

マダガスカル共和国
エイズ予防対策強化プロジェクト
終了時評価調査報告書

平成24年4月
(2012年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
12-025

マダガスカル共和国
エイズ予防対策強化プロジェクト
終了時評価調査報告書

平成24年4月
(2012年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

マダガスカル共和国の成人 HIV (Human Immunodeficiency Virus : ヒト免疫不全ウイルス) 陽性率は 0.2~0.3%と推定されており (UNAIDS : 国連エイズ合同計画、2009 年)、サブサハラアフリカ諸国のなかでは低い HIV 陽性率を維持しています。しかし、HIV と同じ感染経路にある性感染症の 1 つである梅毒の感染率が、一部地域では妊婦の 18%を上回る (保健省、2008 年) ことや、感染症サーベイランス体制の弱さや検査サービスが普及していないこと、政府が進めている経済開発により今後人々の移動が活発化すること等により、今後の HIV 感染拡大が懸念されています。このため、マダガスカル共和国政府は、国家の優先課題としてエイズ対策を進めてきており、HIV 検査・カウンセリングシステム強化のための技術協力について、日本政府に要請しました。これを受け、独立行政法人国際協力機構 (JICA) は、「エイズ予防対策強化プロジェクト」を 2008 年 3 月から 2012 年 3 月までの 4 年間の協力予定で実施してきました。本プロジェクトはマダガスカル共和国において質の高い HIV カウンセリング・検査 (Counseling and Testing : CT) サービスの実施体制が強化されることを目標としています。

今般、本プロジェクトの終了を 6 カ月後に控え、2011 年 9 月 28 日から 10 月 25 日の期間、終了時評価調査団を派遣しました。本調査は、プロジェクトの活動実績・成果を評価すること、及び評価結果から提言・教訓を導き、今後の協力へのあり方への提言を行うことを目標としています。

本報告書は同調査団が実施した調査結果を取りまとめたものです。ここに、本調査にあたりご協力を賜りました関係各位に深甚なる誠意を表しますとともに、引き続きご指導、ご協力頂けますようお願い申し上げます。

平成 24 年 4 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
略語表

評価調査結果要約表（和文・英文）

第1章 終了時評価の概要	1
1-1 終了評価調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査日程	1
1-4 主要面談者	2
第2章 終了時評価の方法	4
2-1 評価設問と評価指標	4
2-2 主な調査項目とデータ収集方法	4
第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス	6
3-1 投入実績	6
3-2 アウトプットの達成度	7
3-3 プロジェクト目標の達成状況	11
3-4 上位目標の達成見込み	13
3-5 プロジェクトの実施プロセスにおける特記事項	13
第4章 評価結果	16
4-1 評価5項目による評価	16
4-2 貢献要因と阻害要因	21
第5章 結論と教訓・提言	23
5-1 結 論	23
5-2 提 言	23
5-3 教 訓	25
第6章 終了時評価調査団技術参与所感	27
付属資料	
1. ミニッツ・評価報告書（仏語）	31
2. PDM	70



BMHにてCSI活動について聞き取り調査



保健統計課長からRMA、GESISについて聞き取り調査



プロジェクト関係者との協議、カウンターパートよりプロジェクトの成果について報告



JICAプロジェクトマネジャーからの聞き取り調査



JCC



JCCにてミニッツ署名後、左から順にJICAプロジェクトマネジャー、保健次官、岡安専門家、終了時評価調査団長

略 語 表

AIDS (英)	Acquired Immunodeficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群	sida (仏)
BMH (仏)	Bureau Municipal d'Hygiène	市衛生局	
CCC (仏)	Comité Conjoint de Coordination	合同調整委員会	JCC (英)
CD (仏)	Counseling et Dépistage	カウンセリング・検査	CT (英)
CHD (仏)	Centre Hospitalier de District	郡病院	
CHU (仏)	Centre Hospitalier Universitaire	大学病院	
CNLS (仏)	Comité National de Lutte Contre le sida	国家エイズ対策委員会	
CSB (仏)	Centre de Santé de Base	基礎保健センター	
CSI (仏)	Centre de Santé Intégré	統合保健センター	ICC (英)
CSW (英)	Commercial Sex Worker	性産業従事者	TDS (仏)
CT (英)	Counseling and Testing	カウンセリング・検査	CD (仏)
CTV (仏)	Counseling et Test Volontaire	自発的カウンセリング・検査	VCT (英)
DRSP (仏)	Direction Régionale de la Santé Publique	県保健局	
DSH (仏)	Direction du Système Hospitalier	病院システム局	
GESIS (仏)	Gestion de l'Information Sanitaire	保健情報コンピュータ管理システム (ソフト名)	
HIV (英)	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス	VIH (仏)
ICC (英)	Integrated Care Center	統合保健センター	CSI (仏)
IST (仏)	Infections Sexuellement Transmissibles	性感染症	STI (英)
JCC (英)	Joint Coordination Committee	合同調整委員会	CCC (仏)
JICA (英)	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構	
LNR (仏)	Laboratoire National de Référence	国家レファレンスラボ	
MAP (英)	Madagascar Action Plan	マダガスカル国行動計画	
MDGs (英)	Millenium Development Goals	ミレニアム開発目標	
MPH (英)	Ministry of Public Health		
MSM (英)	Men having sex with men	男性同性間性行為者	HSH (仏)
ODA (英)	Official Development Assistance	政府開発援助	APD (仏)
PDM (英)	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス	Cadre logique (仏)
PMPS (仏)	Projet Multisetoriel pour la Prévention du sida	エイズ予防マルチセクタープロジェクト (世銀)	
PNLS (仏)	Programme Nationale de Lutte contre les IST/sida	性感染症・エイズ対策国家プログラム	
RMA (仏)	Rapport Mensuel d'Activité	月間活動報告書	
SDSP (仏)	Service de District de la Santé Publique	郡保健局	

SE/CNLS (仏)	Secrétariat Exécutif / Comité National de Lutte contre le sida	国家エイズ対策委員会事 務局	
sida (仏)	Syndrome d'immuno-déficience acquise	後天性免疫不全症候群	AIDS (英)
SIGS (仏)	Système d'Information pour la Gestion Sanitaire	保健情報マネジメントシ ステム	
STI (英)	Sexually Transmitted Infections	性感染症	IST (仏)
TB	Tuberculosis (英) / Tuberculose (仏)	結核	
TDS (仏)	Travailleurs du sexe	性産業従事者	CSW (英)
TOR (英)	Terms of Reference	業務指示書	TDR (仏)
TOT (英)	Training of Trainers	講師養成研修	FDF (仏)
VCT (英)	Voluntary Counseling and Testing	自発的カウンセリング・検 査	CTV (仏)
VIH (仏)	Virus de l'immunodéficience Humaine	ヒト免疫不全ウイルス	HIV (英)

評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：マダガスカル共和国	案件名：エイズ予防対策強化プロジェクト
分野：保健医療	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部保健第一グループ保健第二課	協力金額：2億9,600万円
協力期間(R/D)：2008年3月25日～2012年3月24日（4年間）	先方関係機関：保健省保健総局エイズ対策国家プログラム
	日本側協力機関：なし
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>マダガスカル共和国（以下、「マダガスカル」と記す）の成人 HIV（Human Immunodeficiency Virus：ヒト免疫不全ウイルス）陽性率は0.2～0.3%と推定されており（UNAIDS：国連エイズ合同計画、2009年）、サブサハラアフリカ諸国のなかでは低い HIV 陽性率を維持している。しかし、HIV と同じ感染経路にある性感染症の1つである梅毒の感染率が、一部地域では妊婦の18%を上回る（保健省、2008年）など、性感染症感染率が高いことから、HIV 感染の拡大が懸念されており、HIV 予防対策は重要な課題となっている。</p> <p>このような背景の下、マダガスカル政府は HIV の予防強化を図るための技術協力プロジェクト「エイズ予防対策強化プロジェクト」を要請した。本プロジェクトは、保健省保健総局エイズ対策国家プログラムをカウンターパートとして、マダガスカルにおける HIV カウンセリング・検査（Counseling and Testing：CT）サービスの実施体制を強化することを目的として、2008年3月に4年間の予定で開始されている。</p>	
<p>1-2 協力内容</p> <p>(1) 上位目標 マダガスカルにおける HIV 感染割合が1%未満に維持される</p> <p>(2) プロジェクト目標 質の高い HIV カウンセリング・検査（CT）サービスの実施体制が強化される</p> <p>(3) アウトプット アウトプット1：HIV カウンセリング・検査サービスに関する国家政策・基準・ガイドラインが整備され、保健医療施設等の関係機関に活用される。 アウトプット2：保健省、県保健局における HIV カウンセリング・検査サービスに関する情報収集・分析が強化される。 アウトプット3：HIV カウンセリング・検査サービスへの改善のための方策が試行され、関係機関で共有される。</p>	

(4) 投入（終了時評価時点）

日本側：

専門家配置

長期専門家派遣	5名
短期専門家	6名
第三国人材活用	1名

本邦研修・在外研修

研修員受入れ（本邦研修）	1名	（国別研修）
研修員受入れ（在外研修）	6名	（第三国研修）

機材供与

HIV 迅速検査キット、コンピュータ、プリンター、コピー機、車両等

相手国側：

カウンターパート配置

プロジェクトダイレクター
プロジェクトマネジャー
プロジェクト常勤カウンターパート 2名（延べ3名）

執務スペースと活動予算

プロジェクト事務所
プロジェクトの運営経費（光熱費他、必要に応じた車両貸与）

2. 評価調査団の概要

調査者	総括	岡村 昭夫	JICA 人間開発部 計画・調整課 課長
	技術参与	矢永 由里子	慶応義塾大学 医学部 感染制御センター
	計画管理	飯野 有賀	JICA 人間開発部 保健第一グループ 保健第二課 ジュニア専門員
	調査計画 評価分析	市山 拓 長島 聡	JICA マダガスカル事務所 企画調査員 株式会社アイコンズ 主任コンサルタント

調査期間	2011年9月28日～2011年10月26日	評価種類：終了時評価
------	------------------------	------------

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) プロジェクトのアウトプット

アウトプット1に関しては、プロジェクト開始当初に想定されていた政策、基準、書式等は既に作成を完了している。ただし、輸送の問題等により、これらの文書を現在も受領していない検査サイトがあることがプロジェクトの実施したエンドライン調査の結果で明らかになっており、今後もその普及と実践に関しての対応が望まれる。

本プロジェクトのアウトプット2の活動の一環として、HIV 指標を一般保健情報のデータベ

ース GESIS (Gestion de l'Information Sanitaire) に統合するために、GESIS のアップデート及び月間保健施設活動報告書 (Rapport Mensuel d'Activité : RMA) 書式作成と、その普及のための研修の支援を行った。その結果、RMA の提出率が大幅に改善され、情報収集が強化された。今後は、保健施設が期限どおりに RMA を提出するとともに精度を向上させるために、中央や県からの指導等、一層の努力が求められている。また、ロジスティクスに関するガイドブックの支援等によって、在庫切れが大幅に減少した。

アウトプット 3 については、オペレーショナルリサーチの結果を報告するための会議がまだ実施されていないものの、活動は実施中であり、プロジェクトの終了時までには想定された活動は完了する見込みである。

(2) プロジェクト目標：質の高い HIV カウンセリング・検査 (CT) サービスの実施体制が強化される

3 つのアウトプットの達成により、2009 年の政治危機の影響にもかかわらず、CT サービスの改善がみられており、検査施設数やカウンセリングを受けた割合等、プロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM) で設定された指標に照らせば、プロジェクト目標はおおむね達成される見込みであるといえる。しかしながら、検査施設数自体は急増しているものの、エンドライン調査の結果によって、国家基準に 75%以上適合した HIV 検査施設は全体の 4 分の 1 程度であることも明らかになっているなど、質の高い CT サービス実施のためには、引き続き体制強化が必要となっている。

(3) 上位目標：マダガスカルにおける HIV 感染割合が 1%未満に維持される

国家エイズ対策委員会 (Comité National de Lutte Contre le sida : CNLS) の Spectrum (UNAIDS が開発した感染者数を推測するソフトウェア) による分析及び終了時評価での聞き取り調査によれば、2008 年より一般成人 (15~49 歳) HIV 感染割合は低位で安定しており (0.2~0.4%)、上位目標は達成される見込みである。ただし、上位目標の達成に本プロジェクトの成果が寄与することは間違いないが、HIV 感染拡大抑止のためには、本プロジェクトのめざす CT サービスの実施体制強化のほかにも実施すべき活動 (予防に関するコミュニティに対する啓発活動、他ドナーの活動等) があるため、現時点でプロジェクト目標の達成が上位目標の達成にどの程度貢献するのかを判断することは難しい。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性：高い

必要性との整合性

- ・マダガスカルでは、15~49 歳成人の HIV 陽性割合は 0.5%を下回っているが、同じ感染経路にある梅毒の感染率が一部地域では妊婦の 18%を上回る等の状況が確認されており、HIV の感染が急速に拡大するリスクが常に存在する。
- ・マダガスカルでは、CT サービスの質の面で課題があり、標準化された CT サービス実施体制強化の必要性が高い。

マダガスカル国家政策との整合性

- ・マダガスカル行動計画（Madagascar Action Plan : MAP）のなかで、本プロジェクトがめざしている「すべてのレベルにおける統合され、標準化された CT サービス提供の実施改善とその維持」もその戦略の1つとして挙げられている。
- ・マダガスカル HIV/エイズ対策国家戦略 2007-2012 では、政策の強化、地方分権化の支援、ロジスティクスシステム強化等が活動戦略として掲げられている。

他ドナーとの援助協調

- ・国連児童基金（UNICEF）、世界銀行、世界基金との連携で、共通のカリキュラムの作成、講師研修、統合研修と RMA/GESIS 研修の実施を行うことよって、全 22 県において、一定の質の研修を重複なく実施できているなど、他ドナーとの援助協調に効果を上げている。

日本の技術の比較優位性

- ・本プロジェクトは、セネガル、ケニア、タンザニアで実施された JICA 技術協力プロジェクトを基に、HIV/エイズの治療ではなく予防対策に重点を置くプロジェクトデザインとなっており、プロジェクト形成及びプロジェクト期間中もセネガル、ケニア、タンザニアを訪問し、適応可能な事例をプロジェクトに導入したことで、日本の技術協力プロジェクトの過去の成果・教訓が生かされている。

(2) 有効性：高い

プロジェクト目標の達成度

- ・プロジェクトでは、一連の活動により、HIV 検査施設が増加するなかで、1 施設当たりの HIV 陽性者発見率及び1 検査当たりの HIV 陽性者の発見率の向上が見られている。
- ・守秘義務の順守が原則のマダガスカルでは、CT サービスの現場に同席し実地でのカウンセリング技術等の指導が困難なことから、カウンセリング能力についての強化は課題となっている。
- ・地方分権化が進まず、地方での巡回指導が全国展開できていないことや保健郡 HIV 担当官が医師以外であることから、地方での HIV 検査施設でのルーチン化されたスーパービジョン・システムの構築が課題として残されている。

アウトプットのプロジェクト目標への貢献度

- ・2010 年から 2011 年上半期にかけて、統一された全国研修がドナー協調によって実施された。これにより HIV 検査施設数は大きく拡大（503 サイトから 1,544 サイト）した。また、様式の整備等によるロジスティクス部門の強化によって、検査キットの在庫切れが大幅に減少した。これらの一連の成果には、アウトプット 1、アウトプット 2 の活動が大きく貢献している。
- ・アウトプット 3 については、現在も実施中であるが、3 テーマのオペレーショナルリサーチ（OR）の結果を活用して HIV 関連施策の戦略性を高め、CSI（Centre de Santé Intégré：包括的治療センター）モデル活動の結果を活用し高リスクグループが HIV 検査施設を訪問しやすい環境づくりを推進することが、将来的には HIV 感染者の発見率改善につながるといえる。

(3) 効率性：やや高い

アウトプットの達成度

- ・ 専門家の投入が一部遅れたため、アウトプット3のORの活動の遅れが生じたが、想定された活動はプロジェクト終了までに実施できる見込みである。

投入の適切さ

- ・ 投入はほぼ計画どおりに実施されたが、2009年に起こった政治危機によって、専門家の派遣が一部遅れるなどの影響を受けた。

コストの面からみた効率性

- ・ 本プロジェクトでは、保健省保健統計課との連携体制を構築し、少ない日本人専門家の投入にもかかわらずRMA改訂版の全国展開を可能とした。また、他ドナーとの協調によって、HIV及び梅毒検査の統合研修を全国で実施した。その意味で、本プロジェクトの活動のアウトプットはコストに対する効率性が高く、投入コストに見合ったものである。

ローカル資源の活用

- ・ 1998年にEUが支援した保健統計データベースGESISは、ソフトウェアのバージョンが古くなって活用されていなかったが、本プロジェクトでその改訂を支援し、保健統計の改善に大いに役立っている。

(4) インパクト：高い

上位目標の達成見込み

- ・ 過去の傾向及び終了時評価での聞き取り調査によれば、上位目標は達成され、マダガスカルにおけるHIV感染割合が1%未満に維持される見込みである。しかしながら、HIV陽性者の捕捉率は低く、感染経路が同じ梅毒等性感染症の高い罹患率、CSWや男性同性間性的接触といったHIV感染リスク行動の存在から、本プロジェクトの成果も活用し、ドナーの支援も得てHIV感染拡大防止のため適切な施策を講じる必要がある。

保健セクター開発政策等へのインパクト

- ・ 2012年に作成予定の第3次エイズ国家戦略計画(2013-2017)に、本プロジェクトの成果が反映される見込みである。
- ・ 2011年に、保健省と国連により作成中のミレニアム開発目標(Millennium Development Goals : MDGs)達成に向けた目標において、「2015年までにすべての保健施設にHIV検査及び梅毒検査を導入していく」ことが盛り込まれる見込みである。終了時評価時点で、他ドナーと協調して全保健施設の約40%でのHIV検査及び梅毒検査導入を進めてきた本プロジェクトの貢献は大きい。

その他の波及効果

- ・ RMAにHIV対策関連の指標を統合するために大規模な研修を実施したことが、結果として他の保健情報を含むRMAの提出率を著しく改善した。また、プロジェクトと保健統計課の

連携によって、各保健プログラムで独自に作成されていた統計が RMA に統合され、保健情報システムの簡素化に貢献している。

- ・OR の実施によって、これまで脆弱であった性感染症・エイズ対策国家プログラム (Programme Nationale de Lutte contre les IST/sida : PNLS) と結核課 (PNLT) との連携が活性化された。

(5) 持続性：中程度

政策・制度面

- ・マダガスカルでは、HIV 予防対策は重要な課題であることから、今後も本分野における政策支援は継続される見込みである。

財政面

- ・検査キットの調達等はドナーの支援に頼っているため、ドナーの活動計画に影響を受けやすい。マダガスカル政府にはそれらを十分に調達するための予算が確保されていないため、活動の継続はドナー支援の動向に大きな影響を受ける。HIV 検査が無料であること、政府が十分な予算を確保することが困難であることから、マダガスカル政府の自助努力のみでこの現状を打破することは困難であり、今後は信頼性が向上した統計情報等を利用した戦略性の高い計画策定等を通じて、ドナーへの働きかけを強化する必要がある。

技術面

- ・専門家の技術移転により、保健省自らが国家政策・基準・ガイドライン・その他のツールを改訂する技術は改善しつつある。ただし、印刷や普及のためには資金面での課題がある。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 政策や統計等に対する支援

プロジェクトの活動によって、政策やガイドラインの改訂、保健情報システム RMA/GESIS の改善への支援など、HIV 予防対策に関する枠組みを支援したことから、保健省のみならず各ドナーが本分野で行うべきことが明確となった。そのため、本プロジェクトの活動のみならず、HIV 分野の活動が全般的に円滑化した。

(2) 他ドナーとの積極的な連携

他ドナーとの積極的な協調によって、支援対象地域が大幅に拡大するだけでなく、統一された研修カリキュラムや書式の使用等により、各ドナーが整合性のある支援を行うことが可能となった。

(3) PNLS の人的資源の貢献

PNLS は、予防部門職員 2 名をフルタイムのカウンターパート (C/P) としてプロジェクトに配属しているほか、他の PNLS の職員もプロジェクト活動に大きくかかわっており、本プロジェクトの円滑な実施に大きく貢献している。

(4) C/P 機関以外との積極的な連携

本プロジェクトが活動を行っている PNLS 以外の部署との連携、特に保健統計課がプロジェクトの活動に対して協力的であることから連携が強化されており、一般保健情報の収集改善など、情報整備の面での活動の進捗に大きく貢献している。

(5) 専門家の高いコミュニケーション力

本プロジェクトの専門家の高いコミュニケーション力及びリーダーシップにより、PNLS の予防部門以外の連携のみならず、保健統計課など PNLS 以外の部署との連携、及び他ドナーとの連携を実現した。このことが、限られた投入や期間にもかかわらず、多岐にわたるプロジェクト活動の全国展開を可能とした。

3-4 問題点及び問題を引き起こした要因

(1) 2009 年の政治危機

2009 年 1 月にマダガスカルに起こった政治危機によって、本プロジェクトは直接的、間接的に影響を受けた。

- ① 事務所近くの治安の悪化に伴って業務停止を余儀なくされる、出張先が制限される、短期専門家の任期が短縮されるなどの影響があった。
- ② 2009 年 3 月下旬からの C/P の半日ストライキが約 1 カ月半継続したことによって、業務の進捗が遅れるなどの影響があった。
- ③ 最大のドナーである世界銀行は新規案件を停止しているため、現在実施中のプロジェクト PMPS (Projet Multisetoriel pour la Prévention du sida : エイズ予防マルチセクタープロジェクト) II も残りの予算による延長のみが認められており、2012 年には活動を縮小する予定である。そのため、検査キット等の調達が困難になることが懸念されており、代替案を検討する必要がある。
- ④ 政治危機の影響でプロジェクトマネージャーやプロジェクトダイレクターが人事異動したことによる意思決定プロセスへの影響があり、業務の進捗が遅れた。
- ⑤ 2009 年には、政治危機のために医療サービスへのアクセスが阻害される事態が起こった(現在は緩和されている)。

(2) 地方分権化の遅れ

マダガスカルでは、地方分権を推進しているにもかかわらず、地方政府に十分な予算が割り当てられていない。そのために、県・郡保健局による HIV 検査施設へのスーパービジョン等による統合研修や RMA/GESIS 研修の成果のフォローアップが十分にできていない。このような背景により、検査施設レベルにおける RMA 記入の正確性や、CT サービスのレベルには依然として改善の余地がある。

3-5 結論

本プロジェクトは、他ドナーとの積極的な協調を行うことによって互いの活動を補完し合っており、シナジー効果を生み出している。これは将来的に上位目標を達成するための重要なファクターである。

また、本プロジェクトでは、CT サービスの改善を行うために多くの活動を行っている。HIV 検査のための政策、基準、ガイドライン、研修カリキュラム等の整備、ロジスティクス改善のための支援、HIV 指標を含めた RMA/GESIS の支援を通じた保健統計の改善、PNLS や LNR (Laboratoire National de Référence : 国家ラボ) に対する検査キットの供与等である。このような活動の成果によって、CT サービスの質に改善がみられている。

特に、カウンセリングや検査の政策、基準、ガイドブック等の支援、さらには保健統計情報への支援などを通じて政策の枠組みに対する支援を行ったことで、将来的に他ドナーが支援を行う際にも活動が継続できる基盤が整備されている。

