

ケニア共和国
「エイズ予防プログラム」プログラム評価
報告書

平成21年3月
(2009年)

独立行政法人国際協力機構
アフリカ部

アフ

JR

09-004

ケニア共和国
「エイズ予防プログラム」プログラム評価
報告書

平成21年3月
(2009年)

独立行政法人国際協力機構
アフリカ部

目 次

地 図
写 真
略語表

第1章 評価調査の概要.....	1
1-1 評価調査の背景.....	1
1-2 評価調査の目的.....	2
1-3 評価調査の対象.....	2
1-4 評価手法.....	3
1-5 評価調査の実施体制.....	11
第2章 HIV/エイズ対策分野における国際的潮流と日本の援助政策.....	13
2-1 国連ミレニアムサミット以降の HIV/エイズ対策分野における国際的潮流.....	13
2-2 HIV/エイズ対策分野における日本の援助政策.....	19
2-3 JICA の HIV/エイズ対策分野の援助方針.....	20
第3章 ケニアにおける HIV/エイズ対策分野の現状と取り組み.....	23
3-1 保健医療行政.....	23
3-2 保健財政.....	23
3-3 ケニアにおける HIV/エイズ対策分野の開発戦略.....	24
3-4 ケニアにおける HIV/エイズ対策分野の現状と課題.....	31
3-5 KJAS に示された HIV/エイズ対策分野の援助枠組み.....	37
3-6 ケニアにおける HIV/エイズ対策分野の援助動向.....	38
3-7 HIV/エイズ対策分野における日本の対ケニア援助実績.....	50
第4章 ケニア国「エイズ予防プログラム」の概要.....	54
4-1 プログラム形成の経緯.....	54
4-2 プログラムの構成案件の概要.....	56
4-3 本プログラムの特徴.....	64
4-4 目標のレベル・範囲による現行プログラムの類型.....	67
4-5 プログラムの実施体制.....	67
第5章 ケニア国「エイズ予防プログラム」の評価.....	70
5-1 評価にあたっての配慮事項.....	70
5-2 プログラムの位置づけに関する評価.....	70
5-3 プログラムの戦略性に関する評価.....	74
5-4 プログラムの成果とプロセスに関する評価.....	80

第6章 提言	86
6-1 JICAプログラム目標達成に向けたシナリオの見直し	86
6-2 JICAプログラムが他援助機関との協力によって ケニア開発戦略目標達成への貢献度を高めるためのシナリオ	94
6-3 プログラムの実施・運営に関する提言	96
6-4 プログラム化に伴う課題	97

付属資料

1. 現地調査日程	103
2. 主要面談者リスト	105
3. 参考文献リスト	109
4. ケニアにおける主要国連機関/国際機関の HIV/エイズ対策分野の Results Matrix	113
5. 現地調査用インタビュー票	119





NASCOP 会議室における技プロカウンターパートおよび専門家に対する調査団報告会



マクエニ県保健病院にて隊員への聞き取り
後方に見えるのは HIV/ 性感染症クリニック



ニャンザ州ニャミラ県の患者支援センター
(前 JOCV 派遣先) JOCV が PC で作成した
各種データについて話す看護師たち



モバイル VCT 車両ーニャンド県事務所において
コミュニティでの VCT 活動に活用されている



ニャンザ州ニャンド県の VCT センターで診察を
待つ人々。ART センターが隣接している

略 語 表

略 語	英 語	日 本 語
APHIA	AIDS, Population, and Health Integrated Assistance	(USAID の) エイズ・人口・保健統合支援
ART	Anti-Retroviral Treatment	抗レトロウイルス治療
ARV	Anti-Retroviral Vaccine	抗レトロウイルス治療薬
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	米国疾病管理センター
CCC	Comprehensive Care Centre	包括的ケアセンター
DASCO	District AIDS and STDs Coordinator	県エイズ・性感染症対策官
DCT	Diagnostic Counseling and Testing	診察的検査・カウンセリングおよび検査
DMO	District Medical Office	県保健局
DMOH	District Medical Officer of Health	県保健局長
ERS	Economic Recovery Strategy	経済再生戦略
FC	Field Coordinator	フィールド調整員
FHI	Family Health International	国際家族保健 (NGO)
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア基金
HCT	HIV Counseling and Testing	HIV カウンセリングおよび検査
HDI	Health and Development Initiative	保健と開発に関するイニシアティブ
IP-ERS	Investment Programme for Economic Recovery Strategy	富と雇用創出のための経済再生戦略－投資プログラム
IPPF	International Planned Parenthood Federation	国際家族計画連盟
JAPR	Joint HIV/AIDS Programme Review	合同 HIV/AIDS プログラム合同評価
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
KAIS	Kenya AIDS Indicator Survey	ケニアエイズ指標調査
KEMSA	Kenya Medical Supply Agency	ケニア医薬品供給機関
KEPH	Kenya Essential Package for Health	ケニア保健基礎パッケージ
KJAS	Kenya Joint Assistance Strategy	ケニア合同支援戦略
KNASP	Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan	国家エイズ対策戦略
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MoH	Ministry of Health	保健省
MoMS	Ministry of Medical Services	医療サービス省
MoPHS	Ministry of Public Health and Sanitation	公衆衛生省

MTEF	Medium Term Expenditure Framework	中期支出枠組み
NACC	National AIDS Control Council	国家エイズ対策協議会
NASCOP	National AIDS/STD, TB and Leprosy Control Programme	国家エイズ・性感染症対策プログラム
PASCO	Provincial AIDS and STDs Coordinator	州エイズ・性感染症対策官
PDM	Project Design Matrix	プロジェクトデザインマトリックス
PEPFAR	(US) President's Emergency Plan for AIDS Relief	米国大統領 HIV/エイズ救済緊急計画
PLWHA	People Living with HIV/AIDS	HIV 感染者
PMTCT	Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV	HIV 母子感染予防
PNC	Postnatal Care	産後健診
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	国連エイズ合同計画
USAID	U.S. Agency for International Development	米国国際開発庁
VCT	Voluntary Counseling and Testing	自発的カウンセリングおよび検査
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WRP	Walter Reed Program	ウォルター・リードプログラム

第1章 評価調査の概要

1-1 評価調査の背景

近年 JICA は、援助効果の向上のため、事業形態や分野を越えて協力事業を横断的に調整する枠組みである「国別アプローチ・課題別アプローチ」を積極的に推進してきた。この一環で外務省による課題別要望調査および JICA による国別事業実施計画の導入（1999 年度）の際に、共通の目的を持つ複数の案件は「プログラム」として整理した。

こうしたプログラム化は、スキーム別に細分化された案件群の整理に役立ってきたが、これまでのプログラムの多くは同じセクターに属する案件群を形式的にまとめた場合が多く、プログラム化が途上国の中長期的な開発目標の達成に向けた JICA 援助の効果を向上するまでには至っていない。JICA の限られた投入の選択と集中が不十分であったり、短期的な投入の繰り返しが行われているという状況が生じている。

こうした点を踏まえ、JICA は 2006 年 2 月にプログラムの定義を、従来の「共通の目的・対象の下に緩やかに関連づけられて、計画・実施されるプロジェクト（および個別案件）群」に代わり、「途上国の特定の中長期的な開発目標の達成を支援するための戦略的枠組み（＝協力目標とそれを達成するための適切な協力シナリオ）」と改め、戦略的なプログラムと案件の増加を促進している。

「戦略的」なプログラムとは、①途上国の特定の開発戦略や日本の援助戦略に沿った明確な協力目標を有する、②協力目標を達成するための適切な協力シナリオを有する、③投入にあたり複数の JICA 事業の有機的な組み合わせ、他の開発主体と連携を行っているプログラムである。

こうしたプログラム化、プログラムの戦略性強化への取り組みと前後して、新しい評価手法の開発も進められてきた。JICA は 2004 年 1 月から総合分析「国別事業評価」を実施し、それまでに実施されてきた「国別事業評価」の問題分析、求める評価手法のアンケート調査、主要な二国間援助機関および国際機関における国別プログラム評価の過去の実績・現状・今後の方向性などについて分析し、今後のプログラム評価手法に関する提言を取りまとめた。

そうした提言を基に、2005 年 7 月からプログラム評価（フェーズⅠ）として、「ホンジュラス基礎教育強化プログラム」を対象として試行的に評価を実施し、同プログラムへ提言を行うとともに、プログラム評価手法の改善点・留意点の抽出を行った。続くフェーズⅡでは、「マラウイ基礎教育拡充プログラム」および「ベトナム初等教育改善プログラム」を事例としたプログラムの評価結果に基づき、当該プログラムの戦略性強化のための提言を抽出すること、プログラム化に向けた今後の提言を抽出すること、およびプログラム評価手法（案）の改善・強化を行うことを目的として実施された。

2006 年度には、こうしたプログラム化、プログラムの戦略性強化への取り組みの一環として、ガーナ、アフガニスタン、ボリビア、インドネシアで実施されている 4 件のプログラムの評価が実施され、2007 年度にも本件を含む 4 案件が実施された。本件は、2007 年末に実施された大統領選挙後に政情が不安定化したことにより、国内評価調査のみを終了し、その後の調査プロセスを一時延期していたが、2008 年 8 月に再開することとなったものである。本評価は、上記の総合分析「国別事業評価」、特定テーマ評価「プログラム評価」において考察・試行された手法に基づいて実施した。

1-2 評価調査の目的

本プログラム評価は、評価対象プログラムであるケニア共和国（以下、「ケニア国」と記す）「エイズ予防プログラム」の戦略的強化のための提言を抽出することを主な目的として実施されたものである。したがって、評価は戦略的プログラムの新しい定義に基づいた評価手法に沿って実施されたものであるが、評価対象プログラムは、JICA が従来型のプログラムから新しいプログラムに移行する時期に形成された点を考慮し、プログラム目標の不明確さや構成案件の一貫性の不十分さなどをもって「戦略的なプログラムではない」という短絡的な評価になることを避け、評価に際しては、基本的には従来型プログラムに近い形で形成・運営されてきた協力プログラム（特定課題に対して緩やかに関連づけられる案件群）を、「戦略的枠組み」としてのプログラムに、必要に応じて改訂していくにはどうしたらよいかとの視点に基づいた。つまり、「途上国の中長期的な開発目標の達成を支援するための戦略的枠組み」としての新しいプログラムの定義に基づいた評価を行い、評価結果をもって、プログラムをより戦略的なものとして作成・改訂・実施していくための提言を抽出することを試みた。

1-3 評価調査の対象

本評価調査は、ケニア国「エイズ予防プログラム（2005年～2010年）」を対象として実施した。評価対象期間として、2005年度～2007年度を主たる対象とする。対象プログラムの構成案件の概要は表1-1のとおりである。

表1-1 ケニア国「エイズ予防プログラム」の構成案件

	構成案件	実施期間	概要
1	エイズ対策強化プロジェクト（技プロ）	2006年7月～ 2009年6月	ケニア国民（特にリフトバレー州南部およびニャンザ州の15歳～24歳の若者）のHIV検査件数が増加することを目的として実施されている。右目標達成のための4つのアウトプットとして、HIV検査に係るモニタリングおよび評価に関する政府の機能強化、HIV/エイズ予防政策の策定および実施に係る政府の能力強化、若者を対象としたHIV/エイズの正しい知識の普及と検査の受診促進、VCTセンターおよび他の検査サイトにおける検査およびカウンセリングの質の向上が設定されている。日本側の協力総額は3億8,000万円。
2	感染症対策（エイズ検査キット）（無償資金協力）	2007年度～ 2009年度	HIV簡易検査キットを調達することにより、適切なカウンセリング・検査サービスの実施とその拡充に対応し、HIV感染者の検出とその対応（ケア・治療、感染拡大の予防）を可能にさせ、HIVの感染拡大を予防することを目的としている。2007年の協力総額は10億円。

3	ボランティア（エイズ対策関連ボランティア）	2006年度～ 2010年度	県以下における HIV 予防、特に VCT サービス提供に係る行政能力の向上、VCT サービスの拡大、コミュニティにおける予防啓発活動を通じ、特に若者層の VCT 受検者の増加をめざして活動している。また、予防啓発の一環として、HIV 感染の影響の深刻な地域での感染者への栄養、技術指導などを通じたコミュニティのエンパワーメントにも取り組んでいる。2006～2007年度にはニャンザ州と南部リフトバレー州に県事務局を中心として計 11 名が派遣された。また、2007年度には NGO に 1 名、FHI 連携のための NGO に 2 名が派遣された。しかしながら、2007 年 12 月の大統領選挙の結果をめぐる暴動、治安悪化の影響により、ニャンザ州、リフトバレー州、ウェスタン州に滞在していたエイズ対策関連隊員は一時帰国の後、4～5月に再赴任となったが、治安上の制約から再赴任先はセントラル州、イースタン州が選定された。
4	医療特別機材	2005 年度	IEC 機材（車両、音響装置、発電機、TV、ビデオ、DVD、プロジェクター、テント）をニャンザ州およびリフトバレー州に供与した。

1-4 評価手法

1-4-1 評価の枠組み

評価は、特定テーマ評価「プログラム評価」で考察・試行された、「貢献」の概念に基づく評価手法を採用した。右評価手法では、①日本側政策および相手国の開発戦略における位置づけ、②JICA プログラムの戦略性（一貫性と結果）、③相手国開発戦略への貢献、の3つの評価項目のもとで、各評価設問が設定されている（表1-2参照）が、常にこれら、すべての評価設問に沿って評価することが求められているわけではなく、プログラムに応じて設問の適用と選択を行うこととされている。

評価を実施する時期に応じて評価の重点や評価調査項目の適用は異なる¹。評価時期は、事前評価、実施中（初期や中間期）の評価、終了時に大別できる。本評価はプログラム初期～中間期段階での評価に相当するものである。したがって、評価実施の目的は、当該プログラムの戦略性強化に向けた改訂、運営管理の改善に関する提言の抽出であり、3つの評価項目のうち、「位置づけ」および「プログラムの戦略性（計画およびプロセス）」に重点を置いた。具体的には、プログラム策定時と比較して、位置づけとなる当該国の開発戦略の適切性に変化がないか、

¹ 特定テーマ評価「プログラム評価マラウイ・ベトナム教育分野」（2006年10月）、第1部「プログラム化に向けた提言」では、プログラム評価の時期による評価結果の活用目的と重点がまとめられている。

どのように進捗しているかを把握し、JICAプログラム内容のケニア国開発戦略における優先度およびその変化についても検討するとともに、プログラムを構成する個々のJICA案件が順調にプログラム目標の達成に向けて計画され、実施されているかを検証し、今後プログラムがケニア開発目標戦略への貢献に向けて効果的に実施されるための提言を抽出した。

表 1 - 2 特定テーマ評価「教育プログラム評価（フェーズⅡ）」で
考察された評価の枠組み

評価項目		評価設問
1 位置づけ	日本側政策での位置づけ	1-1-1 JICA プログラムは、日本の国別援助政策においてどのような位置づけにあるか 1-1-2 JICA プログラムは、日本の分野・課題別援助政策においてどのような位置づけにあるか
	相手国開発戦略での位置づけ	1-2-1 JICA プログラムは、当該国の開発戦略においてどのような位置づけにあるか
2 プログラムの戦略性	計画	2-1-1 JICA プログラム目標達成のためのシナリオ（案件群の構成も含む）は適切に設定されているか（プログラムの一貫性）
	結果	2-2-1 JICA プログラムを構成する個々の案件の目標はどの程度達成されたか 個々の案件の実施によってどのような成果がもたらされたか 2-2-2 JICA プログラムの目標達成の観点からプログラムを構成する JICA 案件間の連携によって、どのような成果が達成されたか 2-2-3 JICA プログラムの目標達成の観点から、個々の案件において、他援助機関との協力によってどのような成果が達成されたか 2-2-4 JICA プログラムの目標はどの程度達成されたか 2-2-5 JICA プログラムの目標達成に対し、構成案件の選択は適切であったか
	プロセス	（計画、結果の評価に際し、貢献・阻害要因の抽出のために適宜分析を行う） 2-3-1 JICA プログラムを構成する案件間では計画・実施の段階で適切に連携・調整が図られたか 2-3-2 JICA プログラムを構成する個々の案件の計画・実施に際して、他援助機関との援助協力・協調に向けて適切な取り組みが行われたか
3 開発戦略への貢献		3-1-1 JICA プログラムが位置づけられている当該国の開発戦略目標に対する指標はどのように進展したか 3-1-2 上記 3-1-1 においてもたらされた効果に対して、JICA プログラムはどのように寄与したか 3-1-3 開発戦略目標達成に対して JICA プログラムは他援助機関と協力しどのような成果を挙げたか 3-1-4 当該国の開発戦略目標達成の観点から JICA プログラムは効率的、自立発展的であったか（目標達成に向けて今後どのような協力を行うべきか）

なお、プログラム評価においては、プログラムを構成する個別案件の成果や目標達成度のレビューを行うが（表中 2-2-1）、あくまでも、個別案件がプログラムの構成案件としてプログラム目標達成にいかに関与したか（し得るか）という観点から分析を行うものであり、本評価もこうした観点に従うものである。

1 - 4 - 2 評価調査の範囲

表 1 - 3 に示す本評価調査の手順のうち、2007 年度の国内評価調査（フェーズⅠ）の調査範囲は、「①評価調査の実施方法の決定」と「②国内調査および現地調査準備」であり、2008 年度の評価調査（フェーズⅡ）の範囲は、「②国内調査および現地調査準備（フェーズⅠの内容の更新）」、「③現地調査」と「④評価調査の取りまとめ」である。

表 1 - 3 評価調査の手順と主な業務

評価調査 の手順	① 評価調査の実施 方法の決定	② 国内調査および 現地調査準備	③ 現地調査	④ 評価結果の 取りまとめ
主な業務 内容	<ul style="list-style-type: none"> ・評価対象プログラムに関する既存資料のレビュー ・「評価の枠組み」に沿った本プログラム用「評価グリッド」の作成 ・評価調査の方法表作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・文献レビューおよび国内インタビューによる評価調査のための情報収集と取りまとめ ・現地調査日程の確定 ・現地関係者へのインタビュー項目表の作成と送付 	<ul style="list-style-type: none"> ・国内調査結果の検証と追加情報の収集（インタビューとサイト訪問） ・現地調査結果の取りまとめと提言（案）の抽出（および現地 JICA 事務所への報告） 	<ul style="list-style-type: none"> ・調査結果の取りまとめと提言・教訓の抽出（報告書の作成） ・支援委員会による報告書の発表およびコメントを踏まえての最終版報告書の作成

1 - 4 - 3 評価調査の方法

(1) 調査項目

上記 1 - 4 - 1 「評価の枠組み」に基づく評価調査を円滑に実施するために、評価設問と各評価設問に答えるために必要であると思われる調査項目を明確に設定し、表 1 - 4 「評価調査の方法表」としてまとめた。

表 1 - 4 評価調査の方法表

評価項目	評価設問	調査項目	情報源
1 1-1 位置づけ 日本側政策での位置づけ	1-1-1 JICA プログラムは、日本の国別援助政策においてどのような位置づけにあるか	1. 「ケニア国エイズ予防プログラム」の把握 2. 「対ケニア国別援助計画」(外務省)の内容把握(特にJICAプログラムに関連する分野・課題に関して) 3. JICA プログラムが「対ケニア国別援助計画」のどの部分に、どの程度該当しているかの分析(整合性、位置づけ、優先度)	<ul style="list-style-type: none"> 文献調査: プログラム関連文書、プログラムを構成する個々の案件関連文書、国別援助計画
	1-1-2 JICA プログラムは、日本の分野・課題別援助政策においてどのような位置づけにあるか	<ol style="list-style-type: none"> 「ケニア国エイズ予防プログラム」が HIV/エイズ分野の日本の援助政策(「保健と開発に関するイニシアティブ」、対アフリカ感染症行動計画(外務省)等)と整合性があるかを確認 「ケニア国エイズ予防プログラム」が JICA の地域別政策としての「アフリカ地域事業実施方針」と整合しているかを確認 「ケニア国エイズ予防プログラム」が JICA 「課題別指針(開発課題に対する効果的アプローチ: HIV/AIDS 対策)のどの部分にどの程度該当しているか(整合性と位置づけ)を分析 「ケニア国エイズ予防プログラム」が JICA 「対ケニア国別事業実施計画」の重点分野のどの部分にどの程度合致しているか(整合性、位置づけ、優先度)を分析 	<ul style="list-style-type: none"> 文献調査: 「保健と開発に関するイニシアティブ」、「対アフリカ感染症行動計画(外務省)」、JICA 「対ケニア国別事業実施計画」、JICA 「課題別指針」、JICA 「アフリカ地域事業実施方針」
1-2 相手国開発戦略での位置づけ	1-2-1 JICA プログラムは、当該国の開発戦略においてどのような位置づけにあるか	<ol style="list-style-type: none"> ケニアの主要開発戦略と、そのための行動計画や予算案の有無と内容の確認 (「ケニアの各開発戦略の関係概図」の策定を通じて)位置づけとなるケニアの開発戦略を選定 選定した開発戦略の適切性(特に、優先目標・課題が明確であるか、その優先順位の設け方は、ケニアの状況や国際的な合意を踏まえた上で適切であるか、(可能であれば)資金・人材面の優先的配分と実施可能性は適切に考慮されているか等)の把握(但し、詳細なセクター分析にまでは踏み込まない) 選定した開発戦略の「目標体系図(結果のフレームワーク)」の作成 作成した「目標体系図」に照らし合わせての、JICA プログラム支援分野の優先度・戦略性(課題的視点、他援助機関の実施状況(「援助マップ」の作成)、日本の経験や比較優位等)の分析 	<ul style="list-style-type: none"> 文献調査: ケニアの開発戦略文書 (Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan, The Second National Health Sector Strategic Plan of Kenya, Kenya National Strategy for VCT Scale-up, National Poverty Eradication Plan, Poverty Reduction Strategy Paper 等)、プログラム関連文書、プログラムを構成する個々の案件関連文書 インタビュー(必要に応じて): 各案件の関係者、政府関係者、他援助機関担当者

2 プログラムの戦略性	2-1 計画	2-1-1 JICA プログラムの目標達成のためのシナリオは適切に設定されているか	以下の3つの視点から JICA プログラムのプログラム目標達成に至る論理構成の適切性を分析 1. JICA プログラムの目標達成に向けた、プログラム構成(プログラム実施期間、案件の組み合わせ、各案件の目標とプログラム目標との関係等)の適切性 2. 横のシナリオ (= 案件間での連携シナリオ) の適切性 3. 縦のシナリオ (= JICA プログラム目標達成に向けたスケールアップ戦略) の適切性	<ul style="list-style-type: none"> 文献調査: プログラム計画、各案件の関連文書等 インタビュアー: 各案件の関係者、JICA 事務所
	2-2 結果 (JICA プログラム内で目標達成の度や連携について確認を行う評価設定)	2-2-1 JICA プログラムを構成する個々の案件の目標はどの程度達成されたか、個々の案件の実施によってどのような成果がもたらされたか	1. JICA プログラムを構成する案件の目標およびアウトプットの達成状況の確認 2. プログラムを構成する各案件につき、現段階で既に成果が認められる場合は、そうした成果のプログラム目標達成への寄与 (の可能性) について分析する。(注: 無償資金協力、医療特別機材、ボランティアは個別案件としての評価は行わず、他案件との連携による相乗効果発現の観点から(2-2-2 において) プログラム目標達成にどのように寄与するかを分析する。	<ul style="list-style-type: none"> 文献調査: 各案件の関連文書 インタビュアー: 各案件の関係者、政府関係者、(必要かつ可能であれば) 案件の受益者
		2-2-2 JICA プログラムの目標達成の観点から、プログラムを構成する JICA 案件間の連携によって、どのような成果が達成されたか	1. JICA プログラムを構成する個々の案件間での連携の有無及び形態の確認 2. 連携がある案件については、連携のしくみ (プログラム全体を統括する人材の有無、定期的な情報交換など) を把握 3. 連携による正・負の相乗効果の分析	<ul style="list-style-type: none"> 文献調査: 各案件の関連文書 インタビュアー: 各案件の関係者、政府関係者
		2-2-3 JICA プログラムの目標達成の観点から、個々の案件において、他援助機関との協力によってどのような成果が達成されたか	1. JICA プログラムを構成する各案件と他援助機関との協力の有無の確認 2. 援助協力がみられる案件については、方法 (重複を避けるための工夫、成果の規模や持続性を向上するための工夫、類似案件を支援した他援助機関の教訓の適用等) の確認 3. 他援助機関との協力による正・負の相乗効果の分析	<ul style="list-style-type: none"> 文献調査: 構成案件関連文書 インタビュアー: 各案件の関係者、他援助機関担当者、政府関係者
		2-2-4 JICA プログラムの目標はどの程度達成されたか	N/A (JICA プログラム実施の初期～中間期段階であることから、プログラムとして目標達成を図る段階ではないと判断される。)	
		2-2-5 (想定されていた案件組み合わせの代替案があった場合) JICA プログラムの目標達成に對し、構成案件の選択は適切であったか	N/A	

2-3 プロセス (計画、結果 の評価に際 し、貢献・阻 害要因の抽 出のために 適宜分析を 行う)	2-3-1 JICA プログラムを 構成する案件間では計 画・実施の段階で適切に 連携・調整が図られたか 2-3-2 JICA プログラムを 構成する個々の案件の計 画・実施に際して、他援 助機関との援助協力・協 調に向けて適切な取り組 みが行われたか	1. 計画時あるいは実施時に行なわれた、JICA プログラムを構成する案件間の連 携・調整の方法について、それらの適切性を分析 2. 連携に際しての阻害要因・貢献要因があれば抽出 1. 2-2-3 を踏まえ、案件の計画・実施段階における他援助機関との協力に向けた 情報交換や協議、調整の有無、あった場合にはその方法の把握 2. 2-2-3 を踏まえ、その結果に対する援助協力に関する阻害要因・貢献要因の分 析	・ 文献調査：各案件関連文書 ・ インタビュー：各案件関係 者、政府関係者等 ・ 文献調査：各案件関連文書 ・ インタビュー：各案件関係 者、他援助機関担当者、政 府関係者
3 開発戦略への貢献 (上記の評価設問 「2-2 結果」では JICA プログラム内 の分析であるのに 対し、「3. 開発戦 略への貢献」では当 該国開発戦略にお ける分析、JICA プ ログラムより上の レベルでの分析を 行う	3-1-1 JICA プログラムが 位置づけられている当該 国の開発戦略の目標に対 する指標はどのように進 展したか 3-1-2 上記 3-1-1 におい てもたらされた効果に対 して、JICA プログラムは どのように寄与したか 3-1-3 開発戦略目標達成 に対して JICA プログラ ムは他援助機関と協力し どのような成果を挙げた か 3-1-4 当該国の開発戦略 目標達成の観点から JICA プログラムは効率 的、自立発展的であつた か	1. JICA プログラムが位置づけられているケニア開発戦略の目標における主要指 標の推移を整理 2. 指標の推移に照らし合わせて、JICA プログラムの支援分野におけるニーズに 変更がないか確認 N/A (JICA プログラム実施の初期～中間期段階であることから、当該国の指標の変化に寄与するレベルの結果は発現 していないと判断される。) N/A N/A	・ 文献調査：ケニアの統計資 料、プログラム・各案件関 連文書、ベースライン調査 を含む各種調査結果

(2) 情報収集方法

本評価調査の情報収集は主に以下に示す2つの方法で行った。

1) 文献調査

評価対象プログラムや構成案件に関する各種報告書および当該国開発戦略関係文書等を収集・分析した。参考文献については付属資料2を参照されたい。

2) インタビュー

JICA 本部関係者、JICA ケニア事務所関係者、プログラム関係者、ケニア政府、援助機関等への聞き取りを行った。主要面談者については付属資料1を参照されたい。

1-4-4 評価グリッド

評価に先立ち、「評価の枠組み」に沿って評価グリッド（表1-5）をまとめた。

表1-5 本評価調査のための評価グリッド

評価項目	評価設問		調査項目	情報源
	大項目	小項目		
プログラムの位置づけ	1-1 日本国政府における位置づけ	1-1-1 JICAプログラムは日本の国際援助政策においてどのような位置づけにあるか。	評価対象となるケニア国エイズ予防プログラムの内容(目標、指導設定、構成案件等)の記述。JICAプログラムの内容と「ケニア国際援助計画(外務省)」との整合性及び位置づけ(どの部分にどの程度合致しているか)。	文献調査(ケニア国保健計画、JICA国際事業計画、プログラム構成案件関連文書)
		1-1-2 JICAプログラムは日本の経路別援助政策においてどのような位置づけにあるか。	1-1-2 JICAプログラムは、当該国の開発戦略においてどのような位置づけにあるか。	JICAプログラムの内容とJICAの援助政策(分野別・課題別の整合性及び位置づけ)との程度合致しているか。JICAプログラムの内容とJICAの援助政策(分野別・課題別の整合性及び位置づけ)となる開発戦略の選択。ケニアの主要開発戦略のレビューとも開発戦略間の関係の把握、および位置づけとなる開発戦略の記述。位置づけとして選択したケニア開発戦略とJICAプログラムの内容との整合性。位置づけとして選択したケニア開発戦略に基づき作成した目標体系図(プログラム・ツリー)上で、JICAプログラムの位置づけ。JICAプログラムの介入分野のJICA開発戦略における優先度の関係(分野別等)。日本の比較優位性/過去の経験や他援助機関の活動状況と照らし合わせて、JICAプログラムの介入分野選択の適切性、戦略性。
プログラムの戦略性	2-1 計画	2-1-1 JICAプログラム目標達成のためのシナリオは、訓練構成上適切なものであるか。	2-1-1 JICAプログラム完成(構成)の背景の理解(目標レベル・範囲の把握、セクターの特定、セクター内における詳細の特定、地域の特長、目標指標の算定、プログラム期間とケニア開発戦略へのアライメント)。	文献調査(位置づけとするケニア開発戦略)に基づいて作成した目標体系図、プログラム概念図やプログラム・トリックス)。 インタビュー(JICA関係者、プログラム構成案件の関係者)
		2-1-2 JICAプログラム目標達成のためのシナリオは、訓練構成上適切なものであるか。	2-1-2 JICAプログラムを構成する個々の案件目標は、訓練構成上適切なものであるか。	文献調査(JICAプログラムを構成する案件関連文書等)。 インタビュー(案件関係者、政府関係者)
プログラムの戦略性	2-2 結果	2-2-1 JICAプログラム目標達成の観点から、プログラムを構成する案件目標によってどのような成果が達成されたか。	JICAプログラムを構成する個々の案件目標(特に、案件の目標達成がプログラム目標達成に繋がるために必要とされる、案件の自立発展性の算定・強化に向けた取り組み)の達成。	文献調査(JICAプログラムを構成する案件関連文書等)。 インタビュー(案件関係者、政府関係者)
		2-2-2 JICAプログラムの目標達成の観点から、個々の案件目標において、他援助機関との協力によってどのような成果が達成されたか。	2-2-2 JICAプログラムの目標達成の観点から、個々の案件目標において、他援助機関との協力によって、JICAプログラム目標を達成する可能性。他援助機関との協力によって、JICAプログラムの目標達成の可能性を高めるための連携シナリオの改訂案(「1」欄書)として抽出)。	文献調査(JICAプログラムを構成する案件関連文書等)。 現地インタビュー(案件関係者、他援助機関関係者)
プログラムの戦略性	2-3 プロセス	2-3-1 JICAプログラムの目標達成の見込みはどれほどであるか。	2-3-1 JICAプログラムの目標達成の見込みはどれほどであるか。	文献調査(JICAプログラムを構成する案件関連文書)。 インタビュー(JICA関係者、案件関係者、O/Ps)
		2-3-2 JICAプログラムを構成する案件間では、計画・実施段階において、適切に調整・連携が図られたか。	2-3-2 JICAプログラムを構成する個々の案件の計画・実施に際して、他援助機関との事前協力がもたらした適切な取り組みが行われたか。	文献調査(JICAプログラムを構成する案件関連文書)。 インタビュー(JICA関係者、案件関係者、他援助機関関係者)
相手国開発戦略に対するJICAプログラムの貢献		3-1-1 位置づけとなるケニア開発戦略目標における主要指標の達成に照らし合わせて、JICAプログラムの介入分野におけるニーズに変更はないか。	3-1-1 位置づけとなるケニア開発戦略の主要指標の推移。他援助機関との協力によって、位置づけとするケニア開発戦略達成への、JICAプログラムの貢献度を高めるための具体策(「1」欄書)として抽出)。	文献調査(保健省資料等)
		3-1-2 プログラム目標達成の見込みを踏まえた、JICAプログラムのケニア開発戦略目標達成への貢献度はどれほどであるか。	3-1-2 ケニアの開発戦略目標に対して、JICAプログラムは他援助機関と協力してどのような成果をもたらしたか。	文献調査(JICAプログラムを構成する案件関連文書、他援助機関プロジェクト文書)。 現地インタビュー(案件関係者、政府関係者、他援助機関関係者)
		3-1-3 ケニアの開発戦略目標の観点から、JICAプログラムは他援助機関と協力してどのような成果をもたらしたか。	3-1-3 ケニアの開発戦略目標の観点から、JICAプログラムの貢献度を高めるための具体策(「1」欄書)として抽出)。	文献調査(保健省資料等)
		3-1-4 ケニアの開発戦略目標の観点から、JICAプログラムは他援助機関と協力してどのような成果をもたらしたか。	3-1-4 ケニアの開発戦略目標の観点から、JICAプログラムの貢献度を高めるための具体策(「1」欄書)として抽出)。	文献調査(保健省資料等)

1-5 評価調査の実施体制

本評価では、JICA アフリカ部を主管とし、JICA ケニア事務所、JICA 関係部署（人間開発部、無償資金協力部、青年海外協力隊事務局、企画・調整部）、有識者、コンサルタントからなる評価検討会を設置した。同検討会での議論を反映させて報告書を作成した。

表 1-6 評価検討会メンバー

所 属	氏 名
JICA	
<アフリカ部> 東部アフリカチームチーム長 東部アフリカチーム職員 中西部アフリカチームジュニア専門員 <ケニア事務所> 次長 所員 所員 フィールド調整員 <人間開発部> 第四グループ（保健2） 感染症対策チーム職員 第四グループ（保健2） 感染症対策チーム職員 <無償資金協力部> 業務第二グループ（教育・保健）保健医療チーム職員 <青年海外協力隊事務局> 海外第二グループアフリカチーム職員 アフリカ課職員 <企画・調整部（2008年度より評価室準備室）> 事業評価グループ長（フェーズⅠ） 事業評価グループテーマ別評価チーム主査（フェーズⅠ） 事業評価グループジュニア専門員（フェーズⅠ） 評価準備室次長（フェーズⅡ） 事業評価第1課兼第二課主査（フェーズⅡ） 事業評価第1課兼第二課職員（フェーズⅡ）	神 公明 松岡 秀明 三宅 公洋 河澄 恭輔 瀧本 康平 近藤 碧 千葉 暁子 伊藤 亜紀子 牧本 小枝 定本 ゆとり 浅野 誠三郎 都竹 良美 三浦 和紀 田中 章久 阿部 久美子 杉本 充邦 佐藤 知子 小林 知樹
有識者	
国立国際医療センター	仲佐 保
コンサルタント	
グローバルリンクマネジメント株式会社（フェーズⅠ&Ⅱ）	喜多 桂子（評価分析Ⅰ）
有限会社ジェイテック（フェーズⅠ）	濤崎 謹治（評価分析Ⅱ）
グローバルリンクマネジメント株式会社（フェーズⅡ）	山本 佳恵（評価分析Ⅱ）

本評価調査は、2つのフェーズに分かれる。フェーズⅠは、2007年11月から2008年1月の国内評価調査であり、フェーズⅡは国内調査、現地調査、整理期間からなる。

	2007～2008年				
	11月	12月	1月	8月	9月
国内調査・作業	フェーズⅠ国内調査			フェーズⅡ	
現地調査				8/24～9/5	
検討委員会	◆第1回		◆第2回	◆第3回	◆第4回

図1-2 評価調査の全工程

第2章 HIV/エイズ対策分野における国際的潮流と日本の援助政策

2-1 国連ミレニアムサミット以降の HIV/エイズ対策分野における国際的潮流

2-1-1 国連ミレニアムサミット以降の HIV/エイズ対策分野の取り組みと課題

2000年9月にニューヨークで開催された国連ミレニアムサミットに参加した189の加盟国代表は、21世紀に国際社会が取り組むべき目標として「ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）」を採択した。ミレニアム宣言は、平和と安全、開発と貧困、環境、人権とグッドガバナンス（良い政治）、アフリカの特別なニーズを課題として掲げ、21世紀の国連の役割に関する明確な方向性を提示したものである。

このミレニアム宣言と1990年代に開催された主要な国際社会、サミットで採択された国際開発目標を統合し、1つの共通の枠組みとしてまとめられたものが「ミレニアム開発目標」である。「ミレニアム開発目標」には、2015年までに国際社会が達成すべき8つの目標と18のターゲット、48の指標が設定されている。保健関連のミレニアム目標と指標（目標4～6のターゲット5、6、7、8）のうち、エイズ関連のミレニアム目標は目標6である（表2-1 網掛け部分）。

表2-1 保健関連ミレニアム目標と指標

目標とターゲット	指標
目標4：幼児死亡率の削減	
ターゲット5： 2015年までに5歳未満児死亡率を3分の2減少させる。	13. 5歳未満児の死亡率 14. 乳幼児死亡率 15. はしかの予防接種を受けた1歳未満児の割合
目標5：妊産婦の健康の改善	
ターゲット6： 2015年までに妊産婦死亡率を4分の3減少させる。	16. 妊産婦死亡率 17. 医療従事者の立会いによる出産の割合
目標6：HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延予防	
ターゲット7： 2015年までにHIV/エイズの蔓延を阻止し、その後減少させる。	18. 15歳～24歳の妊婦のHIV感染率 19. 避妊具普及率 20. HIV/エイズ孤児の子どもの数
ターゲット8： 2015年までにマラリアおよびその他の疾病の発生を阻止し、その後発生率を下げる。	21. マラリア有病率およびマラリアに死亡率 22. マラリアに感染しやすい地域において、有効なマラリア予防および治療治療を受けている人々の割合 23. 結核の有病率および結核による死亡率 24. 結核と診断された患者のうち、DOTS（短期科学治療法を用いた直接監視下治療）によって完治された患者の割合

MDGsの採択に従い、2001年6月の「国連 HIV/エイズ特別総会」で HIV/エイズ問題は経済・社会発展、人間の生命・尊厳、人権の享受等を阻害するグローバル問題として認識され、表2-2に示す到達年次を含めた HIV/エイズ対策指針を策定した。次いで、2006年5月に開催された国連 HIV/エイズ特別総会では、「2010年までに誰もがが必要な予防・治療・ケアを受けられるようにめざす」という目標を掲げた政治宣言が採択され、その目標達成に年間220億ドルを超える HIV/エイズ対策資金が必要であり、更なる国際協力の必要性が指摘された。宣言は、約4,000万人の HIV/エイズ感染者の95%が開発途上国の住民であり、特にサブサハラアフリカ諸国の状況は深刻で、一層の HIV/エイズ対策の強化の必要性を指摘した上で、表2-3に示す新たな目標を設定した。

