

タンザニア連合共和国  
HIV/エイズサービスのための  
保健システム強化プロジェクト  
詳細計画策定調査・実施協議報告書

平成22年5月  
(2010年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部



## 序 文

タンザニア連合共和国のエイズ問題は深刻であり、同国の社会経済発展における最大の問題のひとつとなっています。これに対して、タンザニア連合共和国は、大統領の力強いイニシアティブのもとエイズ対策に取り組んでいますが、並行して推し進められている保健セクター改革及び地方自治改革において、県への保健行政上の権限委譲が進められており、中央政府がより強く州・県を指導・支援し、関係機関と調整する能力をもつことが必要となっています。

わが国は、技術協力「HIV 感染予防のための組織強化プロジェクト（2006 年 -2010 年）」の実施を通じて、保健社会福祉省の中で保健セクターのエイズ対策を中核的に進めている国家エイズ対策プログラム（NACP）の組織能力強化を行ってきました。タンザニア連合共和国政府は、これまでの協力の成果を受け、継続的な保健行政能力の強化を図るため、「HIV/AIDS 対策システム強化プロジェクト」（要請時名称）を日本国政府に要請しました。

今般、同プロジェクトの詳細設計を目的として、2010 年 4 月に調査団を派遣し、タンザニア連合共和国政府及び関係機関との間で協力計画を策定しました。

本報告書は、詳細計画策定調査の結果、並びにその後の実施協議の結果を取りまとめたものであり、今後のプロジェクトの展開に活用されることを願うものです。ここに、本調査にご協力を頂いた内外の関係者の方々に深い謝意を表すとともに、プロジェクトの発展に向けて、引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成 22 年 5 月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子

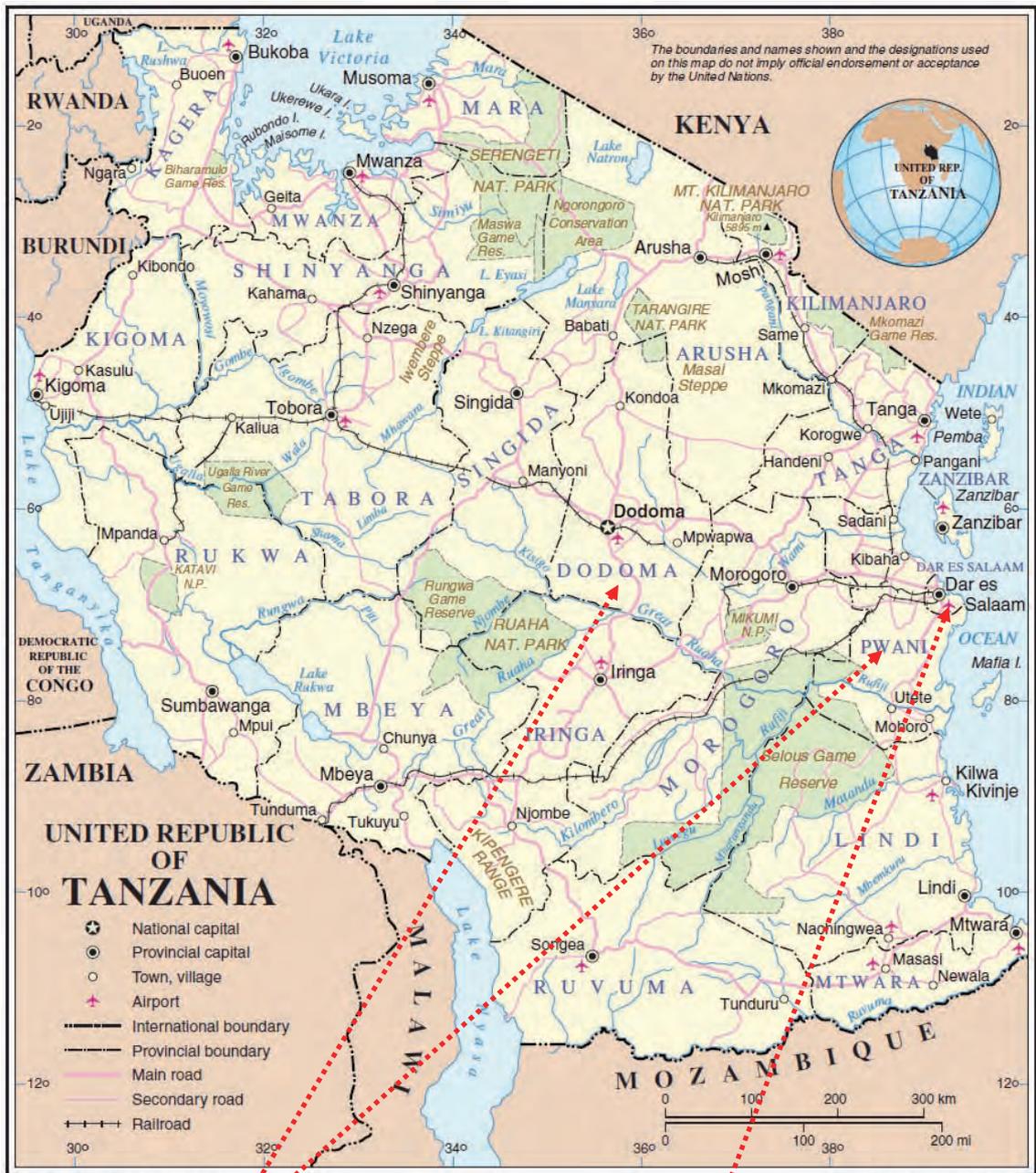


# 目 次

序 文  
目 次  
地 図  
写 真  
略語一覧  
事業事前評価表

第1章 詳細計画策定調査概要 .....	1
1-1 調査背景・目的・内容 .....	1
1-2 調査団の構成 .....	2
1-3 調査期間及び日程 .....	3
第2章 詳細計画策定調査結果 .....	5
2-1 タンザニアにおける HIV/エイズ対策状況 .....	5
2-1-1 概況 .....	5
2-1-2 タンザニアの HIV/エイズ対策実施体制 .....	6
2-1-3 タンザニアの HIV/エイズ関連戦略 .....	7
2-1-4 タンザニアの HIV/エイズ対策予算 .....	7
2-1-5 他パートナーの HIV/エイズ関連分野における支援 .....	9
2-1-6 関連したわが国の支援 .....	11
2-2 イリングガ州現地踏査：M&E 及び巡回監督指導現状調査 .....	11
2-2-1 現地踏査概要 .....	11
2-2-2 現地踏査結果 .....	12
2-3 他ドナーとの協議 .....	21
2-3-1 M&E 分野関連の開発パートナー .....	22
2-3-2 包括的な巡回監督指導とメンタリング分野関連の開発パートナー .....	24
2-4 PCM ワークショップ .....	27
2-4-1 PCM ワークショップ概要 .....	27
2-4-2 PCM ワークショップ結果 .....	28
2-5 保健社会福祉省との協議 .....	29
2-6 プロジェクト実施上の留意点 .....	35
第3章 プロジェクト基本計画 .....	37
3-1 協力概要 .....	37
3-2 協力の枠組み .....	37
3-2-1 協力の目標（アウトカム） .....	37
3-2-2 結果（アウトプット）と活動 .....	38

3-2-3	投入（インプット）	40
3-2-4	外部要因（満たされるべき外部条件）	41
第4章	プロジェクト事前評価	42
4-1	妥当性	42
4-2	有効性	43
4-3	効率性	44
4-4	インパクト	44
4-5	自立発展性	45
第5章	調査結果総括	47
第6章	実施協議結果	50
6-1	実施協議の経緯	50
6-2	実施協議の結果	50
付属資料		
1.	詳細計画策定調査協議議事録	53
2.	問題分析ツリー	63
2-1.	問題分析ツリー（M&E）	63
2-2.	問題分析ツリー（包括的な巡回監督指導とメンタリング）	65
3.	目的分析ツリー	69
3-1.	目的分析ツリー（M&E）	69
3-2.	目的分析ツリー（包括的な巡回監督指導とメンタリング）	73
4.	討議議事録及び付属協議議事録	77



Map No. 3667 Rev. 6 UNITED NATIONS  
January 2006

Department of Peacekeeping Operations  
Cartographic Section

モデル州：  
コースト (Pwani) 州とドドマ州

国家エイズ対策プログラム  
(NACP) 所在地





1 階に NACP のある建物。2 階は WHO 事務所



イリングガ州ムフィンディ県病院の患者台帳保管庫



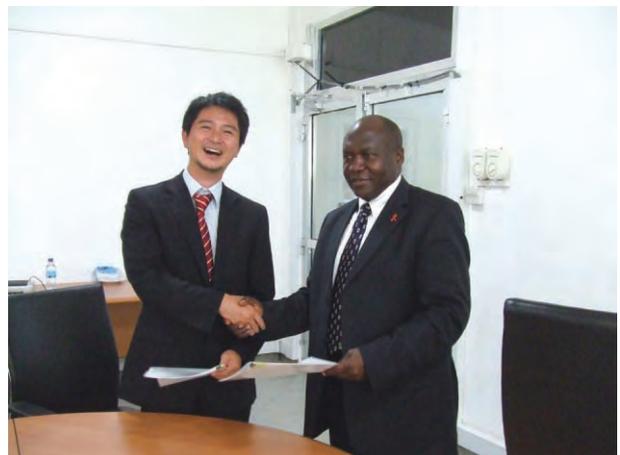
クリニカルオフィサーが自発的カウンセリング及び HIV 検査 (VCT) 利用者台帳を集計する様子 (イリングガ州カサンガ保健センター)



保健社会福祉省のモニタリング評価 (M&E) セクション及び関係者との協議



PCM ワークショップ (問題分析) の様子



ミニッツ署名 (左: 調査団長、右: 保健社会福祉省主席医務官)



## 略 語 一 覧

略語	英語	日本語訳
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
AMREF	African Medical and Research Foundation	アフリカ医学研究財団
ART	Antiretroviral therapy	抗 HIV 治療
CAP	International Center for AIDS Care and Treatment Programs	コロンビア大学エイズ治療計画国際センター
CBO	Community Based Organization	地域に基盤を置く団体
CDC	The Centers for Disease Control and Prevention	米国疾病対策センター
CHAI	Clinton HIV/AIDS Initiative	クリントン財団 HIV/ エイズイニシアティブ
CHMT	Council Health Management Team	県保健行政チーム
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
C/P	Counterpart	カウンターパート
CSO	Civil Society Organization	市民社会組織
CTC	Counseling and Testing Center	HIV カウンセリング・検査センター
DACC	District AIDS Control Coordinator	県エイズ対策コーディネーター
DHIS	District Health Information System	県保健情報システム
DMO	District Medical Officer	県医務官
DRCHCo	District Reproductive and Child Health Coordinator	県リプロダクティブ・乳幼児保健コーディネーター
EGPAF	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation	エリザベス・グレイザー記念子どものエイズ基金
EU	European Union	欧州連合
FBO	Faith Based Organization	宗教系組織
FHI	Family Health International	ファミリーヘルスインターナショナル
GFATM	The Global Fund to fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア対策基金
GOT	Government of Tanzania	タンザニア政府
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
HBC	Home Based Care	在宅ケア

HCT	HIV Counseling and Testing	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	保健情報システム
HSHP	Health Sector HIV and AIDS Strategic Plan	保健セクター HIV/ エイズ戦略計画
HSSP	Health Sector Strategic Plan	保健セクター戦略計画
ICAP	International Center for AIDS Care and Treatment Programs	コロンビア大学エイズ治療計画国際センター
IDA	International Development Association	国際開発協会
IEC	Information, Education, Communication	情報、教育、コミュニケーション
JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
LGRP	Local Government Reform Programme	地方行政改革プログラム
MC	Make Circumcision	男性包皮環状切除
MDGs	Millennium Development Goals	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 Meetings	協議議事録（ミニッツ）
MSD	Medical Service Department	中央医薬品倉庫
NACP	National AIDS Control Programme	国家エイズ対策プログラム
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NMSF	National Multi-sectoral Strategic Framework on HIV/AIDS	国家マルチセクトラル HIV/ エイズ戦略枠組み
NSGRP	National Strategy for Growth and Reduction of Poverty	成長と貧困削減のための国家戦略 スワヒリ語の通称は MKUKUTA
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PEPFAR	President's Emergency Plan AIDS Relief	米国大統領緊急エイズ救済計画
PITC	Provider Initiated Testing and Counseling	医療サービス提供者主導の HIV 検査及びカウンセリング
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission	母子感染予防
PO	Plan of Operation	活動計画表

RACC	Regional AIDS Control Coordinator	州エイズ対策コーディネーター
RCH	Reproductive Child Health	リプロダクティブ・乳幼児保健
R/D	Record of Discussions	討議議事録
RHMT	Regional Health Management Team	州保健行政チーム
RMO	Regional Medical Officer	州医務官
RRCHCo	Regional Reproductive and Child Health Coordinator	州リプロダクティブ・乳幼児保健コーディネーター
SDC	Swiss Agency for Development and Cooperation	スイス開発協力庁
SOP	Standard Operating Procedure	標準作業手引書
STI	Sexually Transmitted Infections	性感染症
TACAIDS	Tanzania Commission for AIDS	タンザニア国家エイズ委員会
TB	Tuberculosis	結核
TICAD	Tokyo International Conference on African Development	アフリカ開発国際会議
Tsh	Tanzania Shilling	タンザニアシリング
TUNAJALI		NGO。スワヒリ語で“ We care ”を意味する
UCSF	University of California, San Francisco	カリフォルニア大学サンフランシスコ校
UDSM	University of Dar es Slaam	ダルエスサラーム大学
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	国連合同エイズ計画
UNDP	United Nations Development Program	国連開発計画
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children’s Fund	国連児童基金
USG	US Government	米国政府
VCT	Voluntary Counseling and Testing	自発的カウンセリング及び HIV 検査
WFP	World Food Programme	世界食糧計画
WHO	World Health Organization	世界保健機関



# 事業事前評価表（技術協力プロジェクト）

作成日：2010年5月20日

担当部・課：タンザニア事務所

<p><b>1. 案件名</b></p> <p>国名：タンザニア連合共和国</p> <p>HIV/エイズサービスのための保健システム強化プロジェクト</p> <p>Health Systems Strengthening for HIV and AIDS Services Project</p>
<p><b>2. 協力概要</b></p> <p>(1) 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</p> <p>タンザニア連合共和国（以下、「タンザニア」と記す）において、HIV/エイズ対策関連保健サービスに係るモニタリング・評価の枠組及び包括的な巡回監督指導とメンタリングの体制が、モデル州での効果検証を経て、中央レベルで整えられ、全国展開に向けて確立されることを目的とする。</p> <p>(2) 協力期間</p> <p>2010年10月～2014年10月（予定）（4年間）</p> <p>(3) 協力総額（日本側）</p> <p>約4億円</p> <p>(4) 協力相手先機関</p> <p>保健社会福祉省国家エイズ対策プログラム（National AIDS Control Programme : NACP）</p> <p>(5) 国内協力機関</p> <p>なし</p> <p>(6) 裨益対象者及び規模、等</p> <p>NACP（職員数63名）、国家巡回監督指導者とメンター（計100名程度）、2モデル州の州保健行政マネジメントチーム・県保健行政マネジメントチーム（計13県）・保健施設（計419施設）</p>
<p><b>3. 協力の必要性・位置づけ</b></p> <p>(1) 現状及び問題点</p> <p>タンザニアはHIV陽性率が高く（15～49歳人口の6.2%<sup>1</sup>）、国家の緊急事態として対策が講じられており、同国の重要課題となっている。世界的なHIV/エイズ対策の技術革新や戦略の変化は早く、また開発パートナーの支援はHIV/エイズ対策のなかでも個別イシューごとの対策（すなわち、「HIV検査及びカウンセリング」「性感染症治療」「母子感染予防」「ケア・治療」</p>

<sup>1</sup> UNAIDS, 2008

等の個々のイシューにおける対策) に対して縦割りに行われている場合が多いため、タンザニア保健分野における HIV/ エイズ対策の舵取りを行う保健社会福祉省 NACP は多くの関係機関を調整する能力が求められている。また、タンザニアでは保健セクター改革及び地方自治改革が並行して推進されており、県への保健行政上の権限委譲が進められているが、地方保健行政の能力強化がいまだ十分ではないことから、中央政府がより強く州を(そして州は県を) 指導・支援する能力をもつことが必要となっている。すなわち、HIV/ エイズ対策については、NACP の行政執行能力強化、外部支援への対応能力強化、NACP・州・県の機能分担改善による業務の効率化等が喫緊の課題となっている。

このような状況下で、JICA は、NACP の組織能力強化を目標とした「HIV 感染予防のための組織強化プロジェクト」を 2006 年 3 月から 2010 年 7 月まで実施している。当該プロジェクトでは、HIV/ エイズ対策のうち、「自発的カウンセリング及び HIV 検査 (Voluntary Counseling and Testing : VCT)」及び「性感染症 (Sexually Transmitted Infections : STI) 治療」の 2 分野の個別イシュー対策を対象として、①実効性の高い標準化されたガイドライン、研修教材、執務参考教材の開発と普及、②「モニタリング・評価 (Monitoring and Evaluation : M&E)」に係る標準化された記録・報告様式の開発及び普及、について取り組み大きな成果を上げた。しかしながら、「M&E」や「巡回監督指導」のように、個別イシュー対策を横断する分野の取り組みについては、個々のイシュー対策ごとに取り組むより、包括的に取り組んだほうが効率的であるという、新たな取り組みの視点が、プロジェクト後半において NACP 側から出された。これを受け、プロジェクトは、さらに③「VCT」と「性感染症 (Sexually Transmitted Infections : STI) 治療」以外の HIV/ エイズ対策関連保健サービス(すなわち「母子感染予防」「ケア・治療」等) も包括的に網羅した新しい「巡回監督指導とメンタリング」の仕組みづくりについて取り組み、「VCT」と「STI 治療」に限らない HIV/ エイズ対策関連保健サービス全体の「包括的な巡回監督指導とメンタリング<sup>2</sup>」のマニュアルを開発し、その基盤整備に努めた。今後は、この「包括的な巡回監督指導とメンタリング」マニュアルに従った活動を、実際にタンザニアにて運用させ定着させていく取り組みが必要である。また、「M&E」についても、「VCT」と「STI 治療」について標準化された記録・報告様式をほかの HIV/ エイズ対策関連保健サービスの様式と整理・統合し、記録・報告業務の効率化に努める必要がある。このような包括的な視点の取り組みにより、現場のサービス提供者の負担を軽減するとともにサポート体制を強化し、サービスの量的・質的向上に貢献することが期待される。

## (2) 相手国政府国家政策上の位置づけ

- ・ タンザニアにおいては、15～49 歳人口の HIV 陽性率は 6.2%<sup>3</sup> と世界のなかでも高い値を示しており、重症疾患として優先課題となっている。ミレニアム開発目標 (Millennium

<sup>2</sup> 英語表記は「Comprehensive supportive supervision and mentoring」。タンザニアでは、従来 HIV/ エイズ対策の個別イシュー対策ごとに縦割りに行われていた巡回監督指導 (supportive supervision) について、マネジメント領域については、HIV/ エイズ対策関連保健サービス全体を網羅する包括的な巡回監督指導の概念を取り入れ、より効率的な巡回監督指導の実施をめざしている。一方で、専門的で臨床的な領域の巡回監督指導については、包括的な枠組では対応しきれないため、個別イシュー対策ごとにより深く専門的に技術指導を行うメンタリング (mentoring) という概念を取り入れ、相互補完が可能な形で、その仕組みづくりに取り組んでいる。包括的な巡回監督指導とメンタリングは時に重複する範囲もあるが、マネジメント領域と臨床領域の指導を相互補完的に行うことにより、効果的かつ持続的な仕組みづくりをめざしている。

<sup>3</sup> UNAIDS, 2008

Development Goals : MDGs) 達成に向け、2005年4月に第2次貧困削減戦略として策定された「成長と貧困削減のための国家戦略」(National Strategy for Growth and Reduction of Poverty : NSGRP、スワヒリ語で通称 MKUKUTA) や、「保健セクター戦略計画 III (2009-2015)」(Health Sector Strategic Plan III 2009-2015 : HSSP III) 等において、HIV/エイズ対策はタンザニアが取り組むべき重要課題とされており、これらに沿って、同対策は実施されている。

- ・「保健セクター HIV/エイズ戦略計画 II (2008-2012)」(Health Sector HIV and AIDS Strategic Plan II 2008-2012 : HSHSP II) では、質の高い HIV/エイズ対策関連サービスを提供するうえで、保健システムの強化が不可欠であるとし、その一環として M&E 強化を挙げている。本プロジェクトは、この方針にも沿うものである。

(3) わが国援助政策との関連、JICA 国別事業実施計画上の位置づけ (プログラムにおける位置づけ)

