity and Financial Report of Village Team that consulted and verified by Sub-district Office: at least 80 %	Sub-District monitoring record/Project monitoring reports
		2-7	Number of Health Center that conduct Mini-Workshop involving Village Team: 60%	District monitoring record Project monitoring reports
3	Capacity of District to manage community centered PHCI activities is strengthened	3-1	One District Team established in each district (members: Health Office, Community and Village Empowerment Board (BPMD), Regional Development Planning Board (BAPPEDA) and Financial Management Office (DPKD))	District monitoring record Project monitoring reports
		3-2	Number of District Team members trained :at least 70%	Project monitoring reports
		3-3	Allocation of district budget stipulated in District Annual Budget Plan to support community centered PHCI activities (socialization, training, monitoring and village activity implementation)	District Budget Plan
		3-4	Regular support by District Government staff for community centered PHCI activities : Frequency of monitoring (12 times/year), coordination meeting (4 times/year), Number of socialization and training conducted by District Government (1 time/year)	District monitoring record Project monitoring reports
		3-5	Guideline and Manuals for PHCI activities are developed by District team : 1 (one) reference book (=supplement book)/year in each target district as the district guideline	Guideline, manuals
		3-6	Percentage of budget actualization which is planned for community centered PHCI activity from district budget (ADD, grant, APBD, operational budget): at least 70%	Project monitoring reports
		3-7	Official documents issued by District Government that support internalization of PHCI Mechanism such as recommendation, Head of District Decree, District Circular Letter, Head of District Regulation, District Government Regulation.	District Official Documents
		3-8	Endline data is prepared and analyzed by District Team at the end of Project	Report of Implementation Data
4	Capacity of Province to supervise and disseminate community centered PHCI activities is strengthened	4-1	One Provincial Team is established in South Sulawesi Province	Project monitoring reports
		4-2	Number of Provincial Government staff trained: at least 6 persons trained	Project monitoring reports
		4-3	Frequency of coordination meeting among Provincial Government staff at least 2 times/year	Meeting memo (minutes)
		4-4	Availability of provincial plan on strategy for dissemination of the PHC mechanism	Provincial Official Document/Project monitoring
		4-5	Frequency of monitoring by Provincial Government staff: at least 2 times/year	Province monitoring record Project monitoring reports
		4-6	Number of socialization/dissemination workshop/seminar conducted: at least 5 times/year	
		4-7	Allocation of provincial budget stipulated in Provincial Annual Budget Plan to support community centered PHCI activities (socialization, monitoring and dissemination)	Province Budget Plan
		4-8	Frequency of consultancy to Central Government: at least 2 times/year	
		4-9	Training Module and Guideline for PHCI activities are developed by Provincial Team: 1 (one) Guideline book and 1 (one) training module	

Annex 1: PDM Ver. 1

Project Design Matrix (ver. 1)

NARRATIVE SUMMARY ACTIVITIES	INPUTS		IMPORTANT ASSUMPTION
	JAPANESE SIDE	INDONESIAN SIDE	
<p>Output 1: Capacity of community to conduct community centered PHCI (Primary Health Care Improvement) activities in line with the local governance system is strengthened</p> <p>1-1 District conduct socialization workshop for Heads of Village, Health Center and Sub-district office</p> <p>1-2 District conduct village socialization workshop for Community at each village</p> <p>1-3 District facilitate Village in organizing Village Team</p> <p>1-4 Village (re)organize Village Team (Health Working Group:HWG)</p> <p>1-5 Village propose/develop APBDesa (Annual Village Budget Plan) including budget plan for ADD (Village Allocation Budget) covering budget allocation for PHCI activities</p> <p>1-6 District conduct training workshop for Village Cadres to support the process of PHCI plan development</p> <p>1-7 District conduct training workshop on problem analysis and PHCI activity cycle for Village Team</p> <p>1-8 Village Team conduct problem analysis workshop and develop mid term and annual PHCI action plan</p> <p>1-9 Village Team propose the PHCI Plan to Village Government through the existing village planning system such as Musrenbang</p> <p>1-10 District conduct training on financial management (accountability) and reporting for the Village Teams</p> <p>1-11 Village Team implement, monitor and review the PHCI activities based on the action plan</p> <p>1-12 Village Team develop and submit activity and financial report of the PHCI activities to the District</p> <p>Output 2: Capacity of Health Center and Sub-District Office to facilitate and support community centered PHCI activities is strengthened</p> <p>2-1 District conduct socialization workshop on PHCI activities for Health Center and Sub-District</p> <p>2-2 District conduct training for Health Center and Sub-District Office on facilitating PHCI activities at village level</p> <p>2-3 Health Center share health information and data with Village Team to analyze PHC condition at each village</p> <p>2-4 Health Center and Sub-District Office facilitate and monitor PHCI activities at village level and provide technical consultation to Village Team</p> <p>2-5 Health Center develop/adjust their action plan of preventive and promotive activities based on community needs</p> <p>2-6 Health Center conduct preventive and promotive activities based on community needs</p> <p>2-7 Sub-district facilitate and support the Village Team in developing the activity and financial report</p> <p>2-8 District facilitate and monitor Health Center to conduct cross sector Mini Workshop involving Village Team</p> <p>2-9 Health Center conduct cross sector Mini Workshop involving Village Team</p> <p>Output 3: Capacity of District to manage community centered PHCI activities is strengthened</p> <p>3-1 District reorganize District Team</p> <p>3-2 Expert Team conduct training for District Team</p> <p>3-3 District Team confirm Base-line data and determine the target values of the indicators</p> <p>3-4 District Team develop detail annual implementation plan and budget plan to manage PHCI activities in the annual work plan of District (Operational Cost)</p> <p>3-5 District Team develop/revise guideline and manuals for community centered PHCI activities in line with existing programs and mechanism</p>	<p>1. Japanese Experts (1) Program Coordination/Local Governance (Team Leader) (2) Local Financial Management (3) Community Participatory Planning (4) Primary Health Care (5) Coordinator / Training Management</p> <p>2. Local Consultants as Facilitators</p> <p>3. Counterpart Training in Japan</p> <p>4. Local Cost (1) Cost for initial socialization, initial training (2) Cost for operating Project Office (3) Cost for monitoring by Japanese Experts (4) Cost for exchange programs</p>	<p>1. Village Government (1) Village Team (2) Local Cost -Cost for implementing PHCI activities planned by community</p> <p>2. Health Center (1) Health Center Team (2) Local Cost -Cost for facilitating PHCI activities planned and conducted by community (workshops, monitoring and technical support)</p> <p>3. District Government (1) Counterpart Personnel (District Team) (2) Project Office Space and Facilities (3) Local Cost -Cost for Monitoring by District Officers -Cost share for Socialization, Training, Workshops at District level -Budget allocation for PHCI activities at village level -Travel cost for district officers to attend workshops and meetings such as Steering Committee, Joint Coordinating Committee</p>	

- 83 -

M,
A
A

Annex 1: PDM Ver. 1

<p>3-6 District Team conduct socialization and training for Village Team, Health Center and Sub-District</p> <p>3-7 District appraise and approve Village budget plan including proposal of Village Team</p> <p>3-8 District disburse ADD (& APBD) to Village including budget for community centered PHCI activity</p> <p>3-9 District Team monitor PHCI activities</p> <p>3-10 District Team hold coordination meeting and review meeting at district level</p> <p>3-11 District Team facilitate District Government and District Parliament to institutionalize the mechanism of Primary Health Care</p> <p>3-12 District Team collect End-line Data and report it to Provincial Team</p>		
<p>Output 4: Capacity of Province to supervise and disseminate community centered PHCI activities is strengthened</p> <p>4-1 Province organize Provincial Team including Regional Development Planning Board, Health Office, and Community</p> <p>4-2 Expert Team conduct training (Provincial Training of Trainers) for Provincial Team</p> <p>4-3 Provincial Team hold coordination meeting</p> <p>4-4 Provincial Team supervise and monitor Project activities</p> <p>4-5 Provincial Team develop strategy plan to disseminate the mechanism of Primary Health Care</p> <p>4-6 Provincial Team report the progress of the project activities to Central Government</p> <p>4-7 Provincial Team hold experience sharing/dissemination seminar for other districts and provinces</p> <p>4-8 Provincial Team develop and revise Training Module and Guideline for community centered PHCI activity which are in line with existing program/mechanism</p>		<p>4. Provincial Government</p> <p>(1) Counterpart Personnel (Provincial Team)</p> <p>(2) Project office space and facilities</p> <p>(3) Local Cost</p> <p>-Cost for Monitoring by Provincial Officers</p> <p>-Cost share for dissemination events at provincial level (socialization, seminars)</p> <p>-Travel cost for provincial officers to attend workshops and meetings such as Steering Committee, Joint Coordinating Committee</p>

Handwritten marks: a checkmark and some illegible scribbles.