表2-2 国連 HIV/エイズ特別総会（2001年6月）で策定された HIV/エイズ対策指針

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ① HIV/エイズ治療薬を開発途上国でも使用可能にする。 ② 15歳～24歳の HIV/エイズ感染率を深刻な国は2005年までに、全世界で2010年までに25%減少させる。 ③ HIV/エイズ予防知識を2005年までに15歳～24歳の90%、2010年までに95%まで普及させる。 ④ 母子感染を2005年までに20%、2010年までに半減させること、5年後の2006年に達成状況を点検し、更なる HIV/エイズ対策の強化を図る。 |
|--|

表2-3 国連 HIV/エイズ特別総会（2006年5月）で新たに設定された HIV/エイズ対策目標

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 女性の権利を向上させる。 ② 若者に対する予防・啓発活動の更なる強化を図る。 ③ 母子感染対策の更なる強化を図る。 ④ 2008年および2011年に包括的な再点検作業を実施する。 |
|--|

こうした「国連 HIV/エイズ特別総会（2001年6月）」の動きに連動し、WHOは2003年12月に「3X5 グローバルプラン」を発表した。これは2005年までに300万人が抗レトロウィルス治療（ART）を受けられるようにする包括的国際戦略である。この目標を達成するためには、多額の資金とリソースが必要であり、世界エイズ・結核・マラリア基金（GFATM）経由での資金調達を軸に多様なステークホルダーとの連携でリソースの活用を図り、目標の達成をめざすとしている。また、予防対策は HIV/エイズの拡大を防ぎ、ART対象者数を減少させ、資金負担を軽減させることになるとの観点から、ART拡大と平行して新たな感染者を阻止する予防対策の更なる促進が必要であるとしている。

一方、国連エイズ合同計画（UNAIDS）は2004年、HIV/エイズ対策の強化と資金有効活用を目的とした戦略、「スリーワズ原則」を提唱した。「スリーワズ原則」とは、全パートナーの活動を調整する基本としての1つの国家行動枠組み、広範な部門から権限委譲を受けた1つの国家 HIV/エイズ調整機構および1つの国レベルのモニタリング・評価システムによる取り組みを示すものである。これ以降、ほとんどの開発途上国がこの原則の下に、HIV/エイズ対策を実施している。

近年、国際社会は感染拡大の高い開発途上国の多くの国に対して、HIV/エイズプログラムを促進・拡大するための政策決定と調整機関の設置、中央政府から下部組織、コミュニティの組織強化、HIV/エイズプログラムの円滑な遂行、ステークホルダーのプログラムへの積極的な参加を支援している。HIV/エイズ問題は経済・労働・社会問題とも密接に係ることから、セクター横断的アプローチ（SWAPs）に向けた動きが促進されており、HIV/エイズプログラムへの支出は2003年から顕著に増加している。また、政府主導の対策とは別に、NGOやFBO等による草の根レベルでの展開が活発化しており、特に、予防・ケア・VCT（自発的カウンセリングおよび検査）・ART（抗レトロウイルス治療）プログラムの実施によって効果を上げている。南部アフリカ地域（南ア、ボツワナ等）では草の根レベルでのプロジェクトがHIV/エイズ対策の中心を担っている国もある²が、HIV/エイズ感染拡大の規模にも速さにも見合ったものではない。今後は、こうした草の根レベルの活動と行政との相互補完によって、開発途上国の保健医療体制の強化を図るとともに若年層（特に女性）に対するHIV/エイズ予防・啓発活動をより強化し、HIV/エイズの基礎知識を高め、行動変容を促進すること、VCTサービスの更なる拡充、母子感染予防サービスの強化を推進することでHIV/エイズの拡大を阻止する必要がある³。

これまで各国政府や国際機関等は様々なHIV/エイズ政策、プログラムを実施してきたが、感染拡大を阻止するまでに至っていないのが現状である。UNAIDSの報告によれば、2004年末でのHIV/エイズ感染者数は3,940万人であり、1年間で490万人の新たな感染者数があり、310万人のHIV/エイズ患者が死亡している。サブサハラアフリカ諸国においてはHIV/エイズ感染者数は2,540万人にもものぼり、新たな感染者数310万人、死亡者数230万人と高い割合を占めている。東アフリカ数カ国の都市部で良い兆候が見られるものの弱まる兆しは見受けられない。同時に、サブサハラアフリカ諸国間での格差も見受けられる⁴。一方、新興感染拡大国として、中国・インド・ロシアにおいて感染が拡大しており、従来の性的感染よりも輸血、薬物注射等による感染が多い⁵。こうした国における感染の割合はまだ微々たるものであるが、拡大の速度等を考慮すれば早急な対策が必要である。

2-1-2 HIV/エイズプログラム実施のための資金調達メカニズム

HIV/エイズプログラムを遂行するための資金調達メカニズムとしては、2001年6月国連エイズ特別総会を踏まえ、同年7月のイタリア・ジェノバサミットの共同声明で世界エイズ保健基金⁶の設立と8カ国による総額13億ドルの拠出が発表された他、2003年1月には、米国のブッシュ大統領によって、感染拡大の深刻なアフリカとカリブ海地域の14カ国⁷を対象とした5年間に150億ドルを支援する「大統領HIV/エイズ救済緊急計画」が発表された。

こうした資金調達メカニズムのうち、以下では、「世界エイズ・結核・マラリア基金」と二国間援助の「米国大統領エイズ救済緊急計画」について概観する。

² 具体的な国は南アフリカ、レソト、スワジランド、ボツワナ等である。出典は2006年AIDS Epidemic Updateおよび2005年1月の医療特別機材の評価調査の現地調査に基づく。

³ 2006年AIDS Epidemic Updateおよび2005年1月の医療特別機材の評価調査の現地調査に基づく。

⁴ AIDS Epidemic Update 2003, 2004, 2006 (UNAIDS)

⁵ AIDS Epidemic Update (2003, 2004, 2006年)

⁶ 後に、世界エイズ・結核・マラリア基金と改称

⁷ 2004年6月にベトナムが追加され、15カ国となる。

(1) 世界エイズ・結核・マラリア基金 (GFATM)

世界エイズ・結核・マラリア基金 (GFATM) は、2001 年 6 月の国連エイズ特別総会、同年 7 月のジェノバサミットの共同宣言の趣旨に基づいて 2002 年 1 月に設立された。WHO と世界銀行のサポートの下に運営されているが、スイス国内法に基づいた独立機関であり、本部をジュネーブに置いている。最高意思決定機関である理事会は資金拠出援助国 7 名、開発途上国 (WHO の地域区分に従った地域別) 7 名、民間セクター (NGO、感染者、民間基金、企業等) 5 名、計 19 名の理事により構成されている。この理事会の下に実務を執行する事務局と個別テーマを取り扱う委員会⁸が設置されている。各国ごとに政府、援助機関、市民・民間セクター等のステークホルダーによって構成される国別調整機関 (CCM) が設置され、新たな案件の申請、完了および実施中の案件の報告を行っている。多くの場合、CCM は各国に設置されている HIV/エイズプログラムの政策決定・調整機関と連携する形で設置されている。様々な状況により CCM の活用が困難な場合には実際に活動している NGO や FBO などによる直接の申請にも応じている。

GFATM の援助状況を見ると、2001 年～2006 年で総額約 88 億ドルの協力資金が拠出され、2010 年まで総額約 154 億ドルの資金の拠出がプレッジされている。最大の援助国は米国で 30 億ドル、次いでフランスの 25 億ドル、英国 14 億ドル、イタリア 13.8 億ドル、ドイツ 13 億ドル、EC 12 億ドルなどで日本は 8.5 億ドルとなっている。案件の承認は 2006 年 11 月時点で 136 カ国、451 件、総額約 87 億ドルにも及んでいる。図 2-1 は、GFATM による承認案件の内訳を感染症別、資金使途別、地域別、所得分類別、資金受給者別に表わしたものである。これによれば、HIV/エイズ対策への資金供与は 3 大感染症の中で最多で全体の 58% を占め、地域別ではサブサハラアフリカへの供与が最も多い。

⁸ 運営の一部を WHO が、基金の管理を世界銀行が受託している。

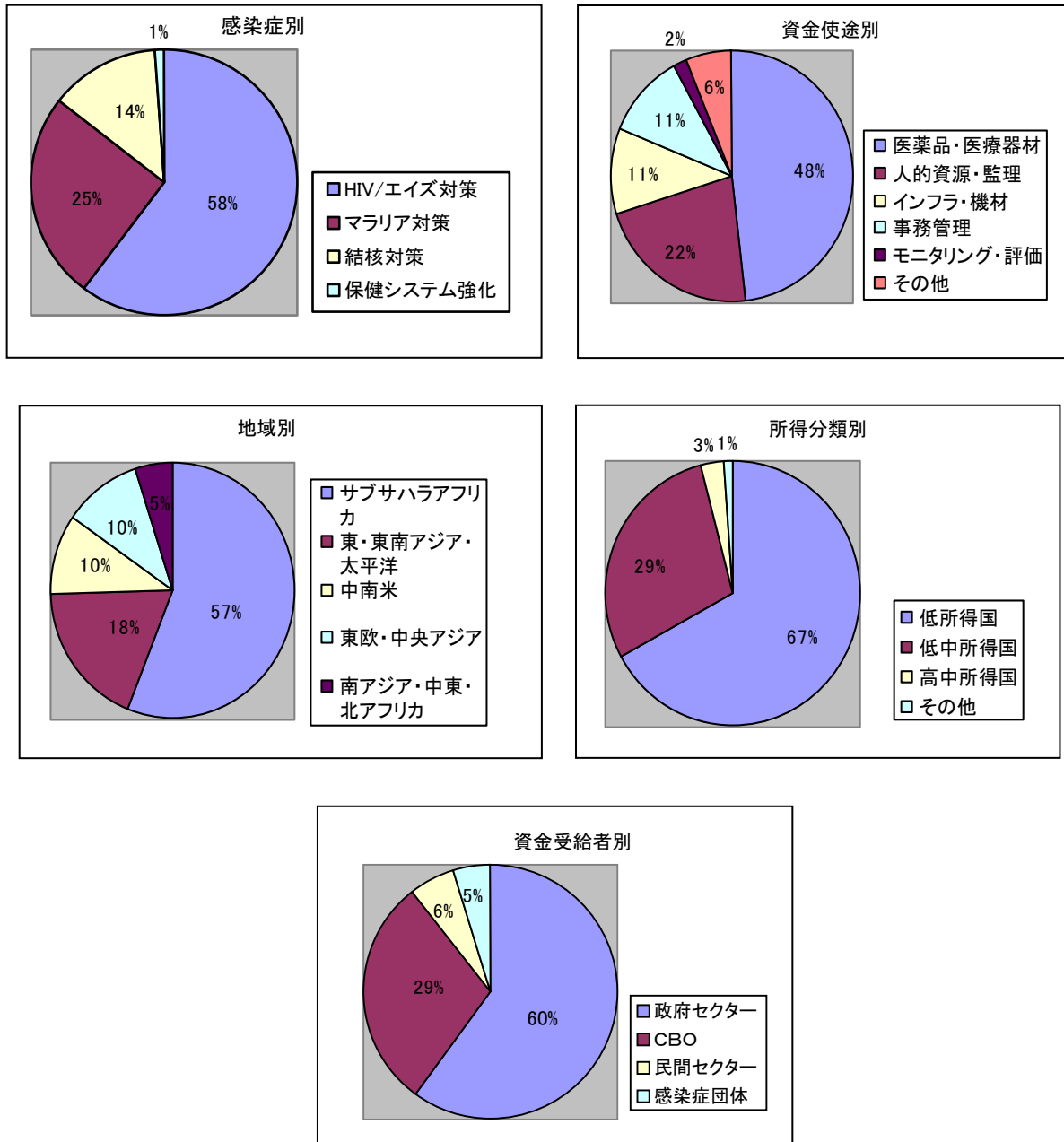


図 2 - 1 GFATM による承認案件の内訳 (2006 年 11 月現在)

GFATM による HIV/エイズ対策への支援は多岐にわたっており、その援助実績を見ると、ART 77 万人、VCT サービス 940 万人、4 億 2,000 万個のコンドームの配布が実施されるなど、その役割は重要である。一方、資金設立から 5 年しか経過しておらず、十分な実績に乏しい部分もある。GFATM が資金供給メカニズムの中心として位置づけられるには、申請・承認実績を更に積み上げるとともに資金調達、基金の安定・継続を確固たるものにしなければならない。

(2) 米国大統領 HIV/エイズ救済緊急計画 (PEPFAR)

米国は HIV/エイズ分野で最大の援助国であり、これまで USAID を中心に、CDC、NIH 等が世界各地で数多くの案件を展開してきた。2003 年 1 月にブッシュ大統領が発表した、今後 5 年間で総額 150 億ドルという援助額は、それまでのプレッジ額を 3 倍に増やすものである。「米国 HIV/エイズ救済緊急計画」の達成目標としては、2008 年までに 700 万人の新しい感染予防の達成、200 万人に対する抗レトロウイルス治療 (ART) の実施、1,000 万人の感染者および HIV/エイズ孤児に対するケア・サポートの提供が掲げられている。特に治療に重点が置かれて、資金内訳は、ART 55%、予防 20%、ケア・サポート 15%、HIV/エイズ孤児対策 10%となっている。支援総額 150 億ドルのうち、10 億ドルは GFATM への拠出資金とされた (2 億ドル×5 年)。援助対象国は感染拡大の深刻なサブサハラアフリカの 12 カ国 (コートジボワール、ナイジェリア、エチオピア、ケニア、ウガンダ、タンザニア、ルワンダ、ザンビア、モザンビーク、ナミビア、ボツワナ、南アフリカ) とカリブ海地域 2 カ国 (ガイアナ、ハイチ) の 14 カ国であったが、後にベトナムを加えて 15 カ国となった。

PEPFAR の履行に際し、大統領が指名し、議会が承認するグローバルエイズ調整官 (US Global AIDS Coordinator) の部署が国務省内に新設された。グローバルエイズ調整官は米国が実施するあらゆる HIV/エイズ分野の対外援助の監督責務を負い、援助関連機関⁹や省庁間の調整機能を担い、PEPFAR 履行の資金口座を管理し、各業務の報告義務を国務長官に負うものとされている。

PEPFAR は、HIV/エイズ関連のすべてのプログラムを対象として支援を行っており、ウガンダの「ネットワーク・アプローチ」を基本モデルとしてプログラムを推進している¹⁰。これは、中央政府—州—県—地域の各々のレベルで核となる医療施設を設定し、周辺医療施設をサテライト施設としてネットワークを構築し、HIV/エイズプログラムを包括的に実施することでより大きな効果を上げようとするアプローチであり、医療施設のない地方農村地域についてはモバイルクリニックやモバイル VCT でカバーすることで中央都市部から末端の農村部まで全国展開が可能であるとしている。こうした試みにより、PEPFAR は 2007 年 9 月時点において、1,000 万人の PMTCT、80 万人の妊婦への ARV 投与、15 万 2,000 人の乳幼児の感染予防、144 万 5,500 人に対する ART、6,700 万人に対するケア、3,000 万人に対する VCT (自発的カウンセリングおよび検査) を実施している¹¹。

他方、当該機関の問題点として、二国間援助であることから外交ツールとして利用される側面もあり、政治状況によっては国益に基づく米国の恣意性が介在する余地が大きく、真に援助が必要な国が援助を受けられなくなる可能性があることが挙げられる。また、抗レトロウイルス治療薬 (ARV) の問題として、米国は FDA 基準の ARV の適用を求めているが、FDA 基準を適用すれば、必然的に高価な ARV を購入せざるを得なくなることから、開発途上国のプロジェクトでは WHO の品質テストをクリアにしたインド製 ARV が広く使用されているという現状がある。プログラムの拡大・促進のためには安価な ARV が必要であり、他の援助機関との調整が不可欠となっている。

⁹ PEPFAR プログラムに係る USAID、NGO、CBO、FBO

¹⁰ エイズ政策の転換とアフリカ諸国の現状—包括的アプローチに向けて— (アジア経済研究所)、2005 年

¹¹ 「エイズ政策の転換とアフリカ諸国の現状—包括的アプローチに向けて—」 (2005 年 3 月、アジア経済研究所)

2-2 HIV/エイズ対策分野における日本の援助政策

2-2-1 日本の HIV/エイズ対策に関する方針

日本政府は、国際情勢の激変や国際社会の新たな開発課題に対応するために 2003 年 8 月に政府開発援助大綱（ODA 大綱）を改定し、政府開発援助の基本方針とした。MDGs 以後に改定された新 ODA 大綱には MDGs についての具体的な言及はない¹²が、その基本方針のうち、「人間の安全保障」は保健関連 MDGs に繋がるものである。保健医療に対する支援は、新 ODA 大綱の 4 つの重要課題（貧困削減、持続的成長、地球的規模の問題への取り組み、平和の構築）のうち、「貧困削減」の一環として位置づけられている。HIV/エイズについては、保健医療のみの問題として捉えるのではなく、地球的規模の問題であり、経済・社会・労働・教育・ジェンダー等を含めた問題としてセクター横断的な対策が必要であることが謳われている。さらに、ODA 中期政策では、MDGs の達成や地球規模の開発課題への貢献を国際社会と協調して効果的に実施するとしている。

こうした日本の上位計画は、2003 年の第 3 回アフリカ開発会議（TICADⅢ）での HIV/エイズ対策強化に関する声明や、「保健と開発に関するイニシアティブ」（2005 年 12 月）等に反映されている。前者については、2005 年のアジア・アフリカ会議と G8 サミットでアフリカに対する ODA を今後 3 年間で倍増すること、保健分野での MDGs 達成に向けた協力に対するさらなる拡充を行うこと、HIV/エイズを含んだ緊急課題である感染症対策に対して「人間の安全保障」の視点で取り組むことが表明されている。後者については、保健関連 MDGs 達成に向けた取り組みとして 5 年間で 50 億ドルの支援が発表され、具体的な取り組みとして、保健医療体制の整備基盤に関する支援の他、HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の予防（MDGs の目標 6）が明記されている。さらに、「保健と開発に関するイニシアティブ」を受けて、2006 年 5 月には行動計画「対アフリカ感染症行動計画」が発表され、HIV/エイズ対策として、ボランティアによる予防啓発活動等の支援、アフリカ 4 カ国への HIV/エイズ検査関連機材の供与、メディアを通じたエイズ予防教育の実施、VCT の強化等の具体的な対策が示された。

2008 年の第 4 回アフリカ開発会議（TICADⅣ）の横浜行動計画においても、感染症対策の一つとして、HIV/エイズ対策に関する政府の対応強化と、予防を優先課題とすることが盛り込まれており、また、教育分野においても HIV/エイズ予防に係る知見の強化が挙げられている。

以下では、「保健と開発に関するイニシアティブ」と、これに繋がるイニシアティブである「沖縄感染症対策イニシアティブ」に反映された日本の HIV/エイズ対策に関する方針を概観する。

（1）「沖縄感染症対策イニシアティブ（IDI）」にみる HIV/エイズ対策方針

日本は 2000 年 7 月、九州・沖縄サミットで開発途上国の感染症問題を主要議題の 1 つとして取り上げ、HIV/エイズ、結核、マラリア、ポリオ、寄生虫症とその他の感染症への対策のために 2000 年 7 月～2005 年 3 月の 5 年間で 30 億ドルを越える支援を発表した。感染症対策の方針として、①途上国の主体的取り組み（オーナーシップ）強化、②人材育成、③市民社会組織・援助国・国際機関との連携、④南南協力、⑤研究活動の促進、⑥コミュニティレベルでの公衆衛生の推進、が挙げられている。重要な点として、感染症は保健分

¹² 新 ODA 大綱の策定時には MDGs に関する言及についての議論は行われたが、日本の援助が長期的にめざす上位政策に 2015 年を達成期限とする目標を盛り込むことの適切性の観点から具体的な言及はせず、共通する開発目標という範疇での言及にとどめられている。（保健関連 MDGs 達成に向けた日本の取り組み評価に関する法告書 2005 年 3 月、P103）

野のみの問題ではなく貧困問題とも関連した課題であり、セクター横断的なアプローチが必要であること、また、対策を効果的に実施するには国際社会や国家間の連携だけではなく、CBO・FBO等の地域レベルでの活動が不可欠であることが認識されていることが挙げられる。こうした方針の下、HIV/エイズ対策の具体的支援への取り組みとして、①避妊具や安全な注射器の供与、②若者、ハイリスク・グループに対する予防啓発活動、③VCT活動の普及、促進、④検査、診断技術の強化、⑤HIV/エイズ孤児のケア・サポート、⑥母子感染予防の強化、⑦安全な血液供給システムの構築、⑧開発途上国間の知見の共有、⑨人材育成のための研修を実施するとされた。最終実績は、無償資金協力、技術協力プロジェクト、草の根無償・人間の安全保障資金協力、国際機関への拠出金等を含めて総額約57.6億ドルであり、うち、IDI感染症支援としてはHIV/エイズ対策への支援が第1位で32.5%を占めた。

(2) 「保健と開発」に関するイニシアティブ（HDI）にみる HIV/エイズ対策方針

2005年3月のIDI終了を契機に、保健MDGs達成の重要性が認識された結果、同年6月、「保健と開発」に関するイニシアティブが策定された。HIV/エイズ等の感染症は新ODA大綱と新ODA中期政策で地球的規模の問題として重視されていることから、イニシアティブは、日本は開発途上国および他援助機関との協力のもとで感染症対策を実施することを謳っている。HIV/エイズ対策の具体的な活動として、若者に重点を置いたHIV/エイズ感染リスクを低下させるための住民への予防啓発活動の資機材やコンドームの供与、予防啓発活動を行う人材育成の支援が挙げられており、特にHIV/エイズ感染リスクの高いグループをターゲットに迅速に支援を行うことが効果的な予防対策であることが指摘されている。また、予防と平行して、HIV/エイズ感染リスクを増大させる性感染症（STD）の対策や感染リスクの高い脆弱なグループへの対策として検査キットの供与、検査・カウンセリングのための人材育成支援、施設整備支援を実施することで自発的検査およびカウンセリング（VCT）活動を普及、促進することが明記されている。HIV/エイズ感染者に対しては、主として国際機関への拠出を通して抗レトロウイルス治療（ART）の普及、日和見感染、母子感染予防の対策を行うとともにHIV/エイズ感染者の社会参加を促進する他、輸血による感染リスクを低減するために安全な血液供給システムの構築支援やHIV/エイズ感染者と家族や孤児のケア・サポート対策等を実施するとしている。また、地域レベルでの援助効率化のためには、UNAIDSの提唱する「スリーワズ原則」を促進し、援助調整・調和を図ることも示されている。

2-3 JICAのHIV/エイズ対策分野の援助方針

2-3-1 概要

JICAのHIV/エイズ対策への取り組みは、「保健と開発に関するイニシアティブ」および国別援助方針に従い、開発途上国のニーズに合わせた、新規感染を減少させるための各種予防啓発活動の資機材支援、政府レベルから地域レベルまでCBO・NGOを含めた人材育成支援、自発的カウンセリングおよび検査（VCT）活動を普及、促進のための検査キットの供与や施設整備支援、HIV/エイズ感染者と家族や孤児のケア・サポート支援、安全な血液供給システムの構築支援、HIV/エイズ感染者や家族を含んだステークホルダーの社会参加の促進等の活動を無償資金

協力、技術協力プロジェクト、ボランティア等の各種スキームを利用し、プログラムやプロジェクトの上位目標と位置づけを明確にし、セクター横断的に一貫した戦略の中で効果的に行うとしている。また、効果的な援助のためには、国際機関や他の援助国との援助調整を促進し、開発途上国の自立性（オーナーシップ）を尊重しつつ、政策立案・実施のためのキャパシティ・ディベロップメント強化支援を行うとしている。「保健と開発に関するイニシアティブ」の具体的な行動計画を踏まえ、サブサハラアフリカの国々を HIV/エイズ対策重点地域としており、JICA はこれまでサブサハラ地域に広域エイズ対策企画調整員を配属して VCT の強化や予防啓発・教育の普及促進に努めてきた。（「サブサハラアフリカにおける HIV/エイズ対策協力方針」の概要については、第 3 章「3-7-2 JICA の対ケニア援助方針」で後述する）。

2-3-2 開発課題（HIV/エイズ対策）に対するアプローチ

JICA は 2002 年 5 月に、HIV/エイズ対策分野における協力手法の体系化を図るため、調査研究「開発課題に対する効果的アプローチ：HIV/エイズ」を作成した。これには開発戦略目標、中間目標、中間目標のサブ目標からなる開発課題体系図が含まれている。それによれば、開発戦略目標として、①HIV/エイズ予防とコントロール、②HIV/エイズ患者や家族等へのケアとサポート、③有効な国家レベルの対策の実施、の 3 つが設定されている。以下、表 2-4 に体系図の概要を示した。中間目標のサブ目標のうち、網掛け部分は、体系図作成時点において JICA のプロジェクト例が見られる目標である。

表 2-4 「開発課題に対する効果的アプローチ：HIV/エイズ」の体系図概要

開発戦略目標	中間目標	中間目標のサブ目標
HIV/エイズ予防とコントロール	性感染リスクの減少	安全な性行動の促進
		他の性感染症の減少
		自己の HIV 感染認識の促進
	母子感染リスクの減少	母子感染の重要性の認識の向上
		母子感染予防医療技術の徹底
	輸血による感染リスクの減少	HIV 汚染血液の減少
		血液スクリーニングの徹底
	麻薬注射による感染リスクの減少	麻薬注射行為の減少
		注射筒・針再利用の減少
	有効なワクチンの開発と実用化	ワクチン開発
ワクチン購入・輸送体制構築		
有効な治療薬の開発と実用化	治療薬開発	
	治療薬購入・輸送体制構築	
HIV 感染者、エイズ患者や家族等へのサポート	日和見感染症を含む身体症状による苦痛の軽減	医薬品の入手の容易化
		保健・医療機関へのアクセス向上
		保健・医療の質の向上
	HIV 感染者、エイズ患者家族などの人権擁護	精神的ケア・社会サービスの確保・拡大
		(経済的) 生活手段の確保
		HIV/エイズに対する正しい知識と理解の促進
有効な国家レベルの対象の実施	適切な国家レベルの対策の策定	政治的コミットメントの確立
		HIV/エイズの感染実態・経路の把握
		HIV/エイズの経済・社会的要因の把握
		HIV/エイズの経済・社会的影響の把握
		政府関係者の HIV エイズへの偏見の減少
	HIV/エイズの対策運営管理能力の向上	HIV/エイズ対策のための中央保健両行政組織の強化
		HIV/エイズ対策のための地方保健医療行政組織の強化
		HIV/エイズ対策の国内・国際ネットワーク強化
	保健財政の適正化	保健歳入の拡大
		保健財政分配の見直しおよびプライオリティ付け

第3章 ケニアにおける HIV/エイズ対策分野の現状と取り組み

3-1 保健医療行政

2007年12月末に実施された大統領選挙後、本プログラムの主管官庁である保健省は、公衆衛生省（Ministry of Public Health and Sanitation：MoPHS）と医療サービス省（Ministry of Medical Services：MoMS）に二分された。これは選挙後の混乱を收拾するために国家統一党（Party of National Unity：PUN）およびオレンジ民主運動（Orange Democratic Movement：ODM）が閣僚ポストを分け合った政治的な動きによるものとみられている。それまで保健省で HIV/エイズ対策を実施してきた国家エイズ・性感染症対策プログラム（Naitonal AIDS/STD, TB and Leprosy Control Programme：NASCOP）については、2008年8月の調査時点ではいずれの省が主管するのかまだ決定されていない。

ケニアの保健医療体制は、上位レベルより三次病院（ナイロビ、エルドレッド）、二次病院（州レベル）、一次病院（県レベル）、ヘルスセンター、ディスペンサリー、コミュニティと6段階ある。各州には州病院がありリファラルとしての役割を担っている。医療施設付属の VCT センターはヘルスセンター以上の機関、診察的検査・カウンセリングおよび検査（DCT）サービスは、現時点では州病院および県病院で実施されている。

3-2 保健財政

ケニアの国家予算に占める保健省予算の割合は過去3年間に約5%～6%で推移している（表3-1参照）。保健省予算のうち HIV/AIDS・性感染症対策プログラム（NASCOP）の占める割合は減少している（表3-2参照）。ただし、この予算は保健省職員である NASCOP の職員にかかる人件費が主であり、事業費のほとんどが米国の疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention：CDC）から資金提供されている。

表3-1 国家予算に占める保健省予算の割合¹³

[単位:百万ケニアシリング(KSh)]

		2004/5年	2005/6年	2006/7年*
国家予算	総額	431,061	492,561	550,177
	経常支出予算	359,078	400,440	412,535
	開発支出予算	71,983	92,121	137,642
保健省予算		19,890	21,974	30,444
国家予算に占める保健省予算の割合		5.1%	6.2%	6.1%

* 計画

¹³ ケニア共和国 HIV/AIDS 対策計画 基本設計調査報告書（簡易機材調査）（2007年7月）独立行政法人国際協力機構、P11

表 3 - 2 保健省NASCOP予算¹⁴

[単位:百万ケニアシリング(KSh)]

	2005/6年	2006/7年	2007/8年
HIV・AIDS・性感染症対策プログラム(NASCOP)予算	1,556	1,658	1,482
保健省予算に占める割合	5.1%	5.0%	3.8%

出典:ケニア財務省、ケニア保健省資料

3-3 ケニアにおける HIV/エイズ対策分野の開発戦略

以下では、第5章「5-2 プログラムの位置づけに関する評価」の際に、JICAプログラムを位置づけるケニアの開発戦略を決定するため、同国の主要開発戦略を概観し、各開発戦略の関係を把握することとする。図3-3は、ケニアにおける HIV/エイズ分野の主要開発戦略の関係略図を示したものである。結論として、位置づけとするケニアの開発戦略は「国家エイズ対策戦略」とすることが適切であると判断される。

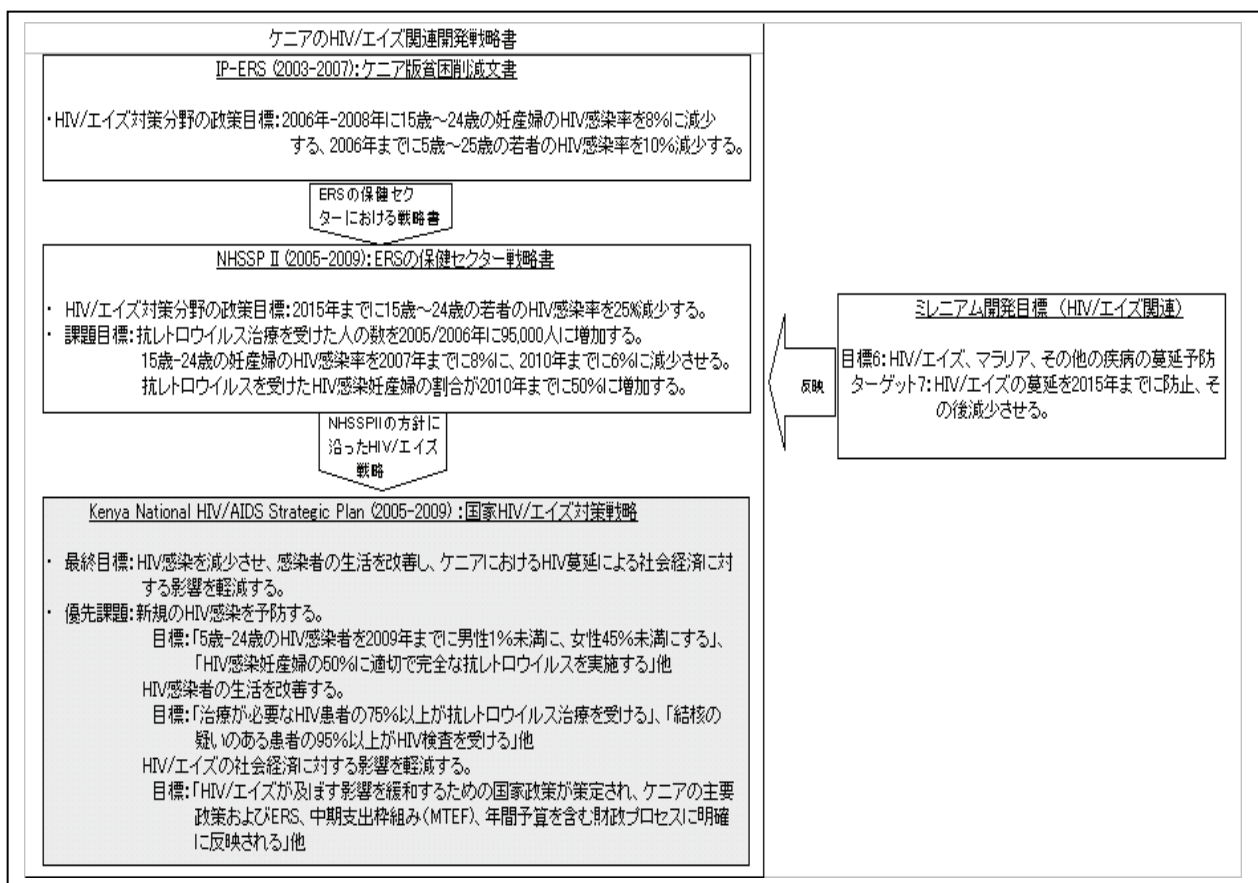


図 3 - 3 ケニアの主要開発戦略の関係概図

¹⁴ ケニア共和国 HIV/AIDS 対策計画 基本設計調査報告書(簡易機材調査)(2007年7月) 独立行政法人国際協力機構、P12

以下に主要開発戦略の概要を示す。

(1) 経済再生戦略投資計画

(Investment Programme for Economic Recovery Strategy : IP-ERS 2003-2007)

2003年に策定されたケニア版の貧困削減戦略文書。本計画は特に、ケニアの経済再生を目的として書かれており、主要分野として、①経済成長（マクロ経済、公共支出管理、インフラ、生産セクター）、②公平と貧困削減（教育、保健、労働、ジェンダー、農業）、③ガバナンスの強化（公共の安全、公務員改革、地方分権と地方政府改革）が挙げられている。ケニア政府が提供する社会サービスの改善のみにとどまらず、経済再生に必要な投資環境整備やガバナンス強化に関する戦略を含んでいるのが特徴である。日本をはじめ多くの援助機関は本計画の実施を支援する形で開発援助を行っている¹⁵。本計画において、HIV/エイズ対策の強化は貧困削減に繋がる重要な要素として位置づけられており、目標として、2006年～2008年に15歳～24歳の妊産婦のHIV感染率を8%に減少すること¹⁶および2006年までに15歳～25歳の若者のHIV感染率を10%減少すること¹⁷が挙げられている。

(Kenya Economic Recovery Strategy for Wealth and Employment Creation 2003-2007)¹⁸

本政策において HIV/エイズ対策は最重要課題とされており、そのために省庁横断的な HIV/エイズ対策の最高決定機関として大統領府直轄の国家エイズ対策協議会（NACC）を設置し、各セクターおよび行政機関の連携化を図ることのほか、HIV感染者のためのヘルスケアプログラムを開始すること、家庭での HIV/エイズケアのためのトレーニング、すべての学校における HIV/エイズカリキュラムの実施、選挙区レベルでのエイズ対策委員会設置による HIV/エイズ対策の強化が必要であるとしている。

(2) Vision 2030

(Kenya Vision 2030 — A Globally Competitive and Prosperous Kenya)

2003年以降実施されてきた「富と雇用促進のための経済再生戦略（Economic Recovery Strategy : ERS）」に引き続いて策定されたケニアの新たな国家開発計画は、「世界的に競争力のある繁栄するケニア—Vision 2030」と題され、2007年10月に発表された。2002年には経済成長率が0.6%にとどまっていたケニアも、特に農業、観光、製造業、卸売り・小売業、電話通信などのセクターの活況に支えられ、2007年には7%以上（推計）の成長率を示している。貧困率も2002年の56%から2006年には46%へと低下した。

Vision 2030は、5年間の中期計画ローリングプランの形で実施され、2008年～2012年が一期目となる。23年間にわたり実施される Vision 2030は、経済、社会、政治の3つの柱から構成され、2030年までにケニアを産業開発に支えられる中所得国とすることをめざしている。

¹⁵ 国別データブック 2006（外務省）P469

¹⁶ The Second National Health Sector Strategic Plan of Kenya (NHSSPII:2005-2010), P6 Table 2.1 “MDG and ERS indicators for Kenya”

¹⁷ 同上、P7、Table 2.2 “ERS targets for the health sector”

¹⁸ Economic Recovery Strategy for Wealth and Employment Creation 2003-2007 (The Shorter Version), Ministry of Planning and National Development, June 2003

本計画において、保健セクターについては、「公正でかつ手頃な保健サービスをできる限り高い水準を国民に提供する」ことを目標としている。また、保健システムの再構築を図り、国民の疾病による国の負荷を軽減するため、治療ではなく、より予防・健康促進に重点を置くことを重要視している。特に、保健サービスを中央ではなく県やコミュニティにおける診療施設への分権化を図り、また、コミュニティにおける人材の育成を通じ基礎保健サービスの提供などをその手段として捉えている。将来的には、民間セクターとの協働などを通じて特化した保健サービスの提供を図ることも検討しており、保健サービスの提供のあり方が今後大きく変わる可能性を示唆している。HIV/AIDS 対策については具体的に言及はされていないものの、目標として 2006 年の感染率 5.1%を 2012 年までに 5%以下にすることを謳っている。

(3) 国家保健戦略

(The Second National Health Sector Strategic Plan of Kenya : NHSSP II 2005-2010)

2005 年に策定された保健戦略書。本戦略書は ERS 政策の保健セクターに係る戦略書であり、ケニア政府およびケニアの保健セクターに対する支援を行っている援助機関にとっての共通の戦略とされている。以下にその概要を示す。

表 3-3 国家保健戦略 (NHSSPII) の概要¹⁹

<p>最終目標：保健の格差を是正し、保健分野のアウトカム指標とインパクト指標保健における下降傾向を食い止める。</p> <p>政策目標：1) 保健サービスへの公平なアクセスを増加する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地理的なアクセスを改善する。 ・ 財政面でのアクセスを改善する。 ・ 保健サービスの受容を妨げている社会文化的障害に取り組む。 <p>2) 保健サービスの質と対応を改善する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ すべてのレベルにおける医療従事者の能力を改善する。 ・ 患者のニーズへの対応を改善する。 <p>3) サービス提供の効率性と有効性を改善する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 資源分配をレビューし効率的な資金の活用を行う。 ・ 計画、運営、行政を改善する。 <p>4) 保健省の制御能力を強化する。</p> <p>5) 健康改善とサービス提供におけるパートナーシップを育成する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 民間セクターや非営利セクターとのパートナーシップを結ぶ。 ・ 民間セクターと公共セクターとの間のパートナーシップを改善する。 ・ 保健セクター以外のセクターとの協力を強化する。 ・ NGO を含む援助機関とのパートナーシップを改善する。
--

¹⁹ The Second National Health Sector Strategic Plan of Kenya (NHSSPII:2005-2010), P10-15