- ・2008年の第4回アフリカ開発会議 (Tokyo International Conference on African Development IV : TICAD IV) 及び G8 北海道洞爺湖サミットにおいて、日本は、「保健システムの強化」に向けたコミットメントと協力を一層拡充することを表明し、TICAD IV で採択された「横浜行動計画」では、「保健システムの強化」の事項において「正確な保健情報に基づいた政策決定を可能とするため、保健システムのモニタリング及び評価体制の構築を促進する」ことに取り組むとしており、本プロジェクトはこれに整合する。
- ・JICA 国別援助実施方針上では「HIV/エイズ対策への対応としては、感染予防サービスの質向上のための制度構築や人材育成に重点を置いた支援を継続する」としており、本プロジェクトがこれに位置づけられる。

#### 4. 協力の枠組み

[主な項目]

(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<sup>4</sup>

【プロジェクト目標】

HIV/エイズ対策関連保健サービスの包括的な巡回監督指導とメンタリング及び効果的な M&E システムが構築され、全国展開に向けて確立される。

【指標】

1. プロジェクトで開発された HIV/エイズ対策関連保健サービスの包括的な巡回監督指導とメンタリング及び M&E システムについてオリエンテーションを受けた州及びステークホルダー (関係団体) の数。
2. 包括的な巡回監督指導とメンタリング及び M&E システムが十分に機能している州の数 (対象 2 州のうち)。

<sup>4</sup> ベースライン調査をプロジェクトにて実施する予定であり、プロジェクト目標の具体的な指標とその目標値については、調査結果に基づいて検討し、プロジェクト合同調整委員会 (Joint Coordination Committee : JCC) にて決定することとする (2011年4月ごろ予定)。

3. モデル州において、包括的な巡回監督指導とメンタリング及び M&E システムが、以前より分かりやすく、使いやすいと認めている保健サービス従事者の割合が増加する。

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<sup>5</sup>

【上位目標】

HIV/ エイズ対策関連保健サービスの包括的な巡回監督指導とメンタリング及び効果的な M&E システムを通じて、タンザニアの保健システムが強化される。

【指標】

包括的な巡回監督指導とメンタリング及び M&E システムの導入が拡大されている州の数 / 割合

(2) 成果（アウトプット）<sup>6</sup>と活動

1) 成果 1：M&E に係る記録・報告様式が国家レベルで整理・統合<sup>7</sup>される。

【指標】

1-1 ステークホルダー会議が開催された数

1-2 記録・報告様式と標準作業手引書（Standard Operating Procedure：SOP）

【活動】

1-1 記録・報告様式と SOP を見直す。

1-2 改訂した記録・報告様式と SOP の試用テストを行う。

1-3 記録・報告様式と SOP を完成させる。

1-4 記録・報告様式と SOP の普及のためのステークホルダー会議を開催する。

1-5 記録・報告様式と SOP を印刷し、州へ配布する。

1-6 報告様式を県保健情報システム（DHIS<sup>8</sup>）へ統合させる。

1-7 M&E データの年次監査を行う。

1-8 NACP スタッフに対して、5S<sup>9</sup> のオリエンテーションを行う。

1-9 NACP の文書管理に 5S を適用する。

<sup>5</sup> ベースライン調査をプロジェクトにて実施する予定であり、上位目標の具体的な指標とその目標値については、調査結果に基づいて検討し、JCCにて決定することとする。（2011年4月ごろ予定）「数/割合」と表記している箇所についても、その際にどちらを指標として採用するかを決定する。

<sup>6</sup> ベースライン調査をプロジェクトにて実施する予定であり、成果（アウトプット）の具体的な指標とその目標値については、調査結果に基づいて検討し、JCCにて決定することとする。（2011年4月ごろ予定）「数/割合」と表記している箇所についても、その際にどちらを指標として採用するかを決定する。

<sup>7</sup> ここでいう「整理・統合」とは、本プロジェクトの先行プロジェクトである「HIV 感染予防のための組織強化プロジェクト」（2006-2010）で取り組んだ「VCT」と「STI 治療」の標準化された記録・報告様式を他の HIV/ エイズ対策関連保健サービスの様式と統合し、新しい様式にすること。その際には、統合する各記録・報告様式の項目の見直しを行ったうえで、取捨選択等の整理も行う。

<sup>8</sup> District Health Information System の略で、タンザニア保健社会福祉省が、保健情報管理システム全体の強化を図るために導入を進めている M&E データベースソフト。HIV/ エイズ分野のみならず、母子保健や結核、マラリア分野など、全保健情報を網羅すべく開発された無償の集計ソフトで、先行プロジェクトでは、コースト州で DHIS のパイロットの実施を支援した。コースト州の州保健行政局及び全県保健行政局に DHIS 操作に必要なハードウェアを配備し、「VCT」と「STI 治療」のモジュールを DHIS に組み込み、「VCT」と「STI 治療」の情報管理をテストした。このパイロットでは DHIS の有効性が確認され、今後、タンザニア保健社会福祉省は、他のドナー支援を得つつ、パイロット州において全保健情報を網羅できるようにモジュールを拡大し、段階的に全国展開していく計画となっている。

<sup>9</sup> 整理、整頓、清潔、清掃、しつけによる業務環境改善。

2) 成果 2 : モデル州において M&E システムが強化される。

【指標】

- 2-1 項目がすべて埋まり、提出期限が守られ、かつ正確な数値記載がなされている報告書が作成できている州 / 県 / 保健施設の数 / 割合
- 2-2 DHIS からの情報を引用している州年次保健計画と県総合保健予算計画の数 / 割合
- 2-3 M&E システムからの情報を少なくとも 1 回、業務上の意思決定に活用することができた保健施設の割合

【活動】

- 2-1 州・県保健行政マネジメントチームを含む保健サービス従事者に対して、記録・報告様式と SOP の研修を実施する。
- 2-2 記録・報告様式と SOP を保健施設へ確実に配布する。
- 2-3 DHIS 運用前の状況分析を行う。
- 2-4 DHIS のための IT 機材を配備する。
- 2-5 DHIS の啓発会議を開催する。
- 2-6 州 / 県保健行政マネジメントチームに対して、DHIS 使用の研修を実施する。
- 2-7 DHIS の技術フォロー訪問を実施する。
- 2-8 州 / 県保健行政マネジメントチームに対して、エビデンスに基づいた（データを活用した）保健計画策定の研修を実施する。
- 2-9 経験・教訓共有のためのステークホルダー会議を開催する。

3) 成果 3 : NACP において、包括的な巡回監督指導とメンタリングの調整能力が強化される。

【指標】

- 3-1 ステークホルダー会議が開催された数
- 3-2 国家レベルの包括的な巡回監督指導とメンタリングの年間計画が立てられている。
- 3-3 活動 3-1 で調整した計画に基づいて実施した、定期（半期に 1 回）巡回監督指導訪問の数
- 3-4 活動 3-1 で調整した計画に基づいて実施した、メンタリング訪問<sup>10</sup>の数
- 3-5 改善されたマニュアルとツールが整備されている。

【活動】

- 3-1 国家巡回監督指導者とメンターの年間計画と予算策定を調整する。
- 3-2 HIV/ エイズ対策関連保健サービスの包括的な巡回監督指導とメンタリングを実施する。
- 3-3 包括的な巡回監督指導とメンタリング訪問の実施報告書管理や共有方法を決定する。
- 3-4 国家レベルの巡回監督指導者とメンター間の相乗効果を高めるための会議を開催する。
- 3-5 経験・教訓共有のためのステークホルダー会議を開催する。
- 3-6 包括的な巡回指導・技術支援訪問のマニュアルとツールを見直し、印刷する。

<sup>10</sup> 巡回監督指導訪問のように定期的には実施されるものではなく、ニーズに応じて実施される。

4) 成果4：国家巡回監督指導者とメンターの能力が向上する。

【指標】

- 4-1 包括的な巡回監督指導とメンタリングの研修教材が整備されている。
- 4-2 研修を受けた国家巡回監督指導者とメンターの数
- 4-3 包括的な巡回監督指導とメンタリングのための国家研修講師の数

【活動】

- 4-1 包括的な巡回監督指導とメンタリングの研修教材を開発し、印刷する。
- 4-2 国家研修講師養成を実施する。
- 4-3 国家巡回監督指導者とメンターに対して研修を実施する。
- 4-4 国家巡回監督指導とメンターに対して再研修を実施する。

5) 成果5：モデル州において包括的な巡回監督指導とメンタリングが強化される。

【指標】

- 5-1 研修を受けた州/県巡回監督指導者とメンターの数
- 5-2 HIV/エイズ対策関連保健サービスの包括的な巡回監督指導とメンタリングを受けた州/県/保健施設の数/割合
- 5-3 州/県/保健施設においてアクション・ポイント/提言<sup>11</sup>が実行された数

【活動】

- 5-1 州/県保健行政マネジメントチームと保健施設に対して、包括的な巡回監督指導とメンタリングのオリエンテーションを実施する。
- 5-2 州/県巡回監督指導者とメンターを選定し、研修する。
- 5-3 包括的な巡回監督指導とメンタリングを計画し、実施する。
- 5-4 包括的な巡回監督指導とメンタリング訪問の実施報告書管理や共有方法を確立する。
- 5-5 州及び県レベルの巡回監督指導者とメンター間の相乗効果を高めるための会議を開催する。
- 5-6 経験・教訓共有のためのステークホルダー会議を開催する。
- 5-7 包括的な巡回監督指導とメンタリングを州年次保健計画と県総合保健予算計画に組み込む。
- 5-8 好事例国へのスタディーツアーを実施する。

(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、疫学、業務調整 / 研修
- ・ 短期専門家：ベースライン調査、エンドライン調査、等

< 供与機材 >

- ・ コピー機・FAX 機

<sup>11</sup> 包括的な巡回監督指導とメンタリング訪問の際に、巡回監督指導者及びメンターは、改善すべき点として「アクション・ポイント」及び提言を報告書にて報告することとしている。

・ モデル州の州保健行政局・県保健行政局への DHIS 運用のための IT 機器類の配備  
＜在外事業強化費＞

- ・ 教材等印刷費
- ・ 研修・ワークショップ経費
- ・ 運転手・アシスタント備上費 等

2) タンザニア側

人員配置、プロジェクト執務室、カウンターパート人件費、プロジェクト執務室光熱費、等

(4) 外部要因（満たされるべき外部条件）

1) 前提条件

保健社会福祉省により、NACP 副プログラム・マネジャーが新規配置される。

2) 成果（アウトプット）達成のための外部条件

- ・ プロジェクト実施者として配置され、研修を受けた人材の多くがとどまる。
- ・ 国・州・県レベルの M&E と巡回監督指導の体制や役割、権限が維持される。
- ・ 中央・州・県・保健施設レベルにおいて、人的、財政的、物的資源が現状維持される。

3) プロジェクト目標達成のための外部条件

中央・州・県・保健施設レベルにおいて、人的、財政的、物的資源が現状維持される。

4) 上位目標達成のための外部条件

- ・ DHIS が全国展開される。
- ・ 中央・州・県・保健施設レベルにおいて、人的、財政的、物的資源が現状維持される。

## 5. 評価 5 項目による評価結果

(1) 妥当性

本プロジェクトの妥当性は、以下の観点から非常に高いといえる。

1) タンザニア政策及び保健社会福祉省政策との整合性

「3. 協力の必要性・位置づけ」の「(2) 相手国政府国家政策上の位置づけ」で述べているとおり。

2) わが国援助政策との整合性

「3. 協力の必要性・位置づけ」の「(3) わが国援助政策との関連、JICA 国別援助実施方針上の位置づけ」で述べているとおり。

3) タンザニアのニーズとの整合性

「保健セクター戦略計画 III (2009-2015)」において、データの信憑性、収集方法、報告システム、フィードバック、データの分析及び活用等において課題が多く、M&E のシステム

が脆弱であることが述べられている。したがって、本プロジェクトで、M&Eに係る記録・報告様式を国家レベルで整理・統合し、NACP 職員をはじめ、モデル州において州保健行政マネジメントチーム及び県保健行政マネジメントチームの M&E に係る実施・運用能力を強化することは、タンザニアのニーズとも合致している。

包括的な巡回監督指導については、同じく「保健セクター戦略計画 III (2009-2015)」において、州の県に対する指導は単なる点検にとどまっており、州保健行政マネジメントチームが巡回監督指導を実施するための人的、財政的、物的資源も不足していると述べられている。また臨床経験豊富な専門職によるメンタリングは新しい分野であり、実施体制のメカニズムは整備されていない。本プロジェクトは、HIV/エイズ対策関連保健サービス全体を網羅する包括的な巡回監督指導に加え、臨床経験豊富な専門職によるメンタリングを相互補完的に行うことにより、サービスの質的向上・拡大をめざすものであり、タンザニアのニーズに応え得るものである。

#### 4) 手段としての適切性

本プロジェクトは、先行プロジェクトである「HIV 感染予防のための組織強化プロジェクト」の成果と実績を踏まえて計画している。特に包括的な巡回監督指導とメンタリングについては、先行プロジェクトで開発パートナーと連携して作成したマニュアルを本プロジェクトで実際に運用していくことになる。国家レベルでのマニュアルの導入により、サービスの質の改善が期待され、持続的な HIV/エイズ対策に向けた実施能力の強化という観点からも本プロジェクト実施の意義は大きい。

本プロジェクトでは、モデル州を 2 州選定し、県レベルまでを対象にした実証的オペレーションを行う。対象 2 州のうち、コースト州では、先行プロジェクトにおいて DHIS のパイロットを実施している。またドドマ州では、包括的な巡回監督指導とメンタリングマニュアルの試用テストを実施しており、先行プロジェクトからの持続性という観点から、両州をモデル州とすることは妥当と判断される。

## (2) 有効性

以下の観点から、本プロジェクトの有効性は見込まれる。

プロジェクト目標達成に向けて設定した 5 つの成果は、M&E (成果 1、2)、包括的な巡回監督指導とメンタリング (成果 3、4、5) の 2 つのコンポーネントに分類され、さらにそれぞれ、中央の NACP (M&E : 成果 1、包括的な巡回監督指導とメンタリング : 成果 3 と 4) とモデル州 (M&E : 成果 2、包括的な巡回監督指導とメンタリング : 成果 5) における成果に分かれる。これら成果の設定は、モデル州において、M&E、包括的な巡回監督指導とメンタリングのオペレーションを実証し、中央の NACP にフィードバックすることにより、現場のニーズや実情を的確に反映した M&E と包括的な巡回監督指導とメンタリングシステムが構築されるように配慮したものである。これにより、全国展開に向けたより良い枠組づくりがなされることが期待できる。したがって、プロジェクト目標達成のために、成果は適切に設定されているといえる。

ただし、実施の留意点として以下のことが挙げられる。

本プロジェクトは、現場での作業効率化・軽減を通して、サービスの量的拡大・質的向上

に貢献するものである。プロジェクト目標の達成は、サービス提供レベルでの作業の効率化・軽減の実現を伴っていることが重要であり、この点なくしては、プロジェクトの有効性は認められないことに留意する必要がある。

### (3) 効率性

本プロジェクトは、以下の観点から効率的な実施が見込まれるものの、留意すべき点がある。

本プロジェクトは、先行プロジェクトの支援によるノウハウや知見を生かし、またプロジェクトで開発されたツール等についても、引き続き有効活用されることが期待される。M&Eについては、先行プロジェクトにおいて、VCT、STI 治療に関する記録・報告様式の整備を行ったほか、コースト州で実施した DHIS のパイロットにおいて、「VCT」と「STI 治療」分野のモジュールを技術的に支援し、保健社会福祉省がめざす DHIS 全国展開による保健情報管理システム全体の強化を牽引した。また包括的な巡回監督指導とメンタリングにおいては、国家マニュアルを開発した。本プロジェクトは、より横断的な HIV/ エイズ対策関連保健サービス全体を対象としたものになるが、先行プロジェクトでの成果品及び、国家標準ガイドライン等の開発、研修実施において他の開発パートナーと連携を図り、相互補完的な関係を築いた実績は、本プロジェクトにおいても引き続き生かされ、プロジェクトの効率的な運営に寄与することが期待される。

モデル州で活動する開発パートナー [コースト州ではコロンビア大学エイズ治療計画国際センター (International Center for AIDS Care and Treatment Programs : ICAP)、ドドマ州では TUNAJALI] と連携を図ることにより、プロジェクト成果を効率的に展開させることが見込まれる。連携を通してプロジェクト成果が引き継がれれば、両州における効率的なプロジェクト活動の運営にとどまらず、それらの開発パートナーが活動している他の州においても活動が展開され、全国展開が順次図られていく可能性が高い。ただし、留意すべき点は、これらの開発パートナーは、必ずしも HIV/ エイズ対策関連保健サービス全体を対象とした支援をしているわけではなく、そのなかでも特定分野の支援を実施しているという点である (例えば、TUNAJALI は、「ケア・治療」と「母子感染予防」の分野に特化した支援)。そのため、調査時においては、これら開発パートナーから非常に連携に前向きな姿勢が伺えたものの、今後とも十分な理解を得る過程が必要である。

HIV/ エイズ対策関連保健サービスを横断的に取り組む本プロジェクトは、中央レベルの NACP において、NACP 内部のみならず、保健社会福祉省の関連部局や、他の保健サービスプログラム (例えば、結核プログラム、母子保健プログラム、等) を支援する開発パートナーとの合意形成など、多大な調整作業が必要になると想定される。プロジェクトの活動計画や投入は、この点を考慮してデザインされたが、プロジェクト実施段階に入ってもモニタリングし、必要に応じて調整していく必要がある。なお、タンザニア側においては、この調整業務を専任する新しいポストの提案があり、配置の実現に向けて動き出している。

### (4) インパクト

本プロジェクトの実施により、期待されるインパクトは以下のとおりである。

本プロジェクトで開発される HIV/ エイズ対策関連保健サービスの包括的な巡回監督指導とメンタリング及び M&E システムは、2 モデル州で実証を重ねたうえで全国展開に臨む仕様と

なっているため、中央・州・県・保健施設レベルにおいて、人的、財政的、物的資源が少なくとも現状維持されるという外部条件が満たされれば、全国へ順次普及されていくことが見込まれる。さらに、中央で整備されたシステムの普及について支援したいと考えている開発パートナーも多数あることが確認されている。これにより、上位目標はプロジェクト終了後3～5年以内には実現できることが見込まれる。また、上位目標達成の先には、現場のサービス提供者の負担を軽減するとともにサポート体制を強化し、サービスの量的・質的向上に貢献することが期待される。

本プロジェクトでタンザニア HIV/エイズ対策関連保健サービスの包括的な巡回監督指導とメンタリング及び M&E システムを構築することにより、同様の枠組を HIV/エイズ以外の保健サービスプログラム（例えば、マラリアプログラム、母子保健プログラム、等）に適用する可能性もある。保健社会福祉省では、本プロジェクトが先鞭となり、開発された包括的な巡回監督指導とメンタリング及び効果的な M&E システムを他のプログラムに応用する意向が示されており、HIV/エイズ以外のプログラムに広がっていくことが期待できる。

#### (5) 自立発展性

以下のとおり、本プロジェクトの自立発展性が見込まれる。タンザニアを含むアフリカ諸国の HIV/エイズ対策の場合、政府の経常的業務の多くが援助資金によって賄われている現状を前提に、それら援助資金の有効活用をめざすことが現実的に自立発展性を確保する方策であるとの認識に立っている。

##### 1) 政策・制度面

先行プロジェクトで支援を行った包括的な巡回監督指導とメンタリングのマニュアル及びツールの運用が開始され、なおかつ、本プロジェクトの支援により、HIV/エイズ対策関連保健サービス全体の統一された M&E 指標が確立されれば、各保健行政レベルの関係者が統一基準を共有することとなり、今後、HIV/エイズ対策のあらゆる過程において、一貫した対応が見込まれる。

##### 2) 組織面

本プロジェクトでは HIV/エイズ対策関連保健サービス全体を対象とするため、NACP 内のユニット間及び関連の開発パートナーとの連携が鍵となる。それらの調整に係る時間と労力は多大なものと推測されるが、タンザニア側の認識も同様であり、本調査期間中に、NACP のユニット横断的調整業務を担当する副プログラム・マネジャーのポストをプログラム・マネジャーの下に新設することで合意した。プロジェクト開始前までには配置の予定で、既にタンザニア側の準備も開始されており、コミットメントが高い。

本プロジェクトの支援により、M&E に係る記録・報告様式の整理・統合、DHIS など情報収集・分析ツールの共通化、巡回監督指導方法の横断的見直し・統合が実施されれば、HIV/エイズにとどまらず、保健システム全体の強化につながることを期待される。

一方で、タンザニアの保健セクターにおける恒常的な人材不足は、大きな課題である。今後、タンザニア政府は保健施設を増設していく計画であり、本プロジェクトの成果が全国に普及していくためにも、保健人材の確保、能力強化はより重要性を増すものと思われる。

その意味で、州保健行政マネジメントチームのマネジメント強化をめざす「州保健行政システム強化プロジェクト」や、保健社会福祉省の人材開発マネジメント強化をめざした「保健人材開発強化プロジェクト」（新規）など、他の JICA プロジェクトと並行して、本プロジェクトが NACP の能力強化を図ることにより、タンザニアの HIV/ エイズ対策を支える人材の裾野が広がり、組織体制が強化されることの意義は大きい。