Annex 2: Plan of Operations Ver. 3 (Feb. 2013)

Output 3: Capacity of District to manage community centered PHCI activities is strengthened			
3-1 District reorganize District Team	DT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
3-2 Expert Team conduct training for District Team	EXP	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
3-3 District Team confirm Base-line data and determine target values of the indicators	DT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
3-4 District Team develop detail annual implementation plan and budget plan to manage PHCI activities in the annual work plan of District (Operational Cost)	DT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
3-5 District Team develop/revise guideline and manuals for community centered PHCI activities in line with existing programs and mechanism	DT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
3-6 District Team conduct socialization and training for Village Team and Health Center and Sub District	DT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
3-7 District appraise and approve Village budget plan including proposal of Village Team	DT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
3-8 District disburse ADD (& APBD) to Village including budget for community centered PHCI activity	KBU	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
3-9 District Team monitor PHCI activities	DT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
3-10 District Team hold coordination meeting and review meeting at district level	DT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
3-11 District Team facilitate District Government and District Parliament to institutionalize the mechanism of Primary Health Care	DT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	Included in district budget plan 2013
3-12 District Team collect End-line Data and report it to Provincial Team	DT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
Output 4: Capacity of Province to supervise and disseminate community centered PHCI activities is strengthened			
4-1 Province organize Provincial Team including Regional Development Planning Board, Health Office, and Community Empowerment, Village and Ward Governance Board	PT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	Issuing of official assignment letter
4-2 Expert Team conduct training (Provincial Training of Trainers) for Provincial Team	EXP	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
4-3 Provincial Team hold coordination meeting	PT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
4-4 Provincial Team supervise and monitor Project activities	P-DK P-PMD	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
4-5 Provincial Team develop strategy plan to disseminate the mechanism of Primary Health Care	PT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
4-6 Provincial Team reports the progress of the project activities to Central Government	PT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
4-7 Provincial Team hold experience sharing/dissemination seminar for other districts and provinces	PT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	
4-8 Provincial Team develop and revise Training Module and Guideline for community centered PHCI activity which are in line with existing program/mechanism	PT	Plan (as of Nov. 2010) Adjustment Actual	

-86-

M, P
1

Annex 3: List of persons/parties consulted


Name	Organisation		Position
Barru			
06 December 2013 (HC-SDO Interview)			
A. Hilmanidah	SDO	Barru Sub-District	Secretary
Marlina Amin	SDO	Barru Sub-District	SDO Facilitator
Hj. Andi Marola, SKM, M.Kes	HC	Padongko Health Center	Head
Asrianti, SKM	HC	Padongko Health Center	HC Facilitator
Muh. Alidin, S.Kep	HC	Palakka Health Center	Head
H.M.Irwan, S.Kep. Ns	HC	Palakka Health Center	HC Facilitator
Hj. I. Calli	SDO	Tanete Riaja Sub-District	Secretary
A. M. Sigit	SDO	Tanete Riaja Sub-District	SDO Facilitator
Sanasiah	HC	Ralla Health Center	HC Facilitator
Mansur, S.Kep	HC	Ralla Health Center	HC Facilitator
Makmur, S.Sos, M.Kes	HC	Lisu Health Center	Head
Marlia, SKM	HC	Lisu Health Center	HC Facilitator
Ibardamadi	SDO	Balusu Sub-District	Staff
Muhajir	SDO	Balusu Sub-District	SDO Facilitator
Muhiddin, S.Sos	HC	Madello Health Center	Head Division of General Affairs
Ns. Muliadi, S.Kep	HC	Madello Health Center	HC Facilitator
Najemiah	SDO	Tanete Rilau Sub-District	SDO Facilitator
St. Rafiati Aliyah	SDO	Tanete Rilau Sub-District	SDO Facilitator
Idris, S.Kep, M.Kes	HC	Pekkae Health Center	Head
Saparuddin, AMK	HC	Pekkae Health Center	HC Facilitator
Rahmi Suwaidy	SDO	Soppeng Riaja Sub-District	SDO Facilitator
Zainal Abbas	SDO	Soppeng Riaja Sub-District	SDO Facilitator
A. Badaruddin, S.Sos	HC	Mangkoso Health Center	Head
Titin Hartatik, SKM	HC	Mangkoso Health Center	HC Facilitator
Fatmawati. A. Aziz	SDO	Mallusetasi Sub-District	Secretary
Muh. Jufri, S.Sos	HC	Palanro Health Center	Head
Arianti, SKM	HC	Palanro Health Center	HC Facilitator
Riska Asri, SKM	HC	Palanro Health Center	HC Facilitator
Khadijah. B, SKM	HC	Bojo Baru Health Center	HC Facilitator
Fitriani Asna, AMKL	HC	Bojo Baru Health Center	HC Facilitator
Rizal Husain, SKM	HC	Bojo Baru Health Center	HC Facilitator
Sukur	SDO	Pujananting Sub-District	SDO Facilitator
Arifuddin, SKM, M.Kes	HC	Pujananting Health Center	Head
Halal, SKM	HC	Pujananting Health Center	HC Facilitator
H. Haris, S.Kep. M.Kes	District Team	Health Office	Staff
A. Pananrang, SKM, M.Epid	District Team	Health Office	Staff
Idalal		Bappeda	Staff
Multazam Jamal, S.Sos	District Team	BPMD	Staff
H. Takbir, SKM	District Team	Health Office	Staff
Drs. H. Udding	District Team	Bappeda	Secretary
Hj. Nur Jannah, SKM, M.Kes	HC	Palakka Health Center	HC Facilitator
dr. H. Haryanda, M.Kes	District Team	Health Office	Head
Jamaluddin, S.Sos	District Team	BPMD	Secretary
M. Najib Djunaidi, SE	District Team	Mining Office	Secretary
A. Pananrang, SKM, M.Epid	District Team	Health Office	Staff
Drs. H. Udding	District Team	Bappeda	Secretary
H. Takbir, SKM	District Team	Health Office	Staff

m, P

1

Annex 3: List of persons/parties consulted

Name	Organisation		Position
Bulukumba			
A. Rukmini	SDO	Ujung Bulu Sub-District	Head Section of Village Community Empowerment
Emawati	SDO	Ujung Bulu Sub-District	Facilitator
dr. H. Abdur Rajab	HC	Caile Health Center	Head
Nurbaya Abdullah	HC	Caile Health Center	Head Section of Social Welfare
H. Andi Rahmat	SDO	Ujung Loe Sub-District	Facilitator
Sri Kartini	SDO	Ujung Loe Sub-District	Representative of Head
Rahman Tahir	HC	Ujung Loe Health Center	Facilitator
A. Parawansya	HC	Ujung Loe Health Center	Head
Suriaman, SKM	HC	Pallangisang Health Center	Facilitator
Ariani Arif, SKM	HC	Pallangisang Health Center	Head
St. Dahriah, SKM, M.Kes	HC	Manyampa Health Center	Facilitator
Sulastri	HC	Manyampa Health Center	Facilitator
Masnaeda, SKM	HC	Bonto Bahari Health Center	Facilitator
H. Asdar	SDO	Bonto Bahari Sub-District	Facilitator
A. Bau Tenri, S.Sos	SDO	Bonto Tiro Sub-District	Facilitator
Nurmi, SKM	HC	Bonto Tiro Health Center	Head
Muh. Zainuddin	HC	Bonto Tiro Health Center	Facilitator
Nasiruddin	HC	Batang Health Center	Head
Magawati	HC	Batang Health Center	Facilitator
A. Gusti	SDO	Herlang Sub-District	Head
Abbas	SDO	Herlang Sub-District	Head
Jumali	HC	Herlang Health Center	Facilitator
Sirajuddin	HC	Herlang Health Center	Facilitator
Asma	HC	Karassing Health Center	Facilitator
A. Surakati	SDO	Kajang Sub-District	Acting Head
Rostia, SE	SDO	Kajang Sub-District	Facilitator
Hadra Syam	HC	Kajang Health Center	Facilitator
A. M. Suryadi	HC	Kajang Health Center	Head
Syakir, SKM	HC	Lembanna Health Center	Facilitator
Sudirman	HC	Lembanna Health Center	Facilitator
Ferawati, SKM	HC	Tanah Toa Health Center	Facilitator
dr. Wahyuni	HC	Tanete Health Center	Head
H. Hasraruddin	SDO	Bulukumpa Sub-District	Facilitator
A. Zainuddin	SDO	Bulukumpa Sub-District	Facilitator
Anjas Marhadi	HC	Tanete Health Center	Facilitator
Darmawati, SKM	HC	Salassae Health Center	Head
Syamsul Alam	HC	Salassae Health Center	Facilitator
Abdul Haris, S.Pd	SDO	Rilau Ale Sub-District	Facilitator
H. A.Suardi	SDO	Rilau Ale Sub-District	Head
Syamsuddin	HC	Bonto Bangun Health Center	Representative of Head
Arman, S.Kep	HC	Bonto Bangun Health Center	Facilitator
A. Jamal Marwan	SDO	Gantarang Sub-District	Facilitator
dr. Marwah	HC	Gattareng Health Center	Head
Fuadi, SKM	HC	Gattareng Health Center	Facilitator

mi 

1

Annex 3: List of persons/parties consulted

Name	Organisation		Position
Bulukumba			
Nilawati, SKM	HC	Ponre Health Center	Facilitator
Hasbiah	HC	Ponre Health Center	Head
Asriadi, S.Sos	SDO	Kindang Sub-District	Facilitator
H.A.Awaluddin	SDO	Kindang Sub-District	Secretary
Hj. Nursimin	HC	Balibo Health Center	Representative of Head
Megawati	HC	Balibo Health Center	Facilitator
Edy Rahmat Kurnia	HC	Borong Rappoa Health Center	Facilitator
Ahmad Arfan	District Team	Former: Bappeda (Current: Living Environmental Office)	Head
Hj. Kustigawati	District Team	Health Office	Head Section of Health Promotion & Community Empowerment
Fitrah	District Team	Health Office	Staff of Community Empowerment and Environmental Health
Hasminah	District Team	DPKD	Head of Sub-Division of Financial
Rakhmat Riswan	District Team	Health Office	Head Division of Program
Ihwan	District Team	Health Office	Head Section of Surveillance and Disease Prevention, Immunization & Dimensional Health
Hj. A. Chadi A	District Team	Health Office	Staff of Program