本戦略書では、ライフサイクルの各段階に着眼して個人の健康を促進するアプローチとして、ケニア保健基礎パッケージ（Kenya Essential Package for Health：KEPH）を通じてサービス提供をする戦略が紹介されている。それによれば、ライフサイクルの段階として、①妊娠期と産後2週間までの新生児、②産後2週間以降5歳までの乳幼児、③6歳から12歳までの子ども、④13歳から24歳までの若者（思春期を含む）、⑤成人（25歳～59歳）、⑥老人（60歳以上）、という6つの段階を設定し、各段階において必要となる保健サービスが明示されている²⁰。これらのうち、HIV/エイズに関して必要とされるサービスは、妊娠期と産後2週間までの新生児の段階における母子感染予防（PMTCT）、および13歳から24歳までの思春期におけるリプロダクティブヘルスとHIV/エイズ・性感染症カウンセリングとされている。また、ライフサイクルごとに定められている目標のうち、HIV/エイズ関連の目標として、「2004年～2005年に10.6%であった、15歳～24歳の妊産婦のHIV感染率を2005年～2006年に9.2%、2007年までに8%、2010年までに6%に減少させる」との目標、および「2004年～2005年に10%であった、抗レトロウイルス治療薬（ARV）を受けたHIV感染妊産婦の割合が2010年までに50%に増加する」が設定されている²¹。また、すべてのライフサイクルを対象にしたHIV/エイズ関連の指標として、「抗レトロウイルス治療（ART）を受けた人の数を2004年～2005年の8,000人から2005年～2006年には9万5,000人に増加させる」が設定されている。なお、本戦略においては、HIV/エイズ対策はMDGsを長期目標とした重要課題として掲げられており、「2015年までに15歳～24歳の若者のHIV感染率を25%減少する」との目標が定められている²²。

本戦略書には、支援分野、アウトプット、指標、計画年次を含む、KEPH実施計画表が添付されている。支援分野は、①リプロダクティブヘルス、②子どもの健康、総合的小児疾患管理（IMCI）& KEPI、③マラリア予防、④HIV/エイズ・性感染症・結核予防、⑤環境衛生、⑥メンタルヘルス、⑦歯科衛生、⑧健康増進、⑨リハビリ、⑩感染症予防、⑪安全な血液の供給、である。これらのうち、HIV/エイズに関連した支援は、②子どもの健康、総合的小児疾患管理（IMCI）& KEPI、④HIV/エイズ・性感染症・結核予防、⑧健康増進および⑪安全な血液の供給に設定されている。表3-4にその内容を示す²³。

²⁰ The Second National Health Sector Strategic Plan of Kenya (NHSSPII:2005-2010), P17 Table 4.1 “Services needed during the life cycle of an individual”

²¹ 同上、P19 Table 4.2 “KEPH Indicators for pregnancy, delivery and the newborn child”

²² The Second National Health Sector Strategic Plan of Kenya (NHSSPII:2005-2010), P8 Table 2.3 “International health initiatives adopted by Kenya”

²³ The Second National Health Sector Strategic Plan of Kenya (NHSSPII:2005-2010), Annex B

表 3 - 4 KEPH 実施計画 (HIV/エイズ関連のみ抜粋)

支援分野	アウトプット	指標
子どもの健康、総合的小児疾患管理 (IMCI) & KEPI		
栄養補給サービス	抗レトロウイルス治療センターにおいて HIV 患者に栄養補強が行われる。	栄養補給を提供する体勢が整っている抗レトロウイルス治療センターの数
HIV/エイズ・性感染症・結核予防		
家庭でのケアと栄養補給	臨床管理と看護が強化され、すべてのレベルにおいて利用可能となる。	HIV/エイズの合併症の数の減少
	社会的支援のメカニズムが整う。	支援を受けた感染者数
	日和見感染および HIV 感染を予防するためのガイドラインと方法が開発・実施される。	交差感染の減少
	一連のケアと支援を提供する組織の能力が強化される。	一連のケアを提供する能力のある機関を有する県数
日和見感染症	すべてのレベルにおいて日和見感染症の管理が強化される。	HIV/エイズ患者の健康状況の改善
健康増進		
健康的なライフスタイルの促進	保健に関する教養が増す。	マラリア、HIV/エイズ、水系感染症の予防法を知っている人の割合
安全な血液		
血液検査	すべての血液が HIV のために検査される。	HIV のために検査された血液の割合

(4) 国家エイズ対策戦略

(Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan : 2005/6-2009/10)

国家保健戦略（2005-2010）の方針に沿って策定された「国家エイズ対策戦略」。表 3-5 にその概要を示す。

表 3-5 「国家エイズ対策戦略」の概要²⁴

<p>最終目標：HIV 感染を減少させ、感染者の生活を改善し、ケニアにおける HIV 蔓延による社会経済に対する影響を軽減する。</p>
<p>優先課題 1：新規の HIV 感染予防：社会的弱者グループと一般の人々の新規 HIV 感染者数を減少させる。</p> <p>戦略：① 利用可能なカウンセリングと検査へのアクセスの増加 ② コンドームの利用促進 ③ 性感染症プログラムと HIV プログラムの連携の強化 ④ HIV 母子感染予防の拡大 ⑤ より効果的で対象を絞った行動変容コミュニケーション ⑥ 若者の自制的で堅実な安全なセックスの促進とセックスの低年齢化の抑止 ⑦ 安全な血液の供給維持 ⑧ 安全な注射および暴露後予防措置と普遍的な予防策へのアクセスの拡大 ⑨ 確実な予防と治療のための相互支援</p>
<p>優先課題 2：HIV 感染者の生活の改善：感染者のケアと治療を改善し、彼らの権利を保護し、効果的な保健サービスへのアクセスを改善する。</p> <p>戦略：① 利用可能なケアと治療へのアクセスの改善 ② 効果的な人権保護</p>
<p>優先課題 3：HIV/エイズの社会経済に対する影響の軽減：既存のプログラムを採用して、コミュニティ、社会サービス、経済的な生産性への HIV の影響を軽減するための革新的な対応を開発する。</p> <p>戦略：① インパクト調査の実施 ② アドボカシーの開発・実施 ③ HIV/エイズの影響を軽減するための政策策定 ④ 上記政策に沿った国家とコミュニティレベルのプログラム実施 ⑤ コミュニティのエンパワーメント（特にエイズ孤児のケアと教育） ⑥ HIV/エイズが企業の生産性に与える影響を抑えるための人材戦略</p>
<p>主な方針： ・アドボカシーを強化し、戦略的なパートナーシップを確立し、主要セクターにおける HIV/エイズを主流化するマルチセクショナルなアプローチ ・HIV 感染や HIV/エイズの影響を最も受けやすい最弱者層に対する支援 ・女性および若者の特別なニーズの認識 ・本戦略を実施するにあたって HIV/エイズ感染者との最大限のかかわり ・すべての関係者が国家対策に効率的に参加するようエンパワーメント ・科学的な根拠に基づくインターベンション</p>

²⁴ Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan(2005/6-2009/10, vii

本戦略では、3つの優先課題の課題について2010年までに達成すべき目標が設定されている。表3-6にその内容を示す。

表3-6 「国家エイズ対策戦略」に示された2010年までの達成目標²⁵

優先課題1：新規 HIV 感染の防止	
予防	・15歳～24歳の感染症を男性1%未満に、女性4.5%未満にする。
カウンセリングと検査	・常時運営されている VCT（自発的カウンセリング・検査）センターが各選挙区(最小の行政単位)に少なくとも1つ設置される(全国で約700センター)。 ・年間200万人以上が HIV 検査を受ける（内訳：VCT50万人、検査150万人—妊産婦を含む）。 ・15歳～49歳の HIV 検査未経験者の25%以上が検査をし結果を受け取る。
コンドーム使用の促進	・年間1億6,000万個のコンドームが配布される。
性感染症	・性感染症患者の少なくとも90%に HIV 検査が行われ、90%に適切な治療が施される。
母子感染予防	・HIV 感染妊産婦の50%に適切で完全な抗レトロウイルスを実施する。 ・HIV 感染妊産婦から生まれた新生児の感染率が23%未満となる。
行動変容コミュニケーション	・15歳前に性交渉を持つ女子が10%未満、男子が20%未満になる。 ・15歳～24歳の女性40%以上、男性65%以上がコンドームを使用する。 ・15歳～24歳の85%以上の女性と85%以上の男性が HIV/エイズ感染予防のための方法を正しく理解する。
安全な血液	・年間20万単位以上の安全な輸血血液が確保される。
曝露後予防措置	・すべての関係警察と医療従事者が曝露後予防措置についてトレーニングを受ける。 ・すべての県病院と50%のヘルスセンターにおいて曝露後予防措置とレイプケアセンターが運営される。
安全な注射	・医療従事者、患者、コミュニティのリスクレベルが50%減少する。 ・注射器再利用予防率が30%以上増加する。
優先課題2：HIV 感染者の生活の質の改善	
治療	・治療が必要な HIV 患者の75%以上が抗レトロウイルス治療を受ける。 ・すべての HIV 感染者が良質で手ごろな価格の日和見感染治療薬を入手することができる。 ・結核の疑いのある患者の95%が HIV 検査を受ける。 ・HIV に感染している結核患者の80%が、結核治療終了前に抗レトロウイルス治療を受ける。
ケア	・90%の病院とすべての県病院に総合ケアセンターがある。 ・75%以上の HIV 感染者・エイズ感染者に「総合的な家庭におけるケア戦略（Comprehensive home-based care strategy）」が実施される。 ・15歳～49歳の75%以上が HIV 感染者・エイズ感染者に対して肯定的な態度を示す。 ・75%以上の HIV 感染者・エイズ感染者が医療施設とコミュニティレベルで栄養に関する教育とカウンセリングを受ける。 ・HIV 感染者・エイズ感染者の栄養状態が同じ地域の非感染者の健康状態と少なくとも同じレベルになる。
人権保護	・75%の HIV 感染者・エイズ感染者が治療、法律上の権利、性と生殖に関する権利に関する十分な情報を得る。 ・ケニアが国際的に HIV 感染者・エイズ感染者の権利を保護していると認められる。

²⁵ Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan(2005/6-2009/10), P22-28

優先課題 3 : HIV/エイズの社会経済的影響の軽減	
啓発	・政策策定者と計画策定者が、HIV/エイズが特に社会的弱者とセクターに及ぼす影響に関して十分に理解する。
緩和政策	・HIV/エイズが及ぼす影響を緩和するための国家政策が策定され、ケニアの主要政策および ERS、中期支出枠組み (MTEF)、年間予算を含む財政プロセスに明確に反映される。
生活と社会保障	・HIV/エイズがケニアにおける生活と安全に及ぼす影響について定量化され、効果的な対応策が策定・実施される。
緩和プログラム	・最も深刻な影響を与える社会経済セクター (交通、教育、農業を含む) および社会的最弱者 (孤児、売春婦、少女、介護者、未亡人を含む) を対象としたセクター別の緩和プログラムを実施する。 ・10 歳～14 歳のエイズ孤児の就学率が非エイズ孤児の就学率の 90%以上になる。
コミュニティのエンパワーメント	・コミュニティで得られる、HIV/エイズが社会経済に及ぼす影響と適切な対応に関する情報が増える。 ・緩和に関するイニシアティブが、CACCSs、地方政府、学校委員会などの地域における既存の仕組みに組み込まれる。
人的資源計画	・HIV/エイズが生産性に与える影響を民間セクターおよび公共セクターにおける人的資源政策と計画に反映させる。

以下では、これまでみたケニアの主要開発戦略のうち、位置づけとする開発戦略である「国家エイズ対策戦略」に示された課題に対する取り組みの進捗状況について把握する。

3-4 ケニアにおける HIV/エイズ対策分野の現状と課題

ケニアは 1999 年に HIV/エイズ対策を最重要課題に位置づけ、省庁横断的な HIV/エイズ対策の最高決定機関として大統領府直轄の国家エイズ対策協議会 (NACC) を設置し、各セクターおよび行政機関の連携を図っている²⁶。また、NACC との連携を図るため各省庁にエイズ対策ユニット、各州・県・選挙区レベルにエイズ対策委員会を設置している。HIV/エイズ対策の実施については保健省内の国家エイズ・性感染症対策プログラム (NAS COP) が主体となり、「国家エイズ対策戦略 (KNASP)」で示されている、予防啓発、カウンセリング・検査、治療、サポート等の包括的な活動を行っている。予防啓発活動としては、HIV/エイズに関する知識の普及・啓発、コンドームの無料配布、安全な輸血用供給等を、カウンセリング・検査サービスとしては自発的カウンセリングおよび検査 (VCT)、HIV 母子感染予防 (PMTCT)、診察的検査・カウンセリングおよび検査 (DCT) サービスを、治療としては、抗レトロウイルス治療 (ART) の研修と促進を、ケア・サポートについてはエイズ患者への在宅ケア等を実施している他、NGO と協力して HIV 感染者の社会参加の促進やエイズ孤児への支援も実施している。

KNASP で設定された各数値目標 (前項の表 3-6 参照) の達成状況のモニタリング・レビューを行うため、2002 年から NACC の主導により合同 HIV/AIDS プログラム合同評価 (Joint HIV/AIDS Programme Review : JAPR) を実施している。2006 年からは州レベルおよび郡レベルの関係者も評価プロセスに参加するようになった。

JAPR について調査時点で入手可能な文献から把握できる情報としては、2006 年の合同 HIV/AIDS プログラム合同評価 (JAPR) 報告書で示されている 2005 年のデータが最新のものであ

²⁶ Kenya Economic Recovery Strategy for Wealth and Employment Creation 2003-2007, P27

る。それによれば²⁷、2005年のケニアにおける成人のHIV感染率を男女別で見ると、成人男性4.0%、成人女性7.7%であり、地域別では、都市部9.6%、遠隔地4.6%である。JAPRは、性行動に関する研究データを引用し、新規HIV感染は減少傾向にあるとしている。こうした結論の根拠として、初性交渉を持つ年齢は高くなる傾向にあり、複数の相手と性交渉を持つ傾向は減少していること、コンドーム使用率が増えていること、エイズによる死亡者数は引き続き新規感染者数を上回っていることが指摘されている。エイズによる死亡者数が新規感染者数を上回っている要因として、集中的な行動変容プログラムが全国レベルで実施されていることや、治療・感染者のケアとサポート等により多くの人々がアクセスできるようになったことを挙げている。他方、抗レトロウイルス治療を必要としている15歳から24歳の成人26万3,000人のうち9万人(全体の34%)しか治療を受けることができていない、抗レトロウイルス治療を必要としている子どもも3万9,000人いることから抗レトロウイルス治療のスケールアップが必要であるとしている。さらに、ケアとサポートを必要としている240万人の孤児のうち、120万人はHIVや関連した病気を持つ孤児であること、140百万人の妊産婦がカウンセリング・検査を、6万4,000人の妊産婦が母子感染予防を必要としていることから、エイズ孤児や妊産婦への支援の必要性も指摘されている。

表3-7は、JAPR(2006)のうち、本プログラムが対応している、「国家エイズ対策戦略」の優先課題1「新規感染予防」分野に関するレビュー結果をまとめたものである。

²⁷ Report on Joint HIV/AIDS Programme Review (JAPR) 2006, Prepared by Duncan O.Ochord, November 2006, P5-6

表 3 - 7 「優先課題 1 新規感染予防」分野の 2006 年次 JAPR 結果²⁸

<p><主な成果></p> <ul style="list-style-type: none"> ・コンドームの配布は 2005 年の 9,000 万人から 2006 年 9 月には 1 億 734 万 5,810 人に増加した。 ・ケニア国内の VCT キャパシティは研修実施とカウンセラー採用によって改善された。 ・新たに 154 の VCT サイトが設置された。また、新たに 50 以上の PMTCT サイトが設置された。 <p><主な課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会文化的・宗教的要因がコンドームの使用を阻害している。女性用避妊具の配布率は低い。 ・DCT、VCT、PMTCT サービスを総括的かつ効率的に実施するカウンセラーが不足している。 ・社会的弱者を対象とした行動変容コミュニケーションに関する国家戦略が開発されていない。 ・曝露予防措置に関する研修と啓発が不十分である。 ・幾つかの県では輸血のための HIV スクリーニング器具が不足している。 <p><教訓></p> <ul style="list-style-type: none"> ・カウンセリング・検査へのアクセスは、モバイル VCT とコミュニティ VCT を通じて改善できる。 ・女性用避妊具のスケールアップはまだ実現していない。 ・VCT、PMTCT、家族計画プログラムの総合的サービスは PMTCT への男性の参加を増加させる。 <p><2006 年度の支援の重点></p> <p>カウンセリング・検査</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カウンセリング・検査へのアクセスが困難な地域の人々対象のモバイル VCT サービスを増やす。 ・HIV/エイズの予防・ケア・管理に関するコミュニティの理解を促進する。 ・カウンセリング・検査と治療・ケアセンターとの間のリファラルを改善する。 ・KNASP において社会的弱者グループとされている人々を対象にしたカウンセリング・検査に関する戦略を強化する。 <p>コンドーム使用の促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コンドームの普及を促進する（女性用避妊具の入手をやすくし、安価にする）。 ・コンドーム使用への偏見をなくすることを目的とした IEC プログラムを強化する。 <p>母子感染予防</p> <ul style="list-style-type: none"> ・PMTCT サービスへのアクセスが困難な地域の人々を対象にした PMTCT サイトを設置する。 ・カップルを対象にしたカウンセリング・検査を促進する。 <p>行動変容コミュニケーション</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行動変容コミュニケーションに関するすべてのプログラムを指揮するための、標準化した国家行動変容コミュニケーション戦略を開発・普及する。 <p>曝露後予防措置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・曝露後予防措置をスケールアップする。
--

²⁸ Report on Joint HIV/AIDS Programme Review (JAPR) 2006, Prepared by Duncan O.Ochord, November 2006, P12-13

さらに、JAPR 報告書には、3つの優先分野につき、各優先分野に設定されている各戦略に対して、計画に対する2005年以降の実績が記されている。第5章「5-5-2 ケニア開発戦略におけるプログラムの位置づけ」で後述するとおり、本プログラムは「国家エイズ対策戦略」の優先課題1「新規感染予防」に貢献するものであり、特にプログラムのすべての構成案件が優先課題1のもとに設定されている9つの戦略のうち、「利用可能なカウンセリング・検査へのアクセスの増加（カウンセリング・検査）」に寄与するものであることを踏まえ、以下表3-8では、右戦略のもとに設定された、優先課題1の計画に対する2005年以降の実績を紹介する。

表3-8 KNASP「優先課題1」CT分野ローリングプランに基づく実績²⁹
(2005年7月～2007年8月対象)

計画	2005年度～2006年度の実績
2008年6月までに、CTのための長期的ビジョンを提供するため国家VCT戦略を改訂する。	2006年度時点で国家VCT戦略の改訂は行われていない。2008年度までに総合的なガイドライン、研修カリキュラム・マニュアル、データ収集方法の完成をめざしている。
2006年6月までに、600のVCTサイトが設置され機能している。	2006年9月までに、NASCOPによって840のVCTサイトが登録された。なお、VCTサービスへのアクセスが困難な地域に対応するために、2008年までにモバイルVCTに関するガイドラインの策定や、ヘルスワーカー・カウンセラーの増員をめざしている。
2006年6月までに、合計250万人の人がHIV検査を受ける。	VCT検査を受けた人の数は44万人から76万人に増加した。
2006年6月までに、セックス産業で働く人々の50%以上とその客の25%以上がHIV検査を受け、検査結果を受け取る。	本グループを対象にした活動は未だ実施されていない。
2006年6月までに、軍人の75%以上がHIV検査を受け、検査結果を受け取る。	2005年6月から2006年6月までに1万4,431人の軍人が検査を受けた。
2006年6月までに、囚人の75%以上がHIV検査を受け、検査結果を受け取る。	2005年6月から2006年6月までに6,100人の囚人が検査を受けた。
2006年6月までに、移住労働者の50%以上がHIV検査を受け、検査結果を受け取る。	本グループに関するベースライン調査が実施されていないため、今後ベースライン調査をした上で、本グループに関する政策と戦略の策定を予定している。
2006年7月までに、障害者と若者によるVCTサービスへのアクセスを改善するための戦略を策定・実施する。	23人の若者に優しい(youth friendly)VCTサイトがケニアに設置された。また、若者に優しいカウンセリングとサービスに関するガイドラインを作成中である。2006年度の目標として、各ディストリクトに2つ以上の若者に優しいVCTサイトを設置することが設定されている。

²⁹ JAPR 2006 Report Annex II Report of the Engagement of the Vulnerable Groups in the JAPR and the National HIV/AIDS Response と JAPR 2006 Report “5 The Monitoring and Coordination Groups (MCGs) Parallele Sessions Results (P16)を参照にコンサルタン トが作成

2006年6月までに、90%以上のVCTセンターが国家VCTガイドラインに沿った良質のサービスを提供する。	すべてのVCTサイトが国家ガイドラインに沿ってサービスを提供している。認定を申し込んだ200のVCTサイトのうち、62サイトが平均以上のサービスを提供しているとして認定された。
2006年12月までに、ケニアにおけるHIV/エイズ防止におけるVCTのインパクトに関する評価を実施する。	記述なし。
2005年12月までに、国家VCTコミュニケーション戦略が対象とする社会的弱者グループを再決定する。	記述なし。
2006年6月までに、VCTに関するモニタリング・評価のためのサブシステムは、その報告形式について国家モニタリング・評価システムに沿うものにする。	VCTに関するモニタリング・評価は年間を通じて実施されているが、サイトにおけるデータ収集方法が不足している、サイトでのデータ活用が十分でない等の課題もある。
2007年6月までに、セックス産業の労働者とその客、uniformed personnel、囚人、移民労働者、障害者によるVCTサービスの活用状況に関する調査を実施する。	特に進捗はない。
2006年12月までに、VCT、DTC、TB、PMTCTプログラムからの代表者で構成されるCT委員会を設立する。	CT委員会が設立された。
2007年6月までに、DCT、VTC、RCT、TB、PMTCTセンターで勤務することのできるカウンセラーの組織を設立する。	プロセスに多少の進捗は見えるものの、カウンセラーの査定に関しては、いまだしていない。
2007年6月までに、すべてのCT研修プログラムに適応し得る総合的な研修カリキュラムを開発する。	開発に向けての話し合いが行われている。2006年度の前定として、すべてのCT活動に同じガイドラインと研修マニュアルを使用すること、若者を対象としたCT政策を見直すこと、CTに関するQA（サービスの質の確保）戦略を実施すること、が挙げられている。

また、NAS COP/MoH が 2008 年 7 年に発表した「ケニアエイズ指標調査 2007 (Kenya AIDS Indicator Survey : KAIS)」要約版の要点は表 3-9 のとおりである。

表 3-9 KAIS 2007 にみる HIV/エイズ関連指標の推移

- 15 歳～49 歳の HIV 感染率は 7.8% で、2003 年の KDHS 推定感染率 6.7% よりも増加している。男女別では、女性が 8.7% と男性の 5.6% と比較して高く、HIV 感染者のうち 5 人に 3 人が女性である。女性の感染率は都市部で 10.8%、農村部で 8.2% とそれぞれ男性の 8.2%、5.5% よりも高い。
- 年齢別では、15 歳～24 歳の女性は 6.1% と同年齢の男性の 1.5% と比べ約 4 倍の高い感染率が認められた。30 歳～34 歳の年齢層の感染率が一番高く、女性は 34 歳以上、男性は 44 歳以上になると新規感染率が低いことに加え、エイズ関連疾病による死亡から、感染率は低減する傾向が認められた。
- ケニアの人口の約 75% が農村地域に居住しているが、15 歳～64 歳の農村人口の 7% にあたる約百万人の成人がエイズ感染者であり、これはケニア全体の感染者の 7 割に該当する。都市部での感染率は 9% であり、約 40 万人に上る。2003 年から 2007 年にかけて都市では感染率が若干低下しているものの、農村部での感染率の増加が、国全体で 6.7% から 7.4% へと感染率を押し上げている。
- 地域別では、ニャンザ州では全国レベル (7.4%) の 2 倍以上となる 15.3% と最も高い感染率であった。全国指標より高いその他の州はナイロビ 9.0%、湾岸州 7.9%、リフトバレーで 7.0% であった。東部集や中央州では、各 4.7%、3.8%。感染率が 1% と最も低かったのが、北東部州であった。ただし、人口規模を考慮すると、感染率だけで各県の HIV 感染の実態を把握することはできない。例えば、湾岸州の感染者数推計は 13 万 5,000 人、ナイロビでも 17 万 6,000 人、ケニア全体での感染者の半数は、ニャンザ州とリフトバレー州 (32 万 2,000 人推計) に集中していると考えられる。
- 15 歳～64 歳の 3 人につき約 2 人が同居・結婚という形でパートナーがいる。重婚 (1 名の男性に 1 名以上の女性) 者の感染率が 11% と高いのに対し、(一夫一婦婚) 単婚者の感染率は 7% と低い。また、離婚、死別、離別を一度でも経験した女性の感染率は 17%～21% と非常に高い。2003 年以降、死別した女性・男性の数は 3 倍に増加していることから、死別した女性の夫やパートナーは HIV に起因する疾病で死亡し、女性自身もウイルス感染したと想定することができる。現在、同居・結婚という形を持たない男性 (平均年齢 22 歳) の感染率は 2.8% と持つ男性 (平均年齢 36 歳) の 7.4% と比べると低い。HIV 感染者のうち約 3 分の 2 が同居・結婚をしている。HIV に感染している既婚者のうち、45% には非感染者のパートナーがいる。
- 15 歳～64 歳の人口のうち 36% が少なくとも 1 回の HIV 検査を受け、結果を受け取っている。しかし、約 3 分の 2 の人口については、一度も HIV 検査を受けたことがなく、特に 50 歳～64 歳の人口の 17.5% しかこれまでに検査を受けていない。都市部では約半分の住民が HIV 検査を受けているのに対し、農村ではその割合は 3 割にとどまる。女性は妊婦検診の際に HIV 検査を受ける場合が多い。
- HIV 検査を受けない最大の理由として、61% が HIV についての危機意識が低いことがある。16% は自分自身でも検査結果を知ること、また他人が検査結果を知ること恐怖心があるためと答えている。14% は HIV 検査の存在自体を知らず、またどうすれば検査を受けられるのかを認識していないためとしている。5% が検査場所までの距離の遠さを阻害要因として挙げている。

・抗レトロウイルス治療（ART）を受けていない HIV 感染者のうち、18%が現在のガイドラインに則り ART が必要であると認められた。また、病状によっては今すぐ、または将来にわたって ART が必要とされたのが 10.7%であった。調査時点で約 39 万人と推定される 15 歳～64 歳の成人人口で ART 対象者の 35%に当たる 14 万人が ART を受けている。しかし、ART 療法を必要としながら現在受けていない人々の 97%が HIV テストを受けたことがない、または検査を受けたものの非感染であると判定されたと調査に答えている。2008 年 6 月末、19 万人の感染者が現在 ART を受けている。

3-5 KJAS に示された HIV/エイズ対策分野の援助枠組み

Kenya Joint Assistance Strategy : 2007-2012 (KJAS) は、2007 年から 2012 年までを対象として、17 援助機関（カナダ、デンマーク、EC、フィンランド、フランス、ドイツ、イタリア、日本、オランダ、ノルウェー、スペイン、スウェーデン、英国、米国、アフリカ開発銀行、国連機関、世銀）が共同で取り組むべき戦略である。本戦略書は、ケニア政府と 17 援助機関との協力のもとで作成された文書であり、2007 年 8 月 17 日にケニア政府によって公式に承認された。その策定プロセスには、市民社会、民間企業、議会、政党、研究機関等を含む各方面からの参加を得た。本戦略書は法的な拘束力を持たないものの、各援助機関によるケニア政府を支援するプログラム策定を実施する際の枠組みとなるものであり、各援助機関は 2008 年末までに、本戦略書を各機関の援助計画に公式に採用することで合意している。

KJAS の目的は、ミレニアム開発目標 MDGs 達成に向けたケニア政府の試みを支援することである。主な支援分野として 9 つが挙げられており、保健については、「貧困者への基本的サービス（特に、保健、教育、水・衛生、社会的保障）の十分な提供」として明記されている。

KJASにおけるHIV/エイズ対策に関する記述として、15 歳～49 歳の成人の感染率が 2003 年の 6.7%から 2005 年には 6.1%にまで減少したとのUNAIDSの報告を引用し、ミレニアム開発目標 6 の達成の可能性を示唆している³⁰。また、17 援助機関は、各機関の援助枠組みを策定・実施するにあたって「スリーワズ原則」(=①全パートナーの活動を調整する基本としての 1 つの国家行動枠組み、②広範な部門から権限委譲を受けた 1 つの国家HIV/エイズ調整機構、③ 1 つの国レベルのモニタリング・評価システムによる取り組み)に沿うことを決定したことが記されている³¹。表 3-10 は、KJASに示されたHIV/エイズ対策分野のResults Frameworkである。

³⁰ Kenya Joint Assistance Strategy 2007-2012, P19-20

³¹ 同上、P33

表 3-10 KJAS に示された HIV/エイズ対策分野の Results Framework³²

ケニアの開発目標	阻害要因	2012年6月までに達成が期待される目標	指標 (Milestones)	開発パートナーによる支援
HIV/エイズ HIV/エイズの拡大を抑える：2003年～2005年において15歳から25歳までの若者のHIV/エイズ感染を年間10%減少させる。 (ミレニアム開発目標6)	HIV/エイズ対策のための政府の資金調達力が不十分である。	HIV/エイズ感染率の低減[15歳から49歳の人々のHIV/エイズ感染率がUNAIDS報告にある2005年の数値(6.1%)を越えない。]	<ul style="list-style-type: none"> ・抗レトロウイルス治療を受けている人の数が増加する。 ・2007年にHIV/エイズプログラムを実施した小・中学校のうち、HIV/エイズに関する教育を行っている小学校が全1万9,000校中9,000校に、中学校が4,000中学校中400校に増加する。 ・VCTセンターを設置している県の比率が2007年レベルである70%を上回る。 	<p>現在運営中の支援 HIV/AIDS multidonor fund Decentralized Reproductive Health and HIV/AIDS</p> <p>新たな支援 Total War on AIDS</p> <p>開発パートナー AfDB, Canada, EC, France, Germany, Italy, Japan, Sweden, UK, UN, US, World Bank</p>

3-6 ケニアにおける HIV/エイズ対策分野の援助動向

本項では、ケニアにおいて HIV/エイズ分野への支援を行う援助機関の活動に関する調査内容を紹介する。調査内容は、第5章で行なう評価のうち、「5-2-2 ケニア開発戦略におけるプログラムの位置づけ」、特に他援助機関の取り組みに照らし合わせての JICA プログラムの妥当性に関する評価の際に活用する。

3-6-1 概要

国家エイズ対策戦略 (Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan: 2005/10-2009/10) で示された3つの優先分野に対する主要援助機関 (国際機関および二国間援助機関) の支援状況を把握するため、主にネット上で入手できた資料に基づき次項のような援助マップ (表3-11) を作成した。国連機関・国際機関の場合には、公式のプログラム/プロジェクト関連文書 (執行理事会で承認されたプログラム内容や具体的な行動計画、プログラム/プロジェクト評価報告書を含む) を、二国間援助機関および NGO については、各機関のホームページで紹介されている活動内容を参考にした。具体的な参考文献については、付属資料3の参考文献リストを参照されたい。援助マップ作成の際には、本プログラムの実施期間 (2005年～2010年) を対象として実施されている各機関のプログラム・プロジェクトを対象とした。国連機関の場合には、現行カントリープログラムの期間である2004年～2008年を対象となっている。援助マップからは、多くの援助機関が当該分野への支援を行っており、全体として「国家エイズ対策戦略」で示された3つの優先課題への支援が網羅されていることがわかる。

³² Kenya Joint Assistance Strategy (2007-2012) Annex 1: KJAS results framework, P58

表 3-11 ケニア HIV/エイズ対策分野の援助マップ（主要援助機関）³³

KNHSP の区分	新規 HIV 感染予防								
	CT	コンドームの 供与	性感染者の 検査・治療	母子感 染予防	行動変容 コミュニ ケーショ ン*	若者の 新規感 染防止	安全な 血液の 確保	暴露後 予防措 置	安全な 注射
JICA	○					○			
USAID	○	○	○	○	○	○	○	○	○
CDC	○	○	○			○	○	○	○
DFID	○	○							
CIDA			○		○	○			
GTZ	○			○	○	○			
UNAIDS	○								
WHO	○			○					
UNICEF	○			○	○	○			
UNFPA		○			○	○			
UNDP									
WFP									
WB	○								
GFATM	○	○		○				○	

*本プログラムを対象とする。プログラム関係者によれば、JICA プログラムの支援分野である「予防啓発」は、「行動変容コミュニケーション」を直接の目的としたものではなく、VCT 促進を目的とした活動として捉えられている。

KNHSP の区分	感染者の生活の質の改善		HIV/エイズの社会経済的影響の軽減					
	治療或いは ケア	人権保護	啓発	緩和政 策	調査研 究	緩和プ ログラ ム	コミュニ ティのエン パワー メント	人的資 源確保
JICA								
USAID	○	○			○		○	
CDC	○	○			○	○		○
DFID	○						○	
CIDA	○						○	
GTZ	○							
UNAIDS					○			
WHO	○							
UNICEF	○	○				○	○	
UNFPA	○	○	○	○			○	
UNDP	○		○	○		○		
WFP	○					○	○	
WB	○		○	○		○	○	
GFATM	○							○

³³ 国内調査時点（2008年1月）で入手できた情報（表3-10）を基に作成

3-6-2 主要援助機関の取り組み

ケニアで活動する主要援助機関（NGOを含む）の取り組みをより詳しく把握するために、主に既存文献から得られた情報を表3-12に取りまとめた。それによれば、HIV/エイズ対策についてセクター横断的な取り組みがなされており、各機関の実施するプログラムやプロジェクトへの主流化が進んでいる点が特徴として挙げられる。また、UNAIDSに代表されるように、当該国のエイズ対策戦略目標達成に向けて各援助機関間での協力が促進されていることが伺える。

表 3-12 ケニアの HIV/エイズ分野における主要援助機関の取り組み

主要国連機関	取り組み
UNAIDS	<p><概要></p> <p>UNAIDS 国連合同エイズ計画は、HIV/AIDSの撲滅支援を行う国連諸機関の調整役を務める国連機関で、メンバー機関は、UNHCR、UNICEF、WFP、UNDP、UNEP、UNFPA、UNPDC、ILO、UNESCO、WHO、World Bank の10機関。ケニアの優先課題①HIV/AIDS法の策定、およびEmergency Recovery Strategy、MTEF、公共部門へのHIVの主流化、②注射による薬物使用や囚人間でのHIV防止、③コンドームの配給、④若者を対象にしたプログラム、⑤エイズ孤児やその他のHIVの影響によって困難な状況にある子どもへの案件付送基金保障プログラム(Conditional cash transfer social safety programme)の試行、母子感染予防の拡大、⑥抗レトロウイルス療法に関する政策づくり、⑦ライフスキル教育の初等教育カリキュラムへの組み込みとHIV感染者とその家族への栄養面での支援への支援各機関のプログラム実施を通じて行っている。</p> <p><2006年に実施された主な活動></p> <p>①National AIDS Control CouncilによるHarmonization Task Force への参加とガイダンスの提供、②2005年のJoint AIDS Programme Reviewのフォローアップおよび2006年のJoint AIDS Programme Review準備への積極的な参加、③National AIDS Control CouncilがHIVフォーラムの手順の明確化をすること支援、④Global Coalition on Women and AIDS の運営化を支援、⑤HIV予防関連での男性の包茎切除とそうした措置への普遍的アクセスに関するコンサルテーションの促進(結果、それらは国家報告書として作成され計画化された)</p> <p><2007年に予定されている主な活動></p> <p>①National AIDS Control CouncilによるHIV/AIDS対策のための財政確保の支援、②効果的な技術支援の提供とTechnical Support Facilities 活用の促進、③国家によるHIV物資の調達および管理の強化、④継続的な技術支援およびNational AIDS Control Councilの調整の仕組みに関するファシリテーション、⑤国際援助機関間の協同促進への支援、⑥Joint Programme of Support on AIDSとの協力によって、Joint UN Team on AIDSの設立をファシリテーション、⑦国の伝染病を分析し科学的根拠に基づいたようなプログラムを計画・実施するかに関するガイダンスを提供するための専門家フォーラムのファシリテーション、⑧HIV/AIDS予防促進活動(HIV検査促進ウイークやその他のキャンペーン、若者のコミュニケーション戦略策定)への積極的な参加、⑨エイズ孤児やその他のHIVの影響によって困難な状況にある子ども、世帯への案件付送基金保障プログラム(Conditional cash transfer social safety programme)の運営化とその拡大への支援、⑩女性と少女によるHIVサービスへのアクセスを改善し、更にはすべての人がHIVサービスにアクセスするための対策のファシリテーション</p>
UNDAF	<p><概要></p> <p>UNDAF (United Nations Development Framework: 国連開発援助枠組み)は、当該国で支援を行う国連機関(FAO, ILO, UNAIDS, UNDCP, UNDP, UNESCO, UNFPA, UN-HABITAT, UNICEF, UNIFEM, UNOPS, WFP, WHO, ICRC, IFRC, UNEP, UNHCR, UNIC, UNIDO, UNOCHA, UNON, WMO)が共通に取り組むべき援助枠組みであり、ケニアにおける現行の枠組みは第2期(2004年-2008年)となる。各国連機関はこの援助枠組みに沿って各々のカントリープログラムを形成・実施する。現行UNDAFで取り組む4つの優先分野は、①グッドガバナンスの促進と権利の実現、②HIV/AIDS/マalaria/結核の発生減少およびこれらが社会経済に及ぼす影響の軽減、③緊急時への備え、防止、対応、軽減のための国家レベルと地方レベルのシステム強化、④持続可能な生活の促進と環境保護である。なお、UNDAFのもので、3つのグループ(theme group)が構成されており、HIV/AIDS theme groupはその1つである。</p> <p><支援分野2: Reduce the incidence and socio-economic impact of HIV/AIDS, malaria and TB ></p> <p>コミュニティのキャパシティ・ディベロップメントを戦略とし、HIV/AIDS、結核の防止、ケア、治療、mitigation)に焦点を当てている。本支援分野のもので3つのアウトカムが設定されている。それらは、①HIV/AIDSと結核 prevalenceの減少(予算はUS\$74.2mil) ②プログラムのデザイン・実施・モニタリングが評価に関するキャパシティの向上(予算はUS\$9.5mil)、③マリアラのmobility and mortalityの減少(予算はUS\$16.2mil)、である。これら3つのアウトカムのうち、HIV/AIDS関連のアウトカムは①と②である。</p> <p><アウトカム3: Overall HIV/AIDS and TB prevalence reduced ></p> <p>主な支援は、①ストリートチルドレンを含む学校を中退した若者の間の安全性行為と薬物乱用防止を含むプログラム・ヘルスに関する情報と啓蒙の普及強化、②開発されたHIV/AIDSに関するコミュニケーション戦略のプログラムと実施へのジェンダー主流化のアドボカシー強化、③保健省によるHIV/AIDSへのアクセス促進のための包括的パッケージ(最も影響を受けている人々への抗レトロウイルス剤の調達を含む)の実施を支援、④国家およびグローバルなリソースを動員して資金調達を強化、⑤策定されたガイドラインに沿ってVCTに関する包括的パッケージ(母子感染予防を含む)を開発・実施すること支援、⑥エイズ患者にケアおよび栄養面でのサポートを提供するプログラムや活動を支援、である。</p> <p><アウトカム4: Capacity to design, implement, monitor and evaluate programmes ></p> <p>主な支援は、①財政を含むモニタリング・評価計画を作成・実施するために必要な能力育成の支援(特にNational AIDS Control Council のキャパシティ・ディベロップメント)、②ケニア政府によるHIV/AIDSと結核に関する調査研究(データとマッピングの年次配布と、HIV/AIDSおよび結核防止に取り組んでいる人々の様々なセクターにいる人々のトレーニングを含む)の支援、③コミュニティへのDOTの拡大の支援およびHIV/AIDS患者・結核患者とその家族への食糧の供給、④HIV/AIDSと結核防止のための調査研究、データ管理、分析およびそれらの活用の強化、である。</p>