### 3) 財政面

タンザニア政府は、「保健セクター HIV/ エイズ戦略計画 II (2008-2012)」の実施に対し、長期的な財政コミットメントを表明している。また、HIV/ エイズ対策分野は開発パートナーからの資金援助も多額であり、HIV/ エイズ関連予算の 95%を開発パートナーからの支援が占める。世界エイズ・結核・マラリア対策基金の第 9 次資金供与の保健システム強化分野の承認がほぼ確実であるのをはじめ、開発パートナーの支援は当面維持されるものと見込まれる。しかしながら、長期的な視点では、同国の HIV/ エイズ対策に係る必要な経費が担保されているとは言い難く、タンザニア政府は今後も自国予算の確保、開発パートナー支援の模索を続けていくことが課題となる。

### 4) 技術面

本プロジェクトは、先行プロジェクトの成果を踏まえて実施されるもので、モデル州において、効果を実証できれば、他州でも受け入れやすく、普及が図られるものと思われる。また普及にあたっては、他の開発パートナーの協力が不可欠であるが、タンザニアの最大ドナーのひとつである米大統領緊急エイズ救済計画 (U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief: PEPFAR) が、今後保健システム強化へ焦点を移すことを表明するなど、本プロジェクトと他の開発パートナーのめざす方向性は一致している。したがって、本プロジェクトで実証された成果は、プロジェクト終了後も、タンザニア政府や他の開発パートナーの協力により、普及される可能性が高い。

## 6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

本プロジェクトによる貧困・ジェンダー・環境への負の影響は想定されないため、配慮事項は特にない。

## 7. 過去の類似案件からの教訓の活用

先行プロジェクトの終了時評価では、国家基準の開発において、ステークホルダーを巻き込む参加型で合意形成を徹底していくプロセス（調和化のプロセス）は、相当の時間と労力を要するものであるため、プロジェクトの活動計画や投入量についてプロジェクトデザイン時より十分検討すべきであるという教訓を得た。これを踏まえ、本プロジェクトでは、係る調整時間を十分考慮して、プロジェクト期間内でプロジェクト目標を達成でき得る活動の計画策定を行った。また、必要投入量についても、日本側の専門家投入に加え、タンザニア側においても、NACP のユニット横断的調整業務を担当する副プログラム・マネジャーのポストをプログラム・マネジャーの下に新設するというコミットメントを引き出し、調和化のプロセスをスムーズに行えるような実施体制を整えた。

また、同じく終了時評価において、中央レベルを対象としたプロジェクトであっても、保健医療サービス提供の現場のニーズやインパクトを把握するメカニズムやプロセスを組み入れておくことが重要であるという教訓も導かれた。本プロジェクトでは、モデル州を2州設定し、プロジェクトのオペレーションを現場レベルで実証する仕組みを組み入れた。

#### 8. 今後の評価計画

中間レビュー	2012年10月
終了時評価	2014年4月
事後評価	2017年

## 第1章 詳細計画策定調査概要

### 1-1 調査背景・目的・内容

タンザニア連合共和国（以下、「タンザニア」と記す）は、HIV 陽性率が高く（15～49歳人口の5.8%<sup>12)</sup>、国家の緊急事態として対策が講じられており、同国の重要課題となっている。世界的な HIV/エイズ対策の技術革新や戦略の変化は早く、またドナーの支援は HIV/エイズの個別イシューごとの対策〔すなわち、「HIV 検査及びカウンセリング」「性感染症（Sexually Transmitted Infections：STI）治療」「母子感染予防（Prevention of Mother to Child Transmission：PMTCT）」「ケア・治療」等の個々のイシューにおける対策〕に対して縦割りに行われている場合が多いため、タンザニア保健分野における HIV/エイズ対策の舵取りを行う保健社会福祉省国家エイズ対策プログラム（National AIDS Control Programme：NACP）は多くの関係機関を調整する能力が求められている。また、タンザニアでは保健セクター改革及び地方自治改革が並行して推進されており、県への保健行政上の権限委譲が進められているが、地方保健行政の能力強化がまだまだ十分ではないことから、中央政府がより強く州を（そして州は県を）指導・支援する能力をもつことが必要となっている。すなわち、HIV/エイズ対策については、NACP の行政執行能力強化、外部支援への対応能力強化、NACP・州・県の機能分担改善による業務の効率化等が喫緊の課題となっている。

このような状況下で、JICA は、NACP の組織能力強化を目標とした技術協力「HIV 感染予防のための組織強化プロジェクト」（以下、「先行プロジェクト」）を 2006 年 3 月から 2010 年 7 月まで実施している。当該プロジェクトでは、HIV/エイズ対策のうち、「STI 治療」及び「自発的カウンセリング・HIV 検査（Voluntary Counseling and Testing：VCT）」の 2 分野の個別イシュー対策を対象として、①実効性の高い標準化されたガイドライン、研修教材、執務参考教材（以下、「ジョブエイド」）の開発と普及、②モニタリング・評価（Monitoring and Evaluation：M&E）に係る標準化された記録・報告様式の開発及び普及（主に紙ベースの記録・報告システムについて取り組んだ。コンピュータベースの記録・報告システムでは、コースト州での DHIS<sup>13)</sup> のパイロット試験に取り組んだ）について取り組み大きな成果を上げた。しかしながら、「M&E」や「巡回監督指導」のように、個別イシュー対策を横断する分野の取り組みについては、個々のイシュー対策ごとに取り組むより、包括的に取り組んだほうが効率的であるという、新たな取り組みの視点が、プロジェクト後半において NACP 側より出された。これを受け、プロジェクトは、さらに③「STI 治療」と「VCT」以外の HIV/エイズ対策関連保健サービス（すなわち「PMTCT」「ケア・治療」等）も包括的に網羅した新しい巡回監督指導とメンタリングの仕組みづくりについて取り組み、「STI 治療」と「VCT」に限らない HIV/エイズ対策関連保健サービス全体の「包括的な巡回監督指導

<sup>12)</sup> UNAIDS, 2009 Report on the Global AIDS Epidemic

<sup>13)</sup> District Health Information System の略で、タンザニア保健社会福祉省が、保健情報システム全体の強化を図るために、導入を進めている M&E データベースソフト。HIV/エイズ分野のみならず、全保健情報を網羅すべく開発されたフリーの集計ソフトで、本プロジェクトでは、DHIS を使いコースト州でパイロットを実施した。コースト州の州保健行政局及び全県保健行政局に DHIS のオペレーションに必要なハードを配備し、STI と VCT のモジュールを DHIS に組み込み、STI と VCT の情報管理をテストした。このパイロットでは DHIS の有効性が確認され、今後、保健社会福祉省は、他のドナーの支援を得つつ、パイロット州において全保健情報を網羅できるようにモジュールを拡大しつつ、段階的に全国展開していく計画となっている。

とメンタリング<sup>14</sup>」のマニュアルを開発し、その基盤整備に努めた。今後は、この「包括的な巡回監督指導とメンタリング」マニュアルに従った活動を実際にタンザニアにて運用させ定着させていく取り組みが必要である。また、「M&E」についても、「STI 治療」と「VCT」について標準化された記録・報告様式を他の HIV/エイズ対策関連保健サービスの様式と整理・統合し、記録・報告業務の効率化に努める必要がある。このような包括的な視点の取り組みにより、現場のサービス提供者の負担を軽減するとともにサポート体制を強化し、サービスの量的・質的向上に貢献することが期待される。

今般、先行プロジェクトの成果を踏まえ、① NACP が「M&E」を適切に実施・運用できる能力の強化、② NACP が「包括的な巡回監督指導とメンタリング」を適切に実施・運用できる能力の強化に対する支援について、タンザニア政府より要請があった。

本詳細計画策定調査は、タンザニア政府からの協力要請の背景、内容を確認し、先方政府関係機関との協議を経て、協力計画を策定するとともに、要請プロジェクトの事前評価を行うために必要な情報を収集、分析することを目的とする。

なお、調査内容は以下のとおりである。

- (1) ①現地踏査（イリンガ州）による M&E 及び巡回監督指導の現状調査、②既存資料の整理と分析による基礎情報調査、③開発パートナーへの聞き取り、④保健社会福祉省 M&E セクションへの聞き取り、⑤ NACP ユニット長への聞き取り、⑥ NACP、州及び県保健局関係者を対象としたプロジェクト・サイクル・マネジメント（Project Cycle Management : PCM）ワークショップの実施、等を通して、プロジェクトの協力の枠組み（目標、対象範囲、成果、投入、指標等）について検討し、先方政府と協議を行う。
- (2) 上記(1)の協議結果に従い、プロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix : PDM）（案）、活動計画表（Plan of Operation : PO）（案）を作成し、実施体制を確認のうえ、双方の負担事項やプロジェクト実施上の留意事項、プロジェクト開始までに双方で必要な作業等について協議を行う。
- (3) 評価 5 項目に沿って、プロジェクト事前評価を行う。
- (4) 協議結果を合意文書（ミニッツ : Minutes of Meetings : M/M）にまとめ、先方政府と署名交換を行う。

## 1-2 調査団の構成

担当分野	氏名	所属
団長 / 総括	瀧澤 郁雄	JICA ケニア事務所 広域企画調査員（保健担当）
評価計画	伊藤 亜紀子	JICA 人間開発部 保健第一グループ 保健第二課 職員
評価分析	佐藤 純子	(株) タック・インターナショナル

<sup>14</sup> 英語表記は「Comprehensive supportive supervision and mentoring」。タンザニアでは、従来 HIV/エイズ対策の個別イシュー対策ごとに縦割りに行われていた巡回監督指導（supportive supervision）について、マネジメント領域については、HIV/エイズ対策関連保健サービス全体を網羅する包括的な巡回監督指導の概念を取り入れ、より効率的な巡回監督指導の実施をめざしている。一方で、専門的で臨床的な領域の巡回監督指導については、包括的な枠組では対応しきれないため、個別イシュー対策ごとに深く専門的に技術指導を行うメンタリング（mentoring）という概念を取り入れ、相互補完が可能な形で、その仕組みづくりに取り組んでいる。包括的な巡回監督指導とメンタリングは時に重複する範囲もあるが、マネジメント領域と臨床領域の指導を相互補完的に行うことにより、効果的かつ持続的な仕組みづくりをめざしている。

### 1-3 調査期間及び日程

調査期間は2010年4月4日から5月1日までで、日程は以下のとおりである。

月日・曜日			佐藤（評価分析）	伊藤（評価計画）	瀧澤（団長 / 総括）
4月	4	日	日本発		
	5	月	タンザニア着		
	6	火	保健社会福祉省主席医務官表敬訪問 NACPプログラムマネジャー表敬訪問		
	7	水	イリング州へ移動		
	8	木	イリング州現地踏査：M&E及び巡回 監督指導現状調査		
	9	金	イリング州現地踏査：M&E及び巡回 監督指導現状調査		
	10	土	文献レビュー / 資料整理		
	11	日	文献レビュー / 資料整理		
	12	月	イリング州現地踏査：M&E及び巡回 監督指導現状調査		
	13	火	イリング州現地踏査：M&E及び巡回 監督指導現状調査		
	14	水	イリング州現地踏査：M&E及び巡回 監督指導現状調査		
	15	木	ダルエスサラームへ移動		
	16	金	M&Eに関する開発パートナーへの グループインタビュー		
	17	土	文献レビュー / 資料整理		
	18	日	文献レビュー / 資料整理	日本発	
	19	月	包括的な巡回監督指導とメンタリン グに関する開発パートナーへのグ ループインタビュー	タンザニア着	ケニア発 タンザニア着
	20	火	JICA タンザニア事務所打合せ 団内打合せ 保健社会福祉省主席医務官表敬訪問及び協議 NACPプログラムマネジャー表敬訪問及び協議		
	21	水	NACPユニット長へのグループインタビュー 保健社会福祉省 M&E セクション及び関係者との協議 在タンザニア日本大使館表敬訪問 PCM ワークショップ準備		
	22	木	PCM ワークショップ 1 日目		
	23	金	PCM ワークショップ 2 日目		
	24	土	NACP プログラムマネジャーとの協議 PDM（案）及び PO（案）の作成		

	25	日	他保健プロジェクト日本人専門家との協議 PDM（案）及びPO（案）の作成	
	26	月	PDM（案）及びPO（案）の作成	
	27	火	NACP 主要 C/P との協議（PDM とミニッツ作成）	
	28	水	NACP 主要 C/P との協議（PO 作成）	
	29	木	保健社会福祉主席医務官への報告及びミニッツ署名 JICA タンザニア事務所への報告	
	30	金	タンザニア発	他調査団へ参团
5月	1	土	日本着	

## 第2章 詳細計画策定調査結果

### 2-1 タンザニアにおける HIV/ エイズ対策状況

#### 2-1-1 概況

タンザニアにおいては、総人口約4,000万人に対し、HIV陽性者数は約140万人<sup>15</sup>、15～49歳人口のHIV陽性率は5.8%（男性：女性＝4.7%：6.8%）<sup>16</sup>で、2003-04年の7%（男性：女性＝6%：8%）と比較すると、低下してはいるものの、依然高い水準となっている。男性では、35～39歳の年齢層が、女性では30～34歳の年齢層が最も陽性率が高い。また州別では、最も高いイリング州の15.7%から最も低いマニャラ州の1.5%まで、地域によっても差がある。

タンザニアでは、地方自治改革が推進されるなか、保健分野においても、保健セクター改革として、県レベルに対し、主体的な保健サービス提供の実施管理など、保健行政上の権限移譲が進められている。また、こうした状況下、HIV/エイズ対策関連保健サービスの提供に関しても、コミュニティを中心とした在宅ケア（Home Based Care：HBC）や、医療サービス提供者主導のHIV検査及びカウンセリング（Provider Initiated Testing and Counseling：PITC）等の導入により、HIV陽性者を早期に発見し、迅速なケア・治療に結びつける動きが広がっている。

従来、タンザニアにおけるHIV/エイズ対策は、政府、ドナーの支援ともに、個別の 이슈（HIV検査及びカウンセリング、PMTCT、ケア・治療等）ごと、縦割りに行われるケースが多く、M&Eも分野別に実施されてきたため、HIV/エイズプログラム全体としてのM&Eシステムの調和に欠けると指摘されてきた<sup>17</sup>。保健社会福祉省では、今後、包括的M&Eシステムの確立とともに、根拠に基づく計画立案（Evidence-based planning）のためM&Eを強化するとしている<sup>18</sup>。

巡回監督指導（Supportive supervision）においても縦割りに行っていたが、保健社会福祉省が策定した「保健セクター HIV/エイズ戦略計画」（Health Sector HIV and AIDS Strategic Plan II 2008-2012：HSHSP II 2008-2012）によれば、質の面で不十分であり、近年は効率化をめざし、HIV/エイズプログラム全体を網羅する包括的な巡回監督指導（Comprehensive supportive supervision）の概念を取り入れている。

タンザニアの保健人材不足は深刻であり<sup>19</sup>、限られた人材の能力強化を図ることが同国の保健サービスの向上に不可欠となっている。HIV/エイズ対策関連保健サービスの提供においても例外ではなく、タンザニアでは、技術的・臨床的な指導を伴うメンタリング（mentoring）<sup>20</sup>を通じた能力強化の仕組みづくりに取り組んでいるが、現時点で保健社会福祉省は、メンタリングのメカニズムが確立されておらず、今後の課題としている<sup>21</sup>。

JICAでは、中央のNACPの組織能力強化を支援すべく、技術協力「HIV感染予防のための

<sup>15</sup> UNAIDS, 2009 Report on the Global AIDS Epidemic

<sup>16</sup> Tanzania Commission for AIDS (TACAIDS), Tanzania HIV/AIDS and Malaria Indicator Survey 2007-08

<sup>17</sup> Ministry of Health and Social Welfare, Health Sector HIV and AIDS Strategic Plan (HSHSP) II 2008-2012

<sup>18</sup> Ministry of Health and Social Welfare, Health Sector Strategic Plan (HSSP) III July 2009-June 2015

<sup>19</sup> タンザニア保健セクターによれば、必要な保健人材ポストの充足率は38%にとどまっている（HSHSP II 2008-2012）。

<sup>20</sup> WHOでは、クリニカルメンタリングを次のように定義している。“Clinical mentorship is a system of practical training and consultation that fosters ongoing professional development to yield sustainable high-quality clinical care outcomes”（WHO recommendation for clinical mentoring to support scale-up of HIV care, antiretroviral therapy and prevention in resource-constrained settings）

<sup>21</sup> Ministry of Health and Social Welfare, Health Sector HIV and AIDS Strategic Plan (HSHSP) II 2008-2012

組織強化プロジェクト」を2006年3月より4年間実施してきた。プロジェクトは、HIV/エイズプログラムのうち、主にSTI及びVCTを対象とし、①標準化され、使いやすい国家ガイドライン、研修教材、ジョブエイドの開発と普及（成果1）、②M&Eシステムの改善（成果2）、③効果的で継続的な巡回監督指導の実施（成果3）、④ロジスティクス情報管理システムの強化（成果4）に取り組んだ。2009年11月の終了時評価調査において、国家ガイドラインや研修教材パッケージ、標準作業手順書、ジョブエイド、月例報告フォーム、サービス記録台帳等の標準化・調和化、STIとVCT以外の分野（PMTCT、ケア・治療等）も包括的に網羅した新しい巡回監督指導の仕組みづくり<sup>22</sup>等において、プロジェクトの成果が確認されている。一方で、保健行政の地方分権化が進むなか、それらが地方行政組織や末端の保健施設など、サービス提供レベルで周知・徹底されているかを監視・評価し、必要に応じて改善を働きかける能力については課題が残されている<sup>23</sup>。

## 2-1-2 タンザニアのHIV/エイズ対策実施体制

タンザニアのHIV/エイズ対策は、保健社会福祉省を含む省庁間の横断的なHIV/エイズ対策への取り組みとして、2002年に首相府直轄のタンザニア国家エイズ委員会（Tanzania Commission for AIDS : TACAIDS）が設立され、「国家マルチセクターHIV/エイズ戦略枠組み」（National Multi-sectoral Strategic Framework on HIV/AIDS : NMSF 2003-2007）が策定された。その後NMSFは改訂され（NMSF 2008-2012）、セクター横断的な対策実施における指針となっている。

保健分野におけるHIV/エイズ対策は、保健社会福祉省NACPを中心に行われている。NACPは7つのユニット〔①管理ユニット、②ケア・治療ユニット、③カウンセリング・社会的サポートユニット、④疫学（M&E）ユニット、⑤情報、教育、コミュニケーション（Information, Education, Communication : IEC）ユニット、⑥STIユニット、⑦臨床検査ユニット〕で構成され、それぞれユニット長を中心に各分野の取り組みにあっている。

タンザニアでは、1990年代後半の「自治体への権限委譲を伴う地方分権化（Decentralization by Devolution）」政策に伴い、地方自治改革が推進されており、2000年の地方行政改革プログラム（Local Government Reform Programme : LGRP）以降、急速に地方分権化が進むなか、保健セクターにおいても、県への保健行政上の権限移譲が進められている。県では、県保健行政チーム（Council Health Management Team : CHMT）が中心となり、県保健計画に基づき、保健サービスの提供を担うとともに、一次レベルの保健医療施設の管理・監督を担っている。そして上位レベルの州では、州保健行政チーム（Regional Health Management Team : RHMT）が、県の保健活動に対する指導・支援を提供するとともに、州病院の管理・監督を担う。しかしながら、これまでRHMTは予算・人材の制約から、その機能を十分に果たしてきたとは言い難い。保健社会福祉省は、県レベルの保健サービスの管理能力向上と、それに係る人材の確保を優先事項とし、CHMTの監督者であるRHMTの機能強化を今後の課題として挙げている<sup>24</sup>。

HIV/エイズ分野においては、県、州に、県エイズ対策コーディネーター（District AIDS Control Coordinator : DACC）、州エイズ対策コーディネーター（Regional AIDS Control

<sup>22</sup> 終了時評価調査において提言された、包括的な巡回監督指導とメンタリングのマニュアルやツールの州へのオリエンテーションの実施については、延長期間である2010年7月までに達成される見込みである。

<sup>23</sup> JICA「HIV感染予防のための組織強化プロジェクト終了時評価報告書」（2009）

<sup>24</sup> HSSP III, July 2009-June 2015

Coordinator : RACC) がそれぞれ配置され、対策の中心を担うが、いずれも CHMT、RHMT のコアメンバーではないため、各関係機関に対する指導・監督において、必ずしも HIV/ エイズの視点が反映されていないのが現状である。今後は、CHMT、RHMT の各メンバーが、HIV/ エイズ対策においても適切な指導・支援を行えるよう、能力を強化していく必要がある。

また、県、州レベルの関係機関がその機能を果たすためにも、中央レベルの下位レベルに対する調整能力が、より一層求められており、NACP の行政執行能力強化は、喫緊の課題である。