Name	Organisation		Position
Wajo			
H. Andi Syahril Makkuradde, SE, M.Si	SDO	Tempe Sub-District	Head
Fitriani	SDO	Tempe Sub-District	Facilitator
dr. H.M. Nur Tangsi	HC	Tempe Health Center	Head
Bambang Setiawan, A.md.Kep	HC	Tempe Health Center	Facilitator
dr. Andi Ela Hafid	HC	Salewangeng Health Center	Head
Arlis Fitriani, AMG	HC	Salewangeng Health Center	Facilitator
dr. Andi Asdiyati	HC	Pattirosompe Health Center	Head
Sunarti, A.Md.Kep	HC	Pattirosompe Health Center	Facilitator
Drs. Andi Manussa, S.Sos	SDO	Tanasitolo Sub-District	Head
Dra. Hj. Hasri Murni	SDO	Tanasitolo Sub-District	Facilitator
dr. Susanty Said	HC	Tanasitolo Health Center	Head
Darmawangsa	HC	Tanasitolo Health Center	Facilitator
dr. Hj. Maskura Syam	HC	Wewangrewu Health Center	Head
Sulfiana, A.Md.Kep	HC	Wewangrewu Health Center	Facilitator
Drs. H. Andi Arief, M.H	SDO	Maniangpajo Sub-District	Head
Kasmawati	SDO	Maniangpajo Sub-District	Facilitator
Misbahuddin	HC	Maniangpajo Health Center	Facilitator
Drs. H. Andi Cakunu, M.Si	SDO	Gilireng Sub-District	Head
Hamka H, S.Pd, M.Si	SDO	Gilireng Sub-District	Facilitator
dr. Karmiladi	HC	Gilireng Health Center	Head
H.Ahmad Jahran, AP, M.Si	SDO	Belawa Sub-District	Head

m

A

Annex 3: List of persons/parties consulted

Name		Organisation	Position
Wajo			
Sitti Abadi	SDO	Belawa Sub-District	Facilitator
drg. Suhada T	HC	Belawa Health Center	Head
Fitriyanti, S. Kep	HC	Belawa Health Center	Facilitator
Ratna, SKM	HC	Sappa Health Center	Head
Nurhidayah, S. Kep. Ns	HC	Sappa Health Center	Facilitator
Agustiati, S. Sos, M. Si	SDO	Sajoanging Sub-District	Facilitator
dr. Hj. Mardiana	HC	Sajoanging Health Center	Head
Nur Eni, A. Md. KL	HC	Sajoanging Health Center	Facilitator
dr. Lauw	HC	Salobulo Health Center	Head
Hadinda, SKM	HC	Salobulo Health Center	Facilitator
Andi Sudamin, S. Sos, MM	SDO	Pitumpanua Sub-District	Head
Irman Jaya, S. Sos	SDO	Pitumpanua Sub-District	Facilitator
H. Aminuddinsyah, SKM, M. Kes	HC	Pitumpanua Health Center	Head
Rosmiati, A. Md. Kep	HC	Pitumpanua Health Center	Facilitator
Hj. Andi Bese Suhaemi, S. Sos	SDO	Takkalalla Sub-District	Head
Andi Sriwati, SP	SDO	Takkalalla Sub-District	Facilitator
dr. Andi Mammiwati P, S. Ked	HC	Takkalalla Health Center	Head
Sry Wahyuni Silya, A. Md. Kep	HC	Takkalalla Health Center	Facilitator
dr. St. Dusfrah M, S. Ked	HC	Parigi Health Center	Head
Hasriani, A. Md. Kep	HC	Parigi Health Center	Facilitator
Drs. H. Andi Temmanengnga, MM	SDO	Majauleng Sub-District	Head
Andi Tatta	SDO	Majauleng Sub-District	Facilitator
dr. Baso Amri, S. Ked	HC	Majauleng Health Center	Head
Andi Batari Toja	HC	Majauleng Health Center	Facilitator
dr. Jumadil, S. Ked	HC	Tosora Health Center	Head
Rosmayani, A. Md. Kep	HC	Tosora Health Center	Facilitator
Andi Ihsan, S. PT, M. Si	SDO	Pammana Sub-District	Head
Sitti Aisyah, S. Sos	SDO	Pammana Sub-District	Facilitator
drg. Asmaningsih	HC	Pammana Health Center	Head
Andi Hasnidar, A. Md. Kep	HC	Pammana Health Center	Facilitator
dr. Hj. Nursiah	HC	Lempa Health Center	Head
Hj. Sri Wahyudiningsih, Nurs	HC	Lempa Health Center	Facilitator
H. Arman, S. IP	SDO	Sabbangparu Sub-District	Facilitator
drg. Gusna Rosni Jatih	HC	Sabbangparu Health Center	Head
Thamlika, A. Md. Kep	HC	Sabbangparu Health Center	Facilitator
Muh. Ruslimin L, A. MK	HC	Liu Health Center	Head
Azis, SKM	HC	Liu Health Center	Facilitator
Andi Pameneri, S. STP, M. Si	SDO	Keera Sub-District	Head
Asrijal, S. Sos	SDO	Keera Sub-District	Facilitator
Mustakim, SKM	HC	Keera Health Center	Head
Hamzah, A. Md. KL	HC	Keera Health Center	Facilitator
Syamsul Bahri, S. IP, M. Si	SDO	Bola Sub-District	Head
Andi Jumrah, SE	SDO	Bola Sub-District	Facilitator
dr. Andi Isna Fitriani, S. Ked	HC	Solo Health Center	Head
Yuni Fasiati, A. Md. Kep	HC	Solo Health Center	Facilitator
Syamsu Alam, S. Sos	SDO	Penrang Sub-District	Head
Rosmini	SDO	Penrang Sub-District	Facilitator
dr. Husmiani, S. Ked	HC	Penrang Health Center	Head
Rudi Hartono, SKM	HC	Penrang Health Center	Facilitator

mi, D

1

Annex 3: List of persons/parties consulted

Name	Organisation		Position
Wajo			
Dr. H. Abdul Azis, M.Kes	District Team	Health Office	Head
Drs. H. Lukman Anang	District Team	Bappeda	Head Division of Socio-Culture
Sultan Makkulle, AP, M.Si	District Team	Bappeda	Head Division of Macro Planning and Regional Development Planning, Bappeda
Saiful, SE	District Team	BPMPD	Head of Sub-Division of Organization Development, Village/Ward Income and Wealth
Drs. Muh. Arief, MM	District Team	Former: BPKD (Current: Education Office)	
drg. Nur Asri Idrus, M.Kes	District Team	Health Office	Head Division of Health Care
Andi Sabriaksa, SKM	District Team	Health Office	Head Section of Pharmacy
Abd. Kadir, SKM, M.Kes	District Team	Health Office	Head Section of Health Promotion
Hj. Nahda, SKM	District Team	Health Office	Head Section of Mother and Child Health
Anna Widyastuti, SKM	District Team	Health Office	Staff of Non-Infectious Disease Controlling and Health Dimensional
A. Sumange Alam, SKM, M.Kes	District Team	Health Office	Staff of Planning and Reporting
Hartini Basir, SKM	District Team	Health Office	Staff of Planning and Reporting
Syamsu Marlin, SKM	District Team	Health Office	Staff of Non-Infectious Disease Controlling and Health Dimensional

Name	Organisation		Position
Provincial Government			
Drs. Haryamin, APT, M.Kes (M)	Provincial	PROMKES, DINKES	Head Section of Health Promotion and Community Empowerment
dr. H.A. Mappatoba, DTAS, MBA	Provincial	DINKES	Head Division of Community Health
Sri Wahyuni	Provincial	DINKES	Health Promotion and Community Empowerment
Drs. A. Irawan Bintang, MT	Provincial	BAPPEDA	Head of Division of Organizational and Human Resources Development
M. Ilyas Idris, S.Sos	Provincial	BAPPEDA	Acting Section Head of Human Resource Development
Ir. H. Muhammad Kasim Alwi	Provincial	BPMPDK	Head, BPMPDK
Drs. H. Sentoto Irawan D. M.Si	Provincial	BPMPDK	Secretary, BPMPDK
Ir. Musran A. Muchsin, M.Si	Provincial	BPMPDK	Head, sub-division of programme
Zulkifli, S.STP, M.Si	Provincial	BPMPDK	Div. Institution and Socio-Culture
Ministry of Health			
drg. Rarit Gempari, MARS	National	PROMKES, Min. of Health	Head of Division of Community Empowerment and Partnership
JICA Project Team			
Kumiko Kasai	Team Leader		
Ayumi Kawara	Project Coordinator / Training Management		
Ir. Burhanuddin Kadir	Advisor		
Ricky Djodjoko	Provincial Coordinator		
A. Bulan Pumana	Field Operation Specialist		

