

第2章 マ国の HIV 対策事業の現状と解決されるべき課題

2-1 上位計画

マ国 HIV/エイズ対策事業は、現在、以下の国家開発計画・政策・戦略・活動計画に基づいて実施されている。本案件の核となる VCT システム強化の必要性は、それぞれの目標、戦略として明確に謳われており、マ国 HIV/エイズ対策事業の優先項目の1つとなっている。

(1) 国家開発計画

「マダガスカル国家活動計画 (2007-2012) : Madagascar Action Plan (MAP)」

(2) 保健政策・計画

「国家保健政策 : Politique Nationale de Santé (PNS)」

「保健セクター開発計画 (2007-2011) : Plan Développement Sectoriel Santé (PDSS)」

(3) HIV/エイズに関する戦略・計画

「国家 HIV/エイズ対策戦略計画 (2007-2012) : Plan Stratégique National de Lutte Contre le VIH/SIDA (PSN)」

「効果的 HIV/エイズ対策のための活動計画 (2007-2012) : Plan d'Action de Madagascar pour une lutte efficace contre le VIH/SIDA」

「マダガスカル・予防・ケア・治療のユニバーサルアクセスのためのロードマップ (2006) : Feuille de Route pour l'Accès Universel à la Prévention, au Soins et au Traitement à Madagascar」

マ国の国家開発計画である「マダガスカル国家活動計画 (2007-2012) : Madagascar Action Plan (MAP)」において、「保健・家族計画・HIV/エイズ対策」を8公約のうちの第5番目の公約としている。同公約を達成するための課題として、8つの課題が設定されており、課題の1つとして HIV/エイズ対策が位置づけられている。HIV/エイズ対策を進めていくにあたり、VCT サービスを拡大促進していくことが優先的な活動の1つとされている。

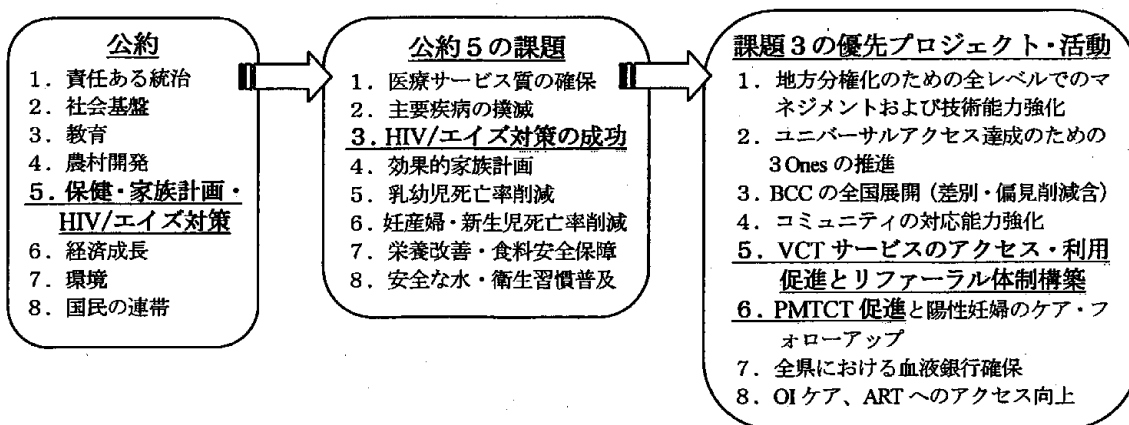


図2-1 MAPにおけるVCTサービス強化の位置づけ

一方、保健省による「国家保健政策 (PNS)」では、1. 保健システム強化、2. 母子保健、3. 疾病対策 (感染症・非感染症)、4. 衛生・健康行動促進、を目標としている。HIV/エイズ対策は、3. の感染症対策の中に位置づけられ、HIV/エイズ・性感染症対策における目標として、HIV 感染率 1 %未満の維持と感染者のケア、HIV 母子感染予防 (Prevention of Mother to Child Transmission : PMTCT) 等が掲げられている、そのための戦略の 1 つとして VCT センターのカバー率の向上 (特に都市部) が設定されている。

また、「保健セクター開発計画 (2007-2011) (PDSS)」は MAP 及び PNS に則り、同様の介入優先領域 [1. 保健システム強化、2. 母子保健、3. 環境に起因する疾病対策 (3-1. 感染症対策・3-2. 非感染症対策)、4. 衛生・健康行動促進] を設定し、3. 疾病対策において、「2011年末の時点において HIV 感染率 1 %未満を維持し、ターゲットグループの性感染症感染率を半減する」という目標が掲げられている。3-1. 感染症対策の下にある、HIV/エイズ・性感染症の分野においては、以下の目標及び戦略が設定されており、VCT 及び PMTCT の実施が言及されている。

目標：①HIV 及び STI の感染が減少し、HIV 感染率を 0.9%に維持する

②PLWHA を特定し、ケアを行う

③STI 感染率が低減する

戦略：①STI 治療キットの全国的普及、②VCT 実施、③医療施設への PMTCT 導入、④HIV 感染率疫学データバンク創設、⑤STI 対策強化、⑥脆弱層・リスク地域の住民への医療サービスのアクセス改善、⑦全レベルへの標準化された医療サービス供給、⑧サービスの需要とサービス供給の改善、⑨安全な輸血とユニバーサルプレコーション強化、⑩STI 及び ARV を含むエイズ診断・治療サービスへのアクセス及びそれらマネージメントの改善

HIV/エイズ分野特定のものとして、国家エイズ対策委員会執行委員会 (Secrétariat Exécutif/ Comité National de lutte contre le sida: SE/CNLS) により、「国家 HIV/エイズ対策戦略計画 (2007-2012) (PSN)」及び「効果的 HIV/エイズ対策のための活動計画 (2007-2012)」が策定されている。

「国家 HIV/エイズ対策戦略計画 (2007-2012) (PSN)」では、HIV 感染率の低減 (0.8%以下)、STI 感染率の半減、そして HIV 感染者・エイズ発症者 (People Living with HIV and AIDS : PLWHA) の生活の質の向上を目標としている。そして、4つの戦略機軸の下に戦略目標が掲げられている。4つの戦略機軸と予算配分の割合 (括弧内) は以下のとおり。

戦略機軸：I. マルチセクトラルアプローチによる効果的な HIV 対策環境の向上 (15%)

II. HIV の予防に関する情報と予防手段へのアクセスの改善 (45%)

III. PLWHA へのサービスの質の保障 (30%)

IV. モニタリング・評価システムの構築 (10%)

VCT サービスに主に関連するのは、戦略機軸 II の下にある「戦略目標 II-3. VCT サービスの全国レベルでの普及」及び「戦略目標 II-4. PMTCT サービスへのアクセス強化」である。具体的には、HIV 検査・カウンセリングを STI 治療サービス、結核検査、産前健診と家族計画サービス (PMTCT 目的) 等のサービスに統合し、HIV 検査をルーティーン化していくことを目指している。

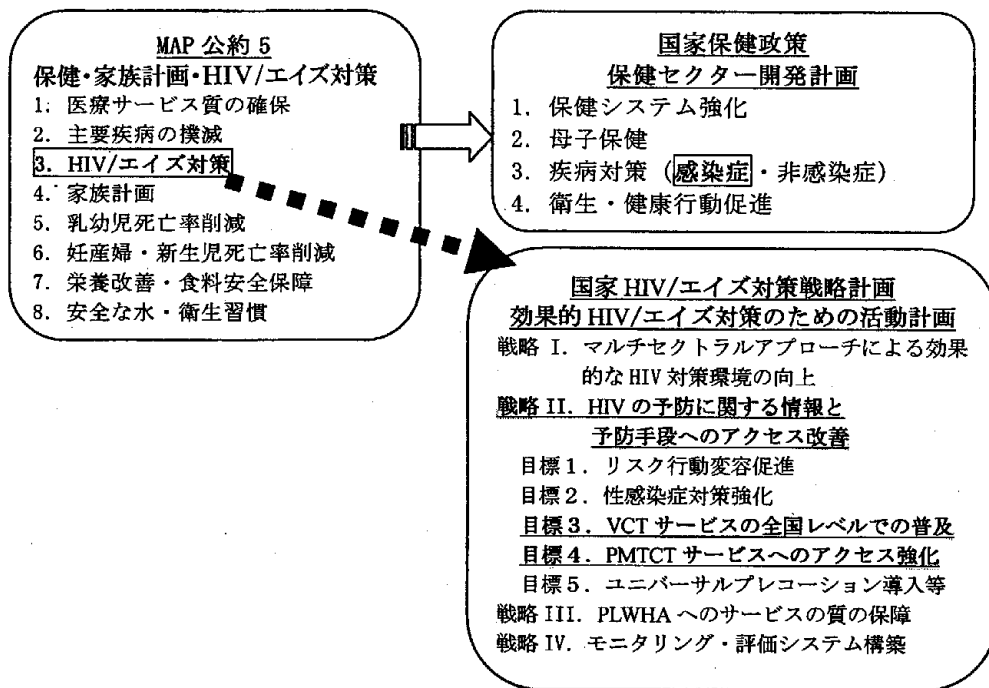


図 2-2 本プロジェクトの国家政策・エイズ対策戦略計画上の位置づけ

<国家開発計画 (MAP)、保健セクター開発計画、国家エイズ戦略の目標等>

VCT サービスについては、今後 PMTCT とセットで普及していくことが主軸とされており、以下の目標が掲げている。

表 2-1 MAP、保健セクター開発計画、国家エイズ戦略における VCT 及び PMTCT による検査目標数

	ベースライン	2007	2008	2009	2010	2011	2012
HIV 陽性率	0.95% (2005)					< 1% (PDSS)	< 1% (一般人口) < 0.8% (妊婦陽性率)
HIV 検査数	5,167 (04) 12,132 (05) 112,248 (06)	400,000	440,000	500,000	580,000		4,207,000 (15~49 歳・累計)
VCT センター数	公的 25 民間 46 結核センター 15 (軍施設等は含まず) (07.1)			県都(22) 郡都(111) に独立型センター設置		66 (PDSS)	
PMTCT での HIV 検査数	58,905 (06)						1,300,000
PMTCT サイト数	193 (06)	579 or 730 (確認中)				全 CSB (PDSS)	2,000CSB

※現時点では、公的 VCT センターは 25 カ所、民間 VCT センターは 46 カ所、合計 71 カ所 (CNLS; 2007 年 1 月)

2-2 エイズ対策関連機関

(1) 調査団所感

- 1) 中央レベル：pgSIDA のリーダーシップの弱さ
 - ①pgSIDA の職員：担当業務の専門性なし（M&E、ロジスティクス）
 - ②現時点では執務環境は整っておらず、改善状況を確認する必要あり。
 - ・オフィスの分散（要視察・確認-JICA マダガスカル事務所へ依頼済み）
 - ・コンピューター、コピー機
 - ③活動予算不足
 - ④民間・NGO での VCT 支援は、CNLS が予算管理、データ管理（保健省の仕組みでは一般医療については公的機関も民間・NGO も関係なく報告の義務あり）
- 2) 中央・地方での、保健省系統と SE/CNLS 系統とのコミュニケーション不足→役割分担・情報・データ管理・ロジスティクス等各分野での混乱が存在
- 3) 中央と県との協働体制作り（保健省系統、SE/CNLS 系統ともに）
- 4) SE/CNLS 内部も縦割りで情報共有できていない

(2) 概要

1) 中央レベル

マ国では、CNLS が 2002 年に設立され、大統領直轄下で各省庁を横断的に調整する組織として SE/CNLS が機能している。財務管理部門と技術部門に分かれている。

保健医療サービスに関わるエイズ対策事業は、保健省が担うこととなっており、緊急感染症局の STI/HIV/AIDS 対策プログラム（以下、「pgSIDA」と記す）が中心的役割を果たしている。SE/CNLS と pgSIDA は連携して HIV/AIDS 対策事業を行っていくことになっているが、現時点では pgSIDA の人材・予算不足、VCT サービスは NGO・民間で行われているケースが多いこと、そして SE/CNLS が管理しており、SE/CNLS には NGO 関連予算を含め資金を管理しており人材もあることから、本来 pgSIDA が担う役割である VCT センターの設置、モニタリング、各種データ取りまとめについて、SE/CNLS が pgSIDA を引っ張って実施している状況にある。2 機関の関係は徐々に改善されてきており、プログラム長レベル、ロジスティクス担当者、M&E 担当者は日常的な関わりを持っている。

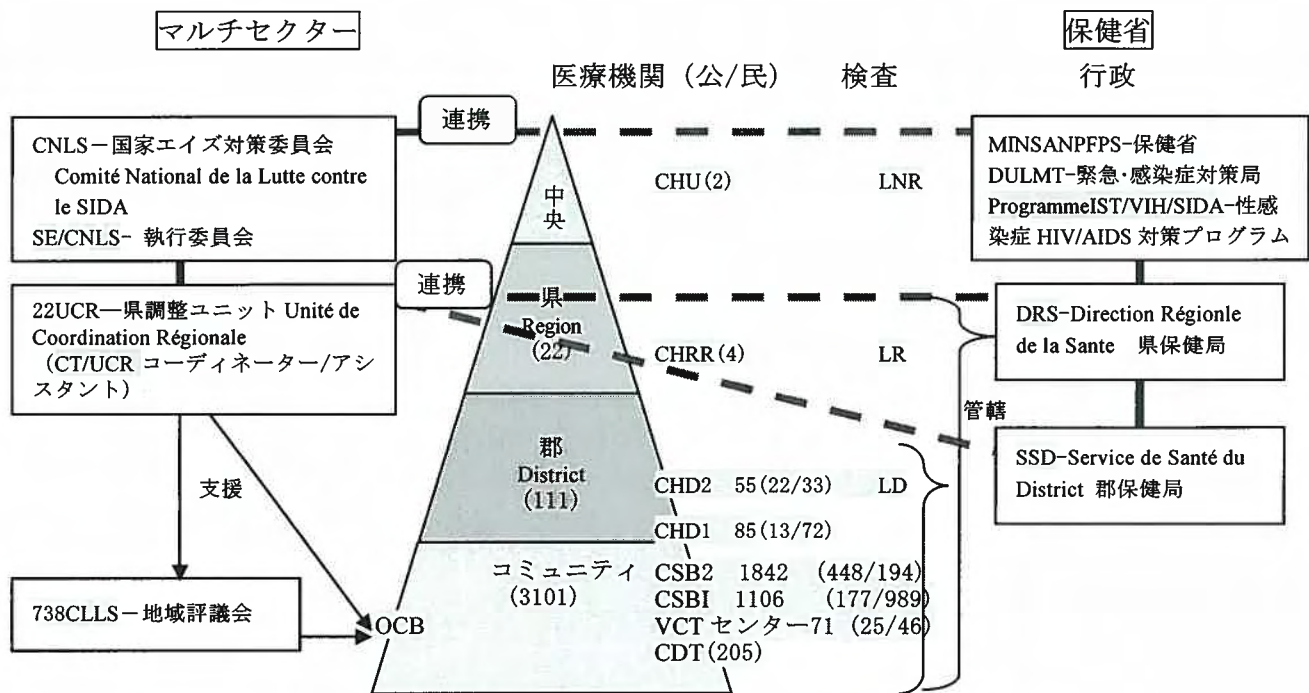
2) 地方レベル

国家エイズ対策委員会の下部にあたる機関として、以前は州レベルで CPLS（州エイズ対策委員会）があったが、2005 年の行政単位の変更により CPLS は解体され、22 の県に SE/CNLS 直轄の UCR（県調整ユニット）が設置された。各 UCR には SE/CNLS が公募で CT/UCR（技術コーディネーター）を配置しており、SE/CNLS の県代表、県・郡関係者との調整役、かつコミュニティレベルの活動支援役として順次配置されつつある。今後地方分権化が政令として発効すれば、県レベルに CRLS が設置される見込みである。県が、計画、意思決定、モニタリング等を担い、郡は実施（implementation）を遂行する役割を負っているが、郡レベルにはマルチセクターのとりまとめを行う部署・担当者はいない。コミュニティレベルでは、コミュニティの発意により CLLS が設置されつつあるが、まだ地域によって設置状況にばらつきがある。

