

ザンビア共和国
HIV/エイズケアサービス管理展開プロジェクト
終了時評価報告書
(プロジェクト延長に伴う第2回終了時評価を含む)

平成28年2月
(2016年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
16-011

ザンビア共和国
HIV/エイズケアサービス管理展開プロジェクト
終了時評価報告書
(プロジェクト延長に伴う第2回終了時評価を含む)

平成28年2月
(2016年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

目 次

総 括

評価調査結果要約表

ザンビア共和国 HIV/エイズケアサービス管理展開プロジェクト第 1 回終了時評価	1
ザンビア共和国 HIV/エイズケアサービス管理展開プロジェクト プロジェクト延長に伴う第 2 回終了時評価.....	81

付属資料

1. ミニッツ・第 1 回終了時評価（英文）	131
2. ミニッツ・プロジェクト延長に伴う第 2 回終了時評価（英文）	201

総 括

国連合同エイズ計画（UNAIDS）より 2014 年に発表された「Gap Report」によると、世界的には 2001 年から 2013 年までの間にヒト免疫不全ウイルス（Human Immunodeficiency Virus：HIV）新規感染者数は 38%減少、エイズ関連死亡者数は 2005 年のピーク時から 2013 年までの間に 35%減少した。なかでも抗レトロウイルス薬（Anti-Retroviral Drugs：ARV）による治療アクセスの改善はめざましく、2003 年から 2011 年までの間に治療を受ける人の数は 20 倍に増加した。しかしながら、2013 年時点の HIV の新規感染者数は 210 万人にのぼり、全世界で 3,700 万人いる HIV 陽性者のなかで約 63%が治療にアクセスできない状態にある。

JICA は 2000 年以降、HIV/エイズ分野での技術協力を 35 カ国にわたり精力的に進めてきた。予防啓発、検査・カウンセリングや治療サービスの改善をはじめ、HIV/エイズ対策の実施機関である保健省などの保健行政の強化やモニタリング・評価システムの導入などの HIV/エイズ対策を通して、対策の基盤となる保健システム強化にも取り組んできた。

特に、ザンビア共和国（以下、「ザンビア」と記す）での同分野の協力実績は約 20 年間にも及び、1995 年から 2000 年に実施した「感染症対策プロジェクト」において実施したザンビア大学教育病院でのウイルス検査室の整備と機能強化にさかのぼる。このプロジェクトを皮切りに、その後、2001 年から 2006 年まで同病院で実施した「エイズ及び結核対策プロジェクト」での HIV/エイズ及びその重複感染症である結核の患者を対象にした HIV 抗体検査や CD4 カウント（HIV 感染者の免疫状態のモニタリング）等の検査技術強化のための支援に続いた。さらに、技術面のみならず、個別専門家「HIV/エイズ及び結核対策プログラムコーディネーター」を国家 HIV/エイズ・結核・性感染症対策協議会（NAC）の組織能力向上を目的に派遣し、HIV/エイズ対策の基盤組織の強化にも貢献してきた。

2000 年初頭には、近年の HIV 治療に係る革新的技術進歩により、これまで手の届かなかった抗レトロウイルス療法（Anti-Retroviral Therapy：ART）がエイズ患者にとって急速に身近なサービスとなった。ART の開発により、患者への副作用は大幅に軽減されかつ医療従事者にとっても治療マネジメントが容易となった。G8 九州沖縄サミットにて、感染症対策の資金確保のための国際的枠組みの必要性が強調されたことを発端に、2001 年に「世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）」が設立され、抗 HIV 薬（ARV）調達のための莫大な資金援助がされ始めたこともこれに拍車をかけた。このような時流のなか、ザンビアにおいても ART サービスへの需要が急増し、サービス体制を地方部に至るまで整備して急増する患者に対応することが喫緊の課題であった。ザンビアではこの課題を受けて、2006 年より技術協力プロジェクト「HIV/エイズケアサービス強化プロジェクト」（2006 年 4 月～2009 年 3 月）を実施した。これは、JICA が世界で唯一エイズ治療分野に介入するプロジェクトとなった。このプロジェクトでは、ART を地方部で展開・拡大するために、コミュニティに近い地方部の保健センターで ART サービスを提供できるように、郡病院などで働く医師ら医療従事者が必要な医薬品や検査機材などを車両に積み地方部の保健センターに出向き、保健センターのスタッフと一緒にサービスを提供すると同時に、ART サービス実施に係る能力強化を図る持続的なシステム（モバイル ART サービス）の構築と普及の支援を行った。同システムの普及はプロジェクト対象 2 郡（ムンブワ郡及びチョングウェ郡）において、1 万人の新規 HIV 陽性患者及び 4,000 人の新規 ART 患者への治療サービス提供に導いた。この成果を受け、対象郡（カロモ郡及びカ

ズングラ郡)を拡げてさらなるモバイル ART サービスの展開と強化を図ったものが本報告書における「HIV/エイズケアサービス管理展開サービス」プロジェクトである。

ART 対象となる HIV 陽性者を同定し必要な人にサービスを届けることに成功した要因には、プロジェクトにおいて質の高い ART サービスの運用を実現させるために、中央レベルの保健省から地方レベルの保健センターに至るまで人材・組織強化を多層的に行い、政策・サービス強化をチャンネルに保健システムの底上げに貢献してきたことが挙げられる。中央レベルでは、モバイル ART サービスの国家ガイドライン策定に直接支援をした。結果、ガイドラインに基づいて、プロジェクト対象 4 郡に加え、全国モバイル ART プログラム対象 15 郡を含む全国 103 郡中半数以上の郡へ裨益を拡大する効果をもたらした。サービス提供レベルでは、ART 運営の強化に伴う治療継続率の大幅な向上に加え、グローバルファンドや米国国際開発庁 (United States Agency for International Development : USAID) との協力関係を調整会議の参画等で深め、これらが供与する ARV や検査試薬を実際のサービスで確実に使用・管理されるように現場レベルでの指導を行うことで、それぞれの援助機関の支援によるシナジーを高めることに貢献した。

また、プロジェクトでは、ART サービス導入・運用に関する実証研究を精力的に実施し、そこで構築された科学的エビデンスは広く国内外の会議・学会の場で発表された。国際的な発信を通して、ザンビアと同様に治療サービスへのアクセスが困難な地域を有した他国でも限られたリソースを効率的に生かすことで治療アクセスを飛躍的に向上させることが可能であることを示し、他国へのインパクトを与えてきた。プロジェクトによって培われた知見を惜しみなく提供し、現状改善と世界全体の学びと新しい試みにつなげることを継続し、プロジェクトの知見と経験を世界の財産とする姿勢は HIV/エイズ分野に限らず今後も継続されるべきである。

本プロジェクトを含め、1990 年代から 2000 年代にかけて集中的な HIV・エイズ対策がもたらした成果は計り知れず、保健インフラの整備、保健医療行政・財政の強化、保健医療人材の育成、医薬品サプライチェーンの整備、住民への啓発・需要の創出など、HIV/エイズ以外の保健サービスにも裨益する共通プラットフォームを醸成する役割をも担ってきた。本プロジェクトでの学びは、特定の疾病サービスの強化を支援の軸としつつも、その成果が他疾病や他地域においても保健サービスの効率性・効果向上へ裨益するよう調和的・横断的な視点とアプローチをとる重要性にあることを再度強調して結びに変えたい。

平成 28 年 2 月

独立行政法人国際協力機構
人間開発部長 戸田 隆夫

評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：ザンビア共和国	案件名：HIV/エイズケアサービス管理展開プロジェクト
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：約4億2,000万円
協力 期間	(R/D)： 2009年11月9日～ 2014年11月8日
	先方関係機関：保健省、南部州保健局、郡保健局（チョングウェ郡、ムンブワ郡、カロモ郡、カズングラ郡）
	日本側協力機関：国立国際医療研究センター
	他の関連協力：特になし
1-1 協力の背景と概要	
<p>ザンビア共和国（以下、「ザンビア」と記す）は広大な国土と希薄な人口密度、数・能力ともに人的リソースが十分に利用できないこと、特に地方部での脆弱な保健サービス体制などにより、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage：UHC）の実現に困難な状況に直面している。ザンビアのHIV/AIDSケアサービスに関しても、近年はHIV新規感染が低下しているものの、HIV罹患率は12.7%と依然として高く、HIV/エイズは生涯にわたる治療が必要であることから、患者は地域の医療施設で継続的に管理されることが求められる。このような状況で、JICAの先行プロジェクト「HIV/エイズケアサービス強化プロジェクト」（2006年4月～2009年3月）は、そのコンセプトに人材育成を包含するモバイル抗レトロウイルス療法（Anti Retroviral Therapy：ART）サービスが有効である可能性を示した。</p> <p>このような成果を受け、ザンビア政府はARTサービスへのアクセスが十分行き届かない地方部においてはモバイルARTサービスの導入が効果的と判断し、同サービスの持続的な実施体制を構築すべく、上記プロジェクトに引続き技術協力プロジェクトの実施を要請した。この要請に基づき、JICAは「HIV/エイズケアサービス管理展開プロジェクト」（以下、「本プロジェクト」と記す）をわが国に対し要請した。本プロジェクトは、保健省、南部州保健局、各郡保健局（チョングウェ郡、ムンブワ郡、カロモ郡、カズングラ郡）をカウンターパート機関として、モバイルARTサービスを通じて質の高いARTサービスの地方部での拡大に向け、保健省本省、郡保健局、そして郡を監督する州保健局の管理能力強化を行うものである。本プロジェクトは、2009年11月より2014年11月までの5年間の予定で実施されている（なお、本プロジェクトは2014年11月より1年間実施期間が延長された。プロジェクト延長期間の部分は下の<延長分終了時評価>を参照）。</p>	
1-2 協力内容	
(1) 上位目標	
ザンビアの地方部で質の高いARTサービスへのアクセスが向上する。	
(2) プロジェクト目標	
質の高いARTサービスを地方部で拡大するために、保健省の本省、州及び郡保健局の各レベルにおいて、持続的なサービス提供のためのマネジメント能力が向上する。	

(3) 成 果

- 1 保健省本省が、郡保健局によるモバイル ART サービスの採用及び適切な実施を促進できるようにする。
- 2 郡保健局の行うモバイル ART サービスを含む ART サービスに対して、対象とする州保健局が技術支援及び監督指導を実施できるようにする。
- 3 地方部の ART サービスの持続的な強化に向けたチョングェ郡及びムンブワ郡保健局/保健施設の管理能力が強化される。
- 4 新規対象郡（カロモ郡及びカズングラ郡）が、「モバイル HIV サービス国家ガイドライン」に沿って、モバイル ART サービスを計画、導入及び管理できるようにする。

(4) 投入（レビュー時点）

<日本側>

- 1) JICA 専門家派遣：合計 211.5 MM（終了時の見込み値）
 - ・ 長期専門家：延べ 7 名（チーフ・アドバイザー/保健計画、HIV/AIDS ケア、検査サービス管理、業務調整/公衆衛生）、合計 184.0 MM
 - ・ 短期専門家：延べ 15 名、合計 27.5 MM
- 2) 資機材の提供：総額（円）：約 5,665 万 6,000 円、内容：車輛 6 台〔プロジェクト活動用 4 台（うち 2 台はモバイル ART サービス用として 2014 年 1 月に供与）、モバイル ART サービス用 2 台〕、検査診断機器（CD4 細胞計数器、移動型 X 線診断装置、生化学分析装置、血球計数器ほか）等
- 3) 在外事業強化費：1 億 1,860 万円（プロジェクト期間終了時点の見込額）
- 4) 本邦研修員受入：延べ人数 17 名、研修内容：HIV/AIDS ケア/地域保健、エビデンスに基づいた公衆衛生計画立案、ストップ結核（Tuberculosis：TB）活動、延べ期間：23.2 MM
- 5) 国際学会等参加/発表：延べ人数 21 名、安全キャビネットのメンテナンス法、フィルター交換の仕方、安全性判定の仕方など、延べ期間：4.4 MM、日本、オーストリア共和国、イタリア共和国、フランス共和国（以下、「オーストリア」「イタリア」「フランス」と記す）、米国、マレーシア、エチオピア連邦民主共和国、南アフリカ共和国（以下、「エチオピア」「南アフリカ」と記す）で開催された HIV/AIDS 関連学会/ワークショップ参加と発表（口頭、ポスター）

<相手国側>

- 1) カウンターパート配置：合計 25 名
 - ・ 保健省：6 名（プロジェクト・ダイレクター、プロジェクト・マネジャー、ARV コーディネーターほか）
 - ・ 南部州保健局：3 名（州保健局長 1 名及びクリニカルケア・スペシャリスト 2 名）

- ・ 郡保健局：16名（郡保健局長、TB/HIV コーディネーター、情報担当官、検査室スタッフ等）
- 2) 施設及び資機材：保健省内事務スペース及び事務用品等
 - 3) ローカルコスト負担：プロジェクト活動に必要な経常経費（水道、電気など）、モバイル ART サービスに必要な経費（車輛燃料、スタッフ日当ほか）、研修活動費の一部

2. 評価調査団の概要

調査者	団長・総括	戸田 隆夫	JICA 人間開発部 審議役
	技術参与	仲佐 保	国立国際医療研究センター 国際医療協力局 国際派遣センター長
	評価企画	蓮見 尚洋	JICA 人間開発部 保健第一グループ保健第二課 職員
	評価分析	井上 洋一	(株)日本開発サービス 調査部 主任研究員
調査期間	2014年2月3日～2月22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) 成果1：ほぼ達成した。

「国家モバイル ART サービスガイドライン」が、本プロジェクト開始後の2010年5月に承認され、プロジェクト対象機関だけでなく、全国の州保健局に公布された。その後、本プロジェクトの活動を通して得られた知見やザンビアの状況の変化を受けて同ガイドラインは新たに得られた科学的根拠に基づいて改訂され、2013年末に全国の関係機関に周知された。他方、プロジェクトの支援によって実施された実務者会議はプロジェクト対象機関だけでなく、他州の州保健局や開発パートナー機関などの関係機関との協力の下、モバイル ART サービスの最高意思決定機関として成長し、同会議を通して協議された実績は年次進捗報告書に科学的考察が加えられたうえで取りまとめられ、ザンビアでの郡レベルでのモバイル ART サービスの実態把握に大きく貢献している。

このように、終了時評価時点では、プロジェクトの支援により標準化されたモバイル ART サービスや、サービスの固定化への移行プロセスが全国的に拡大しつつあることから、保健省は成果1で期待する成果をおおむね達成したと考えられる。

(2) 成果2：ほぼ達成した。

南部州保健局は半期ごとの郡保健局へのモニタリング（Performance Assessment）と四半期ごとの「ART 関係機関調整委員会（パートナー調整会議）」を通して、管轄州内の郡保健局で行われている保健サービス（モバイル ART サービスを含む）を行い、技術的支援、監督指導を継続している。Performance Assessment は保健省の規則に則ったものであり、プロジェクトは ART サービス部分を中心に必要な技術的助言を行っている。また、同会議はプロジェクト開始当初、州保健局主導の下、ART に係るパートナー機関の調整を主眼とした会議であったが、プロジェクトの助言より管轄地域の郡保健局も参加する包括的な保健サービスモニタリング機能を有する会議に成長している。また、同会議を通じて南部州の

他の郡保健局にもプロジェクトの成果やオペレーショナル・リサーチ（Operational Research：OR）の結果が共有されている。チョングェ郡が所属するルサカ州、ムンブワ郡が所属する中央州の州保健局に対しては、前述した実務者会議や年次進捗報告書を通して必要な技術的助言や成果、経験の共有がなされている。

このように、南部州内やプロジェクト対象郡のあるルサカ州、中央州を含む他州での ART サービスを適切にモニタリング評価が構築されたことから、成果 2 も目的はおおむね達成されたと考えられる。

(3) 成果 3：ほぼ達成した。

中間レビュー以降はプロジェクトの支援により固定化サービスへの移行手順や評価方法が標準化され、これらは国家ガイドラインのなかで定義された。チョングェ郡及びムンブワ郡保健局は毎年活動計画を作成し、実績のレビューを行いながらモバイル ART サービスの拡大や固定サイトへの移行を進めていることから、技術的にはサービス拡大に必要なノウハウを獲得しているといえる。また、プロジェクト活動の一部として、郡保健局は JICA 専門家の協力の下、モバイル ART を含む HIV/エイズケアにかかわる OR を実施した。このことにより郡保健局は管轄地域の HIV/エイズケアに関するさまざまな根拠のある知見を得たとともに、OR の実施を通して計画立案から実施、結果の取りまとめや解釈を科学的視点をもって実施する経験を得ている。

このように、現在の条件下においては、郡保健局は適切に ART サービスを維持・拡大するための管理能力は一定程度獲得したと考えられるため、成果 3 はおおむね達成したと考えられる。

(4) 成果 4：ほぼ達成したものの、さらなる技術支援継続が示唆される。

カロモ郡、カズングラ郡の新規対象郡は、2010 年 2 月に実施された「モバイル ART サービス計画ワークショップ」後にモバイル ART サービスを開始し、先行 2 郡による支援や南部州保健局の監督指導、年次モバイル ART 実務者会議や各郡で実施されるレビュー会議を通して、モバイル ART サービスの運営管理を適切に実施できるよう能力強化が図られた。また、新規対象郡は目的とするモバイル ART サービス実施施設数を達成し、固定化サービスへの移行も含めた ART サービス拡大の計画も策定されていることから、成果 4 の目的もおおむね達成されたものと考えられる。

ただし、レビュー会議や監督指導訪問の実施率は、先行 2 郡に比べて新規対象 2 郡で顕著に低い値を示したことから、何らかの技術支援継続の必要性も示唆される。

(5) プロジェクト目標

終了時評価時点で対象 4 郡での ART サービス提供施設は、プロジェクトの目標値を超える 49 施設に拡大され、ART 治療継続率も満足できるレベルで維持されている。また、プロジェクトでは、活動の成果や OR の結果を科学的に分析しエビデンスとして取りまとめ、多くの国際学会で発表してきた。これらの成果の一部は論文審査のある国際誌に掲載されるとともに、国家モバイル HIV ガイドラインの改訂版作成など、ART サービスに関する活動やモニタリング評価等に生かされている。他方、国家レベル、州レベルのモニタリング

会議、レビュー活動はおおむね計画どおりに実施されていたものの、郡保健局が主導する ART レビュー会議、保健センターに対する監督指導訪問とも、実施率は終了時評価時点で目標値に到達していない。ただし、患者の治療継続率は高く維持されており、また、これらのことにより治療が中断されるなどの事例はなかったことから、見かけ上、サービス受益者へ負の影響が生じることはなかった。

上述のとおり、プロジェクト目標に対する指標はおおむね満たされ、地方部での ART サービスは一定の質をもって維持、展開されていることから、プロジェクト目標はおおむね達成されたと考えられる。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

プロジェクトの妥当性は終了時評価時点でも高く維持されている。

2009年2月から3月にかけて実施された事前評価で確認されたザンビア保健政策及びターゲットグループのニーズ、日本の援助政策とプロジェクト目標の一致性に関して、本事業の妥当性を損ねるような政策の変更やニーズの変化等は認められず、その一致性はプロジェクト期間を通して維持された。

モバイル ART サービスは、単に ART サービスを地方部、特に遠隔地に拡大するだけでなく、同サービスを通じて地域医療の拠点となる保健センターの人材育成、機能強化を行いながら、固定化サービスへの橋渡しを行い、これと並行して、保健省によるガイドライン作成等のサービスの標準化（モバイルサービスから固定化サービスへの移行を含む）を支援するものである。ザンビアは広大な国土と希薄な人口密度、数・能力ともに人的リソースが十分に利用できないこと、特に地方部での脆弱な保健サービス体制などにより、UHCの実現に困難な状況に直面しており、このようなザンビアの状況を考慮して上述のような実施方法を採用したことは、妥当性だけでなく持続性の観点からも「実施方法の適切性」は非常に高いと考えられる。

(2) 有効性

予期しない外部要因によりプロジェクトの成果が一部阻害されたが、終了時評価時点でのプロジェクトの有効性はおおむね高い。

プロジェクト対象4郡において、プロジェクトが開始された2009年にARTサービスを受けていたクライアント（患者）数が1万2,450名であったのが、2012年には2万3,279名に増加している。プロジェクトは、地方部の特に固定化サービスを提供している医療施設へのアクセスが悪い地域へのモバイルARTサービスエリア拡大を支援したが、これにより2009年の2,675名から2012年には6,936名に増加している。2013年の正確な患者数データは得られていないが、モバイルサービスと固定化サービスの合計で約3万人に増加していると推察されている。これと並行して、プロジェクトは対象4郡でサービスの質の維持、向上に向けて監督指導訪問やARTレビュー会議などのモニタリングメカニズムを確立し、監督指導訪問時の技術的助言、モバイルサービス時の実地訓練、各種研修の提供を通

して人材育成も図った。また、プロジェクト活動や OR を通して得られた知見、経験は科学的に分析され、国家ガイドラインへ反映されるなど、ザンビアにおけるモバイル ART サービスの標準化に大きく貢献した。これらの活動の結果として、本プロジェクトの実施期間中に 2 万 601 名の HIV 陽性者を同定し HIV/AIDS ケアサービスにつなげるとともに、うち治療開始基準に合致した 1 万 814 名に対し ART を開始している。また、対象 4 郡でも 93% という十分に高い治療継続率（国家プログラム対象 15 郡全体の平均 84%）を維持したままモバイル ART サービスの拡大と、それに伴うサービス受益者の増加を達成している。

他方、郡以下の保健施設の管轄が保健省からコミュニティ開発・母子保健省（Ministry of Community Development Mother and Child Health : MCDMCH）に移管されたことに伴い、2013 年に郡のモバイル ART サービスを含む保健サービスの実施、ART レビュー会議や監督指導訪問の実施、保健人材に向けた研修の実施が阻害された。また、ART に必要な ARV は継続して調達できたものの、試薬の購入が困難な状況が発生した。これに対しプロジェクトは、検査試薬等のサービス提供維持に最低必要なものについては、プロジェクトが必要最小量を提供し、サービスの中断など重大な影響は回避された。

(3) 効率性

プロジェクトは可能な限り効率的に実施された。

PDM に規定されるプロジェクト活動に従い、国家モバイル ART 実務者会議や州のパートナー会議、郡の ART レビュー会議などを通じたモバイル ART サービスの運営管理はプロジェクト期間を通して適切に実施されている。これとは別に、プロジェクトとしてのモニタリングは合同調整委員会（Joint Coordinating Committee : JCC）や保健省との年次レビュー会議や四半期レビュー会議でも行われており、プロジェクトの進捗管理並びに成果管理の両面での管理はおおむね適切に実施されたと考えられる。

終了時評価までに延べ 17 名のザンビア人カウンターパートが本邦研修に派遣され、獲得した専門知識や技術はプロジェクト活動や OR の実施に活用されている。特に、研修を受けたカウンターパートは、JICA 専門家のアドバイスを受けながら OR のデザインから結果の取りまとめまでの一連の作業を実施できるようになっている。また、すべての供与された医療機器・検査機器や設備、モバイル ART サービス用車輛等はプロジェクト活動に有効に利用されている。車輛はモバイル ART サービスで使用しない期間は、他の保健サービスの実施にも活用されており、効率的に使用されている。2013 年に検査試薬の在庫不足が深刻になった際には、プロジェクトが必要量の試薬購入を支援した。車輛や検査試薬だけでなく、プログラムを運営する人材は、ARV と同様にモバイル ART サービスに不可欠であることから、これらの投入は ART サービスの継続や、モバイルサービスのカバーエリア拡大に直接転化された。

(4) インパクト

プロジェクトの実施によって、以下に示す正のインパクトが確認または期待されている。

プロジェクト活動や OR から得られた知見、経験を科学的視点で分析し、国家モバイル HIV サービスガイドラインがエビデンスに基づいて改訂され、モバイル ART サービスの標準化が図られた。また、本プロジェクトを通じて ART サービスのモニタリング評価を行うメカニズムが確立し、サービスの維持、拡大のために必要な人材も養成された。これらの成果から、モバイル ART サービスの維持、拡大だけでは、ザンビア側カウンターパートはそのノウハウやマネジメント能力を獲得したと考えられることから、財政的、人的リソースが適切に確保できれば、将来のザンビア地方部の ART サービスへのアクセス向上（上位目標）は一定程度期待できる。しかしながら、モバイルサービスから固定化サービスへの移行を加速させる必要があること、ART の開始基準の変更により ART サービスの対象者が相対的に増加する可能性が生じるなど、終了時評価時点では上位目標の達成や持続性に影響する状況の変化が生じている。

このほか、プロジェクトを通して確認、期待される正のインパクトとして、①HIV/AIDS に関連した治療・サービス・基礎研修の標準化、②対象 4 郡以外の郡へのプロジェクト成果の波及効果、③プロジェクトを通して得られたモバイル ART サービスに係る経験、新規知見/エビデンスの国際的な情報発信、④スティグマ、偏見、差別軽減への間接的貢献が挙げられる。

(5) 持続性

終了時評価時点の成果やザンビア側のニーズを考慮した場合、プロジェクトによって生み出された便益の自立発展、自己展開を担保するためには技術的、財政的側面で行くつかの課題が残されている。

保健省は「国家保健戦略計画 2011-2015」のなかで、質の高い ART へのユニバーサルアクセスの実現を HIV/AIDS 分野の主要戦略のひとつと位置づけ、地方部のサービス拡大に取り組んでおり、モバイル ART サービスを核とした ART のサービスカバー率向上に向けて取り組みを強化している。したがって本プロジェクトの政策・制度的観点での持続性は期待できる。しかしながら、州保健局や郡保健局は、保健省の方針に則ってモバイル ART サービス拡大を計画しているが、郡保健局の保健サービス実施のための活動予算はコミュニティ開発・母子保健省により分配されていることから、計画と活動費の間にギャップが生じており、モバイル ART サービス実施やモニタリング活動実施のための車輛移動の燃料費や日当が必要分を確保できない状況が生じている。保健省はこれまでも、コミュニティ開発・母子保健省と政策策定や実施について必要なコミュニケーションはとっているが、このようなギャップを埋めるために、さらなるコミュニケーションの強化がなされることが期待される。

他方、WHO の ART ガイドラインが近年改訂され、ART 治療開始基準が強化された。ザンビアも WHO の開始基準変更に応じて、新 ART 開始基準の適用を開始した段階である。また、ザンビアでは HIV 母子感染予防をさらに強化するために、すべての HIV 陽性の妊婦に ART を開始する PMTCT Option B+ の導入を決定していることから、ART 対象者はさらに増加することが見込まれる。このようなガイドラインの変更に伴い ART クライアントが増大していくなかで、一定の質を維持したまま ART サービスの固定化への移行とさらな

るモバイルサービスの拡大を進めていくには、ART サービスの固定化及びサービスの拡大を行った結果を人材やコストを加味して科学的に効果測定、検証する必要がある。しかしながら、残りのプロジェクト期間が約1年であることを考慮すると、固定化サービスへの移行とモバイルサービス拡大を支援することは可能であると考えられるが、サービスの質が低下していないか、クライアントのART 継続率が低下しないか、他の保健サービスにどのような影響があるかなど、効果測定と実現可能性の検証や検証結果に基づいたガイドライン等の修正を行うには、さらに1年程度の時間を要するものと推察される。また、ザンビア側カウンターパートは OR や実務者会議でのプロジェクト活動のレビューを JICA 専門家と協力して実施したことで、効果測定を行うノウハウや経験は得ていると考えられるが、科学的に根拠のある結果を出すための高度な分析を行うには、高い専門性やザンビアでの経験を十分に有した JICA 専門家による協力が不可欠である。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

本プロジェクトは対象4郡での活動を通して保健省の「国家モバイル ART プログラム」運営を強く支援してきた。プロジェクト開始以来、ザンビアの ART サービスは同プログラムの下で順調に拡大してきており、現在はモバイルサービス、固定化サービスのいずれかにより ART サービスを提供している保健施設は約700と推計されている。このことは、本プロジェクトの成果をザンビア全体に裨益することに大きく貢献した。

(2) 実施プロセスに関すること

本プロジェクトの最も重要な強みは、プロジェクト活動や OR を通じて得られた現状や成果を、科学的視点をもって分析し、国家モバイル ART 実務者会議や州のパートナー会議、郡の ART レビュー会議で関係者とともに検証することによって、実務にフィードバックされたことが挙げられる。このことにより、関係者の現状認識が明確になり、対応策の検討などの実務に生かされている。また、検証結果は国家モバイル HIV サービスガイドラインだけではなく、保健省主催の他の技術作業部会を通じて成人や小児の ART、HIV 母子感染予防（Prevention to Mother to Child Transmission of HIV : PMTCT）のガイドライン改訂に生かされており、プロジェクトの有効性だけでなく、ザンビアの ART に対する促進要因と認められる。

3-4 問題点及び問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関すること

終了時評価時点で、計画内容に関する阻害要因は特に観察されていない。

(2) 実施プロセスに関すること

「有効性」の項で示したとおり、郡以下の保健施設の管轄が保健省からコミュニティ開発・母子保健省に移管されたことに伴い、2013年に郡のモバイル ART サービスを含む保健サービスの実施、ART レビュー会議や監督指導訪問の実施、保健人材に向けた研修の実施が阻害された。

3-5 結論 (Conclusions)

HIV/エイズ対策に関するザンビア関係者からの確固たるコミットメントとともに、JICA は 2001 年から技術協力支援を通じてザンビアにおける HIV/エイズ対策を支援している。ザンビアにおける HIV/エイズに関する状況（高い HIV 罹患率や AIDS による死亡率、広大な国土における低い人口密度、脆弱な保健システムなど）に対応すべく、「国家モバイル HIV サービスガイドライン」に基づく、地方部における質の高い ART サービスを提供するためのシステムが JICA プロジェクトの手助けの下、ザンビア保健省によって構築・運用されてきた。

プロジェクトは地方部において HIV 陽性患者への ART サービスの提供を支援すると同時に、持続性のあるシステムがザンビア関係者によって運用できるために、関連人材や組織の能力強化を支援した。他の HIV/エイズ対策プロジェクトに比べ、本プロジェクトはすべてのレベルの関係機関（国、州、郡の行政機関や地方保健施設まで）の能力強化に重点を置いた点が出すべきであり、この多層的アプローチを用いた能力強化はザンビア政府がサービスを提供するシステムの持続性を高めるうえで重要となる。

上記の結果、地方部に住む 16 万人の HIV 陽性患者のうち、プロジェクトは約 2 万人の HIV 陽性者を特定し、約 1 万人への ART 提供を支援した。さらに、直接対象 4 郡では、ART 開始 1 年後の治療継続率が 93%であった。ゆえに、プロジェクトはザンビアの地方部に住む HIV 陽性患者の延命や生活の質の改善に貢献したと推察する。また、ARV 治療を受けている患者は仕事を行うことができるまで状態が改善することが多いため、ザンビアの生産能力向上に貢献しているといえる。

また、プロジェクトは JICA の他スキーム（青年海外協力隊）や他開発援助機関（世界基金や USAID 等）との連携を通じて、より多くのザンビア人 HIV 陽性患者が必要な治療を受けられるように支援するための相互連携を実践している。特に、モバイル ART サービスの全国展開を支援するプロジェクトの活動は世界基金や USAID から提供された薬剤や検査キットによって支えられている。これら関係機関との連携はザンビアへの正のインパクトをさらに生み出すことへ貢献している。

プロジェクトの直接支援対象は 4 郡であるが、プロジェクトの成果はザンビア全土へ波及している。国家ガイドラインの策定・改定支援、実務者の意思決定機関として機能した各種会議の支援、ART サービスに係る国家基礎研修の策定支援などの成果は直接対象 4 郡だけでなく、国家モバイル ART プログラムで支援している全国 15 郡、さらに国家プログラム支援外の 57 郡まで浸透している。

終了時評価の結果、プロジェクト全体の達成度は高いと判断する。しかし、モバイル ART サービスのさらなる全国展開、モバイルから固定化サービスへの移行、HIV/エイズケアに関する WHO ガイドライン改定に伴う ART 対象患者数の増加などの外部状況の変化により、プロジェクト目標（「質の高い ART サービスを地方部で拡大するために、保健省の本省、州及び郡保健局の各レベルにおいて、持続的なサービス提供のためのマネジメント能力が向上する」）を達成するためには協力期間をさらに 1 年間程度延長する必要があると考える。延長期間中に、科学的検証に基づくマネジメント能力や政策提言を強化するために、新規対象地方保健センターや ART 患者に導入された ART サービスの質や運用状況等を科学的に分析・検証する必要がある。

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）

＜プロジェクト終了まで＞

(1) ザンビアの強いコミットメントとリーダーシップ

質の高い ART サービスを維持・拡大していくためには、引き続きザンビアの強いコミットメント及びリーダーシップが重要である。特に、郡レベルでの ART サービスのマネジメント能力を強化するためには、関係省庁（保健省及びコミュニティ開発・母子保健省）間での意思疎通の取り組みを強化すべきである。関係省庁は、ART サービスの運営やそれに係るモニタリング評価を行うために、謝金や燃料費等の予算を確保し、必要な人材の配置や研修の実施等のマネジメント上の課題を協議すべきである。

(2) 科学エビデンスの有効活用

- ・ 質の高い ART サービスを維持・拡大するうえで、限られた人的・財的資源を最大限に有効活用することが必要となる。保健省や関係機関が適切な ART サービスを実施するためにも、これまでの協力が生み出し、今後さらにプロジェクトが協力終了までに生み出す成果は、科学エビデンスによってその実証性を対外に発信していくべきである。このようなエビデンスは科学的モニタリング評価分析によって、今後も JICA 専門家の協力を得ながら、科学的エビデンスの構築に努めるべきである。
- ・ プロジェクトは活動から抽出された科学エビデンスを国際学会で発表したり、国際学術誌へ掲載することにより、モバイル ART サービスの成功を他国へ共有し、ザンビア側関係者の意欲を上げることに成功した。保健省及びその他関係者は、今後さらに質の高い ART サービスを普及させるためにも国際学会や学術誌を通してサービス運用の教訓や課題を共有していくべきである。
- ・ プロジェクトは ART サービスに関する情報を共有する仕組みとして、科学エビデンスの発表やマネジメント及びレビュー会議などを実施しているが、成果浸透・拡大のためにも革新的情報マネジメント活動を試験的に導入するべきである。情報マネジメント活動の一例として、ラジオやインターネットを使用した健康促進活動が挙げられる。

(3) プロジェクト期間の延長

「結論」で述べたとおり、プロジェクト期間中の外部条件の変化により、増加が予想される新規地方保健センターや ART 患者に対するさらなる技術協力支援として、地方部において質の高い ART サービスを提供するためのマネジメント強化が必要である。特に客観的エビデンスに基づく ART サービスのマネジメント能力や政策提言能力を強化するために、JICA 専門家の指導の下、質の高い ART サービスを導入・維持するために科学的検証を強化するべきである。プロジェクトは既にザンビア側関係者へ OR 調査や実務者会議でのデータ検討会におけるデータ分析の手法を技術移転しているが、ART サービス及びその対象者が急激に増加することが予想されるなか、プロジェクトによるさらなる分析及びマネジメント能力強化支援が適当である。「技術的持続性」の項で示されたとおり、HIV/エイズケアは生涯にわたる治療が必要であり、限られた予算のなかモバイルサービスとして拡大していくことは難しいため、ザンビア政府は改訂された『国家モバイル ART サービスガイ

ドライン』を基にモバイルから固定化へのサービスの移行を段階的に進めている。以上の理由から、モバイルから固定化へサービスを移行する際にサービスの質を維持・改善するためにも現行 PDM（第 2 版）の成果 1 及び 4 の改訂を調査団として提言する。また、プロジェクトの目標や目的に関して、プロジェクトがザンビアにおける HIV/エイズ対策にどのように貢献しているか明確にするべく、ART サービス拡大のために現行すべてのレベル（国や州、郡）への多層的アプローチに加え、ザンビアの人々がどのような裨益を被るか PDM に詳細情報を明記すべきである。関係者は当初予定のプロジェクト期間終了までに必要な協議を行い、現行 PDM の改訂を含む手続きを取るべきである。

<プロジェクト終了後>

- ・ ザンビアにおける日本の今後の協力は、ザンビア政府による要請及びコミットメント、並びに協力の必要性にかんがみた日本政府の承認によるが、これまでザンビアの人々の健康改善に大きく貢献してきたことをかんがみ、今後の協力はこれまでの協力の成果等を組み込むべきである。特に、ザンビアにおける UHC 達成につながる数々の活動（地方部における質の高いモバイル ART サービスの確立により HIV/エイズケアへのアクセスが向上した結果、人々の延命や生活の質の改善につながる活動）において、日本の強みを示すことができた。プロジェクトは沖縄 G8 サミットにて感染症対策に関するコミットメントを表明した 2000 年以來の日本の ODA 協力及び世界における成功例である。プロジェクトが構築支援した科学的根拠に基づく、革新的なサービス提供の仕組みは治療サービスの提供及び関係者の能力強化を同時に可能にした。
- ・ 今後の協力において以下の点を考慮すべきである。
 - － 今後、複数の保健サービス改善を目的とした統合的アプローチの導入を日本の ODA 協力の効果を最大限に高めるために検討していく必要がある。ザンビアの保健指標を改善するための革新的な横断的アプローチの例として、UHC はザンビアの保健システム強化を図るうえで、HIV/エイズ対策のような個別疾病対策を統合する横断的な土台となり得る。
 - － 成果や目的はザンビアや日本の人々にとって理解しやすく、ODA 協力がザンビアへどのような貢献ができるかを明示すべきである。
 - － 世界基金や USAID をはじめとする他開発援助機関との緊密な連携は相互連携の結果としてさらなる正のインパクトを生み出すために活動のひとつとして検討されるべきである。
 - － 情報マネジメントは対外への情報発信・共有や成果を拡大するうえでの戦略を構築するために重要なプロジェクト活動のひとつである。プロジェクトは情報マネジメントや広報活動、戦略構築を率先して行い、必要な人材を同活動に従事させるべきである。

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）

本プロジェクトでは、活動のアウトカムを科学的に分析し、サービスの標準化の基礎となる

国家ガイドラインに反映させた。このことは、根拠に基づいた施策に大きく貢献するもので、実現可能性を高めることが期待できる。他のプロジェクトでも、ガイドライン作成などサービスの標準化等を支援する介入を行う場合には、現状の正確な分析や介入効果測定を行ううえで OR のような科学的視点をもったプロジェクト活動の分析を採用することで、有効性、実現可能性の高い成果を創出できることが見込まれる。

<延長分終了時評価>

1. 案件の概要	
国名：ザンビア共和国	案件名：HIV/エイズケアサービス管理展開プロジェクト
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チーム	協力金額：約 1,800 万円
協力期間	(延長 R/D) : 2014 年 11 月 9 日～ 2015 年 11 月 8 日
	先方関係機関：保健省、南部州保健局、郡保健局（チョングウェ郡、ムンプワ郡、カロモ郡、カズングラ郡）
	日本側協力機関：国立国際医療研究センター 他の関連協力：特になし
1-1 協力の背景と概要（延長期間）	
<p>第 1 回終了時評価時に下記 2 点に関してさらなる介入が必要と認識されたことにより、プロジェクトの 1 年間の期間延長が決定された。</p> <p>(1) モバイル ART サービスのさらなる全国展開や新 HIV 治療ガイドライン改訂による ART サービスの拡大に伴うマネジメント能力の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> WHO による治療ガイドラインの改訂を受け、ザンビアでも新 HIV 治療ガイドラインが改訂され 2014 年 2 月に施行された（主な改訂点は、CD4 検査閾値を 350 から 500 へ引き上げること、HIV 陽性の母親を全例 ART 対象とすることである）。ガイドライン改訂に伴い ART 件数が増加することは必至であるなか、サービスの質を今後も担保していくための保健省、州保健局、郡保健局におけるさらなるマネジメント能力の強化を行う必要がある。 <p>(2) モバイル ART サイトから固定化 ART サイトへの移行プロセスに対する支援及びモニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> 国家モバイル ART サービスガイドライン（2013 年 11 月改定）に定義した移行プロセスに従って、固定サービスへの移行が質を担保できるものになっているかをモニタリングする必要がある。 移行後も安定的に質の高い ART サービスが提供できているか継続的なモニタリングと技術支援を必要とする（特にカロモ郡、カズングラ郡）。 	
1-2 協力内容（延長期間）	
※下線部はプロジェクト期間延長決定時に修正された箇所である。	

(1) プロジェクト目標

質の高い ART サービスを地方部で拡大するために、保健省の本省、州及び郡保健局の各レベルにおいて、持続的なサービス提供のためのマネジメント能力が向上する。

(2) 成果

- ・ 保健省本省が郡保健局によるモバイル ART サービスの採用及び適切な実施（モバイル ART サービスから固定 ART サービスへの移行を含む）を促進できるようになる。
- ・ 郡保健局の行うモバイル ART サービスを含む ART サービスに対して、対象とする州保健局が技術支援及び監督指導を実施できるようになる。
- ・ 地方部の ART サービスの持続的な強化に向けたチョングェ郡及びムンブワ郡保健局/保健施設の管理能力が強化される。
- ・ 新規対象郡（カロモ郡及びカズングラ郡）が、「モバイル HIV サービス国家ガイドライン」に沿って、モバイル ART サービス（モバイル ART サービスから固定 ART サービスへの移行を含む）を計画、導入及び管理できるようになる。

1-3 投入（延長期間分）

<日本側>

(1) JICA 専門家派遣：合計 54.75 MM

- ・ 長期専門家：延べ4名（チーフ・アドバイザー/保健計画、HIV/AIDS ケア 2名、業務調整/公衆衛生）、合計 43.0 MM
- ・ 短期専門家：延べ7名（モニタリング評価 2名、オペレーショナル・リサーチ、HIV ケア・治療 2名、検査サービス管理 2名）、合計 11.75 MM

(2) 資機材の提供：総額（USD/円）：約 3,576 USD（約 42 万 8,287 円 於 2015 年統制レート 119.767 円/ドル）

品目：エアコン、UPS、プリンター（ムンブワ郡保健局）、加圧ポンプ、硬水軟化装置、フロートスイッチ（カズングラ郡ムクニ保健センター）

(3) 在外事業強化費：180 万 8,593.88 ZMW（3,066 万 6,766 円相当、2013/2014/2015 年度それぞれの平均 JICA 統制レートで計算）

(4) 本邦研修員受入：延べ人数 11 名

研修内容：ストップ TB 活動、エビデンスに基づいた公衆衛生計画立案、5S-KAIZEN-TQM、保健システム・マネジメント、感染症対策

延べ期間：11.9 MM

(5) 国際学会等参加/発表：延べ人数 11 名、延べ期間 0.16 MM

オーストリア、カナダで開催された HIV/AIDS 関連学会/会議参加と発表（口頭、ポスター）

<相手国側>

(1) カウンターパート配置：合計 35 名

- ・ 保健省：9 名（プロジェクト・ダイレクター、プロジェクト・マネジャー、クリニカル・ケア担当官、小児 ART 担当官等）
- ・ ルサカ州保健局：1 名（州保健局長）
- ・ 南部州保健局：2 名（州保健局長 1 名及びクリニカル・ケア・スペシャリスト 1 名）
- ・ 中央州保健局：1 名（州保健局長）
- ・ 郡保健局：22 名（郡保健局長、TB/HIV コーディネーター、ART コーディネーター、情報担当官、検査室スタッフ、バイオメディカル担当官、クリニカル・ケア担当官等）

(2) 施設及び資機材：保健省内事務スペース及び事務用品等

(3) ローカルコスト負担：プロジェクト活動に必要な経常経費（水道、電気など）、モバイル ART サービスに必要な経費（車輛燃料、スタッフ日当 ほか）

2. 評価調査団の概要

調査者	団長・総括	中川 淳史	JICA ザンビア事務所 次長
	評価分析	林 朝子	JICA 人間開発部 保健第一グループ保健第二チーム ジュニア専門員
	協力企画	安高 由香利	JICA ザンビア事務所 企画調査員（保健）
調査期間	2015 年 10 月 22 日～10 月 30 日		評価種類：延長時終了時評価

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) 成果 1：達成状況が継続・維持されている。

終了時評価時に達成したと判断された状態が継続・維持されている。さらに、終了時評価の際に、モバイル ART サービスに関する国内最高の意志決定機関として成長したと評価された実務者会議は、プロジェクト期間中継続して実施され、国家プログラムのパイロット対象となった 15 郡のサービス提供のレビューや、モバイルサイトから固定サイトへの移行の進捗等が報告され、今後の ART サービス提供に係る問題点等が協議された。また、これらが年次進捗報告書として取りまとめられ関係者間で共有された（指標 1-2、1-3）。

加えて、全国レベルでのモバイル ART サイトを含めた ART サービスの実施状況を把握するため、プロジェクト対象 4 郡に加えてパイロット対象となっている他の 11 郡へもフィールドモニタリングの対象を拡げ、インタビューや現場視察から挙げられたさまざまな課題点について郡保健局や保健省担当者へのフィードバックが行われるようになった。

(2) 成果 2：達成状況が継続・維持されている。

終了時評価時に達成したと判断された状態が継続・維持されている。終了時評価時点と同様に、南部州は四半期ごとの定期パートナー調整会議と、Performance Assessment (PA) の機会を活用して郡保健局が実施する ART サービス提供状況のモニタリングと技術的助言を継続している。

(3) 成果3：達成状況が継続・維持されている。

チョングェ、ムンブワの各郡は、終了時評価時点と同様に年次で策定されている活動計画に基づき ART サービス提供・拡大や固定化サービスの移行を実施している（指標 3-1、3-2）。

両郡は 2013 年の地方自治体の再編成によりそれぞれルフンサ郡、シブユンジ郡に郡内の一部の地域が分離され、これを受けて管轄保健センターが約 1 年間の移行期間をもって新設郡に移管された。

また、2013 年の省庁再編により保健省の機能の一部がコミュニティ開発・母子保健省（MCDMCH）に分離され、郡保健局以下の保健施設の管轄（指揮命令系統、予算等）がコミュニティ開発・母子保健省に移管された。このような組織改編は現場の混乱や予算の遅配を招き、一時的に予定された会議、トレーニングの実施や消耗品調達に影響を与えたが、限られた予算のなかでも他のサービスや会議と統合するなど工夫がみられており、郡保健局の管理能力は確実に向上している。モバイル ART サイトから固定化 ART サイトへの移行に関しては、両郡とも移行を段階的に進めており、チョングェ郡では 2 サイト、ムンブワ郡では 3 サイトの移行が完了し、その後固定化を進めたことによって生じた余力で新たなモバイル ART サイトの開設にも成功している（各郡 3 サイトを新規開設）。チョングェ郡で固定サイトに移行した施設への最近のモニタリング結果では、ART の 1 年後の継続率がほぼ 100%と、良好な成績を維持している。

以上のことから、チョングェ郡、ムンブワ郡ともに、終了時評価時に達成したと判断された成果 3 の状態が継続・維持されているといえる。

(4) 成果4：達成した。

延長時に追加されたカロモ・カズングラ郡での固定化サイトへの移行が実現した。加えて ART サービスの安定的な提供のための管理能力が強化された。

カロモ郡及びカズングラ郡で現在 25 カ所の保健施設で ART サービスを提供し（指標 4-1）、ART サービスの拡大や固定化への移行を進めている（指標 4-2）。

終了時評価時に予定されていたカロモ郡 4 サイト、カズングラ郡 1 サイトのモバイル ART サイトから固定化 ART サイトへの移行は完了、さらにカズングラ郡ではもう 1 サイトが移行進行中である。固定化された ART サイトにおける ART の 1 年後の治療継続率は、カロモ郡 84%、82%、カズングラ郡 90%と良好である。両郡ともにモバイルサイトから固定サイトへの移行をプロジェクト延長期間中に経験し、移行後も高い治療継続率を維持していることから、質の高い ART サービスの安定的な提供のための管理能力が強化されたといえる。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

当プロジェクトの延長フェーズの正当性については、終了時評価及び延長フェーズ討議議事録（Record of Discussions：R/D）締結時に受益者のニーズや、ザンビア側の政策及び日本の援助政策との整合性が確認されているため、本評価では省略する。

(2) 有効性

一部外部条件の状況が変化しプロジェクト目標達成のための阻害要因となったが、指標はおおむね達成しており、プロジェクトの有効性は高かったと評価できる。

プロジェクト目標の達成度を測る指標 1～5 に関しては、おおむね達成しているといえる。プロジェクトによる取り組みにより、省・州・郡各レベルにおいて、必要な治療薬を調達し、モバイルチームによる指導を入れながら継続した ART サービスを提供し、さらにサービスの定期モニタリングを行い、会議等で結果を共有し次の計画につなげるという一連のプロセスを実施することができるようになった。また、二度の治療ガイドラインの改訂や ART へのユニバーサルアクセスをめざした政策推進に伴う ART サービスの患者の急激な増加など、プロジェクト開始以来 ART をめぐる状況は変化してきたが、サービスの提供という面では大きな滞りなく各サイトでは高い治療継続率を維持していることより、省・州・郡各レベルのマネジメント能力はプロジェクト開始と比較して改善したといえる。

終了時評価時点と外部条件の状況に大きな変化は生じてはいないが、外部条件「ザンビア側がプロジェクト活動に必要な予算及び人材措置を適切に行う」に関してはプロジェクト延長期間中に状況の変化があった。保健省内のメインカウンターパートである国家 ARV プログラムコーディネーターが 2014 年 11 月ごろより長期休暇を取得し、本評価時点でもなお復帰の見込みが立っておらず、診療全般を担当する担当官が HIV 治療分野を兼務している。ARV プログラムコーディネーターの不在により、省内での意見調整や国家プログラム実務者会議の開催準備などに遅延が生じ、プロジェクトへの依存度が高くなった。

また、外部条件「ARV 薬及び検査試薬の必要量がターゲット郡で利用できる」に関しては、終了時評価時点と同様に、対象 4 郡にわたり一部の保健施設で、生化学用検査試薬を必要量確保することができず検査が十分に実施されなかったケースがみられた。このような保健施設に対してはプロジェクトの予算より検査試薬を購入し、供与した。

(3) 効率性

プロジェクト延長期間中は長期専門家 1 名体制にもかかわらず、主要なプロジェクト活動が引き続き実行され、PDM 変更によって追加された成果も達成しており、効率性は高かったと判断する。

終了時評価時点に引き続き、プロジェクトで実施している JCC のほかに、国家 ART 実務者会議や州・郡レベルでのパートナー会議や ART レビュー会議などを通じて、モバイル ART サービスの提供・管理状況のレビューや PDM に沿った成果の取りまとめを行っており、プロジェクト進捗管理及び成果管理は適切に実施されたといえる。

投入の有効利用に関しては、供与機材の利用が一部制限された。プロジェクト初期に ART の適切なモニタリングに必要な CD4 や生化学等の検査機器が各郡の検査室の状況に応じて供与されたが、カズングラ郡ムクニ保健センター検査室に供与された蒸留水製造装置は、延長期間中もポンプやフィルターの追加供与を行い、正常に稼働させるための支援を行ったが、恒常的な稼働を実現できなかった。これは生化学検査に必要な蒸留水を確保するための装置であるが、農村部の井戸水は不純物を多量に含むうえ水圧が低く、蒸留水製造装置の稼働は技術的にも困難であると判断、専門家の指導により検査は市販の脱イオ

ン水を購入して実施されている。機材の供与には、検査室の体制や技術レベルのみならず、水や電気の質、恒常的な供給などにも配慮が必要であることを示唆している。

そのほか、専門家の派遣、本邦研修・国内研修、日本側・ザンビア側の現地活動費、国際学会の参加・発表の投入は計画どおりに行われ、その活用に関して特段の問題はみられない。

(4) インパクト

上位目標である ART へのアクセスの向上は確実に進んでいるものの、ART 方針の変更に伴う課題に対応できるかどうかは今後のさらなるアクセスの向上の鍵となる。また、プロジェクトがもたらした正負のインパクトについては、終了時評価で指摘されていたインパクトは維持されているものの、延長期間中にそれ以上のインパクトは特段認められなかった。

本プロジェクトは、国家 ART プログラムのパイロット 15 郡のうち 4 郡を対象としてきたものの、対象 4 郡での経験・成果を現場視察の受け入れや定期的な会議を通して残り 11 郡にも共有し、国家プログラム全体を支援してきた。2009 年から 2014 年までパイロット 15 郡とプロジェクト対象 4 郡双方とも ART 患者数は上昇しており、特にパイロット 15 郡での伸びはめざましく、2013 年から 2014 年の 1 年間だけでも、約 20% の増加がみられる。また、パイロット 15 郡内での ART サイト数では、2013 年の郡の分離によって一時はサイト数が 161 に減少しているが、また緩やかにサイト数が増加して 2015 年には 178 サイトとなっている。特に、モバイルサイトから固定化サイトに移行した施設が増加しており、2015 年現在では固定化サイトと移行中のサイトを合わせて全体の約 65% を占めている。これはモバイルチームによる現場指導なしである程度の質を担保して ART を提供する施設が増えたということであり、また移行によってできた余剰リソースによって新たなモバイル ART サイトの開設が可能となる見込みもあることを表している。パイロット 15 郡でのトレーニングを受けた医療従事者の数では、育成された医療従事者は ART 患者数や ART サイト数と比例せず、増加していないことがうかがえる。2015 年のデータでは、1 施設当たりの平均育成数（15 郡のモバイル ART は 63 サイト）は成人 ART が 0.9 人、小児 ART が 0.6 人で双方 1 人にも満たず、特に小児 ART の人材育成には遅れが出ていることが分かる。PMTCT 育成は、近年の Option B+政策推進もあり、1.9 人であった。