一方で、CT サービスの実施体制には依然改善の余地も残っている。まず、本プロジェクトは RMA/GESIS の改善に大きく貢献したが、各 HIV 検査施設が記入する RMA の精度や提出期限の順守率には課題が大きく、それらを改善するための中央・県・郡の指導体制は依然として脆弱である。この状況については、2009 年のマダガスカル政治危機に伴うプロジェクト活動の停滞や専門家派遣の遅れも影響していることから、本プロジェクトの自立発展性を高めるため、プロジェクト実施期間は 1 年程度延長し、1 県を対象としてデータの質向上のためのモデル構築及びその普及に必要な保健統計課、県・郡保健局に対する能力強化に取り組むことが推奨される。

さらに、本プロジェクトでは主に中央及び県レベルを対象に活動を行ったが、郡レベルや検査施設レベルではサービス自体の質も改善が必要である。マダガスカル政府が MDGs の目標達成のために 2015 年までにすべての保健医療施設において HIV 及び梅毒の検査を行うことをめざしていることから、政策、基準、ガイドラインの普及と実践の強化が課題となっている。具体的には、HIV・梅毒検査統合研修をはじめとする各種研修の実施、県・郡保健局による指導体制の確立、ロジスティクスの改善等の活動が必要であるが、他ドナーの支援獲得も含め、マダガスカル政府のより主体的な取り組みが求められる。

3-6 提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

(1) 政策・基準・ガイドラインの普及と活用

プロジェクトは各種政策・基準・ガイドラインを策定し、その多くは国家承認され、内容面に関係者から高く評価されている。他方、エンドライン調査の結果、地方の関連機関にはこれら成果物が調査実施時点で届いていない事例があることもうかがえ、プロジェクトはプロジェクト期間終了までに、既に保健郡等に発送した成果物が検査サイトに届くようフォローアップすることが望まれる。また検査施設国家基準については、多くの検査施設が何らかの基準を充足していない状況が明らかとなり、実現可能で的確な計画を作成し、中期的に基準の充足度を高める努力を払うことが望まれる。

(2) RMA、GESIS の報告精度の一層の向上

HIV 関連指標を RMA に統合したことは、データ入力作業の正確性向上や作業負担軽減に資するものとして、関係者から高く評価されている。またエンドライン調査によれば、検査サイトの様式類への評価は 2008 年と比較して改善している。他方、評価ミッションによるインタビュー調査の結果、記入者の一部（特に RMA/GESIS の研修を受けていないデータ担当者）からは更新された RMA の様式が一部複雑で分かりにくいとの意見があった。研修の実施のみならず、データ入力に関する疑問には適切かつ適時に説明できる体制を整えるなど、報告の精度

を維持・向上させる取り組みが望まれる。

(3) データ分析能力の向上

プロジェクトの取り組みにより、データの提出率や精度は向上し、関係者から高く評価されている。しかしながら、真に重要なことは、これらのデータが適切に分析され、効果的な政策が策定・実施されることである。プロジェクトでは OR の実施や GIS や統計に係る研修を推進してきたが、分析能力強化の取り組みを継続、強化する必要がある。

マダガスカル現状を勘案すれば、十分な規模の HIV のカウンセリング・検査を継続実施するためには、ドナーの支援を得ることが不可欠である。このためにも、信頼性のあるデータを分析したうえでの的確な政策・計画の策定が求められる。

(4) 報告者へのフィードバック

データ提出率の飛躍的向上はプロジェクトの大きな成果であるが、2011年にプロジェクトが実施した調査の結果でも、民間や NGO の検査機関の提出率が相対的に低いなどの状況がみられる。データの提出率を更に高め、精度を向上するためには、報告者自身がその必要性を認識することが重要であり、定期的なレビューミーティングの機会を活用する等、中央、県、郡の各レベルにおいて、データ分析結果をタイムリーかつ分かりやすくフィードバックすることが望まれる。また、「包括的 HIV プログラムインベントリー」や研修参加者リストを活用し、研修受講者の研修効果を持続・発展させるための施策を検討する必要がある。

(5) オペレーショナルリサーチ (OR) の実施努力と成果活用

OR については、実施結果を報告書にまとめ、会議を開催して調査結果を関係者と共有するとともに、政策・計画の形成に反映させることが期待される。

(6) 包括的な HIV/エイズ対策の強化

本プロジェクトはカウンセリング・検査の改善を通じた予防強化に取り組み成果を上げた。HIV/エイズ対策を効果的なものとするためには、これら取り組みを持続・発展させるだけでなく、検査による陽性判明後の長期的治療・ケアの充実や受検の促進を含む効果的かつ実現可能な HIV/エイズ全体戦略を、マダガスカル政府が主体的に策定・実施する必要がある。2013～2017年の HIV/エイズ戦略の策定は、その重要な機会となる。

3-7 教訓（当該プロジェクトから導き出された他の類似プロジェクトの発掘・形成、実施、運営管理に参考となる事柄）

(1) 受益国の主体的な取り組みとチームワークの醸成

本プロジェクトについては、保健省自らが HIV/エイズ対策に関する主体的な役割を果たすべきことと能力向上の必要性を自覚していたため、人材の配置をはじめとしてプロジェクト活動に積極的に参加し、日本人専門家との信頼関係を醸成して建設的な議論を重ねることができた。このことが、各種成果物のタイムリーな政府承認や開始につながり、大きな成功の要因となった。

受益国の主体者意識と積極的な参加は技術協力の成否に大きな影響を与えることを双方が

認識したうえで、プロジェクトを形成・実施することが重要である。

(2) 他ドナーとの効果的な協調

本プロジェクトでは、他ドナーとの連携により県・郡への研修を実施したほか、政策、ガイドライン、研修モジュールの策定においても、他ドナーとも協議し、合意を形成しつつ支援した。これにより、広範囲な全国レベルのインパクトを得ることが可能となった。

特に、開発計画の実施に際してドナー支援が不可欠である状況で全国規模のインパクトをめざす場合には、各ドナーの支援目的や制約を的確に把握し、積極的な議論を通じて目的達成をめざす取り組みが重要である。

(3) 質の向上を測る指標設定の明確化

本プロジェクトでは、当初、検査施設数の拡大が指標として設定されていたが、中間レビュー時に指標が「国家基準に沿った HIV 検査施設数」に変更された。しかしながら検査施設が国家基準に沿っているかを判断するために基準の何%を充足するべきか、など具体的な目標値を受益国と合意するに至らず、評価の判断に難しい面があった。

質の向上に関して量的な指標を設定する場合は、受益国の当該基準運用方針を踏まえつつ、他の協力事例に関する知見も生かし、可能な限り早期に具体的な判断基準を設定・合意することが望ましい。

(4) 受益国の保健システム強化を視野に入れた対応

本プロジェクトは HIV カウンセリング・検査の実施体制強化を目標としているが、C/P である PNLs だけでなく、保健統計課や他の保健関連プログラム、県、郡レベルのデータ担当者を巻き込み、感染症/HIV 指標の統合を含む RMA 全体の改善を図り、そのシステムはマダガスカル全国に普及した。改善すべき点は残るものの、本プロジェクトのマダガスカル保健システム強化への貢献度は高い。

プロジェクト目標達成のため、受益国の保健システムを活用するとともに、状況に応じ、保健システム自体の強化をも検討することが必要である。

(5) OR の実施

プロジェクトの活動として OR を実施する場合は、結果の活用や受益国側の関与を含む計画上の位置づけを早期に明確にしたうえで、必要な人的リソースを確保する必要がある。

Summary of the Result of the evaluation survey

1. Outline of the Project	
Country: Republic of Madagascar	Project title : The HIV Prevention Strengthening Project
Issue Sector : Health and Medical	Cooperation scheme: Technical cooperation project
Division in charge : Human Development Department, Health Group 1, Health Division 2	Total cost : 296 million Yen
Period of Cooperation (R/D): 25 th March 2008 – 24 th March 2012 (4 years)	Partner Country's Implementing Organization : Ministry of Public Health, General Direction of Health, National Program for the Fight against STDs/aids
	Supporting Organization in Japan : N/A
<p>1-1. Background of the Project</p> <p>In the Republic of Madagascar (hereinafter referred to as “Madagascar”), HIV prevalence among adults has been estimated at 0.2 - 0.3% (UNAIDS, 2009), and the country has maintained a relatively low HIV prevalence in sub-Saharan Africa. However, in some areas in Madagascar, the prevalence of syphilis, which has the same infection route of HIV, is more than 18% among the pregnant women (Ministry of Health, 2008). Therefore the spread of HIV is concerned and its prevention has become a critical national agenda.</p> <p>Under such circumstances, The Government of Madagascar requested the technical cooperation of “the HIV Prevention Strengthening Project” (hereinafter referred to as “the Project”) to strengthen the prevention capacity of HIV. This Project is intended to strengthen the implementation system of counseling and testing service on HIV in Madagascar with the National program for the Fight against STDs/Aids, the General Direction of Health, and the Ministry of Public Health (hereinafter referred to as “MPH”) as counterparts of the Project. The Project has been conducted for four years from March 2008.</p>	
<p>1-2. Project Overview</p> <p>(1) Overall Goal HIV prevalence is maintained below 1% in Madagascar.</p> <p>(2) Project Purpose Capacity of providing quality HIV counseling and testing (CT) services is strengthened.</p> <p>(3) Outputs 1. National policy, standards, guidelines, manuals related to CT services are revised to be used by service providers and organizations concerned.</p>	

2. Data collection and analysis for CT service are strengthened at the central (MPH) and regional levels.
3. Recommendations / Solutions to improve the accessibility to CT services are shared.

(4) Inputs

Japanese side :

Dispatch of Japanese Experts

Long-term expert	5 experts
Short-term expert	6 experts

Training in Japan and Overseas

Training in Japan	1 trainee (in 2008)
Overseas Training (Tunisia)	6 trainees (2 in 2009, 4 in 2010)

Procurement of equipment

Equipment procured by Project (Computers, HIV Test kits, etc.) 25,122,902 JPY

Local cost

From March 2008 to September 2011 85,782,009 JPY

Madagascar side :

Counter part

Project Director	
Project Manager	
Full-time C/Ps	2 members (Total 3 members)

Facility and budget

Project office
Operational cost

2. Evaluation Team

Members of Evaluation Team	Team Leader	Mr. Akio OKAMURA	Director, Human Development Department, Japan International Cooperation Agency
	Technical Advisor	Dr. Yuriko YANAGA	Clinical Psychologist, Center for Infectious Diseases and Infection Control, School of Medicine, Keio University
	Planning and Management	Ms. Yuka IINO	Associate Expert, Human Development Department, Japan International Cooperation Agency
	Survey Planning	Mr. Taku ICHIYAMA	Project Formulation Advisor, Madagascar office, Japan International Cooperation Agency
	Evaluation and Analysis	Mr. Satoshi NAGASHIMA	Senior Consultant, Icons Inc.
Period of Evaluation	28 th September 2011 – 26 th October 2011		Type of Evaluation : Final Evaluation

3. Results of Evaluation

3-1 Verification of Achievement

(1) Level of the Achievement of Outputs

Regarding Output1, the policy, standards and forms, etc., which were originally supposed to be developed, have been already developed. However, the end-line survey conducted by the Project clarified some testing sites not to have received the policy, standards and forms, etc. due to issues such as the inconvenient transportation system in Madagascar, and it is desirable to continue to support the dissemination and implementation of these materials.

As part of the activities of the Output 2, the Project assisted to update the GESIS database and the format of monthly activity reports of health facilities (RMA) to integrate HIV indicators into the general health information of GESIS. In consequence, the significant improvement was found in submission rates of RMA, and information gathering capability has been enhanced. Greater efforts of central level and regional level are required in order that health facilities are capable to submit the RMA timely and precisely. In addition, the Project's support in logistics by developing guidebooks contributed to the significant reduction of the cases of running out of materials such as HIV test kit.

For the Output 3, although the workshop which is for reporting the results of operational research activities has not been implemented yet, the planned activities are expected to be completed by the end of the Project.

(2) Level of the Achievement of Project purpose:

Capacity of providing quality HIV counseling and testing (CT) services is strengthened.

Due to the progress of three Outputs described above, despite the political crisis in 2009, the Project purpose is expected to be mostly achieved based on set indicators in PDM such as Proportion of tested clients compared with clients pre-test counseled. However according to the result of the end-line survey, even though number of testing sites had increased rapidly, it was found that HIV testing sites complying with more than 75% of the national standards were only one fourth of the total number. In order to implement high quality CT services, continuing effort to reinforce the system of service provision is necessary.

(3) Achievement of Overall goal: HIV prevalence is maintained below 1% in Madagascar.

"According to the analysis by the CNLS with Spectrum, software developed by UNAIDS to presume the number of HIV positive, and the interview surveys carried out in the final evaluation, the HIV prevalence among 15 - 49 year-olds has been stable at low level among 0.2 - 0.4% since 2008 and the overall goal is likely to be achieved. There is no doubt that this Project will contribute to the achievement of the overall goal, but a lot of other activities in order to block the spread of HIV, such as educational activities on the HIV prevention, the activities of other donors, still remain. Therefore, it is difficult to evaluate how much achieving the goal of this Project contributes to the achieving the overall goal.

3-2 Summary of Evaluation results

(1) Relevance : High

Consistency with necessity

- In Madagascar, prevalence of HIV among 15 - 49 year-olds is less than 0.5% at present. However, it is confirmed that the positive rate of syphilis which has same infectious route of HIV is more than 18 % in one region. Therefore there is always a high risk of HIV prevalence.
- In Madagascar, there is high necessity of reinforcement on the standardized implementing system of CT services due to the low quality of CT services.

Consistency with national development plan

- In the Madagascar Action Plan (MAP), “Win the fight against HIV and AIDS” was raised as Challenge 3, and “Improve and ensure implementation of quality standards for the delivery of integrated services at all levels” at which the Project is aiming, was raised as one of the strategies.
- In Madagascar Action Plan for effective response to HIV and AIDS 2007-2012, the reinforcement of policy, decentralization and logistics management are emphasized.

Cooperation with other donors

- In collaboration with UNICEF, the World Bank, Global Fund, the Project has achieved the design of integrated training curriculum on the syphilis and HIV, training of trainers, integrated training and training on RMA/GESIS through standard modules in 22 regions and 111 districts, with certain quality and without duplication. Therefore, the coordination and harmonization with other donors have been successful.

Comparative advantages of technology of Japan

- The Project is primarily designed to strengthen HIV prevention, not treatment, based on the experiences of technical cooperation projects carried out in Senegal, Kenya and Tanzania. Therefore, the achievements and lessons from HIV related technical cooperation of JICA are effectively utilized for the project formulation process.

(2) Effectiveness : High

The Prospect of the Project objective Achievement

- As the number of testing sites has increased through the Project. The decrease in the number of tests necessary to find a new case and the improving quality of CT service are observed.”
- There is a room to improve the quality of counseling. However, the improvement of the quality of counseling is difficult because it is impossible to sit with counselors and improve the practical techniques of counseling due to the strict confidentiality rule in Madagascar.
- Supervisory visits cannot cover the whole country and the logistics system remains fragile. Therefore, regular supervision system for HIV testing sites in remote areas needs to be developed.

Contribution of Output on the achievement of the Project purpose

- The integrated training in nationwide supported by several donors was conducted from 2010 to the first half of 2011. Through this effort, the number of testing sites had increased from 503 to 1,544. In addition, through strengthening of the logistics by supporting the development of the guidebooks, the supply of test kits and management tools, the rate of stock-out of test kits has decreased dramatically. This result is explained by the contribution of Output 1 and Output 2 of the

Project and the efforts of other partners.

- Output 3 activities are being implemented. Strengthening HIV related measures utilizing the outcome of operational researches and the pilot activity of the ICC (Integrated Care Centre), which encourages vulnerable groups to visit health facilities for CT services, will contribute to improving CT services in the future.

(3) Effectiveness: Relatively high

Achievement of Output

- Because of the delayed dispatch of the Japanese expert, the implementation of operational researches related activities has been slightly delayed. However, all Outputs are expected to be achieved as planned by the end of the Project.

Appropriateness of Input

- Inputs were implemented as the plan. However, because of the political crisis in 2009, the Project activities were slightly affected, as quoted above.

Effectiveness from the aspect of the Cost

- Through the Project, a nationwide dissemination of the revised RMA/GESIS was carried out through establishing a collaborating system with the health statistic service, despite a limited number of Japanese experts. In this sense, the efficiency of Project activities is high, and a cost-effectiveness result is justified.

Utilization of local resource

- GESIS, which was developed in 1998 but not had been used effectively, was revised in the Project and is fully utilized to improve the health statistics.

(4) Impact: High

The Prospect of the Overall Goal Achievement

- Referring to the past trend and interviews conducted during the final evaluation, the overall goal is expected to be achieved, and it is expected that HIV prevalence will be maintained below 1 % in Madagascar. However, considering the fact that finding rate of HIV positive is still low and that the number of HIV risk behavior such as CSW and MSM, and the prevalence of syphilis are high, it is necessary to enforce some countermeasures to prevent the HIV prevalence by utilizing the achievements of the Project with assistance of donors.

Influence for development policy of health sector

- Some achievements of the Project will be reflected and included in the content of the HIV National Strategic Plan for the period of 2013-2017, which will be developed by the year 2012.
- During the preparation of the goal for MDGs by the MPH and the UN, "the installation of testing services for HIV and syphilis in all medical institutes by 2015" is expected to be included as an objective. The Project promoted with other donors the installation of testing service for HIV and syphilis for over 40% of all medical institutes. Therefore the contribution of the Project is significantly high.

Other ripple effects

- The large-scale training conducted in order to integrate the indicators of STI/HIV/AIDS in RMA has improved the rate of report submission of RMA including other health-related information. By the collaboration between the Project and the Health Statistic Service, MPH, several health

statistics, which used to require related institutions to fill in independently, have been integrated in RMA and it contributed to the simplification of the health information system.

- Weak collaboration between PNLs and PNLT (National TB-Control Programme) has been activated by the collaboration on implementation of the operational Research

(5) Sustainability: Moderate

Policy and system aspects

- It is expected that political assistance continues in this area, because HIV prevention is one of the most important agenda in Madagascar.

Financial aspects

- Since the Malagasy government depends on donor assistance for the procurement of test kits, etc., donors' action plans tend to influence the Project there are still influenced by the action plan for partners. Therefore, sustainability of the Project activities depend on the assistance by donors. Since the HIV test is free and the Malagasy government budget isn't sufficient, it is difficult to solve the (current) situation by the independent effort of the Malagasy government. It is, therefore, necessary to approach donors for their assistance utilizing the strategic plan based on improved statistical information, which the Project contributed to improve the quality, etc.

Technical aspects

- Through the technical transfer performed by Japanese experts, the Ministry of Public Health has acquired the technical capacity to review and develop their own national policy documents, standards, guides, manuals and tools. However, there is always a problem of the funding the publication and dissemination of materials.

3-3 Contributing factors to (realize) the effects

(1) Support for policy making and statistics

By supporting the framework of HIV prevention, such as the revision of policies and guidelines, and the improvement of RMA/GESIS, the direction of MPH and donors became clear. Consequently, general activities of HIV sector, as well as the activities of this Project, have been smoothly implemented.

(2) Active collaboration with other donors

By the active collaboration with other donors, the coverage area of support has expanded. Furthermore, it became possible for each donor to provide the integrated assistance by the usage of unified curriculum of training.

(3) Contribution of PNLs for human resource

Not only PNLs assigns two fulltime C/Ps in the Project, but also other officers are involved in the Project activities well. These inputs greatly contribute to the smooth progress of the Project.

(4) Active collaboration with other departments except C/P organization

Collaboration with other departments specially with the statistic department, has been reinforced, and it enhanced the data collection process, resulting in the improvement of general health information.

(5) High communication skill of Experts

By the high communication skill and leadership of the Japanese experts, especially of the second Chief advisor/Health administration expert, the collaboration was realized not only with other unit of

PNLS except prevention unit, but also with other department as the health statistic service and other donors. This effective collaboration enabled the various Project activities to be conducted nationwide in spite of limited input and duration of the Project.

3-4 Inhibiting factors to cause the problem

(1) Political crisis in 2009

The Malagasy political crisis, happened in January, 2009, influenced the Project, both directly and indirectly.

- 1) Because of the political crisis, the Project activities were suspended due to unstable security around the (Project) office, field trips were restricted and the duration of dispatch of short-term experts was decreased.
- 2) The progress of the Project delayed, because counterparts and experts of the Project had to work only half of usual business hours for a month and a half due to a strike.
- 3) The World Bank, the lead donor in Madagascar, suspended the preparatory activities of new projects related to Health Sector, and the ongoing project, PMPS II, will be extended based on the remaining budget. As a result, their activities are expected to be scaled down. As it is concerned that procuring such as test kits,. is expected difficult, the alternative plan should be considered.
- 4) Some staff members such as the project manager and project director have been replaced by the political crisis that affected the progress of the Project.
- 5) In 2009, the access to the general health services was deteriorated by the political crisis which has been little bit eased.

(2) Delay of decentralization

In Madagascar, though the decentralization is promoted, the sufficient budget has not been allocated for local governments. The lack of following up measures due to this financial constraint makes it difficult to sustain the outcome of various training, such as integrated training for HIV testing sites including supervision by rural governments, and training courses for RMA/GESIS. Under such circumstance, the necessity will remain to improve the accuracy of RMA entry by testing institutions, and the quality of CT services.

3-5 Conclusion

As the Project has been actively working in collaboration with other donors, no duplication was observed and each donor work is (rather) complementary. The Project has helped to generate synergy effects and the effective collaboration would be a factor of the achievement of the Overall Goal in the future.

The Project has carried out various activities to improve CT services, such as supporting the development of national policy, standards and procedures for HIV and training curricula, strengthening logistics and support for data management of health statistics through the RMA/GESIS and supply of test kits to the PNLS and the NRL.

The Project supports primarily the development of policies and manuals on counseling and testing and health statistics. Because the Project assists to develop the framework of the policy, the gains

from the implementation of these activities can be maintained even by other partners after the Project.

However, it is still necessary to improve the quality of CT service. First, although the Project contributed to improve RMA/GESIS, there are a lot of problems on completeness and timeliness of RMA, and the supervising systems in central, regional and district levels are all weak. This situation has been influenced by sluggish Project activities and delay of dispatching the Japanese experts caused by the political crisis in 2009. To improve the self-sustaining development, it is recommended to establish a model to improve the quality of data in a region and to build capacity of staff members of health statistic service, regional and district health departments to disseminate the model by extending the Project period for about one year.

Second, as the Project has mainly been done in the central and regional levels, improvement of the quality of the service itself in the districts and the testing sites is also necessary. As the Malagasy government tries to introduce HIV and syphilis test in all testing health institutes by 2015 for accomplishing MDGs, additional support for the district level and HIV testing sites is necessary, particularly in terms of integrated training on various topics, such as HIV and syphilis prevention, establishment of the supervision system by regional and district health departments and improving logistics. However, Madagascar-led efforts, including finding of other donors is also required.

3-6 Recommendation

(1) Disseminating and utilizing policies, standards, and guidelines

The Project has developed several documents as the national policy, standards and guideline, most of which have been recognized by the state. Although the stakeholders expressed their satisfaction with the content of these documents, (the result of) the end-line survey (June 2011) found that these documents has not been delivered to some districts and some sites, and the Project is recommended to see the receipt of these documents until the end of the cooperation term.

In addition, it was revealed that many sites have not yet reached a certain level of standards. Thus, it is important to plan feasible and specific activities and to make the appropriate efforts to improve the sufficiency of the standards over the medium term.