保健省系統で県に DRS（県保健局）、郡に SSD（郡保健局）が設置されている。それぞ

れ HIV/エイズ担当者を置き、下部組織の技術支援・スーパービジョン・コーディネーション、各レベルでの活動計画策定を行っているが、DRS は行政単位の変更によりできたもので、元州保健局の場合と元郡保健局の場合がある。元州保健局 DRS や都市部 SSD は人員数もある程度あり専任のスタッフが配置されていたが、郡から格上げになった DRS、SSD は人員不足で他のプログラムを兼任で担当している状況にある。地方によってかなりその能力や機能に偏りがある。タナでは VCT と PMTCT を別に担当者を置くなど積極的に HIV/エイズ事業に参画しているが、タマタブなどは、担当者が他事業と兼任であり、HIV/エイズ事業に関しては、情報提供があるという形では関わっていない。

調査実施段階において、Action Plan で規定されたエイズ対策の実施体制（特に県レベルでの）は地方ではまだ確立していなかった。県・郡・コミューンのそれぞれの責任範囲がどう規定されるかによって、プロジェクトで行う活動の実施体制は大きく影響される。保健省によると、現在地方分権化に関するプランを本省レベルで策定中であり、県、郡、各医療機関が責任を持つ予算を徐々に増やしつつ、ただし CSB（基礎保健センター）I は医師を配置し CSB II に格上げしていくことを考えているとのことであった。また各県ごとに Action Plan を 2007 年 8 月を目処に策定する予定であるとのことであった。エイズ対策事業もその中に含まれることとなる。この作業に先駆け、各県は県内のワークショップを通じ、HIV/AIDS 対策の優先領域を設定済みであるという。



LNR : 国家 HIV/AIDS リファレンスラボ CDT : 結核検査センター
 LR : 県検査室 OCB: Organisation Communautaire de Base 地域団体
 LD : 郡検査室 PMTCT: 母子感染予防
 (医療施設数は保健省 2005 年統計より、VCT センター数は 2007 年 1 月 CNLS HP データより)

図 2-3 行政レベル別 HIV/エイズ対策組織図 (現在)

表 2 - 2 CNLS の役割

行政単位	組織名	執行機関／執行者	役 割
中央	CNLS	SE/CNLS 大統領府直屬	HIV/エイズ対策事業のマルチセクターでの調整、啓発事業
県	UCR	CT/UCR・アシスタント 2 名 CNLS 直轄	県 HIV/エイズ関連活動推進・支援 県内のマルチセクターでの事業の調整、啓発
コミュニティ	CLLS	Comité Local de la Lutte contre le SIDA 代表：市長 メンバー約 25 名	OCB の HIV/AIDS 対策事業推進 啓発

表 2 - 3 保健省の役割

行政単位	組織名	役 割
中央	DULMT pgSIDA	①保健政策戦略計画 ②基準、SOP の策定 ③国家レベルでの活動の調整、リソースの運用 ④品質管理 ⑤モニタリング評価
県	DRS	①県戦略計画策定 ②SSD 活動計画の調整、モニタリング・スーパービジョン ③SSD への技術支援 ④人材・物品の効果的活用と能力強化
郡	SSD	①郡保健活動計画策定 ②地域を巻き込んだ予防、治療サービスの品質管理（郡病院・公私 CSB のモニタリング・スーパービジョン）
コミュニティ	CSB CDT、VCT センター	VCT/PMTCT サービスの提供、他保健サービスの提供（施設により相違）

(PSN2007-2012 より編集)

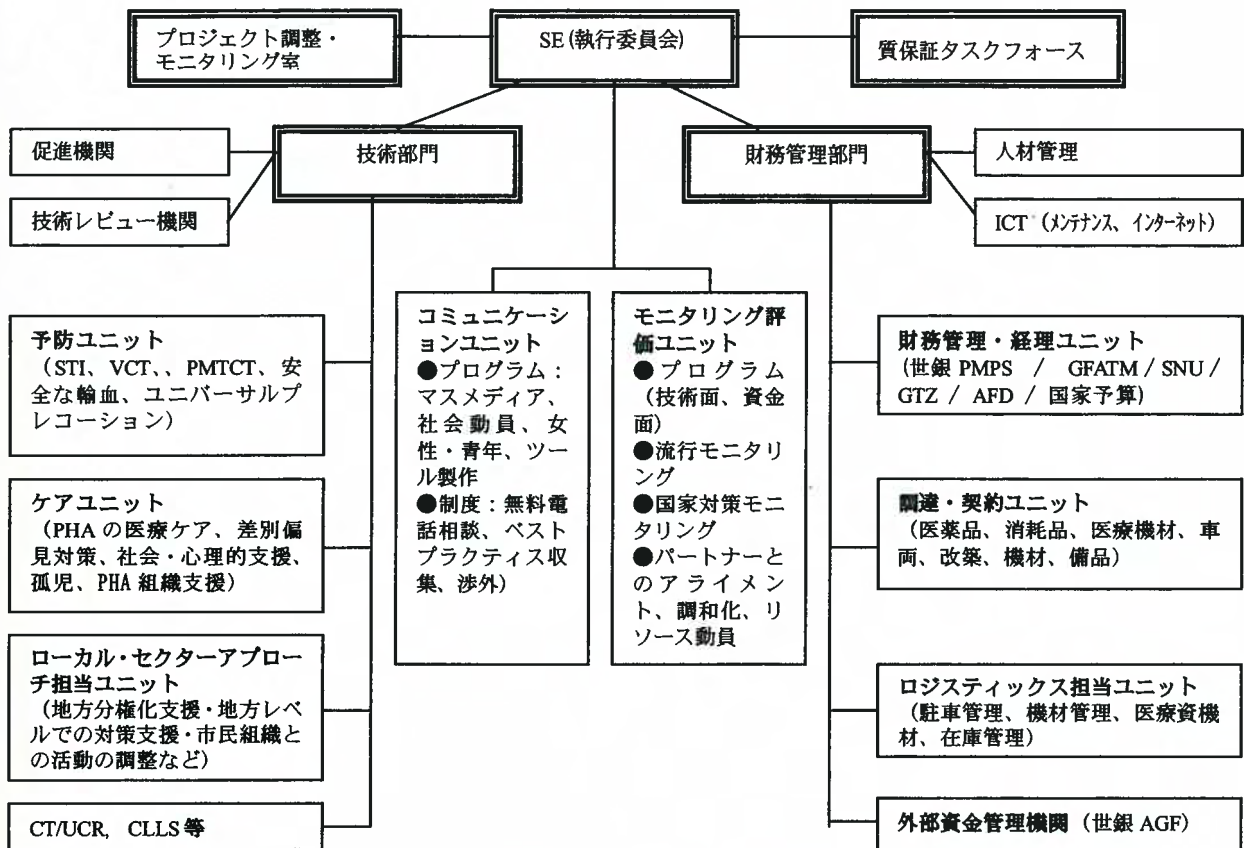


図 2 - 4 CNLS 組織図

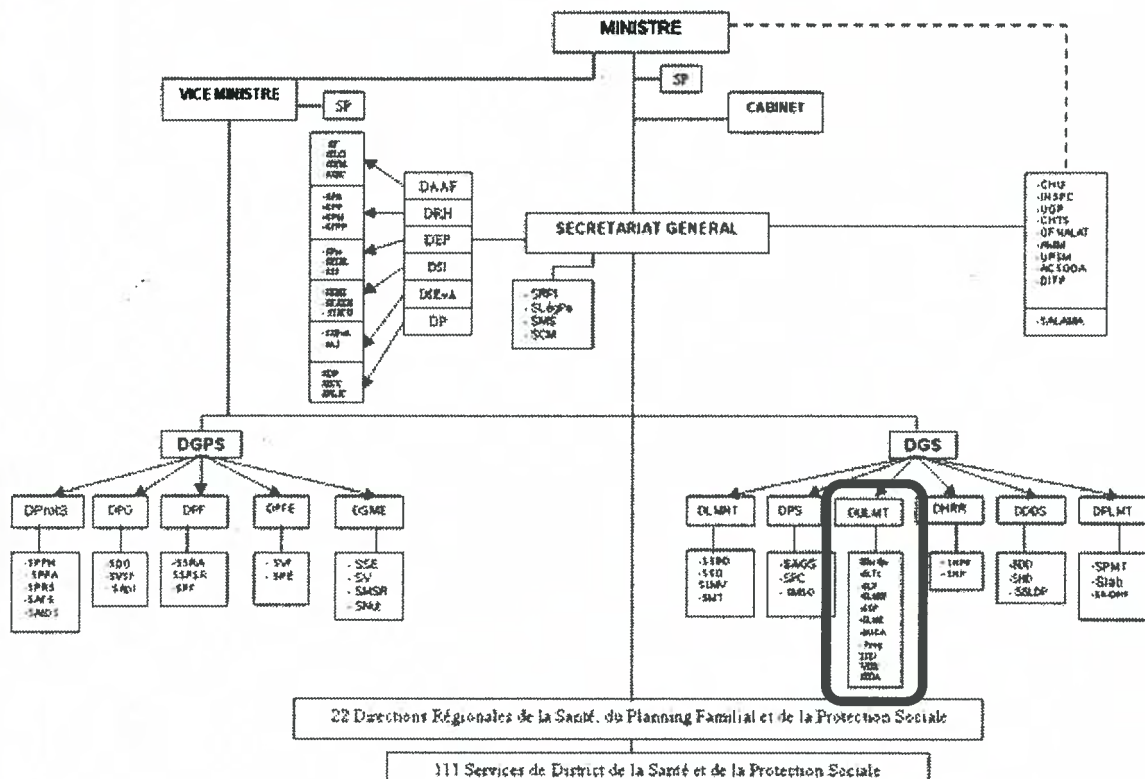


図 2 - 5 保健省組織図

3) 保健省 STI/HIV/AIDS 対策プログラム (Programme Lutte contre IST/VIH/SIDA) 実施体制

a) 組織・人員配置

以下の4サブプログラムに分かれており、VCT/PMTCT はさらに4ユニットに分かれている。スタッフ 36 名(うち専門職スタッフ約 25 名)。VCT/PMTCT サブプログラムには7名いる。

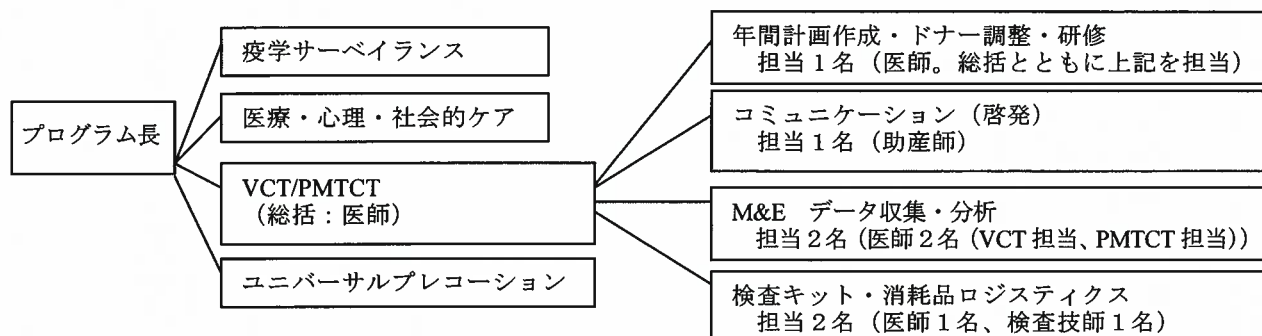


図 2-6 組織・人員配置図

b) 予算

PDSS に必要予算として記載されている予算は以下のとおり (US\$)。

表 2-4 マ国における保健及びエイズ対策関連予算計画

	2007	2008	2009	2010	2011
保健省全体	205, 092, 945	299, 324, 729	270, 743, 911	237, 177, 562	209, 916, 466
pgSIDA	20, 894, 594 (10.2%)	21, 856, 701 (7.3%)	18, 839, 300 (7.0%)	14, 910, 993 (6.3%)	12, 884, 381 (6.1%)

VCT/PMTCT 向けの予算は、pgSIDA から入手した 2007 年間活動計画書 (Plan du Travail Annuel : PTA) によると世界基金、UNICEF が主で、その他 WHO、AFD、政府予算が財源となっている(4,079,000,000 億アリアリ=2.63 億円²)。これまでは政府財源はなく、活動計画書を作成しドナーに支援を仰いで活動を行っていたが、2007 年度から政府予算も若干つくこととなった。pgSIDA に直接入る予算については明記がないため再調査が必要であるが、世銀 PMPS の計画書作成、予算管理なども担当することで、現場に予算を分配する一方で、会議参加、スーパービジョン実施等のための出張を計画できるようになっている。

c) オフィス環境

- ・プログラムは現在 4 カ所に分散しており、VCT/PMTCT サブプログラムは 2 カ所に分かれている。
- ・アナラケリーの緊急感染症対策局の建物の中にプログラム長及び VCT/PMTCT サブプログラムのオフィスの一部があり、ロジスティクス担当者と VCT の M&E 担当者の 3

² 1 円=15.5 アリアリで試算。

名は、CNLS の外部倉庫にオフィスを持っている。

- ・緊急感染症対策局は廊下続きの2棟からなっており、1棟を改築中である。ラボ (LNR)、資料室、食堂、他の感染症課執務室となる予定である。改築をしていない棟に pgSIDA メインオフィスがあるが、同じ建物の中に空き室があり、同室が pgSIDA のオフィスとなる予定である。それによって、現在分散している機能集約が可能とのことであった。5月中旬から改築開始予定である。

d) プログラム内連絡体制

- ・プログラム全体では基本的に週1回の会議を行うようにしているが、実際は月1回程度である。電話での連絡等は頻繁に行っている。
- ・コンピューターのウイルス感染が非常に多い。コピー機へのアクセスがないことも多々あり (2007年度 UNICEF 予算でコンピューター購入予定)

2-3 VCT システムの現状

(1) 調査団所感

- 1) VCT サービスの本来の目的 (予防行動促進) の確保とサービスの質の担保が大きな課題
現状は、HIV 検査数増加が目的となっている。実際に検査数もここ数年で数十倍と急増している。本調査では、プライバシーや守秘義務が十分に確保されていないこと、検査前・検査後カウンセリングにかける時間がかなり短いなど、VCT の基本理念が遵守されていないケースが多いことが判明した。特に移動式 VCT では、検査後カウンセリングで単に結果を渡すだけで終始している例や、啓発活動への参加者への報酬支払いの例も見られ、予防の促進という VCT 本来の目的を確保し、かつ質を担保することが大きな課題である。

- 2) STI、PMTCT 等との一般保健医療サービスへの統合による問題への対応

VCT サービスの保健医療サービスとの統合が進められている。しかし、STI 検査と同時に HIV 検査を行う場合、STI 検査結果と同時に伝えるため、結果を伝えるまで1週間程度かかっている、迅速 HIV 検査キットを使用しているにもかかわらず即日検査が実施できていない、などの問題も生じている。さらには、ANC を受診した全妊婦の HIV 検査を目標としているため、十分な説明なしに、半ば強制に近い形で HIV 検査が妊婦に対して実施されている。加えて、パートナーへの HIV 検査勧奨は徹底されていない。現場の医療従事者が HIV 検査の意味を理解していないことも大きな原因である。また、HIV 感染率の低い状況において、陽性の告知をした経験がないカウンセラーが多いことなど、VCT サービス提供者の養成・継続教育には感染率の低い国ならではの対策が特に望まれる。

