

ケニア共和国
エイズ対策強化プロジェクトフェーズ2
事前評価調査報告書

平成21年7月
(2009年7月)

独立行政法人国際協力機構
ケニア事務所

序 文

日本国政府は、ケニア共和国政府の要請に基づき、国家エイズ・性感染症対策プログラム（National AIDS and STI Control Programme: NASCOP）を実施主体とする技術協力プロジェクト「エイズ対策強化プロジェクトフェーズ2」を実施することを決定しました。

当機構は、プロジェクトの実施に先立ち、本件協力を円滑かつ効率的に進めるため、2009年5月17日から6月6日にわたり、事前評価調査を行い、本件の背景を確認するとともに、ケニア共和国政府と本件協力の実施方針について協議を行い、その結果について先方と協議議事録（R/D）を締結しました。

本報告書は事前評価調査の結果及び協力の実施に向けた方針を取りまとめたものです。

終わりに本調査の実施にあたりご協力いただきました関係者の皆様に感謝申し上げるとともに、今後の一層のご支援をお願いする次第です。

2009年7月

独立行政法人 国際協力機構

ケニア事務所長 高橋 嘉行

目 次

序 文

略語一覧

事業事前評価表

| | |
|---|----|
| 第1章 調査概要 | 1 |
| 1-1 要請背景 | 1 |
| 1-2 調査目的 | 1 |
| 1-3 調査団の構成 | 1 |
| 1-4 調査日程 | 2 |
| 1-5 主要面談者 | 2 |
| 第2章 プロジェクトの実施の背景と課題 | 3 |
| 2-1 ケニアの保健医療状況 | 3 |
| 2-2 ケニアにおける HIV/AIDS 対策の現状と課題 | 3 |
| 2-3 ケニアにおける HIV 検査・カウンセリングプログラムの現状と課題 | 5 |
| 2-4 他ドナーの取り組み | 10 |
| 第3章 プロジェクトの計画 | 13 |
| 3-1 プロジェクト概要 | 13 |
| 3-2 プロジェクトの協力アプローチ | 15 |
| 3-3 プロジェクト形成の経緯 | 17 |
| 3-4 合意された協力枠組みの理論的根拠 | 19 |
| 3-5 プロジェクトの戦略 | 23 |
| 3-6 プロジェクト実施体制 | 25 |
| 3-7 その他実施上の検討課題および留意事項 | 29 |

別添1 調査日程

別添2 M/M

別添3 R/D

略 語 一 覧

| 略 語 | 英 語 | 和名・和訳 |
|--------|---|-------------------------|
| AIDS | Acquired Immune Deficiency Syndrome | 後天性免疫不全症候群 |
| 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 |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention | 米国疾病管理センター |
| CBO | Community-based Organization | - |
| CSO | Civil Society Organization | - |
| DASCO | District AIDS and STDs Control Officer | 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 |
| DFID | Department for International Development | (英国) 国際開発庁 |
| DHMT | District Health Management Team | 県保健マネジメントチーム |
| DHR/IO | District Health Records and Information Officer | 県保健情報担当官 |
| DMLT | District Medical Laboratory Technologist | 県臨床検査技師 |
| DMO | District Medical Office | 県保健局 |
| DMOH | District Medical Officer of Health | 県保健局長 |
| 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・マラリア対策基金 |
| GTZ | Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit | ドイツ技術協力公社 |
| HCT | HIV Counseling and Testing | HIVカウンセリング・検査 |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus | ヒト免疫不全ウイルス |
| HMIS | Health Management Information System | 保健情報マネジメントシステム |
| IEC | Information, Education and Communication | 情報・教育・コミュニケーション |
| 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 |
| KDHS | Kenya Demographic Health Survey | ケニア保健統計調査 |
| KEMRI | Kenya Medical Research Institute | ケニア中央医学研究所 |
| KNASP | Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan | 国家エイズ対策戦略 |
| LVCT | Liverpool VCT Care and Treatment | リバプールVCT (NGO) |
| MARPS | Most at Risk Populations | (HIV/AIDS) 感染リスクの高いグループ |
| MDG | Millennium Development Goal | ミレニアム開発目標 |
| M&E | Monitoring and Evaluation | モニタリング・評価 |
| M/M | Minutes of Meeting | 協議実施議事録 |
| 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 |
| MSH | Management Science for Health | - |
| NACC | National AIDS Control Council | 国家エイズ対策協議会 |
| NASCOP | National AIDS and STI Control Programme | 国家エイズ・性感染症対策プログラム |
| NGO | Non Governmental Organization | - |
| NHRL | National HIV-AIDS Reference Laboratory | 国立HIV検査機関 |
| NPHLS | National Public Health Laboratory Services | 国立公衆衛生検査機関 |
| PASCO | Provincial AIDS and STDs Control Officer | 州エイズ・性感染症対策官 |
| PCM | Project Cycle Management | |
| 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 |
| PHR/IO | Provincial Health Records and Information Officer | 州保健情報担当官 |
| PITC | Provider Initiated Testing and Counseling | 医療提供者による検査・カウンセリング |
| PHMT | Provincial Health Management Team | 州保健マネジメントチーム |
| PMO | Provincial Medical Officer of Health | 州保健医療官 |
| PMTCT | Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV | HIV 母子感染予防 |
| PO | Plan of Operation | 実施計画 |
| QA | Quality Assurance | 品質保証 |
| QC | Quality Control | 品質管理 |
| QI | Quality Improvement | 品質改善 |
| SPEAK | Technical Cooperation Project on Strengthening People Empowerment Against HIV/AIDS in Kenya | エイズ対策強化プロジェクト |
| TICAD | Tokyo International Conference on African Development | アフリカ開発会議 |
| 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・検査 |
| WB | World Bank | 世界銀行 |
| 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 |

事業事前評価表（技術協力プロジェクト）

作成日：2009年9月25日

担当部・課：ケニア事務所

| |
|--|
| <p>1. 案件名</p> <p>ケニア国エイズ対策強化プロジェクト フェーズ2</p> <p>Project for Strengthening People Empowerment Against HIV/AIDS in Kenya (SPEAK) Phase II</p> |
| <p>2. 協力概要</p> <p>(1) <u>プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述:</u></p> <p>本件は、ケニア政府が 2013 年までにケニア国民の 80%がHIV検査を受検するという国家目標に沿って HIV 検査とカウンセリング (HTC: HIV Testing and Counseling) サービスを急速に拡大する過程において、サービスの質を維持・向上させるために必要な保健行政の各レベル(中央・州・県)の能力強化を目標とする。中央レベルにおいては、国家エイズ・性感染症対策プログラム (NASCOP: National AIDS and STI Control Programme) の管理・運営・調整能力を強化し、HTC サービスの質を標準化するための国家基準や各種ツールの策定と、それらを州・県へ普及するための研修実施を支援する。また、中央・州・県の各レベルにおけるモニタリング・評価能力の強化を支援する。フェーズ 2 においては、新たに実証サイト(3 県程度)を設定し、国家基準や各種ツールの有効性を現場で検証した上で、得られた知見・教訓の政策への還元を図る。また、国家基準や各種ツールの普及を促進する上でも、同サイトを活用する。</p> <p>上記国家目標の達成に向けて様々なドナーが財政的支援や HTC サービスの実施支援等を行う中、JICA は、これら HTC サービスの拡大ならびに標準化に責任を持つ NASCOP の能力強化に主眼を置き、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 6 月～2009 年 6 月)」を通じて、日本人専門家を NASCOP に派遣し、中央レベルでの国家 HIV 検査・カウンセリング政策ガイドラインや各種オペレーショナルマニュアルの策定等にかかる支援を行なった。結果として、他ドナーと協調し、プロジェクト目標であった HIV 検査数の毎年 10%増を達成した。同プロジェクトに加え、JICA は、「エイズ予防プログラム」として、無償資金協力を通じた HIV 迅速検査キットの供与や、県保健局や NGO へのボランティア派遣を組み合わせることで、中央から地方・草の根レベルに至る一貫した協力を行った。フェーズ2では、国家目標達成のため HTC サービスの量的な拡大が進められる中、HTC サービスの質を維持、向上させるには、フェーズ1で開発を支援した上記政策ガイドラインを着実に実行に移していくことが必要となることから、そのための中央、州、県レベルにおける能力強化を図る。</p> <p>(2) <u>協力期間:</u> 2010 年 1 月～2014 年 1 月(4 年間)</p> <p>(3) <u>協力総額(日本側):</u>約 4 億円</p> <p>(4) <u>協力相手先機関:</u> 公衆衛生省国家エイズ性感染症対策プログラム (National AIDS and STI Control Programme (NASCOP))</p> <p>(5) <u>国内協力機関:</u>なし</p> <p>(6) <u>裨益対象者及び規模:</u></p> <p>直接裨益対象者:NAS COP・州・県の HTC プログラム関係者、実証サイトにおける HTC サービス</p> |

提供者(約 3,000 名)

間接裨益対象者:年間約 300 万人の HTC サービス受益者

3. 協力の必要性・位置付け

(1) 現状及び問題点:

「ケ」国政府は、「国家エイズ対策戦略計画(2005/6-2009/2010)」(Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan: KNASP II)に基づき、「新規感染の予防」、「治療とケアの推進」、「社会的影響の軽減」を3つの柱として包括的な対策を進めてきた。

「新規感染の予防」としては、HIV検査の受診を促進することにより、多くのHIV感染者を早期発見、早期治療するために、従来の自発的 HIV 検査とカウンセリング(VCT: Voluntary Counseling and Testing)に加えて、国民が自発的にVCTセンターで検査を受診するのを待つばかりではなく、病院等で保健医療従事者側からHIV検査を進める方法(PITC: Provider-Initiated Testing and Counseling)を2007年に導入するなどの方策がとられてきた。その結果、HIV 検査受検率は、2003年の14%から36%にまで上昇したことが、2007年に実施されたケニアエイズ指標調査(KAIS: Kenya AIDS Indicator Survey)で明らかになった。

JICA は、2006年から3年間にわたり、「HIV 検査数の年間10%の増加」をプロジェクト目標とした「エイズ対策強化プロジェクト」を実施した。同プロジェクトでは、従来のVCTと、PITC等をHTCサービスとして一本化すべく、「国家 HTC 政策ガイドライン」の策定支援をはじめとして、関連するオペレーショナルマニュアル等の策定、HTCサービスに関連する人材の育成、VCTサービスの質保証のための同サービス認定制度の強化等を実施し、他パートナーとの協働のもと、プロジェクト目標を達成、もってKNASP IIに規定された国家目標の達成に貢献した。

しかし、「2010年までにケニア国民の80%がHIV検査とカウンセリング(HTC: HIV Testing and Counseling)を受検する」という国家目標(ユニバーサルアクセス)の達成にはほど遠く、HIVに感染していることが判明した者の83%は過去に検査経験がない、あるいは検査経験はあってもHIVステータスを正しく認識していないことが、前述のKAISで明らかになった。こうした調査結果を受けて、ユニバーサルアクセス達成の目標年は「国家エイズ対策戦略計画(2009/10-2012/2013)」(Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan: KNASP III)に引き継がれ、2013年まで延長されることとなった。

そこで、ケニア政府は、新しい目標達成に向けて、行動計画書「Roadmap For Achieving Universal Knowledge of Correct HIV Status in Kenya by End 2010」の策定、HTC研修カリキュラムの開発、HTCサービス基準の策定を開始した。特に、HTCサービスの、主に量的拡大が目標とされるなかで、サービスの質も同じく保証される必要があるため、「定められた手順に従って検査をする」、「得られた検査結果を正しくクライアントに伝える」、「陰性者には感染予防の教育を行う」、「陽性者には、受容を支えるためのカウンセリングを行うとともに、他者への新規感染を予防するための教育をし、結核のスクリーニングやエイズ治療やケアなど、必要なサービスを実施、紹介する」、「提供したサービスを分析し、今後のサービス計画に活かす」ことが着実に実施されなくてはならない。したがって、一般人口への感染が広がっているなかで、HIV検査の拡大を新規感染予防に確実につなげていくためには、単に件数を増やすだけでなく、検査が正しく実施され、その結果が本人に伝えられるとともに、必要なケアとサポートが提供される必要がある。

かかる状況下、JICAは、今後上記政策ガイドラインを実行に移すために必要となる具体的な方策の策定と現場への普及をはかることが、良質なHTCサービスの確保および普及に不可欠であることが

ら、ケニア公衆衛生省からの要請に応じ、本プロジェクトを通じた支援を行うこととなった。

(2) 相手国政府国家政策上の位置付け:

プロジェクトは、KNASP III(2009年4月8日付案)を構成する4つの柱のうち、柱1「保健セクター HIV サービス提供」に位置づけられるものである。柱1の下では、「保健二省(公衆衛生省及び医療サービス省)は、サービス提供者を通じて、政府が優先的サービスとして選定した各種予防・治療ケアサービスを確実に提供すること」ことを戦略目標として掲げており、プロジェクトは、その下に設定されているアウトプットの1つである「2013年までに80%のHTCサービス提供者がガイドラインと標準に沿って良質のHIVサービスを提供する」に貢献するものである。

(3) 我が国援助政策との関連、JICA国別事業実施計画上の位置付け:

「保健と開発に関するイニシアティブ」(2005年6月)には、ミレニアム開発目標6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。このうち、本プロジェクトは「VCTの普及・促進」と整合している。

また、本プロジェクトの支援分野は、「対ケニア国別援助計画(外務省)」の重点5分野の一つである「保健・医療」に位置づけられ、同方針に沿って作成された「JICA国別事業実施計画」(2006年8月改訂)における保健・医療分野の開発課題「エイズ・感染症問題の改善」、「エイズ予防プログラム」に位置づけられている。同プログラムにおいては、HIV検査数の増加を目標とし、フェーズ1に引き続き本案件を主軸とし、無償資金協力によるHIV検査キット供与、ボランティア派遣等を組み合わせた協力を展開する。

4. 協力の枠組み

(1) 協力の目標(アウトカム)

1) 協力終了時の達成目標(プロジェクト目標)と指標・目標値

【プロジェクト目標】

良質のHTCサービスを拡大するための中央政府・州・県の同サービスプログラム運営管理調整能力が強化される。

【指標】

1. NASCOPによるHTCの質保証にかかる事業方針を事業計画として取り組んでいる州、県の割合(基準値、目標値ともにプロジェクト開始後に決定、以下基準値、目標値の記載のない指標については、プロジェクト開始後に決定)
2. プロジェクトで新たに設定される国家HTCサービス認証制度に参加するHTCサービス提供機関の割合

2) 協力終了後に達成が期待される目標(上位目標)と指標・目標値指標

【上位目標】

良質なHTCサービスが提供される。

【指標】

1. HTCサービスのクライアント(受け手)の満足度の増加
2. HIV陽性者のうち、包括的エイズケア(結核治療、各種予防内服、抗レトロウィルス治療等)に

紹介されたクライアント数の増加

3. 3年間に少なくとも 300 万人のケニアにおける年間 HIV 受験者数の増加 (基準値:年間 200 万、目標値 300 万人)

(2) 成果(アウトプット)と活動

- 1) NASCOP の管理運営および調整能力が強化される。

【指標】

- 1-1. HTC 政策・ガイドライン下に位置づけられる各種文書の策定数(例: HTC サービス基準および HTC トレーニングカリキュラム)

【活動】

- 1-1. 国家 HTC サービス質保証にかかる基準を策定・配布する。
1-2. HTC サービスの質保証にかかる実施体制(登録/免許/認定制度等)を構築・運営する。
1-3. (国家 HTC 政策・ガイドラインに基づいた) HTC 研修カリキュラムが完成する。
1-4. (上記 1-3 で完成した) HTC 研修カリキュラムの、公認された研修機関での課程化を促進する。
1-5. サービス標準化に資する方策及び展開のための計画等を策定する。

- 2) 標準化された HTC サービスを確実に提供するためのツールの開発と配布、および研修が行われる。

【指標】

- 2-1. トレーナー養成研修受講者のうち、実際にサービス提供者を対象とした研修に従事しているトレーナーの数
2-2. HTC サービスを国家標準業務手順(SOPs: Standard Operating Procedures)に準じてサービスを提供しているサービス提供者の割合

【活動】

- 2-1. HTC サービスの質保証に資する各種ツール(例: カウンセリングのために最低標準、ジョブエイド、結核スクリーニングツール等)を開発する。
2-2. HTC 研修カリキュラムに基づき、トレーナー養成研修を実施する。

- 3) HTC サービスに関する良質なデータ管理に基づくモニタリング・評価能力が強化される。

【指標】

- 3-1. HTC サービス実施報告の提出率(基準値: 50%、目標値: 90%)
3-2. 期限内に提出される HTC サービス実施報告の割合
3-3. 正確な HTC サービス実施報告の割合
3-4. NASCOP による州と県に対する収集したデータに基づくフィードバックの頻度(基準値: ゼロ、目標値: 四半期に一回)

【活動】

- 3-1. HTC 記録用紙を標準化し、普及する。
3-2. NASCOP の M&E 担当官、および州と県の保健情報管理担当官に、データ管理(例: 収集、

指導や監査など)に関する研修を行なう

- 3-3. 公衆衛生省保健情報課で収集された HTC サービスに関するデータを NASCOP 内部、NACC(国家エイズ対策協議会)、および他パートナー間で共有する。
- 3-4. NASCOP において、HTC サービスにかかるデータベースを構築し管理する。
- 3-5. NASCOP、州、県レベルにおいて、データの分析評価にかかる研修を行う。
- 3-6. NASCOP、州、県レベルにおいて、年 2 回、HTC サービスの実施状況を分析し、報告書を作成する。