ザンビア HMIS によると、2014 年 12 月時点の全国の ART クライアント数は 67 万 1,066 人である（2013 年の HMIS データによると、全国の ART 対象となる HIV 陽性者は 70 万 8,460 人と積算されている）。この約 5 年間で ART のカバレッジは飛躍的に広がったといえる。しかしながら、近い将来 WHO の新ガイドラインの適用によって推計約 130 万人すべての HIV 陽性者が治療対象となれば、需要と供給の間に大きな乖離が生じることが予測される。施設数、ART の教育をされた医療従事者の数は ART 患者数ほどの伸びをみせていないことは、将来起こり得る保健施設のキャパシティ・オーバー、それに伴うサービスに質の低下が起こり得る可能性を如実に表している。ART へのアクセスは確実に向上しているが、ART 方針の変更に伴う課題に対応できるかどうかは今後のさらなるアクセスの向上の鍵となる。

終了時評価時点で正のインパクトとして、プロジェクトで立証されたエビデンスの国際的な情報発信が挙げられた。プロジェクト延長期間においても、国内外の学会や会議への発表、国際的な学術誌への論文発表が数々行われた。また、医療従事者養成機関のカリキュラムでは約3年前より HIV 治療に関する事項が組み込まれており、ART に従事できる保健スタッフは年々確実に増えてきている。しかし、養成機関での教育のみで実務的に即戦力となるのは時間がかかり、プロジェクトが展開したモバイルサービス手法による OJT の仕組みは、医療現場で質と継続性を担保した ART が提供できるスタッフを増やすことに貢献したといえ、医療現場でのオペレーションに関してはザンビアの自助努力による範囲が大幅に増えた。負のインパクトはプロジェクト延長期間においても特に確認されていない。

ART アクセス向上の促進要因としては、外部援助機関による支援規模の大きさが挙げられる。グローバルファンドや米国大統領エイズ救済緊急計画（The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief : PEPFAR）などの外部援助機関による支援の規模は大きく、例えば保健の総支出額の 30～40% が外部リソースに頼っているといわれ、ARV 薬の調達においては自国予算が占める割合はたった 25% といわれている。一方で、これらの数字は、上位目標の達成のためには現在でも外部援助機関による財政的援助に頼らざるを得ない状況は変わっていないことを示しており、HIV エイズ対策におけるザンビアの早期な財政的自立は困難だと言わざるを得ない。今後の介入が疾病課題を特定したバーティカルな援助アプローチから、課題横断的に保健システムを強化するホリゾンタルなアプローチへ比重が移ってきている昨今、感染症対策を軸としたグローバルファンドによる支援縮小の傾向は将来にわたり上位目標への阻害要因になることは予想される。一方で、治療薬の進歩による副作用の軽減や選択オプションの増加、治療薬の低価格が上位目標達成への将来的な促進要因となることが期待される。

(5) 持続性

政策面では、Option B+ の導入を通して ART のユニバーサルアクセスの達成に向けて ART 拡大は追い風にある。ART 拡大方針の推進にあたっては、プロジェクトを通して継続した ART の提供やモバイルサービスから固定化サービスの移行に係る対応力は一定程度身に付いたと言えるものの、省・州・郡各レベルにおいて技術的・リソース的課題が残り、強化は継続しなければならない。

政策面では、ART 拡大は追い風にある。現在、ザンビア政府は母子感染の根絶を目標として掲げ、WHO が提唱する Option B+ の導入を図っており、すべての保健施設で妊婦への HIV 治療を提供できるようにとの方針を打ち出している。また、WHO ガイドラインの改訂によりこれまで治療開始基準とされてきた CD4 カウントが外され、原則すべての HIV 陽性者が CD4 カウントにかかわらず治療を開始することを勧める方針に転換された。この転換を受けて、ザンビア政府でも同様の治療方針を取るよう国内ガイドラインを変える予定である。これらの方針の下で、地方の保健施設における ART 体制の整備・機能強化が今後も持続されることは十分に期待できる。さらに、ザンビア政府は、ART 需要の増加を見込み、サービス提供に係るワークロードを分散させる戦略として、比較的的良好な健康状

態を維持している ART 患者を対象にコミュニティをベースとして ART を提供する「コミュニティ ART」の仕組みの導入を検討している。このコミュニティ ART の効果を測るため、今年 2 地域を対象にしてパイロットプロジェクトが開始されている。

財政面においては、保健政策を推進する保健省、政策実施を担う州保健局・郡保健局ともにプロジェクト延長期間を通して全体的な管理能力や、定期モニタリング、現場指導力は強化されたが、これを今後も持続していくためには人材の確保と、それを裏づける予算が必要不可欠である。予算不足の問題は終了時評価時点で既に悪化しており、そこからのさらなる悪化はみられていないものの現在でも厳しい状況にあることに変わりはなく、現に、州・郡保健局は予算不足や人材不足により、ART レビュー会議やスタッフトレーニング、検査・記録管理等のマネジメントに関する活動を実施できない状況が続いている。この状況は、本プロジェクトとのコストシェアや交渉により他の援助組織から資金を工面するなどの州・郡保健局自身の自助努力を促したというプラス面を引き出した一方で、限られた予算のなかで HIV エイズ対策のために他の重要な保健サービスの資金を削らざるを得ない状況も散見されている。これは保健プログラム全体でみると望ましいとはいえず、限られた予算のなかで、地域ごと疾病状況や保健ニーズに適ったサービスの優先づけを行い、現実的な予算計画を策定することが今後必須である。

技術面においては、プロジェクト延長の目的である、モバイルサービスの拡大と固定化サービスへの移行の加速や国内の ART 対象者の増大に対応できる管理能力、サービス提供へのモニタリング機能の強化は一定程度達成されたといえるものの、省・州・郡レベルそれぞれで下記の課題は残る。

保健省では前述のとおり、国家 ARV プログラムコーディネーターの長期不在がプロジェクト運営に影響を及ぼした。ザンビア政府は全国的な ART サービスへのユニバーサルアクセスの推進に加え、今後も、2015 年末に WHO より公布が見込まれる新 HIV 治療ガイドラインの国内適用や、UNAIDS が掲げる「90-90-90」という野心的目標に呼応した政策策定、ART 需要の増加に対応した実施計画策定が求められている。そのため、テクニカル・ワーキング・グループやドナーを中心的にまとめる省内の HIV 対策専門官の設置は欠かすことはできない要素だと考える。保健省は現在、コミュニティ開発・母子保健省（MCDMCH）の再編入を機に省内の組織構造の変更を図っており、その一環として治療診断サービス局の配下に HIV 専門チームを置くことを検討しており、早急な実現が期待される。

州保健局においては、ART サービスに係る ARV や HIV 迅速診断キット等の資材を安定的に保健施設・検査施設に供給するコーディネーション能力が非常に重要である。現在、公的保健施設の医薬品・医療資機材のロジスティクスは Medical Store Limited（MSL）と呼ばれる半官半民組織が担っており、ザンビア国内では州レベルにサブデポットを設置し、そこを拠点にして医薬品・医療資機材の供給が行われている。ART サービスの持続性のためにはこれらの安定的供給が最重要であり、州保健局はサブデポットの業務を適切に監督しなければならない。プロジェクト延長期間においても、検査試薬の供給が不十分だったため、プロジェクト予算で検査試薬を補填した状況もしばしば起きた。これまで EU やスウェーデン国際開発協力庁が医薬品サプライチェーンのためのマネジメント・ロジスティクス・調達強化支援を直接 MSL に対して行ってきたが、州保健局への直接的介入はな

かった。今後も州保健局による適切な調達計画及び MSL への介入（業務監督能力を向上させる）の必要がある。

郡保健局においては、質が担保された ART サービスの安定的提供のため定期モニタリングと現場指導を継続することが必須であるが、HIV/エイズ対策分野、とくに治療に関してはガイドラインの改訂や、急激な ART 拡大の動きなど状況の変化に対応して郡保健局は技術支援能力を向上していかなければならない。ザンビアでは Continuing Medical Education (CME) という医療従事者の医学生涯教育システムがあり、保健省の各プログラム担当官が各州に講師として出向き、州・郡保健関係者に対して新しい知見・技術を教育しているが、HIV エイズ対策における目まぐるしい状況の変化に対応していくには CME システムだけでは十分とはいえず、今後も郡保健局や外部援助機関による継続的な能力強化支援は必要である。

3-3 結 論

- (1) 2014 年 2 月に行われた終了時評価では、おおむねプロジェクトの成果が達成されたことが確認されていた。本評価時ではそれ以来約 1 年半が経っているが、2014 年 2 月に確認されたプロジェクト成果の状況は特に悪化したというような変化はなく、おおむね維持されていたことが確認された。
- (2) ART 提供可能な保健施設や ART を受ける患者が延長期間中においても増加したにもかかわらず治療継続率は現在も高い水準を維持していることから、保健省、州・郡保健局の管理・監督能力及び保健施設でのオペレーション能力は延長期間においてさらに向上したといえる。また、ART 拡大に伴う業務負担の増加にもかかわらず、同時にモバイル ART サイトから固定化サイトへの移行もプロジェクト対象郡すべてで段階的かつ慎重に進められているのに加え、固定化サイトへの移行から生じた余力でモバイル ART サイトの新設も行っていることも能力が底上げされたことを如実に表している。したがって、プロジェクト延長目的 2 点に関する延長フェーズ全体での達成度は高いと判断する。
- (3) しかしながら、財政的、技術的側面で課題は残る。特に予算と人員不足といった根源的な保健システムの課題が ART サービスの促進を阻害している。固定化サービスへの転換ができない保健施設の原因として、スタッフの能力不足よりむしろ圧倒的に人員が足りず、モバイルチームのマンパワーがなければ ART サービスを提供できないことが挙げられる例もあった。
- (4) この約 5 年間で飛躍的に ART のカバレッジは広がったといえるが、来年（2016 年）にも予定されているザンビアによる WHO の新ガイドラインの適用によって CD4 カウントにかかわらず全 HIV 陽性者が治療対象となれば、国内推計約 130 万人の HIV 陽性者の需要に対して供給側に大きな乖離が生じることが予測され、保健施設のキャパシティ・オーバー、それに伴うサービスの質の低下の可能性は否めない。Option B+や上記の治療開始基準の緩和により政策的には確実に ART アクセスの向上にとって追い風にあるが、

質を伴った ART のカバレッジを今後とも拡大していくには、急増する需要に対してサービス実施側の準備態勢をいかに整えるかが重要である。ザンビア政府は、ART 需要の増加を見込み、サービス提供に係るワークロードを分散させる戦略として、比較的により良好な健康状態を維持している ART 患者を対象にコミュニティをベースとして ART を提供する「コミュニティ ART」の仕組みを検討している。このコミュニティ ART の効果を測るため、今年 2 地域を対象にしてパイロットプロジェクトが開始された。

3-4 教訓・提言

(1) 教訓

1) 全 HIV 陽性者への ART 導入に向けた留意点

2015 年の改訂 WHO ガイドラインは治療開始基準として CD4 カウントの閾値の除外を推奨している。近い将来ザンビアもこの推奨に基づき国内の治療方針を変更する予定である。今後 HIV 陽性と診断された者はすべて治療対象となり、ART 患者の急増が予測される。安定的かつ質の高い ART を継続するには治療薬の確実な確保が最も重要であることは言うまでもなく、治療効果や治療失敗例のモニタリング（CD4 やウイルス量の診断）の体制整備が欠かせない。CD4 値にかかわらず ART を開始することは、CD4 モニタリングを不要とすることではない。患者の急増に対応し得る薬剤供給量と患者モニタリング体制の整備が確立されていなければならない。

2) 保健省、州保健局レベルにおける介入

プロジェクトの実施期間を通じて郡保健局職員のモニタリング及び指導能力のさらなる向上が認められているが、保健省及び州保健局レベルへの直接的な介入は郡保健局へのそれに対し薄かったとの保健省からの報告があった。しかし、保健省、州保健局では、各担当職員の職務範囲が広く、プロジェクトが直接関係する介入への巻き込みが困難であったと思われる。今後このようなマルチレイヤーなアプローチを有するプロジェクトにおいては、週、月単位での定期的な報告書の交換や関係者会議をもつなど、強制的かつ密な各レベルにおける連絡手段を設置するなどし、プロジェクト活動への巻き込みへの工夫が必要である。

(2) 提言

1) ART サービスの質の維持向上における保健システム強化の必要性

本終了時評価時点においても、予算不足や保健人材不足によるサービス提供の質には各保健施設ごとにばらつきが認められた。さらなる質の維持向上のためには引き続き州・郡保健局のモニタリング能力、指導能力、計画・管理能力の強化が必要であるが、予算不足、人員不足など根源的な原因への働きかけも必要である。予算や人員の不足は解決への方策が困難であるが、これら限られたリソースの活用効果を最大化するための、保健情報に基づいた効率的予算配分、人員配置、物流の改善など HIV/エイズケア分野に括られない分野横断的な保健システム強化の取り組みが必要であることがプロジェクトを通して明らかとなった。この教訓に関しては、2015 年 10 月に開始される JICA による新規プロジェクト「ユニバーサルヘルスカバレッジ達成のための基礎的保健サー

ビスマネジメント強化プロジェクト」のデザインに生かされており、本プロジェクトの活動を通して認識された保健システム上の課題を見直すことで新規プロジェクトの活動指針を策定することが望ましい。

2) 今後の ART 拡大とモバイル ART の役割

プロジェクトが開始された 2009 年時点では、利用できる薬剤や CD4 検査機器などが限られており、患者モニタリング情報管理、薬剤管理など、地方保健施設には ART サービスを実施するための訓練された人材、機材、流通システムがなかったが、モバイル ART は地方部への質の高い ART 拡大の手法としては大変有用であり、地方保健施設の人材不足を補うという面においても、地方保健センタースタッフへの技術指導の面においても、モバイル ART は重要な役割を担ったといえる。

近年の治療開始基準の変更による患者数の拡大により、保健施設における ART サービスの必要性はますます高まり、今後急速に ART サービスの拡大が進められることが予測される。治療薬の進歩により服薬が簡素化され副作用も軽減された。医療従事者養成校では ART がカリキュラムに取り込まれ、ART 実施の訓練を受けた医療従事者の増加が見込まれる。小児 ART や重症例など高度な技術を要するケースはあるものの、地方部の保健施設で ART を拡大していくための環境が徐々に整いつつあり、今後モバイル ART サービスの役割は縮小していくであろう。

事後評価においては、モバイル ART サービスの拡大ではなく、ザンビア国内での ART へのユニバーサルアクセスがどの程度実現されているかどうかを中心に据え、モバイル ART サービスはその移行過程における一手段としてどのように貢献したかを考察することが望ましい。

ザンビア共和国
HIV/エイズケアサービス管理展開プロジェクト
第1回終了時評価

第1回終了時評価

目 次

略語表

第1章 終了時評価の概要	7
1-1 背景	7
1-2 終了時評価の目的	8
1-3 合同評価チームのメンバー	8
1-4 プロジェクトの枠組み	8
第2章 終了時評価の方法	11
第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス	12
3-1 投入	12
3-2 プロジェクトの実績	13
3-3 実施プロセスの検証	28
第4章 評価結果	30
4-1 妥当性	30
4-2 有効性	31
4-3 効率性	34
4-4 インパクト	36
4-5 持続性	38
4-6 結論	40
第5章 提言と教訓	42
5-1 提言	42
5-2 教訓	43
付属資料	
1. PDM version 0 (2009年3月4日版)、version 2 (2010年3月2日版)	47
2. 終了時評価の日程	53
3. 評価グリッド	54
3-1 実施プロセスの検証	54
3-2 評価5項目	57
4. 主要面談者リスト	62
5. 投入実績表	64
5-1 カウンターパート配置	64

5-2	JICA 専門家派遣	66
5-3	本邦研修/第三国研修.....	68
5-4	供与機材リスト	75
5-5	日本側ローカルコスト.....	76
6.	オペレーショナル・リサーチ一覧.....	77
7.	研究業績一覧	80

略 語 表

略語	正式名称	和 訳
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
ART	Anti-Retroviral Therapy	抗レトロウイルス療法
ARV	Anti-Retroviral Drugs	抗レトロウイルス薬
CCS	Clinical Care Specialist	クリニカルケア・スペシャリスト
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	(米国) 疾病予防管理センター
DMO	District Medical Office	郡保健局
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金)
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム
HPCZ	Health Professions Council of Zambia	ザンビア保健専門機構
IMAI	Integrated Management of Adolescent and Adult Illness	青年・成人疾患統合管理
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
MCDMCH	Ministry of Community Development Mother and Child Health	(ザンビア) コミュニティ開発・母子保健省
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリング・評価
M/M	Minutes of Meetings	協議議事録
MOH	Ministry of Health	(ザンビア) 保健省
NAC	National HIV/AIDS/STI/TB Council	国家 HIV/エイズ・結核・性感染症対策
NCGM	National Centre for Global Health and Medicine	国立国際医療研究センター
OI	Opportunistic Infection	日和見感染
OR	Operational Research	オペレーショナル・リサーチ
OVI	Objectively Verifiable Indicator	(PDM 上の) 指標
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PEPFER	The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief	米国大統領エイズ救済緊急計画
PMO	Provincial Medical Office	州保健局
PMTCT	Prevention to Mother to Child Transmission of HIV	HIV 母子感染予防
R/D	Record of Discussions	討議議事録
RHC	Rural Health Center	ヘルスセンター
TB	Tuberculosis	結核

TICAD	Tokyo International Conference on African Development	アフリカ開発会議
TOT	Training of Trainers	指導者要請研修
UHC	Universal Health Coverage	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
VCT	Voluntary Counseling & Testing	自発的カウンセリング及び HIV 検査
WHO	World Health Organization	世界保健機関
ZDHS	Zambia Demographic Health Survey	ザンビア人口保健統計

第1章 終了時評価の概要

1-1 背景

ザンビア共和国（以下、「ザンビア」と記す）における成人（15歳～49歳）HIV感染率はプロジェクト開始時のデータでは14.3%（約120万人）（2007年）¹と推計されており、HIV/エイズを起因とする死亡者数は毎年約10万人弱と推計されている。かかる状況の下、ザンビア政府はHIV/AIDS対策に強いリーダーシップとコミットメントを示すとともに、1980年代の大統領ケニス・カウンダが実息がAIDSに冒されていることを公に認めたことにより、ザンビアでHIV/AIDSの脅威に対する政策的認識が高まりをみせた。その後、さまざまな介入が試されたが、ザンビアでは2003年になって抗レトロウイルス薬（Anti-Retroviral Drugs：ARV）による治療〔抗レトロウイルス療法（Anti-Retroviral Therapy：ART）〕が導入され、その有効性が示された。2005年8月にはARV無料化などの政府の努力により、2008年12月にはARTの治療を受けている患者数が22万人を突破するなど、ARTサービスは急速な拡大を遂げてきている。一方で、患者のART治療継続率の低さ、都市部と農村部のサービス格差、医療従事者の負担増等の課題も明らかとなった。

これらの課題に対し、チョングェ郡及びムンブワ郡を対象地域としてJICAが実施した「HIV/エイズケアサービス強化プロジェクト」（2006年4月～2009年3月）では、人的・物的資源の限られた地方部における持続的なHIV/エイズケアサービスの実施手法として、郡病院のスタッフを中心としたチームがよりコミュニティに近いヘルスセンターを巡回し、ヘルスセンタースタッフに指導を行いながら、治療サービスの提供を行う「モバイルARTサービス」の基礎を確立した。同プロジェクトを通して、対象2郡で合計1万80人のHIV陽性者を発見するとともに、4,077人に対してARTが提供され、高い治療継続率（平均92%）で持続的なサービスが提供されるようになった。

このような成果を受け、ザンビア政府はARTサービスへのアクセスが十分行き届かない地方部においてはモバイルARTサービスの導入が効果的と判断し、同サービスの持続的な実施体制を構築すべく、上記プロジェクトに引続き技術協力プロジェクトの実施を要請した。ザンビア政府は国家モバイルARTプログラムの対象地域として全州から選抜した15のパイロット郡へのモバイルARTサービス展開への支援を要請したが、利用可能なリソースを考慮し、15のパイロット郡から4郡をプロジェクトの対象郡として選定することに双方合意した。このような要請や現状の詳細な検討ののち、JICAは「HIV/エイズケアサービス管理展開プロジェクト」（以下、「本プロジェクト」と記す）をわが国に対し要請した。本プロジェクトは、保健省、南部州保健局、各郡保健局（チョングウェ郡、ムンブワ郡、カロモ郡、カズングラ郡）をカウンターパート機関として、モバイルARTサービスを通じて質の高いARTサービスの地方部での拡大に向け、保健省本省、郡保健局、そして郡を監督する州保健局の管理能力強化を行うものである。本プロジェクトは、2009年11月より2014年11月までの5年間の予定で実施されている。

今回の終了時評価は、9カ月後のプロジェクト期間終了を控え、プロジェクト全体の活動内容、成果及びプロジェクト目標について評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性）に基づいて評価し、成果やプロジェクト目標達成や事業終了後の持続性担保に向けた提言、並びに今後の類似事業の実施にあたっての教訓を抽出することを目的とする。

¹ ザンビア人口保健統計（2007年）

1-2 終了時評価の目的

終了時評価の目的は以下に示すとおりである。

- ① 2010年3月の第1回合同調整委員会（JCC）に協議議事上でプロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix：PDM）修正について双方に合意された最新PDM（version 2）（付属資料1）に基づいて進捗をレビューし、評価5項目の評価基準に従って調査時点でのプロジェクト成果を評価する。
- ② プロジェクトの成果及び目標に影響した促進要因及び阻害要因を検討する。
- ③ 上記の分析結果に基づいて残りのプロジェクト期間及びプロジェクト期間終了後の活動方針について協議する。
- ④ 今後のプロジェクト目標及び想定される上位目標の達成に向けた提言を行うとともに、必要に応じてPDMの見直しを行う。
- ⑤ 合同終了時評価報告書に調査結果を取りまとめる。

1-3 合同評価チームのメンバー

終了時評価は、JICA及び1名のザンビア側評価委員と合同で実施した。合同評価チーム（以下、「評価チーム」と記す）の構成は以下のとおりである。

<日本側>

担当業務	氏名	役職及び所属	現地派遣期間
団長・総括	戸田 隆夫	JICA 人間開発部 審議役	2014/2/17～2014/2/22
技術参与	仲佐 保	国立国際医療研究センター 国際医療協力局 国際派遣センター長	2014/2/15～2014/2/19
協力企画	蓮見 尚洋	JICA 人間開発部 保健第一グループ保健第二課 職員	2014/2/13～2014/2/21
評価分析	井上 洋一	(株)日本開発サービス 調査部 主任研究員	2014/2/3～2014/2/20

<ザンビア側>

氏名	役職及び所属
Dr. Albert MWANGO	National ARV Programme Coordinator, MOH

評価調査は、2014年2月3日から2月22日にかけて実施され、サイト視察、インタビュー、プロジェクト報告書等の関連文書レビューを行った（付属資料2）。

1-4 プロジェクトの枠組み

最新PDMであるversion 2に示されるプロジェクトの要約（プロジェクト目標、成果、活動）を以下に示す。

上位目標	ザンビアの地方部で質の高い ART サービスへのアクセスが向上する。
プロジェクト 目 標	質の高い ART サービスを地方部で拡大するために、保健省の本省、州及び郡保健局の各レベルにおいて、持続的なサービス提供のためのマネジメント能力が向上する。
成 果	<p>成果 1 保健省本省が、郡保健局によるモバイル ART サービスの採用及び適切な実施を促進できるようになる。</p> <p>成果 2 郡保健局の行うモバイル ART サービスを含む ART サービスに対して、対象とする州保健局が技術支援及び監督指導を実施できるようになる。</p> <p>成果 3 地方部の ART サービスの持続的な強化に向けたチョングェ郡及びムンブワ郡保健局/保健施設*の管理能力が強化される。 *：チョングェ郡及びムンブワ郡は 2006 年より JICA の支援によりモバイル ART サービスを実施している。</p> <p>成果 4 新規対象郡（カロモ郡及びカズングラ郡）が、「モバイル HIV サービス国家ガイドライン」に沿って、モバイル ART サービスを計画、導入及び管理できるようになる。</p>
活 動	<p>活動 1</p> <p>1-1 新規対象郡へ国家モバイル HIV サービスガイドラインを適用させる。</p> <p>1-2 四半期報告及び実務者会議を通して、モバイル ART サービス実施をモニタリング/評価する。</p> <p>1-3 モバイル ART サービスに係る国家年次報告書を作成する。</p> <p>1-4 WHO の青年・成人疾患統合管理（Integrated Management of Adolescent and Adult Illness : IMAI）に基づく基礎的 ART パッケージに、モバイル ART サービスに関する項目を組み込む。</p> <p>1-5 地方部での ART サービス及びその他 HIV 関連サービスの質向上のためのオペレーショナル・リサーチ（OR）を実施する。</p> <p>1-6 地方部における ART サービスの情報共有のための関係者会議を開催する。</p> <p>活動 2</p> <p>2-1 年 2 回の州 ART 関係機関委員会を計画・開催する。</p> <p>2-2 新規対象郡に対するモバイル ART サービスの監督指導を四半期ごとに実施する。</p> <p>2-3 新規対象郡に対する技術支援（ワークショップ、実地協議）を実施す</p>

る。

活動 3

- 3-1 変容するニーズに対応して、各郡保健局がそれぞれの ART 拡大計画を改訂する。
- 3-2 モバイル ART サービス業務日誌など、ART サービスの質を向上するためのツールを導入する。
- 3-3 カウンセリングと検査、ART、結核、その他関連サービスに必要な検査を確実に提供する。
- 3-4 継続的な専門教育として技術研修を実施する。
- 3-5 データ管理、事業計画、運営事務など、サービスの質に関し郡保健局職員がモバイル ART サイトを監督指導する。
- 3-6 年 1 回、対象郡内/対象郡間での経験共有会議を開催する。
- 3-7 州保健局及び保健省提出用の四半期進捗報告書を作成する。

活動 4

- 4-1 モバイル ART サービス計画/実施ツール（モバイル ART サービス業務日誌、予約簿、イベントカレンダーなど）を導入する。
- 4-2 チョングェ郡及びムンブワ郡での実地研修を通じて、新規対象郡保健局がモバイル ART サービスの計画・管理に関する知見を付与する。
- 4-3 対象郡保健局がモバイル ART 実施計画を作成する。
- 4-4 確認された必要性に応じて ART/日和見感染（Opportunistic Infection : OI）管理、自発的カウンセリング及び HIV 検査（Voluntary Counseling & Testing : (V)CT、精神的・社会的カウンセリングなどを含む研修を実施する。
- 4-5 カウンセリングと検査、ART、結核、その他関連サービスに必要な検査を確実に提供する。
- 4-6 保健省の調達システム（MSL Request and Requisition system）を通じて、新規対象郡保健局が薬品/消耗品/医療機器、その他モバイル ART サービスに必要な物品を調達する。
- 4-7 実施計画に従って、モバイル ART チームの支援の下、ヘルスセンターでのモバイル ART サービスを実施する。
- 4-8 郡保健局が新規モバイル ART サイトへ定期的な監督指導を実施する。
- 4-9 定期的な郡内 ART 検討会議を開催する。
- 4-10 州保健局提出用モバイル ART データを収集する。
- 4-11 州保健局及び保健省本省提出用四半期進捗報告書を作成する。

第2章 終了時評価の方法

終了時評価は「JICA 事業評価ガイドライン」（2010年6月）に沿って実施された。実績・実施プロセスの確認と5項目評価を行うための調査項目について具体的な方法を検討するため、評価設問、必要な情報・データ、情報源、データ収集方法について一覧表で示した評価グリッド（付属資料3）を作成した。

評価チームのメンバーは評価グリッドに基づき、カウンターパートや各関係機関、日本人専門家に対して質問票やインタビューを実施し、プロジェクトのレビューを実施した。主要面談者は付属資料4を参照のこと。

PCM手法に則り、最新のPDM version 2に基づいて指標の達成度を含めたプロジェクト実績を確認し、評価5項目での評価分析を行った。合同評価チームは、評価結果を合同レビュー報告書に取りまとめた。

本終了時評価に用いた評価5項目の概説を以下の表-1に示す。

表-1 評価5項目の概説

評価5項目	概説
妥当性	プロジェクトの目標（PDMのプロジェクト目標、上位目標）が、受益者のニーズと合致しているか、援助国側の政策と日本の援助政策との整合性はあるかといった、「援助プロジェクトの正当性」を検討する。終了時評価での妥当性は、現状に基づいて検証作業を行う。
有効性	PDMの「プロジェクトの成果」の達成度合いと、それが「プロジェクト目標」の達成にどの程度結びついたかを検討する。終了時評価での有効性評価は、現状・実績に基づいて検証作業を行う。
効率性	プロジェクトの「投入」から生み出される「成果」の程度を把握する。各投入のタイミング、量、質の適切度を検討する。終了時評価での効率性は、現状・実績に基づいて検証作業を行う。
インパクト	プロジェクトが実施されたことにより生じる直接・間接的な、予測した・しなかった正負の影響を検討する。終了時評価でのインパクトは、予測・見込みに基づいて検証作業を行う。
持続性	援助が終了したあとも、プロジェクト実施による便益が持続されるかどうか、自立発展に必要な要素を見極めつつ、プロジェクト終了後の自立発展の見通しを検討する。終了時評価での持続性は、予測・見込みに基づいて検証作業を行う。

第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス

3-1 投入

以下に、2013年12月現在のプロジェクトに対する日本側及びザンビア側からの投入を示す。詳細は付属資料5を参照のこと。

(1) 日本側投入実績

構成	投入
JICA 専門家の派遣	合計 211.5 MM (プロジェクト期間終了時点の見込値) <ul style="list-style-type: none"> 長期専門家：延べ 7 名 (チーフ・アドバイザー/保健計画、HIV/AIDS ケア、検査サービス管理、業務調整/公衆衛生)、合計 184.0 MM 短期専門家：延べ 15 名 (HIV/AIDS ケアサービス管理、オペレーショナル・リサーチ、HIV ケア・治療、検査サービス管理)、合計 27.5 MM
資機材の提供	総額：55 万 5,453 USD (約 5,665 万 6,000 円) 品目：車輛 6 台 [プロジェクト活動用 4 台 (うち 2 台はモバイル ART サービス用として 2014 年 1 月に供与)、モバイル ART サービス用 2 台]、検査診断機器 (CD4 細胞計数器、移動型 X 線診断装置、生化学分析装置、血球計数器ほか) 等
本邦研修	延べ人数：17 名 (これらの研修員は JICA の他の研修スキームによって派遣され、プロジェクト予算は使用していない) 研修内容：HIV/AIDS ケア/地域保健、エビデンスに基づいた公衆衛生計画立案、ストップ TB 活動 延べ期間：23.2 MM
国際学会等参加/発表	延べ人数：21 名 日本、オーストリア、イタリア、フランス、米国、マレーシア、エチオピア、南アフリカで開催された HIV/AIDS 関連学会/ワークショップ参加と発表 (口頭、ポスター) 延べ期間：4.4 MM
現地活動費	在外事業強化費：1 億 1,860 万円 (プロジェクト期間終了時点の見込額)

(2) ザンビア側投入実績

構成	投入
カウンターパート配置	保健省：6 名 (プロジェクト・ダイレクター、プロジェクト・マネジャー、ARV コーディネーターほか) 南部州保健局：3 名 (州保健局長 1 名及びクリニカルケア・スペシャリスト 2 名) 郡保健局：16 名 (郡保健局長、TB/HIV コーディネーター、情報担当官、検査室スタッフ等)

施設及び資機材	① 保健省内事務スペース ② 事務用品等
現地活動費	① プロジェクト活動に必要な経常経費（水道、電気など） ② モバイル ART サービスに必要な経費（車輛燃料、スタッフ日当ほか）

3-2 プロジェクトの実績

(1) プロジェクト活動の実績

成果に係るプロジェクト活動実績を以下に示す。

<p>成果 1 保健省本省が、郡保健局によるモバイル ART サービスの採用及び適切な実施を促進できるようになる。</p>	
活 動	達成事項
1-1 新規対象郡へ国家モバイル HIV サービスガイドラインを適用させる。	<p>国家モバイル ART サービスガイドラインは、オリエンテーション・ワークショップ及び全国モバイル ART 実務者会議で新規対象郡だけでなく、他の州保健局に適用された。詳細は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> 国家 HIV/AIDS/性感染症/結核対策評議会（NAC）協力の下、2010年5月4日～6日にルサカにて、カウンターパート機関及び他の関係機関を対象とした国家モバイル HIV サービスガイドラインに関するオリエンテーション・ワークショップと公布式を開催した。 その後の状況の変化とニーズに対応するため、2013年11月にガイドラインを改訂し、同年12月の全国年次実務者会議にてプロジェクト対象郡のみならず、全国から選ばれた15の国家プログラム対象郡及びその管轄州保健局に対し、概要説明が行われた。プロジェクトは改訂ガイドラインの現場での適用を今後支援していく。
1-2 四半期報告及び実務者会議を通して、モバイル ART サービス実施をモニタリング/評価する。	<p>四半期レビュー会議及び年次実務者会議は定期的で開催され、活動や達成度の確認・レビュー、実施上の問題についての協議、活動予定の確認などが行われた。</p>
1-3 モバイル ART サービスに係る国家年次報告書を作成する。	<p>2010年から毎年国家年次報告書が作成された。2013年版は現在編集中で、完成次第関係者に配布される予定である。</p>
1-4 WHO の青年・成人疾患統合管理（IMAI）に基づく基礎的 ART パッケージに、モバイル ART サービスに関する項	<p>WHO ザンビア代表者との協議ののち、2010年にモバイル ART サービスの項目が基礎的 ART パッケージに盛り込まれた。詳細は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> 作成したパッケージは2010年11月のカロモ郡、カズング

<p>目を組み込む。</p>	<p>ラ郡での研修に使用された。</p> <ul style="list-style-type: none"> 2010年12月に開催された指導者養成研修（Training of Trainers：TOT）に参加したチョングェ郡及びカロモ郡の医師は、それぞれの郡でモバイル ART サービスに従事する保健人材に対し、同パッケージを用いた研修を行った。
<p>1-5 地方部での ART サービス及びその他 HIV 関連サービスの質向上のためのオペレーショナル・リサーチ（OR）を実施する。</p>	<p>2010年より6分野10テーマのORが順次開始され、うち6テーマは継続中である（付属資料6OR一覧を参照）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ORの調査デザイン策定から結果の取りまとめまで JICA 専門家と保健省、郡保健局が協力して実施され、国立国際医療研究センター（National Centre for Global Health and Medicine：NCGM）が側面支援を必要に応じて実施している。6つの研究分野は以下のとおりである <ol style="list-style-type: none"> ① HIV ケアの継続 ② ART サービスの関連した検査サービスへのアクセス ③ 成人への ART サービス ④ 小児 HIV と母子垂直感染予防（PMTCT）サービス ⑤ ART 治療サポーター ⑥ HIV に関連した疾患 ORの結果はその都度取りまとめ、国内外の学会にて発表された（プロジェクト目標指標4を参照）。また、これまでに OR やプロジェクトの経験・実績に基づいて4報の学術論文が国際紙に掲載された。今後も、進行中の OR 等の結果を使用した学術論文等がプロジェクト期間終了まで、終了後も数多く発表されることが見込まれる。
<p>1-6 地方部における ART サービスの情報共有のための関係者会議を開催する。</p>	<p>モバイル ART サービス実務者会議がプロジェクトの支援により設立され、第1回会議が2010年12月に開催された。同会議を通じて、地方部での ART サービスの状況やプロジェクト活動の成果、ORの成果等がカウンターパート機関や他の関係機関に共有された。詳細は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> 各年度12月ごろに、モバイル ART サービス実務者会議として年次会議を開催（主催は保健省、準備は保健省 C/P と JICA 専門家）し、国家モバイル ART プログラムのパイロット15郡の進捗報告、関係パートナー機関からの活動報告、次年度の活動計画やその他の課題の検討などが行われている。 2013年12月に開催された第4回会議は、上記プログラムのパイロット15郡、管轄州保健局（9州）、ART サービスに関係する開発パートナー機関から60名程度の参加者があった。2013年の実績は、現在年次報告書の編纂作業が

	進行中であり、完了次第、関係機関に配布される見込みである。
--	-------------------------------

<p>成果 2</p> <p>郡保健局の行うモバイル ART サービスを含む ART サービスに対して、対象とする州保健局が技術支援及び監督指導を実施できるようになる。</p>	
活 動	達成事項
<p>2-1 年2回の州 ART 関係機関委員会を計画・開催する。</p>	<p>南部州保健局は、四半期ごとにパートナー調整会議（州内の郡保健局、ART 関連活動を行う NGO 等が参加）を主催し、州内の情報を共有している。詳細は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プロジェクトはこの会議に参加し、プロジェクトサイトの現状報告、OR で得られた知見の報告やそれに基づく問題提起等を行った。 ・ 2011 年から 2013 年までの開催率は 92%（11/12 回）であった。
<p>2-2 新規対象郡に対するモバイル ART サービスの監督指導を四半期ごとに実施する。</p>	<p>南部州保健局は、半期ごとに Performance Assessment という枠組みで、郡保健局に対して ART サービスを含む保健サービスの巡回指導を行っている。詳細は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プロジェクトは必要に応じ Performance assessment に同行し、特に ART サービスに関する評価と指導を行った。 ・ また、ART サービスのモバイルサイトから固定サイトへの移行のための施設評価についても、ザンビア保健専門機構（HPCZ）から州保健局へ審査機能が移管され、州保健局が保健センターの機能評価を行う仕組みとなった。審査結果は HPCZ に報告され、HPCZ が認証を与えている。
<p>2-3 新規対象郡に対する技術支援（ワークショップ、実地協議）を実施する。</p>	<p>州保健局は新規対象（カロモ郡及びカズングラ郡）の郡保健局に対し、2010 年 2 月 26 日に計画ワークショップを実施し、モバイル ART サービス導入を支援した。詳細は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新規対象郡で状況分析が行われ、その後導入計画が策定された。 ・ プロジェクトは、2011 年 2 月に新規対象郡の保健人材 24 名に対し、成人及び小児 ART に関する新しいガイドラインに沿って指導者養成研修（TOT）を実施した。その後、カロモ郡及びカズングラ郡では、2010 年第 2 四半期からモバイル ART サービスが開始された。 ・ 以後は、州保健局の年間計画に則り、四半期ごとに実施される Performance Assessment やパートナー会議を通じて継続的な技術支援を実施している。

<p>成果 3 地方部の ART サービスの持続的な強化に向けたチョングェ郡及びムンブワ郡保健局/保健施設の管理能力が強化される。</p>	
活 動	達成事項
<p>3-1 変容するニーズに対応して、各郡保健局がそれぞれの ART 拡大計画を改訂する。</p>	<p>郡保健局は毎年予算の見直しとともに年次活動計画を策定しており、ART の拡大計画はその中に含まれている。詳細は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ チョングェ郡は郡内 26 医療施設（郡分離前）のうち、プロジェクト開始当初より 13 施設にて ART サービスを提供している。うち 10RHC でモバイル ART サービスが実施されており、1 つの RHC が最近固定サイトとして独立した。終了時評価時点では、2RHC で固定サイトへの移行が進められている。固定サイトへの移行は計画から遅れが認められるが、さらに 3RHC でのモバイル ART サービス開始に向けて、調査、準備を進めている。 ・ ムンブワ郡は、郡内 35 医療施設（郡分離前）のうち、11RHC において ART サービスを実施中である。うち、これまでに 3 センターを固定サイトとして独立したが、新設された隣郡に移行させる予定である。RHC でモバイル ART サービス開始は計画より遅れているが、2014 年より 3RHC にて新たにモバイルサービスを開始予定である。
<p>3-2 モバイル ART サービス業務日誌など、ART サービスの質を向上するためのツールを導入する。</p>	<p>2010 年第 1 四半期に、患者カード、患者登録簿、診療録（スマートケアフォーム）など、保健省が定めたツールを随時導入した。詳細は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ その後、会議や巡回指導時に正しい使用法等を指導し適切な使用を促進した。 ・ さらにプロジェクトで診療予約簿を導入し、診療準備、患者の確実な追跡等が行える仕組みを導入した。 ・ いくつかの RHC ではこれらのツールが適切に使用されていないことが確認されているが、プロジェクトでは引き続き適正使用に向けて郡保健局（District Medical Office : DMO）を支援する予定である。
<p>3-3 カウンセリングと検査、ART、結核、その他関連サービスに必要な検査を確実に提供する。</p>	<p>プロジェクトは検査、診断に必要な機器等を供与し、JICA 専門家が適正使用や管理を定期的に指導している。詳細は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プロジェクト初期に移動型 X 線検査用機材（チョングェ郡）、CD4 検査、生化学検査及び血液検査機器（ムンブワ郡）をプロジェクトから供与し、専門家（検査サービス管理）が定期的に機材の適正な使用、管理指導を行った。

	<ul style="list-style-type: none"> また、2013年に Medical stores Limited (MSL) からの調達遅れによる試薬等の不足が発生した際には、プロジェクトは郡保健局の依頼に基づき、必要な試薬や消耗品を供与した。
<p>3-4 継続的な専門教育として技術研修を実施する。</p>	<p>プロジェクトは、先行2郡だけでなく、新規2郡の郡保健局スタッフに本邦研修による専門教育の機会を提供した。また、保健センターのスタッフ、ボランティアに ART サービスに必要な研修を提供した。保健センタースタッフやボランティアに対する基礎的 ART サービスの国内研修も提供している。詳細は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象4郡の DMO から10名の郡保健局スタッフが本邦研修へ参加し、ニーズに応じて HIV/AIDS ケア/地域保健、ストップ TB 活動、根拠に基づいた公衆衛生計画の研修を受講した（付属資料5参照）。 保健センターのスタッフ、ボランティアに対する研修は、郡保健局が企画実施し、プロジェクトが側面支援した。終了時評価までに全24回、4対象郡の人材から合計516名が研修に参加した。内容は付属資料5（投入実績）を参照。 しかしながら、いくつかの保健センターでは、研修を受けた保健人材が異動・離職しており、支援型監督指導などの強化が求められる。また、治療サポーター（ボランティア）は、さまざまな事情によりすべての人材がアクティブなわけではなく、今後の課題として整理される。
<p>3-5 データ管理、事業計画、運営事務など、サービスの質に関し郡保健局職員がモバイル ART サイトを監督指導する。</p>	<p>郡保健局は原則四半期ごとに保健センターの巡回指導を実施することになっている。しかしながら、実際には予算不足や他の業務との重複等もあり、計画どおりの実施頻度を満たしていない。詳細は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> 2011年から2013年の対象4郡の平均実施率は58%（28/48回）であった。 2011年から2013年のチョングェ郡、ムンブワ郡の実施率は、それぞれ58%、67%であった。 上述のとおり、実際にはおおむね半期ベースで巡回指導が実施されていたものの、保健センターでの ART サービスはおおむね適切に維持されていた。
<p>3-6 年1回、対象郡内/対象郡間での経験共有会議を開催する。</p>	<p>郡保健局は、原則四半期ごとにモバイル ART サービス対象保健センターの責任者を集めて ART レビュー会議を開催し、郡内の経験共有を実施することになっている。実際には予算不足や他の業務との重複等もあり、計画どおりの実施頻度を満たしていない。詳細は以下のとおりである。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 2011年から2013年の対象4郡の平均実施率は65%(26/40回)であった。 2011年から2013年のチョングェ郡、ムンブワ郡の実施率は、それぞれ60%、90%であった。 ART レビュー会議は RHC が一定の経験を積んだことから、2013年からは開催頻度を四半期から半期とすることになった。しかしながら、2013年は郡保健局への予算分配が大幅に遅延したこともあり、会議の4郡平均の開催率は63%(5/8回)であった。 他方、郡を越えて相互の経験共有を目的とした四半期プロジェクト会議は、ほぼ予定どおりに開催された(2011年から2013年で11/12回)。
3-7 州保健局及び保健省提出用の四半期進捗報告書を作成する。	保健省の通常プロセスに則り、郡保健局は四半期ごとに保健管理情報システム(HMIS)レポートを州保健局に提出しており、ここにART患者情報も含まれている。 業務重複による負荷を避けるため、プロジェクト独自には報告書は作成していない。

<p>成果4 新規対象郡(カモロ郡及びカズングラ郡)が、「モバイル HIV サービス国家ガイドライン」に沿って、モバイル ART サービスを計画、導入及び管理できるようになる。</p>	
活 動	達成事項
4-1 モバイル ART サービス計画/実施ツール(モバイル ART サービス業務日誌、予約簿、イベントカレンダーなど)を導入する。	<ul style="list-style-type: none"> 活動3-2に同じ。
4-2 チョングェ郡及びムンブワ郡での実地研修を通じて、新規対象郡保健局がモバイル ART サービスの計画・管理に関する知見を付与する。	<p>カモロ及びカズングラ郡保健局の代表者はモバイル ART サービス開始に先立ち、2009年11月にムンブワ郡とチョングェ郡を訪問し、モバイル ART サービスの実地研修を受けた。両郡はその後の2010年第1四半期にモバイル ART サービスを開始している。その他の活動は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> 2郡の代表者が2010年6月25日のムンブワ郡の四半期 ART レビュー会議に参加し、Lungobe RHC におけるモバイル ART サービスの管理と改善状況に関する経験を共有した。 その後は、四半期のプロジェクト会議や年次実務者会議、必要に応じて電話や e-mail でのコミュニケーションを通して、計画や管理に関する経験は共有された。

<p>4-3 対象郡保健局がモバイル ART 実施計画を作成する。</p>	<p>モバイル ART サービスの実施計画は、2010年2月に実施された「モバイル ART サービス計画ワークショップ」を通して、南部州保健局の協力を得て作成された。</p> <p>その後は、各郡保健局は四半期実施計画を四半期プロジェクト会議や年次プロジェクト会議で発表し、保健省、州保健局ほか、関係機関と共有された。</p>
<p>4-4 確認された必要性に応じて ART/日和見感染 (OI) 管理、(V) CT、精神的・社会的カウンセリングなどを含む研修を実施する。</p>	<p>活動 3-4 及び付属資料 5 (投入実績) を参照</p>
<p>4-5 カウンセリングと検査、ART、結核、その他関連サービスに必要な検査を確実に提供する。</p>	<p>活動 3-3 に同じ。</p> <ul style="list-style-type: none"> これに加え、2013 年には試薬や消耗品の調達に問題が発生したことから、JICA 専門家と保健省の検査サービス局担当官とともに MSL をモニタリング訪問したところ、発注システムや在庫・供給管理に問題が確認された。
<p>4-6 保健省の調達システム (MSL Request and Requisition system) を通じて、新規対象郡保健局が薬品/消耗品/医療機器、その他モバイル ART サービスに必要な物品を調達する。</p>	<p>活動 3-3 に示したとおり、MSL からの試薬調達遅れに対し、郡保健局の依頼に基づき、必要に応じ試薬や消耗品を供与した。また専門家 (検査サービス強化) が、保健省及び MSL と調達システムの問題点等について協議し、提案事項を報告書に取りまとめた。</p>
<p>4-7 実施計画に従って、モバイル ART チームの支援の下、ヘルスセンターでのモバイル ART サービスを実施する。</p>	<p>両郡はモバイルサービス実施計画を策定し、2010 年第 2 四半期から計画に沿ったサービスを実施している。詳細は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> カロモ郡は、郡内 36 医療施設 (郡分離前) のうち、固定サイトの 2 施設のみで ART サービスを実施していたが、プロジェクト開始とともにモバイルサービスを開始し、サービスサイトを 8 施設に拡大した。プロジェクト期間の前半では、必要な施設基準が満たされないままモバイルサービスから固定化サービスへ移行され、保健センターの業務負荷増大やサービスの質の低下などの問題が生じた事例が確認されていた。本件は中間レビュー時に確認され、その際の提言に基づいて、保健省はプロジェクトの支援を受けて、施設評価基準や固定化サービスへの移行手順を盛り込んだ『国家モバイル HIV サービスガイドライン』改訂版を作成、2013 年 11 月に保健大臣によって承認された。終了時評価時点では同ガイドラインに従った移行作業が

	<p>進められている。</p> <ul style="list-style-type: none"> カズングラ郡は、2010年第2四半期よりモバイル ART サービスを保健センターで開始し、徐々にサービスの対象を拡大している。終了時評価時点では、郡内 22 医療施設のうち、15 施設でモバイル ART サービスが提供されている。
4-8 郡保健局が新規モバイル ART サイトへ定期的な監督指導を実施する。	<p>郡保健局は原則四半期ごとに保健センターの巡回指導を実施することになっている。しかしながら、実際には予算不足や他の業務との重複等もあり、計画どおりの実施頻度を満たしていない。詳細は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> 2011年から2013年のカロモ郡、カズングラ郡の実施率は、それぞれ 50%、58%であった。 先行 2 郡と新規 2 郡の実施率は、それぞれ 63%、54%と、新規 2 郡で若干低かった。
4-9 定期的な郡内 ART レビュー会議を開催する。	<ul style="list-style-type: none"> 2011年から2013年のカロモ郡、カズングラ郡の実施率は、それぞれ 50%、58%であった。 対象 4 郡の 2011年から2013年の ART レビュー会議の平均実施率は 65%であったが、チョングェ及びムンブワの先行 2 郡の会議実施率が 80% (16/20 回) だったのに対し、カロモ及びカズングラの新規対象郡では 55% (11/20 回) と、新規対象郡で顕著に低かった。
4-10 州保健局提出用モバイル ART データを収集する。	活動 3-7 に同じ。
4-11 州保健局及び保健省本省提出用四半期進捗報告書を作成する。	活動 3-7 に同じ。

(2) 成果の達成度

1) 成果 1

成果 1 の指標の達成度を以下に示す。

<p>成果 1 保健省本省が、郡保健局によるモバイル ART サービスの採用及び適切な実施を促進できるようになる。</p>	
指 標	達成度
1-1 すべての州に国家モバイル HIV サービスガイドラインが周知されている。	<ul style="list-style-type: none"> 国家モバイル HIV サービスガイドラインは、NAC 及び関係機関の協力の下、2010年5月4日～6日にルサカにて、カウンターパート機関及び他の関係機関を対象にオリエンテーション・ワークショップと公布式を開催し、周知された。 その後の状況の変化とニーズに対応するため、2013年11月にガイドラインが改訂され、同年12月の全国年次実務者会

	<p>議にてプロジェクト対象郡のみならず、全国から選ばれた 15 の国家プログラム対象郡及びその管轄州保健局に対し、概要説明が行われた。プロジェクトは改訂ガイドラインの現場での適用を今後支援していく。</p>
<p>1-2 モバイル ART サービスモニタリングに係る実務者会議が年に 1 回実施されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクトが開始された 2010 年より年次実務者会議が開催され、各対象郡での活動実績報告や OR の結果が協議され、年次報告書の内容が決定されている。また、モバイル ART サービス拡大や同サービスの固定化サービスに向けた諸問題などの実務的な問題が協議されるとともに、次年度の活動予定なども協議されている。 本プロジェクト開始前は、モバイル ART サービスに特化した実務者会議は開催されていなかったが、終了時評価時点で同会議はモバイル ART サービスに係る最高意思決定機関として機能し、国家モバイル HIV サービスガイドラインにもその役割が規定されている。
<p>1-3 ザンビアのモバイル ART サービス年次報告書が作成・配布されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 上述したとおり、実務者会議で内容が最終化され、実績に科学的考察が加えられた年次報告書が年 1 回作成され、全国の州保健局や対象郡保健局、モバイル ART サービスに係る開発パートナーなどの関係機関に配布されている。 同報告書を通してモバイル ART サービスの実態や課題が明らかにされたことは、同サービスを運営していくうえでザンビア側実務者にとって非常に有用な情報源として、サービスの実務に大きく貢献している。

チョンゲ郡及びムンブワ郡を対象地域として JICA が実施した「HIV/エイズケアサービス強化プロジェクト Integrated HIV and AIDS Care Implementation Project at District Level (April 2006-March 2009)」(2006 年 4 月～2009 年 3 月)を通じてサービスの基礎が確立され、ガイドライン作成の準備が進められてきた「国家モバイル ART サービスガイドライン」が、本プロジェクト開始後の 2010 年 5 月に承認され、プロジェクト対象機関だけでなく、全国の州保健局に公布された。その後、本プロジェクトの活動を通して得られた知見やザンビアの状況の変化を受けて同ガイドラインは新たに得られた科学的根拠に基づいて改訂され、2013 年末に全国の関係機関に周知された(指標 1-1)。また、2010 年 5 月のガイドライン発表後、急速にモバイル ART サービスが全国的に拡大してきた過程で、単に量的なサービス拡大がめざされる傾向が認められたことから、プロジェクトは「質の高い ART サービスの国家定義 National Definition of Quality ART Services」と、それらをモニタリングするための指標を作成し、ポスター広告として全国の医療施設に配布するとともに、2013 年の改訂版ガイドラインにも盛り込まれた。

他方、プロジェクトの支援によって実施された実務者会議はプロジェクト対象機関だけでなく、他州の州保健局や開発パートナー機関などの関係機関との協力の下、モバイル ART サービスの最高意思決定機関として成長し(指標 1-2)、同会議を通して協議された実