mi, A

A

Annex 4: List of JICA Project Personnel

No	Name	Position	Duration	Man-months (30 Nov 2013)
Long Term Expert				
1	SASAKI Masako	Program Coordination / Local Governance (Team Leader)	9 Mar - 29 Nov 2011	8.7
2	KASAI Kumiko	Program Coordination / Local Governance (Team Leader)	9 Dec 2012 -	11.7
3	KAWARA Ayumi	Project Coordinator / Training Management	26 Feb 2011-	33.0
Short Term Expert				
1	ISHIBASHI Akiko	Primary Health Care	6-29 Nov 2011	0.8
2	HATTA Saeko	Primary Health Care / Community Development	21 Dec 2011 - 10 Feb 2012	2.1
3	KASAHARA Hikaru	Impact Survey	21 Sep 2013 - 21 Oct 2013 11 Nov 2013 -	1.9
Provincial Staff				
1	Ir. Burhanuddin Kadir	Advisor	1 Oct 2011 -	26.0
2	Ricky Djodjobo	Provincial Coordinator	1 Jan 2011 -	35.0
3	KATO Kazumi	Project Officer for General Affairs	1 Jan 2011 -	35.0
4	A. Bulan Pumama	Field Operation Specialist	1 Nov 2011 - 31 Mar 2012 11 Jun 2012 -	22.7
5	Rizeria Ada	Project Assistant	2 Apr - 30 Jun 2012	3.0
6	Noval Rahman	Public Relation Officer	1 Jan 2011 -	35.0
7	Nita Arianti	Secretary / Interpreter	1 Jan 2011 -	35.0
8	Fatmawaty Nur	Secretary / Interpreter	18 May 2011 -	6.6
9	Nanda Sukmawati Kartika	Secretary / Interpreter (maternity relief)	1 Oct 2011 -	26.0
10	Sukmawati	Secretary / Interpreter (maternity relief)	27 Nov 2013-	0.1
District Coordinator				
1	Edwardus Ada	Baru	1 Jan 2011 -	35.0
2	A. Bulan Pumama	Bulukumba	1 Jan - 31 Oct 2011	10.0
3	Gutriyana	Bulukumba	1 Nov 2011 -	25.0
4	Surya Ekasari	Wajo	1 Jan 2011 -	35.0
District Secretary				
1	Nirwana	Baru	1 Jan 2011 -	35.0
2	Astiati	Bulukumba	1 Jan 2011 - 31 Mar 2012	15.0
3	Yusnita	Bulukumba	13 Dec 2011 -	23.4
4	Eka Wulansari	Wajo	1 Jan 2011 -	35.0

mi, D

A

Annex 4: List of JICA Project Personnel

Barro				
1	Rostina	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
2	Sadaruddin	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
3	M. Ikhsan Kaharuddin	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
4	Asirah	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
5	Muliadi Nawir	Field Facilitator	15 Feb 2011 - 31 Mar 2011	1.5
6	Hariyanto	Field Facilitator	01 Apr 2011 -	32.0
7	Faharuddin	Field Facilitator	01 Nov 2011 -	25.0
8	Iham Iskandar	Field Facilitator	01 Nov 2011 -	25.0
Bulukumba				
1	Sutriani Yusuf	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
2	St. Hajar	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
3	Sri Herdiyanti	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
4	Harlina Manca	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
5	A. Rahayu	Field Facilitator	15 Feb 2011 - 8 Mar 2013	24.8
6	Rina Zulwiyati	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
7	Abdul Rahmad	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
8	Nurlaely	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
9	Mansyur Rahim	Field Facilitator	15 Feb 2011 - 30 Jun 2012	16.5
10	Andi Gusnaningsi	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
11	Nursida	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
12	Zulham	Field Facilitator	15 Feb - 31 Aug 2011	6.5
13	Gutriyana(PK-1)	Field Facilitator	15 Feb - 31 Oct 2011	8.5
14	Andi Agusriadi	Field Facilitator	01 Sep 2011 -	27.0
15	Dharmawan	Field Facilitator	01 Nov 2011 -	25.0
16	Astiati	Field Facilitator	01 Jul 2012 -	17.0
Wajo				
1	Asni Happe (PK-1)	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
2	Andi Maggalatung	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
3	Rosnaena	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
4	Muhammad Saberi	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
5	Aminah	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
6	A. Irmahaerani	Field Facilitator	15 Feb 2011 - 30 Nov 2012	21.5
7	Hajrah Yunus	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
8	Irmawati	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
9	Arthelia (PK-1)	Field Facilitator	15 Feb 2011 - 28 May 2012	15.5
10	Syupriadi Mudjibu	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
11	Muliyadi AR	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
12	Bakri	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
13	Bustan Kambe	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	33.5
14	Kartini Sari	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	22.0
15	Safrianto	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	22.0
16	Ardiansyah Rahim	Field Facilitator	01 Feb 2012 - 30 May 2013	16.0
17	Muhammad Akil	Field Facilitator	15 Feb 2011 -	18.0

m, P

A

Annex 5: List of Equipment provided by Japan

Item	Model	Quantity	unit price	currency	Price	Place
Dell Laptop INSPIRON	INS-14R-5460-Dis-W7P	1	11,200,000	IDR	11,200,000	Barru Project Office
Dell Laptop INSPIRON	INS-14R-5460-Dis-W7P	1	11,200,000	IDR	11,200,000	Bulukumba Project Office
Dell Laptop INSPIRON	INS-14R-5460-Dis-W7P	1	11,200,000	IDR	11,200,000	Wajo Project Office
Dell Laptop INSPIRON	INS-14R-5460-Dis-W7P	3	11,200,000	IDR	33,600,000	Makassar Project Office
Dell Desktop PC	DELL INSPIRON 14R	1	9,850,000	IDR	9,850,000	Bulukumba Project Office
Dell Desktop PC	DELL INSPIRON 14R	1	9,850,000	IDR	9,850,000	Wajo Project Office
Dell Desktop PC	DELL INSPIRON 14R	1	9,850,000	IDR	9,850,000	Barru Project Office
Dell Desktop PC	DELL INSPIRON 14R	1	9,850,000	IDR	9,850,000	Makassar Project Office
Dell Laptop INSPIRON 4050 I	I5-2410	1	8,990,000	IDR	8,990,000	Makassar Project Office
Sony Laptop	VPCEG 38FG 14R	1	7,850,000	IDR	7,850,000	Makassar Project Office
				IDR	123,440,000.00	
Total				JPY	1,077,260.88	@ JPY 1 = 0.008727

-94-

m, D

Annex 6: Indonesian Counterpart Personnel

		2011												2012												2013											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Wajo District																																					
68	dr. H. Abd. Azis, M.Kes	Head of Health Office																																			
69	H. Andi Muslih, SE, MP	Head of Bappeda (Regional Development Planning Board)																																			
70	Dra. Andi Liliyannah, MM	Head of BPMPD (Village and Community Empowerment Board)																																			
71	Drs. H. Andi Safri, M.H	Head of BPMPD (Village and Community Empowerment Board)																																			
72	Ir. Armayani, M. SI	Head of BPKD (Regional Financial Management Board)																																			
73	Drs. H. Andi Witman H, M.SI	Head of BPKD (Regional Financial Management Board)																																			
74	Drg. Muhammed Dahnia, M. Kes	Secretary of Health Office																																			
75	Drg. Nur Asri Idrus, M.Kes	Head Division of Health Care, Health Office																																			
76	Awaluddin Sibe, SKM, M. Kes	Head Division of Disease Controlling and Environmental Health, Health Office																																			
77	H. Huslan, S.ST, M.Kes	Head Section of Nutrition, Health Office																																			
78	H. Haruna Usman, S. Sos, M. SI	Head Division of Family Health, Health Office																																			
79	Andi Sabriaksa	Head Section of Pharmacy, Health Office																																			
80	Abd. Kadir, SKM, M.Kes	Head Section of Health Promotion, Health Office																																			
81	Hj. Nahda, SKM	Head Section of Mother and Child Health, Health Office																																			
82	Syamsu Merlin, SKM (M)	Staff of Non-Infectious Disease Controlling and Health Dimensional, Health Office																																			
83	Andi Sumange Alam, SKM, M.Kes	Staff of Planning and Reporting, Health Office																																			
84	Andi Wildana, ST	Staff of Planning and Reporting, Health Office																																			
85	Muhammed Afiluddin, SKM	Staff of Planning and Reporting, Health Office																																			
86	Anna Widayastuti, SKM	Staff of Health Office																																			
87	Hartini Basir, SKM	Staff of Health Office																																			
88	Drs. H. Lukman Anang	Head Division of Socio-Culture, Bappeda																																			
89	Drs. Arsan W	Head Division of Socio-Culture, Bappeda																																			
90	Sultan Makkulle, AP., M.SI	Head Division of Macro Planning and Regional Development Planning, Bappeda																																			
91	M.Hatta S.Sos	Head Division of Village Enterprise, BPMPD																																			
92	Ma'ruf, S. Hut	Head Division of Village Government, BPMPD																																			
93	Cherran, SH	Head of Sub-Division of Governance, BPMPD																																			
94	Dra.Susiawaty Paniklal, M.SI	Head Division of Organization Development, Village/Ward Income and Wealth, BPMPD																																			
95	Salful, SE	Head of Sub-Division of Organization Development, Village/Ward Income and Wealth, BPMPD																																			
96	Sinar B, S.Sos	Staff, BPMPD																																			
97	Syarifah Chaerul Yamen, S. Sos	Staff, BPMPD																																			
98	Drs. Muh. Arief, MM	Secretary, BPKD																																			