### 2-1-3 タンザニアの HIV/ エイズ関連戦略

「成長と貧困削減のための国家戦略」(National Strategy for Growth and Reduction of Poverty : NSGRP, スワヒリ語で通称 MKUKUTA) は、ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals : MDGs) 達成に向け、同国が実施する国家最上位計画に位置づけられるもので、3つのクラスター (①成長と所得貧困削減、②生活の質と社会福祉の改善、③良い統治及び説明責任) を開発目標として掲げている。この中で、HIV/ エイズは、②生活の質と社会福祉の改善のゴール2「すべての子ども、女性、社会的弱者の生存、健康、福祉の改善」が掲げる6つの重点分野<sup>25</sup>の1つに位置づけられている。

MDGs 達成に向け、保健セクターの取るべき戦略についてまとめたものが、「保健セクター戦略計画 III」(Health Sector Strategic Plan III 2009-2015 : HSSP III 2009-2015) である。保健社会福祉省は“Prevention and Control of Communicable and Non-Communicable Diseases”に係る戦略のなかで、HIV/ エイズ対策をその重要課題のひとつとして挙げている。また、M&E 強化の必要性についても強調しており、指標やデータ、データソースなどを統合し、保健セクターとして包括的なモニタリングの枠組みを確立することが重要としている。

保健セクターとして、HIV/ エイズ対策において対処すべき課題、戦略について策定されたのが「保健セクター HIV/ エイズ 戦略計画」(Health Sector HIV and AIDS Strategic Plan II 2008-2012 : HSHSP II 2008-2012) である。中央、州、県、コミュニティの各レベルにおいて、質の高いサービスを提供するうえで、保健システムの強化が不可欠であるとし、同計画が掲げる目標のひとつに掲げられている。

またセクター横断的な HIV/ エイズ対策の取り組みについては、「国家マルチセクトラル HIV/ エイズ戦略枠組み」(The National Multi-sectoral Strategic Framework on HIV/AIDS : NMSF 2008-2012) が指針となっている。

### 2-1-4 タンザニアの HIV/ エイズ対策予算

タンザニア政府の保健セクターに対する予算配分は、近年、全予算に対し10%強で推移している<sup>26</sup>。タンザニア政府は、HIV/ エイズ対策についても今後、予算配分の増加を明言しているが、開発パートナーからの資金が増加しており、それらのタンザニア HIV/ エイズ対策予算総額に占める割合は、95%となっている (表-1 参照)。なかでも、米国大統領緊急エイズ救済計画 (President's Emergency Plan AIDS Relief : PEPFAR)、世界エイズ・結核・マラリア対策

<sup>25</sup> A. Infant & Child Health, B. Child Nutrition, C : Maternal Health, D. HIV/AIDS, E. Human Resources & Management (Vice President' s Office. National Strategy for Growth and Reduction of Poverty 2005)

<sup>26</sup> Ministry of Health and Social Welfare, Health Sector Public Expenditure Review Update 2008, p20

基金（以下、グローバルファンド）の支援額が突出しており、2007-08年は、タンザニア HIV/エイズ対策予算の86%を両者が占めた（表－2 参照）。同国の HIV/エイズ対策に係る財政は、多分に開発パートナーに依存しているのが現状であるが、2009年に PEPFAR が5カ年計画を策定し、2010年にはグローバルファンドの保健システム強化分野での第9次資金供与が正式に承認される見通しで、当面、開発パートナーからの援助額は維持されるものとみられる。したがって、タンザニアの HIV/エイズ対策が直ちにマイナスの影響を受けることは考えにくい。

表－1 タンザニア HIV/エイズ予算の推移 (Tsh, Billions)

	Actual 2005/06	Actual 2006/07	Budget 2007/08
ODA for HIV/AIDS	216.9 (90.4%)	377.8 (94.6%)	541.1 (95.4%)
GOT-financed spending on HIV/AIDS	23.2 (9.6%)	21.4 (5.4%)	26.2 (4.6%)
Total spending on HIV/AIDS	240.0 (100%)	399.2 (100%)	567.3 (100%)

出所：Tanzania Public Expenditure Review, Multi-sectoral Review : HIV-AIDS2007 TACAIDS, 2008

表－2 開発パートナー援助額の動向 (Tsh, Billions)

Development Partner	2006/7 Expected	2006/7 Actual	2007/8 Projection
USG	190.4	260.8	385.7
GFATM	77.1	71.2	101.0
IDA	25.8	16.6	50.9
CIDA	11.8	11.0	0
Sweden	7.4	13.6	7.3
Norway	4.9	0.1	6.3
Netherlands	4.7	0.1	6.2
Japan	3.9	2.3	4.2
Ireland	2.4	1.7	3.5
Italy	0.6		
Belgium	0.6	0.5	0.7
UNDP	0.4		
UNFPA			
UNICEF	0.3		
SDC	0.3		
Germany			
WFP			2.4
Total	330.6	377.8	568.2

出所：Tanzania Public Expenditure Review, Multi-sectoral Review : HIV-AIDS2007 TACAIDS, 2008

2-1-5 他パートナーの HIV/エイズ関連分野における支援

タンザニアで HIV/エイズ関連分野の支援を行っているパートナーについて、本プロジェクトで関連する M&E 分野と巡回監督指導・メンタリング分野での支援状況を以下のとおりまとめた。

パートナー	M&E 分野	巡回監督指導・メンタリング分野
Department of Computer Science, ダルエスサラーム大学 (University of Dar es Salaam : UDSM)	保健社会福祉省の DHIS 全国展開計画の実施について、技術支援を行っている。	保健社会福祉省の要請に応じて、コースト州、ムトゥワラ州、リンディ州の巡回監督指導を実施している。
University Computing Centre (UCC)	保健施設レベルで使用するデータベースの開発について、NACP に対して技術支援を行っている。	
University of Oslo	UDSM に対して技術支援を行っている。	
Embassy of Norway and Netherland	保健社会福祉省の DHIS 全国展開計画について資金援助を行っている。	
クリントン財団 HIV/エイズイニシアティブ (Clinton HIV/AIDS Initiative : CHAI)	PMTCT とケア・治療分野での技術支援と資金援助をムトゥワラ州とリンディ州に対して行っている。また、両州での DHIS 導入についても主導している。	PMTCT とケア・治療分野での技術支援と資金援助をムトゥワラ州とリンディ州に対して行っている。
Jhpiego	PITC 分野での技術支援と資金援助をイリング州、ほか数州に対して行っている。	PITC 分野での技術支援と資金援助をイリング州、他数州に対して行っている。また、先行プロジェクトで行った「包括的な巡回監督指導とメンタリング」マニュアル開発に参加した。
エリザベス・グレイザー記念子どものエイズ基金 (Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation : EGPAF)	アルーシャ州、キリマンジャロ州、ムトゥワラ州、リンディ州において抗 HIV 治療 (Antiretroviral therapy : ART) 患者モニタリングを支援している。	PMTCT とケア・治療分野での技術支援と資金援助をアルーシャ州、キリマンジャロ州、ムトゥワラ州、リンディ州に対して行っている。また、先行プロジェクトで行った「包括的な巡回監督指導とメンタリング」マニュアル開発に、積極的に参加した。

AIDS Relief	ART 患者モニタリングを支援している。	ケア・治療分野での技術支援と資金援助を行っている。また、先行プロジェクトで行った「包括的な巡回監督指導とメンタリング」マニュアル開発に、部分的に参加した。
TUNAJALI/FHI	ART 患者モニタリングの支援を行っている。	ケア・治療分野での技術支援と資金援助を行っている。また、先行プロジェクトで行った「包括的な巡回監督指導とメンタリング」マニュアル開発に参加した。
コロンビア大学エイズ治療計画国際センター (International Center for AIDS Care and Treatment Programs : ICAP)	カゲラ州、コースト州において ART 患者モニタリングを支援している。	ケア・治療分野での技術支援と資金援助をカゲラ州、コースト州に対して行っている。また、先行プロジェクトで行った「包括的な巡回監督指導とメンタリング」マニュアル開発に、非常に積極的に参加した。
アフリカ医学研究財団 (African Medical and Research Foundation : AMREF)	VCT と検査サービスの支援を行っている。	VCT と検査サービス分野での技術支援と資金援助を州レベルで行っている。また、先行プロジェクトで行った「包括的な巡回監督指導とメンタリング」マニュアル開発に、部分的に参加した。
PharmAccess	ART 患者モニタリング分野での技術支援と資金援助を NACP に対して行っている。	HIV/ エイズ対策関連保健サービスの質的改善について技術支援と資金援助を NACP に対して行っている。
University Research Company (URC)		PharmAccess より資金援助を得て、NACP に対し、HIV/ エイズ対策関連保健サービスの質的改善について技術支援を行っている。
米国疾病対策センター (The Centers for Disease Control and Prevention : CDC)	ART 患者モニタリング分野での技術支援と資金援助を NACP に対して行っている。	HIV/ エイズ対策関連保健サービスの質的改善と巡回監督指導・メンタリングについて技術支援と資金援助を NACP に対して行っている。

世界保健機関 (World Health Organization : WHO)	ART 患者モニタリング分野での技術支援と資金援助を NACP に対して行っている。	HIV/ エイズ対策関連保健サービスの質的改善と巡回監督指導・メンタリングについて技術支援と資金援助を NACP に対して行っている。
世界エイズ・結核・マalaria対策基金 (The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria : GFATM)	DHIS 全国展開計画を含む HIV/ エイズサービスのための保健システム強化について資金援助を行う予定 (調査時点では、正式承認がまだされていない)。	
ドイツ技術協力公社 (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit : GTZ)		包括的な巡回監督指導の強化について技術支援を保健社会福祉省に対して行っている。

#### 2-1-6 関連したわが国の支援

現在、HIV 感染予防サービスの質的向上のための制度構築や人材育成に重点を置いた支援として、「HIV/AIDS 対策支援プログラム」(2005-2010) が実施されている。同プログラムは、以下3つのスキームから構成される。

- ① 技術協力プロジェクト：HIV 感染予防のための組織強化プロジェクト (2006-2010)
- ② 無償資金協力プロジェクト：HIV/AIDS 対策計画フェーズ II (2005-2007) 及びフェーズ III (2009-2011)
- ③ 青年海外協力隊 (エイズ対策)

なお、2010年7月に①が終了するのに伴い、「HIV/AIDS 対策支援プログラム」は、「保健システム強化プログラム」に統合される予定である。

#### 2-2 イリंगा州現地踏査：M&E 及び巡回監督指導現状調査

##### 2-2-1 現地踏査概要

- (1) 調査期間：2010年4月7日～4月15日
- (2) 対象地域：イリंगा州 (Iringa Region) 及び同州ムフィンディ県 (Mufindi District)
- (3) 対象者：RHMT  
州病院 (Regional Hospital) 関係者  
CHMT  
県病院 (District Hospital) 関係者  
カサンガ保健センター (Kasanga Health Centre) 関係者  
ムダブロ診療所 (Mdabulo Dispensary) 関係者
- (4) 調査担当：佐藤団員 (評価分析) (「HIV 感染予防のための組織強化プロジェクト」より)

支援を得て実施)

- (5) 調査目的：イリంగా州における M&E 及び巡回監督指導の現状と課題を理解する。
- (6) 調査方法：上記対象者を中心としたインタビュー及び観察

## 2-2-2 現地踏査結果

### (1) イリంగా州 HIV/エイズ状況及び対策の現状

イリంగా州は、全国で HIV 陽性率が最も高い（直近データで 15.7%）。これについて州及び県の関係者に尋ねたところ、正式な調査は行われてはいないものの、背景としては、①移動人口の多さ（他地域からの季節労働者、ダルエスサラームへの出稼ぎ等）、②他国〔マラウイ共和国、ザンビア共和国、南アフリカ共和国（以下、「マラウイ」「ザンビア」「南アフリカ」と記す）へ通じる幹線道路が通っているため国外のトラック運転手の往来も多い、③慣習、等々の影響が想定されるとのことであった。

州の HIV/エイズ対策は、RHMT の州医務官（Regional Medical Officer：RMO）の監督の下、RACC が中心となって、州病院及び、県レベルの実施する対策プログラムを指導・監督している。同様に県レベルでは、DACC が、県病院及び下位レベルの保健施設の対策を指導する立場にある。下位レベルの保健施設の活動報告、データはまず県レベルで、月例報告、四半期報告として州に報告され、州レベルでは、分野別のデータを月ごとまたは四半期ごとに取りまとめ、中央レベルに報告する義務がある。なお、月例報告、四半期報告のベースになる、患者台帳及び利用者登録簿は個別イシュー分野ごと（すなわち、「HIV 検査及びカウンセリング」「STI 治療」「ケア・治療」等の個々のイシューごと）に設けられている。なかには、PMTCT のように、記録する患者台帳が多岐にわたり、作業のプロセスが複雑なものもある<sup>27</sup>。

州病院は二次病院として、県病院のリファラルサービスを行う立場にあるが、県病院への直接的な技術指導は行っておらず、RHMT があくまで巡回監督指導を通して、県病院を指導・監督している。県病院での誤った処置のためのリファラルも多く、また、軽症でも州病院へやってくる患者も多いため州病院の負担を大きくしている。一次保健施設での質の良いサービス提供が進めば、州病院の負担は軽減される見込みである。RHMT によると、5S<sup>28</sup> が 2009 年 7 月より州病院の一部の科で導入され 2010 年 10 月を目標に病院全体で導入予定である。

RACC によれば、近年、HIV/エイズ分野における予防・治療の技術革新は目覚しく、それによる介入戦略の導入により、新しいサービス〔PMTCT、HIV カウンセリング・検査センター（Counseling and Testing Center：CTC）等〕は増えているものの、対応する人材の不足が深刻で、新しいサービスが導入されると、優秀なスタッフがそれらのサービス提供

<sup>27</sup> カウンセリング（検査前及び検査後）、産前検診登録、梅毒検査登録、破傷風予防接種カードの記入など、患者登録だけで 9 つもの作業を経なければならず、本調査でインタビューを行ったイリంగా州カサガ保健センターによれば、一連の登録作業に、1 患者当たり約 45 分を要するとのことであった。また、PMTCT の場合、登録ごとに月例報告書（“Labor and Delivery register”，“PMTCT care register”，“Mother to child follow-up register”，“Mother to child transmission of HIV”等）を作成している。

<sup>28</sup> 整理、整頓、清潔、清掃、しつけによる業務環境改善。

にとられ、従来のサービスの質が低下する傾向があるとのことであった。特に STI は欧州連合（European Union：EU）の支援終了後、その傾向が顕著である。

訪問した各施設において提供している HIV/エイズ関連サービスは以下のとおりである。

- ・ 州立病院：VCT/CTC/PMTCT/PITC/STI/結核（Tuberculosis：TB）&HIV/HBC/調剤/臨床検査
- ・ 県病院：VCT/CTC/PMTCT/STI（ただし独立した診療科ではなく外来診療科の一部）/TB&HIV/調剤/臨床検査
- ・ カサंगा保健センター：VCT/CTC/PMTCT/STI（外来診療科の一部）/PITC/TB&HIV
- ・ ムダブロ診療所：VCT/CTC（アウトリーチ活動）/PMTCT/STI/TB&HIV

## (2) M&E

M&E 活動に係る現状・課題は以下のとおりである。

項目	現状・課題	主なコメント（発言者）
1) データ収集・記録	保健施設レベルでは、一人の保健サービス従事者が複数の業務を兼務するため負担が大きく、不正確・不十分なデータを生じさせる要因となっている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢（ART 患者登録台帳への記録を途中でやめてしまっている点を指摘したところ）コンピュータによるデータ入力を実施しており、作業が二重になるので、紙ベースの登録台帳への記入はやめてしまった。（CTC/県病院）</li> <li>➢経験を積んだスタッフが少ないなかで、一人のスタッフがいくつも業務を兼務するため、記録作業を含め、パフォーマンスに影響が出ている。（PMTCT/カサंगा保健センター）</li> <li>➢看護師では理解できないため、クリニカルオフィサー（准医師）が一人ですべての月例集計報告書をまとめる。（ムダブロ診療所）</li> <li>➢PMTCT ケア登録台帳が昨年（2009 年）11 月以降記入されていないことに対しては、忘れていたとの返答（PMTCT/ムダブロ診療所）。PMTCT はサービスを提供しながら記録しなければならないツールが極めて多く、かつ外来診療を兼務する当スタッフが多忙のため対応しきれなかった模様。</li> </ul>
	登録台帳、月例集計報告書間の情報がリンクしていない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢国家 PMTCT ケア登録台帳には、梅毒の項目がないため、これとは別に手書きのフォームに梅毒情報も含めて記録しており、二重の負担となっている。（PMTCT/県病院）</li> <li>➢STI 患者登録台帳を所持しておらず、外来診療総合登録台帳（スワヒリ語で、通称 MTUHA）から STI 症例を抜き出し、月例集計報告書に直接記入している。したがって、MTUHA は STI のうち、一部の症状しかカバーしていないので、月例集計報告書において必要情報が網羅されない事態になってしまう。（ムダブロ診療所）</li> </ul>

	指標は吟味・選択する必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 記入するすべての指標が本当に必要なのか。WHO や PEPFAR が導入したものの中にはタンザニアの状況には合わないものもある。本当に必要な指標を吟味し、できるだけ簡素化するのが望ましい。(RACC)</li> </ul>
	記録作業はパートナーの支援に負うところが大きい。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ コンピュータへの入力作業は、パートナーである TUNAJALI で雇用されているデータ入力者によって行われている。(州病院、県病院)</li> </ul>
	職員が作業に必要なオリエンテーション、研修を受けていない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ スタッフにオリエンテーションをする前に、登録台帳を配布している。(RACC)</li> <li>➢ 看護助手 (Nursing Assistant) は報告システムを理解するだけの知識がなく、データ集計のエラーにつながりやすく、月例集計報告書の正確性に欠ける要因となっている (RHMT)。</li> <li>➢ 比較的新しい保健施設では、データの質が不十分である。データの取り方、集計、レポートの書き方等に関する研修が必要である。(CHMT)</li> </ul>
	病院レベルでは担当者が複数いるため、情報の取りまとめに時間がかかり、手間である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 複数のカウンセラーがそれぞれ登録台帳を持っており、それぞれが別々に記録したものを月例集計報告書にまとめる。(VCT/ 県病院)</li> <li>➢ 診察医はそれぞれ登録台帳を所持し記録している。月ごとに全員分をまとめる必要がある。(STI/ 県病院)</li> </ul>
2) 報告	月例集計報告書の提出期限が順守されない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 期日どおりに県からレポートが提出される確率は約 70 ～ 80%。(RHMT)</li> <li>➢ サービスの分野によっても異なる。STI の場合、52 カ所中、期日を守って提出するのは約半数である。他方 VCT は 15 カ所のうち、ほとんど (11 ～ 13 カ所) が提出期限を守っている。(CHMT)</li> <li>➢ 期日どおりに提出されない要因として、①地理的条件、②交通手段の不足、③人材不足による過重労働 (複数のレポート提出の義務)、④データが電算化されておらず手書きで記入のため集計に時間がかかっている、等が挙げられる。(CHMT)</li> <li>➢ 州病院においては、病院管理チーム会議においてサービスの分野ごとにデータを発表する機会を設けており、スタッフのインセンティブになっている。PITC や男性包皮環状切除 (Male Circumcision : MC) などの新しいルーチンサービスにおいてはその提供の状況を把握するために週ごとのデータの提出を求めている。(州病院副院長)</li> </ul>

	縦割りによる障害が生じている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 州、県の分野別各担当者が保健施設レベルに対し、それぞれ情報提供を依頼するため、保健施設では重複するデータを送らなければならないケースもある。</li> </ul>
	職員の過重業務が生じている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ CTC の利用者登録台帳から月例集計報告書への転記作業に1時間半を要した。記録を担当するクリニカルオフィサーは妊産婦・乳幼児保健 (Reproductive Child Health : RCH) クリニックと兼務しており、負担が大きい。</li> </ul>
3) 分析・活用	情報分析及びデータの活用が不十分である。また、その重要性についても十分に認知されていない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 情報分析やデータ活用 (計画や予算に反映させる等) の重要性は、新任研修でも強調されておらず、現状ではほとんどできていない。(RHMT)</li> <li>➢ 現場レベルのスタッフは、保健サービス提供者としての意識が強く、M&amp;E 活動を優先事項と考えていない。(RHMT)</li> </ul>
4) フィードバック	必要なフィードバックが得られない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 月例集計報告書に対する上位保健行政組織からのフィードバックはない。(州病院、ムダブロ診療所)</li> <li>➢ 保健施設から提出された月例集計報告書に対し、内容に不備がある場合を除いては、CHMT がフィードバックすることはほとんどない。また RHMT に提出した報告書に関し、RHMT からフィードバックを受けることもない。(CHMT)</li> </ul>
	フィードバックの欠如は、レポートの提出先と、巡回監督指導を行う指導監督者が異なることに起因している可能性がある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 州病院でまとめる月例集計報告書の提出先は DACC である一方、病院を指導監督する立場にあるのは RHMT である。DACC は病院を指導監督する義務がないため、M&amp;E に関し、必要なフィードバックがなされない要因ともなっている。(州病院)</li> </ul>
5) 共有化	情報が十分に共有されていない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 州、県レベルでは、分野別に担当者が取りまとめるため、異なるサービス分野の情報が十分に共有されない事態が生じている。州、県の各担当者が保健施設レベルに対し、それぞれ情報提供を依頼するため、保健施設では重複するデータを送らなければならないケースもある。</li> </ul>
6) データ管理	データ管理がずさんである。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 訪問した多くの施設が、固定した場所に適切にファイル管理していなかった。</li> </ul>