績は年次進捗報告書に科学的考察が加えられたうえで取りまとめられ、ザンビアでのモバイル ART サービスの実態把握に大きく貢献している（指標 1-3）。

これらの成果に加え、JICA 専門家はプロジェクト期間を通し、ART に関連する保健省主催の各種技術作業部会（ART、小児、母子感染予防、検査サービス）に参加し、保健省や他のパートナー機関にプロジェクト対象地域での ART サービスの情報共有や技術的インプットを行うとともに、2010年に改訂された「国家成人 ART ガイドライン」「国家小児 ART ガイドライン」「HIV 母子感染予防ガイドライン」の作成に技術的助言を行っている。これに加え、地域保健センターが最低限備えるべき HIV/エイズケア内容についての基礎研修の必要性から、プロジェクトは上述の ART 技術作業部会を通して保健省や WHO 等の関係機関と協力して、プロジェクトの経験や成果を基に ART サービスの経験のない保健センタースタッフ向けの「基礎的 ART 臨床研修コース Basic ART Clinical Training Course」の取りまとめに技術的な支援を行った。なお、同研修コースは 2010 年 5 月に保健省より国家研修として認証された。

このように成果 1 の指標は十分に達成され、ART サービスに関連する他の分野での標準化にもプロジェクトは大きく貢献した。終了時評価時点では、プロジェクトの支援により標準化されたモバイル ART サービスや、サービスの固定化への移行プロセスが全国的に拡大しつつあることから、保健省は成果 1 で期待する成果をおおむね達成したと考えられる。

2) 成果 2

成果 2 の指標の達成度を以下に示す。

成果 2 郡保健局の行うモバイル ART サービスを含む ART サービスに対して、対象とする州保健局が技術支援及び監督指導を実施できるようになる。	
指 標	達成度
2-1 州 ART 関係機関委員会 会議を半期ごとに開催している。	<ul style="list-style-type: none"> 南部州保健局は南部州下の全郡保健局長と HIV サービスを支援しているパートナー機関とパートナー調整会議を原則四半期ごとに開催し、州内の郡保健局及びパートナー機関による ART サービスの経験と情報を共有し、モニタリング評価している。 JICA 専門家は同会議に参加し、モバイル ART サービスや ART サービスの固定化に係る実績や問題点に対する技術的助言、OR の科学的考察を含む結果報告等を行ってきた
2-2 対象郡の四半期ごとの監督指導が 75%以上実施され、モニタリング報告書が保健省に提出されている。	<ul style="list-style-type: none"> 南部州保健局は半期ごとに郡保健局下の保健サービスを報告データの信頼性検証を中心に監督指導する Performance Assessment を実施している。また、郡保健局の Performance Assessment で問題が示唆された医療施設は、州保健局が直接視察を行うが、必要に応じて JICA 専門家が同行し、技術的助言を行っている。

	<ul style="list-style-type: none"> • Performance Assessment の結果は、上述のパートナー会議で共有され、関係者間で対応策などが協議されている。
--	---

南部州保健局は半期ごとの郡保健局へのモニタリング（Performance Assessment）と四半期ごとの「ART 関係機関調整委員会（パートナー調整会議）」を通して、管轄州内の郡保健局で行われている保健サービス（モバイル ART サービスを含む）を行い、技術的支援、監督指導を継続している。Performance Assessment は保健省の規則に則ったものであり、プロジェクトは ART サービス部分を中心に必要な技術的助言を行っている。また、同会議はプロジェクト開始当初、州保健局主導の下、ART に係るパートナー機関の調整を主眼とした会議であったが、プロジェクトの助言より管轄地域の郡保健局も参加する包括的な保健サービスモニタリング機能を有する会議に成長している。また、同会議を通じて南部州の他の郡保健局にもプロジェクトの成果や OR の結果が共有されている。チョングェ郡が所属するルサカ州、ムンブワ郡が所属する中央州の州保健局に対しては、前述した実務者会議や年次進捗報告書を通して必要な技術的助言や成果、経験の共有がなされている。

このように成果 2 に対する指標はおおむね達成し、南部州内やプロジェクト対象郡のあるルサカ州、中央州を含む他州での ART サービスを適切にモニタリング評価が構築されたことから、成果 2 も目的はおおむね達成されたと考えられる。

3) 成果 3

成果 3 の指標の達成度を以下に示す。

<p>成果 3 地方部の ART サービスの持続的な強化に向けたチョングェ郡及びムンブワ郡保健局/保健施設の管理能力が強化される。</p>	
指 標	達成度
<p>3-1 ART 拡大計画が毎年レビュー、改訂されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 活動 3-1 に示したとおり、郡保健局は毎年予算の見直しとともに年次活動計画を策定しており、サービス提供のない地域への ART の拡大や固定化サービスへの移行はそのなかに含まれている。 • また、郡保健局が作成した活動計画は、四半期ごとに達成度等をレビューされ、必要に応じて改訂されている。
<p>3-2 プロジェクト期間を通じて、予定されたモバイル ART サービスがすべて実施されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 特に遠隔地で道路事情が悪い保健センターに対するモバイル ART サービスは、雨期にアクセスが困難になることがあり、サービス開始時間が遅れたりした事例もあった。 • そのような保健センターに対しては、可能な施設であれば ARV の備蓄を増やしたり、1 回の処方日数を減らすなどで対応し、患者の ART が中断される事例はなかった。

米国政府〔疾病予防管理センター（CDC）や大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）を通して〕や世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）はザンビアの ARV や検査試薬の購入を大きく支援しているが、これらが必要としている人々に確実に届くためには、プロジェクトは郡保健局がモバイル ART サービスを確実に運営できるよう、能力強化に取り組む必要がある。このような背景の下、指標の達成度で示したとおり、チョングエ郡及びムンブワ郡保健局は毎年活動計画を作成し、実績のレビューを行いながらモバイル ART サービスの拡大や固定サイトへの移行を進めてきている。また、ART はいったん開始されれば重篤な有害事象（副作用等）など特別な理由がない限りは継続されるものであることから、地域保健センターへのアクセスが困難となったり、ARV の調達・配達が困難となった場合でも、郡保健局は業務の効率化や実施方法の柔軟な調整を行ったりすることによって、保健センターでの ART を継続させてきた。また、郡保健局はプロジェクト開始以降、順調にモバイル ART サービスを拡大しており、技術的にはサービス拡大に必要なノウハウを獲得しているといえる。また、プロジェクト活動の一部として、郡保健局は JICA 専門家の協力の下、モバイル ART を含む HIV/エイズケアにかかわる OR を実施した。このことにより郡保健局は管轄地域の HIV/エイズケアに関するさまざまな根拠のある知見を得たとともに、OR の実施を通して計画立案から実施、結果の取りまとめや解釈を科学的視点をもって実施する経験を得ている。これらの知見・経験は、実際の HIV/エイズ治療や ART サービスに有効に生かされることが期待される。

他方、ART サービスは保健センターの環境が整えば、施設での固定サービスとして提供されることが望ましいが、プロジェクト期間前半では施設環境が十分でないまま固定化サービスへ移行され、業務負荷の増大やサービスの質の低下などの問題が生じた事例もあった。中間レビュー以降はプロジェクトの支援により固定化サービスへの移行手順や評価方法が標準化され、これらは国家ガイドラインのなかで定義された。終了時評価時点では適切な手順に沿って固定化サービスへの移行が始められようとしている段階である。

このように、成果 3 の指標は達成され、現在の条件下においては、郡保健局は適切に ART サービスを維持・拡大するための管理能力を一定程度獲得したと考えられるため、成果 3 はおおむね達成したと考えられる。

4) 成果 4

成果 4 の指標の達成度を以下に示す。

成果 4 新規対象郡（カロモ郡及びカズングラ郡）が、「モバイル HIV サービス国家ガイドライン」に沿って、モバイル ART サービスを計画、導入及び管理できるようになる。	
指 標	達成度
4-1 2014 年までに 18 カ所以上の保健施設**で、実施計画に沿ってモバイル ART サービスを実施している。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 終了時評価時点では、合計 25 施設がモバイル ART サービスを提供しており、原則四半期ごとに郡保健局の監督指導を受けることになっている。詳細は以下のとおりである。 ① カロモ郡：10 施設（3 施設はジンバ郡管轄地域に移行） ② カズングラ郡：15 施設

	<ul style="list-style-type: none"> ・ カロモ郡及びカズングラ郡は、それぞれ 4 施設、1 施設の ART サービスをモバイルサービスから固定化サービスへ移行することを計画している。
4-2 2014 年までにすべての新規対象郡保健局が、年間実施計画及び予算にモバイル ART サービスを組み込んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ・ モバイル ART サービスの実施計画は、チョングェ郡、ムンブワ郡と同様、郡保健局の年間活動計画に組み込まれている。詳細は成果 3 の指標 3-1 を参照のこと。

**：郡病院及びミッション系病院の支援サイト、RHC などのホストサイトが対象となるが、軍の（医療）施設は含まれない。

カロモ郡、カズングラ郡の新規対象郡は、2010 年 2 月に実施された「モバイル ART サービス計画ワークショップ」後にモバイル ART サービスを開始し、先行 2 郡による支援や南部州保健局の監督指導、年次モバイル ART 実務者会議や各郡で実施されるレビュー会議を通して、モバイル ART サービスの運営管理を適切に実施できるよう能力強化が図られた。指標の達成度に示したとおり、新規対象郡は目的とするモバイル ART サービス実施施設数を達成し、固定化サービスへの移行も含めた ART サービス拡大の計画も策定されていることから、成果 4 の目的もおおむね達成されたものと考えられる。

ただし、成果 3 の達成度に示したとおり、新規 2 郡も先行 2 郡と同様、改訂された ART ガイドラインに準拠したサービスを維持・展開していくには、質の維持に必要なモニタリング評価、監督指導（国家レベルの年次実務者会議や州レベルのパートナー会議、郡レベルのレビュー会議などの各種会議、州保健局による Performance Assessment や郡保健局による監督指導訪問など）が適切に継続されるとともに、サービスやモニタリングに必要な予算が適切に確保される必要がある。また、レビュー会議や監督指導訪問の実施率は、先行 2 郡に比べて新規対象 2 郡で顕著に低い値を示したことから、何らかの技術支援継続の必要性も示唆される。

(3) プロジェクト目標の達成度

プロジェクト目標の指標の達成度を以下に示す。

プロジェクト目標	
質の高い ART サービスを地方部で拡大するために、保健省の本省、州及び郡保健局の各レベルにおいて、持続的なサービス提供のためのマネジメント能力が向上する。	
指 標	達成度
1 2014 年までに、対象郡の 48 以上の保健施設が ART サービスを提供している。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 終了時評価時点で、対象 4 郡合計で 49 の保健施設が ART サービスを提供している。各郡の内訳は以下のとおりである。 <ul style="list-style-type: none"> － チョングェ郡：13 施設 － ムンブワ郡：11 施設 － カロモ郡：10 施設（3 施設はジンバ郡管轄地域に移行）

	<p>ー カズングラ郡：15 施設</p> <ul style="list-style-type: none"> 各郡では国家モバイル HIV サービスガイドラインに規定されている ART サービスのモバイルサービスから固定化サービスへの移行を計画・実施しており、これと並行して、サービスがカバーされていない地域へのモバイル ART サービスの展開を予定している。
<p>2 2014 年までに、80%以上のモバイル ART サイトで、ART 患者の治療継続率 75%以上を維持している（脱落及び死亡例が 25%未満）。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2012 年から 2013 年の 1 年間のコホート調査で治療継続率が 75%以上であった「ART サービス提供施設の各郡での割合」は、チョングェ郡で 90%、ムンブワ郡で 100%、カロモ郡で 75%、カズングラ郡で 82%であった。 なお、2011 年から 2012 年までの郡全体での「患者の ART 定着率」は、チョングェ郡で 90%、ムンブワ郡で 93%、カロモ郡で 100%、カズングラ郡で 87%であり、高い定着率を示した。また、定着率は、モバイルサービスと固定化サービスではほぼ同等であった。 ✓ なお、上述のデータでは、データが不足している施設は計算から除外している。
<p>3 2014 年までに、計画の 75%以上の ART 関係者会議が実施されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 国家モバイル ART 実務者会議はプロジェクト期間を通して年 1 回実施されている。 2011 年から 2013 年の州のパートナー会議開催率は平均 92%（11/12 回）であった。 対象 4 郡の 2011 年から 2013 年の ART レビュー会議の平均実施率は 67.5%であったが、チョングェ及びムンブワの先行 2 郡の会議実施率が 80%（16/20 回）だったのに対し、カロモ及びカズングラの新規対象郡では 55%（11/20 回）と、新規対象郡で顕著に低かった。各郡の詳細は、チョングェ郡：70%（7/10 回）、ムンブワ郡：90%（9/10 回）、カロモ郡：50%（5/10 回）、カズングラ郡：60%（6/10 回）であり、達成目標値を満たしたのはムンブワ郡だけであった。 ART レビュー会議は RHC が一定の経験を積んだことから、2013 年からは開催頻度を四半期から半期とすることになった。しかしながら、2013 年はコミュニティ開発・母子保健省から郡保健局への予算分配が大幅に遅延したこともあり、会議の開催率は 4 郡平均 63%（5/8 回）であった。 とはいえ、2011 年と 2012 年の ART レビュー会議実施率を検証すると、先行 2 郡平均 81%〔チョングェ郡：75%（6/8 回）、ムンブワ郡：88%（7/8 回）〕に対し、新規 2

	<p>郡平均 56%〔カモ郡：50%（4/8 回）、カズングラ郡：63%（5/8 回）〕と、通常の前算配分がなされていた期間も、新規 2 郡の実施率は目標値に届かなかった。</p>
<p>4 モバイル ART サービスからの教訓が、会議や国際学会・国内の学会などさまざまな場で発信されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ ART サービスに係るプロジェクト活動や OR で得られた経験、知見は国内外の会議、学会等で精力的に発表された。以下にその実績を示す。 <ul style="list-style-type: none"> － International AIDS Conference (Jul 2010, Jul 2012, Jul 2014/11 abstracts are submitted as of the time of the Terminal Evaluation), － IAS meeting (Jul 2011, Jun 2013) － International workshop on pediatric HIV (Jul 2011, Jul2012) － International Conference on AIDS and STIs in Africa (Dec 2011, Dec2013) － International Conference on AIDS in Asia and Pacific (Aug 2011) － International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (Oct 2011, Nov 2012, Nov 2013) － Annual meeting of the Japan Association for International Health (Sep 2010) － UNICEF Headquarters Meeting (Sep 2011) － Zambia National Health Research Conference (Oct 2011, Oct 2013) － Zambia National ART Update Meeting (Nov 2010, Sep 2011) ・ また、これらの成果は学術論文にまとめられ、終了時評価時点で審査のある国際誌に 2 報掲載されている。また、上記の学会発表抄録 2 報が、WHO のガイドライン（Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection, June 2013）に参考文献として使用されている。

終了時評価時点で対象 4 郡での ART サービス提供施設は、プロジェクトの目標値を超える 49 施設に拡大され(指標 1)、ART 治療継続率も満足できるレベルで維持されている(指標 2)。また、プロジェクトでは、活動の成果や OR の結果を科学的に分析しエビデンスとして取りまとめ、多くの国際学会で発表してきた。特に 2014 年 7 月に開催される第 20 回国際エイズ会議に、プロジェクトで支援している各種 OR の結果やモバイル ART サービス等のプロジェクト活動の成果を発表するべく、専門家や研究協力者の協力も仰ぎ、計 11 題の抄録を作成・提出した。これらの成果の一部は論文審査のある国際誌に掲載される(指標 4)とともに、国家モバイル HIV ガイドラインの改訂版作成など、ART サービスに関する活動やモニタリン

グ評価等に生かされている。

他方、保健センターでの ART サービスの質の維持・向上に必要な活動として、国家モバイル ART 実務者会議や州レベルのパートナー会議、郡レベルでの ART レビュー会議などの各種会議、州保健局による郡保健局の Performance Assessment、郡保健局による保健センターへの監督指導訪問が挙げられる。国家レベル、州レベルのモニタリング会議、レビュー活動はおおむね計画どおりに実施されていたものの、郡保健局が主導する ART レビュー会議、保健センターに対する監督指導訪問とも、実施率は終了時評価時点で目標値に到達していない(指標 3)。ただし、指標 2 の達成度で示したとおり、患者の治療継続率は高く維持されており、また、これらのことにより治療が中断されるなどの事例はなかったことから、見かけ上、サービス受益者へ負の影響が生じることはなかった。

上述のとおり、プロジェクト目標に対する指標はおおむね満たされ、地方部での ART サービスは一定の質をもって維持、展開されていることから、プロジェクト目標はおおむね達成されたと考えられる。しかしながら、限られた活動費のなかで他の保健活動に影響が出ないように ART サービスを提供し続けることは困難を伴うが、そのような条件の下でサービスの質を担保する活動を維持・管理するためには、特に新規対象の 2 郡で ART レビュー会議や監督指導訪問の実施率が低かった原因を分析し、能力強化の取り組みをさらに強化する必要がある。

3-3 実施プロセスの検証

(1) プロジェクト管理と関係者間のコミュニケーション

プロジェクトは、実務的な ART サービスの運営管理を行う国家モバイル ART 実務者会議、州のパートナー会議、郡の ART レビュー会議とは別に、プロジェクトとしての進捗や成果確認を行う目的で、保健省と JICA 専門家による主催で郡保健局ほか関係者によるレビュー会議が開催されており、プロジェクト期間を通して、プロジェクト活動や成果モニタリングは適切に実施された。また、プロジェクト開始から 4 カ月後の 2010 年 3 月に第 1 回合同調整委員会 (JCC) が開催され、PDM が version 2 として承認されるとともに、保健省による国家モバイル ART 拡大計画や対象 4 郡による活動計画が共有された。その後、2012 年 5 月から 6 月にかけて中間レビュー調査が実施され、同調査結果やプロジェクト期間前半の活動、ザンビアの状況を踏まえ、プロジェクト期間後半の活動の方向性が共有された。このように、プロジェクト期間を通して、ART サービスの実務的なレビューやプロジェクト管理としての情報共有は、JICA 専門家、各カウンターパート機関と適切に継続された。また、中間レビュー時の提言に対しても、適切に対応がなされている。

(2) オーナーシップと自主性

ザンビア側カウンターパート機関は、国家モバイル HIV サービスガイドラインに従って、意欲的に ART サービスの拡大に取り組んでいる。特に、プロジェクトは将来の持続性やオーナーシップを強く意識してプロジェクト活動を継続しており、プロジェクト活動のコストシェアも段階的に進めてきた。しかしながら、2013 年に郡以下の保健施設の監督機能が保健省から新設のコミュニティ開発・母子保健省に移管されたことで、郡以下の保健サービスやモニタリング活動の実施に負の影響が生じた。かかる状況に対し、プロジェクトは緊急避難的

にモニタリングのための会議費用等や一時的な検査試薬調達などを支援することで乗り切った。2014年は四半期分の予算配分は計画どおりになされているが、今後も注意して見守る必要がある。

(3) ART のモバイルサービスから固定化サービスへの移行プロセス支援

ART クライアント（患者）を長期にわたって適切に継続するためには、地域の医療施設での固定化されたサービスが理想的である。ザンビアの地域医療の直接的なサービス提供者となる保健センターは、人材不足や ART サービスに係る知識、経験が不足している状況で ART サービスの拡大を図るにはモバイルサービスが有効であることが先行プロジェクトで示されたのを受け、本プロジェクトではさらにサービスを拡大していくなかで、サービスの標準化や管理体制の構築、人材育成を通してマネジメント能力の強化を行うことで、固定化サービスへの橋渡しの役割を担うモバイル ART サービスの拡大に向けた環境整備を行った。これらの取り組みにより、技術的観点からはモバイル ART サービスを維持、拡大するためのザンビア側カウンターパートのマネジメント能力は一定程度向上したと考えられる。しかしながら、終了時評価時点では、ザンビア全体では ART の必要がある成人の約 80%がカバーされていると試算されているが、取り残されている約 20%はさらに遠隔地の住民であると考えられるため、モバイルサービスだけで地方部の ART サービスを長期的にカバーし続けるのは、人的・財政的リソースの観点からも限界がある。したがって、サービスの質を維持したまま安定したサービスを持続的に提供するには、モバイルサービスを行いながら保健センターの機能強化を行い、固定化サービスへの移行を進めながら、カバーされていない地域へのモバイルサービスをさらに拡大するようなプロセスが必要である。このようなニーズに基づいて、保健省は近年モバイルサービスから固定化サービスへの移行を促進しており、これを受けてプロジェクトは移行プロセスの標準化や実際の移行プロセスの技術支援を2012年6月に実施された中間レビュー後に開始している。

第4章 評価結果

4-1 妥当性

以下に示す理由から、プロジェクトの妥当性は終了時評価時点でもおおむね維持されている。

(1) ザンビアにおける保健政策及びターゲットグループのニーズ、日本の援助方針とプロジェクト目標の一致性

2009年2月から3月にかけて実施された事前評価で確認されたザンビア保健政策及びターゲットグループのニーズ、日本の援助政策とプロジェクト目標の一致性に関して、本事業の妥当性を損ねるような政策の変更やニーズの変化等は認められず、その一致性はプロジェクト期間を通して維持された。

特に、ザンビア政府は「国家保健戦略計画 2011-2015」のなかで、質の高い ART へのユニバーサルアクセスの実現を HIV/AIDS 分野の主要戦略のひとつと位置づけ、地方部のサービス拡大に取り組んできた。その結果、UNAIDS 報告書によると、2012年にはザンビアの治療を必要としている成人の80%がカバーされているとしている。ザンビアの HIV 感染率は2007年の14.3%から2012年では12.7%²へ若干低下しているが、依然として高い。また、サービスを拡大していくうえでサービスの質の向上と持続性向上が喫緊の課題として認識されている。これに対し、プロジェクトでは保健省が全国15のパイロット郡で展開する「国家モバイル ART サービスプログラム」を支援するプロジェクトとして、持続的なサービス提供に向けたマネジメント能力強化をめざしている。

第5回アフリカ開発会議 (Tokyo International Conference on African Development : TICAD V) で合意された「横浜宣言 2013」の具体的施策となる「横浜行動計画 2013-2017」では、「母子・新生児保健、リプロダクティブ・ヘルス、感染症及び非伝染性疾患に特別に配慮しつつ、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (Universal Health Coverage : UHC)³を進展させるための保健システムの強化」を重点分野のひとつとして示しており、「HIV/エイズ、結核、マラリアに関連した死亡者数の削減」などを関連する成果目標としている。また、2010年9月に日本政府が発表した「国際保健政策 2011-2015」でも「HIV/エイズ、マラリア及びその他の疾病の蔓延防止 (MDG 6)」を同政策の重点分野に位置づけている。

以上に示した理由から、本プロジェクトの目標とわが国のアフリカ開発政策、国際保健政策との一致性は、終了時評価時点においても非常に高い。

(2) 実施方法の適切性

ザンビアは広大な国土と希薄な人口密度、数・能力ともに人的リソースが十分に利用できないこと、特に地方部での脆弱な保健サービス体制などにより、UHCの実現に困難な状況に直面している。ザンビアの HIV/AIDS ケアサービスに関しても、近年は HIV 新規感染が低下しているものの、HIV 罹患率は12.7%と依然として高く、HIV/エイズは生涯にわたる治療が必要であることから、患者は地域の医療施設で継続的に管理されることが求められる。

² UNAIDS : Zambia (<http://www.unaids.org/en/Regionscountries/Countries/Zambia/>)

³ 「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要なときに支払い可能な費用で受けられる状態」(WHOによる定義)

このような状況で、JICAの先行プロジェクトは、そのコンセプトに人材育成を包含するモバイル ART サービスが有効である可能性を示した。本プロジェクトでは、保健省-州保健局-郡保健局の縦の行政ラインを支援し、持続性を念頭に能力強化を行いながら ART サービスを拡大する標準化された運用メカニズムの構築を行っている。具体的には、モバイル ART サービスは、単に ART サービスを地方部、特に遠隔地に拡大するだけでなく、同サービスを通じて地域医療の拠点となる保健センターの人材育成、機能強化を行いながら、固定化サービスへの橋渡しを行い、これと並行して、保健省によるガイドライン作成等のサービスの標準化（モバイルサービスから固定化サービスへの移行を含む）を支援するものである。

このようなザンビアの状況を考慮して上述のような実施方法を採用したことは、妥当性だけでなく持続性の観点からも「実施方法の適切性」は非常に高いと考えられる。

4-2 有効性

予期しない外部要因によりプロジェクトの成果が一部阻害されたが、終了時評価時点でのプロジェクトの有効性はおおむね高い。

(1) プロジェクト目標の達成見込み

プロジェクト開始以来、ザンビアの ART サービスは「国家モバイル ART プログラム」の下で順調に拡大してきており、現在はモバイルサービス、固定化サービスのいずれかにより ART サービスを提供している保健施設は約 700 と推計されている。本プロジェクトでは国家モバイル ART プログラムのパイロット 15 郡のうち 4 郡を直接の対象郡としたが、本プロジェクトは対象 4 郡での活動を通して保健省のプログラム運営を強く支援してきた。図 1-1 にはプロジェクトが開始された 2009 年から 2012 年までの ART サービスを受けているクライアント（患者）数を示した。

プロジェクト対象 4 郡でも、プロジェクトが開始された 2009 年に ART サービスを受けていたクライアント（患者）数が 1 万 2,450 名であったのが、2012 年には 2 万 3,279 名に増加している。プロジェクトは、地方部の特に固定化サービスを提供している医療施設へのアクセスが悪い地域へのモバイル ART サービスエリア拡大を支援したが、これにより 2009 年の 2,675 名から 2012 年には 6,936 名に増加している。2013 年の正確な患者数データは得られていないが、モバイルサービスと固定化サービスの合計で約 3 万人に増加していると推察されている。図 1-2 にはプロジェクト対象 4 郡と国家プログラム対象 15 郡の ART クライアント数の推移を示したが、15 郡全体でもプロジェクト対象 4 郡と同様に ART クライアント数は上昇傾向を示していた。これと並行して、プロジェクトは対象 4 郡でサービスの質の維持、向上に向けて監督指導訪問や ART レビュー会議などのモニタリングメカニズム

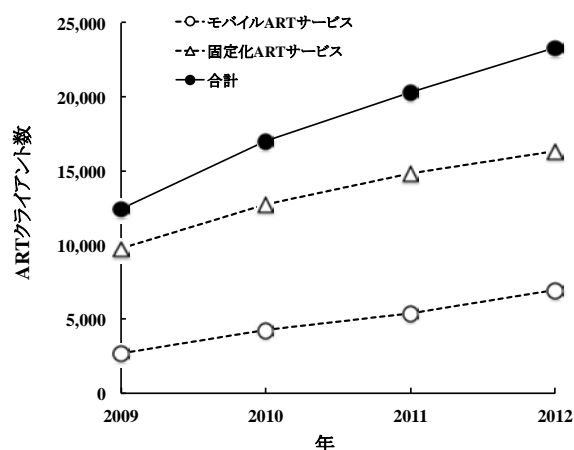


図 1-1 プロジェクト対象 4 郡（チョングエ、ムンブワ、カロモ、カズングラ）の ART クライアント数の推移

を確立し、監督指導訪時の技術的助言、モバイルサービス時の実地訓練、各種研修の提供を通して人材育成も図った。また、プロジェクト活動や OR を通して得られた知見、経験は科学的に分析され、国家ガイドラインへ反映されるなど、ザンビアにおけるモバイル ART サービスの標準化に大きく貢献した。これらの活動の結果として、本プロジェクトの実施期間中に 2 万 601 名の HIV 陽性者を同定し HIV/AIDS ケアサービスにつ

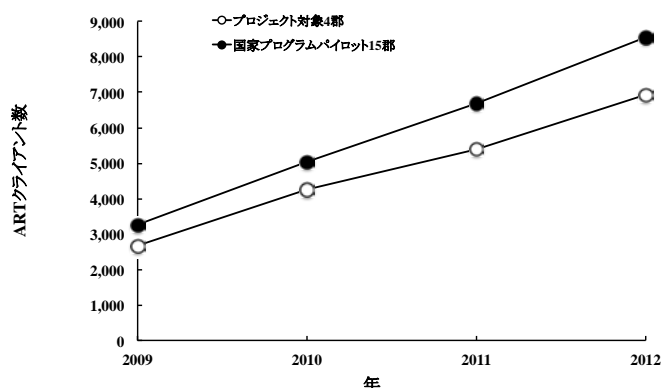


図 1-2 プロジェクト対象 4 郡及び国家モバイル ART プログラムパイロット 15 郡の ART クライアント数の推移

なげるとともに、うち治療開始基準に合致した 1 万 814 名に対し ART を開始している。また、対象 4 郡でも 93% という十分に高い治療継続率(国家プログラム対象 15 郡全体の平均 84%)を維持したままモバイル ART サービスの拡大と、それに伴うサービス受益者の増加を達成している。他方、プロジェクトの前半では、十分な施設基準を満たさないまま ART の固定化へ移行し、スタッフの業務負荷の増大などの問題が生じた事例がいくつか確認されてきたが、プロジェクトでは適切な移行手順を標準化し、2013 年のガイドライン改訂に反映した。終了時評価時点では、適切な手順に沿ったサービスの移行が開始されたところである。

南部州保健局はモバイル ART サービスを含む州内の保健サービス全般に強いオーナーシップを示し、パートナー会議の実施や Performance Assessment などのモニタリング活動を通して、州内の保健活動を適切に監督している。しかしながら、質の維持を担保するための郡保健局による ART レビュー会議や ART を提供している医療施設への監督指導訪問の実施率は 4 郡平均で目標値に到達していない。特に新規対象となったカロモ郡、カズングラ郡の実施率は先行 2 郡に比較して低いことが認められた。したがって、プロジェクトは持続性の担保に向けて、残りのプロジェクト期間内に原因の特定と適切な対処がなされることが求められる。

これらの状況を総合して、「モバイル ART サービス」を維持・拡大するためのマネジメント能力強化との観点からは、プロジェクト期間終了までにザンビア側カウンターパート機関のプロジェクト能力強化は図られたと考えられ、プロジェクト目標はおおむね達成されたと考えられる。

(2) 成果及びプロジェクト目標達成のための外部条件

1) 成果達成のための外部条件「プロジェクトの成果達成に影響を及ぼすほど、研修を受けたカウンターパートが離職しない」の現状

プロジェクトでは ART サービスに係る保健人材や治療ボランティアに対して、さまざまな研修を提供した。しかしながら、ザンビアの保健人材の離職・異動率は高く(客観的なデータは入手できず)、プロジェクトで研修を受けた人材の離職・異動も一定程度認められた。しかしながら、新規職員に対してはモバイルサービス実施時の実地訓練や監督訪問

時指導によって、サービスの質が著しく低下することはなかった。

- 2) 成果達成のための外部条件「HIV/エイズサービスにかかわる医療技術が著しく変化しない」の現状

HIV/AIDS サービスに係る医療技術そのものの変化はなかったため、本外部要因は満たされた。

- 3) プロジェクト目標達成のための外部条件「ザンビア側がプロジェクト活動に必要な予算及び人材措置を適切に行う」の現状

郡以下の保健施設の管轄が保健省からコミュニティ開発・母子保健省に移管されたことに伴い、2013年に郡のモバイル ART サービスを含む保健サービスの実施、ART レビュー会議や監督指導訪問の実施、保健人材に向けた研修の実施が阻害された。

他方、ザンビアでは周辺国と同様に保健人材不足に悩まされているが、保健省は人材不足解消に向けて人材育成に取り組んでいる。また、保健センターでの ART サービスには地域住民によるボランティアが治療サポーターとして育成され、円滑なサービス運営や患者のフォローアップなど治療継続率向上に貢献している。他方、保健省による国家モバイル ART プログラム運営は ART アドバイザー1名が運営・監督しているが、JICA 専門家による強力な支援により、プログラムの運営はおおむね適切に運営された。

- 4) プロジェクト目標達成のための外部条件「ARV 薬及び検査試薬の必要量が、ターゲット郡で利用できる」の現状

上述のとおり、2013年の郡保健局に対する予算分配の大幅な遅延が発生した際は、ART に必要な ARV は継続して調達できたものの、試薬の購入が困難な状況が発生した。これに対しプロジェクトは、検査試薬等のサービス提供維持に最低必要なものについては、プロジェクトが必要最小量を提供し、サービスの中断など重大な影響は回避された。2014年第1四半期の予算は予定どおり配分されたが、今後も注意深くモニターする必要がある。

- 5) プロジェクト目標達成のための外部条件「政策的、経済的、社会的環境がプロジェクト開始時に比較して著しく悪化しない」の現状

政策的、経済的、社会的環境はプロジェクト開始時に比較して悪化していないが、WHO による治療開始基準の強化、保健省による HIV 母子感染予防のための妊婦に対する ART の強化により、相対的に ART の対象となる患者数が増加することが見込まれている。このような状況の下で、サービスの固定化サービスへの移行を加速させる必要が生じている。本件は、技術的持続性の項で検討する。

- 6) プロジェクト目標達成のための外部条件「郡レベルのミッション系病院を含む関連 NGO が、郡保健局の実施する HIV/AIDS 関連活動に協力する」の現状

プロジェクト開始当初は、他の支援機関による ART のアウトリーチ活動は独自の基準で運営されていたが、国家 ART 実務者会議や州保健局によるパートナー会議を通して ART サービスの実施運営の共通理解が図られ、現在は共通の基準である「国家モバイル HIV サ

ービスガイドライン」に沿ってサービスが実施されている。

- 7) プロジェクト目標達成のための外部条件「新規 HIV 感染者及び ARV 耐性 HIV 患者数が、急激に上昇しない」の現状

ART 耐性 HIV の蔓延の情報は得られていない。HIV の新規感染者数は減少傾向にあり、成人 HIV 率も 2002 年の 16.1%⁴から 2007 年では 14.3%に低下している。

(3) 有効性への促進要因

本プロジェクトの最も重要な強みは、プロジェクト活動や OR を通して得られた現状や成果を、科学的視点をもって分析し、国家モバイル ART 実務者会議や州のパートナー会議、郡の ART レビュー会議で関係者とともに検証することによって、実務にフィードバックされたことが挙げられる。このことにより、関係者の現状認識が明確になり、対応策の検討などの実務に生かされている。また、検証結果は国家モバイル HIV サービスガイドラインだけではなく、保健省主催の他の技術作業部会を通じて成人や小児の ART、PMTCT のガイドライン改訂に生かされており、プロジェクトの有効性だけでなく、ザンビアの ART に対する促進要因と認められる。

(4) 有効性に対する阻害要因

上述の外部条件で示した 2013 年の予算配分の大幅な遅延以外に、終了時評価時点において、本プロジェクトの有効性を阻害するような事象は観察されていない。

4-3 効率性

プロジェクトは可能な限り効率的に実施された。

(1) プロジェクト活動の進捗管理

PDM に規定されるプロジェクト活動に従い、国家モバイル ART 実務者会議や州のパートナー会議、郡の ART レビュー会議などを通じたモバイル ART サービスの運営管理はプロジェクト期間を通して適切に実施されている。これとは別に、プロジェクトとしてのモニタリングは JCC や保健省との年次レビュー会議や四半期レビュー会議でも行われており、プロジェクトの進捗管理並びに成果管理の両面での管理はおおむね適切に実施されたと考えられる。

(2) 提供された機器及び材料の有効利用

すべての供与された医療機器・検査機器や設備、モバイル ART サービス用車輛等はプロジェクト活動に有効に利用されている。車輛はモバイル ART サービスで使用しない期間は、他の保健サービスの実施にも活用されており、効率的に使用されている。また、2013 年に検査試薬の在庫不足が深刻になった際には、プロジェクトが必要量の試薬購入を支援した。車輛や検査試薬は、ARV と同様にモバイル ART サービスに不可欠であり、プロジェクトの下で

⁴ National HIV and AIDS Strategic Framework 2006-2010

車輛や試薬を供与したことで、ART サービスの継続や、モバイルサービスのカバーエリア拡大に直接転化された。しかしながら、プロジェクトで導入を支援した記録簿等のツール類が一部の保健センターで正しく使用されていないことでデータの信頼性が損なわれている事例が確認されており、プロジェクトでは今後も郡保健局の監督指導やプロジェクトによるモニタリング活動で適正使用に向けた取り組みを強化する予定である。

(3) 本邦研修及び第三国研修で獲得した知識・技能の有効利用

終了時評価までに延べ 17 名のザンビア人カウンターパートが本邦研修に派遣され、獲得した専門知識や技術はプロジェクト活動や OR の実施に活用されている。特に、研修を受けたカウンターパートは、JICA 専門家のアドバイスを受けながら OR のデザインから結果の取りまとめまでの一連の作業を実施できるようになっている。

(4) 外部リソースとの連携

1) 米国政府、世界基金との間接的連携

ザンビアの HIV/AIDS 対策には、米国政府、世界基金が ARV や検査試薬の購入を支援しており、2013 年の ARV 購入費用（約 1 億 4,000 万 USD）のうち、ザンビア政府が 25%、米国政府が 33%、世界基金が 31%を負担している。検査試薬や消耗品購入費用（約 3,700 万 USD）については、ザンビア政府が 2%、米国政府が 58%、世界基金が 21%を負担している。本プロジェクトはモバイル ART サービスの強化を行うことで、これらの支援により購入された ARV や試薬等を実際のサービスで確実に使用されるよう支援していることから、間接的な連携が図られているといえる。言い換えれば、このような間接的な連携は、ザンビアの ART サービスの拡大に大きく貢献したといえる。

2) 他のパートナー機関との連携

前述したとおり、プロジェクト活動や OR の成果は実務者会議や州のパートナー会議で他のパートナー機関とも共有されるとともに、プロジェクトが支援した国家モバイル HIV サービスガイドラインの改訂作業（モバイルサービスから固定化サービスへの移行プロセスを含む）やツール類の作成に技術的助言を得た。また、保健省主催の他の HIV/AIDS 関連の技術委員会に JICA 専門家が参加し、必要な技術的助言をするなど、プロジェクト期間を通して他のパートナー機関との連携が図られた。

3) 青年海外協力隊員との連携

公衆衛生やエイズ対策等の青年海外協力隊員（20 名）がプロジェクトとの連携を通じて、ART 治療記録の改善や HIV/エイズに係る予防啓発活動を実施し、地方部における HIV/エイズ対策に寄与した。プロジェクトは ART 治療を行っている現場（保健センター）での意見を収集し、国から地方レベルまでにおいて、ART サービスに係る政策の提言に使用している。

(5) 効率性に対する促進要因

上述した外部リソースとの連携は、本プロジェクトの効率性を高めた。

(6) 効率性に対する促進要因及び阻害要因

終了時評価時点において、本プロジェクトの効率性を阻害するような事象は観察されていない。

4-4 インパクト

プロジェクトの実施によって、以下に示す正のインパクトが確認または期待されている。

(1) 上位目標の達成見込み

「4-2 有効性」の項でも示したとおり、プロジェクト活動や OR から得られた知見、経験を科学的視点で分析し、国家モバイル HIV サービスガイドラインがエビデンスに基づいて改訂され、モバイル ART サービスの標準化が図られた。また、本プロジェクトを通じて ART サービスのモニタリング評価を行うメカニズムが確立し、サービスの維持、拡大のために必要な人材も養成された。これらの成果から、モバイル ART サービスの維持、拡大だけでは、ザンビア側カウンターパートはそのノウハウやマネジメント能力を獲得したと考えられることから、財政的、人的リソースが適切に確保できれば、将来のザンビア地方部の ART サービスへのアクセス向上は一定程度期待できる。しかしながら、モバイルサービスから固定化サービスへの移行を加速させる必要があること、ART の開始基準の変更により ART サービスの対象者が相対的に増加する可能性が生じるなど、終了時評価時点では上位目標の達成や持続性に影響する状況の変化が生じている。このような状況の下で、一定の質を維持したままザンビア側カウンターパート機関が ART サービスの維持、拡大を確実にこなすようにするためには、さらなる技術支援の必要性が生じている。詳細は、後述の「4-5 持続性」の項の「技術的側面」で検討する。

他方、実務者会議の運営や年次進捗報告書の取りまとめはプロジェクト/JICA 専門家が全面的に支援して実施されたが、保健省の直接的なカウンターパートである国家 ARV コーディネーターは、一人で全国のエイズ治療プログラムを管理監督している状況であることから、プロジェクト終了後の持続性に課題が残る。保健省は ARV プログラム運営管理に 3 名の増員を決定しているが、プロジェクトは増員が実現され次第、実務者会議の実施運営や年次進捗報告書の取りまとめに關してのノウハウや必要なコスト等を引き継ぐ予定である。

(2) 正のインパクト

1) HIV/AIDS に関連した治療・サービス・基礎研修の標準化

プロジェクト開始当初は、他のパートナー機関はそれぞれ独自の ART サービスを提供していたが、プロジェクト活動や OR の成果は実務者会議や州のパートナー会議で他のパートナー機関とも共有するなどして足並みを揃えるよう働きかけたことによって、信頼関係が醸成された。このような努力を経て、プロジェクトの支援により、国家モバイル HIV サービスガイドラインが作成、改訂され、全国のモバイル ART サービスに適用されている。終了時評価時点では、全 10 州のうち情報の得られた 9 州では、合計 293 の保健センターでモバイル ART サービスが実施されていることから、プロジェクトは全国的に多くの施設で実施されているモバイル ART サービスの標準化に大きく貢献している。また、JICA 専門家はプロジェクト期間を通し、ART に関連する保健省主催の各種技術作業部会（ART、

小児 ART、母子感染予防、検査サービス)に参加し、保健省や他のパートナー機関にプロジェクト対象地域での ART サービスの情報共有や技術的インプットを行うとともに、2010年に改訂された「国家成人 ART ガイドライン」「国家小児 ART ガイドライン」「HIV 母子感染予防ガイドライン」の作成に技術的助言を行った。さらに、また、プロジェクトは「基礎的 ART 臨床研修コース」の取りまとめに技術的支援を行い、同研修コースは 2010 年 5 月に保健省より国家研修として認証されている。このように、本プロジェクトは直接支援しているモバイル ART サービスだけでなく、ザンビアの HIV/AIDS に関連する治療やサービス、基礎研修の標準化に大きく貢献している。

2) 対象 4 郡以外の郡へのプロジェクト成果の波及効果

プロジェクト活動の経験や成果は、モバイル ART 実務者会議や南部州ではパートナー会議を通じてプロジェクト対象外の州や郡に共有されている。特に南部州では、同会議を通して得られた情報を参考に、独自にモバイル ART サービスを開始した郡保健局もいくつか確認されており、終了時評価時点では少なくとも 8 州の 57 郡⁵でモバイル ART サービスが提供されている。したがって、これらの情報共有の機会が適切に維持されれば、本プロジェクトの経験や成果は、さらに他の州、郡に波及していくことが期待できる。

3) プロジェクトを通して得られたモバイル ART サービスに係る経験、新規知見/エビデンスの国際的な情報発信

モバイル ART サービスの概念は JICA の支援した先行プロジェクトで誕生し、基礎が固められた。本プロジェクトでは、モバイル ART サービスの拡大と管理能力強化への協力を通して、サービスの標準化を実現している。また、プロジェクトはモバイルサービスを含む ART 関連サービスについて 6 分野 10 テーマで OR を実施しており、これまでに多くの新規知見/エビデンスが得られている。これらの経験、新規知見/エビデンスは、ザンビアのモバイル ART サービスの標準化に活用されるとともに国内外の学会で発表され、その後、学術論文として論文審査のある国際紙に発表された。学会抄録のうち 2 報が、WHO の HIV 感染予防・治療のための ARV 使用ガイドラインに引用されている。また、2013 年にクアラルンプールで開催された国際エイズ学会でのザンビア人カウンターパートによる発表⁶が、HIV ケアの革新的モデル分野のハイライトとしてプレスリリースされている。

プロジェクトは、ザンビアのような HIV 感染率が高く、ART へのアクセスが困難な地域での ART カバーエリア拡大に対するモバイル ART サービスの有用性が科学的根拠をもって示し、その経験や新規知見/エビデンスは国際的に発信されている。他のアフリカ諸国でも同様の問題を有している国も多く、これらの情報は ART サービスエリアの拡大のためのリファレンスとして有効に活用されることが期待される。

4) ステイグマ、偏見、差別軽減への間接的貢献

調査団の現地調査において、数名の保健センターのボランティアは、プロジェクト開始

⁵ ザンビア全 10 州のうち 2 州のデータが得られていない。

⁶ A. Mwangi, et al., *Outcomes of national expansion program for antiretroviral treatment to rural health centre level through mobile HIV services in Zambia* (July 2, 2013)

後の良い変化の一例として HIV 陽性者へのスティグマや偏見、差別の軽減を挙げている。プロジェクトが保健センターのスタッフやボランティアに研修を提供したことにより、適切な ART サービスが提供できるようになった。このことによって、保健センターの利用者に正しい ART の情報が伝達されたことが一定の程度貢献したと推察できる。

(3) 負のインパクト

本事業の実施に起因する負のインパクトは、終了時評価時において確認されない。

4-5 持続性

終了時評価時点の成果やザンビア側のニーズを考慮した場合、プロジェクトによって生み出された便益の自立発展、自己展開を担保するためには技術的、財政的側面で行くつかの課題が残されている。

(1) 政策的、制度的側面

現在約 50 万人のザンビア人 HIV 陽性患者が ART を必要としており、うち約 16 万人（約 31%）が地方部に住んでいるとされる。「妥当性」の項で示したとおり、保健省は「国家保健戦略計画 2011-2015」のなかで、質の高い ART へのユニバーサルアクセスの実現を HIV/AIDS 分野の主要戦略のひとつと位置づけ、地方部のサービス拡大に取り組んでおり、モバイル ART サービスを核とした ART のサービスカバー率向上に向けて取り組みを強化している。したがって本プロジェクトの政策・制度的観点での持続性は期待できる。

しかしながら、州保健局や郡保健局は、保健省の方針に則ってモバイル ART サービス拡大を計画しているが、郡保健局の保健サービス実施のための活動予算はコミュニティ開発・母子保健省により分配されていることから、計画と活動費の間にギャップが生じており、モバイル ART サービス実施やモニタリング活動実施のための車輛移動の燃料費や日当が必要分を確保できない状況が生じている。保健省はこれまでも、コミュニティ開発・母子保健省と政策策定や実施について必要なコミュニケーションはとっているが、このようなギャップを埋めるために、さらなるコミュニケーションの強化がなされることが期待される。

他方、ザンビアは特に保健センターの人材不足が喫緊の課題のひとつであり、保健省はその解消に努力している。しかしながら、本件は一朝一夕に解決できる問題ではないことから、保健省は今後 ART をモバイルサービスから固定化サービスへ移行するうえで、保健センターのスタッフの能力強化に向けた政策・制度的な観点からの取り組みを強化することが望ましい。

(2) 財政的側面

上述したとおり、モバイル ART サービスを安定的に実施するためには、ARV や試薬購入など ART に不可欠な物品のほかに、モバイルサービスそのものに必要な車輛燃料費やメンテナンス費用、スタッフの日当などが必要である。これらの予算は、他の保健サービスや業務と共同実施するなどの対応で何とか確保できていたが、質の維持に必要なモニタリング費用（保健センター監督指導訪問のための車輛燃料費、スタッフの日当や、ART レビュー会議の開催費用など）を十分に行うための予算を確保できず、計画どおりの頻度でモニタリングが

実施できなかった。

ただし、計画どおりの頻度でモニタリング活動が実施できていなかったものの、ART サービスそのものは維持され、クライアントのサービス継続には負の影響が生じなかった。したがって、プロジェクトはモニタリング活動を含むプロジェクトで支援した活動のうち、日常業務として引き継がれるべき内容を整理し、適正なコスト分析を行ったうえで、残りのプロジェクト期間内にザンビア側カウンターパートに引き継ぐことが望ましい。また、財政的持続性向上に向けて、ザンビア側カウンターパートは引き継がれた活動を基に適切な予算計画を行い、質の維持のためのモニタリング活動費も含め、必要な予算を確保することが求められる。

また、人的、財政的リソースが制限されている状況でモバイル ART サービスだけでクライアントを長期的に管理することは、サービスの持続性の観点から現実的ではない。これに対し、保健省は保健センターの固定化サービスへの移行を促進することで運営コストを低下させ、その分を ART サービスがカバーされていない地域へ拡大する方針をとっている。これが実現すれば、財政的持続性はより強化されるものと考えられる。

(3) 技術的側面

1) 一定の質を維持した ART のモバイルサービスから固定化サービスへの移行とモバイルサービスのさらなる拡大

近年、保健省は、モバイル ART サービスから固定化サービスへの移行を加速させる動きをみせており、これに対応するようにプロジェクトではモバイルサービスから固定化サービスへの移行手順や施設の評価基準を作成し、2013 年末に改訂された国家モバイル HIV サービスガイドラインに盛り込んだ。他方、WHO の ART ガイドラインが近年改訂され、ART 治療開始基準が強化された。ザンビアも WHO の開始基準変更に応じて、新 ART 開始基準の適用を開始した段階である。また、ザンビアでは HIV 母子感染予防をさらに強化するために、すべての HIV 陽性の妊婦に ART を開始する PMTCT Option B+ の導入を決定していることから、ART 対象者はさらに増加することが見込まれる。このようなガイドラインの変更に伴い ART クライアントが増大していくなかで、一定の質を維持したまま ART サービスの固定化への移行とさらなるモバイルサービスの拡大を進めていくには、ART サービスの固定化及びサービスの拡大を行った結果を人材やコストを加味して科学的に効果測定、検証する必要がある。しかしながら、残りのプロジェクト期間が約 1 年であることを考慮すると、固定化サービスへの移行とモバイルサービス拡大を支援することは可能であると考えられるが、サービスの質が低下していないか、クライアントの ART 継続率が低下しないか、他の保健サービスにどのような影響があるかなど、効果測定と実現可能性の検証や検証結果に基づいたガイドライン等の修正を行うには、さらに 1 年程度の時間を要するものと推察される。また、ザンビア側カウンターパートは OR や実務者会議でのプロジェクト活動のレビューを JICA 専門家と協力して実施したことで、効果測定を行うノウハウや経験は得ていると考えられるが、科学的に根拠のある結果を出すための高度な分析を行うには、高い専門性やザンビアでの経験を十分に有した JICA 専門家による協力が不可欠である。したがって、プロジェクトの技術的持続性や上位目標の達成をさらに強化するためには、プロジェクト期間を 1 年程度延長し、上記した内容を中心に JICA 専門家

による支援を継続することが求められる。

2) 継続的な能力強化の機会の提供

プロジェクトでは、保健センターのスタッフやボランティアに対して基礎的な ART サービスに係るさまざまな研修を提供し、ART サービス提供に必要な人材育成が図られた。しかしながら、ザンビアでは保健センターの新任職員や研修を受けた人材に対して、継続的な能力強化の機会が提供されるようなメカニズムはない。ザンビアでは保健人材の離職・異動率が比較的高いこともあり、新任スタッフへの導入研修や知識・技術の維持、向上に向けたリフレッシュ研修の実施や、監督指導訪問時の技術指導を強化するなど、長期にわたる技術的持続性を維持するための何らかの取り組みが必要であると考えられる。

(4) 総合的持続性

政府指導者の強いリーダーシップは、プロジェクトの成果が持続的に拡大していくために極めて重要である。終了時評価チームとの面談の際に、保健省次官のデビッド・チカマタ氏はプロジェクトと保健省が協力してつくり上げた人材育成のメカニズムをサービス提供システムに含めることの有用性を正当に評価し、本プロジェクトや将来の協力に対して保健省の強いコミットメントを継続する意思が表明された。

しかしながら終了時評価チームは、以上に示した理由により、終了時評価時点の成果やザンビア側のニーズを考慮した場合、プロジェクトによって生み出された便益の自立発展、自己展開を担保するためには技術的、財政的側面で行くつかの課題が残されているものと、プロジェクトの総合的持続性を評価した。

4-6 結論

HIV/エイズ対策に関するザンビア関係者からの確固たるコミットメントとともに、JICAは2001年から技術協力支援を通じてザンビアにおける HIV/エイズ対策を支援している。ザンビアにおける HIV/エイズに関する状況（高い HIV 罹患率や AIDS による死亡率、広大な国土における低い人口密度、脆弱な保健システムなど）に対応すべく、「国家モバイル HIV サービスガイドライン」に基づく、地方部における質の高い ART サービスを提供するためのシステムが JICA プロジェクトの手助けの下、ザンビア保健省によって構築・運用されてきた。

プロジェクトは地方部において HIV 陽性患者への ART サービスの提供を支援すると同時に、持続性のあるシステムがザンビア関係者によって運用できるために、関連人材や組織の能力強化を支援した。ほかの HIV/エイズ対策プロジェクトに比べ、本プロジェクトはすべてのレベルの関係機関（国、州、郡の行政機関や地方保健施設まで）の能力強化に重点を置いた点が出すべきであり、この多層的アプローチを用いた能力強化はザンビア政府がサービスを提供するシステムの持続性を高めるうえで重要となる。

上記の結果、地方部に住む 16 万人の HIV 陽性患者のうち、プロジェクトは約 2 万人の HIV 陽性者を特定し、約 1 万人への ART 提供を支援した。さらに、直接対象 4 郡では、ART 開始 1 年後の治療継続率が 93%であった。ゆえに、プロジェクトはザンビアの地方部に住む HIV 陽性患者の延命や生活の質の改善に貢献したと推察する。また、ARV 治療を受けている患者は仕事をを行うことができるまで状態が改善することが多いため、ザンビアの生産能力向上に貢献していると

いえる。

また、プロジェクトは JICA の他スキーム（青年海外協力隊）や他開発援助機関（世界基金や USAID 等）との連携を通じて、より多くのザンビア人 HIV 陽性患者が必要な治療を受けられるように支援するための相互連携を実践している。特に、モバイル ART サービスの全国展開を支援するプロジェクトの活動は世界基金や USAID から提供された薬剤や検査キットによって支えられている。これら関係機関との連携はザンビアへの正のインパクトをさらに生み出すことへ貢献している。