- 3) サービス提供のための基盤整備の必要性

VCT サービスに係る現状把握が十分に行われておらず、データ収集方法、ガイドライン等が徹底されていない。さらに、「VCT」、「VCT センター」、「PMTCT」等の意味・定義も関係者間でとらえ方が異なっており、それに付随して、VCT センターの認証・登録に関する関係者間の理解の仕方の相違、データベース整備に際する混乱、などの問題も散見された。種々の課題への対応の以前に関係者間での認識の統一を図る必要がある。

(2) 概要

1) VCT プログラムの基準文書

VCT プログラムに関連するガイドライン、プロトコール、規範等の文書は以下のとおり。

性感染症ケアガイド	La Prise en Charge des Infections Sexuellement Transmissibles à Madagascar Guide révisé 2002
HIV 母子感染予防ガイド	Guide de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant 2003
国家 VCT 規範ガイドライン	Document de Normes et Directives Nationales du CTV du VIH à Madagascar 2004
HIV 検査 SOP (標準作業手順書) 指示書	Directive des Procédures d'Opération Standard 2004
VCT 国家政策	Politique nationale sur les conseils et test volontaire de l'infection à VIH à Madagascar 2005
HIV 母子感染予防国家政策	Politique Nationale sur la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH à Madagascar 2005
HIV 母子感染予防に関する規範 (策定中)	Norms et Procédures en PTME
HIV 検査精度管理ガイドライン (策定中)	Les éléments indispensables d'un programme global d'assurance et de contrôle de la qualité
HIV 検査新アルゴリズム (承認中)	Nouvel Algorithme de Dépistage du VIH/SIDA à Madagascar (Selon la Commission Biologique)

2) VCT サービスの現状

VCT サービスの提供は、①独立型 VCT センター、②統合型 VCT・母子感染予防 (VCT-PMTCT) と結核検査センター (Centre de Dépistage de la Tuberculose : CDT)、③移動式 VCT サービス、の3つの形態において行われている。

a) 独立型 VCT センター

国家目標として、2009年までに22県の県庁所在地と111郡の郡役所所在地にVCTセンターを設置することが掲げられている。

現在、公的VCTセンターは26センター存在し、21県の県庁所在地に設置されている。民間VCTセンターは2007年1月現在で46センターとなっているが、同年2月には80センター以上が確認されている。ただし、正式に中央に上ってきた情報ではなく、民間VCTセンター数については確実に把握されていない。更には、VCTサービスを提供している民間企業、軍事施設などについては不明な点が多いという。

公的VCTセンターとしても、人材の給与がCNLSにより支払われている場合と保健省の管轄下で政府から給与が支払われている場合がある。CNLSが給与を支払っているVCTセンターにおけるサービス提供者の要件等は表2-5のとおり。カウンセラーの要件に係る国家の統一基準は存在しない。

表 2-5 独立型 VCT センターの概要

サービス提供者	<p>人材：コーディネーター、カウンセラー、検査技師、秘書</p> <p>①コーディネーター要件：公衆衛生の学位、研修受講*</p> <p>②カウンセラー要件：ソーシャルワーカー等の学位・実務経験、研修受講*</p> <p>③検査技師要件：検査技師の資格、研修受講*</p> <p>*カウンセリング・採血・ユニバーサルプレコーション研修</p>
施設要件	<p>他サービスから独立した部屋、人材 4 名の配置、HIV 検査キット・消耗品・レジスター帳、報告書の提出</p>

(VCT センター聞き取りによる)

b) VCT-PMTCT (統合型)

2003 年に導入された。その際、HIV 感染者の分布に基づき 6 州 5 県が選定されたが、その後、全 ANC (妊婦検診) に対する PMTCT の導入が推進されている。

サイト数については、実際に何カ所存在するのか明確に把握されておらず、579 カ所と 730 カ所とデータに齟齬がある (確認中)。

表 2-6 VCT-PMTCT の概要

サービス提供者	<p>人材：カウンセラー、検査技師または検査担当者</p> <p>要件：カウンセリング・採血・ユニバーサルプレコーション・授乳栄養研修の受講</p>
施設要件	<p>母子保健サービスを行っている医療機関 (現時点では医師のいる CSB II 優先)、最低でも医療従事者が 2 名の配置、HIV 検査キット・消耗品・レジスター帳、報告書の提出</p>

(聞き取りによる)

c) 移動式 VCT

HIV 検査を拡大するための戦略の 1 つとして言及されており、現在の報告制度から正式な数は把握できないが、実際に HIV 検査の大半 (7 割程度) が移動式 VCT において実施されている。

基本的な実施形態としては、OCBs と NGO が合同で準備を進め、開催地の市役所、SSD (郡保健局)、CSB (基礎保健センター) と連携して、HIV 検査自体は SSD、CSB が実施するという形態である。予算の都合上、保健省が独自で移動式 VCT を実施することは稀である。

移動式に関しては、特に質の管理が問題であり、検査前・後カウンセリングの質、結果を聞きに来ないクライアントの数 (20%以上の例あり)、プライバシーの保護など問題は山積している。また、啓発活動に参加した人に報酬 (例えば 400 アリアリ) が払われる場合があり、結果、同じ人が何度も啓発活動に参加し、HIV 検査を受けに来ることもある。

また、医師のいる NGO では保健省と関わらずに独自に HIV 検査を行っている場合があり、レポートの提出がない場合は、その数がデータに反映されていないことが推測される。

表 2-7 移動式 VCT の概要

サービス提供者	人材：カウンセラー、検査技師、啓発担当者、運転手 カウンセラー、検査技師の要件：カウンセリング・採血・ユニバーサルプレコ-ーション研修受講
実施要件	プライバシーの保たれる空間、HIV 検査キット・消耗品・レジスター用紙、報告書の提出

表 2-8 移動式 VCT の活動例

<p>一連の活動として、SSD・市の協力を得て、町のコミュニティセンターなどで実施</p> <p>①会場設置：VCT 用天幕・スクリーン・プロジェクター・スピーカー・ステレオ等啓発用機材</p> <p>②コミュニティへの呼びかけ（家庭訪問・町中・市場等でのグループセッション等、啓発担当者が一日中実施）</p> <p>③会場でのビデオ上映—啓発担当者による啓発—PLWHA による声明—質疑応答（1 日数回）</p> <p>④VCT（常設）</p> <p>②③④は並行して実施</p> <p>1 日で終わりの場合もあるが、1 つの町を拠点に 3～4 カ所を約 1 週間かけて巡回するというようなスタイルもある。体験を語る人として FIFAFI（PLWHA 支援 NGO）が含まれることが多い。</p>
--

また、上記 3 種の形態は、提供する場所により大きく 2 つに分類することができる。

表 2-9 VCT の分類

1. 施設型 VCT (VCT fix)	1-1. VCT センター 1-2. VCT-PMTCT 1-3. 結核検査センター (CDT)
2. 移動式 VCT (VCT mobile)	2-1. 上記 1-1、1-2 のアウトリーチ活動 2-2. NGOs, OCBs 2-3. ESM (移動保健チーム・全 DRS に設置)

①VCT サービス提供登録施設数の推移

CNLS 担当者から入手した資料から VCT サービスを提供する施設数の推移は表 2-10 のとおりである。しかし、登録の基準等が徹底されておらず、把握されていない施設も多く存在する。また、情報も複数あるなど錯綜している。

表 2-10 VCT サービス提供登録施設数の推移

VCT 種別	2003	2004	2005	2006	合計
公的	3	2	6	15	26
民間	nd	16	19	11	46
PMTCT*	10	54	225	313	602
結核センター	0	0	0	13	13
合計	13	72	250	352	687

(PMTCTのサイト数については確認中)

②HIV 検査数の推移

プログラムごとの HIV 検査数の推移は表 2-11 のとおりである。2004 年度と 2006 年度の HIV 検査数を比較すると、VCT プログラムでは約 22 倍、PMTCT プログラムでは約 11 倍と急増している。

表 2-11 HIV 検査数の推移

	2003	2004	2005	2006	合計
VCT プログラム	nd	5,167	12,132	112,248	129,547
PMTCT プログラム	nd	5,195	6,942	58,905	71,042
合計	nd	10,362	19,074	171,153	200,589

3) 研 修

a) 調査団所感

- ・ INSPC 研修については、高額な研修費、研修内容、研修実施方法について、改善点が多々認められる。しかし、対応の方法については pgSIDA、CNLS、他ドナーとの関係もあり、検討が必要である。
- ・ 研修員選定方法の改善が必要である。本当に研修が必要な人材に研修の機会が与えられていない、同じ人が何度も同じような研修を受けているなどの事態が生じている。対策として、人材データベースを整備し、その情報に基づいて研修を進めていくことが一案である。
- ・ 現場のニーズを反映する必要性。現場では、STI ケア、カウンセリング（特に結果告知）、HIV 検査技術についての内容を充実させてほしいという要望が聞かれた。しかし、INSPC の研修は資金がドナーから付き、要望があったときに行うという、ドナーの資金に左右されている状態であり、内容だけでなく回数や時期についても現場のニーズに基づいたものとなっていない。
- ・ 再研修の必要性がある。一度研修を受けたきりでリフレッシュ研修もないため、研修の効果が持続しない、最近の動向についていけない、ロジシステム・アルゴリズム・レポート様式の変更等のアップデート不徹底などの問題が生じている。
- ・ 現状はカスケード方式である。調査では、研修を受けた前任者等から研修を受けたとい

う人が多く見られた。しかし、実際には業務の引継ぎ程度のことであり研修を受けたというには程遠く、教材自体のコピーさえも持っていない例が存在した。専門の研修講師が十分に育成されていないこと、研修計画が戦略的に立てられていないことにより、このような事態が生じている。研修講師の養成と全国レベルでの研修計画の策定が必要であり、この分野の協力については本年度の活動計画（PTA）との調整が必要である。

b) 概要

①研修コース

現在、マ国における HIV/エイズ関連研修は、ほぼすべて保健省管轄の国立公衆衛生院 (INSPC) で実施され、2003～2006 年の間に約 4,300 名の研修が実施されている。INSPC で行われている VCT 関連研修コースは以下のとおり。

表 2-12 INSPC で実施している VCT 関連研修コース

コース	期間	対象 (1回当たり人数)	内容 (共通部分のみ記載)	実績 (2006)
VCT	13 日間	カウンセラー、医師、 パラメディカル、検査 技師 (15-20 名)	<ul style="list-style-type: none"> ・マ国 HIV/エイズ対策 ・世界・マ国の HIV/エイズ事情 ・日和見感染 ・ユニバーサルプレコーション 	75
PMTCT	12 日間	医師、パラメディカル (15-20 名)	<ul style="list-style-type: none"> ・予防啓発 (ABCD アプローチ) ・VCT (固定・移動) 	524
移動式 VCT	12 日間	15-20 名	<ul style="list-style-type: none"> ・カウンセリング ・管理ツール ・ラボ研修 ・モニタリング評価、等 <p>*コーディネーター研修・検査管理研修が別途それぞれの対象者にコース後数日間行われる。</p>	18* DRS 付きの 移動保健チ ーム (EMS) に実施
ピアエデュケーター	6 日間	ターゲットグループ の代表: 就学・未就学 の若者、セックスワー カー等 (15-20 名)	予防啓発/カウンセリング	445

(INSPC 報告書より)

以上のほかにも、HIV/エイズ関連研修として、基本診療 (対象: 医師)・コーディネーター (mediateur) 研修が実施されている。

INSPC が研修を実施する頻度は、INSPC では 3 カ月に 1 回程度で、地方に出張して実施するのが月に 1、2 回とのことである。地方で行われる場合は CT/UCR が研修のアレンジを担当する。

(補足)

- ・PMTCT 研修：2005 年から 2006 年にかけて GF の支援により、各 SSD から CSBII を 3 から 5 カ所 (579 カ所) 選定し、各サイトから 2 名ずつ、1,158 名に PMTCT 研修を行った。しかし、研修を受けた人材が他個所へ転勤させられるなど、人材と VCT - PMTCT サイトの不適合が見られ、研修を受けた貴重な人材が活用されていない問題がある。
- ・移動式 VCT 研修：第 1 回目が 2006 年 12 月に DRS 管轄の ESM (移動保健チーム) (9 EMS 各 2 名で 18 名) を対象に行われた。しかし、移動式 VCT に係る予算がないため、実際の活動は行われていない。

②研修教材・内容

INSPC が独自で作成している。作成にあたり、外部のリソースとして、WHO、UNICEF、PSI、pgSIDA、インターネットを利用する。後は、INSPC 担当者の経験に基づくという。

③講 師

研修講師は、INSPC 職員、INSPC 研修受講を受けた DRS 及び SSD の人材、SE/CNLS スタッフ、pgSIDA のスタッフ等である。現在問題となっているのは、INSPC の講師が現場を知らないということである。INSPC では研修員の再研修もなく、また研修後のフォローアップも実施されていないため、現状が講義に反映されていない。

④研修費用

1 研修当たり 2～5 千万アリアリ (約 129～323 万円) である。研修員の日当、講師の日当等の諸々の経費が全て含まれている (一定額前払い、3 カ月後調整)。講師の日当は 1 日 1 万円以上であり、そこに諸々の手当がつくとさらに増額される。

⑤研修員選定

DRS に人選を任せているため、DRS スタッフが研修を受ける機会が多くなっている。受講者側の問題として、同様の研修の重複、研修内容と受講者の不適合があげられる。

⑥研修講師養成

現在、UNICEF の資金援助により、pgSIDA においてカウンセリングの研修講師用研修 (FDF : formation de formateur) 教材を統一させる事業が進んでいる (2007 年 5 月ドラフト完成予定)。カウンセリングに関して現存する教材には、pgSIDA 作成の教材 (UNFPA 支援)、UNICEF、WHO の教材があり、この統一作業に関しては、INSPC を含む全関連機関がテクニカル・コミッティーに参画することになっている。また、pgSIDA・VCT/PMTCT プログラムの本年度年間活動計画 (PTA) には、VCT 研修講師用研修モジュール及びカリキュラムの作成・承認、中央と県レベルにおいて VCT 研修講師のチームを作る (中央 20 名と県レベル 88 名)、という活動が予定されている (GF・UNICEF・他ドナー支援)。

⑦民間 VCT センターへの研修

民間が VCT センターを開設するための要件として、人材の研修を INSPC で受講することになっている。実際に INSPC で研修を受講した PSI によると、研修の質が良くないにもかかわらず、研修費が高い (13 日間で 1 人当たり 1,040US\$) という。研修内容だけでなく、スケジュールを研修員に知らせないなど、マネジメントに対しても

相当な不満があり、INSPCに改善を求めたところ、少しずつは改善されているという。しかし、いまだに改善の余地は多く、義務でなければ通常 PSI が委託している ITEM という民間の研修機関で研修を行いたいとのこと。

4) HIV 検査ネットワーク (HIV 抗体検査精度管理)

a) 調査団所感

- ・精度管理は基本文書が整備されておらず経験則だが、限られた予算のできる範囲で実施している。
- ・LNR の人員不足、予算不足→精度管理実施数が少ない、結果の返却が非常に遅い。
- ・現場の検査の質の懸念がある。独立型 VCT センターの検査技師は INSPC でのチーム研修あるいは前任検査技師からのカスケード研修（ブリーフィング）を受講しているが、PMTCT/VCT のサイトでは、検査技師向けの研修がないため、PMTCT 研修を受けた医師あるいはパラメディカルから口伝えで検査技師にブリーフィングをしている程度。現場では HIV 検査のアルゴリズムさえ遵守されていない状況にある。今後の PMTCT/VCT の拡大にあたり、精度管理以前に、検査手順をガイドラインや job aid、ポスター等で普及したり、研修を改善したりすることで、現場で基準にあった検査実施を徹底することが優先度が高いと思われる。
- ・施設移転後の LNR、県検査室の活用が実際にどうなっていくかについては不確定要素が大きい。
- ・小規模ながら米国 CDC が LNR 支援をしているので、支援をする際には、方針、範囲について調整が必要である。

b) 概要

① HIV 検査アルゴリズム (手順)