(3) 包括的な巡回監督指導とメンタリング

包括的な巡回監督指導とメンタリングに係る現状・課題は以下のとおりである。

項目	現状・課題	主なコメント（発言者）
1) 基準・標準化	監督指導の参加メンバーの選択基準があいまいである。	➢州病院のVCT担当者はVCT監督指導者として任命を受けているが、この2年間監督指導に行っていない。（VCTコーディネーター/州病院）
	HIV/エイズ問題がカバーされない。	➢県からの監督指導は四半期ごとに実施されるが、HIV/エイズに特化したものではない。（ムダブロ診療所）
	使用するチェックリスト等、基準が統一されていない（NACPのチェックリストがドラフト段階で正式導入されていない）。	➢HIV/エイズ関連は、NACPのチェックリスト（ドラフト）と、TB & HIVチェックリストを主に使用している。（RHMT） ➢TUNAJALIの監督指導では、NACPのチェックリストを基に作成したチェックリストを用いて（NACPチェックリストの正式導入を待てずに、TUNAJALIでは、同チェックリスト・ドラフト版を参考に多少修正を加えたものを使用しているとのこと）、各事項を確認していた。（CTC/州病院） ➢保健社会福祉省からの監督指導では、国家チェックリストを使用。（調剤・臨床検査/州病院）
	政府ガイドラインには最新情報が盛り込まれていない。	➢国のガイドラインは、メンタリングなど新しい分野について、スキルアップに必要な情報を明記すべき。（RHMT）
2) 人材育成	（上記HIV/エイズ問題がカバーされないことに関連し）HIV/エイズ問題を理解する人材が不足している。監督指導者に対する研修やオリエンテーションが不十分である。巡回監督指導が計画どおりに実施されない。	➢専門知識をもたないスタッフでは、監督指導者として対応できない。（RHMT） ➢RHMTメンバーは、個別のイシューについて、しかるべきオリエンテーションを受けておらず、その分野をきちんと報告・指導することができない。（RHMT） ➢メンターとして特別な研修を受けていないが、移動巡回クリニックの日にはサービス提供を行いながら診療所スタッフを現地訓練（On-the-job）で指導している。（CTC/県病院） ➢人材不足のため、監督指導を行う行政と臨床の機能を分けられない。（4）実施を参照）
3) 計画	巡回監督指導が計画どおりに実施されない。	➢巡回監督指導は、原則、年間計画（期間、訪問予定地、メンバー）に沿って実施されるが、中央からの視察対応や会議出席等で計画どおりに実施されない。

<p>4) 実施</p>	<p>監督者である行政官が病院業務と兼務しているケースが多い。本来、RHMTは州病院とCHMTの監督をする立場にあり、CHMTは県病院以下すべての保健施設を監督する立場にある。しかし、イリンガのRHMTはRMOを除きほとんどが州病院スタッフを兼務、ムフィンディ県は県医務官(District Medical Officer : DMO)も含めて県病院スタッフを兼務している。よって州病院と県病院へのサポート・スーパービジョンは実質的には実行されない。背景として人材不足のため、行政と臨床の機能を分けられない事情もある。ただし、病院内にRHMT、CHMTメンバーがいることにより、問題が起きればその都度、迅速に対応できるメリットもある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ RHMTのメンバーが、州病院スタッフとしても兼務しているため、巡回監督指導を行うことが時間的制約のため難しい。今年(2010年)はまだ実施されていない。(RHMT)</li> <li>➤ CHMTメンバーであると同時に県病院スタッフとしても兼務しているため、自身が県病院に対して監督指導を実施するのは難しい。(CHMT)</li> <li>➤ RACC自身が州病院にてCTC担当のため(週に1、2度勤務)、定期的な監督指導は行われませんが、必要な情報はRACCから提供されるため、特に問題はない。(CTC/州病院)</li> <li>➤ 州病院の臨床検査技師がRHMTメンバーのため、監督指導という形では定期的に行われていないが、日常的に課題を解決している。(臨床検査/州病院)</li> </ul>
<p>5) 情報共有・フィードバック</p>	<p>巡回監督指導における課題は、関係者間で共有されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 巡回監督指導で明らかになった課題は、院内月例会議等で参加しなかったメンバーにも共有され、次の巡回監督指導でRHMT等によりフォローされる。(州病院)</li> <li>➤ HIV/エイズ関連活動では、月例ステークホルダー会議において、関係する診療科間で必要な情報を共有するなど、患者に必要なサービスを提供するうえで大いに貢献している。(州病院)</li> <li>➤ 前回分の報告書を基に、次の巡回監督訪問を準備する。前回確認された課題は次回フォローする。(RHMT)</li> </ul>

	巡回監督指導した施設へのフィードバックが十分でない。	<p>➢ RHMT からは、巡回監督指導後、口頭でフィードバックはあるが、書面でもらうことはない。(県病院)</p> <p>(ただし、RHMT は巡回監督指導の報告書をしっかりとまとめ、ファイルしていたのでいかにその報告書を共有するかの問題)</p>
	フィードバックが職員のモチベーションに貢献している(単に形式的なものや問題点を指摘するだけでなく、パフォーマンスが良かった場合にきちんと評価する姿勢が大切)。	<p>➢ TUNAJALI の監督指導では、レポート提出及びその内容が良かった場合は、きちんと評価してくれる。これは職員のモチベーションに大いに貢献している。(CTC/州病院)</p> <p>➢ 3年ほど前から、巡回監督指導メンバーの態度が変わり、形式的なものから、フィードバックや励ましを伴うものになり、その意味で巡回監督指導を評価している。(カサンガ保健センター)</p>
6) フォローアップ	問題を指摘しても、迅速な対応がとられない。	<p>➢ CD4 測定器が4か月故障したままで、保健社会福祉省に伝えているが対応がされないままである。(CHMT)</p> <p>➢ 中央医薬品倉庫(Medical Service Department : MSD)から期限切れ直前の薬品が大量に送られ、申し入れをしても一向に改善されない。(州病院、県病院)</p>
7) 物理的条件	巡回監督指導に必要な交通手段が不足している。	<p>➢ 巡回監督指導用の車両は、それ以外の活動で使用される場合が多く、必要な交通手段を確保できないことが多い。(RHMT ほか)</p>

#### (4) その他

##### 1) 他パートナーの支援

本現地踏査で、イリンガ州において TUNAJALI が比較的大規模に支援を行っていることが判明した(詳細は次項参照のこと)。現状では、パートナーの支援なくしては、当地の HIV/エイズサービスの存続は成り立たないとさえいえる。今後は、いかにイリンガ州でのタンザニア側のオーナーシップを高め、パートナーの支援終了後も自立しているかが課題となろう。

##### 2) 既存データ(本プロジェクト形成にあたり、PDM 指標に活用し得るもの)の存在

NACP の下位レベルに対する「監視・評価する能力」を測る指標としては、まず巡回監督指導を実施する事前計画で、実施期間、対象地域、参加メンバー等の確認ができる。また、巡回監督指導後には、報告書の作成が義務づけられているため、誰が参加し、どのような評価をし、それに基づきどのようなフォローアップをしたのかが分かる。訪問される側の機関にも訪問者名簿があり、また巡回監督指導後の報告書の共有がされるため、巡回監督指導する側とされる側とで、記録の照合が可能である。巡回監督指導後が問題解決につながったかについても、報告書を継続的に追跡・分析することによって可

能となろう。ただしそのためには、分析が可能となる様式の標準化が前提となる。

#### (5) TUNAJALI との協議

イリンガ州現地踏査において、州病院を訪れた際、同病院内に事務所を置く NGO 「TUNAJALI (スワヒリ語で “We care” を意味する)」 の州プログラムマネジャー (Regional Program Manager : Dr. Jon N. Kahemele : イリンガ州担当) と以下のとおり、意見交換を行った。

##### 1) TUNAJALI の HIV/ エイズ関連活動及び対象地域

###### a) ケア・治療

- ・ 対象地域 : 4 州 (シンギダ州、ドドマ州、モロゴロ州、イリンガ州)
- ・ シンギダ州以外の 3 州では、すべての県、病院、保健センター、一部の診療所が対象となっている。

###### b) HBC

- ・ 対象地域 : 7 州 (シンギダ州、ドドマ州、モロゴロ州、イリンガ州、コースト州、ムワンザ州、ザンジバル州)
- ・ 活動は、宗教系組織 (Faith Based Organization : FBO) や地域に基盤を置く団体 (Community Based Organization : CBO) と契約し、それらを通じて実施している。

###### c) PMTCT

- ・ 対象地域 : 3 州 (シンギダ州、ドドマ州、モロゴロ州)
- ・ 活動は、主に FBO を通じて、公的、私的施設で実施している。

###### d) メンタリング

- ・ 本詳細計画策定調査直前に、CTC メンター向け研修が実施された (3 日間)。各州から 2 名 (臨床スタッフ及び看護師各 1 名。イリンガ州は各 2 名) が参加し、開発された研修マニュアルに沿って、メンタリングスキルの指導を実施。メンタリングの実施は今後行われる予定。

##### 2) イリンガ州での HIV/ エイズ関連活動

現在 27 名のスタッフが 2 チーム (南イリンガ、北イリンガ) に分かれて活動を展開中。上述の州プログラムマネジャーである Dr. Jon N. Kahemele は両地域を監督する。同州の陽性率は高い (15.7%) ため、他州よりも多い人員体制を敷いて活動にあたっている。

###### a) 巡回監督指導

- ・ ケア・治療に関しては、州内の CTC サイト 45 カ所 (南イリンガ 22、北イリンガ 23) を対象に、四半期ごとに巡回監督指導を実施している (原則 1 カ所 / 四半期)。巡回監督指導用のチェックリストを用いて記録した内容は、一部を施設に共有しフィードバックをしている。

- ・ HBCに関する巡回監督指導は、市民社会組織（Civil Society Organization : CSO）を通して行っている。

b) メンタリング

- ・ 新しく導入したばかりで、今後本格的に活動を展開していく。前掲のとおり、メンター向け研修を実施したほか、巡回監督指導活動の機会の一部を捉えて、メンタリング活動も併せて行っている。活動は州内16カ所の病院（南イリング9、北イリング7）を拠点としており、四半期ごとに各地でメンタリング活動を行っていく（13日間/四半期）。指標をモニタリングしながら、6カ月後をめどに今後の活動計画を立てる予定である。
- ・ 同活動経費は、南イリング1,400万タンザニアシリング、北イリング1,600万タンザニアシリング。主にメンターの日当、交通費（燃料費含む）に支払われる。今後2年間でこれらのコストを相手側負担（州の県に対する指導は州負担に、県の下位レベル保健施設に対する指導は県負担に）に移行していく予定である。ただし2年間で移行するのは困難が予想されることから、TUNAJALI側が経費を漸減させながら、支援期間を延長することも検討しているが、現時点で結論は出ていない。

c) TB&HIV

- ・ ケア・治療の一部として実施している。主な活動としては、CTC、臨床検査、調剤など、ケア・治療に関連する部署を中心に、①喀痰採取、②TB&HIVケアにふさわしい建物改修に係る支援等を行っている。

d) 各種研修活動

主な研修活動は以下のとおり。

- ・ メンタリング：ケア・治療サービス提供者向け [(5) 1) b) のとおり] (3日間)
- ・ データ入力者 (5日間)
- ・ 小児ART (5日間)
- ・ TB & HIV (6日間)
- ・ アドヒアランスに係るカウンセリング (5日間)
- ・ 臨床検査 (10日間)
- ・ コンピュータ基本スキル

e) 機材供与

- ・ 実験室向け検査機器、試薬等（なお、機材のメンテナンスも、民間会社のBioCareと契約して支援している）
- ・ 保健施設向けポータブルX線器械
- ・ 日和見感染症薬剤
- ・ データマネジメント関連機材（パソコン、コピー機、プリンター、スキャナー、文具等）

なお、四半期ごとにステークホルダー会議を開催するほか、CTCの月例会議の開催を通して、病院内の関係部署の代表がHIV/エイズ関連活動に関し協議する機会を支援している。

f) 課題

- ・ 政府は実施段階になると当事者意識が欠け、支出も遅れがちで、活動に遅れを来す大きな要因となっている。この点に関しては、合同巡回監督指導を支援する（政府側の日当、交通費もTUNAJALI側が負担）など、解決策を講じてはいるが、なかなか改善されないのが実状。
- ・ RHMTやCHMTメンバーは首都での会議などで、不在のことが多く、巡回監督指導を行ううえで障害となっている。また、これまで巡回監督指導に係る予算、交通手段が不足していたことも、彼らが巡回監督指導に積極的に参加できない要因でもあった。
- ・ M&Eについても、県から上がってくるデータを待っていたのでは、期限内に届かず、間違いも多い。また中央レベル（NACP）に提出しても、フィードバックが返ってくることはまずない。他の業務と兼務している政府関係者にとって、巡回監督指導やM&E活動は後回しにされやすい。また上位レベルにいくほど、業務が縦割りになるため、同じHIV/エイズでもPMTCT担当者はVCTの情報を把握していないなど、弊害が多い。対策としては、中央の政府関係者を分野別の縦割りではなく、エリアごとに配置し、M&E専属として地域の情報を横断的にみるエリアスペシャリストのような人材を育成するなど、抜本的な改革が必要であろう。

g) JICAとの連携の可能性について

TUNAJALIのイリング州に対する投入は、比較的大規模（年間予算6億タンザニアシリング）で多岐の活動にわたるため、JICAが新たに投入する意義を尋ねたところ、Dr. Jon N. Kahemeleは、TUNAJALIがメンタリングやM&Eなどにおいて、すべての地域を網羅することはできないので、こうした分野でJICAとうまく補完できたらよいと思うとのことであった。

## 2-3 他ドナーとの協議

今回要請のあったプロジェクト活動分野である「M&E」と「包括的な巡回監督指導とメンタリング」の2分野で関連すると思われる開発パートナーを対象に、グループインタビューを実施した。パートナーの多くは、JICAの先行プロジェクトの活動において、VCTの研修への参加を通じて、統一された研修パッケージの開発や、STIに関するジョブエイドの開発に初期段階からかかわるなど、プロジェクトとの連携を図ってきたが、次期プロジェクトにおいて更なる相互連携の可能性が高いことから、活発な議論が展開された。協議結果概要は以下のとおりである。

2-3-1 M&E 分野関連の開発パートナー

(1) 出席者

- CHAI : Dr. Simon Katenga, Senior Technical Advisor
  - WHO : Dr. Awene Gavyole, National Professional Officer-HIV/AIDS Coordinator  
Dr. Stella Kasindi, National Professional Officer – Care and Treatment
  - PharmAccess :  
Dr. Jan van den Hombergh, Country Director  
Dr. Peter Risha, Project Director
  - JICA Tanzania office :  
Mr. Mariango Msuya, Assistant Program Officer
- \* CDC、ファミリーヘルスインターナショナル (Family Health International : FHI)、Norway Embassy は欠席

(2) 各機関の活動内容 (主に M&E 関連)

パートナー	対象分野	主な対象地域・レベル
CHAI	M&E : DHIS 導入による保健情報システム (Health Management Information System : HMIS) 強化支援	ムトゥワラ州、リンディ州
	臨床検査 : 乳児を対象にした検査・診断 (Early Infant Diagnosis)	中央レベル
	主に子どもを対象にしたケア・治療サービス及び PMTCT 実施促進支援 (特に地方の人たちへのサービスアクセスの改善)	ムトゥワラ州、リンディ州
WHO	中央政府に対する WHO 基準に基づいた HIV/エイズ関連のガイドライン策定支援 / 提言 / 啓発 / キャパシティビルディング活動の実施	中央レベル
	M&E : ユニバーサルアクセス指標 (Universal Access Indicator : WHO が推進するエイズ対策の進捗度をモニターする指標。タンザニアでも採択) や、タンザニア独自の国家 M&E ガイドラインの作成を支援	中央レベル (NACP、TACAIDS)
PharmAccess	アセスメント、M&E、質的改善 : オランダ大使館から資金援助を得て NACP に対する支援を実施。現在の支援は 2011 年までで、その後フェーズ II となる予定。	中央レベル (NACP)

	<p>M&amp;E：主にケア・治療。患者モニタリングの枠組について実施パートナーである UCC と連携し以下を支援。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ CTC データベース</li> <li>・ 記録・モニタリングツールの開発</li> <li>・ モニタリング研修</li> <li>・ ドキュメント印刷</li> </ul>	<p>中央 / 州 / 県 / 施設レベル</p>
--	---	---------------------------

(3) M&E 活動における現状及び課題

項目	現状・課題	主なコメント（発言者）
1) データ収集・記録	<p>使用するツールや指標が多すぎる。</p>	<p>➢ ケア・治療だけでもたくさんの指標がある。すべての個別イシュー分野がそれぞれ縦割りで詳細なデータを要求しているのが現状で、現場に負担をかけている。(WHO)</p> <p>➢ パートナー間で、調和化に向けたハイレベルの協議が必要。(WHO)</p>
2) 報告	<p>カウンターパートのキャパシティ不足が報告の質に影響している。</p>	<p>➢ キャパシティ不足は、州 / 県 / 施設レベルで顕著。したがって中央レベルに上がってくるデータの正確性、関連性、タイミングに影響する。(WHO)</p>
3) 実施	<p>NACP 内の実施体制が不十分である。</p> <p>下位レベルで M&amp;E に関するフォーカルパーソンが不在である。</p>	<p>➢ NACP 内部が縦割りである。中央レベルでも調和化を図ることが必要。(WHO)</p> <p>➢ NACP 内の情報システムが機能していない。M&amp;E に関しても報告体制がパラレルで、NACP として統一した機能を果たしていない。指標の統一化と、パラレル体制の撤廃が不可欠。(Pharm Access)</p> <p>➢ M&amp;E 分野における調整については、運営委員会 (Steering Committee Meeting) が開催されており、調整作業や四半期報告書の作成を行うなど、非常によく機能している。ちなみにメンバーは、Dr. G. Somi [NACP 疫学 (M&amp;E) ユニット長] を議長に、WHO、PharmAccess、CHAI、CDC 等がメンバーとなっている。(PharmAccess)</p> <p>➢ NACP 内の人員異動のため、CDC も支援している国家 M&amp;E 戦略計画策定の進捗に遅れを来している。(PharmAccess)</p> <p>➢ DHIS が州や県レベルに拡大するなかで、人材不足によりデータ管理のフォーカルパーソンが不明確である。DACC なのか、それともほかのスタッフなのか、明確にする必要がある。(CHAI)</p>

(4) M&E における JICA との連携について

連携可能な分野・ JICA へ期待する活動	主なコメント（発言者）
1) 中央レベルでの能力強化	➢ JICA が次期プロジェクトで引き続き M&E 分野を支援するのであれば、上述の運営委員会のメンバーになり、他機関とも調整することを勧める。JICA には中央レベルでの能力強化を期待する。(WHO)
2) ケア・治療、PMTCT	➢ 左記の分野で連携可能ではないか。(CHAI)
3) DHIS の推進	➢ DHIS に関しては、一機関単独で支援できるパートナーはいないので、JICA も他機関とシナジー効果を発揮しながら、協力していくことが肝要。(WHO) ➢ 州レベルで、HMIS 専属のスタッフがおらず、これまでデータ管理がおろそかであった。パートナーが人材を確保、支援し、この問題を解消することが大切な出発点ではないか。(PharmAccess)
4) その他	➢ JICA は支援対象分野を決めたら、ニーズ（データの質の確保、データ活用等）を見極め、それらをどのように実現していくのか、明確なプロセスをまず提示する必要がある。(WHO)

2-3-2 包括的な巡回監督指導とメンタリング分野関連の開発パートナー

(1) 出席者

- Jhpiego : Dr. Sekasua Sekiete, Outreach HCT Advisor
- EGPAF : Dr. Chrispno Kimario, Care and Treatment Technical Advisor
- TUNAJALI/FHI : Dr. Ikupa Akim, Senior Technical officer, M&E
- ICAP : Dr. Joe Chintoura, Regional Support Director

(2) 各機関の活動内容（主に包括的な巡回監督指導とメンタリング関連）

パートナー	対象分野	主な対象地域・レベル
Jhpiego	アウトリーチ活動（VCT）： 毎日活動。ハイリスク人口のケア・治療へのアクセス改善をめざす。6 CSO がパートナー。イリング州での7月までのアウトリーチ VCT の目標 5 万 7,100 名のうち、約 4 万名を既に達成済み。	初年度にイリング州、次年以降にタボラ州、シンギダ州、ドドマ州、タンガ州、キリマンジャロ州に展開していく。
	包括的な巡回監督指導とメンタリング： VCT サービスに関する技術的指導等。財政的支援も行う。チェックリストは開発段階。	上記参照