プロジェクトの直接支援対象は 4 郡であるが、プロジェクトの成果はザンビア全土へ波及している。国家ガイドラインの策定・改定支援、実務者の意思決定機関として機能した各種会議の支援、ART サービスに係る国家基礎研修の策定支援などの成果は直接対象 4 郡だけでなく、国家モバイル ART プログラムで支援している全国 15 郡、さらに国家プログラム支援外の 57 郡まで浸透している。

終了時評価の結果、プロジェクト全体の達成度は高いと判断する。しかし、モバイル ART サービスのさらなる全国展開、モバイルから固定化サービスへの移行、HIV/エイズケアに関する WHO ガイドライン改定に伴う ART 対象患者数の増加などの外部状況の変化により、プロジェクト目標（「質の高い ART サービスを地方部で拡大するために、保健省の本省、州及び郡保健局の各レベルにおいて、持続的なサービス提供のためのマネジメント能力が向上する」）を達成するためには協力期間をさらに 1 年間程度延長する必要があると考える。延長期間中に、科学的検証に基づくマネジメント能力や政策提言を強化するために、新規対象地方保健センターや ART 患者に導入された ART サービスの質や運用状況等を科学的に分析・検証する必要がある。

第5章 提言と教訓

5-1 提言

<プロジェクト終了まで>

(1) ザンビアの強いコミットメントとリーダーシップ

- ・ 質の高い ART サービスを維持・拡大していくためには、引き続きザンビアの強いコミットメント及びリーダーシップが重要である。特に、郡レベルでの ART サービスのマネジメント能力を強化するためには、関係省庁（保健省及びコミュニティ開発・母子保健省）間での意思疎通の取り組みを強化すべきである。関係省庁は、ART サービスの運営やそれに係るモニタリング評価を行うために、謝金や燃料費等の予算を確保し、必要な人材の配置や研修の実施等のマネジメント上の課題を協議すべきである。

(2) 科学エビデンスの有効活用

- ・ 質の高い ART サービスを維持・拡大するうえで、限られた人的・財的資源を最大限に有効活用することが必要となる。保健省や関係機関が適切な ART サービスを実施するためにも、これまでの協力が生み出し、今後さらにプロジェクトが協力終了までに生み出す成果は、科学エビデンスによってその実証性を対外に発信していくべきである。このようなエビデンスは科学的モニタリング評価分析によって、今後も JICA 専門家の協力を得ながら、科学的エビデンスの構築に努めるべきである。
- ・ プロジェクトは活動から抽出された科学エビデンスを国際学会で発表したり、国際学術誌へ掲載することにより、モバイル ART サービスの成功を他国へ共有し、ザンビア側関係者の意欲を上げることに成功した。保健省及びその他関係者は、今後さらに質の高い ART サービスを普及させるためにも国際学会や学術誌を通してサービス運用の教訓や課題を共有していくべきである。
- ・ プロジェクトは ART サービスに関する情報を共有する仕組みとして、科学エビデンスの発表やマネジメント及びレビュー会議などを実施しているが、成果浸透・拡大のためにも革新的情報マネジメント活動を試験的に導入するべきである。情報マネジメント活動の一例として、ラジオやインターネットを使用した健康促進活動が挙げられる。

(3) プロジェクト期間の延長

- ・ 「結論」で述べたとおり、プロジェクト期間中の外部条件の変化により、増加が予想される新規地方保健センターや ART 患者に対するさらなる技術協力支援として、地方部において質の高い ART サービスを提供するためのマネジメント強化が必要である。特に客観的エビデンスに基づく ART サービスのマネジメント能力や政策提言能力を強化するために、JICA 専門家の指導の下、質の高い ART サービスを導入・維持するために科学的検証を強化するべきである。プロジェクトは既にザンビア側関係者へ OR 調査や実務者会議でのデータ検討会におけるデータ分析の手法を技術移転しているが、ART サービス及びその対象者が急激に増加することが予想されるなか、プロジェクトによるさらなる分析及びマネジメント能力強化支援が適当である。「技術的持続性」の項で示されたとおり、HIV/エイズケアは生涯にわたる治療が必要であり、限られた予算のなかモバイル

サービスとして拡大していくことは難しいため、ザンビア政府は改訂された『国家モバイル ART サービスガイドライン』を基にモバイルから固定化へのサービスの移行を段階的に進めている。以上の理由から、モバイルから固定化へサービスを移行する際にサービスの質を維持・改善するためにも現行 PDM（第 2 版）の成果 1 及び 4 の改訂を調査団として提言する。また、プロジェクトの目標や目的に関して、プロジェクトがザンビアにおける HIV/エイズ対策にどのように貢献しているか明確にするべく、ART サービス拡大のために現行すべてのレベル（国や州、郡）への多層的アプローチに加え、ザンビアの人々がどのような裨益を被るか PDM に詳細情報を明記すべきである。関係者は当初予定のプロジェクト期間終了までに必要な協議を行い、現行 PDM の改訂を含む手続きを取るべきである。

<プロジェクト終了後>

- ・ ザンビアにおける日本の今後の協力は、ザンビア政府による要請及びコミットメント、並びに協力の必要性にかんがみた日本政府の承認によるが、これまでザンビアの人々の健康改善に大きく貢献してきたことをかんがみ、今後の協力はこれまでの協力の成果等を組み込むべきである。特に、ザンビアにおける UHC 達成につながる数々の活動（地方部における質の高いモバイル ART サービスの確立により HIV/エイズケアへのアクセスが向上した結果、人々の延命や生活の質の改善につながる活動）において、日本の強みを示すことができた。プロジェクトは沖縄 G8 サミットにて感染症対策に関するコミットメントを表明した 2000 年以来の日本の ODA 協力及び世界における成功例である。プロジェクトが構築支援した科学的根拠に基づく、革新的なサービス提供の仕組みは治療サービスの提供及び関係者の能力強化を同時に可能にした。
- ・ 今後の協力において以下の点を考慮すべきである。
 - ① 今後、複数の保健サービス改善を目的とした統合的アプローチの導入を日本の ODA 協力の効果を最大限に高めるために検討していく必要がある。ザンビアの保健指標を改善するための革新的な横断的アプローチの例として、UHC はザンビアの保健システム強化を図るうえで、HIV/エイズ対策のような個別疾病対策を統合する横断的な土台となり得る。
 - ② 成果や目的はザンビアや日本の人々にとって理解しやすく、ODA 協力がザンビアへどのような貢献ができるかを明示すべきである。
 - ③ 世界基金や USAID をはじめとする他開発援助機関との緊密な連携は相互連携の結果としてさらなる正のインパクトを生み出すために活動のひとつとして検討されるべきである。
 - ④ 情報マネジメントは対外への情報発信・共有や成果を拡大するうえでの戦略を構築するために重要なプロジェクト活動のひとつである。プロジェクトは情報マネジメントや広報活動、戦略構築を率先して行い、必要な人材を同活動に従事させるべきである。

5-2 教訓

本プロジェクトでは、活動のアウトカムを科学的に分析し、サービスの標準化の基礎となる国家ガイドラインに反映させた。このことは、根拠に基づいた施策に大きく貢献するもので、実現

可能性を高めることが期待できる。他のプロジェクトでも、ガイドライン作成などサービスの標準化等を支援する介入を行う場合には、現状の正確な分析や介入効果測定を行ううえで OR のような科学的視点をもったプロジェクト活動の分析を採用することで、有効性、実現可能性の高い成果を創出できることが見込まれる。

第1回終了時評価 付 属 資 料

1. PDM version 0 (2009年3月4日版)、version 2 (2010年3月2日版)
2. 終了時評価の日程
3. 評価グリッド
 - 3-1 実施プロセスの検証
 - 3-2 評価5項目
4. 主要面談者リスト
5. 投入実績表
 - 5-1 カウンターパート配置
 - 5-2 JICA 専門家派遣
 - 5-3 本邦研修/第三国研修
 - 5-4 供与機材リスト
 - 5-5 日本側ローカルコスト
6. オペレーショナル・リサーチ一覧
7. 研究業績一覧

1. PDM version 0 (2009年3月4日版)、version 2 (2010年3月2日版)

Annex 1: Project Design Matrix (PDM) Version 0
 Project Title: The Project for Scaling Up of Quality HIV and AIDS (PWHAs) in target area, 2: Approximately ## District Health Offices (DHOs) and their staff members
 Target Groups: 1: Approximately ## People with HIV and AIDS (PWHAs) in target area, 2: Approximately ## District Health Offices (DHOs) and their staff members
 3: Approximately ## Provincial Health Offices (PHOs) and their staff members (Number of personnel is determined after the determination of new target districts)

Date: 4 March 2009

Project Period: October 2009 - September 2014

Narrative Summary		Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Overall Goal				
Access to quality ART services in rural area is improved in Zambia.		80% of districts in Zambia mainstream mobile ART services into their operational plan for HIV and AIDS control.	(1) National HIV and AIDS Strategic Framework, Joint Annual Review Report (2) Records of DHOs (3) District health operational plans / budget	
Project Purpose				
Management capacities for sustainable service provision are improved at all levels for the expansion of quality ART services in rural area.		1 More than ## health facilities in target districts provide ART services by the year 2014. (Number of facilities is determined after the determination of new target districts)	(1) Experts' project reports (2) Records of DHOs (3) ART Register Book (4) District health operational plans / budget (5) Operational research reports (6) Report of the conference / meeting presentation	(1) The political, economic, and social situation is not severely worsened than at termination time of the project (2) HIV and AIDS policy of the Government of Zambia does not significantly change
		2 More than 80% of mobile ART sites keep more than 75% of active cases (= less than 25% of lost or death cases) by the year 2014.		
		3 Lessons learnt through mobile ART services are disseminated at various forum. (i.e., meeting, int'l/natl conferences)		
		4 (A verifiable indicator for management capacity may be added.)		
Outputs				
1 Ministry of Health (Headquarters) is able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service by the DHOs.		1-1 More than 90% of the national budget allocated for the mobile-ART services is utilized according to the plan by the year 2011.	(1) Experts' project reports (2) MoH Annual progress report on mobile ART services (3) MoH reports	(1) Zambian side properly allocates necessary budget and distribute personnel for the project activities. (2) Necessary amount of ARVs and laboratory reagents are available at target districts.
		1-2 Annual progress report on mobile ART services in Zambia is produced and disseminated.		
2 Target Provincial Health Offices (PHOs) are able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services.		2-1 Biannual Provincial ART Stakeholders Committee Meetings are held regularly. More than 75% of quarterly visits to target districts are conducted and monitoring report are submitted to the MoH.	(1) Experts' project reports (2) Minutes of the provincial stakeholders' meeting (3) Provincial report on mobile ART monitoring to MoH	(3) The political, economic, and social situation is not severely worsened than at commencing time of the project.
		2-2 ART expansion plan is annually reviewed and revised.		
3 Management capacities of DHOs/health facilities in Chongwe and Mumbwa ^(NB) are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services.		3-1 100% of scheduled mobile visits are conducted throughout the project period.	(1) Experts' project reports (2) Mobile Log Book / Records of DHOs and health centres (3) ART Register Book (4) ART expansion plan	(4) Concerned non-governmental organizations, including mission hospitals at district level are cooperative to HIV and AIDS related activities undertaken by DHOs.

<p>4 New target districts are able to plan, introduce and manage the mobile ART services as per the National Guidelines on mobile VCT/PMTCT/ART Services.</p>	<p>More than ## health facilities provide mobile ART services according to the operational plan by the year of 2013. (Number of facilities is determined after the determination of new target districts)</p> <p>4-1 100% of new target DHOs mainstream mobile ART services into their annual operational plans and budget by the year 2014.</p> <p>4-2 ART services into their annual operational plans and budget by the year 2014.</p>	<p>(1) Experts' project reports (2) District Mobile ART operational plan (3) Mobile ART Service Log Book / Records of DHOs and health centres (4) ART Register Book</p>	<p>(5) Number of new HIV infection and ARV-drug resistant cases of HIV is not rapidly increased.</p>
<p>Activities</p> <p>1 Ministry of Health (Headquarters) is able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service by the DHOs.</p> <p>1-1 Assist the MoH to orient new districts on the National Guidelines on mobile VCT/PMTCT/ART Services.</p> <p>1-2 Assist the MoH to monitor and evaluate sound implementation of the mobile ART services through quarterly reporting and biannual implementers' meeting.</p> <p>1-3 Assist the MoH to ensure the availability of essential equipment to new 10 districts (i.e., medical equipment, drugs, consumables, etc.).</p> <p>1-4 Assist the MoH to produce annual progress report on mobile ART services (10 districts with GFATM Rd.4/Ph.2 funding).</p> <p>1-5 Conduct Operational Research to validate effectiveness of mobile ART services in rural settings.</p> <p>1-6 Organize stakeholders' meeting for information sharing of ART services in rural area.</p> <p>2 Target Provincial Health Offices (PHOs) are able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services.</p> <p>2-1 Plan and organize biannual Provincial ART Stakeholders Committee meetings.</p> <p>2-2 Conduct quarterly supervisory visits to new mobile ART sites in target districts.</p> <p>2-3 Provide technical support to new target districts (i.e. workshop, on-site consultation).</p> <p>3 Management capacities of DHOs/health facilities in Chongwe and Mumbwa are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services.</p> <p>3-1 Revise ART expansion plan in response to evolving service needs.</p> <p>3-2 Introduce tools to improve the quality of ART services, such as the mobile ART service log book, etc.</p>	<p>Inputs</p> <p>Japanese Side</p> <p><u>Experts</u> (1) Long-term Experts - Chief Advisor / Health Service Planning - HIV and AIDS Care - Coordinator / Public Health (2) Short-term Experts - Health Education, TB/HIV, PMICT, Operational Research, etc.</p> <p><u>Equipment and materials</u> (1) Necessary laboratory/office equipment, computers and others (2) A vehicle for supervisory visits, depending on the necessity</p> <p><u>Training in Japan and/or third-country</u> - HIV and Health administration - HIV and Rural health programme - TB/HIV, etc.</p> <p><u>Local cost</u> Necessary costs for the project activities</p>	<p>Zambian Side</p> <p><u>Counterparts and administrative personnel</u> (1) Project Director Permanent Secretary, MoH Project Manager Director of the Directorate of Clinical Care and Diagnosis Services, MoH (3) Project counterparts, i.e., National ARV Coordinator (MoH) / Directors, Provincial Medical Officer / District Health Offices in target districts</p> <p><u>Facilities, equipment and materials</u> (1) Office spaces in the MoH and PHO (2) Land, building, vehicle, and other facilities necessary for project activities at central, province and district level</p> <p><u>Local costs</u> (1) Operational costs for the project activities</p>	<p>(1) Trained counterparts do not leave their position so as to affect the outputs of the Project.</p> <p>(2) Medical technology regarding HIV and AIDS services does not significantly change.</p>

	3-3 Undertake technical training as Continuous Professional Development.	
	3-4 Conduct supervisory visits by DHO staff members to mobile ART sites on quality of services (i.e., data management, service provision planning, logistics in general).	
	3-5 Organize annual experience-sharing meeting within and/or among target districts.	
	3-6 Produce quarterly progress report for submission to PHOs and MoH Headquarters.	
4	New target districts are able to plan, introduce and manage the mobile ART services as per the National Guidelines on mobile VCT/PMICT/ART Services.	Pre-conditions
	4-1 Develop on-site training curriculum on mobile ART services based on the "National Guidelines on mobile VCT/PMICT/ART Services".	(1) Zambian implementing organization do not adverse and relevant organization do not adverse to the Project.
	4-2 Adopt planning/operational tools for mobile ART services (i.e., mobile ART service log book, appointment book, calendar of events, etc.).	
	4-3 Capacitate new target DHOs with hands-on experiences of planning and managing mobile ART services by conducting on-site training in Mumbwa or Chongwe.	
	4-4 Develop mobile ART operational plans by target DHOs.	
	4-5 Undertake technical training including ART/OI management, (V)CT, psycho-social counseling, etc. as found necessary.	
	4-6 Ensure the procurement of necessary drugs/consumables/medical equipment/other goods for mobile services through the MSL Request and Requisition system.	
	4-7 Undertake the mobile ART services at rural health centres with support of mobile ART team as per the operational plan.	
	4-8 Undertake periodical supervisory visits to new mobile sites by DHOs.	
	4-9 Organize periodical ART review meeting within districts.	
	4-10 Compile monthly ART data for submission to PHO.	
	4-11 Produce quarterly progress report for submission to PHOs and MoH Headquarters.	
NB: Chongwe and Mumbwa are districts that have been implementing mobile ART services with JICA's support, since 2006.		

Project Title: The Project for Scaling Up of Quality HIV and AIDS Care Service Management

Project Period: November 2009 - November 2014

Target Groups: 1: 50,000 to 60,000 people with HIV and AIDS (PWHAs) in target area, 2: Four District Medical Offices (DMOs)(Mumbwa, Chongwe, Kalomo, Kazungula) and their staff members 3: Southern Provincial Medical Offices (PMOs) and their staff members

Narrative Summary		Objectively Verifiable Indicators		Means of Verification		Important Assumptions	
Overall Goal		80% of districts in Zambia mainstream mobile ART services into their operational plan for HIV and AIDS control.		(1) National HIV and AIDS Strategic Framework, Joint Annual Review Report (2) Records of DMOs (3) District health operational plans / budget			
Project Purpose		More than 48 health facilities* in target districts provide ART services by the year 2014.		(1) Experts' project reports (2) Records of DMOs (3) ART Register Book (4) District health operational plans / budget (5) Operational research reports (6) Report of the conference / meeting presentation		(1) The political, economic and social situation is not severely worsened than at termination time of the project (2) HIV and AIDS policy of the Government of Zambia does not significantly change	
Management capacities for sustainable service provision are improved at all levels for the expansion of quality ART services in rural area.		1	More than 80 % of mobile ART sites keep more than 75% of active cases (= less than 25% of lost or death cases) by the year 2014.				
		2	More than 75% of planned ART Stakeholders meetings are held at all levels by the year 2014.				
		3	Lessons learnt through mobile ART services are disseminated at various forum. (i.e., meeting, int'l/nat'l conferences)				
		4					
Outputs		The National Mobile HIV services guidelines are disseminated to all the provinces.		(1) Experts' project reports (2) MoH Annual progress report on mobile ART services (3) MoH reports		(1) Zambian side properly allocates necessary budget and distribute personnel for the project activities. (2) Necessary amount of ARVs and laboratory reagents are available at target districts. (3) The political, economic and social situation is not severely worsened than at commencing time of the project.	
		1-1					
		1-2	Implementers' meetings for monitoring mobile ART services are held annually.				
		1-3	Annual progress report on mobile ART services in Zambia is produced and disseminated.				
2 Target Provincial Medical Offices (PMOs) are able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services.		2-1	Biannual Provincial ART Stakeholders Committee Meetings are held regularly.	(1) Experts' project reports (2) Minutes of the provincial stakeholders' meeting (3) Provincial report on mobile ART monitoring to MoH		(4) Concerned non-governmental organizations, including mission hospitals at district level are cooperative to HIV and AIDS related activities undertaken by DMOs.	
		2-2	More than 75% of quarterly visits to target districts are conducted and monitoring report are submitted to the MoH.				
3 Management capacities of DMOs/health facilities in Chongwe and Mumbwa* are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services.		3-1	ART expansion plan is annually reviewed and revised.	(1) Experts' project reports (2) Mobile Log Book / Records of DMOs and health centres (3) ART Register Book (4) ART expansion plan		(5) Number of new HIV infection and ARV-drug resistant cases of HIV is not rapidly increased.	
		3-2	100% of scheduled mobile visits are conducted throughout the project period.				

<p>4 New target districts (Kalomo and Kazungula) are able to plan, introduce and manage the mobile ART services as per the National Mobile HIV Services Guidelines.</p>	<p>More than 18 health facilities** provide mobile ART services according to the operational plan by the year of 2014.</p> <p>100% of new target DMOs mainstream mobile ART services into their annual operational plans and budget by the year 2014.</p>	<p>(1) Experts' project reports (2) District Mobile ART operational plan (3) Mobile ART Service Log Book / Records of DMOs and health centres (4) ART Register Book</p>	<p>(1) Trained counterparts do not leave their position so as to affect the outputs of the Project. (2) Medical technology regarding HIV and AIDS services does not significantly change.</p>
<p>1 Ministry of Health (Headquarters) is able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service by DMOs.</p>	<p>Inputs</p> <p>Japanese Side</p> <p>Experts (1) Long-term Experts - Chief Advisor / Health Service Planning - HIV and AIDS Care - Coordinator / Public Health (2) Short-term Experts - Health Education, TB/HIV, PMTCT, Operational Research, etc. Equipment and materials (1) Necessary laboratory/office equipment, computers and others (2) A vehicle for supervisory visits, depending on the necessity</p> <p>Training in Japan and/or third-country - HIV and Health administration - HIV and Rural health programme - TB/HIV, etc.</p> <p>Local cost Necessary costs for the project activities</p>	<p>Zambian Side</p> <p>Counterparts and administrative personnel (1) Project Director Permanent Secretary, MoH (2) Project Manager Director of the Directorate of Clinical Care and Diagnosis Services, MoH (3) Project counterparts, i.e., National ARV Coordinators (MoH) / Directors, Provincial Medical Officer / District Medical Offices in target districts</p> <p>Facilities, equipment and materials (1) Office spaces in the MoH and PMO (2) Land, building, vehicle, and other facilities necessary for project activities at central, province and district level</p> <p>Local costs (1) Operational costs for the project activities</p>	
<p>1-1 Orient new districts on the National Mobile HIV Services Guidelines.</p>			
<p>1-2 Monitor and evaluate sound implementation of the mobile ART services, through quarterly reporting and implementers' meeting.</p>			
<p>1-3 Produce annual national progress report on mobile ART services.</p>			
<p>1-4 Include components of mobile HIV services into the Basic ART Package, which is based on WHO IMAI (Integrated Management of Adolescent and Adult Illness).</p>			
<p>1-5 Conduct operational research to improve quality of ART services and other related services in rural settings.</p>			
<p>1-6 Organize stakeholders' meeting for information sharing of ART services in rural area.</p>			
<p>2 Target Provincial Medical Offices (PMOs) are able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services.</p>			
<p>2-1 Plan and organize biannual Provincial ART Stakeholders Committee meetings.</p>			
<p>2-2 Conduct quarterly supervisory visits to new mobile ART sites in target districts.</p>			
<p>2-3 Provide technical support to new target districts (i.e. workshop, on-site consultation).</p>			
<p>3 Management capacities of DMOs/health facilities in Chongwe and Mumbwa are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services.</p>			
<p>3-1 Revise ART expansion plan in response to evolving service needs.</p>			
<p>3-2 Introduce tools to improve the quality of ART services, such as the mobile ART service log book, etc.</p>			
<p>3-3 Ensure the provision of necessary laboratory services for counselling & testing (CT), ART, TB, and other related services.</p>			
<p>3-4 Undertake technical training as Continuous Professional Development.</p>			

	3-5	Conduct supervisory visits by DMO staff members to mobile ART sites on quality of services (i.e., data management, service provision planning, logistics in general).
	3-6	Organize annual experience-sharing meeting within and/or among target districts.
	3-7	Produce progress report for submission to PMOs and MoH Headquarters.
4	New target districts (Kalomo and Kazungula) are able to plan, introduce and manage the mobile ART services as per the National Mobile HIV Services Guidelines.	
	4-1	Adopt planning/operational tools for mobile ART services (i.e., mobile ART service log book, appointment book, calendar of
	4-2	Capacitate new target DMOs with hands-on experiences of planning and managing mobile ART services by conducting on-site training in Mumbwa or Chongwe.
	4-3	Develop mobile ART operational plans by target DMOs
	4-4	Undertake technical training including ART/OI management, (V)CT, psycho-social counseling, etc. as found necessary.
	4-5	Ensure the provision of necessary laboratory services for counselling & testing (CT), ART, TB, and other related services.
	4-6	Ensure the procurement of necessary drugs/consumables/medical equipment/other goods for mobile services through the MSL Request and Requisition system.
	4-7	Undertake the mobile ART services at rural health centres with support of mobile ART team as per the operational plan.
	4-8	Undertake periodical supervisory visits to new mobile sites by DMOs.
	4-9	Organize periodical ART review meeting within districts.
	4-10	Compile monthly ART data for submission to PMO.
	4-11	Produce progress report for submission to PMOs and MoH Headquarters.

* Both supporting sites (e.g. district hospitals, mission hospitals) and host sites (i.e. rural health centres) are included, but not military facilities

** Chongwe and Mumbwa are districts that have been implementing mobile ART services with JICA's support, since 2006

	Pre-conditions
	(1) Zambian implementing organization and relevant organization do not adverse to the Project.

終了時評価の日程

2. 終了時評価の日程

Date	Day	Dr. T. TODA (Leader)	Mr. T. HASUMI (Cooperation Planning)	Dr. T. NAKASA (Technical Advisor)	Dr. Y. INOUE (Evaluation and Analysis)	
1-Feb	Sat	Leaves Japan Arrives at Lusaka	Leaves Japan Arrives at Lusaka	Leaves Japan Arrives at Lusaka	Leaves Japan	
2-Feb	Sun				Arrives at Lusaka	Arrives at Lusaka
3-Feb	Mon				Report Preparation	9:00 Meeting w/ JICA Zambia Office, 14:00 Interview w/ Experts
4-Feb	Tue				Report Preparation	8:00 Courtesy calls on MoH, 8:30& 15:00 Interview w/ MoH staff
5-Feb	Wed				Report Preparation	Visit Chongwe DMO, Day Field Survey (Chongwe)
6-Feb	Thu				Report Preparation	Preparation
7-Feb	Fri				Report Preparation	Visit Mumbwa DMO, Day Field Survey (Mumbwa)
8-Feb	Sat				Report Preparation	Preparation
9-Feb	Sun				Report Preparation	Travel to Livingstone
10-Feb	Mon				Report Preparation	Visit Kazungula DMO, Field Survey in Kazungula
11-Feb	Tue				Report Preparation	Move to Kalomo and visit Kalomo DMO, Field Survey in Kalomo
12-Feb	Wed				Report Preparation	Move to Choma Visit Southern PMO, Return to Lusaka
13-Feb	Thu				Report Preparation	Report Preparation
14-Feb	Fri				Report Preparation	Report Preparation
15-Feb	Sat				Report Preparation	Report Preparation
16-Feb	Sun				Report Preparation	Leaves Japan Arrives at Lusaka
17-Feb	Mon	Leaves Japan Arrives at Lusaka	Internal Discussion on Report Draft and Minutes of Meetings	Internal Discussion on Report w/ MoH, Preparation for the Joint Coordinating Committee (JCC)		
18-Feb	Tue	Leaves Japan Arrives at Lusaka	Discussion on Report w/ MoH, Preparation for the Joint Coordinating Committee (JCC)	14:00 JCC		
19-Feb	Wed	Leaves Japan Arrives at Lusaka	17:00 Meeting with Permanent Secretary, MOH (Dr. David Chikamata)	16:00 Report to the Embassy of Japan and JICA Zambia Office Dr. Nakasa leaves Lusaka		
20-Feb	Thu	Site visits to on-going health and education projects/Discussion w/ JICA Zambia Office	Travel Day	Follow-up of the report 21:40 Dr. Inoue leaves Lusaka		
21-Feb	Fri	Same as above	Same as above Leaves Lusaka	Travel Day		
22-Feb	Sat	Mr. Toda leaves for Kenya	Travel Day	Arrives at Japan		
23-Feb	Sun	Arrives at Japan	Arrives at Japan			

3. 評価グリッド 3-1 実施プロセスの検証

評価グリッド 実施プロセスの検証

Evaluation Item	Evaluation Classification		Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Small				
Probability of achievement of the Project	Overall Goal	Whether "Access to quality ART services in rural area is improved in Zambia" is logically correct as the Overall Goal.	Verification of logical relationship	Verification by the Evaluation Team	① Project documents ② Views of related players	① Document review ② Interview
	Project Purpose	Whether it is expected that the benefit/outcomes derived from the Project is autonomously deployed or disseminated to non-targeted areas after the termination of the Project. Whether the Project Purpose of "Management capacities for sustainable service provision are improved at all levels for the expansion of quality ART services in rural area" is expected to be achieved by the end of the project period.	Verification of sustainability ① Objectively Verifiable Indicators (OVIs) ② Comprehensive analysis	Information indicating their sustainability ① Achievements of OVIs ② Views of related players	① Project documents ② C/P JICA Experts, C/P ① Project documents ② C/P JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview ① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Outputs	Whether the Output 1 of "Ministry of Health (Headquarters) is able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service by DMOs" is achieved or expected to be achieved by the end of the project period. Whether the Output 2 of "Target Provincial Medical Offices (PMOs) are able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services" is achieved or expected to be achieved by the end of the project period. Whether the Output 3 of "Management capacities of DMOs/health facilities in Chongwe and Mumbwa are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services" is achieved or expected to be achieved by the end of the project period. Whether the Output 4 of "New target districts (Kalomo and Kazungula) are able to plan, introduce and manage the mobile ART services as per the National Mobile HIV Services Guidelines" is achieved or expected to be achieved by the end of the project period.	Degree of achievement of OVIs	① Achievements of OVIs ② Views of related players	① Project documents ② C/P JICA Experts, C/P ① Project documents ② C/P JICA Experts, C/P ① Project documents ② C/P JICA Experts, C/P ① Project documents ② C/P JICA Experts, C/P ① Project documents ② C/P JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview ① Document review ② Questionnaire ③ Interview ① Document review ② Questionnaire ③ Interview ① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Inputs from Japan Side	Whether JICA Experts were dispatched as scheduled. Whether equipment for project activities was provided as planned. Whether C/Ps' training in Japan and/or third countries were implemented as planned. Whether local cost from JICA side were implemented as scheduled. Whether C/Ps were appropriately allocated enough to implement project activities. Whether office space for JICA experts was provided. Whether local cost from Zambian side were implemented appropriately.	Comparison of plan with actual result	Results of Input Results of Input (incl. Information for status of utilization) Results of acceptance of trainees Budget and implementation result ① Achievement of Input ② Views of related players Achievement of Input ① Achievement of Input ② Views of related players	① Input records ② Project reports ① Input records ② Project reports ① Input records ② Project reports ① Input records ② C/P Experts, C/P ① Input records ② C/P Experts, C/P ① Input records ② C/P Experts, C/P	Document review Document review ① Document review ② Direct observation Document review Document review ① Document review ② Interview ① Document review ② Interview ① Document review ② Interview ① Document review ② Interview

Evaluation Item	Evaluation Classification		Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Small				
Implementation Process	Planned activities	Whether the project activities were implemented as scheduled.	Comparison of plan with actual result	Accomplishment of project activities	Project reports	① Document review ② Questionnaire
		Whether the PDM was updated in accordance with surroundings of the Project under the agreement amongst relevant parties.		Vicissitude of PDMs and its reasons for modification	Meeting minutes of the Joint Policy/Steering Committee (JCC)	① Document Review ② Questionnaire ③ Interview
	Technical transfer	Whether methods and/or approaches of technical transfer were appropriate.		Methods and contents of technical transfer	① Project reports ② C/P Experts, C/P	① Document review ② Interview
	Management system	Who, how and how often the progress of the Project was monitored, and consequent findings were reflected to the operation of the Project.		① Progress monitoring system ② Feedback system	① Project reports ② Experts	① Document review ② Questionnaire
		How the decision-making process for modification of the project activities, assignment of personnel, etc was.		Process for decision-making	① Project reports ② Experts	① Document review ② Questionnaire
		How the communication and cooperative relationship amongst players in the Project was.		JCC and other meeting	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire
	Ownership and Autonomy	Whether Project information was effectively shared.		JCCC and/or other meetings	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire
		How ownership and autonomy of implementing bodies including C/Ps and beneficiaries were.		Contribution, attitude, etc. for the project activities.	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview

Evaluation Item	Evaluation Classification		Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Small				
Measures taken by the Project in response to recommendations at the Mid-term Review and its results	WRT information sharing amongst stakeholders on discussion results of installation of novel or revised ART Accreditation Guidelines			Specific countermeasures in response to the recommendations and its results	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	WRT the process of weaning-off of ART services from mobile site to fixed sites			Specific countermeasures in response to the recommendations and its results	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	WRT finalization and utilization of indicators for measuring “Quality ART Services” by the MoH			Specific countermeasures in response to the recommendations and its results	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	WRT efficient utilization of limited resources, such as integration of supervisory visits in different activities			Specific countermeasures in response to the recommendations and its results	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	WRT balanced resource distribution to DMOs by PMOs			Specific countermeasures in response to the recommendations and its results	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	WRT discussion of possibility of compensating incentives to treatment supporters (community volunteers)			Specific countermeasures in response to the recommendations and its results	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	WRT adding indicator(s) for measuring the achievement of the Project Purpose qualitatively and/or quantitatively			Specific countermeasures in response to the recommendations and its results	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	WRT a cost-benefit analysis study of mobile ART services by the MoH			Specific countermeasures in response to the point of note	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Whether there were obstacles or problems for the implementation of the project activities.			Contributing and inhibitory factors	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ インタビュー Interview
	Problems on implementation process					

3. 評価グリッド 3-2 評価5項目

評価グリッド 評価5項目

Five Criteria	Evaluation Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification	
	Major	Middle	Small					
Relevance	Priority	Consistency of the Project Purpose with health policies with regard to HIV/AIDS published by the Ministry of Health (MoH).			National health related policies	① Document for health related policies ② MoH	① Document review ② Interview	
		Consistency with Japan's ODA policies and JICA's aid policies Relativity with prioritized area in Japan's ODA policies Relativity with prioritized area in JICA's aid policies			Prioritized area in Japan's ODA policies for Zambia Japan's Global Health Policy 2011-2015 Position Paper, Thematic Guidelines, Rolling Plan, etc.	① Japan's ODA policies for Zambia ② Japan's Global Health Policy 2011-2015 Document review	Document review	
	Necessity	Relevance of target group			Place of health assistance in the JICA's aid policies	① Project documents ② JICA Experts, C/P ③ Health statistics	① Document review ② Interview ③ Direct Observation	Document review
	Appropriateness of implementation method	Appropriateness of adoption of assistance approach to strengthen management capacities at all administrative level. Special consideration Special assiduties for gender issues, social grades, environment, ethnic groups, etc. Japan's technical superiority			Background and/or process for selection of assistance approach Views of related players ① Assistance history of Japan for health sector ② Skills and experiences of experts	① JICA ex-ante evaluation report ② JICA Experts, C/P ③ JICA Experts ④ JICA Zambia Office ⑤ JICA Zambia Office ⑥ JICA Zambia Office ⑦ JICA Experts	① Document review ② Questionnaire ③ Interview ④ Document review ⑤ Questionnaire ⑥ Document review ⑦ Interview	Document review
Effectiveness	Achievements	Status of the achievements of OVIs for Outputs			① Status of achievements of OVIs ② Project activities and its accomplishments Outputs other than the scope of the project activities	① Project documents ② JICA Experts, C/P ③ JICA Experts	① Document review ② Interview	Document review
		<Output 1> Whether the MoH (Headquarters) has become able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service by DMOs to an expected extent.			Comprehensive confirmation of actual status Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P ③ JICA Experts	① Document review ② Interview ③ Direct observation	Document review
	<Output 2> Whether target Provincial Medical Offices (PMOs) have become able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services to an expected extent.			Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P ③ JICA Experts	① Document review ② Interview ③ Direct observation	Document review	
	<Output 3> Whether management capacities of DMOs/health facilities in Chongwe and Mumbwa have been enhanced for the continuous strengthening of rural ART services to an expected extent.			Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P ③ JICA Experts	① Document review ② Interview ③ Direct observation	Document review	
<Output 4> Whether new target districts (Kalomo and Kazungula) have become able to plan, introduce and manage the mobile ART services as per the National Mobile HIV Services Guidelines to an expected extent.			Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P ③ JICA Experts	① Document review ② Interview ③ Direct observation	Document review		

Five Criteria	Evaluation Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Middle	Small				
		Probability of the achievement of the Project Purpose	Whether management capacities for sustainable service provision are improved at all levels for the expansion of quality ART services in rural area to an expected extent.	Systematic judgment	① Status of achievements of OVIs ② Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview ③ Direct observation
	Cause-and-effect relationship	Whether the Project Purpose was attained as a result of the achievements of Outputs	Whether there was no logical error from the aspect of cause-and-effect relationship.	Verification of logical relationship	Verification by Evaluation Team	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Contributing and hindering factors	Appropriateness of the important assumptions	Whether there was any other effective approaches for the achievement of the Project Purpose	Verification of implementation approaches	① Verification by Evaluation Team ② Views of related parties	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
		Whether important assumptions are fulfilled.	Whether important assumptions are appropriate from aspects of current situation.	Confirmation current situation	Verification by Evaluation Team	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview
		Whether important assumptions are fulfilled.	Whether important assumptions are appropriate from aspects of current situation and logical relationship	Verification of logical relationship	Verification by Evaluation Team	① Project document ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview
		Whether important assumptions are fulfilled.	Confirmation of the current status of "Zambian side properly allocates necessary budget and distribute personnel for the project activities".		Inputs data from the Zambian side	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
		Whether important assumptions are fulfilled.	Confirmation of the current status of "Necessary amount of ARVs and laboratory reagents are available at target districts".		Supply situation	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
		Whether important assumptions are fulfilled.	Confirmation of the current status of "The political, economic, and social situation is not severely worsened than at commencing time of the project".		Political, economic and social situation in Zambia	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
		Whether important assumptions are fulfilled.	Confirmation of the current status of "Concerned non-governmental organizations, including mission hospitals at district level are cooperative to HIV and AIDS related activities undertaken by DMOs".		Cooperation status of NGOs concerning HIV/AIDS related activities undertaken by DMOs	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
		Whether important assumptions are fulfilled.	Confirmation of the current status of "Number of new HIV infection and ARV-drug resistant cases of HIV is not rapidly increased".		Number of new HIV infection and ARV-drug resistant cases of HIV	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
		Whether important assumptions are fulfilled.	Confirmation of the current status of "Trained counterparts do not leave their position so as to affect the outputs of the Project".		Attrition rate of trained health workers	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
		Whether important assumptions are fulfilled.	Confirmation of the current status of "Medical technology regarding HIV and AIDS services does not significantly change".		Medical technology regarding HIV and AIDS services	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
		Whether important assumptions are fulfilled.	Other expected and/or unexpected external factors		Other expected and/or unexpected external factors	① JICA Experts, C/P ② Project documents	① Interview ② Questionnaire ③ Document review
	Time resource	Whether Outputs were attained as scheduled.			Progress control of the project activities	① Project documents ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
Efficiency							

Five Criteria	Evaluation Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification																																
	Major	Middle	Small																																				
Impact	Quality, quantity and timing of inputs	Whether quality, quantity and timing of inputs were appropriate.	Whether the number and period, areas of expertise and timing of dispatch of JICA expert were appropriate.	Comparison of results and plan	<ol style="list-style-type: none"> ① Record of dispatch of experts ② Attitude and performance of experts 	<ol style="list-style-type: none"> ① Input records ② Project documents ③ JICA Experts, C/P 	<ol style="list-style-type: none"> ① Document review ② Questionnaire ③ Interview 																																
								Whether types, quantity and timing of installation were appropriate.	<ol style="list-style-type: none"> ① Record of equipment provision ② Utilization status of equipment 	<ol style="list-style-type: none"> ① Input records ② JICA Experts, C/P 	<ol style="list-style-type: none"> ① Document review ② Questionnaire ③ Direct observation ④ Interview 																												
												Whether equipment and materials provided by the Project are appropriately utilized for achieving Outputs.	<ol style="list-style-type: none"> ① Utilization status of materials ② Input records and operational status 	<ol style="list-style-type: none"> ① Project reports ② Input records 	<ol style="list-style-type: none"> ① Document review ② Questionnaire ③ Direct observation 																								
																Whether timing, contents and duration of training in Japan and/or third countries were appropriate, and how the training contributed for the achievement of Outputs.	<ol style="list-style-type: none"> ① Acceptance of trainees ② Views of related parties 	<ol style="list-style-type: none"> ① Input records ② Trainees ③ JICA Experts 	<ol style="list-style-type: none"> ① Document review ② Questionnaire ③ Interview 																				
																				Whether timing, contents, duration follow-up of on-site trainings were appropriate.	<ol style="list-style-type: none"> ① Records of on-site trainings ② Accomplishments of trainings 	<ol style="list-style-type: none"> ① Project documents ② ICA Experts, C/P 	<ol style="list-style-type: none"> ① Document review ② Questionnaire ③ Interview 																
																								Whether the overseas activities costs from Japanese side has been appropriately implemented.	Overseas activities cost from Japan side	<ol style="list-style-type: none"> ① Input records ② JICA Experts 	<ol style="list-style-type: none"> ① Document review ② Interview 												
																												Whether allocation of Zambian C/Ps and budget for the Project were appropriate.	Allocation of C/P personnel and local costs from Zambia side	<ol style="list-style-type: none"> ① Input records ② JICA Experts, C/P 	<ol style="list-style-type: none"> ① Document review ② Questionnaire ③ Interview 								
																																Whether recommendations and/or points of note at Mid-term Review and/or Project Consultation Survey contributed for the achievement of Outputs.	Accomplishment of the project activities	<ol style="list-style-type: none"> ① Project documents ② JICA Experts 	<ol style="list-style-type: none"> ① Document review ② Questionnaire ③ Interview 				
																																				Whether there was any collaboration with other Japanese resources contributed for the achievement of Outputs.	Accomplishment of the project activities	<ol style="list-style-type: none"> ① Project documents ② JICA Experts ③ JOCV, etc. 	<ol style="list-style-type: none"> ① Document review ② Questionnaire
Whether there were any contributing factors to efficiency.	Views of related parties	<ol style="list-style-type: none"> ① Project documents ② JICA Experts, C/P 	<ol style="list-style-type: none"> ① Document review ② Interview 																																				
				Whether there were any hindering factors to efficiency.	Views of related parties	<ol style="list-style-type: none"> ① Project documents ② JICA Experts, C/P 	<ol style="list-style-type: none"> ① Document review ② Interview 																																
								Whether there are any discrepancy between Overall Goal and Project Purpose. (OVIs for Overall Goal will be verified.)	Verification of logical relationship	<ol style="list-style-type: none"> ① MoH Health related policies ② Verification by Evaluation Team 	<ol style="list-style-type: none"> ① Document review 																												

Five Criteria	Evaluation Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Middle	Small				
Probability of achievement of the Overall Goal	Whether access to quality ART services is improved in rural area, including non-targeted areas of the Project, by Zambian self-help endeavor in 3 to 5 years after the end of the Project.	Whether factors for the achievement of the Overall Goal	Whether the important assumption of “ <i>The political, economic and social situation is not severely worsened than at termination time of the project</i> ” is fulfilled in 3 to 5 years time.	① Degree of achievement of the Project Purpose ② Verification of Sustainability	① Project documents ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
			Whether the important assumption of “ <i>HIV and AIDS policy of the Government of Zambia does not significantly change</i> ” is appropriate at the time of the Terminal Evaluation, and expected to be fulfilled in 3 to 5 years time.	Possibility of unfulfillment of the assumption	① Views of related players ② Verification by Evaluation Team	① Document review ② Interview	
	Whether other hindering factor for the achievement of Overall Goal are envisaged.	Other necessary information	① Views of related players ② Verification by Evaluation Team	① Document review ② Interview			
Other impacts	Whether there are any positive and/or negative impacts confirmed and/or expected to be generated other than Overall Goal	Positive impacts	Other necessary information	① Project reports ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview		
		Negative impacts	Other necessary information	① Project reports ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview		
Probability of maintaining the benefits derived from the Project	Whether policies related to ART services would be maintained and/or enhanced in Zambia.	Political and institutional aspects	Whether policies related to ART services would be maintained and/or enhanced in Zambia.	Policies related to ART services in Zambia	① MoH ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	① Questionnaire ② Interview	
			Whether political assistance to enhance the benefits derived from the Project will be discussed for the dissemination of them to other area in Zambia.	① Policies related to ART services in Zambia ② Disposition and policies of MoH	① MoH ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	① Questionnaire ② Interview	
			Whether the budget and human recourse allocation for maintaining activities will be secured.	Health related policies and budget allocation	① MoH ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	① Questionnaire ② Interview	
Sustainability	Whether the budget and personnel for the enhancement of the benefit will be allocated.	Financial aspect	Health related policies and budget allocation	Health related policies and budget allocation	① MoH ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	① Questionnaire ② Interview	

Five Criteria	Evaluation Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Middle	Small				
	Technical aspect	Whether the improved management capacities for sustainable service provision will be maintained and enhanced autonomously.		① Possibility of continuation of supportive supervision ② Opportunities to update technical skills	① Project reports ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
		Whether personnel for the deployment of the benefits are natured.		Administrative ability for deployment of the benefits	① Project reports ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
	Contributing and hindering factors	Whether the important assumptions for sustaining the benefits will be maintained. Whether countermeasures against contributing and hindering factors for sustainability were discussed by the Project and C/Ps.		Views of related players Views of related players	① Project reports ② JICA Experts ① Project reports ② JICA Experts	① Document review ② Interview ① Document review ② Interview	
Comprehensive sustainability	Whether the comprehensive sustainability is secured or not, in the view of above-mentioned aspects.		Analytical evaluation by the Evaluation Team	① Project documents ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	① Document review ② Interview		

4. 主要面談者リスト

SHIMA TERMINAL EVALUATION LIST OF INTERVIEWEES

Ministry of Health

Dr. Welani Chilengwe, Project Manager, Director, Clinical Care and Diagnostic Services

Dr. Albert Mwangi, National ARV Programme Coordinator

Mr. Charles Nyambe, Deputy Director –Laboratory Services, Clinical Care and Diagnostic Services

Chongwe District Community Medical Office

Dr. Charles Msiska, Chongwe District Community Medical Officer

Mr. Cheepa Choongo, Clinical Care Officer

Ms. Mable Changala, ART Coordinator

Mr. Samba Muvuma, TB/HIV Focal Person

Mumbwa District Community Medical Office

Dr. Christopher Dube, Mumbwa District Community Medical Officer

Mr. Nangana Kayama, TB/HIV Focal Person

Mr. Festus Munamunungu, Lungobo RHC Clinical Officer

Kazungula District Community Medical Office

Dr. Francis Hadunka, Kazungula District Community Medical Officer

Mr. Paul Nambala, TB/HIV Focal Person

Ms. Sibeso M. Maseka, Mukuni RHC Environmental Health Technologist

Ms. Muhau Sinonge, Mukuni RHC Registered Nurse

Ms. Vivienne M. Simukonda, Mukuni RHC Registered Theatre Nurse

Ms. Debrah Subitali, Mukuni RHC Volunteer

Ms. Agness Labisi, Mukuni RHC Volunteer

Ms. Loveness Makole, Mukuni RHC Volunteer

Mr. Petere Choiza, Mukuni RHC Volunteer

Ms. Yiu Jin, Mukuni RHC Volunteer (JOCV)

Kalomo District Community Medical Office

Dr. Kenneth Chibwe, Kalomo District Community Medical Officer

Mr. Vincent Chipeta, DTB/HIV/LEP/STI Focal Person

Southern Province Medical Office

Dr. Jelita Chinyonga, Southern Province Medical Officer

Mr. Francis Chibinga, TB Focal Person

Dr. Alisheke, Former Southern Province Medical Officer

SHIMA Project Expert

Dr. Kenichi Komada, Chief Advisor

Ms. Yukari Yasutaka, Project Coordinator/ Public Health Expert

Dr. Kenichi Miyamoto, HIV/AIDS Care Expert

Mr. Naofumi Hashimoto, Laboratory Service Short Term Expert

5. 投入実績表 5-1 カウンターパート配置

投入実績表 カウンターパート配置

INPUTS: COUNTERPART PERSONNEL

as of January 2014

No	Position	Name	Job Title	Period
1	Project Director	Velepi MTONGA (Dr)	Permanet Secretary, Ministry of Health (MoH)	Nov 2008 - Apr 2010
		Peter MWABA (Dr)		Apr 2010 - Jan 2014
		David CHIKAMATA (Dr)		Jan 2014 up to now
2	Project Manager	Gardner SYAKANTU (Dr)	Director, Directorate of Clinical Care and Diagnostic Services, MoH	Nov 2009 - Aug 2013
		Welani CHILENGWE (Dr)		Aug 2013 up to Now
3	Other Counterparts	Albert MWANGO (Dr)	ARV Coordinator, MoH	Nov 2009 - Aug 2010, Aug 2012 uo to Now
		Chrispine MOYO (Dr)		Aug 2010 - Aug 2012
		Izukanji SIKAZWE (Dr)	ART Advisor, MoH	Aug 2010 - Mar 2013
		Mutinta Nalubamba PHIRI (Dr)	Pediatric ART Programme Officer, MoH	Nov 2009 - Jan 2011
		Gloria MUNTHALI (Dr)	Pediatric ART Programme Officer, MoH	Jan 2011 up to now
		Lutangu ALISHEKE (Dr)	Provincial Medical Officer, Southern Province Medical Office (PMO)	Nov 2009 - Jul 2013
		Charles MSISKA (Dr)	District Medical Officer, Chongwe District Medical Office (DMO)	Nov 2009 up to now
		Christopher DUBE (Dr)	District Medical Officer, Mumbwa DMO	Nov 2009 up to now
		Paul ZULU (Dr)	District Medical Officer, Kalomo DMO	Nov 2009 - Oct 2010
		Cephas SIALUBANJE (Dr)		Oct 2010 - Oct 2012
		Kenneth CHIBWE (Dr)		Oct 2012 up to now
		Francis HADUNKA (Dr)	District Medical Officer, Kazungula DMO	Nov 2009 up to now

Counterparts outside of RD			
MoH	Charles NYAMBE (Mr)	Deputy Director of Laboratory Services, MoH	Oct 2010 - up to now
	Fales MWAMBA (Ms)	Chief Biomedical Scientist	Nov 2009 up to now
	Chipyoka NSAMA (Mr)	Chief Biomedical Scientist	Nov 2009 up to now
	Clement PHILI (Mr)	Biomedical Scientist	Nov 2009 up to now
	Juliana KINKESEI (Ms)	Principal Biomedical Scientist	Nov 2009 up to now
Southern Province	Simon MUTEMBO (Dr)	Clinical Care Specialist, Southern PMO	Nov 2009 - Aug 2010 Aug 2012 up to now
	Nancy ZYONGWE (Dr)		Aug 2010 - up to now
	Kebby MUSOKOTOWANE (Dr)	Communicable Disease Control Specialist, Southern PMO	Nov 2009 up to now
Lusaka Province	Tuckson LAMBERT (Dr)	Provincial Medical Officer, Lusaka PMO	Nov 2009 - Nov 2013
	Abel KABALO (Dr)		Nov 2013 up to now
Central Province	Dickson SUYA (Dr)	Provincial Medical Officer, Central PMO	Nov 2009 - Nov 2013
	Rosemary R MWANZA (Dr)		Nov 2013 up to now
Chongwe District	Samba MUVUMA (Mr)	District TB HIV/AIDS Coordinator, Chongwe DMO	Nov 2009 up to now
	Lugano NKHOMA (Dr)	ART Coordinator, Chongwe DMO	Nov 2009 - Jun 2011
	Mable Changala CHIRWA (Ms)	PMTCT Clinical Officer and acting ART Coordinator, Chongwe DMO	Nov 2009 up to now
	Henry KAPYATA (Mr)	TB/HIV Focal Person, Chongwe DMO	May 2011 up to now
	Mastard NYIRENDA (Mr)	District Health Information Officer, Chongwe DMO	Nov 2009 - Mar 2012
	Tasila SOMPA (Ms)		Apr 2012 up to now
	Christine MUTAMBO (Ms)	Laboratory Technologist, Chongwe Referral Health Centre	Nov 2009 up to now
	Zephania MTONGA (Mr)	Laboratory Technologist, Chongwe District Hospital	
Mumbwa District	Nangana KAYAMA (Mr)	TB/HIV Focal Person, Mumbwa DMO	Nov 2009 up to now
	Janet Watala PHIRI (Ms)	Clinical Care Officer, Mumbwa DMO	Nov 2009 up to now
	D. MUSHINGE (Mr)	District Health Information Officer, Mumbwa DMO	Nov 2009 up to now
	Jeremiah NKURUNZIZA (Mr)	Biomedical Scientist, Mumbwa District Hospital	Nov 2009 up to now
Kalomo District	Vincent CHIPETA (Mr)	District TB/HIV/LEP/STI Focal Person, Kalomo DMO	Nov 2009 up to now
	Kelvin C MUPEMO (Mr)	District Health Information Officer, Kalomo DMO	Jan 2012 up to now
	Rabby SIAKUCHITE (Mr)	Data Associate, Kalomo DMO	Jan 2012 up to now
	Grace MANDA (Ms)	Laboratory Technologist, Kalomo District Hospital	Nov 2009 - Aug 2012
	Michel MOKHA (Mr)	Laboratory Technologist, Kalomo District Hospital	Nov 2009 up to now
Kazungula District	Paul NAMBALA (Mr)	TB/HIV Focal Person, Kazungula DMO	Nov 2009 up to now
	Kelvin MUTASHA (Mr)	District Health Information Officer, Kazungula DMO	Nov 2009 up to now
	Hillary PHIRI (Mr)	Data Associate, Kazungula DMO	Nov 2010 up to now
	Issac SIMEZA (Mr)	Laboratory Technologist, Mukuni Rural Health Centre	Nov 2009 - Jun 2011
	Godwin MOOLA (Mr)	District Laboratory Technologist, Kazungula DMO	Nov 2009 up to now