- 4) 実証サイトにおいて、国家 HTC サービスの質管理・保証・向上にかかる制度やツールの有効性が検証され、その結果が政策にフィードバックされる。

【指標】

- 4-1. 合同調整委員会、ステアリングコミッティーにおいて、実証サイトにおける HTC サービスの質の管理、保証、改善にかかる現存、もしくは新たな方策の有効性の検証結果がフィードバックされた回数(基準値:ゼロ、目標値:毎回)
- 4-2 実証サイトを訪問した非実証サイト県の割合(基準値):ゼロ、目標値:1割)

【活動】

- 4-1. 実証サイトの選択と設置を行う(ベースライン調査の実施を含む)。
- 4-2. 実証サイトでの、HTC サービスへの全面的な質の管理・保証に関する方策の適用を促進する。
- 4-3. HTC サービスの質の管理、保証、改善にかかる現存のあるいは新たな方策(例:標準化された顧客満足度調査、サービス提供者の満足度調査方法等)の有効性を検証する。
- 4-4.(上記 4-3 で実施した)検証結果を HTC 政策に還元する。
- 4-5. 非実証サイトに対して、(実証サイトにおいてその有効性が実証された)HTC サービスの質管理、保証、改善の方法を全面的に適用することを啓発する。

(3) 投入(インプット)

①日本側

- ・専門家派遣(長期専門家 3 名:チーフアドバイザー/M&E、HTC サービスの質向上、業務調整、短期専門家数名:HIV結核連携、オペレーショナルリサーチ、データベース構築管理等)
- ・供与機材(車両等)
- ・ローカルコスト(研修・ワークショップ経費等)

②ケニア国側

カウンターパート人件費、プロジェクトオフィス、施設・土地確保、その他

外部要因(満たされるべき外部条件)

[前提条件]

- ・ 現在と比較してドナー環境が著しく変化しない。

[アウトプット達成のための外部条件]

- HTC 政策にかかる現行の実施方針に著しい変更が生じない。
- データ収集に係る役割を巡って NASCOP と HMIS が対立しない。
- 実証サイト(県)の統廃合が起きない。

[プロジェクト達成のための外部条件]

- NASCOP の役割と人員配置が著しく変化しない。
- (2012 年に予定されている大統領選挙によって)政局が悪化しない。
- トレーニングを受けたサービス提供者の多くが離職しない。

[上位目標達成のための外部条件]

- ケニア政府および開発パートナーによってユニバーサルアクセス達成に向けた努力が維持される。
- ケニア政府および開発パートナーが HTC サービス提供のために必要な資源を配分し続ける。

5. 評価 5 項目による評価結果

(1) 妥当性

ケニア国政策と日本側援助政策、およびケニア国のニーズに照らし合わせて、本プロジェクトの妥当性は高いと判断される。

1) ケニア国政策における妥当性

ケニア政府は、HIV/エイズ対策分野の政策として、「国家エイズ対策戦略計画(2009/10-2012/2013)」(Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan: KNASP III)を策定中である。プロジェクトは同計画(2009年4月8日時点ドラフト)における4つの柱のうち、柱1「保健セクターHIVサービスデリバリー」のもとにある戦略目標「保健二省(公衆衛生省及び医療サービス省)は、サービス提供者を通じて政府が優先的サービスとして選定した各種予防・ケア・治療およびこれらを組み合わせたサービスを提供する」のアウトプット「2013年までに80%のサービスデリバリー・ポイントがガイドラインと標準に沿って高質のHIVサービスを提供する」に沿ったものである。

2) 日本側政策における妥当性

上記3.(3)に記載のとおり、本プロジェクトは、日本側政策との整合性が高い。加えて、第4回アフリカ開発会議(TICAD IV; 4th Tokyo International Conference on African Development)「横浜行動計画」は、今後5年間に取り組むべき事項とし、「HIV/エイズのための中央政府の組織を強化し、新規感染予防に重点を置く」とされているが、これは本プロジェクトの支援分野に合致するものである。同行動計画では、今後5年間で10万人の保健・医療従事者を研修するとの数値目標が設定されているが、本プロジェクトでは、HTC 研修カリキュラムの策定並びにその研修に関する支援が含まれており、この目標達成に貢献するものである。

3) ニーズに照らし合わせての妥当性

「ケ」政府は援助機関とともに2013年までのユニバーサルアクセス達成に向けた取り組みを加速させているが、2007年におけるHIV検査数は成人人口(15-64歳)の36%に留まっており、目標値である80%に至るには更なる努力を要する。また、KAISによれば、感染者のうち8割以上はHIV陽性であることを知らなかったことが明らかになったが、これはケニア国内の感染者約140万人のう

ち、約 100 万人以上が自身の感染を知らないままに他者への感染を広げるリスクがあることを意味する。本プロジェクトは、良質のサービスを拡大することによって HIV 陽性者を早期発見し、他者への感染を防止することが期待されるものであり、「ケ」国のニーズに合致していると言える。

(2) 有効性

本プロジェクトでは、良質の HTC サービスを提供するために(上位目標)、同サービスの拡大にかかる中央 NASCOP・州・県の同サービスプログラム運営管理調整能力が強化されること(プロジェクト目標)を目指すというシナリオが設定されている。また、中央による政策枠組み策定支援のためのアウトプットと、開発された方策等の現場における適応可能性や有効性を試行して政策枠組み策定プロセスに還元させることを目的としたアウトプットの両方を設定することで、現場のニーズや実情を的確に反映した政策策定のサイクルを確立させるという機能を強化することも留意されていることから、4 つのアウトプット達成からプロジェクト目標達成に至るシナリオは適切であると判断される。よって、十分な有効性が見込まれるものである。

(3) 効率性

プロジェクトの形成に際しては、限られたリソースで最大限の成果を発現させるため主に 2 つの点に留意した。その結果、効率性が見込まれるプロジェクトの枠組となっている。

第 1 に、KNASP III(2009 年 4 月 8 日ドラフト)が最終目的としているユニバーサルアクセスのためには、サービスデリバリー・ポイントにおいてサービス提供者が良質な HTC サービスを提供するとともに、より多くのサービスの受け手がサービスにアクセスできるようになること、つまりサービスの受け手に対する啓発が必要であるとの認識のもと、フェーズ 1 においては、その双方へのアプローチを行なったが、本プロジェクトにおいては、資源集約の観点から、サービス提供者側のみに対する協カシナリオを選択した。

第 2 は、無償資金協力を通じた HIV 検査キットの供与との連携による相乗効果の発現の観点からの検討である。HIV 検査キットについては、サービスデリバリー・ポイントで検査キットがしばしば在庫切れとなる課題が指摘されているが、その原因については、未だ十分な説明がされていない。従って、本プロジェクトが実証サイトにおいて HIV 検査キットの使用状況や課題をモニターし、政策レベルにフィードバックし、必要な対策の実行を促進することにより、双方の協力の相乗効果が期待できる。

(4) インパクト

プロジェクトは NASCOP を直接の支援対象としてその組織の能力を強化し、それによって州・県の機能が強化されることを目的とした(プロジェクト目標)のものであり、その結果、サービスデリバリー・ポイントで良質な HTC サービスが提供される(上位目標)ことを想定した協カシナリオとなっている。プロジェクト目標の達成が上位目標(インパクト)の達成に繋がるためには、外部条件として指摘した通り、「ケニア政府および開発パートナーによってユニバーサルアクセス達成に向けた努力が維持される」こと、および「ケニア政府および開発パートナーが HTC サービス提供のために必要な資源を配分し続ける」ことが必要となる。また、本プロジェクトでは、実証サイトの活動の 1 つに非実証サイトとの経験の共有が含まれており、実証の活動を通じて有効性が確認されたサービスパッケージは「ケ」国政府や他援助機関との協力により普及されると考えられるためである。プロジェ

クト実施中から、APHIA II 等サービス提供者を直接の支援対象として活動を実施している他援助機関との協力の促進に留意することで、上位目標の達成度は高まるであろう。なお、負のインパクトについては事前評価調査時点では特に想定されていない。

(5) 自立発展性

プロジェクトは KNASP III の最終年となる 2013 年に終了するが、プロジェクトがアラインしている KNASP III には「ケ」国の上位計画である Vision 2030 や保健セクター戦略書等の主要開発戦略だけでなく、国際的なコミットメントであるミレニアム開発目標(HIV/エイズ対策は目標 6 のターゲット 7)が反映されていることから、プロジェクト終了後もエイズ対策分野に対する政策は継続される可能性が高い。

他方、財政的自立発展性については、NASCOP はこれまで同様に積極的な資金調達とドナー調整を展開していく可能性が高いが、2005/2006 年と 2007/2008 年における当該分野の活動資金の 95%以上は援助機関に頼っていること、うち、援助資金の割合ではトップを占める二国間援助(PEPFAR)による資金は増加傾向にあるものの、2 位を占める世界・エイズ結核マラリア対策基金の資金は減少傾向にあることが不安材料として認識される。

組織的・技術的な自立発展性に関しては、特にアウトプット4の実証サイトにおける活動に際し、県内の保健医療サービスに責任を持つ県保健局長はもちろんのこと、州保健局長をサイト選定のプロセスから巻き込み、オーナーシップを醸成することが、非実証サイトへの普及や活動の継続性を高める上で重要となる。また、フェーズ1の課題としても指摘された、HTC サービス提供者の高い離職率については、プロジェクトの外部条件でもあるところ、モニタリングが必要である。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

本件は、「ケ」国民を対象としたものであり、「2013 年までにケニア国民の 80%が HIV 検査とカウンセリングを受検する」というユニバーサルアクセスの達成の一端を担うものである。「ケ」政府は、今後、コミュニティベースのアウトリーチプログラムをより強化していくものとみられており、サービスの質の確保が施設のそれよりも困難であるアウトリーチプログラムにおいて、効率的に HIV 陽性者を見つけ出すことで、新規感染を予防し、最終的には弱者の支援に繋がることを期待される。また、結核のスクリーニングを HIV 検査の場で行うことで、特に結核の重症化のリスクが高い貧困層の負荷を軽減することも期待される。

ジェンダー配慮については、ケニアにおける 2007 年の HIV 感染率については男性よりも女性の感染率が高く、15-19 歳の女性は同年齢の男性と比べて約 3 倍、20-24 歳の女性は同年齢の男性と比べて約 5.5 倍も感染リスクが高いことが KAIS 調査で指摘されている。また、一般的に、貧困層が多く、医療施設へのアクセスが限られている遠隔地における住民の中でも特に女性の感染率が高いと言われているため、これらにより、本件は貧困・ジェンダーに配慮した案件であると言える。

環境に対する負の影響は特にないと判断される。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

フェーズ1の終了時評価で抽出された教訓に考慮し、以下の点に留意した計画策定を行った。

- プロジェクトデザインに関しては、プロジェクト期間および活用可能なリソースの規模に照らし合わせてプロジェクトスコープを決定し、より焦点を絞ることがプロジェクトの有効性と効率性を高めることの必要性が指摘されたことを考慮した。
- プロジェクトの実施体制に関しては、プロジェクトにおいて国家レベルの活動とフィールドレベルの活動とを繋げるメカニズムを構築することの重要性が確認されたことから、本件においては、中央レベルにおける政策的枠組や方法等の策定を支援するアウトプットと、それらの有効性を検証し、策定プロセスにフィードバックするアウトプットの両方を設定した。

8. 今後の評価計画

中間評価(年月)2011年11月

終了時評価(年月)2013年5月

第1章 調査概要

1-1 要請背景

ケニアにおける HIV 感染率は、1990 年代に比較すれば低下しているものの、2000 年以降大きな改善は見られず、依然として保健医療のみならず社会的にも深刻な影響を与えている。このような状況に対し、大統領府管轄のケニア国家エイズ対策協議会(NACC)は、「国家エイズ対策戦略計画(2005/6-2009/10)」に基づき、新規感染の予防、治療とケアの推進、社会的インパクトの軽減を進めてきた。また、ケニア政府は、同戦略の中で、新規感染の予防、治療やケアのエントリーポイントとなる HIV 検査の拡大を目指し、2010 年までにケニア国民の 80%が HIV 検査・カウンセリング(HTC)を受検すること(「ユニバーサルアクセス(UA)」)を戦略的目標として掲げ、ドナーや CSO 等の各種機関と協力し、国家 HTC キャンペーンの実施など、様々な活動を展開してきた。

JICA は、上記 HTC の量的な拡大を支援すべく、国家エイズ・性感染症プログラム(NASCOP)をカウンターパート機関とし、技術協力プロジェクト「エイズ対策強化プロジェクト(SPEAK)」(2006 年～2009 年)を実施してきた。同プロジェクトでは「国家 HTC 政策ガイドライン」の策定を支援した他、各種オペレーションマニュアルやトレーニングマニュアルの開発、モニタリング・評価の強化、サービスの質的確保にかかる人材育成や制度支援、ラジオ放送を通じた予防啓発等を実施した。加えて、無償資金協力を通じた HIV 検査キットの供与、ボランティア派遣による県、NGO・コミュニティレベルでの支援を通じて、「エイズ予防プログラム」として HTC サービスの促進に貢献をしてきた。

JICA のこれまでの協力の成果及びその他の現状を踏まえ、ケニア公衆衛生省(MOPHS)は、「ユニバーサルアクセス」を達成すべく、良質な HTC サービスの拡大にかかる能力強化を主眼においた「エイズ対策強化プロジェクト(フェーズ2)」を日本政府に要請し、2009 年度案件として採択された。

1-2 調査目的

- (1) 技術協力プロジェクトの枠組み(PDM、PO)及びプロジェクトの実施体制について、ケニア側と合意する。
- (2) 評価5項目によるプロジェクト概要の検証
- (3) 協議実施議事録(M/M)について、ケニア側と合意の上、署名交換する。

1-3 調査団の構成

| | | | |
|---|-------|----------|--|
| 1 | 高橋 嘉行 | 総括 | JICA ケニア事務所 所長 |
| 2 | 瀬古 素子 | HIV 結核連携 | ザンビア エイズ結核プログラムコーディネーター(JICA 専門家) |
| 3 | 竹中 優子 | HTC サービス | ケニア エイズ対策強化プロジェクト チーフアドバイザー/M&E を主軸とした保健行政強化(JICA 専門家) |
| 4 | 瀧澤 郁雄 | 保健行政 | JICA アフリカ地域支援事務所企画調査員 |
| 5 | 瀧本 康平 | 協力企画 | JICA ケニア事務所 所員(保健医療担当) |
| 6 | 喜多 桂子 | 評価分析 | グローバルリンク株式会社 シニアコンサルタント |

1 - 4 調査日程（詳細別添 1 参照）

喜多団員 2009年5月17日～6月6日

瀬古団員 2009年5月24日～6月4日

その他 2009年5月25日～6月5日

1 - 5 主要面談者

【MOPHS】

Mr. Marck Bor, Permanent Secretary

Dr. Shanaz Sharif, Director of Public Health and Sanitation

Dr. Nicholas Muraguri, Head, NASCOP

Dr. Ibrahim Mohammed, Head NASCOP Care and Treatment

Ms. Carol Ngare, VCT-Manager

Ms. Janet Ogega, Programme Officer, VCT

Ms. Dorcas Kameta, Social Communication Manager

Mr. James Mwalloh, Program Manager, Blood Safety, NASCOP

Mr. Marina Lekore, HTC Programme Officer, NASCOP

Ms. Anne Barsigo, M&E Manager, NASCOP

Mr. John Wanyungu, M&E officer, NASCOP

Mr. James W. Chembeni, PITC Coordinator, HTC Programme

Mr. Mamo Umuro, Manager, National HIV Reference Laboratory

Dr. Joseph Stienei, Head, Division of Leprosy, Tuberculosis and Lung Disease, MoPHS

【他援助機関】

Ms. Anne Njeri Ikahu, Counselling Manager, Head of Prevention, Liverpool VCT (LVCT)

Dr. Wanjiru Mukoma, Director of Policy, Research and Performance, LVCT

Ms. Karen D. Klimowski, USAID

Dr. Mary Wangai Management for Science and Health (MSH)

【在ケニア日本大使館】

特命全権大使 岩谷 滋雄

在外専門調査員 横谷 薫

第2章 プロジェクト実施の背景と課題

2-1 ケニアの保健医療概況

ケニア国民の健康指標は、政府による開発計画、また上向きの経済の恩恵もあり、1963年に独立から1990年代前半まで向上してきた。しかし、その後、1990年代中頃から健康指標は低下し、平均寿命・乳幼児死亡率・小児死亡率・疾病感染率は、2000年以降、改善の兆しが見えず、悪化している。また、妊産婦の死亡率は、減少傾向にあるものの依然高いままである。なお、主な指標は以下のとおりである。

ケニア国の主な健康指標

平均寿命*

| 1979年 | 1999年 | 2006年 |
|-------|-------|-------|
| 54歳 | 57歳 | 51歳 |

乳幼児死亡率(対千人)*

| 1994年 | 2000年 | 2004年 |
|-------|-------|-------|
| 71 | 73 | 77 |

5歳未満児死亡率(対千人)*

| 1994年 | 2000年 | 2004年 |
|-------|-------|-------|
| 105 | 116 | 115 |

妊産婦死亡率(対10万人)*

| 1994年 | 1998年 | 2003年 |
|-------|-------|-------|
| 365 | 590 | 414 |

*WHO 2006、Ministry of Health, KENYA

ケニア政府は1994年から「ケニア国民の健康状態向上のために、プライマリーヘルスサービスに重点を置く」ことを目標とし、治療に加えて、プライマリヘルスとして、予防・健康増進・リハビリに関するサービスに重点を置き、ケニア国民が利用しやすい保健サービスの充実に努めてきた。ケニア国保健省戦略計画 II (The Second National Health Sector Strategic Plan of Kenya: NHSSPII 2005年～2010年)では、全てのケニア国民に対しアクセス可能で平等かつ安価で質の高い医療サービスの提供を目指してしている。また、現在、公衆衛生省内においても地方分権化が推進されてきており、州・県保健局の能力強化と共に各医療機関の機能強化等、地方の能力強化の必要性が重視されている。