援助機関	プログラム名	期間	プログラム目標	プログラムの内容(プロジェクト、活動等)	予算・支出
UNICEF	対ケニアアクトリープログラム	2004年-2008年	アクトリープログラムの目標: ケニア政府による子どもたちの権利(生存、発達、保護、参加)の実現を支援する。	UNICEFがケニアアクトリープログラム(2004-2008)は、北部地域を主な重点地域とし、7つのプログラムで構成されている。それらは、①Child Protection and HIV/AIDS(子どもの保護とHIV/AIDS)、②Education Youth and HIV/AIDS(若少年の教育とHIV/AIDS)、③Health(保健)、④Nutrition(栄養)、⑤Water and Sanitation(水と衛生)、⑥Communications, Partnerships and Participation(コミュニケーション・パートナーシップ、参加)、⑦Strategic Planning, Monitoring and Evaluation(戦略的プランニングおよびモニタリング・評価)である。これらのうち、プログラム名にHIV/AIDSが明示されているのは、①Child Protection and HIV/AIDS(子どもの保護とHIV/AIDS)、②Education Youth and HIV/AIDS(若少年の教育とHIV/AIDS)であるが、③Health(保健)と④Nutrition(栄養)の両プログラムにおいてもHIV/AIDS分野の支援を行っているなど、HIV/AIDSにアクトリープログラムを構成するすべてのプログラムへの主流化が図られている。これは、HIV/AIDSの撲滅がUNICEFの中長期戦略計画(Medium-term Strategic Plan/MTSP)の中で、UNICEFが支援を行っている全ての被援助国において取り組むべき6つの最優先課題の一つとされているためである。ケニアにおけるMTSPにHIV/AIDS分野の目標として、①PMTCT(おける主要なインテグレーションへのアクセスが増加する)、②2008年までに母子感染率が6-10%減少する、③若者のHIV感染が減少する、という3つの目標が掲げられている。	US\$7,159 (アクトリープログラムの総額。うち、プログラムの①②③④の総額がUS\$32147) 単位はUS\$1000
UNFPA	対ケニアアクトリープログラム	2004年-2008年	アクトリープログラムの目標: 人口とリプロダクティブヘルスに関する政策とプログラムを支援することによって、ケニア国民の生活の質の改善に貢献する。	UNFPAがケニアアクトリープログラム(2004-2008)は第6期目である。プログラムは、①リプロダクティブヘルス(Reproductive Health)と②人口と開発戦略(Population and Development Strategies)の2つのサブプログラムで構成される。HIV/AIDSは、いずれのサブプログラムにおいても支援される横断的な分野である。 < サブプログラム1: リプロダクティブヘルス > 本サブプログラムのもとには4つのアウトプットが設定されている。第1のアウトプットは、「総合的に良質のリプロダクティブヘルスサービスへのアクセスが拡大される」であり、3つの戦略のうち特にHIV/AIDS関連の戦略は、リプロダクティブヘルスとHIV/AIDSプログラムを支援するためにサービス提供者に必要とされる行動変容コミュニケーションに配した人口と開発戦略を強化することである。第2のアウトプットは、「ジェンダーに配慮した人口と開発戦略を強化すること」であり、HIV/AIDSプログラムを策定・実施するための法、政策、社会文化的環境が改善される」であり、そのための2つの戦略は、「ジェンダー・イシュー、リプロダクティブヘルスに関する権利、法、政策的、プログラムの2つについて改善すること、およびリプロダクティブヘルスプログラムを実施するための法的、政策的環境を改善するためにコミュニケーション参加を促進すること」である。第3のアウトプットは、「性とリプロダクティブヘルスに関する情報とサービス(Youth Friendly Services)へのアクセスが改善される」であり、3つの戦略のうち特にHIV/AIDS関連の戦略は、「若少年のリプロダクティブヘルスとHIV/AIDSを支援するために必要とされるサービス提供者の行動変容コミュニケーションに関する技術的強化すること」である。第4のアウトプットは、「総合的に良質のリプロダクティブヘルスサービスと権利(HIV/AIDS)の防止を含む」が改善される」であり、4つの戦略のうち特にHIV/AIDS関連の戦略は、「リプロダクティブヘルスサービスと権利、中でもHIV/AIDS防止への男性の巻き込みを促進する」である。 < サブプログラム2: 人口と開発戦略 > 本サブプログラムのもとには設定された4つのアウトプットのうち、HIV/AIDS関連のアウトプットは、アウトプット2(ジェンダー分析および、人口と開発戦略を強化する)である。第4のアウトプットは、プログラム策定を主流化するために必要とされる技術的強化を強化する」である。	US\$12 mil (アクトリープログラムの総額)。このうち、サブプログラム1のアウトプット2の予算は0.5mil、またサブプログラム2のアウトプット2の予算は0.25mil)

援助機関	プロジェクト/プログラム名	期間	プログラム目標	プロジェクト/プログラムの活動等	予算・支出
WFP	対ケニアカントリープログラム	2004年-2008年	カントリープログラムの目標: 乾地および脆弱地域の貧困世帯/コミュニティ(特に女性や社会的弱者を世帯主とする家庭)が食糧不足に対応して安定した生活を営むことができるよう支援する。	WFPの対ケニアカントリープログラム(2004-2008)の2つのアウトカムは、①食料・保健・栄養活動へのアクセスを改善することおよびコミュニティが安全で持続可能な生活を提供するための資産を修復・開拓・維持することによって、貧困者および若年人々がより豊かになること、②初等教育およびライフスキル教育へのアクセス改善によって、貧困世帯の子供も(特に、女子と加児)の安定した生活が持続されること、である。3つの優先分野のうち、1つはHIV/エイズ関連のもの(HIV/エイズ感染者の世帯の食料確保を改善すること)である。このアウトカムには3つのアウトカム指標、①エイズ加児を養育している家庭の数が56%増加する、②食料の確保を改善するための(本プログラム活動を通じて習得した)インカムジェネレーション・トレーニングおよび生活のためのスキルを活用している世帯が5%増加する、③世帯において食糧確保への取り組みが維持されている割合、が設定されている。本アウトカムのもとで33つのアウトセットが設定されているが、そのうちHIV/エイズに直接に関係のあるアウトセットは、「HIV/エイズに関する認識、保健、栄養、教育のレベルと、HIV/エイズ感染者のための家庭をベースとしたケアを改善するために、ボランティア福祉職員/コミュニティヘルスワーカーによるアウトリーチが増加する」であり、アウトセット指標として、①トレーニング/HIV/エイズに関する認識を高めるための活動への参加者数、②ボランティア福祉職員/コミュニティヘルスワーカーがアウトリーチした人の増加の割合、③より良い栄養活動の受益者の割合、が設定されている。	US\$83,246,878 (カントリープログラムの総額)のうち、特にHIV/エイズと関連性の高い優先分野(アウトカム)の予算は、 US\$8,276,783
UNDP	対ケニアカントリープログラム	2004年-2008年	カントリープログラムの目標: 4つのプログラムコンポーネント目標(右欄参照)の達成を通じて、ケニアの発展に寄与する。	UNDPの対ケニアカントリープログラム(2004-2008)は、①持続的な生産と収入の多様化のための機会拡大、②国と地方レベルの主要人材のキャリア・トレーニング強化、③HIV/エイズプログラムのデザイン・実施・モニタリング・評価のためのキャリア強化を通じたHIV/エイズ感染の緩和と感染者の生活の質の向上の実現、④環境に関する事項を国家開発計画、天然資源の効率的なコミュニティベースマネジメント、持続的な生産と収入の多様化のための機会拡大に統合することによる貧困削減と持続的成長のための天然資源と環境管理の貢献の強化、の4つのコンポーネントから構成される。これらのうち、特にHIV/エイズとの関連が深いコンポーネントは、コンポーネント3である。 <コンポーネント3: A Security from HIV/AIDS > 本コンポーネントのもとで、2つのアウトカムと各アウトカムにつき2つのアウトセット(計4つのアウトセット)が設定されている。 <アウトカム1 > HIV/エイズプログラムの計画・実施・モニタリングに対する政府の認識とコミュニティの参加およびオーナーシップが強化される。 アウトセット1: MPと地方政府職員の60%以上がHIV/エイズに関するトレーニングを受け、その結果(HIV/エイズプログラムの計画・実施・モニタリングに対して)リーダーシップを発揮する。(予算:年間US\$100,000、計US\$500,000) アウトセット2: 40%以上のMPが、HIV/エイズ感染者を対象としたWFPの食糧支援プログラムを支援する(UNDPのマイグレーションに対するマッチングファンドを調達する。 (予算:年間US\$100,000、計US\$500,000) <アウトカム2 > HIV/エイズプログラムの社会経済への影響が軽減される。 アウトセット3: WFPとUNICEFとの協力による効果的プログラムの計画・実施を通じてHIV/エイズ感染者が支援される。(予算:年間US\$120,000、計US\$600,000) アウトセット4: 対象とするIDP難民やその他の特別保護を必要とする人々のためのメカニズム/仕組みが開発される。(予算:年間US\$30,000、計US\$150,000)	US\$1,750,000 (カントリープログラムのうち、HIV/エイズ対策と関連性の高いコンポーネント3の総額)

援助機関	プログラム名	期間	プログラム目標	プログラムの内容(プロジェクト、活動等)	予算・支出
WB	TOWA Project	2005年-2010年	プロジェクト目標: NAACCのパフォーマンス向上・維持とKNASP実施を通じて、HIV/AIDS防止と緩和のためのインターネット・ベンジションを拡大する。	プログラムの内容(プロジェクト、活動等) TOWAプロジェクトは、IP-ERSやCountry Assistance Strategy (2004年9月に承認)の目標が反映されたものとなっている。優先分野は、①新規感染予防、②HIV/AIDS感染者の生活の質の向上、③HIV/AIDSの社会経済的な影響の緩和、の3つである。 プロジェクトは、①ガバナンスとコーディネーション能力の強化および②プログラム実施、の2つのコンポーネントで構成される。 ＜コンポーネント1: Strengthened Governance and Coordination Capacity＞ 4つのアウトカムは、①NAACCが効果的にプログラムのコーディネーションを行なう、②NAACCのアクティビティと財政管理が強化される、③オペレーショナルなモニタリング・評価システムがプロジェクトの計画・実施に活用される、④ニーズに効果的に対応するためのパートナーをimplementするためのキャパシティ・ディベロップメントがなされる。 ＜コンポーネント2: Programme Implementation＞ 3つのアウトカムは、①市民社会と民間セクターを通じて、戦略的なプログラムが効果的に実施される、②主要省庁におけるHIV/AIDS対策のためのプログラムが拡大し、主流化される、③基本的な物資の供給が改善される。	US\$115mil ◎ち、WBによる出資 US\$80mil、DFIDによる出資 US\$33mil、ケニア政府による出資 US\$2mil)
GFATM	The Global Fund (Round 2)	2008年7月-2008年6月	プログラムの最終目標 (Goal): ケニアにおけるHIV/AIDS感染者の生活の質を向上し、HIV感染を減少する。	HIV/AIDS分野においては、2008年から5年間の予定でRound 2の支援を受けており、現在Phase 2の総括にある。プログラム目標 (Programme Objectives) として、①VCTの拡大、②HIV感染者への抗レトロウイルス治療を含む全般的なケアサービスの提供、③政府および市民社会の組織的強化のためのキャパシティ・ディベロップメント、の3つが設定されている。 プログラム目標①の支援分野は、カウンセリングおよび検査、および行動変容コミュニケーション (マスメディア)、プログラム②の支援分野は、抗レトロウイルス治療とモニタリング、暴露後予防措置、日和見感染症の予防と治療、母子感染予防、プログラム目標③の支援分野は、カウンセリングおよび検査、母子感染予防、調達と供給マネージメントに関するキャパシティ・ディベロップメント、国家、コミュニティ、公共セクター・民間セクター間のコーディネーションとパートナーシップの育成	US\$106,726,807
	(Round 7)	2008年7月-2013年6月		2007年11月に承認されたRound 7のプログラム目標 (Programme Objectives) として、①HIV感染者・AIDS患者への抗レトロウイルス治療の拡大と維持、②HIVカウンセリングと治療へのアクセスの拡大、HIV予防と治療サービスの増加、④HIV/AIDSサービス効果を効果的に実施・モニタリングするための組織的能力強化、の4つが設定されている。 プログラム目標①の支援分野は、抗レトロウイルス治療とモニタリング、および日和見感染症の予防、プログラム②の支援分野は、カウンセリングと治療、プログラム③の支援分野は、行動変容コミュニケーション (マスメディア)、および行動変容コミュニケーション (コミュニティへのアウトリーチ)。プログラム目標④の支援分野は、情報システムと調査研究、市民社会の強化と組織的能力強化	US\$132,269,783

援助機関	プログラム名	期間	プログラム目標	プログラムの内容(プロジェクト、活動等)	予算・支出
WHO	WHO/OPEC Fund Multi-country Initiative on HIV/AIDS	2002年-2005年	プログラム目標: サブサハラ諸国12ヶ国においてHIV予防とケアの拡大を支援する。	<p><概要> 対象国は、ブルキナファソ、ブルンジ、中央アフリカ、エチオピア、ケニア、マラウイ、モザンビーク、ルワンダ、トーゴ、ウガンダ、タンザニア、ザンビアの12ヶ国。支援分野は7分野①VCT、②PMTCT、③性感染症に関するマネージメント、④ケアとサポート、⑤安全な血液、⑥モニタリングと調査研究、⑦HIV予防であり、各国のHIV/AIDS戦略目標における優先課題にもとづき、支援パッケージが決定された。プログラム予算はその活動範囲によって、1ヶ国US\$400,000～US\$680,000とされている。予算配分は、コンドームの調達 配布が約40%と最も多く、続いてトレーニング(26%)、インフラ整備(22%)、その他(12%)となっている。</p> <p><対ケニア支援の内容> ケニアに対する支援は、5地域(Mt. Elgon, Meru, Gen. Suba, Garissa, Kisii)を対象とした、VCTとPMTCTである。2002年にVCT/PMTCTサービスが全く無い、あるいはほとんど無い地域が支援対象地域に選定されたが、2005年末までに計37VCTセンターと78PMTCTセンターが運営されるようになった。それによって、VCTサービスにアクセスしたHIV/AIDS患者は30,942人(うちHIV検査を受けたHIV/AIDS患者は18,288人)、PMTCTにアクセスした人は40,633人(うちHIV検査を受けた人は28,524人)に上る。5対象地域においてVCTサービスを受けた人々は2005年だけで計19,700人、3年間で31,000人にもなる。対象5地域の保健管理チームのキャパシティも向上し、資源の有効活用と政策決定の地場分権化の結果、すべての対象地域において当初期待していたよりも多くのVCT/PMTCTサイトが設置された。また、コミュニティ・ヘルス・ワーカー、カウンセラーを含むコミュニティの人々の参加も増え、HIV/AIDS患者にVCTサービスを受けるために啓発者・看護師が採用された。幾つかの対象地域でのPMTCT研修においてCDC、World Vision、Pathfinder等との協力を行った。</p> <p>3年間の支援の結果明らかになった今後の課題は、高い離職率、医療従事者不足、不確かな抗レトロウイルスの供給、Suba District の不適切な輸送、伝統的産婆と母乳に対する過信、配偶者による支援の欠如、HIV検査キットのための乏しい供給システム等、が含まれる。</p>	1ヶ国につき US\$400,000- US\$680,000

二 国間援助機関	プロジェクト/プログラム名	期間	主な内容(プログラム/プロジェクト目標、活動内容、成果等)	予算・支出
US AID	APHA(HIV/エイズ、人口、保健統合援助) II	不明	<p><概要> 行政セクター、民間セクター、コミュニティを連携させ、ネットワークを構築するとともに、HIV/エイズ/プロラクチン/ペナルス、母子保健等の統合対策を実施している。特に、コミュニティベースでの公私セクターの連携、マネジメントでの積極的参加、保健医療サービスへのアクセス拡大、行動変容の促進、情報の容易な取得、アルコール・薬物の濫用の減少、脆弱な家族の就労、OVC(孤児・脆弱な子供)への支援、女性・子供への恥辱・圧迫の緩和、PLWHA(HIV/エイズ感染者)および家族の負担軽減等にポイントを置き、計画されている。</p> <p><プログラム> ①キャパシティビルディング ②質の向上 ③モニタリング・評価 ④戦略のスケールアップ ⑤資源の開発 ⑥統合サービスの拡大 ⑦コミュニティの参加促進 ⑧行動変容の戦略化</p> <p><活動> ①HIV/エイズの予防啓発・VCT・ART・PMTCT(母子感染予防)・家庭ケア・孤児サポート活動と結核の予防・治療活動の強化 ②レファレンスシステムの構築とNGO・FBO・開業医を含めた州病院から地域病院、ヘルスセンター、ディスペンサリーまでの連携の強化 ③ケニア政府や他の開発パートナーが実施中のプロジェクトとの連携強化 ④国家レベルからコミュニティレベルまでの全てのステークホルダーの積極的参加 ⑤ケニア政府の年次活動計画、HIV/エイズ活動計画等に合せての活動</p>	不明
CDC	Global AIDS Program (GAP) Kenya	2000-	<p>KEMRI(ケニア中央医学研究所)内にオフィスを設置し、キスマウ・ワイロッドオフィスを置いて活動している。支援分野は、①予防、②ケアと治療、③ラボ技術、戦略的情報、その他のキャパシティ・ディベロップメント、の3つである。なお、ニヤザ州においてNGO支援を行っている。</p> <p><「予防」分野への支援概要> ①CTサイト、モバイルVCT、訪問 VCTを通じてのCT促進、コンドーム使用と危険な性行動の減少を促進することによるHIV感染予防、家庭におけるHIV感染予防に関する親子対話を促進することによるHIV感染予防、②HIV感染者・AIDS患者とその家族との予防インシシアティブのスケールアップ(予防に関する啓蒙、家族計画、性感染症の発見と治療を含む)、③ケニア政府による国家輸血システム構築の支援、④保健人材のトレーニングや物品の供与を通じての「安全な注射プログラム」支援</p> <p><「ケアと治療」分野の支援概要> NGOを含む主要開発パートナーとケニア政府(NASCOFおよびKEMRI)との協力によって、以下を支援している。 ①先住民組織がケア・治療活動をするためのキャパシティを強化する、②HIV感染者・AIDS患者へ予防アプローチをHIVケア・治療の枠組みに統合する、③HIV/エイズ感染者への偏見を無くし、徐々にサービスが提供されるようになるために、保健医療従事者に対するメディア・キャンペーンを支援する、また、コミュニティに基本的なHIVケアパッケージを配布する、④国家によるケアと治療に関する調査活動と国家ガイドラインの策定を促進する、⑤Pediatric rapid results initiativeを支援する、⑥開発パートナーとの協力のもと、母子感染予防プログラムを支援する、⑦母子感染プログラムと結核プログラムの連携と協力を強化する、⑧結核患者に見られるHIV感染を軽減するための結核/HIVプログラムを支援する。</p> <p><「ラボ技術、戦略的情報、その他のキャパシティ・ディベロップメント」分野の支援概要> NASCOF、NPHLS等との協力のもと、PEPPARが支援している全ての結核プログラムとHIVプログラムのラボ技術を向上するために以下を支援している。 ①NPHLS(National Public Health Laboratory Services)およびケニア国内のラボサービス提供機関へのラボ技術支援を行う、②検査と品質保証に関する国家ラボガイドライン、戦略的計画、標準化された運営手続き、研修カリキュラムの開発を支援する、③HIV検査サイトとラボのための品質保証を改善する、また、簡単に出来るHIV検査・カウンセリングの提供を支援する、④国家HIV/エイズ/アレンラボを支援し、告知に関する政策を開発するための調査とプログラム策定を支援する、⑤CDC-KEMRIラボ、Chumton Foundation、ケニア保健省との協力のもと、EIDのためのアルゴリズム(算法)を開発・実施し、HIVの影響を受けている、6週以上のすべての乳幼児に対する通常手続きとしてのEIDを確立する、⑥HIV/エイズ調査活動を支援するためにNASCOFを支援する、⑦ケニア保健省、統計局等と協力して、HIV感染率、新規感染率、HIV感染者のためのCD4 Counts、HAから起こる他の性感染症に関する推定をするための、ケニアエイズ指標調査を実施する、⑧指標とツール、日常的なデータ収集と分析、報告の開発をするための技術的支援を提供することによって、保健省のモニタリング・評価システムを強化する。</p>	不明

援助機関	プロジェクト/プログラム名	期間	主な内容(プログラム/プロジェクト目標、活動内容、成果等)	予算・支出
WRP	不明	不明	KEMRI(ケニア中央医学研究所)内にオアシスを設置し、クリチキョーの県立病院内にワールドオアシスを置いて活動している。活動内容はHIV/エイズワクチンの開発、リフトバレー州南部を中心にPMTCT、Mobile VCTの支援を行っている。	不明
DFID	HIV/エイズ予防・ケア	2003-2009	目標は、新規感染の減少、予防活動の促進、感染者へのケア拡大、主な支援内容は、①新規感染の予防のためコンドーム供与 ② PLWHA(HIV/エイズ)ととも生きる人への訪問介護ケア ③ OVC(孤児と脆弱な子供)への支援 ④ ARV(抗レトロウイルス薬)の供与 ⑤ HIV/エイズ検査キットの供与	£45,000,000
CIDA	STD(性感染症)・HIV/エイズ コントロールⅢ期	2002-2007	目標は、HIV/エイズを含む性感染症の新規感染の減少。コミュニティを基盤に性感染症コントロールを医療的アプローチに行い、エイズ流行の下降および脆弱グループの行動変容で成果をあげた I・II 期に続き、Ⅲ期ではマントバ大学、ナイロビ大学との連携で性感染症コントロールに係るコミュニティ教育の拡大を目指した。	US\$ 5,576,381
	若者とHIV/エイズ	2004-2007	目標は、若者への新規感染の防止。主な支援内容は、①15-24歳の脆弱グループへの予防啓発活動 ②HIV/エイズ孤児へのケアおよび支援 ③コミュニティへのPLWHA児童教育、若者の就労、家族構築に係る支援	US\$12,000,000の 30%
	地域HIV/エイズ・レベニン グ・ネットワーク	2002-2007	目標は、HIV/エイズに係る知識・技術の向上。主な支援内容は、①東・南アフリカ7か国(ザンダ、タンザニア、ケニア、マラウイ、ザンビア、ジンバブエ、ボツワナ、南ア)での現行のネットワークの機能、法的実体等の刷新 ②関連団体間のスキルアップ、医療サービスの拡大とHIV/エイズに関するトレーニング、医師専門家等への技術支援 ③アフリカ・経験の交換を通してパートナー間の交流、協調	US\$5,000,000の 5%
	アフリカ医療・研究基金 (AMREF)Ⅲ期	2001-2008	目標は、保健医療のモデル形態の構築・開発・促進、各レベルでのキヤンパシベリゼーションの向上、保健医療環境の開発。カナダ以外にスウェーデン、英国、米国より資金支援を受けている。東・南アフリカ7か国(スーダン、エチオピア、ソマリア、ウガンダ、タンザニア、ケニア、南ア)を対象にネットワークを構築し、性感染症、リプロダクティブヘルス等の分野で教育・訓練、コンサルティング、出版、スキル・経験の共有を図り、戦略計画を効果的に実施するためにプログラムのデザイン・管理・マネジメント支援(キャパシティ・予算資源等)を強化する。	US\$12,179,315の 15%(この中の 20%がHIV/エイズ を含むSTD)に割 当てられている。
GTZ	リプロダクティブヘルス・性感染症保健戦略計画	2003-2015	目標は、リプロダクティブヘルス・性感染症保健サービスの利用拡大と円滑な予算手当て。主な支援内容は、①保健省への政策・戦略開発のアドバイス ②リファレンスシステムの改善 ③公・私セクターでのEC活動の促進と連携 ④MCT(母子感染予防)の拡大・促進 ⑤地方でのARTの導入・使用・質管理支援 ⑥若者への情報システムの改善・拡大等	不明

NGOs 援助機関	プロジェクト名	期間	主な内容(プロジェクト目標、活動内容、成果等)	予算・支出
Family Health International (FHI)	APHIA II Coast and Rift Valley Provinces	2006年-2009年	<p><APHIA II Project の概要> AIDS, Population and Health Integrated Assistance Programme (APHIA II) は、良質の保健医療サービスへのアクセスを容易にすることでケニア国民がより健康に暮らせることを目的として、リフトバレー州とCoastal Provinceを対象にUSAID資金によって実施されている。</p> <p>主な支援分野は、①HIV/エイズの予防、ケア、治療サービスのための地方における包括的なネットワークづくり、②より多くの住民が保健医療サービスにアクセスできるように啓発キャンペーンの実施(リフトバレー州だけでカウンセリング・検査サービスの受診者が60%増加することを目標としている)、③家庭をベースとした医療従事者による家族単位としたサービスの提供(予防、ケア、治療)の展開、④コミュニティ、民間セクター、市民社会のキャパシティ・ディベロップメント(Catholic Relief, Service Cooperative League of the USA, National Organization of Peer Educators, Social Impact, World Visionとの協力あり) ⑤これにより、2005年10月にNuru Ya Jamii と呼ばれる、子どもを中心とした家族を中心に据えたアブローチを採用したハイロットプロジェクトを立ち上げた。</p> <p><APHIA II Project において実施されたハイロットプロジェクト(Nuru Ya Jamii Project)の概要> リフトバレー州ナクル県の26,000人といわれるエイズ孤児とその他の困難な状況にある子どもを対象とした1年間のハイロットプロジェクト。主なプロジェクト目標(Objectives)は、①600世帯(3,000人のエイズ孤児とその他の困難な状況にある子ども)の世帯にHIV/エイズの防止、治療、ケア、支援サービスという広範囲のサービスを提提供する、②HIV/エイズの影響を受けた子どもとその親・保護者への広範囲のサービスのための情報相互提供する20機関以上のネットワークを確立する、③将来エイズ孤児とその他の困難な状況にある子どもを対象としたHIV/エイズプロジェクトを形成する際の教訓を抽出する、である。</p> <p>プロジェクトを通じて対象とする子どもとその家族に各種サービスを提供した。具体的には、①食糧確保と栄養支援、②教育に必要となる制服、机、椅子、教科書等の配布、③HIVカウンセリング、検査、性感染症予防とケア、母子感染予防等を含む医療支援、④社会心理的支援、⑤出生登録、虐待や放置、放棄されている子どもたちの保護、⑥法律上の支援、⑦職業訓練やマイクロクレジット活動等の経済支援、⑧ライフスキル、安全なセックス、コンドーム配布等のHIV予防のための啓発教育</p>	US\$40mil.
Engender Health	AMKENI Project	2001年-2006年	<p>AMKENIは、ケニア全土において家族計画、リプロダクティブヘルス、子ども生存のためのサービスの改善を目的として活動している傘下組織であり、Engender Healthはそのプロジェクト運営をケニア保健省、Kenya Medical Training College, Family Planning Association of Kenya, Christian Health Association of Kenya とともに実施した。協力機関は、Family Health International (FHI), INTRAH, the Carolina Population Center, Program for Appropriate Technology in Health (PATH)。プロジェクト目標は、①リプロダクティブヘルスを改善するために女性性が政策決定プロセスに参加することを促す、②リプロダクティブヘルスと家族計画サービスが専者の権利・ニーズ・需要に直接的に対応するためリプロダクティブヘルスと家族計画サービスの質を高める、③民間の保健医療サービスへのアクセスと多様なサービスの提供能力を向上させる、④特に若者と男性の健康的な生活行動および家族計画とリプロダクティブヘルスサービスの活用を促進する、⑤トレーニングと監督システムの開発を通じて、民間セクターにおける家族計画とリプロダクティブヘルスサービスの質を改善することである。本プロジェクトのもとでは、リプロダクティブヘルスのための包括的なアブローチが採用されたが、これは、家族計画を活動の中心に掲げより包括的で患者中心のサービス提供を行うというものである。より多くの住民がサービスを利用するために、女性のエンパワーメントを行い、そうした女性の他に男性を巻き込むことや、青少年へのアウトリーチを行なった。</p>	不明
	APHIA Nyanza II	2006年-2009年	<p>USAID資金によってチャンザ県を対象に実施されているAPHIAプロジェクト。プロジェクト目標は、①HIV、結核、その他のリプロダクティブヘルスの特異的な予防を強化・拡大する、②住民の健康的な行動を促進するために市民社会による活動を強化・拡大する、③HIV/エイズ感染率および影響下にいる人々のためのケアと支援を強化・拡大することである。プロジェクト実施地は、5つの機関(AED, CHAK, I-TECH, IDCCS, PATH)との協力のもとで行なわれている。</p>	不明

援助機関	プロジェクト名	期間	主な内容(プロジェクト目標、活動内容、成果等)	予算・支出
JHPIEGO	APHIA II Eastern	2006年-2010年	<p><JHPIEGOについて> Johns Hopkins University (米国Maryland州 Baltimore)の傘下にある国際保健機関。その活動の焦点は、アフリカ、アジア、中等、ラテンアメリカ、カリブ諸国における医師、看護師、助産師、保健医療に関する教育者を含む保健医療提供者のためのトレーニングと支援に置かれている。</p> <p><APHIA II Eastern の概要> プロジェクトは、コミュニティの人々と医療保健従事者との連携を強化することによってコミュニティの住民が保健に関する事項に取り組むためのエンパワメントを目的として、東部Provinceを対象にUS AID資金によって President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)の支援のもとで実施されている。</p> <p>主な支援分野は、①施設でのHIV/AIDS、結核、家族計画・リプロダクティブヘルス、マラリア、母子保健に関するサービスの強化・拡大、②健康守り行動を促進するための市民社会活動の強化・拡大、③HIV/AIDS感染者とその家族のケアと支援の強化・拡大、であり、その他の主要な活動として、④人材育成とそのためのシステムの開発、⑤HIV/AIDS感染者およびエイズ孤児やその他の困難な状況にある子どもへの保健医療サービスの拡大、⑥行動変容を実施するためのコミュニティ構造とネットワークの強化、⑦ジェンダーに対する認識とコミュニティ動員の促進、⑧包括的なケアの多様なサービス提供場所のための家庭とコミュニティベースのサービスの連携づくり、が行なわれている。プロジェクト実施に際しては、African Medical and Research Foundation, Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, Family Health International, Liverpool VCT Care and Treatment, PATH と協力を行っている。</p> <p><APHIA II Coast and Rift Valley Provinces の活動> なお、JHPIEGOはAPHIA II Easternの他、APHIA II Coast and Rift Valley Provinces 実施のにおいてFamily Health International の下請け契約者でもある。リフトバレー州とCoast Provinces での主な活動として、① HIVとその他のサービスのための施設とコミュニティにおける保健医療従事者とその監督者へのトレーニング、②監督システムの強化、③ケアの質の改善、④マラリアに関する活動への技術支援の提供、⑤リプロダクティブヘルス、マラリア、母子保健サービスの統合、が挙げられる。</p>	US\$ 24mi.
Liverpool VCT, Care and Treatment	Voluntary Counselling and Testing Services project	1998年-	<p><LVCTについて> NASCOPの認可を受けた訓練機関として、自発的カウンセリング・検査(VCT)のサービスマネジメントの技術支援を行っている。ケニアでの活動は、1998年にVoluntary Counselling and Testing Services project をパイロットプロジェクトとして開始したことに始まるプロジェクトは、後に全国的なプロジェクトとなった。Liverpool School of Technical Medicine と学術面での協力がある。</p> <p><Voluntary Counselling and Testing Services project の概要> プロジェクトの目標(Objectives)は、行動変容を通じてHIV/AIDS感染を減少するとともに、感染者の生活の質の向上のための支援を提供すること、である。主な支援分野は、①コミュニティと個人に対するHIV/AIDSの防止、ケア、治療に関する教育、②HIV/AIDS感染・再感染へのリスクを回避し安全な生活ができるように、各個人が自発的カウンセリング・検査の必要性を認識するための啓発、③感染者がPost Test HIV Care and Treatment and Social Support Servicesに関する適切な情報を得られるようにすることで良質の生活の機会を提供、④特に困難な状況にある人々がHIV感染のリスクを把握しインフォームド・チョイスを行なえるようにエンパワメントすること、⑤コミュニティと個人に対して、HIV/AIDSが彼らの生活と社会に及ぼす影響に関する啓発・教育することともに、感染者や直接影響を受けている人々に対する偏見を無くすること、である。</p> <p>これまでの活動の 主な成果として、①VCTカウンセリングの育成を通じて、VCTセンターにおけるVCTサービスマネジメントが開始されたこと(個別のセンターが設立された他、政府と民間の医療機関内にセンターが設置された)、②ナイロビ、ニヤザ、Coast, Eastern Provinces等に計16つのVCTセンターが設立されたこと(うち、ナイロビ、モンバサ、キスムの3箇所)のVCTセンターは、障害障害者を持つ患者へのサービス提供を促進してデザインされている)、③VCTサービスマネジメントのアクセルが困難である地域にアウトリーチするのためにMobile VCT Programmeを実施している)、④VCTサービスマネジメントのエンパワメントのための活動を行っていること、⑤年間100,000人のHIV患者にVCTサービスマネジメントが提供されていること、⑥聴覚障害者およびMSMに配慮してVCTサービスマネジメントが提供されていること、が挙げられる。</p>	不明

3-7 HIV/エイズ対策分野における日本の対ケニア援助実績

本章の最後にあたり、以下では日本が当該分野においてどのような方針のもとでいかなる支援を実施してきたかをまとめる。ここでの調査結果は、第5章で実施する評価のうち、「5-2-1 日本側政策におけるプログラムの位置づけ」において活用されるものである。

3-7-1 日本の対ケニア援助方針

ケニアはサブサハラアフリカ諸国の中で援助重点国の1つとされている。「対ケニア国別援助計画（外務省）」では、ケニア政府の国家開発計画・開発課題や他援助機関の動向等を考慮し、①人材育成、②農業開発、③経済インフラ、④保健・医療、⑤環境保全の5つを最優先課題としているが、特に社会的弱者が直接裨益し得る分野として、①人材育成、②農業開発、③保健・医療を重点的に取り上げるとしている。

医療・保健分野では、HIV/エイズ対策がケニアにおいて HIV/エイズ患者への医療費の増大、開発の担い手となる労働力の損失やエイズ孤児の増大等のために極めて深刻な社会問題になっていることから、早急な対応が必要であるとしている。具体的には、治療法開発の研究支援、予防対策として啓発・普及活動、避妊具の供与、HIV/エイズ感染者の早期発見のための検査手法の確立を重要視している。また、これらの支援を実施する上で、ケニア政府の援助受入体制の強化、他援助国・国際機関・NGOとの連携、南南協力の推進が重要としている。援助受入体制の強化についてはケニア政府の行政能力不足や人材不足の解消のために構造調整支援や政策提言等に関する個別専門家の派遣や各種セミナーの開催を実施して強化していくとしている。他援助国・国際機関・NGOとの連携については、セクタープログラムによる援助協調が推進されている中に積極的に関与して他援助国・国際機関との連携を図るとともに、草の根レベルでボランティアを多岐にわたり活用し、技術協力でも NGO との連携を図り、各種援助手段の効果的な連携を行うとされている。また、南南協力の推進は、発展段階が類似している国や近隣諸国の間での技術移転や人的交流の促進を通じて地域の安定と発展を資するようしていくことや、アジア・アフリカの地域間協力を促進するとしている。

3-7-2 JICA の対ケニア援助方針

JICA の対ケニア方針を示す主要文書は、「JICA 国別事業実施計画」（2006年8月改定）である。また、「サブサハラアフリカにおける HIV/エイズ対策協力方針（2006年）」と「アフリカ地域事業実施方針（案）」（2005年7月版）にも示されている。これら文書の概要は表3-13のとおりである。

表3-13 JICA 国別・地域別協力方針に示された対ケニア HIV/エイズ対策援助方針

政策名	重点分野・戦略等
JICA 国別事業実施計画 (2006年8月改定)	ケニア政府の国家開発計画を踏まえ、日本政府の「ケニア国別援助計画」の基本方針に沿って作成されたのが「JICA 国別事業実施計画」である。ケニアでは従来の個々の案件実施ではなく、政府開発目標や MDGs の達成に貢献するセクタープログラムを策定し、「人材育成」「農業開発」「経済・インフラ整備」「保健医療」「環境保全」を重点分野として援助を行うとしている。 「保健・医療」分野については、ケニアの国家保健セクター戦略計画

