

タンザニア連合共和国  
ンゲレンゲレ郡及びムラリ郡における  
HIV/AIDS 対策事業（開発パートナー事業）  
終了時評価調査報告書

平成 19 年 1 月  
（2007 年）

独立行政法人国際協力機構  
タンザニア事務所

タン事

J R

07-001

**タンザニア連合共和国  
ンゲレンゲレ郡及びムラリ郡における  
HIV/AIDS 対策事業（開発パートナー事業）  
終了時評価調査報告書**

平成 19 年 1 月  
(2007 年)

独立行政法人国際協力機構  
タンザニア事務所

# 目 次

序 文  
地 図  
写 真  
略語表

評価調査結果要約表

第 1 章 評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成と調査期間	2
1-3 主要面談者	3
1-4 プロジェクトの概要	4
第 2 章 評価の方法	5
2-1 評価の枠組みと評価基準	5
2-2 プロジェクト評価の方法	5
2-3 横断的視点の評価	6
第 3 章 プロジェクトの実績	7
3-1 投入の実績	7
3-2 成果の達成状況と活動実績	8
3-3 プロジェクト目標の達成状況	20
3-4 上位目標の達成の見込み	21
3-5 プロジェクトの実施プロセス	21
第 4 章 評価結果	23
4-1 評価 5 項目の評価結果	23
4-2 連携の評価結果	31
4-3 横断的視点の評価	31
4-4 結 論	33
第 5 章 提言と教訓	34
5-1 提 言	34
5-2 教 訓	35
第 6 章 団長所感	36

付属資料

最終合同調整委員会ミニッツおよび合同評価報告書(写) ..... 39

最終合同調整委員会ミニッツ

Attachment 1 : Joint Evaluation Report (Appendix 2 ~ 4 は添付割愛)

Attachment 2 : Project Handing Over Plan

Attachment 3 : Equipment List

## 序 文

タンザニア連合共和国「ンゲレンゲレ郡及びムラリ郡における HIV/AIDS 対策事業（開発パートナー事業）」は、タンザニア連合共和国においてモロゴロ州内 2 県において地域ベースでの HIV 感染抑制を行うことを目的として、独立行政法人国際協力機構と特定非営利活動法人ワールドビジョンジャパンの連携のもとに 2003 年 11 月～2006 年 11 月の 3 年間の予定で協力が行われています。

このたび、本プロジェクトの協力期間終了を目前に控え、当機構は、2006 年 10 月 15 日～10 月 27 日の間、終了時評価調査団を派遣し、タンザニア連合共和国側評価委員と合同で、これまでの活動実績等について総合的な評価を行うとともに、今後の対応等について協議を行いました。

これらの評価結果は、調査団員及びタンザニア連合共和国側評価委員によって構成された合同評価委員会によって合同評価報告書としてまとめられ、署名の上、合同調整委員会に提出・受理されました。

本報告書は、同調査団の調査及び協議の結果を取りまとめたものであり、今後広く関係者に活用され、日本・タンザニア連合共和国両国の親善及び国際協力の推進に寄与することを願うものです。

最後に、本調査の実施にあたりご協力とご支援をいただいた関係者の皆様に対し、心から感謝の意を表します。

平成 19 年 1 月

独立行政法人国際協力機構

理事 松岡 和久

# TANZANIA





HIV 感染者への物資援助(ンゲレンゲレ)



コミュニティ・エデュケーター研修(ムラリ)



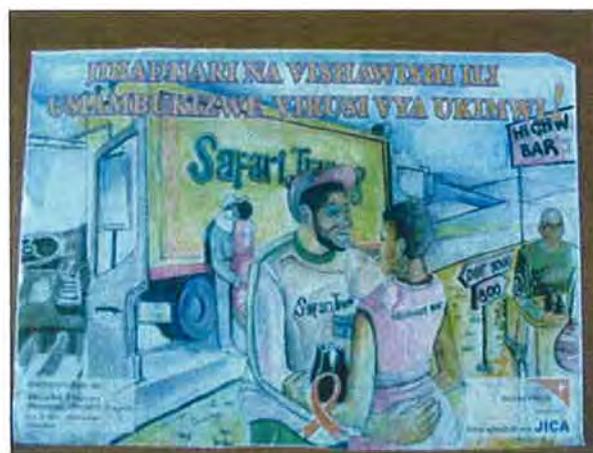
リソースセンター係員スタディーツアー(ドドマ)



小規模ローリングroup研修(ムラリ)



奨学金生(イリンガ)



トラック運転手用啓発教材  
「誘惑に負けるな。そうすれば、HIV/AIDS には感染しないぞ。」



物資ローン (ンゲレンゲレ)



地域に根ざした医療関係者への研修 (ンゲレンゲレ)



最終 JCC (モロゴロ)

## 略 語 表

ADP	Area Development Programme
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANC	Ante Natal Care
BCC	Behavior Change Communication
BCCI	Behavior Change Communication Information
BSS	Behavioral Surveillance Survey
CBO	Community Based Organization
CC	HIV/AIDS Community Councilor
CE	HIV/AIDS Community Educator
CHAC	Council HIV/AIDS Cordinator
CMAC	Council Multisectoral AIDS Committee
CSO	Civil Society Organizations
DACC	District AIDS Coordinator
DED	District Executive Officer
DHMT	District Health Management Team
DMO	District Medical Officer
GOT	Government of Tanzania
HAART	Highly Active Anti-retroviral Therapy
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSS	HIV Sero-Sentinel Surveillance
IDSW	Indirect Sex Worker
IEC	Information, Education and Communication
JCC	Joint Coordinating Committee
KAP	Knowledge, Attitude and Practice
LGA	Local Government Agency
M/M	Minutes of Meetings
NACP	National AIDS Control Programme
NGO	Non Government Organization
NMSF	National Multi-sectoral Strategic Framework on HIV/AIDS 2003-2007
OPI	Opportunistic Infection
PDM	Project Design Matrix
PHC	Primary Health Care
PLWHA	People Living with HIV/AIDS
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission
RACC	Regional AIDS Control Coordinator
RCH	Reproductive and Child Health

RFA	Regional Facilitating Agency
RS	Regional Secretariat
STD	Sexually Transmitted Disease
STI	Sexually Transmitted Infection
TACAIDS	Tanzania Commission for AIDS
TBA	Traditional Birth Attendance
TH	Traditional Healer
TMAP	Tanzania Multi-sectoral AIDS Programme
TOT	Training of Trainers
VC	Village Chairperson
VCT	Voluntary Counseling and Testing
VEO	Village Executive Officer
VMAC	Village Multi-sectoral AIDS Committee
WMAC	Ward Multi-sectoral AIDS Committees
WV	World Vision
WVJ	World Vision Japan
WVT	World Vision Tanzania

## 評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：タンザニア連合共和国	案件名：ンゲレンゲレ郡及びムラリ郡における HIV/AIDS 対策事業
分野：保健医療	援助形態：草の根技術協力（旧開発パートナー事業）
所管部署：JICA タンザニア事務所	協力金額：9728 万円
協力期間 (R/D)：2003 年 11 月 ～2006 年 11 月	先方関係機関：モロゴロ県、ボメロ県
	日本側協力機関：特定非営利活動法人ワールドビジョン・ジャパン
他の関連協力：	
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>タンザニア（以下、「タ」国と記す）は、1983 年に最初のエイズ患者が発見されてから、HIV/AIDS 感染率が増加の一途をたどった。これに対し、「タ」国政府は 2003 年に国家エイズ政策を発表し、国・州・県・郡・村の各レベルで保健医療分野のみならず、教育・農業・地方行政など、あらゆる分野が関与し、対応することを求めた。これらの取り組みの成果もあり、「タ」国における HIV 推定感染率は、2002 年 9.6%、2003 年 8.8%、2004 年 7%（いずれも 15 歳から 49 歳の感染率）と逡減傾向にある。しかし、依然として感染率は高く、成人死亡原因第 2 位を占めており、「タ」国における HIV/AIDS 感染予防は必要性、必要性、緊急性ともに非常に高い状況が続いている。</p> <p>日本政府は、JICA を通じ、特定非営利活動法人ワールドビジョンジャパンの提案に基づき、モロゴロ州モロゴロ・ルーラル県（のちにモロゴロ県とボメロ県に分割）内のンゲレンゲレ郡（モロゴロ県）及びムラリ郡（ボメロ県）における地域ベースでの HIV 感染抑制を目的とする「ンゲレンゲレ郡及びムラリ郡における HIV/AIDS 対策事業」を、2003 年 11 月から 3 年間実施した。本事業は JICA が本邦非政府団体との連携により実施する「開発パートナー事業」として、ワールドビジョンジャパンとの連携により実施された。</p>	
<p>2-2 協力内容</p> <p>(1) 上位目標 モロゴロ州の HIV 感染率が低下する。</p> <p>(2) プロジェクト目標 ンゲレンゲレ郡とムラリ郡で、人々の HIV 感染に関するリスク行動が減少する。</p> <p>(3) 成果</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HIV/AIDS と性感染症に関する政府の基礎保健システムが強化され、また HIV 感染者へのホームケアシステムが確立される。</li> <li>2. 住民が地域での啓発教育に参加し、HIV/AIDS に関して正しい知識を身に付けるようになる。</li> <li>3. 若者や女性を HIV/AIDS 感染のリスクから守るための環境が整う。</li> <li>4. マサイ族や移動を伴うトラックドライバー、ゲストハウスワーカー等を HIV/AIDS 感染のリスクから守るための環境が整う。</li> </ol>	

(4) 投入 (評価時点)

日本側 (JICA パートナースHIPプログラムを通じて)

- 1) ワールドビジョンジャパンの日本人プロジェクトマネジャー : 1 名
  - 2) ワールドビジョンタンザニアのスタッフ・専門家 : 11 名
  - 3) 事業費 : 10 億 2139 万 Tsh (9285 万円)
  - 4) ワールドビジョン・ジャパン自己負担 : 4868 万 Tsh (443 万円)
- 総額 9728 万円 (1 ¥=11Tsh)

「タ」国側 :

- 1) 土地・施設提供 : 自発的カウセリング・検査センター 3 箇所と HIV/AIDS リソース・センター 2 箇所の土地
- 2) その他 : 医薬品、HIV 検査キットなど

2. 評価調査団の概要

調査者	担当業務	氏名	所属
	団長・総括	牧野 耕司	JICA タンザニア事務所次長
	エイズ対策	竹中 伸一	JICA 専門家(技術協力プロジェクト「タンザニア国 HIV 感染予防のための組織能力強化プロジェクト」・チーフアドバイザー)、長崎大学医学部講師
	評価分析	薄田 榮光	有限会社クランベリー
	評価計画	牧本 小枝	JICA 人間開発部第四グループ感染症対策チーム
調査期間	2006 年 10 月 15 日～2006 年 10 月 27 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) 成果

1) 成果 1

成果 1 はほぼ達成された。自発的カウセリング・検査 (VCT) 及び性感染症治療サービス、並びに移動診療サービスは、すべて基礎保健システムに組み込まれ実施されている。ンゲレンゲレ郡、ムラリ郡、メレラ郡の保健センター敷地内に VCT センターが建設され、2006 年 6 月までに 1,622 人が VCT サービスを利用した。また、同保健センター内に、性感染や日和見感染の診療体制及び HIV の母子感染予防を行う母子保健ユニットが整備され、ンゲレンゲレ郡、ムラリ郡、メレラ郡における基礎保健システムの強化が図られた。

また、コミュニティで HIV 感染者 (People Living with HIV/AIDS : PLWHA) 支援を行うコミュニティ・カウンセラー (地元ボランティア/以下、「C カウンセラー」と記す) がよく機能していることが確認された。2006 年 6 月までに HIV 感染者となった 204 人全員が、プロジェクトで育成された 126 人の C カウンセラーによるホームケアを受けた。

2) 成果 2

成果 2 は達成された。コミュニティで影響のある人々延べ 1,500 人 (学校教師、宗教指導者、伝統産婆・伝統療法師、村のリーダー・役人等) に対して HIV/AIDS の基礎知識や予防法、コミュニティでの役割についての研修が実施され、人々の HIV/AIDS への理解度が高まった。対象地域にある 45 村で行動変容活動のプランが作成され、村落エイズ委員会によって承認され、実行された。その結果、調査によると男女とも住民の 90% がコンドームの入手方法について知る結果となり、目標値の 85% を上まわった。

地元ボランティアの啓発教育と感染者ケアの活動拠点となる HIV/AIDS リソース・センターがンゲレンゲレ、ムラリ郡に設置され、自立的な運営を目指した運営委員会が形成された。

### 3) 成果 3

成果 3 は達成された。対象地域にある 53 の小・中学校の生徒と学校に行かない若者、コミュニティの女性を対象に、ピア・エデュケイター（地元ボランティア）を 554 人育成し、学校の内外で仲間同士の相互作用を利用した啓発活動が行われた。HIV/AIDS で親を失った 48 人の生徒に奨学金を支給した。調査によると成人女性・思春期女性のいずれも相手に対してコンドーム使用を要求できると回答する女性が、20%程度から 60%以上に増えた。

### 4) 成果 4

マサイ族コミュニティに強い影響力をもつマサイ族リーダーへの研修やマサイ族若者のピア・エデュケイター育成、地域内外を移動するトラックドライバーや飲食店の女性への研修を通じて、HIV 感染に脆弱性を持つグループへ啓発活動が行われた。マサイ族コミュニティについてはプロジェクト活動による行動変容を確認できたが、その他の移動人口については技術的な問題もあり、プロジェクトによる行動変容は確認できない。このため、達成度は 50%程度と推定される。

## (2) プロジェクト目標

プロジェクト目標の「ンゲレンゲレ郡とムラリ郡で人々の HIV 感染に係るリスク行動が減少する」はほぼ達成された。リスク行動の減少を示す具体的な行動変容として以下の事象が確認された。

- ・ 中間評価時と比較して、女性が相手に対してコンドームの使用を要求できると回答した割合が終了時では 20%増加した。
- ・ 中間評価時と比較して、男女ともに複数の相手と性的関係を持ったと回答した割合が、それぞれ男性が半分に、女性が 3分の1に減少した。
- ・ 1,622 人が VCT サービスを利用した。
- ・ 伝統産婆・伝統療法師は出産や割礼で危険とされる刃物の共有を止めた。
- ・ マサイ族コミュニティが、HIV から守るための規範を設けた。

## 3-2 評価結果の要約

### (1) 妥当性

プロジェクトの妥当性は評価時点でも依然高い。モロゴロ州の妊産婦の HIV 感染率が全国平均の 7.3%に比べて 9%と高く、HIV 感染が地方に広がりつつあり住民の予防とケアが必要なことが理由となっている。また、JICA の分野支援プログラムの方向に沿っていること、「タ」国の「国家マルチセクター戦略の枠組み 2003-2007」が示す郡・村レベルの予防とケアの推進という点でも目的が合致している。草の根レベルへのアプローチという手段においても適切である。

### (2) 有効性

プロジェクトのアプローチは、対象地域の HIV 感染のリスク行動を軽減し、感染者に対する社会的支援の向上を図る上で有効であった。その理由として住民が VCT を受け入れ、その利用が進んだこと、コミュニティの中の感染者への社会的支援のメカニズムとケアが確立されたこと、割礼方法や複数相手の性行動に関する伝統が変化したこと、感染者への差別・偏見が減ったこと、予防教育への活動に活発な参加があったことが挙げられる。コンドームの入手手段の知識の増加や女性のコンドーム使用に関する交渉スキ

ル向上を調査結果が裏付けている。ただし、トラックドライバーなど地域内外を移動するグループの変化を把握することができなかつたため、移動人口の行動変容に対する有効性は明確に判断できない。

### (3) 効率性

プロジェクトは概ね効率的であった。理由はワールドビジョンタンザニアの人材が活かされたこと、コミュニティの活動の核となる人材として地元ボランティアを育成し、地元の資源を有効に活用したことである。また、ほとんどの投入と活動は成果とプロジェクト目標の達成に貢献した。ただし、母子感染予防のために行った母子保健ユニットの改修とコミュニティのエイズ情報を提供する HIV/AIDS リソース・センターの建設が遅れたため、それらの投入は完全に利用可能な状況にまで至っておらず、プロジェクト期間中の活用が限定的なものとなった。

### (4) インパクト

モロゴロ州の HIV 感染率が低下するという上位目標の達成見込みに係る判断は、対象地域の人口は州人口の 4%程度に過ぎないという理由から難しい。他方、感染者やコミュニティ、マサイ族コミュニティで様々なプラスのインパクトが認められた。このため、今後活動が継続されれば上位目標の達成に貢献することが予測される。HIV 感染者が受動的立場から抜け出し、自分たちが HIV 感染者であることを公にするようになった。また、同じ立場にあるほかの HIV 感染者を支援するようになった。コミュニティでは結婚前のカップルや両親が結婚相手に対して VCT センターで HIV 検査を行うことを条件とするような社会的な変化が受け入れられつつある。Maasai リーダーらが HIV 感染予防のためにマサイ族コミュニティの規範を変えた。

### (5) 自立発展性

VCT サービスや性感染症・日和見感染症の診療サービスが、県及び郡自治体の基礎保健システムに組み込まれたことにより、これらのサービスに関わる予算を県予算に計上することが可能となっており、制度面・財政面ともに自立発展性が確保された。プロジェクト効果の持続性を確かなものにするには、育成されたコミュニティ・ボランティアへの継続的な研修や活動への支援などを通じて、彼らの動機を持続させることが重要である。

HIV 感染者は、健康上の問題のみならず、時には差別などから、さらなる貧困に追い込まれる。プロジェクトでは、差別・偏見を抑制しながら、HIV 感染者自身の社会的自立を支援し、貧困削減に資するアプローチを取った。また、マサイ族の伝統文化やカウンセラーの男女バランスに関してジェンダー配慮が行われた。これらの社会・文化的配慮を実践したことによりプロジェクトの持続的効果の発現が期待できる。

## 3-3 効果発現に貢献した要因

### (1) 計画内容に関すること

本プロジェクトは、ワールドビジョンの独自事業である総合的地域開発の中に位置付けられるコンポーネント「HIV/AIDS 対策事業」を対象として実施されたものである。本プロジェクトは、ワールドビジョンによる過去の協力における試行錯誤の結果として住民自身のオーナーシップを引き出され、コミュニティの Social Preparation がある程度なされた段階、かつ、ワールドビジョンの独自事業として HIV/AIDS 対策事業の好事例が複数作り上げた段階で、開始されたものであった。それゆえ、NGO の活動成果を JICA の資金力を得てスケールアップするという草の根技術協力のメリットを活かすことがで

きたと同時に、効率性・有効性が高い事業となった

#### (2) 実施プロセスに関すること

HIV 陽性であることを打ち明けた感染者の存在が、差別・偏見を打ち破る先駆けとなり、仲間うちでのカウンセリング効果を高めた。

C カウンセラーやコミュニティ・エデュケイター以外にもコミュニティに影響をもつ村のリーダーや伝統産婆、教師、宗教指導者などが、累積で 1,500 人以上研修に参加した。ステークホルダーの巻き込みがプロジェクトの目標の達成に貢献した。

### 3-4 問題点及び問題を惹起した要因

#### (1) 計画内容に関すること

プロジェクトはコミュニティに様々な行動変容をもたらした。しかし、モニタリング・評価のデザインが不明確であったため、これらの情報はプロジェクトに直接関与したグループから得た定性的な変化の比重が多く、科学的な根拠による客観的評価が乏しい側面があった。

#### (2) 実施プロセスに関すること

「タ」国地方部において現地業者による建設を予定通り進めることは容易ではなく、建設業者の作業遅れにより母子保健ユニットの改修と HIV/AIDS リソース・センターの建設が遅れたため、それらの投入は完全に利用可能な状況にまで至らず、プロジェクト期間中の活用が限定的なものとなった。

プロジェクト対象地域の VCT センターのモニタリングは、政府のモニタリングシステムとワールドビジョンのシステムが別々に行われていた。このため、VCT センターと県・郡保健行政チームは、二重の作業を行うことが求められ、負担が増大した。モニタリングは、政府モニタリングシステムに一本化し整理することが必要である。

### 3-5 結論

プロジェクト目標「対象地域（ンゲレンゲレ郡、ムラリ郡）で人々の HIV 感染に係るリスク行動が減少する」はほぼ達成された。プロジェクトは、コミュニティに影響ある村のリーダーや教師、伝統産婆などを通じて、住民の理解・態度・実践の変容を促進し、PLWHA の社会的サポートのメカニズムを構築した。また、VCT サービスや性感染症治療、日和見感染症の診断・治療サービスを既存の保健システムの中に組み入れ、住民のサービス利用を高めた。

母子感染予防を行う RCH ユニットや HIV/AIDS リソース・センターの整備には遅れが見られているが、全般として、プロジェクトは効率よく実施された。

HIV 感染や性感染症が減少するという上位目標の観測は現時点では難しいが、感染者やコミュニティ（特にマサイ族コミュニティ）、県の保健体制で様々な変化が認められ、今後活動が持続されれば HIV 感染率の減少につながる事が予測される。貧困やジェンダー、コミュニティのエンパワメントを配慮してプロジェクトは実施された。

プロジェクト終了後も、各ステークホルダーによって活動の継続が行われ、関係者間の連携が行われ、育成されたコミュニティ・ボランティアへの継続的な研修や活動への支援などが行われれば、持続性は確保されると予測される。

### 3-6 提言

(1) プロジェクト地域において VCT サービスや性感染症治療を行う保健施設が、住民の必要なサービスを引き続き提供するよう、県自治体は、プロジェクトで支援された VCT セ

ンターの認証を得るために必要な措置を講じる。

- (2) プロジェクト対象地域の VCT センターのモニタリングは、政府のモニタリングシステムとワールドビジョンのシステムが別々に行われていた。モニタリングは、政府モニタリングシステムに一本化し整理することが必要である。
- (3) プロジェクトはコミュニティに様々な変化をもたらせたものの、残念ながら、これらの変化は科学的な根拠をもって表現されていない。プロジェクトの計画・実施を通して、定量指標を設定し、標準的なモニタリング方法を策定しておくことが重要である。
- (4) NGO はプロセスや柔軟性に価値を置いているが、JICA はロジカルフレームワークに基づいた定期的・定点的なモニタリングを適用している。JICA と NGO が連携して事業を進めるうえでは、プロセスを重視したモニタリング・評価の方法を検討すべきである。

### 3-7 教訓

- (1) 地方自治体の公務員や保健施設の医療従事者など、県の保健サービスを担う人材が不足するなかで、住民が基礎的保健サービスにアクセスするためには、コミュニティが担う部分はコミュニティが担う仕組みを作ることが重要であり、コミュニティの参加や関与は不可欠である。
- (2) 政府と NGO、コミュニティ間での関係性と定期的なコミュニケーションはプロジェクトの効果と持続性を高める鍵である。このプロジェクトでは、関係者間での会議や合同調整委員会が重要な役割を果たした。プロジェクト受け渡し計画はこのような日常的关系の中で準備されたものであった。プロジェクト終了後も関係者の役割を互いに確認し、合意するためのプロセスとして、このような受け渡し計画の早い段階からの合意形成作業は、他のプロジェクトでも有用である。
- (3)トラックドライバーのような移動グループの行動変化を捉えることは非常に難しい。単独のプロジェクトのみで対処するのではなく移動グループを対象とした他機関や NGO との協力が必要である。
- (4) ホームケアは C カウンセラーと VCT カウンセラーの協力によって、コミュニティで必要とされる人々へと届いた。C カウンセラーの役割の重要性とターゲットिंगをもとに对人的なネットワークの形成の重要性を際立たせた。

# 第1章 評価調査の概要

## 1-1 調査団派遣の経緯と目的

### (1) 経緯

タンザニア連合共和国（以下、「タ」国と記す）は、東部アフリカに位置し、94万5,000キロの国土に、約3400万人の人口を擁する。行政は、本土21州121県（2006年10月時点）とザンジバル自治政府に区分される。

