

別添資料：評価用PDM (PDMe)

対象地域：バヤオ県内の全郡ならびに周辺郡

プロジェクト実施期間：1998年2月1日～2003年1月31日（5年間）

プロジェクト名：タイ国エイズ予防・地域ケアネットワークプロジェクト

ターゲットグループ：PHAを中心とした、バヤオ県およびその他の県民一般

Version: PDMe

PDM作成日：2002年7月26日

| プロジェクトの要約 | 指標 | 指標入手手段 | 外部条件 |
|---|--|---|---|
| スーパーゴール 1 新たなHIV感染が減少する。 2 HIV/AIDS感染者およびその家族の生活の質（QOL）が向上する。 | 1 センチネル・セロサーベイランス・データによる感染率。 2 HIV/AIDS感染者およびその家族のQOL指数。 | 1 タイ国保健省の統計 2 QOL調査 | |
| 上位目標 Learning and Action Network on AIDS (LANA)を通じてHIV/AIDSの予防とケアのプロセスモデルが他県へ導入される。 | LANAを通じて確立されたHIV/AIDSの予防とケアのネットワークに関心を示し導入を図っている県の数。 | プロジェクト・レポート | |
| プロジェクト目標 Learning and Action Network on AIDS (LANA)を通じてHIV/AIDSの予防とケアのプロセスモデルがバヤオ県で開発される。 | 1 県レベル：県保健局と学校および軍とのセクター間協力活動。 2 郡レベル：保健セクター、NGO、PHAグループが協力して行なうケア・ネットワーク・チームの活動。 3 活動レベル：ヘルスセンター、PHA、その他のセクターを含んだ様々な関係者によって開始されたコミュニティー・ネットワーク。 | 1 プロジェクト・レポート 2 プロジェクト・レポート 3 プロジェクト・レポート | * タイ国保健行政システムが大幅に変更されない。 |
| 成果 1 HIV/AIDS問題の解決のための保健関係の人材が開発される。 2 HIV/AIDS予防とケアのシステムが確立される。 3 HIV/AIDSに対する地域（コミュニティ）活動が促進される。 | 1 県トレーナーが自ら研修コースを策定する。 1 保健人材開発(HMD)により正の態度変容を起こしたヘルスセンタースタッフの割合。 2 HIV/AIDSに感染した母親のAZT摂取の継続率。 2 IPT完了率。 2 結核治療の脱落率。 2 病院とヘルスセンターの協力のもとに、ヘルスセンターでカリニ菌予防薬を提供している郡の数。 3 病院との良好な連携のもとに、HIV陽性結果判定後のカウンセリングをヘルスセンターで実施している郡の数。 3 PHAのモニタリング・システムを有する郡の数。 3 地域活動に貢献しているヘルスセンタースタッフの割合。 3 地域活動の促進に有効な手法が開発される。 3 地域活動のレベルを測る指標が開発される。 | 1.1 プロジェクト・レポート 1.2 プロジェクト・レポート 2.1 プロジェクト・レポート 2.2 プロジェクト・レポート 2.3 プロジェクト・レポート 2.4 プロジェクト・レポート 2.5 プロジェクト・レポート 2.6 プロジェクト・レポート 3.1 プロジェクト・レポート 3.2 プロジェクト・レポート 3.3 プロジェクト・レポート | * プロジェクトによって訓練された県トレーナー、郡および軍部の保健担当者、ならびに地域のファシリテーターが、引き続きその職にとどまって働き続ける。 |
| 活動 1 県のトレーナーに対する訓練を行なう 1 県のトレーナーおよび保健関係者を態度変容を促すために「コミュニティ・アセスメント」研修を実施する。 1 コミュニティ・アセスメントおよび地域計画のための、新たなワーキング・システムを設定する。 1 新たに設定されたワーキング・システムに従って、実施、監督、モニタリング、評価を行なう。 2 バヤオ県の経験を他の県と分かち合う 2 既存のHIV/AIDS関連プログラムを強化する。 2.1.1 母子感染予防プログラムを強化する。 2.1.2 結核その他の日和見感染症の管理を強化する。 2.1.3 カウンセリング・サービスを強化する。 2.1.4 ラポラトリ・サービスを強化する。 2.1.5 院内感染予防（IUP）を強化する。 2 予防とケアサービスのコーディネーションを強化する。 2.2.1 マルチ・プログラム協力を強化する。 2.2.2 真正感PHAのための保健サービスを向上させる。 2.2.3 自助グループの包括機能を充実させる。 2.2.4 中学生の性行動調査を通じて、学校との協力関係を作り上げる。 2 実際に使用されることを確保した情報システムを強化する。 2.3.1 県のデータベースを強化する。 2.3.2 定量的指標を活用するための手法を開発する。 2 県相互で経験を分かち合う。 3 HIV/AIDSに関する既存の地域活動の現状を調査する。 3 地域活動のファシリテーターを支援するための手法や媒体（メディア）を開発する。 3 地域活動を支援し、継続を分かち合う。 | 投入 日本側 1 人材 長期専門家： * チーフ・アドバイザー／保健政策 * プロジェクト調整員 * 地域保健 * ヘルス・マネジメント 短期専門家： * 必要に応じ 2 研修員受け入れ 3 機材供与 4 ローカルコスト | タイ側 1 人材 * プロジェクト・ディレクター * プロジェクト・マネージャー * プロジェクト調整員 * カウンターパート * 事務職員、秘書、その他 2 施設 * バンコク事務所 * バヤオ事務所 3 ローカルコスト | * 保健行政の地方分権化により、県のトレーナーおよび郡ならびに軍部の保健担当者の業務負担が過度に増加しない。 前提条件 |

別添資料3：評価グリッド

| 評価項目 | 調査項目 | 必要な情報・データ | 情報源 | 調査方法 |
|-------|---|---------------------------------------|--|--|
| 1.妥当性 | 1.1 プロジェクトの上位目標はタイ国保健省の国家保健政策と一致しているか。 | ・タイ国国家保健政策 | ・ National Plan for Prevention and Alleviation of HIV/AIDS ・ 各種報告書類 ・ タイ保健省 ・ 周辺県の保健局 ・ 日本人専門家 | ・ 文献調査 ・ アンケート ・ インタビュー |
| | 1.2 プロジェクトの上位目標はタイ国民、とりわけ PHA、その家族、保健関係者のニーズと一致しているか。 | ・ PHA、家族、地域のニーズ ・ 県、郡、準郡の保健関係者のニーズ | ・ PHA、家族、地域住民、NGO ・ 周辺県、郡、準郡の保健関係者 ・ 日本人専門家 ・ 各種報告書類 | ・ アンケート ・ インタビュー ・ グループ・ディスカッション ・ 文献調査 |
| | 1.3 プロジェクトの上位目標は日本の援助方針と一致しているか。 | ・ 日本のエイズに関する援助方針 | ・ 日本人専門家 ・ 各種報告書類 | ・ 文献調査 ・ アンケート ・ インタビュー |
| | 1.4 プロジェクト目標はタイ国保健省の国家保健政策と一致しているか。 | ・ タイ国国家保健政策 | ・ National Plan for Prevention and Alleviation of HIV/AIDS ・ 各種報告書類 ・ タイ保健省 ・ パヤオ県保健局 ・ 日本人専門家 | ・ 文献調査 ・ アンケート ・ インタビュー |
| | 1.5 プロジェクト目標はタイ国民、とりわけ PHA、その家族、保健関係者のニーズと一致しているか。 | ・ PHA、家族、地域のニーズ ・ パヤオ県内の保健関係者のニーズ | ・ PHA、家族、地域住民、NGO ・ パヤオ県内の保健関係者 ・ 日本人専門家 ・ 各種報告書類 | ・ アンケート ・ インタビュー ・ グループ・ディスカッション ・ 文献調査 |
| | 1.6 プロジェクト目標は日本の援助方針と一致しているか。 | ・ 日本のエイズに関する援助方針 | ・ 日本人専門家 ・ 各種報告書類 | ・ 文献調査 ・ アンケート ・ インタビュー |
| | 1.7 プロジェクト・デザインは妥当であったか。 | ・ プロジェクトの諸目標の具体的内容、指標および論理的構成 | ・ PDM ・ パヤオ県保健局カウンターパート ・ 日本人専門家 | ・ 文献調査 ・ アンケート ・ インタビュー |

| 評価項目 | 調査項目 | 必要な情報・データ | 情報源 | 調査方法 |
|--------|--|---|--|--|
| 2. 有効性 | 2.1 プロジェクト目標は達成されたか、達成される見込みであるか。 (プロジェクト目標: Learning and Action Network on AIDS (LANA) を通じた HIV/AIDS の予防とケアのプロセスモデルがバヤオ県で開発される。) | <ul style="list-style-type: none"> ・バヤオ県保健局と中学校の協力体制 ・バヤオ県保健局と軍の協力体制 ・郡レベル保健担当者、NGO、PHA グループにより形成されたケア・ネットワーク・チームの活動状況 ・ヘルスセンター、PHA グループ、その他のセクターにより形成されたコミュニティネットワークの活動状況 | <ul style="list-style-type: none"> ・各種報告書類 ・バヤオ県、郡、準郡の保健関係者 ・PHA、家族、地域住民、NGO ・日本人専門家 | <ul style="list-style-type: none"> ・文献調査 ・アンケート ・インタビュー ・グループ・ディスカッション |
| | 2.2 プロジェクト目標の達成に成果 1 はどの程度貢献したか。 (成果 1 : HIV/AIDS 問題の解決のための保健関係の人材が開発される。) | <ul style="list-style-type: none"> ・県トレーナーが自ら策定している研修コースの数および内容 ・保健人材育成研修により正の態度変容を起こしたヘルスセンタースタッフの割合 | <ul style="list-style-type: none"> ・各種報告書類 ・バヤオ県保健局の保健関係者 ・日本人専門家 | <ul style="list-style-type: none"> ・文献調査 ・アンケート ・インタビュー |
| | 2.3 プロジェクト目標の達成に成果 2 はどの程度貢献したか。 (成果 2 : HIV/AIDS 予防とケアのシステムが確立される。) | <ul style="list-style-type: none"> ・HIV/AIDS に感染した母親の AZT 摂取の継続率 ・IPT 完了率 ・結核治療の脱落率 ・病院とヘルスセンターの協力のもとに、ヘルスセンターでカリニ肺炎予防薬を提供している郡の数 ・病院との良好な連携のもとに、HIV 陽性結果判定後のカウンセリングをヘルスセンターで実施している郡の数 ・PHA のモニタリング・システムを有する郡の数 | <ul style="list-style-type: none"> ・各種報告書類 ・バヤオ県保健局、郡レベルの病院、ヘルスセンター等の保健関係者 ・日本人専門家 | <ul style="list-style-type: none"> ・文献調査 ・アンケート ・インタビュー |
| | 2.4 プロジェクト目標の達成に成果 3 はどの程度貢献したか。 (成果 3 : HIV/AIDS に対する地域活動が促進される。) | <ul style="list-style-type: none"> ・地域活動に貢献しているヘルスセンタースタッフの割合 ・地域活動の促進に有効な手法の開発状況 ・地域活動のレベルを測る指標の開発状況 | <ul style="list-style-type: none"> ・各種報告書類 ・バヤオ県保健局、郡レベルの病院、ヘルスセンター等の保健関係者 ・日本人専門家 | <ul style="list-style-type: none"> ・文献調査 ・アンケート ・インタビュー |

| | | | |
|-------------------------------|--|---|--|
| 2.5 プロジェクト目標達成に関する貢献要因および阻害要因 | <ul style="list-style-type: none"> ・計画に起因する貢献要因および阻害要因 ・実施プロセスに起因する貢献要因および阻害要因 | <ul style="list-style-type: none"> ・各種報告書類 ・パヤオ県保健局、郡レベルの病院、ヘルスセンター等の保健関係者 ・日本人専門家 | <ul style="list-style-type: none"> ・文献調査 ・アンケート ・インタビュー |
|-------------------------------|--|---|--|

| 評価項目 | 調査項目 | 必要な情報・データ | 情報源 | 調査方法 |
|--------|-----------------------------|--|--|--|
| 3. 効率性 | 3.1 日本人専門家の派遣のタイミングは適切だったか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・長期専門家の派遣時期および派遣期間 ・短期専門家の派遣時期および派遣期間 | <ul style="list-style-type: none"> ・各種報告書類 ・タイ側カウンターパート ・日本人専門家 | <ul style="list-style-type: none"> ・文献調査 ・アンケート ・インタビュー |
| | 3.2 日本人専門家の数は適切だったか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・長期専門家の数 ・短期専門家の数 | | |
| | 3.3 日本人専門家の専門性は適切だったか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・長期専門家の専門分野 ・短期専門家の専門分野 | | |
| | 3.4 供与機材は適切だったか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・機材供与のタイミング ・供与機材の量 ・供与機材の品質 ・供与機材の価格 | | |
| | 3.5 研修員受入れは適切だったか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・研修員受入れ時期のタイミング ・受入れ研修員数 ・研修内容 | | |
| | 3.6 カウンターパートの配置は適切だったか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・カウンターパートの配置のタイミング ・カウンターパートの数 ・カウンターパートの専門分野 | | |
| | 3.7 タイ側からの提供施設は適切だったか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・タイ側からの提供施設 ・その適切さ | | |
| | 3.8 タイ側の運営コスト負担は適切だったか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・タイ側の運営コスト負担額 | | |
| | 3.9 投入は有効に活用されたか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・日本人専門家の活用度 ・供与機材の活用度 ・ローカルコストの活用度 | | |
| | 3.10 プロジェクト支援機能は有効に働いたか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・Project Directorate Board の頻度、開催タイミング、参加者数、有効性 ・Project Coordinating Committee の頻度、開催タイミング、参加者数、有効性 ・他関係機関（日本、タイ、国際機関）からの支援状況 | | |

| | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|
| | <p>3.11 他の協力プロジェクトとの連携は有効に機能したか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・他の JICA プロジェクトとの連携 ・他のタイ国プロジェクトとの連携 ・国際機関プロジェクトとの連携 | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|