マ国 Commission Biologique により採用予定の HIV 検査のアルゴリズムは、WHO/UNAIDS のストラテジー III (感染率 10%以下) に従っている。具体的には、冷蔵保管の可否により以下のとおりとなっている。

基本的に、検査キット 1 を使って検査を行った結果、陰性であれば陰性確定、陽性であれば検査 2 を行い、その結果が陽性であれば HIV 陽性が確定する。検査 2 の結果が陰性であれば、検査 3 で最終確定する。

上記アルゴリズムはまだ公式承認されていないが、すでに Retrocheck の納品は開始されている。現在、検査 2 として Unigold を使用している VCT センターがほとんどであるが、Unigold の在庫がつき次第 Retrocheck に移行するとのことである (pgSIDA)。

表 2-13 HIV 検査アルゴリズム

	HIV テストキット銘柄		検体採取法
検査 1	Determine または		フィンガープリッキングまたは静脈採血
	OraQuick		口腔内液
検査 2	Retrocheck		フィンガープリッキングまたは静脈採血
検査 3 (確認検査)	冷蔵保管が不可 可能な場合	Unigold	フィンガープリッキングまたは静脈採血
	冷蔵保管が可能 な場合	GenieII または Immunocomb II Biospot	フィンガープリッキングまたは静脈採血

* GenieII と Immunocomb II Biospot は要冷蔵 (4~8℃)

“Nouvel Algorithme de Dépistage du VIH/SIDA à Madagascar (Selon la Commission Biologique)”

②検査ネットワークの枠組み

i) 概要

- HIV 検査精度管理に関する基本文書はまだない。
- VCT センターや CSB は検査 1 のみ、あるいは検査 1 と 2 を行っており、検査 3 はほとんどをアンタナナリボの LNR (Laboratoire National de Référence) に、一部をマジュンガ大学病院等のリファール病院に依頼している。
- 精度管理についても、基本的に地方の検査室で精度管理機能のあるところがほとんどないため、LNR がほぼすべてを実施している。
- LNR は現場の検査実施者が検査技師でないことに懸念を示している。検査実施体制の強化に向け、LNR を施設移転し (2007 年 6 月頃)、また、HIV 検査実施医療施設の増加に対応できるよう LNR の下部機関として県検査室の強化を 2007 年から図る予定である。

ii) LNR の業務概要

ii) - 1 組織

保健省管轄下の HIV/エイズのみに関する検査のトップリファールラボである。もともとは Pasteur Institute に含まれていたが、HIV/エイズ関連検査を強化するために分離され、現在はタナの大学病院の中に所在している。スタッフ 5 名 (medical biologist 2 名、技術者 2 名、疫学担当 1 名)。

ii) - 2 業務内容

- 抗体検査の精度管理 (無料)、CD4 カウント (無料)、生化学検査は有料 (患者負担、2007 年 6 月から CNLS が負担予定)。PCR とウイルス量測定は実施不可能
- 県検査室や VCT センターのスーパービジョン (ドナーから予算がつけば年 1 回程度)
- 疫学サーベイランス
- 学生の教育、研修講師の請負等

ii) - 3 予算

保健省からの活動予算はないが (人件費のみ支給)、機材購入等に承認が必要である。ドナーのプロジェクト予算からの資金を受けて活動を実施している。

- ・ CDC : 3～4回/年でコンサルタント1名が LNR への技術支援を実施。基本文書作成支援 (2002年～)
 - ・ GFATM : 検査機材、検査キット等の供与。LNR 移転のための施設改築 (アナラケリー)
 - ・ AFD : 検査機材の供与 (未定)
 - ・ USAID : 疫学サーベイランスの実施
- 引き続き保健省管轄下であることは変わらないが、2007年6月から独立採算でやっていくことになる (保健省の承認がなくても予算を取ってくれば機材を購入できるようになる)。

iii) 精度管理の流れ

iii) - 1 精度管理対象施設の選定

- ・ HIV 検査を行っている医療施設は全国で約 500カ所である (LNR 情報)。LNR が月ごとにどの VCT センター、PMTCT サイトを対象とするかを決定し、対象センターに通知する (LNR の検査キャパシティ : LNR は迅速検査キットを直接3カ月に1度保健省に申請するが、VCT センターへの供給が優先されるため、十分な数はない)。
- ・ 目標は各センターを1年に2回対象とすることだが、現状としては1年に1回程度である。

iii) - 2 血清を県検査室あるいは郡保健局を通じて LNR に送付

- ・ 各医療施設 (VCT センター、CSB 等) →①県検査室の医師 or →LNR
②郡保健局 (SSD) の医師
- 陰性の場合 : 無作為に抽出した検体の血清 (10 検体につき 1 検体が国家基準しかし、視察先では検体の採取頻度は 1/5 検体～1/20 検体とばらつき大)
- 陽性の場合 : すべての検体の血清 (確認検査)
- ・ LNR が医療施設に送付を指示する検体数はその時々により異なる (6カ月～10カ月等)
- ・ 保冷機能付クーラーボックスに検体を入れ医師がタナを訪問する際にフォームとともに運ぶ。

iii) - 3 LNR による精度管理の検査

- ・ WHO のプロトコールに従い、迅速検査 3 種と Elisa で実施している。
- ・ HIV (-) の場合 1 日、(+) の場合 1 週間で結果が出る。

iii) - 4 医療施設への結果の返送

- ・ LNR に郵送費があれば医師宛に郵送するが、現在は困難。返送に 9 カ月かかったこともある。直接取りに来る場合、あるいは県保健局の代理として FIFAFI (感染者ケア支援 NGO) が調整して取りに来る場合がある。
- ・ 視察 VCT センターや CSB では結果のフィードバックはないとのコメントが多かった。

iii) - 5 情報管理

- ・ LNR にて現在 CNLS の支援を受けながらデータをデータベース化している最中

iv) LNR の外部精度管理 : 南アの WHO/AFRO 指定の検査室で実施している。

③LNR による確認検査・精度管理実績 (2006 年)

- ・抗体検査精度管理：HIV(+) 100/月、HIV(-) 200/月
(年間 3,600 程度の検査数。VCT25,200 件分に相当。2006 年の検査数は 10 万件を超えているので、1/4~1/5 をカバーしている計算となる)
- ・CD4 カウント：2005 年末以来累計 320 程度

④LNR からの支援要請

VCT の精度管理の観点で必要と説明された支援は以下のとおり。

PC、プリンター (複数)、コピー機、インク、A4 用紙、中・大型封筒、スーパービジョン・検体運搬用車両、電話代、郵送代、インターネット代、冷蔵庫・バックアップ蓄電機、アイスボックス、プラスチック製チューブ台 (LNR、CHU、CHRR、県検査室、VCT センター用)

5) ロジスティクスシステム

a) 調査団所感

- ・検査キットの期限切れ：検査キット 2、3
- ・新ロジスティクスシステムの定着度：pgSIDA、DRS の新責務
- ・発注・申請・受け取り確認書の統一・管理の徹底：書式の混乱・要見直し
- ・DRS、SSD レベルでのロジ担当なし：人材不足の状況での対応検討
- ・必要量算定の混乱：モバイル VCT 活動に伴う不定期・不特定数の検査キットの必要性
- ・pgSIDA ロジ担当に専門性なし
- ・サイトの把握状況：規定が不明瞭、サービス提供の開始の認定・報告の徹底不足
- ・一般サービスと統合していくにあたっての、一般医薬品ロジとの調和化：(目標) 妊産婦 STI 罹患率 50%削減

b) 概 要

これまでは、保健省系統の検査キット・消耗品等の注文は、pgSIDA でまとめて SE/CNLS に発注し、SE/CNLS が調達・在庫管理・配送を行っていたが、今後は在庫管理・配送責任が pgSIDA へ移行する。さらに、申請取りまとめ・地方の配送先も、SSD から DRS に変更されている。

以前より、保健省内の発注系統は、徹底されておらず、地方保健省と SE/CNLS との直接のやりとりも混在していた。このたび、配送まで pgSIDA で担当することにより、保健省内の流通を pgSIDA 責任の元に徹底する、という意向である。

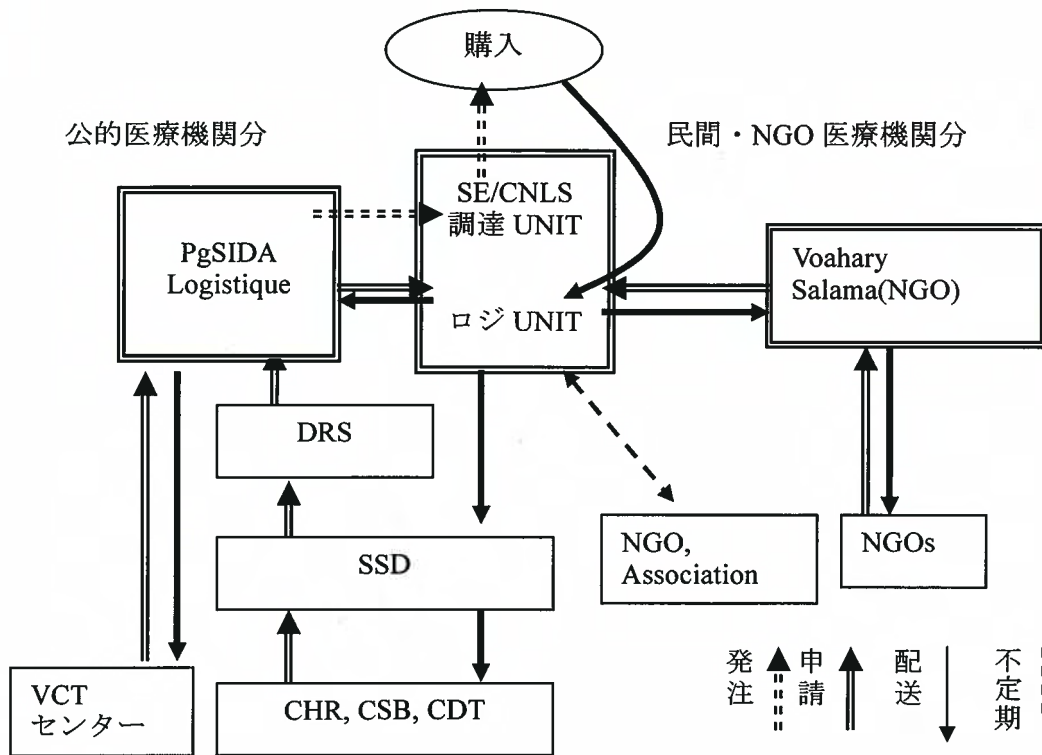
また、いままで pgSIDA と直通であった VCT センターは、SSD 管轄に徹底されることになる。そのほか、NGO 等の民間、及びマルチセクターのロジは継続して SE/CNLS が行っている。Top Reseau (PSI) は、独自に調達を行っている。

なお、一般医薬品・消耗品 (STI 関連医薬品・検査キット・消耗品含む) は SALAMA (国家医薬品庫/半官半民) で発注を受け、購入している。ARV は現在無料となっており、国で購入されたものが、保健省 DPLMT (伝統医療局) から、リファーマル医師のいる医療機関へ配布されている。

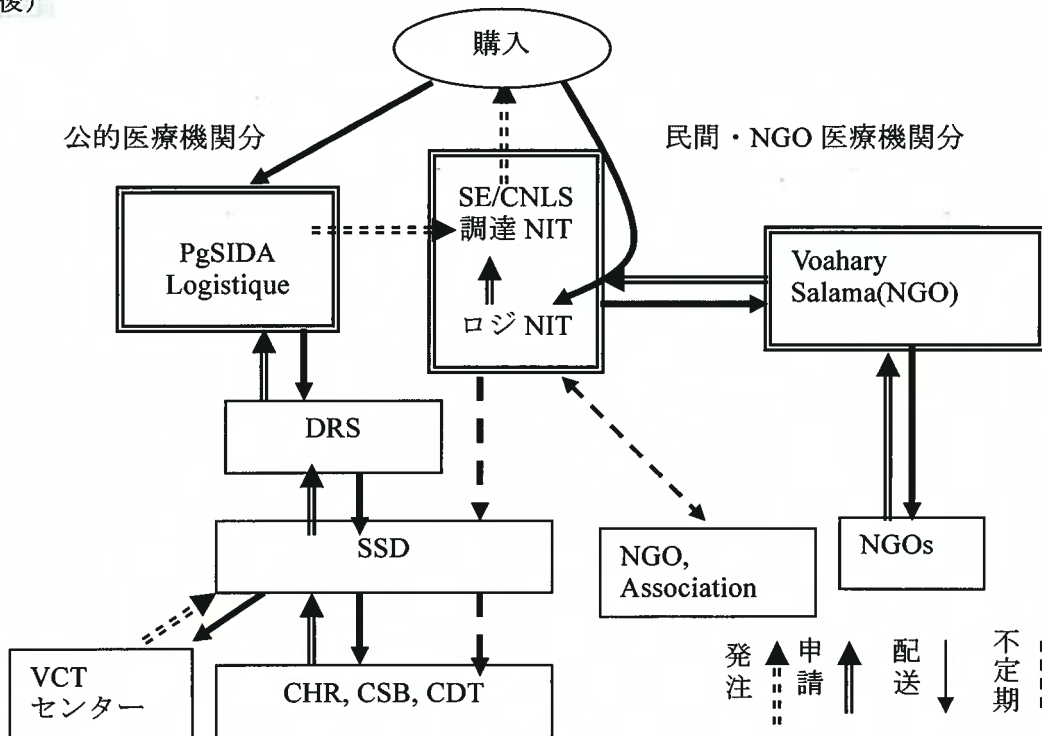
表 2-14 ロジスティクスの概況

	以 前	現 在
年間必要数算定	pgSIDA	
発注	pgSIDA→SE/CNLS	
購入	CNLS。3カ月ごとに納入（Oraquick については使用期限が短いため1カ月ごと）	
在庫管理・データ管理	現在 CNLS。GFATM 資金で配置されたロジスティクス経験者（専門家）がマクロを組んだ Excel で管理。GFATM・UNICEF 支援による検査キットだけでなく、机、バイク、自転車その他 CNLS が扱う物品と一緒に保管。	今後 公的医療機関については pgSIDA、NGO は SE/CNLS。pgSIDA の VCT/PMTCT サブプログラム担当者（医師+検査技師）が管理。ロジスティクス経験なく、ノウハウ不足。
地方での申請	2007年1月まで SSD が取りまとめ（独立型 VCT センターは直接中央へ）。3カ月ごと。	2007年2月から DRS が取りまとめ。四半期ごと。
地方からの申請受付	pgSIDA でチェック後、SE/CNLS に送るのが基本だが、SE/CNLS に直接のルートも混在。	pgSIDA
配送先	SSD	DRS
配送担当	SE/CNLS が配送する場合、県・郡関係者が取りに来る場合など様々。	pgSIDA

以前



現在 (今後)