「タ」国では、1983年に最初のエイズ患者が確認され、エイズ対策のため、1985年に保健省（当事）に国家エイズ対策プログラム（National AIDS Control Programme : NACP）を設置し、HIV感染抑制のための短・中期計画を繰り返したが、新規感染者は、増加の一途をたどった。

2000年の世界エイズデーで、ムカパ大統領（当時）が演説において「エイズは、国家的災害である。」と言及し、政府横断的な取組みを行うため、国家エイズ委員会（Tanzania Commission for AIDS : TACAIDS）の設置を明言した。2002年に首相府の下に TACAIDS が発足し、2003年に国家エイズ政策（National Policy on HIV/AIDS）が施行された。その下で、国家マルチセクトラルエイズ対策戦略枠組み〔National Multi-sectoral Strategic Framework on HIV/AIDS (NMSF) 2003-2007〕が施行された。

同戦略枠組みでは、各セクター・各レベルにおいて、HIV/AIDS に対する取組みを行うこととされており、特に、国・州・県・郡・村の各レベルにおいて、保健セクターのみならず、教育・農業・地方行政等複数セクターからの対応が推進された。

「タ」国政府の取組みの成果もあり、「タ」国における HIV 推定感染率は、2002年9.6%、2003年8.8%、2004年7%（いずれも15歳から49歳の感染率）と遞減傾向にある。しかし、依然として感染率は高く、成人死亡原因第2位を占めており、「タ」国における HIV/AIDS 感染予防は必要性、必要性、緊急性ともに非常に高い。

日本政府は、JICAを通じ、特定非営利活動法人ワールドビジョンジャパン（World Vision Japan : WVJ）の提案に基づき、モロゴロ州モロゴロ・ルーラル県（のちにモロゴロ県とボメロ県に分割）内のンゲレンゲレ郡（モロゴロ県）及びムラリ郡（ボメロ県）における地域ベースでの HIV 感染抑制を目的とする「ンゲレンゲレ郡及びムラリ郡における HIV/AIDS 対策事業」を、2003年11月から3年間実施した。本事業は JICA が本邦非政府団体との連携により実施する「開発パートナー事業」として、ワールドビジョンジャパンとの連携により実施された。

### (2) 調査の目的

- 1) プロジェクト開始時からの実績（投入・活動実績、成果・目標達成度等）を確認する。
  - 2) 評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から分析を行い、「タ」国側、実施機関であるワールドビジョンジャパン〔ワールドビジョンタンザニア（World Vision Tanzania : WVT）〕及び日本側に対する提言・教訓を取りまとめる。
- ※2006年6月にワールドビジョンジャパンが内部終了時評価調査を実施し、報告書（以下、「WVFE」と記す）を作成している。本終了時評価調査は、同調査の内容を追加的に検証及び補完する形で実施した。

## 1-2 調査団の構成と調査期間

### (1) 調査団員の構成

氏名	担当業務	所属先
牧野 耕司	団長・総括	JICA タンザニア事務所 次長
竹中 伸一	エイズ対策	JICA 「HIV 感染予防のための組織能力強化プロジェクト」 チーフアドバイザー
薄田 栄光	評価分析	コンサルタント (クランベリー)
牧本 小枝	評価計画	JICA 人間開発部第四グループ感染症対策チーム 職員
石島 久裕	オブザーバー	JICA 「保健協力計画」 専門家
徳田 真人	オブザーバー	JICA タンザニア事務所 所員
西 直子	オブザーバー	JICA タンザニア事務所 所員

### (2) 調査期間

2006年10月15日～2006年10月27日

日順	月 日	行 程
1	10月15日(日)	薄田団員タンザニア着
2	10月16日(月)	JICA タンザニア事務所打合せ、在タンザニア日本大使館表敬、保健 社会福祉省表敬
3	10月17日(火)	TACAIDS 表敬、薄田団員、徳田所員モロゴロへ移動、WV プロジェ クト打合せ
4	10月18日(水)	モロゴロ県表敬／聴き取り、ンゲレンゲレ郡視察
5	10月19日(木)	ボメロ県表敬／聴き取り、ムラリ郡視察
6	10月20日(金)	ムラリ郡調査 (メレラ)
7	10月21日(土)	牧本団員本邦発
8	10月22日(日)	牧本団員タンザニア着
9	10月23日(月)	団内打合せ
10	10月24日(火)	牧野・牧本・竹中、石島、西モロゴロへ移動、薄田団員と打合せ、 WV プロジェクト打合せ
11	10月25日(水)	モロゴロ県表敬、ンゲレンゲレ郡視察
12	10月26日(木)	ボメロ県表敬、ムラリ郡視察、合同評価委員会内協議 (DMO/DACC)
13	10月27日(金)	M/M 協議 (DED)、最終合同調整委員会 (JCC)、合同評価報告、M/M 署名、機材引渡し式、ダルエスサラームへ移動

### 1 - 3 主要面談者

終了時評価調査団による主要面談者は下表のとおり。

World Vision	
Mr. Katsuhiko Takeda	Morogoro HIV/AIDS Project Manager
Mr. Emmanuel Mtangoo	Morogoro HIV/AIDS Team Leader
Mr. Aloyce Mushi	Morogoro HIV/AIDS Primary Health Care Trainer
Mr. Wakili Mtebe	Morogoro HIV/AIDS Project Staff
The Government of Morogoro District	
Ms. Annah J. Mwalende	District Executive Officer (DED)
Mr. Harun Machibya	District Medical Officer (DMO)
Ms Roze Magotti	Council HIV/AIDS Control Coordinator (CHACC)
Ms Viloet Nzogela	District AIDS Control Coordinator (DACC)
Mr. Mbombwe Lucious. N	District Health Officer (DHO)
Mr. W.A. Matee	District Nursing Officer (DNO)
The Government of Mvomero District	
Mr. Abdu A. Hayghaimo	Acting District Executive Officer (DED)
Ms. Bahati Chogohe	Council HIV/AIDS Control Coordinator (CHACC)
Mr. Ramson Fue	District AIDS Control Coordinator (DACC)
Ms. Mwajuma Lugendo	Assistant Council HIV/AIDS Control Coordinator (CHACC)
Ngerengere Division	
Kiwege Village	Village Chairperson / Village Executive Officer / 3 Community Educators / 3 Community Counselors / a Traditional Bed Attendant
Visaraka Village Ngerengere Village	Village Chairperson / Village Executive Officer / 2 Community Educators / 4 Community Counselors / a Traditional Bed Attendant & Community Educators / an Assistant Medical Officer / a Clinical Officer / a Nurse Officer / a Training Nurse / a Community Counselor / a Community Educator / 3 People Living With HIV/AIDS
Mlali Division	
Changarawe Village	Village Chairperson / Chairman of Sub Village / a Community Counselors / 2 Community Educators / 2 Peer Educators
Mlali Village	Village Chairperson / Village Executive Officer / 2 Community Counselors / 2 Community Educators / 3 Peer Educators / 2 Traditional Bed Attendants
Mutiple Village	Village Chairperson / 5 Community Counselors / 2 Community Educators / 2 Peer Educators
Mangae Village	a Community Counselors / 2 Community Educators / a Peer Educator & Community Educator / a Community Educator & Traditional Bed Attendant

#### 1-4 プロジェクトの概要

本プロジェクトは、ワールドビジョンジャパンの提案に基づいた開発パートナー事業として実施された。プロジェクトの概要は下表のとおり。

対象地域	モロゴロ州モロゴロ・ルーラル県（のちにモロゴロ県とボメロ県に分割） モロゴロ県ングレンゲレ郡（人口：16,152名） ボメロ県ムラリ郡（人口：19,366名） 計21村 35,518名
実施期間	2003年11月～2006年11月（3年間）
上位目標	モロゴロ州のHIV陽性率が低下する。
プロジェクト目標	対象の2郡において、HIV感染にかかわる人々のリスク行動が減少する。
期待される成果	（1）性感染症、エイズ関連（Voluntary Counseling and Testing：VCT）の保健医療サービスが強化され、在宅ケアシステムが確立される。 （2）住民が地域での啓発教育に参加し、HIV/エイズに関する正しい知識を身につける。 （3）若者、女性をHIV感染の危険から守るための環境が改善される。 （4）マサイ及び移動人口（トラックドライバー、ゲストハウスワーカー）のHIV/エイズに対する認識・予防が強化される。
予算規模	約1.3億円
投入 （評価時点）	日本側： ワールドビジョンジャパンの日本人プロジェクトマネジャー：1名 ワールドビジョンタンザニアのスタッフ・専門家：11名 JICA負担事業費：10億2139万Tsh（9285万円） ワールドビジョンジャパン自己負担：4868万Tsh（443万円） 総額 9728万円（1¥=11Tsh） 「タ」国側： 土地・施設提供：自発的カウセリング・検査センター3か所と HIV/AIDS リソース・センター2か所の土地 医薬品、HIV検査キットなど

## 第2章 評価の方法

### 2-1 評価の枠組みと評価基準

JICA 事業評価では、「JICA 事業評価ガイドライン—改訂版」を指針として、プロジェクトの実績と実施プロセスを把握し、プロジェクトの妥当性、効率性、有効性、インパクト、自立発展性を総合的に検証する。

終了時評価調査では、妥当性、効率性、有効性の検証に重点を置く。インパクトと自立発展性は現時点での見込みである。以下に評価5項目の基準を示す。

#### (1) 妥当性

妥当性は、プロジェクトの上位目標やプロジェクト目標が、「タ」国の HIV/AIDS 対策の戦略や JICA の「タ」国支援プログラムの方向、ターゲット・グループや関与するコミュニティのニーズに合致しているかどうか、プロジェクトのアプローチとしての適切さを判断する評価の視点である。

#### (2) 有効性

有効性は、プロジェクトによって産出された成果により、どの程度プロジェクト目標が達成されたのか、あるいは達成が見込まれるのかという視点である。

#### (3) 効率性

効率性は実施過程の中で、様々な投入がいかに効率的に成果に結びつけられたか、より効率的な手段がなかったかを判断する評価の視点である。

#### (4) インパクト

インパクトはプロジェクト実施の結果、起こる影響や変化を評価する視点である。インパクトには、上位目標に対する影響のほか、直接的・間接的な影響・変化、望ましい、あるいは望ましくない影響・変化など様々な側面が含まれる。

#### (5) 自立発展性

自立発展性は、外部からの支援がなくなった場合でもプロジェクトの便益が持続するかどうかという視点である。

### 2-2 プロジェクト評価の方法

#### 2-2-1 評価方法と情報の収集

2005年7月のプロジェクト合同調整委員会（Joint Coordinating Committee : JCC）で承認されたプロジェクトのロジカルフレームワーク（付属資料の合同評価報告書 Appendix 1 : PDM 参照）を基に、終了時評価調査の評価方法を検討した。この検討の結果は、主な調査項目ごとに、必要なデータ・情報入手先や情報収集手段などをマトリックス形式に表した評価グリッドにまとめた。

フィールド調査では評価グリッドの情報源に対応する詳細な質問項目を用意した。情報入手先としては、WVFE<sup>1</sup>のほか、プロジェクトからの提供資料やプロジェクト関係者へのイン

<sup>1</sup> ワールドビジョンジャパンの内部終了時評価 final evaluation report は2006年6月時点までの評価を実施したもので、フォーカス・グループやキー・インフォーマントインタビュー、質問票調査、ドキュメントレビュー、視察等を用いて14日間の情報収集を行っている。質問票を用いた調査では、506人（男238人、女268人）を対象にしているが、質問内容が必ずしもベースライン調査等と一致していないという限界があった。インタビューやフォーカス・グループは延べ144人が出席した。

タビユー、コミュニティでプロジェクトの中心的な役割を担ったリーダーらを対象としたグループ・インタビュー、活動現場の直接視察など、異なる方法によるデータ・情報入手の方法を併用した。

コミュニティのフィールド調査には、モロゴロ県とボメロ県<sup>2</sup>の両エイズ協議会調整官・エイズ対策調整官がそれぞれの管轄対象地域へ同行した。

事前の準備調査と現地調査で得られた情報を評価設問ごとに回答を整理・分析した。これらの情報と関係者との協議を基に終了時評価時点でのプロジェクトの実績と評価5項目の視点からプロジェクトの評価を行った。また、阻害・貢献要因の分析や提言・教訓を評価結果から抽出した。

## 2-2-2 評価方法の限界

評価調査は、計画された評価方法に沿って実施されたが、プロジェクトの特徴として、次のような限界があることを指摘しておく。

- (1) プロジェクトの活動地域は45村(モロゴロ県ンゲレンゲレ郡22村、ボメロ県ムラリ郡23村)<sup>3</sup>で、人口は72,528人、ターゲット・グループは多岐にわたる。その活動の多くが複合的な関係をもっているため、線形の因果関係を重視するロジカルフレームを適用しにくい側面があった。
- (2) PDM指標の中で目標値を設定していない指標が多かった。また、年次報告書などのプロジェクトの記録は投入の記載のみで、活動がどのようにプロジェクト目標・成果につながっていくのかという点で記載が不十分であった。補完指標を設定したが、定性的な判断にならざるを得なかった。

## 2-3 横断的視点の評価

プロジェクトは、ワールドビジョンの貧困削減事業である包括的な地域開発計画(Area Development Programme: ADP)<sup>4</sup>に組み入れられる形で実施された。また、「タ」国政府は「国家マルチセクターによる戦略的枠組み(National Multi-sectoral Framework Strategy on HIV/AIDS: NMSF) 2003-2007」で示しているように横断的な取組みを重視している。通常の評価設問に加えて、JICAの保健・HIV/AIDSプログラムの中での連携や貧困・ジェンダーの視点、住民参加・能力強化または能力開発という評価設問を設定した。

<sup>2</sup> プロジェクト開始当初は、モロゴロ州(District)にンゲレンゲレ郡(Division)とムラリ郡があったが、後にモロゴロ県とボメロ県に分割され、それぞれの県内にンゲレンゲレ郡とムラリ郡がある。

<sup>3</sup> 2002年のセンサス(<http://www.tanzania.go.tz/census/census/districts/morogororural.htm>)によるとモロゴロ州の人口は263,920人、ボメロ県は260,525人で、両県の人口はモロゴロ州の人口1,759,809の30%を占める。プロジェクト対象のンゲレンゲレ郡とムラリ郡の人口は、93,111人でモロゴロ州の人口の約5%を占める。プロジェクトから提供されたVillages in Project Area (Appendix 7)によるとンゲレンゲレ郡とムラリ郡の人口は、72,528人で、上記センサスの数値よりやや少ない。報告書では、プロジェクトから提供された72,528人を採択した。この場合、プロジェクト対象地域の人口は、モロゴロ州の人口の約4%となる。なお、郡の下には区(ward)があり、ンゲレンゲレ郡はIDUGALO、MKULAZI、NGERENGERE、TUNUNGUで構成され、その下に22村がある。ムラリ郡は、DOMA、MELELA、MZUMBE、MLALIがあり、その下に23村がある。

<sup>4</sup> Area Development Programme。農業、環境、教育、保健の4分野を対象とした支援を行っている。

## 第3章 プロジェクトの実績

### 3-1 投入の実績

2003年11月のプロジェクト開始から2006年10月までに、プロジェクトの活動に対してそれぞれ日本側、「タ」国側から次のような投入が行われた。

#### (1) 日本側の投入

プロジェクト開始以来、JICA 開発パートナー事業を通じて次のような人的資源が日本側の支援により投入された。

現地駐在日本人スタッフ（プロジェクト・マネジャー）

プロジェクトコーディネーター

基礎保健ファシリテーター（2名）

会計

プロジェクトアシスタント

学校担当スタッフ（2名）

ドライバー

警備員

生計向上担当スタッフ

会計補助スタッフ

日本から提供された主な資機材とその金額は品目別支出リスト（合同評価報告書 Attachment 3 : Equipment List 参照）に記載されている。総支出は10億2139万Tsh<sup>5</sup>（約9285万円）である。成果1が支出総額の半分を占め、成果2が支出総額の3分の1を占めている。成果1では、自発的カウンセリング・検査（VCT）<sup>6</sup>センターの建設、性と生殖・子供の健康（Reproductive and Child Health : RCH）<sup>7</sup>ユニットの改修、研修、検査機材などに支出された。成果2ではHIV/AIDS リソース・センターの建設、研修、イベント費用などに支出された。成果3と成果4は、研修が主たる支出である。また、車両とモーターバイクがプロジェクト運営目的で提供された。

#### (2) ワールドビジョンジャパンからの投入

ワールドビジョンジャパン（WVJ）からは、プロジェクト運営管理、スタッフ研修費、タンザニア事務所の維持管理費、その他業務管理に係る費用等に4868万Tsh（約443万円）が投入された。なお、ワールドビジョンタンザニア（WVT）からプロジェクトへの直接的な資金提供はなかったが、プロジェクト人材のリクルートに関する便宜やWVT組織としての事業監督、WVTのもつ知識・情報の提供という側面でWVJとWVTは密接な関係にあった。

<sup>5</sup> タンザニアシリング。1円=11タンザニアシリング

<sup>6</sup> エイズは発症までに10年もかかることがあり、人々の自発的な検査への参加が不可欠である。VCTは守秘義務に基づき、HIV検査と検査の事前・事後のカウンセリングをセットにしたもの。事前カウンセリングでは陽性・陰性が出た場合の影響や検査結果を伝え、同意を得る。事後カウンセリングでは、検査結果を伝え、予防やケア、支援のための情報を提供する。VCTによって他のサービスへと紹介されることから、VCTは予防とケアの入り口でもある。

<sup>7</sup> 母子保健（Maternal Child Health）からこの名称に変更された。

### (3) 「タ」国側の投入

「タ」国側からは、VCT センターや HIV/AIDS リソース・センターの土地、移動診察用車両、スタッフ、医薬品、HIV 検査キットなどが提供された。

県・郡自治体の保健担当官や建設エンジニアがプロジェクトの活動に支援・従事した。

## 3-2 成果の達成状況と活動実績

成果に関しては、PDM 上の成果指標と実際の活動実績が必ずしも一致しない部分があり、必要に応じて既存指標に補完指標を追加するか、質的な変化を記述し、成果の達成状況を把握した。

### 3-2-1 成果1の達成状況と活動実績

#### (1) 達成状況

成果1はほぼ達成された。表3-1において、成果1の内容、指標と達成指標、達成度の結論を要約している。

表3-1 成果1の実績

成果1:性感染症及びHIV/AIDSに関する政府の基礎保健システムが強化され、またPLWHA <sup>8</sup> へのホームケア <sup>9</sup> システムが確立される。	
1. HIV 抗体検査のために VCT を訪れる人や、性感染症の診察、治療のために性感染症治療サービスを利用する人が増える。 (目標値なし)	<b>【成果指標】</b> 成果指標に対する達成状況は、次のとおり。 1. ングレングレ区、ムラリ区、メレラ区の政府の保健センター敷地内にそれぞれ VCT センターが建設され、HIV 検査の実施と検査の前後に相談を行う 16 人の VCT カウンセラー <sup>10</sup> が育成された。既存施設の保健センターの看護師等を VCT カウンセラーとして育成し、VCT サービスを保健センター業務の一つとして基礎保健システムに組み入れた。その結果、2005 年 4 月の VCT センター開設以来 2006 年 6 月までに合計 1,622 人が <u>VCT サービス</u> を利用した（内訳は表3-2を参照のこと）。 性感染症 <sup>11</sup> 治療サービスについては、2004 年 7 月から 2006 年 3 月までに、移動診療で 2,256 人が、マラリアや下痢症を含め性感染症や日和見感染の診療を受けた。プロジェクトでは、性感染症と日和見感染症の治療のための医薬品等を保健センター・ディスペンサリーに配布し、スタッフの研修を行ったが、保健センター・ディスペンサリーの利用者数は捉えられていない。なお、2006 年 3 月までに移動診療は、遠隔地の村を対象として累積で 517 村を訪問し(内訳は表3-3を参照のこと)。その後、2006 年 7 月までの累積訪問村数は 669 村となった。

<sup>8</sup> People Living With HIV/AIDS (PLWHA) は当事者のほか、パートナーや家族を含むエイズウイルス・エイズとともに生きる人々のことを意味する場合があるが、HIV 感染者をここでは指している。

<sup>9</sup> 心理的サポートや栄養指導、簡単な病気の応急手当、また必要に応じて自助グループや医療機関への橋渡しをする。また、PLWHA は社会的な差別や排除を受けたり、放置されたりして貧困の中で生活している場合があり、このようなときは基本的な生活面でのケアも含まれる。

<sup>10</sup> 政府の基礎保健施設で VCT を行う専門的な政府保健スタッフとして VCT カウンセラーがプロジェクトで養成された。

<sup>11</sup> 厳密には Sexual Transmitted Disease (STD) の性感染症と Sexual Transmitted Infection (STI) の性感染と分けるべきであるが、特に理由がない限り、ここでは性感染症を用いる。HIV 以外の梅毒や軟性下疳などの性感染があると、HIV に感染するリスクが高くなるので、性感染症の予防・治療は重要とされる。

<p>2. 基礎保健サービス（保健所・ディスペンサリー等）や移動診療車により、日和見感染などの治療を受けられるエイズ患者が増える。（目標値なし）</p> <p>3. 感染者の 80%が家族から適切な在宅ケアを受け、コミュニティ・カウンセラーからカウンセリングが受けられる。</p>	<p>2. 2006 年 7 月までに基礎保健サービス（移動診療を含む、保健センター・ディスペンサリー）で、2,256 人以上が、マラリアや下痢症を含む性感染症や日和見感染症<sup>12</sup>の治療を受けた。保健センター・ディスペンサリーの利用者数は捉えられていない。</p> <p>3. VCT センターで HIV 陽性と判定された 204 人 (PLWHA) 全員が栄養食やカヤ、毛布などを含む日用品の提供と HIV 相談や簡単な応急手当を対象としたホームケアをコミュニティ・カウンセラー（以下、「C カウンセラー」と記す）<sup>13</sup>から受けた。</p>
	<p>【補完指標】</p> <p>4. 約 40 人の <u>PLWHA</u> がモロゴロ州病院で CD4 検査<sup>14</sup>を受けた。</p> <p>5. 感染者による自助グループが対象地域のンゲレンゲレとムラリ郡に結成された。自助グループ活動により、互いの孤独や死への恐怖など心のうちを仲間と話すことができる、対処法や支援に関する情報が得られる、日用品の支援がある、日和見感染や CD4 検査に関する情報交換の機会があるという利点が認識されている。</p>
<p>達成度の結論：</p> <p>成果 1 はほぼ達成された。自発的カウンセリング・検査（VCT）及び性感染症治療サービス、並びに移動診療サービスは、すべて基礎保健システムに組み込まれ実施されている。ンゲレンゲレ郡、ムラリ郡、メレラ郡の保健センター敷地内に VCT センターが建設され、2006 年 6 月までに 1,622 人が VCT サービスを利用した。また、同保健センター内に、性感染や日和見感染の診療体制及び HIV の母子感染予防を行う母子保健ユニットが整備され、ンゲレンゲレ郡、ムラリ郡、メレラ郡における基礎保健システムの強化が図られた。</p> <p>また、コミュニティで HIV 感染者（People Living with HIV/AIDS : PLWHA）支援を行う C カウンセラー（地元ボランティア）がよく機能していることが確認された。2006 年 6 月までに HIV 感染者となった 204 人全員が、プロジェクトで育成された 126 人の C カウンセラー（地元ボランティア）によるホームケアを受けた。</p>	

表 3-2 VCT 利用者数と HIV テスト陽性数（2006 年 6 月まで）

	対象人口	カウンセリング・ HIV テスト数	HIV テスト陽性数 (%)
ンゲレンゲレ VCT センター（ンゲレンゲレ郡）	27,534	801	103 (12.8)
ムラリ VCT センター（ムラリ郡）	26,843	394	41 (10.4)
メレラ VCT センター（ムラリ郡）	18,151	427	60 (14.0)
計	72,528	1,622	204 (12.4)