(2) Improving the quality of RMA / GESIS

The Project and the PNLs with other partners have integrated indicators of HIV / aids into the RMA. Related parties in the Project appreciated the use of revised RMA because it helps to improve the accuracy of data, and at the same time, to reduce the workload. The result of the end-line survey also shows that in CT sites has been improved compared to 2008. On the other hand, during interviews conducted by the final evaluation team, it was observed that some officials, particularly health statistic managers who have not received training on the RMA / GESIS expressed his/her opinion that it became difficult to understand a part of the RMA forms. Therefore, it is recommended to set up a system to provide answers to the questions posed by those who are responsible for data entry in order to maintain the completeness of reporting of activities and improve data quality.

(3) Improving the capacity for data analysis

Through the Project activities, the level of submission rate and quality of data has been improved and this is appreciated by the Madagascar side. However, the most important point is for the collected data to be appropriately analyzed and effective policy is planned based on the analysis and implemented. In the Project, implementing operational research and training on GIS and statistical methods have been promoted, and it is necessary to continue and to reinforce the capacity development of data analysis.

Considering the situation in Madagascar, the support of donors is imperative to continue the work of counseling and testing. In order to obtain future supports from donors, it is required to elaborate the persuasive operational plan based on the precise analysis of accurate and reliable data.

(4) Feedback of data at all levels

A significant improvement in the rate of the completeness of the reporting was observed. However, the rate of submission of the reports about private health facilities and NGOs remains lower. It is essential that reporters (themselves) recognize the importance of continuous improvement of the reporting system and quality of data. It is also desirable to feedback timely and briefly the result of the data analysis in the periodically scheduled review meetings. In addition, it is necessary to examine the policy to keep and to develop the output of the trainee by “the list of testing sites and directory of STI / AIDS in Madagascar” and list of trainings.

(5) Utilizing the results of the operational research

It is expected that the results of the operational research is compiled into reports and that workshops will be organized to share the results. It is also expected that such results are reflected in the development of the national strategic plan and action plan.

(6) Strengthening comprehensive countermeasures for HIV/AIDS

The Project brought successful results through strengthening preventive measures, by improving counseling and testing. In order to make countermeasures for HIV/aids as a whole more effective, the further improvement of counseling and testing is not enough. It is expected for the Malagasy Government to take an initiative to elaborate and implement the overall strategy, which is effective and feasible, to fight against HIV/AIDS, containing not only counseling and testing, but also long-term treatment and care, and promotion to encourage people to take counseling and testing. The Malagasy Government can make the most use of the development process of the Strategy for HIV/AIDS for the period 2013 to 2017.

3-7 Lessons learned from the project

(1) Initiative of the recipient country and strengthening team spirit

Concerning the Project, the Ministry of Public Health recognizes the importance of taking the initiative in carrying out measures toward HIV/AIDS and the necessity for capacity building. The Ministry's active participation in the Project including the provision of counterpart personnel enabled the constructive discussions among Japanese experts and the Ministry's counterpart personnel, by which the governmental procedures for outputs of the Project have been preceded on timely manner. In the formulation and implementation of a project, it is necessary for both parties to understand that the initiative of the recipient country and its active participation in the project have influenced in the success of technical cooperation.

(2) Working with other partners

Through collaboration with other development partners, the Project has conducted training at the regional and district levels. Through this collaboration, the Project has managed to have an impact at national level. If a project is to obtain the national level impact under the circumstance that donors' support is indispensable to the implementation of the development plan, it is essential to encourage the mutual discussions and pursue the achievement of objectives.

(3) Clarification of the indicators for measuring the improvement of the quality

Initially, the Project identified that "increasing number of testing sites" as an indicator, but, during the mid-term evaluation, this indicator was replaced with the "number of sites complying with the CT standards". However, the specific number of indicator, such as "how many sites should comply with XX% of the standards to rank the result 'high'", couldn't be confirmed before the terminal evaluation, so it was difficult to evaluate observed numbers. If quantifiable indicators are to be applied to evaluate quality improvement, it is desirable for JICA and the recipient country to specify evaluation criteria as soon as possible, with due consideration to recipient country's standards and experiences of other cooperation projects.

(4) Strengthening the health system in the recipient country

The Project aims to strengthen the capacity of the services on the HIV counseling and testing, but its impact extended to the national health system. The Project pursued the improvement of the whole reporting system of health services providers, called RMA/GESIS, and involved the staff of the health statistics department, other health programs, and data managers in the regions and districts, to improve the completeness of the RMA. Although there still remains a room for further improvement, the contribution of the Project is huge because the improved RMA/GESIS is used throughout Madagascar and data with improved accuracy and completeness are utilized not only for measures toward HIV/AIDS, but also for other health related measures.

In the process of project formulation, due consideration should be given not only to utilize existing health systems in a recipient country, but also to strengthen the health system itself in the project activities.

(5) Implementing operational researches

In the case that operational researches are implemented as part of the project, it is essential to secure the necessary human resources after defining the position in the project framework, including the utilization of researches and recipient country's participation in the research activities.

第1章 終了時評価の概要

1-1 終了時評価調査団派遣の経緯と目的

マダガスカル共和国（以下、「マダガスカル」と記す）の成人 HIV（ヒト免疫不全ウイルス）陽性率は 0.2～0.3%と推定されており（UNAIDS：国連エイズ合同計画、2009 年）、サブサハラフリカ諸国のなかでは低い HIV 陽性率を維持している。しかし、HIV と同じ感染経路にある性感染症の 1 つである梅毒の感染率が一部地域では妊婦の 18%を上回る（保健省、2003 年）など、性感染症感染率が高く、HIV 感染の拡大が懸念されており、HIV 予防対策は重要な課題となっている。

本プロジェクトは、マダガスカルにおける HIV カウンセリング・検査サービス（以下、CT サービス）の実施体制が強化されることを目的として、2008 年 3 月に 4 年間の予定で開始された。今般、プロジェクトが 2012 年 3 月で終了するにあたり、マダガスカル政府と合同でプロジェクトの実績を確認し、計画に対する達成度を確認するとともに、妥当性、有効性、インパクト、効率性、自立発展性 5 項目の観点から評価すべく、JICA は終了時評価調査団を派遣した。同調査団は、評価結果に基づき、残存する活動期間における提言を行うとともに、協力期間終了後にマダガスカルによりとられるべき対応策について協議する。また類似案件へのフィードバックとして、本協力から得られた教訓を取りまとめ、合同評価報告書を作成し、協議議事録（M/M）を締結した。

1-2 調査団の構成

	担 当	氏 名	所 属
1	総 括	岡村 昭夫	JICA 人間開発部 計画・調整課 課長
2	技術参与	矢永 由里子	慶応義塾大学 医学部 感染制御センター
3	計画管理	飯野 有賀	JICA 人間開発部 保健第一グループ 保健第二課 ジュニア専門員
4	調査計画	市山 拓	JICA マダガスカル事務所 企画調査員
5	評価分析	長島 聡	株式会社アイコンズ 主任コンサルタント

1-3 調査日程

日 順	月 日	曜 日	長島団員	岡村団長、矢永団員、飯野団員
1	9月28日	水	アンタナナリボ着	
2	9月29日	木	プロジェクト専門家との打合せ	
3	9月30日	金	関係者聞き取り（保健省次官、プロジェクトダイレクター、プロジェクトマネジャー、プロジェクト C/P）	
4	10月1日	土	調査結果整理	
5	10月2日	日	調査結果整理	
6	10月3日	月	性感染症・エイズ対策国家プログラム（PNLS）職員への評価方針の説明、PNLS 聞き取り（調整部門、疫学・サーベイランス部門、ロジスティクス部門）、国家レファレンスラボ（LNR）聞き取り	

7	10月4日	火	現地調査〔アナラマンガ県保健局、包括的治療センター (Bureau Municipal d'Hygiène : BMH)〕	
8	10月5日	水	関係者聞き取り〔保健統計課、国家エイズ対策委員会 (CNLS)〕	
9	10月6日	木	オペレーショナルリサーチ関係者聞き取り、現地調査 (Antananarivo Renivohitra 郡保健局及び保健センター)	
10	10月7日	金	PNLS 聞き取り (治療・ケア部門)、BMH 関係団体聞き取り〔MSM (Men having sex with men : 男性同性間性行為者) 団体、HIV 陽性者団体等〕	
11	10月8日	土	調査結果整理	
12	10月9日	日	調査結果整理	
13	10月10日	月	他ドナー聞き取り (世界基金、世銀)、国家薬品公社 (Salama) 聞き取り	
14	10月11日	火	他ドナー聞き取り〔国連児童基金 (UNICEF)、国連人口基金 (UNFPA)、世界保健機関 (WHO)〕	
15	10月12日	水	現地調査 (Antananarivo Atsimondrano 郡保健局及び郡病院)	
16	10月13日	木	現地調査 (ムラマンガ郡保健局及び郡病院、青年の家)	
17	10月14日	金	現地調査 (アチナナナ県保健局、トアマシナ I 郡保健局、トアマシナ II 郡保健局、トアマシナ大学病院)	
18	10月15日	土	調査結果整理	
19	10月16日	日	調査結果整理	
20	10月17日	月	調査結果整理	アンタナナリボ着
21	10月18日	火	JICA マダガスカル事務所訪問、保健統計課訪問、PNLS 訪問、団内協議	
22	10月19日	水	現地調査 (Antananarivo Atsimondrano 郡保健局及び保健センター、BMH)	
23	10月20日	木	合同調整委員会 (Joint Coordination Committee : JCC) 準備会合、M/M 案についての保健省関係者との協議	
24	10月21日	金	JCC	
25	10月22日	土	M/M 修正・最終化、報告書作成	
26	10月23日	日	M/M 修正・最終化、報告書作成	
27	10月24日	月	保健省報告、M/M 署名、在マダガスカル日本大使館報告、JICA マダガスカル事務所報告	
28	10月25日	火	アンタナナリボ発	

1-4 主要面談者

氏名	職位	所属
Pr RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie	Secretary General	保健省
Dr TAFANGY Philémon Bernard	Director General	保健省

Dr RAZAFINDRAFITO Hajarijaona	Executive Secretary	国家エイズ対策委員会 (CNLS)
Dr ROBINSON Andrianirina Roland	Coordinator	エイズ予防対策強化プロジェクト、保健省
Dr RANAIVO RAHAMEFY Jacky	Director	性感染症・エイズ対策国家プログラム (PNLS)
M. Rado MILIJAONA	Director	調査・計画局 (DEP)
M. RAMAHATANAHARISOA Aristide Williams	Director	保健情報システム局 (DSI)
Dr RAMIHANTANIARIVO Herlyne	Director	パートナー局 (DP)
Dr ANDRIAMAMPIANINA Nivoarimanana	Director	ヘルスプロモーション局
Dr RAKOTOELINA Bakonirina	Director	母性保健局 (DSM)
Dr SAHONDRA HARISOA Josée	Directeur	保健郡局 (DDS)
Dr RASOAHARIVOLOLONA Sahondra N.	Assistant Technique	医薬品管理・検査室・伝統的医療局 (DGILMT)
Dr RAZAFIMAHATRATRA Jean Louis	Head of Service	保健統計課 (SSS)
Mme MAVO RAZANABAO Francine	Biologist	国家レファラン斯拉ボ (LNR)
Dr ANDRIANJATOVO Andriamiarizo	Chief	性感染症・エイズ対策支援・調整ユニット (PNLS)
Dr RAHOLIARINTSOA Verohanitriniala	Chief	性感染症・エイズ予防課 (PNLS)
Dr ANDRIANALINERA Mamitiana Robinson	Chief	疫学・行動サーベイランス課 (PNLS)
Dr RAKOTOBÉ Liva	Chief	性感染症・エイズ治療課 (PNLS)
Dr RAHERIVOLOLONA Evelyne	National Counterpart	性感染症・エイズ予防課 (PNLS)
Dr VONY SOA HANITRA Harimanana Jullie	National Counterpart	性感染症・エイズ予防課 (PNLS)
Dr RAZAFINDRADOARA Vohangy Mampionona	Doctor	性感染症・エイズ予防課 (PNLS)
Dr RANDRIAMILAHATRA Emma	Doctor	性感染症・エイズ予防課 (PNLS)
Dr RANDRIANTODY Victor	Inspector Doctor	Antananarivo Atsimondrano 郡保健局
Dr RAVELOMANANTSOA Théodule	Technical Assistant	病院システム局 (DSH)
岡安 利治	専門家 (チーフアドバイザー/保健行政)	エイズ予防対策強化プロジェクト
古川 佳恵	専門家 (業務調整/公衆衛生)	エイズ予防対策強化プロジェクト
永井 周子	専門家 (オペレーション/リサーチ)	エイズ予防対策強化プロジェクト

第2章 終了時評価の方法

2-1 評価設問と評価指標

本案件の実績の検証、実施プロセスの検証、評価5項目について評価を実施した。

2-2 主な調査項目とデータ収集方法

2-2-1 主な調査項目

本終了時評価は「新 JICA 事業評価ガイドライン第1版」(2010年6月改訂)に準拠して実施した。プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM) やその他関係資料に基づいて評価設問(調査すべき項目)を検討し、プロジェクトの実績、実施プロセス、評価5項目(妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性)に関する評価グリッドを作成した。実績、実施プロセス、評価5項目の定義は以下のとおりである。

(1) 実績

投入、アウトプット、プロジェクト目標、上位目標に関する達成度、もしくは達成予測に関する情報

(2) 実施プロセス

活動の実施状況やプロジェクトの現場で起きている事柄に関するさまざまな情報

(3) 評価5項目

妥当性	プロジェクトのめざしている効果(プロジェクト目標や上位目標)が、受益者のニーズに合致しているか、問題や課題の解決策として適切か、相手国と日本側の政策との整合性はあるか、プロジェクトの戦略・アプローチは妥当か、などといった「援助プロジェクトの正当性・必要性」を問う視点
有効性	プロジェクトの実施により、プロジェクトの目標が達成され、本当に受益者もしくは社会への便益がもたらされているのか(あるいは、もたらされるのか)を問う視点
効率性	主にプロジェクトのコストと効果の関係に着目し、投入した資源が有効に活用されているか(あるいは、されるか)を問う視点
インパクト	プロジェクトの実施によってもたらされる、正、負の変化を問う視点(直接、間接の効果、予測した・しなかった効果を含む)
持続性	プロジェクトで生まれた効果が、協力終了後も持続しているか(またはできるか)を問う視点

2-2-2 評価実施方法

以下の方法で情報・データを収集し、評価分析を行った。

(1) 文献・既存資料調査

- ・長期及び短期専門家報告書
- ・運営指導調査報告書
- ・マダガスカル行動計画等の国家計画
- ・事前調査報告書
- ・その他

(2) サイト調査

県保健局、郡保健局、郡病院、郡保健所等を訪問し、実際の活動状況の調査を行った。

(3) 聞き取り調査

日本人長期専門家、カウンターパート、保健省〔保健総局（PNLS）、保健統計課〕、ドナー等を対象に聞き取り調査を実施した。

第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス

3-1 投入実績

終了時評価時点において、日本側、マダガスカル側からの投入は以下のとおり実施された。

(1) 日本側の投入

1) 日本人専門家

長期専門家

チーフアドバイザー/保健行政	延べ2名
業務調整/エイズ対策	1名
業務調整/公衆衛生	1名
オペレーショナルリサーチ	1名

短期専門家

HIV カウンセリング	1名
ロジスティックス管理	1名
オペレーショナルリサーチ	1名
保健地理・情報システム (GIS)	延べ2名
保健情報 (質管理)	1名

第三国人材活用

カウンセリング/HIV 陽性者に対する心理ケア	1名
-------------------------	----

2) 機材等

機材 (車両、コンピュータ、プリンター、検査キット等)

3) 本邦及び在外研修

本邦研修 1名 (国別研修)

在外研修 6名 (第三国研修)

4) プロジェクトの運営経費

表3-1 在外事業強化費

年 度	金額
2008 年度	約 1,581 万円
2009 年度	約 2,109 万円
2010 年度	約 3,762 万円
2011 年度 (9 月まで)	約 1,125 万円

(2) マダガスカル側

1) カウンターパートの配置

プロジェクトダイレクター

プロジェクトマネジャー

プロジェクト常勤カウンターパート 2名（延べ3名）

2) プロジェクト事務所

3) プロジェクトの運営経費（光熱費他必要に応じた車両貸与等）

3-2 アウトプットの達成度

本プロジェクトのアウトプットとその指標は以下のとおりである。

アウトプット 1: HIV カウンセリング・検査サービスに関する国家政策、基準、ガイドラインが整備され、保健医療施設等の関係機関に活用される。

アウトプット1に関しては、本プロジェクト開始当初に想定されていた政策、基準、書式等は既に作成を完了している。ただし、輸送の問題等によって政策、基準、書式等を受領していない検査サイトがあることが本プロジェクトの実施したエンドライン調査（2011年7月現在）の結果で明らかになっており、今後もその普及と実践に関する対応が望まれる。

(1) 改訂したCTサービスに関する国家政策・基準・ガイドライン、各種様式の数

以下が終了時評価時に確認された本プロジェクトの成果品である。本プロジェクト開始当初、必要とみられていたものについては、すべて作成を完了している。

表3-2 改訂したCTサービスに関する国家政策・基準・ガイドライン、各種様式の数

年度	詳細		小計	合計
2009年	国家レベルで承認された成果品	HIV検査国家政策、月間保健施設報告（以下RMA）改訂版、レファラルシート*、検査台帳、妊産婦検査台帳*、陽性者カルテ*、台帳記入マニュアル*	7	7
	その他成果品		0	
2010年	国家レベルで承認された成果品	HIV/STI関連発注兼受け取り台帳、GESIS 2010 マニュアル、HIV検査及び梅毒検査統合研修マニュアル	3	5
	その他成果品	Google Earth マニュアル、HIV検査施設改善マニュアル（翻訳）	2	
2011年	国家レベルで承認された成果品	HIV/STI関連在庫管理票、RMA月間保健施設報告改訂版、HIV/STI ロジスティックガイドライン、HIV カウンセリング・検査基準・ガイドライン、ポスター7種	11	13

	その他成果品	Quantum GIS マニュアル、統計フリーウェア「R」マニュアル	2	
--	--------	------------------------------------	---	--

* UNICEF、世界銀行との共同作業で作成したもの

STI : Sexually Transmitted Infections (性感染症)

GESIS : Gestion de l'Information Sanitaire (保健情報コンピュータ管理システム)

(2) 国家政策・基準・ガイドライン、各種様式等が配置されている保健施設の数

2011年7月の、エンドライン調査時点で、政策、基準、各種様式が配置されている保健施設の数以下のとおりである。

表3-3 国家政策・基準・ガイドライン、各種様式等が配置されている保健施設の数

	配置されている割合	
	2008年 (%)	2011年 (%)
HIV 検査国家政策	23.9 ¹	50.9
HIV 梅毒検査統合研修マニュアル	-	57.8
HIV/STI 関連発注兼受け取り台帳	-	78.7
HIV/STI 関連在庫管理票	-	87.1
HIV/STI 関連棚卸票	-	66.8

出典：2011年7月に実施されたエンドライン調査の結果

(3) 改訂した資料（国家政策・基準・ガイドライン等）のオリエンテーションを受けた人材が配置されている県の数

2011年の終了時評価時点で、改訂された資料を基に研修を受けた公務員、職員が22県に配置されている。

(4) 改訂した研修カリキュラムについて講師養成研修を受けた講師が配置されている県の数

2010年7月から8月にかけて、UNICEF及びJICAの2機関連携で全国22県において改訂されたカリキュラムに関する講師養成研修を実施したため、22県において研修が可能である。

アウトプット2：保健省、県保健局における HIV カウンセリング・検査サービスに関する情報収集・分析が強化される。

本プロジェクトのアウトプット2の活動の一環として、HIV 指標を一般保健情報のデータベース GESIS に統合するために、GESIS のアップデート及び月間保健施設活動報告書 (RMA) 書式作成と、その普及のための研修の支援を行った。その結果、RMA の提出率が大幅に改善され、情報収集が強化された。今後は、保健施設が期限どおりに RMA を提出するとともに精度を向上させるために、中央や県からの指導等、一層の努力が求められている。また、ロジスティクスに

¹ マダガスカルでは、以前は自発的カウンセリング・検査 (Voluntary Counseling and Testing : VCT) が推進されていたために、2008年には「自発的検査・カウンセリング国家政策」が使用されていた。現在では、本プロジェクトで作成した「HIV 検査国家政策」に切り替わっている。

関するガイドブック及びその他ツール支援、他ドナーとの協調により、在庫切れが大幅に減少した。

(1) 保健省性感染症・HIV エイズプログラム (PNLS) 及びすべての県保健局において、サービス施設・人材に関する情報が年に1回以上アップデートされている

2010年度版「包括的 HIV プログラムインベントリー」が作成され、1,800部が印刷・配布された。2011年に2回情報が更新されている。2011年度版は、梅毒検査提供施設と担当者の情報を加えて編集がなされ、終了時評価時点では印刷の準備中である。

(2) 保健省保健統計年報に公表された HIV プログラムの指標数

2007年～2010年に保健統計年報に公表された指標は以下のとおりである。2010年に STI/HIV 関連指標数の大幅な増加がみられており、本プロジェクトの貢献は大きい。

表 3-4 保健省保健統計年報に公表された HIV プログラムの指標数

年 報	公表された指標
2007年	STI 受診者数、ESB 妊産婦梅毒検査・HIV 検査結果
2008年	同上
2009年	STI 受診者数
2010年	STI 受診者数、梅毒検査数、HIV 検査及び感染者数、ESB 妊産婦梅毒検査・HIV 検査結果

出典：保健統計年報

(3) 月間保健施設活動報告書 (RMA) の提出率

2010年保健年鑑 (p.34) では、RMA 提出率は保健省が1998年12月に導入して以来、最も高い割合〔基礎保健センター (Centre de Santé de Base : CSB) 92.2%、郡病院 (Centre Hospitalier de District : CHD) 91.3%、県・大学病院 (CHRR/Centre Hospitalier Universitaire : CHU) 98.5%〕を記録した。詳細は以下のとおりである。

表 3-5 RMAの提出率

(単位：%)

	2007年	2008年	2009年	2010年
CSB	86.6	89.3	77.0	92.2
CHD	83.1	85.6	76.2	91.3
CHRR/CHU	75.5	69.0	69.3	98.5

出典：保健統計年報

(4) 月間保健施設活動報告書 (RMA) の提出期限厳守率

RMA が提出期限までに提出された率 (提出期限厳守率) は以下のとおりである。本プロジェクトの介入の成果は特にみられないが、本プロジェクトの成果によって RMA の提出医療施設が増加し、作成に不慣れなために提出が遅れる医療施設が増加することが原因のひとつ

つと考えられる。現状、提出率の向上が現在の最優先課題であることから、提出期限厳守率に大きな向上がみられないのはやむを得ないが、今後は RMA の提出期限厳守率の改善をめざす必要がある。

表 3-6 RMAの提出期限厳守率²

(単位：%)

	2007年	2008年	2009年	2010年
CSB	84.2	86.4	85.2	72.8
CHD	72.0	74.9	78.3	62.9
CHRR/CHU	43.0	52.9	38.6	44.5

出典：保健省保健統計課

(5) 選定された施設において HIV 第 1 検査キットの在庫切れが生じた日数

2008 年の現状調査の結果、66 施設中 39 施設 (59.1%) で過去 3 カ月に在庫切れがなかった。また、過去 3 カ月の在庫切れ日数は平均 20 日であった。

一方、2011 年に本プロジェクトが実施したエンドライン調査の結果によると、過去 3 カ月間に在庫切れのない施設が 86.4% (162 施設中 140 施設)、過去 3 カ月の在庫切れ平均日数は 3.58 日となっており、大幅な改善がみられる。これは、各種ロジスティクスの様式の導入や、ロジスティックガイドラインの配布などにより、在庫情報の管理が容易になったことがその改善の理由のひとつと考えられる。