-97-

m, p

A

Annex 7: Participants of counterpart training

Counterpart Training in Japan "Community Health"				
1. Objectives: To provide participants opportunity to find inspiration for improving primary health care mechanism in which community and government work together through understanding the system, experience and concrete efforts of Japan				
2. Contents: Health Policy of Japanese Government and Health Administration in Region, Community movement for Health Improvement, Medical Service in Rural Area, School Health Activity etc.				
3. Receiving Organization: JICA Tokyo (Tokyo International Center) /HANDS (Health and Development Service)				
Term: May 29 to June 5, 2011				
No	Name of Participant	Position	Central/Province/District	Current Position
1	Ir. Dina Agoes Soelstijani, M.Kes	Head of Community Empowerment Sub Division	Community Empowerment and Participation Division, Health Promotion Center, Ministry of Health	No change
2	Ida Aryani, SE., M.Si	Head of Village Asset Section	Directorate of Village and Ward Governance, Directorate General of Community and Village Empowerment, Ministry of Home Affairs	No change
3	Drs. Andi Irawan Bintang, MT	Head of Human Resource and Institutional Development Division	BAPPEDA of South Sulawesi Province	No change
4	dr. H. Andi Mappatoba, DTAS, MBA	Head of Community Health Division	Health Office, South Sulawesi Province	No change
5	H. Kaharuddin, M.Si	Secretary	BAPPEDA of Barru District	Head of Economy Division of Barru District Government Office (Kantor Bupati)
6	dr. Haryanda	Head	Health Office, Barru District	No change
7	Ir. Nahrudin	Head	Community and Village Empowerment Board (BPM), Barru District	Head of BAPPEDA of Barru District
8	Andi Takdir, SE., M.Si	Head	Financial Management Office (DPKD), Barru District	No change
9	Ir. Burhanuddin Kadir, MP	Head	BAPPEDA of Bulukumba District	Adviser of PRIMA Kesehatan Phase 2
10	dr. Hj. Dian Wellyali Kabler, M.Si	Head	Health Office, Bulukumba District	Retired
11	Drs. H. Muhammad Sabir	Head	Community Empowerment and Village Governance Board (BPM), Bulukumba District	Head of Marine Affairs and Fisheries Office, Bulukumba District
12	Dra. Hj. Andi Nurdiana, MM	Head	Financial Management Office (DPKD), Bulukumba District	Head of Inspectorate Office, Bulukumba District
13	Rudi Wachyudin	Vice Chairperson	Commission D on Social Welfare, Bulukumba District Parliament	Member of Commission A on Government, Bulukumba District Parliament
14	H. Andi Muslihin, SE., MP	Head	BAPPEDA of Wajo District	No change
15	dr. H. Abdul Azis, M.Kes	Head	Health Office, Wajo District	No change
16	Drs. H. Andi Safri, MH	Head	Community Empowerment and Village Governance Board (BMPDK), Wajo District	Expert of Wajo District Government Office
17	Drs. H. Andi Witman, M.Si	Head	Financial Management Office (BPKD), Wajo District	Secretary of Wajo District
Term: May 29 to June 9, 2012				
No	Name of Participant	Position	Central/Province/District	Current Position
1	dr. Rarif Gempari, MARS	Head of Division of Community Empowerment and Partnership, Center of Health Promotion	Health Promotion Center, Ministry of Health	No change
2	Rustin Hermina, SH., MP	Head Section of Prosperity of Family	Directorate of Customary and Socio-Culture Empowerment, Directorate General of Community and Village Empowerment, Ministry of Home Affairs	No change
3	Ir. H. Tan Malaka Guntur, M.Si	Head	BAPPEDA of South Sulawesi Province	retired
4	Drs. Haryamin, APT, M.Kes	Head Section of Health Promotion and Community Empowerment	Health Office, South Sulawesi Province	No change
5	Ir. Musran Andi Muchsin, M.Si	Head of Sub-Division of Program	BMPDK of South Sulawesi Province	No change
6	Dr. Ir. Abustan, M.Si	Head	BAPPEDA of Barru District	Head of Educational Office of Barru District
7	dr. Muhammad Asri Tahir	Secretary	Health Office, Barru District	No change
8	Jamaluddin, S.Sos	Head Division of Economic, Natural Resources & Technology	Community and Village Empowerment Board (BPM), Barru District	Secretary of Community and Village Empowerment Board (BPM), Barru District
9	Andi Muhammad, SE, M.Si	Secretary	Financial Management Office (DPKD), Barru District	Head of Financial Management Office (DPKD), Barru District
10	Andi Inwan Idjo, SE	Head	BAPPEDA of Bulukumba District	retired
11	H. Muh. Alwi, SKM, M.Kes	Head Division of Community Empowerment/Environmental Health	Health Office, Bulukumba District	No change
12	Drs. A. Rusmin AM, M.Si	Head Division of Village Governmental	Community Empowerment and Village Governance Board (BPM), Bulukumba District	No change
13	Drs. A. Mappiwali	Head	Financial Management Office (DPKD), Bulukumba District	No change
14	dr. Nur Asri Idrus, M.Kes	Head Division of Health Care	Health Office, Wajo District	No change
15	Dra. Andi Siti Kamriah, M.Si	Secretary	BAPPEDA of Wajo District	No change
16	M. Hatta, S.Sos	Head Division of Village Enterprise	Community Empowerment and Village Governance Board (BMPDK), Wajo District	No change
17	Ir. Armayani, M.Si	Head	Financial Management Office (BPKD), Wajo District	No change

mi, A

Annex 7: Participants of counterpart training

Term: May 28 to June 8, 2013				
No	Name of Participant	Position	Central/Province/ District	Current Position
1	Muhani, SKM, M.Kes	Head Sub Division of Community Participation, Center of Health Promotion	Ministry of Health	No change
2	Eppy Lugiarli, MP	Head of Sub Directorate of Family Empowerment and Prosperity, Directorate of Customary, Social and Cultural Empowerment of Directorate General for Community and Village Empowerment	Ministry of Home Affairs	No change
3	Sitti Haddjah, SKM, M.Kes	Staff of Health Promotion and Community Empowerment	Health Office of South Sulawesi Province	No change
4	Zulkifli, S.STP, M.AP	Staff of Sub-Division of Program	BPMPDK (Community Empowerment, Village and Ward Governance Board) of South Sulawesi Province	No change
5	Ir. Nasruddin Abdul Muttalib, M.Si	Regional Secretary (=Head of TAPD)	Regional Secretariat of Barru District	No change
6	Drs. Udding	Secretary	BAPPEDA (Regional Development Planning Board) of Barru District	No change
7	Muhammad Syukri, SKM, M.Kes	Head Section of Institutional Health and Community Participation	Health Office of Barru District	No change
8	Ir. Nasruddin	Head	BKD (District Personnel Board) Barru District	No change
9	Muhammad Najib, SE	Head Division of Regional Income Management	DPKD (Financial Management Office) of Barru District	Secretary of Department of Mines and Energy of Barru District
10	Drs. Mansur, M.Si	Head Division of Financial (=Member of TAPD)	Regional Secretariat of Bulukumba District	No change
11	Drs. H. Andi Syafrul Patunru	Head	BAPPEDA (Regional Development Planning Board) of Bulukumba District	No change
12	Abdul Razak, SE	Secretary	Health Office of Bulukumba District	No change
13	H. Abdul Rahman, SE	Head	BPMPD (Community Empowerment and Village Governance Board) of Bulukumba District	No change
14	Mohamad Rifal, AP., M.Si	Head Division of Financial Accounting & Cash Management	DPKD (Financial Management Office) of Bulukumba District	No change
15	Andi Hasnintong, SKM, M.Kes	Staff of Planning and Financial of RSUD* Wajo District (= Member of TAPD)	Regional Secretariat of Wajo District	No change
16	Drs. Lukman Anang	Head Division of Socio-Culture	BAPPEDA (Regional Development Planning Board) of Wajo District	No change
17	Saiful, SE	Head of Sub Division of Organization Development, Village/Ward Income and Wealth	BPMPDK (Community Empowerment, Village and Ward Governance Board) of Wajo District	No change
18	H. Husian, S.ST, M.Kes	Head Section of Nutrition	Health Office of Wajo District	No change
19	Drs. Muhammad Arif, MM	Secretary	BPKD (Financial Management Board) of Wajo District	No change

Training for Young Leader "In the Field of Local Governance"

1. **Objectives:** To develop participants specialties through experiencing and learning technologies and skills in Japan and also increase their willingness to resolve issues on their own

2. **Contents:** Basic Facilitation Skill to be able to analyze by themselves, the Role and Duty of Local Government to promote collaboration of local government and civil society

3. **Receiving Organization:** JICA Kyushu Center

Term: January 26 to February 12, 2012

No	Name of Participant	Position	Central/Province/ District	Current Position
1	Gunawan, S.Sos	Head of General Affairs Sub Division	Community and Village Empowerment Board (BPMD), Barru District	No change
2	Wahyuddin, S.STP., M.Si	Head of Village Government Administration Sub Division	Community Empowerment and Village Governance Board (BPMPD), Bulukumba District	No change
3	Sultan Makulle, AP., M.Si	Head of Regional Government Division	Community Empowerment and Village Governance Board (BPMPDK), Wajo District	Head of Macro Planning and Regional Development Planning Division, BAPPEDA Wajo District

Term: November 1 - 18, 2012

No	Name of Participant	Position	Central/Province/ District	Current Position
1	Ahmad Rifanto	Staff of Information and Documentation Sub Division	Centre of Foreign Cooperation Administration (AKLN), Secretariat General of Ministry of Home Affairs	No change
2	Suardi Aidid, SE	Staff of Socio-Culture Division	BAPPEDA of Barru District	No change
3	Asriyadi	Staff of Planning and Budgeting Division	Financial Management Office (DPKD), Barru District	No change
4	Muhammad Amin Sulaiman, S.STP	Head of Statistics and Planning Development Sub Division	BAPPEDA of Bulukumba District	No change
5	Syahyadi, SE	Head of Budgeting and Salary Expenses Section	Financial Management Office (DPKD), Bulukumba District	No change
6	Amaliah Kartini Nurhasanah, SE	Staff of Physic and Infrastructure Division	BAPPEDA of Wajo District	No change
7	Andi Rusmin Pandung, S.Kom	Treasurer of BPKD	Financial Management Office (BPKD), Wajo District	No change