<sup>12</sup> 免疫機能の低下により引き起こされる、通常では病原性を持たないような弱毒微生物による感染症を日和見感染症という。

<sup>13</sup> C カウンセラーは、各村々で選出され、プロジェクトで研修を受けたボランティアである。PLWHA のホームケアを行うほか、プロジェクトへの定期的な活動報告や PLWHA への物資提供を通じて、プロジェクト活動に継続的に関与した。

<sup>14</sup> HIV/AIDS の診断・モニタリングには、免疫細胞の数を測る CD4 値が指標として用いられる。高額な測定装置や維持管理の難しさから、CD4 検査は州病院レベルで行われている。「タ」国では CD4 が 200 より下がると無料で抗レトロウイルス治療が受けられる。

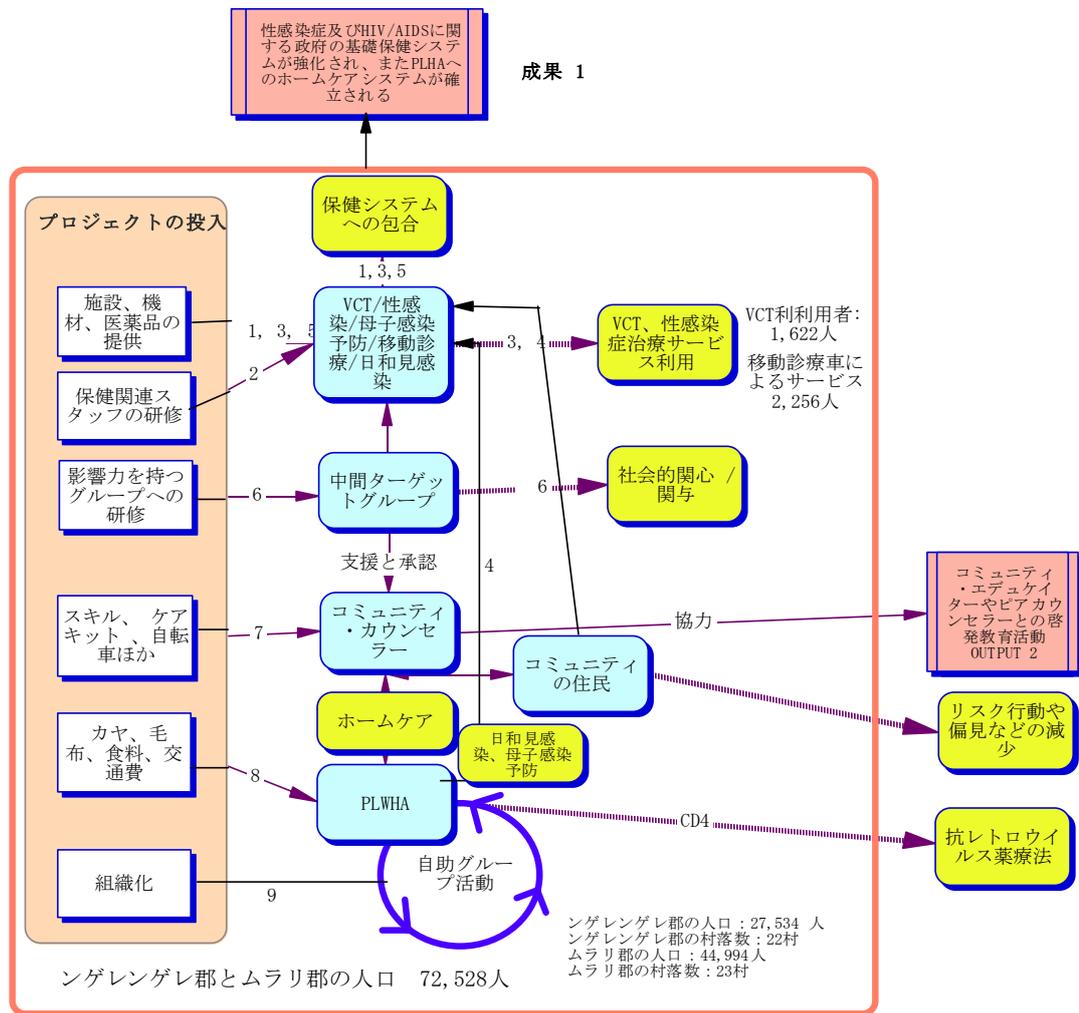
表 3-3 移動診療車による巡回診療の累積訪問村数と利用患者数(2006年3月まで)

	ンゲレンゲレ郡	ムラリ郡		計
	ンゲレンゲレ	ムラリ	メレラ	
累積訪問村数	207	139	171	517
利用患者数	1,025	638	593	2,256
計	1,232	777	764	

注：性感染症や日和見感染症のほか、マラリアや下痢症をも含む。

(2) 活動実績

以下に成果1に関する投入と活動の関係を示し、成果にいたる道筋の構造化を試みた。



図中の各活動と成果1の因果関係を以下に説明する。(各記述の番号は、図中の矢印の番号と一致。)

1. VCTセンターをンゲレンゲレ保健センター、ムラリ保健センター、メレラ保健センター敷地内に建設し、政府機関が提供するサービスとして軌道に乗せた。
2. VCT サービスを行う VCT カウンセラー16 人をアフリカ医療研究財団(African Medical Research Foundation)が主催する外部研修に参加させた。また、保健関連ス

スタッフに HIV/AIDS に関する知識のほか、性感染症や日和見感染症の研修を行った。表 3-4 に示すように、保健関連スタッフには、保健センター・ディスペンサリー職員、薬局スタッフ、各村落委員会（基礎保健委員、HIV/AIDS 委員、保健職員）が含まれ、研修参加数は計画値 410 人に対して 475 人が研修を受け、達成率は 116% であった。

表 3-4 保健関連スタッフの研修実績（VCT カウンセラーを除く）

研修対象	計画	実績	達成率 (%)
政府保健センター職員	80	115	144
薬局スタッフ	30	33	110
各村落委員会 (基礎保健委員、HIV/AIDS 委員、保健職員)	300	327	109
計	410	475	116

3. ングレングレ保健センター、ムラリ保健センター、メレラ保健センター、ディスペンサリーや移動診療車（ングレングレ郡 1 台、ムラリ郡 1 台）で性感染症診療サービスを可能とするため必要な医療器具・薬品、ガソリン代を提供した。
4. 対象地域内のングレングレ保健センター、ムラリ保健センター、メレラ保健センターの近隣 3 村を除く 42 村を対象に移動診療を実施し、性感染症や日和見感染症の治療のほか、マラリアや下痢の診療も行った。
5. ングレングレ、ムラリ、メレラの各保健センター内の RCH ユニットについて、母子感染予防（Prevention of Mother to Child Transmission : PMTCT）に対応できるよう改築を行った。
6. 表 3-5 に示すように、プロジェクトを通じてコミュニティに関与するプロジェクト委員会メンバーやコミュニティに影響力をもつ政府の補助職員、学校教師、宗教指導者、伝統産婆・伝統療法師、その他のリーダーを中間ターゲット・グループ<sup>15</sup> とした研修とフォローアップ研修を行った。研修参加数は計画値 772 人に対し、実績は 790 人で、達成率は 102% であった。

表 3-5 中間ターゲット・グループの研修実績

研修対象	計画	実績	達成率 (%)
プロジェクト委員会メンバー	30	28	93
政府の補助職員	30	38	127
学校教師	156	135	87
宗教指導者	100	131	131
伝統産婆・伝統療法師	300	217	72
指導者研修	27	17	63
コミュニティに影響力をもつその他のリーダー	129	224	174
計	772	790	102

<sup>15</sup> 最終ターゲットである生産年齢の住民と PLWHA に対し、最終ターゲットに直接・間接的な影響力をもつ社会層や職業をまとめて、ここでは便宜的に中間ターゲット・グループと定義した。

7. 表3-6に示すように126人のCカウンセラーが養成のための研修やフォローアップ研修を受けた。計画に対する達成率は81%であった。育成されたCカウンセラーは、コミュニティのボランティアとしてPLWHAに対するホームケアや一般住民に対するVCT受診に関する相談活動を行った。プロジェクトからは研修以外にもCカウンセラーに対して、活動に使う自転車やマニュアル、雨具、T-シャツなどの物資、彼らによる四半期ごとの会合に必要な交通費、カゲラのスタディツアーの機会等が提供された。

表3-6 Cカウンセラーの研修実績

研修対象	計画	実績	達成率 (%)
Cカウンセラー	156	126	81

8. Cカウンセラーを通じてPWLHAに食糧や日常必需品、蚊帳などが提供された。2006年6月時点で204名(ンゲレンゲレ103名、ムラリ41名、メレラ60名)のPWLHAがこのサービスを受けた(表3-2参照)。
9. Cカウンセラーの支援によりPWHLAの自助グループ形成を行い、彼らによる自助グループ活動が始まった。

### 3-2-2 成果2の達成状況と活動実績

#### (1) 達成状況

成果2は達成された。表3-7において、成果2の内容、指標と達成指標、達成度の結論を要約している。

表3-7 成果2の実績

成果2：住民が地域での啓発教育に参加し、HIV/AIDSに関して正しい知識を身に付けるようになる。	
<p>1. 対象地域のすべての村がそれぞれのHIV/AIDS行動変容情報プランを作り、活動を行う。</p> <p>2. 住民の85%が基本的なHIV感染の予防法やコンドームの入手先を知る。</p>	<p>【成果指標】</p> <p>成果指標に対する達成状況は次のとおり。</p> <p>1. 対象とする45村すべてについて、プロジェクトで育成されたコミュニティ・エデュケイター<sup>16</sup>(以下、「Cエデュケイター」と記す)が中心となり行動変容活動のプランが作成された。行動変容活動のプランは村落エイズ委員会<sup>17</sup>によって承認され、Cエデュケイターらが中心となって行動変容活動が実施された。</p> <p>2. WVFEに基づけば、15~49歳の90%が3種類の予防法を知っており、92.5%の男性がどこでコンドームを入手できるか、少なくとも1か所以上の場所を特定することができる、また、同様に89.5%の女性がどこでコンドームを入手でき</p>

<sup>16</sup> Cエデュケイターは、各村々で選出され、プロジェクトで研修を受けたボランティアである。コミュニティでHIV/AIDSの行動変容に関するプランを作成し、ピア・エデュケイター(後述)らとともに、コミュニティの祭礼や会合、集落への巡回等を通じて、啓発活動を行う。

<sup>17</sup> 村落エイズ委員会(Village HIV/AIDS Committees)は、「国家マルチセクターによる戦略的枠組み2003-2007」で村ごとに設置が規定されているもの。Village Multi-sector AIDS Committees (VMAC)とも呼ばれる。

るか1か所以上の場所を特定することができる。下表はその内訳で、基本的な予防法に対する行動を間接的に知る指標でもある。

15～49歳におけるコンドーム入手先数への知識

	3か所(%)	2か所(%)	1か所(%)	知らない(%)
男性	45.1	30.2	7.2	7.5
女性	31.1	34.9	23.5	10.5

【補完指標】

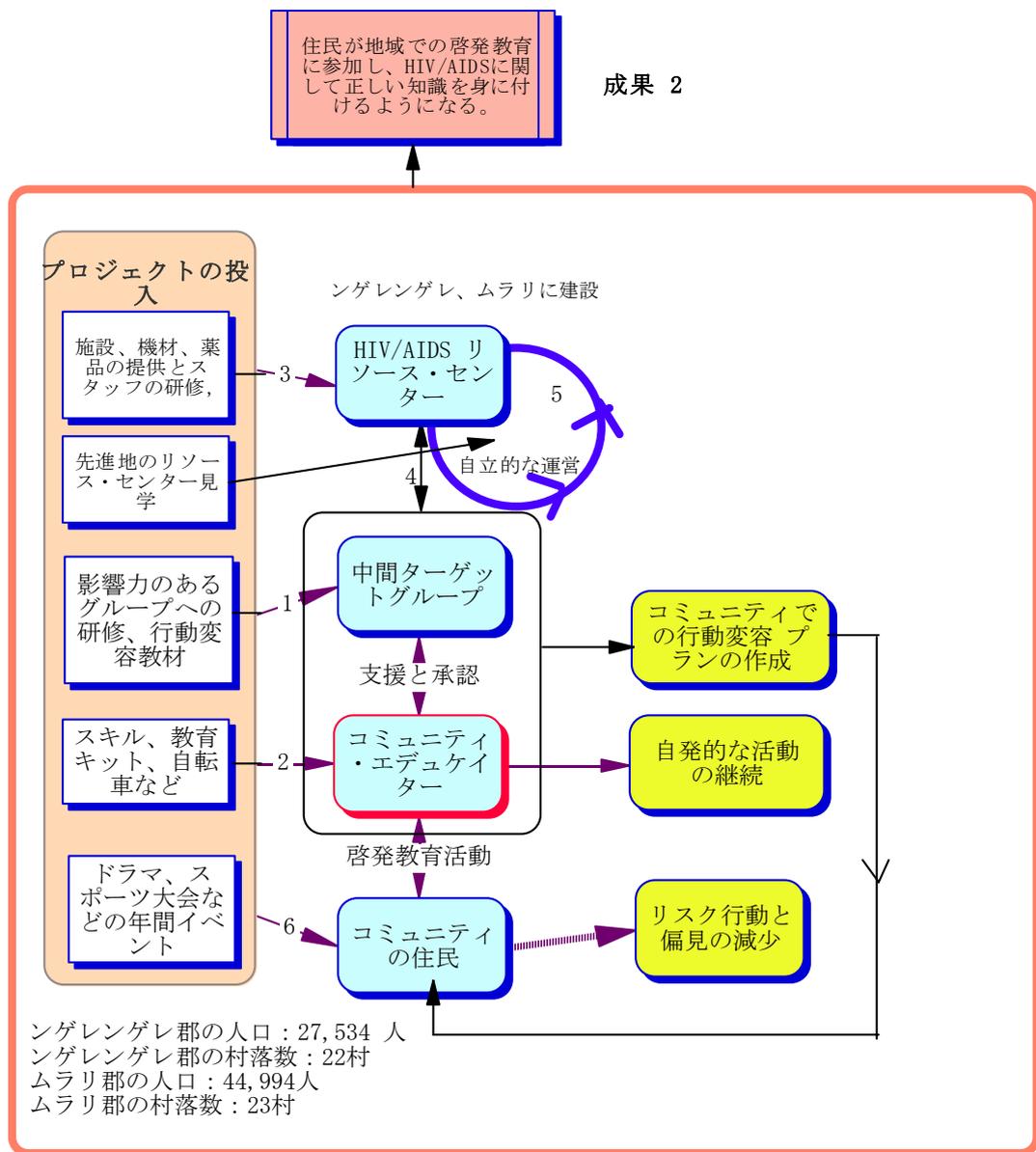
3. グループ・インタビューでは、伝統産婆や伝統療法師、マサイ族で感染リスクが高いとされる行動様式の変容が起こったことがわかった。例えば、割礼の際の刃物の共有を止めることや未亡人を引き受けの禁止など。
4. 累積で約1,500人のコミュニティ・リーダーや伝統産婆、伝統療法師、宗教指導者、コミュニティで働く政府役人、教師など社会的影響力がある人々が研修を受けた。

達成度の結論：

成果2は達成された。コミュニティで影響のある人々延べ1,500人（学校教師、宗教指導者、伝統産婆・伝統療法師、村のリーダー・役人等）に対して、HIV/AIDSの基礎知識や予防法、コミュニティでの役割についての研修が実施され、人々のHIV/AIDSへの理解度が高まった。対象地域にある45村で行動変容活動のプランが作成され、村落エイズ委員会によって承認され、実行された。その結果、調査によると男女とも住民の90%がコンドームの入手方法について知る結果となり、目標値の85%を上まわった。地元ボランティアの啓発教育と感染者ケアの活動拠点となるHIV/AIDSリソース・センターがンゲレンゲレ、ムラリ郡に設置され、自立的な運営を目指した運営委員会が形成された。

(2) 活動実績

以下に成果2に関する投入と活動の関係を示し、成果にいたる道筋の構造化を試みた。



図中の各活動と成果2の因果関係を以下に説明する。(各記述の番号は、図中の矢印の番号と一致。)

1. 村落エイズ委員会やプロジェクトスタッフから構成されるンゲレンゲレ郡とムラリ郡のサブ委員会委員（プロジェクトの運営とモニタリングの項参照）や政府の補助職員、教師、宗教指導者、伝統療法師・伝統産婆、コミュニティ・リーダーらコミュニティに影響をもつ中間グループを対象に HIV/AIDS の知識やリスク行動に関する研修とフォローアップ研修を実施した。（成果1の活動6と共通）
2. 各村(45)で行動変容にかかわる啓発活動を行う C エデュケーター128人を育成した。これには C エデュケーターとしての各種スキル研修や C エデュケーター会合、行動変容活動に必要な自転車、活動教材、C エデュケーター用マニュアルなどが含まれる。C エデュケーターは、コミュニティの行動変容プランをもとに C カウンセラー

やピア・エデュケーター<sup>18</sup>らと定期的に集落を回り、ドラマや歌などの行動変容アプローチによって住民の啓発活動を行った。

表 3-8 Cエデュケーターの研修実績

研修対象	計画	実績	達成率(%)
Cエデュケーター	110	128	116

3. CエデュケーターやCカウンセラー、ピア・エデュケーター、周辺住民に HIV/AIDS に関する情報を提供するために、HIV/AIDS リソース・センターを対象地域内に建設した（ンゲレンゲレに1か所、ムラリに1か所）。また、HIV/AIDS リソース・センター係員を育成した。
4. HIV/AIDS リソース・センターの自立的運営を目指して、ムラリ HIV/AIDS リソース・センター運営委員会が創設され、実際の運営を開始した。また、ンゲレンゲレ HIV/AIDS リソース・センター運営委員会が作られた。HIV/AIDS リソース・センター係員8名がセンターの運営について学ぶため、先進地域であるダルエスサラームとドドマへのスタディツアーに参加した。
5. 演劇やスポーツ大会などのイベントを各村で年に2回ほど実施し、住民への啓発教育の強化が行われた。

<sup>18</sup> 同じ年齢層や職場、性別など日常的・社会的に近い仲間同士の関係性を利用して、互いに学習効果を高めるアプローチで仲間教育とも訳されている。

### 3-2-3 成果3の達成状況と活動実績

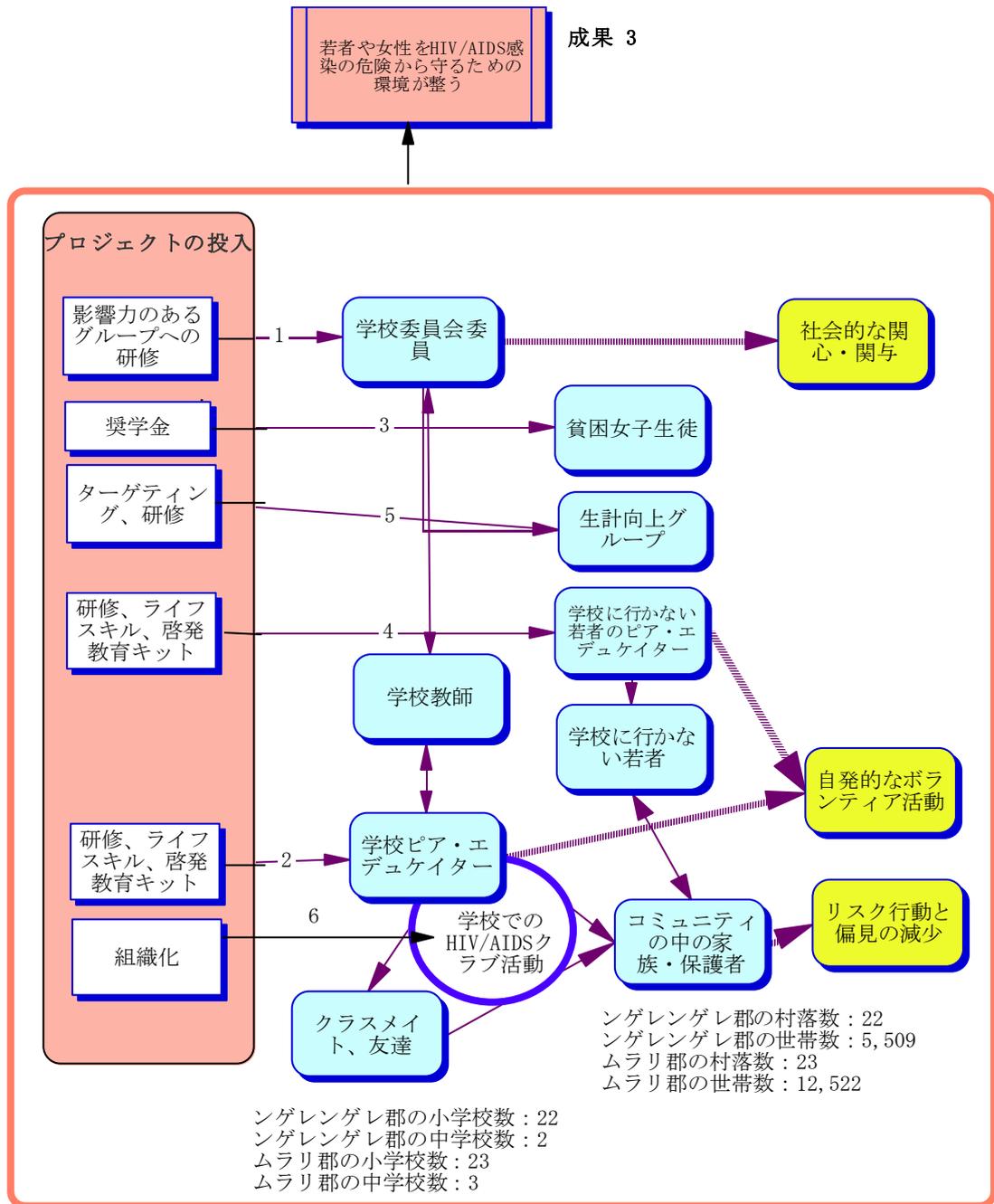
#### (1) 達成状況

成果3は達成された。表3-9において、成果3の内容、指標と達成指標、達成度の結論を要約している。

表3-9 成果3の実績

成果3：若者や女性を HIV/AIDS 感染の危険から守るための環境が整う。	
<p>1. 90%の小・中学校において HIV/AIDS 教育が実施される。</p> <p>2. 学生及び学校に通っていない若者の中でピア・エデュケーターが活動する。</p> <p>3. 経済的な問題を持つ家庭の女子がドロップアウトせずに勉学を続けられる。</p> <p>4. 性に関する交渉スキルを身に付ける女性や少女が50%増える。</p>	<p><b>【成果指標】</b></p> <p>PDM 上の成果指標に対する達成状況は次のとおり。</p> <p>1. ンゲレンゲレ郡には22の小学校と2中学校、ムラリ郡には23の小学校と3中学校がある。小・中学校では HIV/AIDS の教育を行うことになっているが、実際には学校のイニシアティブで行われることは少ない現状下、プロジェクトによりその実施が促進された。WVFEによると対象地域内の50の小・中学校すべてで HIV/AIDS の教育プログラムが実行された。</p> <p>2. WVFE によると研修を受けた教師とピア・エデュケーターは、学んだ知識とスキルを活かし、クラスや家族、近隣で啓発活動を行った。学校では HIV/AIDS クラブができ、活動を行った。C カウンセラーのモニタリングでは、研修を受けた学校に通っていないピア・エデュケーターからも機能していると報告されている。</p> <p>3. エイズで両親または片親を失った貧しい家庭の女子生徒を対象とする奨学金を開始したが、男子生徒も同じ状況にあることがわかったため、男子生徒にも支援を行うこととした。プロジェクトでは女生徒25人、男子生徒23人の計48人に対して奨学金を支援した。</p> <p>4. WVFE によると、相手に対してコンドーム使用を常に要求できるとする女性が25.6%から64%に増えた。相手に対してコンドーム使用を納得させることができるとする思春期女子(14~19歳)も20%から69%に増えた。実際の行動を確認することは困難であるが、アンケート回答の結果はいずれも目標値の50%を超えている。</p>
<p><b>達成度の結論</b></p> <p>成果3は達成された。対象地域にある53の小・中学校の生徒と学校に行かない若者、コミュニティの女性を対象に、ピア・エデュケーター(地元ボランティア)を554人育成し、学校の内外で仲間同士の相互作用を利用した啓発活動が行われた。HIV/AIDS で親を失った48人の生徒に奨学金を支給した。調査によると成人女性・思春期女性のいずれも相手に対してコンドーム使用を要求できると回答する女性が、20%程度から60%以上に増えた。</p>	