5. 投入実績表 5-2 JICA 専門家派遣

投入実績表 JICA 専門家派遣

INPUTS: EXPERTS

Long-term Experts				as of December, 2013	
No	Name	Job Title	Period	Duration(month)	
1	Naoko ISHIKAWA (Dr)	Chief Advisor/Health Planning	18 Jan 2010 - 17 Mar 2012	26	
2	Shinsuke MIYANO (Dr)	HIV/AIDS Care -> Chief Advisor/Health Planning	18 Jan 2010 - 17 Mar 2013	39	
3	Naofumi HASHIMOTO (Mr)	Laboratory Service Management	10 Jul 2010 - 21 Dec 2011	18	
4	Satsuki KUNIKANE (Ms)	Project Coordinator/Public Health	03 Dec 2009 - 02 Dec 2011	24	
5	Yukari YASUTAKA (Ms)	Project Coordinator/Public Health	11 Jan 2012 - 08 Nov 2014	34	
6	Kenichi KOMADA (Dr)	HIV/AIDS Care -> Chief Advisor/Health Planning	09 May 2012 - 08 Nov 2014	30	
7	Hideki MIYAMOTO (Dr)	HIV/AIDS Care	09 Oct 2013 - 08 Nov 2014	13	
				184	(total)
Short-term Experts				Duration(month)	
No	Name	Job Title	Period	Duration(month)	
1	Kenichi KOMADA (Dr)	HIV/AIDS Care Service Management	07 Feb - 04 Mar 2010	1	
2	Kazuhiro KAKIMOTO (Dr)	Operational Research	15 Feb - 12 Mar 2010	1	
3	Kenichi KOMADA (Dr)	Operational Research	23 Aug - 03 Sep 2010	0.5	
4	Hideki MIYAMOTO (Dr)	HIV Care and Treatment	16 Feb - 11 Mar 2011	1	
5	Naofumi HASHIMOTO (Mr)	Laboratory Service Management	19 May - 18 Jul 2012	2	
6	Takuma KATO (Dr)	HIV Care and Treatment	19 Nov 2012 - 18 Mar 2013	4	
7	Naofumi HASHIMOTO (Mr)	Laboratory Service Management	02 Jan - 23 Mar 2013	2.5	
8	Hideki MIYAMOTO (Dr)	HIV Care and Treatment	08 May - 21 Jun 2013	1.5	
9	Naofumi HASHIMOTO (Mr)	Laboratory Service Management	29 May - 28 Jul 2013	2	
10	Shinsuke MIYANO (Dr)	HIV Care and Treatment	18 Jul - 11 Sep 2013	2	
11	Naofumi HASHIMOTO (Mr)	Laboratory Service Management	19 Dec 2013 - 18 Mar 2014	3	
				20.5	(total)
Short-term Expert as of November, 2014 (estimate)				Duration(month)	
No	Name	Job Title	Period	Duration(month)	
12	Chieko MATSUBARA (Ms)	HIV Care and Treatment	26 Feb 2014 - 21 Mar 2014	1	
13	Shinsuke MIYANO (Dr)	HIV Care and Treatment	01 - 30 Jul 2014	1	
14	Naofumi HASHIMOTO (Mr)	Laboratory Service Management	01 Jul - 30 Oct 2014	4	
15	Naoko ISHIKAWA (Dr)	Operational Research	01 - 30 Oct 2014	1	
				7	(total)

5. 投入実績表 5-3 本邦研修 / 第三国研修

投入実績表 本邦研修 / 第三国研修

INPUTS: OVERSEAS TRAINING/CONFERENCE			INPUTS: OVERSEAS TRAINING/CONFERENCE			as of December, 2013	
Japan							
No	Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference	
1	Gardner SYAKANTU (Dr)	Director, Clinical Care and Diagnostic Services, MoH	13 Nov - 30 Nov 2009	HIV/AIDS Care/Community Health (Counterpart Training)	1) National Center for Global Health and Medicine (NCGM) 2) Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW) 3) Saku General Hospital and Saku Health Center 4) Research Institute of Tuberculosis (RIT)	1) Situation of overall HIV/AIDS incl.latest treatment in Japan 2) Role of community health and way of delivery of the health services in rural setting in Japan 3) TB control in Japan	
2	Mutinta Nalubamba PHIRI (Dr)	Pediatric ART Programme Officer, MoH					
3	Albert MWANGO (Dr)	ARV Coordinator, MoH	15 May - 2 Jun 2010				
4	Lutangu ALISHEKE (Dr)	Provincial Medical Officer, Southern PMO					
5	Simon MUTEEMBO (Dr)	Clinical Care Specialist, Southern PMO					
6	Kebby MUSOKOTOWANE (Dr)	Communicable Disease Control Specialist, Southern PMO					
7	Charles MSISKA (Dr)	District Medical Officer, Chongwe DMO	9 - 16 Sep 2010	25th Conference of the Japan Association for International Health	1) NCGM 2) AIDS Clinical Center (ACC) 3) JICA headquarters	1) Oral Presentation at the conference (Title "Impact of HIV treatment and care services on the service delivery at health centres and communities in rural Zambia") 2) Visits and discussion at NCGM, ACC and JICA	
8	Samba MUVUMA (Mr)	District TB HIV/AIDS Coordinator, Chongwe DMO	5 May - 30 Jul 2011	Group Training (No.1280964) "Stop TB Action Training Course"	RIT	1) Epidemiology and statistics for the operational research 2) Development of the research protocol and effective policy making 3) Trend for TB strategies 4) Project Cycle Management (PCM)	
9	Paul NAMBALA (Mr)	TB/HIV focal person, Kazungula DMO					
10	Vincent CHIPETA (Mr)	District TB HIV/AIDS Coordinator, Kalomo DMO	9 May - 4 Aug 2012				
11	Francis CHIBINGA (Mr)	Clinician, Kazungula DMO		8 May - 3 Aug 2013			
12	Mable CHIRWA (Mrs)	District PMTCT Coordinator, Chongwe DMO					
13	Nangana KAYAMA (Mr)	District TB/HIV Coordinator, Mumbwa DMO		Group Training (No.1284262) "Evidence-Based Public Health Planning"	JICA OKINAWA	1) Principle of public health and evidence-based public health 2) Lessons from Okinawan good health at relatively low income/capita in Japan 3) Major tools and methods to analyse main public health issues	
14	Charles MSISKA (Dr)	District Medical Officer, Chongwe DMO	5 - 19 Jan 2013				
15	Francis HADUNKA (Dr)	District Medical Officer, Kazungula DMO					
16	Kenneth CHIBWE (Dr)	District Medical Officer, Kalomo DMO	14 - 28 Sep 2013				
17	Musamba Field (Mr)	Principal Planner, Southern PMO					

Austria

	Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1	Gardner SYAKANTU (Dr)	Director, Clinical Care and Diagnostic Services, MoH	16 -25 Jul 2010	International AIDS Conference 2010	N/A	1) Treatment as prevention 2) Introduction of new treatment guidelines by WHO
2	Christopher DUBE (Dr)	District Medical Officer, Mumbwa DMO				Oral Presentation (Title "Impact of HIV treatment and care services on the service delivery at health centres and communities in rural Zambia")

Italy

	Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1	Charles NYAMBE (Mr)	Deputy Director of Laboratory Services, MoH	15 - 21 Jul 2011	6th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention		1) HPTN (HIV prevention trials network) 052 study 2) Early treatment and CD4 monitoring Poster Presentation (Title "Urgent call for laboratory services strengthening for the provision of quality ART services: the gap between the number of CD4 test required and the current laboratory capacity in three rural districts, Zambia")
2	Izukanji SIKAZWE (Dr)	ART advisor, MoH	13-19 Jul 2011	3rd International Paediatric HIV Workshop	N/A	1) Predict Study 2) Controversy in routine viral load testing for children in resource limited settings Poster Presentation (Title "Clinical outcomes and factors contributing to Loss to Follow-up of paediatric patients on ART in rural Zambia: retrospective cohort study 2004 – 2010")

France

	Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1	Samba MUVUMA (Mr)	District TB HIV/AIDS Coordinator, Chongwe DMO	25 -31 Oct 2011	42nd Union World Conference on Lung Health	N/A	1) Partnerships for scaling-up and care Oral Presentation (Title "Successfully tested but not enrolled in HIV care: missed opportunities for TB patients in rural Zambia")
2	Francis CHIBINGA (Mr)	TB focal person, Southern PMO	30 Oct- 3 Nov 2013	44nd Union World Conference on Lung Health	N/A	1) Partnerships for scaling-up and care Oral Presentation (Title "early versus late initiation of ART in TB patients infected with HIV in rural Zambia")

America (Washington DC)

	Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1	Gardner SYAKANTU (Dr)	Director, Directorate of Clinical Care and Diagnostic Services, MoH				1) Treatment as prevention 2) Introduction of new treatment guidelines by WHO
2	Christpine MOYO (Dr)	ART Coordinator, MOH	22 - 27 Jul 2012	International AIDS Conference 2012	N/A	Oral Presentation (Title "Mothers' confusions over the extended nevirapine regimen for HIV-exposed infants in resource-limited settings" - by Mrs Chirwa) Poster Presentation (Title "Poor linkages between TB and HIV services affect the quality of care" - by Mr. Muvuma)
3	Samba MUVUMA (Mr)	District TB HIV/AIDS Coordinator, Chongwe DMO				
4	Mable CHIRWA (Mrs)	District PMTCT Coordinator, Chongwe DMO				

Malaysia

	Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1	Samba MUVUMA (Mr)	District TB HIV/AIDS Coordinator, Chongwe DMO	25 -31 Oct 2011	43rd Union World Conference on Lung Health	N/A	1) Partnerships for scaling-up and care Oral Presentation (Title "Successfully tested but not enrolled in HIV care: missed opportunities for TB patients in rural Zambia") 2) Current issues and future directions
2	Albert MWANGO (Dr)	National ARV Programme Coordinator, MoH	30 Jun - 3 Jul 2013	7th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention	N/A	1) Introduction of new treatment guidelines by WHO Oral Presentation (Title "Outcomes of national expansion program for antiretroviral treatment to rural health centre level through mobile HIV services in Zambia") Poster Presentation (Title1 "A cost analysis of the expansion of antiretroviral treatment to the rural health centre level through mobile HIV services in Zambia") (Title2 "A comparison of treatment outcomes between ART services in district hospital and rural health centers: a prospective cohort study in a rural district, Zambia")
3	Janet WATALA (Mrs)	Clinical Care Officer, Mumbwa DMO				

Ethiopia

Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1 Christpine MOYO (Dr)	ART Coordinator, MOH				1) Policy and leadership Poster Presentation (Title "Access to CD4 cell measurement and CD4 cell response in patients receiving antiretroviral therapy at rural health centres in remote areas of Zambia")
2 Izukanji SIKAZWE (Dr)	ART Advisor, MOH				1) Policy and leadership Poster Presentation (Title "Depression and self-stigma among patients initiating antiretroviral therapy (ART) in rural Zambia")
3 Cephas SIALUBANJE (Dr)	District Medical Officer, Kalomo DMO	03 -09 Dec 2011	16th International Conference on AIDS and Sexually Transmitted Infections in Africa	N/A	1) Leadership and community activities Oral Presentation (Title: "Successfully enrolled in HIV care but not linked to timely treatment: poor retention and monitoring of Pre-ART patients who are not yet eligible for antiretroviral therapy")
4 Henry KAPYATA (Mr)	District TB HIV/AIDS Coordinator, Chongwe DMO				1) Operational research Oral Presentation: co-author (Title: "A missed opportunity for PMTCT services: successful antenatal HIV screening and poor linkages to HIV care and treatment")
5 Mable CHIRWA (Mrs)	District PMTCT Coordinator, Chongwe DMO				1) Community activities Oral Presentation (Title: "A missed opportunity for PMTCT services: successful antenatal HIV screening and poor linkages to HIV care and treatment")

South Africa

Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1 Albert MWANGO (Dr)	National ARV Programme Coordinator, MOH	7 - 11 Dec 2013	17th International Conference on AIDS and Sexually Transmitted Infections in Africa	N/A	1) Policy and leadership Poster Presentation (Title "A Comparison of Survival Rate between ART Clients in District Hospital and Rural Health Centres Supported by Mobile Team")
2 Cristopher DUBE (Dr)	District Medical Officer, Mumbwa DMO				

INPUTS: DOMESTIC TRAINING

as of December 2013

No	Name of the Training	Training Period	Number of Trainees				Training Institutes/ facilitators	Funding by JICA	Funding by Counterparts	Total Expenses (ZMK)
			Chongwe	Mumbwa	Kalomo	Kazungula				
1	ART/Opportunistic Infections (OIs) Management	22 Feb - 05 Mar 2010	10	10	-	-	Chainama College	transport paid by DMO	42,800,000	
2	Refresher TB Course/X-ray Reading	24 - 26 Jun 2010	15	-	-	-	Chongwe DMO	3,400,000	20,142,000	
3	Dried Blood Spots (DBS)	26 Jun 2010	-	13	-	-	Mumbwa DMO	1,110,000	5,286,000	
4	Patient Trainers Preparation Course	08 - 12 Nov 2010	-	-	9	14	Lusaka DMO, WHO etc		191,354,500	
5	Basic ART Clinical Training Course	29 Nov - 04 Dec 2010	-	-	13	13	Lusaka DMO, WHO etc	191,354,500	0	
6	Adult and Pediatric New ART Guideline Orientation	10 - 12 May 2011	25	-	-	-	Chongwe DMO	25,447,000	4,986,000	
7	Adult and Pediatric New ART Guideline Orientation	30- 31 May 2011	-	15	-	-	Mumbwa DMO, MoH	17,766,000	0	
8	Basic ART Clinical Training Course	30 May - 04 Jun 2011	15	14	-	-	CIDRZ, UTH, Chongwe DMO	101,831,500	3,400,000	
9	Pediatric ART Training Course	06 - 10 Jun 2011	10	10	-	-	CIDRZ, Chongwe DMO	49,746,000	3,260,000	
10	Adult and Pediatric New ART Guideline Orientation	05 - 06 Sep 2011	-	-	15	-	Kalomo DMO	14,985,500	3,400,000	

11	Adult and Pediatric New ART Guideline Orientation	12 - 13 Sep 2011	—	—	—	—	15	Kazungula DMO, Kalomo DMO	26,735,000	1,570,000	28,305,000
12	Basic ART Clinical Training Course	26 - 31 Oct 2011	—	—	22	23	Kazungula DMO, Kalomo DMO	74,525,000	0	74,525,000	
13	VCT Counselor Training Course	16 - 25 Nov 2011	20	—	—	—	Chongwe DMO	61,690,000	3,600,000	65,290,000	
14	Pediatric ART Training Course	28 Nov - 02 Dec 2011	—	—	9	15	Kazungula DMO, Kalomo DMO	51,920,000	3,600,000	55,520,000	
15	TB Treatment Supporter Training Course	19 - 23 Dec 2011	—	26	—	—	Mumbwa DMO	25,450,000	3,200,000	28,650,000	
16	TB Treatment Supporter Training Course	05 - 09 Mar 2012	—	—	20	—	Kalomo DMO	39,166,500	3,600,000	42,766,500	
17	TB Treatment Supporter Training Course	16 - 20 Apr 2012	—	—	—	17	Kazungula DMO	28,002,000	3,620,000	31,622,000	
18	TB Treatment Supporter Training Course	14 - 18 May 2012	20	—	—	—	Chongwe DMO	24,115,000	8,800,000	32,915,000	
19	Adult ART Training Course	3 - 9 June 2012	—	—	13	—	Kalomo DMO	32,999,000	10,000,000	42,999,000	
20	Adherence Counsellors Training Course	24 - 28 Sep 2012	20	—	—	—	Chongwe DMO	27,580,000	8,800,000	36,380,000	
21	Adherence Counsellors Training Course	26 - 30 Nov 2012	—	—	—	20	Kazungula DMO	33,184,000	5,050,000	38,234,000	
22	TB Treatment Supporter Training Course	8 - 12 Apr 2013	30	—	—	—	Chongwe DMO	35,000,000	4,650,000	39,650,000	

23	Treatment Supporter Refresher Training Course	2 - 6 Sep 2013	—	25	—	—	Mumbwa DMO	22,675,000	6,500,000	29,175,000
24	Lay Counsellors Training Course	19 - 23 Aug & 23 - 27 Sep 2013	20	—	—	—	Chongwe DMO	64,360,000	11,780,000	76,140,000
TOTAL		TOTAL	185	113	101	117	TOTAL in Kwacha	1,012,250,000	94,326,000	1,106,576,000

91%

9%

5. 投入実績表 5-4 供与機材リスト

投入実績表 供与機材リスト

INPUTS: DONATED EQUIPMENT

as of December, 2013

No.	Acquisition DD/MM/YY	Item (Type, Model)	QTY	Currency	Unit Price	Total Price	USD Equivalent (Rate 5.40)	Allocation
1	06/01/2010	Project Vehicle (NISSAN Patrol)	1	USD	45,260.00	45,260.00	45,260.00	MOH Office
2	12/01/2012	Vehicle (TOYOTA Land Cruiser)	2	USD	41,744.00	83,488.00	83,488.00	Kalomo DMO Kazungula DMO
3	18/03/2010	Mobile X-ray equipment (PHILIPS Practix 160)	1	USD	48,500.00	48,500.00	48,500.00	Chongwe DMO
4	18/03/2010	Accessories for X-ray equipment	1	ZK	70,810,200.00	70,810,200.00	13,113.00	Chongwe DMO
5	31/01/2011	Bio-Chemistry Analyzer (HORIBA ABX Pentra C200)	2	USD	25,000.00	50,000.00	50,000.00	Mumbwa DMO Kazungula DMO
6	31/01/2011	Water Purifier (Elix 5 standard water system)	2	USD	11,940.00	23,880.00	23,880.00	Mumbwa DMO Kazungula DMO
7	31/01/2011	Haematology Analyser (HORIBA ABX Micros60)	2	USD	9,950.00	19,900.00	19,900.00	Mumbwa DMO Kazungula DMO
8	31/01/2011	Automatic Sanitation System	2	ZK	13,507,200.00	27,014,400.00	5,002.67	Mumbwa DMO Kazungula DMO
9	04/02/2011	Project Vehicle (TOYOTA Land Cruiser)	1	USD	54,077.00	54,077.00	54,077.00	MOH Office
10	14/02/2011	Inverter Charger (3200VA)	2	ZK	7,413,973.00	14,827,946.00	2,745.92	Mumbwa DMO Kalomo DMO
11	21/03/2011	Centrifuge (UNICEN 21)	1	ZK	12,964,000.00	12,964,000.00	2,400.74	Kazungula DMO
12	21/03/2011	Rotor (4200 RPM)	1	ZK	8,334,000.00	8,334,000.00	1,543.33	Kazungula DMO
13	01/10/2011	Electronic Scale (A&D FX 200i)	2	ZK	13,500,000.00	27,000,000.00	5,000.00	Kazungula DMO Kalomo DMO
14	12/10/2011	CD4 counter	2	JPY	2,460,000.00	4,920,000.00	49,200.00	Mumbwa DMO Kazungula DMO
15	30/01/2012	Vortex Mixer	1	ZK	720,000.00	720,000.00	133.33	Kazungula DMO
16	04/12/2012	Icelined Refrigerator (VESRFROST MK304)	2	ZK	9,600,000.00	19,200,000.00	3,555.56	Mumbwa DMO Kalomo DMO
17	04/12/2012	6	1	ZK	8,300,000.00	8,300,000.00	1,537.04	Kazungula DMO
18	04/12/2012	Voltage Stabilizer (Sollatek SVS04-22)	3	ZK	850,000.00	2,550,000.00	472.22	Mumbwa DMO Kalomo DMO Kazungula DMO
19	19/12/2012	Micro pipet (Gilson Classic)	5	ZK	2,320,000.00	11,600,000.00	2,148.15	Kalomo DMO
20	11/03/2012	UPS and Battery	1	ZK	18,975,600.00	18,975,600.00	3,514.00	Kalomo DMO
21	08/05/2013	STATA Software	1	ZMW	7,781.96	7,781.96	1,441.10	MOH ARV Coordinator
22	27/06/2013	Booster Pump	1	ZMW	2,600.00	2,600.00	481.48	Kazungula DMO
23	31/07/2013	Micro Pipet (Gilson G)	2	ZMW	2,425.00	4,850.00	898.15	Mumbwa DMO
24	09/09/2013	Micros 60 Hematology Analyser with printer, UPS Startup reagent	1	ZMW	67,560.00	67,560.00	12,511.11	Chongwe DMO
25	22/10/2013	Project Vehicle (TOYOTA LandCruiser)	1	ZMW	352,313.00	352,313.00	65,243.15	MOH Office
26	01/11/2013	Project Vehicle (MITSUBISHI PAJERO)	1	ZMW	320,800.00	320,800.00	59,407.41	MOH Office
USD GRAND TOTAL							555,453.35	

7. 研究業績一覽

Year	Authors	Titles
2012	Sasaki Y, Kakimoto K, Dube C, Sikazwe I, Moyo C, Syakantu G, Komada K, Miyano S, Ishikawa N, Kita K, Kai I	Adherence to antiretroviral therapy (ART) during the early months of treatment in rural Zambia: influence of demographic characteristics and social surroundings of patients. <i>Ann Clin Microbiol Antimicrob</i> 2012, 11:34-071.1-11-34.
2011	Misusuka C, Nozaki I, Kakimoto K, Seko M, Ulaya MSM	An evaluation of a refresher training intervention for HIV lay counsellors in Chongwe District, Zambia.
2012	Miyano S, Dube C, Kayama N, Ishikawa N, Nozaki I, Syakantu G	Association between tuberculosis treatment outcomes and the mobile antiretroviral therapy programme in Zambia. <i>Int J Tuberc Lung Dis</i> 2013, 17(4):540-545.
2012	Nozaki I, Kuriyama M, Manyepa P, Zyambo MK, Kakimoto K, Barnighausen T	False Beliefs About ART Effectiveness, Side Effects and the Consequences of Non-retention and Non-adherence Among ART Patients in Livingstone, Zambia. <i>AIDS Behav</i> 2012.
2011	Nozaki I, Dube C, Kakimoto K, Yamada N, Simpungwe JB	Social factors affecting ART adherence in rural settings in Zambia. <i>AIDS Care</i> 2011, 23(7):831-838.
2013	Miyano S, Muvuma S, Ishikawa N, Endo H, Misiska C, Syakantu G	Healthcare provision for HIV co-infected tuberculosis patients in rural Zambia: an observational cohort study at primary care centers. <i>BMC Health Serv Res</i> 2013, 13(1):397.
2012	Ishikawa N, Miyano S, Sikazwe I	Nevirapine prophylaxis during breastfeeding. <i>Lancet</i> 2012, 379(9828):1787-8; author reply 1788.

ザンビア共和国

HIV/エイズケアサービス管理展開プロジェクト
プロジェクト延長に伴う第2回終了時評価

プロジェクト延長に伴う第2回終了時評価

目 次

第1章 プロジェクト延長に伴う第2回終了時評価の概要	85
1-1 プロジェクト期間延長の理由	85
1-2 プロジェクト延長に伴う第2回終了時評価の目的	85
1-3 評価のプロセス	86
1-4 延長期間分終了時評価チームのメンバー	86
1-5 プロジェクトの枠組み	87
第2章 プロジェクトの実施状況の確認（延長期間分）	90
2-1 実績の検証	90
2-2 実施プロセスの検証	92
第3章 5項目による評価（延長期間分）	93
3-1 妥当性	93
3-2 有効性	93
3-3 効率性	95
3-4 インパクト	96
3-5 持続性	98
第4章 結 論	101
4-1 結 論	101
4-2 教訓・提言	101
付属資料	
1. PDM version 3（2014年8月）	105
2. 活動実績	110
3. 投入実績	117
4. 指標達成状況	119
5. オペレーショナル・リサーチ一覧	123
6. 研究業績一覧	124
7. 評価グリッド	125
8. 調査日程	126
9. 主要面談者リスト	127

第1章 プロジェクト延長に伴う第2回終了時評価の概要

1-1 プロジェクト期間延長の理由

第1回終了時評価時に下記2点に関してさらなる介入が必要と認識されたことにより、プロジェクトの1年間の期間延長が決定された。

- ① モバイル ART サービスのさらなる全国展開や新 HIV 治療ガイドライン改訂による ART サービスの拡大に伴うマネジメント能力の強化
 - ・ WHO による治療ガイドラインの改訂を受け、ザンビアでも新 HIV 治療ガイドラインが改訂され 2014 年 2 月に施行された（主な改訂点は、CD4 検査閾値を 350 から 500 へ引き上げること、HIV 陽性の母親を全例 ART 対象とすることである）。ガイドライン改訂に伴い ART 件数が増加することは必至であるなか、サービスの質を今後も担保していくための保健省、州保健局、郡保健局におけるさらなるマネジメント能力の強化を行う必要がある。
- ② モバイル ART サイトから固定化 ART サイトへの移行プロセスに対する支援及びモニタリング
 - ・ 国家モバイル ART サービスガイドライン（2013 年 11 月改定）に定義した移行プロセスに従って、固定サービスへの移行が質を担保できるものになっているかをモニタリングする必要がある。
 - ・ 移行後も安定的に質の高い ART サービスが提供できているか継続的なモニタリングと技術支援を必要とする（特にカロモ郡、カズングラ郡）。

1-2 プロジェクト延長に伴う第2回終了時評価の目的

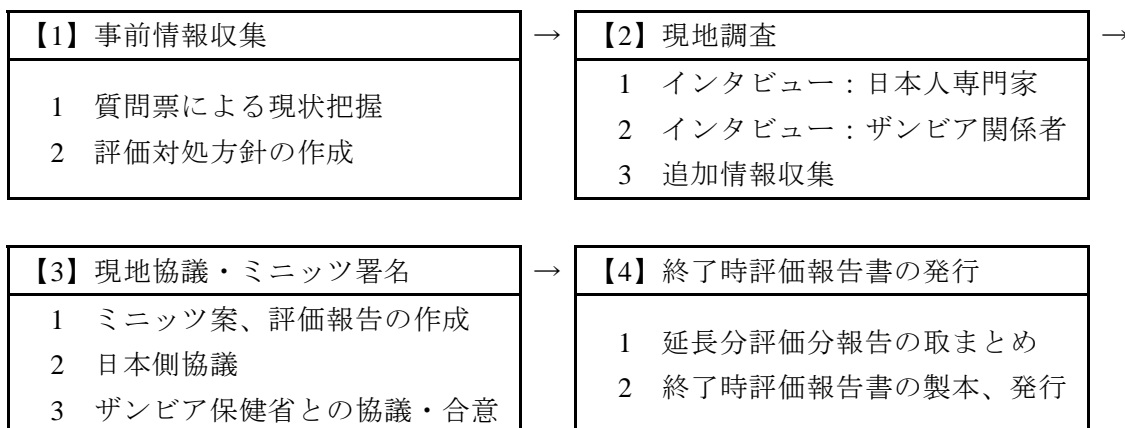
本終了時評価では、2014 年 2 月に実施された第1回終了時評価後に改訂された PDM Version 3¹（付属資料 1）に基づき、2014 年 1 月²から 2015 年 10 月までの活動の進捗と成果を整理し、成果、目標達成度を PDM 指標及び評価 5 項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性）に基づいて評価するものである。特に、先の終了時評価で認識された課題がプロジェクト延長期間中にいかに解決されたかに着眼して評価を行った。

¹ プロジェクトの1年間の期間延長のために2014年8月に署名された Record of Discussion において日本・ザンビア双方間で合意されたもの。

² プロジェクト延長期間は2014年11月からの1年間であるが、前回の終了時評価が行われたのが2014年2月であるため、これ以降のプロジェクト期間を本評価の対象とする。

1-3 評価のプロセス

延長分終了時評価は以下のプロセスに沿って実施された。



(1) 事前情報収集

事前調査として、2014年1月～2015年10月（事前情報収集時点）までの活動実績、指標達成状況、投入実績、評価5項目について各種報告書及びプロジェクトへの質問票により事前に情報収集を行う。これらの情報を基に現地評価調査のための対処方針を作成する。

(2) 現地調査

収集された事前情報に加えて確認すべき事項を、現地でのプロジェクト関係者へのインタビューや資料閲覧により確認する。

(3) 現地協議・ミニッツ署名

事前に収集した情報及び現地調査の結果を踏まえて、延長分評価報告のドラフトを作成し、記載内容について主管部、プロジェクト関係者、JICA ザンビア事務所、ザンビア保健省と現地協議を行う。協議を踏まえ、評価調査の結果について **Minutes of Meeting**（ミニッツ）において日本－ザンビア間で合意形成し、署名を取り交わす。

(4) 終了時報告書の発行

評価調査の結果を延長分終了時評価報告書として取りまとめ、2014年2月に実施された終了時評価の報告書に添付し、終了時評価報告書最終版として発行する。

1-4 延長期間分終了時評価チームのメンバー

延長分終了時評価チーム（以下、評価チーム）の構成は以下のとおりである

担当業務	氏名	役職及び所属
団長・総括	中川 淳史	JICA ザンビア事務所 次長
評価分析	林 朝子	JICA 人間開発部 保健第一グループ保健第二チーム ジュニア専門員
協力企画	安高 由香利	JICA ザンビア事務所 企画調査員（保健）

評価調査は、2015年10月22日から10月30日にかけて実施され、プロジェクト報告書等の関連文書レビュー、サイト視察、インタビューを行った（付属資料8）。

1-5 プロジェクトの枠組み

最新PDMであるVersion 3（付属資料1）に示されるプロジェクトの要約（プロジェクト目標、成果、活動）を以下に示す。なお、下線部はプロジェクト期間延長決定時に修正された箇所である。

上位目標	ザンビアの地方部で質の高いARTサービスへのアクセスが向上する。
プロジェクト目標	質の高いARTサービスを地方部で拡大するために、保健省の本省、州及び郡保健局の各レベルにおいて、持続的なサービス提供のためのマネジメント能力が向上する。
成果	<p>成果1 保健省本省が郡保健局によるモバイルARTサービスの採用及び適切な実施（<u>モバイルARTサービスから固定ARTサービスへの移行を含む</u>）を促進できるようになる。</p> <p>成果2 郡保健局の行うモバイルARTサービスを含むARTサービスに対して、対象とする州保健局が技術支援及び監督指導を実施できるようになる。</p> <p>成果3 地方部のARTサービスの持続的な強化に向けたチョングェ郡及びムンブワ郡保健局/保健施設の管理能力が強化される。</p> <p>成果4 新規対象郡（カロモ郡及びカズングラ郡）が、「モバイルHIVサービス国家ガイドライン」に沿って、モバイルARTサービス（<u>モバイルARTサービスから固定ARTサービスへの移行を含む</u>）を計画、導入及び管理できるようになる。</p>
活動	<p>活動1</p> <p>1-1 新規対象郡へ国家モバイルHIVサービスガイドラインを適用させる。</p> <p>1-2 実務者会議を通して、モバイルARTサービス実施（<u>モバイルARTサービスから固定ARTサービスへの移行を含む</u>）をモニタリング/評価する。</p> <p>1-3 モバイルARTサービス（<u>モバイルARTサービスから固定ARTサービスへの移行を含む</u>）に係る国家年次報告書を作成する。</p> <p>1-4 WHOの青年・成人疾患統合管理（IMAI）に基づく基礎的ARTパッケージに、モバイルARTサービスに関する項目を組み込む。</p> <p>1-5 地方部でのARTサービス及びその他HIV関連サービスの質向上のためのオペレーショナル・リサーチ（OR）を実施する。</p>

	<p>1-6 地方部における ART サービスの情報共有のための関係者会議を開催する。</p> <p>活動 2</p> <p>2-1 年 2 回の州 ART 関係機関委員会を計画・開催する。</p> <p>2-2 新規対象郡に対するモバイル ART サービスの監督指導を四半期ごとに実施する。</p> <p>2-3 新規対象郡に対する技術支援（ワークショップ、実地協議）を実施する。</p> <p>活動 3</p> <p>3-1 変容するニーズに対応して、各郡保健局がそれぞれの ART 拡大計画（<u>モバイル ART サービスから固定 ART サービスへの移行を含む</u>）を改訂する。</p> <p>3-2 モバイル ART サービス業務日誌など、ART サービスの質を向上するためのツールを導入する。</p> <p>3-3 カウンセリングと検査、ART、結核、その他関連サービスに必要な検査を確実に提供する。</p> <p>3-4 継続的な専門教育として技術研修を実施する。</p> <p>3-5 データ管理、事業計画、運営事務など、サービスの質に関し郡保健局職員がモバイル ART サイト <u>及びモバイルから固定へと移行したサイト</u> を監督指導する。</p> <p>3-6 年 1 回、対象郡内/対象郡間での経験共有会議を開催する。</p> <p>3-7 州保健局及び保健省提出用の四半期進捗報告書を作成する。</p> <p>活動 4</p> <p>4-1 モバイル ART サービス計画/実施ツール（モバイル ART サービス業務日誌、予約簿、イベントカレンダーなど）を導入する。</p> <p>4-2 チョングェ郡及びムンブワ郡での実地研修を通じて、新規対象郡保健局がモバイル ART サービスの計画・管理に関する知見を付与する。</p> <p>4-3 対象郡保健局がモバイル ART 実施計画（<u>モバイル ART サービスから固定 ART サービスへの移行を含む</u>）を作成する。</p> <p>4-4 確認された必要性に応じて ART/日和見感染（OI）管理、（V）CT、精神的・社会的カウンセリングなどを含む研修を実施する。</p> <p>4-5 カウンセリングと検査、ART、結核、その他関連サービスに必要な検査を確実に提供する。</p> <p>4-6 保健省の調達システム（MSL Request and Requisition system）を通じて、新規対象郡保健局が薬品/消耗品/医療機器、その他モバイル ART サービスに必要な物品を調達する。</p> <p>4-7 実施計画に従って、モバイル ART チームの支援の下、ヘルスセンターでのモバイル ART サービスの提供 <u>及びモバイルから固定サイトへの移行</u> を実施する。</p>
--	--

	<p>4-8 郡保健局が新規モバイル ART サイトへ定期的な監督指導を実施する。</p> <p>4-9 定期的な郡内 ART 検討会議を開催する。</p> <p>4-10 州保健局提出用モバイル ART データを収集する。</p> <p>4-11 州保健局及び保健省本省提出用四半期進捗報告書を作成する。</p>
--	---

第2章 プロジェクトの実施状況の確認（延長期間分）

2-1 実績の検証

(1) 活動・投入実績

終了時評価以降、2014年1月から2015年10月までの活動実績、投入実績は、付属資料2及び3を参照のこと。

(2) 2014年1月から2015年10月までの成果の達成度

プロジェクト延長の根拠となった下記2点の課題を主な観点とし、プロジェクト延長期間における成果の達成度を測る。成果指標の達成状況の詳細は、付属資料4を参照のこと。

- ① モバイル ART サービスのさらなる全国展開及び新 HIV 治療ガイドライン改訂による ART サービスの拡大に伴うマネジメント能力の強化
- ② モバイル ART サイトから固定化 ART サイトへの移行プロセスに対する支援及びモニタリング

1) 成果1

「保健省本省が郡保健局によるモバイル ART サービスの採用及び適切な実施（モバイル ART サービスから固定 ART サービスへの移行を含む）を促進できるようになる」

終了時評価時に達成したと判断された状態が継続・維持されている。さらに、終了時評価の際に、モバイル ART サービスに関する国内最高の意志決定機関として成長したと評価された実務者会議は、プロジェクト期間中継続して実施され、国家プログラムのパイロット対象となった15郡のサービス提供のレビューや、モバイルサイトから固定サイトへの移行の進捗等が報告され、今後の ART サービス提供に係る問題点等が協議された。また、これらが年次進捗報告書として取りまとめられ関係者間で共有された（指標1-2、1-3）。

加えて、全国レベルでのモバイル ART サイトを含めた ART サービスの実施状況を把握するため、プロジェクト対象4郡に加えてパイロット対象となっている他の11郡へもフィールドモニタリングの対象を拡げ、インタビューや現場視察から挙げられたさまざまな課題点について郡保健局や保健省担当者へのフィードバックが行われるようになった。

2) 成果2

「郡保健局の行うモバイル ART サービスを含む ART サービスに対して、対象とする州保健局が技術支援及び監督指導を実施できるようになる」

終了時評価時に達成したと判断された状態が継続・維持されている。終了時評価時点と同様に、南部州は四半期ごとの定期パートナー調整会議と、Performance Assessment (PA) の機会を活用して郡保健局が実施する ART サービス提供状況のモニタリングと技術的助言を継続している。

3) 成果 3

「地方部の ART サービスの持続的な強化に向けたチョングェ郡及びムンブワ郡保健局/保健施設の管理能力が強化される」

チョングェ、ムンブワの各郡は、終了時評価時点と同様に年次で策定されている活動計画に基づき ART サービス提供・拡大や固定化サービスの移行を実施している（指標 3-1、3-2）。

両郡は 2013 年の地方自治体の再編成によりそれぞれルフンサ郡、シブユンジ郡に郡内の一部の地域が分離され、これを受けて管轄保健センターが約 1 年間の移行期間をもって新設郡に移管された。

また、2013 年の省庁再編により保健省の機能の一部がコミュニティ開発・母子保健省（MCDMCH）に分離され、郡保健局以下の保健施設の管轄（指揮命令系統、予算等）がコミュニティ開発・母子保健省に移管された。このような組織改編は現場の混乱や予算の遅配を招き、一時的に予定された会議、トレーニングの実施や消耗品調達に影響を与えたが、限られた予算のなかでも他のサービスや会議と統合するなど工夫がみられており、郡保健局の管理能力は確実に向上している。モバイル ART サイトから固定化 ART サイトへの移行に関しては、両郡とも移行を段階的に進めており、チョングェ郡では 2 サイト、ムンブワ郡では 3 サイト³の移行が完了し、その後固定化を進めたことによって生じた余力で新たなモバイル ART サイトの開設にも成功している（各郡 3 サイトを新規開設）。チョングェ郡で固定サイトに移行した施設への最近のモニタリング結果では、ART の 1 年後の継続率がほぼ 100%と、良好な成績を維持している⁴。以上のことから、チョングェ郡、ムンブワ郡ともに、終了時評価時に達成したと判断された成果 3 の状態が継続・維持されているといえる。

4) 成果 4

「新規対象郡（カロモ郡及びカズングラ郡）が、「モバイル HIV サービス国家ガイドライン」に沿って、モバイル ART サービス（モバイル ART サービスから固定 ART サービスへの移行を含む）を計画、導入及び管理できるようになる」

カロモ郡及びカズングラ郡で現在 25 カ所の保健施設で ART サービスを提供し（指標 4-1）、ART サービスの拡大や固定化への移行を進めている（指標 4-2）。

終了時評価時に予定されていたカロモ郡 4 サイト、カズングラ郡 1 サイトのモバイル ART サイトから固定化 ART サイトへの移行は完了、さらにカズングラ郡ではもう 1 サイトが移行進行中である⁵。固定化された ART サイトにおける ART の 1 年後の治療継続率は、

³ チョングェ郡モバイル ART サイト 5 カ所中、ムンブワ郡モバイル ART サイト 8 カ所中。

⁴ ムンブワ郡で移行された三つの固定サイトはすべて新設の郡に引き渡されているので、同サイトのモニタリングは実施していない。

⁵ カロモ郡モバイル ART サイト 6 カ所、カズングラ郡モバイル ART サイト 15 カ所中。ただし、カズングラ郡では郡保健局が 7 カ所を管理しており、残り 8 カ所は SOT、CRESO という NGO が管理を担当している。

カロモ郡 84%、82%⁶、カズングラ郡 90%と良好である。両郡ともにモバイルサイトから固定サイトへの移行をプロジェクト延長期間中に経験し、移行後も高い治療継続率を維持していることから、質の高い ART サービスの安定的な提供のための管理能力が強化されたといえる。

2-2 実施プロセスの検証

終了時評価時点で検証された事項が、プロジェクト延長期間においてもおおむね維持されており、活動は計画に従い実施された。ただし、一部の活動は、予算配分の遅れ及び不足のため実施することができなかった。

⁶ ただし、4サイトのうち2サイトで患者台帳がアップデートされていなかったため 評価不能という結果であった。評価不能であったサイトのうち一つは直前に ART 担当スタッフの離任があり、それが影響したものと思われる。もう一つのサイトはデータ専属のスタッフを配置するなど、郡保健局による対策がとられている。

第3章 5項目による評価（延長期間分）

終了時評価時点に評価した内容に加えて、プロジェクト延長期間に生じた事項を中心に記載する。

3-1 妥当性

当プロジェクトの延長フェーズの正当性については、終了時評価及び延長フェーズ R/D 締結時に受益者のニーズや、ザンビア側の政策及び日本の援助政策との整合性が確認されているため、本評価では省略する。

3-2 有効性

(1) プロジェクト目標達成の見込み

「質の高い ART サービスを地方部で拡大するために、保健省の本省、州及び郡保健局の各レベルにおいて、持続的なサービス提供のためのマネジメント能力が向上する」

プロジェクト目標の達成度を測る指標 1～5 に関しては、おおむね達成しているといえる。プロジェクトによる取り組みにより、省・州・郡各レベルにおいて、必要な治療薬を調達し、モバイルチームによる指導を入れながら継続した ART サービスを提供し、さらにサービスの定期モニタリングを行い、会議等で結果を共有し次の計画につなげるという一連のプロセスを実施することができるようになった。また、二度の治療ガイドラインの改訂や ART へのユニバーサルアクセスをめざした政策推進に伴う ART サービスの患者の急激な増加など、プロジェクト開始以来 ART をめぐる状況は変化してきたが、サービスの提供という面では大きな滞りなく各サイトでは高い治療継続率を維持していることより、省・州・郡各レベルのマネジメント能力はプロジェクト開始と比較して改善したといえる。

1) 指標 1

「2014 年までに、対象郡の 48 以上の保健施設が ART サービスを提供している」

達成した。2015 年 7 月時点では対象 4 郡において合計 58 の保健施設が ART サービスを提供しており、終了時評価時点での 49 施設から 9 保健施設分増加している。同時に、ART サービスがカバーされていない地域へのモバイル ART サービスも展開しており、対象 4 郡合わせて 10 施設でモバイル ART サイトが新規開設された。

2010 年ベースライン 40 施設から終了時評価時点までの約 4 年間で 9 施設増加したが、それと同じ施設数の増加を終了時評価以降の約 1 年間半で達成したのは特筆すべきである。その要因としては、モバイル ART から固定化 ART への移行が進んだことによって余剰リソースが生まれたこと、さらに Option B+が政策的に強力に進められてきたことが主に挙げられる。

2) 指標 2

「2014 年までに、80%以上のモバイル ART サイトで、ART 患者の治療継続率 75%以上を

維持している（脱落及び死亡例が 25%未満）」

達成した。2013 年から 2014 年の 1 年間のコホート調査で治療継続率が 75%以上であった「ART サービス提供施設の各郡での割合」は、チョングェ郡で 100%、ムンブワ郡 83%、カロモ郡で 100%、カズングラ郡で 91%であった。

2013 年 1 月から 12 月までの 1 年間で治療を開始した患者の開始後 1 年間の治療継続率は、チョングェ郡 91.1%、ムンブワ郡 85%、カロモ郡 100%、カズングラ郡 87.9%であった。

なお、データが不足している施設は計算から除外している。

3) 指標 3

「2014 年までに、計画の 75%以上の ART 関係者会議が実施されている」

一部達成した。保健省レベルでは年次国家モバイル ART 実務者会議を、南部州では四半期パートナー会議をほぼ計画どおりに開催することができている。しかしながら、郡 ART レビュー会議は恒常的な予算・人材不足により、チョングェ郡以外は計画の 75%の開催を満たすことはできなかった。

4) 指標 4

「モバイル ART サービスからの教訓が、会議や国際学会・国内の学会などさまざまな場で発信されている」

達成した。プロジェクト延長期間においても、プロジェクト活動やオペレーショナル・リサーチから得られた経験、知見が国内外の会議や学会で発表された。

5) 指標 5

「すべての対象郡において 1 カ所以上がモバイル ART サイトから固定 ART サイトに移行されている」

達成した。チョングェ郡では 5 つのモバイル ART サイトのうち 2 サイト、ムンブワ郡では 8 つのモバイル ART サイトのうち 3 サイト、カロモ郡で 6 つのモバイル ART サイトのうち 4 サイト、カズングラ郡では 15 サイト（うち郡保健局が 7 サイトを担当）のうち 1 サイトで移行が完了した。プロジェクト延長期間前は十分な施設基準を満たさないまま ART の固定化へ移行し、スタッフの業務負荷の増大などの問題が生じたことが指摘されていたが、その後プロジェクトによって標準化された移行手順が 2013 年にガイドラインに盛り込まれた。プロジェクト延長期間において、ガイドラインに定められた移行手順に従って固定化を進めることをめざしたが、上記した対象 4 郡での移行プロセスはほぼガイドラインに沿った形で進められたことが確認された。

(2) 成果及びプロジェクト目標達成のための外部条件

終了時評価時点と外部条件の状況に大きな変化は生じてはいないが、外部条件「ザンビア側がプロジェクト活動に必要な予算及び人材措置を適切に行う」に関してはプロジェクト延長期間中に状況の変化があった。保健省内のメインカウンターパートである国家 ARV プログラムコーディネーターが 2014 年 11 月ごろより長期休暇を取得し、本評価時点でもなお復帰の見込みが立っておらず、診療全般を担当する担当官が HIV 治療分野を兼務している。ARV プログラムコーディネーターの不在により、省内での意見調整や国家プログラム実務者会議の開催準備などに遅延が生じ、プロジェクトへの依存度が高くなった。本件については持続性の項でさらに検討する。

また、外部条件「ARV 薬及び検査試薬の必要量がターゲット郡で利用できる」に関しては、終了時評価時点と同様に、対象 4 郡にわたり一部の保健施設で、生化学用検査試薬を必要量確保することができず検査が十分に実施されなかったケースがみられた。このような保健施設に対してはプロジェクトの予算より検査試薬を購入し、供与した。

(3) 有効性に対する総合的評価

一部外部条件の状況が変化しプロジェクト目標達成のための阻害要因となったが、指標はおおむね達成しており、プロジェクトの有効性は高かったと評価できる。

3-3 効率性

(1) プロジェクト活動の進捗管理

終了時評価時点に引き続き、プロジェクトで実施している JCC のほかに、国家 ART 実務者会議や州・郡レベルでのパートナー会議や ART レビュー会議などを通じて、モバイル ART サービスの提供・管理状況のレビューや PDM に沿った成果の取りまとめを行っており、プロジェクト進捗管理及び成果管理は適切に実施されたといえる。

(2) 投入の有効利用

プロジェクト延長期間の日本側・ザンビア側の投入実績は付属資料 3 のとおりである。

プロジェクト初期に ART の適切なモニタリングに必要な CD4 や生化学等の検査機器が各郡の検査室の状況に応じて供与されたが、カズングラ郡ムクニ保健センター検査室に供与された蒸留水製造装置は、延長期間中もポンプやフィルターの追加供与を行い、正常に稼働させるための支援を行ったが、恒常的な稼働を実現できなかった。これは生化学検査に必要な蒸留水を確保するための装置であるが、農村部の井戸水は不純物を多量に含むうえ水圧が低く、蒸留水製造装置の稼働は技術的にも困難であると判断、専門家の指導により検査は市販の脱イオン水を購入して実施されている。機材の供与には、検査室の体制や技術レベルのみならず、水や電気の質、恒常的な供給などにも配慮が必要であることを示唆している。

そのほか、専門家の派遣、本邦研修・国内研修、日本側・ザンビア側の現地活動費、国際学会の参加・発表の投入は計画どおりに行われ、その活用に関して特段の問題はみられない。

(3) 効率性に対する促進及び阻害要因

終了時評価時と比較して大きな変化は認められなかった。

グローバルファンドによる HIV エイズ対策への資金援助により ART サービスで使用される検査試薬、ARV、消耗品などが購入されている。これらの検査試薬や ARV などは、プロジェクトが対象となる保健施設でも使用されていることから、プロジェクトがめざす ART サービスの強化や拡大を促進する要因であった。

一方で、阻害要因としては、ザンビア政府による出張手当基準の大幅な増額があり、プロジェクト活動の遂行に支障を来すこともしばしば見受けられた。

(4) 効率性に対する総合評価

プロジェクト延長期間中は長期専門家 1 名体制にもかかわらず、主要なプロジェクト活動が引き続き実行され、PDM 変更によって追加された成果も達成しており、効率性は高かったと判断する。

3-4 インパクト

(1) 上位目標達成へのインパクト

「ザンビアの地方部で質の高い ART サービスへのアクセスが向上する。」

本プロジェクトは、国家 ART プログラムのパイロット 15 郡のうち 4 郡を対象としてきたものの、対象 4 郡での経験・成果を現場視察の受け入れや定期的な会議を通して残り 11 郡にも共有し、国家プログラム全体を支援してきた。

図 2-1 は 2009 年から 2014 年までの ART 患者数の推移をパイロット 15 郡とプロジェクト対象 4 郡別に示したものである。図 2-1 のとおり、終了時評価時点で示した 2012 年以降も双方上昇傾向にある。特にパイロット 15 郡での伸びはめざましく、2013 年から 2014 年の 1 年間だけでも、約 20% の増加がみられる。

図 2-2 は、パイロット 15 郡内での ART サイト数の推移を示している。2013 年の郡の分離によって一時はサイト数が 161 に減少しているが、また緩やかにサイト数が増加して 2015 年には 178 サイトとなっている。

特に、モバイルサイトから固定化サイトに移行した施設が増加してお

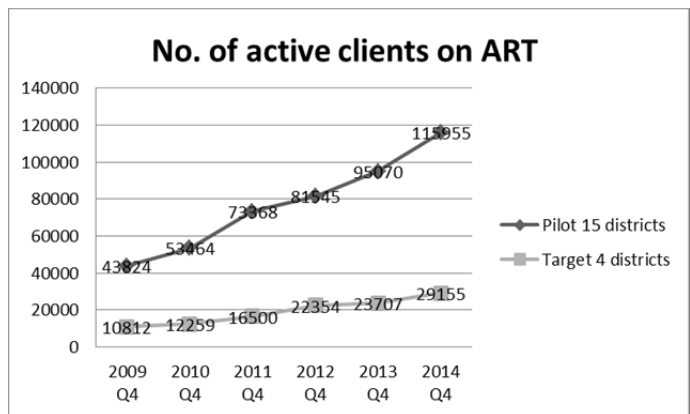


図 2-1 プロジェクト対象 4 郡及び国家モバイル ART プログラムパイロット 15 郡の ART 患者数の推移

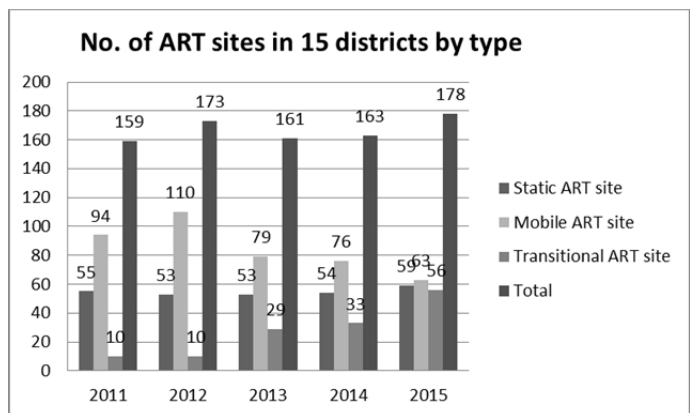


図 2-2 国家モバイル ART プログラムパイロット 15 郡における ART サイト数の推移

り、2015年現在では固定化サイトと移行中のサイトを合わせて全体の約65%を占めている。これはモバイルチームによる現場指導なしである程度の質を担保してARTを提供する施設が増えたということであり、また移行によってできた余剰リソースによって新たなモバイルARTサイトの開設が可能となる見込みもあることを表している。

図2-3は、パイロット15郡でのトレーニングを受けた医療従事者の数を示している。育成された医療従事者はART患者数やARTサイト数と比例せず、増加していないことがうかがえる。2015年のデータでは、1施設当たりの平均育成数（15郡のモバイルARTは63サイト）は成人ARTが0.9人、小児ARTが0.6人で双方1人にも満たず、特に小児ARTの人材育成には遅れが出ていることが分かる。

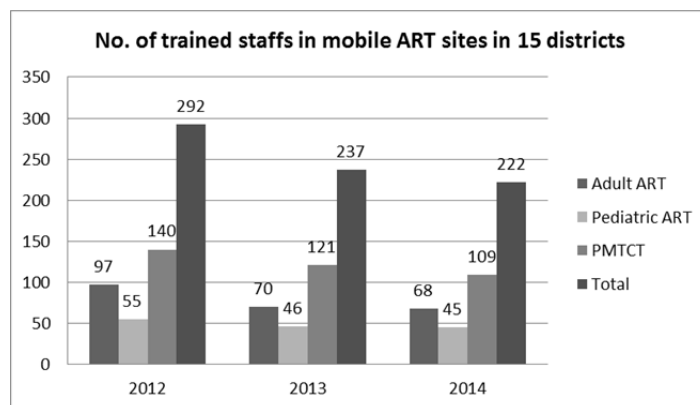


図2-3 国家モバイルARTプログラムパイロット15郡におけるトレーニングを受けた医療従事者数の推移

PMTCT育成は、近年のOption B+政策推進もあり、1.9人であった。

ザンビアHMISによると、2014年12月時点の全国のARTクライアント数は67万1,066人である。(2013年のHMISデータによると、全国のART対象となるHIV陽性者は70万8,460人と積算されている)。この約5年間でARTのカバレッジは飛躍的に広がったといえる。しかしながら、近い将来WHOの新ガイドラインの適用によって推計約130万人すべてのHIV陽性者が治療対象となれば、需要と供給の間に大きな乖離が生じることが予測される。施設数、ARTの教育を受けた医療従事者の数はART患者数ほどの伸びをみせていないことは、将来起こり得る保健施設のキャパシティ・オーバー、それに伴うサービスに質の低下が起こり得る可能性を如実に表している。ARTへのアクセスは確実に向上しているが、ART方針の変更に伴う課題に対応できるかどうかは今後のさらなるアクセスの向上の鍵となる。