EGPAF	<p>巡回監督指導（ケア・治療 /PMTCT）： ケア・治療 /PMTCT 以外の関連分野（PITC、TB&amp;HIV、臨床検査、調剤、M&amp;E 等）も含め、包括的に監督指導を行う。チェックリストを使用。</p>	<p>キリマンジャロ州、アルーシャ州、タボラ州、シニャンガ州（以上ケア・治療、PMTCT）、リンディ州（ケア・治療）、ムトゥワラ州（PMTCT）</p>
	<p>メンタリング： ・ UCSF（University of California, San Francisco）と共同で、カリキュラムを開発し、サービス提供者のケア・治療と PMTCT に係る指導・研修を実施。 ・ 研修受講者に対して、その後メンターとしての養成を目的とした再教育（Refresher training）を実施。 ・ 研修受講者が、下位レベルの保健施設に対して適切なメンタリングができるよう指導。モニタリングチェックリストを使用。 ・ 年に 2 回、EGPAF 職員が下位レベルの各保健施設を巡回し、メンタリング活動を支援。</p>	<p>・ 上記参照 ・ 県 / 施設レベル</p>
TUNAJALI/FHI	<p>巡回監督指導： ・ ケア・治療、PMTCT それぞれチェックリストを使用し、巡回監督指導を実施。RHMT、CHMT との合同巡回監督指導も実施（四半期に一度）。 ・ 巡回監督指導メンバーは州によって異なる。PMTCT の場合、州リプロダクティブ・乳幼児保健コーディネーター（Regional Reproductive and Child Health Coordinator : RRCHCo）、県リプロダクティブ・乳幼児保健コーディネーター（District Reproductive and Child Health Coordinator : DRCHCo）が参加。</p>	<p>・ ケア・治療：4 州（シンギダ州、ドドマ州、モロゴロ州、イリンガ州） ・ PMTCT：3 州（シンギダ州、ドドマ州、モロゴロ州） ・ HBC：7 州（シンギダ州、ドドマ州、モロゴロ州、イリンガ州、コースト州、ムワンザ州、ザンジバル州）</p>
	<p>メンタリング： 州チーム（臨床スタッフ 2、看護師 2、検査技師 1 のうち、臨床スタッフ、看護師それぞれ 1 名は TUNAJALI が雇用）のメンタリング活動を支援。彼らは通常 3 名体制（臨床スタッフ、看護師、検査技師）で県を訪問し、病院、保健センター等を巡回する（2 回 / 年、1 回につき 3～4 日）。</p>	<p>上記参照</p>

ICAP	<p>巡回監督指導： ケア・治療のすべての施設が対象。NACP/PharmAccess が開発したツールを用いて、CHMT のニーズアセスメント、施設での研修実施等を支援。巡回監督指導後に施設を再訪し、スタッフのキャパシティが向上されたかを確認。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ コースト州、キゴマ州、カゲラ州（ケア・治療 / PMTCT/TB&amp;HIV/ 臨床検査 / 調剤を包括的に網羅）</li> <li>・ ザンジバル（ケア・治療）</li> </ul>
	<p>メンタリング： 上記巡回監督指導の施設数が増えたため、メンタリング活動を開始。開発された要件に従い CHMT のメンタリング活動を支援。カゲラ州ではパイロットとしてベースラインアセスメントを実施。質問票によるニーズアセスメントを行い、結果に基づき、メンター（臨床スタッフ、看護師）を対象にした研修を実施（6日間）。</p>	上記参照

(3) 包括的な巡回監督指導とメンタリング活動における現状及び課題

項目	現状・課題	主なコメント（発言者）
1) 基準・標準化	監督指導者・メンターとしての役割を明確化する必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢メンターとして誰が何をするのかという明確な範囲を示すことも必要。(TUNAJALI)</li> </ul>
2) 人材確保・育成	人材・時間の確保が容易ではない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢通常業務があるため、包括的な巡回監督指導とメンタリング活動になかなか時間が割けない。(TUNAJALI)</li> <li>➢研修に適した人が研修に来ない。(EGPAF)</li> <li>➢退職、異動等により、人材が確保できない。(EGPAF)</li> </ul>
	監督指導者/メンターとしてのキャパシティが十分ではない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ DACC のなかには、個別イシュー (CTC、患者 M&amp;E 等) を十分に理解しておらず、メンターとしての役目が果たせないケースもある。(TUNAJALI、EGPAF)</li> <li>➢メンターの中には、M&amp;E 技術が欠けている者もいる。(EGPAF)</li> <li>➢監督指導に予算をつけても CSO の中には、どのように使っているかわからない者もいる。(Jhpiego)</li> </ul>

	巡回監督指導、メンタリングの重要性に対する理解が不足している。	▶巡回監督指導、メンタリングはほかの活動に比較し、優先順位が低い。(EGPAF) ▶研修を実施しても、受講者にとっては余計な仕事が増えたと感じていない。(Jhpiego)
3) 実施	RHMT、CHMT との調整が大変である。	▶以前は、巡回監督指導に係る財政支援のみを行っていたが、現在では、彼らと巡回監督指導計画に沿って合同監督指導を実施し、技術的なサポートも行うようになった。(TUNAJALI)
4) 情報共有・フィードバック	フィードバックのあり方について再考が必要である。	▶巡回監督指導が間違いを指摘するだけのものになっている。(Jhpiego、ICAP)
5) 物理的条件	活動に必要なスペース、手段が不足している。	▶包括的な巡回監督指導とメンタリング活動に係る執務スペースを確保する必要がある、改修工事等の支援を行っている。(ICAP) ▶交通手段が不足している。
6) その他	カウンターパートのオーナーシップが希薄である。	▶自分たちの活動としては捉えてはおらず、パートナーのプログラムだと思っている。これでは持続性は望めない。(ICAP)

#### 4) 包括的な巡回監督指導とメンタリングにおける JICA との連携について

連携可能な分野・JICA へ期待する活動	主なコメント (発言者)
1) ガイドラインの共通化	▶包括的な巡回監督指導とメンタリング活動にあたっては、パートナー間で共通のガイドラインに沿って実施すべきである。(ICAP、TUNAJALI、EGPAF)
2) ツール (国家レベル) 実施促進	▶ JICA がパートナーと連携して作成した巡回監督指導ツール (調査時点でタンザニア側の承認待ち) が導入されれば、活用する。(TUNAJALI)

## 2-4 PCM ワークショップ

### 2-4-1 PCM ワークショップ概要

- (1) 実施日時：2010年4月22日～23日 (2日間)
- (2) 実施場所：ダルエスサラーム Protea Hotel Courtyard
- (3) 参加者：保健社会福祉省、NACP、州保健行政局 (コースト州、ドドマ州、イリンガ州、ムベヤ州)、JICA 保健分野専門家、調査団員等、26名 (付属資料 1. の ANNEX3 を参照)
- (4) ファシリテーター：佐藤団員 (評価分析)

- (5) 目的：要請プロジェクトの計画策定に向けて、プロジェクト全体の方向性を確認し、枠組みを形成する。

#### 2-4-2 PCM ワークショップ結果

先行の「HIV 感染予防のための組織強化プロジェクト」の成果及び今回タンザニアより要請のあった内容にかんがみ、サブ中心問題を① M&E 実施能力が不足、②包括的な巡回監督指導とメンタリングに係る実施能力が不足に設定し、①と②それぞれにつき、問題分析、目的分析を行った。各問題分析、目的分析ツリーについては、それぞれ付属資料 2. 及び 3. を参照のこと。

##### (1) M&E 実施能力について

###### 1) 問題分析

「M&E 実施能力が不足」に対し、① M&E 結果が効果的に活用されていない、②情報が各分野間で十分に共有されていない、③ M&E システムがステークホルダーの必要とする情報をすべて網羅していないことなどが主要な原因として挙げられた。これらの直接原因としては、(a) 有益なデータ収集（データ収集と報告）、(b) データ分析、(c) フィードバック、(d) データ管理が不適切であると分析され、それぞれについて詳細な原因分析を行った。

NACP 出席者から、問題分析ツリーには、各レベル（中央、州、県、保健施設）の活動が網羅されているため、レベルごとに整理することも提案されたが、出席者一同で、各レベルの M&E 活動を再確認し、ツリーでは M&E 分野全体の問題を洗い出すこととした。

###### 2) 目的分析

問題分析を基に、目的分析を行ったが、その際、中央レベルで NACP が単独で取り組むことができるもの、プロジェクトでは取り組むことができないものは色分けして区別した。その結果、中央レベルで取り組むべき事項と、プロジェクトが県レベルまでフォローすべき事項とが浮き彫りになった。

協議には、モデル州候補も含め、4 州からの出席者が含まれていたが、彼らも州レベルの視点から具体的な提案を積極的に行い、M&E システムに必要な要素の洗い出しに貢献した。

##### (2) 包括的な巡回監督指導とメンタリングに係る実施能力について

###### 1) 問題分析

「包括的な巡回監督指導とメンタリングに係る実施能力が不足」に対し、サービスが改善しない→包括的な巡回監督指導とメンタリングが確立されていない→包括的な巡回監督指導とメンタリングが適切に実施されていないという順に直接原因が分析された。さらに「巡回監督指導」と「メンタリング」それぞれに関し、詳細な原因分析を行った。メンタリングは新しい分野であるため、現時点で十分な現状分析を行うのは難しいものの、分析を進めてみると、巡回監督指導と同様の課題を抱えていることが分かった。

## 2) 目的分析

M&E 同様、目的分析にあたっては、中央レベルで NACP 独自で取り組むことができることと、プロジェクトでは取り組むことができないものを他の項目と色分けして区別した。その結果、NACP の取り組むべき事項として、特に異なるプログラム間や巡回監督指導の調整業務における能力強化が重要であるとの分析に至った。分析結果のなかには、資金、人材、施設等の資源の確保が含まれるが、これらはプロジェクトで取り組むことができないものの、包括的な巡回監督指導とメンタリング活動に直結する重要な要素であることが改めて認識され、PDM 上の外部条件に含めることとした。

## (3) PDM の作成

サブ中心問題① M&E 実施能力が不足、及び②包括的な巡回監督指導とメンタリングに係る実施能力が不足、それぞれの目的分析の過程で、中央レベルで NACP 独自で取り組むことができることと、プロジェクトでは取り組むことができないものを他の項目と色分けして区別した結果、「中央レベルで NACP 独自で取り組むべき事項」と「プロジェクトとして県レベルまでフォローすべき事項」とが浮き彫りになった。それらをそれぞれひとつの成果及び活動として PDM 上で整理することとした。すなわち、①について中央レベルで NACP 独自で取り組むこと（成果 1）、①についてプロジェクトとして県レベルまでフォローして取り組むこと（成果 2）、②について中央レベルで NACP 独自で取り組むこと（成果 3 及び 4）、②についてプロジェクトとして県レベルまでフォローして取り組むこと（成果 5）に整理した。なお、県レベルまでのフォローについて、タンザニア全県を取り上げるのはプロジェクトの制約があるので、モデル州を選定し、限定した箇所のみで、県レベルまでフォローして取り組むこととしている。したがって、これら成果の上位に立つプロジェクト目標の設定としては、中央レベルでの取り組みをモデル州で実証し、それをまた中央レベルに反映していくというプロセスを繰り返しながら、最終的に「M&E」と「包括的な巡回監督指導とメンタリング」の枠組が全国展開に向けて確立されることをめざしたものとして整理された。

各指標の設定については、客観的検証の可能性、入手難易度等を考慮し設定した。一部、既存のデータでは入手不可能なため、プロジェクト期間中に調査を実施しデータを入手することとする。また、各指標に目標値は設定されていない。具体的な数値については、プロジェクト開始直後にベースライン調査を実施し、決定することとした。

詳細のプロジェクトの枠組みは第 3 章で後述する。

## 2-5 保健社会福祉省との協議

PCM ワークショップの前後に、保健社会福祉省主席医務官、NACP プログラムマネジャー、NACP 主要カウンターパート (Counterpart : C/P)、保健社会福祉省 M&E セクション及びその関係者、それぞれと協力内容について協議を重ね、プロジェクト名称やプロジェクトの実施体制、モデル州の選定等についても合意した。NACP 主要 C/P との協議では、PCM ワークショップで時間の制約について協議しきれなかった PDM 指標や PO についても細かに確認して設定した。これら合意内容についてはミニッツに記載した。NACP 主要 C/P との協議、保健社会福祉省 M&E セクション及びその関係者との協議の参加者は以下のとおりである。

< NACP 主要 C/P との協議参加者 >

- Dr. D. Kajoka : Head of STI Unit
- Dr. M. Nkingwa : Ag. Head of Counseling and Social Support Unit
- Dr. R. Josiah : Head of Care and Treatment
- Mr. H. Khalid : Head Laboratory Unit
- Dr Z. Sekilasa : Programme Officer-Care and Treatment
- Dr. D. Sando : Programme Officer-M&E Unit
- Mr. E. Edward : Administrator

<保健社会福祉省 M&E セクション及びその関係者との協議参加者 >

- Mr. J. Rubona : Head of M&E, MOHSW
- Mr. Graham Wilson : Software Engineer Manager, UCC
- Ms. Elaine Baker Gun : Systems Analyst, UCC
- Dr. Honest C. Kimaro : DHIS Coordinator, UDSM

また、主な協議内容は以下のとおりである。

(1) プロジェクト名称

英文名称について、案件採択・通報時の名称では HIV/ エイズだけ切り離された保健システムの強化をめざすような印象があり、しかしながら実際の保健システムは極めて包括的であることから、この意味をよりの確に表す名称を検討した。協議の結果、案件採択・通報時の名称を以下のとおり変更することで合意した。

<案件採択・通報時 >

(和) HIV/AIDS 対策システム強化プロジェクト

(英) HIV/AIDS Health System Strengthening Project

<変更後 >

(和) HIV/ エイズサービスのための保健システム強化プロジェクト

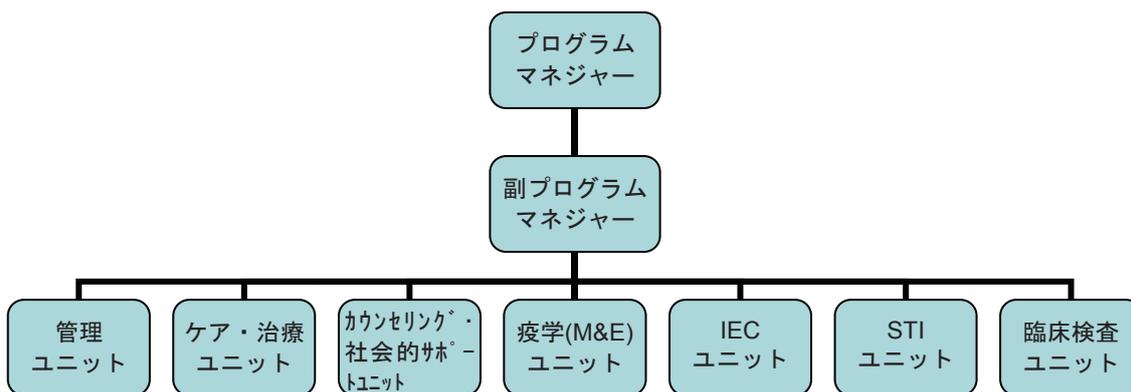
(英) Health Systems Strengthening for HIV and AIDS Services Project

なお、協議の過程で、タンザニア保健社会福祉省主席医務官からは、HIV/ エイズを切り口に行っているものの、保健システム強化に焦点を当てたプロジェクトであることから、プロジェクト名称に「保健システム強化」を必ず入れてほしい旨、要望があった。

(2) プロジェクト実施体制

NACP を C/P 機関とする実施体制で合意した。

なお、本プロジェクトでは多くのパートナーとの調整及び NACP 内の 7 つのユニット間の調整に係る時間と労力が多大なものであると予測される。本プロジェクトのコンポーネントである M&E と巡回監督指導はユニット横断タスクであり、HIV/ エイズプログラム全体にかかわることなので、ユニット横断タスクが促進される仕組みを協議したところ、先方より、NACP 内に、ユニット横断タスク調整業務を担当する副プログラムマネジャー (Assistant Programme Manager) というポストをプログラムマネジャーの下に新たに配置するという提案があり、合意した。プロジェクト開始前までに配置の予定である。



図－1 NACP 新体制図

表－3 プロジェクトの実施体制

役職名	配置
①プロジェクトダイレクター	タンザニア保健社会福祉省主席医務官
②プロジェクトマネジャー	NACP プログラムマネジャー
③副プロジェクトマネジャー	NACP 副プログラムマネジャー
④技術スタッフ責任者	NACP の全ユニット長
⑤州主要担当者	モデル州の RMO
⑥日本人専門家	長期 3 名

表－4 合同調整委員会 (JCC) のメンバー構成

立場	構成員
議長	プロジェクトダイレクター
メンバー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記②③④⑤⑥のメンバー</li> <li>・ JICA タンザニア事務所の代表者</li> <li>・ その他議長が任命する者</li> </ul>
オブザーバー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在タンザニア日本大使館の代表者</li> <li>・ その他議長が招聘する組織の代表者</li> </ul>

(3) モデル州の選定

1) 位置づけ

プロジェクトで開発されるツールや枠組そのものは、国家的標準となるので、遅かれ早かれ全国展開されるべきものである。その全国展開がより効果的にかつ効率的になされるために、ツールや枠組の効果の実証をオンサイトでモニタリングしていく（図－2 のとおり）のがモデル州の位置づけである旨、基本認識を確認した。

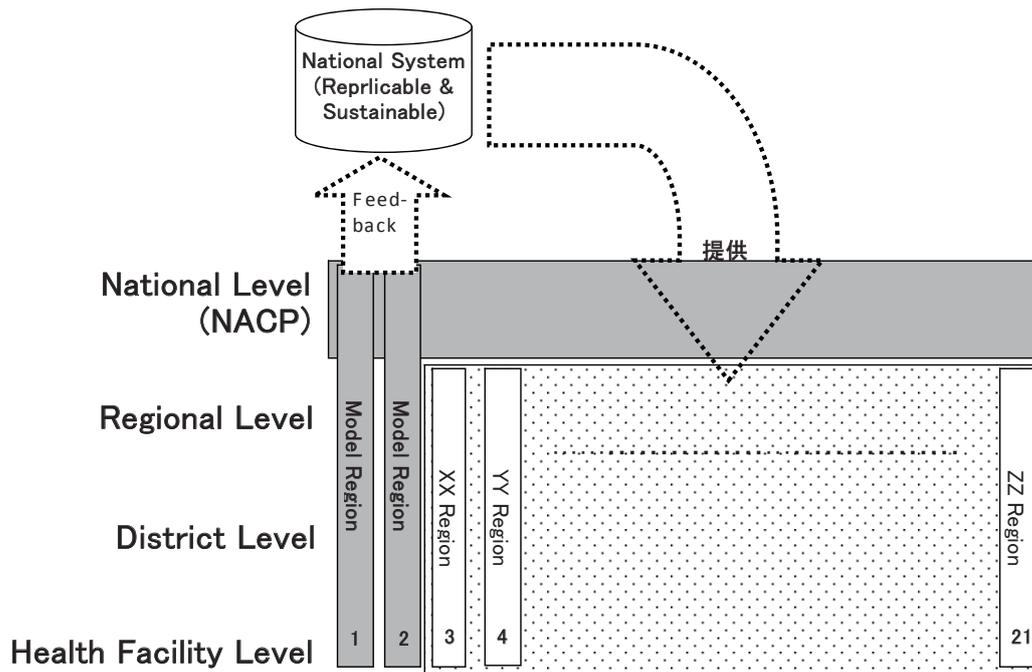


図-2 プロジェクトのビジネスモデル

モデル州はあくまで実証サイトなので、何か特殊な介入を持ち込んで、スケールアップに意味を成さなくなってしまうことに留意しなければならない。現場では、何がボトルネックとなっているのか、丁寧に拾い上げ、その解決策をいくつか検討し試行してみて、そのなかで効果が実証された策を国家レベルに反映していく、というプロセスを繰り返していかなければならない。この際、留意事項として、自立発展性という観点で、実際の巡回監督指導の実施に係る費用負担について、モデル州での活動を開始する前に再度タンザニア側と確認する必要がある（協議において、具体的に、最終年には0%になるように段階的にプロジェクト負担を漸減していく、ということが一案として挙げられた）。