| 評価項目 | 調査項目 | 必要な情報・データ | 情報源 | 調査方法 |
|----------|---|---|--|--|
| 4. インプクト | 4.1 上位目標の達成度あるいは達成の見込み。(予想された正のインパクトとして) | ・ LANA を通じて確立された HIV/AIDS の予防とケアのネットワークに関心を示し導入を図っている県の数。 | ・ 各種報告書類 ・ タイ保健省 ・ 周辺県の保健局 ・ タイ側カウンターパート ・ 日本人専門家 | ・ 文献調査 ・ アンケート ・ インタビュー |
| | 4.2 横断的視点*の各項目について、プロジェクトはどのような正負の影響を与えたか。 | | ・ 各種報告書類 ・ タイ保健省 ・ 周辺県の保健局 ・ タイ側カウンターパート ・ 日本人専門家 | ・ 文献調査 ・ アンケート ・ インタビュー |
| | 4.3 ターゲット・グループの生活にどのような変化を引き起こしたか。 | | ・ 各種報告書類 ・ パヤオ県、郡、準郡の保健関係者 ・ PHA、家族、地域住民、NGO ・ 日本人専門家 | ・ 文献調査 ・ アンケート ・ インタビュー ・ グループ・ディスカッション |
| 5. 自立発展性 | 5.1 タイ国保健省は HIV/AIDS の予防とケアに関するプロセスモデルの開発と適用を今後も政策として支援していくか。 | | ・ 各種報告書類 ・ タイ保健省 ・ タイ側カウンターパート ・ 日本人専門家 | ・ 文献調査 ・ アンケート ・ インタビュー |
| | 5.2 パヤオ県保健局および郡保健機関の組織体制は整備されているか。 | | ・ 各種報告書類 ・ パヤオ県、郡、準郡の保健関係者 ・ タイ側カウンターパート ・ 日本人専門家 | ・ 文献調査 ・ アンケート ・ インタビュー |
| | 5.3 パヤオ県保健局および郡保健機関は関係諸機関からの十分な支援を受けているか。 | | ・ 各種報告書類 ・ パヤオ県、郡、準郡の保健関係者 ・ タイ側カウンターパート ・ 日本人専門家 | ・ 文献調査 ・ アンケート ・ インタビュー |
| | 5.4 パヤオ県保健局および郡保健機関の運営予算は確保されているか。 | ・ パヤオ県保健局予算 ・ 内、人材育成予算の比率 | ・ 各種報告書類 ・ タイ保健省 ・ パヤオ県、郡、準郡の保健関係者 ・ 日本人専門家 | ・ 文献調査 ・ アンケート ・ インタビュー |
| | 5.5 プロジェクトによる移転技術は適切に活用されているか。 | | ・ 各種報告書類 ・ タイ側カウンターパート ・ 日本人専門家 | ・ 文献調査 ・ アンケート ・ インタビュー |

*横断的視点：プロジェクト周辺の社会状況を広く包括的に見るための視点。政策、技術、環境、文化・社会、組織・制度、経済・財政の6つの視点が便宜的に定められている。

| 評価項目 | 調査項目 | 必要な情報・データ | 情報源 | 調査方法 |
|----------|--|-----------|--|--|
| 5. 自立発展性 | 5.6 プロジェクトにより訓練を受けたカウンターパートは適切に配置されているか。 | | <ul style="list-style-type: none"> ・各種報告書類 ・タイ側カウンターパート ・日本人専門家 | <ul style="list-style-type: none"> ・文献調査 ・アンケート ・インタビュー |
| | 5.7 プロジェクトにより訓練を受けたカウンターパートはパヤオ県保健局あるいは保健省にとどまっているか。 | | <ul style="list-style-type: none"> ・各種報告書類 ・タイ側カウンターパート ・日本人専門家 | <ul style="list-style-type: none"> ・文献調査 ・アンケート ・インタビュー |
| | 5.8 プロジェクトにより供与された機材は活用されているか。 | | <ul style="list-style-type: none"> ・各種報告書類 ・タイ側カウンターパート ・日本人専門家 | <ul style="list-style-type: none"> ・文献調査 ・アンケート ・インタビュー |

1. 妥当性

別添資料：アンケート集計結果要約

1. 妥当性：プロジェクト目標および上位目標が評価時においても目標として妥当か。

A=はい、B=どちらとも言えない、C=いいえ

| 調査項目 | 質 問 | A | B | C | 回答理由 |
|--------------|--|---|---|---|--|
| 1.1 上位目標の妥当性 | 1.1.1 上位目標は評価時点におけるタイ国の保健政策に合致しているか。 | # | 3 | 0 | <p>*A: タイ政府は保健サービスの拡大プログラムを実施中であり、人頭方式で保健機関に予算を割り当てることによって、決定権を地方の保健機関に分権化している。</p> <p>*A: タイ保健省はエイズ問題が複雑で変化が激しく地域性があることに気づいており、エイズ問題に継続的に効果的に対応できる地域保健システムを実現するためのプロセスの開発が必要であると認識している。</p> <p>*A: 予防とコントロール、治療とカウンセリングを含んでいる。</p> <p>*A: 妥当である。</p> <p>*A: タイ保健省の政策を正確には知らないが、合致していることを望む。</p> <p>*B: L A N Aという言葉はこのプロジェクトで生み出されたもので、L A N Aによる AIDS COMPETENCYはタイ保健省の政策ではない。しかし、AIDS COMPETENCY を高めることは政策と一致していると思う。</p> <p>*A: ヘルスケアリフォームの進展に伴い、このプロジェクトが主張する「プロセス」つまり現場スタッフの能力向上と、郡保健医療システムの強化はいずれも政府の政策と一致している。</p> |
| | 1.1.2 上位目標はターゲットグループのニーズに合致しているか。 | # | 3 | 0 | <p>*A: 上位目標は、エイズ問題に継続的に対応できるシステムを確立するためのプロセス・モデルの開発をうたっている。</p> <p>*A: 病状の変化に伴うニーズの変化を的確に把握できる保健スタッフ、地域や個人の経済的・社会的状況を考慮した対応ができる保健スタッフのケアを受けたいと、エイズ感染者およびその家族は願っている。</p> <p>*B: PHAグループが含まれていない。</p> <p>*A: 上位目標はタイ国民の問題とニーズに対応することをうたっている。</p> <p>*A: 概念モデルよりも実行モデルがタイ全土で必要とされている。</p> <p>*A: AIDS COMPETENCY を高めることは世界の潮流だと思う。</p> <p>*A: 異論はないと思われる。</p> |
| | 1.1.3 上位目標は日本の援助方針に合致しているか。 (日本側への質問) | 1 | 0 | 1 | <p>* エイズ問題に関する日本の援助方針とはどのようなものか？</p> <p>*C: 日本のAIDSポリシーが不明のため。</p> <p>*A: 自助努力による持続性のある問題解決法を作り上げようとするわけだから、一致している。</p> |

| 調査項目 | 質 問 | A | B | C | 回答理由 |
|------------------|--|---|---|---|---|
| 1.2 プロジェクト目標の妥当性 | 1.2.1 プロジェクト目標はタイ保健省の政策と合致しているか。 | 9 | 4 | 1 | <p>*A: タイ政府は保健サービスの拡大プログラムを実施中であり、人頭方式で保健機関に予算を割り当てることによって、決定権を地方の保健機関に分権化している。</p> <p>*A: LANA モデルはプロセス・モデルであり、地域の保健システムが継続的に効果的にエイズ問題に対応できるようになることを想定している。それは、learning and action サイクルを通じてセクター間協力ネットワークを開発するプロセスである。</p> <p>*B: 知識が充分でないスタッフがいる。</p> <p>*A: バヤオ県保健局のスタッフはタイ保健省の政策のもとで働いているのであるから、妥当性は非常に高い。</p> <p>*A: タイ保健省の政策を正確には知らないが、合致していることを望む。</p> <p>*C: LANA のアイディアはプロジェクト独自のもののなので、LANA によるモデル開発は政策としては表明されていない。</p> <p>*B: モデルI を作ることを目指すより、PHA や人々に効果があることを目指した目標にすべきであった。</p> <p>*A: 「バヤオで開発されること」はともかく、AIDS 問題解決のためのモデルは求められており、妥当であると考える。</p> |
| 1.2 プロジェクト目標の妥当性 | 1.2.2 プロジェクト目標はターゲットグループのニーズに合致しているか。 | 9 | 4 | 1 | <p>*A: 人々が自ら学び、サイクルを動かしていくことができれば、より多くのニーズを満たす機会に恵まれる。</p> <p>*A: 病状の変化に伴うニーズの変化を的確に把握できる保健スタッフ、地域や個人の経済的・社会的状況を考慮した対応ができる保健スタッフのケアを受けたいと、エイズ感染者およびその家族は願っている。</p> <p>*B: 実施が継続的でなく、治療が含まれていない。</p> <p>*A: 妥当性は非常に高く、タイ国民のニーズに合致している。</p> <p>*B: 準郡におけるエイズ対策プランが明確でない。</p> <p>*A: 概念モデルよりも実行モデルがタイ全土で必要とされている。</p> <p>*B: その成果が、結果的にモデルとなりうるので、複雑なものを一つのモデルとするプロジェクト目標には疑問がある。</p> <p>*A: モデルを作ることが直接的に最終受益者のニーズと一致するかどうかは不明だが、有効なモデルが実施されればニーズを満たすことにつながると予想される。</p> |
| | 1.2.3 プロジェクト目標は日本の援助方針に合致しているか。 (日本側への質問) | 1 | 1 | 1 | <p>* エイズ問題に関する日本の援助方針とはどのようなものか？</p> <p>*C: 日本のAIDS分野における協力のポリシーは総花的な内容であり、このプロジェクトの目標が日本のエイズ協力ポリシーに合致しているかは判断が難しい。</p> <p>*B: その成果が、結果的にモデルとなりうるので、複雑なものを一つのモデルとするプロジェクト目標には疑問がある。</p> <p>*A: 自助努力による持続性のある問題解決法を作り上げようとするわけだから、一致している。</p> |

| 調査項目 | 質 問 | A | B | C | 回答理由 |
|-------------------------|--------------------------------|---|---|---|--|
| 1.3 プロジェクト・デザイン の妥当性 | 1.3.1 プロジェクト・デザインは適切であ ったか。 | 6 | 6 | 1 | <p>*A:保健担当者が適切に学び行動するためのネットワークをコーディネートできるようになれば、Learning and Action Network on AIDS は有効に機能するはず。また、学びのプロセスを強化するようにシステムを改善すれば、将来、地域はエイズ問題に適切に対応できるようになるはず。</p> <p>*B: 1)プロジェクト目標を5年間で達成するのは無理である。 2)活動に関しては、本プロジェクト期間では保健分野でのネットワークを示し得ただけで、セクター間のネットワークまでは示せなかった。3)Aids Competent Province, Aids Competent District, Aids Competent Tambon を実現するためには非常に多くの活動を実施する必要があり、プロジェクト目標の指標を5年間で達成することはできない。</p> <p>*A: 多くのシステムが改善された。</p> <p>*B: 非常に適切であった。</p> <p>*C: 人材開発アプローチはその目標をより具体的にすべきである。さもないとプロジェクトの時間を無駄にすることになる。</p> <p>*B: LANAの有効性や効率性が証明されている状態であるならば、成果の3要素（LANAの3要素）が developed, established, promoted されることはLANAの発展展開に有効だが、LANAの有効性や効率性が証明されていない状態では、LANAの development をプロジェクト目標に置くことは適当ではない。また、効率性はそれほど高いとは思われない。</p> <p>*B: もう少しタイ側と話し合い、分かりやすいプロジェクト・デザインにするべきであった。</p> <p>*B: プロジェクト目標が抽象的表現で、達成すべき目標が明確でなかった。</p> |

2. 有効性：成果によってプロジェクト目標がどこまで達成されたか、あるいは達成される見込みがあるか

A=高い、B=中程度、C=低い

| 調査項目 | 質 問 | A | B | C | 回答理由 |
|--------------------------|---|---|---|---|--|
| 2.1 プロジェクト目標達成度 | 2.1.1 プロジェクト目標はどの程度達せられたか。 | 3 | 8 | 3 | <p>*B: エイズ問題のための learning and action の道具としての県データベース・システムは確立された。郡レベルのデータベースは、他の郡への技術移転のプロセスの途中である。</p> <p>*C: 1)プロジェクト目標を5年間で達成するのは無理である。2)活動に関しては、本プロジェクト期間では保健分野でのネットワークを示し得ただけで、セクター間のネットワークまでは示せなかった。3)Aids Competent Province, Aids Competent District, Aids Competent Tambon を実現するためには非常に多くの活動を実施する必要がある、プロジェクト目標の指標を5年間で達成することはできない。</p> <p>*B: すべての領域のすべての問題に対応できていない。</p> <p>*B: JICA のチーム・リーダーとその方針がしばしば変わった。</p> <p>*A: ニーズを満たして成功した。</p> <p>*B: 郡レベルのケア・システムに関してはプロジェクト目標は一応程度達成されたが、地域活動の促進モデルはまだ機能していない。</p> <p>*B: 目標を支える成果から判断すると、すべての活動が完結しているわけではない。ずっと続けるとより深くプロジェクト目標が達成されるかどうかは不明だが、道半ばの印象が強い。</p> <p>*B: 5年間でどこまで達成するかということが具体的でなかった。PHA のメディカルケアにおいては効果があつたと思われるが、それとともにスタッフの育成が充分に行なわれたかについては不十分。</p> <p>*B: AIDS 問題を持続的に予防・解決できるためにどういう風に取り組んでいけばよいかという過程の一例（仮説）を示し、パヤオでフィールドテストすることはできた。結果的に指標の改善が見られているものも多いが、仮説モデルの有効性を証明できたとは思わない。</p> |
| 2.2 プロジェクト目標達成に対する成果の貢献度 | <p>2.2.1 プロジェクト目標の達成に成果1はどの程度貢献したか。</p> <p>成果1「HIV/AIDS 問題の解決のための保健関係の人材が開発される」</p> | 6 | 6 | 1 | <p>*A: 一定数の保健スタッフが訓練を受け、態度変容が見られるようになってきた。まだ「コミュニティ・アセスメント」の先のステップに達していないが、保健スタッフが前向きに仕事をするようになってきた様子はうかがえる。</p> <p>*B: 県レベルではOK。郡および準郡レベルでは、プロジェクト開始以前の状態に比べて、保健プロジェクト計画の質は上がってきている。</p> <p>*A: 保健スタッフがエイズ問題に取り組むようになった。</p> <p>*A: LANA 訓練により、ヘルスセンター・スタッフおよび病院スタッフの能力が向上した。</p> <p>*C: 当初計画された研修コースがまだ終了していない。</p> <p>*B: 地域での調査のトレーニングまでは実施し、地域理解にはなったが、それに基づいて活動計画を作成するには至らなかった。</p> <p>*A: 有能な人材が問題解決のプロセスの鍵になることは異論なく、ここでトレーニングを受けたスタッフはモデルたらしめるために十分な数である。</p> |