Annex 7: Participants of counterpart training

Training for Young Leader "Community-Based Health Operation and Management"				
1. Objectives: To develop participants specialties through experiencing and learning technologies and skills in Japan and also increase their willingness to resolve issues on their own				
2. Contents: Overall policies for community medical care system in Japan, the effective implementation and analyze issue at working place.				
3. Receiving Organization: Saku City, Nagano Prefecture				
Term: November 19 to December 6, 2011				
No	Name of Participant	Position	Central/Province/ District	Current Position
1	Eunice Margarini, SKM	Technical Staff of Community Empowerment Sub Division	Community Empowerment and Participation Division, Health Promotion Center, Ministry of Health	Staff of Partnership Sub Division, Advocacy and Partnership Division, Health Promotion Center, Ministry of Health
2	Muhammad Arsyam Arifin, SKM	Staff of Program Division	Health Office, Barru District	No change
3	Ahral, SKM	Staff of Staff of Community Empowerment and Environmental Health Division	Health Office, Bulukumba District	No change
4	Hartini Basir, SKM	Staff of Planning and Reporting Division	Health Office, Wajou District	No change
Term: November 1 - 18, 2012				
No	Name of Participant	Position	Central/Province/ District	Current Position
1	dr. Marti Rahayu Kusumawati	Technical Staff of Community Empowerment Sub Division	Ministry of Health	No change
2	Agussalim Pammu, SKM	Staff of Program and Planning Division	Health Office, Barru District	No change
3	Fitriah, SKM	Staff of Program Sub Division	Health Office, Butukumba District	No change
4	Indo Asse Tengge, SKM	Surveillance Officer of Maniangpajo Public Health Centre	Health Office, Wajo District	No change
Term: November 7 - 24, 2013				
No	Name of Participant	Position	Central/Province/ District	Current Position
1	dr. Marwah, S.Ked	Head of UPTD Puskesmas Galtareng	Health Office, Bulukumba District	No change
2	Yusminardi, AmK	Surveillance	Health Office, Wajo District	No change

mi

k

Annex 8: Expenses borne by Japanese and Indonesian side

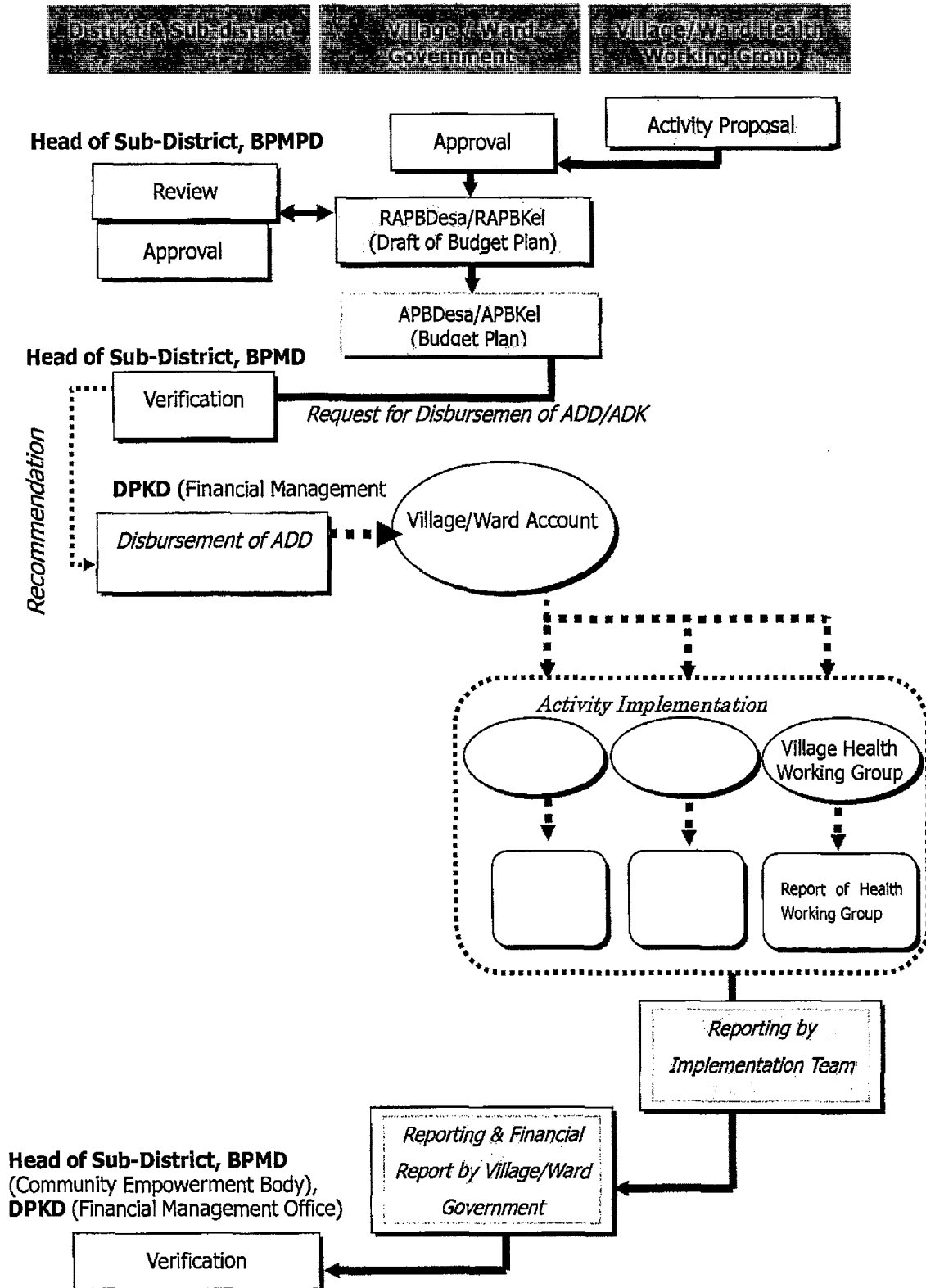
Expences borne by both Japanese and Indonesia Sides as of 30 Sep 2013

		FY 2011	FY 2012	FY 2013 actual cost	Total
Japanese side	Central	Rp3,574,000	Rp8,020,100	Rp440,000	Rp12,034,100
	South Sulawesi	Rp39,203,200	Rp95,680,700	Rp129,811,600	Rp263,695,500
	Barru District	Rp281,066,200	Rp217,113,600	Rp117,610,750	Rp615,790,550
	Bulukumba District	Rp454,601,200	Rp555,618,700	Rp162,540,150	Rp1,172,760,050
	Wajo District	Rp467,706,200	Rp625,926,500	Rp286,020,300	Rp1,379,653,000
	Sub total	Rp 1,245,150,800	Rp 1,502,358,600	Rp 686,422,800	Rp3,443,933,200
	PRIMA-K Office In Makassar	Rp 3,736,855,270	Rp 4,627,018,576	Rp 4,447,607,672	Rp12,811,481,518
	Total	Rp4,982,006,070	Rp6,129,378,176	Rp5,144,030,472	Rp16,256,414,718
		FY 2011	FY 2012	FY 2013 allocated cost	FY 2013 actual cost
Indonesia side	Central				
	BAPPENAS				
	Operational	NA	NA	NA	NA
	Activities	NA	NA	NA	NA
	MoH				
	Operational	- Meeting cost (Snack) for JCC	- Monitoring cost for 2 staffs join in TEP (JKT-MKS) - Meeting cost (Snack & Lunch) for PPR3 Reporting Meeting - Meeting cost (snack) for Reporting in January	Rp. 66,700,000 allocated for INGO and international cooperation activities	amount not available
	Activities	NA	NA	NA	NA
	MoHA				
	Operational	No information	- Monitoring cost for 1 staff join Monitoring and PDM Ver. 1 Review Meeting (JKT-MKS)	- Monitoring cost for 3 times	
	Activities	No information	NA	- National Coordination Meeting for Operational Working Group of Pasyandu (involving JICA as source-party to share experience about financing activity in village)	
	South Sulawesi Province				
	BAPPEDA				
	Operational	Rp 40,029,000	Rp 29,196,334	Rp 89,650,003	Rp 85,050,000
	Activities	NA	NA	NA	NA
	HEALTH OFFICE				
	Operational	Rp -	Rp 12,500,000	Rp 21,000,000	Rp 21,000,000
	Activities	Rp -	Rp 1,500,000	Rp 59,875,000	Rp 59,875,000
	BPMPDK				
	Operational	Rp 40,000,000	Rp 50,000,000	Rp 80,000,000	Rp 20,000,000
	Activities	NA	NA	NA	Rp 30,000,000
	Barru District				
	Operational	Rp 59,180,500	Rp 33,489,500	Rp 89,710,500	Rp 54,086,500
	Activities(1)	Rp 254,900,000	Rp 565,888,000	Rp 682,437,700	Rp 462,465,700
Bulukumba District					
Operational	Rp 117,182,800	Rp 244,384,500	Rp 593,117,100	Rp 322,289,600	
Activities(2)	Rp 850,480,370	Rp 2,038,229,896	Rp 270,000,000	Rp 270,000,000	
Wajo District					
Operational	Rp 145,465,000	Rp 114,632,500	Rp 395,000,000	Rp 79,205,300	
Activities(3)	Rp 739,464,038	Rp 2,738,669,394	Rp 18,050,989,500	Rp 1,682,323,571	