アウトプット 3：HIV カウンセリング・検査サービスへの改善のための方策が試行され、関係機関で共有される。

アウトプット 3 については、オペレーショナルリサーチ (OR) の結果を報告するための会議がまだ実施されていないものの、活動は実施中であり、本プロジェクトの終了時までには想定されていた活動は完了する見込みである。

(1) CT サービスへのアクセス改善のための 3 件以上のモデル (パイロット) 活動の結果がまとめられる

以下の活動が OR 顧問委員会によって選定され、既に実施されており、OR 顧問委員会にて定期的に活動内容が報告されている。2011 年 11 月には、保健省関係者、他ドナー等に対する活動成果の報告会が計画されている³。

- ① 「マダガスカルにおける HIV 検査タイミングの遅延要因の分析 (略称：HIV 陽性者調査)」
- ② 「マダガスカルにおける結核・HIV 重複感染の実態調査 (略称：TB/HIV プロファイル調査)」

² RMA が未提出の場合は分母に含まれない。

³ 本プロジェクトの帰国報告会 (2011 年 11 月 16 日実施) において、2011 年 11 月 3、4 日に第 1 回目の OR 結果報告会が実施されたことが、専門家より報告された。

- ③ マダガスカルのような HIV 低感染国での「医療従事者の積極的呼びかけによる HIV 検査・カウンセリング (PITC)」政策に要する費用分析 (略称: TB/HIV コスト調査)
- ④ パイロット活動として「アナラマンガ県における包括的治療センター (以下 CSI という) の試行」が実施されており、報告書が作成された。
- ⑤ 「保健施設設置位置情報など整備による HIV 検査・保健施設アクセス分析」は、アウトプット 2 の活動の一環として実施されている。

(2) OR の結果を共有するための会議の数

OR 顧問委員会において、これまでに 4 回 (2011 年 1 月、3 月、5 月、8 月) にわたって中間結果が報告されている。

2011 年 11 月に 3 件の OR について結果報告会の実施が計画されている等、今後も複数回の報告会が予定されている。

3-3 プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標：
質の高い HIV カウンセリングサービス・検査 (CT) サービスの実施体制が強化される

3 つのアウトプットの達成により、2009 年の政治危機の影響にもかかわらず、CT サービスの改善がみられており、検査施設数やカウンセリングを受けた割合等、プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM) で設定された指標に照らせば、プロジェクト目標はおおむね達成される見込みであるといえる。しかしながら、検査施設数自体は急増しているものの、エンドライン調査の結果によって、国家規範に 75% 以上適合した HIV 検査施設は全体の 4 分の 1 程度であることが明らかになっているなど、質の高い CT サービス実施のためには、引き続き体制強化が必要となっている。

(1) 国家規範に沿った HIV 検査施設数

本プロジェクトで実施したエンドライン調査によれば、80% 以上の施設が国家規範のチェックリスト項目の 50% 以上の項目を順守している。

本プロジェクトは、当初検査サイト数の増加をめざしていた。そのため、国家規範に沿った検査サイトという指標について調査したのは今回が最初である。今後は、本指標の結果を基準にして検査サイトの質の改善の確認を継続していく必要がある。

表 3-7 国家規範に適合した CT サービス施設の数⁴

項目の達成率	達成している施設数*	割合 (%)
50% 未満	30	15.3
50% 以上～75% 未満	113	57.7
75% 以上	53	27.0

出典：エンドライン調査

⁴ エンドライン調査の結果、質問票調査を送付した 202 施設中 196 施設からの回答があった。本質問票は 71 項目 83 点満点である。

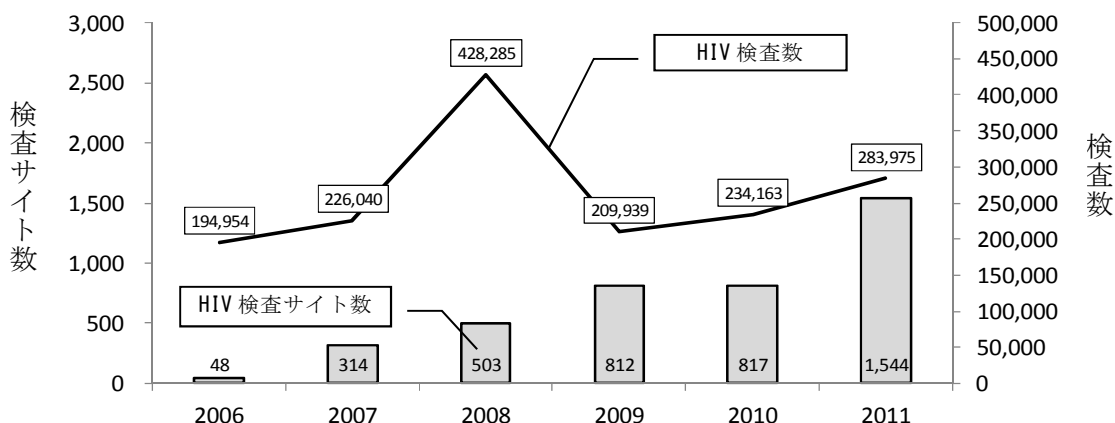


図3-1 参考：HIV 検査サイト数と検査数の推移（2007～2011年）⁵

出典：保健統計年報、プロジェクト実施の調査、プロジェクト作成の HIV・梅毒インベントリー、PNLS

(2) プレカウンセリングを受けた利用者が検査を受けた割合

RMA/GESIS のデータによれば、2010年（1～6月）と2011年（1～6月）にプレカウンセリングを受けて検査を受けた割合は、以下のようになっている。本指標については、2010年から大きな改善がみられている。

表3-8 プレカウンセリングを受けた利用者が検査を受けた割合

	利用者の割合
2010年（1～6月）	73.5%
2011年（1～6月）	90.0%

出典：GESIS（2011年10月5日）

(3) 検査を受けた利用者がポストカウンセリングを受けた割合

RMA/GESIS のデータによれば、2010年（1～6月）と2011年（1～6月）に検査を受けたあとでポストカウンセリングを受けた割合は以下のようになっている。

表3-9 検査を受けた利用者がポストカウンセリングを受けた割合

	利用者の割合
2010年（1～6月）	96.0%
2011年（1～6月）	97.0%

出典：GESIS（2011年10月5日）

⁵ 本終了時評価のミニッツ（M/M）の同図では、2010年の HIV 検査数は、243,163 と記載されていた。234,163 が正式な数字なので、本報告書では訂正し、引用した。

(4) 年間の新規 HIV 感染者数

2010 年度の保健統計年報によれば、新規 HIV 陽性者の数は以下のように推移している。

表 3-10 2007 年～2010 年の新規 HIV 陽性者数の推移

年次	HIV 陽性新規発見数 (a)	HIV 検査数 (b)	新規陽性者を発見する のに必要な検査数 (b/a)
2007 年	147	226,040	1,538
2008 年	138	427,809	3,100
2009 年	157	209,939	1,337
2010 年	238	243,163	1,022
2011 年 (1～8 月)	236	283,975	1,257

出典：2010 年度版保健統計年報

新規陽性者を発見するのに必要な検査数の推移は上記のとおりである。2008 年までは検査数の増加にもかかわらず、HIV 陽性者数の発見の増加にはつながっていなかった。しかし、本プロジェクトによる国家政策、基準、ガイドラインや各種様式の支援、統合研修、世界基金の活動によるリスクグループに対する検査の強化などを通じて、本プロジェクト開始前（2007 年、2008 年）と比較して、1 陽性者を発見するのに必要な検査数が減少しており、改善がみられる。

3-4 上位目標の達成見込み

上位目標：

マダガスカルにおける HIV 感染割合が 1%未満に維持される

〈一般成人（15～49 歳）HIV 感染割合〉

CNLS の Spectrum (UNAIDS が開発した感染者数を推測するソフトウェア) による分析及び終了時評価での聞き取り調査によれば、2008 年より一般成人（15～49 歳）HIV 感染割合は低位で安定しており（0.2～0.4%）、上位目標は達成される見込みである。ただし、上位目標の達成に本プロジェクトの成果が寄与することは間違いないが、HIV 感染拡大抑止のためには、本プロジェクトのめざす CT サービスの実施体制強化のほかにも実施すべき活動（予防に関するコミュニティに対する啓発活動、他ドナーの活動等）があるため、現時点でプロジェクト目標の達成が上位目標の達成にどの程度貢献するのかを判断することは難しい。

3-5 プロジェクトの実施プロセスにおける特記事項

3-5-1 活動の実施

専門家の派遣が遅れたことから、アウトプット 3 に関する活動に若干の遅れがみられているが、当初予定されていた活動は、本プロジェクト終了時まで完了する見込みである。

3-5-2 技術移転の方法

以下のとおり、技術移転は特に問題なく行われている。

- ・国際会議においてカウンターパート（C/P）主体の発表を支援し、プレゼンテーション力が向上しているなど C/P の能力に向上がみられる。
- ・PNLS の職員も、各種カリキュラム作成、全国研修等を通じて能力が向上し、以前と比較して専門的なコメントができるようになった。
- ・エンドライン調査は、C/P が主体となって実施された。

3-5-3 ステークホルダーとの関係

(1) 相互のコミュニケーション

終了時評価での聞き取り調査によって、専門家と保健省は活動の実施にあたって多くの議論を重ねており、十分にコミュニケーションをとれていることが確認された。また、地方でも専門家と県・郡保健局との相互にコミュニケーションがとれていることを確認した。

(2) 役割分担、指揮命令系統、連携、情報共有体制

プロジェクトと保健省（本省）及び他ドナーとの情報共有・連携は良好である。一方、地方では、交通インフラが十分に整備されていないこと、通信インフラも十分でないことから、特に郡と検査施設の連携・情報共有が十分に機能していない場合がある。

3-5-4 相手国実施機関のオーナーシップ

PNLS は 27 名の職員中、2 名を本プロジェクトのフルタイム C/P としているなど、PNLS の人的資源に比して十分な貢献をしている。本プロジェクトダイレクターも主体的に本プロジェクトに参加・貢献している。また、RMA/GESIS の活動にあたっては、保健統計課と連携しており、C/P による主体的な活動が行われている。

保健省事務次官、保健総局長、プロジェクトダイレクター、プロジェクトマネジャーは、C/P や専門家からの報告や会議への参加を通じて、本プロジェクトの活動を十分に把握している。

3-5-5 他ドナーとの協調

(1) UNICEF

本プロジェクトの活動と UNICEF の活動は、重複もみられず、お互いの活動を補完し合う関係となっている。政策や基準の作成、機材の調達、HIV と梅毒の統合研修、研修カリキュラム作成、RMA の支援等を共同で行っている。

(2) 世界基金（グローバルファンド）

世界基金の主な受益者である CNLS がパートナーズフォーラムや技術ワーキンググループ（モニタリング、評価）を開催し、HIV へ支援しているドナー間の調整を行っているために、活動に重複はみられない。本プロジェクトの活動の一環として計画した研修についても、共同で資金的支援を行っている。また、世界基金の指標の達成に JICA の活動が貢献しているなど、補完的な関係である。

(3) 世界銀行

世界銀行は主にハード面（機材の供与）、JICA はソフト面を支援しており、お互いに補完し合う関係である。本プロジェクトの活動の一環として計画した研修についても、共同で資金的支援を行っている。

(4) UNFPA

ロジスティックガイドライン等の作成の際にワークショップに参加し、技術的な支援を行っている。現在、UNFPA が支援している Channel という薬剤の管理データベースと JICA が支援した GESIS について、データの共有化によってお互いのデータの正確性を向上させることを計画しているなど、補完的な関係を築いている。

(5) WHO

JICA が作成している政策、基準等の検討ワークショップ・委員会にて技術的な提言を行っている。

第4章 評価結果

4-1 評価5項目による評価

4-1-1 妥当性：高い

(1) 必要性との整合性

マダガスカルでは、15～49歳成人のHIV陽性割合は0.5%を下回っている（UNAIDS、2008）が、同じ感染経路にある梅毒の感染率が一部地域では妊婦の18%を上回る（保健省、2007）等の状況が確認されており、HIVの感染が急速に拡大するリスクが常に存在する。

また、マダガスカルでは、カウンセラーが適切な研修を受けていない、定められた検査手順が守られない、検査前カウンセリングが不十分で受診者が検査結果を受け取りに来ないなど質の面で課題があり、標準化されたCTサービスの実施体制強化の必要性が高い。

(2) マダガスカルの国家政策との整合性

- ・マダガスカル行動計画（MAP）のなかで、チャレンジ3として「HIV/エイズに対する闘いに勝利する」が掲げられており、本プロジェクトがめざしている「すべてのレベルにおける統合され、標準化されたサービス提供の実施改善とその維持」もその戦略の1つとして挙げられている。
- ・マダガスカルHIV/エイズ対策国家戦略2007-2012では、戦略軸1として「マルチセクター、統合的、効果的、個人の権利を守るためのHIV/エイズに対する司法面、政策面、実務面の対応の確立」が挙げられており、そのなかで、政策の強化、地方分権化の支援、ロジスティクスシステム強化等が活動戦略として掲げられている。
- ・保健セクター開発計画（2007-2011）では、CSBのHIV検査・カウンセリングの実施及び母子感染予防サービスの導入が戦略として挙げられている。
- ・ミレニアム開発目標（MDGs）では目標6：ターゲット6Aに「HIV/エイズの蔓延を2015年までに食い止め、その後減少させる」が掲げられている。

(3) 手段としての適切性

1) アプローチの適切性

マダガスカルでは、15～49歳成人のHIV陽性率は他のサブサハラアフリカ諸国に比して高くはないものの、同じ感染経路の梅毒の感染率が高いことから、予防を行うことが重要となっている。HIV予防を行っていくためには、CTサービスの強化が有効な戦略であること、マダガスカルは地方分権化を進めており、県、郡保健局の強化が不可欠であることから、県、郡保健局のCTサービスの強化を目的とした本プロジェクトのアプローチは適切である。

2) 他ドナーとの援助協調

UNICEF、世界銀行、世界基金との連携で、共通のカリキュラムの作成、講師研修、統合研修とRMA/GESIS研修の実施等を行うことよって、全22県において、一定の質の研修を重複なく実施できているなど、他ドナーとの援助協調に効果を上げている。

本プロジェクトの活動としてロジスティクス委員会の創設を支援することにより、テストキットの調達等についてドナー間の調整が行われるなど活動の改善に貢献した。

3) 効果の受益や費用の負担の公平な分配

本プロジェクトは、マダガスカル全 22 県で展開されており、他ドナーがパイロット地域のみを対象としていることに比較して、効果の受益は公平に行われている。

4) 日本の技術の比較優位性

本プロジェクトは、セネガル、ケニア、タンザニアで実施された JICA 技術協力プロジェクトの経験を基に、HIV/エイズの治療ではなく予防対策に重点を置くプロジェクトデザインとなっており、プロジェクト形成において日本の技術協力プロジェクトの過去の成果・教訓が生かされている。また、セネガル、ケニア、タンザニアのプロジェクトを C/P と共に視察し、それぞれのプロジェクトのエッセンスを学び、本プロジェクトに活用している。

国内支援委員会として、財団法人エイズ予防財団、公益財団法人ジョイセフ、保健医療経営大学が加わっており、わが国の経験が大いに生かされている。特に、研修カリキュラムを作成するにあたっては、わが国の「HIV 検査相談ガイドライン」の内容が活用されている。

4-1-2 有効性：高い

(1) プロジェクト目標の達成度

CTサービスの質を高めるための施策としては、検査施設の数を増やすこと、検査に関する政策・ガイドラインの作成とその利用を促進すること、検査の質管理をすること、検査キットの在庫切れをなくすこと、検査に来やすいようカウンセリング能力を強化すること、他の保健プログラムとの連携による検査の効率化などが挙げられる。本プロジェクトでは、検査に関する政策・ガイドラインの作成とその研修、ロジスティクス面の強化、RMA/GESIS への支援による統計の支援、質管理を行っている LNR（国家ラボ）に対する検査キットの支援などにより、サービスの質の向上に貢献している。このような一連の活動により、HIV 検査サイトが増加するなかで、1施設当たりの HIV 陽性者発見率及び 1 検査当たりの HIV 陽性者の発見率の向上がみられている。

一方、守秘義務の順守が原則のマダガスカルでは、CTサービスの現場に同席し、実地でカウンセリング技術等を指導できない。そのため、カウンセリング能力については十分に改善されていないことが現在の課題となっている。

また、「2015年までにすべての保健施設に HIV 検査及び梅毒検査を導入していく」ことが目標とされ、今後も検査サイトの増加が見込まれているなかで、地方分権化が進まず地方での巡回指導が全国展開できていないことや保健郡 HIV 担当官が医師以外であることが多いことから、地方でのサービス提供サイトでのルーチン化されたスーパービジョン・システムの構築という課題が残っている。

(2) アウトプットのプロジェクト目標への貢献度

「質の高い HIV カウンセリング・検査サービス実施体制の強化」というプロジェクト目標に対して、2010 年から 2011 年上半期にかけて統一された全国研修がドナー協調によって実施された。これにより HIV 検査施設数は大きく拡大[503 サイトから 1,544 サイト(終了時評価現在)]した。また、様式の整備等によるロジスティクス部門の強化によって、検査キットの在庫切れが大幅に減少した。これらの一連の成果には、アウトプット 1、アウトプット 2 の活動が大きく貢献している。

2009～2010 年に検査キットの不足等から検査数は減少傾向にあったが、フォーカスアプローチによってリスクグループを集中的に検査し、これにより逆に HIV 陽性者の発見数は向上している。これは JICA、UNICEF、世界銀行、世界基金等による共同支援の成果によるところが大きい。

アウトプット 2 の活動の 1 つとして、RMA/GESIS の整備・改訂及びその普及のための研修を行った。これによって、RMA の提出率が向上したほか、各検査施設は煩雑な月例の報告書作成の作業が軽減され、本来の業務に集中できる環境となっている。

アウトプット 3 については、現在も実施中であるが、3 テーマの OR の結果を活用して HIV 関連施設の戦略性を高め、CSI モデル活動などによって高リスクグループ〔MSM (男性同性愛者)、CSW (Commercial Sex Worker : 性産業従事者) 等〕が HIV 検査施設に訪問しやすい環境づくりを推進することが、将来的には HIV 感染者の発見率改善につながるといえる。

4-1-3 効率性：やや高い

(1) アウトプットの達成度

専門家の投入が一部遅れたため、アウトプット 3 の OR の活動の遅れが生じたが、想定された活動はプロジェクト終了までに実施できる見込みである(アウトプットの達成度について、「3-2 アウトプットの達成度」を参照のこと)。

(2) 投入の適切さ

1) 日本人専門家

日本人専門家の派遣人数、専門分野、派遣時期、期間はおおむね計画どおりに実施された。しかし、以下の点が確認された。

- ・アウトプット 3 を更にプロジェクト目標達成に貢献させるためには、OR 専門家の派遣時期を本プロジェクトの前半に検討する必要がある。
- ・2009 年の政治危機によって、ロジスティクス短期専門家の派遣期間が短縮され、出張場所・勤務時間も制限されるなどの影響があった。
- ・終了時評価での聞き取り調査において、短期専門家の技術は評価しているが派遣期間が短すぎる、との指摘がマダガスカル側よりあった。

2) 供与機材

供与機材の調達は計画どおりに実施された。ただし、2010 年度に検査キット(Determine) 10 万セットを供与したものの、2010 年は他ドナーの供与時期が同時期に集中したこと、

PNLS に輸送費用がなかったために一時的に保管されたままになっていたことが確認された（終了時評価時には既にこの問題は解決していた）。

3) 本邦研修、在外研修

本邦研修への参加は1名のみである。2008年、2009年にC/P研修を計画していたが、保健省の再編や政情危機等の理由により実施が見送られた。

チュニジアで行われた第三国研修は、内容、派遣期間ともに十分であると、C/P側は評価している。

4) マダガスカル側C/Pの配置

マダガスカル側は適切なC/Pを配置している。しかし、以下の点が確認された。

- ・政治危機により保健省内の再編でPNLSの上位部署の変更や、プロジェクトマネージャーの交代があった。
- ・政治危機後に、C/Pのストライキのために半日勤務が1カ月半続いたことから、作業が遅延した。

5) 現地活動費

日本側の現地活動費は業務実施のための必要額が調達された。

6) マダガスカル側の予算配分

マダガスカル側は、プロジェクト事務所の提供とその光熱費、必要に応じた車両貸与及びC/P2名の人件費を負担している。

(3) コスト

本プロジェクトでは、保健省保健統計課との連携体制を構築し、少ない日本人専門家の投入にもかかわらずRMAの改訂版の全国展開を可能とした。また、他ドナーとの協調によって、HIV及び梅毒検査の統合研修を全国で実施した。その意味で、本プロジェクトの活動のアウトプットはコストに対する効率性が高く、投入コストに見合ったものである。

(4) ローカル資源の活用

1998年にEUが支援した保健統計データベースGESISは、ソフトウェアのバージョンが古くなって活用されていなかったが、本プロジェクトでその改訂を支援し、保健統計の改善に大いに役立っている。

また、CSIのパイロット活動では、アンタナナリボ市保健局の既存施設を改修して活用し、リスクグループの集まりの開催や検査促進などの活動、医師に対してHIV治療専門医の資格を取得させるための支援等を行っている。

4-1-4 インパクト：高い

(1) 上位目標の達成見込み

過去の傾向及び終了時評価での聞き取り調査によれば、上位目標は達成され、マダガス

カルにおける HIV 感染割合が 1%未満に維持される見込みである。しかしながら、HIV 陽性者の捕捉率は低く、感染経路が同じ梅毒等性感染症の高い罹患率、CSW や男性同性間性的接触といった HIV 感染リスク行動の存在から、本プロジェクトの成果も活用し、ドナーの支援も得て HIV 感染拡大防止のため適切な施策を講じる必要がある。

(2) 保健セクター開発政策等へのインパクト

2012 年に策定が計画されている「第 3 次エイズ国家戦略計画 (2013-2017)」に、本プロジェクトの成果が反映される見込みである。

また、2011 年に、保健省と国連により作成中の MDGs 達成に向けた目標において、「2015 年までにすべての保健施設に HIV 検査及び梅毒検査を導入していく」ことが盛り込まれる見込みである。終了時評価時点で、他ドナーと協調して全保健施設の約 40%での HIV 検査及び梅毒検査導入を進めてきた本プロジェクトの貢献は大きい。

マダガスカルで作成している「ユーザーフレンドリーセンター設立に関する国家プロトコール」に関して、アウトプット 3 で実施されている CSI パイロット活動の成果が反映されている。

(3) その他の波及効果

RMA に HIV 対策関連の指標を統合するために大規模な研修を実施したことが、結果として他の保健情報を含む RMA の提出率の著しい改善につながった。また、本プロジェクトと保健統計課の連携によって、各保健プログラムで独自に作成されていた統計が RMA に統合され、保健情報システムの簡素化に貢献している。

OR の実施によって、これまで脆弱であった PNLs と結核課 (PNLT) との連携が活性化された。また、OR 顧問委員会は、そのメンバーが保健省次官、保健総局長、CNLS の事務局長、公衆衛生院の院長や WHO、UNICEF、UNAIDS、UNFPA などのドナーとなっており、その活動成果が将来的に政策に与えるインパクトは大きいとみられる。