| 調査項目 | 質 問 | A | B | C | 回答理由 |
|--------------------------|---|----|---|---|---|
| 2.2 プロジェクト目標達成に対する成果の貢献度 | 2.2.2 プロジェクト目標の達成に成果2はどの程度貢献したか。 成果2「HIV/AIDS 予防とケアのシステムが確立される。」 | 10 | 4 | 0 | <p>*A プロセスの開発は learning & action と同じ方向にある。従って、保健スタッフはこの仕事のやり方に関するコンセプトに慣れるはず。</p> <p>*B: AZT 摂取の継続率は向上している。IPT のガイドラインは完成し、6ヶ月にわたって実施されている。結核治療の脱落率は改善されているが目標値には達しておらず、地域による差も大きい。</p> <p>*A: 母子はケアと治療のサービスを受けている。</p> <p>*A: 日本人専門家が派遣され助言を与えてくれた。</p> <p>*A: 郡レベルでのケアシステムモデルは開発された。</p> <p>*A: ケアネットワークに関してはようやく活動がはじまったところであるが、その内容などに関してはモデルとなる要素も多分に含まれていると思う。</p> <p>*A: 具体的な活動としてはここ2年間であるが、このところかなり進捗が見られる。プロジェクト終了までには成果が見込まれる。予防に関してはインプットがほとんどなかった。</p> <p>*A: このシステムが確立され医学的指標が改善することは、モデルの成果を客観的に示すものである。</p> |
| | 2.2.3 プロジェクト目標の達成に成果2はどの程度貢献したか。 成果3「HIV/AIDS に対する地域（コミュニティ）活動が促進される。」 | 2 | 6 | 4 | <p>*C: 当初計画では訓練を受けた保健スタッフが地域活動の促進に当たることになっていたが、時間不足から、まだこの段階に達していない。</p> <p>* まだ結果が出ていない。</p> <p>*B: 地域活動の促進に関する活動は全域をカバーしていない。</p> <p>*B: 地域活動の促進は中程度。</p> <p>*C: 昨年8月にプロセスが開始されたところ。保健人材育成（成果1）との調整が十分でなかった。</p> <p>*B: モデル地区でのツール開発に関しては一定の成果をあげつつあるが、バヤオ全県での活動はまだ行っていない。</p> <p>*C: スタディのレベルにとどまった。</p> <p>*A: HIV に関しては保健サイドだけでなく、コミュニティの存在が鍵。このコンポーネントもプロジェクト目標の達成に必須。</p> |
| 2.3 阻害要因 | 2.3.1 プロジェクト目標が達成されていないとしたらその原因は何か。 | | | | <p>* プロジェクト期間が短い。</p> <p>* 協力と継続性。</p> <p>* 地域（コミュニティ）と保健サービスシステムをつなぐ情報技術に関する活動が充分でなかった。</p> <p>* 人間を代えるのは簡単ではない。</p> <p>* 保健スタッフは通常業務で手一杯であり、プロジェクトに参加するのが難しかった。</p> <p>* 「保健人材育成」と「地域活動の促進」の遅れがプロジェクト目標達成の阻害要因となった。特に、エイズと闘うコミュニティのモデル開発が遅れた。</p> <p>* プロジェクトの前半は概念的な整理に追われており、本格的にプロジェクトが活動を開始したのは後半から。</p> <p>* 成果1「保健人材育成」の遅れ。タイ側との調整不足。</p> <p>* タイ側との必ずしも良くない協力関係。</p> |
| | 2.3.2 プロジェクト目標が達成されていないとしたら、いつ頃達成されると思われるか。 | | | | <p>* 5～10年後。</p> <p>* すべての関係セクターが協力したとき。</p> <p>* 2～5年後、あるいは保健セクター・リフォームが終わったとき。</p> <p>* 「保健人材育成」の研修コースは終了までにさらに時間を要するため、いつプロジェクト目標が達成されるかは分からない。</p> <p>* 分からない。</p> <p>* 分からない。何をもって達成とするか定義されていないので、回答不能。</p> |

3. 効率性：プロジェクト実施過程における生産性。投入が成果にどれだけどのように転換されたか。

A=はい、B=どちらとも言えない、C=いいえ

| 評価項目 | 質 問 | 小項目 | A | B | C | Reason(s) |
|--------------------|-------------------------------|-------------|----|---|---|---|
| 3.1 日本側の投入は適切だったか。 | 3.1.1 日本人専門家の派遣のタイミングは適切だったか。 | 1) 長期専門家 | 9 | 3 | 3 | *B: 交代が多かった。 *C: 5年間に3人のリーダーは交代の頻度が高い。日本側の継続性がどうしても弱くなってしまい、カウンターパートとの間に理解の相違が生じてしまう。 *C: リーダーが3回交代したり、長期専門家の派遣にも間があき、情報交換も充分行なえていない。 *C: 交代の際にギャップが生じ、スムーズな交代ができていない。 |
| | | 2) 短期専門家 | 5 | 9 | 1 | *B: 派遣期間が短すぎる専門家がいた。 *B: タイの新年のような長期祭日に派遣されてくるなど、あまり適切でないタイミングも見られた。 * 短期専門家はもっと派遣期間を長くする必要がある。 |
| | 3.1.2 日本人専門家の数は適切だったか。 | 1) 長期専門家 | 11 | 3 | 0 | |
| | | 2) 短期専門家 | 10 | 4 | 0 | *A: 数は充分だったが、同じ分野で異なる専門家が来ることがあった。 |
| | 3.1.3 日本人専門家の専門性は適切だったか。 | 1) 長期専門家 | 7 | 8 | 0 | *A: 専門家は全員非常に専門性が高かった。 |
| | | 2) 短期専門家 | 10 | 5 | 0 | |
| | | | | | | *A: 日本ではAIDSの専門家というのはほとんどいないので、そうした日本の現実を踏まえれば、ベストな内容であったと思う。 |
| | 3.1.4 日本側からの機材供与は適切だったか。 | 1) 供与のタイミング | 8 | 6 | 1 | *C: 時間がかかる。 |
| | | 2) 機材の量 | 13 | 1 | 1 | *C: プロ目達成のためには、これだけの機材投入は必ずしも必要なかったと思われる。 |
| | | 3) 機材の品質 | 10 | 5 | 0 | *B: コンピューターなどはバヤオで購入できるが、バンコクで購入しているため、修理などに手間がかかる。 |
| | | 4) コスト | 9 | 5 | 0 | |
| | | | | | | *A: ラボラトリー用の機材は質量共に適切だった。 * 機材の量、質ともに不足はないが、本来のプロジェクトの内容とはいささかかけ離れた機材も散見される。 |
| | 3.1.5 カウンターパートの日本での研修は適切だったか。 | 1) 研修のタイミング | 9 | 6 | 0 | *A: それぞれの研修ごとにスケジュールが組まれていた。 |
| | | 2) 研修員数 | 6 | 9 | 0 | *A: 年間5名は少ない。 |
| | | 3) 研修の内容 | 7 | 8 | 0 | *C: 滞在期間が長すぎる場合もあった。 |

| 評価項目 | 質 問 | 小項目 | A | B | C | Reason(s) |
|--------------------|-----------------------------------|----------|---|---|---|---|
| | | | | | | *トレーニングの内容ではなく、トレーニングから帰国後どのようにトレーニング成果を現場で生かしているか、フォローがきちんと出来なかった。 *B: 各人それなりに学ぶところはあり仕事に反映しているが、獲得目標が不明瞭であったので、判断しにくい。 |
| 3.2 タイ側の投入は適切だったか。 | 3.2.1 タイ側カウンターパートはーのタイミングは適切だったか。 | 1) 運営管理者 | 6 | 7 | 1 | *B: タイ側のスタッフの数が充分でなかった。 |
| | | 2) 医師 | 5 | 7 | 2 | *C: 人数が限られており、その上非常に忙しい。 |
| | | 3) 看護婦 | 5 | 8 | 1 | *B: 負担が大きく、時間が充分でなかった。 |
| | | 4) その他 | 3 | 5 | 0 | |
| | | | | | | *A: タイ側カウンターパートは本来業務との兼務が可能な者が選ばれたが、それでも何人かは多忙のためプロジェクトに充分な時間を割けなかった。そのため計画された活動に遅れが生じた。 *B: アサインされても、相手のカウンターパートが忙しく、充分な話し合いが取れないことがよくあった。 |
| | 3.2.2 タイ側カウンターパートの数は適切だったか。 | 1) 運営管理者 | 6 | 5 | 2 | *B: 不十分。 |
| | | 2) 医師 | 4 | 6 | 3 | *C: 人数が限られており、その上非常に忙しい。 |
| | | 3) 看護婦 | 4 | 7 | 2 | *C: 本来業務の負担が大きく、そちらを優先させざるを得なかった。 |
| | | 4) その他 | 2 | 6 | 0 | |
| | | | | | | *A: タイ側カウンターパートは本来業務との兼務が可能な者が選ばれたが、それでも何人かは多忙のためプロジェクトに充分な時間を割けなかった。そのため計画された活動に遅れが生じた。 *B: 意見交換ができるカウンターパートは複数いたが、最終的な決断は Dr.Petchsri に任されていた。 |
| | 3.2.3 タイ側カウンターパートの専門性は適切だったか。 | | 7 | 6 | 0 | *A: 豊富な経験と的確なポジションのスタッフであった。 |
| | 3.2.4 タイ側から提供された施設は適切だったか。 | | 7 | 5 | 0 | |
| | 3.2.5 タイ側の運営コストは適切に提出されたか。 | | 6 | 5 | 1 | *C: タイ保健省からの予算執行は、予算不足、政策変更などの理由から、不安定で遅れがちである。 *A: タイ側のローカルコストシェアはなされていた。 |

| 評価項目 | 質 問 | 小項目 | A | B | C | Reason(s) |
|-------------------------|--|--------------|---|---|---|---|
| 3.3 投入は十分に活用されたか。 | 3.3.1 人材 | | 8 | 6 | 0 | |
| | 3.3.2 機材、施設、機器 | | 9 | 5 | 0 | * ほぼすべての機械が活用されている。 *A: 検査機器、コンピューターが多かったと思うが、よく使用されている。 *A: 活用されているが、目標達成に必須であったかどうかは？ *A: HIV 関係のラボラトリー用機材の活用度は非常に高い。 *A: バヤオ病院のラボラトリーに供与された機材は特によく活用されている。 |
| | 3.3.3 運営コスト | | 8 | 6 | 0 | *A: 成果 1、2 に関しては、タイ側で今後とも運営コストの確保は問題ない。成果 3 は関与率性、手法と指標の開発に関して JICA が投入をしてきたが、バヤオ保健局によるプロジェクト終了後の活動継続の見通しは不明。チェンマイ大学が保健局と協力する形態での継続の可能性あり。 |
| 3.4 プロジェクト支援システムは機能したか。 | 3.4.1 Project Directorate Board は機能したか。 | 1) 頻度 | 5 | 7 | 2 | |
| | | 2) タイミング | 5 | 8 | 1 | |
| | | 3) 参加者数 | 7 | 6 | 1 | |
| | | 4) 効果 | 4 | 8 | 2 | |
| | | | | | | *モデルを他県へ広めるという活動をするならば、この Project Directorate Board は有効であったと思われるが、プロジェクトの進捗はそこまでに至らず、このレベルの委員会（保健省高官）がその機能を十分に発揮する必要性がなかった。 |
| | 3.4.2 Project Coordination Committee は機能したか。 | 1) 頻度 | 6 | 6 | 1 | *B: 回数は少なかった。もっと頻度をあげて、保健省次官補を巻きこんでもよかったとおもう。 |
| | | 2) タイミング | 5 | 7 | 1 | |
| | | 3) 参加者数 | 6 | 6 | 1 | |
| | | 4) 効果 | 5 | 7 | 0 | |
| | | | | | | * 分からない。機能していないということか？ |
| | 3.4.3 その他の関係機関からの支援は機能したか。 other concerned organizations? | 1) 日本の関係機関から | 5 | 1 | 1 | * JICA はよく支援してくれた。 *A: 日本大使館。 *A: 国立国際医療センター *A: エイズ患者の研究に関して国立国際医療センターの支援が有効だった。 |
| | | 2) タイの関係機関から | 5 | 2 | 0 | *B: 地域の関連機関（準郡行政機構等）からの支援はあまりなかった。 *A: 準郡行政機構、NGO 等 *A: CDC10, チェンマイ大学 |
| | | 3) 国際機関から | 4 | 1 | 0 | *B: UNAIDS と TUC の支援はあまり機能しなかった。 *A: UNAIDS, WHO。 *A: WHO、ケアネットワークに関しては協力体制があった。 *A: WHO タイ |
| | | 4) その他 | 1 | 0 | 0 | * WHO タイ *A: ケアタイランド、NGO、PHA グループ |
| | | | | | | |

| 評価項目 | 質 問 | 小項目 | A | B | C | Reason(s) |
|-------------------------------------|--|-----|---|---|---|--|
| 3.5 その他の協力プロジェクトとの連携は適切だったか。 | 3.5.1 その他の JICA プロジェクトとの連携。 | | 3 | 2 | 4 | <ul style="list-style-type: none"> * なし。 * UNAIDS (結核)、UNFPA (リプロダクティブ・ヘルス)、WHO (結核) *A: 中学校との連携は、中学生に対する手法と情報システムの開発につながった。 *A: タイ国のエイズ関連の N I H プロジェクトとの交換はほとんど無かったが、技術交換で 2 プロジェクトが当プロジェクトを訪問した。 * なし。 *C: なし。 |
| | 3.5.2 タイの関係機関が実施するその他のプロジェクトとの連携。 | | 5 | 5 | 0 | <ul style="list-style-type: none"> *A: 他県の HIV/AIDS プランに波及した。 * ARV プロジェクト等、多くの連携があった。 *B: 連携はスタッフの参加にかかっている。 *B: 出産後の HIV 感染者と子供のフォローアップで、ケア・タイランド (NGO) との協働があった。 * 保健省感染症対策局、エイズ課 *A: カウンセリング・ネットワークの開発に関して、CDC10 との協働があった。 *B: タイ保健省、エイズ・プロジェクト *A: ケア・タイランド: JICA の支援を受け、活動を共にした。 PHA グループ: サポートしつつケアネットワークづくりの協力を得た。 チェンマイ大学: トレーニング・リサーチに協力 |
| | 3.5.3 国際機関が実施するその他のプロジェクトとの連携。 | | 2 | 2 | 2 | <ul style="list-style-type: none"> *A: ケアネットワークに関する WHO および TUC との共同プロジェクト。 * カウンセリングに関する UNFPA との共同プロジェクト。 * WHO、UNAIDS、ケア・タイランドとの連携。 *A: UNFPA. *B: ケア・タイランド、婚前カウンセリング、UNICEF * なし。 *B: WHO と補完的に funding しつつ協力して活動した。 |
| 3.6 投入の規模は成果を達成するに充分であったか、多すぎなかったか。 | <ul style="list-style-type: none"> * 適切だったが、ある種の出費に関しては制限があり、分担しあうに足るだけの予算が都合できない場合もあった。 * 適切だった。 * 現時点では不明。資源分配は県と郡のレベルで行なわれ、村レベルでは行なわれなかった。また、予算は「保健人材育成」に重点的に向けられ、包括的な地域 (コミュニティ) 活動の実施にはあまり充当されなかった。 * 適切だった。資源は有効に活用され、成果との整合性があった。 * 適切だったが、JICA 専門家からもっとアドバイスをもらえると良かった。 * 適切。 * タイ側に見えない部分、カウンターパート研修、日本人人件費などが高かったと思う。 * やや過大投入の印象を受ける。成果達成のための必要十分な投入というより、投入先にありきではなかったか。 | | | | | |