(3) プロジェクトの成果による正負のインパクト

終了時評価時点で正のインパクトとして、プロジェクトで立証されたエビデンスの国際的な情報発信が挙げられた。プロジェクト延長期間においても、国内外の学会や会議への発表、国際的な学術誌への論文発表が数々行われた。

また、医療従事者養成機関のカリキュラムでは約3年前よりHIV治療に関する事項が組み込まれており、ARTに従事できる保健スタッフは年々確実に増えてきている。しかし、養成機関での教育のみで実務的に即戦力となるのは時間がかかり、プロジェクトが展開したモバイルサービス手法によるOJTの仕組みは、医療現場で質と継続性を担保したARTが提供できるスタッフを増やすことに貢献したといえ、医療現場でのオペレーションに関してはザンビアの自助努力による範囲が大幅に増えた。

負のインパクトはプロジェクト延長期間においても特に確認されていない。

(4) インパクトへの促進及び阻害要因

外部援助機関による支援規模の大きさは ART へのアクセス向上の促進要因となっている。グローバルファンドや米国大統領エイズ救済緊急計画（PEPFER）などの外部援助機関による支援の規模は大きく、例えば保健の総支出額の 30～40%が外部リソースに頼っているといわれ、ARV 薬の調達においては自国予算が占める割合はたった 25%といわれている。一方で、これらの数字は、上位目標の達成のためには現在でも外部援助機関による財政的援助に頼らざるを得ない状況は変わっていないことを示しており、HIV エイズ対策におけるザンビアの早期な財政的自立は困難だと言わざるを得ない。今後の介入が疾病課題を特定したパーティカルな援助アプローチから、課題横断的に保健システムを強化するホリゾンタルなアプローチへ比重が移ってきている昨今、感染症対策を軸としたグローバルファンドによる支援縮小の傾向は将来にわたり上位目標への阻害要因になることが予想される。

一方で、治療薬の進歩による副作用の軽減や選択オプションの増加、治療薬の低価格が上位目標達成への将来的な促進要因となることが期待される。

(5) インパクトに対する総合的評価

上位目標である ART へのアクセスの向上は確実に進んでいるものの、ART 方針の変更に伴う課題に対応できるかが今後のさらなるアクセス向上の鍵となる。また、プロジェクトがもたらした正負のインパクトについては、終了時評価で指摘されていたインパクトは維持されているものの、延長期間中にそれ以上のインパクトは特段認められなかった。

3-5 持続性

(1) 政策的・制度持続性

現在、ザンビア政府は母子感染の根絶を目標として掲げ、WHO が提唱する Option B+⁷の導入を図っており、すべての保健施設で妊婦への HIV 治療を提供できるようにとの方針を打ち出している。

また、WHO ガイドラインの改訂によりこれまで治療開始基準とされてきた CD4 カウントが外され、原則すべての HIV 陽性者が CD4 カウントにかかわらず治療を開始することを勧める方針に転換された。この転換を受けて、ザンビア政府でも同様の治療方針を取るよう国内ガイドラインを変える予定である。これらの方針の下で、地方の保健施設における ART 体制の整備・機能強化が今後も持続されることは十分に期待できる。さらに、ザンビア政府は、ART 需要の増加を見込み、サービス提供に係るワークロードを分散させる戦略として、比較的に良好な健康状態を維持している ART 患者を対象にコミュニティをベースとして ART を提供する「コミュニティ ART」の仕組みの導入を検討している。このコミュニティ ART の効果を測るため、今年（2015 年）2 地域を対象にしてパイロットプロジェクトが開始されている。

加えて、2015 年 9 月の大統領演説にて、2012 年に新設されたコミュニティ開発・母子保健省は解体され、母子保健部門が保健省に再統合されるとの発表があった。今後、母子感染予防を主軸として地方での ART サービスが拡大していくことが予想されるなか、保健省が母

⁷ 免疫状態を表す CD4 の数値にかかわらず HIV に感染しているすべての妊婦と授乳期の母親に抗レトロウイルス薬（ARV）治療を提供し、生涯継続させることを推奨している。

子保健部門と一体となって ART を推進できることは大きな促進要因であり、将来的に妊婦以外の患者にもサービスの裨益が広がっていくことが期待できる。

(2) 財政的側面

保健政策を推進する保健省、政策実施を担う州保健局・郡保健局ともにプロジェクト延長期間を通して全体的な管理能力や、定期モニタリング、現場指導力は強化されたが、これを今後も持続していくためには人材の確保と、それを裏づける予算が必要不可欠である。予算不足の問題は終了時評価時点で既に悪化しており、そこからのさらなる悪化はみられていないものの現在でも厳しい状況にあることに変わりはない。2015 年は、ダムの水量不足による全国的な電気不足が、ザンビアの主要輸出品である銅の精錬にも悪影響を与えており、また中国経済の悪化に伴い銅の国際価格も低下していることから、ザンビア政府の税収が今後低下することが予想される。既に、保健省関係でも薬剤関係の調達において、支払いの遅滞により販売店が供給を停止するなど、悪影響が出始めている。現に、州・郡保健局では、ART レビュー会議やスタッフトレーニング、検査・記録管理等のマネジメントに関する活動を予算不足や人材不足により実施できない状況が続いている。この状況は、本プロジェクトとのコストシェアや交渉により他の援助組織から資金を工面するなどの州・郡保健局自身の自助努力を促したというプラス面を引き出した一方で、限られた予算のなかで HIV エイズ対策のために他の重要な保健サービスの資金を削らざるを得ない状況も散見されている。これは保健プログラム全体で見ると望ましいとはいえ、限られた予算のなかで、地域ごと疾病状況や保健ニーズに合ったサービスの優先づけを行い、現実的な予算計画を策定することが今後必須である。

(3) 技術的側面

プロジェクト延長の目的である、モバイルサービスの拡大と固定化サービスへの移行の加速や国内の ART 対象者の増大に対応できる管理能力、サービス提供へのモニタリング機能の強化は一定程度達成されたといえるものの、省・州・郡レベルそれぞれで下記の課題は残る。

保健省では前述のとおり、国家 ARV プログラムコーディネーターの長期不在がプロジェクト運営に影響を及ぼした。ザンビア政府は全国的な ART サービスへのユニバーサルアクセスの推進に加え、今後も、2015 年末に WHO より公布が見込まれる新 HIV 治療ガイドラインの国内適用や、UNAIDS が掲げる「90-90-90」⁸という野心的目標に呼応した政策策定、ART 需要の増加に対応した実施計画策定が求められている。そのため、テクニカル・ワーキング・グループやドナーを中心的にまとめる省内の HIV 対策専門官の設置は欠かすことはできない要素だと考える。保健省は現在、コミュニティ開発・母子保健省 (MCDMCH) の再編入を機に省内の組織構造の変更を図っており、その一環として治療診断サービス局の配下に HIV 専門チームを置くことを検討している。この専門チームは、成人・小児 ART、母子感染予防、男子割礼、性感染症、HIV 検査、モニタリング・評価 (Monitoring and Evaluation : M&E)、結核併発の担当官から成ることが想定されている。以前と比較して HIV 分野への体制が強化されることとなり、早急な実現が期待される。

⁸ 2020 年までに、①HIV 感染者の 90%以上が診断される、②HIV と診断された患者の 90%以上が治療を開始する、③治療を開始した HIV 患者の 90%以上が体内の HIV ウィルス量を低くコントロールできるという三つの目標の達成をめざすもの。

州保健局においては、「3-3 効率性」の章で言及したとおり、ART サービスに係る ARV や HIV 迅速診断キット等の資材を安定的に保健施設・検査施設に供給するコーディネーション能力が非常に重要である。現在、公的保健施設の医薬品・医療資機材のロジスティクスは Medical Store Limited (MSL) と呼ばれる半官半民組織が担っており、ザンビア国内では州レベルにサブデポットを設置し、そこを拠点にして医薬品・医療資機材の供給が行われている。ART サービスの持続性のためにはこれらの安定的供給が最重要であり、州保健局はサブデポットの業務を適切に監督しなければならない。プロジェクト延長期間においても、検査試薬の供給が不十分だったため、プロジェクト予算で検査試薬を補填した状況もしばしば起きた。これまで EU やスウェーデン国際開発協力庁が医薬品サプライチェーンのためのマネジメント・ロジスティクス・調達強化支援を直接 MSL に対して行ってきたが、州保健局への直接的介入はなかった。今後も州保健局による適切な調達計画及び MSL への業務監督能力を向上させる介入の必要がある。

郡保健局においては、質が担保された ART サービスの安定的提供のため定期モニタリングと現場指導を継続することが必須であるが、HIV/エイズ対策分野、特に治療に関してはガイドラインの改訂や、急激な ART 拡大の動きなど状況の変化に対応して郡保健局は技術支援能力を向上していかなければならない。ザンビアでは Continuing Medical Education (CME) という医療従事者の医学生涯教育システムがあり、保健省の各プログラム担当官が各州に講師として出向き、州・郡保健関係者に対して新しい知見・技術を教育しているが、HIV エイズ対策における目まぐるしい状況の変化に対応していくには CME システムだけでは十分とはいえず、今後も郡保健局や外部援助機関による継続的な能力強化支援は必要である。

(4) 持続性に対する総合的評価

政策面では、Option B+の導入を通して ART のユニバーサルアクセスの達成に向けて ART 拡大は追い風にある。ART 拡大方針の推進にあたっては、プロジェクトを通して継続した ART の提供やモバイルサービスから固定化サービスの移行に係る対応力は一定程度身に付いたといえるものの、上記したとおり、省・州・郡各レベルにおいて技術的・リソース的課題が残り、強化は継続しなければならない。ただ、これらの課題を解決し得るアクションに移すには政府の財政的なバックアップが不可欠であるが、残念ながらこれに関してはプロジェクトの範囲を超えるところであり解決には至っていない。プロジェクト成果の持続性のためには、外部援助機関の支援が今後も必須であることは明らかである。政府予算が今後増やされる見込みはなく予算に限りがある状況は変わらないなかで、予算分配や人的リソース配置の効率、効果を最大化することに焦点を当てた支援が持続性のためには有効である。

第4章 結 論

4-1 結 論

ART 提供可能な保健施設や ART を受ける患者が延長期間中においても増加したにもかかわらず治療継続率は現在も高い水準を維持していることから、保健省、州・郡保健局の管理・監督能力及び保健施設でのオペレーション能力は延長期間においてさらに向上したといえる。また、ART 拡大に伴う業務負担の増加にもかかわらず、同時にモバイル ART サイトから固定化サイトへの移行もプロジェクト対象郡すべてで段階的かつ慎重に進められているのに加え、固定化サイトへの移行から生じた余力でモバイル ART サイトの新設を行っていることも能力が底上げされたことを如実に表している。また、前述したコミュニティ ART 手法の導入等を検討するなど、確実に増加する ART の需要に対応しようとする動きがザンビア政府にみられる。したがって、プロジェクト延長の目的に関するプロジェクト延長フェーズ全体での達成度は高いと判断する。

本プロジェクトは、ART 拡大の方針を掲げるザンビアのニーズに合致したものであり、それが追い風になり国家 ART プログラムの下、モバイル ART の手法は村落部の保健センターレベルまで一定のレベルで ART サービスを定着させることに成功した。しかしながら、財政的、技術的側面で課題が残ることは「3-5 持続性」でも述べたとおりであり、それらはモバイル ART 手法やプロジェクトのスコープを超える保健システムの課題も含まれている。プロジェクト終了後は、モバイル ART 手法に特化せず、さまざまな視点と手法で課題に取り組むことが重要である。

4-2 教訓・提言

(1) 教 訓

1) 全 HIV 陽性者への ART 導入に向けた留意点

2015年の改訂 WHO ガイドラインは治療開始基準として CD4 カウントの閾値の除外を推奨している。近い将来ザンビアもこの推奨に基づき国内の治療方針を変更する予定である。今後 HIV 陽性と診断された者はすべて治療対象となり、ART 患者の急増が予測される。安定的かつ質の高い ART を継続するには治療薬の確実な確保が最も重要であることは言うまでもなく、治療効果や治療失敗例のモニタリング (CD4 やウイルス量の診断) の体制整備が欠かせない。CD4 値にかかわらず ART を開始することは、CD4 モニタリングを不要とすることではない。患者の急増に対応し得る薬剤供給量と患者モニタリング体制の整備が確立されていなければならない。

2) 保健省、州保健局レベルにおける介入

プロジェクトの実施期間を通じて郡保健局職員のモニタリング及び指導能力のさらなる向上が認められているが、保健省及び州保健局レベルへの直接的な介入は郡保健局へのそれに対し薄かったとの保健省からの報告があった。しかし、保健省、州保健局では、各担当職員の職務範囲が広く、プロジェクトが直接関係する介入への巻き込みが困難であったと思われる。今後このようなマルチレイヤーなアプローチを有するプロジェクトにおいては、週、月単位での定期的な報告書の交換や関係者会議をもつなど、強制的かつ密な各レベルにおける連絡手段を設置するなどし、プロジェクト活動への巻き込みへの工夫が必要である。

(2) 提 言

1) ART サービスの質の維持向上における保健システム強化の必要性

本終了時評価時点においても、予算不足や保健人材不足によるサービス提供の質には各保健施設ごとにばらつきが認められた。さらなる質の維持向上のためには引き続き州・郡保健局のモニタリング能力、指導能力、計画・管理能力の強化が必要であるが、予算不足、人員不足など根源的な原因への働きかけが必要である。予算や人員の不足は解決への方策が困難であるが、これら限られたリソースの活用効果を最大化するための、保健情報に基づいた効率的予算配分、人員配置、物流の改善など HIV/エイズケア分野に括られない分野横断的な保健システム強化の取り組みが必要であることがプロジェクトを通して明らかとなった。この教訓に関しては、2015年10月に開始される JICA による新規プロジェクト「ユニバーサルヘルスカバレッジ達成のための基礎的保健サービスマネジメント強化プロジェクト」のデザインに生かされており、本プロジェクトの活動を通して認識された保健システム上の課題を見直すことで新規プロジェクトの活動指針を策定することが望ましい。

2) 今後の ART 拡大とモバイル ART の役割

プロジェクトが開始された 2009 年時点では、利用できる薬剤や CD4 検査機器などが限られており、患者モニタリング情報管理、薬剤管理など、地方保健施設には ART サービスを実施するための訓練された人材、機材、流通システムがなかったが、モバイル ART は地方部への質の高い ART 拡大の手法としては大変有用であり、地方保健施設の人材不足を補うという面においても、地方保健センタースタッフへの技術指導の面においても、モバイル ART は重要な役割を担ったといえる。

近年の治療開始基準の変更による患者数の拡大により、保健施設における ART サービスの必要性はますます高まり、今後急速に ART サービスの拡大が進められることが予測される。治療薬の進歩により服薬が簡素化され副作用も軽減された。医療従事者養成校では ART がカリキュラムに取り込まれ、ART 実施の訓練を受けた医療従事者の増加が見込まれる。小児 ART や重症例など高度な技術を要するケースはあるものの、地方部の保健施設で ART を拡大していくための環境が徐々に整いつつあり、今後モバイル ART サービスの役割は縮小していくであろう。

事後評価においては、モバイル ART サービスの拡大ではなく、ザンビア国内での ART へのユニバーサルアクセスがどの程度実現されているかどうかを中心に据え、モバイル ART サービスはその移行過程における一手段としてどのように貢献したかを考察することが望ましい。

プロジェクト延長に伴う第2回終了時評価 付 属 資 料

1. PDM version 3 (2014年8月)
2. 活動実績
3. 投入実績
4. 指標達成状況
5. オペレーショナル・リサーチ一覧
6. 研究業績一覧
7. 評価グリッド
8. 調査日程
9. 主要面談者リスト

PDM version 3 (2014 年 8 月)

Annex 1: Project Design Matrix (PDM) Version 3
 Project Title: The Project for Scaling Up of Quality HIV and AIDS Care Service Management
 Target Groups: 1: 50,000 to 60,000 people with HIV and AIDS (PWHAs) in target area, 2: Four District Medical Offices (DMOs)(Mumbwa, Chongwe, Kalomo, Kazungula) and their staff members 3: Southern Provincial Medical Offices (PMOs) and their staff members
 Date: 2 March 2010
 Project Period: November 2009 - November 2014

Narrative Summary Overall Goal	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Access to quality ART services in rural area is improved in Zambia.	80% of districts in Zambia mainstream mobile ART services into their operational plan for HIV and AIDS control.	(1) National HIV and AIDS Strategic Framework, Joint Annual Review Report (2) Records of DMOs (3) District health operational plans / budget	
Project Purpose	1 More than 48 health facilities* in target districts provide ART services by the year 2014. 2 More than 80 % of mobile ART sites keep more than 75% of active cases (= less than 25% of lost or death cases) by the year 2014. 3 More than 75% of planned ART Stakeholders meetings are held at all levels by the year 2014. 4 Lessons learnt through mobile ART services are disseminated at various forum. (i.e., meeting, mtg/mtaf) 5 More than 1 mobile ART sites in each target district has been transferred into static ART sites.	(1) Experts' project reports (2) Records of DMOs (3) ART Register Book (4) District health operational plans / budget (5) Operational research reports (6) Report of the conference / meeting presentation	(1) The political, economic and social situation is not severely worsened than at termination time of the project (2) HIV and AIDS policy of the Government of Zambia does not significantly change
Management capacities for sustainable service provision are improved at all levels for the expansion of quality ART services in rural area.			
Outputs			
1 Ministry of Health (Headquarters) is able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service (including transition from mobile to static) by DMOs.	1-1 The National Mobile HIV services guidelines are disseminated to all the provinces. 1-2 Implementers' meetings for monitoring mobile ART services are held annually.	(1) Experts' project reports (2) MoH Annual progress report on mobile ART services (3) MoH reports	(1) Zambian side properly allocates necessary budget and distribute personnel for the project activities. (2) Necessary amount of ARVs and laboratory reagents are available at target districts. (3) The political, economic and social situation is not severely worsened than at commencing time of the project.
2 Target Provincial Medical Offices (PMOs) are able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services.	1-3 Annual progress report on mobile ART services in Zambia is produced and disseminated. 2-1 Biannual Provincial ART Stakeholders Committee Meetings are held regularly. 2-2 More than 75% of quarterly visits to target districts are conducted and monitoring report are submitted to the MoH.	(1) Experts' project reports (2) Minutes of the provincial stakeholders' meeting (3) Provincial report on mobile ART monitoring to MoH	(4) Concerned non-governmental organizations, including mission hospitals at district level are cooperative to HIV and AIDS related activities undertaken by DMOs. (5) Number of new HIV infection and ARV-drug resistant cases of HIV is not rapidly increased.
3 Management capacities of DMOs/health facilities in Chongwe and Mumbwa** are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services.	3-1 ART expansion plan is annually reviewed and revised. 3-2 100% of scheduled mobile visits are conducted throughout the project period.	(1) Experts' project reports (2) Mobile Log Book / Records of DMOs and health centres (3) ART Register Book (4) ART expansion plan	

<p>4 New target districts (Kalonso and Kazungula) are able to plan, introduce and manage the mobile ART services (including transition from mobile to static) as per the National Mobile HIV Services Guidelines.</p>	<p>More than 18 health facilities* provide mobile ART services according to the operational plan by the year of 2014.</p> <p>4-1 100% of new target DMOs mainstream mobile ART services into their annual operational plans and budget by the year 2014.</p> <p>4-2</p>	<p>(1) Experts' project reports (2) District Mobile ART operational plan (3) Mobile ART Service Log Book / Records of DMOs and health centres (4) ART Register Book</p>	<p>(1) Trained counterparts do not leave their position so as to affect the outputs of the Project. (2) Medical technology regarding HIV and AIDS services does not significantly change.</p>
<p>Activities</p> <p>1 Ministry of Health (Headquarters) is able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service (including transition from mobile to static) by DMOs.</p> <p>1-1 Orient new districts on the National Mobile HIV Services Guidelines.</p> <p>1-2 Monitor and evaluate sound implementation of the mobile ART services (including transition from mobile to static), through quarterly reporting and implementers' meeting.</p> <p>1-3 Produce annual national progress report on mobile ART services (including progress of transition from mobile to static).</p> <p>1-4 Include components of mobile HIV services into the Basic ART Package, which is based on WHO IMAI (Integrated Management of Adolescent and Adult Illness).</p> <p>1-5 Conduct operational research to improve quality of ART services and other related services in rural settings.</p> <p>1-6 Organize stakeholders' meeting for information sharing of ART services in rural area.</p> <p>2 Target Provincial Medical Offices (PMOs) are able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services.</p> <p>2-1 Plan and organize biannual Provincial ART Stakeholders Committee meetings.</p> <p>2-2 Conduct quarterly supervisory visits to new mobile ART sites in target districts.</p> <p>2-3 Provide technical support to new target districts (i.e. workshop, on-site consultation).</p> <p>3 Management capacities of DMOs/health facilities in Chongwe and Mombwa are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services.</p> <p>3-1 Revise ART expansion plan (including transition some mobile ART sites into static sites) in response to evolving service</p> <p>3-2 Introduce tools to improve the quality of ART services, such as the mobile ART service log book, etc.</p> <p>3-3 Ensure the provision of necessary laboratory services for counselling & testing (CT), ART, TB, and other related services.</p> <p>3-4 Undertake technical training as Continuous Professional Development.</p>	<p>Inputs</p> <p>Japanese Side</p> <p>Experts</p> <p>(1) Long-term Experts - Chief Advisor / Health Service Planning - HIV and AIDS Care - Coordinator / Public Health</p> <p>(2) Short-term Experts - Health Education, TB/HIV, PMTCT, Operational Research, etc.</p> <p>Equipment and materials</p> <p>(1) Necessary laboratory/office equipment, computers and others (2) A vehicle for supervisory visits, depending on the necessity</p> <p>Training in Japan and/or third-country</p> <p>- HIV and Health administration - HIV and Rural health programme - TB/HIV, etc.</p> <p>Local cost</p> <p>Necessary costs for the project activities</p>	<p>Zambian Side</p> <p>Counterparts and administrative personnel</p> <p>(1) Project Director Permanent Secretary, MoH Project Manager Director of the Directorate of Clinical Care and Diagnosis Services, MoH (3) Project counterparts, I.e., National ARV Coordinators (MoH) / Directors, Provincial Medical Officer / District Medical Offices in target districts</p> <p>Facilities, equipment and materials</p> <p>(1) Office spaces in the MoH and PMO (2) Land, building, vehicle, and other facilities necessary for project activities at central, province and district level</p> <p>Local costs</p> <p>(1) Operational costs for the project activities</p>	

3-5	Conduct supervisory visits by DMO staff members to mobile ART sites and static ART sites transitioned from mobile sites on quality of services (i.e., data management, service provision)
3-6	Organize annual experience-sharing meeting within and/or among target districts.
3-7	Produce progress report for submission to PMOs and MoH Headquarters.
4	New target districts (Kalomo and Kazungula) are able to plan, introduce and manage the mobile ART services (including transition from mobile to static) as per the National Mobile HIV Services
4-1	Adopt planning/operational tools for mobile ART services (i.e., mobile ART service log book, appointment book, calendar of site training in Mumbwa or Chonswa).
4-2	Capacitate new target DMOs with hands-on experiences of planning and managing mobile ART services by conducting on-site training in Mumbwa or Chonswa.
4-3	Develop mobile ART operational plans (including the transition from mobile to static site) by target DMOs
4-4	Undertake technical training including ART/OI management, VCT, psycho-social counseling, etc. as found necessary.
4-5	Ensure the provision of necessary laboratory services for counselling & testing (CT), ART, TB, and other related services.
4-6	Ensure the procurement of necessary drugs/consumables/medical equipment/other goods for mobile services through the MSU Request and Requisition system.
4-7	Undertake the mobile ART services at rural health centres with support of mobile ART team and transition of mobile sites into static sites as per the operational plan.
4-8	Undertake periodical supervisory visits to new mobile sites by DMOs.
4-9	Organize periodical ART review meeting within districts.
4-10	Complete monthly ART data for submission to PMO.
4-11	Produce progress report for submission to PMOs and MoH Headquarters.

* Both supporting sites (e.g. district hospitals, mission hospitals) and host sites (i.e. rural health centres) are included, but not military facilities

** Chongwe and Mumbwa are districts that have been implementing mobile ART services with JICA's support, since 2006

Pre-conditions	(f) Zambian implementing organization and relevant organization do not adverse to the Project.
----------------	--

Activities	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		Person in Charge	Remarks
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2		
3-3 Introduce tools to improve the quality of ART services, such as the mobile log book, etc.															LE	DMC8
3-4 Enhance the provision of necessary laboratory services for counseling & testing (CT), ART, TB, and other related services.															LE	DMC8
3-5 Undertake technical training as Continuous Professional Development.															LE	DMC8
3-6 Conduct supervisory visits by DMO staff to ensure that mobile ART sites meet quality standards (i.e., data management, services provision, training, logistics, etc.)															LE	DMC8
3-7 Develop progress report for submission to PMOs and MoH Headquarter.															LE	DMC8

Output 4:
New target districts (Kwinda and Kamungwila) are able to plan, implement and manage the mobile ART services as per the National Mobile ART Services Guidelines.

Activities	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		Person in Charge	Remarks
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2		
4-1 Adapt planning/operational tools for mobile ART services (i.e., mobile ART service log book, appointment book, calendar of events, etc.)															LE	DMC8
4-2 Capacitate new target DMOs with hands-on experience of planning and managing mobile ART services by conducting onsite training in Nambywa or Chingwe.															LE	DMC8
4-3 Develop mobile ART operational plan (including the transition from mobile to static site) by target DMOs															LE	DMC8
4-4 Undertake technical training including ART/CT employment, VCT, psycho-social counseling, etc. as found necessary.															LE	DMC8
4-5 Enhance the provision of necessary laboratory services for counseling & testing (CT), ART, TB, and other related services.															LE	DMC8
4-6 Enhance the procurement of necessary drugs/equipment/individual equipment/other goods for mobile services through the M&E, Request and Response system.															LE	DMC8
4-7 Undertake the mobile ART services at rural health centres with support of mobile ART team and commission of mobile sites into static sites as per the operational plan.															LE	DMC8
4-8 Undertake periodical supervisory visits to new mobile sites by DMOs															LE	DMC8
4-9 Organize periodical ART review meeting within districts.															LE	DMC8
4-10 Complete monthly ART data for submission to PMO.															LE	DMC8
4-11 Develop progress report for submission to PMOs and MoH Headquarter.															LE	DMC8

ADDM&E/HR/MS
Dr. Joseph M. Kapoti, SE, Senior Data Expert, Ministry of Health, Provincial Medical Officer PMOs, District Medical Officer DMOs

2. 活動実績

活動実績

成果	プロジェクト活動	活動実績
1. 保健省本省が郡保健局によるモバイル ART サービスの採用及び適切な実施（モバイル ART サービスから固定 ART サービスへの移行を含む）を促進できるようにする。	1-1 郡へ国家モバイル HIV サービスガイドラインを適用させる。	■終了時評価以降なし。
	1-2 実務者会議を通して、モバイル ART サービス実施（モバイル ART サービスから固定 ART サービスへの移行を含む）をモニタリング/評価する。	<p>■国家モバイル ART サービス実務者会議が定期的開催され〔第 4 回（2013 年 12 月開催）、第 5 回（2014 年 9 月開催）、第 6 回（2015 年 10 月開催予定）〕、活動や達成度の確認・レビュー、実施上の問題についての協議、活動予定の確認などが行われた。</p> <p>■四半期レビュー会議が定期的開催された。〔2014 年 2 月、5 月、9 月（第 4 回 JCC と共同開催）、2015 年 2 月、5 月）〕。</p> <p>■2014 年 5 月より現場視察によるモニタリングの対象がプロジェクト対象 4 郡に加え、国家プログラム下のパイロット 11 郡にも広げられた（プロジェクト対象 4 郡も合わせ国家プログラムパイロット全 15 郡）。保健省から HIV 担当官が参加し、現場での技術的提言を行っており、現場視察で得られた知見は国家モバイル ART サービス実務者会議にて他郡、州保健局とも共有し問題解決のための議論が行われている。</p>
	1-3 モバイル ART サービス（モバイル ART サービスから固定 ART サービスへの移行を含む）に係る国家年次報告書を作成する。	<p>■2013 年度のモバイル ART サービス年次報告書は第 4 回国家モバイル ART 実務者会議（2013 年 12 月開催）にて収集したパイロット 15 郡における ART サービス実施状況に関するデータを取りまとめて編纂、全国の州・郡保健局及びパートナーの関係者に配布された。</p> <p>■2014 年度の年次報告書は最終化され、2015 年 10 月開催の国家モバイル ART サービス実務者会議で配布された。</p>
	1-4 WHO の青年・成人疾患統合管理（IMAI）に基づく基礎的 ART パッケージに、モバイル ART サービスに関する項目を組み込む。	■終了時評価以降なし。
	1-5 地方部での ART サービス及びその他 HIV 関	■2014 年より 4 分野 7 テーマの OR が実施された（2014 年以前からの継続 OR も含む）。

	<p>連サービスの質向上のためのオペレーショナル・リサーチ (OR) を実施する。</p>	<p><HIV 継続ケア></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ HIV ケア (HIV 検査から ART まで) の継続 (カロモ、カズングラ) ・ ART と TB サービスの連携 (チョングウェ) <p><成人 ART サービス></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ コホート研究 (ムンブワ) ・ ART ガイドライン改訂のインパクト (ムンブワ) <p><小児 ART サービスと母子感染予防></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ PMTCT と ART サービスの連携 (チョングウェ) ・ AIDS/結核 (TB) 同時感染患者の ART 開始タイミング <p><HIV 関連疾病></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 結核アクティブスクリーニング (カロモ郡病院) <p>■OR の結果を受けて 12 の抄録が 2014 年の国際エイズ会議に提出され、そのうち 8 点の抄録について発表された。2015 年 7 月の同学会には 3 点の抄録が提出され、発表された。</p>
	<p>1-6 地方部における ART サービスの情報共有のための関係者会議を開催する。</p>	<p>■モバイル ART サービス実務者会議が継続して開催され、終了時評価以降第 5 回目の会議が開催された。第 5 回の会議は、モバイルサイトにおける患者データ管理と、モバイルから固定サイトへの移行をテーマとした。また、第 6 回会議は 2015 年 10 月に開催された。</p>
<p>2. 郡保健局の行うモバイル ART サービスを含む ART サービスに対して、対象とする州保健局が技術支援及び監督指導を実施できるようになる。</p>	<p>2-1 2 回の州 ART 関係機関委員会を計画・開催する。</p>	<p>■南部州保健局は 2014 年 3 月、8 月、12 月、2015 年 2 月、7 月に定期パートナー調整会議を開催し、ART の関連活動を行う他組織と州内の情報を共有した。</p> <p>■同会議では OR の結果から得られた知見を発表した。</p>
	<p>2-2 新規対象郡に対するモバイル ART サービスの監督指導を四半期ごとに実施する。</p>	<p>■終了時評価時の状況と同様に、南部州保健局は半期ごとに Performance Assessment の枠組みで ART サービスを含む保健サービスの巡回指導を行っている。2014 年は 9 月、2015 年は 3 月に実施された。</p>
	<p>2-3 新規対象郡に対する技術支援 (ワークショップ、実地協議) を実施する。</p>	<p>■活動 2-2 と同様</p>
<p>3. 地方部の ART サービスの持続的な強化に向けたチョングェ郡及びムンブワ郡保健局/保</p>	<p>3-1 変容するニーズに対応して、各郡保健局がそれぞれの ART 拡大計画 (モバイル ART サービ</p>	<p>■段階的に固定 ART サービスへの移行を進めていると同時に、固定サービスへの移行で生じた余力で新たなモバイル ART サイトの開設に成功している。</p> <p>※郡の分割により ART サービス提供施設が減少 (チ</p>

<p>健施設の管理能力が強化される。</p>	<p>スから固定 ART サービスへの移行を含む) を改訂する。</p>	<p>ヨングェ郡 13 から 5、ムンブワ郡 11 から 8) <チョングェ郡></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2 サイトで固定 ART サイトへ移行 ・ 新たに 3 カ所の ART サイトを開設 (モバイル ART サイト 2 カ所、固定 ART サイト 1 カ所) <p><ムンブワ郡></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 3 サイトで固定 ART サイトへ移行 ・ 新たに 3 カ所のモバイル ART サイトを開設
	<p>3-2 モバイル ART サービス業務日誌など、ART サービスの質を向上するためのツールを導入する。</p>	<p>■いくつかの保健センターでは患者登録簿、診療録 (スマートケアフォーム)、記録帳などのツールが適切に使用されていない状況は終了時評価時から変わっており、現在も適正使用に向けた指導を継続している。</p>
	<p>3-3 カウンセリングと検査、ART、結核、その他関連サービスに必要な検査を確実に提供する。</p>	<p>■日本人短期専門家を現場に派遣し指導を行うことで、検査、診断に必要な機器の適切な使用、維持管理、検査・診断に係る技術の向上を促進している。</p> <p>■両郡に対して、MSL による調達遅れを補完するために、必要な検査試薬を供与した。</p> <p>■ムンブワ郡保健局ラボではエアコンの取り換えを行った。</p>
	<p>3-4 継続的な専門教育として技術研修を実施する。</p>	<p>■本邦研修への参加による専門教育の機会を提供した。延べ人数 11 名を以下の研修に派遣した (これらの研修員は JICA の他の研修スキームによって派遣され、プロジェクト予算は使用していない)。</p> <p>本邦研修のテーマは以下のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ストップ TB 活動 ・ エビデンスに基づいた公衆衛生計画立案 ・ 5S-KAIZEN-TQM ・ 保健システム・マネジメント ・ 感染症対策 <p>■現地研修</p> <p>以下の研修を実施した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ TB/HIV 担当官向けデータ管理研修 <ul style="list-style-type: none"> - 2014 年 3 月に対象 4 郡向けに実施 - 2015 年 3 月にカロモ郡、カズングラ郡向けに実施 ・ ART 基本研修 <ul style="list-style-type: none"> - 2014 年 11 月にソルウェジ郡向けに実施

		<ul style="list-style-type: none"> - 2015年3月にカロモ郡、チョングウェ郡、カズングラ郡向けに実施 ・ 服薬指導研修 - 2014年8月にムンブワ郡向けに実施 - 2015年6月にカロモ郡、カズングラ郡向けに実施 ・ 小児 ART 研修 - 2014年9月にチョングウェ郡向けに実施 - 2015年7月にチョングウェ郡向けに実施
	<p>3-5 データ管理、事業計画、運営事務など、サービスの質に関し郡保健局職員がモバイル ART サイト及びモバイルから固定へと移行したサイトを監督指導する。</p>	<p>■両郡保健局は半期に一度に行われる Performance Assessment の枠組みで保健センターへの巡回指導を行っている。</p> <p><チョングエ郡></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2014年3月・6月・9月・10月、2015年2月・5月に実施 <p><ムンブワ郡></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2014年3月・4月・9月、2015年1月・6月
	<p>3-6 年1回、対象郡内/対象郡間での経験共有会議を開催する。</p>	<p>■SHIMA プロジェクト四半期レビュー会議や ART レビュー会議の開催、現場視察に他郡の担当官を招いて実施することなどから経験共有が図られた。</p> <p><チョングエ郡></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2014年2月、5月 SHIMA プロジェクト四半期レビュー会議開催 ・ 2015年1月 テクニカルアップデート（ART サービスを含む）会議を開催 ・ 2015年2月 カオマ郡の HIV 担当官を招いて現場視察を実施 ・ 2015年5月 カワンプワ郡 HIV 担当官を招いて現場視察を実施 ・ 2015年8月 同郡の ART 担当看護師が、カロモ郡での現場視察と郡内レビュー会議に参加 ・ 2015年9月 カズングラ郡の HIV 担当官を招いて現場視察と、郡内レビュー会議を実施 <p><ムンブワ郡></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2014年2月、5月 SHIMA プロジェクト四半期レビュー会議開催 ・ 2014年7月 同郡の HIV 担当官がカロモ郡の現場視察に参加

		<ul style="list-style-type: none"> ・ 2015年1月 ART レビュー会議開催 ・ 2015年8月 同郡の HIV 担当官が、カズングラ郡での現場視察に参加 ・ 2015年8月 カロモ郡の HIV 担当官を招いて現場視察を実施
	3-7 州保健局及び保健省提出用の四半期進捗報告書を作成する。	<p>■終了時評価時と同じ状況であり、保健省の通常プロセスに則り、保健管理情報システム（HMIS）レポートを州保健局に提出している。また、州保健局へ月次の ART サービス進捗報告書を提出している。</p> <p>■ルーチンで収集しているデータの質の信頼性に欠ける点が課題であり、今後改善が必要である。</p>
4. 新規対象郡(カロモ郡及びカズングラ郡)が、「モバイル HIV サービス国家ガイドライン」に沿って、モバイル ART サービス(モバイル ART サービスから固定 ART サービスへの移行を含む)を計画、導入及び管理できるようにする。	4-1 モバイル ART サービス計画/実施ツール(モバイル ART サービス業務日誌、予約簿、イベントカレンダーなど)を導入する。	■活動 3-2 と同様
	4-2 チョングェ郡及びムンプワ郡での実地研修を通じて、新規対象郡保健局がモバイル ART サービスの計画・管理に関する知見を付与する。	<p>■両郡は現場視察や他郡からの視察受け入れを行い、ART サービスの提供や管理状況、課題点などを共有した。現場視察により両郡の HIV 担当官が他郡へ技術的提言を行えるようになった。これらの現場視察から得た知見は四半期で行われるプロジェクト会議にて共有されている。</p> <p><カロモ郡></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2014年8月 同郡の保健情報担当官によるカズングラ郡へ現場視察 ・ 2015年1月 カルルシ郡の HIV 担当官によるカロモ郡への現場視察受け入れ ・ 2015年7月 同郡の HIV 担当官によるムポングウェ郡への現場視察 <p><カズングラ郡></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2014年2月/5月 同郡の保健情報担当官によるカロモ郡への現場視察 ・ 2015年5月 同郡の HIV 担当官によるカワンプワ郡への現場視察
	4-3 対象郡保健局がモバイル ART 実施計画(モバイル ART サービスか	■終了時評価時と同様に、各郡・州保健局、保健省ごとに次四半期の実施計画が作成され、四半期ごとのプロジェクト会議で発表され共有されている。

	ら固定 ART サービスへの移行を含む)を作成する。	
	4-4 確認された必要性に応じて ART/日和見感染 (OI) 管理、(V)CT、精神的・社会的カウンセリングなどを含む研修を実施する。	■活動 3-4 と同様
	4-5 カウンセリングと検査、ART、結核、その他関連サービスに必要な検査を確実に提供する。	■活動 3-3 と同様 ■両郡に対して、MSL による調達遅れを補完するために、必要な検査試薬、消耗品を供与した。
	4-6 保健省の調達システム (MSL Request and Requisition system) を通じて、新規対象郡保健局が薬品/消耗品/医療機器、その他モバイル ART サービスに必要な物品を調達する。	■保健省のラボ担当官がラボ機材ロジスティクス研修を受講することで、検査試薬や医療機器、消耗品のロジスティクス管理の改善を図った。 ■MSL からの試薬、消耗品の調達に関しては終了時評価時に指摘されていた状況から変わっておらず、遅れが生じている。そのため、郡保健局の依頼による必要な試薬と消耗品の供与を行った。 ■JICA 短期専門家によって機材の適正使用や管理の指導を行った (2014 年 8 月～10 月)。
	4-7 実施計画に従って、モバイル ART チームの支援の下、ヘルスセンターでのモバイル ART サービスの提供及びモバイルから固定サイトの移行を実施する。	■両郡は実施計画に従い、ART サービスを実施している。 ＜カロモ郡＞ ・ 4 カ所で固定 ART サイトへの移行が完了 ・ 2 カ所の新規モバイル ART サイトを開設する予定 ＜カズングラ郡＞ ・ 1 カ所で固定 ART サイトへの移行が完了し、1 カ所が移行プロセス中 ・ 12 カ所のモバイル ART サイトで、SOT、CRESO、郡保健局によるモバイルチームの支援を受けている。 ・ 2 カ所の新規モバイル ART サイトを開設する予定
	4-8 郡保健局が新規モバイル ART サイトへ定	■両郡保健局は半期に一度に行われる Performance Assessment の枠組みで保健センターへの巡回指導を行

	<p>期的な監督指導を実施する。</p>	<p>っている。</p> <p><カロモ郡></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2014年5月・9月、2015年1月・6月に実施 <p><カズングラ郡></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2014年2月・4月・8月・12月、2015年3月・4月 ・ 2014年8月にはカロモ郡保健情報担当官を招いて実施、2014年4月にはカピリムポシ郡から HIV 担当官を招いて実施
	<p>4-9 定期的な郡内 ART 検討会議を開催する。</p>	<p>■ART レビュー会議の頻度は四半期に一度から半期に一度に減らしたが、なお資金不足により ART レビュー会議の実施回数は目標に満たなかった。</p> <p>2014年1月～2015年8月までに開催目標値は3回であったが、2014年8月にカズングラ郡にて1回（カロモ郡から保健情報担当官が参加）、2015年8月に両郡にて郡内会議を1回開催したにとどまった。</p>
	<p>4-10 州保健局提出用モバイル ART データを収集する。</p>	<p>■活動3-7と同様</p>
	<p>4-11 州保健局及び保健省本省提出用四半期進捗報告書を作成する。</p>	<p>■活動3-7と同様</p>

3. 投入実績

投入実績	
日本側投入実績	
構成	【延長分評価時実績 (2015年9月時点)】 (2014年1月～2015年11月)
JICA 専門家の派遣	合計 54.75 MM (プロジェクト延長期間終了時点の見込値) 長期専門家：延べ4名 (チーフ・アドバイザー/保健計画、HIV/AIDS ケア 2名、業務調整/公衆衛生)、合計 43.0 MM 短期専門家：延べ7名 (モニタリング評価 2名、オペレーショナル・リサーチ、HIV ケア・治療 2名、検査サービス管理 2名)、合計 11.75 MM
資機材の提供	総額：3,576 USD 品目：エアコン、UPS、プリンター (ムンブワ郡保健局) 加圧ポンプ、硬水軟化装置、フロートスイッチ (カズングラ郡ムクニ保健センター)
本邦研修	延べ人数：11名 (これらの研修員は JICA の他の研修スキームによって派遣され、プロジェクト予算は使用していない) 研修内容：ストップ TB 活動、エビデンスに基づいた公衆衛生計画立案、5S-KAIZEN-TQM、保健システム・マネジメン ト、感染症対策 延べ期間：11.9 MM
国際学会等参加/発表	延べ人数：11名 オーストリア、カナダで開催された HIV/AIDS 関連学会/会議参加と発表 (口頭、ポスター) 延べ期間：0.16 MM
現地活動費	在外事業強化費：180万 8,593.88 ZMW (3,066万 6,766円相当、2013/2014/2015年度それぞれの平均 JICA 統制レートで計算)
ザンビア側投入実績	
構成	【延長分評価時実績 (2015年9月時点)】 (2014年1月～2015年11月)
カウンターパート配置	保健省：9名 (プロジェクト・ダイレクター、プロジェクト・マネジャー、クリニカル・ケア担当官、小児 ART 担当官等) ルサカ州保健局：1名 (州保健局長) 南部州保健局：2名 (州保健局長 1名及びクリニカル・ケア・スペシャリスト 1名)

	<p>中央州保健局：1名（州保健局長） 郡保健局：22名（郡保健局長、TB/HIVコーディネーター、ARTコーディネーター、情報担当官、検査室スタッフ、バイオメダイカル担当官、クリニカル・ケア担当官等）</p>
施設及び資機材	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健省内事務スペース 2. 事務用品等
現地活動費	<ol style="list-style-type: none"> 1. プロジェクト活動に必要な経常経費（水道、電気など） 2. モバイルARTサービスに必要な経費（車輛燃料、スタッフ日当 ほか）

4. 指標達成状況

指標達成状況

成 果	指 標	達成状況
1. 保健省本省が郡保健局によるモバイル ART サービスの採用及び適切な実施(モバイル ART サービスから固定 ART サービスへの移行も含む)を促進できるようになる。	1-1 すべての州に国家モバイル HIV サービスガイドラインが周知されている。	■終了時評価時点で達成済み。状況に特に変化なし。
	1-2 モバイル ART サービスモニタリングに係る実務者会議が年に一度実施されている。	■国家モバイル ART 実務者会議は 2014 年 1 月～2015 年現在の期間中においては、2014 年度(第 5 回、9 月)、2015 年度(第 6 回、10 月)に開催され、終了時評価後も継続して実務者会議が年次で開催されている。同実務者会議では、国家プログラム対象の 15 郡(2014 年 5 月よりプロジェクト対象 4 郡に加え、国家 ART プログラムパイロット 15 郡へモニタリングを拡大)から提出されたデータに基づくサービス提供のレビューや、モバイルサイトから固定サイトへの移行進捗等が州・郡保健局やパートナーと共有され、今後の ART サービス提供に係る問題点が協議されている。
	1-3 ザンビアのモバイル ART サービス年次報告書が作成・配布されている。	■2013 年度のモバイル ART サービス年次報告書は第 4 回国家モバイル ART 実務者会議(2013 年 12 月開催)にて収集したパイロット 15 郡における ART サービス実施状況に関するデータを取りまとめて編纂、全国の州・郡保健局及びパートナーの関係者に配布された。 ■2014 年度の年次報告書は現在ドラフトが済み、保健省の承認待ちの状態である。
2. 郡保健局の行うモバイル ART サービスを含む ART サービスに対して、対象とする州保健局が技術支援及び監督指導を実施できるようになる。	2-1 州 ART 関係機関委員会会議を半期ごとに開催している。	■南部州保健局は 2014 年 3 月、8 月、12 月、2015 年 2 月、7 月に定期パートナー調整会議を開催しており、終了時評価時と同様に原則四半期ごとの開催を継続している。 ■ルサカ州、中央州保健局では、現在も実務者会議や年次進捗報告書を通してのモニタリング体制がとられている。
	2-2 対象郡の四半期ごとの監督指導が 75%以上実施され、モニタリング報告書が保健省に提出されている。	■半期ごとの Performance Review (PA) 時の監督指導のための現場訪問の機会に合わせて ART サービス提供状況のモニタリングを行っている。南部州における PA の実施率は 100%。 ■モバイル ART サービスに特化したモニタリング報告の保健省への提出は報告系統が確立していないこともあり、実

		施されていない。保健情報管理システム（HMIS）に基づいた報告、PA システムに基づいた報告は実施されている。ただし、南部州としては、プロジェクト 2 郡のみならず州内の全郡におけるモバイルサービスの状況を四半期ごとにモニターしており、定期会議で毎回発表されている。
3. 地方部の ART サービスの持続的な強化に向けたチョンゲ郡及びムンブワ郡保健局/保健施設の管理能力が強化される。	3-1 ART 拡大計画が毎年レビュー、改訂されている。	■終了時評価時点で達成済み。とくに状況の変化なし。
	3-2 プロジェクト期間を通じて、予定されたモバイル ART サービスがすべて実施されている。	■チョンゲ郡、ムンブワ郡ともにプロジェクト期間を通じて予定されたモバイル ART サービスをすべて実施している。 ■両郡ともにモバイルから固定サイトへの移行を段階的に進めており、それによって生じた余力を用いて新しいモバイルサイトの開設に成功している（ムンブワ郡 3 サイト、チョンゲ郡 3 サイト）。
4. 新規対象郡（カロモ郡及びカズングラ郡）が、「モバイル HIV サービス国家ガイドライン」に沿って、モバイル ART サービス（モバイル ART サービスから固定 ART サービスへの移行を含む）を計画、導入及び管理できるようになる。	4-1 2014 年までに 18 カ所以上の保健施設で、実施計画に沿ってモバイル ART サービスを実施している。	■終了時評価時点で達成済み。施設数は、終了時評価時点と同じ。 ■カロモ郡では、六つのモバイル ART サイトのうち四つのサイトで固定化サービスへの移行が完了している。カズングラ郡では 15 サイトのうち郡保健局が 7 サイトを担当している（残りは SOT、CRESO という NGO が担当）。そのうち、1 サイトで固定化サービスへの移行が完了、1 サイトが移行進行中である。
	4-2 2014 年までにすべての新規対象郡保健局が、年間実施計画及び予算にモバイル ART サービスを組み込んでいる。	■終了時評価時点で達成済み。状況に特に変化なし。

プロジェクト目標	指 標	達成状況
質の高い ART サービスを地方部で拡大するために、保健省の本省、州及び郡保健局の各レベルにおいて、持続的な	1. 2014 年までに、対象郡の 48 以上の保健施設が ART サービスを提供している。	■2015 年 10 月時点で対象 4 郡合計 58 の保健施設が ART サービスを提供している。各郡の内訳は以下のとおりである。 <ul style="list-style-type: none"> ・ チョンゲ郡 19 施設（8 施設はルフンザ郡管轄地域に移行） ・ ムンブワ郡 14 施設（3 施設はシブユンジ郡管轄地域に移行）

<p>サービス提供のためのマネジメント能力が向上する。</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・ カロモ郡 10 施設（3 施設はジンバ郡管轄地域に移行） ・ カズングラ郡 15 施設 <p>■各郡ではモバイルサービスから固定化サービスへの移行を計画、実施した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ チョングェ郡：2 カ所で固定 ART サイトへ移行が完了 ・ ムンブワ郡：3 カ所で固定 ART サイトへ移行が完了 ・ カロモ郡：4 カ所で固定 ART サイトへの移行が完了 ・ カズングラ郡：1 カ所で固定 ART サイトへの移行が完了し、1 カ所が移行プロセス中 <p>■同時に、サービスがカバーされていない地域へのモバイル ART サービスも展開している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ チョングェ郡：新たに 3 カ所のモバイル ART サイトを開設（モバイル ART サイト 2 カ所、固定 ART サイト 1 カ所） ・ ムンブワ郡：新たに 3 カ所のモバイル ART サイトを開設 ・ カロモ郡：2 カ所の新規モバイル ART サイトを開設する予定 ・ カズングラ郡：2 カ所の新規モバイル ART サイトを開設する予定
	<p>2. 2014 年までに、80%以上のモバイル ART サイトで、ART 患者の治療継続率 75%以上を維持している（脱落及び死亡例が 25%未満）。</p>	<p>■2013 年から 2014 年の 1 年間のコホート調査で治療継続率が 75%以上であった「ART サービス提供施設の各郡での割合」は、チョングェ郡で 100%、ムンブワ郡 83%、カロモ郡で 100%、カズングラ郡で 91%であった。</p> <p>■2013 年 1 月から 12 月までの 1 年間で治療を開始した患者の開始後 1 年間の治療継続率は、チョングェ郡 91.1%、ムンブワ郡 85%、カロモ郡 100%、カズングラ郡 87.9%であった。</p> <p>なお、データが不足している施設は計算から除外している。</p>
	<p>3. 2014 年までに、計画の 75%以上の ART 関係者会議が実施されている。</p>	<p>■中央レベル 国家モバイル ART 実務者会議はプロジェクト期間を通して年 1 回実施されている。</p>

		<p>■州レベル</p> <p>南部州保健局は2014年3月、8月、12月、2015年2月、7月、9月に定期パートナー調整会議を開催し、ART関連活動を行う他組織と州内の情報を共有した。2014年1月～2015年現在（四半期に1回、計画値7回）までの同州のパートナー会議開催率は、86%（6/7回）であった。</p> <p>■郡レベル</p> <p>対象4郡の2014年1月から2015年現在（半期に1回、計画値4回）のARTレビュー会議の実施回数は目標値（各郡4回）に達しなかった。</p> <p>各郡の詳細は、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ チョングェ郡：3/4回 75% ・ ムンブワ郡：2/4回 50% ・ カロモ郡：1/4回 25% ・ カズングラ郡：2/4回 50% <p>達しなかった理由は、恒常的な資金不足や人材不足による。</p>
	<p>4. モバイルARTサービスからの教訓が、会議や国際学会・国内の学会などさまざまな場で発信されている。</p>	<p>■ARTサービスに係るプロジェクト活動やORで得られた経験、知見は国内外の会議、学会等で精力的に発表された。</p> <p><学会・国際会議発表実績></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 国際エイズ会議（2014年7月） ・ 国際エイズ学会（2015年7月） ・ BMC Pregnancy and Childbirth への論文発表（2015）
	<p>5. すべての対象郡において1カ所以上がモバイルARTサイトから固定ARTサイトに移行されている。</p>	<p>■2015年10月現在、各郡での固定化サービスへの移行状況は以下のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ チョングェ郡：5つのモバイルARTサイトのうち2サイトで固定化サービスの移行が完了 ・ ムンブワ郡：8つのモバイルARTサイトのうち3サイトで固定化サービスの移行が完了 ・ カロモ郡：6つのモバイルARTサイトのうち4サイトで固定化サービスへの移行がほぼ完了している。 ・ カズングラ郡：15サイトのうち郡保健局が7サイトを担当している（残りはSOT、CRESOというNGOが担当）。そのうち、1サイトで移行完了、1サイトでの移行が進行中である。