保健医療行政については2008年に保健省が公衆衛生省(MOPHS)と医療サービス省(MOMS)に二分化され、現在の保健医療サービスはこの二省により執り行われている。この改編に伴い、レベル1から6まで分類されている保健医療施設の内、公衆衛生省がレベル1から3を、医療サービス省がレベル4から6を管理することとなった¹。こうした組織改編及び先の政策転換期にあって、これまで中央で行われていた業務(計画・実行・モニタリング・評価などの事業サイクル管理、保健財源の執行、情報管理等)が、地方に委譲されつつあり、州・県・施設レベルの地方の保健行政官等に対する能力強化が大きな課題となっている。

2-2 ケニアにおけるHIV/AIDS対策の現状と課題

(1) ケニアにおけるHIV感染状況

ケニアでは、1984年に初めてHIV感染者が報告された。それ以降、ケニアでは急速に感染が広

¹ レベル1 ; Community、レベル2 ; Health Centre、レベル3 ; Dispensary レベル4 ; District Hospital、レベル5 ; Provincial Hospital、レベル6 ; National Referral Hospital となっている。

がり、1995年に感染率は14%に達したが、その後、緩やかに減少に転じ、2003年に実施されたケニア保健統計調査(KDHS2003)では、成人²のHIV感染率は6.4%と推計された。サブサハラ・アフリカにおいて、HIV感染率を持続的に減少させた国は希少であり、これらを受けて、WHO/UNAIDSは「AIDS Epidemic Update 2005」において、10年の間に感染率を半減させたケニアを、アフリカにおいてHIV/AIDS対策に成功した国のひとつとして評価した。

しかしながら、2007年に実施された人口調査ケニアエイズ指標調査(KAIS)では、ケニアの成人³のHIV感染率は依然として7.4%⁴であり、同国では、約140万人がHIVに感染していると推計されている。KDHS2003による推計よりもHIV感染率⁵が上昇しているのは、新規感染が同程度発生している中で、ART等の治療プログラムの導入により、AIDS死亡が抑えられたため、結果的に、感染率が上昇していると推測されている。

HIV感染が一般化しているケニアにおいても、性別、年齢、教育レベル、婚姻状況、地域等によって感染状況の差異が指摘されている。KAISでは、都市部での感染率が減少傾向にあるのに対し、地方では、2003年と比較して男女とも有意に感染率が上昇していることを示した。その結果、都市部と地方の感染率の差は縮まる傾向にある。また、感染率と人口の偏りから、ニャンザ州およびリフトバレー州に同国感染者の50%以上が居住するという状況にある。

KAISと並行して実施された感染経路調査(Mode of Transmission Survey)によれば、ケニアにおけるHIV新規感染者数は、約76,000人⁶であり、感染経路として、地域にかかわらず、「Casual Heterosexual Sex」がリスクであることが明らかにされた。この直接の担い手であるセックスワーカー、あるいはトラック運転手やビクトリア湖周辺の漁民などの移動労働者が、一般人口への感染の窓口となっていることも指摘された。また、ケニアには存在していないかのように扱われてきた男性同性愛者⁷が、刑務所に収容されている男性を含め、感染リスクの高いグループ(MARPS)であることが示された。

KAISでは、ケニアのHIV感染率は、どの年齢層においても、女性が男性よりも高いことが示されている。特に、15-19歳の女性は、同年齢の男性に比べ3倍高く、20-24歳の女性は、同年齢の男性に比べ5.5倍高い。また、婚姻関係にあるHIV感染者のパートナーの45%は非感染者であり、彼(女)らへの感染予防が求められている。さらに、割礼をしていない男性は、割礼をした男性に比べ、HIV感染率が約3-5倍、高いことが指摘された。特に35-39歳の非割礼男性群では、3人に1人がHIVに感染している。

(2) ケニアにおけるHIV対策

ケニアでは、1984年に初めてHIV感染者が報告された翌年(1985年)に、保健省⁸(MOH)内に「国家エイズ委員会」を設立し、1990年には、サーベイランスを開始した。また、1999年には、当時のモイ(Moi)大統領がHIV/AIDSは「国家的災害(National Disaster)である」と宣言し、大統領府に、「国家エイズ対策委員会(NACC)」を設立し、エイズ対策の国家戦略となる「Strategic Plan for the

² 対象年齢は15-49歳

³ 対象年齢は15-64歳

⁴ 近々、7.1%に下方修正される予定。

⁵ KDHSと対象人口を合致させた場合のKAISによるHIV感染率は7.8%。

⁶ 新規感染率は0.5%、年間55,000-100,000人が感染していると推計。

⁷ 同性愛は、ケニアでは刑罰の対象であり、宗教的にも許容されていない。

⁸ 当時の名称。2008年に公衆衛生省と医療サービス省に二分化された。

Kenya National HIV/AIDS and STD Control Program (KNASP) 2000-2005」⁹を発表した。また、2003年には、「Three One Principal¹⁰」を受諾し、今日に至るまで、全政府を挙げてHIV/AIDS問題に取り組んでいる。また、2006年には、「HIV Prevention Act」を公布した¹¹。

ケニア政府の具体的な対策としては、2001年に自発的カウンセリング・検査（VCT）サービスを開始し、2003年に母子感染予防プログラム（PMTCT）、2004年に抗レトロウイルス治療（ART）、2005年に診察的検査・カウンセリング（DTC）をそれぞれ導入し、順調にHIV/AIDS対策を拡大、推進してきた。しかし、ARTプログラムが、成人から小児へと拡大するなかで、推定されるHIV感染者が、VCTサービスで陽性と判断された後に治療やケアに期待されるほど円滑に結びつかないこと、また、DTCで感染を確定するのでは治療効果が上がらないことから、2007年に医療提供者主導による検査・カウンセリング（PITC）を導入するとともに、HIV検査プログラムの抜本的見直しが行われるに至った。

また、ケニアは感染率が7%前後と蔓延国としては比較的低い水準で保たれている。つまり、一定水準で新規感染がおきているが、依然として国民の大多数は非感染者であることから、ケニア政府は、「感染者をいち早く同定し、そこからの新規感染を防ぐ」ことを目的とし、「2010年までに国民の80%が自分のHIVステイタスを知る」という目標を掲げ、従来のVCTやDTC/PITCサービスの「HIV検査・カウンセリング」への一本化を示した「国家HTC政策ガイドライン」の策定や「国家HIV検査キャンペーン」の開始など、具体的な方策を打ち出し、それらを実施しつつある。

また、調査結果を踏まえ、HIVステイタスが異なるカップルへの支援も視野に入れたHIV陽性者への感染予防対策の推進や、男子割礼の標準医療サービスへの導入なども実施されている。なお、ケニアにおけるHIV感染者の死因の一位は結核である。

2-3 ケニアにおけるHIV検査・カウンセリングプログラムの現状と課題

(1) プログラムのこれまでの達成状況

2001年に開始されたVCTプログラムのHIV検査実績（2008年は第3四半期分¹²まで）は表1のとおりである。

また、PMTCTプログラムでは年間約90万人¹³が受検しており、DTC/PITCでも相当数の患者がHIV検査を受けていると推定されている¹⁴。よって、2008年には、200万人程度が何らかの機会にHIV検査を受けたと考えられる。

⁹ 現在、KNASP IIIを策定中。2009年7月からは、KNASP IIIにしたがって4年間、各種対策が実施される。

¹⁰ 2004年に国連主催で開催された会議で提唱されたもの。(1) One agreed HIV/AIDS Action Framework（1つの国家枠組み）、(2) One national AIDS coordinating authority（権限委託を受けた1つの国家HIVエイズ調整機構）、(3) One agreed country-level M&E system（1つの国家レベルのモニタリング・評価システム）の3つ。

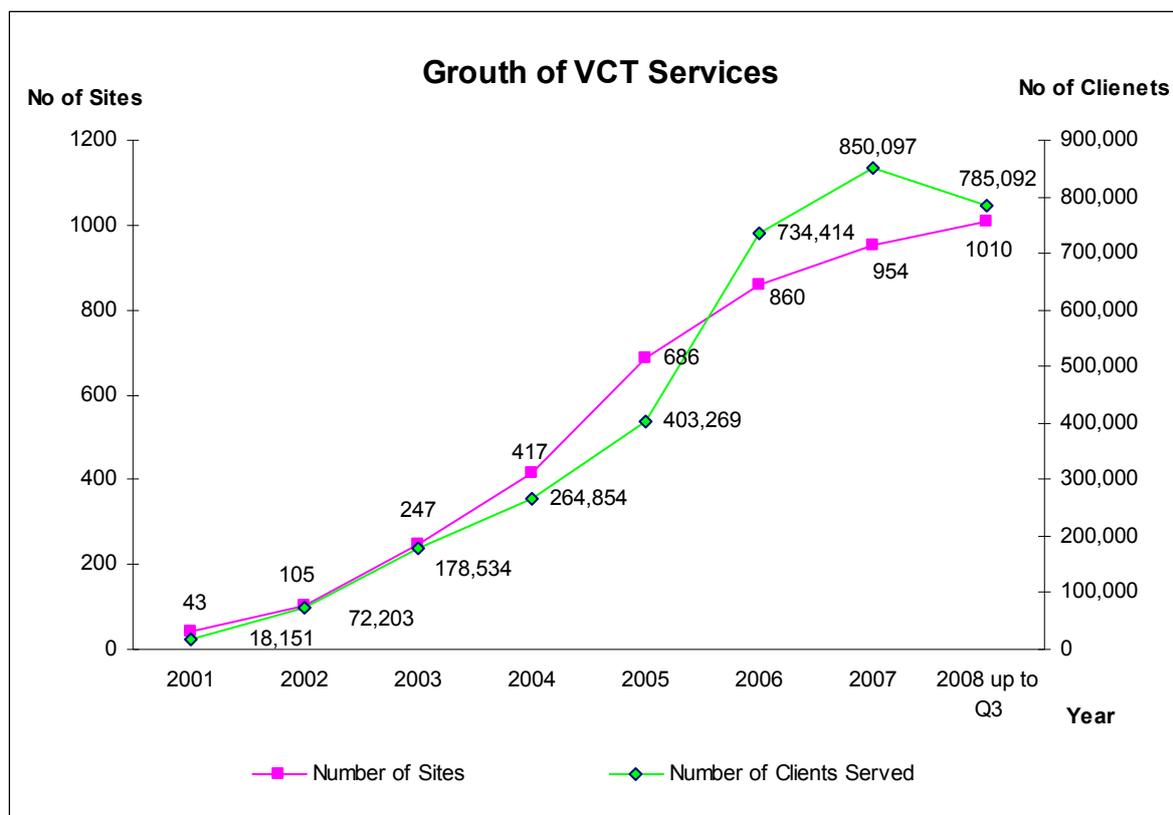
¹¹ 施行はされていない。

¹² 2008年9月

¹³ 2007年実績

¹⁴ サービス報告に課題があるため

表1 VCTにおけるサイト数とHIV検査数



KAISによれば、HIV検査については、国民の36%しか受検の経験がない。KDHS2003¹⁵に比べ、この4年で、全体で2.6倍、女性は3倍¹⁶、男性でも2倍近くの伸びを示しているものの、国家目標の80%には、依然として大きな開きがある。また、HIV陽性者のうち、自らの感染を正しく知っている人は、16%にすぎず、多くのHIV陽性者が自分の感染を知らないまま生活していることが明らかになった。KAISでHIV陽性と確認された人のうち、26%は自分は非感染者であると報告したことは、感染事実を知っていながら調査者にその事実を告げる準備がなかったことが主な理由と考えられるが、それ以外にも、検査後に実施される感染予防のカウンセリングの有効性、あるいはHIV検査そのものの精度あるいは手技¹⁷に問題がある可能性もある。

HIV検査を受けたことがない主な理由として、6割が「自分はリスクが低い」と認識していることが、KAISによって指摘された。また、「HIV検査がどこで受けられるのかわからない」(14%)、あるいは「HIV検査を受けられる場所が遠い」(5%)との回答もあった。そのなかで、HIV検査にかかるコストを理由にした人は2%以下であった。

HIV感染率は一般的に地方よりも都市部で高率を示すが、ケニアにおいて、その差は縮まりつつある。その一方で、HTCサービス提供施設の約60%が都市ないし準都市部に集中し、人口の約80%を占める地方には、40%程度のサービスしか供給されていないというサービスの不均衡が指摘されている。

¹⁵ KDHS2003によるHIV検査受検率は14%（男性14%、女性13%）。

¹⁶ PMTCTの効果とされている。

¹⁷ 偽陰性としているということ。

(2) HIV 検査・カウンセリングプログラムの動向

保健省は、これまでVCTやDTCなど、別々に実施されてきたHTCサービスを一本化し、人材を集約することによって、より効果的なサービスの提供をはかるため、2007年から「国家HTC政策ガイドライン」の策定に取り組んだ。2009年2月に発表された同ガイドラインでは、陽性者を治療とケアに確実につなげるために、HIV検査の基本である3C（Counseling, Consent and Confidentiality）を保持しつつも、本人が固辞しない限り、匿名性を保つ必要はないとする方針を採用した。さらに、同ガイドラインにはHIV感染者の主要死因である結核のスクリーニングなど、サービスのパッケージ化が明記されている。また、このガイドラインを具体的に実行に移すべく、HTC常設委員会のもと、KNASPIIIに沿って行動計画書¹⁸の策定、カウンセラー向けの研修カリキュラムの開発と、HTCサービスのサービス基準の策定が進行中である。

行動計画書では、KAISの結果に基づき、特定のグループや人口、地域（州）、HTCのサービス別に対象を設定し¹⁹、これらの対象について、実際のサービス提供とそれを支える体制（システム）整備の両面から、何がなされるべきかを検討している。サービス提供のための支援体制としては、人材管理、HIV検査キットならびに消耗品の管理、ロジスティクス、データ管理を含むサービスのモニタリングと評価、サービスの質保証の5つの観点からなる。また、サービスの質保証については、VCT時代に形成されたNational QA Teamがその委任事項をHTCに昇華させ、カウンセリング、検査、ロジスティクス、データの観点から、HTCサービス基準の策定を進めている。

また、ケニアでは、NACCを中心に、2007年から、12月1日の世界エイズデーにあわせて「国家HTCキャンペーン」を実施し、HIV検査の受検を促進している。さらに、HTCサービスへのアクセス向上を目的として、遠隔地におけるモバイルVCTや、高感染地域での個別訪問によるHTCサービスの提供といった新しいアプローチが、多くのサービス実施団体によって実行に移されている。

VCTサービスが開始された2001年からVCT Monthly/Quarterly Reportを通じて実施報告がなされてきたが、2004年に導入されたHIV/AIDSサービス統合報告用紙（MOH726/727と呼ばれている）によって、2006年に従来の報告フォーマットが中止された。また、2006年に行われた同報告用紙の改訂によって、DTC/PITCがモニタリングされるようになった。しかし、その直後、同報告用紙は保健省健康情報管理システム課²⁰が主導するMOH711と呼ばれるフォーマットに半ば強引に吸収された。このNASCOPから健康情報管理システム課へのデータに係る主管変更については、健康情報管理システム課での受け入れ体制が伴わなかったため、現場レベルで大きな混乱を引き起こし、報告率とデータの質の低下という事態を招いた。しかし、HTCへのサービスの一本化に伴い、この部分のMOH711の改訂が健康情報管理システム課と合意され、現在、関係者によって作業が進められている。また、HTCサービスとしての新しい記録用紙の開発も進められている。

(3) HIV 検査・カウンセリングプログラムの課題

HIV検査・カウンセリングの紙面上での一本化には成功したものの、今後政策を実行に移していかなくてはならない。そのためには、解決しなくてはならない数々の課題が残されている。

まず、HTCサービスを提供するカウンセラーには、医療資格保持者と非医療資格保持者（レイカウンセラー、Ray Counselor）がおり、一本化といっても、非医療資格保持者に医療施設内での

¹⁸ 「Roadmap for Achieve Universal Knowledge of Correct HIV Statues in Kenya by the end of 2010」

¹⁹ 同上 Version 9b では、1,250万人（うち76.6万人は小児）がHIV検査を受検することを目標としている。

²⁰ 現公衆衛生省

HTC サービスを任せられるかどうかという問題がある。レイカウンセラーは VCT サービスの拡大のなかで、サービスの提供を非医療従事者に開放した結果、生み出された職種である。主に GFATM Round2 の資金によって養成され、雇用されてきたが、同資金による雇用が終了した現在も、特に NGO が運営する VCT サービスだけを提供する VCT サイトで活躍している。今後、これらの基礎資格と養成背景の違う人材をどのように再教育し、どこに配置し、どのようなサービスを任せるとかを明確にする必要がある。今後、ケニア政府は原則として、医療資格保持者に HTC サービスを担わせる方向であるが、レイカウンセラーの新規養成を禁止したわけではない。このなかで、HTC 研修カリキュラムの策定にあたっては、中長期的な人材活用の視点を持つ必要がある。

また、正しい手技によって正しい HIV 検査結果を得ることは重要である。ケニアでは、VCT では簡易テストキットを使用していること、また、レイカウンセラーを導入していることもあり、正しい検査結果が出されているかが留意されてきた。それでも、カウンセラーの手技を直接観察した結果、30%のカウンセラーしか正しい手技で検査を実施していないという報告もある。また、近年、量的拡大が求められるなかで、ガイドラインに反してグループカウンセリングのみならず、グループテストが行われているという報告もあり、この場合、正しい判定ができない可能性が高いため、改めて、検査手順を徹底する必要がある。