(1) ADD + ADK (2011&2012&2013), (2) ADD + Grant (2011&2012&2013), (3) ADD (2011), ADD + Grant (2012&2013) for HWGs' PHCI activities only

08

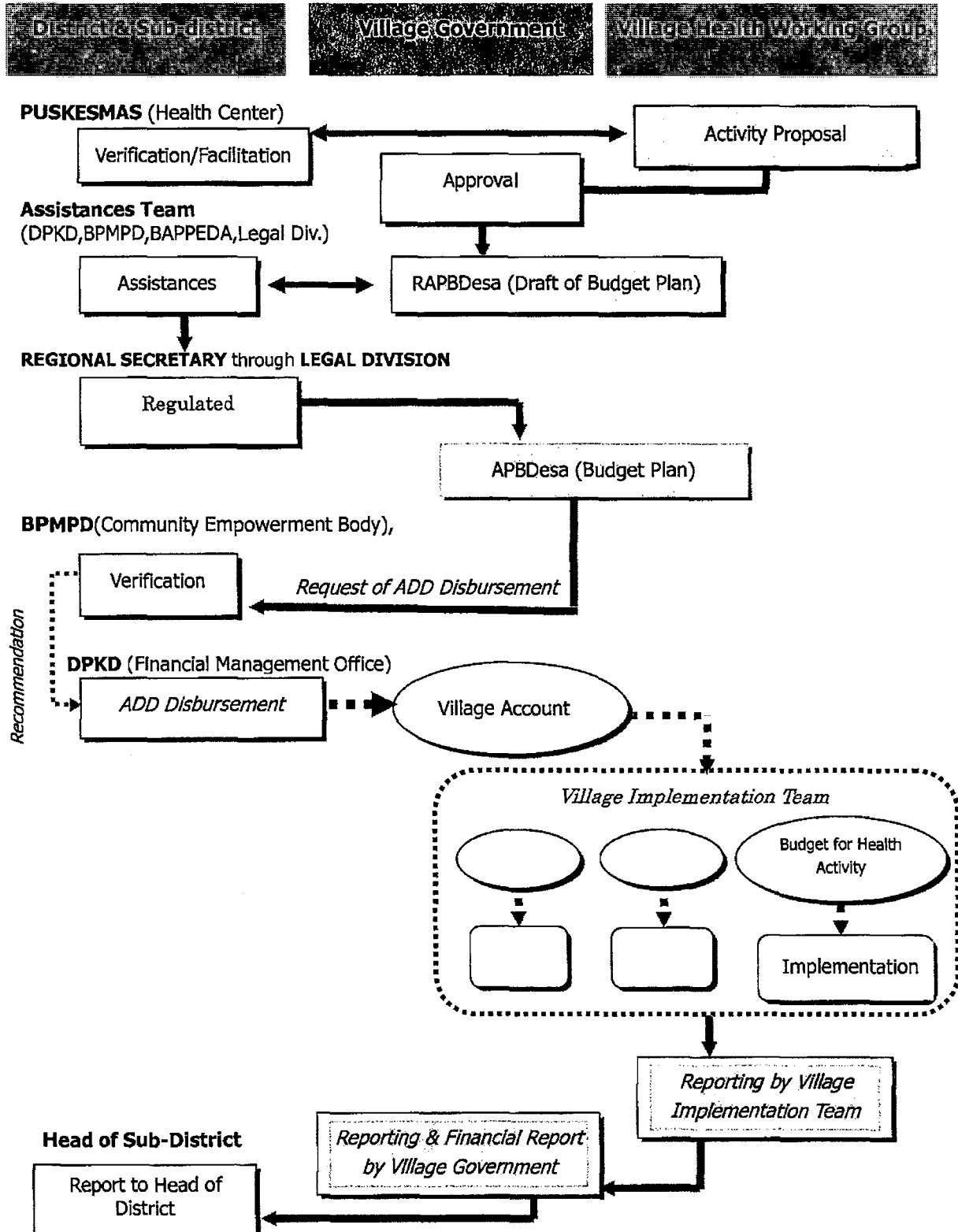
[Barru District] For Village and Wards



Handwritten signature and initials

Annex 9: Prima-K Mechanisms in the Three Target Districts

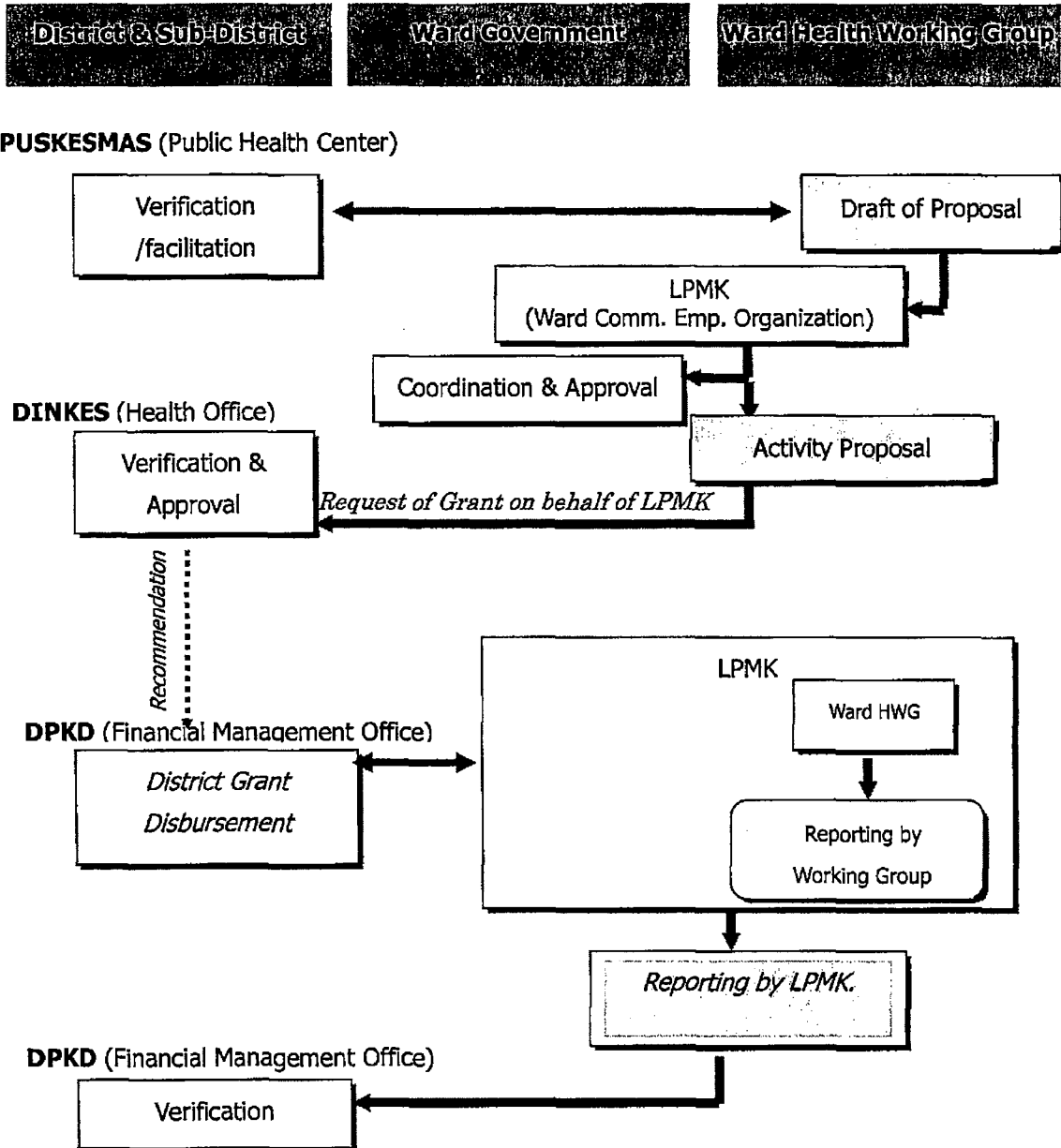
【Bulukumba District】 *For Villages*



mi A b

Annex 9: Prima-K Mechanisms in the Three Target Districts

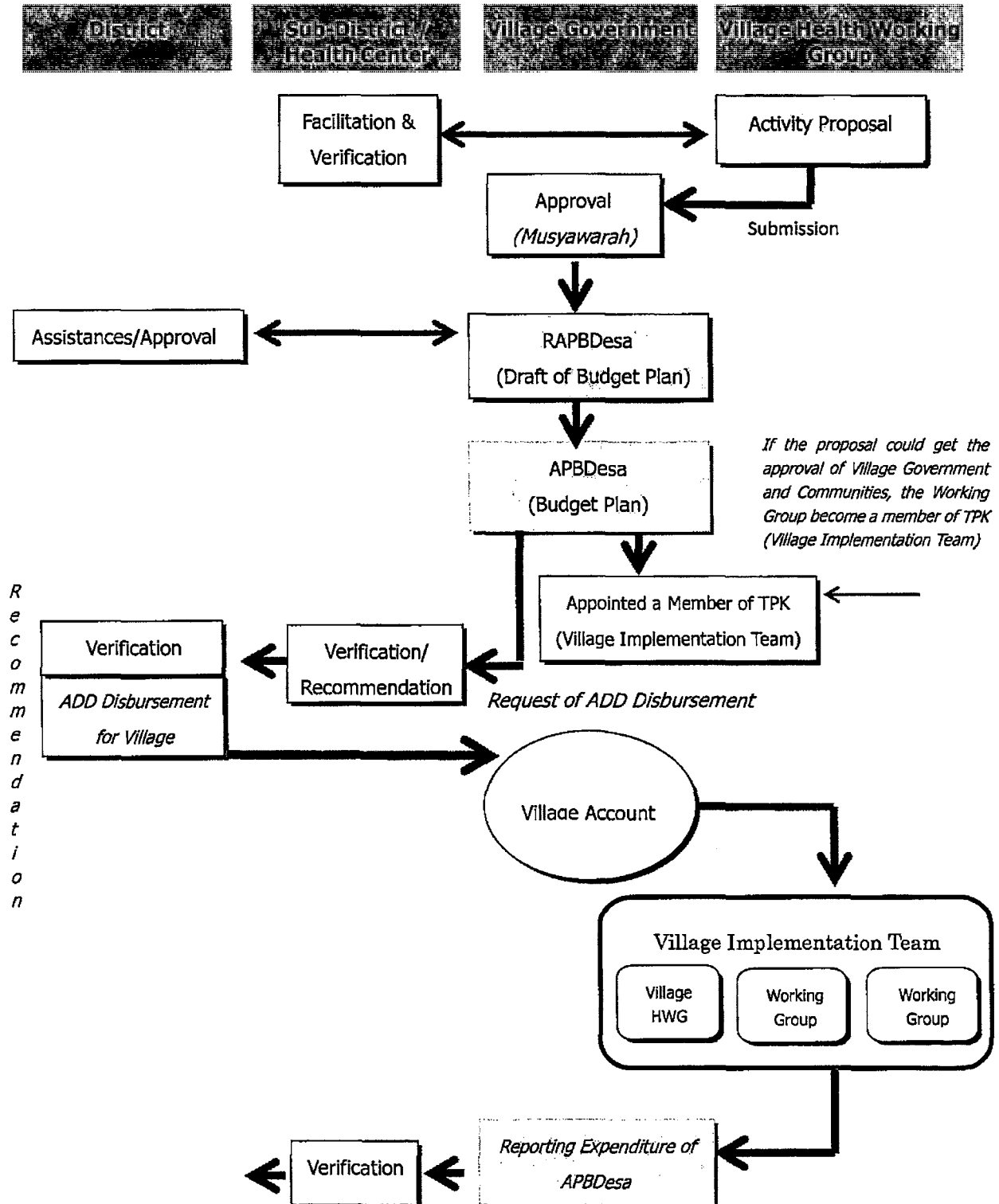
[Bulukumba District] *For Wards*



mi A

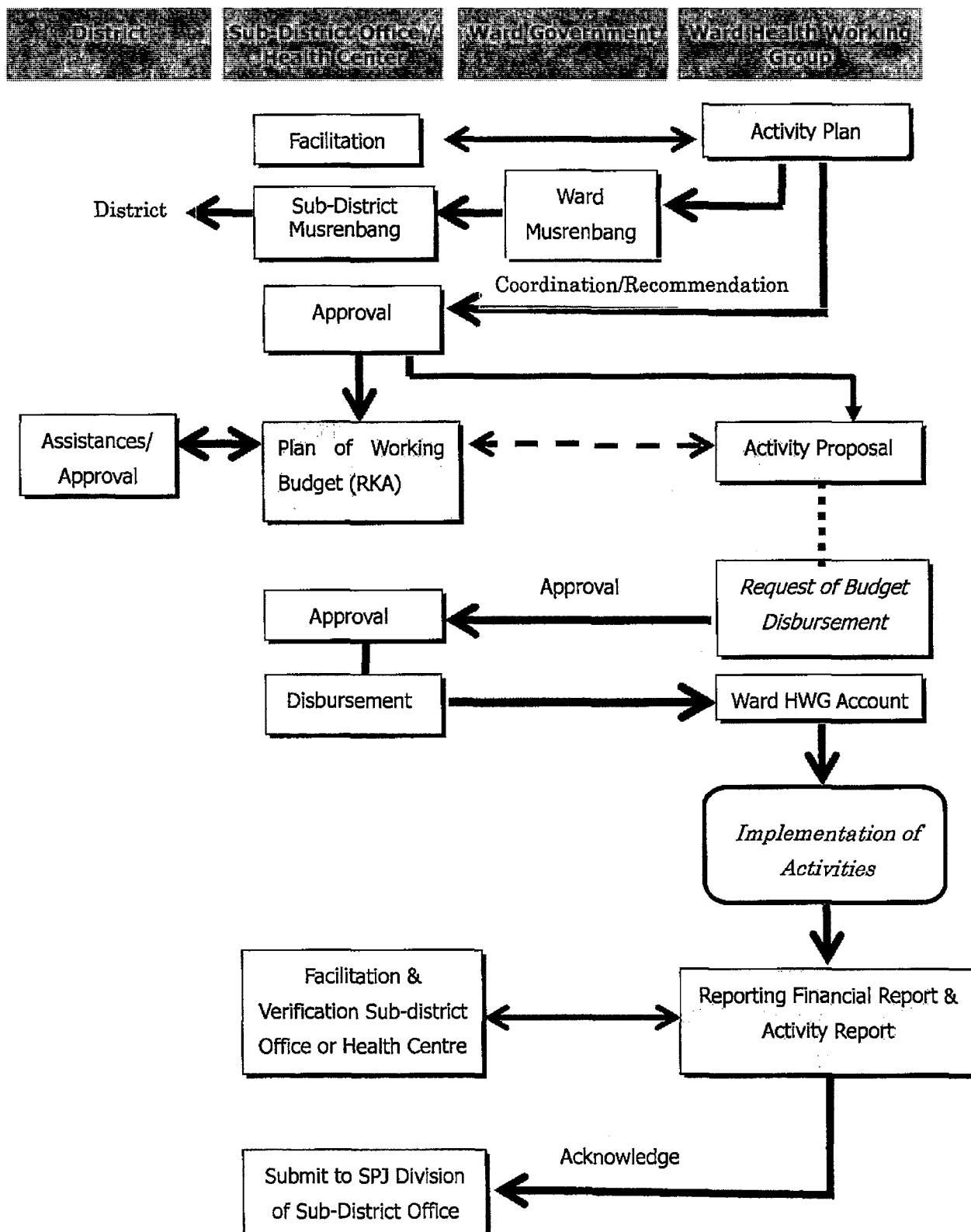
Annex 9: Prima-K Mechanisms in the Three Target Districts

[Wajo District] For Villages



mi A B

【Wajo District】 *For Wards*



mi, 7

Annex 10: Activities implemented by the Health Working Groups

Activities implemented by HWGs by category in the three Districts

	1 st Cycle*		2 nd Cycle*		3 rd Cycle		Total	
	(implemented)		(planned)		(planned)			
Construction								
Family Toilet/Public Toilet	127	53.8%	266	61.0%	269	63.4%	662	60.4%
Equipment for Posyandu	36	15.3%	57	13.1%	64	15.1%	157	14.3%
Waste Water Disposal System	21	8.9%	39	8.9%	30	7.1%	90	8.2%
Garbage Management	26	11.0%	39	8.9%	37	8.7%	102	9.3%
Water Supply	25	10.6%	30	6.9%	19	4.5%	74	6.8%
Others	1	0.4%	5	1.1%	5	1.2%	11	1.0%
Total	236	100%	436	100%	424	100%	1096	100%
Non-construction (Education)								
Clean and healthy life behaviour	126	36.1%	125	27.2%	97	21.2%	348	27.5%
Environmental Health	64	18.3%	78	17.0%	82	17.9%	224	17.7%
Mother and child health	23	6.6%	37	8.0%	45	9.8%	105	8.3%