6. 研究業績一覧

研究業績一覧

IAC2014 (International AIDS Conference), Melborone, July 2014 SHIMAプロジェクト発表演題リスト						
発表形式	発表タイトル	発表者	発表者所属/職位	発表日		
口演&ポスター	Urgent need to strengthen continuum of HIV care after successful scale up of decentralized HIV care services: a prospective cohort study of newly diagnosed HIV	Vincent Chipeta	カモネ郡保健局 HIV担当官	2014/7/24		
口演	Urgent need to strengthen active tracing of lost to follow up cases: a prospective cohort study of newly diagnosed HIV clients in rural districts, Zambia	Paul Nambala	カズンガ郡保健局 HIV担当官	2014/7/25		
口演	Operational challenge: Linkages from prevention of mother-to-child transmission services to care and treatment services in Zambia	Mable Chirwa	チョンゴエ郡保健局 HIV担当官	2014/7/24		
ポスター	High incidence of loss to follow-up among breastfed infants exposed to HIV in Zambia	Mable Chirwa	チョンゴエ郡保健局 HIV担当官	2014/7/22		
ポスター	Current situation of serostatus disclosure to HIV-positive children and its associated factors in Mumbwa district, Zambia	Christopher Dube	ムンブワ郡保健局 郡保健局長	2014/7/23		
ポスター	Long term ART outcome in District Hospital and Rural Health Centres supported by mobile team: a prospective cohort study in a rural district, Zambia	駒田 謙一	SHIMAプロジェクト チーフアドバイザー	2014/7/22		
ポスター	The effect of mobile ART service on the retention rate on ART adjusting the differences in human resource and patient volume between mobile and static ART	Albert Mwango	ザンビア保健省 ARV担当官	2014/7/23		
ポスター	Expanded health impact and its cost-effectiveness of the new WHO 2013 guidelines on prevention of mother-to-child transmission of HIV in Zambia	石川 尚子	NCGM 派遣協力課医師	2014/7/24		
IAS2015 (International AIDS Society Conference), Vancouver, July 2015 SHIMAプロジェクト発表演題リスト						
発表形式	発表タイトル	発表者	発表者所属/職位	発表日		
ポスター	Long term ART outcome and operational challenges in Rural Health Centres supported by mobile team: a prospective cohort study in a rural district, Zambia	駒田 謙一	SHIMAプロジェクト チーフアドバイザー	2015/7/20-22		
ポスター	Community Lay Cadres' contributions and over task-shifting in expansion of antiretroviral therapy to rural health centres in Zambia	Kenneth Chibwe	カモネ郡保健局 郡保健局長	2015/7/20-22		
ポスター	Lower ART Retention by 2010 Guideline Revision in Resource Limited Settings, Zambia	Nangana Kayama	ムンブワ郡保健局 HIV担当官	2015/7/20-22		
発表論文						
掲載雑誌	論文タイトル	論文執筆者	執筆者所属	掲載年		
Bio Med Central Pregnancy and Childbirth 15:258	Longitudinal adherence to antiretroviral drugs for preventing mother-to-child transmission of HIV in Zambia	大川純代 他 ※駒田謙一チーフアドバイザー が共同執筆者の一人	東京大学大学院医学系研究科 国際地域保健学教室 他	2015		

7. 評価グリッド

評価グリッド

5項目評価	確認事項	判断基準	必要なデータ	データソース											
				PJT 報告書類	質問票	Interview (専門家)	Interview (GP)								
妥当性	当プロジェクトの延長フェーズの正当性については、終了時評価及び延長フェーズR/D締結時に受益者のニーズや、延長国側の政策及び日本の援助政策との整合性が確認されているため、本評価では省略する。														
有効性	プロジェクト目標達成の見込み	保健省の本省、州及び郡保健局の各レベルにおいて、固定化サービスへの移行や、ARTサービス自体の増加などの外部条件に対応しながら、質の高いARTサービスの持続的提供のためのマネジメント能力が期待された程度に向上したか	総合的判断	① 指標の達成状況 ② プロジェクト活動対象範囲内の指標以外の成果等	○	○	○	○							
	成果の達成見込み	(成果1) ARTサービスの質の維持、サービスの固定化への移行プロセス、新治療ガイドラインの導入に対する保健省による支援、モニタリング体制が維持されているかどうか	指標の達成度 指標以外の成果等	① 各指標の実績 ② 関係者の意見	○	○	○	○							
		(成果1) 政策策定のみならず予算配分に関して保健省とコミュニティ開発・母子保健省とのコミュニケーションが強化されているかどうか													
		(成果2) ARTサービスの質の維持、サービスの固定化への移行プロセス、新治療ガイドラインの導入に対する州保健局による各都への支援、モニタリング体制が維持されているかどうか													
		(成果3) 新ガイドラインに沿った移行認証のプロセスに沿って、適切に固定化サービスへの移行が行われているか													
	因果関係	(成果3) チョンゲ、ムンブワ保健局ともに、固定化された施設及び新たにモバイルサービスを開始した施設に適切な指導とサービス実施への支援がされているか	-	① 関係者の意見	-	-	○	-							
		(成果3) チョンゲ、ムンブワ両郡保健局ともに、固定化された施設及び新たにモバイルサービスを開始した施設に適切な指導とサービス実施への支援がされているか													
		(成果4) カロモ、カズングラ郡において、固定化ARTサイトへの移行が計画どおりに実現したかどうかを確認する。また、移行後も質、クライアントのART継続率を高水準で保持したままARTサービスの提供が維持されているかどうか													
		(成果4) カロモ、カズングラ郡のレビュー会議や監督指導訪問の実施率が改善されたかどうか													
	促進・阻害要因	プロジェクト目標の達成は成果によって引き起こされたものか 他にプロジェクト目標達成に必要な成果、または有効なアプローチはなかったか	-	① 関係者の意見	-	-	○	-							
効率性	投入実績の確認（日本側）	専門家の投入は計画どおり実施されたか 機材供与は計画どおり実施されたか 本邦研修は計画どおり実施されたか 現地活動費は予定どおり執行されたか	計画と実績の比較	① 投入実績	○	○	-	-							
	投入実績の確認（ザンビア側）	C/Pの配置はプロジェクト実施のために適切に配置されたか プロジェクト実施に必要な経費は適切に執行されたか													
	投入の質、タイミング	専門家派遣人数、専門性、派遣時期は適切か							① 派遣実績 ② 関係者の意見	○	○	-	○		
		供与機材の種類、量、設置時期は適切か							① 投入実績	-	○	○	○		
		プロジェクトにより作成、導入された資機材は成果達成のために適切に活用されているか							① 利用状況	-	-	○	○		
		本邦タイミング、内容、期間は適切か また、どのように成果に反映したか 在外事業強化費は適切に執行されたか							① 派遣実績 ② 関係者の意見 ① 予算執行実績	-	○	○	○		
	活動実績の確認	活動は計画どおり実施されたか							計画と実績の比較	① 活動実績	○	○	-	-	
	促進・阻害要因	他に効率性を促進、阻害した要因はあるか							-	① 関係者の意見	-	-	○	○	
	インパクト	上位目標の達成見込み							対象各郡のARTサイト数、ARTサービスの利用者数、ARTの治療継続率の変遷、国家モバイルARTサービス拡大計画の実施状況、今後の展開から、3～5年後のプロジェクト非対象地域を含むザンビアの地方部において質の高いARTサービスへのアクセスが向上する見込みはあるか	現状からの予測	① プロジェクト目標達成状況 ② 持続性の検証	○	○	○	○
		プロジェクト目標達成の見込み							※有効性と同様	※有効性と同様	※有効性と同様	○	○	○	○
上位目標達成への要因		上位目標の達成に対して、プロジェクト目標の貢献度はどの程度か	-	① 指標の達成状況 ② 関係者の意見	○	○	○	○							
促進・阻害要因		上位目標に至るまでの外部条件は現時点においても正しいか、外部条件が満たされる可能性は高いか	-	① 関係者の意見 ② その他検証	○	○	○	○							
		その他、上位目標達成を促進または阻害する可能性のある外部条件は想定されるか	-	① 関係者の意見 ② その他検証	○	○	○	○							
その他インパクト		上位目標以外に、プロジェクトはどのような変化をもたらしたか、また、現時点で発現している正・負のインパクトはあるか (ex: 他の保健サービスへの影響等)	-	① 関係者の意見	-	-	○	○							
持続性	政策・制度的側面	政策的支援は持続しているか	-	① 政策 ② 関係者の意見	-	-	○	○							
	財務的側面	国家モバイルARTサービス拡大計画遂行のための、予算・人材等リソースの確保に方策があるか	-	① 政策、予算 ② 関係者の意見	-	○	○	○							
		郡レベル以下への予算配分を管轄しているコミュニティ開発・母子保健省と保健省との間で政策策定のみならず予算配分に関してコミュニケーションが強化されているかどうか	-	① 関係者の意見	-	-	○	○							
	技術的側面	ARTサービスを継続していくための継続的な能力強化の機会が提供されるようなメカニズムはあるか	-	① 関係者の意見	-	-	○	○							
	促進要因・阻害要因	プロジェクトの効果が維持するための外部条件は維持されるか	-	① 関係者の意見	-	-	○	○							
		持続性に影響する促進要因・阻害要因に対する対応は検討されているか	-	① 関係者の意見	-	-	○	○							
総合的持続性	上記のような側面を総合的に勘案して、持続性は担保されているか	評価分析	-	○	○	○	○								

8. 調査日程

調査日程

日	活動	場所
10/21 (水)	羽田発 ルサカ着	
10/22 (木)	調査団内協議 南部州へ移動 南部州保健局職員へのインタビュー	JICA ザンビア事務所 南部州保健局
10/23 (金)	カロモ郡保健局職員へのインタビュー カロモ郡内保健施設への ART 現場視察、スタッフへのインタビュー	カロモ郡保健局 シアチテマ保健センター、マワヤ保健センター、カロモ郡病院
10/24 (土)	ルサカへ移動	
10/25 (日)	作業	
10/26 (月)	駒田チーフアドバイザーへのインタビュー	SHIMA プロジェクトオフィス
10/27 (火)	情報収集 評価報告書ドラフトの修正	JICA ザンビア事務所
10/28 (水)	第 6 回国家モバイル ART 実務者会議への出席 保健省インタビュー 評価報告書の最終化	タジ・バモジホテル 保健省 JICA ザンビア事務所
10/29 (木)	評価報告書の合意取り付け 大使館報告 M/M の署名 ルサカ発	在ザンビア日本大使館 保健省
10/30 (金)	羽田着	

9. 主要面談者リスト

主要面談者リスト

No.	Name	Organization	Position
1	Dr. Crispin Moyo	Directorate of Clinical Care and Diagnostic Service Ministry Of Health	Clinical Care Specialist
2	Dr. Kenneth Chibwe	Kalomo District Medical Office	District Medical Officer
3	Mr. Vincent Chipeta	Kalomo District Medical Office	Clinical Care Officer
4	Dr. Tina Chisenga	Southern Provincial Medical Office	Acting Clinical Care Specialist
5	Mr. Kamangara	Kalomo District Hospital	Nurse
6	Mr. Banda	Siachitema Health Center	Nurse
7	Mrs. Chapora	Mawaya Health Center	Nurse

付 属 資 料

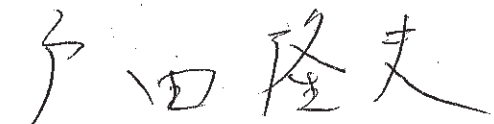
1. ミニッツ・第1回終了時評価（英文）
2. ミニッツ・プロジェクト延長に伴う第2回終了時評価（英文）

**MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN
THE JAPANESE TERMINAL EVALUATION TEAM
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF
THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF ZAMBIA
ON
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT
“SCALING UP OF QUALITY HIV AND AIDS CARE SERVICE
MANAGEMENT”**


The Japanese Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as “the Team”), organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”), headed by Dr. Takao Toda, visited the Republic of Zambia (hereinafter referred to as “Zambia”) from February 2nd to February 19th. The purpose of the Team was to confirm the achievements made during the five years’ cooperation period, and to undertake the terminal evaluation of the project, entitled “Scaling Up of Quality HIV and AIDS Care Service Management” (hereinafter referred to as “Project”).

During its stay in Zambia, the Team had a series of discussions with the Zambian counterpart organizations and both sides agreed on the Executive Summary of the Project and the Joint Terminal Evaluation Report as attached.

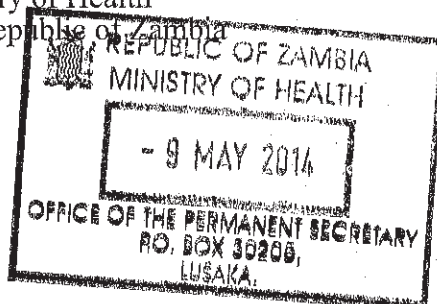
Lusaka and Tokyo, April 21st, 2014



Dr. Takao Toda
Leader
Terminal Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Dr. Davy Chikamata
Permanent Secretary
Ministry of Health
The Republic of Zambia



Executive Summary for Scaling Up of Quality HIV and AIDS Care Service Management Project

1. BACKGROUND

【High Disease Burden of HIV/AIDS】

HIV/AIDS is one of the most serious threats to its national security in the Republic of Zambia (hereinafter referred as *Zambia*). The infection rate of HIV is one of the highest in the world: 12.7% in Zambia¹ (3 out of 5 are adult women²) vis-a-vis the average rate in Africa: 5.0%, and in the world: 0.8%³. Among 1.8 million people dying every year from AIDS around the world, about 30,000 people die in Zambia¹. In this situation, about half a million patients need ART services in Zambia.

【Strong Political Leadership】

The Government of Zambia has shown strong political leadership since 1980's. Dr. Kenneth Kaunda, former president of Zambia, openly admitted that his son passed away because of AIDS in 1980's and shared his views that Zambia needs to stand up to fight against HIV/AIDS as a nation. Since then, the Government has made strong commitments to reduce the burden of HIV/AIDS in Zambia, and prioritize HIV/AIDS control as one of the national agendas.

【Long-term collaboration with JICA through an innovative approach】

In order to help Zambia reduce the high burden from HIV/AIDS, JICA has worked with all levels of the Government (national, provincial, and district) to strengthen their capacity in HIV/AIDS control through technical cooperation since 2001. The collaboration identified the challenge that strengthening ART services at district hospitals was not successful in bringing the services to the patients living far from the hospitals. Therefore, a new innovative approach was developed to provide necessary treatments by strengthening the management capacity of ART services in rural health centres, as well as by developing the mobile system to mobilize necessary resources (such as medical professionals, drugs, and testing kits) from the hospitals to the centres. This innovative approach was successful, and resulted in identifying about 10,000 new patients with HIV and providing ART services to 4,000 new clients in two target districts (Mumbwa and Chongwe).

2. FRAMEWORK OF THE PROJECT

【The purpose of the project】

With the success in previous cooperation, JICA has implemented another project, "Scaling-Up of Quality HIV and AIDS Care Service Project" to expand the successful model to other rural settings in

¹ UNAIDS: Zambia (<http://www.unaids.org/en/Regionscountries/Countries/Zambia/>)

² UNGASS, Country Progress Report, 2012

³ UNAIDS, World AIDS Day Report 2011

Zambia since 2009. Two districts in Southern Province (Kalomo and Kazungula) were newly added for the direct intervention sites. The project not only supported providing ART services to as many ART clients as possible, but to strengthen the capacity of health centres and relevant government offices by giving on-site and off-site trainings on delivering the quality ART services.

【Multi-layer approach for capacity development】

Strengthening the capacity of fragile health system and local health centres is the key for the project to achieve the strong management system for the quality ART services in Zambia. The multi-layer approach to strengthen the capacity at different levels, from the national ministry to rural health centres, has been effective to promote human and organizational development, and helped the mobile ART service delivery system to be sustainable in the future with the capacity development for important stakeholders.

3. OUTCOMES

【Positive impacts on four target districts】

The project made significant positive contributions for HIV/AIDS control, and about 20,000 adults were newly identified as HIV-positive and 10,000 patients (including about 6,000 adult women) started ART. Also, the retention rate one year after the clients started ART was much higher with 93% on average than the national average of 75%². The data indicate that the quality of ART services is higher in the four districts.

【Nationwide impacts】

Even though the project targets only four districts, the project's achievements have expanded the quality ART services to 15 districts under "National Mobile ART Programme" and nationwide. Currently, 57 out of 103 districts in Zambia operate mobile ART services using the national guideline and national trainings developed by MOH with the project.

【Worldwide implications】

The project conducts scientific monitoring and evaluation activities to utilize scientific evidence to improve the management capacity and the quality of the ART services. The lessons and policy implications with scientific evidence have been shared to the world through publications and presentations at international conferences. Neighboring countries, such as Mozambique and Angola have shown interests in this mobile ART service programme.

【Collaboration with other partners and schemes】

The project has maximized its impact in HIV/AIDS control by collaborating with other partners. The project's effort to expand mobile ART services nationwide through technical support has been backed up by the supply of drugs and testing kits by GFATM and USAID. Also, Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCVs) have worked with the project and provided detailed information about ART services on the ground for policy makers.

4. WAY FORWARD

【Scale-up to the whole country】

Based on the successful implementation of this innovative HIV/AIDS care approach, the model should

be scaled up to the whole country in Zambia. When expanding the services, the effective use of scientific evidence, as well as capacity development of relevant stakeholders should be assured for the sustainable implementation.

[Zambia-JICA model as a good practice to the world]

The mobile ART service model established by MOH with JICA can be applied to other countries in the world, where people's physical access to healthcare services is limited due to long distances to healthcare facilities. The model will be useful to increase the access to necessary ART services to those underserved in rural settings.

[Information management]

In order to promote this effective HIV/AIDS control model nationally and globally, "information management" through the use of media (such as radio, TV, newspaper, internet) and visual aids for health promotion activities and the assignment of a specialist should be strengthened to all levels of stakeholders, from national ministries to local communities.

[Harmonization of the integrated approach]

While the mobile ART services were successful in Zambia, HIV/AIDS control should be carefully considered for the integration with other healthcare services, such as tuberculosis control and maternal and child health in order to make full use of limited human and financial resources.

END



JOINT TERMINAL EVALUATION REPORT
ON
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE PROJECT FOR SCALING UP OF QUALITY HIV AND AIDS
CARE SERVICE MANAGEMENT

The Ministry of Health

The Republic of Zambia

and

Japan International Cooperation Agency (JICA)

21 April 2014

CONTENTS

ABBREVIATIONS	3
CHAPTER 1 SCOPE OF TERMINAL EVALUATION	4
1.1 BACKGROUND OF THE TERMINAL EVALUATION.....	4
1.2 OBJECTIVES OF THE TERMINAL EVALUATION	5
1.3 MEMBERS OF JOINT EVALUATION TEAM	5
1.4 FRAMEWORK OF THE PROJECT	6
CHAPTER 2 EVALUATION PROCESS	8
CHAPTER 3 PROJECT PERFORMANCE	9
3.1 INPUTS	9
3.2 PERFORMANCE AND ACHIEVEMENTS OF THE PROJECT	10
3.3 IMPLEMENTATION PROCESS	22
CHAPTER 4 EVALUATION RESULTS	24
4.1 RELEVANCE	24
4.2 EFFECTIVENESS	25
4.3 EFFICIENCY.....	28
4.4 IMPACT	30
4.5 SUSTAINABILITY.....	32
4.6 CONCLUSION.....	34
CHAPTER 5 RECOMMENDATIONS	36
Annex	
Annex 1: PDM version 2 (March 3, 2010)	
Annex 2: Schedule of Terminal Evaluation	
Annex 3: Evaluation Grid	
3-1 Verification of Implementation Process	
3-2 Five Evaluation Criteria	
Annex 4: List of Personnel Interviewed	
Annex 5: Inputs	
5-1 Allocation of Counterpart Personnel	
5-2 Dispatch of JICA Experts	
5-3 Training in Japan and Third Country	
5-4 List of Equipment Provided	
5-5 Local Costs of the Japanese Side	
Annex 6: List of Operational Researches	
Annex 7: List of Research Articles Published	

Abbreviations

Abbreviations	Full Names
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ART	Anti-Retroviral Therapy
ARV	Anti-Retroviral Drugs
CCS	Clinical Care Specialist
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DMO	District Medical Office
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IMAI	Integrated Management of Adolescent and Adult Illness
JCC	Joint Coordinating Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
M/M	Minutes of Meetings
MOH	Ministry of Health
MCDMCH	Ministry of Community Development Mother and Child Health
NCGM	National Centre for Global Health and Medicine
OI	Opportunistic Infection
OR	Operational Research
OVI	Objectively Verifiable Indicator
PEPFER	The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief
PDM	Project Design Matrix
PMTCT	Prevention to mother to child transmission of HIV
PMO	Provincial Medical Office
TB	Tuberculosis
UHC	Universal Health Coverage
VCT	Voluntary Counseling & Testing
WHO	World Health Organization
ZDHS	Zambia Demographic Health Survey

CHAPTER 1 SCOPE OF TERMINAL EVALUATION

1.1 Background of the Terminal Evaluation

In the Republic of Zambia (hereinafter referred to as ‘Zambia’), the prevalence of human immunodeficiency virus (HIV) was estimated as high as 14.3% in adults ranging from 15 to 49 years old in 2007¹ (latest data at the commencement of the Project), and the estimated number of deaths attributed to HIV/AIDS is said to be approximately 100,000 in each year. In order to fight against HIV/AIDS, the Government of Zambia has shown strong leadership and commitments to fight against HIV/AIDS in Zambia, and the movement was followed by the political recognition of the threat from HIV/AIDS in Zambia by the Former President, Dr. Kenneth Kaunda when he admitted his son died from AIDS in 1980’s. Though many interventions had been tried, the introduction of anti-retroviral therapy (ART), chemotherapy regimens using anti-retroviral drugs (ARV) has come to the light in Zambia in 2003, and it has been effective to treat HIV/AIDS. Since then, ART services have been in rapid expansion under the strong initiatives of the Government of Zambia by offering free of charge for ARV in August 2005 and so on. Owing to such efforts and commitments from the government, the number of clients under ART rose above 220,000 December 2008. However, several challenges for quality and sustainable ART services came to light such as insufficient adherence to ART, disparity of services between urban and rural areas, work overloading of health personnel, etc.

In order to address the issues, a JICA’s technical cooperation project entitled “*Integrated HIV and AIDS Care Implementation Project at District Level (April 2006-March 2009)*” was conducted at Chongwe and Mumbwa Districts and achieved to establish basic component of “*Mobile ART Services*” that a team composed of health staff from a district hospital make the rounds of Rural Health Centres (RHCs) to provide ART services to clients as well as hands-on trainings to staff members of RHCs. Through the implementation of the said project, 10,080 rural residents were identified as HIV-positive, and 4,077 of those were led to ART with high adherence rate of 92% on average in 2 districts.

On the basis of such achievements, the Government of Zambia acknowledged the effectiveness of the mobile ART services to enhance the access of rural clients to ART, and requested the Government of Japan to subsequently start a new technical cooperation project to establish a steady implementation system of the said services. Though the Government of Zambia aimed the Government of Japan and JICA to support the national expansion of mobile ART services under 15 pilot districts in all provinces set for the National Mobile ART Programme, both sides had decided to select 4 districts as project target districts out of the 15 pilot districts of the Programme in consideration of available resources. Therefore, after the careful consideration of the request and the situations, JICA has launched a 5-year technical cooperation project entitled “*The Project for Scaling Up of Quality HIV and AIDS Care Service Management*” (herein after referred to as “*the Project*”) from November 2009 with the Ministry of Health (hereinafter referred to as ‘MOH’), the Southern Provincial Medical Office (hereinafter referred to as ‘PMO’) and 4 District Medical Offices (hereinafter referred to as ‘DMOs’) in Chongwe, Mumbwa, Kalomo and Kazungula as Zambian counterpart organizations to enhance management capacity for the expansion of quality ART services in rural areas.

As the Project is drawing to a close in 8 months, JICA dispatched the Terminal Evaluation Team² (hereinafter referred to as “*the Team*”) on a mission to evaluate the whole process of the Project by

¹ Zambia Demographic Health Survey, 2007

² Personnel from Zambian side are also regarded as members of the Team.

the “Five Evaluation Criteria” (*Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact and Sustainability*) based on their performances, progress of the project activities and implementation process of the Project, as a joint evaluation with the Zambian side. On the basis of the evaluation results, the Team would provide recommendations for relevant parties on the project activities to secure fulfillments of the Outputs and the Project Purpose as well as better sustainability of the benefits derived from the Project.

1.2 Objectives of the Terminal Evaluation

The objectives of the Terminal Evaluation are as follows:

- 1) To review the entire progress of the Project and evaluate the achievements as of the time of the Terminal Evaluation Survey and/or expected achievements by the end of the project period in light of the five evaluation criteria, on the basis of the latest version of Project Design Matrix (hereinafter referred to as “PDM”) version 2 (Annex 1), which was mutually agreed for the modification on the Minutes of Meetings (M/M) on the 2nd of March, 2010;
- 2) To discuss the contributing and hindering factors affecting achievements of the Outputs and the Project Purpose;
- 3) To discuss the plan of the Project for the rest of and even after the project period, based on the reviews and analysis of the project performances;
- 4) To make recommendations in order to achieve the Project Purpose and the Overall Goal, and to revise the PDM as necessary basis; and
- 5) To summarize the results of the study in Joint Terminal Evaluation Report.

1.3 Members of Joint Evaluation Team

The review work for the Project was jointly conducted with Japanese Terminal Evaluation Mission and one (1) Zambian member. The members of Joint Evaluation Team (hereinafter referred to as ‘the Team’) were indicated below.

<Japanese Side >

Name	Designation	Title and Affiliation	Duration of Survey
Dr. Takao TODA	Leader	Executive Advisor to the Director General, Human Development Department, JICA	17/Feb/2014 - 22/Feb/2014
Dr. Tamotsu NAKASA	Technical Advisor	Director of the Technical Cooperation Centre, Bureau of International Medical Cooperation, Japan (IMCJ), National Centre for Global Health and Medicine (NCGM)	15/Feb/2014 - 19/Feb/2014
Mr. Takahiro HASUMI	Cooperation Planning	Officer, Health Division 2, Health Group 1, Human Development Department, JICA	13/Feb/2014 - 21/Feb/2014
Dr. Yoichi INOUE	Evaluation Analysis	Senior Consultant, Consulting Division, Japan Development Service Co., Ltd.	3/Feb/2014 - 20/Feb/2014

<Zambian Side>

Name	Title and Affiliation
Dr. Albert MWANGO	National ARV Programme Coordinator, MOH

The evaluation survey was conducted from the 3rd to 19th of February 2014. The investigation period was used for site visits, interviews and scrutinizing various documents and data related to planning, implementation and monitoring processes of the Project (Annex 2).

1.4 Framework of the Project

The Narrative Summary of the Project (Project Purpose, Outputs and Activities) set in the latest PDM (version 2) is described below.

Overall Goal	Access to quality ART services in rural area is improved in Zambia.
Project Purpose	Management capacities for sustainable service provision are improved at all levels for the expansion of quality ART services in rural area.
Outputs	<p><u>Output 1</u> MOH (Headquarters) is able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service by DMOs.</p> <p><u>Output 2</u> Target PMOs are able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services.</p> <p><u>Output 3</u> Management capacities of DMOs/health facilities in <i>Chongwe</i> and <i>Mumbwa</i>* are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services.</p> <p><u>Output 4</u> New target districts (<i>Kalomo</i> and <i>Kazungula</i>) are able to plan, introduce and manage the mobile ART services as per the National Mobile HIV Services Guidelines.</p>
Activities	<p><u>Activities under Output 1</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1-1. Orient new districts on the National Mobile HIV Services Guidelines. 1-2. Monitor and evaluate sound implementation of the mobile ART services, through quarterly reporting and implementers' meeting. 1-3. Produce annual national progress report on mobile ART services. 1-4. Include components of mobile HIV services into the Basic ART Package, which is based on WHO IMAI (Integrated Management of Adolescent and Adult Illness). 1-5. Conduct operational research (OR) to improve quality of ART services and other related services in rural settings. 1-6. Organize stakeholders' meeting for information sharing of ART services in rural area. <p><u>Activities under Output 2</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 2-1. Plan and organize biannual Provincial ART Stakeholders Committee meetings. 2-2. Conduct quarterly supervisory visits to new mobile ART sites in target districts. 2-3. Provide technical support to new target districts (i.e. workshop, on-site consultation). <p><u>Activities under Output 3</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 3-1. Revise ART expansion plan in response to evolving service needs. 3-2. Introduce tools to improve the quality of ART services, such as the mobile ART service log book, etc. 3-3. Ensure the provision of necessary laboratory services for counseling & testing (CT), ART, TB, and other related services. 3-4. Undertake technical training as Continuous Professional Development. 3-5. Conduct supervisory visits by DMO staff members to mobile ART sites on quality of services (i.e., data management, service provision planning, and logistics in general).

	<p>3-6. Organize annual experience-sharing meeting within and/or among target districts.</p> <p>3-7. Produce progress report for submission to PMOs and MOH Headquarters.</p> <p><u>Activities under Output 4</u></p> <p>4-1. Adopt planning/operational tools for mobile ART services (i.e., mobile ART service log book, appointment book, calendar of events, etc.).</p> <p>4-2. Capacitate new target DMOs with hands-on experiences of planning and managing mobile ART services by conducting on-site training in Mumbwa or Chongwe.</p> <p>4-3. Develop mobile ART operational plans by target DMOs.</p> <p>4-4. Undertake technical training including ART/OI management, (V) CT, psycho-social counseling, etc. as found necessary.</p> <p>4-5. Ensure the provision of necessary laboratory services for counseling & testing (CT), ART, TB, and other related services.</p> <p>4-6. Ensure the procurement of necessary drugs/consumables/medical equipment/other goods for mobile services through the MSL Request and Requisition system.</p> <p>4-7. Undertake the mobile ART services at rural health centres with support of mobile ART team as per the operational plan.</p> <p>4-8. Undertake periodical supervisory visits to new mobile sites by DMOs.</p> <p>4-9. Organize periodical ART review meeting within districts.</p> <p>4-10. Compile monthly ART data for submission to PMO.</p> <p>4-11. Produce progress report for submission to PMOs and MOH Headquarters.</p>
--	--

*: Chongwe and Mumbwa are districts that have been implementing mobile ART services with JICA's support since 2006.

CHAPTER 2 EVALUATION PROCESS

The Terminal Evaluation was conducted in accordance with the latest “*JICA Guidelines for Project Evaluations*” issued in June 2010. Achievements and implementation process were assessed based on the investigation results, which are consolidated in the evaluation grid (Annex 3), from the aspects of the five evaluation criteria of relevance, effectiveness, efficiency, impact, and sustainability, as well as the Verification of Implementation Process.

The Team conducted surveys at the project sites through questionnaires and interviews to counterpart personnel, other related organizations, and the Japanese experts involved in the Project to review the Project on the basis of the evaluation grid. The list of persons interviewed is found in Annex 4.

Project performances including achievement of the Objectively Verifiable Indicators (OVIs) were reviewed and analyzed in accordance with the Project Cycle Management (PCM) concept. The review work was jointly performed by Japanese and Zambian sides on the basis of PDM version 2. Finally, the Team compiled this Joint Review Report.

Description of the five evaluation criteria that were applied in the analysis for the Terminal Evaluation is given in Table 1 below.

Table 1: Description of Five Evaluation Criteria

Five Criteria	Description
Relevance	Relevance of the Project is reviewed by the validity of the Project Purpose and Overall Goal in connection with the government development policy and the needs in Zambia. Relevance of the Project is verified on the basis of facts and existing state at the time of the Terminal Evaluation.
Effectiveness	Effectiveness is assessed to what extent the Project has achieved its Project Purpose, clarifying the relationship between the Project Purpose and Outputs. Effectiveness of the Project is verified on the basis of facts and achievements at the time of the Terminal Evaluation.
Efficiency	Efficiency of the Project implementation is analyzed with emphasis on the relationship between Outputs and Inputs in terms of timing, quality and quantity. Efficiency of the Project is verified on the basis of facts and achievements at the time of the Terminal Evaluation.
Impact	Impact of the Project is assessed in terms of positive/negative, and intended/unintended influence caused by the Project. Impact of the Project is verified on the basis of extrapolation and expectation at the time of the Terminal Evaluation.
Sustainability	Sustainability of the Project is assessed in terms of political, financial and technical aspects by examining the extent to which the achievements of the Project will be sustained after the Project is completed. Sustainability of the Project is verified on the basis of extrapolation and expectation at the time of the Terminal Evaluation.

CHAPTER 3 PROJECT PERFORMANCE

3.1 Inputs

The following are inputs from the Japanese side and the Zambian side to the Project as of December 2013. See Annex 5 for more information.

1) Input from Japanese Side

Components	Inputs
Dispatch of JICA experts	A total of 211.5 M/M – Long-term Experts: a total of 7 (Chief Advisor/Health Planning, HIV/AIDS Care, Laboratory Service Management, Project coordinator/Public Health), 184.0 M/M – Short-term Experts: a total of 11 Experts (HIV/AIDS Care Service Management, Operational Research, HIV Care and Treatment, Laboratory Service Management), 27.5 M/M
Provision of Equipment	Total amount; approx. USD 555,453 Items: 6 vehicles (4 for project activities at MOH (2 out of 4 vehicles were provided to the Zambian side for mobile ART services), 2 for mobile ART services at Kalomo and Kazungula), Laboratory equipment (CD4 T-cell counter, Portable X-ray System, Bio-Chemistry Analyzer, Haematology counter, etc.) etc.
Training in Japan	Total number: 17 persons (These persons were dispatched to the training courses utilizing JICA's training schemes, separated from the Project's expenses) Content: HIV/AIDS Care/Community Health, Evidence-Based Public Health Planning, Stop TB Action Total days: 23.2 M/M
Participation in International Conferences / Presentation	Total Number: 21 persons Participation and oral/poster presentation at HIV/AIDS-related International Conferences and Workshop held in Japan, Austria, Italy, France, USA, Malaysia, Ethiopia and South Africa. Total duration: 4.4 M/M
Local costs	Sum total for overseas activities costs: Approx. USD 1,163,000 (JPY 118,600,000) (estimated amount as of the end of the project period)

2) Input from Zambian Side

Components	Inputs
Allocation of Counterpart Personnel	MOH: 6 persons (Project Director, Project Manager, ARV coordinator, etc.) Southern PMO: 3 persons (1 Provincial Medical Officer and 2 Clinical Care Specialists (CCS)) DMOs: 16 persons (District Medical Officers, TB/HIV Coordinators, Information Officers, Lab Service Officers)
Facilities, Equipment and Materials	1. Office space in MOH 2. Office equipment and supplies
Local costs	1. Running costs for project activities (e.g. costs for water, electricity and landline phone). 2. Operational costs for Mobile ART services such as fuel for vehicles, staff allowance, etc. 3. A part of operational costs for training activities

3.2 Performance and Achievements of the Project

1) Performance of the Project Activities

Performance of the Project Activities under Outputs is as indicated below.

Output 1	
MOH (Headquarters) is able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service by DMOs.	
Activities	Performances
1-1. Orient new districts on the National Mobile HIV Services Guidelines.	<p>The Mobile ART Service Guidelines were oriented not only to the new target districts but also to other PMOs through an orientation workshop and the Mobile ART Implementers' Meeting. Details are as follows</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientation workshop and launching ceremony of National Mobile HIV Services Guidelines geared to representatives from all PMOs and targeted 10 DMOs was held on May 4-6 at Lusaka in cooperation with the Zambia National HIV/AIDS/STI/TB Council (NAC); and ● The Guidelines were revised to meet the changing circumstances and needs in November 2013; subsequently, the revised edition was distributed at the Annual Implementers' Meeting convened in December of the same year geared not only to the target 4 but also 15 DMOs and its competent PMOs. The Project will support practical application of the revised Guidelines hereafter.
1-2. Monitor and evaluate sound implementation of the mobile ART services, through quarterly reporting and implementers' meeting.	<p>Quarterly Review Meeting and Annual Implementers' Meeting have been held regularly and presentation and reviewing work, discussion on operational issues, sharing upcoming schedule of project activities.</p>
1-3. Produce annual national progress report on mobile ART services.	<p>Annual Progress Report on Mobile ART Services has been published from the year 2010.</p> <p>The Annual Report (2013) is under editing work at the initiative of JICA experts as of the time of the Terminal Evaluation. As the editing work is completed, the Report will be distributed to counterpart organizations and other stakeholders.</p>
1-4. Include components of mobile HIV services into the Basic ART Package, which is based on WHO IMAI (Integrated Management of Adolescent and Adult Illness).	<p>Mobile HIV services components were included into the Basic ART package in 2010 after a series of discussions with WHO representatives in Zambia. Details are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● The Project utilized this package for the training courses at Kalomo and Kazungula districts in November 2010; and ● Doctors from Chongwe and Kalomo participated in the training of trainers (TOT) in December 2010 provided training to health personnel enrolled in mobile ART services using this package at their districts.

<p>1-5. Conduct operational research to improve quality of ART services and other related services in rural settings.</p>	<p>ORs have been commenced from 2010 in 10 research themes under 6 topics, 6 themes of which are being operated at the time of the Terminal Evaluation. Details are as follows and see Annex 6 for detailed information:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● JICA experts, MOH and DMOs worked in collaboration to conduct a whole OR process from designing research protocols to rounding up the research results, with indirect support from NCGM in Japan. The 6 research topics are as follows: <ul style="list-style-type: none"> – Continuum of HIV Care; – Access to laboratory services related to ART services; – ART services for adults; – Pediatric HIV and prevention to mother to child transmission of HIV (PMTCT) services; – ART treatment supporters; and – HIV-related diseases. ● Analysis results of ORs and/or findings/experiences of the Project were presented at a number of international conferences and a workshop; subsequently those were compiled in 4 scientific research articles. In addition, it is expected that more research articles will be published by the end and even after the end of the project period.
<p>1-6. Organize stakeholders' meeting for information sharing of ART services in rural area.</p>	<p>The Mobile ART services Implementer' Meeting was established and 1st Meeting was held in December 2010. Not only the counterpart organizations of the Project but also other stakeholders related to ART services was convened to the Meeting and shared actual situation of ART in the rural areas, project performances and OR results. Details are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● MOH has been organizing the Mobile ART services Implementer' Meeting in every December with the support of counterpart personnel of MOH and JICA experts to share the progress of mobile ART services at 15 pilot districts of the National Mobile ART Programme as well as other development partners; in addition, activity plans and other issues related to ART services are discussed at the Meeting; and ● The 4th Implementers' Meeting was convened in December 2013, the said 15 pilot DMOs, related (9) PMOs and other stakeholders participated the Meeting (approx. 60 participants). Performances and achievements presented at the Meeting are currently under compilation work, and the Annual progress Report will be distributed to all stakeholders as soon as completed.

<p>Output 2</p>	
<p>PMOs are able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services.</p>	
<p>Activities</p>	<p>Performances</p>
<p>2-1. Plan and organize biannual Provincial ART Stakeholders Committee meetings.</p>	<p>Southern PMO has been sharing information amongst partner organizations by the name of "Stakeholders' Committee Meeting" composed of subordinating DMOs and NGOs that provide ART-related activities quarterly. Details are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● The Project participated the meeting and presented results/findings based on the project M&E and ORs; and ● Executing rate of the meeting from 2011 to 2013 was 92% (11/12 times).

<p>2-2. Conduct quarterly supervisory visits to new mobile ART sites in target districts.</p>	<p>Southern PMO has been conducting a monitoring activity by the name of “Performance Assessment” bi-annually that supervises comprehensive health services including ART services provided at the catchment areas of DMOs. Details are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● The Project accompanied PMO to conduct the Performance Assessment visit as needed; and ● PMOs have become authority to conduct capacity assessment of RHCs to switch over mobile ART services (wearing-off) to static services as the role and responsibility of the assessment was delegated from the Health Professions Council of Zambia (HPCZ) to PMOs. Assessment results were reported to HPCZ, and HPCZ gives the accreditation to health facilities as ART-providing facilities.
<p>2-3. Provide technical support to new target districts (i.e. workshop, on-site consultation).</p>	<p>At the initial phase of the Project, the Project assisted 2 new target districts of Kalomo and Kazungula by conducting a planning workshop for mobile ART services on 26 February 2010 geared to the said DMOs. Details are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Situational analysis was conducted at the said districts and subsequently draft plan for the mobile ART services was developed,; ● The Project provided 24 health personnel at the said districts with Training of Trainers (TOT) in accordance with new guidelines for adult and pediatric ART in February 2011. In the aftermath, Kalomo and Kazungula DMOs have come into operation the mobile ART services from the second quarter of the year 2010; and ● After the commencement of the services, Southern PMO has been doing technical support to ART service-providing DMOs including the said DMOs through the Performance Assessment, Partners’ meeting and so on, in accordance with the annual plan of the PMO.

<p>Output 3 Management capacities of DMOs/health facilities in Chongwe and Mumbwa are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services.</p>	
Activities	Performances
<p>3-1. Revise ART expansion plan in response to evolving service needs.</p>	<p>DMOs are developing an annual action plan at the budget-planning meeting, and the ART expansion plan is included in the plans. Details are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Chongwe DMO has been providing ART services at 13 out of 26 health facilities (hospitals and RHCs, before the segmentation of the district) from the beginning of the project period; mobile ART services are provided at 10RHCs out of 13 facilities and 1 RHC has recently switched over ART from the mobile to static services. Another 2 RHCs are in the process of switching over from mobile services to static services at the time of the Terminal Evaluation. The DMO is doing some research and preparation to expand mobile ART services at 3 RHCs hereafter, though the switching process is behind schedule to some extent; and ● Mumbwa DMO has been providing ART services at 11 out of 35 health facilities (hospitals and RHCs, before the segmentation of the district) from the beginning of the project period; mobile ART services are provided at 10RHCs out of 13 facilities. Three (3) RHCs have been switched ART services from mobile to static sites and those RHCs are expected to be handed over to newly established neighboring district. The DMO is planning to newly commence mobile services at 3 RHCs in the year 2014 though the process is behind schedule to some extent.

<p>3-2. Introduce tools to improve the quality of ART services, such as the mobile ART service log book, etc.</p>	<p>The MOH-standardized tools such as patient cards, register book, medical record (Smart Care Form) are introduced gradually from the first quarter of 2010. Details are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● afterwards, the Project assisted DMOs to enhance proper use of those through review meetings and supervisory visits; ● In addition, the Project has introduced the appointment book to RHCs for better preparation of ART services as well as proper tracing/follow-up of clients; and ● However, the Project identified that those tools aren't used properly in some RHCs; the Project will continue technical support to DMO to improve this situation.
<p>3-3. Ensure the provision of necessary laboratory services for counseling & testing (CT), ART, TB, and other related services.</p>	<p>The Project provided necessary testing and diagnostic instruments, and a JICA short-term expert has been giving technical guidance regarding proper management and operation regularly. Details are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● At the beginning of the Project, portable X-ray was provided to Chongwe DMO, and CD4 T-cell counter, Biochemistry analyzer and Haematology counter were provided to Mumbwa DMO. After those instruments were installed, a short-term JICA expert (laboratory service management specialist) has been traveling around the target districts and provided hands-on training and guidance to laboratory staffs for proper operation and management of it; and ● The Project provided essential amount of reagents and laboratory consumables in response to the request from DMOs at the time of severe stock shortages arising from the delay in procurement from the Medical Stores Limited (MSL).
<p>3-4. Undertake technical training as Continuous Professional Development.</p>	<p>The Project provided not only the leading 2 districts but also the 2 newly assigned districts with the "Training in Japan" as professional instructions. The Project also has provided health staff and volunteers in RHCs with basic ART training in Zambia. Details are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A total of 10 health personnel from the 4 targeted DMOs participated in "Training in Japan" and took part in the courses of "HIV/AIDS Care and Community Health", "Stop TB Action" or "Evidence-based Public Health Planning", which meet the needs of the participants (See Annex 5 for more information); ● DMOs took initiative to design and provide RHCs staff and adherence supporters (volunteers) with training for mobile ART services with indirect support from the Project. As of the time of the Terminal Evaluation, a total of 516 staffs and adherence supporters from 4 target districts have participated in a total of 24 training session. See Annex 5 for detailed information such as contents of trainings; and ● However, several trained health staff at RHCs have retired or left their position; therefore, it is desired that supportive supervision should be strengthened further. Moreover, the adherence supporters who received trainings aren't always active for their voluntary work; thus, this might be one of the future challenges.
<p>3-5. Conduct supervisory visits by DMO staff members to mobile ART sites on quality of services (i.e., data management, service provision planning, and logistics in general).</p>	<p>DMOs are supposed to conduct supervisory visits to RHCs quarterly. However, they couldn't conduct supervisory visits as scheduled interval due to budget shortfall, overlapping with other duties and so on. Details are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● The executing rate of the visits from the year 2011 to 2013, as a matter of fact, was 58% (28/48 times) on average in the 4 districts (See Annex 5 for more information); ● The executing rate in Chongwe and Mumbwa districts from the year from 2011 to 2013 were 58% and 67%, respectively; and ● As just described, the targeted 4 districts have been conducted supervisory visits at 6-month intervals as a matter of fact. Having said that, ART services at RHCs were seemed to be properly maintained in general.

<p>3-6. Organize annual experience-sharing meeting within and/or among target districts.</p>	<p>DMOs are supposed to convene directors of RHCs that provide ART services for the ART Review Meeting quarterly; however, they couldn't conduct supervisory visits as scheduled interval due to budget shortfall, overlapping with other duties and so on. Details are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● The executing rate of the meetings from the year 2011 to 2013, as a matter of fact, was 65% (26/40 times) on average in the 4 districts (See Annex 5 for more information); ● The executing rate in Chongwe and Mumbwa districts from the year from 2011 to 2013 were 70% and 90%, respectively; and ● Since the RHCs have experienced the ART services to a certain extent, the meeting interval was changed from quarterly to biannually from the year 2013. However, there happened an appreciable delay in budget allocation for DMOs in the year 2013; as a result, executing rate of the meeting was as low as 62% (5/8 times) on average in 4 districts; and ● On the other hand, Quarterly Project Meetings, aiming at experience sharing amongst the target DMOs, have been held as scheduled generally (11/12 times from 2011 to 2013).
<p>3-7. Produce progress report for submission to PMOs and MOH Headquarters.</p>	<p>In accordance of the rule stipulated by MOH, all DMOs are supposed to submit Health Management Information System (HMIS) reports quarterly, which include ART clients' information.</p> <p>DMOs, hence, didn't develop progress reports specifically to comply with this project activity, in order to avoid duplication of work.</p>

<p>Output 4</p>	
<p>New target districts (Kalomo and Kazungula) are able to plan, introduce and manage the mobile ART services as per the National Mobile HIV Services Guidelines.</p>	
<p>Activities</p>	<p>Performances</p>
<p>4-1. Adopt planning/operational tools for mobile ART services (i.e., mobile ART service log book, appointment book, calendar of events, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Same as the Activity 3-2.
<p>4-2. Capacitate new target DMOs with hands-on experiences of planning and managing mobile ART services by conducting on-site training in Mumbwa or Chongwe.</p>	<p>Representatives from Kalomo and Kazungula DMOs, in advance of the commencement of the mobile ART services, visited Mumbwa and Chongwe districts and received hands-on training for mobile ART services in November 2009. In the aftermath, both DMOs have started the services from the 1st quarter of 2010. Other related activities are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● On the 25th of June 2010, target DMOs participated in Mumbwa District quarterly ART review meeting, for sharing experiences on management and on improvement of mobile ART services at <i>Lungobe</i> RHC, Mumbwa DMO; and ● Thereafter, experiences of planning and managing mobile ART services have been shared amongst 4 target DMOs through quarterly Project Meetings, Annual Implementers' Meeting and as-needed telephonic and/or e-mail communication.
<p>4-3. Develop mobile ART operational plans by target DMOs.</p>	<p>Operational plans were drafted through the mobile ART service-planning workshop in February 2010 with support from the Southern PMO.</p> <p>Thereafter, each target DMOs presented quarterly action plans at quarterly and annual review meeting for sharing with MOH, Southern PMO and other stakeholders.</p>
<p>4-4. Undertake technical training including ART/OI management, (V) CT, psycho-social counseling, etc. as found necessary.</p>	<p>See Activity 3-4 and Annex 5 (Input) for more information.</p>

4-5. Ensure the provision of necessary laboratory services for counseling & testing (CT), ART, TB, and other related services.	Same as the Activity 3-3. <ul style="list-style-type: none"> ● A JICA expert and a MOH officer in charge of Laboratory Services conducted monitoring visit to MSL in 2013 and found out some problems in order system as well as stock and supply management for proper distribution of reagents and consumables for testing.
4-6. Ensure the procurement of necessary drugs/consumables/medical equipment/other goods for mobile services through the MSL Request and Requisition system.	As was described in the Activity 3-3, the Project provided essential amount of reagents and laboratory consumables in response to the request from DMOs at the time of severe stock shortages arising from the delay in procurement from MSL. A short-term JICA expert (laboratory service management specialist) discussed countermeasures for procurement system with MSL and MOH, and compiled a report on recommendations for improvement.
4-7. Undertake the mobile ART services at rural health centres with support of mobile ART team as per the operational plan.	Both Kalomo and Kazungula DMOs developed operational plans of mobile ART services and commenced the services from the second quarter of the year 2010 in accordance with the plans. Details are as follows: <ul style="list-style-type: none"> ● In the Kamolo district, only 2 out of 36 health facilities (before division of the district jurisdiction area) provided ART services as static sites at the beginning. After the commencement of the Project, Kalomo DMO has started mobile AT services gradually; as of the time of the Terminal Evaluation, DMOs is organizing mobile ART services at 8 RHCs. In the first half of the project period, the Project observed several cases that mobile ART services were switched to static services in some RHCs with immature conditions, and caused inadequate service quality and work overloading of staff members of RHCs. This issue was confirmed in the mid-term review; thereafter, the MOH, with technical and financial assistance from the project, organized the technical working team to revise the guideline in order to stipulate a facility valuation basis and switchover process of ART from mobile to static service. Those were incorporated into the revised edition of "National Mobile HIV Services Guidelines" that was officially approved in November 2013. As of the time of the Terminal Evaluation, the switchover process at districts is supposed to be done in line with the Guidelines; and ● Kazungula DMO has started mobile ART services from second quarter of the year 2010, and gradually expanded the mobile services to RHCs. As of the time of the Terminal Evaluation, mobile ART services are provided at 15 out of 22 health facilities in Kazungula.
4-8. Undertake periodical supervisory visits to new mobile sites by DMOs.	DMOs are supposed to conduct supervisory visits to RHCs quarterly. However, they couldn't conduct supervisory visits as scheduled interval due to budget shortfall, overlapping with other duties and so on. Details are as follows: <ul style="list-style-type: none"> ● The executing rate in Kalomo and Kazungula districts from the year from 2011 to 2013 were 50% and 58%, respectively; and ● A breakdown of the rate is as follows: that in leading 2 districts was 63% (15/24 times); and that in newly targeted districts was 54%, showing somewhat lower executing rate of supervisory visit in the 2 newly started districts than that in the 2 leading districts.
4-9. Organize periodical ART review meeting within districts.	<ul style="list-style-type: none"> ● The executing rate in Kalomo and Kazungula districts from the year from 2011 to 2013 were 60% and 70%, respectively; and ● As shown in the activity 3-6, executing rate of ART Review Meeting from 2011 to 2013 was 65% on average in the 4-targeted districts. A breakdown of the rate is as follows: that in leading 2 districts was 75% (15/20 times); and that in newly targeted districts was 55% (11/20 times), showing rather lower executing rate of the Review Meeting in the 2 newly-targeted districts than that in the 2 leading districts.
4-10. Compile monthly ART data for submission to PMO.	Same as the Activity 3-7.
4-11. Produce progress report for submission to PMOs and MOH Headquarters.	Same as the Activity 3-7.

2) Achievements of the Outputs

a) Output 1

Achievements of the Objectively Verifiable Indicators (OVIs) for Output 1 are as indicated below.

[Output 1]	
Ministry of Health (Headquarters) is able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service by DMOs.	
OVIs	Achievements
1-1. The National Mobile HIV services guidelines are disseminated to all the provinces.	<ul style="list-style-type: none"> ● The National Mobile HIV Services Guidelines were distributed to all provinces and other stakeholders through the orientation workshop and launching ceremony geared to representatives from all PMOs and targeted 10 DMOs held on May 4-6 at Lusaka in cooperation with NAC and other partners. ● The Guidelines were revised to meet the changing circumstances and needs in November 2013; subsequently, the revised edition was officially launched at the Annual Implementers' Meeting convened in December of the same year geared not only to the target 4 but also 15 DMOs and its competent PMOs. The Project will support practical application of the revised Guidelines hereafter.
1-2. Implementers' meetings for monitoring mobile ART services are held annually.	<ul style="list-style-type: none"> ● From the year 2010 when the Project has commenced, Annual Implementers' Meeting has been held, and performance of activities as well as results from OR were discussed for determining and finalizing the contents of the Annual Progress Report. Issues arising from the activities of mobile ART expansion and switchover of ART from mobile to static services at RHCs are also discussed. Annual action plans of ART service operation are shared amongst the stakeholders. ● No implementers' meeting specialized for mobile ART services was held before the commencement of the Project; however, the Mobile ART Implementers' Meeting is functioned as a supreme decision-making body on the mobile ART services as of the time of the Terminal valuation and the function of that is clearly stipulated in the Mobile HIV service Guidelines.
1-3. Annual progress report on mobile ART services in Zambia is produced and disseminated.	<ul style="list-style-type: none"> ● As aforementioned, the Annual Progress Reports have been compiled once a year after the discussion of contents and scientific overview at the Implementers' Meeting, and distributed to all PMOs, DMOs in the targeted 4 districts and development partner organization working in the area of mobile ART services. ● The Report clearly revealed actual situation and challenges of the mobile ART services, which contributed practical operation of the services as basic information.