	<p>(NHSSP) と日本の「保健と開発」に関するイニシアティブに則して、ケニアの保健医療の向上に効果的な方法で協力を実施することを基本としている。保健分野の開発課題は、①エイズ予防・感染症問題の改善、②国際寄生虫症対策、③地域保健医療サービスの向上の3つであり、うち、エイズ予防・感染症問題の改善では、感染症プログラムとエイズ予防プログラムに大別されている。感染症への取り組みは周辺国を対象にケニア中央医学研究所 (KEMRI) で行われていた技術プロジェクトの成果である肝炎および HIV/エイズ血液スクリーニングキットの活用・普及を図ることと血液センターを統括する国家輸血サービスの能力強化および適正使用に関するマネジメント強化である。エイズ予防については、現在ケニア国で積極的に進められている自発的検カウンセリング・検査 (VCT) を促進するため、プログラムを形成し、中央レベルの機能強化を支援する他、リフトバレー州・ニャンザ州・ウェスタン州に重点を置いた VCT カウンセラーの育成、マスメディアを通じて住民の知識向上および行動変容を目指す予防啓発活動を支援する。さらに、同地域を中心にボランティアの活動と緊密な連携を保ち、より効果的な協力をを行う、とされている。</p> <p>なお、事業実施の基本的な考え方として、人間の安全保障の視点の重視し、貧困層や社会的弱者に配慮した案件形成、案件実施時のジェンダー配慮、他のドナーとの連携と協調、日本の各種スキームの連携促進、を含む7項目が明記されている。</p>
<p>サブサハラアフリカにおける HIV/エイズ対策協力方針 (2006 年)</p>	<p>「開発課題に対する効果的アプローチ：HIV/エイズ」(第2章2-2-2参照)を踏まえて策定されたサブサハラアフリカ地域における HIV/エイズ対策援助ガイドラインで、アフリカ支援対策会議保健作業部会が策定した。</p> <p>ガイドラインは、MDGs の HIV/エイズの流行拡大阻止の達成には新規感染の削減が不可欠であり、「人間の安全保障」の観点から個人の予防対策の強化による感染リスクの低減が最も重要であるとした上で、適切な治療とケア、サポート体制の体制強化とも合わせて総合的に推進していることの重要性が指摘されている。支援の重点は、「感染症予防」と「VCT 強化」に置かれるが、相手国におけるエイズ流行の現状と HIV/エイズ対策の実施段階、他援助機関の支援状況に配慮し、相手国のニーズにあった JICA プログラムの戦略を決定し、「人間の安全保障」の視点でセクター横断的な取り組みをすることとされている。また、サブサハラ国の多くは、保健医療行政や地域保健医療体制が脆弱であり、人材も不足しているために国レベルと地域レベルの保健医療体制の強化が必要であり、キャパシティ・ディベロップメントの観点から政府・行政の能力強化、コミュニティの能力強化、全てのステークホルダーの参加促進等の HIV/エイズ対策の体制強化を支援するとしている。</p> <p>こうした基本的な考えの下に、各国の国家戦略・枠組みに沿った支援、人間の安全保障・ジェンダー配慮・人権的配慮の視点の反映、プログラム化の推進と他のリソースの積極的活用、重点国の設定による人的・財政的資源の集中、重点国へのアドバイザー専門家ないし企画調査員の配置、国内支援体制の強化のアプローチを積極的に行うとしている。</p>
<p>アフリカ地域事業実施方針 (案) (2005 年 7 月版)</p>	<p>2001 年 7 月、アフリカ連合 (AU) の会合で承認された「アフリカ開発のための新パートナーシップ (NEPAD)」の主旨の下、アフリカ諸国の「自助努力 (オーナーシップ)」と、国際社会の開発パートナーとしての「パートナーシップ」を提唱し、基本的にアフリカ開発会議 (TICAD) の枠組みの中で各国の貧困削減計画 (PRSP) に基づいた支援を実施することを基本方針とする。</p>

	<p>国別の協力方針は、「人間の安全保障」の実現と MDGs への貢献のため、援助対象国の状況に応じて戦略的に援助アプローチの選択や援助資源の配分を行っていく。支援アプローチは、①ガバナンスや国家行政機能の改善が見られる国、②統治状況が脆弱な国、③安定はしているが国家行政機能の強化に向けての取り組みが弱い国の3つのカテゴリーに分類されている。ケニアは③のカテゴリー対象国に位置づけされており、基礎的サービス拡充と経済開発のための基盤整備が必要であるとされている。また、援助資源配分については、対アフリカ支援に係る政府方針に沿って JICA 事業予算の 20%以上の獲得を目指し、増大する方向にある。ケニアに対しても JICA 事業の量的拡充が望まれる国として位置づけされている。</p> <p>HIV/エイズは重点課題の1つであり、基本戦略として、HIV/エイズ新規感染の予防、エイズ患者およびその家族の生活の質の向上に向けて事業の拡大・推進が挙げられている。優先分野は、①HIV/エイズ感染予防、②包括的 VCT サービスの強化、③エイズ患者治療の体制整備の促進、④保健医療サービス、⑤HIV/エイズ患者・エイズ患者、家族、エイズ孤児と HIV/エイズに影響を受けている子ども（OVC）へのケア・社会的サポート、の5つである。</p>
--	---

3-7-3 HIV/エイズ対策分野におけるこれまでの日本の対ケニア援助実績

表 3-14 に、2000 年度以降にケニアで開始された HIV/エイズ対策分野における日本の対ケニア援助実績の概要を示す。

表 3-14 ケニアの HIV/エイズ対策分野における日本の援助
(本プログラムの構成案件を除く主要案件)

援助形態	実施期間	案件名	概要
技術協力	1996年～2001年	感染症プロジェクト・フェーズⅡ	中央医学研究所（KEMRI）との連携による HIV/エイズに関する基礎研究を実施。HIV/エイズ・ウイルス性肝炎に対する血液スクリーニングキットの開発および現地生産に至る研究成果の実用化、抗 HIV 活性を持つ薬草のスクリーニング、母子感染予防法の確立を目標とした。
第三国研修	1999年～2001年	血液スクリーニング検査	中央医学研究所（KEMRI）にて確立した血液スクリーニングの技術を周辺の東南部アフリカ諸国に技術移転のため、研修をケニアで実施した。
草の根無償資金協力	2000年～2001年	ケニヤッタ国立病院エイズ総合対策センター設立計画	ケニヤッタ国立病院内にケニア初の公営 VCT センターを設立し、HIV/エイズの VCT 活動の促進を図った。
技術協力	2001年～2006年	感染症および寄生虫研究対策	中央医学研究所（KEMRI）との連携による HIV/エイズ・肝炎等の血液安全性の確保や伝統医学に対する基礎研究。研究協力の実績による血液スクリーニングキット、抗 HIV 薬の開発、情報ネットワークの構築、第三国研修の実施を目標とした。
現地国内研修	2001年～2003年	HIV/エイズ カウンセラー育成	ケニア医療技術短期大学（KMTC）と協力し、100名以上のカウンセラーの育成を行い、地方におけるエイズ予防啓発活動と VCT 活動の促進を図る。
草の根無償資金協力	2002年	西部地区移動エイズ総合対策	ニャンザ州の隔離村落への VCT 普及のため、移動式 VCT 車両および教育機材の供与を実施した。
草の根・人間の安全保障無償資金協力 ³⁴	2003年	ナクル県エイズ総合対策	リフトバレー州総合病院内に母子感染予防や ART 等を含む包括的サービス確立のため、総合対策センターの設立と同州の 5 カ所の VCT センターの整備を実施した。
無償資金協力	2003年～2005年	中央医学研究所感染症・寄生虫対策施設整備計画	感染症・寄生虫の研究成果を実用化するため、中央医学研究所（KEMRI）の拡充・増設を実施。無菌室の設置や血液スクリーニングキット製造用資機材等の供与が実施された。
現地国内研修	2004年	HIV/エイズ カウンセラー育成	100名のカウンセラーの育成を行い、地方におけるエイズ予防啓発活動と VCT 活動の促進を図った。
医療特別機材供与	2002年	—	検査機材（CD4・CD8 陽性 T 細胞自動計測分析器、細菌自動同定器、PCR 機器、凍結切片作成機、顕微鏡等）をケニヤッタ国立病院と国家公衆衛生検査サービスに供与した。
医療特別機材供与	2005年	—	モバイル VCT 用車両および視聴覚機材ををニャンザ州（ニャミラ、ボンド、グチャ県）およびリフトバレー州（ナクル、ケリチョー、ボメット地区）に供与した。

³⁴ ODA 大綱の改正に伴い、2003年にそれまでの「草の根無償資金協力」に「人間の安全保障」の考え方をより強く反映させるために、「草の根・人間の安全保障無償資金協力」と改称された。

第4章 ケニア国「エイズ予防プログラム」の概要

4-1 プログラム形成の経緯

(1) プログラムの検討開始（2003年4月）～大統領選挙（2007年12月）までの経緯

JICAが従来のプログラムの定義を現在の「戦略的なプログラム」に改めたのは2006年2月のことであり、現在は従来型「プログラム（＝共通の目的・対象の下に緩やかに関連づけられて計画・実施される案件）」から戦略的な「プログラム（途上国の特定の中長期的な開発目的の達成を支援するための戦略的な枠組み）」の移行時期にある。そのため、現在「プログラム」と呼ばれている多くのものは、戦略的な「プログラム」の定義が導入される以前に実施されていた案件を組み合わせ、各案件に共通した目標をプログラム目標として設定することで「プログラム」として構成した経緯がある³⁵。本プログラムの場合も基本的には同様の経緯を経ている。JICAケニア事務所が2006年度に作成した、「ケニア JICA プログラム『エイズ予防』の運営とプログラム策定プロセス」によれば、当初のプログラム・デザイン・マトリックスに示されているプログラム構成となったのは、2006年4月以降のことである。このプログラムが2006年6月に理事会によって「プログラム」として承認されたものである。（その後、2007年度に表4-7に示すマトリックスに更新されている。）

「ケニア JICA プログラム『エイズ予防』の運営とプログラム策定プロセス」には、2003年3月にさかのぼってプログラムの策定プロセスが記されており、それによれば、策定プロセスを検討段階（2003年4月～2004年3月）、立ち上げ段階（2004年4月～2006年3月）、実施段階（2006年4月以降）という3つの段階に分けている。こうした段階を新規「プログラム」の定義導入の流れと照らし合わせると、現行プログラムは実施段階に相当する。この段階においてプログラムの定義が再整理され、他案件との連携を前提として形成された技プロの活動が開始（2006年7月）、プログラムにおいて他援助機関、特に「保健分野における日米グローバル・パートナーシップ」に基づく日米の協力促進、定期的なプログラム調整会議の開催等、新たに導入された「戦略的なプログラム」に向けた努力が行なわれてきた。したがって、本プログラムは、その形成（構成）にあたっては、「問題分析（セクター分析）～目的分析～問題解決のために有効な案件の有機的な組み合わせの選択」という、本来の一連の形成プロセスを経していないものの、その形成（厳密に言えば再構成）段階において検討された事項には、JICAの新しい「プログラム」としての「戦略的プログラム」の3つの要素を満たそうとするJICA関係者の意向が反映されている。

当時 JICA ケニア事務所が作成したプログラム関連文書³⁶によれば、「プログラム」の内容を決定するにあたっては、まずプログラムの目標を「15歳～24歳までの若者の HIV 予防促進」とした上で、目標達成のためのアプローチ（取り得る手段のグループ分け／候補となる案件）として「政府の機能強化」「予防のための行政サービスの向上」「若者の意識向上・行動変容の促進」という3つを選択し、各アプローチを実現するために具体的な投入（プログ

³⁵ 2006年度特定テーマ評価プログラム評価（マラウイ・ベトナム教育分野）の評価対象となったマラウイ、ベトナムの両プログラム、2007年度ガーナ国アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム評価の対象となったプログラム等はいずれもこうした経緯を経てプログラムが構成されている。

³⁶ 2006年に JICA ケニア事務所が作成した、「プログラム運営の実態と課題」「ケニア JICA プログラム『エイズ予防』の運営とプログラム策定プロセス」「ケニアエイズ予防プログラム（パワーポイント資料）」等

構成案件)を決定している。当時のJICAケニア事務所保健担当所員によれば³⁷、プログラム形成(構成)の際には、ケニアの当該分野に占めるJICAの投入規模と日本の過去の経験が検討された。その結果、日本の援助額は他援助機関の援助額と比較して極めて小さく、HIV/エイズ分野での援助経験もほとんどないことから、効果的な援助のためにはケニアのHIV/エイズ戦略にアラインすることが必須であると判断された。プログラムをデザインするプロセスとしては、上記した、詳細なセクター分析から始まる一連のプログラム形成プロセスとは異なるものであるが、形成(構成)プロセスにおいて日本の当該国における過去の支援およびケニアの現状が十分に検討され、相手国の開発戦略にアラインした支援としたことで、JICAの新しい「プログラム」としての「戦略的プログラム」の3つの要素のうち、「途上国の特定の開発戦略や日本の援助戦略に沿った明確なプログラム目標を有する」という要素を満たしている。プログラム目標を「予防」に焦点を当てたものとしたのは、新規感染予防がケニアにおけるエイズ対策政策の柱の1つであること、および日本政府としては当該分野において、特に予防強化の支援に焦点を当てた「支援」を実施していることが考慮された結果である。

「アプローチ」については、「行政」「住民」「両者を結ぶ行政サービス窓口」という3つの各ステークホルダーに対して同時に支援することで効果的な予防を推進することを狙った設定とし、各アプローチにおいて何をするか、すなわち構成案件の選択については、プログラム目標と各アプローチの目標(=プログラムの「成果」に相当)を満たすために不可欠で、かつ投入が可能な案件が選択された。この部分の論理構成が、「戦略的プログラム」の第2の要素である、「協力目標(プログラム目標)を達成するための協力シナリオを有する」に係わる事項である。第3の要素「投入にあたり複数のJICA事業の有機的な組み合わせ、他の開発主体と連携を行っている」については上記したとおり、プログラム構成の際に考慮されている。

(2) プログラムの再構築(2007年12月以降)

プログラムの実施段階(2006年4月以降)において1つの転換期となるのが、2007年12月に実施された大統領選挙後の暴動による治安悪化である。これに伴い、ニャンザ州保健局を拠点として活動していたフィールド調整員はナイロビのJICAケニア事務所へ、ニャンザ州、リフトバレー州、ウェスタン州に滞在していたエイズ対策関連ボランティアは、一時帰国した後、4月～5月にセントラル州およびイースタン州に任期変更・派遣となった。それまでプログラムの重点地域をニャンザ州、リフトバレー州南部としていたため、こうしたボランティアの任地変更を背景として、重点地域を含めたプログラムの再構築が必要となった。

³⁷ 2007年12月18日に実施した国内インタビュー結果による。

4-2 プログラムの構成案件の概要

本プログラムは、下記の4つの案件で構成される。その案件工程を図4-1に示す。

案件名/年度	2005	2006	2007	2008	2009	2010
技術協力プロジェクト「エイズ対策強化」		■				
無償資金協力「HIV・AIDS対策計画」		■	■	■	■	
JOCV「HIVおよび関連職種」	リフト・バレー州	■				
	ニヤンザ州		■			
	ウェスタン州		■			
	セントラル州			■		
	イースタン州			■		
医療特別機材	■					

図4-1 プログラムの工程

(1) 技術協力プロジェクト「エイズ対策強化プロジェクト」(2006年7月～2009年6月)

保健省内の国家エイズ・性感染症対策プログラム(NASCOP)に専門家チームを派遣し、M&Eの強化を通じて、HIV/エイズ対策への立案および実施ならびにサービスの質向上を支援し、HIV検査数の増加を目的とする。対象地域はケニア全土である。本プロジェクトの枠組みを以下に示す。(表4-1～4-4参照)

表 4-1 「エイズ対策強化プロジェクト」の枠組み（改訂版PDM1）³⁸

プロジェクトの要約	指標
<p>スーパーゴール ケニアにおける HIV の感染率が減少する。</p> <p>上位目標 HIV 感染リスクに対する人々の行動が変容する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • HIV 感染リスクを避けるような行動を取るよう行動変容を達成した住民数
プロジェクト目標	
<p>（特に、リフトバレー州南部とニャンザ州の 15 歳～24 歳の若者の） HIV 検査数が増加する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • リフトバレー州南部とニャンザ州での 15 歳～24 歳の若者を対象とした HIV 検査数が年間 10%増加する。
アウトプット	
1. HIV 検査に係るモニタリングおよび評価に関する政府の機能が強化される。	<ul style="list-style-type: none"> • 2009 年 6 月までに、HIV 検査サービスの報告書提出率が 90%以上になる。
2. HIV/エイズ予防政策の策定および実施に係る政府の能力が強化される。	<ul style="list-style-type: none"> • 2009 年 6 月までに、少なくとも 1 冊の CT に関する国家ガイドライン・マニュアルと 2 冊の関連付属書、関連図書が出版される。
3. 若者を対象とした HIV/エイズの正しい知識の普及と検査の受信が促進される。	<ul style="list-style-type: none"> • 2009 年 6 月までに、ラジオプログラム対象地域で聴衆者の 3%が HIV 検査を受ける。
4. VCT センターおよび他の検査サイトにおける診療検査およびカウンセリングの質が向上する。	<ul style="list-style-type: none"> • 2009 年 6 月までに、登録済みの VCT 施設で申請可能な全施設の 40%が認可申請を行う。 • 2009 年 6 月までに、申請施設数の 30%が認定を得る。
活動	
<p>1-1 HIV/エイズのための総合的なモニタリング・評価指標（の策定）を支援する。</p> <p>1-2 保健カウンセリング・検査（HCT）関連プログラムに関するデータ収集を強化する。</p> <p>1-3 県 HIV 管理チーム（DHMT）や州 HIV 管理チーム（PHMT）の評価・計画に係るデータ分析能力を強化する。</p> <p>2-1 モバイル VCT サービスを標準化する。</p> <p>2-2 若者のための VCT サービスを促進する。</p> <p>2-3 CT 関連ガイドライン、研修カリキュラム、その他関連プログラムの統合化を支援する。</p> <p>2-4 企業との協力によってモバイル VCT の国家拡充戦略を開発する。</p> <p>2-5 プロジェクト対象州（リフトバレー州南部及びニャンザ州）における評価・計画能力開発のために四半期ミーティングの開催を支援する。</p> <p>2-6 保健省 NASCOP と他パートナー間の調整を強化する。</p> <p>3-1 ラジオプログラムに関して人々の情報ギャップを調査する。</p> <p>3-2 若者の HIV/エイズに関する理解を促進するためのラジオ番組を製作・放送する。</p> <p>3-3 ラジオ番組のインパクトをモニタリングする。</p> <p>4-1 対象となる HIV 検査サイトで提供されているサービスの（サイト間での）ギャップ及び良質の HIV カウンセリング検査サービスを提供するために必要なトレーニングを調査する。</p> <p>4-2 HIV カウンセリング・検査を行なう人材の技術と知識を更新するための研修を実施する。</p> <p>4-3 国家 VCT 認定制度を強化する。</p> <p>4-4 研修を受講した VCT サイトとカウンセラーを強化するための資料・教材を開発し配布する。</p>	

³⁸ 2007 年 7 月 13 日に改定された PDM（英語原文）を参考にコンサルタントが和文を作成した。

表 4-2 PDM の変更点 (PDM₀ と PDM₁ を比較しての変更点)

プロジェクト目標指標	
・検査機関での来客数および検査人数 (少なくとも年間 200 万人) →HIV 検査数の年間 10%増加	
アウトプット指標	
1-1	HIV 検査サービスの報告数→2009 年 6 月までに、HIV 検査サービスの報告割合が 90%を超える
2-1	NASCOP より戦略計画が開発され、実施される→2009 年 6 月までに、少なくとも 1 冊の国家ガイドライン・マニュアル、2 冊の関連付属書、関連図書を出版する。
3-1	ラジオプログラム数とリスナー数、および開発、配付された教材数→2009 年 6 月までに、ラジオプログラム対象地域で聴衆者の 3%が HIV 検査をする。
4-1	VCT サービスの質向上を目的に開発されたツール数→2009 年 6 月までに、登録・申請可能な VCT 施設の合計 40%が認可申請を行う。
4-2	研修を受けたカウンセラーの人数→2009 年 6 月までに、申請 VCT 施設の合計 30%が認可を受ける

表 4-3 「エイズ対策強化プロジェクト」の枠組み (改訂版 PDM2)³⁹

プロジェクトの要約	指標
スーパーゴール ケニアにおける HIV の感染率が減少する。	・ HIV 感染リスクを避けるような行動を取るよう行動変容を達成した住民数
上位目標 HIV 検査件数の促進により、ケニア国民の HIV 感染リスクへの行動が変容する。	
プロジェクト目標	
ケニア国民 (特に 15 から 24 歳の若者) の HIV 検査件数が毎年増加する。	・ 15 歳~24 歳の若者を対象とした HIV 検査数が年間 10%増加する。
アウトプット	
1. HIV 検査にかかわるモニタリング及び評価体制が強化される。	・ 2009 年 6 月までに、HIV 検査サービスの報告書提出率が 90%以上になる。 ・ 2009 年 6 月までに、モニタリング県での HIV 検査サービス報告書の提出時期が向上する。 ・ 2009 年 6 月までに、モニタリング県での HIV 検査サービス報告書の正確さが向上する。 ・ 2009 年 6 月までに、すべての県に (HIV 検査サービスの) 国家サマリーが配布される。
2. 中央レベルでの HCT 促進に係る調査検討及び政策策定能力が強化される。	・ 2009 年 6 月までに、少なくとも 1 冊の国家ガイドラインと 2 冊の補足文書 (マニュアルや実施手順等) が発行される。 ・ プロジェクトが印刷・配布した文書数。

³⁹ 第 3 回 JCC の指示により 2008 年 5 月 1 日に開催された Steering Committee で合意された PDM2 案 (英語原文) を基に、改定された PDM (英語原文) を参考にコンサルタントが和文を作成した。

<p>3. 新規感染を予防するため、HIV/エイズに関する正しい情報がマスメディアを通じて発信される。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・若者が他の人たち（例えば親）と会話を行うようになる。 ・行動変容を促すためのラジオ番組の内容の適切性 ・新規感染を防ぐための行動変容があったという証言。
<p>4. HIV 検査サイトにおいて、良質の HIV 検査サービスが提供される。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・2009 年 6 月までに、登録済みの VCT 施設で申請可能な全施設の 40%が認可申請を行う。 ・2009 年 6 月までに、申請施設数の 30%が認定を得る。 ・選定された VCT サイトにおける利用者インタビューの質問項目 24 に対し、（サービスを）大変良い、良いと答えた利用者の割合。
<p>活動</p>	
<p>1-1 新しいモニタリング・ツールの普及を支援する。</p> <p>1-2 HIV カウンセリングと検査（HCT）関連プログラムのデータ収集を強化する。</p> <p>1-3 中央レベルでの HCT 関連データベースの維持管理を強化する。</p> <p>1-4 HCT データのフィードバック・システムを強化する。</p> <p>1-5 選ばれた州・県保健局において計画策定のためのデータ分析能力を強化する。</p> <p>2-1 HCT 関連サービスの標準化をはかる。</p> <p>2-2 HCT ガイドライン、研修カリキュラム、その他の関連するプログラムの調和をはかる。</p> <p>2-3 NASCOP/保健省と他パートナーの連携の向上をはかる。</p> <p>2-4 評価および計画策定能力強化のために州レベルでの HCT に関する四半期報告会を支援する。</p> <p>2-5 民間企業との連携によるモバイル VCT サービスの実施を試行する。</p> <p>3-1 若者の HIV/エイズ情報にかかわる理解について調査する。</p> <p>3-2 若者の HIV/エイズの理解促進のためのラジオ番組を制作し放送する。</p> <p>3-3 ラジオ番組を教材化し、HIV/エイズ理解促進のために活用する。</p> <p>3-4 ラジオ番組の効果を評価する。</p> <p>4-1 HIV 検査サービスの質にかかわる現状を把握する。</p> <p>4-2 HCT サービス提供者の知識や技術向上のための研修を実施する。</p> <p>4-3 国家 VCT サービス認定を支援する。</p> <p>4-4 HCT サービス提供者を支援する教材や資料を開発し、配布する。</p>	

表 4-4 PDM の変更点 (PDM₁ と PDM₂ を比較しての変更点)

プロジェクト目標
(特に、リフトバレー州南部とニャンザ州の 15 歳-24 歳の若者の) HIV 検査数が増加する→ケニア国民 (特に 15 から 24 歳の若者) の HIV 検査件数が毎年増加する。
プロジェクト目標指標
リフトバレー州南部とニャンザ州での 15-24 歳の若者を対象とした HIV 検査数が年間 10% 増加する。→15 歳-24 歳の若者を対象とした HIV 検査数が年間 10% 増加する。
活動
(新規)
1-4 HCT データのフィードバック・システムを強化する。
1-5 選ばれた州・県保健局において計画策定のためのデータ分析能力を強化する。
3-3 ラジオ番組を教材化し、HIV/エイズ理解促進のために活用する。
(修正)
2-1 モバイル VCT サービスを標準化する→HCT 関連サービスの標準化を図る
2-2 若者のための VCT サービスを促進する→HCT ガイドライン、研修カリキュラム、その他の関連するプログラムの調和を図る。
2-3 CT 関連ガイドライン、研修カリキュラム、その他関連プログラムの統合化を支援す→新 2-2 に。新 2-3 として旧 2-6 NASCOP/保健省と他パートナーの連携の向上を図る。
2-4 企業との協力によってモバイル VCT の国家拡充戦略を開発する→評価および計画策定能力強化のために州レベルでの HCT に関する四半期報告会を支援する。
2-5 プロジェクト対象州 (リフトバレー州南部及びニャンザ州) における評価・計画能力開発のために四半期ミーティングの開催を支援する→民間企業との連携によるモバイル VCT サービスの実施を試行する。
2-6 保健省 NASCOP と他パートナー間の調整を強化する→新 2-3 に移動。
3-3 ラジオ番組のインパクトをモニタリングする→3-4 に移動
4-1 対象となる HIV 検査サイトで提供されているサービスの (サイト間での) ギャップ及び良質の HIV カウンセリング検査サービスを提供するために必要なトレーニングを調査する。→HIV 検査サービスの質にかかわる現状を把握する。
4-4 研修を受講した VCT サイトとカウンセラーを強化するための資料・教材を開発し配布する。→HCT サービス提供者を支援する教材や資料を開発し、配布する。
アウトプット指標
2 (新規) プロジェクトが印刷・配布した文書数
3 2009 年 6 月までに、ラジオプログラム対象地域で聴衆者の 3% が HIV 検査を受ける→若者が他の人たち (例えば親) と会話を行うようになる。行動変容を促すためのラジオ番組の内容の適切性、新規感染を防ぐための行動変容があったという証言。
4 (新規) 選定された VCT サイトにおける利用者インタビューの質問項目 24 に対し、(サービスを) 大変良い、良いと答えた利用者の割合。

(2) HIV/AIDS 対策計画（無償資金協力）

2005年度のケニア政府の要請に基づき、2007年3月に本案件の基本設計調査が実施された。要請の背景にはGFATMやPEPFARの援助枠のみでは、HIV簡易検査キットの必要量が不足し、ケニア政府が計画するVCT、PMTCT、DTCを含むカウンセリングおよび検査が十分に実施されないとの判断がある。

本案件は、ケニア全土の・モバイルVCT・カウンセリングおよびHIV検査サービス提供施設を対象とし、ケニア政府で調達・使用されている3種類（デターミン、バイオライン、ユニゴールド）のHIV簡易検査キットを調達するものである。機材計画として、当初2010年までに必要となるHIV簡易検査キットが要請されていたが、ケニア政府の調達計画や他援助機関の援助計画が定まっていなかったなどの不確定事業が多いため、2008年度の単年度供与とした。2008年1月に入札し、4月以降、2009年1月までの有効期限をふまえ、3回に分けて納入する予定であり、第1回の供与は2008年8月に行われた。納入場所はケニア医薬品供給公社（KEMSA）中央倉庫で、ケニア政府の責任で全国に配布される。また、JICAはHIV簡易検査キット納入後、保健省より年2回の配布報告を受けることとなっている。JICAでも技プロ、派遣専門家、ボランティア等の協力を得て、逐次案件の実施状況を確認予定である。表4-5に2008年度の供与予定数量を示す。

また、その後続案件として、2007年度にケニア政府がHIV簡易検査キットの供与に係る要請を提出し、2008年6月に基本設計調査が実施された。2008年12月に閣議決定され、2008年度と同程度の規模で2009年度～2011年度の3年間の供与が継続される予定である。

表4-5 2008年度HIV簡易検査キットの種類および供与数量
(単位：テスト)

簡易検査キットの種類	供与数量
デターミン	2,000,000
バイオライン	800,000
ユニゴールド	32,000
合計	2,832,000

(3) ボランティア

「エイズ予防プログラム」のプログラム目標である「(ケニアにおいて) HIV検査およびカウンセリングが促進される」の下、JICAは地域およびコミュニティレベルでの活動を重視し、ボランティアの派遣を2005年以降開始し、行政と住民をつなぐ行政サービス改善・機能強化を図ることとした。具体的活動は、①地方行政能力の支援、②VCTセンターのサービス向上の支援、③コミュニティでの予防啓発活動の支援、④各種情報の収集と上部組織への報告等である。また、シニア隊員およびフィールド調整員を派遣して、中央で活動する技プロと県以下で活動するボランティアの連携を強化し、プログラムの円滑な運営を図っている。ボランティアの活動地域は、2008年末まではリフトバレー州南部、ニャンザ州、ウェスタン州であり、配属先は県保健局を中心にNGO等であった。県保健局での需要は高く、州保健局・ケニア政府を通じて日本への派遣要請は増加しており、派遣にあたっては、主にケニア

の HIV/エイズ対策方針や日本の援助方針との整合性が確認された。

しかし、2007 年 12 月の大統領選挙の結果をめぐる暴動、治安悪化の影響により、ニャンザ州保健局を拠点としたフィールド調整員は、ナイロビの JICA 事務所へ、ニャンザ州、リフトバレー州、ウェスタン州に滞在していたエイズ対策関連ボランティアは、一時帰国の後、4 月～5 月に治安上の制約から、セントラル州、イースタン州に任地変更・再赴任をした。2008 年 8 月時点での派遣実績と予定は図 4-2 に示すとおりである。

職種	配属先	任地	2005	2006	2007	2008	2009
CP 技術	リフトバレー州保健局	ナクル	■				
エイズ対策	リフトバレー州総合病院	ナクル	■■■■■				
エイズ対策	アイクロス(NGO)	ボンド	■■■■■				
エイズ対策	アイクロス(NGO)	ナクル	■■■■■				
エイズ対策	リフトバレー州保健局 (シニア隊員)	ナクル	■■■■■				
エイズ対策	キスム県保健事務所	キスム		■■■■■			
エイズ対策	ニャミラ県保健事務所	ニャミラ		■■■■■			
CP 技術	リフトバレー州保健局	ナクル		■■■■■			
エイズ対策	ケリチョ県保健事務所	ケリチョ		■■■■■			
エイズ対策	リフトバレー州総合病院	ナクル		■■■■■			
エイズ対策	FHI (NGO)	マラバ		■			
エイズ対策	ATFC (NGO)	キシイ		■■■■■			
エイズ対策	FHI (NGO)	マラバ		■■■■■			
エイズ対策	ボンド県保健事務所	ボンド		■■■■■			
映像	ニャンザ州保健局	キスム		■			
エイズ対策	FHI (NGO)	ブシア		■■■■■			
エイズ対策	FHI (NGO)	マラバ			■■■■■	任地変更	
エイズ対策	ケニアエイズ NGO 協会	マチャコス				■■■■■	
エイズ対策	ナクル県保健事務所	ナクル			■■■■■	任地変更	
エイズ対策	マクエニ県保健事務所	マクエニ				■■■■■	
服飾	エイズ孤児ケアセンター	カラチュオニョ			■■■■■	任地変更	
服飾	リプルスインターナショナル	メルー				■■■■■	
エイズ対策	キスム県保健事務所	キスム			■	任地変更	
エイズ対策	エンブ県保健事務所	エンブ				■■■■■	
エイズ対策	ニヤンド県保健事務所	ニヤンド			■	任地変更	
エイズ対策	ティカ県保健事務所	ティカ				■■■■■	
エイズ対策	ブンゴマ県保健事務所	ブンゴマ			■	任地変更	
エイズ対策	ムランガサウス県保健事務所	マラグア				■■■■■	
エイズ対策	ガトゥンドゥ県保健事務所	ガトゥンドゥ				■■■■■	

エイズ対策	ニエリ県保健事務所	ニエリ					
CP 技術	国家エイズ・性感染症対策プログラム	ナイロビ					
エイズ対策	ケニアエイズ NGO 協会	ムロンゴ					
エイズ対策	ニヤミラ県保健事務所	ニヤミラ					
エイズ対策	ミゴリ県保健事務所	ミゴリ					
エイズ対策	ホマベイ県保健事務所	ホマベイ					
エイズ対策	東キスム県保健事務所	キスム					
エイズ対策	ニヤンド県保健事務所	アヘロ					
エイズ対策	ボンド県保健事務所	ボンド					
エイズ対策	シアヤ県保健事務所	シアヤ					
エイズ対策	ホマベイ県保健事務所	ホマベイ					
エイズ対策	ラチュオニョ県保健事務所	ラチュオニョ					
エイズ対策	ミゴリ県保健事務所	ミゴリ					
エイズ対策	マサバ県保健事務所	マサバ					
エイズ対策	スバ県保健事務所	スバ					
プログラムオフィサー	NACC ニヤンザ現地事務所	キスム					
村落開発普及員	開発のためのシアヤ女性・若者ネットワーク	シアヤ					

FHI：ファミリーヘルスインターナショナル

ATFC：アクションタイムズファミリーケア

図 4-2 ボランティア派遣実績と予定

(4) 医療特別機材供与

「エイズ予防プログラム」のプログラム目標である「(ケニアにおいて) HIV 検査およびカウンセリングが促進される」を達成するため、県保健局がボランティアの支援を受けて実施するモバイル VCT 活動および予防啓発活動に必要な車両および IEC 機材の供与を医療特別機材のスキームで実施した。供与された機材は、検査促進・予防啓発活動の重要なツールとして活用されており、県保健局にて維持管理がなされている。

表 4-6 医療特別機材供与実績 (2005 年度)

年度	供与機材内容	配布先
2005	IEC 機材 (車両、音響装置、発電機、TV、ビデオ、DVD、プロジェクター、テント等)	ニヤンザ州 (ニヤミラ、ボンド、グチャ県保健局)、リフトバレー州 (ナクル、ケリチョウ、ボメット県保健局)

4-3 本プログラムの特徴

(1) プログラム・デザイン・マトリックスとプログラム概念図

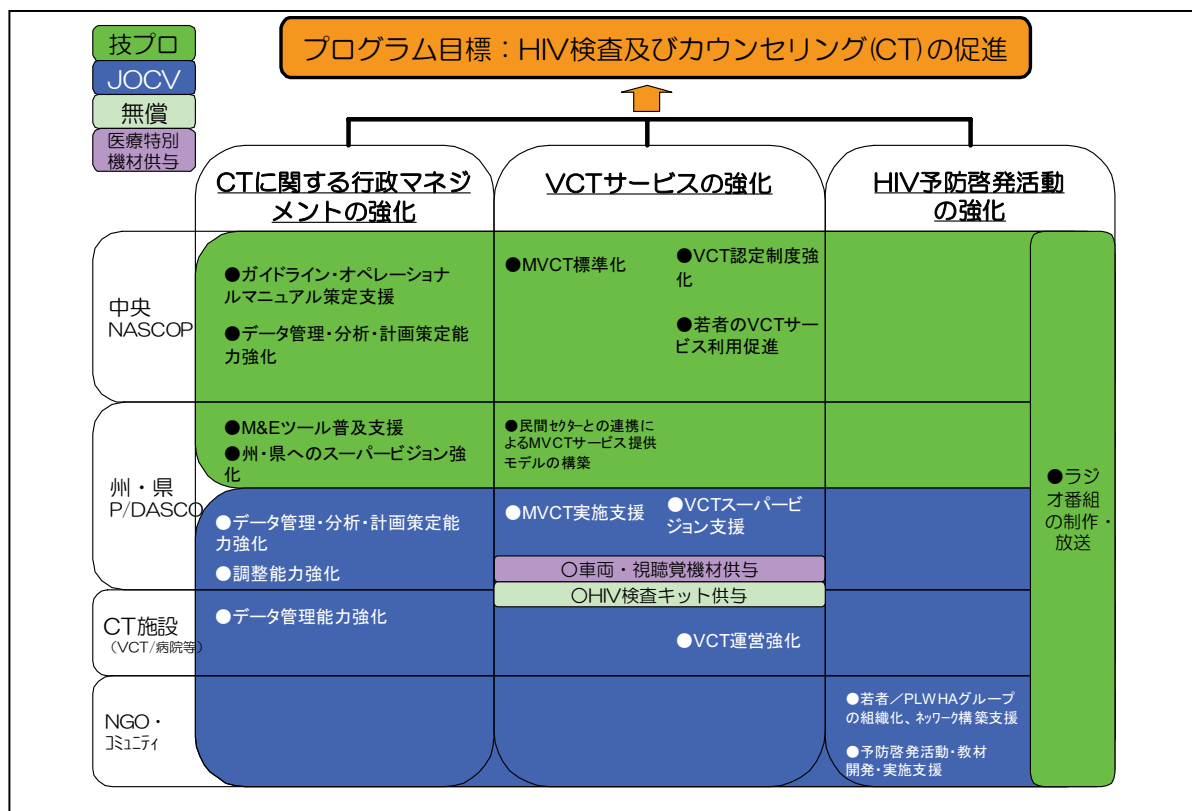
JICA ケニア事務所が 2007 年 6 月に作成した、本プログラムの「プログラム・デザイン・マトリックス」を表 4-7 に、2007 年 10 月に作成したプログラム概念図を図 4-3 に示す。

表 4-7 プログラム・デザイン・マトリックス

プログラム名	エイズ予防プログラム	
協力期間	2006 年 - 2010 年	
実施機関	Div. of Preventive and Promotive Health, Dept. of Medical Service, MOH	
ターゲットグループ	NAS COP, PASC Os, DASC Os, VCT Centers, and local NGOs	
受益者	ケニア国民 (15 歳～24 歳の若者)	
概要	指標	入手手段
上位目標: HIV 新規感染者が減少する。	・ HIV 陽性率が減少する。	National Surveillance KAIS DHS Other statistics
プログラム目標: HIV 検査およびカウンセリングが促進される。	・ 若者 (15 歳から 24 歳) の HIV 検査率数率が年 10% 増加する。	NASCOP Annual (M&E) Report KAIS Other statistics
成果: CT に係る行政マネジメント能力が強化される。	・ CT 関連の報告書提出率が 90% (以上) になる。 ・ CT 関連レポートの締め切り、記入率 (完成度)、データの正確さが向上する。 ・ 収集したデータが分析され、事業計画に生かされる。	MOH727 VCT Quarterly Report AOPs at each level Other related reports
VCT サービスが強化される。	・ CT に関するガイドライン、マニュアル、SOP 等が出版される。 ・ VCT 認定制度への申請数が全申請可能施設の 40% に、認定施設数が申請施設数の 30% に達する。 ・ VCT サービス利用者の満足度が向上する。	Guidelines, manuals, and other publications National Accreditation Report Summary of VCT Exit Interview
HIV 予防啓発活動が強化される。	・ ラジオプログラムを聞いた 3% が HIV 検査を受ける。(その他の指標については活動の進捗をふまえて追加)	National VCT Database

注：CT (Counseling and Testing) には、自発的検査およびカウンセリング (VCT) と PMTCT、DTC などを含む医療従事者に勧められた検査およびカウンセリング (PITC) の双方が含まれる。

(JICA ケニア事務所作成)



(2007年10月にJICA ケニア事務所作成)

図4-3 本プログラムの概念図⁴⁰

(2) 本プログラムの特徴

本プログラムの特徴として⁴¹、第一に、ケニア政府の HIV/エイズ対策実施体制に合わせて必要な投入を行うことで、プログラム全体として各行政レベル（中央政府、州政府、県政府）を網羅した包括的な支援をめざしている点が挙げられる（表4-8および図4-4参照）。これは、ケニアにおいて地方分権化が進んでおり中央の機能と地方の機能が異なることから、個々の案件がそれぞれのカウンターパート機関に対して必要な部分を支援することによって、最終的には政府全体としての機能の強化に繋がるとの考えに基づいている。また、ある行政ラインにおける一つの活動を実施するために案件間の連携を促進するというアプローチを回避することによって、プログラム内の案件の共倒れを防ごうとする狙いもある⁴²。連携例として技プロとボランティアとの連携は一般的であるが、本プログラムにおいては、ボランティアは技プロの多くの活動にかかわっていても、技プロの成果を発現するためにボランティアの活動は前提とはなっていない。このように、各案件が密に連携してある活動を相互補完して実施するのではなく、プログラム目標を共有しつつも各案件が異なった行政ラインにお