4. インパクト：プロジェクトが実施されたことにより生じる直接的、間接的な正負の影響。

Please circle one : Thai side / Japanese side

A=高い、B=中程度、C=低い

| 調査項目 | 質 問 | 小項目 | プロジェクトにより意図されたものか。 | | インパクトの度合い | | | インパクトの詳細／回答理由 |
|-----------------------|-------------------------------|----------|--------------------|-----|-----------|---|---|---|
| | | | はい | いいえ | A | B | C | |
| 4.1 プロジェクト目標レベルのインパクト | 4.1.1 成果によりもたらされた正の状況の変化はあるか。 | 1) 政策 | 13 | 1 | 6 | 2 | 1 | *A: 継続的に実施された。 *A: 多くは正の状況である。 *A: ディケアセンターを中心としたケアネットワーク。 *Y: タイのエイズ政策（ケア）のフロントライン的意味がある。 |
| | | 2) 技術 | 14 | 0 | 9 | | | *A: アップ・トゥー・デイトなものがあった。 *A: ラボラトリー技術が改善された。 *A: 主に成果2「ケアネットワーク」に関して。 |
| | | 3) 環境 | 6 | 8 | 3 | 3 | | *A: 環境は改善された。 |
| | | 4) 社会・文化 | 8 | 6 | 2 | 4 | 1 | *B: 変化は見られない。 |
| | | 5) 組織・制度 | 13 | 1 | 4 | 3 | 1 | *B: 保健スタッフおよび組織がより働くようになった。 *A: PHA のための保健サービスの連携が改善された。 |
| | | 6) 経済・財政 | 8 | 6 | 2 | 5 | | *B: 財政的支援が改善された。 *Y: バヤオ県病院などの設備改善の役に立った。 |
| | 4.1.2 成果によりもたらされた負の状況の変化はあるか。 | | | | | | | * プロジェクトの成果が共有され、多くは政策に反映されている。バヤオ県は常にHIV/AIDS 問題に関して優れたデータを有する県として紹介されている。保健スタッフの業務に対する姿勢も、学びを重視する組織に変わってきている。 * 母子感染防止プロジェクト、保健人材育成プロジェクト、ARV プロジェクト（モニタリング評価プロセス）等。 * エイズ問題のみならず、保健スタッフの自主性が高まり、県の中心政策として他県へも知られている。結果的に分権化の流れがスムーズに起こっているようである。 |
| | | 1) 政策 | 0 | 14 | | | | |
| | | 2) 技術 | 0 | 14 | | | | |
| | | 3) 環境 | 0 | 14 | | | | |
| | | 4) 社会・文化 | 0 | 14 | | | | |
| | | 5) 組織・制度 | 1 | 13 | | | | |
| | | 6) 経済・財政 | 0 | 14 | | | | |
| | | | | | | | | |

| 調査項目 | 質 問 | 小項目 | プロジェクトにより意図されたものか。 | | インパクトの度合い | | | インパクトの詳細／回答理由 |
|----------------------|--|----------|--------------------|-----|-----------|---|---|---|
| | | | はい | いいえ | A | B | C | |
| 4.2 インパクトの地域的広がり。 | 4.2.1 プロジェクトサイトの周辺地域でどのような変化・効果が見られるか。 | 1) 政策 | 8 | 5 | 1 | 4 | 1 | |
| | | 2) 技術 | 9 | 4 | 3 | 2 | 1 | *Y: ほとんどは正の変化である。 |
| | | 3) 環境 | 4 | 6 | 1 | 2 | 1 | |
| | | 4) 社会・文化 | 5 | 5 | | 3 | 1 | |
| | | 5) 組織・制度 | 5 | 6 | | 4 | 1 | |
| | | 6) 経済・財政 | 4 | 6 | 1 | 2 | 1 | |
| | | | | | | | | * CDC10 と緊密に協働することにより、管轄県 6 県の調整と技術的支援を行なっている。 * 分からない。 * 詳細不明なるも、発表や会議を通じてインフォーマルに JICA プロジェクトの発信は影響を与えていると思われる。 |
| 4.3 ターゲットグループの生活の変化。 | 4.3.1 ターゲットグループ、すなわちパヤオ県および周辺県の県民の生活にどのような変化をもたらしたか。 | 1) 政策 | 6 | 6 | | 4 | | |
| | | 2) 技術 | 7 | 5 | 1 | 3 | 1 | |
| | | 3) 環境 | 5 | 7 | | 4 | 1 | |
| | | 4) 社会・文化 | 4 | 7 | 1 | 2 | 1 | |
| | | 5) 組織・制度 | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | |
| | | 6) 経済・財政 | 4 | 7 | | 3 | 1 | |
| | | | | | | | | * PHA グループの運営状況が改善されている。 * Y: CSW や結婚しているカップルなど特定の集団において、エイズ予防行為に関する改善が見られる。 * 当プロジェクト直接の影響は少ないと思われるが、PHA 当事者の権利意識が非常に高まっている。 |

| 調査項目 | 質 問 | 小項目 | プロジェクトにより意図されたものか。 | | インパクトの度合い | | | インパクトの詳細／回答理由 |
|--------------------|---|-----|--------------------|-----|-----------|---|---|---|
| | | | はい | いいえ | A | B | C | |
| 4.4 上位目標レベルのインパクト。 | 4.4.1 上位目標はどの程度達成されたか、あるいは達成される見込みであるか。 | | A | B | C | | | *B: 本プロジェクトの真のコンセプトを政策立案者に理解させる必要がある。政策立案者は非常にしばしば、ほとんどの場合、短期的な結果のみを期待するものである。 *B: すべての分野におけるすべての問題をカバーしていない。 * 地域（コミュニティ）におけるエイズ問題のさらなる意識化とさらなるディスカッション、風土病としてのエイズ問題のさらなる受容が必要。 *C: 郡レベルにおけるケアシステムモデルはある程度開発されたが、プロジェクトはまだ明確にモデルとして示せるものを作り出していない。 * NA（Network on AIDS）の考え方は他の人々にも理解されやすいので受け入れやすいと思うが、それに LA（Learning & Action）を加えた LANA としてのアイディアはなかなか理解しにくいので、他県への波及は難しいと思う。 *C: プロジェクト目標自体が目に見える成果になっていないので、上位目標へのインパクトは少ない。 |
| | | | 2 | 9 | 2 | | | |

5. 自立発展性：日本の協力が終了した後もプロジェクト実施による便益が維持されるかどうか。

A=はい、B=どちらとも言えない、C=いいえ

| 調査項目 | 質問 | A | B | C | 回答理由 |
|-----------------------|---|----|---|---|--|
| 5.1 組織・制度的側面から見た自立発展性 | 5.1.1 タイ政府は HIV/AIDS 予防とケアのプロセスモデルの発展・普及のための支援を政策として継続していくか。 | 10 | 4 | 0 | <p>* 分からない。ただし現在の予算システムを考えると、本プロセスモデルを受入れざるを得ないはず。</p> <p>*A: まだ多くのリスク・グループが支援を必要としている。</p> <p>*A: タイ政府は既に HIV/AIDS と戦うためのセクター間協力や、保健サービスと地域（コミュニティ）のリンクを進めている。</p> <p>* LANA のアイディアは現バヤオ保健局長によるところが大きいので、保健局長が移動になった際に、モデルを開発するという考えが新局長に継承されるかどうかは不明。</p> <p>*B: もしバヤオ県でより具体的な成果があらば、タイ政府にも受け入れられるであろう。プロセスモデルでなければ、このプロジェクトの成果は維持される。</p> <p>*B: 具体的にかつ特異的にこのプロジェクトのモデルを維持するかと聞かれると、分からない。</p> |
| | 5.1.2 バヤオ県およびその他周辺県ならびに郡の保健関係機関の組織体制は整備されているか。 | 11 | 3 | 1 | <p>*A: バヤオ県保健局および本プロジェクトの対象地域の運営管理体制は、適切な作業体系と明確な計画を持っており、整備されている。</p> <p>*B: ケアネットワークに関しては継続される。</p> <p>*A: 問題なし。</p> |
| | 5.1.3 バヤオ県およびその他周辺県ならびに郡の保健関係機関は、その他の関係諸機関からの支援を十分に受けられる体制にあるか。 | 5 | 7 | 3 | <p>*C: 全国的健康保険システム「30 パーツ・プロジェクト」のもとで、予算システムの改革が進んでいる。</p> <p>*A: バヤオ県保健局は他の関連機関との継続的で長期にわたる良好な関係にある。</p> <p>*A: JICA プロジェクト終了後、タイ保健省と US-CDC は、チェンマイ、チェンライ、およびバヤオで、PHA のケアのためのプロジェクトを実施する予定である。</p> <p>* プロジェクトとして新たな活動をはじめたというのはほとんどなく、ほとんどの活動がバヤオ保健局の活動に載っているため、プロジェクトが終了してもほとんどの活動は、日々の保健局の業務として継続される。</p> <p>*B: バヤオ、チェンライ、チェンマイにおいては、アメリカの CDC によるプロジェクトが JICA の後を続けるような形で支援がある。（保健省の申請による 2 年間のプロジェクトが今年から開始されている。）</p> <p>*B: JICA 以外からも保健省特別プロジェクト、WHO、UNICEF、TVC などの支援を得ている。</p> |
| 5.2 財政的側面から見た自立発展性 | 5.2.1 バヤオ県およびその他周辺県ならびに郡の保健関係機関の運営予算は安定しているか。 | 4 | 6 | 5 | <p>*C: 県および郡保健局の直接的な予算は、新しい予算システムのもとで縮小傾向にある。今後も引き続いて保健人材育成研修を実施していくのであれば、他県や郡の保険スタッフが自らの予算を使って研修に参加するよう、動機付けを行なっていく必要がある。</p> <p>*C: 全国的健康保険システム「30 パーツ・プロジェクト」のもとで、予算システムの改革が進んでいる。</p> <p>*A: 安定性、正確な出入金管理、定期的査察。</p> <p>*B: 国際機関からの支援に問題が生じる可能性はあるが、当面は継続して行くであろう。</p> <p>*B: 保健省からの予算は、政府予算の不足のために執行が不安定であり遅れ気味である。しかし、US-CDC からの投入は状況を改善すると思われる。</p> <p>*A: プロジェクト終了後の継続には大きな経費はかからないので、ほとんど問題はない。ルーチンサービスの向上をねらったプロジェクトであった。</p> <p>*B: 分権化の流れに伴い、県保健局の予算は縮小されている。その分、郡の病院が予算を得ているので、郡レベルでは基本的に変わず。ただし、保健人材育成のような県主導の活動はやりにくくなる可能性あり。</p> |

| 調査項目 | 質 問 | A | B | C | 回答理由 |
|--------------------|---|----|---|---|--|
| 5.3 技術的側面から見た自立発展性 | 5.3.1 プロジェクトを通じて移転された技術は適切に活用されているか。 | 9 | 5 | 0 | <p>* それに関して判断するのは時期尚早である。</p> <p>*B: 結核モニタリング手法は活用され、パフォーマンスの向上に役立っている。ラボラトリーの新技術は、HIV/AIDS のための保健サービスを支えるインフラとして活用されている。</p> <p>*A: 特別新しい技術を導入せず、タイの人材を使い、タイの人材が実施できるようにしてきた。</p> <p>*B: 事前調査の報告書にも書かれているように、「技術移転」という従来の考えが当てはまるか疑問である。しかし、専門家の残したものが取り入れられているのが随所に見られる。</p> |
| | 5.3.2 訓練を受けたカウンターパートは適切なポストに配置されているか。 | 7 | 7 | 1 | <p>*B: 適切に配置されている者もいるが、他の職種に配属されている者もいる。</p> <p>* 公務員なので他県への移動はあるが、他県に移動しても全く別の仕事につくわけではないので、なんらかの形で JICA との協力により学んだことは生かされる。</p> <p>*B: カウンターパートは適所に配置されているが、日本での研修が広範だったため、なかなか目に見える形で研修の効果が生かせないようだ。</p> <p>*A: 全員もとのポジションに戻って仕事をしている。</p> |
| | 5.3.3 訓練を受けたカウンターパートは依然として保健省にとどまって業務を続けているか。 | 10 | 4 | 1 | <p>*B: カウンターパートは適所に配置されているが、日本での研修が広範だったため、なかなか目に見える形で研修の効果が生かせないようだ。</p> <p>*A: 保健省本省はそうでもないが、県保健局では業務を続けている。</p> |
| | 5.3.4 施設や機材は適切に維持管理されているか。 | 12 | 3 | 0 | <p>*A: ラボの機材は特に良好に維持管理されている。</p> <p>*A: 病院は機材を最大限に有効に活用するべきである。</p> <p>*A: 一部機材は故障している。</p> |

作成：1998年4月

別添資料 5. 計画当初のPDM (PDMO)