Nutrition	64	18.3%	60	13.0%	78	17.1%	202	16.0%
Prevention of infected diseases	42	17.8%	101	22.0%	102	22.3%	245	19.4%
School Health	9	2.6%	25	5.4%	12	2.6%	46	3.6%
Others	21	6.0%	34	7.4%	41	9.0%	96	7.6%
Total	349	100%	460	100%	457	100%	1266	100%

ni P

k

Annex11: PHBS Indicators and Criteria for Desa/Kelurahan Siaga Aktif

Overall goal indicators 1-1 and 1-2

10 indicators of the Clean and Healthy Life Behaviours (PHBS)	8 criteria of Desa/Kelurahan Siaga Aktif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Delivery assisted by health professionals 2. Exclusive breastfeeding of infants up to 6 months 3. Monthly weight monitoring of children under 5 4. Washing hands before meals 5. Using clean water 6. Using healthy toilet 7. Checking and eliminating mosquito larvae once a week in and around a household 8. No smoking in house 9. Daily physical exercise 10. Eating fruits and vegetables every day 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existence and activeness of Desa/Kelurahan Siaga Forum 2. Existence of "Cadres" 3. Easy access to health facilities that provide services on daily basis. 4. Existence of Posyandu and UKBM 5. Budget allocation in the village budget plan 6. Active participation of community organisations 7. Local regulation on development of desa/kelurahan siaga 8. Proportion of clean and healthy households measured by the PHBS indicators.

Source: Guideline on Desa Siaga, South Sulawesi Province, 2010

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