## 2) モデル州の数

当初、タンザニア側からは3州の要請であったが、投入規模としての制約もあり（人的面及び協力金額面）、協議の結果、2州で合意した。

## 3) 選定条件

先行プロジェクトとの継続性を考慮し、コースト州とドドマ州を選定することで合意した。

- ・ コースト州：先行プロジェクトにおいて、DHISのパイロットを実施した州。州及び全7県の保健行政局に、ITインフラも整備済みであり、IT機器類の新たな投入が不要。また、オリエンテーションも、州及び全7県において各3名実施済みなので、DHIS導入のための新たな研修実施は不要。
- ・ ドドマ州：先行プロジェクトにおいて、包括的な巡回監督指導とメンタリングのマニュアル開発時に、試行テストを実施した州。州監督指導者(2名)と州メンター(8名)、及び6県のうち2県の県監督指導者(各4名)と県メンター(各8名)を研修済みな

ので、導入のためには、残りの4県の研修を実施すればよい。

なお、選定条件については、ほかにも、HIV陽性率、パートナーシップ連携の戦略性、M&Eと巡回監督指導の実施状況等が挙げられ、協議の過程では、以下のとおり3州の検討がなされた。

選定条件（案）	ドドマ州（6県）	イリンガ州（8県）	コースト州（7県）
HIV陽性率	3.3%	15.7%	6.7%
継続性（先行プロジェクトでの投入の有無）	州及び2県において監督指導者とメンターを研修済み。		州及び全県に対してITインフラ整備、オリエンテーション実施済み。
パートナーシップ連携の戦略性	TUNAJALIが支援。TUNAJALIはシンギダ州、モロゴロ州、イリンガ州も支援していることから、それらの州への展開が期待できる。	TUNAJALIが支援（同左）	ICAPが支援。ICAPはキゴマ州、カゲラ州も支援していることから、それらの州への展開が期待できる。
M&E実施状況※	比較的弱い。		比較的弱い。
巡回監督指導実施状況※	比較的弱い。	比較的弱い。	

※ M&Eは報告書提出率、巡回監督指導は実施回数により、限定的に判断。

#### (4) プロジェクト協力期間

協議の過程で、保健社会福祉省主席医務官より、5年のプロジェクト期間の提案があった。これは2015年のMDGs評価の際に、JICAプロジェクトが実施されていなければ、それまでのJICAの貢献は評価されないおそれがあるという配慮によるものであった。JICAのプレゼンスを示す戦略を考慮しつつも、本調査においては、当初の要請どおり4年間の協力期間で合意し、プロジェクトをデザインした。プロジェクト終了を迎える際に再考することとする。

#### (5) プロジェクトに対する双方負担事項

日本側、タンザニア側双方の負担事項について合意した。具体的な双方負担事項については第3章で後述するが、特記事項としては以下のとおりである。

##### 1) <日本側>在外事業強化費

在外事業強化費に「研修・ワークショップ経費」とあるが、プロジェクトで実施する研修規模のめどとしては以下のとおり。

	M&E		包括的な巡回監督指導とメンタリング	
	モデル州	非モデル州	モデル州	非モデル州
中央レベル	—	—	National Supervisor 50 名 National Mentor 50 名	
州レベル	RACC HMIS focal person RHMT member 1 名 計 3 名 × 10 日間	州独自で実施	RACC RRCHCo RTLTC : Regional TB & Leprosy Coordinator RHMT member 1 名 Regional Mentor 8 名 計 12 名 × 10 日間 × 2	州独自で実施
県レベル	DACC HMIS focal person CHMT member 1 名 計 3 名 × 10 日間  Healthcare Worker 1 名 × 約 300 保健施設 / 州 × 1 日間	県独自で実施	DACC DRCHCo DTLTC : District TB & Leprosy Coordinator CHMT member 1 名 District Mentor 8 名 計 12 名 × 10 日間 × 2	県独自で実施

## 2) <日本側> 専門家派遣

協議の過程で、一部の NACP 主要 C/P より、なるべく外部技術リソースに頼ることを避けるために、長期専門家は 3 名ではなく 2 名でよいのではないかという提案があった。しかしながら、本プロジェクトはモデル州での活動があり、モデル州で実証しながら中央で効果的な枠組を開発するという目標達成に向けて、中央 (NACP) とモデル州で並行して活動を実施していくには、現実的に、業務調整分野の専門家に加え、2 名の長期専門家の配置は必須であり、その旨合意に至った。ただし、プロジェクト期間後半においては、プロジェクトの状況に応じて柔軟に対応していくこととする。

## (6) 保健社会福祉省 M&E セクションとの連携

M&E について、保健社会福祉省の HMIS を扱う M&E セクションとの連携が必須であることが改めて NACP のプログラムマネージャーからも示唆された。保健社会福祉省 M&E セクション及びその関係者との協議において、DHIS 全国展開の明確な計画を得ることができなかったが、保健社会福祉省 M&E セクションを中心に DHIS のワーキンググループが既に設置されており、今後動きがあるとのことなので、プロジェクトとしても積極的に関与し、DHIS 全国展開計画の動きにも留意していく必要がある。なお、各州、各県に、M&E 担当官を配置することが承認されている旨、保健社会福祉省 M&E セクションより確認した。コースト州をはじめ、一部の州・県では既に配置されている。

包括的な巡回監督指導とメンタリングについては、今後保健社会福祉省内でタスクチームを立ち上げるとのことなので、こちらにも関与していくことが必要である。プロジェクトで

取り組もうとしている「M&E」と「包括的な巡回監督指導とメンタリング」の分野について、保健社会福祉省内において横断的な連携を進めていこうという機運の一端が、これらの動きにより、うかがい知ることができた。

## 2-6 プロジェクト実施上の留意点

そのほか、調査団が調査を通じて確認した、プロジェクト実施に向けての留意点は以下のとおりである。

### (1) パートナー協調

モデル州の選定にあたっては、前述のとおりパートナーシップ連携の戦略性についても検討がなされた。結果的に先行プロジェクトとの継続性という観点でコースト州とドドマ州を選定したが、両州でのパートナーシップ連携によるスケールアップが大いに期待される。すなわち、コースト州では ICAP が支援をしており、ICAP を巻き込んでいくことにより、プロジェクトで開発されたツールや枠組を ICAP がほかで支援しているキゴマ州とカゲラ州にも展開していってくれることが期待できる。同様にドドマ州では TUNAJALI が支援をしており、TUNAJALI はほかにもシンギダ州、モロゴロ州、イリンガ州でも支援を行っている。ICAP や TUNAJALI をはじめ、国家マニュアルの完成と国家トレーナーの育成に、非常に期待をもって待っているパートナーが多くいることが調査で確認されており、スケールアップの促進に貢献してもらえることが期待できる。ただし、これらのパートナーの支援の対象分野は、HIV/エイズ対策関連保健サービス全般ではなく、PMTCT やケア・治療など、特定分野であることに留意しなければならず、十分な理解を得る過程が必要である。

また、グローバルファンド第9次資金供与の保健システム強化分野が、調査時点ではほぼ承認が確定であるが、署名までにはまだいくつかのハードルがある。プロポーザル内容をみると、かなり広範にわたる支援計画が盛り込まれているようなので、プロジェクト開始後においても、資金の執行時期を含め、留意していく必要がある。

### (2) タンザニアの地方分権化の動き

RHMT 及び CHMT は行政官であるが、ほとんどのオフィスが州病院及び県病院と隣接していることもあり、ポスト自体はそれぞれ独立しているものの、実体は病院業務と兼務しているメンバーが多い（病院業務に駆り出されることが多い）。この原因は、保健人材の不足によるものであるが、政府は今後数年間で保健人材を増強しようとしている。また、人材データベースが確立していないために、必要な人材を割り当てることができないという状況もあり、それを支援する JICA 「保健人材開発強化プロジェクト」の役割は大きい。行政と臨床が切り離され、人材配置が適切になされ、兼務が解消されれば、RHMT 及び CHMT の組織能力は強化され、NACP・州・県の機能分担改善による業務効率化が更に期待できる。

なお、PCM ワークショップでは、コースト州、ドドマ州、イリンガ州、ムベヤ州の RMO が参加し、プロジェクトデザインに積極的に関与したため、特にその組織能力強化が求められている州の視点をプロジェクトに盛り込むことができた。

(3) JICA プログラム内での連携

調査時点で実施中の JICA「州保健行政システム強化プロジェクト（2008年-2011年）」においても、マネジメント分野の巡回監督指導を支援しており、本プロジェクトで扱う巡回監督指導がもつ概念と齟齬がないよう、お互いすり合わせていく必要がある。さらに、本プロジェクトの活動に 5S の実施が含まれることとなり、調査時点で 2010 年より新規実施予定の「保健人材開発強化プロジェクト」とも活動レベルでの連携が見込まれる。

(4) プロジェクト期間中のプロジェクトマネジャー定年退職

本調査中において、プロジェクトダイレクターである保健社会福祉省主席医務官と、プロジェクトマネジャーである NACP プログラムマネジャーの力強いコミットメントが伺えた。ただし、現 NACP プログラムマネジャーの Dr. Swai は、本プロジェクト期間中に定年退職を迎える旨、聞き及んでおり、留意が必要であると同時に、退職後も何らかの形でプロジェクトに関与していただく可能性も検討すべきであると思料する。

## 第3章 プロジェクト基本計画

### 3-1 協力概要

(1) 案件名

(和) HIV/ エイズサービスのための保健システム強化プロジェクト

(英) Health Systems Strengthening for HIV and AIDS Services Project

(2) 協力期間

2010年10月～2014年10月（予定）（4年間）

(3) 協力総額（日本側）

約4億円

(4) 協力相手先機関

保健社会福祉省国家エイズ対策プログラム（NACP）

(5) 裨益対象者及び規模、等

NACP（職員数63名）、国家巡回監督指導者とメンター（計100名程度）、2モデル州（コースト州、ドドマ州）の州保健行政マネジメントチーム（RHMT）・県保健行政マネジメントチーム（CHMT）（計13県）・保健施設（計419施設）

### 3-2 協力の枠組み

#### 3-2-1 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<sup>29</sup>

<プロジェクト目標>

HIV/ エイズ対策関連保健サービスの包括的な巡回監督指導とメンタリング及び効果的なM&Eシステムが構築され、全国展開に向けて確立される。

<指標>

1. プロジェクトで開発された HIV/ エイズ対策関連保健サービスの包括的な巡回監督指導とメンタリング及び M&E システムについてオリエンテーションを受けた州及びステークホルダー（関係団体）の数
2. 包括的な巡回監督指導とメンタリング及び M&E システムが十分に機能している州の数（対象2州のうち）。
3. モデル州において、包括的な巡回監督指導とメンタリング及び M&E システムが、以前より分かりやすく、使いやすいと認めている保健サービス従事者の割合が増加する。

<sup>29</sup> ベースライン調査をプロジェクトにて実施する予定であり、プロジェクト目標の具体的な指標とその目標値については、調査結果に基づいて検討し、JCCにて決定することとする（2011年4月ごろ予定）。

(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<sup>30</sup>

<上位目標>

HIV/エイズ対策関連保健サービスの包括的な巡回監督指導とメンタリング及び効果的な M&E システムを通じて、タンザニアの保健システムが強化される。

<指標>

包括的な巡回監督指導とメンタリング及び M&E システムの導入が拡大されている州の数 / 割合。

3-2-2 成果（アウトプット）<sup>31</sup>と活動

(1) 成果 1：M&E に係る記録・報告様式が国家レベルで整理・統合<sup>32</sup>される。

<指標>

1-1 ステークホルダー会議が開催された数

1-2 記録・報告様式と標準作業手引書（Standard Operating Procedure：SOP）

<活動>

1-1 記録・報告様式と SOP を見直す。

1-2 改訂した記録・報告様式と SOP の試用テストを行う。

1-3 記録・報告様式と SOP を完成させる。

1-4 記録・報告様式と SOP の普及のためのステークホルダー会議を開催する。

1-5 記録・報告様式と SOP を印刷し、州へ配布する。

1-6 報告様式を DHIS へ統合させる。

1-7 M&E データの年次監査を行う。

1-8 NACP スタッフに対して、5S のオリエンテーションを行う。

1-9 NACP の文書管理に 5S を適用する。

(2) 成果 2：モデル州において M&E システムが強化される。

<指標>

2-1 項目がすべて埋まり、提出期限が守られ、かつ正確な数値記載がなされている報告書が作成できている州 / 県 / 保健施設の数 / 割合

2-2 DHIS からの情報を引用している州年次保健計画と県総合保健予算計画の数 / 割合

2-3 M&E システムからの情報を少なくとも 1 回、業務上の意思決定に活用することができた保健施設の割合

<sup>30</sup> ベースライン調査をプロジェクトにて実施する予定であり、上位目標の具体的な指標とその目標値については、調査結果に基づいて検討し、JCC にて決定することとする（2011 年 4 月ごろ予定）。「数 / 割合」と表記している箇所についても、その際にどちらを指標として採用するかを決定する。

<sup>31</sup> ベースライン調査をプロジェクトにて実施する予定であり、成果（アウトプット）の具体的な指標とその目標値については、調査結果に基づいて検討し、JCC にて決定することとする（2011 年 4 月ごろ予定）。「数 / 割合」と表記している箇所についても、その際にどちらを指標として採用するかを決定する。

<sup>32</sup> ここでいう「整理・統合」とは、本プロジェクトの先行プロジェクトである「HIV 感染予防のための組織強化プロジェクト」（2006-2010）で取り組んだ「VCT」と「STI 治療」の標準化された記録・報告様式を他の HIV/エイズ対策関連保健サービスの様式と統合し、ひとつの新しい様式にすること。その際には、統合する各記録・報告様式の項目の見直しを行ったうえで、取捨選択等の整理も行う。

<活動>

- 2-1 州・県保健行政マネジメントチームを含む保健サービス従事者に対して、記録・報告様式と SOP の研修を実施する。
- 2-2 記録・報告様式と SOP を保健施設へ確実に配布する。
- 2-3 DHIS 運用前の状況分析を行う。
- 2-4 DHIS のための IT 機材を配備する。
- 2-5 DHIS の啓発会議を開催する。
- 2-6 州 / 県保健行政マネジメントチームに対して、DHIS 使用の研修を実施する。
- 2-7 DHIS の技術フォロー訪問を実施する。
- 2-8 州 / 県保健行政マネジメントチーム に対して、エビデンスに基づいた（データを活用した）保健計画策定の研修を実施する。
- 2-9 経験・教訓共有のためのステークホルダー会議を開催する。

- (3) 成果 3：NACP において、包括的な巡回監督指導とメンタリングの調整能力が強化される。

<指標>

- 3-1 ステークホルダー会議が開催された数
- 3-2 国家レベルの包括的な巡回監督指導とメンタリングの年間計画が立てられている。
- 3-3 活動 3-1 で調整した計画に基づいて実施した、定期（半期に 1 回）巡回監督指導訪問の数
- 3-4 活動 3-1 で調整した計画に基づいて実施した、メンタリング訪問<sup>33</sup>の数
- 3-5 改善されたマニュアルとツールが整備されている。

<活動>

- 3-1 国家巡回監督指導者とメンターの年間計画と予算策定を調整する。
- 3-2 HIV/ エイズ対策関連保健サービスの包括的な巡回監督指導とメンタリングを実施する。
- 3-3 包括的な巡回監督指導とメンタリング訪問の実施報告書管理や共有方法を決定する。
- 3-4 国家レベルの巡回監督指導者とメンター間の相乗効果を高めるための会議を開催する。
- 3-5 経験・教訓共有のためのステークホルダー会議を開催する。
- 3-6 包括的な巡回監督指導とメンタリング訪問のマニュアルとツールを見直し、印刷する。

- (4) 成果 4：国家巡回監督指導者とメンターの能力が向上する。

<指標>

- 4-1 包括的な巡回監督指導とメンタリングの研修教材が整備されている。

---

<sup>33</sup> 巡回監督指導訪問のように定期的には実施されるものではなく、ニーズに応じて実施される。

- 4-2 研修を受けた国家巡回監督指導者とメンターの数
- 4-3 包括的な巡回監督指導とメンタリングのための国家研修講師の数

<活動>

- 4-1 包括的な巡回監督指導とメンタリングの研修教材を開発し、印刷する。
- 4-2 国家研修講師養成を実施する。
- 4-3 国家巡回監督指導者とメンターに対して研修を実施する。
- 4-4 国家巡回監督指導とメンターに対して再研修を実施する。

(5) 成果5：モデル州において包括的な巡回監督指導とメンタリングが強化される。

<指標>

- 5-1 研修を受けた州/県巡回監督指導者とメンターの数
- 5-2 HIV/エイズ対策関連保健サービスの包括的な巡回監督指導とメンタリングを受けた州/県/保健施設の数/割合
- 5-3 州/県/保健施設においてアクション・ポイント/提言<sup>34</sup>が実行された数

<活動>

- 5-1 州/県保健行政マネジメントチームと保健施設に対して、包括的な巡回監督指導とメンタリングのオリエンテーションを実施する。
- 5-2 州/県巡回監督指導者とメンターを選定し、研修する。
- 5-3 包括的な巡回監督指導とメンタリングを計画し、実施する。
- 5-4 包括的な巡回監督指導とメンタリング訪問の実施報告書管理や共有方法を確立する。
- 5-5 州及び県レベルの巡回監督指導者とメンター間の相乗効果を高めるための会議を開催する。
- 5-6 経験・教訓共有のためのステークホルダー会議を開催する。
- 5-7 包括的な巡回監督指導とメンタリングを州年次保健計画と県総合保健予算計画に組み込む。
- 5-8 好事例国へのスタディーツアーを実施する。

### 3-2-3 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、疫学、業務調整/研修
- ・ 短期専門家：ベースライン調査、エンドライン調査、等

<供与機材>

- ・ コピー機・FAX機
- ・ モデル州の州保健行政局・県保健行政局へのDHIS運用のためのIT機器類の配備

<sup>29</sup> 包括的な巡回監督指導とメンタリング訪問の際に、巡回監督指導者及びメンターは、改善すべき点として「アクション・ポイント」及び提言を報告書にて報告することとしている。

<在外事業強化費>

- ・ 教材等印刷費
- ・ 研修・ワークショップ経費
- ・ 運転手・アシスタント備上費 等

(2) タンザニア側

人員配置、プロジェクト執務室、カウンターパート人件費、プロジェクト執務室光熱費、等

3-2-4 外部要因（満たされるべき外部条件）

(1) 前提条件

保健社会福祉省により、NACP 副プログラムマネジャーが新規配置される。

(2) 成果（アウトプット）達成のための外部条件

- ・ プロジェクト実施者として配置され、研修を受けた人材の多くがとどまる。
- ・ 国・州・県レベルの M&E と巡回監督指導の体制や役割、権限が維持される。
- ・ 中央・州・県・保健施設レベルにおいて、人的、財政的、物的資源が現状維持される。

(3) プロジェクト目標達成のための外部条件

中央・州・県・保健施設レベルにおいて、人的、財政的、物的資源が現状維持される。

(4) 上位目標達成のための外部条件

- ・ DHIS が全国展開される。
- ・ 中央・州・県・保健施設レベルにおいて、人的、財政的、物的資源が現状維持される。

## 第4章 プロジェクト事前評価

### 4-1 妥当性

本プロジェクトの妥当性は、以下の観点から非常に高いといえる。

#### (1) タンザニア政策及び保健社会福祉省政策との整合性

- ・ タンザニアにおいては、15～49歳人口のHIV陽性率は6.2%と世界のなかでも高い値を示しており、重症疾患として優先課題となっている。MDGs達成に向け、2005年4月に第2次貧困削減戦略として策定された「成長と貧困削減のための国家戦略」(National Strategy for Growth and Reduction of Poverty : NSGRP、スワヒリ語で通称MKUKUTA)や、「保健セクター戦略計画III(2009-2015)」(Health Sector Strategic Plan III 2009-2015 : HSSP III)等において、HIV/エイズ対策はタンザニアが取り組むべき重要課題とされており、これらに沿って、同対策は実施されている。
- ・ 「保健セクターHIV/エイズ戦略計画II(2008-2012)」(Health Sector HIV and AIDS Strategic Plan II 2008-2012 : HSHSP II)では、質の高いHIV/エイズ対策関連サービスを提供するうえで、保健システムの強化が不可欠であるとし、その一環としてM&E強化を挙げている。本プロジェクトは、この方針にも沿うものである。

#### (2) わが国援助政策との整合性

- ・ 2008年の第4回アフリカ開発国際会議(Tokyo International Conference on African Development IV : TICAD IV)及びG8北海道洞爺湖サミットにおいて、日本は、「保健システムの強化」に向けたコミットメントと協力を一層拡充することを表明し、TICAD IVで採択された「横浜行動計画」では、「保健システムの強化」の事項において「正確な保健情報に基づいた政策決定を可能とするため、保健システムのモニタリング及び評価体制の構築を促進する」ことに取り組むとしており、本プロジェクトはこれに整合する。
- ・ JICA国別援助実施方針上では「HIV/エイズ対策への対応としては、感染予防サービスの質的向上のための制度構築や人材育成に重点を置いた支援を継続する」としており、本プロジェクトがこれに位置づけられる。