タイ国エイズ予防・地域ケアネットワークプロジェクト

| プロジェクトの要約 | 指 標 | 指標入手手段 | 外部条件 |
|---|--|--|---|
| スーパーゴール (#3) 1 新たなHIV感染の減少 2 HIV/AIDS感染者およびその家族の生活の質の向上 | | | |
| 上位目標 (#3) 郡保健システムに重点を置いた、HIV/AIDS予防とケアおよびそのための支援機能の全国向けモデルが開発される | | | |
| プロジェクト目標 (#3) 郡保健システムに重点を置いた、HIV/AIDS予防とケアおよびそのための支援機能のモデルがバヤオ県で開発され、他県に効果的に適用される | モデルの行動規範、ガイドライン、手法の有効性 (*) (*: 有効性の指標は成果の指標を用いる) | インタビュー、観察 | 政府および関係機関がモデルを国家戦略として採用する |
| 成果 1 国家レベルの保健政策および保健プログラム、ならびにバヤオ県とその周辺県の状況を調査し、調査結果に基づいて、郡保健システムに即したHIV/AIDS予防とケアのモデル開発およびその普及のための戦略を立てる。 2 郡保健システムに重点を置いた、HIV/AIDS予防とケアおよびそのための支援機能のモデルならびに指標 (#1) がバヤオ県で開発される。 2.1 婚前から末期までの包括的・継続的な予防とケア。 2.2 すべてのレベル、特に郡と準郡レベルでの、HIV/AIDS問題を解決するために必要な情報を提供する情報システム。 2.3 カウンセラーが効果的・継続的に業務に従事するための支援システム 2.4 ラボラトリー・サービスの品質管理システムが開発される。 2.5 すべてのレベルでの保健施設のための院内感染予防 (UP) の促進。 2.6 インターセクトラルな郡チームによる、中学生に対するHIV/AIDS教育戦略。 3 モデル実施のためにバヤオ県内のすべての郡が支援を受ける。 4 モデルの普及プロセスに他の県が積極的に参画する。 | 1 戦略開発のプロセスで実施中の活動にかんして、その成功あるいは失敗の原因となった要因を用いる。 2.1 A 保健機関と地域・家庭とのケアのリンケージ 2.1 B HIV/AIDS感染者の生活の質が向上する 2.1 C 開発された予防とケア活動の費用対効果が高い 2.2 収集された情報の質と量、およびその情報の計画と評価への使われ方 2.3 A すべての施設がACRTCのQA基準を満足する 2.3 B 精神的な負担からカウンセリングをやめるカウンセラーの数が減る 2.4 品質管理委員会が作られ機能する 2.5 基準に合致する保健機関の割合 (ヘルスセンター80%、病院100%) 2.6 地域調査に基づき、二つの郡が戦略を立てる 3 他の郡のモデルの適用状況 4 他の郡のモデルの適用状況 | 1 開発された戦略および実施中の活動に関するアセスメント・レポートの検証。 (#2) 2.1 A 様々な状況におけるHIV/AIDS感染者のケーススタディ 2.1 B インタビュー 2.1 C 記録 2.2 保健機関の記録および計画と評価 2.3 施設の調査 2.4 ラボの記録 2.5 施設の調査 2.6 調査記録および戦略に関する文書 3 インタビュー、観察 4 インタビュー、観察 | 県、郡、準郡において、セクター間協力が得られる。 タイ国保健省が他県へのモデルの適用を推進する。 |
| 活動 1.1 6つのコンポーネントおよび郡の保健システムならびに管理システムに関して、国家政策、国家プログラム、バヤオ県、その他の周辺県の状況を調査する。 A: 国家レベルの政策とプログラムを調査する。 B: バヤオ県およびその他の周辺県の実施中の活動の状況を調査する。 1.2 6つのコンポーネントが国家モデルとして周辺県にスムーズに広がってゆくように、戦略を開発し洗練する。 | 日本側 投入 | タイ側 | |

Note:

#1: 成果2に関する指標が十分に検討されたものではなく一般的である。従って、下記の成果2に関する指標の開発も成果に含まれるものとする。

#2: 指標ならびに指標入手手段は未検討である。

#3: スーパーゴールとは、上位目標が達成されたことにより期待される開発効果で、プロジェクトの長期的な妥当性と方向性を示す。
 上位目標とは、プロジェクト目標が達成されたことにより期待される開発効果。
 プロジェクト目標とは、プロジェクトの実施されたことにより期待される目標で、ターゲットグループへの具体的な便益やインパクトとして表される。

Project Design Matrix(PDM)

| NARRATIVE SUMMARY | INDICATORS | MEANS OF VERIFICATION | IMPORTANT ASSUMPTIONS |
|--|--|---|--|
| Super Goal (#3) 1)Reduction of new HIV infected cases 2)Improvement of QOL among PWA and their families | | | |
| Overall Goal (#3) The nationwide models for HIV/AIDS prevention & care and their supporting functions with emphasis on district health system are developed. | | | |
| Project Purpose (#3) The models developed in Phayao for HIV/AIDS prevention & care and their supporting functions with emphasis on district health system are applied effectively to other selected provinces. | Degree of effectiveness(*) of principles, guidelines and tools of the model. (*: Indicators of outputs are used for effectiveness) | Interview, observation | Government and concerning organizations take the model as national strategy. |
| Outputs 1) Models development and expansion strategies with regard to HIV/AIDS prevention and care in the context of district health system are refined based on the review of national policies and programs as well as situation of Phayao and other provinces. | 1) Utilization of the factors causing success and failure in ongoing activities in the process of strategies development. | #2) Examination of assessment report of ongoing activities and the strategies developed. | Multisectoral collaboration take place well in the provincial, district and tambol levels. |
| 2) The models and their indicators(#1) for HIV/AIDS prevention & care and their supporting functions with emphasis on district health system are developed in Phayao Province. 2-1)Comprehensive prevention & continuum care from premarital to terminal care 2-2)Information system with which information is utilized to solve the HIV/AIDS-related problems at all levels, especially district and tambol levels. 2-3)Supporting system for counselors, which enables them to work effectively and continuously. 2-4)Quality control system of laboratory services is developed. 2-5)UP promotion for all levels of health facilities. 2-6)Strategy of HIV/AIDS education for secondary school students by intersectoral district team. | 2-1A)Linkage of care between institutions and community/home. 2-1B)QOL of PWAs is improved 2-1C)Prevention and care activities developed are cost-effective 2-2)Quantity & Quality of information collected, and way of their use for planning & evaluation. 2-3A)Every facility meets the QA criteria of ACRTC B)Counselors who quit counseling services due to psychological burden decreased. 2-4)CI Committee is established & functioned 2-5)% of facilities meeting the standard. (HC:80%, Hospital:100%) 2-6)Two districts develop the strategies based on local survey. | 2-1A)Case study of PWA in various situations 2-1B)Interview 2-1C)Records 2-2)Records, plan and evaluation of facilities 2-3)Facility survey 2-4)Record of laboratory 2-5)Facility survey 2-6)Reports of the survey and documents of the strategy | MOPH facilitate the process of applying the models to other provinces. |
| 3) All districts in Phayao are supported for the model implementation. | 3) Degree of acceptance of the model by other districts. | 3) Interview, Observation | |
| 4) Other provinces are actively involved in the process of the model expansion. | 4) Degree of acceptance of the model by other provinces. | 4) Interview, Observation | |

ACTIVITIES

1-1)To assess the national policies and programs as well as situation of Phayao and other provinces with regard to six components and district health system & management.

A)To review national policy and programs at national level.

B)To review situation and ongoing activities in Phayao and other provinces of all regions.

1-2)To develop and refine strategies to make six components suitable for national models and to expand them to other provinces smoothly.

Note:

#1: Since INDICATORS of the 2nd column have not been well refined and are still general, therefore, development of indicators are included in each item of 2) above.

#2: INDICATORS and MEANS OF VERIFICATION of 1) are not explored yet.

#3:Super Goal means the development effect expected to be attained as a result of Overall Goal being achieved and shows long-term relevance and direction of the Project.

Overall Goal means the effect of a development project expected to be attained as a result of the Project Purpose being achieved.

Project Purpose means an objective that is expected to be achieved as a result of project implementation and which is revealed in the form of specific benefits or impacts for the target group.

P. K. K.

2-10

ANNEX I

Project Design Matrix(PDM)

(Draft)

| NARRATIVE SUMMARY | INDICATORS | MEANS OF VERIFICATION | IMPORTANT ASSUMPTIONS |
|--|--|--|--|
| Super Goal 1)Reduction of new HIV infected cases 2)Improvement of QOL among PWA and their families | | | |
| Goal The nationwide process model of the provincial health system which enables the system to continuously respond to HIV/AIDS problem and other local health problems is developed. | | | |
| Project Purpose The process model of HIV/AIDS prevention and care through Learning and Action Network on AIDS (LANA) is developed in Phayao Province and applied effectively to other selected provinces. | Number of AIDS Competent Tambons(*1) Number of AIDS Competent Districts(*2) Number of AIDS Competent Provinces(*3) | periodical assessment | Government and concerning organization take the model as national strategy. |
| Outputs 1) Health manpower are developed systematically. | 1-A) Attitude reforms 1-B) New system formulation 1-C) Consolidation & stabilization of the system | periodical assessment | a)Multisectoral collaboration take place well in the provincial, district and tambon levels. |
| 2) Specific components of technology relating to HIV/AIDS prevention and care are developed : 2-1)Comprehensive prevention & continuum care from premarital to terminal stage 2-2)Information system with which information is utilized to solve the HIV/AIDS-related problems at all levels, especially district and tambon levels. 2-3)Supporting system for counselors, which enables them to work effectively and continuously. 2-4)Quality control system of laboratory services is developed. 2-5)UP promotion for all levels of health facilities is developed. 2-6)Strategy of HIV/AIDS education for secondary school students by intersectoral district team is developed. | 2-1A)Linkage of care between institutions and community/home. 2-1B) Improvement of QOL of PWAs 2-1C)Development of cost-effective prevention and care activities 2-2)Utilization of information at all levels 2-3A)Every facility meets the QA criteria of ACRTC 2-3B)Decrease of Counselors' psychological burden 2-4A)Results of internal control 2-4B)Results of external control 2-5)% of facilities meeting the standard.(HC:80%, Hospital:100%) 2-6)Strategies developed by multisectoral teams | 2-1A)Case study of PWA in various situations 2-1B)Interview 2-1C)Records 2-2)Records, plan and evaluation of facilities 2-3)Facility survey and interview 2-4)Reports of laboratory 2-5)Facility survey 2-6)Reports of the survey and documents of the strategy | b)MOPH facilitate the process of applying the models to other provinces. |
| 3)Learning and Action Network on AIDS (LANA) is developed in Phayao. | 3)Number of AIDS Competent Tambons(*1) Number of AIDS Competent Districts(*2) | 3) Interview, Observation | |
| 4) Other provinces are actively involved in the process of the model expansion. | 4) Degree of acceptance of the model by other selected provinces. | 4) Interview, Observation | |
| 5)National policies and programs as well as situation of Phayao and other provinces are reviewed. | 5) Utilization of the factors causing success and failure in ongoing activities in the process of strategies development | 5) Examination of assessment report of ongoing activities and the strategies developed. | |

1:AIDS Competent Tambon (ACT) is the subdistrict in which people (i.e. individuals, families and community) have the potentiality to cope with the HIV/AIDS problem through :

1)accessing to information, 2)analysing and assessing their risks & vulnerable factors to HIV/AIDS and acting on them, and 3)accessing to effective HIV/AIDS core services.

*2:"AIDS Competent District (ACD)" is the district in which the district working unit (i.e. the district health office , the community hospital and health centers) is capable to coordinate multisectoral collaboration for :

1)facilitating people's response to HIV/AIDS, and 2)providing effective HIV/AIDS core services.

*3:"AIDS Competent Province(ACP)" is the province in which the provincial working unit (i.e. the provincial health office , general hospitals) is capable to coordinate multisectoral collaboration for :

1)facilitating capability of district working units to be AIDS competent, and 2)providing effective HIV/AIDS referral services.

PDM 2000 Modified from PDM 1999 (Draft)

| Summary of Objective/Activities | Objectively Verifiable Indicators | Means/Source of verification | Important Assumptions |
|--|---|------------------------------|--|
| Super Goal 1. Reduction of new HIV infected cases 2. Improvement of QOL among PWA and their families | | | |
| Overall Goal to which project contributes The nationwide process model of the provincial health system which enables the system to continuously respond to HIV/AIDS problem and other local health problems is developed. | | | |
| Project Purpose The process model of HIV/AIDS prevention and care through Learning and Action Network on AIDS (LANA) is developed in Phayao Province and applied effectively to other selected provinces. | Number of AIDS Competent Tambons(*1), Number of AIDS Competent Districts(*2), Number of AIDS Competent Province(*3) | periodical assessment | Government and concerning organization take the models as national strategy. |
| Results/Outputs 1. Health Manpower Development for solving HIV/AIDS related problems 2. Establishment of care for people with HIV/AIDS (PWA) and their families with an emphasis on mothers and children 3. Promotion of community responses to HIV/AIDS | | periodical assessment | |
| Activities <u>1. Health Manpower Development for solving HIV/AIDS related problems</u> 1.1 Development of Provincial Trainers 1.2 Attitude reform by "Community Assessment" training course 1.3 New system formulation: community assessment and area planning 1.4 Consolidation and stabilization: implementation, supervision and M&E 1.5 Sharing experiences with other provinces <u>2 Establishment of HIV/AIDS prevention & care for people with HIV/AIDS (PWA) & their families with emphasis on mothers & children</u> 2.1 Reinforcement of existing HIV/AIDS related programs i) Prevention of Mother to Child Transmission (PMCT) program ii) TB and other opportunistic infections control iii) Counseling service iv) Laboratory service v) Nosocomial infection control/UP 2.2 Development of coordinated prevention and care services i) Development of multi-program collaboration ii) Development of health services for asymptomatic PWA iii) Development of comprehensive functions of self-help group iv) Development of collaborative relationship with schools through study on sexual behavior of secondary school students 2.3 Utilization-oriented information system development i) Development of provincial data base ii) Tool development for utilizing quantitative information 2.4 Sharing experiences among provinces <u>3 Promotion of community responses to HIV/AIDS</u> 3.1 Assessment of existing community responses to HIV/AIDS 3.2 Development of tools and media to support community facilitators 3.3 Support to community responses and experience sharing | | | |