検査の手技もさることながら、簡易検査キットそのものの品質についても、課題がある。ケニアでは、国内で使用可能かどうかを審査する時のみ、複数の検査機関で、感受性と信頼性を評価するが、それ以降、例えば入荷時や使用時のキットの品質については、検査されていない。また、検査キットは、ワクチンほどではないものの一定の温度管理が要求される。しかし、アウトリーチなどの戸外の活動で、クーラーボックスを用いた場合など、適切な管理がなされないことも考えられる。

現在、HIV検査については、外部品質管理として、DBS(Dried Blood Spots)が採用されているが、国立HIV検査機関(NHRL)では、国家登録VCTサイトの97%からしかDBSを受領していない²¹。レベル6であるケニヤッタ国立病院では、PMTCTとPITCプログラムでもDBSが実施されているが、それ以外の施設では、VCTサービス以外のHTCサービスにDBSは適用されていない。つまり、質保証がなされていない状況にある。また、DBSの実施にあたっては、DBSに使用するフィルターペーパーそのものの価格や、ペーパーの送付と結果の受領にかかる輸送コストの問題が指摘されており、2008年から、パネルテスト(Panel Testing)の導入が検討されている。パネルテストは、現在、試験運用中であり、近い将来、DBSと一部(あるいは全面的に)入れ替わっていく予定であるが、パネル作成のために非常にコストがかかるため、HIV検査の品質管理について、再検討が求められている。

HTCサービスの質保証に資するため、サービス基準策定の検討が始まっているが、VCTで開発されたすべての方法が、VCT以外のサービスにそのまま適用はできないため、新たに開発する必要がある。例えば、VCTでは、質保証の仕組として、VCTサイトの国家登録、登録の年次更新、認証制度が取り入れられている。しかし、PITCは、ケニアの標準医療サービスとなるため、すでに医療施設として登録承認されている医療機関を、さらに登録することは制度上難しい。

また、テストキットの配給を受けているVCTサイトの30%が国家VCTプログラムに正式に登録されていないことが、最近指摘された。これは、県の急激な増加により、新しく任命されたDASCOやDMLTが、彼のHTCにかかる基本的な仕事を理解していないことが一因であると考え

²¹ 件数にして月間 600-1,000 件

られる。HTC サービス施設の開設基準が理解されていないのは最低限のサービス基準が守られていない可能性があり、早急な対応が必要である。

認証制度については、2008年の認証終了時点で、国内のVCTサイトの26%が認証されている一方で、38.7%はこの制度に一度も参加した経験がない。また、認証制度の構造（投入）、過程、結果の3つの視点のうち、構造に関しては、ほぼ達成されているものの、過程、結果については徹底されていない。制度が導入され、認証を受けているとはいっても、全体的にサービスの底上げをはかる必要がある。さらに、PMTCTとPITCには、質保証という活動が含まれていない。今後、HTCとして質保証を実践していくなかで、両サービスについては、新たにこの部分の活動を加えていく必要がある。

結核クリニックにおけるHIV検査はDTCとほぼ同時に導入され、約8割の結核患者がHIV検査を受けるまでに至った。その一方で、HIV感染者への集中的な結核スクリーニングは、現場レベルで実施されているのかもしれないが、データが収集されていないため、現状が把握されていない。HTCとしてのサービスパッケージに結核スクリーニングが含まれることも踏まえ、新たに情報を把握していく必要がある。

HIV/AIDS対策の変化に伴い、M&Eプログラムも時宜を得た変更を要求されるが、実際はプログラム関係者とM&E担当官が協働することは稀で、サービスの的確な状況が把握できていない。そのため、プログラム関係者は、実態把握のために人口調査の実施を要求し、KAISのような大規模調査を実施するためにM&E担当官が奔走させられ、ますます日常業務がおろそかになるという悪循環が生じている。更に必要なデータがMOH711に含まれていないなど、まだ解決しなければならない問題はあるが、通常の情報収集が保健情報マネジメントシステム(HMIS)に移行したため、NASCOPのM&E担当官は、HMISが収集したデータを入手、分析し、関係プログラムのモニタリングと評価を実施することが切に求められている。また、各レベルの保健情報担当官も、保健医療施設から報告を受けた情報を単に合計して報告するだけでなく、その地域での感染状況を把握し、適切なサービスを必要な人々に提供するために、国が定めた限られた指標のみに対応するのではなく、サービスのモニタリングと評価に資する情報を提供することが求められている。HTCサービスを効果的に展開していくためには、この分野での全般的な強化が必要となっている。

(4) JICAのこれまでの取り組み

いかに感染者を効率的に発見し、治療とケアのサービスにつなげるかということが他者への感染予防への効果・効率的な方法であるとの公衆衛生的な考えに基づき、JICAはHIV感染の予防を推進する手段としてHIV検査の推進を主眼においた協力を実施してきた。具体的には、2006年7月より3年間、技術協力プロジェクト「エイズ対策強化プロジェクト(SPEAK)」を通じて、HIV検査を受ける国民が年間10%ずつ増加することを目標に、NASCOPをカウンターパートとし、HTC政策ガイドラインの策定を支援した他、中央政府の役割である適切な人材の適正配置、国家としてのサービスの規定とその保証、モニタリングと評価を中心に協力を行ってきた。しかしながら、前述のVCTからHTCへのサービスの一本化において、良質なHTCサービスの提供をどのように行うかは課題として残された。

また、JICAは、ケニア「エイズ予防プログラム」の一環として、HIV検査・カウンセリングの拡大および拡充を目標とし、SPEAKプロジェクトの実施、無償資金協力によるHIV検査キットの供与、遠隔地へのサービス提供のための医療特別機材（車両及び視聴覚機材）供与とボランティア

ア派遣等を組み合わせ、複数のスキームを包括的に組み合わせた協力を展開している。

ケニア政府は、上述の通り 2010 年までに 8 割の住民が HIV 検査を受検するという目標を掲げているが、いまだ 36% (2008 年) しか達成しておらず、予防の一手段としての HIV 検査の量的拡大には引き続きニーズが大きい。これに加えて、非常に早いスピードで HIV 検査サービスの拡大が進められる一方で、検査の質 (検査の手順や手技、治療等のサービスとの円滑な連携等) が確保されなければならない、上述のとおり特に HTC への一本化の中においても HIV 検査の質が重要な課題として残されている。

2-4 他ドナーの取り組み

以下では、ケニアで活動する主要援助機関のうち、JICA と同様に HTC サービスの「質」の改善に対する支援を行う援助機関として、本評価調査中にヒアリングを行った USAID、LVCT、CDC の活動概要を紹介する。また、参考として次項に SPEAK (フェーズ 1) から 2009 年 5 月に入手した情報に基づいて作成した HTC サービスにかかる主要援助機関の活動状況表 (表 2) を記載する。なお、表中「JICA」とされているのは SPEAK (フェーズ 1) を指す。

(1) Liverpool VCT Care and Treatment (LVCT)²²

ナイロビに本部を置くケニアの NGO。1998 年に英国リバプール大学熱帯医学部の支援を受けて 1998 年に設立され、2002 年に認可された。ケニア国外に 2 つの地域事務所を持ち、総スタッフ数は約 300 名。2007 年よりボツワナ、エチオピア、コートジボアールにおいてキャパシティビルディングを目的とした国際プログラムを実施している。活動資金は、APHIA II/USAID と CDC/PEPFAR より US\$370,000 (1 年間)、HIVOS より US\$168,000 (1 年間)、Population Council より US\$210,000 (1.5 年間)、Twinning Centre/APHIA より US\$320,000 (1 年間)、Elton John AIDS Foundation より US\$250,019 (2 年間)、Ford Foundation より US\$300,000 (2 年間)、Trocaire より US\$490,000 (3 年間)、UNICEF より US\$140,000 (1 年間) となっている。

ケニアにおける HIV サービス分野に対する支援としては、①新規感染予防 (検査・カウンセリング)、②ケアと治療、③トレーニング、④社会的弱者層に対する支援、の 4 つに分類できる。これまでの主な活動の成果として、①NASCOP の認可を受けた訓練機関として VCT カウンセラーやスーパーバイザーの 70% を育成、また、ケニア初となる VCT カウンセラー育成のディプロマコースの実施、②VCT 登録制度の確立、③VCT ガイドライン/HTC ガイドラインの策定、ART ガイドライン、HTC トレーニングカリキュラムの策定を含む政策枠組み策定、④100 万人以上に対する VCT の実施 (訪問 VCT、モバイル VCT、職場での VCT 等) が挙げられる。

(2) USAID/APHIA II²³

ナイロビ郊外ギギリ地区の米国大使館敷地内にカントリーオフィス USAID/Kenya および地域事務所である USAID/East Africa を置く。現在実施中の APHIA II プロジェクト (2006-2009) では、HIV/AIDS 対策だけでなく、全国を対象としてリプロダクティブヘルスや母子保健等を含む包括的な保健システムの強化を行っている。主な活動として、①HIV/AIDS の予防啓発、VCT、ART、母子感染予防、結核予防・治療活動の強化、②レファレルシステムの構築と強化、③ケニア政府お

²² 2009 年 6 月の訪問の際に入手したパワーポイント資料 (Building Partnerships, Transforming Lives) を参考に作成

²³ 2009 年 6 月に実施したヒアリングを参考に作成

よび他の開発パートナーが実施しているプロジェクトとの連携強化、④中央レベルからコミュニティレベルに至るすべてのステークホルダーの参加促進、⑤ケニア政府の年次活動計画、HIV/AIDS 活動計画に合わせた活動の実施、が挙げられる。

APHIAII の予算の約 70%は PEPFAR からの支援であり、実施にあたっては、各州毎に実施機関が選定されており、例えばリフトバレー州およびコースト州では FHI、ニャンザ州では Engender Health が他の NGO とともにプロジェクトの実施を担っている。

USAID/APHIA II では、現在ケニア国における援助戦略のレビューを行っており、2009 年の 9 月完成を予定している。レビューの結果は、次期フェーズの枠組み策定に反映されるが、州より上のレベルに対する支援を行わないという従来の方針は維持される見込みである。USAID/APHIA II では、これまで HTC だけでなく他の多くの保健分野に関する議論の場として州を対象にした四半期ミーティングの実施を支援しているが、州および県に対するカウンセリングに係るスーパービジョンは日常的な活動となることから支援していない。このため、今後の協力案として、SPEAK (フェーズ II)を通じて中央政府/NASCOP のモニタリングとスーパービジョン能力の強化を行い、州のキャパシティ強化は APHIA と CDC のパートナー機関が担い、APHIA が現場における実際のサービスデリバリーの支援を担うことが提案された。

(3) CDC²⁴

ケニア中央医学研究所(KEMRI)内にカントリーオフィス、キスムにフィールドオフィスを置いている。保健省/NASCOP を支援する主要援助機関の 1 つであり、4 年間の契約のもと、NASCOP の年次活動計画に基づき、検査・カウンセリングに係る政策策定支援を含む運営管理能力の強化に対する支援を実施している。2009 年 6 月現在は他援助機関とともに、2010 年までの NASCOP の行動計画書である Road Map for Achieving Universal Access の作成および HTC トレーニングカリキュラムの作成支援を行っている。州および県に対する支援も行っており、現在のところ、ナイロビ、ニャンザ州、セントラル州、ウエスタン州の 4 つの地域で HTC サービスを実施する NGO への支援を行っている。

CDC の支援分野としては、新規感染予防およびケア・治療に加えて、NASCOP、NPHLS 等との協力のもと、PEPFAR 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の支援している。新規感染予防分野の主な活動として、①HCT 促進(家庭訪問による VCT、モバイル VCT、アウトリーチプログラム等)、②コンドーム使用・危険な性行動の抑制に関する啓発促進、③HIV 感染者・AIDS 患者とその家族との予防イニシアティブのスケールアップ、④ケニア政府による国家輸血システム構築の支援、⑤保健人材の研修や物品の供与を通じての「安全な注射プログラム」支援がある。

NASCOP に対する支援は NASCOP が作成した年次計画に対して実施されるが、「質」改善のための活動については、これまで SPEAK と重複しているものもみられたことから、今後は NASCOP, SPEAK, CDC の 3 者によって合同で計画策定を行うことが援助の効率性の観点から提案された。

²⁴ 2009 年 6 月に実施したヒアリングを参考に作成

表2 HTCサービスにかかる主要援助機関の活動状況（2009年5月時点）

| | 計画一般 | 人材管理 | | | | ロジスティクス | | | 保健情報管理 | | | | QC/QA | | | |
|------|--|-------------------------|-----------|---------------|---------------------|------------------------------|-------|----|--------|-------|--------------|---------|---------------------|----|-----------------------|-----------------------|
| | | 人材雇用 | 人材配置 | トレーニング | スーパービジョン | キット調達 | キット配布 | 報告 | 記録 | 報告 | データ入力・分析 | フィードバック | 戦略策定 | 実施 | モニタリング評価 | |
| 中央政府 | WHO UNAI DS CDC JICA (DFID) | | JICA 1 | JICA CDC | | アメリカ 3 日本 GFA TM | USAID | | | JICA2 | JICA | | FHI LVCT JICA | | JICA | |
| 州 | USAID | | | JICA USAID | GOK/ CDC JICA | | | | | | | | | | JICA | |
| 県 | USAID | CDC | | JICA USAID | | | | | | | CDC USAID | | | | JICA LVCT USAID | |
| 施設 | | NGO CBO GF GTZ | | JICA USAID | USAID | | | | | USAID | USAID | USAID | | | | JICA LVCT USAID |

1. スーパーバイザーに対する指導者研修
 2. ツールの開発
 3. 基本的に USAID と CDC。ケニア数箇所で研究を実施する WRP が含まれることもある。
- * コミュニティレベルへの支援としては、CBO に対して WB や DFID が資金援助を行っている。

第3章 プロジェクトの計画

3-1 プロジェクト概要

本案件は、2013年までにケニア国民の80%がHIV検査を受検するという国家目標に沿ってHTCサービスを急速に拡大する過程において、サービスの質を維持・向上させるために必要な保健行政の各レベル（中央・州・県）の能力強化を目標とする。中央レベルにおいては、国家エイズ・性感染症対策プログラム（NASCO）P）の管理・運営・調整能力を強化し、HTCサービスの質を標準化するための国家基準や各種ツールの策定と、それらを州・県へ普及するための研修実施を支援する。また、中央・州・県の各レベルにおけるモニタリング・評価能力の強化を支援する。また、SPEAKフェーズ2においては、新たに実証サイト（3県程度）を設定し、国家基準や各種ツールの有効性を現場で検証した上で、得られた知見・教訓の政策への還元を図る。また、国家基準や各種ツールの普及を促進する上でも、同サイトを活用する。

上記国家目標の達成に向けて様々なドナーが財政的支援やHTCサービスの実施支援等を行う中、JICAはこれらHTCサービスの拡大ならびに標準化に責任を持つNASCO）P）の能力強化に主眼を置き、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6月～2009年6月）」を通じて、日本人専門家をNASCO）P）に派遣し、中央レベルでの国家HTC政策ガイドラインや各種オペレーションマニュアルの策定等にかかる支援を行った。結果として、他ドナーと協調し、プロジェクト目標であったHIV検査数の毎年10%増を達成した。同プロジェクトに加え、JICAは、「エイズ予防プログラム」として、無償資金協力を通じたHIV迅速検査キットの供与や、県保健局やNGOへの青年海外協力隊派遣を組み合わせることで、中央から地方・草の根レベルに至る一貫した協力を行った。フェーズ2では、国家目標達成のためHTCサービスの量的な拡大が進められる中、HTCサービスの質を維持、向上させるには、フェーズ1で開発を支援した上記政策ガイドラインを着実に実行に移していくことが必要となることから、そのための中央、州、県レベルにおける能力強化を図る。プロジェクトの枠組みは表3の通りである。

なお、本調査では、プロジェクト名「エイズ対策強化プロジェクト」の英訳SPEAK（Project for Strengthening People Empowerment Against HIV/AIDS in Kenya）と、プロジェクト内容にはギャップがあることから、プロジェクト目標を反映させたプロジェクト名に変更することが検討された。しかし、SPEAKという名称が関係者内で広く認識されていること、また、先方政府の希望を考慮して、フェーズ1のプロジェクト名を継続して使用することで合意された。