#### (3) タンザニアのニーズとの整合性

- ・ 「保健セクター戦略計画III(2009-2015)」において、データの信憑性、収集方法、報告システム、フィードバック、データの分析及び活用等において課題が多く、M&Eシステムが脆弱であることが述べられている。したがって、本プロジェクトで、M&Eに係る記録・報告様式を国家レベルで整理・統合し、NACP職員をはじめ、モデル州においてRHMT及びCHMTのM&Eに係る実施・運用能力を強化することは、タンザニアのニーズとも合致している。
- ・ 包括的な巡回監督指導については、同じく「保健セクター戦略計画III(2009-2015)」において、州の県に対する指導は単なる点検にとどまっており、RHMTが巡回監督指導を

実施するための人的、財政的、物的資源も不足していると述べられている。また臨床経験豊富な専門職によるメンタリングは新しい分野であり、実施体制のメカニズムは整備されていない。本プロジェクトは、HIV/エイズ対策関連保健サービスを網羅する包括的巡回監督指導に加え、臨床経験豊富な専門職によるメンタリングを相互補完的に行うことにより、サービスの質的向上・拡大をめざすものであり、タンザニアのニーズに応え得るものである。

#### (4) 手段としての適切性

- ・ 本プロジェクトは、先行プロジェクトである「HIV 感染予防のための組織強化プロジェクト」の成果と実績を踏まえて計画している。特に包括的な巡回監督指導とメンタリングについては、先行プロジェクトで開発パートナーと連携して作成したマニュアルを本プロジェクトで実際に運用していくことになる。国家レベルでのマニュアルの導入により、サービスの質の改善が期待され、持続的な HIV/エイズ対策に向けた実施能力の強化という観点からも本プロジェクト実施の意義は大きい。
- ・ 本プロジェクトでは、モデル州を 2 州選定し、県レベルまでを対象にした実証的オペレーションを行う。対象 2 州のうち、コースト州では、先行プロジェクトにおいて DHIS のパイロットを実施している。またドドマ州では、包括的な巡回監督指導とメンタリングマニュアルの試用テストを実施しており、先行プロジェクトからの持続性という観点から、両州をモデル州とすることは妥当と判断される。

### 4-2 有効性

以下の観点から、本プロジェクトの有効性は見込まれる。

- ・ プロジェクト目標達成に向けて設定した 5 つの成果は、M&E（成果 1、2）、包括的な巡回監督指導とメンタリング（成果 3、4、5）の 2 つのコンポーネントに分類され、さらにそれぞれ、中央の NACP（M&E：成果 1、包括的な巡回監督指導とメンタリング：成果 3 と 4）とモデル州（M&E：成果 2、包括的な巡回監督指導とメンタリング：成果 5）における成果に分かれる。これら成果の設定は、モデル州において、M&E、包括的な巡回監督指導とメンタリングのオペレーションを実証し、中央の NACP にフィードバックすることにより、現場のニーズや実情を的確に反映した M&E と包括的な巡回監督指導とメンタリングの枠組が構築されるように配慮したものである。これにより、全国展開に向けたより良い枠組づくりがなされることが期待できる。したがって、プロジェクト目標達成のために、成果は適切に設定されているといえる。

ただし、実施の留意点として以下のことが挙げられる。

- ・ 本プロジェクトは、現場での作業効率化・軽減を通して、サービスの量的拡大・質的向上に貢献するものである。プロジェクト目標の達成は、サービス提供レベルでの作業の効率化・軽減の実現を伴っていることが重要であり、この点なくしては、プロジェクトの有効性は認められないことに留意する必要がある。

### 4-3 効率性

本プロジェクトは、以下の観点から効率的な実施が見込まれるものの、留意すべき点がある。

- ・ 本プロジェクトは、先行プロジェクトの支援によるノウハウや知見を生かし、またプロジェクトで開発されたツール等についても、引き続き有効活用されることが期待される。M&Eについては、先行プロジェクトにおいて、VCT、STI治療に関する記録・報告様式の整備を行ったほか、コースト州で実施したDHISのパイロットにおいて、VCTとSTI治療分野のモジュールを技術的に支援し、保健社会福祉省がめざすDHIS全国展開によるHMIS全体の強化を牽引した。また包括的な巡回監督指導とメンタリングにおいては、国家マニュアルを開発した。本プロジェクトは、より横断的なHIV/エイズ対策関連保健サービス全体を対象としたものになるが、先行プロジェクトでの成果品及び、国家標準ガイドライン等の開発、研修実施において他の開発パートナーと連携を図り、相互補完的な関係を築いた実績は、本プロジェクトにおいても引き続き生かされ、プロジェクトの効率的な運営に寄与することが期待される。
- ・ モデル州で活動する開発パートナー（コースト州ではICAP、ドドマ州ではTUNAJALI）と連携を図ることにより、プロジェクト成果を効率的に展開させることが見込まれる。連携を通してプロジェクト成果が引き継がれれば、両州における効率的なプロジェクト活動の運営にとどまらず、それらの開発パートナーが活動している他の州においても活動が展開され、全国展開が順次図られていく可能性が高い。ただし、留意すべき点は、これらの開発パートナーは、必ずしもHIV/エイズ対策関連保健サービス全体を対象とした支援をしているわけではなく、そのなかでも特定分野の支援を実施しているという点である。（例えば、TUNAJALIは、ケア・治療とPMTCTの分野に特化した支援）。そのため、調査時においては、これら開発パートナーから非常に連携に前向きな姿勢が伺えたものの、今後とも十分な理解を得る過程が必要である。
- ・ HIV/エイズ対策関連保健サービスを横断的に取り組む本プロジェクトは、中央レベルのNACPにおいて、NACP内部のみならず、保健社会福祉省の関連部局や、他の保健サービスプログラム（例えば、結核プログラム、母子保健プログラム、等）を支援する開発パートナーとの合意形成など、多大な調整作業が必要になると想定される。プロジェクトの活動計画や投入は、この点を考慮してデザインされたが、プロジェクト実施段階に入ってもモニタリングし、必要に応じて調整していく必要がある。なお、タンザニア側においては、この調整業務を専任する新しいポスト（NACP副プログラムマネジャー）の提案があり、配置の実現に向けて動き出している。

### 4-4 インパクト

本プロジェクトの実施により、期待されるインパクトは以下のとおりである。

- ・ 本プロジェクトで開発されるHIV/エイズ対策関連保健サービスの包括的な巡回監督指導とメンタリング及びM&Eシステムは、2モデル州で実証を重ねたうえで全国展開に臨む仕様となっているため、中央・州・県・保健施設レベルにおいて、人的、財政的、物的資源が少なくとも現状維持されるという外部条件が満たされれば、全国へ順次普及されていくことが見込まれる。さらに、中央で整備された枠組の普及について支援したいと考えている開発パートナーも多数あることが確認されている。これにより、上位目標はプロジェ

クト終了後3～5年以内には実現できることが見込まれる。また、上位目標達成の先には、現場のサービス提供者の負担を軽減するとともにサポート体制を強化し、サービスの量的・質的向上に貢献することが期待される。

- ・ 本プロジェクトでタンザニア HIV/エイズ対策関連保健サービスの包括的な巡回監督指導とメンタリング及び M&E システムを構築することにより、同様の枠組を HIV/エイズ以外の保健サービスプログラム（例えば、マラリアプログラム、母子保健プログラム、等）に適用する可能性もある。保健社会福祉省では、本プロジェクトが先鞭となり、開発された包括的な巡回監督指導とメンタリング及び効果的な M&E システムをほかのプログラムに応用する意向が示されており、HIV/エイズ以外のプログラムに広がっていくことが期待できる。

#### 4-5 自立発展性

以下のとおり、本プロジェクトの自立発展性が見込まれる。タンザニアを含むアフリカ諸国の HIV/エイズ対策の場合、政府の経常的業務の多くが援助資金によって賄われている現状を前提に、それら援助資金の有効活用をめざすことが現実的に自立発展性を確保する方策であるとの認識に立っている。

##### (1) 政策・制度面

- ・ 先行プロジェクトで支援を行った包括的な巡回監督指導とメンタリングのマニュアル及びツールの運用が開始され、なおかつ、本プロジェクトの支援により、HIV/エイズ対策関連保健サービス全体の統一された M&E 指標が確立されれば、各保健行政レベルの関係者が統一基準を共有することとなり、今後、HIV/エイズ対策のあらゆる過程において、一貫した対応が見込まれる。

##### (2) 組織面

- ・ 本プロジェクトでは HIV/エイズ対策関連保健サービス全体を対象とするため、NACP 内のユニット間及び関連の開発パートナーとの連携が鍵となる。それらの調整に係る時間と労力は多大なものとして推測されるが、タンザニア側の認識も同様であり、本調査期間中に、NACP のユニット横断的調整業務を担当する副プログラムマネジャーのポストをプログラムマネジャーの下に新設することで合意した。プロジェクト開始前までには配置の予定で、既にタンザニア側の準備も開始されており、コミットメントが高い。
- ・ 本プロジェクトの支援により、M&E に係る記録・報告様式の整理・統合、DHIS など情報収集・分析ツールの共通化、巡回監督指導方法の横断的見直し・統合が実施されれば、HIV/エイズにとどまらず、保健システム全体の強化につながることを期待される。
- ・ 一方で、タンザニアの保健セクターにおける恒常的な人材不足は、大きな課題である。今後、タンザニア政府は保健施設を増設していく計画であり、本プロジェクトの成果が全国に普及していくためにも、保健人材の確保、能力強化はより重要性を増すものと思われる。その意味で、RHMT のマネジメント強化をめざす「州保健行政システム強化プロジェクト（2008 年 -2011 年）」や、保健社会福祉省の人材開発マネジメント強化をめざした「保健人材開発強化プロジェクト（新規）」など、他の JICA プロジェクトと並行して、本プロジェ

クトが NACP の能力強化を図ることにより、タンザニアの HIV/ エイズ対策を支える人材の裾野が広がり、組織体制が強化されることの意義は大きい。

(3) 財政面

- ・ タンザニア政府は、「保健セクター HIV/ エイズ 戦略計画 II (2008-2012)」の実施に対し、長期的な財政コミットメントを表明している。また、HIV/ エイズ対策分野は開発パートナーからの資金援助も多額であり、HIV/ エイズ関連予算の 95% を開発パートナーからの支援が占める。グローバルファンドの第 9 次資金供与の保健システム強化分野の承認がほぼ確実であるのははじめ、開発パートナーの支援は当面維持されるものと見込まれる。しかしながら、長期的な視点では、同国の HIV/ エイズ対策に係る必要な経費が担保されているとは言い難く、タンザニア政府は今後も自国予算の確保、開発パートナー支援の模索を続けていくことが課題となる。

(4) 技術面

- ・ 本プロジェクトは、先行プロジェクトの成果を踏まえて実施されるもので、モデル州において、効果を実証できれば、他州でも受け入れやすく、普及が図られるものと思われる。また普及にあたっては、他の開発パートナーの協力が不可欠であるが、タンザニアの最大ドナーのひとつである PEPFAR が、今後保健システム強化へ焦点を移すことを表明するなど、本プロジェクトと他の開発パートナーのめざす方向性は一致している。したがって、本プロジェクトで実証された成果は、プロジェクト終了後も、タンザニア政府や他の開発パートナーの協力により、普及される可能性が高い。

## 第5章 調査結果総括

本プロジェクトに先行する「HIV 感染予防のための組織強化プロジェクト」は、エイズ対策という保健医療分野の課題を対象としたプロジェクトでありながら、社会サービスの提供が地方分権化されたなかで求められる中央政府の役割とは何か、中央政府の組織機能強化を通じてサービス提供の現場レベルまでインパクトを与えるためにはどのような取り組みが必要かという、ガバナンスの課題に取り組んだプロジェクトであるという点、また、エイズという特定の疾病対策に焦点を当てながら、M&E や保健情報管理に係る体制整備など、保健システムの強化につながる活動を行ったという2点において、特筆すべきプロジェクトであった<sup>36</sup>。

地方分権化された体制のなかで中央政府に求められる役割は、国全体の指針となる政策やガイドラインを策定・流布し、下位の行政レベルにおけるそれらの実行状況を確認し、実行状況に問題が認められる場合には、下位の行政レベルに対して改善のための適切な働きかけ（行政指導・支援、予算措置等）を行う、という3点に集約される。本プロジェクトは、エイズという特定の疾病対策を対象として、①中央政府が下位の行政レベルにおける現状や政策・ガイドライン等の実行状況を確認するための手段である M&E に係る実施体制・方法・手順、②下位の行政レベルに対して改善のための適切な働きかけを行うための手段である巡回監督指導とメンタリングに係る実施体制・方法・手順を、全国展開を睨んで実証的に標準化・確立することを目的とするものである。その先には、タンザニアにおけるエイズ対策に関連した保健サービスの展開を妨げている、中央から末端の保健施設に至る各レベルにおけるボトルネックの解消（すなわち、枠組の強化）、さらにはエイズ対策に関連した保健サービスの質的向上、タンザニア国民の健康改善が視野に入れられていることは、言うまでもない。

2000 年以降、アフリカ諸国に対する保健分野開発援助は急激な増加をみせている。米研究機関の推計によれば、タンザニアに対する保健分野開発援助額も、2000 年の 6,000 万ドルから 2007 年の 3 億 9,000 万ドル（インフレ調整済み）へと実質 6 倍以上に増加している<sup>37</sup>。その多くがエイズ対策、特に末端の保健施設等を通じたサービス提供の拡大へと集中しており、タンザニア国民のエイズ対策関連保健サービスへのアクセスは急激に向上している<sup>38</sup>。その一方で、巨額の援助資金を背景とした支援団体の増加や特定のプログラム領域を対象とする援助の専門化・細分化が進み、それらがもたらすタンザニアの脆弱な保健システムへの負荷もまた顕在化している現状がある。

本件プロジェクトが対象とする M&E に関しては、カウンセリング・検査（HIV Counseling and Testing : HCT）、STI 対策、PMTCT、感染者のケアと抗 HIV 薬による治療など、それぞれに様式が整備・標準化されたことで質的改善が進んだものの、患者台帳や報告様式が増加し、末端の保健施設における記録・報告業務に係る負荷が深刻なものとなっている。例えば、今回調査で訪問したイリング州の保健施設での観察によれば、HCT サービスに限定して 1 カ月分の月例報告をまとめるための台帳からの転記作業のみでも 1.5 時間程度を要しており、他のプログラムを併せ

<sup>36</sup> JICA 「HIV 感染予防のための組織強化プロジェクト終了時評価報告書」（2009）

<sup>37</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation (2009) Financing global health 2009: Tracking development assistance for health

<sup>38</sup> その主な資金源となっているのが、米国政府による「PEPFAR」及び日本政府も拠出を行っている「グローバルファンド」である。

た作業量が膨大なものであることがうかがえる。またプログラム領域ごとに実施されている巡回監督指導のため、メンタリングも断片的なものになっており、巡回監督指導が必ずしも問題解決につながっていない。保健人材が絶対的に不足するタンザニアにおいてエイズ対策関連保健サービスの更なる普及・拡大及び質の改善を進めるためには、M&E や巡回監督指導とメンタリングの実施体制・方法等をプログラム横断的に見直すこと、またケア・治療やカウンセリングなど臨床技術に関するメンタリングについては行政官主体の巡回監督指導に加え、臨床経験の豊富な専門職による支援を行うことが必要である。同じような状況は、エイズ対策関連保健サービスの普及・拡大に取り組む他のアフリカ諸国にも共通して観察されるため、本件プロジェクトの取り組みはタンザニア内外から注目されるべきものといえよう。

ただし、本件プロジェクトがその注目に応える成果を上げ得るかどうかは、3つの鍵にかかっている。一つ目の鍵は、主要関係者の調整である。記録・報告様式を整理・統合するためには、各プログラムからの意見を十分に聞いて取り入れるだけでなく、時には全体的な観点からいたずらな作業量の増加を防ぐために各プログラムに対して「ノー」という指導力が求められる。また包括的巡回監督指導とメンタリングの実施に関しては、それらをプログラム個別の活動と並行またはそれ以上に優先して実施することについて、NACP 内部の合意形成が不可欠である。しかもその調整は NACP の内部にとどまらず、保健社会福祉省の関連部局や、それぞれのプログラムを支援する援助機関も含めて実施されなければならない。この点、プログラム間の効果的な調整を促進するために NACP プログラムマネジャーの下に新たにポストを創設し人員を配置するとの提案がタンザニア保健社会福祉省（主席医務官）及び NACP の双方からなされたことは、先方の的確な問題意識とコミットメントの高さを表すものである<sup>39</sup>。影響力の大きい多数のパートナーを含めた関係者の調整は、NACP の内部に専門家を配置し、中央での協同体制を基本とする JICA の技術協力ならでの支援領域であり、NACP の意見・立場を対外的にサポートする日本人専門家に対する期待も大きい。

二つ目の鍵は、保健システムとの統合である。M&E 関連部分については、先行プロジェクトにおいても、データ集計・報告を電算化するに際し DHIS を共通のプラットフォームとすることで全体的な保健システムとの統合が図られているが、包括的な巡回監督指導とメンタリングの領域においても同様の視点が求められる。現状プログラム別に実施されている巡回監督指導をプログラム横断的な方法に見直したあとには、CHMT あるいは RHMT による定期的な巡回監督指導（四半期に1回が基本）への統合が可能か、あるいは定期的な巡回監督指導に追加して実施することが各レベルにおける人員配置及び予算配分等の観点から可能かつ妥当か、検討が求められる。エイズ対策については、巡回監督指導に限らず、政府の経常的業務の多くが援助資金によって賄われているのがタンザニアを含むアフリカ諸国の現状であることから、このような視点到配慮することの必要性は実際には高くないかもしれない。しかしながら、本件プロジェクトが保健システム強化への貢献をも視野に入れ、成果の制度化をめざすものであるならばこのような視点をもつことが重要である。この点については、JICA による支援プロジェクト（州保健行政システム強化、保健人材開発強化）間の協同体制<sup>40</sup> が特に重要となるであろう。

<sup>39</sup> タンザニア側からの提案には、NACP のプログラムマネジャーであるスワイ氏が本件プロジェクト実施期間中に定年退職を迎える予定であることも考慮されている可能性がある。スワイ氏の離任はプロジェクト運営上のリスク要因であるが、退職後も何らかの形でプロジェクトに関与していただく可能性も検討し得る。

<sup>40</sup> 特に、DHIS に係るハードウェアの整備や、M&E 及び巡回監督指導における RHMT の役割に関しては、複数のプロジェクトにまたがる部分であり、調整が必要である。

最後の鍵は、モデル州における効果の検証である。本件プロジェクトと先行プロジェクトとの大きな違いは、2つのモデル州（コースト、ドドマ）における効果の実証プロセスをデザインのなかに明示的に含んでいる点にある。M&Eに係る記録・報告様式の整理・統合や、包括的な巡回監督指導の導入には、上述したように多大な調整コスト（労力、時間）が予想され、中央（NACP）レベルでの業務量の観点からは、むしろ効率性を削ぐ可能性がある。また評価5項目でいうところのプロジェクト運営の効率性についても、高い評価を与えることが難しいアプローチである。しかしながら本件プロジェクトが敢えてそのような課題に取り組むのは、現場での作業を効率化・軽減し、それによってサービスの量的拡大・質的向上に貢献するためである。したがって、本件プロジェクトの成果は、サービス提供レベルでの作業の効率化・軽減の実現によって検証されねばならず、その実現がなければどのように素晴らしいツールが中央レベルで開発されても無意味である。その意味でモデル州における取り組みは極めて重要であり、オペレーショナル・リサーチ、システム・リサーチの要素を組み入れた効果の検証が必要となろう。

以上の3つの鍵に示されるように、本件プロジェクトの目標は決して容易に達成できるものではない。しかしながら、タンザニアのように保健システムが脆弱な国において、エイズ対策の更なるスケールアップ（さらには、他の優先プログラムの並行的スケールアップ）を進めるためには誰かが本腰を入れて取り組まねばならないことである。そしてそれは、資金力を有する援助機関に対する交渉力が十分でない途上国政府だけでは実現が困難なものであり、特定のエイズ対策関連サービスの早期拡大を優先する援助機関からは支援を得ることが難しい領域である。これまでの協力成果を踏まえ、本件プロジェクトがその先鞭となり、保健社会福祉省及びNACPを支えてリーダーシップを発揮することに大いに期待するものである。そのためにも、タンザニアにおけるエイズ対策の展開や他パートナーの支援動向、NACPの組織課題等について熟知し、かつ調整力に長けた日本人専門家の関与を確保することが重要であろう。

## 第6章 実施協議結果

### 6-1 実施協議の経緯

詳細計画策定調査団の帰国後、これまでの調査結果をもとに、日本側で討議議事録（Record of Discussion：R/D）案の作成を行った。その後、JICA タンザニア事務所とタンザニア保健社会福祉省との間で、同案の内容について協議が行われ、両者合意の下で最終案を完成させた。

### 6-2 実施協議の結果

2010年8月12日、日本側・タンザニア側双方で合意された R/D とミニッツ(PDM と PO を添付)が保健社会福祉省において署名・交換された（付属資料4. 参照）。