* 現在倉庫は改築中、pgSIDA メインオフィス敷地内に設置予定

図 2 - 7 試薬・消耗品の流れ

6) モニタリング・スーパービジョン・評価

a) 調査団所感

- ・VCT サービス関連の情報システムが単独で垂直的（バーティカル）に進められる懸念がある。保健の情報システム・全体的バランスを考慮しながら、システム構築していくことが肝要である。
- ・情報に関する定義等の関係者間の認識の相違が見られる。PMTCT から VCT センターにリファーされた場合にどちらにカウントされるか等の基準が徹底されていない、カテゴリーの意味が明確に理解されておらず全体の検査数しか入っていない報告書が多い、などの問題が生じている。
- ・基礎情報、現状分析が不十分である。現状を把握せずに、また基本的制度（センター登録制度等）が整備されていない状況で、M&Eシステム整備が進められている。まず、VCT サービス提供に関する諸制度を整備し、各関係者の認識に齟齬がないよう全国規模で基準を徹底、そのうえで VCT サービスを提供している全て（民間含）の施設の実態の把握を行うことが必要である。実際に、NGO は基本的に SSD への報告書提出が義務づけられているが、回収率は低いため、報告書提出がない場合は検査数がデータに反映されない、という問題等、対応すべき課題は山積している。
- ・pgSIDA 担当官の能力向上と CNLS 主導体制。pgSIDA でデータ管理ができておらず、また分析をしてその結果を次期の計画に反映させるというレベルにまでは達していない。今回、入手したデータ（Excel に入力）を見ても、表の作り方などにも改善の余地が大いに見られた。
- ・VCT/PMTCT プログラムと UNAIDS (CRIS) の調整。データの流れ、コンピューターの配置などに関して、CRIS との調整も行うことが必要である。
- ・各レベルの担当の能力・インフラに応じたシステム構築。インフラ事情や担当者の技能の観点から、VCT サービスを提供する全施設へのコンピューター配置は現実的ではない（一般の保健情報システムではコンピューター配置は SSD レベルまで）。したがって、紙ベースで運用可能なシステム構築を検討すべき。
- ・スーパービジョンの方法が確立されておらず、現実にはドナーの支援次第。単独でも、VCT/PMTCT 以外のプログラムとの合同で行う場合でも、確実なスーパービジョンが行えるよう、ポイントを抑えた簡略なスーパービジョン表・マニュアルの作成、担当者への研修の実施等が必要。

b) 概要

①モニタリング・評価

VCT 関連情報システム整備については CNLS 主導で進められている。インフラ整備（コンピューター配置）も進められ、VCT に関する情報システム整備がバーティカルに推進されていくことで、一般の保健情報システムとの均衡が取れなくなる懸念がある。

RMAにも VCT 及び PMTCT に関する指標（表 2-15 参照）が含まれている。CNLS の評価・モニタリング担当者によると、既存の保健情報システムに VCT 関連の情報を組み入れることも一案であったが、これ以上指標を増やすことが不可能であったため、既存の保健情報システムとは別にデータ管理を行うことになったということである。したがって、中央レベル（CNLS）ではプログラムごとのデータ管理を実施し始めて

いる〔VCT-PMTCTはSSPMA (Access)、PLWHAはフィシア〕。VCT/PMTCTに関しては報告様式については、VCTとPMTCTは様式を1つにしていく方向である(全PMTCTサイトに導入するのはかなりの作業・費用が伴うため、進捗状況要確認)。現行の様式では、PMTCTのデータとして妊婦やそのパートナー以外の一般クライアントのデータが入る場合があり、その場合のデータについては年齢等のデータが欠落している、などの問題が生じているためである。

県(DRS)、郡(SSD)では、マニュアル、保健情報システム(GESIS)と管理体制が混在していたところに、VCT/PMTCTに関しては、新たにCNLSのSSPMA(Epi-Info)が加わることになる。CNLSは2007年6月には郡(SSD)レベルにシステムを導入することを予定している。現在、CNLSは全公的VCTセンター及び結核検査センター(CDT)にコンピューターを設置し、システムを導入している。保健省エイズ対策プログラムともシステムは共有されており、CNLSが同プログラムに対し技術移転的に協力・支援を行っている。

なお、マルチセクトラルなデータに関しては、UNAIDSが独自に開発したCRIS(データ管理システム)の導入を進めつつある。現在、SE/CNLS及び関連機関でテクニカル・コミッティーを作り、マ国の指標策定を進めている。

表2-15 RMA(Rapport Mensuel d'Activités 月次活動報告書)とVCT/PMTCTプログラムの指標の比較

指標	RMA (VCT)	RMA (PMTCT)	VCT	移動式VCT	PMTCT
①クライアント数			●	●	●
②検査前カウンセリング数	●	●	●	●	●
③検査数	●	●	●	●	●
④検査後カウンセリング数	●		●	●	●
⑤フォローアップカウンセリング数			●	●	
⑥陽性者数	●	●	●	●	●
⑦陰性者数			●	●	
⑧判定保留数			●		●
⑨医療ケアへのリファー数		●(ARV投与数)	●	●	●
⑩心理ケアへのリファー数			●	●	●
⑪3・6カ月後再検査者数			●	●	
*指標のとり方	性別・年齢	なし	性別・年齢・出身地・職業・婚姻状況・学歴・紹介元		ANC回数・パートナー・一般男女

*RMA(月次活動報告書)は基礎保健センター(CSB)が提出する報告書。HIVだけでなく活動全般に関する報告書

末端からの報告回収率に関しては、VCTセンターについてはほぼ100%の回収率というものの、遅延が多々認められる。PMTCTについては約30%と回収率が低く、また記入状況についても問題が見られ、指導の必要性がある。報告の遅延や欠落は、報告様式がない、不足している、またプリンターが故障しているなど、物理的な問題にも起因している。記入方法の問題に関しては、記入ガイドラインの不徹底等、現場及び中央レベルでの担当官のデータ管理能力に問題があることが原因である。

また、調査時には、現行のフォームではなく旧来のフォームを使用している例が散見され、そのような場合は指標の設定自体が異なっていたため、モニタリング・評価システムの構築を進めていく前に、フォームの全国的統一から始めなければならないことが想定される。

pgSIDA がデータ管理・分析を行うが、技術的に CNLS の支援に大半を頼っている状態であり、またプログラム内でも担当官が2名存在し、各々がデータ管理・分析の経験もないうえに、互いの業務が重複しているなど、改善の余地が大いに見られる。また、入ってきたデータの管理で手一杯であり、現場に対するフィードバックは行われていない。中央レベルでデータを分析し、計画に反映させていくまでの能力はなく、中央特に pgSIDA 担当官の能力向上が必須である。

モニタリング・評価に関しては、その基盤となる情報システムを整備している段階であり、実質的にデータを分析して、モニタリング及び評価を実施するという段階にまでは達していない。

②スーパービジョン

定期的なスーパービジョンについては、県・郡レベルでは、予算の関係上、各プログラム合同の統合スーパービジョンとなっている。予算により、1人で行う場合と、数人で行う場合、人数かつ時期もまちまちである。中央でも頻度は予算次第となっている。

過去、2005年2月に保健省・SE/CNLS 合同スーパービジョンが行われた（GF/WHO 支援）。また、2006年10～12月にも VCT/PMTCT スーパービジョンが行われ、98郡を対象とし、VCTセンター6カ所、PMTCT サイト24カ所のスーパービジョンが実施されている（UNICEF 支援）。

また、VCT のスーパービジョン表は存在するが、使用法に関するインストラクションは存在しない。表についても、内容は多岐にわたるものの、表面的なものであり、現場の業務改善にどのように活かされるのか想像できない。PSI によると、このスーパービジョン表では効率的にスーパービジョンを実施できないため、PSI では独自のフォームを使用しているとのことである。

③PMTCT のモニタリング・評価・スーパービジョン（今後の方向性）

現在承認待ちの PMTCT 基準プロセスガイドライン（Norms and Procedure）の中では、スーパービジョン、モニタリング・評価は、質の保証と併せて言及されている。スーパービジョンは、カウンセリング活動、検査、運営管理体制に対して行われ、中央レベルで年2回、県レベルで年3回、郡レベルで月1回となっている。

結果は、地方レベルで毎月収集され、実施医療機関、県レベル・中央各レベルでの分析後、すべての関連機関に配布され共有されることになる。

表 2-16 PMTCT のモニタリング・評価・スーパービジョンにおける指標およびツール

手法	スーパービジョン・質の管理・継続的内部モニタリング・評価
指標	<p>①プロセス：検査前カウンセリング数・検査数・結果受領数・結果受領陽性数・結果未受領陽性数・陽性ステータス開示・パートナーの陽性数・適切な指導を受けた陽性者数・啓発活動数・啓発活動参加者数</p> <p>②成果：郡レベルにおける VCT 機能％・検査前カウンセリング受診者％・検査受診者％・結果受領者％・検査後カウンセリング受診者％・リファークライアント％</p> <p>③インパクト：住民の行動変容・住民の VCT 認識・STI と HIV 感染率の低下</p>
ツール	妊婦検診登録、検査室 HIV 検査登録、HIV 検査結果トランスファー帳、月間活動報告表、モニタリング・スーパービジョン・質管理表

2-4 関連ドナーの活動概況

支援機関	プロジェクト名称	概 略
グローバルファンド	マダガスカル HIV/エイズ対策強化：地域社会の対応と自発的 HIV 検査の役割を要とした複合アプローチ	グローバルファンド第3ラウンドで CNLS を主な受益者としてマダガスカル政府に2年間（2004年11月～2006年10月）で約 US\$9,895,000 を供与。資金は HIV 検査施設ネットワーク強化、HIV 感染者の医療・社会心理面でのケア、エイズ孤児・弱者に対する社会・経済面からの支援に充当 CNLS ランニングコスト
世界銀行	第2次 HIV/エイズ/性感染症マルチセクタープロジェクト (PMPS)	実施期間 2005年7月から 2009年10月、総額 US\$30,000,000。マダガスカル政府によるマルチセクトラルな HIV/エイズ対策を支援するものであり、1. ドナー協調・国家戦略更新、2. 性感染症対策・HIV/エイズと共存する人々に対する支援、3. HIV/エイズ対策プロジェクトに対する支援
	第1次 HIV/エイズ/性感染症マルチセクタープロジェクト	実施期間 2001年12月から 2007年12月、総額 US\$20,000,000。マダガスカル政府によるマルチセクトラルな HIV/エイズ対策を支援するものであり、1. 国家戦略、オペレーション・プラン、2. コンドーム、性感染症キットのソーシャル・マーケティング、オペレーション・コスト等への支援、3. プロジェクトの進捗モニタリング、プロジェクトのインパクト評価、4. プロジェクト実施ユニットの人材、機器、オペレーション・コストに対する支援
アフリカ開発銀行	感染症 (HIV/エイズ・性感染症・結核) 対策プロジェクト	実施期間 2005年6月から 2010年10月、総額 US\$6,000,000。HIV/エイズを中心とする感染症対策の観点から安全な輸血確保、予防・治療ケアへのアクセス改善を目的とする。具体的には、1. 輸血ネットワークの確立、2. 感染症 (HIV/エイズ・性感染症・結核) 予防・診断・治療サービスへのアクセス改善、3. 疫学サーベイランスに関するキャパシティ・デベロップメント
UNICEF		母子感染予防、OVC ケア・小児感染ケア・啓発・HIV/エイズ関連医療機材・医薬品の物流・情報管理システムに対する技術・財政支援・検査キット・ガイドライン整備

UNDP		CNLS に対する国家戦略策定、HIV/エイズ及び HIV と共存する人々に関する法令整備、CNLS 体制における県レベルでの地方分権化機構整備に対する支援
WHO		保健省に対する国家政策、ガイドライン、基準整備への支援。エイズ検査、HIV と共存する人々への支援
UNAIDS		CNLS による HIV/エイズ戦略計画、コーディネーション、モニタリング評価に対する技術的支援、M&E システム構築支援 (CRIS による中央・地方一貫したデータベースの導入準備中)
UNFPA		青年層、女性、軍人等に対する感染予防活動への財政支援 コンドーム供与、ネビラピン供与、CSB における PMTCT・VCT、青年の家での啓発活動、IEC 教材作成支援
USAID		<ol style="list-style-type: none"> 1. PSI を通じた避妊具、性感染症治療キットのソーシャル・マーケティング 2. 性感染症研究に対する技術支援 3. セックスワーカー等を対象とした行動変容プログラム 4. HIV 感染者に対する差別防止 5. その他、NGO 等の実施するコミュニティレベルでの HIV/エイズ対策支援 <ol style="list-style-type: none"> ①SANTE.NET：公的セクターにおける家族計画・子どもの健康・STI 対策支援をコミュニティレベルで実施 (300 コミュニティを支援) ②PSI マダガスカル：民間セクターにおける STI・HIV 対策支援
CDC		LNR 技術支援
EU		輸血の安全性確保のため法令・組織整備
AFD		保健省 HIV/エイズプログラムに対する技術支援。疫学情報センター、ラボ改築・VCT センター設置・疫学サーベイに対する支援
GTZ		CNLS を通じた、HIV/エイズと共存する人々の組織 (FIFAFI) のキャパシティ・デベロップメント、国家によるモニタリング・評価システム整備、財政支援

表 2 - 17 県別パートナー数 (SE/CNLS ホームページ) (2007. 5. 18 現在)

県	パートナー数
Alaotra-Mangoro	7
Amoron'i Mania	6
Analamanga	15
Analanjirifo	7
Androy	5
Anosy	8
Atsimo Andrefana	11
Atsimo Atsinanana	4
Atsinanana	10
Betsiboka	4
Boeny	8
Bongolava	8
Diana	11
Haute Matsiatra	8
Ihorombe	8
Itasy	5
Melaky	3
Menabe	8
Sava	9
Sofia	5
Vakinankaratra	11
Vatovavy Fitovinany	7

第3章 本プロジェクトの協力内容についての協議概要

3-1 第一次事前調査

(1) 団長所感

- 1) HIV/エイズ対策は、先(2006年11月)に発表されたマ国国家開発上位計画(MAP: Madagascar Action Plan)の優先挑戦課題の1つであり、2005年に技術協力の要請が我が方に成されて以来の推移を見ても、着実に国家の重要課題として位置づけられて各種政策が講じられていることが明白であり、いま現在協力実施に取り組むことは遅きに失するというよりは、むしろ時宜に適った対応と判断する。
- 2) 今回の調査を通じ、①各種ドナーからの支援による国家レベルのHIV/エイズ対策システム作り(国家エイズ対策委員会運営、各種啓発、VCT活動への資金援助)、活動の進展が着実に見られることを確認する一方、②既存の保健サービスとのVCT連携の必要性、③地方分権も睨んだ人材育成の拡充の必要性等も痛感した。
- 3) 目下マ国の北西部マジュンガでエイズ対策を実施している青年海外協力隊(JOCV)グループの報告によれば、地域社会への関連啓発活動の中で、HIV/エイズに特化した活動というよりは、目下マ国海岸部等の地方で顕著であり、HIV/エイズへの潜在的リスクとして捉えられるSTIも視野に入れた予防啓発活動が必須とのことである。マ国のHIV/エイズの現状を把握する際に、単にHIV感染率が1%未満という事実のみで楽観視するのは得策ではなく、STIも含めた現状の俯瞰が必要である。
- 4) 各種協議・訪問先の調査及び所感は、本件報告の詳細に任せるが、総括の所管として；
①グローバル基金等潤沢な資金を背景としている(大統領府直轄)CNLSに比べ、国家全体の保健行政を所掌する保健省が、イニシアティブが弱すぎる。
②VCTは単独孤高のサービスではなく、地域の保健サービス(あるいは教育機関等)と連携してなされるべきであり、国の行政機関が必要な体制整備、関係者の能力強化に努めるべきである。
③我が方技術協力は、ともすればドナーの協力投入の引き上げとともに活動全体が終息しがちなエイズ援助ドナーの手法ではなく、我が方のオーソドックスな手法：協力の成果が現場のシステムに植え付けられる技術移転・能力強化手法に執着するべきと考える。
④また、国際機関からの通常拠出金あるいは信託基金等からの支援による我が方協力活動の発展・持続性確保のためにも、グローバルファンド(GFATM)調整会議(CCM)へ現地日本大使館を巻き込んだ形での参画も必要である。