表3 プロジェクトの枠組み

| | |
|----------|---|
| 上位目標 | 良質な HTC サービスが提供される |
| | <p>指標</p> <p>1. HTC サービスのクライアント（受け手）の満足度の増加</p> <p>2. HIV 陽性者のうち、包括的エイズケア（結核治療、各種予防内服、抗レトロウイルス治療等）に紹介されたクライアント数の増加</p> <p>3. 3年間に少なくとも 300 万人のケニアにおける年間 HIV 受験者数の増加（基準値：年間 200 万、目標値 300 万人）</p> |
| プロジェクト目標 | 良質の HTC サービスを拡大するための中央政府・州・県の同サービスプログラム運営管理調整能力が強化される |
| | <p>指標</p> <p>1. NASCOP による HTC の質保証にかかる事業方針を事業計画として取り組んでいる州、県の割合（基準値、目標値ともにプロジェクト開始後に決定、以下基準値、目標値の記載のない指標については、プロジェクト開始後に決定）</p> <p>2. プロジェクトで新たに設定される国家 HTC サービス認証制度に参加する HTC サービス提供機関の割合</p> |
| アウトプット | アウトプット 1: NASCOP の管理運営および調整能力が強化される |
| | <p>指標</p> <p>1-1. HTC 政策・ガイドライン下に位置づけられる各種文書の策定数（例：HTC サービス基準および HTC トレーニングカリキュラム）</p> |
| | アウトプット 2: 標準化された HTC サービスを確実に提供するためのツールの開発と配布、および研修が行われる |
| | <p>指標</p> <p>2-1. トレーナー養成研修受講者のうち、実際にサービス提供者を対象とした研修に従事しているトレーナーの数</p> <p>2-2. HTC サービスを国家標準業務手順に準じてサービスを提供しているサービス提供者の割合</p> |
| | アウトプット 3: HTC サービスに関する良質なデータ管理に基づくモニタリング・評価能力が強化される |
| | <p>指標</p> <p>3-1. HTC サービス実施報告の提出率（基準値：50%、目標値：90%）</p> <p>3-2. 期限内に提出される HTC サービス実施報告の割合</p> <p>3-3. 正確な HTC サービス実施報告の割合</p> <p>3-4. NASCOP による州と県に対する収集したデータに基づくフィードバックの頻度（基準値：ゼロ、目標値：四半期に一回）</p> |
| | アウトプット 4: 実証サイトにおいて、国家 HTC サービスの質管理・保証・向上にかかる制度やツールの有効性が検証され、その結果が政策にフィードバックされる |
| | |

| | |
|----|---|
| | <p>指標</p> <p>4-1. 合同調整委員会、ステアリングコミッティーにおいて、実証サイトにおける HTC サービスの質の管理、保証、改善にかかる現存、もしくは新たな方策の有効性の検証結果がフィードバックされた回数（基準値；ゼロ、目標値：毎回）</p> <p>4-2 実証サイトを訪問した非実証サイト県の割合(基準値)：ゼロ、目標値：1割)</p> |
| 活動 | <p>1-1. 国家 HTC サービス質保証にかかる基準を策定・配布する。</p> <p>1-2. HTC サービスの質保証にかかる実施体制（登録/免許/認定制度等）を構築・運営する。</p> <p>1-3. (国家 HTC 政策・ガイドラインに基づいた) HTC 研修カリキュラムが完成する。</p> <p>1-4. (上記 1-3 で完成した) HTC 研修カリキュラムの、公認された研修機関での課程化を促進する。</p> <p>1-5. サービス標準化に資する方策及び展開のための計画等を策定する。</p> <p>2-1. HTC サービスの質保証に資する各種ツール（例：カウンセリングのために最低標準、ジョブエイド、結核スクリーニングツール等）を開発する。</p> <p>2-2. HTC 研修カリキュラムに基づき、トレーナー養成研修を実施する。</p> <p>3-1. HTC 記録用紙を標準化し、普及する。</p> <p>3-2. NASCOP の M&E 担当官、および州と県の保健情報管理担当官に、データ管理（例：収集、指導や監査など）に関する研修を行なう</p> <p>3-3. 公衆衛生省保健情報課で収集された HTC サービスに関するデータを NASCOP 内部、NACC(国家エイズ対策協議会)、および他パートナー間で共有する。</p> <p>3-4. NASCOP において、HTC サービスにかかるデータベースを構築し管理する。</p> <p>3-5. NASCOP、州、県レベルにおいて、データの分析評価にかかる研修を行う。</p> <p>3-6. NASCOP、州、県レベルにおいて、年 2 回、HTC サービスの実施状況を分析し、報告書を作成する。</p> <p>4-1. 実証サイトの選択と設置を行う（ベースライン調査の実施を含む）。</p> <p>4-2. 実証サイトでの、HTC サービスへの全面的な質の管理・保証に関する方策の適用を促進する。</p> <p>4-3. HTC サービスの質の管理、保証、改善にかかる現存のあるいは新たな方策（例：標準化された顧客満足度調査、サービス提供者の満足度調査方法等）の有効性を検証する。</p> <p>4-4. (上記 4-3 で実施した) 検証結果を HTC 政策に還元する。</p> <p>4-5. 非実証サイトに対して、(実証サイトにおいてその有効性が実証された) HTC サービスの質管理、保証、改善の方法を全面的に適用することを啓発する。</p> |

3-2 プロジェクトの協力アプローチ

(1) サービス提供者側への支援

KNASP III が最終目的としている 2013 年までにケニア国民の 80%が HTC を受検するためには、サービスデリバリーポイントにおいてサービス提供者が良質な HTC サービスを提供するとともに、より多くのサービスの受け手がサービスにアクセスようになること、つまりサービスの受け手に対する啓発が必要であるとの認識のもと、フェーズ 1 においては、その双方へのアプローチを行なったが、本プロジェクトではサービス提供者側のみに対する協力シナリオを選択することで、限られたリソースによる確実な成果の発現を目指す。

(2) サービスの質を担保した量の拡大

プロジェクトは、「質を確保しながら検査数を増加する」ことで国家目標であるユニバーサルアクセスの達成に貢献するものである。量と質の両面に配慮したアプローチはフェーズ 1 でも採用されていたが、フェーズ 2 ではより質に重点を置いた支援となっている。多くの援助機関の支援を得て、HTC サービスは急速に拡大しているが、「定められた手順に従って検査を行い、正しく得られた検査結果を伝えること」、「陰性者には感染予防の教育を施し、陽性者にはエイズ治療など必要なサービスを紹介するとともに、受容を支えるためのカウンセリングを行うこと」、「サービス結果を分析して今後の計画に活かすこと」は十分に徹底されているとは言い難い。本プロジェクトは係る課題に取り組むものである。

(3) NASCOP の運営管理調整能力の強化を通じたサービス質の改善

本プロジェクトで採用されているアプローチは、直接のターゲットグループである中央の NASCOP の運営管理調整能力強化を通じて州・県の運営管理調整能力を強化し、それによって上位目標であるサービス提供者が良質の HTC サービスを提供できるようになるというものである。NASCOP の機能は、①ミニマムスタンダードの規定とサービスの保証 (QA)、②人の雇用と適正配置、③M&E である。NASCOP の機能強化は、フェーズ 1 で採用されたアプローチと同様である。

(4) 良質のサービス提供に必要な 4 分野の強化

公衆衛生省は、SPEAK フェーズ 1 を含む援助機関の支援のもとで 2008 年 5 月に策定した「国家 HTC 政策ガイドライン」(National Guidelines for HIV Testing and Counseling in Kenya) において、従来の VCT サービスと PITC、DTC 等医療従事者による HTC サービスとを一本化させてリソースの集約を目指す方針を打ち出した。さらに、これを実践すべく 2010 年までの目標達成に向けた行動計画書「Roadmap For Achieving Universal Knowledge of Correct HIV Status in Kenya by End 2010」の策定、研修カリキュラムの開発、サービス基準の検討が開始されている。国家 HTC 政策ガイドラインでは、HTC サービスの質保証として、検査、カウンセリング、ロジスティックス、データ管理の 4 つを挙げており、本プロジェクトはこれら 4 つの分野への支援を通じて良質な HTC サービスの強化を図るものである。ただし、4 分野に対して均等に支援はせず、フェーズ 1 からの対象分野であるカウンセリングとデータ管理により重点を置いた支援を行うことによって、両分野において確実な成果を挙げることを狙う。ロジスティックスに対する支援については、HIV 検査キットの在庫切れを解消するために解決しなければならない問題が多岐に渡っており、プロジェクトの支援によって十分な解決が見込まれる問題の範囲が限られていることが確認されたことから、検査に対する支援の一部として在庫管理に焦点をあてる。これは、無償 HIV 検査キット供与との連携による相乗効果の発現を考慮した結果でもある。

以上をまとめると表 4 のとおりである。

表 4 アウトプット毎の対象

| | 対象行政レベル | 対象分野 |
|----------|-----------------|--|
| アウトプット 1 | 中央 (NASCOP) | カウンセリング、検査、データ管理 |
| アウトプット 2 | 州・県 | カウンセリング、検査 (ロジスティックスとして HIV 簡易検査キットの在庫管理を含む) |
| アウトプット 3 | 中央 (NASCOP)、州・県 | データ管理 |

| | | |
|----------|---------------------|---|
| アウトプット 4 | 県（サービスデリバリーポイントを含む） | カウンセリング、検査（ロジスティックスとして HIV 簡易検査キットの在庫管理を含む）、データ管理 |
|----------|---------------------|---|

(5) 実証サイトの設定による質改善の仕組み構築

当初、ケニア側からはプロジェクトサイトを設置し、そこで直接的なサービス実施を行って欲しいとの強い希望が伝えられたが、技術協力プロジェクトのスキーム上の制約により希望に添えない旨を伝え理解を得た。その後、協議を経て実証サイトを設置すること、そしてその目的は① NASCOP によって開発された政策や QA スタンドアードの有効性実証し、政策枠組み策定プロセスにフィードバックすること、および②実証された QA スタンドアードを適用して非実証サイトに提示すること、であることを両者で合意した。サイトを対象にした支援（アウトプット 4 として設定）は 1 年程度とし、プロジェクト開始後はまず集中的に行なうことを想定している。速やかにプロジェクトが開始されることが前提となるが、万が一遅滞した場合に本アウトプットがその後のプロジェクト進捗の阻害要因になる可能性を回避するため、「政策策定に必要なエビデンス集め」（オペレーショナルリサーチの場合）として活用するなど柔軟な対応をすることも想定している。なお、技術協力プロジェクトでは直接的なサービス実施は行えないことから、実証サイトでの検証を経て政策、ツール、戦略等が最終的に策定された後の支援は行わないこととした。

3-3 プロジェクト形成の経緯

(1) プロジェクトの策定手順

要請書が提出から本件のプロジェクト枠組みが決定するまでの経緯は以下のとおりである。

- ①2008 年 7 月ケニア政府が要請書を提出（内容詳細は表 5 の A 案を参照）。
- ②JICA ケニア事務所が NASCOP と協議を行い、内容を修正（修正後の内容は表 5 の B 案参照）。
- ③要請書および JICA 案の両方を NASCOP 主要カウンターパートがレビューし、フィードバックを得て NASCOP 案を作成（表 5 の C 案参照）
- ④2008 年 5 月 NASCOP 案を踏まえて NASCOP との打ち合わせを経て調査団で代替案を作成（表 5 の D 案参照）。
- ⑤PCM ワークショップにおいて、D 案のアウトプット別に問題分析と目的分析を実施（アウトプット 1 については分析対象とせず）
- ⑥ワークショップで作成された各問題分析/目的分析結果を調査団でレビューし、先方と合意（表 5 の E 案）
- ⑥E 案に基づき、JICA 内での承認プロセスを経た最終版の策定（上述表 3「プロジェクトの枠組み」）

表5 SPEAK II 「協力枠組み」アウトライン合意までの流れ

| | A案：ケニア政府(NASCOP)が提出した要請書 (2008年7月) | B案：JICA 素案 (2009年5月：現地調査前) | C案：NASCOP 案 (5月19日 HTC チームへのヒアリングにて) |
|-----------------|---|--|---|
| Overall Goal | To decline new HIV infections by increasing the number of people who know their HIV status. | Universal Access for HTC is achieved by 2013. | Universal Access for HTC is achieved by 2013. |
| Project Purpose | To annually increase the number of Kenyans who are testing for HIV; or To increase the number of people who know their HIV status through HTC from the current 36% to 80% in the next five years (2009/10-2013/14). | Systems supported service provision of quality HTC services is enhanced. | HTC service delivery points are functioned. |
| Outputs | <ol style="list-style-type: none"> 1. Supportive supervision of HIV testing service providers and systems strengthened with particular emphasis on new models e.g. mobile VCT services. 2. Intensified behavior change communication to targeted sub groups that do not perceive themselves as being at risk of HIV infection e.g. couples as indicated in the preliminary report of Kenya AIDS indicator survey 2007. 3. Enhanced communication skills of health care providers to empower them to mobilize and test clients for HIV especially in clinical settings. 4. HTC quality assurance strategy developed to guide scale up of HTC services. 5. Integrated TB-HIV collaboration to help screen clients who test HIV positive TB and refer them for care and treatment. 6. HTC data management and reporting strengthened and harmonized from all HTC settings. | <ol style="list-style-type: none"> 1. A system of human resources development is strengthened. 2. Commodities and logistics management is enhanced. 3. Monitoring and evaluation is enhanced. 4. Quality assurance strategy is expanded as HTC and disseminated. | <ol style="list-style-type: none"> 1. A system of human resources development is strengthened. 2. Commodities and logistics management is enhanced. 3. Monitoring and evaluation is enhanced. 4. Quality assurance strategy is expanded as HTC and disseminated. 5. The clients' awareness on the importance of access to HTC services and their demand to the services are increased. |

| | |
|--|--|
| D案：調査団素案 (5月22日 NASCOP Director とのミーティングにて概ね合意したアウトライン) | |
| Project Purpose | Quality HTC Services are provided in HTC service delivery points. (品質保証された HTC サービスが提供されるようになる) |
| Outputs | <ol style="list-style-type: none"> 1. A system of QC/QA/QI is correspondent to new HTC service policies. (QC/QA/QI を実施するための制度が整備される) 2. QA/QI are applied in HTC counselling services. (カウンセリングにおいて QA/QC/QI が実施される) 3. QC/QA are applied in HIV testing services. (検査において QA/QC/QI が実施される) 4. QC is applied to commodity and logistics management in HTC services. (検査キットの調達/ロジスティクス管理 において QA/QC が実施される) 5. QC/QA are applied to HTC data management. (データ管理 において QA/QC が実施される) |
| E案：調査終了時合意案 (5月26日参加型 PCM ワークショップを経て合意) | |
| Project Purpose | National capacities to scale up quality HTC services are strengthened. (良質の HTC サービスを拡大するためのナショナルキャパシティ (中央 NASCOP・州・県の同サービスプログラム運営管理調整能力) が強化される) |
| Outputs | <ol style="list-style-type: none"> 1. NASCOP's capacities in management and coordination are strengthened. (NASCOP の管理運営および調整能力が強化される) 2. Tools and training capacities to ensure standardized quality HTC services are in place. (標準化された HTC サービスを確実に提供するためのツールの開発と配布、および研修が行われる) 3. National capacities to improve the quality of HTC data management are strengthened. (HTC にかかるデータ管理の質向上のための中央 NASCOP, 州・県のキャパシティが強化される) 4. National HTC QA standards and service packages are fully applied and examined at selected districts (demonstration sites). (実証サイトにおいて、国家 HTC サービス基準とサービスパッケージが適用される) |

3-4 合意された協力枠組みの論理的根拠

(1) KNASP III に照らし合わせての妥当性

「第3次国家エイズ対策戦略計画 (2009/10-2012/2013)」(KNASP III) では、開発パートナーとドナーに対して、自らの機関が支援目的を設定する際には、KNASP III の Results Matrix と整合し、同戦略と調和したものとすることが明記されている²⁵。従って合意されたプロジェクトの枠組みは KNASP III²⁶に沿っていることが前提となる。

KNASPIII の Results Framework は、3つの異なるレベルの結果 (インパクト、アウトカム、アウトプット) と活動から構成されており、インパクトレベルの結果として、「ケ

²⁵ KNASP III 本文P14参照

²⁶ KNASP III 本文P45参照

ア国民の生活の質の向上における変化」、アウトカムレベルの結果は、「KNASP実施によってもたらされた行動や構造上の変化」、アウトプットレベルの結果は、「運営上の変化：実施者によって開発された物品やサービス」が定義されている²⁷。この定義を合意された本プロジェクトのPDMに照らし合わせると、上位目標「良質のHTCサービスが提供される」、プロジェクト目標「良質なHTCサービスを拡大するための中央政府・州・県の同サービスプログラム運営管理調整能力が強化される」はアウトプットレベルの結果に相当する。これは、プロジェクト単体としては、KNASP III上の比較的低い結果のレベルに位置づけられるのであるが、ケニア政府および他援助機関との協力のもとで、より上位の目標ひいては最終目標であるユニバーサルアクセスの達成に貢献できることを意味する。

プロジェクトは、KNASP IIIで設定されている3つの戦略的柱のうち、柱1「保健セクターにおけるHIVサービス提供」(Health Sector HIV Service Delivery)の下に位置づけられるものである。柱1のアウトカムの1つには、「2013年までに保健省は、保健セクターにおけるHIVリソースを有効活用し統合するようシステムを改善する」(Outcome Result 2)と設定されており、これはシステムの改善に資することを主眼としたプロジェクトの方針と合致する。右アウトカムのもとに設定された7つのハイレベルアウトプットのうち、「2013年までに、良質のケアに関するユニバーサルアクセスを達成するためにQA/QC/QIスタンダードに沿ってサービスを提供している医療施設の割合が増加する」(High Level Output 2.2)は、プロジェクトの上位目標「良質のHTCサービスが提供される」に相当する。プロジェクト目標「良質のHTCサービスを拡大するための中央政府・州・県の同サービスプログラム運営管理調整能力が強化される」は、上位目標達成のための手段であることから、ハイレベルアウトプットの一段下のアウトプットに相当すると考えられる。

(2) 日本側政策における妥当性

HIV/AIDS等の感染症は、日本の上位政策である新ODA大綱と新ODA中期政策において地球的規模の問題として重視されていることからプロジェクトはこれら上位政策に合致したものである。また、「対ケニア国別援助計画(外務省)」においては、構造調整支援や政策提言に対する支援を通じてケニア政府の行政力不足や人材不足を解消することとしており、これは主にNASCOPの機能強化を通じて良質なHTCサービスの拡大を目指すという、本プロジェクトのアプローチと合致している。さらに、「サブサハラにおけるHIV/AIDS対策協力方針(JICA)」は、当該地域においては感染症予防政策とHIV検査・カウンセリングの強化に最重点を置くとしているが、これはプロジェクトの支援分野と一致する。

以上に加えて、第4回アフリカ開発会議(TICAD IV)「横浜行動計画」では、今後5

²⁷ Kenya National AIDS Strategic Plan (2009/2012/13): Delivering on Universal Access (National AIDS Council), 8 April Draft, P13