Project Design Matrix 2001

| Summary of Objective/Activities | Objectively Verifiable Indicators | Means/Source of verification | Important Assumptions |
|--|--|---|---|
| Super Goal 1. Reduction of new HIV infected cases 2. Improvement of QOL among PWA and their families | | | |
| Overall Goal to which project contributes The nationwide process model of the provincial health system which enables the system to continuously respond to HIV/AIDS problem and other local health problems is developed. | | | |
| Project Purpose The process model of HIV/AIDS prevention and care through Learning and Action Network on AIDS (LANA) is developed in Phayao Province and applied effectively to other selected provinces. | Number of AIDS Competent Tambons(*1), Number of AIDS Competent Districts(*2) and Number of AIDS Competent Province(*3) | periodical assessment | Government and concerning organization take the models national strategy. |
| Results/Outputs 1. Health Manpower Development for solving HIV/AIDS related problems 2 Establishment of HIV/AIDS prevention and care with an emphasis on mothers and children 3 Promotion of community responses to HIV/AIDS | 1.1 Capacity of provincial trainers to organize courses by themselves 1.2 No. of project plans certified by provincial trainers 2.1 Adherence rate of AZT intake 2.2 Completion rate of IPT (more than 70%) 2.3 Defaulter rate of TB treatment (less than 10%) 3. No. of Tambons with certified community AIDS plan | 1.1 Course reports 1.2 Evaluation by external evaluators 2.1 PMCT reports 2.2 IPT reports 2.3 TB treatment outcome reports 3. Evaluation by Provincial and District/Tambon teams | |
| Activities <u>1. Health Manpower Development for solving HIV/AIDS related problems</u> 1.1 Development of Provincial Trainers 1.2 Attitude reform by "Community Assessment" training course 1.3 New system formulation: community assessment and area planning 1.4 Consolidation and stabilization: implementation, supervision and monitor & evaluation 1.5 Sharing experiences with other provinces <u>2 Establishment of HIV/AIDS prevention and care with an emphasis on mothers and children</u> 2.1 Reinforcement of existing HIV/AIDS related programs i) Prevention of Mother to Child Transmission (PMCT) program ii) TB and other opportunistic infections control iii) Counseling service iv) Laboratory service v) Nosocomial infection control/UP 2.2 Development of coordinated prevention and care services i) Development of multi-program collaboration ii) Development of health services for asymptomatic PWA iii) Development of comprehensive functions of self-help group iv) Development of collaborative relationship with schools through study on sexual behavior of secondary school students 2.3 Utilization-oriented information system development i) Development of provincial data base ii) Tool development for utilizing quantitative information 2.4 Sharing experiences among provinces <u>3 Promotion of community responses to HIV/AIDS</u> 3.1 Assessment of existing community responses to HIV/AIDS 3.2 Development of tools and media to support community facilitators 3.3 Support to community responses and experience sharing | *1: "AIDS Competent Tambon (ACT)" is the sub-district in which people (i.e. individuals, families and community) have the potentiality to cope with the HIV/AIDS problem through: 1) accessing to information, 2) analyzing and assessing their risks & vulnerable factors to HIV/AIDS and acting on them, and 3) accessing to effective HIV/AIDS core services. *2: "AIDS Competent District(ACD)" is the district in which the district working unit (i.e. the district health office, the community hospital and health centers) is capable to coordinate multisectoral collaboration for: 1) facilitating people's response to HIV/AIDS, and 2) providing effective HIV/AIDS core services. *3: "AIDS Competent Province(ACP)" is the province in which the provincial working unit (i.e. the provincial health office, general hospitals) is capable to coordinate multisectoral collaboration for: 1) facilitating capability of district working units to be AIDS competent, and 2) providing effective HIV/AIDS referral services. | | |

Report for the Final Evaluation Team

JICA Project for Model Development of Comprehensive HIV/AIDS Prevention and Care in Thailand (JICA AIDS II)

July 2002

**Ministry of Public Health
Phayao Provincial Public Health Office
JICA AIDS II Project**

1. INTRODUCTION

The five-year project (1998-2003) of the Thai Ministry of Public Health with Technical Cooperation of JICA aims to develop and share model of comprehensive HIV/AIDS prevention and care. It is thus expected to contribute to national policies and strategies. The project selected Phayao as a pilot province for the model development.

Towards the end of the project, the joint project team aims to summarize the progress and achievement of the project. The following sections report summarized Project Purpose (p1-4) and Outputs (p4-17) as described in the PDM.

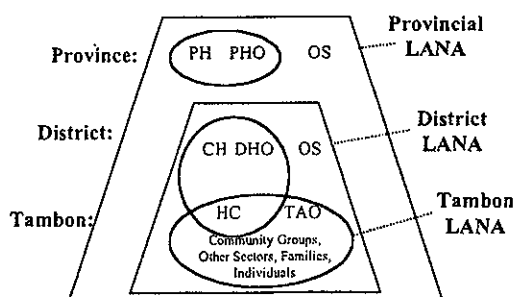
2. PROJECT PURPOSE

The process model of HIV/AIDS prevention and care through Learning and Action Network on AIDS (LANA) is developed in Phayao Province and applied effectively to other selected provinces.

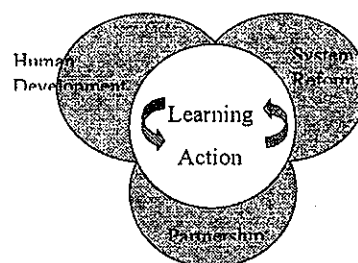
This is the project purpose agreed upon to be achieved within five years period. This purpose should be interpreted as follows. HIV/AIDS problem is complex, dynamic (changes quickly) and differs from one place to another. Therefore it is not possible to have a single solution which is effective everywhere. However, if the relevant local staff is able to assess the situation, learn from the facts, and plan and act accordingly, it makes it possible to cope with the problem more effectively and continuously.

LANA (Learning and Action Network on AIDS, Figure 1) is what the project wanted to develop at every level in order to achieve AIDS Competent Province, District and Tambon. In short, LANA should have multisectoral collaborative network for HIV problem and this network should have a function to continuously learn from the action. Emphasis is placed on the people's attitude and capacity to look at the information and evidence, analyze and utilize for planning. Activities should be evaluated and utilized for the next planning. Continuously repeating this cycle is the core of this process model.

(Figure 1) Structure of LANA



(Figure 2) Strategy of LANA development



2.1 Strategies of establishing LANA

The project adopted three components as main strategies to achieve LANA as is indicated in Figure 2.

First, reform the attitude and improve the skill of health staff. Through the Community assessment courses and subsequent training on-the-job, health staff were introduced to a new system of public health, which is decentralized problem solving and decision making by themselves based on the information they collect and analyze.

Second, establishing a system for HIV care and prevention including reinforcement of existing services. Care Package and Care Network Development is the main strategic model the project developed for care. Working with other sectors utilizing information as the tool is the new form of multisectoral collaboration, which is important both for care and prevention. For this reason, special attention was paid to the information system.

Third strategy is to establish a community which is competent enough to cope with the HIV problems. Health staff is expected to play a key role in Tambons for coordinating multisectoral partnership development and facilitating the community's response.

2.2 Achievement of LANA

At this moment, we have not been able to reach the stage of realizing complete LANA or AIDS competent society. In order to measure the level of achievement for LANA, it would be shown by the following indicators.

- Established multisectoral collaboration
- Existence of learning and action
- Change of health staff's attitude or practice

To establish LANA in different levels, it needs information system development as a tool to provide the network real area evidence. And it starts from developing health staff who wants to learn and to utilize information in the working system in the network

2.2.1 Provincial level LANA:

Provincial AIDS database development consists of 3 parts; 1) Symptomatic and AIDS patient reporting system, 2) Specific group infection monitoring system, and 3) Behavior surveillance system. It is an existing system of MOPH but it was extended in content, size of data, and target population to be able to be utilized in other provinces.

The existing Provincial network on AIDS was the AIDS action center. Information gained from that database was used to consider additional plan and project in the high prevalence areas. There are 2 new networks developed i.e. 1) Phayao public health and military province network and 2) Phayao public health and secondary school education network, with details as follow.

According to infection and behavior surveillance in new recruited conscripts, and the expansion of surveillance on retiring military conscripts, Phayao PPHO and Phayao Military province had a common goal. It was aimed that there must be an intervention to implement to the conscripts during military service in order that after released, they conduct safe behavior from AIDS and contribute in social norm change.

According to the collaboration of Phayao PPHO and Provincial secondary school education office to monitor behavior of secondary school students including extension to drugs, alcohol, gambling, and nightlife, the schools are interested in improvement of data collecting system. There was an agreement to search in-depth data for further intervention and integrate into school system, which involves teachers to supervise students at the proportion of 24 students per a teacher.

Although there has not been established the network for planning, implementing and learning through the action yet, the way of collaboration had been clearly changed. Previously it was a cooperation to health sector, but it becomes the collaboration for mutual benefit, which bears significance in sustainability.

2.2.2 District level LANA:

Currently ongoing decentralization policy focuses on districts as actual implementation units. Started in Maejai district, the district level information was developed from health center staff and district PHO staff. This information, as community based, bears higher coverage than that of hospital based. Plus there is qualitative data for staff to utilize instantly as area evidence based and individual based. The information is also submitted to district AIDS prevention and control committee. At present, Maejai district is in progress of technology transfer to other districts such

as Pookamyao, Chun, Dokkamtai, and Chiangkam.

Noteworthy about district level network is the development not only with other sectors but also within public health sector. In every district, there is a development of care network for PHA, i.e. hospital, health center, NGO, and PHA group. Not only service but also the information system is used to follow up. Antiretrovirus (ARV) project of AIDS division, contributed by health sector, NGO, and PHA group, has data collection process for care network development.

This is clearly seen under the Care Network development, which focuses on the linkage of services between hospital, health centers, NGO and PHA groups. This network has been under development through the following process.

- Baseline assessment of the existing HIV care service in each district was conducted.
- Each district team (consisting of multisectoral stakeholders) analyzed their situation and developed district specific District Action Plan .
- Developed patient flow chart for linkage of care.
- Developed patient recording/reporting system for monitoring.
- Monitoring workshops.

2.2.3 Tambon level LANA:

Tambon is increasingly an important unit of administration with the progress of decentralization in Thailand. Health centers are located at Tambon levels and they are playing the key role as a liaison of health service and community.

According to the plan, health staff would be trained on working with community after attitude reform and community assessment training, but it was not done due to the organizational change of MOPH and that takes time of the provincial PPHO to adjust itself for the change.

However, the trained health staffs have adjusted the public health work to fit the local administration organization and community.

Random sampling survey of the course trainees was conducted and more than 90% of them correctly got the message of the training and actually many of them are practicing in their actual work. (Attachment)

Impact of the HMD training on health center staff

| | |
|----------------------------------|-------|
| Positively affected the attitude | 18/20 |
| 4 | |

- Look at the underlying cause of problems. 8
- Try community participation approach. 5
- Make good relation with community. 3
- Motivated, better planning, team working. 1 each

Not affected 2/20

- Not useful for work 1
- Too busy with routine work 1

Some communities have developed AIDS working committees participated by multiparty representatives such as health centers, teacher, housewife group, youth group, PHA group and TAO(tambon administration organization). In many cases, health center is playing the role of leader, coordinator or consultant. The project and Chiang Mai University studied working process at Tambon level and develop staff in 3 Tambons to coordinate and support the Tambon LANA.

Tambon care network development is also a part of district and provincial care network development.

3. PROJECT OUTPUT

Specific outputs and achievement from three components of strategies are summarized below.

3.1 Health Manpower Development

Capable health manpower is an essential element of health system to cope with area-specific and rapidly changing situation with regard to public health, particularly where decentralization of public administration is underway. Phayao Provincial Health Office identified Health Manpower Development as one of the highest priority programs in order to prepare health system responding to HIV/AIDS and other health problems.

Background

The situation before the project was that health staff generally had an attitude to wait for an order from supervisors what to do. They did not dare to assess the problem of the community and take action by themselves. However, the order from province or from Bangkok may not be appropriate for the local situation. Decentralized decision making and action was needed with the capacity to

collect, analyze and interpret data. The project has placed HMD as the main stream to develop LANA.

Model

Objectives of the HMD is to develop health personnel with the following capacity.

- Attitude to concern about impact on people, eagerness to learn and critical thinking
- Positive attitude towards teamwork to collaborate within health sector as well as with other sectors and communities
- Positive attitude toward the community participation and skills in working with the community
- Knowledge and skills in data collection and analysis
- Knowledge and skills of planning, monitoring and evaluation
- Communication skills in order to understand real needs of the community and to promote self care of people

The HMD consists of the following step;

- (1) Attitude reform by community assessment course.
- (2) New system formulation, consolidation and stabilization on the job.

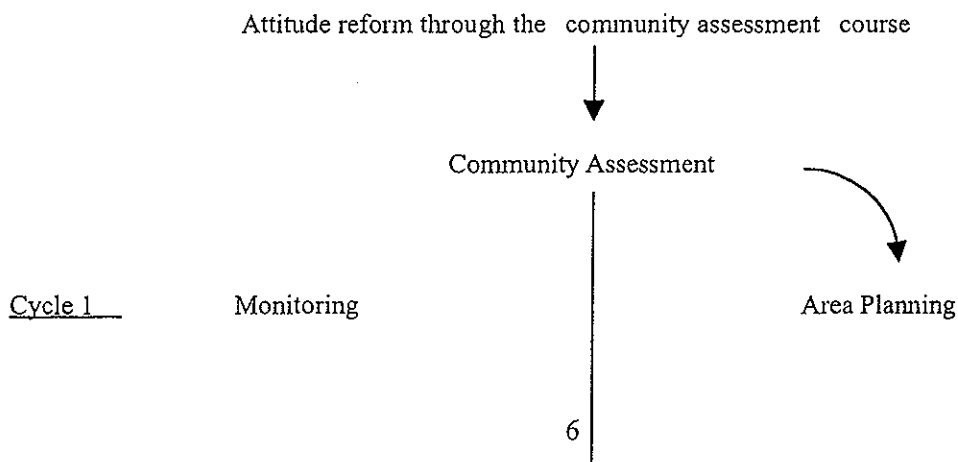
Cycle 1 : Introduction to new public health system