(2) 協議概要

1) 保健省、CNLSとの要請内容についての協議

協議結果を総合して考えると、現時点での要請内容は基本的には2005年に提出された要請内容と大きな相違はないと考えてよいが、VCTの機能について、より既存の保健医療施設において性感症検査・治療など基礎的保健サービス(basic health care)に統合させていく(PMTCTの普及とセットで拡大していく)という視点を方針としていることがCNLS、保健省双方から強調されており、協力内容検討にあたっては他サービスとの統合を前提とする必要がある。

本プロジェクトの要請について、保健省は、第1回目の協議では、2005年の案件形成時

に JICA と協議をしていたとおりで基本的に内容の変更はないとしつつ、特に以下の可能性の検討について言及があった。

- ・既存医療施設に VCT 機能を付加するための医療施設リハビリ、機材や家具の整備及び人材のトレーニング（アンバトランザカほか）
- ・ mobile VCT 活動の推進のための車両提供
- ・ VCT に必要な reagent や commodity の供給支援
- ・人材の質の向上のためのトレーニング
- ・人材の量的確保のための人件費拠出

その後の協議で、JICA の支援方式として人件費拠出はできないこと、医療施設のリハビリについては後ろ向きである旨伝達済み。

また、CNLS の No. 2 (Dr.Haja) からは、ドナーの地域分担化を進めたいため、JICA には中央レベルではなく、特定の県を担当する形での実施支援を勧奨された（CNLS 担当官レベルでは保健省の能力強化の必要性、特にモニタリング評価の必要性に言及があり）。

CNLS からの特定県支援の方向性が提示されたため、保健省に CNLS ほかとの調整のうえ再度マ国としての要請の優先度を提示してほしい旨依頼したが、調査団滞在時には明確な回答はなく、あとは支援の内容は JICA 次第と受け身である（保健省 Dr.Felix は、中央のみの支援でも、県を選択してのサービス提供強化支援でもかまわない。県の選定も特定の県に関心があれば提案してほしいとの由）。

2) ワークショップ結果概要

4月12日（木）に、保健省の pgSIDA 及び関係部局³、CNLS から9名、JICA 側から調査団及び事務所関係者 13名の参加のもと、問題分析を主眼としたワークショップを実施した。

ワークショップでは、まず VCT サービスの定義の確認とサービス提供施設の整理を行い、その後「VCT サービスが十分に発展していない」を中心問題として問題分析を行った。上記の原因として、9つの原因グループが特定された。参加者から課題としての認識が高いもの3つに投票をしてもらったところ、多くあげられた順に、①モニタリング評価（11）、②サービスの質（9）、③ロジスティクス（7）、④受益者（6）、⑤関係機関の調整（6）、⑥人材（5）、⑦基準・規定（4）、⑧サービスへのアクセス（3）、⑨医療・検査のリファラール（1）であった。

その後、①～⑥の原因のうち、より中央レベルに関わる事項、より現場レベルに関わることに類別し、それぞれの関心に基づき参加者を2グループに分けて、それぞれのレベルでの問題分析を継続した。

必ずしも時間が十分でなかったこともあり、分析を十分に深められなかった部分も残るが、参加者の共同作業により、次の事項が確認できた。

<中央レベル>

- ・ VCT サービス提供施設については、結核センターや軍施設での VCT サービスについて、認識がまちまちであった。
- ・ 関係者の問題意識として、①ガイドラインや申請・報告フォーマットなどができていて

³ INSPC、LNR はワークショップに欠席。

も普及・徹底できていないため各種のシステムが混在している、②情報の重要性を関係者（特に現場）が理解していないので中央レベルが現状を把握できないことがあげられた。

<現場レベル>

- ・ VCT で提供されるサービスの質については、大きく分けて、①サービスの質がモニタリングされていない、②VCT サービスが通常業務に組み込まれていない、③テストキットの不足、④カウンセリングやラボに携わる人材が不足との4つの直接的な原因があげられた。
- ・ 特に地方のレベルでは、モニタリング項目も標準化されておらず、また研修についても研修実施者への研修がそもそも不足している、カリキュラムが標準化されていないといった問題意識が共有されていた。
- ・ また、VCT サービスが日常業務に組み込まれない原因としては、地方レベルでの人材不足に起因する業務量過多、医療従事者のモチベーションの不足があげられる一方、VCT サービスの手順が複雑すぎることも指摘された。特に、確認検査の複雑さやカウンセリングにかかる時間が長すぎるとの認識が見られたことは特筆すべきであろう。
- ・ テストキットの現場での不足や VCT サービス実施施設の不足については、前者については、その分配の仕組みが不完全、また後者については、リハビリ予算が不足しているとの指摘があったが、テストキットの配布については、いまのところアクセス困難なケースは少なく、むしろ、今後 VCT サービス実施施設を拡大していったときに必ず起きる問題だとの認識で関係者が一致した。

マ国関係者の意見を総合すると以下のとおりとなる。

表 3-1 マ国関係者の見解

	優先度順（左から）				
pgSIDA 長 （個人見解）	M&E	ロジスティクス 強化	中央・県行政強化	検査ネットワー ク	サービス提供強 化
ワークショップ	M&E	サービスの質	ロジスティクス 強化	中央・県行政強 化・コミュニティ 強化	検査・医療サービ スネットワーク 強化

3) 国際機関、他ドナー等からの意見

UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> ・既存サービスへの VCT 導入、費用対効果を考慮し脆弱者グループにターゲットをあてた対策を進めるべき。 ・地方分権化直後のため、ロジスティクスが弱い。 ・プレ・ポストカウンセリングの徹底、即日結果を伝える体制作りが重要。 ・妊婦の梅毒検査が徹底されていないことも問題。報告と現実のギャップ大。 ・県保健局の能力強化はインパクトがあり妥当である。 ・40%の人々が医療機関へのアクセスをもたないので、サービス受益者のアクセスを考慮することが重要。
UNAIDS	<ul style="list-style-type: none"> ・ガーナでの支援のように、マルチセクトラル M&E 整備支援を検討してほしい。 ・UNAIDS はパートナーの支援も行っているため、JICA も必要があれば言ってほしい。 ・STI が増加しているのに、それが保健省ベースのデータで上がってこない。サーベイランスの仕方の改善が必要。 ・脆弱者グループの多い地域での VCT サービス強化といった戦略的活動が必要。 ・Excellence Center の認定などを入れていくことも他国では有効。
GTZ	<ul style="list-style-type: none"> ・エイズ分野での調和化を進めていく予定。JICA も参加してほしい。 ・SE/CNLS が考えている地方分担方式が実施されることになれば従う考えである。
USAID	<ul style="list-style-type: none"> ・HIV 検査ロジスティクス、カウンセリングと検査の質の担保が遅れている。 ・ロジスティクスについては、調達、保管、必要量算出のすべてにおいて非常に脆弱。各ドナー、保健省はロジスティクスの強化が必要との認識があるが USAID は行わない予定。 ・検査の質については、LNR と県レベルのラボの支援、サーベイランスの支援、SOP 作成の支援のニーズがある。

3-2 第二次事前調査

(1) 団長所感

- 1) 前回の一次事前調査同様、今回もマ国側の HIV/AIDS 対策への取り組みの重要性・緊急性〔注：MAP (マダガスカル・アクション・プラン) という 5 年 (2007~2012) の最重要コミットメントの 1 つ〕について、マ国政府機関も含めた訪問先各所で確認できた。先に行われた 4 月 4 日の憲法改正国民投票でも、各種改革の一環として地方 (県、郡、市町村、Fokon Tany (最小規模の行政区)) が主体的に地方政治を行うこと、自らの地域の開発の基盤 (Base) であることが改めて定められ、憲法改正以降盛んに政府が地方行政の責任者 (Fokon Tany の長) を集め地方行政運営のセミナーを開催しているが、その場でも大統領府傘下の CNLS も関与し、地方分権化の流れの中で HIV/エイズ対策の啓蒙に努めている事実もある。
- 2) またマ国政府は、7 月、HIV 陽性者に対する保護規定、差別・烙印を押す者への罰則規定を法令化するなど、アフリカ諸国でも HIV 関連の法整備について先駆的な政策を公表した。
- 3) 低い HIV 感染率 (1%前後) が喧伝されている中、政府は中部南部で急速に進展する鉱山開発に伴う性感染症 (STI) の蔓延にも大きな懸念を持ち、HIV の予備軍ともなり得る

STIの予防啓発策にも積極的に乗り出す姿勢を見せている。

- 4) 上記のような政府の HIV/エイズ対策の重点政策としての位置づけ、関係者の意気込みも一方でありながら、サーベイランス体制、検査サービスの普及の整備を国家保健サービスの中で組み入れて強化するには保健省の組織・機能が必ずしも万全ではなく、全国的にサービスの普及を図るにも質の担保、基準作りも緊急課題であることが今回の第二次調査でも再確認できた。HIV/エイズ分野は国際コミュニティからの支援も潤沢であり、個々の支援者のイニシアティブに委ねる (e.g. ドナーに各県へのサービス普及を割り当てるなど) 可能性もあるが、当事者のオーナーシップの醸成なきまま進めることは持続性、自立発展性を損ないかねない。
- 5) JICA 協力の基本的な観点 [「人々との対話を通じて、知識や経験を未来につなげていく (「JICA スローガン」より)] から、JICA が他の関係国で培った協力のノウハウ、経験を本分野の取り組みに着手したマ国の関係当局に伝え根付かせ、本件サービスの基準作り・質の担保については自立発展性を喚起したい。
- 6) とはいいつつも HIV/エイズ対策分野は国際社会の大きな支援が背景にあり、他の分野以上にバイ・マルチも含めた援助協調が求められる。マ国、当 JICA 協力の目指す目標が国全体に関係する広範なものであり、JICA プロジェクトは決して「単独行動」で目標に向かうべきでなく、実施段階の要所要所で関係当事者との情報交換を通じ、他のセクター以上に「援助調整」を試行するべきと考える。今回日本大使館とも協議し、関係マルチドナー (e.g. 世銀、UNICEF) との連携を大使館、JICA で積極的に試行すること、グローバルファンド関係会合 (CCM) への積極的参画を行うことを基本合意した。

(2) 協議概要

- 1) 保健省では、次官・総保健局長との表敬、性感染症・エイズ対策プログラム (以下、「エイズプログラム」と記す) との数回にわたる協議、関係する部署で追加協議が必要であった質の保証国家コーディネーター等との情報交換を行った。次官・総保健局長との表敬では、これまで及び進行中の日本の無償資金協力やマジュンガ母子保健プロジェクト、JOCV エイズ対策隊員の貢献が保健省上層部まで浸透しており、本プロジェクトを通じた貢献への期待が高いことが伺えた。
- 2) 対処方針におけるプロジェクト案では、検査ネットワーク (精度管理) は対象外とし、制度・システム整備とその普及 (アウトプット1)、保健省、県レベルでの TC サービスに関する情報収集・分析・計画策定・モニタリングの改善 (アウトプット2)、TC サービスへのアクセス改善のための方策の実証・結果の事業への反映 (アウトプット3) とした。
- 3) 調査期間中、世銀エイズプログラムのレビューや各種会議が重複して開催されている中であったが、プログラム長及び VCT/PMTCT 担当、モニタリング・評価担当を中心に参加を得、特に協議の後半では共通理解を構築しながら、ほぼ原案どおりのプロジェクトの枠組みの合意形成ができた。ただし、指標は十分には協議ができなかったため、M/M には記載しなかった。
- 4) 関係機関として、SE/CNLS、WHO、UNICEF、世銀、USAID、GTZ、Sante-Net と協議を行った。それぞれにプロジェクトのコンセプトや進め方について説明し、理解を得るとともに、中長期的な視点に立ち、保健省の強化は重要であるが着手の遅れていたところであ

り、JICA の支援の意義は大きいとのコメントがあった。また、マ国のエイズプログラムの強化に共に協力して取り組んでいくことについて、いずれからも前向きかつ積極的なコメントがあり、いずれかのドナーとの個別具体的な連携枠組みを構築するというよりも、各種技術委員会（VCT／母子感染予防サービス、質管理、ロジスティクス等）でのメンバーとして、またマ国全体の枠組みの中で、研修トレーナー育成や地方強化での役割分担をする関係者として連携していくことで合意した。

5) マ国側の負担事項、技プロの仕組みについて、マジュンガ母子保健プロジェクトの R/D をもとに説明した。エイズプログラム長は過去に JICA 長期専門家とともに業務を行っていた経験があり、比較的理解が早かったが、担当者レベルは必ずしも理解が十分でない様子が見られた。プロジェクト開始前、開始段階で、マダガスカル事務所による継続的な理解促進が望ましい。

6) 協議結果については、付属資料 2 の M/M 案（正：仏語、副：英語）にまとめ、エイズプログラムと合意したが、調査後半は次官が不在であったため、後日マダガスカル事務所にて署名・交換することとして、調査を終了した。

7) JOCV、草の根・人間の安全保障無償資金協力との連携については、プロジェクトを実施しながら情報共有に努め、いい連携可能性があれば進めていくこととする。

a) プロジェクト目標、成果、活動

①保健省、SE/CNLS との協議では、エイズ対策においても地方分権化を進めるため、JICA による地方に入り込んだエイズ対策強化の可能性の打診も再度あったが、一方で、JICA が支援の軸として考えている「質を担保・標準化していくための中央レベルによる基準やツールの整備と普及」、「中央の調整・指導支援機能の強化」、「県・郡の情報管理・計画策定・モニタリング機能の強化」、「関連パートナーとの関係強化」も重要と考えているということから、中央レベルを入り口として中央・県レベルへのマネジメント強化支援を行うというほぼ原案どおりで合意した。

②特に、CNLS と保健省ラインの情報の整合性改善、各レベルでの情報管理・計画策定・モニタリング機能の強化についての本プロジェクトへの期待が大きく、必要性も高いと考えられることから、これらをプロジェクトの柱として取り組んでいくこととする。

③プロジェクト前半は、現時点でサービスを行っている医療機関での質の担保に重点を置き、その活動に目処がついたところで客観的な情報に基づいて必要に応じ新たなサービス拠点の設置を支援する。先方は、移動式検査サービス支援等による、アクセスのない人々へのサービス提供強化に期待しており、オペレーショナルリサーチの中で、その効率的かつ有効なサービス提供のあり方を実証するというコンセプトで一部支援をしていく。

④成果別の協議事項・変更点、留意事項は以下のとおり。

<アウトプット 1 >

- ・ pgSIDA は、いくつかの基準の整備や改定を行ってきているが、切迫した予算状況から、CNLS やドナーの要望がある場合に応じる形でしか行うことができないため、全体が整合しておらず、National Policy、Job Aid 等の改定が必要と考えている。これらの整備の支援について、具体的に内容を記載するよう反映した。

- ・ National Policy はエイズプログラム担当、Norms and Procedure は品質管理国家コ

ーディネーターが主担当であるので、品質管理国家コーディネーターと密接な協力が必要となる。

- ・ PMTCT（母子感染予防）の Norms and Procedure が UNICEF の支援で作られており、製本待ちである。評価ツールを準備中。VCT の同様の基準の作成については、エイズプログラムは PMTCT 基準に準ずるとすることで当面可と考えており、早期の策定はしない可能性が高いが、プロジェクト開始後、ドナーを含む関係者との協議が必要。
- ・ PMTCT の Norms and Procedure の普及についての計画はまだできていない。プロジェクトも協力する方向で、UNICEF と調整・連携していく。
- ・ 研修トレーナーの育成については UNICEF の支援予定があるので、UNICEF の支援との調整も必須である。
- ・ 検査キット等が頻繁に変わる状況にあり、基準の有効期間が短い可能性あり。最低必要なもの、実効的なものを選択的に支援していくことが必要である。