年間の TICAD プロセスにおいて取り組むべき事項として、「HIV/AIDS のため中央政府の組織を強化し、新規感染予防に重点を置く」ことが掲げられており、これは本プロジェクトの協力枠組みと一致する。行動計画では、今後 5 年間で 10 万人の保健・医療従事者を研修するとの数値目標が設定されているが、本プロジェクトでは、HTC 研修カリキュラムの策定並びにその研修に関する支援が含まれており、この目標達成に貢献するものである。

(3) ニーズに照らし合わせての妥当性

ケニア政府は援助機関とともに 2013 年までのユニバーサルアクセス達成に向けた取り組みを加速させているが、2007 年に実施された KAIS によれば、2007 年における HIV 検査数は成人人口（15-64 歳）の 36% に留まっており、目標値である 80% に至るには更なる努力を要する。また、同調査では感染者のうち 8 割以上は HIV 陽性であることを知らなかったことも明らかになったが、これはケニア国内の感染者約 140 万人のうち、約 100 万人以上が自身の感染を知らないままに他者への感染を広げるリスクがあることを意味する。本プロジェクトは、良質のサービスを拡大することによって確実に HIV 陽性者を早期発見でき他者への感染を防止することが期待されるものであり、ケニア国のニーズに合致している。

(4) フェーズ 1 で抽出された課題に照らし合わせての妥当性

フェーズ 1 は、「15-24 歳の若者の HIV 検査数が増加する」ことを目標とし、以下のとおり 4 つのアウトプットで構成されていた。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、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、③ 若者を対象とした HIV/AIDS の正しい知識と検査の受診が促進される、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。以上のようにフェーズ 1 はプロジェクト目標からも明らかのように、ケニアにおける多くの援助機関と同様に HIV 検査数の増加を目指したものではあるが、同時に「質」の確保にも留意している点に特徴があった。

フェーズ 2 はこうした「質を確保しながら検査数を増加する」という、量と質の両面に配慮したアプローチを引き継ぐものであるが、フェーズ 2 ではより質に重点が置かれている。フェーズ 1 の 4 つのアウトプットのうち、特に質の向上に貢献するアウトプット 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」(Quality HIV testing service is provided at VCT centre and any other clinical settings) は、フェーズ 2 の上位目標「良質の HTC サービスが提供されるようになる」(Quality HTC Services are provided in HTC service delivery points) として設定されている。

フェーズ 2 では、フェーズ 1 で対象とした VCT サービスのみならず他の HTC サービスに対象を拡大している点は、フェーズ 1 で得られた成果をフェーズ 2 でさらに展開さ

スに対象を拡大している点は、フェーズ 1 で得られた成果をフェーズ 2 でさらに展開させるという観点からは妥当であると判断される。また、フェーズ 1 の終了時評価で抽出された教訓「プロジェクト期間および活用可能なリソースの規模に照らし合わせてプロジェクトスコープを決定し、プロジェクト目標に至るまでの論理性に留意して支援のフォーカスが明確化されたシナリオを設定すること」を鑑みて、「良質のサービス提供」に焦点をあて、それを可能にするために必要な 4 分野（検査、カウンセリング、ロジスティックス、データ管理）に配慮しながらも、フェーズ 1 の成果と課題を踏まえたプロジェクト構成となっていることから、プロジェクト目標達成のために確実性のある妥当な協力シナリオであると言える。フェーズ 1 で残された課題とフェーズ 2 の協力枠組みとの関係は以下表 6 に示す通りである。

表 6 フェーズ 1 で残された課題のフェーズ 2 への反映

| フェーズ I で残された主な課題 | フェーズ II の協力枠組みへの反映 |
|---|---|
| <p><u>アウトプット 1 : M&E</u> 人材育成と設備等の供与を通じて、すべての行政レベル（NAS COP、州、県）と医療施設におけるデータ管理能力をさらに強化させる。特に県数の増加に伴い、県レベルにおける M&E 能力の強化が急務である。</p> | <p>良質のサービス提供のために支援が必要とされる 4 分野のうち、M&E に相当するデータ管理については、アウトプット 3「HTC にかかるデータ管理の質向上のため NAS COP、州・県のキャパシティが強化される」として設定されている。医療施設を対象としたデータ管理能力の強化はアウトプット 4 で設定した実証サイトにおいて実施される。</p> |
| <p><u>アウトプット 2 : 政策策定</u> HTC の各プログラムの有効性を分析し、分析結果に基づいて最も感染リスクの高い個々のグループ（カップル、若者等）に対して有効な戦略を（M&E 活動を通じて得られた）実証的データに基づいて開発する。</p> | <p>アウトプット 1「NAS COP の管理運営および調整能力が強化される」のもとで、政策的な枠組みを策定する。策定された政策的枠組みの有効性は、アウトプット 4 で設定した実証サイトにおいて検証され、政策的枠組み策定プロセスにフィードバックすることが想定されている。このように、中央（NAS COP）と現場を結ぶメカニズムを構築つくすることで、NAS COP による実証的な政策策定能力を強化する。</p> |
| <p><u>アウトプット 3 : 行動変容のための IEC</u> 高い感染率をもつ特定の社会的グループ毎に有効なメッセージとその伝達方法を含む IEC 戦略を開発する。</p> | <p>プロジェクトはサービス提供者に対する支援に焦点をあてることから、サービスの受け手に対する支援はプロジェクトでは行わない。</p> |

| | |
|---|--|
| <p>アウトプット4：QA プロジェクトが対象とした VCT 以外の HTC サービスのための認定メカニズムを開発する。プロジェクトで養成したラボスーパーバイザーのパフォーマンスを引き続きモニタリングし、再研修を通じて必要なフォローアップを行うとともに、新しい県における医療施設に資格を有したラボ技術者を配置する（フェーズ1では、医療施設におけるサービスの質向上のためのラボ技術者を対象としたスーパーバイザー研修のカリキュラム作成と研修の実施は行ったが、研修後のモニタリングとフォローアップ活動は十分に行われていない）。</p> | <p>上位目標「良質な HTC サービスが提供されるようになる」として設定されている。良質な HTC サービス提供のために改善が必要とされる4つの分野のうち、「カウンセリング」と「データ管理」により重点を置き、「ロジスティックス」については、本プロジェクトで始めて支援する分野となるため、「検査」に対する支援の一部とし、検査キットの在庫管理の改善に対する支援に絞る。「検査」の質改善に必要なラボスーパーバイザーの能力強化は、アウトプット2「標準化された HTC サービスを確実に提供するためのツールの開発と配布、および研修が行われる」において取り組む。HTC サービスのための認定制度については、アウトプット1の活動1-2「HTC サービスの品質保証にかかる実施体制（登録/免許/認定制度等）を構築・運営する」として検討される。</p> |
|---|--|

3-5 プロジェクトの戦略

(1) スケール・アップへの対応

本プロジェクトは、ケニア政府が掲げる HTC のユニバーサル・アクセスの達成という政策目標に沿い、「質を確保した HTC のスケール・アップ」実現に貢献することを明確に意図している。

エイズ対策を含む主要感染症対策および母子保健分野における開発援助の国際的潮流は、2015年までの MDGs 達成の為、様々な開発実施主体による細分化された取り組みからいかに脱却し、効果が確認されたサービスのパッケージをいかに必要としている人々に普遍的に届けるか（ユニバーサル・アクセス、ユニバーサル・カバレッジ）に焦点が当てられている。特にエイズ対策分野においては、既に多くの国でこのユニバーサル・アクセス及びユニバーサル・カバレッジの考えに沿った政策目標・国家プログラムが立案され、実施されている。ケニアもそのひとつであり、全国民の8割への HTC の普及、HIV に感染した全妊婦の8割への PMTCT の普及、HIV 感染者のうち必要とする人々の8割への ART の普及を目標として定め、そのための取り組みを推進している。

同目標達成のために一義的に重要なのは、実際に現場で HTC サービスを提供する保健医療施設及び保健医療従事者全体の能力強化であることはもちろんである。しかしながら本件は、プロジェクト型支援による成果の細分化を可能な限り回避しつつ、現実的に想定される限られた投入から最大限の効果を生むため、また保健医療施設でのサービス提供にかかる経常経費の代替を避けて協力成果の自立発展性を確保するため、中央政府（NASCO）を主たるカウンターパートとし、その能力（計画立案・モニタリング評価を含むマネジメント能力および調整能力）強化と、州・県レベル保健行政の部分的な能力強化を通じて、ケニアの HTC プログラム全体に広く貢献することを狙って構成されて

いる。

より具体的には、質を確保した HTC のスケールアップを実現するために必要な政府の機能として、サービスの標準化につながる制度整備、標準化されたサービスを普及していくための人材育成（トレーナーの養成）、サービスの実施状況を把握し制度改善につなげていくためのモニタリング評価の強化（現場での実証を含む）に焦点を当てている。

このようなデザインが可能かつ妥当であると判断される背景には、ケニアのエイズ対策において保健医療施設レベルの強化を直接かつ大規模に支援している開発パートナー（特に、PEPFAR 資金による USAID および CDC）の存在がある。本件が、プロジェクト目標であるケニア政府の能力強化を超えて「人々に着実に届く」インパクトを生み出すためには、これらパートナーとの効果的連携・協調が不可欠である。本件は、JICA の投入を中心として完結したプログラムの一部となるよりも、他の開発パートナーによる投入・活動も含めたケニア政府の HTC プログラムの一部となることを目指すものである。

(2) 実証的政策策定サイクルの確立

本件が、ケニアの HTC プログラム全体に広く貢献することを狙いながら、「実証・サイト」での活動を含んだデザインとなっているのは、質を確保した HTC のスケールアップを支える実証的（エビデンス・ベース）な政策策定サイクルの確立を支援するとの意図がある。

本件の先方実施機関となる NASCOP に求められる最も重要な機能として、政策立案機能がある。政策は中央政府が立案・決定するものであるが、それが現場のニーズや実情を的確に反映したものである必要があることは、言うまでもない。しかしながら、現在ケニア政府によって実施されている HTC の質改善のための取り組みや、今回の調査を通じて先方関係者から今後制度化が必要とされた取り組みの中には、現場での有効性や実行性について検証が十分になされていないと思われるものもある。

例えば、HTC サイトに対する定期的な巡回指導やサービス利用者に対する満足度調査（出口調査）の必要性が強調され、一部実施されているが、一般論として効果があるとは言えるものの、現実にそれらが HTC の質向上にどの程度寄与しているのかもしくは貢献し得るのかは検証はなされていない。或いは、検査キットの質管理のため、現在輸入時のみ行っている性能確認検査に加え、市場流通後の性能確認検査（ポスト・マーケット・サーベイ）を導入することへの支援要望があったものの、限られた資源の中でそれをどのように導入すべきか、果たしてそれがケニア政府によって継続可能かについては現時点で見通しを立てることは困難である。

「実証サイト」は、本件プロジェクトの支援も通じてケニア政府によって規定される HTC 質向上のための制度やツールを実際の現場に適用し、その全国的な普及の足がかり（政策文書だけからでは得られない具体的な事例・教訓を提供する場）とすることに加えて、HTC の質向上にかかる制度やツールの効果や課題を様々な制約を抱える現場で検

証し、中央で決定される政策にフィードバックしていくことを想定して設置するものである。したがって、実証サイトは質を確保した HTC のスケールアップを支える NASCOP の、実証的な政策立案・評価能力の強化に資するためのものであり、その場におけるサービス改善を最終的な目標とするものではない点に留意する必要がある。

実証サイトを活用した実証的な政策立案・モニタリング評価のプロセスが NASCOP の中に定着し、協力終了後も実証的（エビデンス・ベース）な政策策定サイクルとして定着していくことも、本件の期待される成果である。

3-6 プロジェクトの実施体制

(1) カウンターパート機関の構造及び本プロジェクトの位置

本プロジェクトは、HTC サービスを主管する NASCOP を直接のカウンターパートとし、その実施機関の同サービスにかかる運営管理調整能力の強化を通じ、調整機関としての州、およびサービスの実施を司る県の能力向上をはかり、全体として、良質の HTC サービスの拡大拡充にかかる国家としての力量の向上を目指すものである。以下に、カウンターパート機関ならびに各アウトプットの関係者を述べる。

①NASCOP の体制

カウンターパート機関は、NASCOP であり、旧保健省下では、予防および感染症対策部（Department of Diseases Control and Prevention）下の一課であった。旧保健省は、混乱を極めた大統領選挙を収束すべく、2008 年 5 月に成立した大連立政権によって、新大臣の任命にはじまり、徐々に公衆衛生省（MOPHS）と医療サービス省（MOMS）に二分されていった。NASCOP 以外のすべての部課は、所轄のサービス内容をもとに、どちらかの省に所属を決めていたが、NASCOP だけは、両省がその主管を主張し、それぞれが課長を送り込み、現在に至っている。

図 1 は、現在の NASCOP の組織²⁸を示している。技術プログラム（Technical Program）の「Care & Treatment」と「Commodity Security」は、MOMS からの課長の担当業務となっているが、本プロジェクトは、それ以外の技術プログラムの「Prevention」、なかでも「Prevention Sexual Transmission of HIV」と、「Lab Services」、「Strategic Information」を支援する。また、活動を推進する上で、すべての支援プログラム（Support Program）が関連する。よって、本プロジェクトのプロジェクト・マネジャーは、MOPHS からの NASCOP 担当課長がその任を負う。現在の組織図では、「Prevention」は対象者別となっているが、サービスプログラムとしては、医療施設での PITC、CICT²⁹、戸別訪問などのアウトリーチ活動の担当者別になっており、さらに、男子割礼、感染者への予防プログラムなどが含まれる。本プロジェクトは、そのなかでも、包括的に HTC サービスを担当するため、それぞれのサービス担当者が実際のカウンターパートとなる。

²⁸ 2009 年 1 月現在。NASCOP の流動的な状況を反映して、頻繁に改訂されている。

²⁹ Client-initiated Counseling and Testing (=VCT)

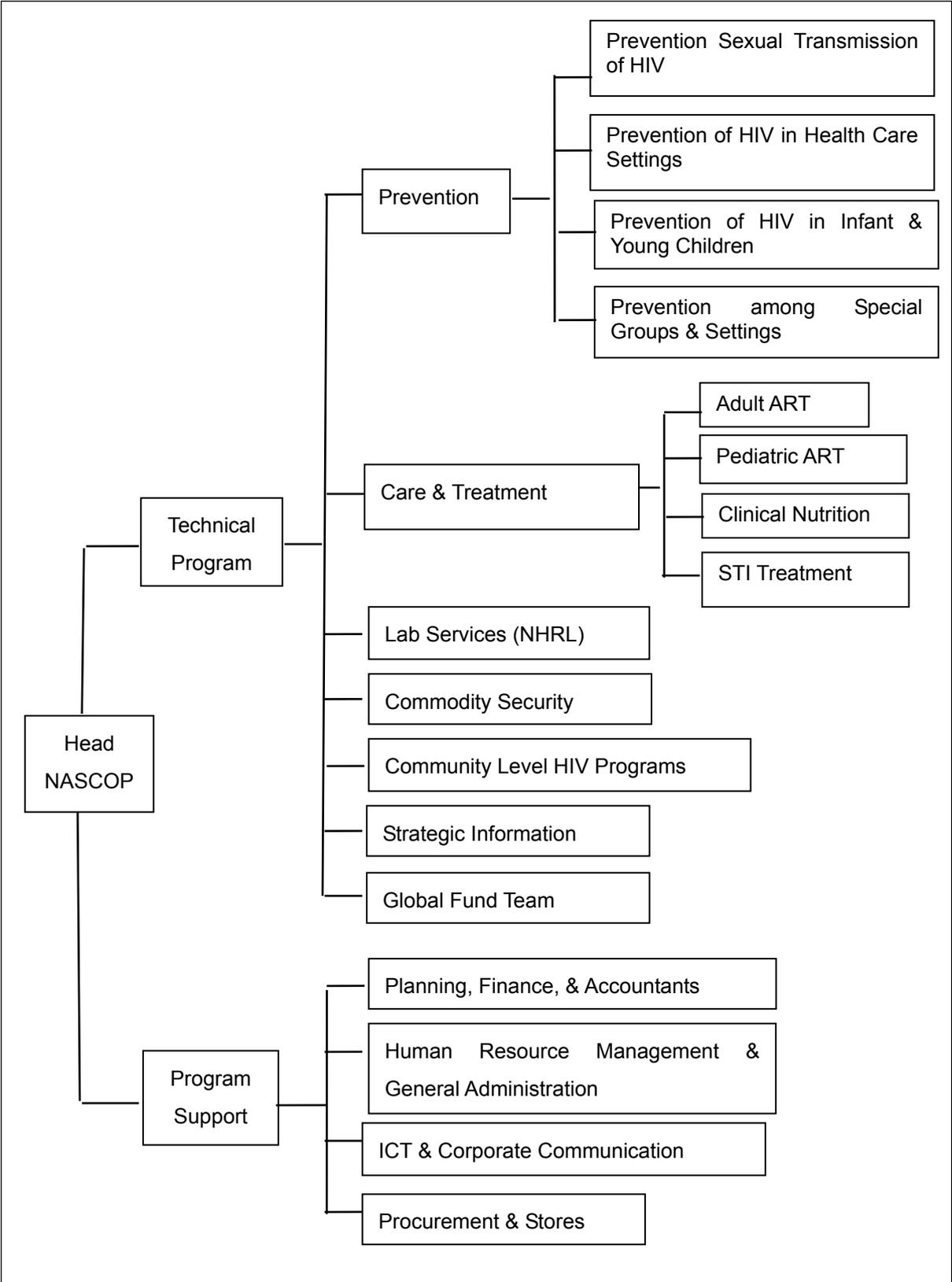


图 1 NASCOP 担当業務図

②各アウトプットと関係者

アウトプット1は、NASCOP が担当する活動である。アウトプット2は、NASCOP 担当者に加え、州や県レベルでの HIV/AIDS 担当官 (PASCO 及び DASCOS)、ならびにトレーナー (具体的には、州や県保健局の看護担当官や臨床検査担当官、あるいは州・県病院の経験を積んだカウンセラー) が活動の対象となる。アウトプット3は、HTC 関連のデータを専門に扱う NASCOP の M&E 担当官に加え、各課の保健情報の収集を一元的に担当することになった HMIS 関係者、また、その州・県レベルの保健情報担当官 (PHR/IO 及び DHR/IO) が対象となる。アウトプット4では、実証サイトの選択方法は未定であるものの、HTC サービスの質保証にかかわるすべての対策を実施することから、対象施設およびその所轄県の HTC プログラム関係者すべてが対象となる予定である。