⁴⁰ JICA ケニア事務所が本プログラム評価のための第1回検討会資料として作成した「エイズ予防プログラムの概要について」（2007年11月30日）より抜粋。本概念図は、本プログラムが理事会によって承認された後に作成されたものである。

⁴¹ JICA ケニア事務所作成の「ケニア JICA プログラム「エイズ予防」のプログラム形成の考え方について」（2006年9月15日）を参考にコンサルタントがまとめた。

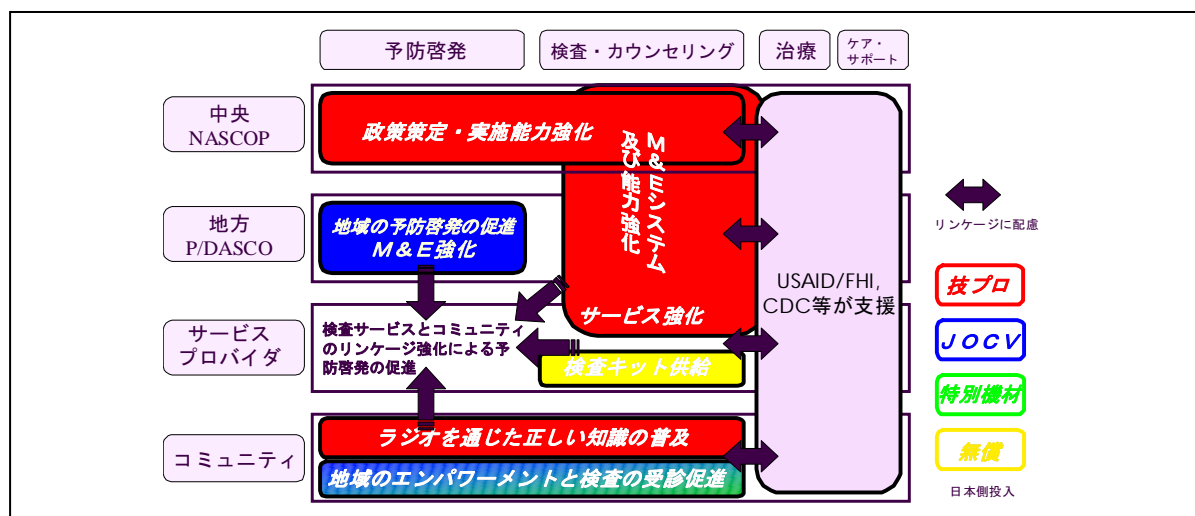
⁴² 例えば、技プロの活動の一部をボランティアが担うという連携の仕方をとった場合に、技プロ専門家とボランティアの認識の違いが活動の阻害要因になることが過去の例に見られること、また、無償資金協力の計画策定や無償資金協力によって供与された機材等の維持管理やモニタリング等のフォローアップを技プロやボランティアが担ったものの十分な成果に繋がらなかった例が指摘されている。

いて独立して活動することで相乗効果を発現しようとする点が本プログラムの第二の特徴である。

こうした行政ラインに配慮した投入に加え、コミュニティへの支援、更には行政とコミュニティを繋ぐ機能としてのサービスプロバイダーへの支援を実施することで、コミュニティから政府までに至るすべてのレベルへの介入を試みている点が第三の特徴として特記できよう。

表 4-8 ケニア政府の HIV/エイズ対策実施体制とプログラムによる投入の関係⁴³

ケニア政府の HIV/エイズ対策実施体制			日本による支援	
実施体制		機関の機能	プログラムによる投入	主な支援内容
中央政府	保健省 NASCOP	政策策定・実施 M&E、調達	SPEAK プロジェクト（技プロ）	政策策定能力強化、モニタリング・評価体制強化、新規予防のための啓発、カウンセリングスーパーバイザーの育成、サービスの質向上に係る諸活動等
州政府	州保健局 (PASCO)	州における調整・ M&E	フィールド調整員	ボランティアに対する支援および調整
県政府	県保健局 (DASCO)	県における調整・ M&E およびサービス実施体制強化（サービスの提供／実施体制強化）	ボランティア	HIV 新規予防のための実施体制強化、HIV 検査体制強化等
			医療特別機材供与	HIV 検査体制強化
検査施設	VCT センター等	VCT サービスの実施	ボランティア	HIV 新規予防のための実施体制強化等
			無償資金協力（感染症対策）	HIV 検査キットの供与



(2006年 JICA ケニア事務所作成)

図 4-4 ケニア政府の HIV/エイズ対策実施体制に対応したプログラムの支援体制⁴⁴

⁴³ JICA ケニア事務所が本プログラム評価のための第1回検討会用資料として作成した「エイズ予防プログラムの概要について」(2007年11月30日)を基に作成

⁴⁴ JICA ケニア事務所作成の「ケニアエイズ予防プログラム進捗報告と課題」(2007年3月1日)から引用

4-4 目標のレベル・範囲による現行プログラムの類型

プログラム目標とは、ある一定の期間において、相手国政府が JICA（および他援助機関）の援助を活用しながら達成すべき開発課題である。したがって、相手国の多大な開発課題・目標の中から、プログラム目標を選択することになる。特定テーマ評価「プログラム評価（フェーズⅡ）」では、プログラム形成の際の留意点として、プログラム目標のレベル・範囲の絞り方、設定の仕方等を挙げている⁴⁵。これに応じて本プログラムを分類した場合、現行のプログラム目標「（ケニアにおいて）⁴⁶HIV 検査およびカウンセリングが促進される」は以下のように整理できる。

- ・セクターの範囲：特定サブセクター（HIV/エイズ分野）の開発戦略を対象とする特定 サブセクター対応型
- ・セクター（サブセクター）内の課題の特定：特定課題（検査・カウンセリング促進と予防啓発）に対応
- ・地域の特定：全国を対象
- ・目標指標・目標値の設定：設定（対象は全国）
- ・プログラム期間と相手国戦略へのアラインメント：短期（3年）、相手国戦略のアラインメントとしては、Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan（2005/10-2009/10）の期間と概ね一致

4-5 プログラムの実施体制

これまで、プログラムをマネジメントする専属の人材（プログラムコーディネーター等）は配置されておらず、プログラムの管理は JICA ケニア事務所の保健担当所員が行なってきた。保健担当所員はプログラム全体の方向性を決定し、プログラムの微調整を主に行なっており、実質的に個別案件として実施されている各案件を調整するための既存の機能は、プログラム推進会議である。プログラム推進会議は、JICA ケニア事務所の所員、技プロ専門家、フィールド調整員、ボランティアで構成され、各活動の進捗状況の報告、活動にあたっての課題とその対応策の検討等を主な目的として、四半期に1回、ほぼ定期的に開催されている。2006年9月に、プログラムとしての活動を促進することを目的として本部と現地関係者参加のもとで JICA-Net によってプログラムモニタリング会議が開催された後、プログラム推進会議としては、本評価調査実施時の2008年8月までに、計5回開催されている（2006年12月、2007年3月、6月、11月、2008年8月）。これまでの活動内容を振り返ると、初期は配属先のカウンターパートの紹介、技プロ専門家およびボランティアによる各自の活動状況の報告と意見交換といった情報交換が主であったが、最近では質疑応答・意見交換も行われるようになっている⁴⁷。

定期的なプログラム推進会議のほか、プログラム内の案件間での情報共有を主な目的として、専門家とボランティアが互いの任地を訪問し合ったり、専門家とシニア隊員、フィールド調整員が合同出張を行なう等相互交流を深めている。また、JICA ケニア事務所の所員（保健担当所員、

⁴⁵ 特定テーマ評価「プログラム評価（フェーズ2）マラウイ・ベトナム教育分野」第1章

⁴⁶ ケニア事務所作成のプログラム・デザイン・マトリックス（2007年10月23日）では、プログラム目標は「HIV 検査およびカウンセリングが促進される」とされており、対象が全国か特定地域かについては明示されていないが、指標は「南部リフトバレーおよびニャンザ州」が特定されている。この点につき、第1回支援委員会（2007年11月30日）において JICA ケニア事務所に確認を行なったところ、プログラム目標の対象は全国であるが、指標としては技プロと同様にリフトバレー州南部およびニャンザ州に（暫定的に）設定しているとの説明であった。

⁴⁷ 2007年12月18日に実施した前 JICA ケニア事務所保健担当へのインタビュー結果より。

企画調整員、フィールド調整員)は、技プロ専門家、ボランティアとの個別の打ち合わせを頻繁に行うことでプログラム全体としての進捗状況の把握に努めている。

このように、現地プログラム関係者はプログラム調整の円滑化に向けた努力と工夫を重ねてきたが、プログラムの運営管理の改善も必要であることが現地調査の結果明らかとなった。

(1) プログラムがめざす方向性や方針に関しての日本人関係者間での共通認識の確立

プログラムを構成する各案件には相手国側カウンターパートもいるため、プログラム関係者といった場合には、ケニア側カウンターパートも含まれるであろうが、現時点ではプログラムが JICA 全体として試行段階にあり、相手国政府に対して公式に認知された上で形成から評価までのプロセスが共有されているものでないことから、ここでは日本人関係者に限定する。

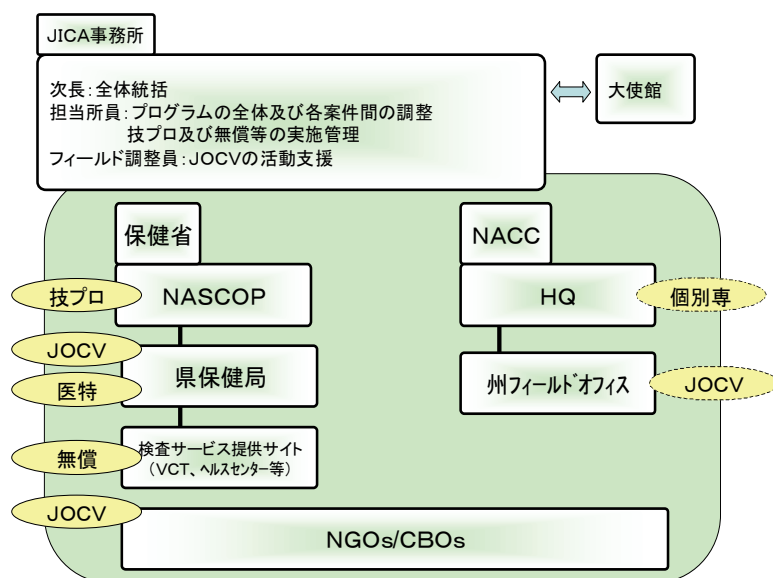
プログラム後半の実施体制(図4-5)をみると、プログラムの全体総括は JICA ケニア事務所次長が、プログラムの実質的な運営管理は JICA ケニア事務所保健担当所員が行うこととされている。他方、案件の実施現場における各案件間の調整については、中央で活動する技プロと、県政府および NGO/CBOs に派遣されるボランティアとの間の調整はフィールド調整員が行うことが示唆されている。当該実施体制は、プログラム後半期の計画として現地調査前の対処方針会議で JICA ケニア事務所より示されたものであるが、JICA 事務所内のプログラム運営管理と図中の保健省ラインについては前半期から変更はない⁴⁸。

当該実施体制に関する課題として、JICA ケニア事務所および現場レベルで、各構成案件の当事者、特に技プロ専門家とボランティアは、プログラム目標を共有していても、どの活動をどのように、どこまで協力してやるのかについての共通認識を持っていない。技プロ側は、本プログラムにおいて、技プロ専門家の業務内容にはボランティアに対する技術的な指導をすることがその一部として盛り込まれているが、何をどこまで指導すればよいか不明である。これは、ボランティアは配属先の指令下に置かれるのであって技プロ専門家の指揮命令下ではなく、ボランティアの活動については配属先と相談の上でボランティアの裁量で行われることが原則とされていること、および現在派遣されている「エイズ対策関連ボランティア」の活動範囲が服飾からコンピューター指導、啓発活動など幅広いことに因る。他方、ボランティア側では、自らの草の根レベルの現場での経験が中央政府レベルで行政能力の強化を行う技プロを通じて具体的に何かの形で波及効果をもたらしたり、まとまったりする、というイメージが持ち難く、何をどのように技プロ側に報告すれば良いのかという判断ができない状況が生じている。

関係者が共通認識を持っていないのは、①プログラム目標達成に向けた明確な指針が示されていないこと、および、②現行のプログラム推進会議が共通認識を確立する機能を十分に果たし得ていないことに因ると思われる。前者については、「プログラム・デザイン・マトリックス」(表4-7参照)が2007年6月に JICA ケニア事務所によって作成され、日本人関係者間で共有されているが、後述するとおり修正の必要があるため、第6章で「提言」として提示する。後者については、これまでのところプログラム推進会議は情報交換・意見交換

⁴⁸ 図中の NACC ラインについては、NACC に個別専門家を派遣する計画とされていたが、その業務内容及び先方受入体制等について確認が必要であることから、本件の妥当性についてさらなる検討が必要との理解が調査団、技プロ専門家、事務所内で共有された。

の域を出ていないというのが関係者の共通した見解である。実施体制強化に係る提言についても第6章で紹介する。



(JICA ケニア事務所作成)

図4-5 プログラム後半の実施体制（計画）⁴⁹

(2) プログラムとしてのモニタリングの機能構築

プログラムの運営管理を円滑に行うためには、プログラム目標達成に向けた明確な指針とともに、個別案件として実施・運営されている各案件をプログラムとして定期的に、そしてより体系的にモニタリングするツールが必要である。個別案件の日常的なモニタリングが結果的（自動的）にプログラムとしてのモニタリングに繋がるようなツールがあれば、プログラムの実施およびモニタリング・評価が現在よりも容易できるようになるだろう。プログラムのモニタリング機能強化に係る提言についても第6章で紹介する。

⁴⁹ 2008年8月21日に対処方針会議におけるJICAケニア事務所作成の発表資料『『エイズ予防プログラム』の現状及び今後について』より抜粋

第5章 ケニア国「エイズ予防プログラム」の評価

5-1 評価にあたっての配慮事項

- (1) 本プログラムは 2006 年 6 月にプログラムとして理事会において承認されているが、理事会に提出した資料では、プログラムの構成要素として 2005 年度に供与された医療特別機材および同年度に派遣されたボランティアも含まれており、プログラム期間は 2005 年～2010 年とされている。よって、本プログラムのプログラム期間は 2005 年～2010 年との理解に基づき評価を実施する。
- (2) 本プログラムを構成する 4 案件のうち、無償資金協力については、JICA 案件ではないため、プログラム評価の際には JICA プログラムの枠組み外として扱うことを原則としている。このため個別案件として評価分析の対象とするのではなく、他案件との連携の観点からその適切性を評価するとともに、プログラム目標達成への寄与の可能性を考察する。また、無償資金協力はプログラム評価時に開始されて間もないことから、「計画時のプロセスの適切性」の分析に重点を置く。医療特別機材についても、個別案件としての評価分析の対象としない。案件調査表には技プロと同様に案件目標が記されているが、投入としてみるのが適切であり、それ故に単独の案件によって発現される成果が限定されるという案件上の特徴を考慮してのことである。
- (3) ボランティアについても個別案件としての評価対象とはせず、ボランティアがプログラム目標達成にいかなる役割りを果たしたかという観点から、その配置戦略に着眼した評価分析を試みる。これは、ボランティアの本来の派遣目的上、個別案件として明確な成果や目標が設定されていないことを考慮してのことである。評価にあたっては、ボランティアが 2008 年 5 月に任地変更していることをかんがみ、対象期間は任地変更前、つまり 3 州に派遣されていたボランティアと他案件との連携の観点から評価を行う。任地変更したボランティアの今後のプログラムへの貢献については「提言」として抽出することとする。
- (4) 「計画」に関する評価において、「縦のシナリオ」(＝プログラム目標に向かっての時系列的な成果の展開)の適切性に関する評価は、技プロを核としたスケールアップ戦略に焦点をあてる。「横のシナリオ」の適切性に関する評価は、プログラムを構成する各案件間の連携に重点を置く。
- (5) 「結果」および「貢献」に関する評価については、対象プログラムが初期～中間段階であることをかんがみ、「今後、プログラム実施による十分な成果を発現し、ケニア開発戦略への貢献度を高めるためにはどうすべきか」との観点から「提言」として反映させることを基本とする。

5-2 プログラムの位置づけに関する評価

5-2-1 日本側政策におけるプログラムの位置づけ

(1) 対ケニア国別援助計画における JICA プログラムの位置づけ

第3章「3-7-1 日本の対ケニア援助方針」で前述したとおり、「対ケニア国別援助計画(外務省)」は、保健・医療セクターを重点分野の1つとし、人口・エイズ問題を中心に地方レベルへの裨益効果に焦点を当てた医療・保健サービスとの効率的・有機的連携を十分に図りつつ協力していくことを検討していくことが明記されている。HIV/エイズに

については予防対策としての教育・普及活動や避妊具の供与ならびに早期発見のための検査手法の確立が重要であるとされている。本プログラムが予防啓発と検査・カウンセリング分野への支援であることは、こうした方針に沿ったものである。プログラムを構成する各案件が具体的にどの分野に相当するものであるかについては、第4章の「図4-4 ケニア政府の HIV/エイズ対策実施体制に対応したプログラムの支援体制」を参照されたい。

(2) 「保健と開発に関するイニシアティブ (HDI)」におけるプログラムの位置づけ

「保健と開発に関するイニシアティブ」(2005年6月)の中で、HIV/エイズ対策分野の具体的な取り組みとしては、ミレニアム開発目標6「HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止」のターゲット7「HIV/エイズの蔓延を2015年までに阻止し、その後減少させる」ための具体的な取り組みが示されている(第2章「2-2-1 日本の HIV/エイズ対策に関する方針」参照)。それらを体系図にしたものが図5-1であり、図中の「VCTの普及促進」(網掛け部分)が本プログラムによる直接的な支援がなされている分野である。なお、本プログラムの支援分野である啓発教育はVCT促進を目的とした活動として捉えていることを踏まえ、図中の「啓発教育」には網掛けをしていない。図からは本プログラムの支援分野との高い整合性が確認できる。

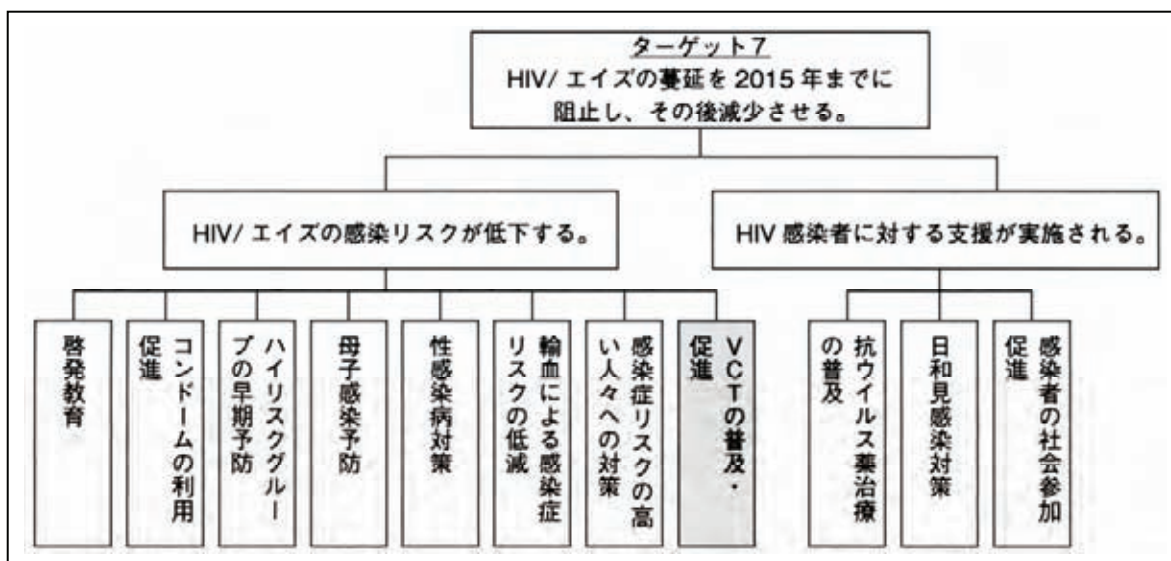


図5-1 「保健と開発に関するイニシアティブ」で示された HIV/エイズ対策分野の取り組み⁵⁰

(3) JICA 援助政策における JICA プログラムの位置づけ

ここでは、第3章「3-7-2 JICA の対ケニア援助方針」で概観した、「JICA 国別事業実施計画 (2006年8月改訂)」および「サブサハラアフリカにおける HIV/エイズ対策協力方針 (2006年)」における本プログラムの位置づけを分析する。また、第2章「2-3-2 開発課題 (HIV/エイズ対策) に対するアプローチ」において概観した、JICA の HIV/エイズ対策分野のガイドラインである「開発課題に対する効果的アプローチ: HIV/エイズ

⁵⁰ 「保健と開発に関するイニシアティブ」を参照にコンサルタントが作成した。

(2002年5月)」における本プログラムの位置づけも確認する。

「JICA 国別事業実施計画」に示された協力方針は、日本の上位計画である「対ケニア国別援助計画（外務省）」に沿ったものであるとされており、また、「保健と開発」に関するイニシアティブに即してケニアの保健医療の向上に効果的な方法で協力することが基本方針とされている。第2章「2-2-1 日本の HIV/エイズ対策に関する方針」および第3章「3-7-1 日本の対ケニア援助方針」で確認した通り、本プログラムはこれら2つの日本の上位計画と高い整合性があることから、「JICA 国別事業実施計画（2006年8月改訂）」との整合性も確保されたものとなっている。

JICAの地域別・課題別政策としての「サブサハラアフリカにおけるHIV/エイズ対策協力量針」では、サブサハラアフリカにおいては感染予防対策とHIV検査およびカウンセリングの強化に最重点を置く⁵¹こととされており、予防啓発と検査・カウンセリングへの支援を行う本プログラムとの高い整合性が認められる。さらに、「中期的な観点をもって、エイズ対策が既存の保健医療システムに統合されていくように留意すること」とされている⁵²が、本プログラムがケニア政府のHIV/エイズ対策実施体制に対応した支援を実施している点はこうした方針に沿ったアプローチであるといえる。

また、課題別政策としての「開発課題に対する効果的アプローチ：HIV/AIDS対策（2002年5月）」の「開発戦略1：目標1 HIV/AIDS予防とコントロール体系図」⁵³では、「性感染症リスクの減少」「母子感染症リスクの減少」「輸血による感染リスクの減少」「麻酔注射による感染リスクの減少」「有効なワクチンの開発と実用化」「有効な治療薬の開発と実用化」という6つの中間目標が示されており、これらのうち本プログラムは、「性感染症リスクの減少」に相当するものである。右中間目標は「安全な性行動の促進」「自己のHIV感染認識の促進」「他の性感染症の減少」という3つのサブ目標に分かれており、本プログラムは、前者2つのサブ目標に対応するものである。

以上により、本プログラムは JICA の援助方針と照らし合わせて高い整合性を持つプログラムであるといえる。

5-2-2 ケニア開発戦略におけるプログラムの位置づけ

(1) JICA プログラムと「国家エイズ対策戦略」との整合性

位置づけとする国家エイズ対策戦略は、「国家エイズ対策戦略（Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan：2005/10-2009/10）」とする。図5-2から明らかな様に、JICA プログラムと右戦略との整合性が確認された。本プログラムは、当該戦略の3つの優先課題のうち、「優先課題1：新規 HIV 感染予防」を支援するものである。

更に詳しく見ると、本プログラムを構成するすべての案件（技プロ、無償資金協力、医療特別機材、ボランティア）は、「利用可能なカウンセリング・検査へのアクセスの増加」に寄与する。技プロによるメディアを通じた啓発活動は、「若者の自制的堅実な安全な性交渉の促進と性交渉の低年齢化の促進」および「行動変容コミュニケーション」にも寄与、またボランティアによる予防教育も「行動変容コミュニケーション」に寄与すると解釈す

⁵¹ サブサハラにおけるHIV/エイズ対策協力量針（2006/6版）JICAアフリカ支援対策課意義保健作業部会、P4

⁵² 同上

⁵³ 「開発課題に対する効果的アプローチ：HIV/AIDS対策（2002年5月）」、P102-103

ることも可能であるが、本プログラムを通じた「予防啓発」は、VCT 促進を目的とした活動として捉えている。また、無償資金協力による検査キットの供与も、「HIV 母子感染予防」にも寄与するものであるとも解釈できるが、プログラムでは同様の解釈をしている。

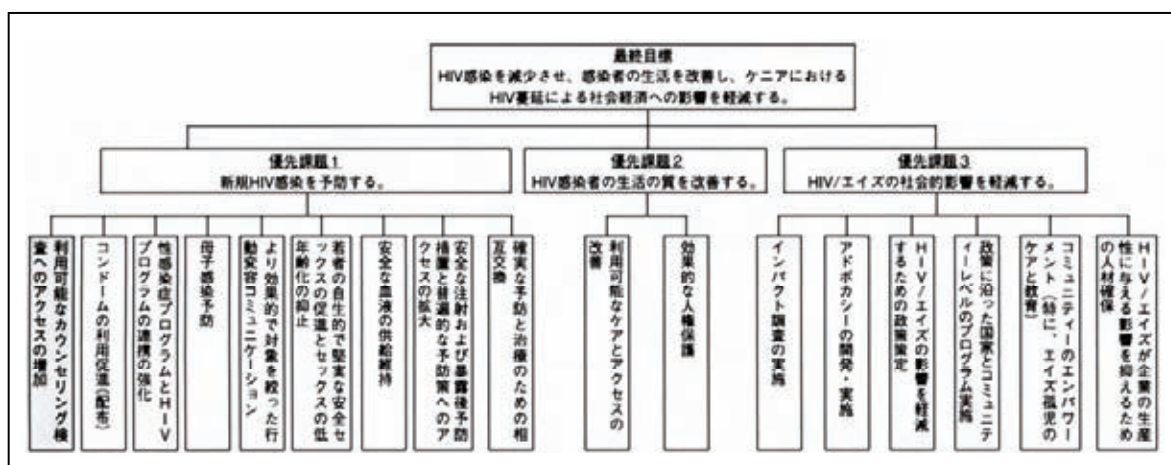


図 5-2 ケニアの HIV/エイズ分野の目標体系図にみる JICA プログラムの位置づけ

(2) JICA プログラムの支援分野の相手国における優先度

戦略的な「プログラム」は、相手国の開発戦略と整合性があることだけでなく、相手国の開発戦略の優先分野に対して支援をしていることが重要な要素となる。ただし、相手国の開発戦略の優先分野と照らし合わせて、JICA プログラムが支援をする分野の優先度が低い場合でも、他援助機関の支援状況および JICA の比較優位性や過去の経験を踏まえた戦略的な支援がなされていれば良いとされている⁵⁴。本プログラムの場合、当該国開発戦略との高い整合性があり、かつ、優先分野に対する支援を行っているケースといえる。本プログラムが、「国家エイズ対策戦略 (Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan: 2005/10-2009/10)」の 3 つの優先分野の 1 つである「新規 HIV 感染予防」への支援を行っており、右優先課題のもとに設定されている 9 つの戦略のうち、「利用可能なカウンセリング・検査へのアクセスの増加」に対して直接的に支援しているということは既に確認したとおりである。

HIV/エイズ対策分野における他の援助機関の援助状況を見ると、本プログラムと同様に、「優先課題 1：新規 HIV 感染予防」への支援を実施している援助機関は少なくなく、本プログラムが支援している検査・カウンセリングの促進（および右を目的とした予防啓発）に対して支援を行っている援助機関は多い。しかも援助額の規模は当該プログラムのそれよりも概して大きい。しかし、本プログラムの支援分野が他援助機関が多く支援を行っている分野であっても、また、その援助額が小規模であったとしても、相手国におけるニーズがあれば、JICA プログラムの妥当性は認められる。加えて、国家レベルで活用されるマニュアルやガイドライン等政策策定分野への支援がなされていれば、小規模の投入でより大きな成果の発現を狙った効率的で妥当性の高いプログラムであるといえる。こうした観点から本プログラムを見た場合、技プロ専門家を中央政府 (NAS COP) に配置している意

⁵⁴ 特定テーマ評価「プログラム評価 (フェーズ II) マラウイ・ベトナム教育分野」第 1 章

義は大きい。NAS COP の調整によって、これまでに援助機関が共同で検査・カウンセリングに係る各種ガイドラインの策定を支援してきたが、NAS COP に専門家を配置し、当該機関への技術支援を行っている援助機関はほかにはない⁵⁵。

5-3 プログラムの戦略性に関する評価

5-3-1 プログラムとしての一貫性

JICA によって新たに定義された、戦略的な「プログラム」においては、シナリオの戦略性が重要な要素となる。以下では、JICA プログラムの個々の構成案件からプログラム目標に至る論理構成の適切性について3つの視点に基づき分析を試みた。

- ① プログラム目標達成に向けたプログラム構成は適切であるか。
- ② 横のシナリオ、すなわち、案件間の連携は相乗効果を得られるようにデザインされているか。
- ③ 縦のシナリオ、すなわち、プログラム目標達成に向けてのスケールアップ戦略は適切にデザインされているか。

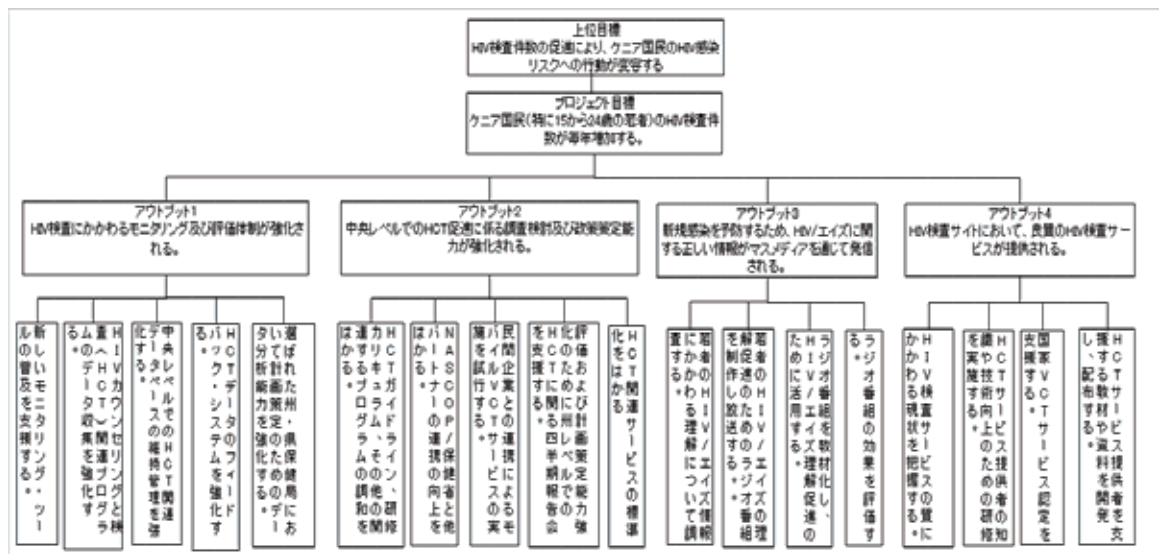
(1) プログラム構成（「プログラム・デザイン・マトリックス」）の適切性

以下では、「プログラム・デザイン・マトリックス」（第4章 表4-7参照）とプログラムを構成する各案件との関係性を整理し、プログラム構成上の適切性を分析する。

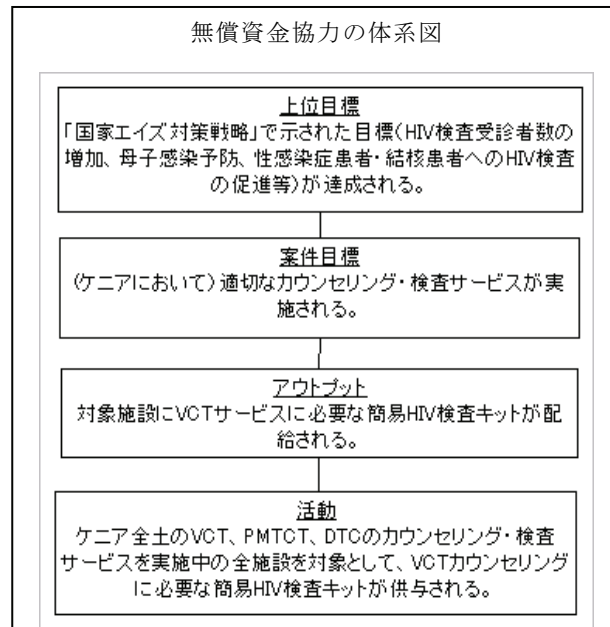
分析にあたってはまず、各構成案件の体系図（図5-3）を作成した上で、それらをプログラム体系図に照らし合わせてプログラムと各案件との関係（図5-4）を把握した。なお、ボランティアについては、国民参加型事業の一つとして、開発途上地域の住民を対象として実施されることが本来の目的であり、活動による明確な成果が求められていないという案件上の特色を踏まえ、個別の案件体系図は作成していない。また、医療特別機材については情報が入手できなかったことから案件体系図は作成していない。

⁵⁵ CDC は CDC の活動をモニタリングする目的でコーディネーターを配置しているが、NAS COP への技術支援は行っていない。

技術協力プロジェクトの体系図



無償資金協力の体系図



注) 上記体系図のうち技プロの体系図については、PDM2(中間評価時に改訂)に基づき作成、無償資金協力については、事前評価調査報告書(2007年7月)を参考に作成した。

図5-4 プログラムと各構成案件との関係図

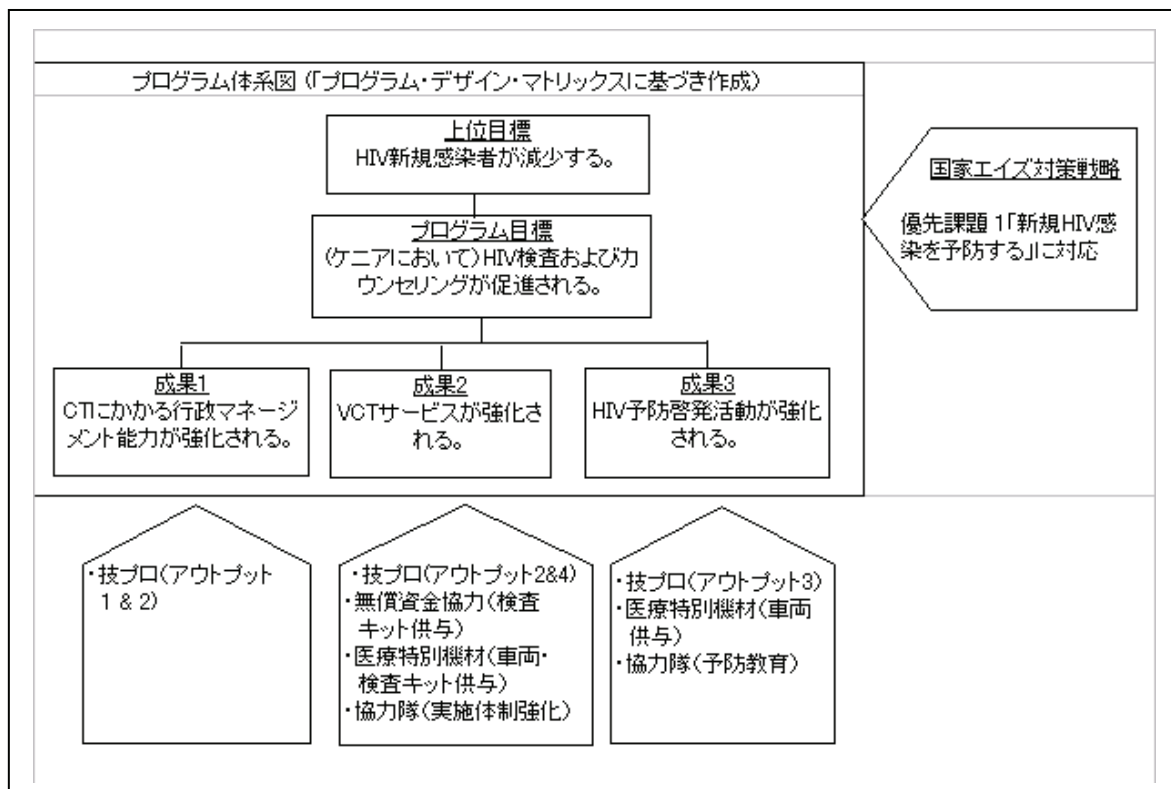


図 5-4 現行プログラムと各構成案件との関係

図 5-4 「プログラムと各構成案件との関係図」から明らかな様に、本プログラムのプログラム目標およびプログラムの上位目標は、ケニア国 HIV/エイズ対策分野の開発戦略「国家エイズ対策戦略」に沿ったものであることから、本プログラムは、「相手国の開発戦略に基づき JICA プログラムの構成を考える」という、「戦略的なプログラム」のシナリオ設定の基本方針⁵⁶に従ったものであることが確認できた。プログラム目標および上位目標と、「国家エイズ対策戦略」との関係についていえば、上位目標は、「国家エイズ対策戦略」の「優先課題 1：新規 HIV/感染を予防する」に対応したものであり、現行のプログラム目標「(ケニア)において HIV 検査およびカウンセリングが促進される」は、優先課題 1 の 9 つの戦略のうち、特に「利用可能なカウンセリング・検査へのアクセスの増加」との関連性が強い。

一方で、プログラム構成の見直しが必要であると判断される。本プログラムの位置づけとなる「国家エイズ対策戦略」の構成に準じると、本プログラムの支援分野は、優先課題 1 のうち「検査・カウンセリング促進」であり、「予防啓発」は、「検査・カウンセリング促進」に必要な手段と位置づけている。したがって、プログラム目標（図 5-5 では「インパクトレベルの目標」に相当）としては、「検査・カウンセリングの促進」、その下に設定されるべき結果のレベル（図 5-5 では「アウトカムレベルの目標」として、「利用可能な検査・カウンセリングサービスが増えること」と「サービスの受け手がそうした検査・カウンセリングにアクセスしようとする」と考えることが妥当である。

⁵⁶ 特定テーマ評価「プログラム評価（マラウイ・ベトナム教育分野）」報告書（2007 年 3 月）、独立行政法人国際協力機構 企画・調整部、P8

以上の考え方を踏まえて図5-4のプログラム体系図を改訂したものが図5-6である。この場合、プログラム目標がプロジェクト目標と同じになるが、本プログラムの構成はプロジェクトの組み合わせではなく、基本的には技プロを中心とした従来型のスキーム連携の形態とほとんど変わらないことから、プロジェクトの組み合わせによるプログラムほどに大きな規模の「結果」の発現には至らない可能性が高いこと、プログラム期間は3年と短期間であり、現時点からプログラム終了までの残り期間が2年弱しかないこと、の2点を踏まえると、妥当であろう。