以下に成果3に関する投入と活動の関係を示し、成果にいたる道筋の構造化を試みた。



図中の各活動と成果3の因果関係を以下に説明する。(各記述の番号は、図中の矢印の番号と一致。)

1. 各学校で HIV/AIDS 啓発教育が行われるよう学校委員会委員 197 人の研修とフォローアップ研修を行った。表 3-10 に示したように学校委員会委員の研修の達成率は 126% となった。
2. 学生と女性の間で知識が広がるよう学生・女性ピア・エデュケイター 375 人を育成し、達成率は計画に対して 169% となった。学生・女性ピア・エデュケイターの研修には、HIV/AIDS の知識のみならず、意思決定に必要な交渉スキルやコンドーム装着、ロールプレイなどのライフスキルなどが盛り込まれた。学校に対しては、ピ

ア・エデュケイターには啓発用のマニュアルやポスターなどを含めた啓発教育キットが配布され、学校間イベントの開催などを通じての学生ピア・エデュケイターの実践の機会が与えられた。

表 3-10 学校委員会メンバー研修と各ピア・エデュケイター研修の実績

研修対象	計画	実績	達成率(%)
学校委員会メンバー	156	197	126
学生・女性ピア・エデュケイター	222	375	169
学校へ行かない若者のピア・エデュケイター	86	177	206
計	464	749	161

3. エイズで両親または片親を失った 48 人の貧困学生に対して奨学金を提供し、学校中退を防止した。
4. 学校に通わない若者に対して彼らの間でエイズの正しい知識が広がるようピア・エデュケイター177人が育成され、計画に対して達成率は206%となった。
5. 女性や若者 209 人の生計向上グループに対し、小規模ローンへのアクセスの仕方など、職業訓練を行った。また、ンゲレンゲレ郡の5グループ、ムラリ郡の8グループに対し800万TSh（約73万円）の物資ローンを提供した。
6. 各学校の HIV/AIDS クラブの組織化と活動を支援した。

### 3-2-4 成果4の達成状況と活動状況

#### (1) 達成状況

成果4は約50%達成された。表3-11において、成果4の内容、指標と達成指標、達成度の結論を要約している。

表3-11 成果4の実績

<p>成果4：マサイ族や移動を伴う人々（トラックドライバー、ゲストハウスワーカー等）をHIV/AIDS 感染の危険から守るための環境が整う。</p>	
	<p><b>【成果指標】</b></p> <p>PDM上の成果指標に対する達成状況は次のとおり。</p>
<p>1. マサイ族リーダーの75%がHIV/AIDSの知識を身につけ、マサイ族の間で啓発活動を積極的に促進するようになる。</p>	<p>1. マサイ族コミュニティに影響のあるマサイ族リーダーはプロジェクト対象地域に20人いる。プロジェクトは彼ら全員にHIV/AIDSに関する研修を行った。マサイ族リーダーは伝統的な踊り<sup>19</sup> Oloipi/Esotoの夜の挙行や重婚がリスク行動につながるとして、これらを禁じるというマサイ族コミュニティの規範を変える重要な役割を果たした。</p>
<p>2. マサイ族の間でピア・エデュケーターが活動する。</p>	<p>2. 表3-12に示すようにマサイの若者39人、女性28人、男性48人がピア・エデュケーターの研修を受けた。しかし、彼らの公式な啓発活動の機会は、マサイ族リーダーが他の目的で招集する場合に限られていた。</p>
<p>3. 移動を伴う人々が基本的なHIV感染の予防法を知り、実際にコンドームにアクセスする人が増える。</p>	<p>3. トラックドライバーや鉱山労働者、バーの従業員らに対し、研修や啓発活動は行われたものの、その後の動向を追跡することは非常に難しく、WVFEの調査でもゲストハウスの女性従業員5人にコンタクトできたに過ぎなかった。</p>
<p>達成度の結論：</p> <p>マサイ族コミュニティに強い影響力をもつマサイ族リーダーへの研修やマサイ族若者のピア・エデュケーター育成、地域内外を移動するトラックドライバーや飲食店の女性への研修を通じて、HIV感染に脆弱性をもつグループへ啓発活動が行われた。マサイ族コミュニティについてはプロジェクト活動による行動変容を確認できたが、その他の移動人口については技術的な問題もあり、プロジェクトによる行動変容は確認できない。このため、達成度は50%程度と推定される。</p>	

#### (2) 活動実績

成果4に関する活動実績は次のとおり。

1. 対象地域に住む少数民族であるマサイ族139人に対して、表3-12に示すように指導者やピア・エデュケーターの研修を通じて、予防啓発活動を実施した。これには、表3-12に示すようにマサイ族コミュニティに強い影響力をもつマサイ族酋長と

<sup>19</sup> 夜の踊りはマサイ族コミュニティに限らず、ほかのコミュニティでもそれぞれの形で行われている。性行動が高まる機会だという。

の会合、マサイ族青年ピア・エデュケイター、マサイ族女性ピア・エデュケイターへの研修、マサイ族男性ピア・エデュケイターへの研修が含まれる。

2. 表3-12に示すようにゲストハウスやバーの店員などの移動人口122人に対する研修や予防啓発活動を実施した。また、彼らを対象としたポスター等を配布した。

表3-12 マサイ族とその他の移動人口に対する研修実績

研修対象	計画	実績	達成率 (%)
マサイ族酋長会合	20	24	120
マサイ族青年Pエデュケイター	-	39	-
マサイ族女性Pエデュケイター	-	28	-
マサイ族男性Pエデュケイター	-	48	-
マサイ族コミュニティ全体	130	139	107
トラックドライバー、鉱山労働者、バー店員等	120	122	102

### 3-3 プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標「対象地域（ンゲレンゲレ郡、ムラリ郡）で人々のHIV感染に係るリスク行動が減少する」はほぼ達成されたと判断できる。理由は次のとおり。

(1) プロジェクト目標の指標1「若者の男女、大人の男女、マサイ族、移動を伴う人々のそれぞれにおいて、安全な性交渉を行う人の割合が増加する」の達成状況について、以下の類似指標の変化によって安全な性交渉を行う割合が増えたと推察できる。

- 1) 中間評価の際、50%の女性が相手に対してコンドームの使用を要求できると回答している。これに対してWVFEの調査では、70%の女性が相手に対してコンドーム使用を納得させることができるとしている。
- 2) 中間評価の際、過去1年間に58.5%の男性と32.9%の女性が複数の相手と性交渉をもったと回答しているのに対し、WVFEの調査では過去1年間に男性は27.3%、女性は12.6%に減少した。

(2) プロジェクト目標の指標2「若者の間で、初めての性交渉時の平均年齢が上がる」の達成状況について、フォーカス・グループ調査では「平均年齢」のようなデータを得ることはできない。ただし、上記指標を補完するものとして、以下のような定性的な変化がWVFEのフォーカス・グループや今回のグループ・インタビューで浮かび上がった。

- 1) マサイ族コミュニティは彼らの文化的伝統を守り続けているが、HIV/AIDSに対する態度は変わった。彼らはHIV/AIDSの予防のために望ましくないとされる重婚<sup>20</sup>や夜の踊りが減少したことを認めている。
- 2) プロジェクトは、住民のVCTサービスを利用し自身のHIV感染を知りたいという欲求を促進した。1,622人がVCTサービスを利用したという事実は、ターゲットの行動変容を裏付けるものである。
- 3) コミュニティに影響がある人々の行動変容やコミュニティの様々な変化が抽出された。伝統産婆が出産の際に手袋を付けることや割礼の刃物を共有しないこと、割礼を医療施

<sup>20</sup> 未亡人の引き受けを含む。

設で行う人々がでてきたこと、結婚前に VCT サービスを受けるようパートナーや親戚が求めるようになったこと、一般の村でも祭事等で行われる夜の踊りが昼に挙行されるようになったことなどである。

### 3-4 上位目標の達成見込み

HIV/AIDS/STI サーベイランス報告書 (No. 19) によると 2010 年まではモロゴロ州の感染率<sup>21</sup>の変化はほとんどなく、地方部ではむしろ新規感染者の割合が増えると予想している。「モロゴロ州の HIV 感染率が減少する」という上位目標は、プロジェクトの対象地域の人口は州全体の人口の 4%程度に過ぎないこと、また、HIV 感染率の減少には多くの要因が影響していることから、直接的に上位目標の達成を予想することはできない。しかしながら、本プロジェクトで支援された保健サービスの提供や、様々な行動変容が他の地域でも展開されれば、HIV 感染率の減少に貢献すると見込まれる。

### 3-5 プロジェクトの実施プロセス

#### (1) プロジェクトの運営とモニタリング

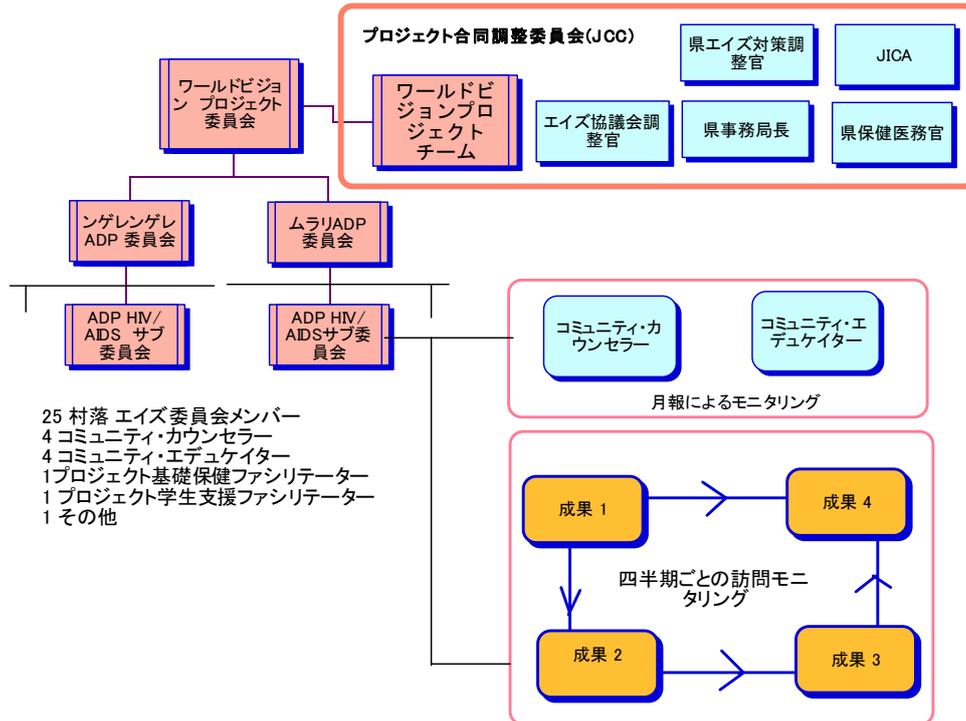
次頁の図に示すように、プロジェクトは、プロジェクト・マネジャーとチームリーダー、ンゲレンゲレとムラリの ADP 委員長と書記長、プロジェクト調整員、ワールドビジョンゾーン HIV/AIDS 調整員で構成するワールドビジョンのプロジェクト委員会がプロジェクトの管理責任をもつ形で運営された。

ンゲレンゲレとムラリ郡にはそれぞれワールドビジョンの ADP 委員会が設置されているが、プロジェクトの現場とを結ぶ実行組織として HIV/AIDS サブ委員会が ADP 委員会のもとに設置された。この HIV/AIDS サブ委員会のメンバーには、ワールドビジョンのプロジェクト基礎保健ファシリテーターやプロジェクト学校ファシリテーターらに加え、各村から村落エイズ委員会のメンバーと区を代表する C カウンセラー、C エデュケイター<sup>22</sup>が入った。

プロジェクトのモニタリングは C カウンセラーと C エデュケイターによる月報とファシリテーターらによる四半期ごとの巡回視察を通じて行われた。プロジェクトは現場との調整業務や様々なミーティングもモニタリング機会として活用した。

<sup>21</sup> Prevalence rate. HIV 陽性率のことである。

<sup>22</sup> C カウンセラー、C エデュケイターはプロジェクトで育成されたもの。



(2) 県政府との関係、ターゲット・グループとの関係

JICA の事業運営の枠組みである合同調整委員会を通じて、県政府の県保健医務官とは定期的にプロジェクト活動の進捗や問題について情報交換を行い、密に調整が行われた。本プロジェクトで支援された VCT センターは、モロゴロ県とボメロ県における最初の VCT センターであったことから、県政府は本プロジェクトの経験を VCT サービスの県内の拡大に活かそうとしている。プロジェクトの研修講師として、県の保健医療スタッフの参加もあった。

一方、対象地域で直接研修を受けた対象地域住民は、延べ 2,500 人を超えた。C カウンセラーと C エデュケーター、ピア・エデュケーターらによる活動を含めると相当量の社会参加を生み出したといえる。HIV 感染を公にした PLWHA に対しては、活動支援を通じてプロジェクトチームとの直接的な交流があったものの、ほかの PLWHA は C カウンセラーのみが知り、秘密は保持された。

## 第4章 評価結果

### 4-1 評価5項目の評価結果

#### 4-1-1 妥当性

プロジェクトの妥当性は評価時点でも依然高い。理由として次の点が挙げられる。

- ・モロゴロ州の HIV 感染率が比較的高く、介入の優先度が高い。
- ・ HIV 感染が地方に広がりつつあり、住民の予防とケアのニーズに合っている。
- ・ JICA の「タ」国における保健／エイズ分野支援プログラムに沿っている。
- ・「タ」国の HIV/AIDS に関する「NMSF 2003-2007」で示されている目的や優先分野に合致している。
- ・それぞれの県が6か所の VCT センターを設置するという HIV/AIDS に関する保健戦略の計画に合っている。
- ・草の根レベルへのアプローチとして適切である。

妊産婦を対象とした 2003/04 のサーベイランスでは、モロゴロ州の感染率は 9.0% と「タ」国平均の 7.3% を上まわり、ムベヤ州、タンガ州に次いで高い。また、供血者の感染率で見ると、モロゴロ州の中でボメロ県が6県の中で 16.2% と最も高く、モロゴロ県の 6.6% は3番目に高い数値を示している。

ベースライン調査では、HIV/AIDS の基礎保健サービスへの統合や性感染対策、HIV/AIDS に関する教育啓発活動、HIV 感染に対する若者の脆弱性の軽減、移動人口に対する対策が提示された。HIV/AIDS/STI サーベイランス調査報告書によると、都市部よりも地方部で新規 HIV 感染者が 2010 年まで増え続けると予想しており、プロジェクト対象地域のような地方部でのニーズはむしろ緊急性を増している。マサイ族コミュニティに関しては、HIV 感染に対するその伝統的な文化・習慣がもつ脆弱性が危惧されている。

プロジェクトは JICA 国別事業実施計画に位置付けられる「HIV/AIDS 対策プログラム」に沿ったものである。本プロジェクトは同プログラムの目的である HIV 感染予防に貢献するものであった。

プロジェクトは、「タ」国の「HIV/AIDS に関する国家政策 2001<sup>23</sup>」や「NMSF 2003-2007」に沿って行われた。特に「NMSF 2003-2007」では、保健セクターにおける取組みとして、性感染対策やコンドーム普及、母子感染予防、VCT サービスなどの予防面とケア・治療の両面からの戦略的な HIV/AIDS 対策が謳われている。プロジェクトは、既存の基礎保健システムへ VCT の包含を目指したものであり、この戦略的目的とテーマにおいても、整合性を有している。

HIV/AIDS 対策を、セクターを超えた横断的なアプローチによって取り組むことは「タ」国の課題とされている。プロジェクトは草の根レベルで、様々な社会グループに対して関与

<sup>23</sup> National Policy on HIV/AIDS November 2001。政府の HIV/AIDS へのコミットメントを強く表明した文書である。

を働きかけた。HIV 感染が地方へと広がるなか、コミュニティの能力強化は、適切なアプローチである。また、プロジェクトの対象地域は、ワールドビジョンの貧困削減事業である ADP が同時に実施されており、ADP の人的ネットワークを活用できたこと、農業や教育など他の分野と補完的なプログラムとして実施されていたことも適切であった。

#### 4-1-2 有効性

プロジェクトは、HIV 感染のリスク行動を軽減し、感染者の社会的支援の向上に有効であった。理由は次のとおり。

- ・住民が VCT を受け入れ、その利用が進んだ。
- ・コミュニティの中の PLWHA への社会的支援のメカニズムとケアが確立された。
- ・PLWHA による自助グループ活動が始まった。
- ・コミュニティの中で HIV/AIDS の話ができるようになった。
- ・コミュニティ内で HIV/AIDS に関する理解が進み、PLWHA への差別や偏見が減った。
- ・予防教育への活動に活発な参加があった。
- ・コンドーム使用に対する変化のほか、影響力のあるグループやコミュニティに変化が起こった。
- ・村落エイズ委員会の協力のもとで行動変容活動が確立された。

#### (1) 上位目標に対するプロジェクト目標の貢献度

プロジェクトの対象地域の人口は州人口の 4%程度のため、上位目標に対する直接的な貢献は小さいが、本プロジェクトの活動が他地域に展開された場合にはそのインパクトは期待できる。

#### (2) プロジェクト目標に対する成果の貢献度

プロジェクト目標の実現には成果 1 から 4 が貢献した。

- 1) 成果 1：保健スタッフへの研修や VCT サービスの提供、移動車両の運用、性感染症の適切な管理は基礎保健サービスシステムの強化につながった。特に VCT サービスは、自発的な行動を伴う行為であることから、住民に行動変容が起きたと理解できる。VCT 利用が進み、HIV 感染のリスク行動の減少に貢献した。
  - ・成果 1：C カウンセラーの育成と彼らによるホームケア、彼らを通じての生活物質の支援・モニタリングによって、コミュニティの中の感染者への社会的支援のメカニズムとケアが確立された。さらに、プロジェクトによる PLWHA の組織化と C カウンセラーの支援によって感染者による自助グループ活動が始まった。
  - ・成果 1、成果 2：PLWHA の増加も一因であるが、コミュニティに影響のあるグループの研修への参加によって、彼らの HIV/AIDS に対する正しい理解が促進され、態度と行動の変化が導引されてきた。やがて差別や偏見も減り、誰もがコミュニティの中で HIV/AIDS の話ができるようになった。
- 2) 成果 2：C エデュケイターの育成と彼らの行動変容活動のプラン作成・その実施サイクルの定着によって、遠隔地の集落への家庭訪問や祭事でのドラマや歌による啓発活動など、コミュニティのメンバーに浸透する方法、また持続的に行われる方法

が確立された。

- 3) 成果 3 : 学校を中心とした HIV/AIDS 教育プログラムが実施され、生徒間のみならず、生徒を介して家庭やコミュニティでの予防への気付きが促された。この方法で、学校へ行っていない生徒や若者・女性のピア・エデュケイターを含めるなど、脆弱な若者全体をカバーした。
  - ・成果 1、成果 2、成果 3 : 多方面にわたって影響ある人々に関与を働きかけた結果、住民と取り巻く環境が変わった。これには、性交渉場面での個人のコンドーム使用に対する態度の変化のほか、複数相手との性交渉への社会的圧力や伝統的な踊りを夜から昼に変えるなどの社会規範の変化、牧師ら宗教指導者の HIV/AIDS 問題の受容なども含まれる。
- 4) 成果 4 : マサイ族コミュニティでも HIV 感染予防にかかわる規範をマサイ族コミュニティの規範として一部導入するなど変化があった。未亡人の引き受けや割礼の際の伝統的ナイフ使用の禁止、マサイ族の伝統的な踊り Oloipi/Esoto の夜の挙行の禁止、PLWHA への牛の提供などをマサイ族リーダーが決めたことなどである。しかし、トラックドライバーやバー店員などプロジェクト地域を出入りする移動人口への効果は明らかでない。

プロジェクトは、その設置を政府から義務づけられている村落エイズ委員会<sup>24</sup>の関与を当初から求めており、コミュニティ・リーダーを通じて選定された C カウンセラーと C エデュケイターを活用しながら、リスク行動の軽減と感染者の支援という予防とケアの推進役を担った。

### (3) 貢献・阻害要因

#### 1) 貢献要因として以下が挙げられる。

- ・コミュニティ・リーダーや宗教指導者を含めた多方面からの HIV/AIDS に関する正しい知識の普及と啓発の働きかけでコミュニティ内の HIV/AIDS を受け入れる基盤ができてきたところに、HIV 陽性であることを PLWHA 自身が公表し、自発的な活動が始まった。そのことが、コミュニティ内の差別や偏見をさらに軽減させていく機会となり、また PLWHA 同士のカウンセリング効果を高めた。
- ・高い住民参加の度合い、JICA・NGO 間の連携による適切な投入、プロジェクトと政府、コミュニティ、関係者らの協働関係、ADP を基盤とした活動の展開、プロジェクトチームのチームワークの良さが、プロジェクト成果の実現に貢献した。

#### 2) 阻害要因として以下が挙げられる。

- ・HIV/AIDS に対する差別や偏見のイメージは減少したとはいえ、一般にはまだ根強い偏見がコミュニティにはあり、変化への阻害要因になっている。
- ・コンドームへの高い需要があるものの、コンドームが入手できる店が遠いことや貧困ゆえの購買力の低さがコンドームへのアクセスの障害となっている。
- ・VCT センターの HIV 検査を受ける意欲があるにもかかわらず、VCT センターまでへの距離の遠さが、VCT サービスへのアクセスの障害となっている。

<sup>24</sup> Village Multi-sector AIDS Committee : 村マルチセクターエイズ対策委員会

- ・マサイ族や他の部族にはスワヒリ語に対応する言語がない場合があり、ビデオ学習などでは学習効果の阻害要因となった。
- ・マサイ族はリーダーの影響力が非常に強く、リーダーの理解と協力が得られない場合、マサイ族若者に対する教育を行ううえでの阻害要因となる。
- ・貧困が少女や女性を高いリスク行動（お金のための性交渉）に追いやっている。
- ・若者の失業がアルコール中毒や薬物乱用へと向かわせ、HIV 感染への潜在的なリスク要因となっている。

#### 4-1-3 効率性

プロジェクトは概ね効率的であった。理由は以下のとおり。

- ・コミュニティ・リーダーによって選定された C カウンセラーと C エデュケイターは、リーダーから信任されたことで無償ボランティアであっても高い意欲があり、コミュニティのニーズに積極的に対応した活動を行った。逆に、無償であることがコミュニティの人々からの信頼を得ることにつながったとする声も聞かれた。
- ・ほとんどの投入と活動は成果の産出へと変換された。
- ・主要な成果がプロジェクト目標の達成に貢献した。
- ・ただし、HIV/AIDS リソース・センターの建設と、母子感染予防のための RCH ユニットの改修の遅れから、それらの投入は完全に利用可能な状況までに至っていない。（プロジェクト終了時までには利用される予定。）

##### (1) 投入の適切さ

プロジェクト運営委員会のメンバーは、ワールドビジョンジャパンのマネジャーを除く全員が ADP で活動していたタンザニア人で現地の事情にも通じている。コミュニティ活動のキーパーソンとして活動する C カウンセラーと C エデュケイターもローカル資源の適用という点から適切であった。また、プロジェクトでは、VCT センターや RCH ユニットの改修、HIV/AIDS リソース・センターの建設、様々な関係者への研修、PLWHA への物資支援、生計向上活動のための物資ローン制度構築、C カウンセラーと C エデュケイターの活動を支えるための自転車やレインコート、医薬品キット支援などの投入が行われた。村での聞き取りや現場視察の結果、不適切と考えられる投入は行われていなかった。研修参加者の延べ人数は、ほとんどの研修でその計画値を超えた。