以上をまとめると図2のとおりである。

Project Targets

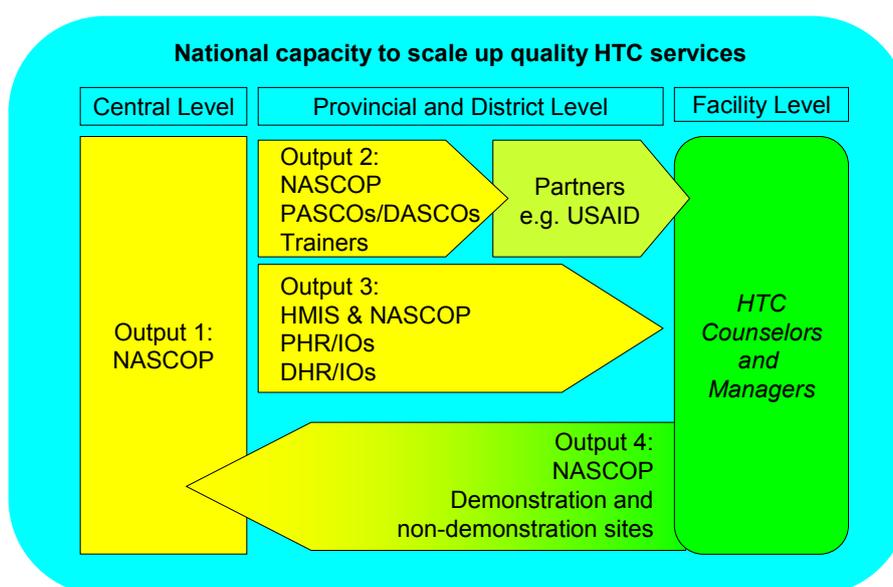


図2 各アウトプットにおける対象者

(2) 日本人専門家の配置と位置づけ

日本人専門家は、NASCOP に全員配置し、その専門分野に応じて、各アウトプットの達成に貢献する。複数の専門家の役割分担については、本プロジェクトでは特定の専門家をアウトプット4の選任とするのではなく、例えば、実証サイトとして3県が選ばれるのであれば、運営管理面で、各々が1県ずつ担当し、かつ専門分野については3県すべてに(特定の活動を串刺しにする形で)関わり、該当分野の活動を支援をするといっ

たチーム内の役割分担が検討がなされる必要がある。動きの早いケニアの HIV/AIDS 分野においては、このような行政レベルを越えた分担をすることで、専門分野に関する現場レベルでの実践を持ちつつ、中央レベルで活躍することが可能となると想定される。また、専門分野だけでなく、県レベルでの事業の進捗管理を担当することで、該当県の DMOH といったカウンターパートとの安定した関係性の構築が期待される。その意味で、業務調整員には、調整員業務に加えて、本プロジェクト活動に貢献する何らかの専門性を持つことが望ましい。

専門家の位置づけについては、特にチーフアドバイザーは、NASCOP の運営管理方法がフェーズ 1 開始時とは異なり、より集権的であることから、日本側の代表として、NASCOP 課長、すなわちプロジェクト・マネジャーに対し、対等の立場でプロジェクト運営にかかる助言を行うことが期待される。

(3) 合同調整委員会及びプロジェクトステアリングコミッティーの設置

プロジェクト・ディレクターは、公衆衛生局長 (Director of Public Health and Sanitation) で、プロジェクト・マネジャーは、NASCOP の長がその任を負う。プロジェクト・ディレクターは、アウトプット 4 との関連においても公衆衛生局長である必要があるが、この両者の中間に位置する Head of Department of Disease Control and Prevention を何らかの形で位置づけることを検討する必要がある。

合同調整委員会の構成は、議長はケニアのしきたりに従い、公衆衛生省事務次官がその任を負う。また、委員は、保健省分割後フェーズ 1 後半で任命された以下のメンバーである。

- Desk Officer responsible for JICA, Ministry of Finance (財務省担当者)
- Director of Public Health and Sanitation as Project Director (公衆衛生局長)
- Head of NASCOP as Project Manager (プロジェクトマネージャー)
- Director of National AIDS Control Council (NACC) (NACC 課長)
- JICA Long/Short-term Experts (JICA 長期/短期専門家)
- Chief Resident Representative of JICA Kenya Office (JICA 事務所長)
- Other member(s) appointed by Chairperson, if necessary (必要に応じ議長から任命された人々)

プロジェクトの運営を協議する合同調整委員会とは別に、プロジェクト単独で、あるいは他のパートナーとともに、NASCOP 単位であるいは HTC サービスプログラム単位で、プロジェクトの活動レベルの進捗をモニタリングする機会を設定することが望まれる。アウトプット 4 に関連する州と県の代表については、このような進捗会議のメンバーとなることが望ましい。

3-7 その他実施上の検討課題及び留意事項

(1) サイト選出にあたっての留意点

上述のとおり、「実証サイト」は、本件プロジェクトの支援も通じてケニア政府によって規定される HTC 質向上のための制度やツールを実際の現場に適用し、その全国的な普及の足がかりとすることに加えて、HTC の質向上にかかる制度やツールの効果や課題を様々な制約を抱える現場で検証し、中央で決定される政策にフィードバックしていくことを想定して設置するものである。

したがってその選定基準としては以下が想定される。①様々な形態（施設ベース、アウトリーチ）の HTC サービスが実践されている、②県保健行政局に HTC の質改善に取り組みたいとの明確な意思がある、③交通の便がよく周辺県から見学者を集めやすい、④検査キットの管理や検査の外部質管理等について NPHLS の協力を得やすい（検体やパネルの搬送コスト等）。

(2) HIV/結核連携

本プロジェクトは、ケニアにおける良質な HTC サービスを拡大するための能力強化に努めるものであるが、サブサハラ以南アフリカ、中でも WHO 結核高負担国でもあるケニアにおいては、結核と HIV との重複感染対策が重要であることは改めて記すまでもない。HTC サービスの質を確保するための指針としてケニア政府が策定する HTC サービス基準およびサービスパッケージでも、従来からのカウンセリングと検査実施に加え、HTC の現場から適切かつ早期に感染者を ART や結核治療へ紹介するため、HIV 感染が判明した受検者に対する WHO ステージング（口頭での質問セットから感染者の臨床状態を WHO が定めるステージ分類に当てはめる）や結核兆候スクリーニングの導入が検討されている。

これまでのケニアでの HIV/結核重複感染対策は、結核治療の現場における DCT を通じた HIV スクリーニングが中心であり、HIV 感染者に対する結核兆候スクリーニングは進んでおらず、MOPHS 結核局では早急にこの結核兆候スクリーニングをサービスパッケージの一部として HTC へ導入・展開したいとしている。HTC、特に VCT センター等での結核兆候スクリーニング導入にかかる手法・ツールは既に開発されており、また内務省と行ったパイロット事業から非医療資格保持者（レイカウンセラー等）による結核スクリーニングの精度は約 70%との好結果が出ていることから、早期患者発見に十分な効果が出せるとの見解を示している。

本プロジェクトにおいては、実証サイトにおける HTC サービス基準とサービスパッケージの適用を支援するが、その支援の枠組みの中で HIV/結核重複対策にも取り組むこととし、上記のように HIV 感染が判明した受検者に対する結核兆候スクリーニングや WHO ステージングの実施を技術支援する。ケニアの HTC サービス現場における HIV/結核連携はまだ始まろうとしているところであり、この実証サイトでの実施経験から改めて HIV/

結核連携のフィージビリティを実証し、更なる連携強化にかかる政策提言を行う意義は大きい。

またケニア国政府からは、2010年度要望調査に結核対策支援の案件を要請することが想定されている。2つの技術協力プロジェクトの対象となる組織や行政レベル・地域は異なるにせよ、本プロジェクトから抽出される HIV/結核連携及び重複感染対策の教訓は、HIV 蔓延国における結核対策のどの側面に対しても有効であると考えられる。本プロジェクトの実施に際しては、結核発症の脆弱性が高い HIV 感染者集団から結核患者を早期発見・治療する枠組みの構築・強化に注力しつつ、新規結核対策案件実施の際には、プログラムアプローチに基づいた複数の技術協力実施によるシナジー効果の派生に寄与することが求められる。本プロジェクトでは数多の感染症のうち一疾病対策である HIV/AIDS 対策の強化を行うが、プログラム化を通じて、さらに上位であるケニア国の感染症対策という開発課題に対する、より多面的かつ大きな貢献ができるよう、結核案件との密な連携が期待される。

(3) ケニア側関係者にかかる留意点

本プロジェクトでは、HIV 陽性者への集中的な結核スクリーニングなど、全アウトプットを通じて HIV/AIDS 側での対結核活動を実施していく予定であることから、結核局および各行政レベルでの結核対策関係者の理解と協力を得る必要がある。また、HIV 検査については、NASCOP を通じて、HIV 簡易検査キットの許認可等を司る血液安全性委員会 (Blood Safety Committee)、NHR 及び KEMRI の協力を得ていくことも必要である。

また、NASCOP の HTC 関係者は、残念ながら同じサービスプログラムを担当するチームとしての情報共有と連携が円滑になされていない。特に、同プログラムでは、諸般の事情により、プログラムとしての総合的な意思決定がなされておらず、担当者が同じ内容を別々に進めていることも珍しくない。よって、事業を進めるに当たっては、国家プログラムとしての調和に特に留意する必要がある。また、サービスプログラムの検討には、適切な M&E 担当者の巻き込みが必須である。

MOMS からの NASCOP 課長は、分割前の NASCOP 課長であったこともあり、両省の担当課長の関係は必ずしも良好とは言えない。そのため、HIV 簡易検査キットの調達や配布、研修カリキュラムの養成機関におけるカリキュラム化などの活動が MOMS の所轄に関連する場合には、これらの業務分担と指示命令系統に配慮する必要がある。

州あるいは県レベル以下での活動を実施する場合には、州の場合は州保健医療官 (PMO)、県の場合は県保健医療官 (DMOH) が、各行政レベルでの保健医療サービスの責任者であり、前述の HIV/AIDS 担当官等が所属する州保健チーム (PHMT)、県保健マネジメントチーム (DHMT) を司る。よって、PHMT 及び DHMT からの活動への理解と賛同を得ることが重要である。特に、アウトプット 4 にかかる活動を実施する場合、たとえば該当保健医療施設や県といきなり交渉を始めるのではなく、非実証サイトへの普及を促

進する意味でも、当初から PHMT 及び DHMT の巻き込みをはかり、オーナーシップを醸造することが重要である。活動の合意形成がなされた折には、その活動の州や県の役割を明確かつ確固たるものにするためにも、M/M などの覚書を作成することも一手であろう。また、感染が一般化するなかで、特定のグループ (MARPs) に対する取り組みも必要とされるため、県レベルでの計画策定・実施・評価を支援するような体制構築に留意することが望まれる。なお、DMOH の上司は PMO、PMO の上司は、公衆衛生局長になるため、活動の定着と促進、普及をはかるために、その指示命令システムの活用を考慮すべきである。

(4) ドナー連携にかかる留意点

本プロジェクトを推進するにあたって、関連パートナーとの連携は不可欠である。アウトプット 1 では、ケニアにおける HTC サービスに長年貢献してきた LVCT や FHI との協調連携は重要である。アウトプット 2 では、カスケード方式による研修の実施が想定されているが、HTC サービス提供施設を含む県レベル以下での展開については、USAID ケニアが委託する APHIA II プロジェクトの各実施団体との計画段階からの協議が必要であろう。また、アウトプット 4 では、その多くの県や HTC サービス提供施設が APHIA II の支援を受けていることから、サイトの選定にあたっては活動の重複を避けるなど、配慮が必要である。その意味でも、前述の DMOH ならびに DHMT を中心にしたアプローチをとることに意義がある。

アウトプット 3 については、新たな関係者として、USAID (本部) が委託する Health System Strengthen がその対象を ART プログラムからケニアの保健情報管理全般に広げつつあるため、彼らとの活動の連携調整が必要である。最後に、NASCOP は、CDC-Kenya と二期³⁰にわたって契約を締結し、結核課や NHRL 等、HIV/AIDS 関連部署の活動を含めた支援を受けている³¹。担当課長の変更により、NASCOP での全 HIV/AIDS 活動が、対支援者別協議から、NASCOP を主体とする協議に変更される方向が感じられる中、CDC-Kenya ととも、フェーズ 1 とは異なった関係を構築する必要がある。

³⁰ 今期は二期目で、2006 年から 5 年間の予定。

³¹ 国家公務員 (終身雇用) の給与以外のほぼすべての活動費がこの協定により拠出されている。

別 添 資 料

1. 調査日程

2. M/M

3. R/D

調査日程

| Date | Day | Time | Ms. Kita | Mr. Takahashi Ms. Takenaka Mr. Takizawa Mr Takimoto | Ms. Seko | Venue |
|--------|-----|---------------------------------|---|--|--------------------|---------------------------------|
| May 17 | Sun | 14:50 | Arrival in Nairobi | | | |
| May 18 | Mon | 9:30 12:30 14:00 15:00 | Meeting with JICA Kenya office Internal meeting (Ms. Takenaka, Ms. Kita, Mr. Takimoto) Courtesy call to Head, NASCOP Internal meeting (Ms. Takenaka and Ms. Kita) | | | JICA NASCOP NASCOP |
| May 19 | Tue | 10:00 | Interview with NASCOP staff(HTC team) | | | NASCOP |
| May 20 | Wed | 14:00 | Interview with NPHLS(Mr. Mamo) | | | NASCOP |
| May 21 | Thu | AM PM | Internal Meeting Meeting with NASCOP staff | | | NASCOP |
| May 22 | Fri | 9:00 14:00 18:00 | Meeting with NACC Internal meeting Meeting with Dr. Muraguri | | | NACC NASCOP NASCOP |
| May 23 | Sat | | Documentation | | | |
| May 24 | Sun | | Documentation | | Arrival in Nairobi | |
| May 25 | Mon | 9:30 11:00 14:00 | Meeting with Dr. Muraguri Internal meeting Courtesy call to Ag. Director of Public Health and Sanitation, MoPHS (Dr. Sharif) Internal Meeting/Preparation for PCM Workshop(When necessary) | | | NASCOP JICA MoPHS JICA |
| May 26 | Tue | AM 14:00 | Internal Meeting/Preparation for PCM Workshop PCM Workshop Participants (NASCOP key counterparts+Mission members) | | | JICA JICA |
| May 27 | Wed | | Site visit –Nyeri and Gatundu district | | | |

| | | | | | |
|--------|-----|------------------------|---|------------------------|--------------------|
| May 28 | Thu | AM 14:00 | Internal meeting (Develop rough PDM) Meeting with DLTLD | | JICA DLTLD |
| May 29 | Fri | 9:00 15:00 | Internal Meeting/Documentation Meeting with LVCT | | JICA LVCT |
| May 30 | Sat | 9:00 | Internal Meeting Documentation | | |
| May 31 | Sun | | Documentation | | |
| June 1 | Mon | AM 18:00 | Documentation Internal meeting (Holiday) | | |
| June 2 | Tue | 9:00 15:30 | Meeting with CDC Internal Meeting/Documentation Meeting with MSH | | CDC JICA MSH |
| June 3 | Wed | 10:00 16:00 | Meeting with NASCOP to finalize PDM and PO Internal Meeting | | NASCOP JICA |
| June 4 | Thu | 9:00 10:30 14:00 | Signing of M/M with PS, MoPHS Internal Meeting Meeting with USAID | Departure from Nairobi | MoPHS |
| June 5 | Fri | 9:00 PM | Report to EoJ Documentation | | JICA, EoJ |
| June 6 | Sat | | Leave Nairobi | | |

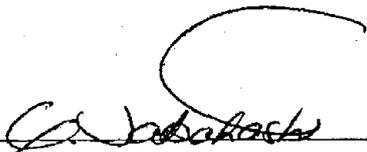
**MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE REPUBLIC OF KENYA
ON THE TECHNICAL COOPERATION PROJECT FOR
"STRENGTHENING OF PEOPLE EMPOWERMENT
AGAINST HIV/AIDS IN KENYA (SPEAK) PHASE II"**

The Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA"), through the Chief Representative of JICA Kenya Office, exchanged views and had a series of discussions with the Kenyan authorities concerned with respect to desirable measures to be taken by JICA and the Government of the Republic of Kenya for the successful implementation of the above-mentioned Project.

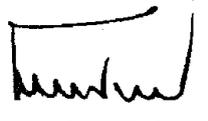
As a result of the discussions, the Chief Representative of JICA Kenya Office and the Kenyan authorities concerned agreed upon the matters described in the document attached hereto. This document is related to the Record of Discussions on the above-mentioned Project.