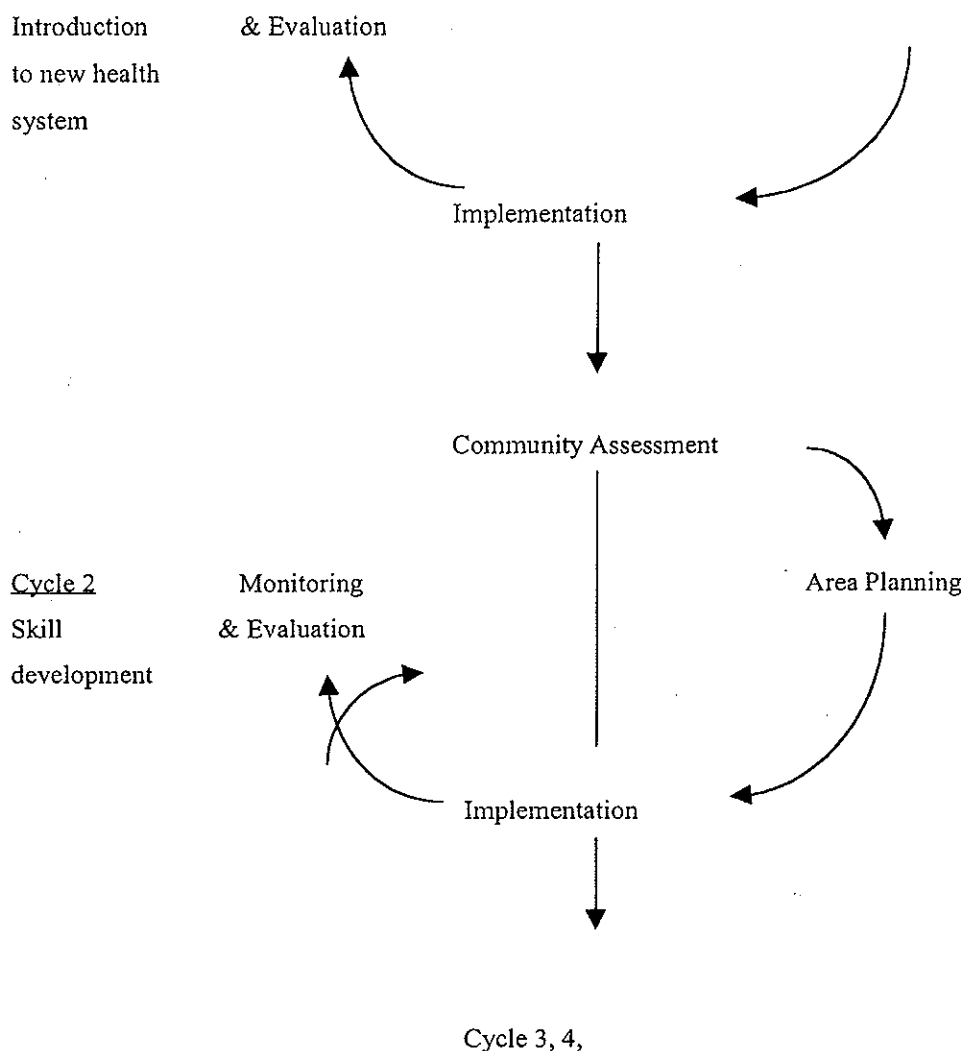
- 1) Community Assessment in their locality
- 2) Area planning in their locality
- 3) Implementation, supervision, monitoring and evaluation

Cycle 2,3,4 : Skill development

- 4) Community Assessment in their locality
- 5) Area planning in their locality
- 6) Implementation, supervision, monitoring and evaluation

Figure 3: Steps of Health Manpower Development





As of mid-2002, the output is as follows.

The Community Assessment training courses were conducted extensively for developing capacity of health personnel at every level throughout the province, in order to create a critical mass for system change. Subsequent HMD training was implemented on-the job with periodic lectures and supervision by instructors.

Project has developed 32 provincial trainers including ministerial trainers from MOPH and conducted 12 batches of training courses, which have trained 363 health staff at every level throughout the province.

The graduates of the community assessment course returned to their community and conducted the actual community assessment as a team in 3 districts, including Pong, Chun and Chiangmuan so

far.

In terms of the next step of the cycle, which is planning, these districts have already started working on area based planning. Training sessions for planning were organized and they presented the draft plan. After revising the planning according to the instructors, it is going to be the actual plan of the area.

Initially, the project intended to introduce to the first cycle of Assess , Plan , Implement , and Monitor and Evaluate . However, the project have not yet reached the subsequent steps of Implementation or Monitoring & Evaluation . This delay is largely because of the fact that the following process is not a time fixed training course but a training process on the job. Thus the activity had to be adjusted according to the regular work or other projects.

Health manpower development is one of the focus areas in MOPH policy. HMD network with HMD Bureau of the MOPH and other two provinces (Lopburi and Ayuthaya) has been developed. This is a potential mechanism for an even wider expansion to other provinces. Chonburi and Yasothon have already started this project. Recently, two districts in Chaing Mai are interested in HMD and they sent their staff to the community assessment course in Phayao for training as trainers. Furthermore, Health manpower institute in MOPH has decided to include this training in the curriculum of national nursing collages.

3.2 Establishment of Comprehensive Prevention and Care

The second component of LANA model is System development . This is translated as the Development of comprehensive HIV prevention and care system under the PDM.

The situation of HIV/AIDS has been changing in many ways in Thailand. It is now more endemic in general communities, while it was prevailed among particular groups before. For this reason the prevention and care of HIV/AIDS has become more complicated than it used to be. At the same time, with increasing number of PHA, the demand for better care has become stronger than ever.

1) Care

When the project started in 1998, the general situation related to HIV/AIDS care and support in Northern Thailand was analyzed as below.

Background

- a) Limited attention of care, especially for asymptomatic PHA. They were simply advised to come back to hospital when they develop symptoms.

- b) Care was not continuous from infection to death.
- c) From the viewpoint of health system, range and quality of care services varied from facility to facility.
 - Death rate and defaulter rate were high among HIV positive TB cases; due to lack of linkage between TB/DOTS and HIV/AIDS care.
 - INH Preventive Therapy (IPT) was delivered by less than half of hospitals without proper guidelines and the completion rate was low.
 - Primary prophylaxis of PCP was prescribed only by doctors at OPD with low coverage and low continuity.
 - Many cases with OI were given symptomatic therapy without specific diagnosis in community hospitals.
 - Limited supervision and consultation mechanism for counselors to improve the quality of counseling as well as reducing the stress.
 - Coverage or continuity of medical care was not regularly monitored because there was no recording/monitoring system.
 - Protocol of PMCT was developed, but systematic care and support for mothers and children after delivery are yet to be established.
 - Laboratory had limited quality and supervision system.
 - UP guideline was present but was not well, implemented.
 - PHA groups were not so active or capable of managing group since many of them had been established responding to financial assistance coming from national level.

Model

Therefore establishment of comprehensive stage-wise package care standard was the urgent need. Firstly, the project worked to reinforce the existing services which was identified as priority areas in PDM such as PMCT, TB, UP, counseling and laboratory. Each service has achieved a substantial improvement and contributed for HIV care respectively (For detail see attachment). Later, since May 2001, the project formulated the Care Package and Care Network as a model to achieve the continuum care and support. This concept originates from the function of Day Care Centers, which provide comprehensive care with the mechanism of peer support, professional supervision and one-stop service for various other assistance.

Objectives are to improve the accessibility, continuity and quality of care for PHA and main strategies are 1) standardize the medical care to be provided at different level (Care Package) and 2) establish the collaborative relation (Care Network) in each district with the participation of hospital, health center, NGO and PHA.

- Counseling and OI prophylaxis should be available at health centers under the supervision of hospitals
- Vertical programs such as PMCT and TB/DOTS should be strongly established but each service should be coordinated within hospitals.
- There must be care managers to be responsible for individual case continuously and holistically.
- Day Care Center function at each level is one example of realizing this network.

This network has been developed through the Learning and Action process of relevant staff in each district and function so that Care Package could be implemented effectively.

As of mid-2002, these situation is as follows.

General HIV care situation has been improving in the past five years. The project has clearly contributed to some of these improvement.

- a) It is still true that large proportion of people first know their HIV status only when they develop some symptom. However, care for asymptomatic PHA has been better developed. The project worked with CDC10 and WHO for assessment and formulation of the IPT guideline as one of a few medical care for asymptomatic PHA. Four out of seven hospitals now provide IPT and its completion rate was 57.1% in 2001 (Pong and Dokhamtai). Periodic follow-up for asymptomatic PHA has been systematized in all hospitals.
- b) PMCT is now a nation wide program. However, care for mothers after delivery is yet to be successfully addressed although the issues have been highlighted by case study conducted by the project collaborating with Raks Thai Foundation.
- c) Collaboration between TB and HIV staff has been enforced. The project developed a guiding tool for district teams to visually present the TB/HIV situation and to identify the problems so that appropriate planning and action could be taken. Defaulter rate has come down to 6% in 2001 and achieved the national target of 10%.
- d) The project has also emphasized the prophylaxis to other OI such as PCP and Cryptococcosis as well as quality treatment for these diseases. This has been discussed at the Open forum, formulated into a Care Package and currently being implemented under Care Network Development. As the result,
 - Health center and hospital staff established district teams to discuss HIV/AIDS care regularly.
 - Now district team is discussing and preparing how to extend some of the service to health centers. Already three districts have systematically launched the service.
 - Medical record review has started to assure the quality of care in compliance with standard.

- Now registration and recording system has been developed, which enables the monitoring of indicators for the coverage and continuity of OI prophylaxis.
- e) The project worked to improve the quality of counseling rather than quantity by training core counselors and enhancing networking among counselors. Now counselors can either formally or informally consult the network which could improve quality and reduce stress.
- f) Laboratories have improved the facilities, improved the environment, implemented QA mechanism and strengthened networking and supervision.
- g) UP management tool has developed and ICN became capable of improving UP practice.
- h) Anti-retroviral treatment (ART) was launched as a pilot project since April 2001 and expected to expand gradually. All efforts made by the project to strengthen the health service system is fully important and supportive to effectively deliver ART.

2) Prevention of HIV transmission

Background

The situation analysis at the beginning of the project was;

- a) Condom use has been effectively and extensively promoted among CSW and clients, but not among couples in the community.
- b) Sexual behavior among youth was perceived as increasing risk for resurgence of HIV infection.
- c) Cooperation between health sector and school has been existing, but the collaborative interventions worked to certain level.
- d) Counseling skills were used mainly for HIV positive cases and with less emphasis on preventive counseling for negative cases.
- e) Care services and efforts to prevent HIV transmission were not well linked.

As of mid-2002, these situation is as follows.

According to the sentinel surveillance data, the new infection of HIV seems to be on constant decline. However, it is not easy to show the impact of prevention. Therefore here we describe the structural and process change that was attempted under this project.

- Initiated with the collaboration between PPHO and Provincial primary education office for behavior survey of secondary school students, the schools are interested in improvement of data collecting system and agreed to integrate into school system.
- The project identified the needs of multisectoral collaborative work towards HIV prevention. PPHO, secondary school and technical college jointly conducted extensive HIV related behavior survey among students in 2000. After
- Through the behavior surveillance and education of military conscripts, PPHO has established

collaborative relation with military and border police. Both staff look at the information together and planning for HIV prevention.

- Project has introduced the concept of Social Marketing to relevant staff as a new skill for behavioral change.
- Project has also conducted a condom vending machine pilot study looking at the feasibility and impact of condom vending machines in the rural setting. As the result, it was proved to be one of the possible channels to reach youths, although management issues remain to be solved. PPHO is mobilizing its budget to purchase more machines to expand the service.
- Project has worked hard for care with an assumption that PHA under good care could contribute not only to the individual further transmission but also for the community. This is observed from some PHAs trying to raise awareness and prevention in the community.

3) Information system for HIV/AIDS related services

Background

There have been lots of data collected on routine basis, but mostly only for reporting purpose.

Therefore existing and collected data have not been optimally utilized.

- a) HIV sentinel surveillances: They were very useful for monitoring trend of HIV prevalence and sexual behaviors of specific populations. However, the data were not fully utilized for practical responses at district and tambon levels.
- b) HIV/AIDS case reporting: As most of the reported cases were admitted ones, the data did not reflect well the situation of asymptomatic and mild symptomatic cases.
- c) TB recording and reporting: National TB Program has extensive recording and reporting systems down to tambon level. However, data analysis and use at district and tambon levels are not sufficient to respond to dual epidemic of TB and HIV.

As of mid-2002, these situation is as follows.

Based on these analysis, project worked for the provincial data base development with emphasis on the integration of qualitative and quantitative data. Qualitative data collection, which was carried out by trained health staff following the community assessment training, has been conducted in district levels as well as tambon level. All those information in addition to the existing surveillance (sero- and behavioural-surveillance) and reporting data is now accumulated as a provincial database. A conference on Situation and Future Trends of HIV/AIDS Problems was organized in May 2001 with the participants from other provinces and ministry. The content of the database was presented at the conference. Now Phayao is one of the provinces that can provide a detailed information about the HIV/AIDS situation.

Utilization of the information is one of the core of the project. Training sessions to facilitate the use of collected data were conducted, examples of data analysis/utilization were demonstrated and guiding tools to utilize the information has been developed for TB program. It is not easy to document how well the information is utilized, but more health staff is trying to analyze and utilize the data they collected in various ways.

3.3 Promotion of community response to HIV/AIDS

3.3.1 Background

Thailand responded actively to HIV/AIDS epidemic, particularly reducing transmission from CSW to clients through 100% condom promotion and mass media campaign. Now HIV affects people's life deeply in the changing community where casual sex is increasing; drug addition is prevailing; many orphans are appearing, and so forth. All these changes require active commitment of local people as well as good governance at local level. In the process of responding initiatively to HIV/AIDS problems in their own community, local people acquire the coping capacity with HIV/AIDS. We call such a community as AIDS-competent community. Therefore, promotion of community response finally aims at making AIDS-competent community with the initiative of local people. The new National plan for the prevention and alleviation of HIV/AIDS in Thailand 2002-2006 also identifies increasing importance of community for sustainable prevention and alleviation of HIV problem.

For promoting community response to HIV/AIDS, of great importance is capacity development of potential community facilitators. With regard to the approach from the public health sector, health center staff is especially appropriate to be community facilitator. Phayao Provincial Health Office (PPHO) has identified Health Manpower Development (HMD) as one of the highest priority program of province-wide general health development mobilizing tremendous workforce. And under HMD training program, it is planned that after health center staff have been trained to assess the situation and to utilize the results of the assessment for planning through, they will be trained on intervention skill which include how to work with community in order to promote community response. So this component of the project actually should be a part of HMD program according to the concept of PPHO. Accordingly the delay of HMD training might result in that of the promotion of community response.

3.3.2 Objectives

- 1) To study development process of some innovative community responses to HIV/AIDS and to clarify essential features and factors of successful response.
- 2) To develop the indicators to measure community strength to HIV/AIDS, which is useful for assessment and monitoring, through community case studies.

- 3) To develop the effective methodology for promoting community response to HIV/AIDS, which is useful tool for community facilitator, through the action research in some selected communities.