##### (2) 成果への変換

ほとんどの投入と活動は成果の産出へと変換された。プロジェクトが直接的に関与した活動は、様々なグループを対象とした研修の提供と先進地域への研修旅行である。コミュニティでの活動は、プロジェクトで育成された C カウンセラーや C エデュケイター、ピア・エデュケイターにより計画され、実施された。彼らは自らの役割を担い、自発的にコミュニティや学校で求められる活動を実践した。その実践が VCT センターの利用や知識・態度・行動の変化につながった。ただし、トラックドライバーやバー店員を対象にした活動と成果の連関関係は検証できていない。

### (3) 投入のタイミング

ンゲレンゲレとムラリの HIV/AIDS リソース・センターとムラリの母子感染予防のための RCH ユニットの建設が遅れた。建設は最後の仕上げ段階にあるが、一部内部塗装や資機材の購入等が残っている。

### (4) 貢献・阻害要因

#### 1) 貢献要因として以下が挙げられる。

- ・コミュニティに対して様々な影響あるグループの関与と活用
- ・マニャラ州シマンジロ県で実施されている HIV/AIDS に対する包括的コミュニティ動員アプローチなど WVT の経験と知識資源の本プロジェクトへの活用

#### 2) 阻害要因として以下が挙げられる。

- ・母子感染予防サービスの導入に関する計画は当初はなく、後で組み入れられたため、活動の方向性の検討や改修の実施が遅れたこと。
- ・現場の様々な事情による RCH ユニットやリソース・センターの建設の遅れと情報教育コミュニケーションに使う印刷物の配布の遅れ。

## 4-1-4 インパクト

HIV 感染や性感染が減少するという想定されたインパクトは現時点で観測できていないが、PLWHA やコミュニティ（特にマサイ族コミュニティ）、県の保健体制で様々な変化が認められ、今後活動が持続されれば HIV 感染率の減少につながる事が予測される。

### (1) PLWHA

プロジェクトが提供した食糧や日和見感染の治療により、PLWHA の生活が改善された。コミュニティ内での啓発活動により差別・偏見の解消が進み、C カウンセラーらの支援により、何人かの PLWHA が受動的立場から抜け出し、自分たちが HIV 感染者であることを公にするようになった。彼らは、自助グループを形成し、プロジェクトから PLWHA のケア・サポートや栄養管理、生計向上活動をするための研修を受け、定期的な会合を行い、ロゴロ州病院で受ける CD4 検査のために交通費基金を集めたり、日常の家事を互いに助ける活動を行ったり同じ立場にあるほかの PLWHA を支援するようになった。これにより、40 人の PLWHA が CD4 検査を受け、そのうちの何人かは抗レトロウイルス薬の治療を開始した。

### (2) コミュニティ

C カウンセラーと C エデュケイターの中の 17 人は、コミュニティでの役割の重要性を理解し、他の人たちを指導する機会を求めて指導者(Training of Trainers : TOT)となった。結婚前のカップルや両親が結婚相手に対して VCT センターで HIV 検査を行うことを条件とするような社会的な変化が生まれた。

それまで提供されていなかった VCT サービスをはじめ、性感染症治療、日和見感染予防・治療、母子感染予防のサービスがこの地域の基礎保健サービスに組み入れられ、住民が利用できるようになった。

(3) マサイ族コミュニティ

マサイ族リーダーらが HIV 感染予防のためにマサイ族コミュニティの規範を変えた。伝統である夜間での踊りを止め、若いマサイ族の男女が放牧キャンプ地で一緒に眠ることを廃止した。マサイ族コミュニティの HIV 感染予防の一つのモデルとなった。

(4) 県保健行政チーム

プロジェクトで設置された VCT センターは、モロゴロ県とボメロ県の最初のセンターとして建設された。両県の医務官は、VCT センター運営の教訓を活かし、プロジェクト終了後にいくつかの VCT センターを新設すること計画し、予算申請を行っている。

(5) 貢献・阻害要因

1) 貢献要因として以下が挙げられる。

- ・コミュニティ・リーダーらの強い関与と責務。特にマサイ族リーダー
- ・積極的な住民参加と関係者間の連携
- ・VCT サービスへのコミュニティの前向きな反応

2) 阻害要因として以下が挙げられる。

- ・VCT サービスの利用者拡大により、治療を受けられる住民の拡大というインパクトが想定できるが、CD4 検査の継続性の難しさが阻害要因として考えられる。感染者は CD4 検査の値が 200 以下ならば無料の抗レトロウイルス薬による治療を受けることができるが、その値が 200 になっていなければモロゴロ州病院で定期的に検査を受けなければならない。この交通費は、PLWHA にとって子供の学費、食糧、薬代に加えて、さらなる負担となっている。連絡手段が乏しいなか、CD4 検査を実施する日取りが合わないことも PLWHA にとって負担になっている。

4-1-5 自立発展性

ある程度の自立発展性が確保された部分もあるが、プロジェクトの効果の持続性は、以下の条件が整えば、より確かなものになるだろう。

- ・プロジェクト終了後も、各ステークホルダーによって活動の継続が行われ、関係者間の連携が行われること。(プロジェクト終了後の活動計画は、最終合同調整委員会で承認された“Project Handing Over Plan”に記載。付属資料の合同評価報告書 Attachment 2 参照。)
- ・育成されたコミュニティ・ボランティア<sup>25</sup>への継続的な研修や活動への支援などを通じて、彼らの動機が持続すること。

(1) VCT/性感染/日和見感染症に関する診断・治療サービスの県保健システムへの統合

保健行政チームは、VCT や性感染症、日和見感染症の診断・治療の確立に関して計画段階から関与していた。プロジェクト終了後の継続性を確保するために、保健行政チームはこれらのサービスにかかわる管理や必要な医薬品、HIV 検査キット、必要な人件費等を 2006 年度(2006 年 7 月～2007 年 6 月)の包括的県保健計画(Comprehensive Council Health Plan)の予算として申請済みである。モロゴロ県の場合、HIV/AIDS 関連として

<sup>25</sup> C カウンセラー、C エデュケイター、ピア・エデュケイターを意味する。VCT カウンセラーは入らない。

県全体で 1800 万 Tsh（約 164 万円）が 2006 年度予算として割り当てられている。これには、2 か所の新規 VCT センターの設置、巡回 VCT サービス、学校ピア・エデュケーションへの支援、母子感染予防のための抗レトロウイルス薬費と母子感染予防に必要な人材の研修費が含まれている。

## （2）Project Handing Over Plan（プロジェクト受け渡し計画）

プロジェクトは各村代表や ADP 関係者、県医務官らとワークショップを開いてプロジェクト受け渡し計画について話し合ってきたおり、同計画は、“Project Handing Over Plan”として最終合同調整委員会で承認された。この計画によると、HIV 検査キットや母子感染予防のための抗レトロウイルス薬、PLWHA への医薬品、移動診療車用の燃料費、巡回 VCT サービスにかかわる VCT カウンセラーの交通費、VCT カウンセラー研修費、教師や宗教指導者、伝統産婆・伝統療法師への必要なワークショップ、他の NGO との契約によるコンドーム配布システムの強化などについて、県政府が地域の保健システムの中で引き継ぐべき事業とされている。

ワールドジャパントンザニアが、県政府が担う事業以外の活動を ADP の中で継続する。具体的には C カウンセラーや C エデュケイター、村のリーダー、学校委員会、学校に行かない若者、生計向上グループに対して、フォローアップのワークショップを行う。また、PLWHA の自助グループや HIV/AIDS リソース・センターの管理運営委員会、奨学金、啓発教育用の印刷物等の支援を継続する。

## （3）コミュニティ活動

プロジェクトはコミュニティで自発的にカウセリングや啓発教育、PLWHA の支援を担うコミュニティ・ボランティアの能力強化を行った。ワールドビジョンの WVFE のフォーカス・グループでは、C カウンセラーや C エデュケイターの活動の真の動機は、物資的なものよりも自分たちのコミュニティを HIV/AIDS から守るためだとしており、今後も継続的に活動していきたいという高い意欲が見られた。

小学校の場合、HIV/AIDS 教育プログラムがカリキュラムに組み入れられている。プロジェクトが導入したピア・エデュケーションやライフスキルは、研修を受けた教師や P エデュケイターに、今後もその実践面で何をすべきかを思い起こさせるだろう。

対象地域の村落エイズ委員会は、コミュニティでの行動変容プランに基づく活動支援や PLWHA 支援のための計画を作成している。ビサラカ村では、PLWHA を支援するために村の全世帯に寄付を要請する計画がある。チャンガラワ村は、エイズ孤児やエイズ未亡人となった子供の小学校の学費を免除することを考えている。また、同村は C カウンセラーや C エデュケイターの活動に使う自転車の保守管理費用をもつ計画である。このように、各村はそれぞれにあった方法で、自立的に HIV 感染の減少や AIDS との共生に取り組んでいこうとしている。

伝統産婆は、研修終了後にデモストレーション用として出産キットやグローブ、滅菌レザーなどをプロジェクトから提供されている。グローブや滅菌レザーがなくなった場合、利用者がそれらを用意することを教えられているが、活動の継続体制については不明な点も多い。

#### (4) PLWHA 自助グループと HIV/AIDS リソース・センター

プロジェクトは、PLWHA 自助グループやコミュニティの各種の活動グループが、自ら問題解決の一端を担えるようそれらグループのエンパワメントを行った。

PLWHA の自助グループはンゲレンゲレ郡では「ンゲレンゲレ感染者会」<sup>26</sup>、ムラリ郡では「みんなとともに」<sup>27</sup> という名前が付けられた。これらのグループは、PLWHA のケアと支援、栄養管理、生計向上についてプロジェクトから研修を受けた。彼らは、希望をもって生きられるよう互いに励ます機会をもつために、自分たちで会合の計画を立て集まっている。ただ、このような活動に参加しているのはむしろ一部で、まだ多くは感染者であることを隠している。

PLWHA の自助グループの活動には、メンバーによる自発的なお金の積み立を行っており、ンゲレンゲレ感染者会では4万 Tsh (約 3,600 円) が集まった。この資金によって、PLWHA がモロゴロ州病院へ CD 4 検査に行く際の交通費の支援などに使われている。

HIV/AIDS リソース・センターは、それぞれの郡で育成された C カウンセラーや C エデュケイターらの情報入手・活動の場として建設された。HIV/AIDS リソース・センターは、近隣のコミュニティで中心となる人々で構成された運営委員会が、自立的な運営を担う予定であり、両 HIV/AIDS リソース・センターの運営委員会はすでに形成されている。運営委員会は、書記、委員長、会計、C カウンセラーらによって構成されている。彼らの計画では、センターの活用により活動費の創出を行う予定であり、HIV/AIDS リソース・センターの多目的ホールを HIV/AIDS 関連以外に使用する場合、2万 Tsh (約 1800 円)、ホールにある玉突き台の使用には、1回 200Tsh (約 18 円) を課金する。すでに 13万 5,000Tsh (約 1万 2,300 円) が利用者負担で集まった。自己資金による運営体制が構築されつつある。

#### (5) 貢献・阻害要因

1) 貢献要因として以下が挙げられる。

- ・ ADP の運営組織の継続と ADP を通じたコミュニティへの直接・間接的な支援

2) 阻害要因として以下が挙げられる。

- ・ コミュニティのボランティアを含め、伝統産婆や PLWHA が直接物質的な支援を受けた。これらは必要な物資であり、有効に活用されたが、その継続性について懸念される。また、伝統産婆、コミュニティ・ボランティアについては、その活動が出産キットやその他の物質的な支援によって、誘導されたという側面も否定できない。長期的にみると阻害要因となる可能性もある。

<sup>26</sup> スワヒリ語の略語で“WAVUNGE”。英語では those who affected with HIV in Ngerengere。

<sup>27</sup> スワヒリ語で“TUSHIKAMANE”。英語では Let us be together。

## 4-2 連携の評価結果

### (1) JICA 他事業との連携

JICA は、モロゴロ州保健局及び同州内の県保健局の強化を目的として技術協力プロジェクト「モロゴロ州保健行政強化プロジェクト」を2001年4月から2007年3月の間実施してきた。同プロジェクトの存在により、プロジェクトは県の保健行政チームとの協力関係を容易に築けることができた。また、他地域においてコミュニティでの HIV/AIDS 活動に従事する海外青年協力隊との情報交換、中央において VCT 及び性感染症治療サービスの質の向上を目的として政策レベルでの協力を行っている JICA 技術協力プロジェクト「HIV 感染予防のための組織能力強化プロジェクト」との情報交換が行われ、JICA プログラムとしての相乗効果が発現した。

### (2) JICA とワールドビジョンジャパンとの連携

本プロジェクトは、ワールドビジョンの独自事業である総合的地域開発の中に位置づけられるコンポーネント「HIV/AIDS 対策事業」を対象として実施されたものである。本プロジェクトは、ワールドビジョンによる過去の協力における試行錯誤の結果として住民自身のオーナーシップを引き出され、コミュニティの Social Preparation がある程度なされた段階、かつ、ワールドビジョンの独自事業として HIV/AIDS 対策事業の好事例が複数作り上げた段階で、開始されたものであった。それ故、NGO の活動成果を JICA の資金力を得てスケールアップするという草の根技術協力のメリットを活かすことができたと同時に、効率性・有効性が高い事業となったと思われる。この点は、今後の草の根技術協力事業への提言として発信できるものである。

また、地方における保健人材が不足する「タ」国において、コミュニティ主体での HIV/AIDS 対策活動が金銭的インセンティブなしで継続された本事例のアプローチは有効であり、「タ」国内または HIV/AIDS 分野における経験の共有が望まれる。

他方、JICA とワールドビジョンジャパンの契約内容の履行にあたっては、ワールドビジョンジャパン側が事務処理や会計方法に慣れるうえで相当の労力を要する結果となった。

### (3) ワールドビジョンの他事業との連携

対象地域でワールドビジョンが先行して ADP を実施したことは、地元の人材の活用や「タ」国内でのワールドビジョンのネットワークの活用、ADP で構築されたそれぞれの郡のコミュニティレベルの関係者の活用という利点があった。ADP は今後5年間継続されることが決まっており、プロジェクト終了後もこの関係のある程度担保できる予定である。

## 4-3 横断的視点の評価

### 4-3-1 貧困とジェンダー

計画の中に明白に記載されていないが、プロジェクトは貧困とジェンダーに配慮した形で実施された。

## (1) ジェンダー

感染者のカウセリングを行う C カウンセラーや C エデュケイターについては、各地域においてほぼ男女同数のボランティアが育成された。相談者にとってカウンセラー等の秘密保持と信頼性が重要な条件であり、特に性に関する問題を扱う場合、同性のカウンセラーやエデュケイターが好ましいという回答がグループ・インタビューで返ってきた。プロジェクトは、このようなジェンダー面を配慮する形で実施された。

また、マサイ族コミュニティについては、マサイ族の伝統的文化の中でのジェンダーシステムを考慮して女性と男性を分けた研修が行われたことも本プロジェクトのジェンダー配慮を示している。

プロジェクトは当初、エイズで片親または両親を失った貧しい女子生徒について奨学金を提供することを計画していた。若年女性は特にアフリカにおいては最も HIV/AIDS に影響を受けやすいグループであることは国際的な理解となっており、その点を意識した計画策定がなされた。実際には、そのような家庭の状況は男子生徒と女子生徒とともに同じであることから、男女の基準を奨学金の資格基準から外された。

## (2) 貧困

HIV 感染者は、健康上の問題のみならず、時には差別などから、さらなる貧困に追い込まれる。プロジェクトでは、差別・偏見を抑制しながら、HIV 感染者に接近することによって選択的に貧困層を特定するターゲティングのアプローチが取られた。ここでも C カウンセラーが重要な役割を担った。

エイズで片親または両親を失った貧しい生徒に対する奨学金については、学校からのドロップアウトが HIV 感染につながるリスク行動（男子生徒にとってはアルコール摂取、薬物乱用等、女子生徒にとっては生活のためのお金を得るための性交渉等）へとつながりやすいことから実施された。また、PLWHA や女性・若者の生計向上のための研修や活動支援も行われた。貧困と HIV/AIDS は密接な関連があり、特にコミュニティにおける事業においては、これらを含む貧困対策に資する活動を含めることが重要である。

### 4-3-2 住民参加とエンパワメント

年次報告書に記載された研修参加数を分析したところ、延べ約 2,500 人以上がプロジェクトで研修を受け、その延べ人日数は 1 万 3,000 に上った。これら研修に参加した人の多くは、研修のみに終わらず、その後コミュニティで何らかの自発的な活動への関与が期待されていた。

プロジェクトは、保健スタッフや村長、コミュニティレベルで働く政府補助職員、学校教師、C カウンセラー、C エデュケイター、ピア・エデュケイター、宗教指導者、伝統療法師などコミュニティに影響ある多くの人々に研修受講の機会を与えた。これらの人々の影響力を通じてコミュニティ全体が HIV/AIDS に関する態度や行動の変化へと導引された。このような中、C カウンセラーと C エデュケイターは、もっとも必要な人々にサービスを提供するよう動機づけられていった。

PLWHA はプロジェクトにより、HIV/AIDS の知識、日常物資の支援、C カウンセラーによるホームケア、生計向上のための研修の機会を得、同時に HIV/AIDS に関するコミュニティ

の理解が進んだことで、徐々に自信を得た。さらには、他の感染者を支援する力を得るようになった。

#### 4-4 結 論

プロジェクト目標「対象地域（ンゲレンゲレ郡、ムラリ郡）で人々の HIV 感染に係るリスク行動が減少する」はほぼ達成された。プロジェクトは、コミュニティに影響ある村のリーダーや教師、伝統産婆などを通じて、住民の理解・態度・実践の変容を促進し、PLWHA の社会的サポートのメカニズムを構築した。また、VCT サービスや性感染症治療、日和見感染症の診断・治療サービスを既存の保健システムの中に組み入れ、住民のサービス利用を高めた。

母子感染予防を行う RCH ユニットや HIV/AIDS リソース・センターの整備には遅れが見られているが、全般として、プロジェクトは効率よく実施された。

HIV 感染や性感染症が減少するという上位目標の観測は現時点では難しいが、感染者やコミュニティ（特にマサイ族コミュニティ）、県の保健体制で様々な変化が認められ、今後活動が持続されれば HIV 感染率の減少につながる事が予測される。

貧困やジェンダー、コミュニティのエンパワメントを配慮してプロジェクトは実施された。

プロジェクト終了後も、各ステークホルダーによって活動の継続が行われ、関係者間の連携が行われ、育成されたコミュニティ・ボランティアへの継続的な研修や活動への支援などが行われれば、持続性は確保されると予測される。

## 第5章 提言と教訓

### 5-1 提言

- (1) プロジェクト地域において VCT サービスや性感染症治療を行う保健施設が、住民の必要なサービスを引き続き提供するよう、県政府はプロジェクトの成果を国家保健システムに沿った形で引き継ぐことが期待されている。この点において、VCT サービスや性感染症治療サービスの品質を保証するために、VCT カウンセラーへの継続教育や性感染症治療のための医薬品の提供、政府の巡回指導(サポータティブスーパービジョン)が必要である。現在、保健社会福祉省では、VCT センターの認証制度を進めており、申請すれば保健社会福祉省からの調査を受けることが可能となっている。評価調査団は、県政府に対し、プロジェクトで支援された VCT センターの認証を得るために必要な措置を講じることを提言した。
- (2) ワールドビジョンは、プロジェクト終了後もコミュニティが HIV/AIDS リソース・センターを自立的に運営できるよう支援を継続することが望まれる。
- (3) プロジェクトの自立発展性を確保するために、すべての関係者がプロジェクト受け渡し計画で合意した必要な措置を実行することが求められる。
- (4) プロジェクト対象地域の VCT センターのモニタリングは、政府のモニタリングシステムとワールドビジョンのシステムが別々に行われていた。モニタリングは、政府モニタリングシステムに一本化し整理することが必要である。
- (5) コミュニティから州レベルまで HIV/AIDS に関する保健サービスのレファールとの連携を強化することが望ましい。
- (6) 「タ」国においては、国家戦略の中でケアと治療の強化が図られているが、今後抗レトロウイルス薬の服薬順守を進めるためには、コミュニティレベルでの PLWHA の支援、服薬フォローアップ活動をより強化することが必要である。そのため、C カウンセラーはさらに重要な役割を担うことが可能であり、そのためには、継続的な研修と医療専門職による適切な支援が必要になってくる。また、HIV 感染予防のための行動変容コミュニケーションを通じたさらなるコミュニティの啓発、生計向上活動のような感染者の支援とエンパワメントもケアと治療の継続には重要である。
- (7) プロジェクトはコミュニティに様々な変化をもたらせたものの、残念ながら、これらの変化は科学的な根拠をもって表現されていない。プロジェクトの計画・実施を通して、定量指標を設定し、標準的なモニタリング方法を策定しておくことが重要である。また、モロゴロ州の HIV 感染率が低下するという上位目標の達成見込みに係る判断は、対象地域の人口は州人口の4%程度に過ぎないという理由から難しい。上位目標はプロジェクトのインパクトとしてある程度の根拠をもって達成可能と判断しうるレベルに想定することが望

ましい。

- (8) NGO はプロセスや柔軟性に価値を置いているが、JICA はロジカルフレームワークに基づいた定期的・定点的なモニタリングを適用している。JICA と NGO が連携して事業を進めるうえでは、プロセスを重視したモニタリング・評価の方法を検討すべきである。

## 5-2 教訓

- (1) 県の保健サービスで保健人材が不足するなか、コミュニティの参加や関与は不可欠である。
- (2) 政府と NGO、コミュニティ間での関係性と定期的なコミュニケーションはプロジェクトの効果と持続性を高める鍵である。このプロジェクトでは、関係者間での会議や合同調整委員会が重要な役割を果たした。プロジェクト受け渡し計画はこのような日常的な関係性の中で準備されたものであった。プロジェクト終了後も関係者の役割を互いに確認し、合意するためのプロセスとして、このような受け渡し計画の早い段階からの合意形成作業は、他のプロジェクトでも有用である。
- (3)トラックドライバーのような移動グループの行動変化を捉えることは非常に難しい。単独のプロジェクトのみで対処するのではなく、移動グループを対象とした他の機関や NGO との協力が必要である。
- (4) ホームケアは C カウンセラーと VCT カウンセラーの協力によって、コミュニティで必要とされる人々へと届いた。C カウンセラーの役割の重要性和ターゲティングをもとに対人的なネットワークの形成の重要性を際立たせた。

## 第6章 団長所感

- (1) 今回、調査の一環で、いくつかの村を訪問し、直接、村人や診療所の関係者へのインタビューを行った。特に、村人の幾人かが、HIV/AIDS のカウンセリングを行う C カウンセラーや、エイズ教育を行う C エデュケイターに自発的に手を挙げ、無給で意欲的に村において活動を行っていることに感銘を受けた。
- (2) 本評価調査で感じた率直な感想の一つは、やはりコミュニティレベルでの活動は NGO は強い、ということである。特に本案件については、もともとワールドビジョンタンザニアが当地において包括的な村落開発プロジェクトを実施しており、その実績やノウハウを基に展開したため、結果として大変コミュニティへの関与が大変うまくいったことも大きかった。
- (3) JICA 直営の案件ならば、この投入額でこれだけの成果を果たして得ることができたのだろうか。自分のこれまでの経験と知識からいえば、正直言って難しいといわざるを得ない。このようなコミュニティへのインターベンションがうまくいった例を、如何に今後 JICA 内そして他の草の根技術協力を実施する団体と共有するのが重要な課題であると認識する。
- (4) 一方、本案件をフィールドベースで評価調査する前の文献調査の段階では、様々なことを目一杯行っている案件、という印象を受けていた。別の言い方で言えば、よくストラクチャーがわからない案件という印象である。評価調査を実施した結果、その事前の印象、仮説は大きく間違ってはならず、本案件は一つ一つの成果はそれなりの達成度を得ていたが、成果、活動間の連携が必ずしも十分取れていて相乗効果を生み出したとはいいがたいという感触を受けた。とはいえ、各成果レベルで相当の結果を出していたため、総合してプロジェクト目標はほぼ達成された、と評価した。
- (5) また、本案件の投入額は1億3000万円だったわけだが、開発パートナー事業のほぼ上限であり NGO をパートナーとした事業としては、また、現地の感覚としては、大変大きな規模の事業であったと判断される。このように大きな規模で多様な試みを行ったがゆえに、本案件そのもので事業を終始したきらいはなかったか？ 政府や他の団体の巻き込みを十分行ったのか？ という問題提起はなされうる。感覚的には、十分な資金と兄弟団体（ワールドビジョンタンザニア）との強い連携があったゆえに、特に政府の巻き込みは意識は強くもちつつも、成果獲得とスピード重視、機動性確保からその面は多少の遅れがあったのではというのが率直な印象である。それについては、評価報告書の提言の部分で、政府システムへの統合という表現振りで強調した。
- (6) いずれにしろ大変興味深い経験をもった案件であるため、関係者との共有に努力したい。そして今後も、本案件の成果の持続性維持に焦点を置いて、プロジェクトサイトを含めた同地域をモニターしていきたいと考えている。

## 付 属 資 料

最終合同調整委員会ミニッツおよび合同評価報告書(写)

最終合同調整委員会ミニッツ

Attachment1 : Joint Evaluation Report

Appendix1 : Project Design Matrix (PDM)

(Appendix 2～4は添付割愛)

Attachment2 : Project Handing Over Plan

Attachment3 : Equipment List

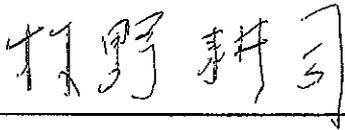
**THE MINUTES OF THE MEETING  
BETWEEN  
JAPANESE EVALUATION TEAM  
AND  
MOROGORO DISTRICT AND MVOMERO DISTRICT  
ON  
THE JAPANESE TECHNIAL COOPERATION  
FOR  
HIV/AIDS PROJECT IN NGERENGERE DIVISON AND MLALI DIVISION**

The Japanese Evaluation Team (hereinafter to as "the Team"), organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Mr. Koji Makimo, Deputy Resident Representative of JICA Tanzania, visited Morogoro District and Mvomero District from October 17th to 27th, 2006, for the purpose of jointly evaluating, with the Districts, the technical cooperation named "HIV/AIDS Project in Ngerengere Division and Mlali Division" in the United Republic of Tanzania (hereinafter referred to as "the Project").