4-1-5 持続性：中程度

(1) 政策・制度面

マダガスカルでは、HIV 予防対策は重要な課題であることから、今後も本分野における政策支援は継続される見込みである。

また、アンタナナリボ市は 2012 年から必要な予算措置を行い、CSI を継続することを計画している。そのために、活動が継続することが見込まれている。

パイロット地区 2 郡での活動で行った統計のデータ品質向上のための活動で得られた教訓を、今後活用することが求められる。

(2) 財政面

検査キットの調達等はドナーの支援に頼っており、マダガスカル政府にはそれらを十分に調達するための予算が確保されていないため、活動の継続はドナー支援の動向に大きな影響を受ける。HIV 検査が無料であること、政府が十分な予算を確保することが困難であることから、マダガスカル政府の自助努力でこの現状を改善することは困難である。本プ

プロジェクトを通じ、統計情報等の精度が向上し、データの信頼性が向上した統計情報を利用した戦略性の高い計画策定等によって、ドナーへの働きかけを強化する必要がある。

(3) 技術面

専門家の技術移転により、保健省自らが国家政策・基準・ガイドライン・その他のツールを改訂する技術を習得している。ただし、資料の印刷、普及のための予算措置は十分に行われておらず、資金面では課題がある。

また、保健省の HIV/エイズ対策年間事業計画策定をする技術の習得は改善しつつある。今後は、改善された RMA/GESIS を用い、統計情報等の実績に基づいた根拠のある計画策定を行うことが求められている。

(4) 社会・文化・環境面

CSI パイロット活動においては、リスクグループの代表との会合を頻繁に実施することによって、これらのグループに対する精神的ケアに関する支援の改善が行われている。このような活動が推進されることにより、リスクグループのメンバーが検査施設に来やすい環境が整備され、将来的には感染者の発見の増加につながることを期待されている。

C/P はセネガルへの訪問時に MSM の HIV 陽性者を治療している HIV 治療専門医を訪問して、そのケアについて学んでいる。

本プロジェクトで HIV 感染者を雇用していることで、本プロジェクトの C/P の感染者に対する偏見が少なくなっている。

4-2 貢献要因と阻害要因

(1) 貢献要因

1) 政策や統計等に対する支援

本プロジェクトの活動によって、政策やガイドラインの改訂や RMA/GESIS の改善への支援など、HIV 予防対策に関する枠組みを支援したことから保健省のみならず各ドナーが本分野で行うべきことが明確となり、本プロジェクトの活動のみならず、HIV 分野の活動が全般的に円滑に実施されるようになった。

2) 他ドナーとの積極的な連携

他ドナーとの積極的な協調によって、支援対象地域が大幅に拡大するだけでなく、統一された研修カリキュラムや書式の使用等により、各ドナーが整合性のある支援を行うことが可能となった。

3) PNLs の人的資源の貢献

PNLS は、予防部門⁶職員 2 名をフルタイムの C/P として本プロジェクトに配属しているほか、他の PNLs の職員もプロジェクト活動に大きくかかわっており、本プロジェクトの円滑な実施に大きく貢献している。

⁶ PNLs は、予防部門、支援・調整部門、治療・ケア部門、疫学・行動サーベイランス部門に分かれている。

4) C/P 機関以外との積極的な連携

本プロジェクトが活動を行っている PNLIS 以外の部署との連携、特に保健統計課が本プロジェクトの活動に対して協力的であることから連携が強化されており、一般保健情報の収集改善など、情報整備の面での活動の実施に大きく貢献している。

5) 専門家の高いコミュニケーション力

本プロジェクトの専門家の高いコミュニケーション力及びリーダーシップにより PNLIS の予防部門以外の連携のみならず、保健統計課など PNLIS 以外の部署との連携、及び他ドナーとの連携を実現した。このことが、限られた投入や期間にもかかわらず、多岐にわたるプロジェクト活動の全国展開を可能とした。

(2) 阻害要因

1) 2009 年の政治危機

2009 年 1 月にマダガスカルに起こった政治危機によって、本プロジェクトは直接的、間接的に影響を受けた。具体的に受けた影響は以下のとおりである。

- ① 事務所近くの治安の悪化に伴って業務停止を余儀なくされる、出張先が制限される、短期専門家の任期が短縮されるなどの影響があった。
- ② 2009 年 3 月下旬からの C/P の半日ストライキが約 1 カ月半継続したことによって、業務の進捗が遅れるなどの影響があった。
- ③ 最大のドナーである世界銀行は 2009 年に 1 年間、支援を中止しただけでなく、現在も新規案件を停止している。現在実施中のプロジェクト PMPS (エイズ予防マルチセクタープロジェクト) II も残りの予算による延長が認められているだけであり、2012 年には活動を縮小する予定である。そのため、検査キット等の調達が困難になることが懸念されており、代替案を検討する必要がある。
- ④ 政治危機の影響でプロジェクトマネジャーやプロジェクトダイレクターが人事異動したことによる意思決定プロセスへの影響があり、業務の進捗が遅れた。
- ⑤ 2009 年には、政治危機のために医療サービスへのアクセスが阻害される事態が起こった (現在は緩和されている)。

2) 地方分権化の遅れ⁷

マダガスカルでは、地方分権を推進しているにもかかわらず、地方政府に十分な予算が割り当てられていない。そのために、県・郡保健局による HIV 検査施設へのスーパービジョン等による統合研修や RMA/GESIS 研修の成果のフォローアップが十分にできていない。このような背景により、検査施設レベルにおける RMA 記入の正確性や、CT サービスのレベルには依然として改善の余地がある。

⁷ 本項では、地方分権化の遅れによって地方に活動予算が割り当てられていなかったことを阻害要因として挙げているが、地方分権が遅れていることにより中央集権でプロジェクトの全国展開が可能となったという面では貢献要因ともなっている。

第5章 結論と教訓・提言

5-1 結論

本プロジェクトでは、CT サービス改善のため、HIV 検査のための政策、基準、ガイドライン、研修カリキュラム等の整備、ロジスティクス改善のための支援、HIV 指標を含む RMA/GESIS の支援を通じた保健統計の改善、PNLS や LNR に対する検査キットの供与等、さまざまな活動を実施した。このような活動の成果によって、CT サービスの実施体制が強化されるとともに、CT サービスの質にも改善がみられている。

本プロジェクトは、他ドナーとの積極的な協調を行うことによって互いの活動を補完し合うとともに、全国レベルの研修実施や保健システムの改善といった相乗効果を創出した。

さらに、CT サービスに関する政策、基準、ガイドブック等の支援、さらには保健統計情報への支援などを通じて政策の枠組みが強化されたことは、将来的に他ドナーが本分野で支援を行う際にも、円滑な活動実施のための基盤となるものである。

一方、CT サービスの実施体制は強化されたものの、依然改善の余地が残されている。まず、本プロジェクトは RMA/GESIS の改善に大きく貢献したが、各 HIV 検査施設が記入する RMA の精度や提出期限の順守率には課題が大きく、それらを改善するための中央・県・郡の指導体制は脆弱なままである。この状況については、2009 年のマダガスカル政治危機に伴うプロジェクト活動の停滞や専門家派遣の遅れも影響していることから、本プロジェクトの自立発展性を高めるため、プロジェクト実施期間を 1 年程度延長し、1 県を対象としたデータの質向上のためのモデル構築及びその普及に必要な保健統計課、県・郡保健局に対する能力強化に取り組むことが推奨される。

さらに、本プロジェクトでは主に中央及び県レベルを対象に活動を行ったが、郡レベルや検査施設レベルではサービス自体の質も更なる改善が必要である。マダガスカル政府が MDGs の目標達成のために 2015 年までにすべての保健医療施設において HIV 及び梅毒の検査を行うことをめざしていることから、政策、基準、ガイドラインの普及と実践の強化が課題となっている。具体的には、HIV・梅毒検査統合研修をはじめとする各種研修の実施、県・郡保健局による指導体制の確立、ロジスティクスの改善等の活動が必要であるが、他ドナーの支援獲得も含め、マダガスカル政府のより主体的な取り組みが求められる。

5-2 提言

前章の評価結果を踏まえ、プロジェクトの効果と自立発展性を高めるため、以下を提言する。

(1) 政策・基準・ガイドラインの普及と活用

プロジェクトは各種政策・基準・ガイドラインを策定し、その多くは国家承認され、内容面で関係者から高く評価されている。他方、エンドライン調査の結果、地方の関連機関にはこれら成果物が調査実施時点で届いていない事例があることもうかがえ、プロジェクトはプロジェクト期間終了までに、既に保健郡等に発送した成果物が検査サイトに届くようフォローアップすることが望まれる。また検査施設国家基準については、多くの検査施設が何らかの基準を充足していない状況が明らかとなり、実現可能で的確な計画を作成し、中期的に基準の充足度を高める努力を払うことが望まれる。

(2) RMA、GESIS の報告精度の一層の向上

HIV 関連指標を RMA に統合したことは、データ入力作業の正確性向上や作業負担軽減に資するものとして、関係者から高く評価されている。またエンドライン調査によれば、検査サイトの様式類への評価は 2008 年と比較して改善している。他方、評価ミッションによるインタビュー調査の結果、記入者の一部（特に RMA/GESIS の研修を受けていないデータ担当者）からは 2011 年に再更新された RMA の様式が一部複雑で分かりにくいとの意見があった。研修の実施のみならず、データ入力に関する疑問には適切かつ適時に説明できる体制を整えるなど、報告の精度を維持・向上させる取り組みが望まれる。

(3) データ分析能力の向上

プロジェクトの取り組みにより、データの提出率や精度は向上し、関係者から高く評価されている。しかしながら、真に重要なことは、これらのデータが適切に分析され、効果的な政策が策定・実施されることである。プロジェクトでは OR の実施や GIS や統計に係る研修を推進してきたが、分析能力強化の取り組みを継続、強化する必要がある。

マダガスカル現状を勘案すれば、十分な規模の HIV のカウンセリング・検査を継続実施するためには、ドナーの支援を得ることが不可欠である。このためにも、信頼性のあるデータを分析したうえでの的確な政策・計画の策定が求められる。

(4) 報告者へのフィードバック

データ提出率の飛躍的向上はプロジェクトの大きな成果であるが、2011 年にプロジェクトが実施した調査の結果でも、民間や NGO の検査機関の提出率が相対的に低いなどの状況がみられる。データの提出率を更に高め、精度を向上するためには、報告者自身がその必要性を認識することが重要であり、定期的なレビューミーティングの機会を活用する等、中央、県、郡の各レベルにおいて、データ分析結果をタイムリーかつ分かりやすくフィードバックすることが望まれる。また、「包括的 HIV プログラムインベントリー」や研修参加者リストを活用し、研修受講者の研修効果を持続・発展させるための施策を検討する必要がある。

(5) OR の実施努力と成果活用

OR については、実施結果を報告書にまとめ、会議を開催して調査結果を関係者と共有するとともに、政策・計画の形成に反映させることが期待される。

(6) 包括的な HIV/エイズ対策の強化

本プロジェクトはカウンセリング・検査の改善を通じた予防強化に取り組み成果を上げた。HIV/エイズ対策を効果的なものとするためには、これら取り組みを持続・発展させるだけでなく、検査による陽性判明後の長期的治療・ケアの充実や受検の促進を含む効果的かつ実現可能な HIV/エイズ全体戦略を、マダガスカル政府が主体的に策定・実施する必要がある。2013～2017 年の HIV/エイズ戦略の策定は、その重要な機会となる。

5-3 教訓

実施中の類似プロジェクトや将来のプロジェクトの発掘・形成に参考になる事柄として、本プロジェクトの終了時評価から以下が導出される。

(1) 受益国の主体的な取り組みとチームワークの醸成

本プロジェクトについては、保健省自らが HIV/エイズ対策に関する主体的な役割を果たすべきことと能力向上の必要性を自覚していたため、人材の配置をはじめとしてプロジェクト活動に積極的に参加し、日本人専門家との信頼関係を醸成して建設的な議論を重ねることができた。このことが、各種成果物のタイムリーな政府承認や開始につながり、大きな成功の要因となった。

受益国の主体者意識と積極的な参加は技術協力の成否に大きな影響を与えることを双方が認識したうえで、プロジェクトを形成・実施することが重要である。

(2) 他ドナーとの効果的な協調

本プロジェクトでは、他ドナーとの連携により県・郡への研修を実施したほか、政策、ガイドライン、研修モジュールの策定においても、他ドナーとも協議し、合意を形成しつつ支援した。これにより、広範囲な全国レベルのインパクトを得ることが可能となった。

特に、開発計画の実施に際してドナー支援が不可欠である状況で全国規模のインパクトをめざす場合には、各ドナーの支援目的や制約を的確に把握し、積極的な議論を通じて目的達成をめざす取り組みが重要である。

(3) 質の向上を測る指標設定の明確化

本プロジェクトでは、当初、検査施設数の拡大が指標として設定されていたが、中間レビュー時に指標が「国家基準に沿った HIV 検査施設数」に変更された。しかしながら検査施設が国家基準に沿っているかを判断するために基準の何%を充足すべきかなど具体的な目標値を受益国と合意するに至らず、評価の判断に難しい面があった。

質の向上に関して量的な指標を設定する場合は、受益国の当該基準運用方針を踏まえつつ、他の協力事例に関する知見も生かし、可能な限り早期に具体的な判断基準を設定・合意することが望ましい。

(4) 受益国の保健システム強化を視野に入れた対応

本プロジェクトは HIV カウンセリング・検査の実施体制強化を目標としているが、C/P である PNLs だけでなく、保健統計課や他の保健関連プログラム、県、郡レベルのデータ担当者を巻き込み、感染症/HIV 指標の統合を含む RMA 全体の改善を図り、そのシステムはマダガスカル全国に普及した。改善すべき点は残るものの、本プロジェクトのマダガスカル保健システム強化への貢献度は高い。

プロジェクト目標達成のため、受益国の保健システムを活用するとともに、状況に応じ、保健システム自体の強化をも検討することが必要である。

(5) OR の実施

プロジェクトの活動として OR を実施する場合は、結果の活用や受益国側の関与を含む計画上の位置づけを早期に明確にしたうえで、必要な人的リソースを確保する必要がある。

第6章 終了時評価調査団技術参与所感

慶応義塾大学医学部感染制御センター

矢 永 由 里 子

(1) 全体の所感

現在のマダガスカル国では HIV が MSM の間に確実に広がりはじめ、また経済が不安定なために性産業従事者（Commercial Sex Worker : CSW）も増加し、HIV 感染の蔓延が危惧される状態である。

私は本プロジェクトが開始されて 10 カ月後の 2009 年 1 月に、カウンセリング領域の強化の目的で短期専門家として 10 日間滞在し、数カ所の検査場を訪問し担当者にインタビューを行い、また検査相談担当者（医師、看護師、NGO 関係者等）を対象にカウンセリング研修を実施した。その訪問時の状態と比べて今回は、マダガスカル国内の HIV 感染の広がりを受け、国としての効果的、具体的な予防・ケア介入の必要性が一層高まっていることを感じた。

今回の最終評価には技術参与として参加したが、前回のプロジェクト開始の時点と比べ、2 年半の間に事業が着実に進捗しているのを実感した。以前の訪問時には、JICA プロジェクトの日本人スタッフとマダガスカル国のやり取りについて、点と点の単発的なコミュニケーションが目につき、組織ぐるみでの 2 者間の意思疎通が難しい印象を受けたが、今回は、事業のプロジェクト内（カウンターパートを含め）での役割分担やコミュニケーションが潤滑に機能しており、同時にマダガスカル国のエイズ関係者との意思疎通も格段に進んでおり、この密接なコミュニケーションによる連携強化がプロジェクト推進に大きく寄与しているように思われた。

(2) 具体的評価

事業の各項目の推進状況への評価については、終了時評価の報告書に自身の意見も反映されているため、ここでは重複は避け主に今回のインタビューを中心に、また日本のエイズ対策との比較も含めつつ個人的な所感を中心に記載したい。

1) HIV データのフィードバック（還元）システムについて

HIV データは現場から地域行政へ、地域行政から国へという収集ルートを整備することで情報がよりの確・迅速なものになりつつある。今後はこの情報をどう生かすかがひとつの焦点になるが、その生かし方として、現場への還元や国民への「HIV 動向の報告」という形も考えられる。フィードバックという言葉はマダガスカルを担当者も使用していたが、それはあくまでも作業のミスを訂正するという指導監督の意味が強かった。自分たちが収集した情報に分析を加え、それを現場に返すことで、現場でのエイズ対策への反映へとつなげていく、また広く国全体に HIV データを基にしたエイズ動向を広報していくことで、国民に HIV への関心を喚起するというようなフィードバックを行うことが今後必要なのではないだろうか。

2) 研修の講師養成の強化

検査体制を整備するうえで、担当者の人材育成である研修はひとつの鍵となる。研修の

ためのテキスト編纂と研修の実施、講師養成の活動の進捗は、着実なエイズ対策の前進といえよう。今後の課題としては、全国の検査体制の質の確保をめざすことが重要で、そのために講師養成をより積極的に行い、講師自身の質の標準化とその担保も必要と思われる。

3) 治療・ケア体制との連携強化

検査体制整備の促進結果として、HIV 陽性の判明の機会も増大することが予測される。検査で HIV 判明した受検者がその後の長期の治療・ケアを受ける体制を整備することは、エイズの全体的な対策を充実させるうえで重要である。治療・ケアの整備は本プロジェクトが直接関与する分野ではないが、エイズ対策を包括的に進めることの重要性をマダガスカルの担当者へ提言していくことは、検査体制のより一層の整備のためにも肝要なことであるだろう。

(3) 本プロジェクトの果たした役割

HIV 対策の検査体制の整備は予防とケアの総合的対策の重要な第一歩であり、その部分を人材育成のサイドから強化し、またエイズ対策の策定の拠り所となる HIV 感染の動向把握を全国的な統計システムの構築によって整備したことは、HIV 対策の地盤固めに大きな貢献を果たしつつあることが分かる。この援助の効果をより確実なものとするために、これまでのプロジェクトの成果と課題を確認しつつ定着に向けて活動を行うことが重要と考える。

(4) 今後の留意点

今回の訪問でこの国独自の特徴をうかがい知ることができた。今後施策を実行するにあたり、この国の特徴に留意し、その部分への働きかけも重要と思われるので、その点を最後に記載したい。下記の 2 点の特徴は、マダガスカル国が過去約 20 年にわたって社会主義を選択したことにより一部由来するのかもしれないと推測している。

1) 双方性の弱さとその強化

HIV データ整備のプロジェクトから見えてきたことだが、エイズ担当者のなかに「双方性」という考えが弱い印象を受けた。国として情報を収集することには熱心だが、それを現場へと還元する姿勢はあまり見ることができなかった。担当として配下に指示して情報を集めるも、それを「共有」し、「ともに活用」という意識は低い印象を受けた。せっかくの情報をどう生かすかという部分で、双方性のアプローチの利点などを提示していくことも重要であるだろう。

2) 自らが動き、横のつながりをつくるという自発性の弱さとその強化

活動を行う際は、常に上層部のだれかがまとめ役をして、その活動に追従することを、活動展開のパターンと認識しているようである。もちろんそのパターンも必要だが、ワンパターンになってしまうことはエイズの活動を逆に制限する結果にもつながる。

HIV 担当者は都市であっても数が限られ、孤立した状態で現場の活動を継続している者も少なくない。自発的な横のつながりをつくっていくことの大切さや利点を研修や会議の席を利用して提示し、そのような動きを後方支援することも必要と考える。

付 属 資 料

1. ミニッツ・評価報告書（仏語）
2. PDM

PROCES VERBAL DE REUNION
ENTRE
L'EQUIPE JAPONAISE D'EVALUATION FINALE
ET
LES AUTORITES CONCERNEES
DE LA REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
SUR
LA COOPERATION TECHNIQUE JAPONAISE
POUR
LE PROJET DE RENFORCEMENT DU PROGRAMME DE
PREVENTION DU VIH/SIDA
DANS LA REPUBLIQUE DE MADAGASCAR

L'Equipe Japonaise d'Evaluation Finale (ci-après se référant à "l'Equipe"), organisée par l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après se référant à "JICA") conduite par M. Akio OKAMURA, a visité la République de Madagascar du 29 septembre au 24 octobre 2011 avec comme objectif de procéder à l'évaluation finale du Projet de Renforcement de la Prévention du VIH dans la République de Madagascar (ci-après se référant à "le Projet").

Durant son séjour à Madagascar, l'Equipe a tenu une série de discussions avec les autorités Malagasy concernées et a évalué conjointement les réalisations du Projet.

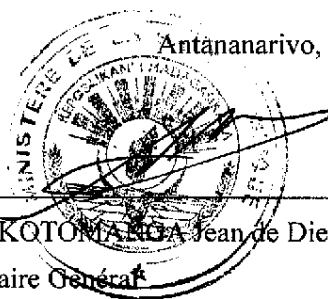
Des discussions, il en résulte que les deux parties ont convenu sur les points stipulés dans le document ci-joint en annexe.

En cas de divergence, le texte original incluant le procès verbal pourrait être modifié avec davantage de consultation et d'accord et devrait être signé entre les deux parties.



夫

M. Akio OKAMURA
Chef d'Equipe
Equipe Japonaise d'Evaluation Finale
Agence Japonaise de Coopération
Internationale, Japon



Antananarivo, 24 Octobre 2011

Pr RAKOTOMALALA Jean de Dieu Marie
Secrétaire Général
Ministère de la Santé Publique,
République de Madagascar

DOCUMENTS JOINTS
TABLE DES MATIERES

Liste des Abréviations et Acronymes

1. INTRODUCTION.....	1
1-1. Préface	
1-2. Objectifs de l’Evaluation	
1-3. Programme de l’Equipe d’Evaluation	
1-4. Membres de l’Equipe d’Evaluation	
1-5. Méthodologie d’Evaluation	
2. EVALUATION.....	5
2-1. Réalisation du Projet	
2-2. Processus de mise en œuvre du Projet	
2-3. Evaluation des cinq critères	
2-4. Conclusions	
3. RECOMMANDATIONS.....	17
4. LECONS APPRISES.....	19

ANNEXES

ANNEXE 1: Liste des experts Japonais et des membres de la mission de consultation

ANNEXE 2: Liste des équipements acquis

ANNEXE 3: Dépenses opérationnelles

ANNEXE 4: Formation au Japon / dans un Pays Tiers

ANNEXE 5 : Echange Technique, Visite de Sites, Conférence Internationale

ANNEXE 6: Cadre Logique du Projet

Liste des abréviations

BMH	Bureau Municipal d'Hygiène
CCC	Comité Conjoint de Coordination
CD	Counseling et Dépistage
CHD	Centre Hospitalier du District
CHRR	Centre Hospitalier Régional de Référence
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNLS	Comité National de Lutte Contre le sida
CPN	Consultation Périnatale
CSB	Centre de Santé de Base
CSI	Centre de Santé Intégré
CTV	Counseling et Test Volontaire
DAC (EN)	Development Assistance Committee
DSH	Direction du Système Hospitalier
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
ESC	Enquête de Surveillance Comportementale
FS	Formations Sanitaires
GESIS	Gestion des Informations Sanitaires
HSH	Homme ayant des rapports Sexuels avec Homme
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
LNR	Laboratoire National de Référence
MINSANP	Ministère de la Santé Publique
ODA	Assistance Officielle au Développement
OMD	Objectifs des Millénaires pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour le sida
PDM	Cadre Logique du Projet
PMPS	Projet Multisectoriel pour la Prévention du sida
PNLS	Programme National de Lutte contre le sida
PSN	Plan Stratégique National
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
SDSP	Service de District de la Santé Publique



SE/CNLS	Secrétariat Exécutif / Comité National de Lutte contre le sida
sida	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SIG	Système d'Information pour la Gestion
TB	Tuberculose
TDR	Termes de Référence
TDS	Travailleur de Sexe
UNFPA(EN)	United Nations Population Fund
UNICEF(EN)	United Nations Children's Fund
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine

1. INTRODUCTION

1-1. Préface

Madagascar fait partie des pays à faible prévalence en VIH, estimée à 0,14% (0,08-0,28%), de la population adulte en 2007. Quoique le nombre de personnes connaissant leur statut sérologique VIH ait augmenté, une grande majorité de Malagasy vivant avec le VIH continuent d'ignorer leur état sérologique et n'ont pas accès à des services appropriés de prévention, de traitement, de soins et de soutien.