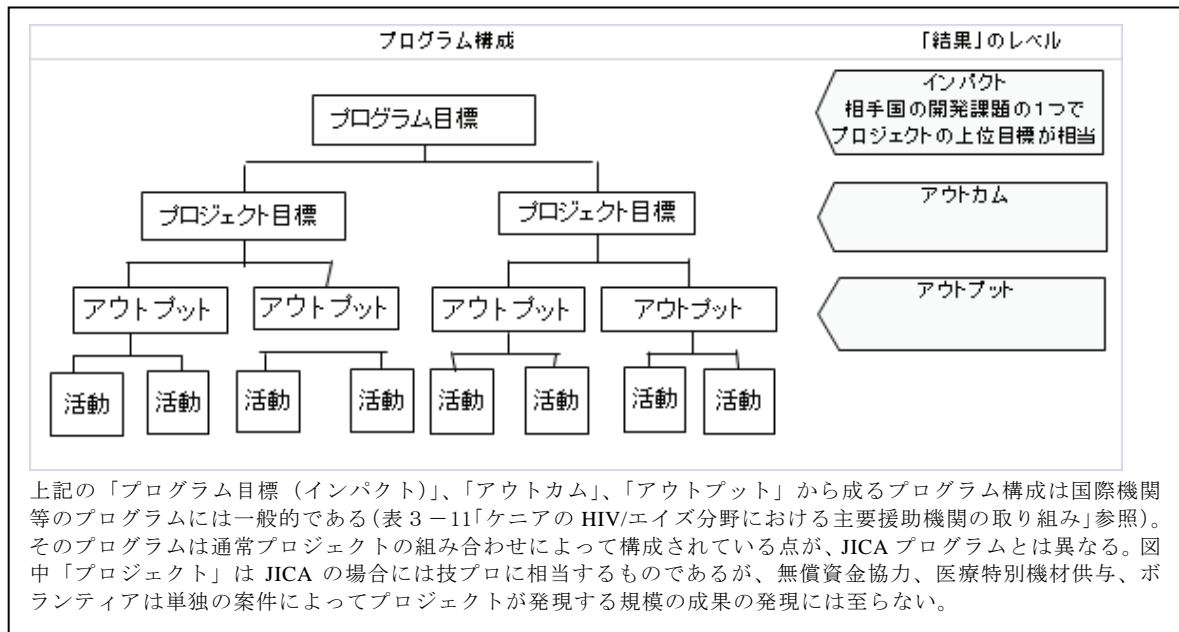


図5-5 プログラムのロジック

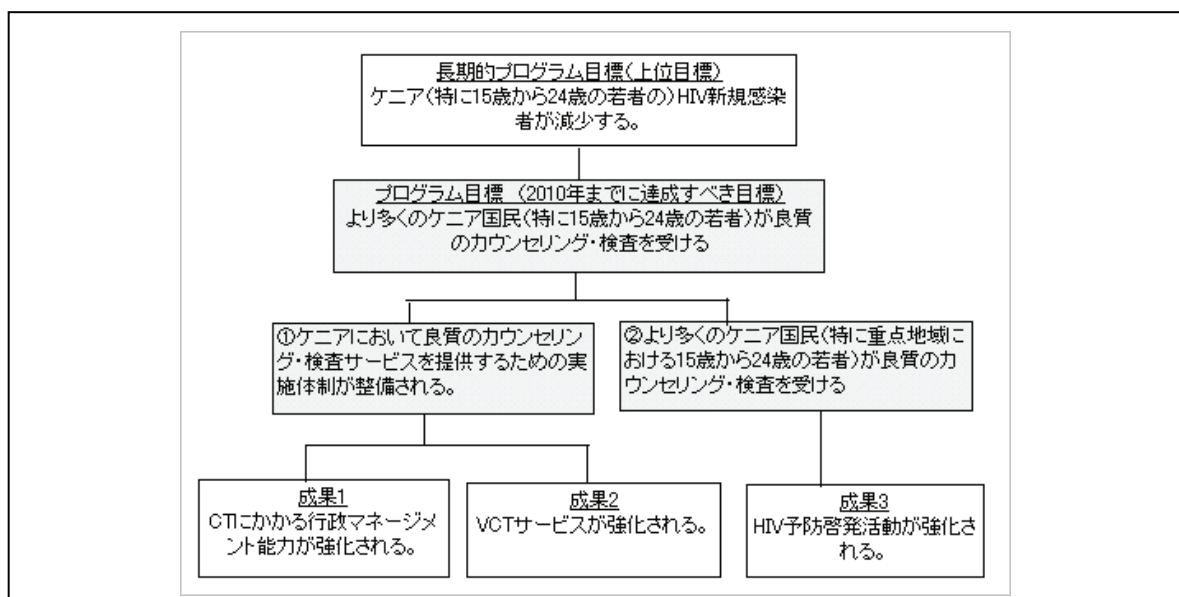


図5-6 プログラム体系図改訂の一例

以上の論理構成の見直しと並んで、本プログラムが対応する「国家エイズ対策戦略」の優先分野1のもとに設定された指標に考慮して、プログラム指標等の指標の見直しを行うことも必要である。参考までに、表5-1に、現行のプログラム指標と技プロ指標との関係、およびプログラム指標と「国家エイズ対策戦略」に示された指標や目標値との関係を記す。

表5-1 プログラム指標と技プロで設定された指標 (PDM2)
および国家エイズ対策戦略との関係

プログラム指標		プログラム指標と技プロ指標との関係	「国家エイズ対策戦略」で設定された指標との関係
上位目標指標	HIV 陽性率が減少する。	技プロのスーパーゴールがプログラムの上位目標指標として設定されている。(スーパーゴール指標とプログラムの上位目標指標とは異なる。)	KNHP では、2009 年までに達成されるべき目標として、15 歳から 24 歳の感染率が男女別に設定されている。
プログラム目標指標	若者 (15 歳から 24 歳) の HIV 検査数が年 10% 増加する。	プログラム目標指標とプロジェクト目標指標は同じである。	KNHP では、2009 年までに達成されるべき目標として、年間の HIV 検査人数が設定されている。
成果1の指標	①CT 関連の報告書提出率が 90% (以上) になる。 ②CT 関連レポートの締め切り、記入率 (完成度)、データの正確さが向上する。 ③収集したデータが分析され、事業計画に活かされる。	①技プロのアウトプット 1 の指標と同じである。 ②技プロのアウトプット 1 の指標と同じである ③技プロのアウトプット 1 の指標と同じである	③については、KNHP の CT 分野のローリングプランにおいて、2008 年度までの目標として、総合的なガイドライン、研修カリキュラム・マニュアル、データ収集方法の完成が明記されている。
成果2の指標	①CT に関するガイドライン、マニュアル、SOP 等が出版される。 ②VCT 認定制度への申請数が全申請可能施設数の 40% に、認定施設数が申請施設数の 30% に達する。 ③VCT サービス利用者の満足度が向上する。	①技プロのアウトプット 2 の指標と同じである。 ②技プロのアウトプット 4 の指標と同じである。 ③技プロのアウトプット 4 に該当	①については、KNHP の CT 分野のローリングプランにおいて、2008 年度までの目標として、総合的なガイドライン、研修カリキュラム・マニュアル、データ収集方法の完成が明記されている。また、2008 年までの目標として、モバイル VCT に関するガイドライン策定が明記されている。 ②については、KNHP の CT 分野のローリングプランにおいて、「2006 年までに 90% 以上の VCT センターが国家ガイドラインに沿った良質のサービスを提供すること」が明記されている。 ③は KNHP の目標値と直接関係はない。CT 分野のローリン

			グプランにおいて、2008年までの目標として、ヘルスワーカー・カウンセラーの増員が明記されている。
成果3の指標	①ラジオプログラムを聞いた3%がHIV検査を受ける。(その他の指標については活動の進捗を踏まえて追加)	①該当なし(技プロPDM1のアウトプット3の指標と同じ)	KNHPでは、2009年までに達成されるべき目標として、15歳から24歳の感染率が男女別に設定されている。

(2) 横のシナリオの適切性

本プログラムは、第4章「4-3 JICAプログラムの特徴」でみたとおり、ある活動に対して幾つかの案件が相互補完することで成果を発現させようとするものではなく、各案件がそれぞれに設定されている成果を達成することで、結果としてプログラム内での案件間の相乗効果が発現することが想定されている。各案件は、ケニアの異なる組織への支援を行う、すなわち異なるカウンターパート/ステークホルダーに対して彼らに必要とされる機能を強化するための支援を行い、プログラム全体としてコミュニティから中央政府に至るまでの各レベルの能力が向上することでプログラム目標が達成できるというのが本プログラムの「横のシナリオ(案件間の連携)」である。

技プロ専門家によれば、技プロとボランティアとの連携はその有り方によって2つの期間に分けられる。第1期は、技プロ開始(2006年7月)後、ナクルのリフトバレー州保健局に配置されたシニアボランティアの帰国(2006年中頃)までの期間である。この期間中には、「現場で活動するボランティアの経験を中央行政を支援する技プロが吸い上げて、制度化(カウンセリング・検査促進のための各種ガイドライン・マニュアル作成)のために活用する、そしてそうしたガイドラインの現場での反映状況をボランティアを通じてモニタリング・フォローアップする」というサイクルによって、「5-3-2 プログラム構成案件間の連携による成果」で挙げた、モバイルVTCガイドラインの作成が実現している。他方、シニアボランティアの帰国以降の時期(第2期)は、プログラムを構成する各案件がケニア国のライン(縦割り行政)に沿った支援を行うとの本プログラムの基本方針(第4章「図4-4 ケニア政府のHIV/エイズ対策実施体制に対応したプログラムの支援体制」参照)に準じた活動を行っている。技プロ専門家によれば、第2期には、第1期に見られたような、技プロとボランティアによる連携の直接的な効果は得られていないとのことであり、現在の連携のあり方を検討する必要性が示唆されている。

(3) 縦のシナリオの適切性

プログラム目標達成のためには、JICA 案件間の有機的な組み合わせ(「案件間の連携シナリオ」)だけでなく、時系列的な展開(プログラム目標達成までの時間的な流れ)も視野に入れたシナリオの設定が必要であるとされている⁵⁷。これが「縦のシナリオ」と言われるものである。本プログラムで想定されている「縦のシナリオ」は、「カウンセリング・検査を提供する側」と「カウンセリング・検査を受ける側」の両方の状況が改善されるこ

⁵⁷ 特定テーマ評価「プログラム評価(マラウイ・ベトナム教育分野)」報告書(2007年3月)、独立行政法人国際協力機構 企画・調整部、第1章

とによって、「カウンセリング・検査が促進される」というものである。つまり、利用可能なカウンセリング・検査サービスが増えるとともに、住民が自己の検査結果を知ることの重要性を認識し、利用可能なサービスにアクセスする（＝「2つのプログラムの成果が達成される」）ことで、カウンセリング・検査が促進される（＝「プログラム目標が達成される」）。しかし、こうしたシナリオを完成するために必要な後者のプログラム成果を発現するための直接的な活動を技プロでは行っていない。これは、相手国側の行政ラインに準じた支援を行うとの本プログラムの方針に沿って、技プロでは中央行政を支援しているためである。

後者のプログラム成果（「住民が自己の検査結果を知ることの重要性を認識し、利用可能なサービスにアクセスする」）の発現を狙った技プロの活動としては、イギリス BBC との契約によるラジオ番組の製作・放送があるが、その効果は限定的である。ラジオの放送時間が早朝であることからターゲットとする若者の番組へのアクセスが少ないこと、ラジオ番組の放送によるメッセージの伝達は間接的かつ一方的であることから、保健人材を通じた直接的で相互コミュニケーションが可能な伝達アプローチにみられる、モニタリング・フォローアップの段階までは網羅されないことがその主な理由である。後者については、コミュニティにおいて予防教育活動を行うボランティアが配置されているが、ボランティアの派遣地域は任地変更前は、全 30 州のうちニャンザ州、リフトバレー州、ウェスタン州、任地変更後はセントラル州およびイースタン州のみである。したがって、「縦のシナリオ」を強化するためには、他のアクターとの協力が不可欠となろう。他アクターとの協力による縦のシナリオの補完については第 6 章で紹介する。

5-4 プログラムの成果とプロセスに関する評価

5-4-1 主要案件（技プロ）の成果

本プログラムの構成案件（技プロ、無償資金協力、医療特別機材供与、ボランティア）のうち、技プロを除く 3 案件は個別案件としては評価しない（「5-1 評価にあたっての配慮事項」2 および 3）ため、以下ではプログラムの軸である技プロのこれまでの成果をレビューする（表 5-2 参照）。表からは活動が順調に進捗していることが窺える。

表 5-2 技プロの進捗状況（2008 年 6 月時点）

アウトプット	2008 年 6 月時点での実績
1. HIV 検査にかかわるモニタリングおよび評価体制が強化される。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2008 年第 3 四半期の報告割合は 87.9%であった。 ・ モニタリング県が選定された。 ・ それらの県からベースラインデータが収集された。
2. 中央レベルでの HCT 促進に係る調査検討および政策策定能力が強化される。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「国家 HTC 政策ガイドライン（最終案）」が取りまとめられた。 ・ 「若者と VCT サービス（素案）」について、関係者からのコメントが寄せられた。 ・ 「モバイル VCT サービス実施手順（最終案）」は、「国家 HTC 政策ガイドライン」のサービス提供枠組みに準拠し、「アウトリーチ VCT サービス実施手順（案）」として組み替えられ、加筆修正が行われた。 ・ 「コミュニティにおける HTC サービス実施手順」開発

	の検討が開始された。
3. 新規感染を予防するため、HIV/エイズに関する正しい情報がマスメディアを通じて発信される。	<ul style="list-style-type: none"> ・ラジオ番組「Kimasomaso」の視聴者からの反応が、1,020通（2008年4～6月実績）寄せられた。 ・第1回FGDが企画された。
4. HIV検査サイトにおいて、良質のHIV検査サービスが提供される。	<ul style="list-style-type: none"> ・国家VCT認定に応募可能なVCTサイトのうち、39.9%が応募し、38.6%が認定された。 ・利用者満足度調査のためのデータ収集県が選定された。
活動	2008年6月時点での実績
1-1 新しいモニタリング・ツールの普及を支援する。	<ul style="list-style-type: none"> ・県からNASCOPに提出されるHIV/AIDSサービス統合報告用紙（MOH727）を100部印刷し、全国に配布した。 ・MOH726/727に係る県レベルの研修トレーナー263名を育成した。 ・APHIA II/USAIDにより、MOH726の保健医療施設への普及が実施された。
1-2 HIVカウンセリングと検査（HCT）関連プログラムのデータ収集を強化する。	<ul style="list-style-type: none"> ・VCTサービスにかかる記録および報告用紙を7種計10万800部、VCT顧客カードを22万2,500枚印刷し、全国に配布した。 ・VCTデータ入力研修を受けた24名のDHR/IOに対し、現地フォローアップを実施した。 ・36県の計38VCTセンターで、モバイルVCT用の報告用紙を実験的に導入した。 ・「国家PITC研修マニュアル」のM&E部分を執筆し、同マニュアル策定に寄与した（2006年）。（同マニュアルは、関連団体により印刷され、研修時に活用されている。） ・PITCサービスに係るベースライン調査の企画、実施、データ分析を支援した。 ・2007年全国CT週間（NACC主催；NASCOPがデータ提供）に対し、データ収集に係る技術支援を実施した。 ・同CT週間のデータ収集ツール10万97部を印刷し、対象地域に配布した。
1-3 中央レベルでのHCT関連データベースの維持管理を強化する。	<ul style="list-style-type: none"> ・NASCOPのM&E機能を強化すべく12台のコンピューターを供与した。
1-4 HCTデータのフィードバック・システムを強化する。	<ul style="list-style-type: none"> ・（新規活動）
1-5 選ばれた州・県保健局において計画策定のためのデータ分析能力を強化する。	<ul style="list-style-type: none"> ・企画書を策定中。
2-1 HCT関連サービスの標準化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ・NASCOPが主導して策定する「国家HTC政策ガイドライン（最終案）」を関連団体と取りまとめた。 ・モバイルVCTサービスのベースライン調査を実施した（2006年12月）。 ・若者とVCTサービスについて、ベースライン調査を実施した（2007年3月）。 ・「モバイルVCTサービス実施手順（最終案）」を策定し、全国に回覧した。 ・「若者とVCTサービス（素案）」について、関係者からのコメントを得た。

	<ul style="list-style-type: none"> ・「国家 PITC 研修マニュアル」の M&E 部分を執筆し、同マニュアルの策定に寄与した（2006 年）。（同マニュアルは、関連団体により印刷され、研修時に活用されている。） ・「コミュニティにおける HTC サービス実施手順」の検討を開始した。
2-2 HCT ガイドライン、研修カリキュラム、その他の関連するプログラムの調和を図る。	「モバイル VCT サービス実施手順（最終案）」は、「国家 HTC 政策ガイドライン」のサービス提供枠組みに準拠し、「アウトリーチ VCT サービス実施手順（案）」として組み替え、加筆修正中。
2-3 NASCOP/保健省と他パートナーの連携向上を図る。	MCG1 および MCG4（NACC）、全国 CT 週間実行委員会、同 M&E 部会、NASCOP 国家 VCT サービス質保証チーム（NQAT）などに所属し、調整を行った。
2-4 評価および計画策定能力強化のために州レベルでの HCT にかかわる四半期報告会を支援する。	企画書を策定中。
2-5 民間企業との連携によるモバイル VCT サービスの実施を試行する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ニャンザ州ニヤンド県をパイロット県として選定。 ・関係者と協議を開始した（2006 年 11 月）。 ・モバイル車両供与ならびにサービス開始式典を開催した（2008 年 6 月 25 日）。
3-1 若者の HIV/エイズ情報にかかわる理解について調査する。	ベースライン調査（量的・質的調査）を実施した（2007 年 4～5 月）。
3-2 若者の HIV/エイズの理解促進のためのラジオ番組を制作し放送する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ラジオ番組「Kimaosomaso」を制作し、2007 年 3 月 18 日より、計 64 本の番組を放送した。 ・7 ラジオ放送局の番組制作担当者 9 名に、ラジオスポット制作研修を実施した（2007 年 10 月）。 ・上記の研修後、スワヒリ語、ルオ語、ルヤ語、カレンジン語、ソマリ語、英語で、合計 37 本のラジオスポットが制作され、6 局で放送された。
3-3 ラジオ番組を教材化し、HIV/エイズ理解促進のために活用する。	ラジオ番組の筆記録（Transcriptions）を、英語とスワヒリ語で作成中。
3-4 ラジオ番組の効果を評価する。	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリング方法を確定した。 ・第 1 回 FDG の企画し、プレテストを実施した。
4-1 HIV 検査サービスの質にかかわる現状を把握する。	・カウンセリングおよび HIV 検査に係るスーパーバイザーの配置把握を年 1 回、実施中。
4-2 HCT サービス提供者の知識や技術向上のための研修を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ・（HIV 検査に係るスーパーバイザー研修受講資格を持たない県の）臨床検査技師 34 名に、同研修の受講要件である VCT カウンセラー資格を修得させた。 ・HIV 検査に係るスーパーバイザーを、新たに 98 名養成した（上の基礎資格修得者を含む）。 ・HIV カップルカウンセリングに係る州レベルでの研修トレーナー 23 名を養成した（2008 年 2 月）。 ・選抜された VCT カウンセラー 191 名に、カップルカウンセリング研修を実施した（2008 年 2～3 月および 5 月）
4-3 国家 VCT サービス認定を支援する。	<ul style="list-style-type: none"> ・国家 VCT サービス認証結果（第 1 回および 2 回）を分析し、PASCO/DASCO 年次会合で報告した。 ・第 3 回国家 VCT サービス認証に、応募可能な 725 サイトのうち、285 が応募し、内 110 が認証を受けた

	(2007年度)。(募集の周知はSPEAKで行っている) ・(第17回国際エイズ会議に、同認証制度の推移を抄録にまとめ応募した。)
4-4 HCT サービス提供者を支援する教材や資料を開発し、配布する。	・HCT カウンセラーのための「HIV/AIDS サービス便利帖(ディレクトリー)」を開発準備中。

5-4-2 プログラム構成案件間の連携による成果と連携プロセスの適切性

JICA 本部によるプログラム化(「穏やかなプロジェクト群」としての従来型の協力プログラムから更に進んだ「中長期的な開発目標の達成を支援するための戦略的な枠組み」)の指示が JICA 各現地事務所に出されたのは 2005 年末以前であるが、本プログラムの構成案件であるエイズ対策関連ボランティアの派遣は 2004 年に開始されている。2006 年 4 月にはボランティアがモバイル VCT 活動および予防啓発活動を行なうために必要な車両および IEC 機材供与が医療特別機材として、ニャンザ州(ニヤミラ、ボンド、グチャ)とリフトバレー州南部(ナクル、ケリチョウ、ボメット)の計 6 県に供与された。技プロが開始されたのは 2006 年 7 月であり、これをもって、本プログラムを構成するすべての案件(技プロ、無償、医療、JOCV)が揃ったことになる。つまり、本プログラムの形成(構成)プロセスをみると、本プログラムは、(その他の多くの現行 JICA プログラムと同様に)「問題分析(セクター分析)、目的分析(問題解決のための手段の分析)、そしてアプローチの選択(問題解決に必要な手段の有機的な組み合わせの選択)」というプロセスを経て形成されたものではない。プログラムが承認されたのも技プロが開始される 1 カ月前の 2006 年 6 月のことである。しかしながら、現行のプログラム構成になる過程において、各案件の連携による相乗効果の発現が意識されており、それによって実際に相乗効果が発現されたことが確認された。

(1) ボランティアと医療特別機材供与との連携の有無と成果および連携プロセスの適切性

ボランティアの派遣は本プログラム開始前の 2004 年に遡る。ボランティアがモバイル VCT 活動および予防啓発活動を行うために必要なモバイル VCT 車および IEC 機材供与が医療特別機材として、ニャンザ州・リフトバレー州南部 6 県に供与されたのはその後、2006 年 4 月のことであり、シニア隊員やボランティアは、これら供与機材が適正にカウンターパート機関で利用されているかに関しての監理を行った。特にシニア隊員によるプログラムへの貢献としては、当時リフトバレー州ナクル県に派遣されていたシニア隊員(2005 年 9 月～2006 年 9 月)が医療特別機材を活用して、ボランティアと共にモバイル VCT を実施したことが連携による主な成果として挙げられる。

(2) 技プロとボランティアとの連携の有無と成果および連携プロセスの適切性

本プログラムの構成案件のうち、最後の開始となった技プロ形成にあたっては、それまでの案件との連携が意識されており、その結果、上記したボランティアの活動と医療特別機材供与による連携によって開始されたモバイル VCT の活動成果は、さらに 2006 年 7 月に開始された技プロの活動との連携による相乗効果を発現することとなる。具体的には、前述のシニア隊員がモバイル VCT 活動を展開し、その経験を技プロ(エイズ対策強化プロジェクト)が活用してモバイル VCT に係るガイドラインを作成したことが特記される。モバイル VCT に係るガイドラインは、現在 NASCOP で策定中の国家 HCT(HIV Counseling and

Testing) ガイドラインに踏襲され、今後実施されていくものとして期待されている。他方、2005年9月に現場経験が豊かで、交通手段もあることから地域展開も可能なシニア隊員の派遣は停止されたこともあり、以降は類似した成果は技プロ側からは報告されていない。

本プログラムの場合、これまでのプログラム評価の事例に見られる幾つかのプログラムとは異なり、ボランティアは技プロの活動のうち、一部の特定の活動を担うことが予め想定されているものではない。ボランティアは、プログラムの構成案件の1つではあるが、技プロの活動の枠内に位置づけられたものではないため、ボランティアの活動が技プロで設定されたある活動やアウトプットの目標を達成するための前提条件となるような、相互補完的なシナリオは本プログラムでは設定されていない。したがって、上記した成果は、あらかじめ連携によってある特定の成果の発現を狙ったことで得られたというよりは、「ボランティアが現場で得た情報を中央（技プロ）で吸い上げて政策策定に反映させる」という方針⁵⁸の結果として生まれたものであるといえる。

(3) 技プロと無償資金協力との連携の有無と成果および連携プロセスの適切性

HIV簡易検査キットの調達により、適切なカウンセリング・検査サービスの実施とその拡充に対処し、HIV感染者の検出と感染拡大を予防することを目的とした無償資金協力と、ケニア国民(特に15歳から24歳の若者)のHIV検査件数の増加を目標に据えた技プロは、目的を共有していることが確認された。無償資金協力によってHIV簡易検査キットが供与されることで、日本の貢献がNASCOPでも高く評価され、SPEAKにとっても追い風となり始めている。しかし、HIV簡易検査キットについては、第1回調達分がKEMSA(ケニア医薬品供給公社)に2008年8月に届いたばかりであることから、現地調査時点では連携による顕著な成果はみられなかった。

5-4-3 他援助機関との協力によって発現された成果と協力プロセスの適切性

現在、ケニアにおいてはHIV/エイズ対策分野での援助協調に対する援助機関の取り組みが積極的に行われておらず、そのため援助協調の機会も豊富にあるとは言えない状況にある⁵⁹。そうした中、日本は2002年6月に署名された日米連携(USAID-Japan Partnership for Global Health)の枠組みでUSAIDとの連携を進めており、特に、ケニア事務所にUSAID職員が駐在していた2002年から2004年までの期間にはかなりの進捗が認められた⁶⁰。2004年以降はUSAID職員の駐在がないことも影響してか、本プログラムが2006年に構成されて以降は、JICAケニア事務所とUSAIDケニア事務所との間で積極的かつ継続的に具体的な協力の可能性を検討するというよりは、定期的な会合の機会を利用して日米連携の枠組みや方針を確認してきた。

他方、実施レベルでは、「日米保健グローバルパートナーシップ」に基づいた、技プロ(SPEAK)

⁵⁸ 技プロ側の説明によれば、技プロとボランティアとの連携例としては、「中央で策定したものをボランティアが現場に普及させていく」というアプローチだけではなく、「現場におけるボランティアの活動から得た情報を中央政府を支援する技プロを通じて政策に反映させる」というアプローチをもめざしている、とのことである。

⁵⁹ 現地調査でインタビューを行った援助関係者の共通した見解である。

⁶⁰ 一例として、USAIDでは建物建設に資金が提供されないことを受けて、FHIの申請を受けて、草の根資金協力でナクル県に包括ケアセンターを建設した。そのセンターで必要な機材や活動費をUSAIDが提供し、FHIがHIV感染者に対するケア事業を展開することを日米両国の連携によって可能にした。その後、JICAではHIV/AIDS機材無償として、センターに対し臨床検査機材を提供すると同時にナクル県保健事務所にVCT車両を提供して、センター活動の後方支援を継続的に行った。

ウンセリング・検査に係る行政機能強化を行い、USAIDはAPHIA II プロジェクトを通じてサービスデリバリーを実施というように、支援する行政レベルの棲み分けを行い、両者によって行政ラインが繋がるという協力アプローチを採っている。例えば、技プロでM&Eツールを作成、県レベルまでのツールの普及を行い、USAIDはその実施機関の活動を通じて施設レベルへの普及を支援している。また、技プロでは県から州を通じて本省保健サービス情報局に提出されるHIV/AIDSサービス統合報告用紙MOH727⁶¹を作成したが、その作成に係る研修指導員の養成を図り、特に保健医療施設レベルでのHIV/AIDSサービスデータの収集・記録に用いられるべきMOH726 普及がUSAID支援のAPHIA II の実施機関（例：リフトバレーではFHI）によって行なわれるよう、NASCOPの技プロカウンターパートを通じて相手側への働き掛けを行い協力が実現している。こうした協力を可能にした要因として、技プロのカウンターパートがAPHIA II の担当もしており調整が容易い環境にあったことが確認された。

その他の日米連携の枠内での協力例としては、USAID との協力にみられるような直接的な協力ではないが、米国疾病予防管理センター（CDC）との協力が確認された。技プロ（SPEAK）がNASCOP に対して組織能力強化を支援しているのに対し、CDC はNASCOP の活動に対して全面的な財政支援を実施していることから、技プロ（SPEAK）は CDC が財政支援している活動に対しての技術的な支援を側面的に行うとともに、NASCOP が果たすべき役割でありながらも CDC の財政支援の対象から漏れているその他の活動にも技術支援するという補完関係的な協力が行われている。

⁶¹ NASCOPが中心となって作成したMOH727/726 は、2007 年 11 月には保健情報システム 711 に統合された。

第6章 提言

6-1 JICA プログラム目標達成に向けたシナリオの見直し

6-1-1 プログラムマトリックスの改定案

本評価調査の成果品として、第5章「5-3-1 プログラムとしての一貫性」で示した、プログラム体系図の見直しを踏まえて、「プログラム体系図改訂(案)」(図6-1)と「プログラム・デザイン・マトリックス改訂(案)」(表6-1)を作成した。これらの作成プロセスには、調査団とともに現地事務所関係者および技プロ関係者が参加、日本人関係者間での合意を経て、ケニア側の主要関係者とドラフトとの位置づけで共有した。JICA プログラムは、相手側政府カウンターパートに認識されている段階でないことを考慮し、「プログラム体系図」は、「ケニア国のエイズ対策分野における日本の各案件の組み合わせによる相乗効果の発現をめざすこと」で、ケニア国における当該分野の共通の援助枠組みである『国家エイズ対策戦略』の目標達成への貢献度を高めることを目的とした本評価調査(現地調査)の成果品の1つ」との説明を行った。その上で、もう1つの成果品である「プログラム・デザイン・マトリックス改訂(案)」を提示するにあたっては、①日本側の各案件担当者間のモニタリング・ツールとして活用するもの、および、②今後の案件形成にあたっては同マトリックスの枠組みを考慮して行うこと、の2点を説明した⁶²。

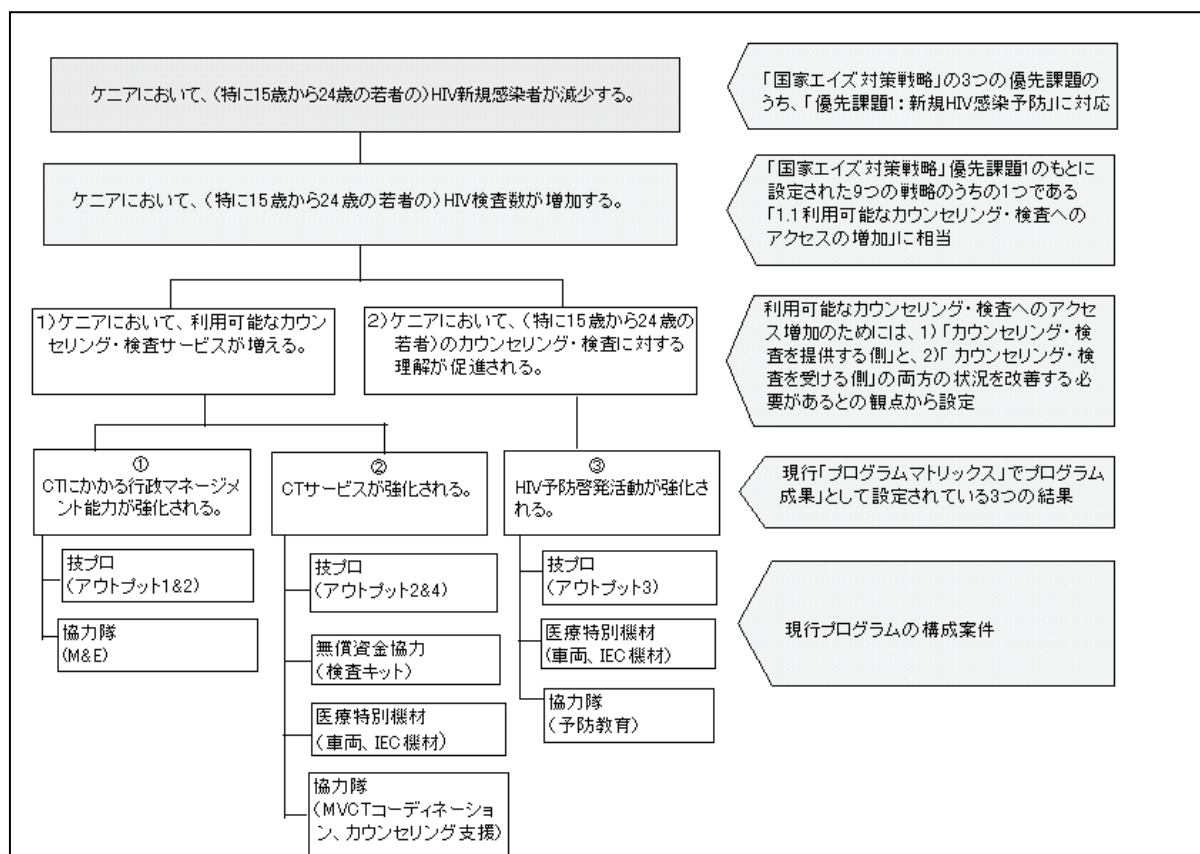


図6-1 プログラム体系図改訂(案)

⁶² 2008年9月2日のNASCOPおよびNACCへのDebriefing sessionにて。「プログラム体系図」および「プログラムマトリックス」を先方政府と共有するに先立ち、団長よりJICAのプログラム評価に関して簡単な説明を行った。

表 6-1 プログラム・デザイン・マトリックス改訂（案）

プログラム名	エイズ予防プログラム	
協力期間	2006年～2010年	
実施機関	NAS COP, PASCOs, DASCOS, VCT Centers, and local NGOs	
受益者	ケニア国民（特に15歳～24歳の若者）	
概要		
プログラムの上位目標 (National Development Goal)	指標 (Performance Indicator)	入手手段
ケニアにおいて、（特に15歳から24歳の若者の）HIV新規感染者が減少する。	・2010年までに、若者（15歳～24歳）の感染率を男性1%未満に、女性4.5%未満にする。	National Surveillance KAIS DHS Other statistics
プログラムの上位目標 (National Development Goal)	指標 (Performance Indicator)	入手手段
ケニアにおいて、（特に15歳から24歳の若者の）HIV検査数が増加する。	・若者（15歳～24歳）のHIV検査数が年10%増加する。 ・新規にHIV検査を受けたVCT受診者（15歳～24歳）の数が増加する。（サイトでのサンプル調査）	NASCOP Annual (M&E) Report KAIS Other statistics JICA ボランティア・ モニタリングシート
プログラムアウトカム (Program Outcome)	指標 (Outcome Indicators)	入手手段
1. ケニアにおいて、利用可能なカウンセリング・検査サービスが増える。	・プログラム期間中に、認証制度に応募可能なVCTサイトおよび、応募したVCTサイトのうち合格したサイト数が増加する。 ・プログラム期間中に、プログラムの支援によって実施したCTサービスの日数が増加する。	技プロ報告書 JICA ボランティア・ モニタリングシート
2. ケニアにおいて、（特に15歳から24歳の若者の）HIV/エイズ予防（CT結果を知る必要性）に対する理解が促進される。	・自己のHIV感染に対するリスクを認識している若者（15歳～24歳）が増加する。（①ナショナルサーベイ、②サイトでのサンプル調査）	DHS, KAIS JICA ボランティア・ モニタリングシート
プログラムアウトプット (Program Outputs)	指標 (Output Indicators/ Monitoring Indicators)	入手手段
1-1 CTに係る行政マネジメント能力が強化される。	・プログラムの支援によって策定されたCT関連ガイドライン・マニュアル・研修カリキュラム数とその活用状況（技プロ） ・NAS COP、DHMT、PHMTの各行政レベルにおいて、HCT関連データが規定どおりに収集される。（技プロ・ボランティア）	技プロでの活動モニタリング記録 JICA ボランティア・ モニタリングシート
1-2 CT サービスが強化される。	・プログラム期間中にプログラムの支援によって研修を受けたスーパーバイザーの数およびカウンセラーの数（技プロ） ・プログラムの支援によって配布されたHIV検査キットの数（消費された数に占める割合）（無償） ・ボランティアがかかわったCT活動数と果たした役割（ボランティア・医療特別機材）	技プロ報告書 無償報告書 JICA ボランティア・ モニタリングシート
2-1 HIV 予防啓発活動が強化される。	・予防啓発のためのマテリアルの作成・活用状況（技プロ） ・ボランティアがかかわった予防啓発活動と内容（ボランティア・医療特別機材）	技プロ報告書 JICA ボランティア・ モニタリングシート

注1：プログラムアウトカムおよびアウトプットの入手手段は後日設定する。

2：ボランティア報告書は既存の報告書ではなく、今後技プロの活動を考慮して作成される予定の共通フォーマットである。

3：プログラム目標およびアウトカム指標の数値目標は後日設定する。

「プログラム・デザイン・マトリックス改訂（案）」において配慮した点として、右マトリックスがモニタリング・ツールとして有効に活用できるよう、プログラムのアウトプットに、プログラムを構成する各案件が目指す方向性を反映させたモニタリング指標を設定したことである。特に、ボランティアの活動に係るモニタリング指標は、技プロのように定量的な目標値は設定せず、大まかな目標の設定としてある。これは、「ボランティアは積み上げ型の活動形態をとるため、予め設定された定量的な成果管理は馴染まない」⁶³とされていること、および「ボランティアについては、他事業と同様に開発課題の解決に貢献させるための成果設定を行うが、成果設定は、個々のボランティアが配属後に協力現場と『身の丈』に合わせて設定する」⁶⁴とされていることを考慮してのことである。

ここでプログラムに関して今後留意する点についても2点提言したい。1つは、「プログラム・デザイン・マトリックス改訂案」が拠り所としている「国家エイズ対策戦略」がKAIS2007の結果を受けて、来年にも大幅に改訂される可能性もあることである。改訂が行われた場合には当該マトリックスの見直しが必要である。

もう1点は、プログラムの名称を再検討することである。現在の名称「HIV 予防プログラム」はプログラムの内容を適切に反映していない。本プログラムは、ケニアの「国家エイズ対策戦略（Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan：2005/10-2009/10）」の3つの優先課題のうち、「優先課題1：新規 HIV 感染予防」を支援するものであるが、右優先課題にある9つの戦略（①利用可能なカウンセリング・検査へのアクセスの増加、②コンドームの利用促進（配布）、③性感感染症プログラムと HIV プログラムの連携の強化、④母子感染予防、⑤より効果的で対象を絞った行動変容コミュニケーション、⑥若者の自主的で堅実な安全セックスの促進とセックスの低年齢化の抑止、⑦安全な血液の供給維持、⑧安全な注射および曝露後予防措置と普遍的な予防策へのアクセスの拡大、⑨確実な予防と治療のための相互支援）のうち、①に対応しているのみである。したがって、「HIV カウンセリング・検査促進プログラム」等とすることでその支援内容をより適切に反映したものとなる。