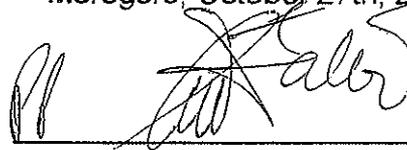
During its stay in Morogoro District and Mvomero District, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Tanzanian authorities concerned about the final evaluation and the future prospect of the Project.

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

Morogoro, October 27th, 2006



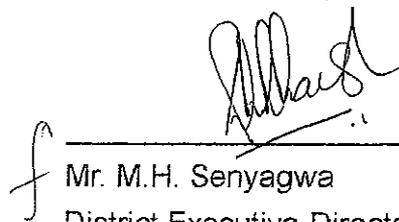
Mr. Koji Makino  
Team Leader  
Japanese Evaluation Team  
Japan International Cooperation Agency



Ms. Annah J. Mwahalende  
District Executive Director  
Morogoro District



Mr. Katsuhiko Takeda  
Project Manager  
World Vision Japan



Mr. M.H. Senyagwa  
District Executive Director  
Mvomero District



Mr. Getachew Wolde Michael  
National Director  
World Vision Tanzania



ATTACHED DOCUMENT

1. Introduction

The Joint Evaluation Team (hereinafter referred to as "the Team"), organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and Tanzanian authorities visited Morogoro District and Mvomero District from October 17th to 27th, 2006, for the purpose of evaluating the technical cooperation named "HIV/AIDS Project in Ngerengere Division and Mlali Division" in the United Republic of Tanzania (hereinafter referred to as "the Project").

Through review of the World Vision's internal final evaluation report and other documents, field study and interviews to stakeholders, the Team summarized the draft report and the Joint Coordination Committee discussed and concluded the findings, recommendations and lessons learnt of the Final Evaluation as attached in the ANNEX 1.

2. Summary of Evaluation

The Project has almost achieved the Project Purpose – to reduce risk behaviors to HIV infection through sustainable PHC, social support and behavior change communication intervention (BCCI) in Ngerengere and Mlali.

The Project has successfully brought about a positive trend of people's behavior towards the utilization of newly established HIV/STI/OI diagnosis and treatment services, by providing correct knowledge, attitude, and practice of influential groups in community, establishing a mechanism of social support for PLAWA in the communities, and institutionalizing behavior change communication information at grass-roots level. However, the Resource Centers and renovation of MCH units for PMTCT service have not been fully utilized yet due to their delay of construction and furnishing.

While the expected impact of the Project, such as a decline of HIV and STI prevalence, could not have been measured yet, there have been various improvements of knowledge, attitude and practices that will lead to greater impact on communities and District health system.

In order to secure the continuous effect and sustainability of the Project, the relevant stakeholders are requested to smoothly carry out the Project Handing-Over Plan as the Project phases out.

Attachment

1. Joint Evaluation Report
2. Project Handing-Over Plan

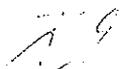
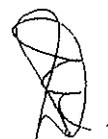
A handwritten signature in black ink, appearing to be 'JOU'.A handwritten signature in black ink, appearing to be 'JOU'.A handwritten mark in black ink, resembling a stylized 'S' or '2'.A handwritten signature in black ink, appearing to be 'JOU'.A handwritten signature in black ink, appearing to be 'JOU'.

THE JOINT EVALUATION REPORT  
ON  
THE JAPANESE TECHNIAL COOPERATION  
FOR  
HIV/AIDS PROJECT  
IN NGERENGERE DIVISON AND MLALI DIVISION



Morogoro District  
Mvomero District  
World Vision Japan  
Japan International Cooperation Agency

27 October 2006



## Abbreviations

ADP	Area Development Programme
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
ANC	Ante Natal Care
ARV	Anti Retroviral Drug
BCC	Behavior Change Communication
BCCI	Behavior Change Communication Intervention
BSS	Behavioral Surveillance Survey
CBO	Community Based Organization
CC	HIV/AIDS Community Counselor
CE	HIV/AIDS Community Educator
CHACC	Council HIV/AIDS Control Coordinator
CHMT	Council Health Management Team
CMAC	Council Multi-sectoral AIDS Committee
CSO	Civil Society Organization
DACC	District AIDS control Coordinator
DMO	District Medical Officer
GOT	Government of Tanzania
HAART	highly active anti-retroviral therapy
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSS	HIV Sero-Sentinel Surveillance
IDSW	Indirect Sex Worker
IEC	Information, Education and Communication
JICA	Japan International Cooperation Agency
KAP	Knowledge, Attitude and Practice
LGA	Local Government Agency
MOHSW	Ministry of Health and Social Welfare
NACP	National AIDS Control Programme
NGO	Non Government Organization
NMSF	National Multi-sectoral Strategic Framework on HIV/AIDS 2003-2007
OI	Opportunistic Infection
PDM	Project Design Matrix
PHC	Primary Health Care
PLWHA	People Living with HIV/AIDS
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission
RACC	Regional AIDS Control Coordinator
RAS	Regional Administrative Secretariat
R/D	Record of Discussions
RFA	Regional Facilitating Agency
RMO	Regional Medical Officer
STD	Sexually Transmitted Disease
STI	Sexually Transmitted Infection
TACAIDS	Tanzania Commission for AIDS
TBA	Traditional Birth Attendance
TMAP	Tanzania Multi-sectoral AIDS Programme
TOT	Training of Trainers
VC	Village Chairperson
VCT	Voluntary Counseling and Testing
VEO	Village Executive Officer
VMAC	Village Multi-sectoral AIDS Committees
WMAC	Ward Multi-sectoral AIDS Committees
WVFE	World Vision Final Evaluation
WVJ	World Vision Japan
WVT	World Vision Tanzania

## Table of Content

1. Introduction.....	3
1-1 Background .....	3
1-2 Objectives of Evaluation .....	3
1-3 Member of the Joint Evaluation Team .....	4
2. Method of Evaluation .....	4
2-1. Evaluation Framework and Evaluation Criteria .....	4
2-2. Method of Project Evaluation.....	5
2-3. Method of Cross-sectoral Evaluation .....	6
3. Achievement of the Project.....	6
3-1. Achievement of Inputs.....	6
3-2. Evaluation of the Implementation Process .....	
3-3. Achievement of the Outputs and Performance of Activities .....	8
3-4. Achievement of the Project Purpose.....	15
3-5. Achievement of the Overall Goal.....	16
4. Results of Evaluation .....	17
4-1. Results Based on Five Evaluation Criteria .....	17
4-2. Evaluation Results of Partnership .....	26
4-3. Evaluation Results of Cross-sectoral Issues .....	26
4-4 Conclusion.....	27
5. Recommendations and Lessons Learned .....	28
5.1 Recommendations .....	28
5.2 Lessons Learned .....	29

## **1. Introduction**

### **1-1 Background**

“HIV/AIDS Project in Ngerengere Division and Mlali Division” in Tanzania started in November 2003 with three-year cooperation period for the purpose of Reducing risk behavior to HIV infection through sustainable primary health care, social support and behavior change communication intervention (BCCI) in Ngerengere division and Mlali division .

In accordance with the Record of Discussions (R/D) signed by both JICA and Tanzanian side on 18th November 2003, this project has been implemented under the JICA Partnership Program with World Vision Japan, Local Governments and Institutions.

The Joint Evaluation Team(the Team), organized by the Japan International Cooperation Agency (JICA) and Tanzania visited Morogoro District and Mvomero District from October 17th to 27th, 2006, for the purpose of evaluating the Project in the United Republic of Tanzania.

Through review of the WVFE (WVFE) and other documents, field study and interviews to stakeholders, the Team summarized the findings in this report.

### **1-2 Objectives of Evaluation**

Objectives of the final evaluation are as follows.

- (1) To grasp the results and effects of each activity of the Project through collecting data and hearing from related persons/organizations, base on the PDM (Project Design Matrix).
- (2) To evaluate the results and effects of the Project based on the “Five Criteria of Evaluation”, Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact and Sustainability,
- (3) To conclude the results of the Study and to make suggestions for future sustainability of the Project.
- (4) To exchange the Minutes of Meetings, in which the summary of the results of the Study is attached, with Tanzanian authorities after discussions.

### 1-3 Member of the Joint Evaluation Team

The following members conducted the Joint Evaluation of the Project.

Mr. Koji Makino	Deputy Resident Representative, JICA Tanzania Office
Mr. Shinichi Takenaka	Chief Advisor, JICA Project for Institutional Capacity Strengthening for HIV prevention focusing on STIs and VCT service, National AIDS Control Program, Ministry of Health and Social Welfare
Ms. Saeda Makimoto	Senior Program Officer, Infectious Disease Control Team, Human Development Department, JICA
Mr. Eimitsu Usuda	Senior Consultant, Cranberry Company
Mr. Hisahiro Ishijima	Observer, JICA Health Cooperation Planning Advisor, Ministry of Health and Social Welfare
Ms. Naoko Nishi	Observer, JICA Tanzania Office
Mr. Masato Tokuda	Observer, JICA Tanzania Office
Ms. Rose Magoti	Council HIV/AIDS Control Coordinator (CHACC), Morogoro District
Ms. Bahati Chogohe	Council HIV/AIDS Control Coordinator (CHACC), Mvomero District
Ms. Violet Nzogela	District AIDS Control Coordinator (DACC), Morogoro District
Mr. Ramson Fue	District AIDS Control Coordinator (DACC), Mvomero District

## 2. Method of Evaluation

### 2-1 Evaluation Framework and Evaluation Criteria

The Team verifies the Project's outcome in a comprehensive manner by adopting an evaluation concept of relevance, effectiveness, efficiency, impact, and sustainability through assessment of the performance of the Project implementation based on the JICA's Project Evaluation Guideline.

Final evaluation study is generally performed prior to the end of project. The Team reviews Record of Discussion (R/D) and a PDM which outlines essential project elements such as overall goals, project purpose, major activities, verifiable indicators for the objectives and risks in the course of project implementation. The Team designs a method of evaluation in accordance with the content of the Project framework.

The followings are evaluation criteria applied to the study. Final evaluation focuses particularity on relevance, efficiency, effectiveness. The evaluation results for Impact and sustainability are prospects at the time of the evaluation.

(1) Relevance:

Relevance examines whether overall goal and project purpose are in accordance with the Tanzania's HIV/AIDS control strategy and direction of JICA's assistance program as well as the needs of involved communities and the beneficiaries.

(2) Effectiveness:

Effectiveness involves the question of the extent to which the Project purpose has been achieved, or is expected to be achieved, in relation to the outputs produced by a project.

(3) Efficiency:

Efficiency refers to the productivity of the implementation process: how efficiently the various inputs are converted into outputs.

(4) Impact:

Impact refers to intended or unintended, direct or indirect, positive or negative changes that occur as a result of a project.

(5) Sustainability:

Sustainability involves the question of as to whether or not the Project benefits are likely to continue after the external aid comes to an end.

## 2-2. Method of Project Evaluation

### 2-2-1 Design of Evaluation and Data Collection Method

The method of the Final Evaluation was examined based on the revised Project Design Matrix (PDM) (See Appendix 1) in July 2005 at Joint Coordination Committee.

The Evaluation Grid, which is a table of summarized evaluation methods, indicates principal study items and collection methods of information and data to assess the performance of the Project including its management and implementation process (See Appendix 2).

Question guide for field study was prepared according to the evaluation grid. Different sources of information and multiple methods such as documents review, interviews to various stakeholders, field observation and so on, were applied in addition to WVFE. A sample of question guide with the list of stakeholders and question guide for group interview are attached

to this document (Appendix 3).

#### **2-2-2 Analysis of Data and Information**

Based on the document review and field study in Tanzania, the Team analyzed the collected information in respect to the point of contributing and inhibiting factors, recommendations and lessons learned, and completed the evaluation grid (Appendix 4).

#### **2-2-3 Limitation of the Evaluation Method**

While the Final Evaluation was conducted in accordance with the designed evaluation methods, certain limitations were recognized due to the nature of the Project and the weakness of project monitoring. The limitations are as follows.

- (1) The project covers 21 villages with various target groups. The field study was conducted in 4 villages (2 villages in each District), due to the limited time of study.
- (2) Target values of indicators were not set in the PDM. Therefore the Team evaluated the Project by using supplementary indicators and target values.

#### **2-3. Method of Cross-sectoral Evaluation**

The Project was integrated into Area Development Program of World Vision Tanzania, which is comprehensive poverty alleviation program consisting of Health, Agriculture, Education and Environment components. Moreover, government of Tanzania adopts multi-sectoral strategy on HIV/AIDS. Thus, the Team evaluated the project from the multi-sectoral perspective.

### **3. Achievement of the Project**

#### **3-1. Achievement of Inputs**

During the period of the Project, from November 2003 to October 2006, the following inputs have been accomplished from the Japan and Tanzania sides.

- (i) Inputs from the Japanese side

The following personnel were assigned through the Project.

- Project Manager
- Team Leader
- Accountant
- IGA Coordinator
- Project Assistant
- Administrative Assistant
- 2 PHC Educator
- 2 Student Support Worker,
- Driver
- Security Guard

Provided items with cost from the Japanese side are summarized in Summary of Expenditure (Appendix 5). The total expenditure amount to Tsh.1,021,388,678. Expenditure for OUTPUT 1 accounts for 50%, and OUTPUT 2 accounts for 30% of the total expenditure. Major outlays of OUTPUT 1 are construction of VCT centers, renovation of MCH unit, trainings, and laboratory equipments. Major outlays of OUTPUT 2 are construction of HIV resource centers, trainings, and events. Major outlays of OUTPUT 3 and OUTPUT 4 are trainings. 4x4 vehicle and motor cycles are also provided for the Project operation.

(2) Inputs from World Vision Japan

World Vision Japan (WVJ) provided its own resources, equivalent to Tsh.48,679,110, which consists of the Project operation, staff training, rental and utility for the project office of World Vision Tanzania (WVT) , and other expenses for maintenance.

(3) Inputs from Tanzania side

Tanzania side provided sites for VCT centers and HIV resource centers, vehicles and staffs for mobile clinic, drugs, HIV test kits and so on.

Health workforce and construction engineers of the local government contributed the implementation of the Project.

### 3-2. Evaluation of the Implementation Process

To evaluate the appropriateness of project implementation process, the Project was analyzed by the viewpoint of monitoring of the Project Purpose and Outputs, response to environmental changes, response to change of preconditions, selection of approaches, relationship among the stakeholders, involvement of beneficiary and degree of project ownership of the Tanzanian concerned.

- Although recording and monitoring of the Project implementation has been done as the formality, selection of indicators, proper data collection and analysis for improvement of activities requires improvement.
- The Project has responded timely on the most arising needs, such as introduction of ART services, PMTCT services in the Morogoro Region. However, alignment to the public health systems and follow-up of training of STI clinicians are required.
- There was no change of preconditions.
- In the Project, approaches of which effectiveness was shown in the previous partnership project in Ngerengere division and in other projects of the World Vision were actively applied. Those approaches include the involvement and empowerment of communities at various levels. They effectively led desirable changes of knowledge, attitudes and practices of community people. Actually, beneficiaries themselves are involved in the Project activities and empowered each other.

As a conclusion, the ownership of the Tanzanian people concerned is very strong.

### 3-3. Achievement of the Outputs and Performance of Activities

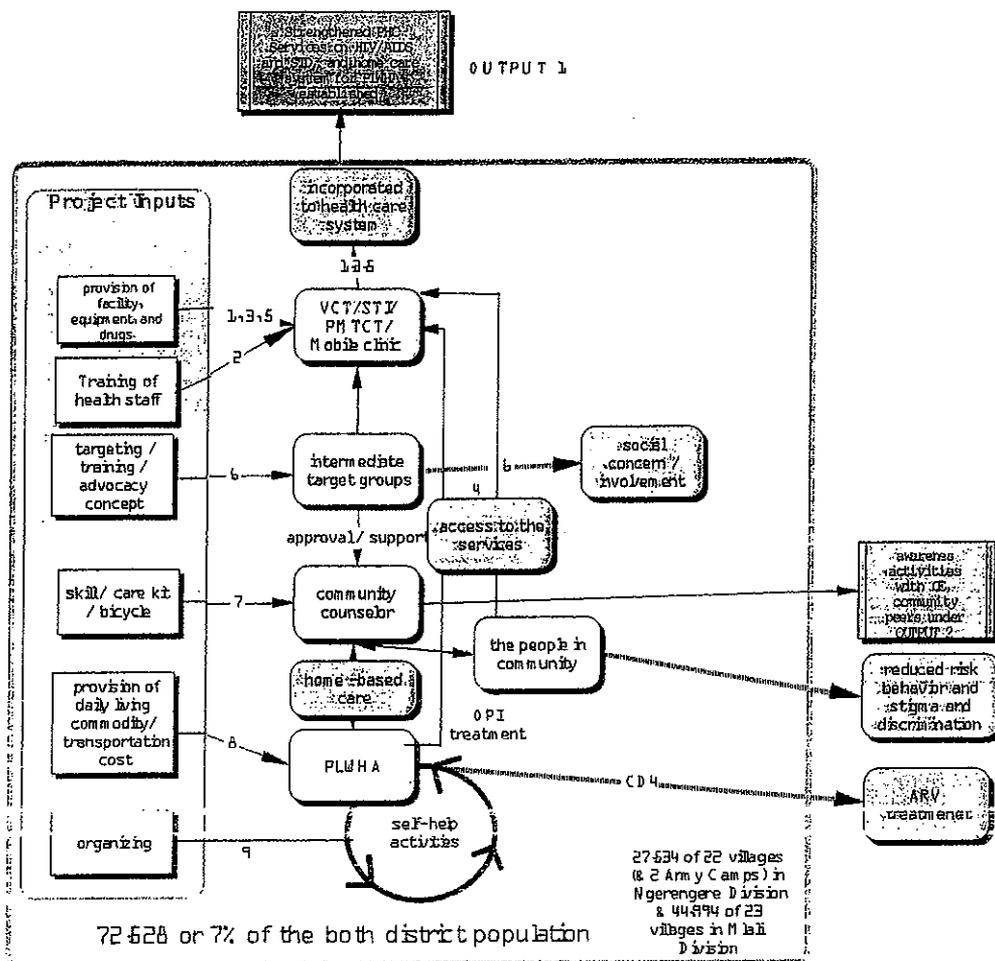
Achievement of the Outputs and Performance of Activities are shown below. Additional activities were introduced corresponding to the needs of the communities. In such cases, supplementary indicators or qualitative data of change were collected to figure out the achievement.

#### 3-3-1. Achievement of the Output 1:

Achievement of the Output 1: Strengthened PHC Services on HIV/AIDS and STD, and home care system for PLWHA established.	
1. (Target value NOT set) An increase in utilization of VCT and STD unit in health services for diagnosis and treatment of STD/HIV/AIDS)	(1) Output indicator The achievement for respective indicator of Output is as follows. 1. Three VCT centre were established in Ngerengere, Mlali, and Melela. The total number of people benefited from the three VCT services becomes 1,622 by June 2006. During the period July 04 to June 06 (12 months), a total of 669 mobile clinics were conducted in remote villages benefiting a total of 2,257 people or more by June 2006. 16 VCT counselors were trained to functionalize VCT centers. 126 community

<p>2. (Target value NOT set) Number of AIDS patients who receive medical care (for opportunistic diseases) by health services including mobile clinic.)</p> <p>3. (Target value: 80% of people diagnosed as HIV positive have a proper home care by the family and counseling by the community based counselor)</p>	<p>counselors were trained to support PLWHA.</p> <p>2. 2,257 patients received the primary care service including STI and OI through established STI and mobile clinic.</p> <p>3. 100% of people diagnosed as HIV positive PLWHA have a home care including supply of food and daily commodity –accumulated number of support to PLWHA in both Ngerengere and Mlali has reached 600 by June 2006. Roughly 40 PLWHA had CD4 count service at Morogoro regional hospital.</p> <p>(2) Supplementary indicator</p> <p>1. PLWHA formed self-help group in the both division. The formation of groups brought about the chances for talks of loneliness and fear for death, treatment of OI, more knowledge and support, acquisition of material support, CD4 testing in Morogoro hospital.</p> <p>(3) Conclusion</p> <p>The Output 1 has almost achieved. VCT, STI unit, and Mobile clinic are incorporated in government health system. Community counselors who support PLWHA are generally performing well. Additional activities, PMTCT started, but the construction of the facilities for PMTCT was delayed.</p>
---	---

<Activities performed to produce Output 1>



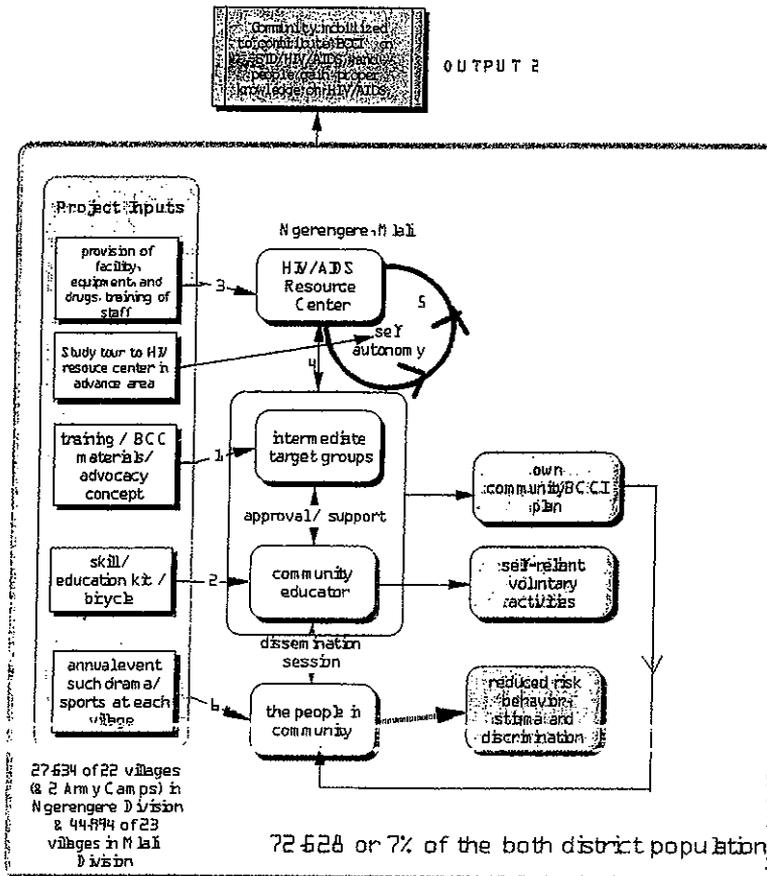
- 1 The project constructed Voluntary Counseling and Testing centers in the compound of Ngerengere health center, Mlali health center, and Melela health center respectively and functionalized those facilities.
- 2 The project provided trainings for health staff on sexual transmitted disease (STD) and optimistic infection (OI) as well as external training opportunities conducted by African Medical Research Foundation (AMRBF) for VCT services.
- 3 The project strengthened STD clinic in Ngerengere, Melela health center and Mlali dispensary respectively and provided necessary equipments and STD drugs.
- 4 Mobile clinic covers all the 45 villages in the Project area and provides the service of STD and OI, including health education and treatment of malaria and diarrhea .
- 5 The project commenced the renovation of MCH unit for introducing PMTCT in Ngerengere, Melela health center and Mlali dispensary respectively.