<アウトプット2>

- ・ 地方について対象を当初は県レベルまでとしていたが、地方分権化が郡を単位としていることから、郡レベルのマネジメント能力強化についても先方の要望が強くあげられた。郡→県→中央と年間計画や報告を作成・提出する流れでは郡の強化は必要不可欠であるのは確かであるが、111 郡と数が多いことから、他ドナーとも分担しながら、プライオリティの高い地域からなどの形で一部できる範囲をカバーするよう活動の対象に「郡」を追加した。
- ・ CNLS のイニシアティブで、PMTCT、VCT、STI の統合報告ツールを整備中である。保健省ラインに統合していこうとしている。2006 年 10～12 月に県、郡に普及予定（カスケード方式）とのことであるが、遅れる場合が多いので、プロジェクト開始後確認が必要である。
- ・ 県は基本的には 22 県全体を、郡については一部できる範囲で支援する。
- ・ ロジスティクスについては、保健全般の消耗品等の供給体制改善の動きが 2、3 カ月前より開始。できるものから SALAMA ラインに統合されていく見込みである。HIV 検査キットはすぐには統合されないと想定されるが、本プロジェクト期間中に動きがある可能性もある。統合化は基本的にはよい方向であるので、ワーキンググループへの参加の中で支援を実施する。

<アウトプット3>

- ・ オペレーショナルリサーチ（OR）について、OR をプロジェクト1年目から開始できないかとの要望もあったが、アウトプット1、2の活動を通じて状況を十分把握し、詳細調査も行ってから進める必要性を説明し、2年目後半からの実施で合意した。プロジェクト期間が4年と限られていること、OR はプロジェクト後半の活動と予定していることから、OR の結果の反映までとするのではなく、その取りまとめ、共有までとする。
- ・ OR 案としては、①青年の家、②既存の移動診療チームを活用した移動 VCT サービス等が現時点ではあげられている。
- ・ OR の実施にあたっては、プロジェクトの投入が限られていることから、JOCV、草

の根無償、他ドナー・NGOとの連携可能性を積極的に検討する。

3-3 第二次事前調査後

第二次事前調査では、次官の不在のためプロジェクトの枠組みについて保健省上部の了解が得られなかったこと、他ドナーの来訪と重複したため指標について十分協議できなかったことから、調査終了後、事務所を通じて継続的に協議を行った。その結果、枠組みについては変更なく、指標についてはR/D時のPDMのとおりの内容で合意した。

しかしながら、一部指標（特にプロジェクト目標の指標）については、プロジェクト開始後のベースライン調査を踏まえて設定することが望ましいことから、具体的指標やその目標値を設定しないままとしているので、プロジェクト開始後半年後から1年以内に明示化し、JCCにて合意することが必要である。

第4章 プロジェクトの基本計画(案)

4-1 協力戦略

マ国の HIV 陽性率は依然として低く維持されているが、検査へのアクセスが非常に限られている現状や、人々や医療従事者の HIV/エイズに関する認識の低さ、他の性感染症の感染率の高さ、政府が進めているインフラ整備等、HIV 感染の拡大を抑えるため、エイズ対策は国の政策にあるとおり、遅滞なく進められる必要があり、VCT システム強化のニーズは高い。

また、SE/CNLS を中心にエイズ対策が進められている中、そのスピード感と、pgSIDA 及び地方保健省機関の体制との間にギャップが生じており、マ国における HIV/エイズ対策事業を効果的かつ長期的に展開していくためには、pgSIDA が、SE/CNLS と肩を並べて事業の中心を担っていくことが重要となってくる。そのための pgSIDA の能力強化、保健省関係部局や地方保健局との協働体制強化は必須であり、本プロジェクトは pgSIDA の強化を中心にするのが妥当と思料される。

それにあたっては、VCT/PMTCT プログラムとして計画している事業(資金源の大半は GFATM、UNICEF) の遂行を支援しながら、不足している部分を補い、次年度の予算計画策定の適正化を支援するという手法で進めていく必要がある。

VCT サービスについては、様々な点で過渡期にある。プロジェクト目標・戦略の設定、対象地域・レベルの設定、対象とするコンポーネントの設定については、以下に留意して設定した。

<現状>

- ・人々の保健医療サービスへの絶対的なアクセスの悪さ (40%がアクセスなし)
- ・保健省・医療施設の活動予算の欠如
- ・VCT サービスにおいて、本来の「予防的(予防教育的)側面」や必要とされるサービスへのリファールが弱く、単に HIV 感染の有無を知らせる「検査」サービスの側面が重視されている
- ・サービスの質のばらつき大

<政策・方針>

- ・VCT サービスを基礎的保健サービスと統合的に実施する国家戦略、HIV 検査実施施設の急激な拡大
- ・脆弱者グループに重点を置いた対策の推進
- ・マ国全体での行政単位の変更、地方分権化の動き
- ・ロジスティクス、検査(アルゴリズム、精度管理システム)、報告(M&E)システムがすべて過渡期にあり、かつそれぞれ関係しあっていることから、いずれかのみを取り上げることは慎重に検討する必要がある
- ・ドナー支援を地域別分担化していきたい SE/CNLS の方針(実現性、拘束性は不確定)

(1) 戦略

- 1) pgSIDA への支援、pgSIDA を通じた県・郡への支援を行う。まずは pgSIDA の強化を軸とし、基本情報の整備(施設、人材データ等)、CNLS・家族保健局等保健省内の関係部局との協働体制強化に着手し、マ国側が各ドナー支援やグローバルファンドを効果的に活用できるような体制の構築を支援する。基本データや基盤の整備後、県・郡のマネジメント強化に取り組む。

- 2) 地方分権化、一般保健医療サービスへの統合が進められる中、VCTシステムが過渡期にあること、全て関係しあっていることから、プログラムマネジメントを全般的に強化していく。
- 3) 視点としては、一般保健医療サービス（既存保健システム）への統合、サービスの質（特にカウンセリングの予防的側面）、客観的情報に基づいたサービス提供計画に重点を置く。
- 4) サービス提供の支援としては、特に地域を選定しては行わない（現状分析に基づいて予算範囲内で）。施策の有効性の検証や追加支援の必要な地域の判断にあたっては、地方から pgSIDA に定期的に提出される情報や、巡回指導で把握する情報、他ドナー（GTZ、UNFPA、UNICEF、PSI）からの情報等を活用していく。
- 5) 国家プログラムを支援する本プロジェクトにおいて、GFATM や UNICEF 等資金面の支援をしている他ドナーとの連携は日常的に行うものとなる。ガイドライン、教材等の作成や重要な意思決定にあたっては、マ国の政府のやり方に沿い、UNICEF や PSI、世銀等関係ドナー・機関とワーキンググループで調整をしながら協調して行う。
- 6) OR は、プログラムマネジメントにとって重要である。プロジェクトの各種取り組みの成果や教訓が関係者に共有されるよう、客観的な分析を積み重ねる。
- 7) 日本の他の支援（他の技術協力プロジェクト、鉱工業案件、JOCV 派遣、IPPF エイズ対策日本信託基金等）とも相互にメリットのある協力関係を意識して事業を実施する。

(2) 第二次事前調査合意事項からの変更点

4-2 プロジェクトの対象地域

全国（プロジェクトオフィスはアンタナナリボ保健省）

4-3 プロジェクトの受益者

(1) 協力対象：保健省性感染症・HIV/エイズプログラム、県保健局

(2) 裨益者：全国の HIV 検査・カウンセリングサービス利用者（2006 年実績 112,248 名、2012 年目標累計 300 万人以上）

4-4 協力期間

2008 年 3 月～2012 年 3 月（4 年間）。

当初要請は 3 年間であったが、本実施機関（保健省 pgSIDA）とは初めての技術協力プロジェクトであり相互の体制整備に時間が必要であること、全国を対象としたプログラムマネジメント強化には 3 年間は短いと考えられること、プロジェクトの成果を次期国家政策に反映させるためのタイミングを考慮すべきであること等により、2012 年までの 4 年間とする。

4-5 プロジェクト目標

マダガスカル全国における HIV 検査・カウンセリングサービスの実施体制が強化される。

4-6 上位目標

マダガスカルにおける HIV 感染率が 1%未満に維持される

4-7 アウトプットと活動

(1) 成果 1 : HIV 検査・カウンセリングに関する国家政策・基準・ガイドラインが整備され、保健医療施設等の関係機関に活用される

<成果 1 に対する活動>

- 1-1 現存する HIV 検査・カウンセリングに関する国家政策・基準・ガイドラインを把握・分析する
- 1-2 ケニア、セネガル等の他国における HIV 検査・カウンセリング分野の先行経験を分析する
- 1-3 拠点調査等を通じ、HIV 検査・カウンセリングの現状を把握・分析する
- 1-4 検査キット・消耗品の申請・配給・在庫管理等（ロジスティクス）に関する保健省、県・郡保健局、保健施設の業務分担、業務の流れを明確にする
- 1-5 上記活動 1-1~1-4 の現状分析結果に基づき、HIV 検査・カウンセリングに関する国家政策・基準・ガイドラインの見直し・改定を必要に応じて行う
- 1-6 HIV 検査・カウンセリングに関する研修方法及び国選・県選研修講師の人選方法を見直す
- 1-7 国家政策・基準に沿って研修教材（講師用、研修生用）・補助教材を見直し・改定する
- 1-8 国家政策・基準・研修教材・補助教材を関係機関に配布・普及し、国選・県選研修講師に指導する
- 1-9 HIV 検査・カウンセリングサービスの質の保証のための認証制度の確立を支援する
- 1-10 保健医療施設及び関係機関における国家政策・基準の遵守状況をモニタリングし、必要に応じ国家政策・基準の見直しに反映させる

(2) 成果 2 : 保健省、県保健局における HIV 検査・カウンセリングに関する情報収集・分析が強化され、計画策定・モニタリングが改善される

<成果 2 に対する活動>

- 2-1 保健省及び県保健局において HIV 検査・カウンセリングを実施している施設・人材（カウンセラー等）に関するデータベースを作成する
- 2-2 HIV 検査・カウンセリングの報告様式⁴（ロジスティクス含む）の改善を行う
- 2-3 保健省・県・郡保健局の担当者へのマネジメント、ロジスティクス、データ管理・分析、モニタリング・巡回指導に関する研修を行う
- 2-4 HIV 検査・カウンセリングの報告様式等を県保健局・関係機関に配布する
- 2-5 提出データのモニタリング、巡回指導、定期会議等を通じて、保健省・県保健局担当者の郡保健局及び保健医療施設に対するモニタリング・巡回指導の強化を図る
- 2-6 保健省・県保健局担当者が実績等の根拠に基づいて HIV/エイズ対策年間事業計画策定をできるよう研修・指導する

⁴ 各保健医療施設が郡保健局に提出する報告様式。内容（場合によっては様式自体）は郡保健局経由で県保健局、中央保健省に報告・提出される。

2-7 保健省・県保健局担当者がモニタリング・巡回指導で得られた情報を郡保健局及び保健医療施設にフィードバックし、情報共有体制を強化する

(3) 成果3：HIV 検査・カウンセリング受診促進のための方策が試行され、保健省関係部局、県・郡保健局、SE/CNLS 及び UNICEF 等他ドナー等の関係機関で共有される

<成果3に対する活動>

3-1 HIV 検査・カウンセリングサービス受診促進のための小規模実証研究（オペレーショナルリサーチ）の事業計画を策定するため、現状分析を行う

3-2 オペレーショナルリサーチの事業計画を立案する

3-3 オペレーショナルリサーチを実施し、結果を取りまとめる

3-4 保健省関連部局及び他ドナー等関係機関でオペレーショナルリサーチの結果を共有するための会議を開催する

4-8 投入

(1) 日本側（総額約3.4億円）

長期専門家：2人（チーフアドバイザー／保健行政、業務調整／エイズ対策）

短期専門家：年間4～6人程度〔HIV カウンセリング、モニタリング・評価／情報管理、保健情報／GIS、ロジスティクス、サービスの質管理（TQM）、研修教材開発・IEC、オペレーショナルリサーチ、その他〕

供与機材：車両、コンピューター、オペレーショナルリサーチに必要な機材等
本邦研修員受入れ、技術交換、在外事業強化費、その他

(2) マ国側

カウンターパート人員の配置、執務室提供、オペレーショナルコスト

4-9 外部条件

(1) 前提条件

①プロジェクトの方針内容や、各関係者の役割責任が関係者間で共有され、理解される。

(2) 成果達成のための外部条件

①HIV/エイズ対策に関する政策が大幅に変わらない。

(3) プロジェクト目標達成のための外部条件

①人材育成、施設改修、活動に必要な予算、検査キット等必要物品が計画どおり確保される。

②保健省・県保健局の担当者の異動が頻繁に起こらない。

③一般保健医療サービスへの人々のアクセスが悪化しない。

(4) 上位目標達成のための外部条件

①HIV 教育・啓発が全国で強化される。

4-10 ボランティア事業を含めたプログラムの整理

(1) プログラムの整理及びアプローチ

マ国の国別事業実施計画(2006年度)において、保健医療分野の重点課題は「保健・医療システムの改善」と設定されている。この重点課題を達成するためのプログラムは2つ置かれており、それぞれ、「母子保健改善プログラム」と「感染症対策の推進」となっている。

今次調査では、当該「感染症対策の推進」プログラムのうちのエイズ対策コンポーネントについての協力のあり方についても検討する機会となった。当該コンポーネントは2007年5月現在のマダガスカル事務所作成ローリングプランにおいては、主に、①VCT機能強化技術協力プロジェクト、②ボランティア派遣から構成される。なお、現段階では、①のプロジェクトが実際のサイトを持って活動する可能性が高くなく、むしろ中央省庁の能力強化に焦点をあてることになる見込みから、プロジェクトとボランティアは一方を他方の投入要素とはせず、プログラムのもとにゆるやかな連携を保っていくこととする。

現在検討中である①の協力内容を踏まえつつも、プログラムとしてのアプローチを検討することとなるが、これまでの②の実績、課題も踏まえ、今後のプログラムとしてのアプローチとしては以下が想定される。マ国におけるエイズ対策の優先されるべき主要課題は、「感染予防」にある。これは、マ国の現在の感染率とその伸び率、性感染症の罹患率から説明される。このうち、JICAとしてはそうした課題に取り組むマ国の関係諸機関の能力向上(キャパシティディベロップメント)を図ると同時に、課題に取り組むもの同士での知見・経験の共有、ネットワーク化を図る。

具体的には、技術協力は主に課題に取り組む保健省をはじめとした省庁レベル(特に中央省庁)の能力強化を図ることに重点を置く。一方、ボランティアについては、2005年7月より実施中である予防啓発活動に焦点をあてた「マジュンガ・エイズ対策グループ」の活動実績を踏まえ、草の根レベルでの予防啓発活動を推進していくとともに、主たるターゲットを若年層とし、都市部からより情報の届きにくい村落部への展開を試みる。本プログラムにおいては、技プロ、ボランティア双方の情報共有を活発化する仕掛け(例:定期的な情報交換の機会、セミナーや各種活動への相互参加等)をマダガスカル事務所が主体となり設定し、JICA側のみならずマ国側、あるいは他ドナーも含めた広範なネットワークの構築を行い、プログラムとしての機能を高めることを目指していく。

なお、アフリカ地域における協力重点国であるマ国へは、健康管理員、ボランティア調整印の増員といった事業実施体制の拡充を前提とし、ボランティアの派遣数を2009年には倍増させることが検討されている。また、事業実施の効率の観点から、中央高地、タマタブをはじめとした東海岸、マジュンガ、ムルンダバの4地域に集中的に展開していくことを検討している。したがって、今後のエイズ対策をプログラムとして進める際の地理的な優先エリアが、これらいずれかの地域と重なるようであれば、前述のプログラム単位での協働も進みやすい状況になる。