La JICA à travers le Projet de Renforcement du Programme de Prévention du VIH/sida appuie le Ministère de la Santé Publique dans la lutte contre le VIH/sida à Madagascar. Le Projet en collaboration avec le Programme National de Lutte contre sida (PNLS) a débuté en Mars 2008 et dure quatre (4) ans. Son objectif global est de maintenir cette prévalence nationale du VIH à Madagascar à moins de 1% ; et son objectif spécifique est de renforcer la capacité d'offre des services de qualité en Counseling et Dépistage (CD) du VIH.

Pour la période restante du Projet, environ six (6) mois, la JICA a envoyé l'Equipe d'Evaluation Finale dans la République de Madagascar du 29 Septembre au 24 Octobre 2011 avec pour objectif d'évaluer la performance du Projet. L'Evaluation Finale a été effectuée conjointement par l'Equipe et les autorités Malagasy concernées.

1-2. Objectifs d'Evaluation

Les objectifs de l'évaluation finale consistent à:

- (1) Faire une revue et évaluer les appports, les activités et les réalisations du Projet;
- (2) Evaluer le Projet du point de vue des cinq critères d'évaluation du DAC;
- (3) Clarifier les problèmes à aborder et émettre les recommandations y afférentes pour un achèvement réussi du Projet sur la base de revue et d'évaluation; et
- (4) Tirer des leçons du Projet pour une amélioration de la planification et de la mise en œuvre de projets de coopération technique similaire dans le futur.

1-3. Programme de l'Equipe d'Evaluation

Date	Programme	
28-Sep	Mercredi	Arrivée de Consultant Japonais : M. Nagashima
29-Sep	Jeudi	Réunions entre les experts du Projet et le Consultant
30-Sep	Vendredi	Entretien avec le Directeur Général de la Santé au Ministère de la Santé Publique, le Coordonnateur du Projet, le Gestionnaire du Projet et les Homologues du Projet
1-Oct	Samedi	Préparation de rapport
2-Oct	Dimanche	Préparation de rapport
3-Oct	Lundi	Entretien avec le personnel du PNLS et du Laboratoire National de Référence

4-Oct	Mardi	Entretien avec le personnel de la DRSP d'Analamanga et BMH (Bureau Municipal D'Hygiène d'Antananarivo)
5-Oct	Mercredi	Entretien avec le personnel du SSS (Service des Statistiques Sanitaires) et le SE/CNLS (Secrétaire Exécutif du Comité National de Lutte contre le VIH/sida)
6-Oct	Jeudi	Entretien avec les équipes de Recherche Opérationnelle, visite de sites à Antananarivo (SDSP Antananarivo Renivohitra)
7-Oct	Vendredi	Entretien avec le personnel du PNLS, Entretien avec les groupes vulnérables au BMH
8-Oct	Samedi	Préparation de rapport
9-Oct	Dimanche	Préparation de rapport
10-Oct	Lundi	Entretien avec le personnel du Fonds Mondial, de la Banque Mondiale et de SALAMA
11-Oct	Mardi	Entretien avec UNICEF, UNFPA et OMS
12-Oct	Mercredi	Visite de sites à Antananarivo (SDSP Antananarivo Atsimondrano), Déplacement à Moramanga
13-Oct	Jeudi	Visite de sites à Moramanga (SDSP Moramanaga, Maison des Jeunes), Déplacement à Toamasina
14-Oct	Vendredi	Visite de sites à Toamasina (DRSP Atsinanana, SDSP Toamasina I, SDSP Toamasina II, CHU Toamasina), déplacement à Antananarivo
15-Oct	Samedi	Préparation de rapport
16-Oct	Dimanche	Préparation de rapport
17-Oct	Lundi	Réunions internes, Arrivée des Officiels de JICA
18-Oct	Mardi	Visite du SSS et PNLS, Réunion interne
19-Oct	Mercredi	Visite de sites à Antananarivo (SDSP Antananarivo Atsimondrano et le BMH)
20-Oct	Jeudi	Préparation de la Quatrième Réunion du Comité Conjoint de Coordination
21-Oct	Vendredi	Quatrième Réunion du Comité Conjoint de Coordination
22-Oct	Samedi	Révision du Procès-verbal
23-Oct	Dimanche	Finalisation du Procès-verbal
24-Oct	Lundi	Rapport auprès du Ministère de la Santé Publique (Signature du procès-verbal), Rapport auprès de l'Ambassade du Japon, Rapport auprès de la JICA Madagascar
25-Oct	Mardi	Départ de la Mission

1-4. Membres de l'Equipe d'Evaluation

(1) Equipe Japonaise d'Evaluation Finale

M. Akio OKAMURA	Chef d'Equipe	Directeur de Division de Planification et Coordination, Département du Développement Humain, JICA Siège
Dr Yuriko YANAGA	VIH Counseling	Psychologue clinique, Centre de Prévention des Infections et des Maladies Infectieuses, Ecole de Médecine de l'Université de Keio
Mme Yuka IINO	Planification et Coopération	Expert Associé, Division de Santé 2 Département du Développement Humain, JICA Siège
M. Taku ICHIYAMA	Coordination des Etudes	Conseiller en Formulation de Projet, JICA Madagascar
M. Satoshi NAGASHIMA	Evaluation et Analyses	Consultant Senior, ICONS Inc.
M. Toshiharu OKAYASU	Expert	Conseiller Principal/ Administration de la Santé
Mme Kae FURUKAWA	Expert	Coordinateur/ Santé Publique
Dr Shuko NAGAI	Expert	Recherche Opérationnelle

(2) Partie Malagasy

Pr RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie	Secrétaire Général	MINSANP
Dr TAFANGY Philémon Bernard	Directeur Général	MINSANP
Dr RAZAFINDRAFITO Hajarijaona	Secrétaire Exécutif	CNLS
Dr ROBINSON Andrianirina Roland	Coordonnateur	Projet de Renforcement du Programme de Prévention du VIH /sida, MINSANP
Dr RANAIVO RAHAMEFY Jacky	Directeur	PNLS
M. Rado MILJAONA	Directeur	Direction des Etudes et de la Planification
M. RAMAHATANAHARISOA Aristide Williams	Directeur	Direction du Système d'Information
Dr RAMIHANTANIARIVO Herlyne	Directeur	Direction du Partenariat
Dr ANDRIAMAMPINANINA Nivoarimanana	Directeur	Direction de la Promotion de la Santé
Dr RAKOTOELINA Bakonirina	Directeur	Direction de la Santé de la Mère



Dr SAHONDRA HARISOA Josée	Directeur	Direction des Districts Sanitaires
Dr RASOAHARIVOLOLONA Sahondra N.	Assistant Technique	Direction de la Gestion des Intrants de Santé, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle
Dr RAZAFIMAHATRATRA Jean Louis	Chef de Service	SSS
Mme MAVO RAZANABAO Francine	Biologiste	LNR
Dr ANDRIANJATOVO Andriamiarizo	Chef	Unité d'Appui et de Coordination de Lutte contre les IST/sida (PNLS)
Dr RAHOLIARINTSOA Verohanitriniala	Chef	Service de Prévention des IST/sida (PNLS)
Dr ANDRIANALINERA Mamitiana	Chef	Service de la Surveillance Epidémiologique et Comportementale (PNLS)
Dr RAKOTOBE Liva	Chef	Service de la Prise en charge des IST/sida (PNLS)
Dr RAHERIVOLOLONA Evelyne	Homologue national	Service de la Prévention des IST/sida (PNLS)
Dr VONY SOA HANITRA Harimanana Jullie	Homologue national	Service de la Prévention des IST/sida (PNLS)
Dr RAZAFINDRADOARA Voahangy	Médecin	Service de la Prévention des IST/sida (PNLS)
Dr RANDRIAMILAHATRA Emma	Médecin	Service de la Prévention des IST/sida (PNLS)
Dr RANDRIANTODY Victor	Médecin Inspecteur	SDSP Antananarivo Atsimondrano
Dr RAVELOMANANTSOA Théodule	Assistant Technique	DSH

1-5. Méthodologie d'Evaluation

L'évaluation est conçue en vue de vérifier les aspects suivants sur la base du PDM et du Plan d'Opérations:

- 1) Réalisations du Projet sur la base des indicateurs du PDM
- 2) Processus de Mise en Oeuvre
- 3) Définition des cinq critères d'évaluation:

Pertinence	La pertinence du plan du Projet a été revue en terme de validité de l'objectif spécifique du projet et de l'objectif global, en rapport avec la politique de développement du Gouvernement de Madagascar, la politique d'assistance du Gouvernement du Japon, les besoins des bénéficiaires, et par la cohérence logique du plan du Projet.
Efficacité	L'efficacité fut considérée par l'évaluation de l'envergure de réalisation de l'objectif du Projet et par la clarification de la relation entre l'objectif et les résultats.
Effizienz	L'effizienz de la mise en œuvre du Projet a été analysée avec un accent sur la relation entre les résultats et les intrants en termes de temps, de qualité et de quantité d'intrants.
Impact	L'impact du Projet a été évalué sur la base des influences positives et négatives générées par le Projet.
Durabilité	La durabilité du Projet a été évaluée sur le plan politique, institutionnel, financier et technique, tout en examinant dans quelle mesure les réalisations du Projet seraient durables ou mises à l'échelle après la période du Projet.

Des conclusions furent tirées des résultats de l'étude et des recommandations ont été données par l'Equipe.

2. EVALUATION

2-1. Réalisation du Projet

2-1-1 Atteinte du Résultat

Résultat 1: Politique nationale, normes, directives et guides sur les services de CD sont réactualisées pour être exploitées par les prestataires et les organismes concernés

Résultat 2: Collecte et analyse des données sur les services de CD au niveau central et régional de la MINSANP sont renforcées

Résultat 3: Les solutions visant à améliorer l'accessibilité aux services de CD sont partagés

Résultat1: Politique nationale, normes, directives et guides sur les services de CD sont réactualisées pour être exploitées par les prestataires et les organismes concernés

- (1) Nombre de politique nationale, des normes, des directives et des outils de gestion des services CD réactualisés

Les résultats suivants ont été déjà développés par le Projet lors de l'évaluation finale.

Tableau 1 : Nombre de politique national,des normes,des directives et des outils de gestion des services CD réactualisés.

Année	Politique nationale révisée, normes, guides, manuels et outils de travail		Sous-total	Total
2009	Produits validés par le Ministère	Politique Nationale de Dépistage du VIH, RMA révisés, Fiche de référence, Registre confidentiel de dépistage, Registre de consultation prénatale*, Fiche Individuelle des PVVIH, Manuel de Remplissage des Outils de Gestion pour la Collecte des Données Afférentes aux Réponses du Secteur Santé aux IST/sida*	7	7
	Autres produits		0	
2010	Produits validés par le Ministère	Cahier d'Inventaire, Manuel d'utilisation des Logiciels GESIS Madagascar (Version 2010)	2	4
	Autres produits	Manuel simplifié Google Earth, Manuel d'amélioration des installations de dépistage du VIH (Version traduite)	2	
2011	Produits validés par le Ministère	Fiche de stock, RMA révisés, Guide et Procédures de Gestion des Intrants de Santé liés aux IST/VIH, Normes et Procédures sur le Counseling et Dépistage, 7 affiches de Fiche Opératoire Standard	11	13
	Autres produits	Introduction de Quantum GIS, Introduction du logiciel libre de statistiques: R et R commander	2	

* Incluant des documents élaborés avec l'UNICEF et la Banque Mondiale

(2) Nombre de FS offrant les services de CD disposant des politiques nationales, des normes, des directives et des outils de gestion

Les pourcentages des sites de dépistage au sein desquels les documents tels que la politique, les normes et les directives sont actuellement (Juillet 2001) établis au moment de l'enquête finale conduite en Juillet 2011 sont les suivants.

Tableau 2 : Taux de disponibilité des documents

	Taux de disponibilité des documents	
	Année 2008 (%)	Année 2011 (%)
Politique Nationale de Dépistage du VIH à Madagascar	23,9*	50,9
Manuel de formation intégrée de dépistage VIH/Syphilis	-	57,8
Cahier d'Inventaire	-	78,7
Fiche de Stock	-	87,1
Cahier d'Inventaire	-	66,8

Source: Résultat de l'enquête finale réalisée en Juillet 2011

* A Madagascar, le CTV a été promu et la « Politique Nationale de Counseling et Dépistage Volontaire » a été utilisée en 2008. Actuellement cette politique a été substituée par la « Politique Nationale de Dépistage du VIH à Madagascar » laquelle fut révisée par le Projet.

(3) Nombre de région disposant de responsables et de personnels concernés orientés sur les documents réactualisés (politique nationale, normes, directives et guides)

Lors de l'évaluation finale, 22 régions sont pourvues de responsables et de personnels orientés sur les documents réactualisés.

(4) Nombre de régions disposant de formateurs formés sur les curricula de formation révisés

De Juillet à Août 2010, deux organismes (UNICEF et JICA) ont collaboré et mis en œuvre au niveau national (22 régions) des formations de formateurs sur le curriculum de formation intégrée sur le VIH et la syphilis. Par conséquent, 22 régions sont à même de conduire les formations.

Résultat 2: Collecte et analyse des données sur les services de CD au niveau central et régional de la MINSANP sont renforcées

(1) Informations sur les sites et les ressources humaines de sites de CD mises à jour au moins une fois par an au niveau du PNL

La version 2010 de « l'Annuaire de Programme du VIH » a été développée, dont 1800 exemplaires ont été édités et distribués et dont la mise à jour fut effectuée à deux reprises en 2011. La version 2011 incluant les FS et les personnels de dépistage de la syphilis est en cours de préparation en vue d'édition.



(2) Indicateurs de programme définis et publiés dans l'annuaire des statistiques du Secteur Santé de Madagascar

Jusqu'en 2009, des informations limitées telles que l'effectif des IST ou les données sur l'observation sentinelle ont été incluses dans « l'Annuaire Statistique du Secteur Santé à Madagascar ». Toutefois, depuis la version 2010, le nombre d'indicateurs a augmenté à travers le résultat de l'appui du Projet, à savoir le nombre de FS fournissant des services de dépistage, le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH.

(3) Taux de complétude des RMA

Selon la version 2010 de l'Annuaire Statistique du Secteur de Santé à Madagascar, le taux de complétude de RMA depuis l'introduction du GESIS en Décembre 1998 est le plus élevé : CSB 92,2%, CHD 91,3%, CHRR/CHU 98,5%. Les détails y afférents sont donnés comme suit.

Tableau3 : Taux de complétude des RMA Unité: %

	2007	2008	2009	2010
CSB	86,6	89,3	77,0	92,2
CHD	83,1	85,6	76,2	91,3
CHRR/CHU	75,5	69,0	69,3	98,5

Source: Annuaire statistique du MINSANP

(4) Taux de promptitude des RMA

Le pourcentage démontrant que le RMA a été soumis à la limite du délai de soumission est comme suit. Bien qu'il n'y ait pas de changement significatif même après le Projet, cela ne présente aucun problème car le nombre de personnes qui ne respecte pas le délai augmente si le nombre de personnes qui soumettent le RMA augmente, et la priorité actuelle est d'accroître le taux de soumission.

Tableau4: Taux de promptitude des RMA * Unité :%

	2007	2008	2009	2010
CSB	84,2	86,4	85,2	72,8
CHD	72,0	74,9	78,3	62,9
CHRR/CHU	43,0	52,9	38,6	44,5

Source: SSS

*Le nombre de FS n'ayant pas soumis n'est pas inclus dans la dénomination.

(5) Nombre de jours de rupture de stock de premiers kits de dépistage dans les sites sélectionnés

Selon l'enquête en 2008, 39 sur 66 FS (59%) n'ont pas eu de rupture de stock durant les trois derniers

mois. De plus, le nombre moyen de jours de rupture de stock pour les trois derniers mois était de 20 jours. D'autre part, selon l'enquête finale réalisée en Juillet 2011, le pourcentage de FS qui n'ont pas eu de rupture de stock pour les trois derniers mois est de 86,4% (140 sur 162 FS) et le nombre moyen de jours de rupture de stock pour les trois derniers mois était de 3,58 jours. Ainsi une importante amélioration est observée.

Résultat 3: Les solutions visant à améliorer l'accessibilité aux services de CD sont partagées

(1) Documents sur les résultats d'au moins 3 activités pilotes en vue de l'amélioration de l'accessibilité au service CD

Trois projets de Recherche Opérationnelle, « Facteurs déterminants de la découverte au stade tardif de l'infection du VIH à Madagascar », « Profil et devenir des patients co-infectés TB/VIH à Madagascar », et « Le counseling et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant (CDIS) devraient-ils être offerts à tous les patients tuberculeux d'un pays à faible prévalence du VIH comme Madagascar ? » ont été sélectionnés par le Comité Consultatif de Recherche Opérationnelle et ont déjà été mis en œuvre.

La « Mise en place de Centre de Santé Intégré (CSI) dans la Région d'Analamanga » est en cours de réalisation en tant qu'activité pilote, et le rapport en est déjà préparé.

La Recherche Opérationnelle sur l'Application du Système d'Information Géographique aux Systèmes Existants de Collecte de Données dans le Cadre de la Surveillance de la Santé Publique et la Prévention des IST/VIH/sida à Madagascar » est en cours de mise en œuvre en tant qu'activités du Résultat 2.

(2) Nombre de réunions organisées afin de partager les résultats de la Recherche Opérationnelle

Avant cette évaluation finale, le résultat intermédiaire a été présenté à quatre reprises (Janvier, Mars, Mai et Août 2011) au sein du Comité Consultatif de la Recherche Opérationnelle.

Les réunions de restitution des résultats est programmée en Novembre 2011.

2-1-2. Atteinte de l'Objectif Spécifique

Objectif Spécifique :

La capacité d'offre des services de Counseling et Dépistage (CD) du VIH de qualité est renforcée.

Concernant l'atteinte des Résultats, malgré la crise politique en 2009, l'amélioration du service de CD a été confirmée et l'Objectif Spécifique est prévu d'être atteint.

(1) Nombre de sites de CD se conformant aux normes

Selon l'enquête du Projet, plus de 80% des FS ont pratiqué plus de 50% des notes de check-list aux normes définies dans le document des Normes et des Procédures du Counseling et Dépistage. Le Projet a visé à augmenter le nombre de sites de dépistage ayant des services de qualité. Pour cela, une première enquête sur les indicateurs des normes a été menée afin de voir si les sites de dépistage sont conformes aux normes nationales.

Tableau 5: Répartition des sites selon les notes obtenues

Classification des notes obtenues	Nombre de sites*	Pourcentage (%)
< 50%	30	15,3
Entre 50% et 75%	113	57,7
≥ 75%	53	27,0

Source: Enquête des activités de Counseling et Dépistage du VIH en 2010-2011

*196 sur 202 sites d'échantillon des sites de dépistage du VIH ont répondu à l'enquête dont le questionnaire contient 71 thèmes et un total de 83 points.

Dans le futur, il est essentiel d'améliorer la qualité des sites de dépistage sur la base des indicateurs définis.

Référence :

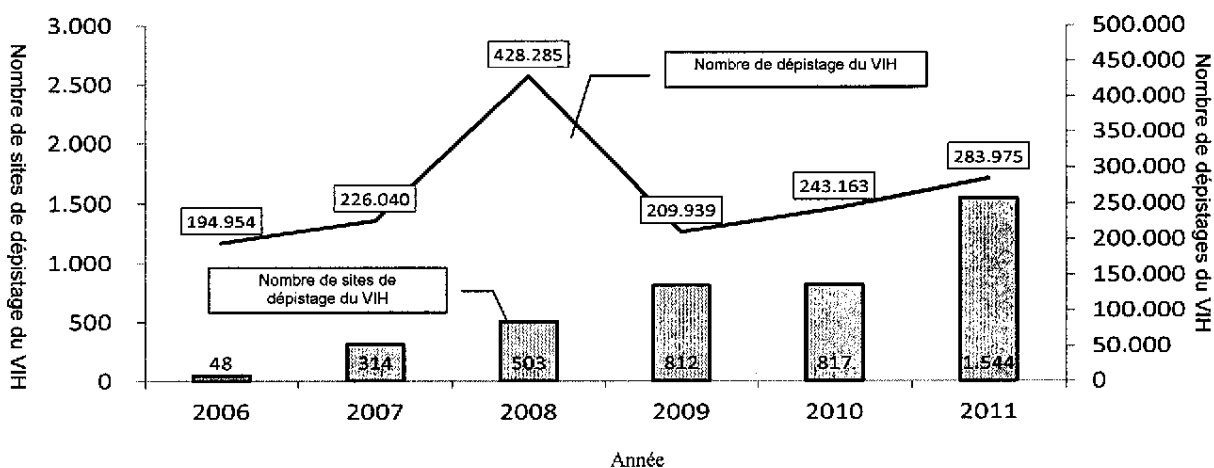


Figure : Répartition du nombre de dépistages selon le nombre de sites et selon l'année (2007 à Aout 2011)

Sources : PNLS, Annuaire Statistique du Secteur Santé, Projet

(2) Proportion des clients dépistés par rapport aux clients ayant reçu le Counseling pré-test

Selon le RMA/GESIS, les pourcentages de clients dépistés par rapport aux clients ayant obtenu le

Counseling pré-test en 2010 (1^{er} semestre) et en 2011 (1^{er} semestre) sont ci-dessous. La proportion des clients dépistés par rapport aux clients ayant reçu le Counseling pré-test a été améliorée.

Tableau 6: Proportion des clients dépistés par rapport aux clients ayant reçu le Counseling pré-test

	Proportion des clients
2010 (1 ^{er} semestre)	73,5%
2011 (1 ^{er} semestre)	90,0%

Source : GESIS (05 octobre 2011)

(3) Proportion des clients ayant reçu le Counseling post-test par rapport aux clients dépistés

Selon le RMA/GESIS, les pourcentages de clients ayant obtenu le Counseling post-test par rapport aux clients dépistés en 2010 (1^{er} semestre) et en 2011 (1^{er} semestre) est comme suit.

Tableau 7: Proportion des clients ayant reçu le Counseling post-test par rapport aux clients dépistés

	Proportion des clients
2010 (1 ^{er} semestre)	96,0%
2011 (1 ^{er} semestre)	97,0%

Source : GESIS (05 octobre 2011)

(4) Nombre de nouveaux cas de PVVIH par an

Selon l'Annuaire Statistique du Secteur Santé de Madagascar 2010, le nombre de nouveaux cas de PVVIH évolue comme suit.

Tableau 8: Évolution du nombre de nouveaux cas de PVVIH, du nombre de dépistage du VIH, du nombre de dépistage nécessaire pour trouver un nouveau cas entre 2007 et 2011

Année	e nouveaux cas de PVVIH	Nombre de dépistages du VIH	Nombre de dépistages nécessaires pour trouver un nouveau cas
2007	147	226.040	1.538
2008	138	428.285	3.104
2009	157	209.939	1.337
2010	238	234.163	984
*2011	**226	***283.975	1.257

Source: Annuaire Statistique du Secteur Santé de Madagascar 2010

*données provisoires entre Janvier-Août 2011, arrêtées le 5 octobre 2011 du PNLS

**le mois de Mai 2010 de l'inventaire des sites du Projet

***données provisoires entre Janvieret Août 2011 arrêtées le 5 octobre 2011 du PNLS



Le nombre de dépistages nécessaires pour trouver un nouveau cas est calculé selon la formule suivante :

$$\text{Nombre de dépistages nécessaires pour trouver un nouveau cas} = \frac{\text{Nombre de dépistage du VIH}}{\text{Nombre de nouveaux cas de PVVIH}}$$

D'après le résultat, le nombre de dépistage pour trouver un nouveau cas de PVVIH n'a pas diminué même si le nombre de dépistage augmente. Toutefois, à travers l'appui à l'élaboration de la Politique Nationale, des normes et procédures, des manuels et des outils de gestion, la conduite des formations intégrées, et le renforcement du dépistage des groupes vulnérables par le Fonds Mondial etc, le nombre de dépistages nécessaires pour trouver un nouveau cas a diminué et l'amélioration de la qualité de service CD a été observée.