6-1-2 各案件間の連携強化による JICA プログラム目標達成へのシナリオ強化

(1) 「草の根・人間の安全保障無償資金協力」との連携によるシナリオの補完

第5章「5-3-1 プログラムとしての一貫性」で述べたとおり、本プログラムの「縦のシナリオ」を完成させるためには、2つのプログラム成果（①「ケニアにおいて、利用可能なカウンセリング・検査サービスが増える」、②「ケニアにおいて、（特に15歳から24歳の若者）の HIV/エイズ予防に対する理解が促進される」）のうち、特に後者の発現を狙った活動を強化する必要がある。特に、コミュニティレベルでの予防啓発活動を強化するためには、「草の根・人間の安全保障無償資金協力」による VCT センターの建設をボランティアによる予防啓発活動と連携させるとのシナリオが有効である。また、「草の根・人間の安全保障無償資金協力」による VCT センターの建設は、VCT 活動支援を行うボランティアとの連携によって、前者の発現にも貢献し得るものである。

これまでの「草の根・人間の安全保障無償資金協力」の実績を見ると⁶⁵、2000年度～2007

⁶³ ボランティア事業実施の手引き—戦略性向上のための指針、青年海外協力隊事務局（2008年）、P21

⁶⁴ 同上、P19

⁶⁵ 在ケニア日本大使館草の根担当作成資料「草の根無償資金協力 HIV/AIDS関連事業」

年度の HIV 対策分野における対ケニア「草の根・人間の安全保障基金協力」案件は計 14 件で、初期の段階では単独の VCT 施設建設が多かったが、最近では、カウンセリング・検査後の治療施設の建設や、ハイリスク・グループを対象とした予防啓発活動に関連する事業への資金供与が特徴として挙げられる。地域的には、ナイロビ市内、ニャンザ州、リフトバレー州、ウェスタン州、セントラル州、ノースイースタン州となっており、申請団体としては NGO（ローカルおよび国際）が多くみられる。在ケニア日本大使館の草の根担当官によれば、これまでの案件の承認において JICA プロジェクトやプログラムを特に意識したことはなく、案件発掘やプロポーザルの作成にボランティアが関与したこともないが、今後は必要に応じて JICA 事業との連携を考慮することは可能であるとのことであった⁶⁶。申請団体としては、地方自治体、ヘルスセンターの他、ボランティアの派遣先となる NGO も考えられるということである。現在のところ、ボランティアの派遣地域は治安を考慮してセントラル州およびイースタン州に限定しているが、今後はニャンザ州をはじめとして、より広い地域への派遣が予定されていることを鑑みれば、ボランティアと「草の根・人間の安全保障基金協力」との連携の可能性を探ることが望まれる。

(2) 技プロの継続案件（SPEAK II）の枠組み形成の留意点

現在実施中の技プロ（SPEAK）は 2009 年 6 月に終了し、その後はフェーズ II となる SPEAK II を実施することが検討されている。ケニア政府から要請書のドラフトが提出されている段階である。プロジェクト目標は「良質な HIV 検査サービスの提供を通じて HIV 検査の受検者数を増加させる」であり、右目標達成のために以下の 6 つのアウトプットが設定されている⁶⁷。

SPEAK II で設定されているアウトプット

- ① HIV 検査実施者に対する監督指導が強化される。
- ② ハイリスクグループの人々に対する行動変容コミュニケーション強化する。
- ③ 医療機関における医療従事者の HIV 検査に係るコミュニケーションスキルが向上する。
- ④ HTC（HIV 検査・カウンセリング）の OA（品質保証）戦略が開発される。
- ⑤ HIV 検査サイトにおける結核スクリーニングを強化する。
- ⑥ HTC のデータマネージメントを強化する。

SPEAK II の特徴は以下の 3 点にみられる。

第一に、SPEAK ではカウンセリング・検査サービスの量の増加に重点を置いたが⁶⁸、SPEAK II では、サービスの質を担保しながら量を拡大する（成果①、③、④、⑥）。

第二に、SPEAK の対象は若者（15 歳～24 歳）であるが、SPEAK II では、KAIS 2007 の

⁶⁶ 2008 年 9 月 3 日に実施された在ケニア日本大使館草の根担当官へのインタビューより。担当官によれば、同協力には年間約 2,000 件の申請があり、うち供与は 10 件ほどである。

⁶⁷ 技プロ（SPEAK II）の要請案件調査表と NASCOP が作成したオリジナル(英語版)を参照に作成。

⁶⁸ 技プロ関係者によれば、プロジェクト開始当時にはプロジェクト期間が 3 年間であることを考慮し、カウンセリングはプロジェクトの対象とはされておらず、検査のみであった。

結果を受けて、対象とする年齢層が拡大する予定である（成果②）。具体的には、55 歳以上の人々にもターゲットを広げることを検討している。

第三に、SPEAK II では、カウンセリング・検査サービスの向上を図るための一つ的手段として結核のスクリーニングを追加した（成果⑤）。

以上を踏まえ、プログラムの観点から SPEAK II の事前評価実施の際に留意すべき点を以下に提案する。

- 1) 技プロ関係者によれば、現在サービスの量の拡大を行っている援助機関は多くあるが、質の拡大に重点を置いている主要援助機関は英国国際開発省（The Department for International Development : DFID）のみであり、しかも財政支援であるため、SPEAK II が量の拡大に対する技術支援をする意義は大きい。SPEAK II が SPEAK 同様にプログラムの主要構成案件であることを踏まえれば、相手国のニーズがあるにもかかわらず他援助機関による支援が少ない分野に支援をすることによって、プログラムの貢献度は高くなる。
- 2) プログラムの観点から考慮すべき点として、第一に「戦略的なプログラム」は、相手国の開発戦略と整合性があるだけでなく、その優先分野に対して支援をしていることが必要とされていること、相手国のニーズがあり援助機関による支援が不十分である分野への支援をしていればそのプログラムの貢献度は高くなること、である。KAIS2007 で新たに 55 歳以上の人々への支援の必要性が明らかになったが、技プロ関係者によれば、現在ケニアで活動している援助機関によって対象とされていない年齢層はないということであり、右グループへの支援を重点的に行ってきた国際 NGO もある。このため、SPEAK と同様に若者層のみへの支援を SPEAK II でも継続（ただし、SPEAK II では量と質の両方への支援を行う）するのか、従来どおりの若者を対象としながらも新たに SPEAK II の焦点となるサービスの質の向上を確実なものにしていくのかについては、事前調査において他援助機関の活動状況を十分に調査した上で、プロジェクト期間に照らし合わせてのフィジビリティを熟考する必要がある。

また、プログラムの観点から留意すべき 2 点目は、他スキーム、特にボランティアによる活動との連携による相乗効果の発現である。SPEAK II の対象に 55 歳以上の人々も含むということであれば、そうした年齢層を対象とした活動を行なうボランティアを配置することが望ましいことから、右年齢層を対象にしたボランティアによる活動を想定した上で、そうした分野において SPEAK II の期間中にわたって一貫してボランティアを確保・派遣することの可能性を検討する必要がある。

- 3) SPEAK II で新たに追加が検討されている支援として、「HIV 検査サイトにおける結核スクリーニングの強化」（アウトプット⑤）がある。技プロ関係者によれば、予防の観点からスクリーニングを強化するというものである。これをプログラムの観点からみれば、プログラムが支援する分野の優先度が低い場合でも、JICA の比較優位性や過去の経験を踏まえた戦略的な支援がなされていれば、「戦略的なプログラム」とされる。日本は同分野で豊富な経験を持つことを踏まえると、当該アウトプットとそのため活動を追加することは、プログラムの貢献度を高めことに繋がる。なお、「予防」の観点から言えば、スクリーニングだけでなく、治療へのリファラルとその後に患者が確実に治療にア

クセスしたかどうかまでをモニタリングすることが望ましいが、「スクリーニング治療へのリファラルとその後のモニタリング」については当該プログラムの枠外に位置づけられることになるため、注意が必要である。

6-1-3 プログラムにおいてボランティアを有効活用するための方策

2008年に青年海外協力隊事務局が発行した「ボランティア事業実施の手引き」には、JICAのプログラム化の進展に伴い、「ボランティア事業」として途上国の開発課題の解決に貢献する視点が求められるようになった結果、ボランティア（ボランティア、シニア隊員）を「群」単位で捉える必要性が高まってきたこと、そして、こうした「ボランティア群」に対しては「複数/数代に亘る」ボランティア全体として息長く成果を積み重ねていくために、JICAは開発目標と投入計画を設定し、適切なタイミングでボランティア派遣を行いながら、ボランティアが相乗効果を発揮できるような支援を行うなどより開発目標に対する貢献をめざした役割を担うことが記されている⁶⁹。こうした点を踏まえ、以下では、プログラムにおいてボランティアを有効活用するための提案を紹介する。

(1) プログラムにおけるボランティアの位置づけ

フェーズⅠの調査時には、エイズ対策分野に派遣されているすべてのボランティアをプログラムボランティアと位置づけているが、ボランティアの活動に確実な成果は求めず、個々のボランティアができる範囲でプログラムの中で貢献をするとの方針であることが確認されていた⁷⁰。フェーズⅡで実施した現地調査の際には、JICAケニア事務所のボランティア調整員、フィールド調整員、保健担当所員との議論を重ねた結果、市民の自発的活動を支援するという本来のボランティアの派遣目的を踏まえつつ、ボランティアをプログラムの中でより積極的に活用するための方策として、各ボランティアの意思を前提として、「プログラムの枠組みの中に位置づけるボランティア」と「プログラムの中には直接的に位置づけられないがエイズ対策分野で活動するボランティア」に大別することで概ね合意した。それぞれに分類されたボランティアをどのように呼ぶかについては今後検討していくが、現段階の案としては、ボランティアがプログラムの中で係わる活動に準じた呼称、例えば、「VCTボランティア」等が挙げられている（本報告書においては便宜上、プログラムに位置づけられるボランティアを総称して「プログラムボランティア」と呼ぶ）。こうした措置は、エイズ対策は分野横断的な支援が求められる分野であることから、多様なニーズに対応したボランティア派遣を可能とし、また、エイズ対策および関連職種ボランティア群としてのエイズ対策への取り組みをプログラムの成果に反映したいとのJICAケニア事務所関係者の見解を汲んだものでもある。「選択と集中」に固執するあまりプログラムに直接関係のない活動を軽視することがないように配慮するとのJICAケニア事務所側の方針もある。今後新たに派遣要請をするボランティアについては、要請段階から「プログラムの枠組みの中に位置づけるボランティア」と、「プログラムの中には直接的に位置づけられないがエイズ対策分野で活動するボランティア」を大別すること、現在、派遣中のボランティアについては個々のボランティアとの話し合いを経て、いずれかに分類する見

⁶⁹ ボランティア事業実施の手引き—戦略性向上のための指針、青年海外協力隊事務局（2008年）、P14

⁷⁰ 2007年12月に実施した青年海外協力隊事務局海外第二グループアフリカチーム職員へのインタビューより。

通しである。

以上の考え方は、「ボランティア事業実施の手引き」で示されている、ボランティア事業においてプログラム・アプローチを進めるための具体的な手順に準じたものであると言える。

同手引きによれば、手順として①「ボランティア群」をプログラムの構成要素に位置づける、②各プログラムにおいて、「ボランティア群」に期待される成果（事業目的）・役割を明確にする、③事業マネジメントを通じて、「ボランティア群」とプログラムを共有する他の事業との相乗効果の創出とプログラム目標達成への貢献を実現する、とされている⁷¹。

（2）プログラムボランティアの募集～派遣～実施の各段階（サイクル）での留意点

1）募集段階

上記した「プログラム体系図」および「プログラム・デザイン・マトリックス改訂（案）」に基づき、ボランティアが貢献できる活動のある程度類型化した上で、要請書に活動のターゲットを明確に記述する（例：VCT 受検者の増加）。県事務所に配属されるボランティアについては、要請段階から、プログラムボランティアとして派遣されることに対する個々の県事務所との合意形成を図る。同時に、保健省本省から、プログラムについての県事務所へのブリーフィングが適宜行われることも望まれている。配属先とボランティアのプログラムにおける位置づけを合意した上で、協議しまとめた活動内容を要請書に明示することで、相手国の要請に従ってボランティアを派遣するというボランティア事業の原則に基づいたボランティア派遣を担保するものとする。

2）任地赴任前のオリエンテーション段階

プログラムボランティアとしての活動およびプログラムそのものについてブリーフィングを行う。その際に、フィールド調整員の立場と役割をボランティアに明確に説明するとともに、プログラムボランティアとそれ以外のボランティアとのケアや処遇について事務所として違いは設けないこと、つまり調整員はいかなるボランティアもケア・待遇面では濃淡をつけないことを伝える。また、オリエンテーションの際に、派遣後の活動に有用であると思われる、社会調査手法や PCM 手法の基本知識についての研修等を行うことも一案である。

3）実施段階

配属先に派遣後半年を目安にして、類型化された活動の枠組みのなかで自己の活動に対する目標設定をフィールド調整員と相談しながら行う。その際には、上記「プログラム・デザイン・マトリックス改訂（案）」を考慮する。合意されたボランティアの活動の進捗状況については、「プログラム・デザイン・マトリックス改訂（案）」に準じて作成した「ボランティア活動モニタリングシート」に基づき、事務所および技プロ、ボランティアがモニタリングすることになる。また、フィールド調整員も、同モニタリングシートに基づき、ボランティアが自己の設定した活動目標の達成に向かって順調に進捗しているかを確認する。

⁷¹ ボランティア事業実施の手引き—戦略性向上のための指針、青年海外協力隊事務局（2008年）、P21

4) プログラム推進会議を通じた活動のモニタリング

現在は、プログラム会議において共通のトピックスがないため情報共有で終わっているが、今後はプログラム調整会議では、「ボランティア活動モニタリングシート」に基づき、活動の進捗状況を報告することで、プログラム全体としての進捗状況のモニタリングを会議開催の1つの目的とする。(エイズ対策分野のボランティア、例えば服飾分野への派遣ボランティアは、プログラム推進会議に任意で出席するが、情報共有にとどめる。)

(3) プログラム実施期間を通じて一貫性のあるボランティアの配置

技プロにみられるプロジェクト型支援と異なり、ボランティアは基本的には個人の投入であり、派遣期間も2年間と短期であるため、その投入によって得られる成果の規模は小さい。だからこそ、「ボランティア群」として数代に亘って長期間で派遣を行うことで、結果としてプログラム目標達成への貢献度が高められる。しかし、投入としての予測性の低さがボランティア事業としての最大の弱みであることは、「ボランティア事業実施の手引き」でも指摘されているところである。公募により人材を募る関係上、必要な人材を確保できない場合が生じたり、適時の派遣が必ずしもできない場合も少なくないため、こうした状況に備えて、ボランティア群全体としてめざすべき成果や活動内容を設定することをボランティア事業マネジメントの留意点として挙げている⁷²。上記(1)で提案した、「プログラム・デザイン・マトリックス改訂案」を踏まえたボランティアの類型化に準じたボランティアの選定と派遣は、こうしたマネジメントの一貫であり、それによって、一貫性のあるボランティアの配置が可能となる。

(4) ボランティアのプログラムへの貢献度を高めるためのフィールド調整員の役割強化

これまでの評価調査で、ボランティアとしては、何をどのように技プロ側に相談しても良いものか分からず、技プロ側はボランティアに対してどこまで技術的な指導をすればよいのかが分からない、という状況にあることが明らかになっていることは前述したとおりであるが、こうした状況を改善しプログラムの中に位置づけられるボランティアのプログラム目標達成への貢献度を高めるために、フィールド調整員の派遣を継続し、その機能を強化することを提案したい。

フィールド調整員は、2005年9月末に、それまでのシニア隊員制度を廃止することに伴い、シニア隊員制度に代わる制度として開始されたものである。フィールド調整員は、それまでシニア隊員が担ってきた機能のうち、青年海外協力隊またはシニア海外ボランティアによるチーム派遣またはグループ的な派遣における案件形成および総括・調整としての機能を引き継いだもので、「ボランティア事業支援要員」として位置づけられる。主な業務として、「該当するボランティアの活動に対する種々の支援を行うとともに、当該分野・セクターに関する知識・経験・現場感覚を活かしてチーム派遣・グループ的な派遣またはプログラムの運営管理を行う」とされている⁷³。プログラムの円滑な運営管理には欠かせない要員ともいえる。

フィールド調整員は、JICA 現地事務所で勤務するボランティア調整員と異なる呼称（フ

⁷² ボランティア事業実施の手引き—戦略性向上のための指針、青年海外協力隊事務局（2008年）、P15、P17

⁷³ 「シニア隊員制度の再整理について」（JICA Official Facsimile Message）、青年海外協力隊事務局（2005年8月19日）

ィールド調整員)とし、現場に派遣されることとされている。ただし、特定のカウンターパートを持ち、彼らへの技術支援を行っていたシニア隊員とは異なり、カウンターパートを持たず、したがって技術支援は行わない。また、事業支援要員であるため、シニア隊員のようにボランティアのチームリーダー的な役割を担うことはできない。ケニアの場合、現フィールド調整員(2006年3月～2008年3月)の赴任時には、管掌業務が明確に規定されていなかったため、試行錯誤を重ねながらプログラムの中での自らの役割を開拓していったところが大きい。現在は、主にエイズ対策分野や保健分野における要請開拓やエイズ対策ボランティアの活動支援を担っている。大統領選以前はニャンザ州の州保健局を拠点に執務していたが、現在はナイロビのJICAケニア事務所で勤務している。今後もフィールド調整員は州に配置せず、JICAケニア事務所での業務を基本とし、出張ベースでボランティアの活動支援を行うことが予定されている。

JICAケニア事務所では、フィールド調整員をボランティア調整員と同等の立場に位置づけ、現フィールド調整員はエイズ対策及び関連ボランティアの担当調整員としてボランティアの支援にあたっている。しかし今後は、プログラムにおけるボランティアの活用を強化するため、HIV/エイズ対策を担当するボランティア調整員を定め、フィールド調整員については主に「プログラム・デザイン・マトリックス改訂(案)」の枠組みにおけるボランティアや技プロなど、他スキームや配属先との調整・連絡や、上記、「ボランティア活動モニタリングシート」に基づくボランティアの活動状況のモニタリングと必要に応じたフォローアップを集中的に行えるよう業務分掌の再検討が予定されている。また、2007年大統領選挙後のボランティア配置には、治安上任地振替が可能な地域を優先したため、地域的な戦略性はみられないが、今後はボランティアのプログラムへの貢献度を高めるために、戦略性のある配置計画策定や要請開拓が期待される場所である。

6-2 JICA プログラムが他援助機関との協力によってケニア開発戦略目標達成への貢献度を高めるためのシナリオ

以下では、「プログラム・デザイン・マトリックス改訂案」で提案した、本プログラムの2つのプログラムアウトカム(①ケニアにおいて利用可能なカウンセリング・検査サービスが増えるおよび、②ケニアにおいて(特に15歳から24歳の若者)のHIV/エイズ予防(CT結果を知る必要性)に対する理解が促進される)について、それぞれのアウトカムを他援助機関との協力によって強化するための方策を検討する。

6-2-1 「アウトカム1:ケニアにおいて利用可能なカウンセリング・検査サービスが増える」を強化するためのシナリオ

米国はケニアに対するHIV対策に係る最大の援助機関である。2008年度だけでHIV支援に5.5億ドル(約600億円)を支出する予定であり、その支援もコミュニティでの活動から、ARV供与など多岐にわたる。第5章「5-4-3 他援助機関との協力によって発現された成果と協力プロセスの適切性」でみたように、日本はUSAUDとこれまでも特に技プロを通じて「日米連携の枠組み」において協力を行ってきた。具体的には、「技プロ(SPEAK)が中央省庁レベルで様々なモニタリング・ツールの導入支援やHCTに係るサービス標準化やガイドライン策定等の協力を行い、それをAPHIA IIの実施機関が県以下の保健施設での導入を図る」という行

政ラインを意識した役割分担である。こうした協力は今後も維持されることが期待される。

「日米連携の枠組み」における新たな協力の可能性としては、米国疾病予防管理センター（CDC）の財政支援でニャンザ州を中心に全国でカウンセリング・HIV検査活動を大規模に行っている Liverpool VCT Care and Treatment（LVCT）との協力である。ニャンザ州は、ケニアで HIV 感染率の最も高い州であることから多くの団体が HIV/エイズ対策活動を展開している。JICA も来年度にはボランティアの派遣の再開を予定しており、LVCT からボランティア派遣要請の打診が過去にあったことを鑑みれば、LVCT との当該分野における協力の可能性は十分にあり得る。

CDC との協力と言えば、現在技プロと同じく NASCOP への支援を行っていることから、NASCOP の能力強化面での協力が考えられる。これまでのところは財政支援のみであるが、2009 年度以降に NASCOP の組織開発支援を本格的に実施すべく、具体的な内容について検討中であることから、技プロの次期フェーズ（SPEAK II）との協力の可能性が検討できるだろう。

「日米連携」を促進する際に注意すべき点としては、日米連携はあくまでも USAID と JICA との機関間の合意によるもので、米国大統領 HIV/エイズ救済緊急計画（PEPFAR）や USAID との契約に基づいて様々な機関が実施を担当する APHIAII、グローバルエイズプログラムを実施する CDC に対しては、ほとんど拘束力を持たない、ということである。したがって、今後在ケニアの USAID カウンターパートや実施パートナーをも含んだ現地関係者が「日米連携」の枠組みを尊重してより積極的に連携を進めるためには、意思決定を行うワシントンにある USAID 本庁レベルで例えば APHIAII 実施機関に日米連携の実施に関して何らかの強制力を持った指示または条件付けがされることが望ましい。そのために、JICA 本部から USAID 本庁への働きかけを積極化させると同時に、現地レベルでは日米間で連携のための具体的な方法を協議する場を十分に設けることが今後益々必要となってくるであろう。

6-2-2 「アウトカム2：ケニアにおいて（特に15歳から24歳の若者）の HIV/エイズ予防（CT 結果を知る必要性）に対する理解が促進される」を強化するためのシナリオ

プログラム目標の達成を行うためには、プログラムアウトカム2の強化は欠かせないことは、第5章「5-3-1 プログラムとしての一貫性」の「縦のシナリオの適切性」に関する評価で指摘したところである。現在のところ当該アウトカムに達するためのシナリオとしては、ナイロビ、リフトバレー州、コースト州を対象とした BBC 製作によるラジオ番組の放送（技プロ）とセントラル州、イースタン州で活動中のボランティアを通じた予防教育となっているが、改善の余地がある。そこで、BBC 契約終了後のシナリオとして JICA ケニア事務所が在ケニア日本大使館とともに現在検討しているのが、国際家族計画連盟（International Planned Parenthood Federation：IPPF／本部＝ロンドン）が設置した日本 HIV/AIDS 信託基金を活用して、BBC によるラジオ番組の内容を放送後、別の媒体に変換、加工して、啓発活動に利用するというものである。同基金は、草の根レベルでの HIV・性感染症の予防やケア・治療に対して1案件約1,000万円を提供するものであり、資金供与の対象は、海外で活動している日本の NGO である。JICA ケニア事務所は、本件を主管する在ケニア日本大使館とともに、同基金を通じた活動実績のある Family Health Option Kenya との協議を行い、2008 年秋の申請に向けてプロポーザル作成支援を行なっている。採択されれば、2009 年1月から1年間の予定で活動が行われる。

その他の協力の可能性としては、USAID の支援を受けて予防啓発活動、特に報道関係者を対象とした研修実施を行っている米国系 NGO のインターニューズ (Internews) との協力が挙げられる。

6-2-3 プログラムアウトカムを強化するための検討事項

2つのプログラムアウトカムのいずれにも対応可能な選択肢として、ドイツ世界人口財団 (German Foundation for World Population : DSW) との協力が考えられる。同財団は、EU からの財政支援のもと、ナイロビ、ウェスタン州、セントラル州、ニャンザ州、コースト州、リフトバレー州において 180 以上のユースクラブの組成、移動型 VCT サービスの提供、カウンセラーの養成、若者を対象としたラジオや新聞を通じての HIV 予防啓発教育等を過去 2 年間にわたって実施しているが、EU からの財政支援は 2009 年 6 月に終了する予定である。今後の活動の方向について現在検討中である。同財団がこれまで実施してきた活動には、本プログラムの 2 つのアウトカムと共通したものが多く見られることから、プログラムにおける草の根レベルの活動を効率的・効果的に展開するために、DSW との協力、あるいは DSW によるこれまでの活動の成果をプログラムの中で継続・発展させる可能性を検討することを提案したい。

以上に加え、今後予定されている「国家エイズ対策戦略 (KNASP2005/10-2009/10)」の全面的な見直しに伴い、USAID、UNAIDS をはじめとする多くの援助機関が同分野における戦略の見直しと活動修正を予定していることから、今後は新国家エイズ対策戦略 (KNASP II) を巡る動きを考慮してその他の援助機関との協力の可能性を検討する必要がある。国家エイズ対策協議会によれば、2008 年 10 月に同戦略の見直しを開始し、2009 年 7 月までに次期 5 カ年にわたる新国家エイズ対策戦略を政府、関連援助機関、民間、市民からの参加を得て策定する予定であり、KNASP II では新規感染の予防の優先度が一層高くなる見通しとのことである。

6-3 プログラムの実施・運営に関する提言

6-3-1 JICA プログラムを統括する機能の構築

現地調査結果を踏まえた調査団と JICA ケニア事務所関係者との意見交換の焦点の 1 つは、「誰がプログラムを統括するか」ということであった。個別専門家派遣の可能性も検討されたが、新たな投入を行わなければ実施が困難となるプログラム化は事業の効率化には繋がらないとの認識のもと、現行の枠組みの中でプログラム運営管理の機能を強化させるべきとのコンセンサスが得られた。結論として、事務所保健担当所員が、フィールド調整員やボランティア調整員の協力を得てプログラムを統括することで合意がなされた。

事務所保健担当所員は、これまでもプログラムの運営管理に際して中心的な役割を果たしており、プログラム推進会議の開催、調整員と相談しながらのボランティア派遣計画を含む事業実施計画の作成、「プログラム・デザイン・マトリックス」を含むプログラム関連資料の作成等を行ってきた。本評価調査において、日本側プログラム関係者間の共通のモニタリング・ツールとしての「プログラム・デザイン・マトリックス改訂 (案)」が作成され、当該国のエイズ対策分野に対する 2010 年までの日本の援助の枠組みとして先方政府とも共有されたことにより、今後はこれまでよりも円滑なプログラムの運営管理が期待される。事務所保健担当所員のプログラム運営管理に係る主な役割としては、以下のものが考えられる。

① プログラムの枠組みを念頭に置いた中央政府との折衝、ディスカッション、また、フィー

- ルド視察の際のボランティアのカウンターパート機関との折衝、ディスカッション
- ② プログラムの方針や方向性の決定とプログラムとしての進捗状況のモニタリング
 - ③ ドナー会合への出席による情報発信と情報収集

6-3-2 プログラム活動費の必要性

現在はプログラム推進会議の費用は、技プロ専門家の参加にかかる経費は技プロ在外事業強化費から、ボランティアの参加に係る経費をボランティア現地業務費から捻出している。これに関しては、プログラム推進のために必要な経費として、各スキームの予算から捻出するため JICA ケニア事務所内の決裁で規定することで対応してきた。しかしながら、このほかにも、先方政府とのプログラムに係る会議を実施するための必要経費、技プロとの連携を強化するために必要なボランティアに対するトレーニングにかかる費用等、プログラムとして行う活動については予算に計上されておらず、これに関する対応は今後の検討課題と言える。

6-4 プログラム化に伴う課題

本報告書の結びとして、今回の評価調査を通じて明らかになったプログラムの形成・実施に伴う課題を 6-4-1 および 6-4-2 に、プログラム評価に伴う課題を 6-4-3 および 6-4-4 に記する。

6-4-1 プログラムの実施者

2006 年 2 月に遡る「戦略的なプログラム化」に向けた潮流の中、JICA ケニア事務所と日本人関係者はプログラムデザインおよび実施体制についてこれまで試行錯誤を重ねてきた。今回の評価調査の主な成果は、プログラムのデザインである「プログラム・デザイン・マトリックス改訂案」と実施体制に関して日本人関係者間で概ね合意ができたことである。その意味では、プログラム評価調査は日本人関係者間の合意形成プロセスであったとも言える。

他方、「JICA プログラム」は日本人関係者では共有されていても、各案件の先方政府カウンターパートに正式に認知されているものではない。今回の現地調査で「JICA プログラム」の考え方と「プログラム・デザイン・マトリックス改定案」を紹介する機会を持ったことは、相手国政府に「JICA プログラム」を認識してもらう第 1 段階となったが、第 6 章 6-1-1 で述べたように、「プログラム・デザイン・マトリックス改訂案」は、日本側の各案件担当者間のモニタリング・ツールおよび今後の案件形成の枠組みとして活用するとの説明に留まっている。つまり、相手国カウンターパートをプログラム実施者とする段階にまでは至っていない。

将来的にはこうしたプログラム実施上の制限は解消されることが望ましいが、そのためには JICA の議論しているプログラムが、相手国カウンターパートにとってどのような意味を持つかを考える必要がある。相手国政府においては技プロ (SPEAK) のカウンターパートは NASCOP であるが、プログラムとして考える場合には NASCOP の所掌業務を越えるため、カウンターパートは公衆衛生省となる。その取りまとめ責任者は公衆衛生局長である。

日本人のプログラム構成案件関係者と共に相手国カウンターパートもプログラムの実施者としなければ、プログラムの構成案件、特にその主要案件である技プロ (SPEAK) 実施とプログラム実施との整合性の確保が困難になる可能性もある。現在のところプログラム実施に係る意思決定は日本人側にあるが、NASCOP カウンターパートや公衆衛生省公衆衛生局長が、プログ

ラム形成の意思決定権を持てるような制度を構築することが今後の課題となる。

付言すると、相手国政府がセクターワイドアプローチ（SWAPs）を採っている場合は、JICAプログラムの戦略性が SWAPs の考え方と整合している必要があり、その意味でも相手国政府による意思決定プロセスが重要となる。本評価で採用した「貢献」の概念に基づく評価手法も、SWAPs の枠組みとの整合性の確認と位置づければ、相手国側にも特段の違和感はない。

6-4-2 プログラム化と事業の効率性に係る課題

今回の評価調査を通じて、プログラム化と事業の効率化に係る課題として、主に3点抽出された。

第一は、実施体制に係る課題である。「戦略的なプログラム」化は、従来の個別案件群としての「プログラム」では十分に援助効果の向上に至らないという認識に基づき、2006年以降推進されている。「戦略的なプログラム」の3つの要素（①途上国の特有的の開発戦略や日本の援助戦略に沿った明確な協力目標を有する、②協力目標を達成するための適切な協力シナリオを有する、③投入にあたり複数の JICA 事業の有機的な組み合わせ、他の開発主体と連携を行っている）は、いずれもプログラムデザインに係るものである。しかし、プログラムデザインが戦略的であるだけでは十分な援助効果の発現には繋がらず、実際にプログラムを実施する体制が整っていることが必要である。本プログラム評価は右点に留意し、プログラムデザインとともに、プログラム実施体制の見直しも行った。プログラムを調整するための人材を新たに投入するのではなく現行の実施体制を見直した上で、事務所保健担当所員がプログラムを統括することとし、その役割の明確化を行った（上記6-3参照）。さらに、プログラムとしてのモニタリングを強化する必要性も確認されたことから、(日本人)プログラム関係者間でモニタリング・調整機能を強化させるための方策として、第6章6-1-1で紹介した「プログラム・デザイン・マトリックス」にモニタリング指標を追加することでプログラム実施の効率化の課題に対応した（上記6-1-1参照）。ただし、中長期的にみれば、プログラムの運営管理・調整を行うプログラム・マネージャー等の専任が配置されることが望ましく、その際にはプログラム管理のための独自予算措置がなされることが期待される。プログラム・マネージャーとしては、セクターの知見と技術を持ち、マネージメントと調整能力に優れたアドバイザー的な役割を果たせる人材が適している。なお、事務所保健担当所員がプログラムを統括する場合においても、プログラムの運営管理のための適切な予算措置が必要であろう。

第二の課題は、プログラムに関して日本人関係者間でのコンセンサスが確立されておらず、プログラム化することで反って混乱を招いていた点にみることができる。こうした状況は、プログラムを構成する各案件の(日本人)関係者がプログラムの枠組みに関して共通認識をもち、モニタリングツールとして活用できる「プログラム・デザイン・マトリックス改訂(案)」を提示したことで改善されると思われる。JICA 現地事務所によれば、当該マトリックスは2008年10月に実施するプログラム推進会議で関係者と共有される予定である。

本プログラムは、その他の多くの現行 JICA プログラムと同様に、「問題分析」(セクター分析)、目的分析(問題解決のための手段の分析)、そしてアプローチの選択(問題解決に必要な手段の有機的な組み合わせの選択)というプロセスを経て形成されたものではない。最初から本来のプロセスを経て参加型による形成がなされていたら、関係者間でのコンセンサスが確立されるだけでなく、最小限の時間で無駄のないアプローチの選択(問題解決に必要な手段、つ

まり案件の有機的な組み合わせ) ができていたであろうと思われる。現在見られる後付けのプログラム構成プロセスでは、ロジックを整理するために新たな案件の立ち上げや既存の案件の方向転換が必要となる可能性もある。実際、本プログラムにおいては技プロと、本人の裁量を重んじる協力隊員の活動内容に連携を持たせるために、関係者が膨大な調整コストを費やして、合意形成を行ってきた。他方、技プロと協力隊員の連携の難しさや、日本の援助スキーム上の制約からくる連携の難しさについては、相手国カウンターパートに説明しても理解が得られづらい性格のものであることを認識する必要がある。また、プログラムの運営管理をする専任の人材が配置されていない状況下で、プログラム調整のための事務所や現場（特に技プロ）での負担が増えることが懸念される。

JICA プログラム化が日本側の調整コストを肥大化させつつ、相手国政府からは十分な理解が得られないような内向きな議論に陥らないように、相手国政府の目から見た効果と効率性を意識する必要がある。

6-4-3 プログラム評価を実施するタイミング

本評価調査の現地調査は 2008 年 1 月～2 月に実施される予定であったが、2007 年末の大統領選後の暴動により 2008 年 8 月に延期された。その 5 カ月前となる 2008 年 3 月にはプログラムの主要案件である技プロの中間評価も現地主管で実施されている。治安悪化による本プログラム評価調査の延期がなければ、中間評価の実施はプログラム評価終了後 1 カ月程で実施されていたことになる。右点にプログラム評価とプロジェクト評価を実施するタイミングの課題をみる。短い期間のうちに 2 つの関連した評価調査が実施されることで、現地事務所は評価調査に伴う各種手続き（スケジュールの作成、政府カウンターパートや他援助機関へのインタビューの手配等）や現地調査中の同行等、通常の業務をこなしながら、評価調査に係る業務も負うことになる。また、技プロ専門家も現地事務所と政府カウンターパートの間で、各種調整業務を負うことになる。また、技プロ関係者は、関連した調査のために何度もインタビューや協議のために時間を割くことになる。効率的に評価調査を実施するためには、両評価調査のタイミングに配慮する必要がある。

プログラム評価実施のタイミングは、プログラム評価結果の技プロ PDM への反映の観点からも配慮する必要がある。プログラム評価では、プログラム目標を達成するためのシナリオを強化するためにその主要案件である技プロの枠組みを改善する必要があるかとの観点から技プロを分析する。その結果、アウトプットや活動の追加も提言されることになるが、そうした提言が技プロ関係者に検討される機会（通常は中間評価）をできるだけ早く持つことで、プロジェクト実施の観点からも適切であると判断される提言については PDM 改訂時に反映され、それがプログラム目標達成の可能性も高めることになる。プロジェクト評価のタイミングは決まっているので、技プロの評価調査の時期を考慮してプログラム評価実施のタイミングを設定することがより現実的である。その場合、中間評価実施前に実施される必要があるが、上記した効率性の観点から、短い時間に 2 つの評価調査を実施することは避け、将来的には、調査方法（例：技プロの質問項目やインタビュー項目の設定）を工夫することで、2 つの評価調査を同時に実施すること可能性も検討されたい。

6-4-4 プログラム評価への相手国政府の参加と評価結果を共有するタイミング

現在のところ、プログラム評価は試行段階であるため内部評価として実施されている。また、新たな JICA プログラムとしての「戦略的なプログラム」の考え方も導入されて間もないことから、日本人関係者間でもプログラムに関してのコンセンサスを形成することは容易ではない。こうした状況のもとで実施された今回のプログラム評価では、プログラム評価の実施方法に関して、「プログラム評価プロセスに相手政府をどのタイミングでどの程度参加させるべきか」および「プログラム評価（現地調査）そのものに相手国政府を積極的に参加させられない場合には、相手国政府にどのタイミングで何を評価結果として共有するのが最適であるか」という2つの課題が明らかになった。

第一の課題については、今回のプログラム評価では（これまでに実施されたプログラム評価の対象プログラム同様に）プログラム評価プロセスの一部である現地調査を相手国政府と合同で行っておらず、プログラムを構成する各案件の政府カウンターパートはプログラム評価（現地調査）に必要な情報を得るための情報源としての位置づけであったというのがより正確である⁷⁴。評価プロセスに相手国政府を巻き込むか否かについては、対処方針会議および現地入りしてからも JICA 本部関係者、調査団、事務所関係者の間で議論を重ねた結果、現地調査の時点で相手国政府を参加させても十分な理解と賛同を得るのは難しいとの判断に至った。

第二の課題への今回の対応としては、当該国におけるエイズ対策分野への日本の支援に間する現地調査結果として主要カウンターパートと共有するに留めること、その上で今後の当該分野における日本の協力枠組みのドラフトとして、「プログラム・デザイン・マトリックス改訂（案）」を先方と共有することがより適切であると結論付けた。これは、冒頭で述べた様にプログラム評価はこれまで原則として内部評価とされていることその他、現地調査はプログラム評価調査プロセスの一部であり⁷⁵、未だ仮説段階にあるものをプログラム評価結果として相手国政府と共有することのリスクを考慮したためである。

プログラム評価の全プロセスを経た後で評価結果および提言は報告書として取りまとめられるため、相手国政府とプログラム評価結果を共有するというのであれば、プログラム評価報告書（和文）完成後に（必要であれば英語版も作成の上）JICA 現地事務所に送付、JICA 現地事務所が必要に応じて相手国政府や他援助機関への説明に活用することが望ましい⁷⁶。

⁷⁴ 「貢献に基づくプログラム」に関する説明は、表敬訪問および現地調査結果のブリーフィングの際に団長が技プロカウンターパートである NASCOP に対して実施した。

⁷⁵ プログラム評価プロセスは、事前国内調査、現地調査、帰国後の取り纏めから構成される。現地調査の主な目的は、事前国内調査で得られなかった情報の追加収集と事前国内調査結果の検証である。帰国後にはそれまでの調査結果を踏まえて最終的な評価結果を導き出す。

⁷⁶ 本評価調査コンサルタント I が担当した 2006 年度実施の「ガーナ国アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム」評価では、先方政府がプログラム評価への参加を希望していたが、ローカルコンサルタントの参加を得ることでプログラム評価（現地調査）を実施し、現地調査結果は団長が先方政府にブリーフィングを行った。帰国後の調査期間を得て評価調査報告書（和文）を完成後に英文報告書を作成し、JICA ガーナ事務所に送付、必要に応じて JICA ガーナ事務所が活用するという方法をとった。