(2) マジュンガ・エイズ対策グループ派遣

1) 現況

マジュンガにおける活動は1年半以上経過し、①学校に行かない若者へのアプローチ(家庭訪問、ワークショップ、移動式VCTの実施)、②中学校での性教育アプローチを主

とし、多くの活動を積み重ねてきた。現在は、魚谷シニア隊員（2005年7月派遣）、宮守JOCV（17年3次隊保健師）の2名が活動中である。

マジュンガの県保健局長をはじめとした、マジュンガ内関係機関は活動を高く評価しており、また中央においても、CNLSやUNICEFといった関連他ドナーにもマジュンガのJICAの活動として認識・評価されている。

2) 課題

一方で、現在抱えている課題としては大きく次の点があげられる。

・活動実施体制

県保健局よりカウンターパートは提供されているものの、実際の現場での活動は、ボランティアとプロジェクトとして雇用しているアニメーター（1名）及びピアエデュケーター（4名）、運転手（1名）を中心として成立しており、プロジェクトの直接雇用状態である。

県保健局は、残念ながらオーナーシップが高い状況とはいいがたく、プロジェクトの今後の方向性をどのように考えているのか、今回の調査では確認できなかった。言葉を換えれば、JOCV活動の成果を共有・引き継ぐべきカウンターパートが不在であり、活動の持続性に乏しい状況に置かれている。

(3) 今後のエイズ対策分野でのボランティア派遣方針

1) マジュンガグループ派遣

これまでの活動の成果を引き継ぎ、より持続的な協力とするために次の取り組みを行う。

①中間評価を実施し、これを機会に保健省をはじめとするマ国側の関与を強めた実施体制を構築するよう働きかける。②中間評価の結果を引き継いで、現場にて新たな実施体制を構築していくフィールド調整員を派遣する。

2) 予防啓発活動

マ国では、公式に発表されている最新のHIV/エイズ感染率は1%前後である。一方で、性感染症の感染率が近隣諸国と比して高い状況にあり、予防啓発活動の重要性が認識されている。一般に、感染者に対するケアに対応できるボランティアの確保は困難な状況にあり、以上を鑑み、ボランティアの活動領域は、予防啓発分野とする。

3) 青少年対象

2007年3月には、マ国政府自身が、エイズ対策に関する青少年向けの予防・啓発活動が十分でなかったことを認識し、CNLSは同月から青少年に対する予防啓発活動を行う担当者をUNICEFの支援のもと雇用した。ボランティアのマ国におけるこれまでの活動実績からみても、青少年対象というのは妥当な選択肢であり、ボランティア派遣もこの分野に重点を置く。

なお、UNICEFとの協議の結果、青少年活動分野で実績のあるJOCVとの連携可能性が確認され、CNLS/UNICEFによる重点県が決定する今後、事務所ベースで協議を続けることとした。また、UNFPAからもJOCVとの連携を実施していきたい意向が表明されたため、UNICEFと同様の対応とする。

4) 都市部から村落部への展開

マジュンガグループの活動からも、都市部に比べて、アクセスの悪い村落部については

エイズ関連情報が浸透していない状況が確認されている。今後、ボランティアは都市部から村落部へ展開していくことを検討しており、青少年対象の予防啓発活動についても、重きはなるべく村落部へと移していく。

4-11 実施にあたっての留意事項

- (1) GFATM 等潤沢な資金を背景としている大統領府直轄の CNLS に比べ、国家全体の保健行政を所掌する保健省のイニシアティブが弱い。本プロジェクトの実施プロセスにおいて保健省のイニシアティブの強化につながるよう取り組んでいくべきである。
- (2) HIV 検査をはじめとして、HIV/エイズに関連する各種技術に関し、HIV/エイズ自体が比較的新しい課題であり、また世界的に重要な課題であるため、技術面の革新が速やか、かつ頻繁になされている。協力期間中においても国際的なガイドラインの刷新や新しい検査キットの導入等の可能性があり、本プロジェクトは柔軟な対応をしていくことが望まれる。また、HIV/エイズ対策では関係機関が非常に多く、動きが速い援助協調の中でタイミングよく連携・調整していくことが前提となる。そして、VCT は単独孤高のサービスではなく、地域の保健サービス（あるいは教育機関等）と連携してなされるべきであり、国の行政機関が必要な体制整備、関係者の能力強化に努めるべきであり、本プロジェクトは、HIV 検査・カウンセリングを既存の一般保健医療サービスと統合的に普及させていこうとするマ国の方針を支援する形で実施するものである。したがって、本プロジェクト実施にあたっては、マ国での直接対象としているサービスに関する状況だけでなく、マ国の保健セクター全般の動向（特に地方分権化の動向）、世界的な動向も把握して、柔軟に対応していく必要がある。
- (3) 本プロジェクトは、マ国政府の予算措置への働きかけをプロジェクト活動（主に成果 2 の活動）を通じて行うとともに、GFATM や他ドナーからの支援が得られるよう働きかけを行うことを活動に含んでいる。在マダガスカル日本大使館は GFATM のマ国の国家調整メカニズム（CCM）のメンバーとなったが、現場の実情と GFATM の策定・調整を効果的につなげるよう、プロジェクト専門家、日本大使館、JICA 事務所の連携体制の早期構築が必要である。
- (4) 我が方技術協力は、ともすればドナーの協力投入の引き上げとともに活動全体が終息しがちなエイズ援助ドナーの手法ではなく、我が方のオーソドックスな手法：協力の成果が現場のシステムに植え付けられる技術移転・能力強化手法に執着するべきである。

4-12 モニタリングと評価

(1) モニタリング

モニタリングは、プロジェクトの活動の一部として実施され、その結果はプロジェクトの軌道修正のために活用される。プロジェクトの活動全体の進捗モニタリングは、実施機関と日本人専門家からなるプロジェクトチームが協同で、活動計画表（PO）に沿って計画どおりに活動が実施されているかどうか確認する作業である。また個々の活動がどのように行われているか検証する、いわゆるプロセスモニタリングは、毎月行い、その結果を月例会議で報告・共有する。このほか、成果やプロジェクト目標の達成度のモニタリングは、PDM に記載

されている指標を使い検証していく。各指標の目標値は、プロジェクト開始後6カ月を目処に指標のベースラインデータを取る際に設定する。

(2) 評 価

評価は、プロジェクト開始後2年後に中間評価を、終了の半年前に終了時評価を実施する。これらの評価は、マ国と日本の各分野の専門家で構成される合同評価チームによって行われる。プロジェクトの終了時評価は、プロジェクトの実施プロセス、PDMを基に成果とプロジェクト目標の達成度を、評価5項目に基づき評価するものである。評価結果は関係機関にフィードバックされ、プロジェクト終了時までの提言として活用されるとともに、類似プロジェクトへの教訓として使われる。

第5章 プロジェクト実施の妥当性

5-1 妥当性

本プロジェクトは以下の理由から妥当性が高いと判断できる。

- (1) HIV/エイズ対策はマ国政府の国家開発計画「マダガスカル国家活動計画（MAP）（2007-2012）」における最重要課題の1つとして位置づけられている。さらに、HIV検査・カウンセリングの受診促進によるHIV予防対策の重要性は、同計画はじめHIV/エイズ対策及び保健セクターにおける各種政策及び戦略において明記されている。したがって、HIV検査・カウンセリングサービス提供体制の強化を目指した本プロジェクトは、政策面からみて実施は妥当である。
- (2) 前述（3.（3））のとおり、我が国の援助方針（「保健と開発」に関するイニシアティブ等）、JICA 国別事業実施計画とも合致していることから、実施は妥当であるといえる。
- (3) 本プロジェクトで強化するHIV検査・カウンセリングは、国際的にHIV感染予防対策として重要かつ有効なサービスとして認識されており、また、HIV陽性者に対しても治療やケアへのエントリーポイントとして強化が必要なサービスである。マ国のHIV/エイズ対策はまだ初期段階にあり、HIV検査・カウンセリングを軸にHIV/エイズ対策の実施体制強化に資する本プロジェクトは、マ国の現状に鑑みて妥当性が高いと判断される。
- (4) 本プロジェクトの直接の協力対象は保健省及び県保健局である。これまで、HIV/エイズ対策はSE/CNLSが先導して進められてきており、保健医療セクターでの舵取り役となる保健省の機能はそれに比して脆弱であるが、現在、マ国政府は保健医療セクターの対策は保健省が主体となって実施する体制へと移行させようとしている。このような状況の中、保健省及び県保健局のマネジメント強化支援に取り組む本プロジェクトに対する保健省及び関係機関からの期待は大きい。本プロジェクトは、現場でのサービス提供を直接的に強化するものではないが、提供するサービスの基準を整備し普及徹底させていくものであり、また、マ国がHIV/エイズ対策を公平、効果的かつ長期的に展開していくために、行政機能の強化の必要性は非常に高く、本プロジェクトの実施の妥当性は高い。

5-2 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性が見込める。

- (1) 本プロジェクトは、これまで独立型のVCTセンターでのサービス提供ではアクセス拡大に効率的・効果的に結びついていない状況を踏まえ、妊婦健診へのHIV検査・カウンセリングの導入等、既存の保健医療サービスと統合的にHIV検査・カウンセリングの拡大を図っていくとする方針のもと実施される。まず、HIV検査・カウンセリングに関する国家政策・基準・ガイドラインを整備し、関係機関がそれらを活用する（成果1）ことにより、サービスの質を標準化できるようにする。さらに、保健省と県保健局担当部署の報告・データ管理・

モニタリング・巡回指導・計画策定の強化（成果2）により、運用の強化を通じてサービスの質の標準化を行う。また、現行方針・戦略における課題の抽出と解決策の検討、保健医療施設を訪れない人々の受診促進（青年の家、移動診療チームの活用等）のための方策を小規模に試行し、次期戦略に反映可能な方策を実証・検証する（成果3）。成果3に関しては、活動を通じて保健省性感染症・HIV/エイズプログラムの戦略・計画策定能力を向上することを意図している。したがって、各成果はHIV検査・カウンセリングのサービスの質的向上及びサービス提供能力の強化に資するものである。

- (2) プロジェクト目標の指標は、現存の活動計画、戦略中で採用されている指標を用いているため、入手可能かつモニタリングにも使用可能な指標となっている。
- (3) プロジェクト目標を達成するための外部条件である「人材育成、施設改修、活動に必要な予算、検査キット等必要物品が計画どおり確保される」、「保健省・県の担当者の異動が頻繁に起こらない」、「一般医療サービスへの人々のアクセスが悪化しない」は、マ国政府のコミットメントと各ドナーからの支援状況から判断して、満たされる可能性は高い。

5-3 効率性

以下の理由から、本プロジェクトの効率的な実施が見込める。

- (1) 本プロジェクトでは、他ドナーの支援との重複を避け、連携を取って事業を進めるよう、活動計画が策定されている。つまり、既に国のプログラムとして計画しているHIV検査・カウンセリング分野の事業（例えばHIV母子感染予防に関する基準書の策定等、資金源はGFATMやUNICEF等）の遂行を支援し、不足部分を調整・補完し、次期予算計画策定の適正化を支援するという手法により効率的な実施を行っていく。
- (2) さらに、プロジェクト開始当初から保健省内関係部局、SE/CNLSや他ドナーとの連携協調を図りながら、全国の県保健局を巻き込んで活動を実施していくことにより効率性を高めていく。
- (3) 本プロジェクトでは、長期専門家2名を配置し、日本からの短期専門家とともに現地人材を活用する予定である。HIV/エイズ対策では関係機関が非常に多く、動きが速い援助協調の中でタイミングよく連携・調整していくことが前提となる。上記体制は類似プロジェクトに比較しても妥当な体制と考えられる。
- (4) 成果達成のための外部条件「HIV/エイズ対策に関する政策が大幅に変わらない」は、マ国政府の安定的な政治体制とこれまでのコミットメントから判断して、条件が満たされる可能性は高い。

5-4 期待されるインパクト

本プロジェクトのインパクトは、以下のように予測できる。

- (1) 上位目標「マダガスカルにおける HIV 感染率が 1 %未満に維持される」は、国家開発計画「マダガスカル国家活動計画 (MAP) (2007-2012)」の目標として定められているものであり、本プロジェクトの指標として妥当である。また、指標の入手手段も適切である。
- (2) 本プロジェクトは、HIV 検査・カウンセリングを既存の一般保健医療サービスと統合的に普及させていこうとするマ国の方針を支援する形で実施する。他の一般保健医療サービスと統合的に、情報管理、モニタリング等の分野の改善も行っていくものであり、HIV 検査・カウンセリングのみならず HIV/エイズ対策全般、また、他の一般保健医療サービス全般の質の向上への裨益や、医療従事者への業務負荷の軽減が期待される。
- (3) 上位目標達成のための外部条件である、「HIV 教育・啓発」の強化は、CNLS が中心となり、各ドナーの協力のもと、全国的に活動が精力的に進められており、現時点でのコミットメントが高いことから満たされる可能性が高い。
- (4) HIV 検査をはじめとして、HIV/エイズに関連する各種技術に関し、HIV/エイズ自体が比較的新しい課題であり、また世界的に重要な課題であるため、技術面の革新が速やか、かつ頻繁になされている。協力期間中においても国際的なガイドラインの刷新や新しい検査キットの導入等の可能性があり、政府及び関係ドナーと調整しながら本プロジェクトは柔軟な対応をしていくことが望まれる。
- (5) 本プロジェクトの及ぼす影響として、HIV 検査・カウンセリング受診者数の増加に伴う HIV 陽性と特定される人の増加、つまりは陽性者数の増加が予測される。したがって、HIV 検査・カウンセリングの促進と同時に、陽性者への治療、社会・心理的支援への体制整備も進めていく必要がある。現在、マ国においては、HIV 陽性者数の増加を見込み、「効果的 HIV/エイズ対策のための活動計画 (2007-2012)」では、2012 年までの陽性者への ART (抗レトロウイルス薬による治療) と社会・心理的支援の提供者数に関する目標を設定し、GFATM や GTZ (ドイツ技術協力公社) 等ドナーの支援のもと、対策を進めている。本プロジェクトでは、陽性と判明した人が必要な治療や支援が受けられるよう、保健医療施設や陽性者支援組織との連携関係の構築を念頭に置いた活動を行うとともに保健省関係部局や CNLS、各ドナーへの働きかけを行っていく。

5-5 自立発展性

以下のとおり、本プロジェクトの効果は、相手国政府によりプロジェクト終了後も継続されるものと見込まれる。

- (1) HIV/エイズ対策はマ国の国家政策上の重要課題と位置づけられており、政府のコミットメント及び各ドナーからの支援は継続的に確保されると予測される。
- (2) 本プロジェクトの協力対象機関は保健省の性感染症・HIV/エイズプログラムであり、国家の保健医療分野における HIV/エイズ対策プログラムの政策策定・計画・実施・評価を行う

同プログラムへの支援を通じ、プロジェクトの成果が直接国家レベルの政策及び制度に反映・維持されることが期待される。また、県保健局も協力対象としており、地方分権化の方針のもと、実質的に事業を計画・実施する責任機関となる県保健局の能力強化は、協力終了後も効果を発揮するものと予測される。更には、中央と地方の協働体制強化を意図しており、そのようなシステムを念頭に置くことで、プロジェクトの効果はより維持されやすいものとなる。

- (3) 終了後の本プロジェクトの効果の普及・継続（例えば、基準・ガイドライン等の継続的普及）に関しては、マ国政府の予算措置への働きかけをプロジェクト活動（主に成果2の活動）を通じて行うとともに、GFATM や他ドナーからの支援が得られるよう働きかけを行う。本プロジェクトの実施にあたり、在マダガスカル日本大使館は GFATM のマ国の国家調整メカニズム（CCM）のメンバーとなった。本プロジェクトが日本大使館・JICA 事務所とともに GFATM の計画策定やモニタリングにも関与することで、マ国の GFATM とプロジェクト活動との整合性の強化や、プロジェクトの成果の普及手段としていく。