2-1-3 Perspective de la réalisation de l'Objectif Global

Objectif Global:

La Prévalence nationale du VIH à Madagascar est maintenue à moins de 1%.

Selon l'analyse du "Spectrum (un logiciel développé par ONUSIDA afin d'émettre une estimation sur la prévalence et le nombre de séropositifs)" par SE/CNLS et les entretiens effectués dans le cadre de l'évaluation finale, la prévalence chez l'adulte (15-49 ans) demeure stable depuis 2005 (0,2%-0,4%), et l'Objectif Global est escompté être atteint. Toutefois, même s'il est escompté que le résultat du Projet contribue à atteindre l'Objectif Global, des activités supplémentaires, autres que l'amélioration des services CD, sont indispensables telles que des activités éducatives communautaires sur la prévention du VIH, des activités d'autres bailleurs, etc. Par conséquent, il est encore difficile d'évaluer dans quelle mesure la réalisation du Projet contribue à l'atteinte de l'Objectif Global.

2-1-4 Intrants

La partie Malagasy et la partie Japonaise ont contribué à l'apport des ressources humaines et matérielles comme prévu.

2-2. Processus de mise en œuvre du Projet

Bien que les activités du Résultat 3 soient légèrement différées, les activités du Résultat 1 et du Résultat 2 ont été presque achevées.

Le Projet collabore constamment avec d'autres bailleurs de fonds comme l'UNICEF, le Fonds Mondial, PMPS II (Banque Mondiale), l'UNFPA et l'OMS, et leur relation demeure complémentaire. Par conséquent, ces activités génèrent une synergie en vue de l'amélioration du service de CD.

La collaboration avec des directions autres que PNLs, particulièrement la relation avec SSS a été renforcée, et cela contribue au progrès du domaine de gestion des informations sanitaires.

L'instabilité politique survenue en Janvier 2009 a eu des effets tels que la suspension des opérations due à la dégradation de la sécurité aux environs du bureau du Projet. Les voyages et les déplacements étant restreints, l'envoi d'expert à long-terme fut reporté et la durée de prestation des experts à court-terme a diminué. En outre, des effets indirects ont été générés, tels que certains bailleurs ont arrêté leurs activités et l'approvisionnement de kits de dépistage a été temporairement suspendu.

Sous l'influence de la crise politique en 2009, pour raison de sécurité les homologues ainsi que les experts du Projet ont dû travailler une demi-journée pendant un mois et demi, ce qui explique le report de l'avancement des travaux. Par ailleurs, certains personnels ont été changés, entre autres, le Gestionnaire du Projet, et cela a affecté l'avancement des travaux.

2-3. Evaluation des cinq critères

2-3-1 Pertinence : Elevée

A Madagascar, bien que la prévalence du VIH ne soit pas encore très élevée, la prévalence de la syphilis ayant le même mode de transmission que le VIH est élevée, ainsi la prévention s'avère être primordiale. Pour effectuer des activités de prévention du VIH, le renforcement des services de CD constitue une des mesures efficaces. De plus, le Gouvernement Malagasy adopte une politique de décentralisation, ainsi, le renforcement de capacité des DRSP et des SDSP est essentiel. En conséquence, l'approche du Projet avec l'objectif de renforcer la capacité de service de CD par les DRSP et des SDSP est appropriée.

Avec la collaboration de l'UNICEF, de la Banque Mondiale, du Fonds Mondial et de l'UNFPA etc, le Projet a réalisé la conception de curricula de la formation intégrée sur la syphilis et l'infection à VIH, des formations des formateurs, des formations intégrées et des formations sur RMA/GESIS à travers des modules standards dans 22 régions et 111 districts, avec une qualité égale et sans duplication. Par conséquent, la coordination et l'harmonisation avec d'autres bailleurs s'est avérée réussie.

Le Projet cible les 22 régions à Madagascar. Par rapport à d'autres bailleurs qui ciblent uniquement quelques régions pilotes, les bénéfices découlant du Projet sont distribués de manière égale.

Le Projet est principalement conçu pour renforcer la prévention du VIH sur la base des expériences des projets de coopération technique réalisées au Sénégal, au Kenya et en Tanzanie. Par conséquent, les acquis des projets de coopération technique sur le VIH de la JICA sont bien inspirés et utilisés.

2-3-2 Efficacité : Elevée

Pour l'amélioration du service de CD, il est nécessaire d'augmenter le nombre de sites de dépistage, de développer la politique et les guides, de promouvoir leur utilisation, de contrôler la qualité de dépistage, de réduire les ruptures de stock des kits de dépistage, d'améliorer la capacité de Counseling

afin de faciliter la venue des patients pour être dépistés, d'accroître l'efficacité des dépistages en collaborant avec les autres programmes de santé, etc.

Le Projet contribue à l'amélioration du service CD en appuyant l'approvisionnement des kits de dépistage au PNLs et au LNR, en élaborant les documents de Politique Nationale, des Normes et Procédures de counseling et dépistage, de Guide logistique des intrants IST/VIH/sida et de Formations, en renforçant la logistique, et en assistant l'information sanitaire à travers l'appui au RMA/GESIS.

De par ces activités, même si le nombre de sites de dépistage augmente, le nombre de dépistages nécessaires pour trouver un nouveau cas diminue et l'amélioration de la qualité de service de CD est confirmée.

A Madagascar, un des objectifs consiste à « Intégrer le dépistage du VIH et de la Syphilis dans toutes les FSs d'ici au 2015 », et le Projet a bien contribué à l'augmentation du nombre de sites de dépistage. Toutefois, les visites de supervision ne peuvent pas couvrir tout le territoire national et le système logistique demeure encore fragile, et certains aspects de la qualité de services restent encore à développer.

Pour l'objectif de « renforcement de la capacité d'offre des services de CD de qualité », les formations intégrées dans toutes les régions appuyées par plusieurs bailleurs ont été conduites de 2010 au premier semestre 2011. Grâce à cet effort, le nombre de sites de dépistage basés sur la Politique Nationale révisée, les Normes et Procédures a augmenté de 503 à 1544.

De plus, à travers le renforcement de la logistique par l'appui à l'élaboration du guide, à l'approvisionnement en kits de dépistage et des outils de gestion, les ruptures de stock ont diminué de façon drastique : selon l'enquête en 2008, 39 sur 66 FS (59,1%) n'ont pas eu de rupture de stock durant les 3 derniers mois passés. Et, selon l'enquête finale en Juillet 2011, le pourcentage de FS qui n'ont pas eu rupture de stock durant les 3 derniers mois est de 86,4% (140 sur 162). Ce résultat est expliqué par la contribution du Résultat 1 et du Résultat 2 du Projet et les efforts des autres partenaires.

Les activités du Résultat 3 sont en cours de mise en œuvre. Toutefois, l'activité pilote du CSI (Centre de Soins Intégré) contribuera à l'amélioration du service CD dans le futur tout en offrant un environnement favorable aux groupes vulnérables (HSH, TDS, PVVIH etc.) afin qu'ils bénéficient des services de dépistage et de prise en charge.

2-3-3 Efficience : Assez élevée

Étant donné que l'envoi des experts Japonais fut différé, les activités du Résultat 3 de la Recherche Opérationnelle ont été légèrement repoussées. Toutefois toutes les activités planifiées sont escomptées

être exécutées.

A travers le Projet, une diffusion à l'échelle nationale de la version révisée du RMA/GESIS a été effectuée grâce à une bonne collaboration avec le Service des Statistiques Sanitaires malgré un effectif limité des experts Japonais. Dans ce sens, l'efficacité des activités du Projet est élevée, et le rapport coût-efficacité des résultats est justifié.

A cause de la crise politique, certains bailleurs ont suspendu provisoirement leurs interventions et l'acquisition de kits de dépistage a été également interrompue. Pour cette raison, les services de CD aux niveaux des sites ont été plus ou moins affectés.

2-3-4 Impact : Elevé

Se référant à la tendance passée, à la modélisation de la prévalence, et aux entretiens effectués lors de l'évaluation finale, l'Objectif Global est escompté être atteint, et il est attendu que la prévalence du VIH serait maintenue en-dessous de 1% à Madagascar même si quelques risques potentiels sont à craindre.

Certains acquis du Projet seront reflétés et inclus dans le contenu du Plan Stratégique National du VIH pour la période de 2013-2017 qui sera développé d'ici l'année 2012.

Dans la préparation de l'Objectif à atteindre à travers les OMD des Nations Unies et du MINSANP, « l'installation de services de dépistage du VIH et de la Syphilis dans toutes les FS d'ici 2015 » est escomptée être incluse en tant qu'Objectif. Le Projet a promu avec d'autres bailleurs l'installation de service de dépistage du VIH et de la Syphilis au niveau de plus de 40% de toutes les FS. La contribution du Projet est considérablement élevée.

Durant la crise politique, les activités d'une partie des bailleurs ont été suspendues. Toutefois l'assistance des partenaires a repris plus ou moins son cours normal à présent. Cependant, la Banque Mondiale, qui est le plus important bailleur a suspendu l'instruction de nouveaux projets relatifs au Secteur Santé et l'actuel Projet PMPS II sera prolongé sur la base du budget restant. De ce fait, leurs activités sont escomptées être mises à l'échelle, mais il y a un souci d'acquisition d'intrants tels que les kits de dépistage etc, et à cet égard, le plan alternatif devrait être examiné.

Grâce à la formation à grande échelle conduite en vue d'intégrer les indicateurs des IST/VIH/sida dans le logiciel GESIS, le taux de rapportage du RMA incluant d'autres informations sanitaires a été amélioré de façon très significative.



2-3-5 Durabilité : Moyenne

L'appui politique continuera dans ce domaine car la prévention du VIH s'avère être un programme vital à Madagascar.

Vu que le Gouvernement Malagasy dépend uniquement de l'assistance des bailleurs quant à l'acquisition des kits de dépistage etc, les activités demeurent toujours influencées par le plan d'action des partenaires. Le Gouvernement Malagasy n'a pas assuré le budget d'acquisition des intrants et la durabilité dépend des actions des bailleurs. Étant donné que le dépistage est gratuit et que le budget du Gouvernement Malagasy est limité, il est difficile d'améliorer la situation actuelle par l'unique effort du Gouvernement Malagasy. Il est donc nécessaire de renforcer l'approche auprès des bailleurs de fonds à travers l'élaboration de plan utilisant des informations statistiques améliorées par le Projet, etc.

Grâce au transfert technique réalisé par les experts Japonais, les homologues ont acquis la capacité technique de réviser et de développer par eux-mêmes des documents de politique nationale, des normes, des guides, des manuels et des outils de travail. Toutefois, il existe toujours un problème lié au budget destiné à l'édition et à la diffusion des documents, etc.

2-4. Conclusions

Comme le Projet a travaillé activement avec d'autres bailleurs, aucun chevauchement des activités n'a été observé car chaque bailleur œuvre de manière complémentaire. Le Projet a contribué à générer une synergie des partenaires, et ainsi la collaboration efficace constituerait un facteur pour l'accomplissement de l'Objectif Global dans le futur.

Le Projet a mené diverses activités en vue d'améliorer le service de CD, en appuyant l'élaboration de la Politique Nationale, des Normes et Procédures de dépistage du VIH et les curricula de formations, le renforcement de la logistique et l'appui à la gestion des données statistiques sanitaires à travers le RMA/GESIS et l'approvisionnement en kits de dépistage au PNLS et au LNR. Le Projet a appuyé surtout le cadre de l'élaboration des politiques et des manuels sur le counseling et le dépistage. Les acquis issus de la mise en œuvre de ces activités peuvent être maintenus même avec d'autres partenaires nouvellement décidés à intervenir. Par conséquent, le niveau de l'efficacité et de la durabilité de l'activité reste élevé.

Toutefois, il est encore nécessaire d'améliorer la qualité des prestations de service de CD. Comme le projet a principalement intervenu au niveau central et régional, le niveau de prestation dans les districts et les FS demeure insuffisant. Actuellement, étant donné que le Gouvernement Malagasy essaie d'introduire le dépistage du VIH et de la syphilis dans toutes les FS d'ici 2015, un appui supplémentaire à l'endroit des districts et des prestataires de services de dépistage s'avère nécessaire, particulièrement en matière de formation intégrée sur le VIH et la syphilis, de formations

sur RMA / GESIS, de mise en place du système de supervision, et d'amélioration de la logistique.

3. RECOMMANDATIONS

3-1. Diffuser et utiliser les documents de référence

Le Projet a développé plusieurs documents, entre autres, la Politique Nationale, Normes et Procédures qui ont été validés par la partie nationale. Les bénéficiaires concernés ont exprimé leur satisfaction à l'endroit du contenu desdits documents mais selon les résultats de l'enquête de l'évaluation finale (fin Juin 2011), les documents n'ont pas encore été reçus par quelques districts et quelques sites. Par conséquent, il est souhaitable que le Projet assure le suivi de la réception par les prestataires de ces documents déjà envoyés aux districts avant la fin de la période du Projet. Par ailleurs, il existe des sites qui n'ont pas encore atteint certain niveau de normes fixé au niveau national. De ce fait, il est important de planifier des activités et d'en fournir les efforts nécessaires afin de réaliser dans le moyen terme les activités programmées, en vue d'atteindre les normes établies.

3-2. Amélioration de la qualité de RMA/GESIS

Le Projet et la partie nationale avec d'autres partenaires ont intégré les indicateurs de VIH/sida dans le RMA. Les différents acteurs et parties prenantes du Projet ont apprécié l'utilisation du RMA révisé car cela contribue à améliorer la fiabilité des données et en même temps à réduire le volume de travail des responsables concernés. Le résultat final de l'enquête montre que, selon les responsables de sites de counseling et dépistage, les différents formulaires ont été améliorés par rapport à l'année 2008. Par contre, pendant les entretiens effectués par l'équipe d'évaluation finale, certains responsables de saisie, plus particulièrement les responsables SIG qui n'ont pas bénéficié de la formation sur le RMA/GESIS, ont émis que certaines parties du RMA réactualisé restent difficiles à remplir. Par conséquent, il est nécessaire de mettre en place un système de clarification des indicateurs, en l'occurrence, fournir des réponses aux questions posées par les responsables des données, ceci afin de maintenir la complétude des rapports d'activités et d'améliorer la qualité des données.

3-3. Améliorer la capacité d'analyse des données

Grâce aux activités du Projet, le taux de complétude et la qualité des données se sont améliorées; ceci a généré la satisfaction des responsables concernés. Cependant, le point le plus important consiste à l'analyse pertinente des données pour la planification des activités à mettre en œuvre. A cet effet, le Projet a déjà mis en œuvre des recherches opérationnelles et a réalisé des formations sur le système d'information géographique et différentes méthodes statistiques. A travers de telles activités, le Projet doit continuer à renforcer les capacités des personnels en matière d'utilisation optimale des données obtenues en vue de l'élaboration et l'exécution des politiques appropriées. Etant donné la situation qui



prévaut à Madagascar, l'appui de bailleurs est nécessaire pour continuer les activités de counseling et dépistage. Pour cela, il est indispensable de réviser le plan opérationnel à travers l'analyse de données exactes et fiables.

3-4. Assurer les Rétro-informations pour les responsables des données à tous les niveaux

Une nette amélioration du taux de complétude des rapports a été observée: cela constitue un important résultat du Projet. Toutefois, le taux de complétude des rapports des FS privées et des ONG demeure inférieur. En conséquence, il est fondamental que les responsables de RMA sachent les nécessités relatives à l'amélioration continue du système de rapportage et de la qualité des données. Dans ce cadre, en utilisant la liste des prestataires et l'annuaire du programme IST/sida à Madagascar, lors des revues périodiques au niveau central, régional et district, des sessions de rétro-informations doivent être organisées à temps. Les rétro-informations doivent être faciles à comprendre et tenir compte des leçons apprises pour une continuation et un développement des résultats obtenus. Dans ce cadre, des sessions de rétro-informations doivent être organisées lors des revues périodiques au niveau central, régional et district, en utilisant la liste des prestataires.

3-5. Utiliser les résultats de la Recherche Opérationnelle

Il est attendu que le rapport de résultats de la recherche opérationnelle soit élaboré et que des ateliers soient organisés pour partager les résultats avec les personnes concernées. Il est aussi escompté que lesdits résultats soient reflétés dans l'élaboration du plan stratégique national et du plan d'action.

3-6. Renforcer le continuum de soin

Le Projet a augmenté les réalisations relatives au renforcement de la prévention à travers l'amélioration des activités de counseling et dépistage. Afin de rendre plus efficace la lutte contre le VIH/sida, le Gouvernement Malagasy ne devra pas seulement s'appuyer sur le développement et la continuité des réalisations, mais devra également prendre l'initiative des décisions et de mise en œuvre de toutes les stratégies efficaces et réalisables, telles la promotion des dépistages et le renforcement des traitements et de prise en charge des cas confirmés après le dépistage. Les initiatives pour les stratégies de lutte contre le VIH/sida pour la période de 2013 à 2017 s'avèrent ainsi être une importante opportunité à saisir.

4. LECONS APPRISES

4-1. Initiative du pays bénéficiaire et renforcement de l'esprit d'équipe

Concernant le Projet, le Ministère de la Santé Publique est conscient de l'importance de l'initiative du pays bénéficiaire et de la nécessité de renforcement de capacités. La participation active dans le Projet à travers une mise à disposition des personnels du ministère et les discussions constructives entre ces derniers et les experts Japonais ont contribué à la validation et à l'utilisation à temps des différents produits. Ces facteurs constituent la clé de réussite du Projet. Lors de la formulation et de la mise en œuvre d'un projet, il est nécessaire pour les deux parties de comprendre que l'initiative du pays bénéficiaire et sa participation active dans le projet ont une influence pertinente dans la réussite de la coopération technique.

4-2. Collaboration avec d'autres partenaires

A travers la collaboration avec d'autres partenaires, le Projet a réalisé des formations au niveau des régions et des districts. Grâce à cette collaboration, le Projet a réussi à avoir l'impact au niveau national. Si un projet vise à obtenir l'impact sur le plan national, il doit connaître les perspectives et la limite de chaque partenaire. Au cas où l'appui des bailleurs de fonds est indispensable pour la mise en œuvre du plan de développement, il est nécessaire d'essayer d'atteindre les objectifs à travers des discussions fructueuses entre les différents partenaires.

4-3. Clarification des indicateurs établis pour la mesure de l'amélioration de la qualité

Au début, le Projet a défini comme indicateur l'augmentation en nombre des sites de dépistage. Mais lors de la revue à mi-parcours, cet indicateur est changé en « nombre de sites de CD se conformant aux normes ». Cependant, il a été difficile de mesurer cet indicateur du fait que les objectifs quantifiables ou le taux de respect des normes à atteindre pour déterminer le respect des normes par les sites de dépistage n'ont pas été décidés avec le pays bénéficiaire. Si des indicateurs quantifiables sont à établir pour l'amélioration de la qualité, il est souhaitable pour le pays bénéficiaire de convenir le plus tôt possible des critères d'évaluation concrets basés sur le standard du pays.

4-4. Appui tenant compte du renforcement du système de santé du pays bénéficiaire

Le Projet a pour objectif de renforcer la capacité de l'offre de service de counseling et de dépistage du VIH. Cependant, l'appui du Projet ne se limite pas seulement au personnel du PNLS mais s'étend également aux responsables du Service des Statistiques Sanitaires, aux autres programmes de santé, aux responsables des données des régions et des districts, à travers l'amélioration complète du RMA.



Les indicateurs sur le VIH et les IST sont actuellement intégrés dans le RMA/GESIS qui est utilisé dans tout Madagascar. Quoique des points restent à améliorer, la contribution du Projet pour le renforcement du système de santé à Madagascar est conséquente. Pour accomplir les objectifs du projet, tout en utilisant le système de santé du pays bénéficiaire, il est également nécessaire d'analyser le renforcement de ce système selon les circonstances.

4-5. Exécution de la recherche opérationnelle

Dans le cadre de la mise en œuvre de la recherche opérationnelle, en tant qu'activité intégrante du projet, il est indispensable de définir exactement le plus tôt possible le plan de réalisation tenant compte des résultats du pays bénéficiaire et d'identifier les personnes ressources nécessaires.