3.3.3 Activity and the results

3.3.3.1 Study on innovative community response to HIV/AIDS

In collaboration with Faculty of Education, Chiang Mai University, seven cases of innovative or advanced community responses to HIV/AIDS in upper northern Thailand have been collected and examined mobilizing three graduate students. A JICA short-term expert supported this assessment particularly on development process of the responses and on development and sharing of the vision of the community and the group.

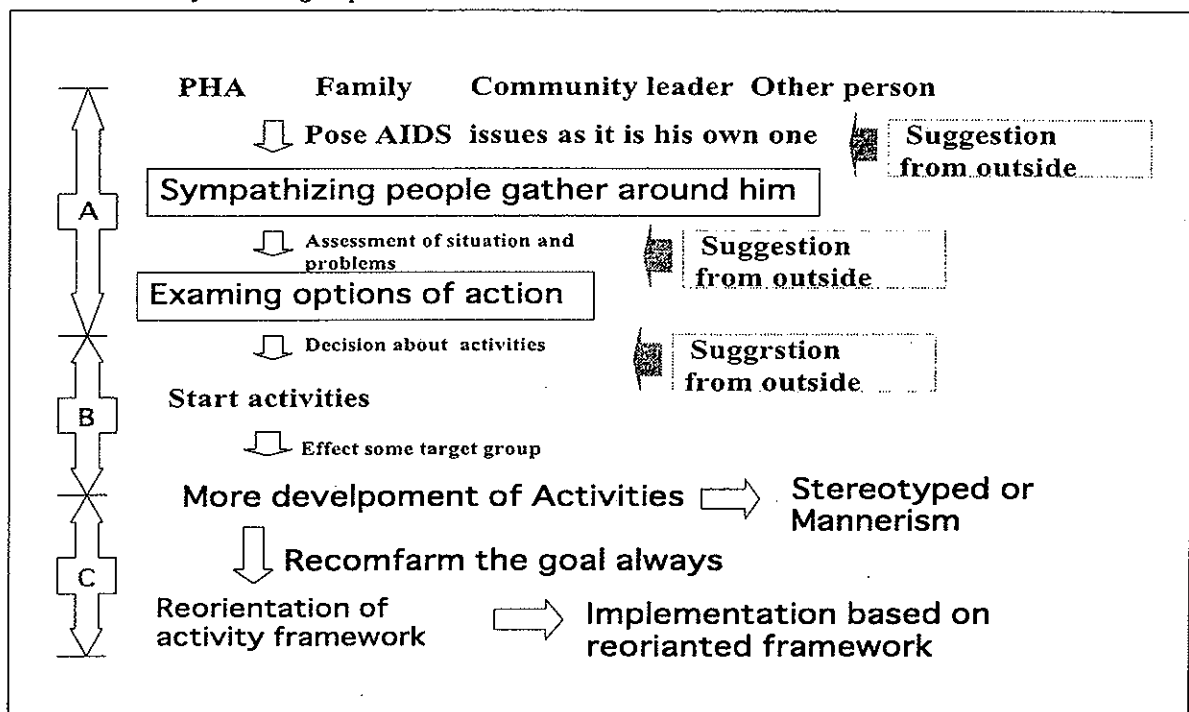


Fig.1 Development process of innovative community response to HIV/AIDS

A; Initiating stage, B; Activity development stage, C; Reorienting stage

3.3.3.2. Development of the indicators to measure the community strength to HIV/AIDS;

Assessment and monitoring tool

In promoting community response, it is significant for community facilitator to measure the community strength to HIV/AIDS and to monitor it with some indicators. These indicators is expected to be useful tool for community facilitator such as community leaders, schoolteachers,

monks and especially health center staff who is most potential to take the initiative in promoting community response hopefully after completing Health Manpower Development course.

Through case studies on community response to HIV/AIDS, some essential common features necessary to monitor community strength to HIV/AIDS have been clarified as follows;

- 1) The development of the community structure such as organized working team or committee against AIDS which consists of representatives from several community organizations, especially including the key groups such as PHA group, Youth group, schoolteacher, health center and sub-district administrative organization.
- 2) The development of the capability of the working team such as assessing situation and needs on AIDS issues, self-adjusting or reorienting to appropriately cope with changing condition and resource mobilizing to realize the vision through concrete activity.
- 3) The development of activity content, covered topic and affecting area.

Based on these development stages, community strength should be monitored.

3.3.3.3. Development of the effective method to promote community strength to HIV/AIDS; Promotion tool

1) Combination model of participatory workshops based on the stage of community response development

Through case studies on community response to HIV/AIDS, intervention with combination of participatory workshops based on the stage of community response development seems effective to enhance community strength to HIV/AIDS (Fig.2).

2) Keynote as a tool for promoting self-learning mechanism

Without the capability of self-adjusting or reorienting activity to changing condition, community response will become monotonous and unsustainable. So it is very important for facilitator to promote the self-learning process of local people. Keynote is the record in which goals and strategies of local people in the response to HIV/AIDS are documented as well as the thoughts of them on how they can contribute most effectively to the community response, given local conditions and recourse available. The practical experience feed back into regular updates of keynote. In the process, self-learning of local people and facilitator will be promoted (Fig.2).

3) Action research under PPLLR (Project for Participatory learning from Local Response) sub-project

To inspect whether AIC-participatory workshop, regular updates of keynote, and experience sharing with other communities are useful to promote community response, action research has been

being done under PPLLR sub-project in collaboration with AIDS Education Program (AEP), Faculty of Education, Chiang Mai University. Facilitator teams were trained on AIC workshop methodology and keynote comparison in Phayao province and Chiang Rai province, which consist of provincial and district GO staff members and NGO staff members (Support and Learning Team, SALT).

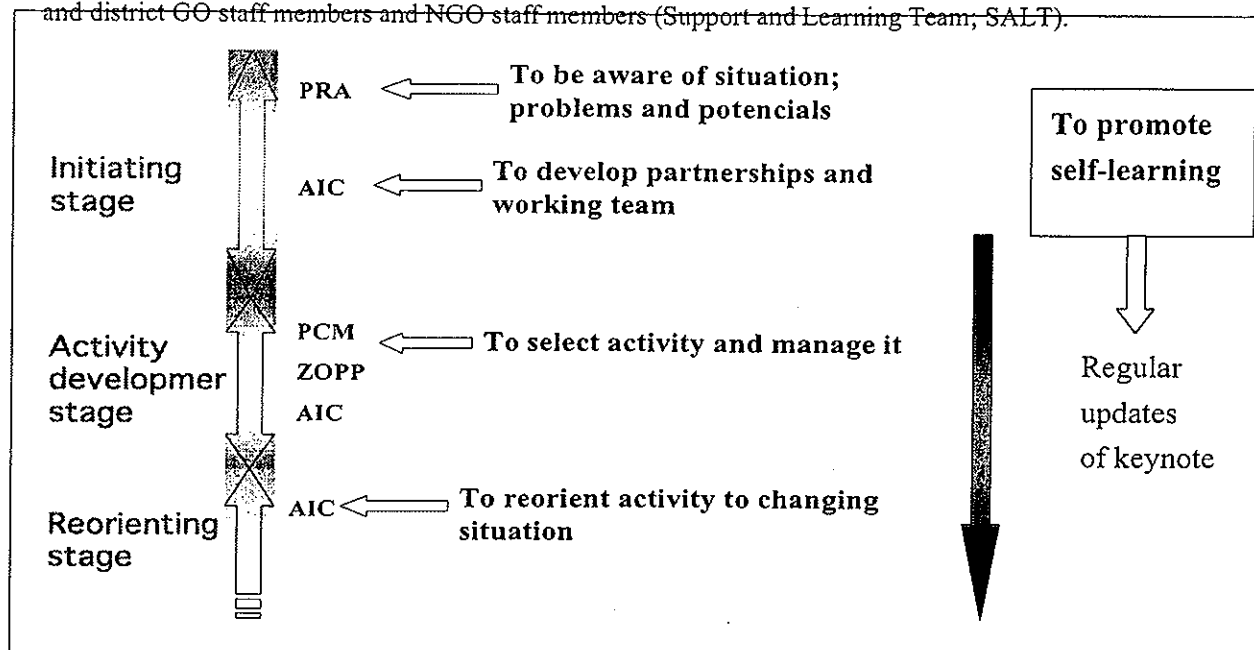


Fig.2 Combination model of participatory workshops, and regular updates of keynote to promote community response development

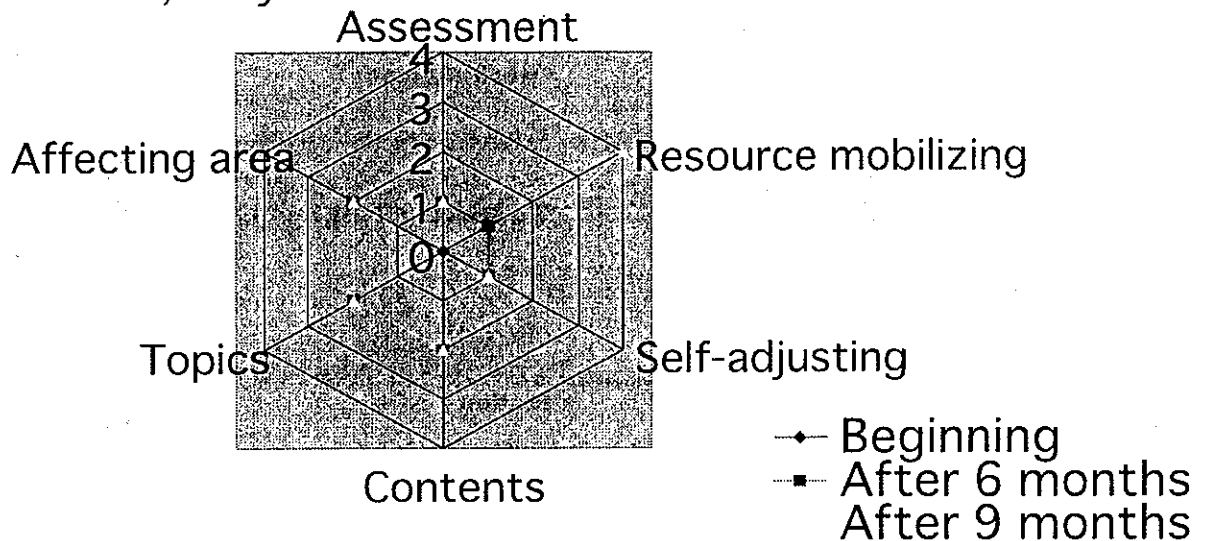
(PRA; Participatory rural appraisal, AIC; Appreciation-Influence-Control, PCM; Project Cycle Management, ZOPP; Ziel Orientierte Projekt Planung)

In selected six communities in Phayao and Chiang Rai, community workshops utilizing the AIC technique have been conducted every three monthly since last year. In AIC workshop, local people express their community vision to cope with AIDS and share it among them. Then they set up the goal and the strategy to achieve their vision. And they make action plan and try to realize their plan by themselves. Local people record these vision, goal and strategy in key- note so that they can compare the previous record with the present one every three month. This comparing is expected to enhance local people s learning process. Experience sharing meetings are also held among local people of three communities in the same province. Moreover, local people and SALT members attend the study tour to learn from the experience of the outstanding activity on AIDS issues in other communities, which are selected by local people.

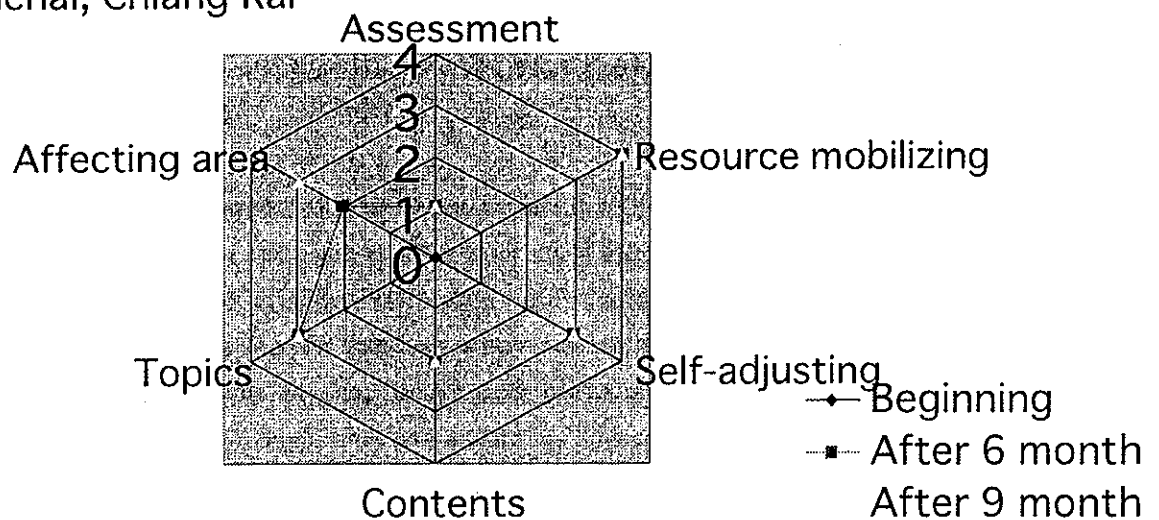
The strength to HIV/AIDS in six communities has been monitored with the above proposed indicators (Section 3-2). The following are examples from the studied communities. They clearly

show the development of the community capacity in many aspects after starting the intervention. The series of activities seems to be effectively promoting the community response, although it is still a very short observation. Longer and more detailed analysis will be necessary before making it a larger scale.

Ban Kosaw, Phayao



Sridonchai, Chiang Rai



4. CONCLUSION

Health manpower development by Community Assessment course has already trained more than

expected number of trainees and majority of them have sustained quite positive change of their attitude. Many of them are involved or facilitating various HIV/AIDS activities in their communities. As the result, multisectoral collaborative networks have been budding at provincial level and Care Network has been under development at district and sub-district levels.

However, in terms of Learning and Action , such function has yet to be clearly observed in their work. This is due to the delay of planned training and activities. It may be necessary to let them try some small projects and let them learn from that action.

Care Network has made substantial progress in the past one year (see attachment). This is very timely because ARV is gradually expanding and stronger health system to support the treatment is urgently needed. Care Network is certainly one of the answer to this need.

Promotion of Community Response, although this activity started late last year, has made a large progress with the collaboration of Chiang mai university. Now the indicator and probable tool is being field tested and the result is quite satisfactory. More progress can be expected by the real end of this project.