Nairobi

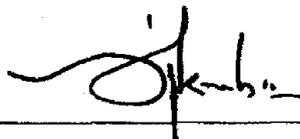
December 10th, 2009



Mr. Yoshiyuki Takahashi
Chief Representative,
Kenya Office,
Japan International Cooperation Agency,
Japan



Mr. Mark Bor, EBS
Permanent Secretary,
Ministry of Public Health and Sanitation,
The Republic of Kenya



Mr. Joseph K. Kinyua, CBS
Permanent Secretary,
Ministry of Finance,
The Republic of Kenya

**THE PERMANENT SECRETARY
MINISTRY OF FINANCE,
P. O. Box 30007,
NAIROBI.**

THE ATTACHED DOCUMENT

1. PROJECT DESIGN MATRIX

The Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") was elaborated through discussions by JICA and the Kenyan authorities concerned. Both sides agreed to recognize PDM as the implementation tool for project management, and the basis of monitoring and evaluation of the Project. The PDM will be utilized by both sides throughout the implementation of the Project. The PDM is shown in Annex I.

The PDM will be subject to change within the framework of the Record of Discussions when necessity arises in the course of implementation of the Project by mutual consent.

2. PLAN OF OPERATION

The Plan of Operation (hereinafter referred to as "PO") has been formulated according to the Record of Discussions, on condition that the necessary budget will be allocated for the implementation of the Project by both sides. The schedule is subject to change within the scope of the Record of Discussions when necessity arises in the course of implementation of the Project. The PO is shown in Annex II.

ANNEX I PDM

ANNEX II PO

h

h

Project Design Matrix (PDM)

Project Title: "Project for Strengthening of People Empowerment against HIV/AIDS in Kenya Phase 2 (SPEAK Project Phase II)"
 Implementing Agency: National AIDS and STI Control Programme (NASCO), Ministry of Public Health and Sanitation

Duration: 2010-2014 (4 years)

Direct Beneficiaries: NASCO, Provincial and District Health Management Team Officers involved in HTC, HTC service providers in demonstration site

| NARRATIVE SUMMARY | OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS | MEANS OF VERIFICATIONS | IMPORTANT ASSUMPTIONS |
|--|--|--|--|
| OVERALL GOAL Quality HTC services are provided at HTC (HIV Testing and Counseling) service delivery points | 1 Customer's satisfaction for HTC services is improved 2 Number of positive HTC clients referred to further services (i.e. TB, ART, Family Planning) is increased 3 At least 3 million of Kenyan adults per year are tested | Sample survey MoH 711 MoH 711 | |
| PROJECT PURPOSE National capacities* to scale up quality HTC services are strengthened *National capacities refer to capacities at Central, Provincial and District levels | 1 The percentage of provinces and districts which incorporates NASCO's HTC QA strategy is increased 2 The percentage of HTC service delivery points participates in new HTC accreditation system is increased | Interviews, AOPs HTC accreditation report | <ul style="list-style-type: none"> National and international commitment for the achievement of Universal Access remains GoK and other development partners continue to allocate necessary resources for HTC service provision |
| OUTPUTS 1 NASCO's capacities in management and coordination are strengthened 2 Tools and training capacities to ensure standardized quality HTC services are developed 3 National capacities to improve HTC data management as well as HTC programme monitoring and evaluation are strengthened 4 National Strategies to scale up quality HTC service are examined in demonstration sites and its results are fed back to national policy | 1-1. Number of documents supporting National HTC policy and guidelines (e.g. HTC service standard, HTC curriculum etc) 2-1. The number of trained trainers who are undertaking training for service providers 2-2. The percentage of service providers complying with national SOPs for HIV testing and counselling 3-1. Reporting rate increases from the current 50% to 90% and is maintained 3-2. The percentage of HTC reports submitted in a timely manner is increased 3-3. The percentage of accurate HTC reports is increased 3-3. NASCO gives feedbacks to provinces and districts on collected data quarterly 4-1. Number of times verified result of current and new HTC QA/QC/QI measures are reported to Joint Coordination Committee and Steering Committee is increased from zero to everytime 4-2. The percentage of non demonstration sites visit demonstration sites is increased from zero to 10% | Developed documents Sample survey/Project implementation records Sample survey/Project implementation records MoH 711 MoH 711 MoH 711 NASCO quarterly reports Project implementation records Sample survey | <ul style="list-style-type: none"> There is no significant change in NASCO's mandate or/and personnels Political situation does not become worse The majority of trained service providers remains in their current position |
| ACTIVITIES 1-1. To develop and disseminate national HTC Quality Assurance(QA) standards 1-2. To establish and operationalize HTC QA mechanism (registration/licensing/accreditation) 1-3. To finalize comprehensive HTC training curriculum 1-4. To facilitate institutionalization of HTC training curriculum into recognized training institutions 1-5. To develop other national instruments (i.e. QA work plan) as found necessary 2-1. To develop operational tools (eg. minimum standards for counselling, job aids) (as necessary) 2-2. To conduct Trainings of Trainers (ToTs) based on the new training curriculum 3-1. To standardize HTC recording/reporting tools (forms) 3-2. To train NASCO M&E officers, PHRIOs/DHRIOs on quality data management (i.e. mentorship, data audit, etc.) 3-3. To share HTC-service data within NASCO and among HMIS, NACC and other partners 3-4. To develop and maintain HTC service database at NASCO 3-5. To train NASCO M&E officers, PHRIOs/DHRIOs on data analysis and evaluation 3-6. To analyze and develop HTC report semi-annually at national, provincial and district level 4-1. To select and set up demonstration sites, including baseline surveys 4-2. To facilitate full application of QC (Quality Control) /QA measures for counselling and testing in the demonstration sites 4-3. To validate effectiveness of current and new QC/QA /Quality Improvement(QI) measures for HTC services (eg. standardized customer satisfaction survey tools, service providers 4-4. To inform national policies with the results of validation 4-5. To sensitise non-demonstration sites for the full application of QC/QA/QI | <p style="text-align: center;">INPUTS</p> <p style="text-align: center;"><u>Japanese Side</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Assignment of Japanese experts Long-term experts: Chief Advisor/M&E, HTC service Improvement, Project Coordinator/Cost Analysis Short-term experts: HIV/TB, operational researches etc. * Local cost to conduct training/workshops/seminars/operational researches and relevant activities * Provision of equipment necessary for the Project * Training in Japan | <p style="text-align: center;"><u>Kenyan Side</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Assignment of CPs * Arrangement of the office space for the Project * Operational costs for the Project | <ul style="list-style-type: none"> The current policy to roll out HTC policies is not significantly changed Roles/functions of NASCO and HMIS regarding reporting are coordinated The selected districts are not abolished or merged <p style="text-align: center;">PRECONDITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> There is no significant change in donor environment |

**RECORD OF DISCUSSIONS BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY AND
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE REPUBLIC OF KENYA ON
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT FOR
STRENGTHENING OF PEOPLE EMPOWERMENT
AGAINST HIV/AIDS IN KENYA (SPEAK) PHASE II**

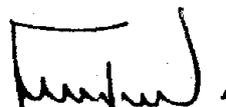
With respect to the Japanese technical cooperation Project for Strengthening of People Empowerment Against HIV/AIDS in Kenya (SPEAK) Phase II (hereinafter referred to as "the Project"), Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA"), through the Chief Representative of JICA Kenya Office, held a series of discussions with the Kenyan authorities concerned.

As a result of the discussions, and in accordance with the provisions of the Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and the Government of the Republic of Kenya, signed in Nairobi on 29th April, 2004 (hereinafter referred to as "the Agreement"), both sides agreed on the matters referred to in the document attached hereto.

Nairobi
December 10th, 2009



Mr. Yoshiyuki Takahashi
Chief Representative,
Kenya Office,
Japan International Cooperation Agency,
Japan



Mr. Mark Bor, EBS
Permanent Secretary,
Ministry of Public Health and Sanitation,
The Republic of Kenya



Mr. Joseph K. Kinyua, CBS
Permanent Secretary,
Ministry of Finance,
The Republic of Kenya

THE PERMANENT SECRETARY
MINISTRY OF FINANCE
P. O. Box 30007,
NAIROBI.

THE ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN JICA AND THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF KENYA

1. The Government of the Republic of Kenya will implement the Project in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan, which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan, and the provisions of Articles of the Agreement, JICA, as the executing agency for the technical cooperation by the Government of Japan, will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures of its technical cooperation scheme.

1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

JICA will provide the services of the Japanese experts as listed in Annex II. The provision of Article V, VI, and X of the Agreement will be applied to the above-mentioned experts.

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

JICA will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The provision of Article VII of the Agreement will be applied to the Equipment.

3. TRAINING OF KENYAN PERSONNEL IN JAPAN

JICA will receive the Kenyan personnel connected with the Project for technical training in Japan and will make necessary arrangements.

III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF KENYA

1. The Government of the Republic of Kenya will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of

Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.

2. The Government of the Republic of Kenya will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Kenyan nationals as a result of Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of Kenya.
3. In accordance with the provision of Article V of the Agreement, the Government of the Republic of Kenya will grant, in the Republic of Kenya, privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts referred to in II-1 here in above and their families.
4. In accordance with the provision of Article VII of the Agreement, the Government of the Republic of Kenya will take necessary measures to receive and use the Equipment provided by JICA under II-2 here in above and equipment, machinery and materials carried in by the Japanese experts referred to in II-1 here in above.
5. In accordance with the provision of Article V of the Agreement, the Government of the Republic of Kenya will provide the services of Kenyan counterpart personnel and administrative personnel as listed in ANNEX IV.
6. The Government of the Republic of Kenya will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Kenyan personnel from technical training in Japan and in third countries will be utilised effectively in the implementation of the Project.
7. In accordance with the provision of Article V of the Agreement, the Government of the Republic of Kenya will provide the buildings and facilities as listed in ANNEX V.
8. In accordance with the laws and regulations in force in the Republic of Kenya, the Government of the Republic of Kenya will take necessary measures to supply or replace, at its own expense, machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 here in above.
9. In accordance with the laws and regulations in force in the Republic of Kenya, the Government of Kenya will take necessary measures to meet the running expenses necessary for the implementation of the Project.

h

h

IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. Director of Public Health and Sanitation (hereinafter referred to as "DoPHS"), Ministry of Public Health and Sanitation (hereinafter referred to as "MoPHS"), as Project Director, will bear overall responsibility for the technical aspects, administration and implementation of the Project as well as other related assistance by JICA in MoPHS.
2. Head of Department of Disease Control, MoPHS, as Deputy Project Director, will bear overall responsibility for technical aspects, administration and implementation of the Project as well as other related assistance by JICA in the department.
3. Head of National AIDS and STI Control Programme (hereinafter referred to as "NASCOP"), as Project Manager, will bear responsibility of efficient implementation of the Project as per relevant work plan approved by Joint Coordination Committee.
4. Japanese Chief Advisor dispatched by JICA, as representative of Japanese experts, will provide necessary technical and administrative advice to Project Director, Deputy Project Director and Project Manager on any matters pertaining to the implementation of the Project.
5. Project Coordinator dispatched by JICA will administer budget and procurement and other administrative matters on behalf of the Project.
6. Other Japanese experts dispatched by JICA will provide necessary technical advice to the Kenyan counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
7. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordination Committee and Project Steering Committee will be established, whose functions and composition are described in Annex VI.

V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the Kenyan authorities concerned, at the middle and during the last six months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

h

hu

VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

In accordance with the provision of Article VI of the Agreement, the Government of the Republic of Kenya undertakes to indemnify the Japanese experts who engage in the Project, against claims, if any arises, which result from, occur in the course of, or otherwise are connected with the discharge of their official functions in the Republic of Kenya except for those arising from the wilful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and the relevant authorities of the Government of the Republic of Kenya on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.

VIII. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING OF AND SUPPORT FOR THE PROJECT

For the purpose of promoting support for the Project among the people of the Republic of Kenya, the Government of the Republic of Kenya will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of the Republic of Kenya.

IX. TERM OF COOPERATION

The duration for the Project as described in this Attached Document will be four (4) years from the date of the first dispatch of experts.

h

me

ANNEX I MASTER PLAN

1. Project Purpose

National Capacities* to scale up quality HIV Testing and Counselling (HTC) services are strengthened

*National capacities refer to capacities at central, provincial and district levels.

2. Outputs of the Project

- 1) NASCOP's capacities in management and coordination are strengthened
- 2) Tools and training capacities to ensure standardized quality HTC services are developed
- 3) National capacities to improve HTC data management as well as HTC program monitoring and evaluation are strengthened
- 4) National Strategies to scale up quality HTC service are examined in demonstration sites and its results are fed back to national policy

3. Activities of the Project

- 1-1. To develop and disseminate national quality assurance (QA) standards
- 1-2. To establish and operationalize HTC QA mechanism e.g. registration, licensing, accreditation.
- 1-3. To finalize comprehensive HTC training curriculum.
- 1-4. To facilitate institutionalization of HTC training curriculum into recognized training institutions.
- 1-5. To develop other national instruments (i.e. QA work plan) as found necessary.

- 2-1. To develop operational tools e.g. minimum standards for counseling, job aids (as necessary)
- 2-2. To conduct Trainings of Trainers (ToTs) based on the new training curriculum.

- 3-1. To standardize and disseminate HTC recording/reporting tools (forms).
- 3-2. To train NASCOP M&E officers, Provincial Health Record Information Officers (PHR/IOs) and District Health Record Information Officers (DHR/IOs) on data management (i.e. data collection, mentorship, data audit)

h



3-3. To share HTC service data, collected by Division of Health Management Information System, within NASCOP, related divisions in the Health Ministries, National AIDS Control Council and other partners.

3-4. To develop and maintain HTC service database at NASCOP.

3-5. To train NASCOP M&E Officers, PHRIOs and DHRIOs on data analysis and evaluation.

3-6. To analyze HTC services at central, provincial and district levels on semi-annual basis and issue Program reports.

4-1. To select and set up demonstration sites, including baseline surveys.

4-2. To facilitate full application of Quality Control (QC) /QA measures for counselling and testing in the demonstration sites.

4-3. To examine effectiveness of current and new QC/QA/Quality Improvement(QI) measures for HTC services e.g. standardized customer satisfaction survey tools, service providers satisfaction survey tools, in the demonstration sites.

4-4. To inform national policies with the results of examination.

4-5. To sensitise non-demonstration sites for the full application of QC/QA/QI.

h

mer

ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Long-term Experts

- 1) Chief Advisor/M&E
- 2) Quality Improvement of HTC Service
- 3) Project Coordinator/ Cost Analysis

2. Short-term Experts

- 1) HIV/TB collaboration
- 2) Operational research

Note: Dispatch of Experts will be considered for other fields as necessary.

h

mer

ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

Part of the equipment necessary for the effective implementation of the Project will be provided by the Japanese side within the budget allocated for technical cooperation.

The main items of the equipment to be provided are as follows.

1. Vehicles
2. Other equipment required for the implementation of the Project

h

h

ANNEX IV LIST OF KENYAN COUNTERPART

1. Project Director: Director of Public Health and Sanitation, MoPHS
2. Deputy Project Director: Head of Department of Disease Control, MoPHS
3. Project Manager: Head of National AIDS and STI Control Programme(NASCOP)
4. Staff of NASCOP
5. Representatives in selected demonstration sites

h

h

ANNEX V LIST OF LAND, BUILDINGS AND FACILITIES

The following items will be provided by the Government of the Republic of Kenya.

1. Land, buildings and facilities necessary for the implementation of the Project
2. Rooms and facilities necessary for the installation and storage of the equipment
3. Offices and necessary facilities for the Japanese experts and Kenyan personnel
4. Electricity, water supply and necessary telecommunication services

h

h

ANNEX VI ROLES OF VARIOUS COMMITTEES

1. Joint Coordination Committee (JCC)

The Joint Coordination Committee, which consists of representative of both Japanese and Kenyan sides, will be established for the smooth and effective implementation of the Project. The Committee will meet at least once a year and whenever the necessity arises.

1) Functions

- a) To approve the annual plan of operation of the Project within the framework of the R/D.
- b) To review the results of the annual work plan and the overall progress of the Project and achievement of the technical cooperation.
- c) To approve the modification of Project Design Matrix when necessary.
- d) To exchange views and ideas on major issues that may arise during the implementation of the Project.
- e) To make decisions on major issues arising from or in connection with implementation of the Project.

2) Composition

The committee will be composed of the chair and the members. The rules and guidelines for the business of the committee will be determined at the initial stage of the project. The composition will be as follows;

a) The Kenyan side

Permanent Secretary, MoPHS (Chair)

Project Director, Director of Public Health and Sanitation, MoPHS

Deputy Project Manager, Head of Department of Disease Control, MoPHS

Project Manager, Head of NASCOP, MoPHS

Head of Health Management Information System, MoPHS

Head of Division of Leprosy, Tuberculosis and Lung Disease, MoPHS

Provincial Directors of Public Health and Sanitation who has control of selected demonstration sites

District Directors of Public Health and Sanitation who has control of selected demonstration sites

Director of Medical Services, Ministry of Medical Services

Director of National AIDS Control Council

h

mu

Head, Asia-Pacific Division, Department of External Resources, Ministry of Finance

b) The Japanese side

JICA long term experts

Chief Representative, JICA Kenya Office

Other member(s) accepted by Chairperson, if necessary

2. Project Steering Committee (PSC)

The Project Steering Committee will meet at least quarterly basis and whenever the necessity arises.

1) Functions

a) To review quarterly work plan prepared by Project Manager

b) To monitor the progress of the Project activities.

2) Composition

The committee will be composed of the chair and the members. The composition will be as follows;

a) The Kenyan Side

Deputy Project Director (Chair), Head of Department of Disease Control, MoPHS

Project Manager, Head of NASCOP, MoPHS

Related managers and officers in NASCOP

Provincial AIDS and STI Coordinators of selected demonstration sites

District AIDS and STI Coordinators of selected demonstration sites

b) The Japanese side:

JICA long term experts

JICA short term experts

Representative, JICA Kenya Office

Other member(s) accepted by Chair, if necessary

h

h