ANNEXES

ANNEXE 1: Liste des experts Japonais et des membres de la mission de consultation

ANNEXE 2: Liste des équipements acquis

ANNEXE 3: Dépenses opérationnelles

ANNEXE 4: Formation au Japon / dans un Pays Tiers

ANNEXE 5 : Echange Technique, Visite de Site, Conférence Internationale

ANNEXE 6: Cadre Logique du Projet



ANNEXE 1: Liste des experts Japonais et membres de la mission de consultation

(1) Experts à long terme

Nom et Titre	Domaine d'intervention	Période
Dr Katsuhiko YOSHITAKE	Conseiller Principal / Administration de Santé	2 Juin 2008 – 1er Juin 2009
M. Toshiharu OKAYASU	Conseiller Principal / Administration de Santé	18 Juillet 2009 – 24 Mars 2012
Mme Junko YAMADA	Coordnatrice / Lutte contre le VIH/sida	31 Mars 2008 – 20 Mars 2010
Mme Kae FURUKAWA	Coordnatrice / Santé Publique	13 Mars 2010 – 24 Mars 2012
Dr Shuko NAGAI	Recherche Opérationnelle	14 Décembre 2010 – 24 Mars 2012

(2) Experts à court terme

Nom	Domaine d'intervention	Période
Dr Yuriko YANAGA	Counseling VIH	10 Janvier 2009 – 25 Janvier 2009
Mme Nakae NOGUCHI	Gestion logistique	14 Février 2009 – 22 Mars 2009
Dr Shuko NAGAI	Recherche Opérationnelle	13 Avril 2010 – 15 Juin 2010
Dr Saori KASHIMA	Système d'Information Géographique (GIS)	24 Juillet 2010 – 27 Août 2010 26 Mars 2011 – 13 Avril 2011

(3) Envoi d'Expert de Pays tiers

Nom	Domaine d'intervention	Période
M. BAAL Djibril	Counseling / Prise en charge psycho-sociale	27 Février 2011 – 26 Mars 2011

(4) Formation d'Expert associé de la JICA

Nom	Domaine d'intervention	Période
Mme Yuka IINO	Information Sanitaire (Qualité des données)	11 Mai 2011 – 1er Juillet 2011

(5) Membres de la mission de consultation (20 Février 2011 – 6 Mars 2011)

Nom	Domaine d'intervention	Organisation
M Masakatsu KOMORI	Chef de mission	Directeur de la Division Santé 2, Groupe 1, Département du Développement Humain, JICA
Dr Akira HASHIZUME	Conseiller Technique	Doyen de l'Université de Gestion de Soins Médicaux
Mme Yuka IINO	Membre	Expert Associé Division Santé 2, Groupe 1, Département du Développement Humain, JICA

ANNEXE 2: Liste des équipements acquis

(1) Equipement acquis par la partie Japonaise

No	Désignation	Type etc	Qté	Sous-total	Emplacement	Etat
1	PC Desktop	DELL VOSTRO 200	3	11.577.600 Ar	Bureau du projet	Bon
2	PC Laptop	DELL VOSTRO 1500	2	7.396.800 Ar	Bureau du projet	(1) bon (1) fonctionnel
3	Imprimante Laser (Noir & Blanc)	HP LaserJet 1320n	1	2.620.000 Ar	Bureau du projet	Bon
4	Imprimante Tout-en-un, Photocopieur, Scanneur	HP DeskJet F2180	1	275.000 Ar	Bureau du projet	Bon
5	Tout-en-un FAX, photocopieur	HP Office Jet 5610	1	390.000 Ar	Bureau du projet	Bon
6	Projecteur	TOSHIBA TDP SP1	1	1.950.000 Ar	Bureau du projet	Bon
7	PC Desktop	HP COMPAQ PRESARIO SR5570CF	4	14.344.000 Ar	Bureau du projet	Bon
8	PC Laptop	HIGH Portable FSC Esprimo Mobile V6535	1	3.345.000 Ar	Bureau du projet	Bon
9	Imprimante Laser (Noir & Blanc)	HP P2015DN	1	1.628.840 Ar	Bureau du projet	Bon
10	Imprimante Laser (Couleur)	HP CP2025DN	2	5.798.000 Ar	PNLS et Bureau du projet	Bon
11	Machine photocopieuse	CANON IR 3225	1	10.350.900 Ar	Bureau du projet	Bon
12	Véhicule (4x4)	TOYOTA Land Cruiser GX 4,5L, Turbo Diesel D4D station wagon 4x4	1	120.500.000 Ar	Bureau du projet	Bon
13	UPS (pour photocopieuse)	IPOWER Smart 3000/3 KVA	1	2.542.200 Ar	Bureau du projet	Bon
14	Récepteur GPS	OREGON 200 GARMIN	3	3.906.000 Ar	Bureau du projet	Bon
15	SPSS (Logiciel d'Analyse Statistique)	PASW Statistics Base V 18.02 Win	1	2.109 Euro	Bureau du projet	Bon
16	Porte-bagages	TOYOTA 1.45 X 1.10	1	1.8000.000Ar	Véhicule de projet	Bon

17	ESRI Arc GIS 9(Logiciel d'Analyse d'Information Sanitaire)	ArcView 9.3.1 (DVD/USB)	1	8.512.000Ar	Bureau du projet	Bon
18	Imprimante couleur	HP Office jet 7000 Wide format	1	1.078.650Ar	Bureau du projet	Bon
19	PC Laptop	FUJITSU	1	2.350.000Ar	Bureau du projet	Bon
20	Pickup truck	MITSUBISHI L200	1	44.000.000Ar	Bureau du projet	Bon
21	PC Laptop	TOSHIBA C660D	2	2.400.000Ar	Bureau du projet	Bon
22	PC Laptop	TOSHIBA C660	1	1.850.000Ar	Bureau du projet	Bon
23	PC Laptop	SONY VAIO NetBook	1	1.150.000Ar	Bureau du projet	Bon
24	Couvre-voiture pour pickup truck		1	4.548.000Ar	Bureau du projet	Bon
25	Imprimante Laser (Noir & Blanc)	HP Laserjet 3015P	1	3.070.800Ar	Bureau du projet	Bon
26	Machine photocopieuse	RICOH Aficio MP2000	1	9.180.000Ar	Bureau du projet	Bon
27	PC Laptop	TOSHIBA Pro 670-1FX	6	12.900.000Ar	Direction des Statistiques Sanitaires de la Prévention du VIH	Bon
28	Projecteur	Acer X110P	1	1.190.000Ar	Bureau du projet	Bon
29	PC Laptop	HP G62 Dual Core P610	1	1.700.000Ar	Bureau du projet	Bon

1 Yen Japonais = 0,03997Ar (Taux de la JICA en Septembre 2011)

(2) Test kist VIH acquis par la partie Japonaise

No	Désignation	Quantité	Prix Total
1	Retrocheck	250	380.160 Ar
2	Determine	300	811.413 Ar
3	Determine	100.000	11.263.900 Ar
4	Genie II	280	3.063.270 Ar
5	Determine	300	819.000 Ar
6	Retrocheck	350 (35 boîtes)	1.400.000 Ar
7	Retrocheck	650 (65 boîtes)	2.600.000 Ar
8	Unigold	280 (14 boîtes)	3.439.847Ar
9	Determine	105.000 (1050 boîtes)	278.250.000Ar
10	Retrocheck	2100 (84 boîtes)	6.652.800Ar
11	Unigold	2100 (105 boîtes)	17.797.500Ar

1 Yen Japonais = 0,03997Ar (Taux de la JICA en Septembre 2011)

ANNEXE 3: Dépenses opérationnelles

(1) Dépenses opérationnelles prises en charge par la partie Madagascar

- 1) Bureau du Projet
- 2) Salaire des personnels homologues
- 3) Dépense en eau et électricité

(2) Dépenses opérationnelles prises en charge par la partie Japonaise

Année Fiscale Japonaise	Montant
2008	15.814.876Yen
2009	21.091.843Yen
2010	37.621.273Yen
2011 (Avril à Septembre)	11.254.017Yen
Total	85.782.009Yen 2.146.159.845Ar

1 Yen Japonais = 0,03997Ar (Taux de la JICA en Septembre 2011)



ANNEXE 4: Formation au Japon / dans un Pays Tiers**(1) Formation au Japon**

Nom (titre)	Intitulé de formation (Institution de Formation)	Durée
Dr RAKOTOBE Liva Vololontiana	Mesure de Prévention et Contrôle du sida (Agence de Coopération en Santé Internationale)	14 Juillet 2008 – 10 Août 2008

(2) Formation dans un Pays Tiers

Nom (titre)	Intitulé de formation (Institution de Formation)	Durée
Dr RAHERIVOLOLONA Evelyne	Formation des formateurs en Communication pour le Changement de Comportement (CCC) dans le domaine de la SSR axée sur l'amélioration de la santé maternelle et infantie (Office National de la Famille et de la Population, Tunisie)	9 Novembre 2009 – 27 Novembre 2009
Dr RANDRIAMILAHATRA Emma	Idem	Idem
Dr RAMANIVOARISOA Marie Claudine	Développement de stratégie en santé sexuelle et reproductive « Axée sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile » (Office National de la Famille et de la Population, Tunisie)	11 Janvier 2010– 29 Janvier 2010
Dr RAZAFINDRADOARA Voahangy	Idem	Idem
Dr RAKOTONIAINA Erick	Idem	28 Juin 2010 – 16 Juillet 2010
Dr RANDRIANANDRASANA Soavololoniana Odile	Idem	Idem

ANNEXE5 : Echange Technique, Visite de terrain, Conférence Internationale, etc.

Nom (titre)	Pays/Organisme/Conférence visité	Durée
Dr RAHERIVOLOLONA Evelyne	Sénégal - Ministère de la Santé, Ministère de la Jeunesse, Laboratoire National de Référence etc - 15 ^e Conférence Internationale sur le IST/sida en Afrique (ICASA)	29 Novembre 2008– 12 Décembre 2008
Dr RAMANIVOARISOA Marie Claudine		
Dr RAHERIVOLOLONA Evelyne	Tanzanie - NACP, sites de service CD etc	8 Août 2009– 15 Août 2009
Dr RAMANIVOARISOA Marie Claudine		
Dr RAZIZAH Noeline	Réunion - 8 ^e Symposium sur le sida, de la Commission de l'Océan Indien	8 Novembre 2009 – 12 Novembre 2009
Dr RAHAMEFY Jacky	Kenya - NASCOP, NACc etc	21 Novembre 2009 – 28 Novembre 2009
Dr RAKOTOBÉ Liva Vololontina		
Dr ANDRIANJATOVO Andriamiarizo		
Dr ANDRIANALINERA Mamitiana	Maroc 5 ^e Conférence Internationale sur le VIH dans les Pays Francophones	28 Mars 2010 – 31 Mars 2010
Dr VONY SOA HANITRA HARIMANANA Julie	Seychelles 9 ^e Symposium sur le sida pour les Pays de l'archipel de l'Océan Indien	8 Novembre 2010– 12 Novembre 2010
Dr RAHAMEFY Jacky	Sénégal - Programme de lutte contre le sida au sein du Ministère de la Santé - Comité National de lutte contre le sida - Sites de CD du VIH	20 Novembre 2010– 28 Novembre 2010
Dr VONY SOA HANITRA HARIMANANA Julie		
Dr RAHARINANDRASANA Hajatiana		
Dr RABESON Andriantsivolosy Hervé Patrick		
M. RAZAFINDRATSIMBA Andritiana Brilland Théodore		

13/11

ANNEXE6 : LE CADRE LOGIQUE (PROJECT DESIGN MATRIX : PDM) (Version 1) le 12 Février 2010

Intitulé du Projet : Projet de Renforcement du Programme de Prévention du VIH/Sida

Organismes exécutants : Ministère de la Santé Publique (MINSANP)

Groupe ciblé : MINSANP, Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP)

Bénéficiaires : Clients des sites de Counseling et Dépistage du VIH à l'échelle nationale

Durée: 4 ans (mars 2008 - mars 2012)

SOMMAIRE NARRATIF	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLE	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES IMPORTANTES
<p>Objectif global Prévalence nationale du VIH à Madagascar est maintenue à moins de 1%</p>	<p>Prévalence nationale du VIH chez l'adulte âgé de 15 à 49 ans</p>	<p>Rapports par l'ONUSIDA, etc.</p>	
<p>Objectif spécifique La capacité d'offre des services de Counseling et Dépistage (CD) du VIH de qualité est renforcée</p>	<p>1) Nombre de sites de CD se conformant aux normes 2) Proportion des clients dépistés par rapport aux clients ayant reçu le counseling pré-test 3) Proportion des clients ayant reçu le counseling post-test par rapport aux clients dépistés 4) Nombre de nouveaux cas de PVVIH par an</p>	<p>1) Enquête 2) RMA (Rapport Mensuel d'Activité) (GESIS) 3) RMA (GESIS) 4) RMA (GESIS)</p>	<p>• D'autres programmes de VIH sont mis en oeuvre comme planifié</p>

<p>Résultats</p> <p>1. Politique nationale, normes, directives et guides sur les services de CD sont réactualisés pour être exploités par les prestataires et les organismes concernés</p>	<p>1-1. Nombre de politique nationale, des normes, des directives et des outils de gestion des services CD réactualisés</p> <p>1-2. Nombre de formations sanitaires offrant les services de CD disposant des politiques nationales, des normes, des directives et des outils de gestion</p> <p>1-3. Nombre de régions disposant de responsables et de personnels concernés orientés sur les documents réactualisés (politique nationale, normes, directives et guides)</p> <p>1-4. Nombre de régions disposant de formateurs formés sur les curricula de formation révisés</p>	<p>1-1. Documents développés avec l'appui du projet</p> <p>1-2. Accusés de réception, états de répartition et enquête</p> <p>1-3. Liste des participants et Rapports de formation</p> <p>1-4. Liste des formateurs régionaux et Rapports de formation</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le budget requis pour le salaire, formation, la rénovation des sites, le budget de rénovation et de fonctionnement et les consommables (ex. test kit) sont assurés comme il a été planifié. Personnes responsables de la VPMSP et de la DRSP ne sont pas fréquemment
---	--	---	---

<p>2. Collecte et analyse des données sur les services de CD au niveau central et régional de la MINSANP sont renforcées</p>	<p>2-1. Informations sur les sites et les ressources humaines de sites de CD mises à jour au moins une fois par an au niveau du PNLS (Programme National de Lutte contre les IST/Sida) de la MINSANP et de toutes les DRSP</p> <p>2-2. Indicateurs définis de programme publiés dans l'annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar.</p> <p>2-3. Taux de complétude des RMA</p> <p>2-4. Taux de promptitude des RMA</p> <p>2-5. Nombre de jours de rupture de stock du premier test dans les sites choisis</p>	<p>2-1. Inventaire du PNLS et des DRSP</p> <p>2-2. Annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar</p> <p>2-3. RMA (GESIS)</p> <p>2-4. RMA (GESIS)</p> <p>2-5. RMA (GESIS) ou enquête</p>	<p>mutées</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accessibilité de la population aux services de santé ne se détériore pas
<p>3. Les solutions visant à améliorer l'accessibilité aux services de CD sont partagées</p>	<p>3-1. Documents sur les résultats d'au moins 3 activités pilotes en vue de l'amélioration de l'accessibilité au service CD</p> <p>3-2. Nombre des réunions organisées afin de partager les résultats de la recherche opérationnelle</p>	<p>3-1. Rapport sur le projet</p> <p>3-2. Rapports des réunions, ateliers, etc.</p>	

12

Activités Pour Résultat 1	Intrants Intrants de la partie malagasy	Intrants Intrants de la part de la JICA	La ligne directrice de la politique de la réponse au VIH du gouvernement reste inchangée
1-1. Examiner la politique nationale et les différentes normes et directives existantes sur les services CD	1. Affectation des homologues malgaches appropriés aux experts japonais		
1-2. Analyser les expériences acquises des autres pays			
1-3. Analyser la situation réelle des services CD (incluant la recherche par des visites de sites)	2. Bureau du projet (infrastructure, équipements de bureau, etc.)		
1-4. Clarifier les flux de logistique et définir les tâches attribuées à chaque acteur concernant la logistique au niveau central, régional, de district et des sites de services	3. Prise en charge du coût opérationnel du projet		
1-5. Réactualiser et/ou développer la politique nationale, les normes et directives sur les services CD si nécessaire en fonction de besoin reconnu à la suite des activités 1-1, 1-2, 1-3, et 1-4			
1-6. Orienter / Diffuser la politique nationale, les normes, les directives aux responsables et personnels concernés au niveau régional		1. Experts japonais De longue durée - Conseiller principal / administration de la santé - Coordinateur technique / lutte contre le VIH/Sida	
1-7. Revoir la méthode de formation et le choix des formateurs concernant les services CD		De courte durée: - Counseling du VIH - Logistiques	
1-8. Réviser les curricula de formation (des formateurs et des participants) et les documentations de travail conformément à la politique nationale et aux normes et directives		- Suivi & Evaluation (S&E) / Gestion de l'information - Information sanitaire / Système de l'information Géographique (SIG)	
1-9. Former les pools de formateurs au niveau régional			

<p>1-10. Examiner la mise en oeuvre de la politique nationale, des normes et directives et donner des feedback sur les leçons apprises à partir des sites de services</p> <p>Pour Résultat 2</p> <p>2-1. Etablir l'inventaire des sites et des ressources humaines concernés par les services CD à tout niveau</p> <p>2-2. Revoir et améliorer les formats de rapport d'activités du programme VIH (y compris la logistique)</p> <p>2-3. Réaliser des formations des personnels responsables des services CD au sein de la MINSANP et des DRSP ainsi que ceux des districts dans les domaines du management du programme, de la logistique, de l'analyse et gestion des données, du suivi et de la supervision</p> <p>2-4. Diffuser les formats de rapport d'activités du programme VIH auprès des régions et des organismes concernés</p> <p>2-5. Renforcer le suivi et la supervision par le biais des activités telles que suivi des données, supervision et réunion régulières au niveau de la région et des districts pilotes</p> <p>2-6. Renforcer la capacité de la conception de plan annuel basé sur l'évidence au niveau du PNLS, de la région et des districts pilotes</p> <p>2-7. Renforcer le partage et le retour des informations collectées au niveau de la région et des districts pilotes</p>	<p>- Développement de matériel didactique / Information, Education et Communication (IEC)</p> <p>- Recherche opérationnelle, autre en fonction de besoin</p> <p>2. Equipements (1 véhicule, ordinateur, imprimante, autres matériels nécessaires à la recherche opérationnelle, etc.)</p> <p>3. Formation des homologues malgaches au Japon</p> <p>4. Prise en charge du coût opérationnel du Projet</p>	
--	--	--



<p>2-8. Conduire une enquête en vue d'obtenir les données sur les indicateurs du cadre logique en fin de projet</p> <p>Pour Résultat 3</p> <p>3-1. Analyser l'état actuel de la mise en œuvre des services CD au niveau des sites pour la planification des recherches opérationnelles</p> <p>3-2. Développer des plans d'activités effectifs et efficaces visant à améliorer l'accessibilité aux services</p> <p>3-3. Prendre les mesures nécessaires telles que la rénovation de sites, la formation des prestataires de services, l'approvisionnement en consommables comme test kit VIH pour la mise en œuvre du plan d'activités établi par l'activité 3-2.</p> <p>3-4. Réaliser les recherches opérationnelles afin d'améliorer l'accessibilité</p> <p>3-5. Organiser des réunions afin de partager les résultats des recherches opérationnelles entre les parties prenantes</p>			
---	--	--	--



12/11

PROJECT DESIGN MATRIX (Version 1) 2010年2月12日
プロジェクト名: エイズ予防対策強化プロジェクト
実施機関: 保健省
協力対象: 保健省、県保健局
裨益者: 全国のHIVカウセンシング・検査サービス利用者
協力期間: 2008.3～2012.3 (4年間)

プロジェクト概要	指標	入手手段	外部条件
<p>上位目標 マダガスカルにおけるHIV感染割合が1%未満に維持される</p> <p>プロジェクト目標 質の高いHIVカウセンシング・検査（CT）サービスの実施体制が強化される</p>	<p>・ 一般成人（15～49歳）HIV感染割合</p> <p>1) 国家規範に沿ったHIV検査施設数 2) プレカウセンシングを受けた利用者が検査を受けた割合 3) 検査を受けた利用者がポストカウセンシングを受けた割合 4) 年間の新規HIV感染者数</p>	<p>UNAIDS報告書など</p> <p>1) アンケート 2) 月間保健施設活動報告書(RMA)、保健情報管理ソフトウェア (GESIS) 3) RMA、GESIS 4) RMA、GESIS</p>	<p>・ 他のHIV対策プロジェクトが計画どおり実施される。</p>
<p>アウトプット 1. HIVカウセンシング・検査サービスに関する国家政策・基準・ガイドラインが整備され、保健医療施設等の関係機関に活用される。</p>	<p>1) 改訂したCTサービスに関する国家政策・基準・ガイドライン、各種様式の数 2) 国家政策・基準・ガイドライン、各種様式等が配置されている保健施設の数 3) 改訂した資料（国家政策・基準・ガイドライン等）のオリエンテーションを受けた人材が配置されている県の数</p>	<p>1-1. プロジェクトの支援によって改訂された各種文書 1-2. 受領書、配布先リスト、アンケート</p>	<p>・ 公務員給与、人材育成、施設改修、活動に必要な予算、検査キット等必要物品が計画どおり確保される。</p>

	4) 改訂した研修カリキュラムについて講師養成研修を受けた講師が配置されている県の数	1-3. 参加者リスト及び報告書 1-4. 県レベルの講師リスト及び報告書	<ul style="list-style-type: none"> 保健省・県の担当者の異動が頻繁に起こらない。 一般医療サービスへの人々のアクセスが悪化しない。 HIV対策に関する政策が大幅に変わらない。 すべての関係者がプロジェクトの方針や、その役割・責任を理解している。
2. 保健省、県保健局における HIV カウンセリング・検査サービスに関する情報収集・分析が強化される。	<ol style="list-style-type: none"> 保健省性感染症・HIVエイズプログラム (PNLS) 及びすべての県保健局において、サービス施設・人材に関する情報が年に1回以上アップデートされている 保健省保健統計年報に公表されたHIVプログラム の指標数 月間保健施設活動報告書 (RMA) の提出率 月間保健施設活動報告書 (RMA) の提出期限厳守率 選定された施設においてHIV第1検査キットの在庫切れが生じた日数 	<ol style="list-style-type: none"> 保健省、県保健局のインベントリ 保健統計年報 RMA、GESIS RMA、GESIS RMA、GESIS もしくはアンケート 	
3. HIV カウンセリング・検査サービスへのアクセス改善のための方策が試行され、関係機関で共有される。	<ol style="list-style-type: none"> CTサービスへのアクセス改善のための3件以上のモデル (パイロット) 活動の結果がまとめられる オペレーションショナルリサーチの結果を共有するための会議の数 	<ol style="list-style-type: none"> プロジェクト報告書 会議やワークショップの報告書等 	

<p>アウトプット1に関する活動</p> <p>1-1 現存するCTサービスに関する国家政策・基準・ガイドラインを把握・分析する</p> <p>1-2 他国におけるCTサービスの先行経験を分析する</p> <p>1-3 サイト調査等を通じ、CTサービスの現状を把握・分析する</p> <p>1-4 検査キット等ロジスティクスに関する保健省、県・郡保健局、サービスサイトでの業務分担・流れを明確にする</p> <p>1-5 活動1-1～1-4の現状分析結果に基づきCTサービスに関する国家政策・基準・ガイドラインの見直し/改訂を必要に応じて行う</p> <p>1-6 国家政策・基準・ガイドライン等を県レベルの関係者に普及する</p> <p>1-7 CTサービスに関する研修方法及び研修講師の人选方法を見直す</p> <p>1-8 国家政策・基準・ガイドラインに沿って研修カリキュラム（講師用・研修生用）・補助教材を見直し・改訂する</p> <p>1-9 県レベルの講師に研修カリキュラムの研修を行う</p> <p>1-10 国家政策・基準・ガイドラインの順守状況を確認し、現場、関係機関からの情報を今後の見直しに反映させる</p> <p>アウトプット2に関する活動</p> <p>2-1 保健省及び県保健省において施設・人材に関するデータベースを作成する</p> <p>2-2 CTサービスの報告様式（ロジスティクス含む）の改善を行う</p> <p>2-3 保健省・県・郡保健局の担当者へのマネジメント、ロジスティクス、データ管理・分析等に関する研修を行う</p> <p>2-4 CTサービスの報告様式等を県保健局、関係機関に配布する</p>	<p>投入</p> <p>マダガスカル側</p> <p>1) カウンターパートの配置</p> <p>2) 執務スペースの提供</p> <p>3) オペレーションナショナルコスト</p> <p>JICA側</p> <p>1) 日本人専門家 長期専門家： ①チーフアドバイザー・保健行政 ②エイズ対策・業務調整 短期専門家： ①ロジスティクス、②HIVカウンセリング、③M&E、④保健情報/GIS、⑤TQM、⑥研修教材開発・IEC、⑦オペレーションナリサーチ、その他（必要に応じ） ② 機材（車両1台、コンピュータ、プリンター、オペレーションナリサーチに必要な機材等）</p> <p>3) 日本での研修</p> <p>4) オペレーションナショナルコスト</p>	
---	--	--

<p>2-5 パイロット県・郡において、提出データのモニタリング、巡回指導、定例会議等の活動を通じてモニタリング能力を強化する</p> <p>2-6 実績に基づいた年間計画策定に関するPNLS、パイロット県・郡の能力を強化する</p> <p>2-7 パイロット県・郡において、収集された情報の共有・フィードバックを強化する</p> <p>2-8 PDMの指標のデータを獲得するためのエンドライン調査をプロジェクト終了時に実施する</p>		
<p>アウトプット3に関する活動</p> <p>3-1 オペレーションリサーチの計画を策定するため、サイトにおけるCTサービスの現状分析を行う</p> <p>3-2 アクセス改善のために効果的・効率的な活動計画を立案する</p> <p>3-3 3-2で策定された活動計画実施のため、施設改修、サービス提供者への研修、検査キット等の物品の提供に必要な措置をとる</p> <p>3-4 アクセス改善のためのオペレーションリサーチを実施する</p> <p>3-5 関係機関でオペレーションリサーチの結果を共有するための会議を開催する</p>		