- 6 The project trained 126 community members as CCs. They voluntarily supported PLWHA through home based care with the provision of food, commodity and mosquito net, and counseling for VCT.
- 7 CCs and CEs' activities encompass follow-up trainings, quarterly meetings and study tour.
- 8 CCs supported PLWHA to organize self-help groups.

### 3-3-2 Achievement of the Output 2

<b>Achievement of the Output 2: Community mobilized to contribute BCCI on STD/HIV/AIDS, and people gain proper knowledge on HIV/AIDS.</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. All the target villages have its own BCCI plan for HIV/AIDS mitigation and implement some activities.</li> <li>2. 85% of the target population know three methods of prevention of HIV/AIDS)</li> </ol>	<p>(1) Output indicator The achievement for respective indicator of Output is as follows.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. All the target villages (45) have its own BCCI plan and implemented.</li> <li>2. About 90% of the target population, aged 15 to 49 years old, know three methods of prevention of HIV/AIDS. The end of project evaluation survey has established that 92.53 % of males know where to get condoms (45.15% know 3 sources, 30.22% know 2 sources, and 17.16 % know only one source the remaining 7.46 % said they do not know. 89.49 % of female know where to get condoms (31.09% know 3 three sources, 34.87% know 2 sources, and 23.53 % know one sources the remaining 10.50.</li> </ol> <p>(2) Supplementary indicator</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Group interview indicated that community people including TBA, Traditional Healers, and Masaaai no longer practice high risk behavior such traditional way of circumcision and multiple partners for sex.</li> <li>2 Approximately 1500 influential people in the community such as community leaders, traditional birth attendant and traditional healers were mobilized through the trainings.</li> </ol> <p>(3) Conclusion The output was achieved since the degree of awareness was high and influential groups were fully involved.</p>

<Activities performed to produce Output 2>



1. The Project could gain general support from village Multi-sectoral HIV/AIDS committee (VMAC), as they trained them on HIV/AIDS issues. The Project mobilized all influential persons in the community; health workers, community leaders (village chairperson, Village Executive Officer, village secretary, government staff working in the community), school teachers, school peer educators, out-of-school peer educators, community counselors (CC), community educators (CE), religious leaders, drug store staff, traditional birth attendant and healers.
2. The project trained 128 community educators (CE) who voluntarily disseminate activities in communities of 45 villages to perform BCCI with CCs, utilizing provided equipments such as bicycle, education materials and manuals. CEs conduct quarterly meetings.
3. The project constructed resource centers in both Ngerengere and Mlali Division. These centers would be utilized as the place for information sharing for community members

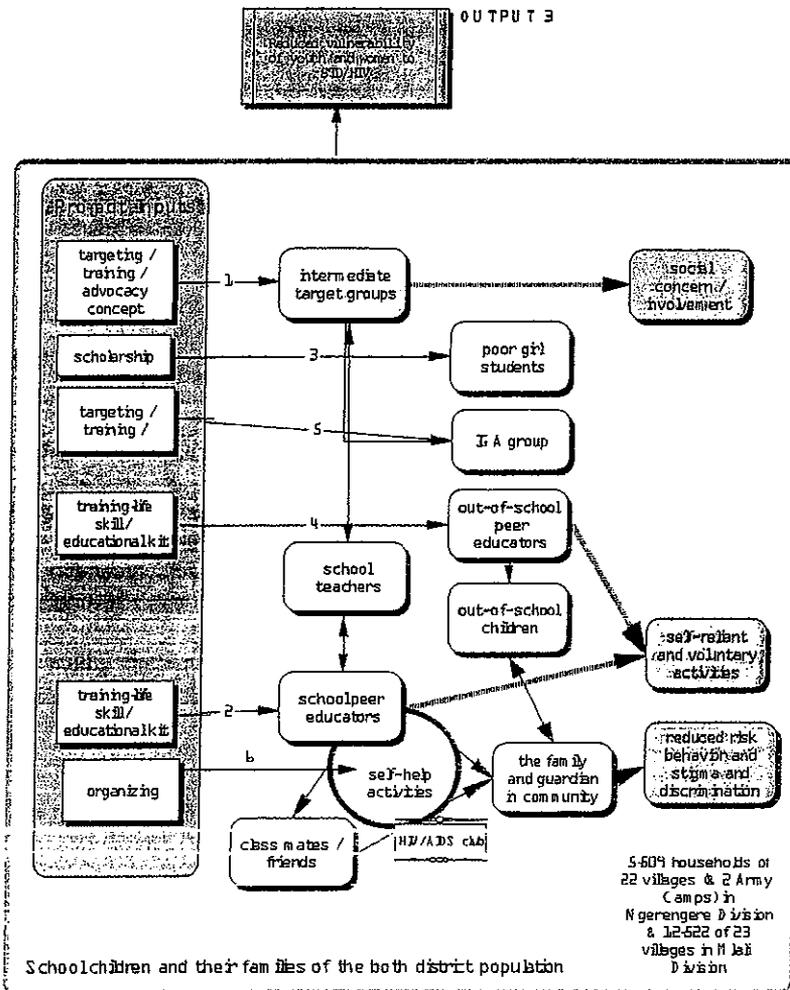
including CEs, CCs, peer-educators. These centers are operated by the operation and management committee.

4. Community members participated to study tours in Dar es Salaam and Dodoma to learn the management of HIV/AIDS resource center.
5. In order to increase HIV/AIDS awareness, the Project held the events of drama and sports twice a year in villages.

### 3-3-3 Achievement of the Output 3

Achievement of the Output 3: Reduced vulnerability of youth and women to STD/HIV.	
	(1) Output indicator The achievement for respective indicator of Output is as follows.
1. 90% of the primary and secondary school conduct HIV/AIDS education to the students.	1. WVFE reported that the all of 53 schools (100%) conducted HIV/AIDS education program(Ngerengere has 22 primary schools and 2 secondary schools. In Mlali 23 primary schools and 3 secondary schools)
2. Peer educators among Students and Out of school youth are trained and actively functioning	2. Trained school teachers and peer educators disseminate their skill and knowledge to their classmates, families and neighbors. HIV/AIDS club voluntary play an active role in the school. Their activities have been monitored through CC monthly report. In general, the monitoring reports support the performance of trained peer educator in their community
3. Female students whose family have financial problem can continue their education.	3. The project initially had intended to support only Girls from poor families. However they came to realize that there are boys facing similar poverty situations. Currently the Project provides scholarship to 48 students (25 female and 23 male).
4. An increase of 50% of adolescent girls and women adopting decision-making skills about sexual matters.	4. The women who can always persuade their partners to use condoms increased from 25.6% to 64% and adolescent girls (14-19 years old) who can convince partners to use condom increased from 20% to 69%, which exceeded the indicator 50%.
	(2) Conclusion Most indicators seem to meet the required level except for indicator 3 which does not have target number. The output was achieved.

### <Activities performed to produce Output 3>



1. The project trained and followed up to 197 school committee members of the Project site so that every school has HIV/AIDS dissemination session.
2. The project trained students as peer educators from all the schools in the Project area so as to advocate correct message on HIV/AIDS. The Project maximized the opportunities of school events such sports and games for dissemination of HIV/AIDS prevention.
3. The project provided scholarship to the poor students who lost his/her parent or parents by HIV/AIDS in order to avoid drop out of school.
4. The project trained 177 out-of-school peer educators so that they can acquire, and disseminate the correct knowledge about HIV/AIDS.
5. The project trained youth and women with income generation skills.
6. The project supported schools for formation of HIV/AIDS club and their activities.

### 3-3-4 Achievement of the Output 4

Achievement of the Output 4: Masaai and mobile groups facilitated in HIV awareness & prevention.	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 75% of Masaai leaders get the knowledge of HIV/AIDS and facilitate HIV/AIDS BCCI activities among them.</li> <li>2 Peer educators among Masaai are trained and actively functioning.</li> <li>3 Target mobile group know three methods of prevention of HIV/AIDS, and actually access to condoms.</li> </ol>	<p>(1) Output indicator The achievement for respective indicator of Output is as follows.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 All the 20 Masaai leaders in target area acquired the knowledge of HIV/AIDS. They all attended the meeting and they took key role and involved in the process of their regulation prohibiting of sharing wives and having traditional dances called "Esoto" at night time.</li> <li>2 19 youth, 15 women and 17 men of Masaai were trained by the Project. They are also conducting health education even in informal settings to other Masaai called by the elders.</li> <li>3 Truck drivers and charcoal burners were hardly traced. The WVE team interviewed 5 female bar and guest house workers.</li> </ol> <p>(2) Conclusion It is observed that behavioral changes in Masaai community were significant. Behavioral change of mobile groups could not be observed.</p>

#### < Activities performed to produce Output 4 >

- 1 The project conducted TOTs and peer education training for 139 persons of Masaai community such as video showing, peer educator trainings.
- 2 The project conducted BCCI training to mobile groups such as truck drivers and bar-maids in addition and delivered posters and leaflet in relevant places.

### 3-4. Achievement of the Project Purpose

The Project Purpose - Reduced risk behavior to HIV infection through sustainable primary health care, social support and behavior change communication intervention (BCCI) in Ngerengere and Mlali has nearly achieved. The reasons are as follows.

The respective indicator of Project Purpose shows:

- 1 At the time of mid-term evaluation, 50% of female answered that they could not

persuade partners to use condom. However, at the time of Final Evaluation, 70% of female answered that they have abilities to convince her sexual partners to use condoms.

- 2 At the time of mid-term evaluation, 58.5% of men and 32.9% of female answered they have multiple sexual partners. This number has declined by the Final Evaluation. 27.25% of male and 12.6 of female

Besides the above information, the following information was collected and emerged by key informant interview.

- 1 Although Masaai strongly keeps their tradition in their lives, they changed the attitude toward HIV/AIDS. They admit that, most of unfavorable traditions now days are less performed. These include sharing of wives, night dancing, and polygamy.
- 2 The project promoted communities' willingness to know their HIV sero-status. The fact that those VCT services reached at 1,622 visitors that supports the evidence of behavior change in the target population.
- 3 WVFE and group interview to the influential person in the community describe many ways of behavior change - the discouraging night dance, TBA's use of gloves for delivery, quit sharing the contaminated knife for circumcision, and use of condoms.

### **3-5. Achievement of the Overall Goal**

To attain overall goal in the PDM would be fairly difficult. Goal setting was ambitious because the Project target population accounts only for 2% of the total regional population.

Since the foundation for reduction of HIV prevalence through community mobilization approach has been set up by the implementation of the Project, it would contribute to achieve the overall goal, if similar kinds of activities are scaled up.

## 4. Results of Evaluation

### 4-1. Results Based on Five Evaluation Criteria

#### 4-1-1 Relevance

The relevance of the Project remains high by the time of the evaluation. This is because the Project is consistent with:

- the high HIV prevalences in the target areas in comparison with other areas of the Tanzania. HIV prevalences in 2005 are 10% for Morogoro District and 11% for Mvomero District.
- the needs of the various groups of people in Ngerengere and Mlali;
- the direction of JICA's Health/AIDS sector programs in Tanzania;
- the objectives and priority areas of Tanzania's Multi-Sectoral Strategic Framework on HIV/AIDS;
- the needs to establish VCT centers in each district corresponding to the Health Sector Strategic Plan on HIV/AIDS which set the target to establish six VCT centers by district
- the effective approach to the grass-root levels.

Results of the baseline studies indicated urgent needs of strengthening of integrated intervention of the PHC services, STD control, Information, Education and Communication (IEC) on HIV/AIDS, reduction of vulnerability of youth and mobile groups on HIV/AIDS awareness and prevention.

As for Masaai, their traditions was making the society more vulnerable to HIV/AIDS so the training of leaders and peer educators of Masaai was of great help to their community.

The Project aligns with the JICA's Health/AIDS sector program in Tanzania. It has been direct and indirect relationship with other Projects and JOCV activities each other.

The Project Purpose are consistent with Tanzania's Socio-economic development programme, long-term health plan, and HIV/AIDS strategy. National Multi-Sectoral Strategic Framework on HIV/AIDS (NMSF) states as follows. "The immediate next step after the NMSF will be the identification of lead agencies / structures for the Thematic Areas and the Strategic Objectives for developing the specific operational plans and their implementation. In this context the Health Sector will be the single most important area as many of the Strategic Objectives have a close bearing on it be it in prevention (STI control, condoms, Prevention of Mother-to-Child

transmission, VCT) or in care and treatment.” The Project is consistent with the strategic objectives of NMSF and its wide priority areas.

The multiple sector approach is an issue in HIV/AIDS control in Tanzania. The Project is very relevant in terms of grass-root resource mobilization in involving influential stakeholders. Since the risks of HIV infection is spreading from urban to rural areas, the focus of the Project to enhance capacity of rural community was relevant

#### 4-1-2 Effectiveness

The Project significantly reduced risk behaviors to HIV infection and increased social support to PLWHA.

The Project Purpose has been successfully accomplished by:

- enhancement of people’s attitude on condom usage
- people’s acceptance and usage of VCT services
- openness of people to talk about HIV/AIDS in the community
- active participation of people in prevention education activities
- establishment of care and social support mechanism for PLWHA in the community
- reduced stigma
- initiation of self-help activities of PLWHA groups
- institutionalized BCC activities through VMACs

#### (f) Outputs Contribution to the Project Purpose

The Output 1-4 principally contributed to realize the Project Purpose.

In output 1, provision of VCT services, mobile clinics and training and proper management of STI had helped a lot to ensure the sustainability of primary health care services.

- In output 1, with the material support from the Project, provision of home-based care by CC, and better understanding of HIV/AIDS and reduction of stigma in the community. PLWHA gradually regained self-confidence, even further got empowered to help other PLWHA.
- In output 1 and output 2, through those trainings of influential groups, the entire community was directed to change their attitude and practice on HIV/AIDS. For instance:
  - Community people were discouraged to have multiple partners for sexual interaction.
- Traditional dances have become to be held during day time instead of night time.

- Stigma on HIV/AIDS and STI has diminished.
- Pastor did not want to have accepted HIV/AIDS situation before. But they understood the important of issue and talk the topic in church.
- Condom use becomes normal among youth.
- Church and mosque accept and introduce HIV/AIDS topic in their service.

In output 2, training of community educators, awareness campaigns, and distribution of BCC materials played a big role in the prevention of HIV/AIDS/STI.

In output 3, through material loan, scholarship programs helped to reduce risk to vulnerable groups like women and youth.

In output 4, trainings and interventions directed to mobile groups were implemented mobilizing other partners. Use of stickers and billboards and training to bar maids and guest house attendants were applied to reach truck drivers.

As for Masaai, leaders and peer educators were trained and the achievement are:

- Maasai leaders institutionalize HIV/AIDS matter in their own regulation such as prohibition of inheriting widows, use of traditional knife for circumcision etc;
- Maasai community sells a cow for caring PLWHA;
- and Degree of stigma became reduced in Maasai community.

## (2) Contributing and inhibiting factors

The followings were identified as contributing factors.

- PLWHA who disclosed their HIV status to community becomes a spearhead of breakthroughing stigma, and promotes counseling effect amongst the peer.
- The folloings are also identified as contributing facators: community participation , good communication between partners, promptness of the donor to remit funds, good collaboration between the Project, government, community and other stakeholders, and the teamwork among project staff.

The followings were identified as inhibiting factors.

- Though many people in the target community perceived reduction of stigma , there is still strongly-rooted stigma among the people in general, and this makes the people unacceptable to change their behavior.
- Despite high demand of condom, people living in rural area can not access to condoms

due to their limited purchasing power and distance to an available shop.

- Despite the people's willingness to have a HIV test at VCT centers, distance sometimes hampered the actions.
- For Maasai and other indigenous people, language barrier such as lack of knowledge on Swahili among the youth slows down the learning as most educational video materials shows are in Swahili language.
- Traditional recognition of Masaaai that all things must be attended to by elders was a barrier to promote youth education
- Slow behavioral change due to bad cultural beliefs.
- Poverty among the girls and women leading them to high risk behaviors (sex for money)
- Unemployment to the youth which leads them to alcoholism and drug abuse which are potential risk factors.

#### 4-1-3 Efficiency

The Project is generally efficient. The reasons are:

- most inputs and activities were converted to produce Outputs;  
highly motivated volunteers selected by the community leaders as educators and counselors make their own activity plan to meet the community needs;  
and major Outputs lead to achievement of the Project Purpose.

However, the resource centers and MCH(PMTCT) units were not fully utilized due to the delay of construction and furnishing.

##### (1) Appropriateness of Inputs

The members of Pproject Steering Committee are all Tanzanian who are familiar with the Project area through ADP except the project manager of WVJ. The Project established the Project Field Committee in each division respectively. The members of the Field Committee were selected from VMAC, and CC and CE from each word. The Project has been efficient on involvement of local resources such as village leaders, CC and CE who are indigenous men and women in the villages.

The major inputs of Project were construction of VCT centers and HIV/AIDS resource centers, renovation of MCH units, trainings, material support to PLWHA, and material support to CC and CE such as bicycle, rain coat, first aid kit. Number of facilities supported and number of trained personal for each group reached or exceeded at target value.

Any inappropriate input was not found through the group interview to CC and CE and observation at the communities.

#### (2) Conversion to produce Outputs

Most activities were converted to produce Outputs.

The Project directly involved various target groups in trainings and study tours to advance community in the Project area and the outside. The rest of important major activities were carried out by trained CC, CE, and peer educators in their communities. They voluntarily took their role and provided their times for planned activities in the community. Actually, their activities led changes of the people's attitude and practice on HIV/AIDS and STD.

However, it is difficult to get the evidences on how the trained truck drivers and bar-maid have changed their attitude and practices.

#### (3) Outputs leading produce to the Project Purpose

The Project allocated roughly 95% of financial resources except administration cost to the activities which provide the services to the direct beneficiaries such VCT services, STI treatment service, and PLWHA care and support. While the Output 4 was not fully achieved, the major Outputs had led to the Project Purpose.

#### (4) Delay of Construction

Construction of resources centers at Ngerengere and Mlali and renovation MCH unit for PMCTC service in Mlali have not been completely finished yet. Mlali resource center still needs connection of electric wire to electric-supplier and furnishing necessary materials. Mlali MCH unit requires to finish glazing window glass.

#### (5) Contributing and inhibiting factors

The followings were identified as contributing factors.

- Involvement of various influential groups in community.
- WVT's experience and resources in HIV/AIDS program. WVT operates other HIV/AIDS control program such as COMOCAH (Community Mobilization Comprehensive

Approach to HIV/AIDS) in Simanjiro District, Manyara region.

- The Project could succeed the assets from the former partnership project between JICA and WVJ which had included several relevant activities in the Ngerengere division.

The followings were identified as inhibiting factors.

- The plan to include PMTCT service into the Project was made late in the Project period.
- Various local factors led to untimely construction of resource centers and MCH (PMTCT) unit and delay of delivery of some IEC materials.

#### 4-1-4 Impact

The expected impact of the Project such as decline of HIV and STI prevalence could not be clearly measured. However, there has been various improvements that might lead to greater impact on both communities and district health systems.

##### (1) PLWHA

- Their life has been changed a great deal by the project through provision of food and treatment of opportunistic infections.
- 40 PLWHA access to CD4 counting test and some of them receive ARV provided by the government.
- Due to decreased stigma and discrimination and support from CC, some of PLWHA could come out of their passive position and even try to help other PLWHA.
- They formed the self-help group and saved some small transportation cost for CD4 counting at Morogoro regional hospital and some of them help their daily household work.

##### (2) Community level

- Some of CC and CE have shown higher commitment of their role and they have become TOTs for seeking opportunity to teach others.
- Some couples and relatives on marriage request a partner to have a HIV test at VCT center.
- The primary health care system in community enabled comprehensive service including VCT, STI, OI, and MCH.

##### (3) Maasai community

- Maasai community introduced “their own rules” stating:
  - Traditional dance Oloipi/Esoto conducted at night should stop,
  - Male and female youth sleeping together should be abolished.
- One of model for HIV/AIDS prevention to Maasai community has been created.

(4) district health systems

- VCT centers established in the Project were initial centers in Morogoro District and Mvomero District. DMOs are attempting to reflect lessons learnt from the operation of VCT centers in the Project to the several VCT centers to be built after the Project.

(3) Contributing and inhibiting factors

The followings were identified as contributing factors

- Strong leadership and commitment of community leaders, especially in case of Masaaai community.
- Good community participation and close collaboration among all stakeholders
- Positive response of community for VCT

The followings were identified as inhibiting factors

- While PLWHA are entitled to have free ARV treatment if his/her CD4 count is below 200, PLWHA are obliged to frequently attend the laboratory of Morogoro regional hospital until the level of CD4 become below 200. This is the extra burden on PLWHA in addition to travel cost, children’s school fee, contribution to village activities, food for them, and acquisition of drugs. Even worse, sometimes it is difficult for PLWHA to meet date of CD4 count service at Morogoro regional hospital.

**4-1-5 Sustainability**

The certain degree of sustainability has been already secured and the achievement of the Project will be more sustainable when:

- the project handing-over plan is smoothly carried out among the relevant stakeholders;
- and motivation of the trained community volunteers is kept through continuous training and other measures to continue their activities.

(1) Incorporated VCT/STI clinic/OI service to the district health system

Councils Health Management Teams were involved in planning process on establishment of VCT, STI, and OI diagnosis and treatment services in the Project area. To sustain the Project achievement after the Project ends, management and support of those health services, provision of necessary drugs, HIV test kits, and cost for human resource for those services have been incorporated into 2006/07 Council Comprehensive Health Plan of each council. In case of Morogoro rural, 18 million Tsh was allocated to HIV/AIDS related activities covering whole district. Thus include expansion of two VCT centers, VCT service by mobile clinic, support for school peer education activities, ARV drug for PMTCT and necessary training of health staff for PMTCT services.

(2) Project handing-over plan

The Project had a discussion on handing-over plan through workshops with community organizations, ADP, and DMOs. According to the Plan, the national/ local governments supply HIV test kits, Nevirapine (ARV) to health centers, drugs to PLWHA, fuel for mobile clinics, transportation with VCT counselors for mobile VCT, trainings for VCT counselors, and necessary workshops for school teachers, religious leaders and TRA/Traditional Healers and strengthen condom distribution system in collaboration with other NGO.

WVT's ADP will follow up the rest of activities undertaken by the Project. These are follow-up workshops for CC, village leaders, CE, school committees, out-of-school youth, and IGA groups. ADP also takes care of PLWHA's self-help groups, resource centers management committees, financing scholarship students, and provision of BCCI materials.

(3) Community activities

The Project conducted capacity building of persons who would function voluntarily as counselors or educators in their own communities. The focus group discussion results of WVFE revealed that actual motivations of the CC, CE and TOTs was the their own desire to help the community to fight HIV/AIDS, not the material gains. In case of the community based institutions like the schools, they have some extent a systematized HIV/AIDS education program and the approach of the Project has reminded the trained teachers and school peer educators.

will play the pool table. The money accrued will maintain the table. So far an amount of 135,000 = has been raised through user charges. They are expecting to open a Bank Account for this purpose. While some operational plan is under the discussion by the committee, they are not in practice yet. They are looking forward for more training particularly writing skills so that they can produce quarterly newsletters on information relating to the resource centre use and information on behavioral change among Youth.

#### **4-2. Evaluation Results of Partnership**

By the presence of JICA's Morogoro Health Project, the Project could make foundation to collaborate smoothly with the CHMTs.. Indirect linkages with JICA's health and HIV/AIDS programs other than the Morogoro Health Project.were also observed.

On the other hand, WVJ /WVT could not fully take initiatives since the Project should stick to the agreement and the way of JICA's administrative procedures.

Regarding to the collaboration between the Project and other JICA' s health and HIV/AIDS program, there was neither linkage nor co-production activities.

The Project got an advantage of WVT' ADP in terms of using local human resources, net work of WVT, and existing linkage and relationship with communities through ADP in both divisions. Even though the Project terminate, WVT can maintain a relationship with the personals trained by the Project through ADP. The Project handing-over plan will bring about certain level of creditability to maintain the activities.

#### **4-3. Evaluation Results of Cross-sectoral Issues**

##### **4-3-1 Poverty and Gender**

According sex specific prevalence of HIV infection among blood donors of HIV/AIDS/STI surveillance report (2005), the prevalence of female is higher than that of man is with all age groups, notably 20-30 years old. The Project actually incorporated PMTCT targeting mothers to the Project activities though the initiative came from the government side.

The Project separately trained Maasai men and Maasai women for training session to reflect gender system in their culture. The Project trained roughly same number of men and women for

Some of VMAC made plans to promote community activities and PLWHA. In case of Visaraka village, they plan to ask for contribution from each household to supporting PLWHA. Changarawa VMAC made their plan to introduce an exemption of primary school fee for orphan and widow of HIV/AIDS victims and the village support to bear maintenance cost of bicycles for CC and CE.

#### (4) HIV positive club for PLWHA, TOTs and Resource center

The Project introduced capacity development approach to self-help group or autonomous group who committed themselves as pathfinders.

In each division there is PLWHA group which were formed called HIV positive club. The Ngerengere group goes by the name of "WAVUNGE" a Swahili abbreviation term meaning 'Walioathirika Na Virusi Vya Ukimwi Ngerengere' or in English: "Those affected with HIV Ngerengere". The Mlali group goes by the name "TUSHIKAMANE" a Swahili term meaning "Let us be together".

Theses groups have since been trained by the Project on care and support of PLWHA, nutrition for PLWHA and IGA for PLWHA. The groups have their own schedule for meeting for an opportunity to give each other courage for living with hope. It was noted that not all PLWHA have joined these groups as some are still shy to reveal their HIV sero-status.

According to WVF report, PLWHA do support each other in a number of ways that include:

- They have started a small fund through voluntary contributions made by each member.
- At Ngerengere they have a total of 40,000. = They use the money to loan members facing financial emergencies especially those who go for CD4 count in Morogoro.

While PLWHA are entitled to have free ARV treatment if his/her CD4 count is below 200, PLWHA are obliged to frequently attend the laboratory of Morogoro regional hospital until the level of CD4 count become below 200. It was found that this is the extra burden on PLWHA.

The both of resource center committee were organized to take over the management of the centers. The committee is comprised of secretary, chairperson, treasurer, and CCs. According to their plan in WVFE report, they collect the money from those who will use the hall for activities other than HIV/AIDS will have to pay 20,000. =TS fee. The money will assist to maintain the HALL when the project ends. A fee of 200 = Ts will be charged for those who

CC as they deal with sexuality of their clients during counseling. While the keeping confidentiality is the most important qualification of CC, people prefer to see CC with same sex. The Project put gender balance in this regards.

The Project planned to provide scholarship for only poor girl students who lost parent(s) to AIDS. This was some extent to bring in gender consciousness within the Project. However, in the course of the Project implementation, the Project was obliged to support both boys and girls since the seriousness of situation is the same among boys and girls. It might be more appropriate for paying attention to the gender of parents who are living with AIDS. However, the information was not available.

#### **4-3-2 Community Participation and Empowerment**

According to the training data analysis (Appendix 6), accumulative number of trained person became 3,500 (including follow-up training) and total person-days have reached at 15,000. Many of the trained persons were expected to voluntary engage in their activities in community. The Project took approach of educating all influential personal by grouping those people as training targets such as health workers, community leaders (village chairperson, Village Executive Officer, village secretary, government staff working in the community), school teachers, school peer educators, out-of-school peer educators, community counselors (CC), community educators (CE), religious leaders, drug store staff, traditional birth attendant and healers. In those target groups, CC, CE, and peer educators were the groups defined by the Project although CC and CE were selected by community themselves.

Through those trainings of influential groups, entire community was directed to change attitude and practice on HIV/AIDS. It is considered that the situation led CC and CE to motivating themselves to offer their services to those in need. With the material support from the Project, provision of home-based care by CC, and change of the situation in the community, PLWHA gradually regained self-confidence, even further got empowered to help other PLWHA in the same situation.

#### **4-4 Conclusion**

The Project has almost achieved the Project Purpose - Reduced risk behavior to HIV infection through sustainable primary health care, social support and behavior change communication intervention (BCCI) in Ngerengere and Mlali.

The Project successfully accomplished the positive trend of people's behavior towards utilization of newly established HIV/STI/OI diagnosis and treatment services, providing correct knowledge, attitude, and practice of influential groups in community, mechanism of social support for PLAWA at grassroots level, and institutionalizing behavior change communication information at grassroots level. However, the resource centers and renovation of MCH units for PMTCT service have not fully utilized yet due to their delay of construction and furnishing.

While the expected impact of the Project such as decline of HIV and STI prevalence could not have been measured yet, there has been various improvement of knowledge, attitude and practices that will lead to greater impact on PLWHA, Maasai, and people in community.

In order to secure the continuous effect and sustainability of the Project, the relevant stakeholders are expected to smoothly carry out the project handing-over plan.

## **5. Recommendations and Lessons Learned**

### **5.1 Recommendations**

- (1) In terms of sustainability, it is expected that activities should be taken over by the District governments in line with the National health systems, so that health facilities including for VCT and STD services and communities would continuously access necessary support and opportunities. In this regard, adequate continuous trainings for VCT counselor, and STD service providers and governmental supportive supervision is required for standardized quality of the VCT and STD services at the communities. It is recommended that the District governments would take necessary measures for VCT centers to be accredited by the NACP, MOHSW.
- (2) It is necessary for WV to support the community to manage the Resource Center self-reliantly after the Project.
- (3) In order to attain the recommendations above, all the stakeholders shall take necessary measures agreed in the "Project Handing-over Plan".
- (4) Parallel monitoring systems of government and WV are used at VCT centers in the Project area. The monitoring system should be aligned to government monitoring system.
- (5) The linkage and referral among HIV/AIDS related health services would be strengthen with the cooperation from the regional level to community level.
- (6) More emphasis should be put on the follow up activities at community level to support the PLWHA to keep ARV adherence, as care and treatment is intensified in the national strategy.

For this purpose, community counselors would play more important role and continuous education and support to community counselors would become necessary. In addition, community awareness through HIV prevention BCCI and empowerment and support of PLWHA, such as income-generating activities, shall be also emphasized for effective continuation of care and treatment.

- (7) Though the stakeholders perceive that the Project led variety of changes in the communities, many of those changes could not be scientifically illustrated, Importance of quality indicator setting and design of standardized monitoring should be stressed throughout the process of planning and implementation. This would enable the comparison with other area.
- (8) In the collaboration with NGOs, JICA should take more "process-oriented approach" for the project management since JICA is applying periodical (spot) monitoring using logical frameworks in spite that NGOs put value on the process and flexibility,

## **5.2 Lessons Learned**

- (1) Given the lack of the human resources in the district health service, involvement/participation of the community is more vital.
- (2) The home care service by community counselors with collaboration of VCT counselors has reached to the people who need the service in community level. It highlighted the importance of community counselor's role and establishment of personnel networking.
- (3) Linkage and regular communication between governments and NGOs/communities is the key to enhance the effectiveness and sustainability of project activities. In this Project, the JCC and periodical meetings among stakeholders played an important role. Project handing-over plan was prepared through these regular communication well in advance.
- (4) Mobile population such track drivers hardly track down their change of behavior. There needs to be some collaboration or network with other partners to cover those mobile populations including development of monitoring mechanism.

## LOG FRAME MATRIX (3 YEARS)

Revised in July 2005

NARRATIVE OBJECTIVES	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	ASSUMPTION
<p><b>OVERALL GOAL</b> Reduced transmission of HIV in Morogoro Region</p>	<p>20% of reduction of prevalence rate of HIV infection in Morogoro Region by 2010.</p>	<p>- MOH Report - Pre/post health survey - Baseline survey and</p>	
<p><b>PROJECT PURPOSE</b> Reduced risk behavior to HIV infection through sustainable primary health care, social support and behavior change communication intervention (BCCI) in Ngerengere division and Mlali division.</p>	<p>1 &gt; Increase of Adult, Youth, Maasai, and Mobile group practicing safer sex</p> <p>2 &gt; Delay of median age at first sex among Youth</p>	<p>- Baseline survey and end of project evaluation.</p>	<p>Knowledge of STD/HIV and prevention strategies leads to behavior change. GOT continues to maintain PHC system after project ends. Target</p>
<p><b>OUTPUT 1:</b> Strengthened PHC Services on HIV/AIDS and STD, and home care system for PLWHA established.</p>	<p>1-1 &gt; An increase in utilization of VCT and STD unit in health services for diagnosis and treatment of STD/HIV/AIDS.</p> <p>1-2 &gt; Number of AIDS patients who receive medical care (for opportunistic diseases) by health services including mobile clinic.</p> <p>1-3 &gt; 30% of people diagnosed as HIV positive have a proper home care by the family and counseling by the community based counselor.</p>	<p>- VCT record - STD unit record - Medical record in Health Centers and dispensaries - Regular Reporting by community based counselors - Site inspections</p>	<p>Weather will not inhibit travel of mobile clinics. The Government will play its role as partner in this project.</p>
<p><b>OUTPUT 2:</b> Community mobilized to contribute BCCI on STD HIV/AIDS, and people gain proper knowledge on HIV/AIDS.</p>	<p>2-1 &gt; All the target villages have its own BCCI plan for HIV/AIDS mitigation and implement some activities.</p>	<p>- Reporting by Community Educators - PRA results</p>	<p>Target groups will participate. Community receptive</p>

Appendix 1

<p><b>OUTPUT 3: Reduced vulnerability of youth and women to STD/HIV.</b></p>	<p>2-2 &gt; 85% of the target population know three methods of prevention of                  2-3 &gt; 85% of the target population know where to get condoms.                  3-1 &gt; 90% of the primary and secondary school conduct HIV/AIDS education to the students.                  3-2 &gt; Peer educators among Students and Out of school youth are trained and actively functioning                  3-3 &gt; Female students whose family have financial problem can continue their education.                  3-4 &gt; An increase of 50% of adolescent girls and women adopting decision-making skills about sexual matters.</p>	<p>- Training reports                  - Sample survey in mid-term and end-project evaluation                  - School reports                  - Reporting by peer educators                  - Scholarship account                  - Minutes of School committees                  - Community and Student interview in mid-term and end-project evaluation</p>	<p>to health information and messages.                  Parents will allow participation of their children in HIV/AIDS prevention education.</p>
<p><b>OUTPUT 4: Masaai and mobile groups facilitated in HIV awareness &amp; prevention.</b></p>	<p>4-1 &gt; 75% of Masaai leaders get the knowledge of HIV/AIDS and facilitate HIV/AIDS BCCI activities among                  4-2 &gt; Peer educators among Masaai are trained and actively functioning.                  4-3 &gt; Target mobile group know three methods of prevention of HIV/AIDS, and actually access to condoms.</p>	<p>- Meeting minutes                  - Reporting by peer educators                  - Training reports</p>	<p>People will not resist change or hold onto dangerous traditional practices.</p>

Activity	Input	Prerequisites
0.1 Conduct baseline survey and PRA		
1.1 Establish/Equip 3 VCT, 2 STD unit, necessary dispensaries and mobile clinic		
1.2 Train/follow up 80 Health Centre staff, 30 Pharmacy staff, and 300 Committee members (PHC, HIV/AIDS, Health Workers)	<Japan>	
1.3 Train/follow up 156 Community Counsellors to conduct home based care for PLWHA	Personnel – Project Manager, Team Leader, Accountant, IGA Coordinator, Accountant Assistant, Administrative Assistant, 2 PHC Educator, 2 Student Support Worker, Driver, and Security Capital Equipment – 1 vehicle, 2 motorbikes, 200 bicycles, computers and printers, TV, VCR, Camera, office equipment, etc.	
2.1 Train/follow up 30 Project Committee members, 30 Government Extension Workers, 156 School Teachers, 100 Religious Leaders, 300 TBA/TH, 27 ToTs, and 129 influential leaders		
2.2 Train/follow up 110 Community Educators to plan and implement BCCI activity in each village		
2.3 Establish 2 Resource Centre and train 8 RC Attendants		
2.4 Theater group or sports event		
2.5 Support to strengthen Condom Distribution system	<Tanzania> provide and pay health workers, ToTs, PRA facilitators and a vehicle for the mobile clinic.	
3.1 Train/follow up 156 School Committee members to activate school programme		
3.2 Train/follow up 222 Peer Educators for the school students/women	<Community>	
3.3 Scholarship program for girl students	their voluntary time	
3.4 Train/follow up 86 Out of School Youth		
3.5 IGA activity for women and youth		
4.1 Train/follow up 130 Maasai		
4.2 Train Mobile population such as 120 Bar Maids/Guest House Workers and conduct awareness activities for them		

Attachment 2: Project Handing-Over Plan

(WORLD VISION MOROGORO HIV/AIDS PROJECT)

Output	Activity	Specific Activity	Handover
<b>OUTPUT 1</b>	<b>Strengthened PHC services in HIV/AIDS, TB, STD and home care system for PLWHA established</b>		
1.1	Establish/Equip 3 VCT, 2 STD unit, necessary dispensaries and mobile clinic	⇒ To supply HIV Test Kit to VCT Centres ⇒ To supply Nevirapine to Health Centres ⇒ To supply drugs to PLWHA	⇒ DMO ⇒ DMO ⇒ DMO, RMO ⇒ NGO ⇒ DMO ⇒ DMO
		1.1.1	
		1.1.2	
		1.1.3	
		1.1.4	
		1.1.5	
1.2	Train/follow up 80 Health Centre staff, 30 Pharmacy staff, and 300 Committee members (PHC, HIV/AIDS, Health Workers)	⇒ To provide transportation with VCT Counsellors (Mobile VCT) ⇒ To organise workshops	⇒ DMO
		1.2.1	
		1.2.2	
1.3	Train/follow up 156 Community Counsellors to conduct home based care for PLWHA	⇒ To support financially to send to AMREF VCT training ⇒ To organise workshops	⇒ DMO ⇒ ADP
		1.3.1	
		1.3.2	
		1.3.3	
		1.3.4	
<b>OUTPUT 2</b>	<b>Community mobilized to contribute 1000 for SID/HIV/AIDS and TBCL elimination campaign</b>		
2.1	Train/follow up 30 Project Committee members, 30 Government Extension Workers, 156 School Teachers, 100 Religious Leaders, 300 TBA/TH, 27 ToTs, and 129 influential leaders	⇒ To supply material to PLWHA ⇒ To facilitate a PLWHA meeting ⇒ To support PLWHA's transportation for treatment	⇒ ADP ⇒ ADP ⇒ ADP ⇒ ADP ⇒ NGO
		2.1.1	
		2.1.2	
		2.1.3	
		2.1.4	
		2.1.5	

Attachment 2: Project Handing-Over Plan  
 (WORLD VISION MOROGORO HIV/AIDS PROJECT)

Output	Activity		Specific Activity		Handover
2.2	Train/follow up 110 Community Educators to plan and implement BCCI activity in each village	2.2.1	To organise workshops	⇒	ADP
2.3	Establish 2 Resource Centre and train 8 RC Attendants	2.3.1	To support RC management	⇒	ADP
2.4	Theater group or sports event	2.4.1	To organise awareness event	⇒	ADP
2.5	Support to strengthen Condom Distribution system	2.5.1	To support distribution system	⇒	DMO, NGO
<b>OUTPUT 3: REINFORCE THE BCCI</b>					
3.1	Train/follow up 156 School Committee members to activate school programme	3.1.1	To organise workshops	⇒	ADP
3.2	Train/follow up 222 Peer Educators for the school students/women	3.2.1	To organise workshops	⇒	ADP
3.3	Scholarship program for girl students	3.3.1	To support financially sponsored students	⇒	ADP
3.4	Train/follow up 86 Out of School Youth	3.4.1	To organise workshops	⇒	ADP
3.5	IGA activity for women and youth	3.5.1	To supervise IGA groups	⇒	ADP
<b>OUTPUT 4: MAINTAIN AND ENHANCE THE BCCI IN THE COMMUNITY</b>					
4.1	Train/follow up 130 Maasai	4.1.1	To organise workshops	⇒	ADP
4.2	Train Mobile population such as 120 Bar Maids/Guest House Workers and conduct awareness activities for them	4.2.1	To provide BCCI materials	⇒	ADP

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**WORLD VISION MOROGORO HIV/AIDS PROJECT**  
**LIST OF FIXED ASSETS**

November 2006

No	Item	Purchase Cost (TZS)	Date acquired	Description Model, Mfg, Serial No Etc	Receiver
1	VEHICLE	36,058,054	30/03/2004	TOYOTA LAND CRUISER, FRAME NO: JTERB71J200019758, ENGINE NO 1HZ0434885, REG NO: 121977, REG CARD NO: T291 ACR	WVT (Ngerengere ADP)
2	MOTOR CYCLE	3,420,000	30/3/2004	HONDA XL125SL - DK, FRAME NO: L125S-5730500, ENGINE NO L125SE-55 80349, REG NO: 92191, REG CARD NO: T647 ABZ	DMO Morogoro
3	MOTOR CYCLE	3,420,000	30/3/2004	HONDA XL125SL - DK, FRAME NO: L125S-5730536, ENGINE NO L125SE-55 80359, REG NO: 92187, REG CARD NO: T646 ABZ	WVT (Ngerengere ADP)
4	MOTOR CYCLE	2,600,000	26/10/2002	HONDA XL125SL - DK, FRAME NO: L125S-5724985, ENGINE NO L125SE-55 74001, REG NO: 89011, REG CARD NO: T259APS	DMO Mvomero
5	SATELITE DISH / MODEM / ROUTER	2,918,916	05/08/2005	DW6000 iWay Direct Satellite Internet Access Equipment	WVT (Ngerengere ADP)
6	PROJECTOR	3,500,000	02/09/2002	SONY SLV - GA58S, MODEL: VPL-CS4, SERIAL NO: 5052965, WVT/LCD-TD/2	WVT (Ngerengere ADP)
7	PROJECTOR	2,052,000	01/08/2005	SONY VPL - CS7, SERIAL NO: 24759, WVT/LCD-DP/11	WVT (Maji ADP)
8	COMPUTER (LAPTOP)	2,339,670	08/12/2003	DELL, CN-03Y645-36521-37G-0070 (Japanese keyboard & OS)	WWJ
9	COMPUTER (LAPTOP)	1,785,400	01/03/2004	TOSHIBA, 93107000P, WVT/NGR/LAP/01	Mvomero DMO
10	COMPUTER (LAPTOP)	1,785,400	01/03/2004	TOSHIBA	WVT
11	COMPUTER (LAPTOP)	1,782,819	05/08/2005	TOSHIBA, SERIAL NO: X65184825K, WVT/LAPTOP/MOROHAP/03	WVT (Ngerengere ADP)
12	COMPUTER (DESKTOP)	1,285,000	02/07/2002	COMPAQ, 651C-JX82-L43E, CPU - WVT/COMP/NGR/1, MONITOR: 1438M26GD517, WVT/MNTR/NGR/1	DMO Mvomero
13	COMPUTER (DESKTOP)	1,136,780	01/03/2004	HP 5500, CN340YH596, WVT/COMP/NGR/02	DMO Morogoro
14	COMPUTER (DESKTOP)	1,136,780	01/03/2004	HP 5500	DMO Morogoro
15	PHOTOCOPY MACHINE	1,169,515	02/01/2004	KYOCERA MITA 1500, XAU3716237, WW/MOROHAP/PHOT/01	DMO Mvomero
16	GENERATOR	800,000	18/03/2004	MODEL: TIGER TG 4700, SERIAL NO: 47100039, WW/MOROHAP/GEN/01	WVT (Maji ADP)
17	GENERATOR	800,000	18/03/2004	MODEL: TIGER TG 4700, SERIAL NO: 47100041, WW/MOROHAP/GEN/02	WVT (Ngerengere ADP)
18	GENERATOR	750,000	01/07/2002	MODEL: SAWAFUJI SH 2900 DX, WVT/GEN/NGR/01	Mvomero DMO
19	AMPLIFIER	700,000	16/12/2003	020-36631501, WW/MOROHAP/MPR/01	WVT (Maji ADP)
20	PROJECTION SCREEN	650,000	21/07/2006	WW/MOROHAP/PSI/02	WVT (Ngerengere ADP)
21	PROJECTION SCREEN	500,000	01/06/2004	WW/MOROHAP/PSI/01	WVT (Maji ADP)
22	UPS	220,000	25/08/2006	SCOTT-UPS DESKLIETE, WW/MOROHAP/UPS/UPS/04	DMO Mvomero
23	UPS	220,000	25/08/2006	SCOTT-UPS DESKLIETE, WW/MOROHAP/UPS/UPS/05	DMO Morogoro
24	FAX MACHINE	470,000	01/12/2003	PANASONIC KX FF, MODEL: KX-FP156CY, SERIAL NO: 3CCQB506481, WW/MOROHAP/FM/01	DMO Morogoro
25	PRINTER	425,000	18/07/2002	HP 1220 WVT/PRNT/NGR/01	WVT (Ngerengere ADP)
26	PRINTER	342,000	17/09/2005	MODEL: HP 1220C, SERIAL NO: CN4AP851GQ, WVT/PRNT/NGR/04	DMO Mvomero
27	PRINTER	332,220	01/03/2004	HP 1220, CN3B5850ND, WVT/PRNT/NGR/03	DMO Morogoro
28	PRINTER	332,220	01/03/2004	HP 1220, WVT/PRNT/NGR/02	DMO Morogoro
29	SPEAKER	250,000	02/03/2004	WW/MOROHAP/SP/02	WVT (Maji ADP)
30	SPEAKER	250,000	02/03/2004	WW/MOROHAP/SP/01	WVT (Maji ADP)
31	AIR CONDITION	400,000	06/01/2004	327307, WW/MOROHAP/AC/01	WVT (Ngerengere ADP)
32	TV	390,000	16/12/2003	MODEL: SONY, WW/JICA/TV/04	WVT (Ngerengere ADP)
33	CABINET	210,000	16/12/2004	WW/MOROHAP/FC/01	DMO Mvomero

DMO: District Medical Officer

WVT: World Vision Tanzania

ADP: Area Development Programme