The foundations of the service were established via prior JICA's technical cooperation project entitled "Integrated HIV and AIDS Care Implementation Project at District Level (April 2006-March 2009)" targeting Chongwe and Mumbwa Districts; and the National Mobile ART Service Guidelines, that had been under preparation, were authorized after the commencement of the Project (May 2010) and distributed not only to the counterpart organizations but also to all PMOs in the country. After that, the Guidelines underwent revision with novel scientific foundations, based on the knowledge gained in the Project and according to the changed conditions in Zambia. The revised Guidelines were informed to related agencies across the country at the end of 2013 (OVI 1-1). Meanwhile, following announcement of the Guidelines in May 2010, there was a tendency to aim simply for quantitative expansion of services as the mobile ART services rapidly spread throughout the country. As a countermeasure, the Project elaborated a "National Definition of

Quality ART Services” with its monitoring indicators, and prepared a poster for this and distributed it to health facilities all over the country. The said definition and its indicators were incorporated into the revised Guidelines in 2013.

Meanwhile, the Implementers’ Meeting, staged under the assistance of the Project, has developed into the supreme decision making body on the mobile ART services (OVI 1-2) under the cooperation of not only the target organization of the Project but also other PMOs and development partner agencies, etc. The performances of the project activities were discussed in this meeting, and compiled into the Annual Progress Report with scientific overviews. It seemed that the Report have contributed gauging the actual state of mobile ART services in Zambia (OVI 1-3).

In addition to these achievements, the JICA experts have participated in various technical working groups related to ART (ART, pediatric ART, prevention of mother and child infections, testing services) staged by MOH throughout the project period, and conducted information sharing and technical guidance to member organizations of the working groups with regard to the experiences and findings obtained from the project activities. In addition, the JICA experts offered technical advices to MOH and other partner agencies on preparation of “*the National ART Guidelines*”, “*the National Pediatric ART Guidelines*” and “*the National PMTCT Guidelines*” that were revised in 2010. The Project also offered technical assistances for MOH, WHO and other designated agencies to develop “*Basic ART Clinical Training Course*” geared to staff members of RHCs with no experiences of ART services, out of the need for basic and comprehensive training for minimum requirements of HIV/AIDS care services. This training course was officially recognized as the National Training by MOH in May 2010.

Accordingly, the OVIs for Output 1 have been amply achieved, and the Project has made a major contribution towards standardization in mobile ART services and even other fields related to ART services. Moreover, mobile ART services as well as switchover process of ART from mobile to static services at RHCs are expected to spread across the whole country under the support of the Project. Therefore, it is considered that MOH achieved the objectives of Output 1 in general.

b) Output 2

Achievements of the OVIs for Output 2 are as indicated below.

【Output 2】	
Target Provincial Medical Offices (PMOs) are able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services.	
OVI	Achievements
2-1. Biannual Provincial ART Stakeholders Committee Meetings are held regularly.	<ul style="list-style-type: none"> ● The Southern PMO is organizing the Partners’ Coordinating Meeting quarterly, which composed of the PMO, all subordinating DMOs and partner organizations working in the area of HIV services in the Southern Province for sharing the experiences and information, monitoring & evaluation on ART services operated in Southern Province. ● JICA experts continued to participate the Meeting and provided technical advices on the operation and/or problems of mobile ART services as well as switchover of ART from mobile to static services at RHCs; the results from OR were also presented at the Meeting.
2-2. More than 75% of quarterly visits to target districts are conducted and monitoring report are submitted to the MOH.	<ul style="list-style-type: none"> ● Southern PMO is supposed to conduct the performance Assessment to supervise DMOs bi-annually with a focus on the reliability of the reported data concerning health services provided by subordinating RHCs. JICA experts have accompanied the PMO to the RHCs where

	<p>some problems were identified and provided technical advices as needed.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Results from the Performance Assessment were shared at the Partners' Meeting, and countermeasures are discussed if problems were identified.
--	---

Southern PMO conduct technical support and supervisory guidance for general health services, including mobile ART services, organized by DMOs under their jurisdiction via semi-annual monitoring mechanism of “the Performance Assessment” as well as “the Provincial ART Stakeholders Committee Meeting (Partners’ Coordinating Meeting)” held quarterly. Performance Assessment is conducted according to MOH rules, and the Project entails the provision of necessary technical advice in the area of the ART services for the Assessment. Moreover, whereas the Partners’ Meeting had been primarily intended to coordinate partners concerned with ART under the leadership of the PMOs at the start of the Project, based on the advice given under the Project, it has developed to possess comprehensive health service monitoring functions with participation from the DMOs in the area of jurisdiction too. Moreover, the Meeting has made it possible for the project outputs and OR results to be shared with other DMOs in the southern provinces. With respect to the PMOs in the Lusaka province where Chongwe District is located and the Central Province where Mumbwa District is located, the necessary technical advice, outputs and experiences have been shared via the aforementioned Implementers’ Meeting and the Annual Progress Report.

Accordingly, the OVI for Output 2 have been achieved in general, and since the ART services monitoring and evaluation setup has been constructed in the Southern Province and other provinces including Lusaka Province and Central Province, it is considered that the objectives of Output 2 have also been realized in general.

c) Output 3

Achievements of the OVI for Output 3 are as indicated below.

<p>【Output 3】 Management capacities of DMOs/health facilities in Chongwe and Mumbwa are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services.</p>	
OVI	Achievements
<p>3-1. ART expansion plan is annually reviewed and revised.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● As was described at the Activity 3-1, DMOs are developing an annual action plan by taking the revised budget planning into consideration, and switchover from mobile services to static services of ART at several RHCs along with the expansion of ART services to uncovered areas are included in the plans. ● Action plans developed by DMOs (expansion of mobile ART services to uncovered areas is included) are reviewed from quarter to quarter on the basis of the performances and achievements.
<p>3-2. 100% of scheduled mobile visits are conducted throughout the project period.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● In several RHCs located in very remote area with bad road condition, the mobile ART team sometimes encountered troubles to travel to such places, and happened to be late for starting time of the services at the sites. ● DMOs managed to provide ART services continuously to clients at such RHCs by increasing the stock of ARVs, reducing the number of days prescribed and so on. There was no case reported for interruption or cessation of their medications.

The US government (through the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the United States President’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)) and the Global Fund to Fight AIDS,

Tuberculosis, and Malaria (GFATM) have been providing substantial support Zambia to procure ARV as well as testing reagents. In order for ARV and reagents to reach people who need them for certain, the Project should make efforts to enhance management capacity of DMOs so that they are able to organize and operate the mobile ART services properly. As indicated in Achievements of the OVI for Output 3 below, the DMOs in Chongwe and Mumbwa districts go ahead with expanding mobile ART services along with switching ART from mobile to static service at RHCs where comply with the requirements for it, in line with the annual activity plans. Moreover, since ART must be continued once it is started providing that there are no special circumstances such as critical adverse events (side effects, etc.), the DMOs have managed to continue mobile ART services at RHCs by improving the work efficiency and flexibly adjusting the their tasks even if access to RHCs becomes difficult or difficulties arise in procuring and delivering ARVs. Moreover, ever since the start of the Project, the DMOs have steadily expanded mobile ART services and are deemed to have acquired the technical know-how necessary for doing this. Moreover, in cooperation with the JICA experts, the DMOs have implemented OR concerning HIV/AIDS care including mobile ART services as part of the project activities. As a result, the DMOs have acquired various valid knowledge concerning HIV/AIDS care in the areas under their jurisdiction, and also gained experiences a series of study process from designing protocol, implementing, summarizing the results and conducting interpretation of data from the scientific standpoint. It is anticipated that this knowledge and experiences can be effectively utilized in the treatment of HIV/AIDS care as well as ART services as in daily clinical practices.

Meanwhile, it is desirable that ART services are provided as static services at RHCs if the facility environment meets the requirements. However, in the first half of the Project, several cases were found that ART services were switched from mobile to static services at RHCs with inadequate facilities' environments, resulting in work overloading of staff members of the RHCs and inadequate quality of services. A standard procedure of site evaluation and steps weaning off ART services from mobile to static services was included in the revised version of National Mobile HIV Services Guidelines under project support after the Mid-term Review. The weaning-off process is conducted at some sites according to appropriate procedures stipulated in the said guidelines.

Accordingly, since the OVI for Output 3 have been achieved and the DMOs have enhanced their management capacity for appropriately maintaining and expanding ART services under the current conditions, it is deemed that Output 3 has more or less been achieved.

d) Output 4

Achievements of the OVI for Output 4 are as indicated below.

[Output 4]	
New target districts (Kalomo and Kazungula) are able to plan, introduce and manage the mobile ART services as per the National Mobile HIV Services Guidelines.	
OVI	Achievements
4-1. More than 18 health facilities** provide mobile ART services according to the operational plan by the year of 2014.	<ul style="list-style-type: none"> ● A total of 25 health facilities are providing ART services in Kalomo and Kazungula districts. Performances of mobile ART services at RHCs are supposed to be supervised by respective DMO in a 3-month interval. <ul style="list-style-type: none"> – 10 facilities in Kalomo (3 are under Zimba District); and – 15 facilities in Kazungula ● Kalomo and Kazungula DMOs are planning to switch ART services at RHCs from mobile to static services in this year.

4-2. 100% of new target DMOs mainstream mobile ART services into their annual operational plans and budget by the year 2014.	<ul style="list-style-type: none"> ● Activity plan of mobile ART services in Kalomo and Kazungula DMOs are incorporated into the District Annual Plan likewise that in Chongwe and Mumbwa districts. See OVI 3-1 under the Achievement of Output 3 for more information.
--	---

** : Both supporting sites (e.g. district hospitals, mission hospitals) and host sites (i.e. RHCs) are included, but not military facilities.

In the newly targeted districts of Kalomo and Kazungula, the mobile ART services were commenced following the Mobile ART Services Planning Workshop that was implemented in February 2010, and the capacity to appropriately administer ART services was strengthened through support from the two pilot districts, supervision and guidance by the Southern PMO, and via the annual mobile ART Implementers' Meetings well as ART review meetings held in each district. As is indicated in the achievement of OVIs, since the number of health facilities that provides ART service have reached at the target value and the expansion plan of ART Services including switchover of ART from mobile to static services have been compiled in the new target districts, it is deemed that the objectives of Output 4 have been achieved in general.

However, as was indicated in "the Achievement of Output 3" section above, in order for the two newly-targeted districts to maintain and extend ART services in conformity to the revised mobile ART guidelines as in the two leading districts, it will be necessary that monitoring & evaluation as well as supervisory activities (meetings such as the annual Implementers' Meeting on the national level, Partner Meetings on the provincial level and ART Review Meetings on the district level, Performance Assessments by the PMOs, and supervisory visits by DMOs, etc.) should be appropriately continued for maintaining quality of services, and the budgets needed for services and monitoring should also be appropriately secured. On top of that, since the executing rates of ART review meetings as well as supervisory visits in the newly-targeted DMOs were significantly lower than that in the leading DMOs (see "3) Achievement of the Project Purpose" hereafter), it is suggested the necessity of continuation of technical assistances by any means.

3) Achievements of the Project Purpose

Achievements of the OVIs for Project Purpose are as indicated below.

【Project Purpose】	
Management capacities for sustainable service provision are improved at all levels for the expansion of quality ART services in rural area.	
OVIs	Achievements
1. More than 48 health facilities in target districts provide ART services by the year 2014.	<ul style="list-style-type: none"> ● As of the time of the Terminal Evaluation, a total of 49 health facilities at the 4 target districts are providing ART services. A breakdown are listed below: <ul style="list-style-type: none"> – 13 facilities in Chongwe; – 11 facilities in Mumbwa; – 10 facilities in Kalomo (3 are under Zimba District); and – 15 facilities in Kazungula. ● Each target DMO is planning and/or going ahead with switchover of ART from mobile to static services in accordance with the National Mobile ART Service Guidelines in parallel with expanding mobile ART services to uncovered areas.
2. More than 80 % of mobile ART sites keep more than 75% of active cases (= less than 25% of lost or death cases) by the year 2014.	<ul style="list-style-type: none"> ● Rates of health facilities that achieved 75% ART retention rate of clients were as follows: 90% in Chongwe; 100% in Mumbwa; 75% in Kalomo; and 82% in Kazungula, from cohort study pursued from 2012 to 2013.

	<ul style="list-style-type: none"> ● The retention rates of clients to ART from 2011 to 2012 were as follows: 90% in Chongwe; 93% in Mumbwa; 100% in Kalomo; and 87% in Kazungula ✓ Data from health facilities with missing data are excluded from analysis.
<p>3. More than 75% of planned ART Stakeholders meetings are held at all levels by the year 2014.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● National Mobile ART Implementers' Meeting has been continued once a year from the commencement of the Project. ● Executing rate of the Partners' Meeting at provincial level was 92% from the year 2011 to 2013 on average. ● As shown in the activity 3-6, executing rate of ART Review Meeting from 2011 to 2013 was 67.5% on average in the 4-targeted districts. A breakdown of the rate is as follows: that in leading 2 districts was 80% (16/20 times); and that in newly targeted districts was 55% (11/20 times), showing rather lower executing rate of the Review Meeting in the 2 newly-targeted districts than that in the 2 leading districts. A breakdown is as follows: 70% (7/10 times) in Chongwe; 90% (9/10 times) in Mumbwa; 50% (5/10 times) in Kalomo; and 60% (6/10 times) in Kazungula. Only Mumbwa district achieved the targeted executing rate of 75%. ● Since the RHCs have experienced the ART services to a certain extent, the meeting interval was changed from quarterly to biannually from the year 2013. However, there happened an appreciable delay in budget allocation for DMOs in the year 2013; as a result, executing rate of the meeting was as low as 62% (5/8 times) on average in the 4 target districts. ● Having said that, the years of 2011 and 2012 when budget was normally distributed, executing rate of the ART review meetings is higher in leading 2 districts (81% on average: 75% (6/8 times) in Chongwe and 88% (7/8 times) in Mumbwa) than that in newly started 2 districts (56% on average: 50% (4/8 times) in Kalomo and 63% (5/8 times) in Kazungula); the executing rate of the meetings in the newly-targeted 2 districts didn't reached at the target value of 75%, even in the year 2011 and 2012 when the budget was distributed normally.
<p>4. Lessons learnt through mobile ART services are disseminated at various forums. (i.e., meeting, int'l/nat'l conferences)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Experiences and findings obtained from the project activities as well as ORs were presented domestic and international conferences and workshops as follows: <ul style="list-style-type: none"> – International AIDS Conference (Jul 2010, Jul 2012, Jul 2014/ <i>11 abstracts are submitted as of the time of the Terminal Evaluation</i>), – IAS meeting (Jul 2011, Jun 2013) – International workshop on pediatric HIV (Jul 2011, Jul2012), – International Conference on AIDS and STIs in Africa (Dec 2011, Dec2013), – International Conference on AIDS in Asia and Pacific (Aug 2011), – International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (Oct 2011, Nov 2012, Nov 2013), – Annual meeting of the Japan Association for International Health (Sep 2010), – UNICEF Headquarters Meeting (Sep 2011) – Zambia National Health Research Conference (Oct 2011, Oct 2013), and – Zambia National ART Update Meeting (Nov 2010, Sep 2011). ● These research outcomes were put together a scientific articles. Two research articles were published in peer-reviewed international journals as of the time of the Terminal Evaluation. It is notable that 2 abstract articles of the conferences were referred by "the Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection, June 2013" issued by WHO.

As of the time of the Terminal Evaluation, the number of health facilities that provide ART services in the targeted 4 districts was expanded up to 49 that fulfills the target value of 48 (OVI 1) with sufficient retention rate of clients to ART (OVI 2). Moreover, the Project compiled scientific evidences from the analysis results from the performances of the project activities and OR, and made a lot of presentations at international scientific conferences. It is notable that the Zambian counterpart personnel, with support from JICA experts and research supporting agency of NCGM, submitted a total of 11 abstracts to the 20th International AIDS Conference for presenting analysis results from various research arms of OR and performances of the project activities such as mobile ART services. Some of the research outcomes have already published in peer-reviewed international journals (OVI 4), and at the same time, effectively utilized for revision work of the National Mobile HIV Service Guidelines and for daily duties as well as monitoring & evaluation of ART services.

On the other hand, the National Mobile ART Implementers' Meeting, Partners' meeting at provincial level, ART Review Meeting at district level, Performance Assessment by PMOs, supervisory visits by DMOs are regarded as key activities for maintaining and even enhancing ART services at RHCs. Monitoring meetings and reviewing exercises at national and provincial levels have been held as planned, whereas executing rates of ART Review Meetings as well as supervisory visits to RHCs didn't reached at respective target values as of the time of the Terminal Evaluation (OVI 3). In this regard, however, as was described at "*the Achievement of Output 2*" section, the retention rate of clients to ART has been highly maintained and no case has reported for ART interruption and/or cessation of ART due to insufficient quality control of ART services at RHCs. Thus, non-attainment of OVI 3 didn't cause negative influences on the ART services for clients in appearance.

Accordingly, the Project Purpose is deemed to be achieved largely as of the time of the Terminal Evaluation since OVIs are more or less fulfilled and ART service are maintained and even expanded in rural areas with a certain level of quality. Having said that, it is generally difficult to continue to provide ART services without letting other health services are negatively influenced under a limited amount of budget. In order to maintain and manage the quality assurance activities under such conditions, the Project should reinforce the efforts to enhance management capacity further by analyzing possible reasons for insufficient executing rate of ART Review Meetings and supervisory visits especially in the newly targeted districts.

3.3 Implementation Process

1) Project management and communication amongst parties concerned

Besides conducting the Implementers' Meetings, Stakeholders' Committee Meetings by PMOs, and ART Review Meetings by DMOs to manage ART services, MOH and the Project hosted the review meetings with relevant stakeholders, including DMOs to ascertain the progress and outputs of the project activities during the project period. The review meetings helped the Project to conduct the Project activities and monitor the progress. In March 2010, four months after the Project commenced, the 1st JCC had been conducted to approve the version 2 of PDM and to share MOH's plan to expand the National Mobile ART Programme and activity plans by the four districts. The Mid-term Review was conducted in May and June of 2012, and The Project and other related organization shared the direction of project activities to be done during the second half of the project period, based on the performances of the project activities and situations in Zambia. Thus, practical review mechanism of ART services and information sharing for project management have been well managed among counterpart organizations and JICA experts during the project period. Also, the recommendations from the Mid-term Review have been well

responded by the relevant stakeholders.

2) Ownership and Autonomy

Zambian counterpart organizations have put their substantive efforts to expand ART services based on the National Mobile HIV Service Guidelines. Especially, the Project conducts its activities with a strong emphasis on future sustainability and ownership of Zambian counterpart organizations; costs to implement necessary activities have been gradually shared with the Zambian side. However, due to the establishment of the new ministry, MCDMCH to take over the responsibility of managing rolls for all health facilities under the district level from MOH, negative impacts were identified in conducting healthcare services and monitoring activities in the health facilities under the district level. In order to respond to this challenge, the Project supported running costs for the monitoring activities and temporary procurements of reagents. Though the budget distribution of the first quarter of 2014 was conducted according to the plan, careful monitoring in budget distribution for the rest of the year is necessary.

3) Assistance for switchover process of ART from mobile to static services

Static ART services at health facilities in communities are ideal to provide necessary long-term care for ART-eligible patients. Since health centres as direct healthcare service providers for community health in Zambia have suffered from the shortage of the staff and the lack of knowledge and experience in ART services, the former project demonstrated the effective intervention to utilize mobile services to expand the ART service coverage. The Project established the ideal mechanism to expand mobile ART services to switch it over to static services by standardizing the services, establishing the management mechanism, and strengthening management capacity through necessary trainings, while the Project actually expanded the services to rural areas. The management capacity of Zambian counterparts has been improved to some extent to sustain and expand mobile ART services in technical aspects. However, as only about 80% of adults are estimated to be covered for ART services in Zambia, the rest of 20% are considered to be those living in further hard-to-reach areas. Due to limited human and financial resources, it is challenging to cover such eligible patients for ART services in hard-to-reach areas for long-term care. Therefore, it is necessary to further expand mobile services to uncovered areas while strengthening the functions of RHCs and switching the qualified RHCs with mobile services to static services. On the basis of the said need, MOH began to accelerate the switchover of ART from mobile to static services; responding to this, the Project has started technical assistances by standardizing switchover process, supporting practical process technically and so on after the Mid-term Review conducted in June 2012.

CHAPTER 4 EVALUATION RESULTS

4.1 Relevance

Relevance of the Project has been highly maintained throughout the project period.

- 1) Consistencies of the Project Purpose with the Zambian Health Policies and the needs of target groups

With regard to the consistencies of the Project Purpose with the Zambian Health Policies, the needs of the target groups, and Japan's aid policies that were confirmed at the Ex-ante Evaluation of the Project from February to March 2009, there wasn't any alteration of the Zambian health policies as well as the needs so as to undermine the relevance of the Project. Therefore, the consistencies are maintained throughout the project period.

Especially, the Zambian government places universal access to quality ART services as one of priority strategies for HIV/AIDS control in National Health Strategic Plan 2011-2015 and made some efforts to expand the service coverage in the rural areas. As a result, according to UNAIDS report in 2012, there is an estimation that 80% of Zambian adults who need ART services were covered. Though HIV prevalence was slightly decreased from 14.3% in 2007 to 12.7%³ in 2012, it remains persistently high. Moreover, the improvements in the quality and the sustainability of the services have been recognized as urgent issues. In response to these issues, the Project aims to improve management capacity of the relevant Zambian stakeholders to provide sustainable services through supporting "National Mobile ART Service Programme" in which MOH operates in 15 pilot districts.

"The Yokohama Action Plan 2013-2017", a translation of *"the Yokohama Declaration 2013"* agreed at the 5th Tokyo International Conference on African Development (TICAD V) held in June 2013, puts *"Strengthen health system and make progress towards universal health coverage (UHC) with special attention to maternal, newborn and child health, reproductive health, as well as infectious diseases and non-communicable diseases"* as one of the focus areas of health sector; and sets such *"Reduce the number of deaths related to HIV/AIDS, tuberculosis and malaria"* as related outcome targets. Meanwhile, *"The Japan's Global Health Policy 2011-2015"* placed *'combat HIV/AIDS, malaria and other diseases (MDG 6)'* as one of the top priorities.

For these reasons, the consistency of the Project Purpose with the Japan's Development policy for Africa as well as the Global Health Policy is substantially high at the time of the Terminal Evaluation.

- 2) Appropriateness of implementation method

Zambia was faced with a difficult situation in realizing UHC under the wide national land with thin population density, financial constrain, less availability of human resources both in number and competency, fragile health service system especially at rural areas. Concerning HIV/AIDS care services in Zambia, even though the number of newly infected people is declining in recent years, the HIV prevalence in Zambia is as high as 12.7% and patients with HIV/AIDS need to be monitored continuously at community health facilities since HIV/AIDS requires continuous care once they are diagnosed as HIV positive.

³ UNAIDS: Zambia (<http://www.unaids.org/en/Regionscountries/Countries/Zambia/>)

Under such conditions, the former JICA's project presented the possibility of availability of the mobile ART service that includes capacity development in its concept. The Project is assisting a vertical line of health administration bodies from MOH to DMOs via PMOs to establish a systematized operation mechanism for expanding ART services and capacity development with an eye on sustainability. In particular, Mobile ART services are not only providing ART services to rural areas, especially to expand them to hard-to-reach areas, but to switch them over to static ART services by improving human resources for health and functional capacity at hub RHCs for community health through the mobile ART services. In parallel with the expansion, the Project supported MOH to standardize the services through supporting the establishment of guidelines, including switchover from mobile to static ART services.

For these reason, it is considered that the implementation method of the Project is highly appropriate in consideration of the said context in Zambia from the aspect of relevance as well as sustainability.

4.2 Effectiveness

Effectiveness of the Project is high in general as of the time of the Terminal Evaluation, though an unexpected external factor partially impaired the achievement of the Output.

1) Probability of Achievement of Project Purpose

Since the commencement of the Project, ART services have been well expanded to those in need under "National Mobile ART Programme". The number of health facilities that provide ART services at both mobile and static is currently about 700 across the country. The Project has assisted 4 out of the 15 pilot districts under the National Mobile ART Programme. However, the Project has supported MOH to organize the Programme through the Project earnestly. Figure 1 shows the number of ART clients under the mobile services, static services and its total in the 4 project target districts from 2009 to 2012. As with the trend at a national level, the total number of the clients was 12,450 in 2009 when the Project has started, and increased up to 23,279 in 2012. The Project directly assisted to expand the coverage areas of ART services by the mobile ART services to reach the clients in remote areas, inaccessible to the static ART services. As a result of Project's efforts, the number of ART clients under the mobile services has increased from 2,675 in 2009 to 6,936 in 2012. Though accurate number of clients in 2013 couldn't be obtained, it is estimated that approximately 30,000 clients were receiving ART services by whether mobile or static ART services. Figure 2 shows the number of ART clients under mobile services in the 4-project-targeted districts and 15 national mobile ART programme-targeted districts. Likewise the 4 project-targeted districts, 15 programme-targeted districts demonstrated increasing trend in the

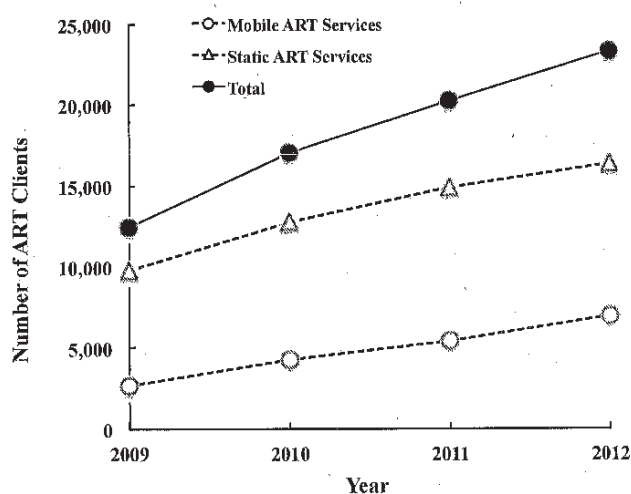


Figure 1: Number of ART Clients in 4 Targeted Districts (Chongwe, Mumbwa, Kalomo and Kazungula)

As with the trend at a national level, the total number of the clients was 12,450 in 2009 when the Project has started, and increased up to 23,279 in 2012. The Project directly assisted to expand the coverage areas of ART services by the mobile ART services to reach the clients in remote areas, inaccessible to the static ART services. As a result of Project's efforts, the number of ART clients under the mobile services has increased from 2,675 in 2009 to 6,936 in 2012. Though accurate number of clients in 2013 couldn't be obtained, it is estimated that approximately 30,000 clients were receiving ART services by whether mobile or static ART services. Figure 2 shows the number of ART clients under mobile services in the 4-project-targeted districts and 15 national mobile ART programme-targeted districts. Likewise the 4 project-targeted districts, 15 programme-targeted districts demonstrated increasing trend in the

number of ART clients. Along with this, the Project established the monitoring mechanism, such as supervisory visits and ART review meetings to sustain and improve the quality of the services in the four target districts. Also, the Project contributed to train relevant human resources through technical advices at supervisory visits, on-site trainings at mobile services, and the relevant trainings. The evidence-based knowledge and experience from project activities and ORs were incorporated in the national guidelines and contributed substantially to standardize the ART services. As a result of these activities, the Project has newly identified 20,601 community residents and let them receive HIV/AIDS care services so far, and 10,814 of those who met the initiation criteria for treatment have been initiated ART. And also, the Project has achieved the expansion of mobile ART services with sufficient and higher retention rate of 93% on average in the targeted 4 districts of the Project than that of 84% in non-targeted districts and in the number of the patients who received ART services. Though the issues, such as the overwork load of the staff were identified because some RHCs started to switch the mobile services over to static sites without adequate functional requirements, the Project standardized the requirements to switch over to static sites and incorporated the requirements in the national guideline. Switching over to the static services based on the appropriate procedures has been just observed as of the time of Terminal Evaluation.

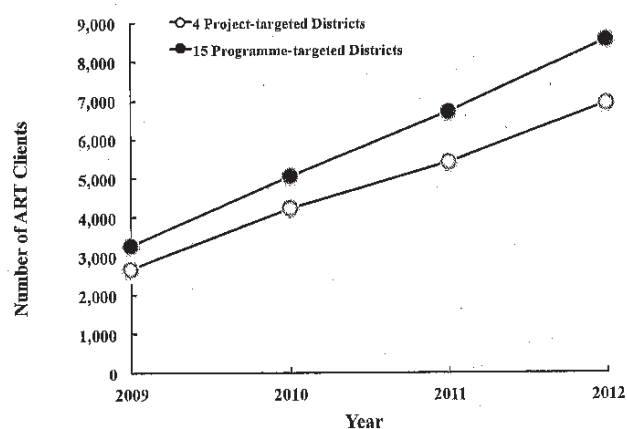


Figure 2: Number of ART Clients in 4 Project-targeted Districts and 15 National Mobile ART Programme-targeted Districts

Southern PMO shows the strong ownership in overall health services, including mobile ART services and appropriately monitors the health service

activities within the state through the implementation of Partners' Meetings and monitoring activities, such as Performance Assessment. However, the average execution rates of ART review meetings by DMOs and supervisory visits to the RHCs which provide ART to assure the sustainability of the quality has not been met among the four target districts. Especially, the Terminal Evaluation identified the lower execution rates of new target districts (Kalomo and Kazungula) than other two districts. Therefore, the Project should identify the issues and provide necessary support to assure the sustainability of the project outputs till the end of the project.

Based on above circumstances, the Project Purpose seemed to be considerably achieved because the Project succeeded to improve project running capacity of Zambian counterpart organizations by the end of the project period with regards to the improvement of the management capacity in sustaining and expanding mobile ART services.

2) Important assumptions for the achievement of Outputs and Project Purpose

- ① Current status of the important assumption of "Trained counterparts do not leave their position so as to affect the outputs of the Project" for the achievement of Outputs

The Project provided various trainings to healthcare service providers and treatment volunteers for ART services. However, turnover and relocation rates of health personnel are high in Zambia (though objective data could not be obtained on this), and some staff that received trainings from the Project also left or were relocated. However, the quality of ART

services did not get worse among new staff members for ART services because the Project provided technical supports through on-site trainings and supervisory visits.

- ② Current status of the important assumption of “*Medical technology regarding HIV and AIDS services does not significantly change*” for the achievement of Outputs

Since medical technology regarding HIV and AIDS services haven’t change significantly so far, this important assumption was fulfilled.

- ③ Current status of the important assumption of “*Zambian side properly allocates necessary budget and distribute personnel for the project activities*” for the achievement of Outputs.

Due to the new establishment of MCDMCH, which now takes responsibility for health facilities under the district level from MOH, implementations of health services, mobile ART services, of ART review meetings and supervisory visits, and of trainings for health personnel were hindered.

Though Zambia also faces the challenges in human resource for health like other neighboring countries do, MOH makes active efforts for trainings for health personnel to reduce the shortage of health personnel. Also, local community members become treatment supports as volunteers for ART services at RHCs, and they contributed to better management of ART services and higher retention rates through follow-up of the patients. On the other hand, one ART coordinator manages and monitors national mobile ART programme, the programme has been well managed owing to the strong support from the JICA experts.

- ④ Current status of the important assumption of “*Necessary amount of ARVs and laboratory reagents are available at target districts*” for the achievement of Outputs.

As the above said, though necessary ARVs for ART services were procured, the procurement of reagents became problematic due to the substantial delay of the budget allocation to DMOs in 2013. In response to this challenge, the Project provided a minimum amount of supplies, like reagents to maintain ART services and helped avoid the serious impact to ART services, such as the interruption of the services. Though the budget distribution of the first quarter of 2014 was conducted according to the plan, careful monitoring in budget distribution for the rest of the year is necessary.

- ⑤ Current status of the important assumption of “*Zambian side properly allocates necessary budget and distribute personnel for the project activities*” for the achievement of Outputs.

Though political, economic, and social environment has not been changed since the commencement of the Project, the number of ART-eligible patients is expected to increase because of the expansion of eligibility for ART services by WHO and the strengthening of ART services for PMTCT. With such circumstances, switchover from mobile to static services needs to be proceeded in urgent. This will be explained more in the 4.5 3) Technical Aspects of Sustainability.

- ⑥ Current status of the important assumption of “*Concerned non-governmental organizations, including mission hospitals at district level are cooperative to HIV and AIDS related activities undertaken by DMOs*” for the achievement of Outputs.

Though outreach activities for ART services were conducted based on the standards set by each donor agencies when the Project started, the ART services are currently conducted based on the standardized guideline, “*the National Mobile HIV Service Guideline*”.

- ⑦ Current status of the important assumption of “*Number of new HIV infection and ARV-drug resistant cases of HIV is not rapidly increased*” for the achievement of Outputs.

The prevalence of ARV-drug resistance cases of HIV is not yet confirmed. The number of newly HIV-infected patients has been decreasing, as well as the adult HIV prevalence rate (16.1% in 2002 to 14.3% in 2007).

3) Contributing Factors for Effectiveness

The strength of the Project is that it succeeds to analyze current situations and outputs from project activities and ORs from scientific viewpoints, to review them with relevant stakeholders at ART Implementers’ Meetings, Partners’ Meetings by PMOs, and ART review meetings by DMOs, and to incorporate the evidences into the practice. This allows the stakeholders to recognize current situations and issues and to come up with the plans to resolve issues. Also, the evidences have been utilized not only in “National Mobile HIV Service Guideline”, but also in technical working groups of MOH for updating guidelines in adult and pediatric ART and PMTCT. Therefore, this can be recognized as the contributing factor for effectiveness of the Project, as well as the expansion of ART services in Zambia.

4) Hindering Factors against Effectiveness

No major event that hinders the effectiveness of the Project has observed as of the time of the Terminal Evaluation, except for substantial delay in budget distribution to DMOs happened in 2013.

4.3 Efficiency

The Project has progressed efficiently to a maximum extent.

1) Progress Management of the Project Activities

By following the activities in the PDM, operation of the mobile ART services has been appropriately monitored throughout the project period by the National Mobile ART Implementers’ Meeting, Partners’ meeting at the South Province and the ART Review Meeting at DMOs. Aside from those meetings, administrative monitoring of whole project matters has been conducted at the JCC, the MOH-JICA annual progress meeting and the MOH-JICA quarterly meeting. For these reasons, it is considered that the Project has been monitored properly throughout the project period from the perspectives of both progress and performance management.

2) Utilization of instruments and equipment provided by the Project

All the medical and testing instruments, equipment, vehicles for mobile services etc. are being used for project activities effectively. The vehicles are also used for other health services efficiently when those aren’t used of mobile ART services. The Project also provided the assistances to procure necessary amount of testing reagents, responding to severe stock shortage in 2013. Vehicles and reagents, equally to ARV, are essential for continuing ART services as well as the “mobile” ART services. In this wise, the provision of the vehicles as well as the testing reagents were directly turned into continuation of ART services and expansion of coverage areas of the mobile services. On the other hand, the Project observed several tools such as registration book, which weren’t used properly at several RHCs so as to negatively affect the data reliability. The Project will reinforce the efforts to promote optimum use of the tools through supervisory visits by DMOs and project

monitoring exercises.

3) Utilization of knowledge and techniques acquired at the Training in Japan and third country

A total of 17 Zambian counterpart personnel were dispatched to Japan for overseas trainings as of the time of Terminal Evaluation, and they utilized the technical knowledge and skills acquired from the trainings for project activities and ORs. It is noteworthy that those who received trainings in Japan could facilitate a line of necessary works for ORs from designing to analysis of the results with the help of JICA experts.

4) Collaboration with External Resources

① Indirect collaboration with US government and GFATM

A total of 140 million USD was spent for the procurement of ARVs in 2013, and the Zambia government spent 25%, the US government supported 33%, and GFATM spent 31% among them. For reagents and running supplies, Zambian government spent 2%, US government did 58%, and GFATM supported 21% for the procurement (in total, about 37 million USD). The Project has indirect collaboration with these partner agencies since the Project supports the optimal use of these ARVs and reagents procured by them through strengthening ART services. In other words, the collaboration has contributed substantially to the expansion of ART services in Zambia.

② Partnerships with other agencies

As said before, the outputs of project activities and ORs were shared with other donor agencies at Implementers' Meetings and Partners' Meetings by PMOs, and the Project received technical advices from them when updating the "*National Mobile HIV Service Guideline*" (which identifies the switchover process of mobile to static services). Also, the appropriate partnerships with other donor agencies have been made during the project period when JICA experts participated in HIV/AIDS-related technical committees and provided necessary technical advices.

③ Partnership with Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCVs)

A total of 20 JOCVs in public health, HIV/AIDS control, and rural development conducted volunteer activities to improve ART treatment recordings and to organize health promotion activities regarding HIV/AIDS at their assigned RHCs, and contributed to the improvement of HIV/AIDS control in rural areas through the partnerships with the Project. The Project, in return, could make use of the partnerships with JOCVs to incorporate the on-site information received from JOCVs regarding ART services at RHCs into policy suggestions for the ART services at national, provincial, and district levels.

5) Contributing and Hindering Factors for Efficiency

Efficiency of the Project was enhanced owing to the abovementioned collaboration with external resources.

6) Hindering Factors against Efficiency

No major event that hinders the efficiency of the Project has observed as of the time of the Terminal Evaluation.

4.4 Impact

Following positive impacts are confirmed and/or expected by the implementation of the Project.

1) Possibility of Achievement of Overall Goal

As was described in the “*Effectiveness*” section, the experiences and findings gained from the project activities and ORs were analyzed scientifically; subsequently, the National Mobile HIV Service Guidelines were revised on the basis of the evidences generated by the analysis results. Through these efforts, the mobile ART services are standardized in Zambia. In addition, the Project has established a mechanism of monitoring and evaluation for the ART services, and nurtured health personnel necessary for maintaining as well as expanding the services. For these reasons, since it is considered that Zambian counterparts has acquired the know-how and management capacity especially for the “mobile” ART services, the access of clients in the rural areas to ART can be enhanced to a certain degree if necessary financial and human resources were secured properly. However, as of the time of the terminal Evaluation, the Project is facing a change of situation that might negatively affect the achievement of the Overall Goal and the sustainability of the Project. To be specific, there is an urgent need to accelerate the switchover of ART from mobile to static services, and the number of persons eligible for ART services is estimated to increase comparatively after complying the new ART inception criterion. Under such circumstances, the need for additional technical assistances arises in order for the Zambian side to proceed with maintaining and expanding ART services soundly with sufficient quality. The details will be discussed at the “*Technical Aspects*” under “*Sustainability*” section.

Moreover, JICA experts/the Project have been providing full support for operating the Implementers’ Meeting and compilation of the Annual Progress Report. Since the National ARV Programme Coordinator, who is the focal person of the Project, single-handedly supervises AIDS treatment programs across the country, issues remain concerning sustainability of the said activities after the Project has finished. MOH has decided to assign three more personnel in the National ARV programme, and once this is materialized, the Project will hand over the know-how and estimated costs for operating the Implementers’ Meeting and compiling the Progress Reports to the Zambian counterparts.

2) Positive Impacts

① Standardization of HIV/AIDS-related treatment, services and basic training

At the beginning of the project, other partner agencies were doing their own ART services. However, as the Project worked on them to assist Zambia in concert amongst partner agencies by sharing the outputs of project activities and ORs at Implementers’ Meetings and Partners’ Meetings by PMOs, a trusting relationship was fostered. Through this kind of effort, the National Mobile ART Service Guidelines were developed and revised with support from the Project, and applied to the mobile ART services conducted across the country. At the time of the Terminal Evaluation, the mobile ART services are conducted at a total of 293 RHCs in 9 provinces where the Project could obtain information out of 10 provinces. Therefore, it can be said that the Project contributed standardizing a lot of mobile ART services provided in the nation. In addition, the JICA experts have participated in various technical working groups related to ART (ART, pediatric ART, prevention of mother and child infections, testing services) staged by MOH throughout the project period, and

conducted information sharing and technical guidance to member organizations of the working groups with regard to the experiences and findings obtained from the project activities. In addition, the JICA experts offered technical advices to MOH and other partner agencies on preparation of “*the National ART Guidelines*”, “*the National Pediatric ART Guidelines*” and “*the National PMTCT Guidelines*” that were revised in 2010. Furthermore, the Project provided technical assistances to MOH to develop “*the Basic ART Clinical Training Course*”; the Training Course was accredited as a national training course by MOH in May 2010. Thus, it is considered that the Project contributed the standardization not just of mobile ART services but also of HIV/AIDS-related treatment, services and basic training.

② Spillover effects of project’s achievements to untargeted districts

Experiences and achievements of the project activities were shared amongst organizations related to ART services including with other provinces and districts that were untargeted by the Project through the National ART Implementers’ Meetings as well as the Partners’ Meeting in the Southern Province. For instance in the Southern Province, several untargeted DMOs have autonomously started the mobile ART services using information obtained through those meetings as references. As of the time of the Terminal Evaluation, the mobile ART services are in operation at 57 districts in 8 provinces at least⁴. Therefore, if the opportunities of information sharing such as the said meetings were maintained properly, the spillover effect of the project experiences as well as achievements to untargeted provinces and districts can be expected further.

③ Dispatch of information regarding experiences and novel findings/evidences of mobile ART services to other nations

The concept of mobile ART services was born in Zambia under the former JICA’s technical cooperation project, and its groundwork was laid. The Project has realized the standardization of the services through assisting the expansion of the services and the enhancement of management capacity of counterpart personnel. On the other hand, the project has been doing ORs in 10 themes under 6 research topics, and generated many novel findings as well as evidences in the area of ART-related services including mobile services so far. Those experiences and novel findings/evidences were utilized for standardizing the services and also presented at domestic/international conferences; subsequently, published in peer-reviewed international journals. Two (2) abstracts of scientific conferences were used as references in “*the Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection, June 2013*” issued by WHO. Moreover, a presentation⁵ made by Zambian counterpart personnel at the International AIDS Conference was selected for “*2013 Scientific Highlights*” in the area of “*Innovative models for HIV care*” for press release.

The Project has demonstrated the availability of the mobile ART services with scientific evidences for expanding ART coverage areas especially in regions with high HIV prevalence and inaccessible to ART services like Zambia, and its experiences as well as novel findings/evidences were shared internationally. There are many countries suffering from such challenges in other African countries, it is expected that these information will be utilized by them to expand ART coverage areas as references.

⁴ Data wasn’t available in 2 out of all 10 provinces.

⁵ A. MWANGO, et al., *Outcomes of national expansion program for antiretroviral treatment to rural health centre level through mobile HIV services in Zambia* (July 2, 2013)

④ Indirect effects on reducing stigmas, prejudice, and discriminations

At the time of interviewing at RHCs, several volunteers pointed the reduction of stigma, prejudice and discrimination to HIV-positives as one of positive changes after the commencement of the Project. The Project provided RHC staff and volunteers with training regarding basic ART services. Owing to this, the staff/volunteers became able to provide right information to community residents, and might contribute the reduction of those to some extent.

3) Negative Impact

No negative impact attributed to the implementation of the Project was observed as of the time of the Terminal Evaluation.

4.5 Sustainability

Several challenges remain for secure self-sustainability as well as self-deployment of the benefits provided by the Project from technical and financial perspectives, in consideration with the project achievements as well as the needs at the time of the Terminal Evaluation

1) Political and Institutional Aspects

It is estimated that approximately 500,000 HIV-positive Zambians stand in need of ART at present, and approximately 160,000 of them are living in rural areas. As was described in the “*Relevance*” section, the Zambian government places universal access to quality ART services as one of priority strategies for HIV/AIDS control in National Health Strategic Plan 2011-2015 and made some efforts to expand the service coverage in the rural areas for increase the coverage of ART services by expanding the mobile ART services. For this reason, the political and institutional sustainability of the benefits gained from the Project is expected.

However, though PMOs as well as DMOs are planning to expand the mobile ART services in accordance with the principles of MOH, there seem to be a discrepancy between action plans from MOH/PMOs/DMOs and budgets from MCDMCH, resulting in budget shortfall for motor fuel, daily allowance for mobile team staff, etc. for the mobile ART services as well as monitoring activities. MOH has been communicating with MCDMCH for discussing policymaking and its implementation; however, it is desired that the communication between the two ministries will be enhanced further in order to fill such gap.

Meanwhile, shortfall of human resources especially at RHCs is one of the urgent issues, and the MOH has been making efforts to improve this issue. However, the issue can't possibly be resolved in a short period of time. Thus, it is desired for MOH to reinforce the political and institutional efforts to strengthen the capacity of RHC staff in the process of switching ART from mobile to static services.

2) Financial Aspects

As just aforementioned, in order to provide the mobile ART services stably, it is inevitable not only to procure essential items for ART such as ARV and testing reagents but also to secure operational costs for mobile services such as motor fuel, maintenance of vehicles, daily allowance of staff. DMOs have managed to secure the budgets for the said inevitable matters so far by integrating other services and/or tasks to the mobile ART services; nevertheless, they couldn't secure the budget

enough to fully conduct monitoring activities necessary for maintaining quality of services, such as motor fuel and staff allowance for supervisory visits to RHCs, the ART Review Meeting, etc., resulting in lower frequency of monitoring activities than expected.

Having said that, even though DMOs couldn't conduct monitoring activities as planned interval, the ART services itself were provided without any interruption; that is to say, this issue didn't caused major negative influences for continuation of services for clients. In light of such backdrops, it is desired for the Project to identify activities and tasks out of the whole project activities to be continued by the Zambian side as routine duties; subsequently, the Project should hand them over to the Zambian counterparts with cost analysis/information within the remaining project period. In turn, the Zambian counterparts, for the sake of better financial sustainability of the Project, should conduct adequate budget planning on the basis of the necessary activities with its cost analysis/information handed over by the Project, in order to secure budget to continue the activities including costs for the monitoring activities for maintaining quality of services.

Meanwhile, it isn't feasible, from the aspect of sustainable services, to manage clients only by the mobile ART services under limited human and financial resources in Zambia. For this reason, MOH is trying to reduce the operational costs of ART services by promoting the switchover of ART from mobile to static services at RHCs, and expanding the mobile ART services to uncovered areas using the saved costs. When materialized, it is anticipated that financial sustainability will be enhanced further.

3) Technical Aspects

① Switchover from mobile to static ART services while maintaining some quality and further expansion of the mobile ART services

In recent years, MOH began to accelerate the switchover of ART from mobile to static services; responding to this, the Project developed the stipulation of switchover process and criteria of assessment for RHC function, and incorporated them into the revised edition of the National Mobile HIV Service Guidelines in the late 2013. Meanwhile, WHO had revised the ART guidelines recently to strengthen inception criterion of ART. In accordance with this revision, MOH has just started applying the new ART inception criterion in Zambia. Moreover, MOH has decided to start "PMTCT Option B+" that all HIV-positive pregnant women should start ART for strengthening PMTCT further. Therefore, it is estimated that the number of eligible persons for ART will increase accordingly. In order to proceed the switchover of ART from mobile to static services in parallel with the expansion of ART to uncovered areas without reducing the quality of services under the increasing trend in the number of ART clients, it is desired to measure and verify the results scientifically by taking necessary costs, human resources, etc. into consideration. The Project will be able to assist the Zambian counterpart to promote the processes within the remaining project period; nevertheless, it will be too short to see possible indicators such as the quality of services, retention of clients to ART, effects to other health services, etc., followed by effect measurement and subsequent feasibility analysis for reflecting those to the Guidelines and so on. It is suggested that it will take an additional year to complete the said process. Furthermore, though the Zambian counterpart personnel has acquired the know-how and experiences to measure the results through organizing OR and reviewing project activities at the Implementers' Meetings with support from the JICA experts, it will be inevitable to gain the support from the JICA experts with sufficient expertise as well as experiences in Zambia to perform advanced analysis for generating scientific evidences. For these reasons, it is desired that the project period will be extended by approximately 1 year to ensure the technical sustainability as well as the

achievement of the Overall Goal.

② Continuous provision of opportunities for capacity building

The Project has nurtured health personnel and volunteers necessary for correct ART services by providing various types and themes of training in the area of basic ART services. However, there is no routine training mechanism that provides newly appointed and/or trained staff at RHCs with opportunities for capacity enhancement. Taking into account relatively high turnover of health staff in Zambia, it is desired for the Zambian side to consider some way of measures in order to secure long-term technical sustainability, such as introduction training and refresher training geared to newly assigned and existing staff, respectively. Strengthening the technical guidance might be another option for the enhancement of technical sustainability.

4) Overall sustainability

The strong leadership from government leaders is vital in order to expand the achievements of the Project in a sustained manner. At the meeting with the Team, the Permanent Secretary of MOH, Dr. David CHIKAMATA acknowledged the effectiveness to incorporate capacity development mechanism in service delivery system so that the system established by MOH with the Project would be sustained. Also, Dr. CHIKAMATA kindly showed his willingness to keep strong commitments from MOH for the Project and future cooperation.

With abovementioned reasons, several challenges remain for secure self-sustainability as well as self-deployment of the benefits provided by the Project from technical and financial perspectives, in consideration with the project achievements as well as the needs arise at the time of the Terminal Evaluation.

4.6 Conclusion

With strong commitments from Zambian counterparts to fight against HIV/AIDS, JICA has supported to strengthen HIV/AIDS control in Zambia since 2001 through technical cooperation projects. Based on the situations that Zambia face (high burden from HIV/AIDS in disease prevalence and mortality, low population density in vast country, and fragile health system), the service delivery system to provide quality HIV/AIDS care in rural settings based on "National Mobile HIV Service Guideline" was established and endorsed by MOH with the help of the Projects.

The Project supported to provide ART services to people with HIV/AIDS in rural settings, while strengthening the capacity development of human resources and the relevant organizations to help them sustain the system in the future. What makes the Project unique from other HIV/AIDS control projects was to put strong emphasis on capacity development at all levels of the relevant organizations (from national, provincial to district governments and health facilities). The capacity development with multi-layer approach is vital to increase the sustainability of the service delivery system by Zambian government.

As a result, among about 160,000 patients living in rural areas, the Project has supported to identify about 20,000 HIV-positive patients and provide ART to about 10,000 clients, and about 93% of the retention rate was observed in the target 4 districts. Therefore, the Project has attributed to prolong the lives of and improve the quality of life for HIV-positive patients living in rural areas of Zambia. This can contribute to the improved productivity for Zambia since patients with ART tend to get well enough to work as healthy people do.

Also, the Project has been the part of the collaborating mechanism to support the provision of necessary treatments for as many Zambian HIV-positive patients as possible by collaborating with JICA's other scheme (JOCVs) and other development partners, such as GFATM and USAID. Especially, the Project's efforts to expand mobile ART services nationwide through technical support has been backed up by the supply of drugs and testing kits by GFATM and USAID. This has created synergies to produce further positive impacts for Zambia.

Even though the target districts for the Project is four, the achievements of the Project went beyond to nationwide. The achievements, such as supporting the establishment and revision of the national guidelines, leading the meetings served as practical management decision platform, and supporting the establishment of national basic ART service training, have resulted in expanding the Project's achievements from 4 to 15 districts set for National Mobile ART Programme and nationwide (57 districts in 8 provinces).

Based on the evaluation results, the overall achievements of the Project are considered to be high. However, due to the changes observed during the project period, such as national expansion of the mobile ART services, the switchover from mobile to static services, and expected increase in the number of ART eligible patients due to the revision of the WHO guideline regarding HIV/AIDS care, it will be necessary to extend the period of the cooperation for about one more year to achieve the Project Purpose, *"Management capacities for sustainable service provision are improved at all levels for the expansion of quality ART services in rural area."* Within the extended period, it is necessary to conduct scientific review and analysis of the process and quality of ART services introduced to new RHCs and ART clients and to improve management capacity and policy implications for ART services based on scientific evidences. In order to conduct above activities, the Project should follow the following recommendations by the end of and during the extended period of the Project.

CHAPTER 5 RECOMMENDATIONS

[By the end of the Project]

1. Strong commitments and leadership from Zambia

- The continuing commitments and leadership from Zambian counterparts are vital for Zambia and the Project to expand and sustain the quality ART services. Especially, in order to sustain the achievements generated by the Project, MOH and other relevant stakeholders should allocate necessary human resources and budgets to conduct the ART services. Especially, in order to improve management capacity of ART services at district level, relevant ministries (MOH and MCDMCH) should strengthen their communication channel. MOH and MCDMCH should discuss on management issues, such as securing budgets for allowances and transportation fuels and allocation and trainings for necessary personnel to conduct ART services and monitoring activities.

2. Effective use of scientific evidences

- It is necessary to make full use of limited human and financial resources to sustain and expand the quality ART services. The achievements generated from previous cooperation and from what the Project will accomplish by the end of the Project should be visualized with evidences in order for MOH and other relevant stakeholders to organize proper ART services. Such evidences can be obtained from scientific monitoring and review activities which have been proven to be effective by MOH, and should be further enhanced with the help of JICA experts.
- Presentations and publications of scientific evidences generated from the project activities at international conferences and by international journals have made it possible for the Project to share the success of the mobile ART services with the world and to increase the motivation of Zambian counterparts. MOH and other relevant stakeholders should seek to share the lessons and challenges from conducting ART services to the world through international conferences and publications in order to achieve better quality ART services.
- Though presentations of scientific evidences and management and review meetings have been successfully conducted to share information regarding the ART services, the Project may be able to conduct pilot interventions for new innovative information management, such as health promotion activities using radio and internet to share the lessons and challenges of the Project nationwide and to contribute to expand the ART services.

3. Extension of the Project's period

- As stated in *Conclusion*, due to the changes observed during the project period, further technical cooperation for new RHCs and ART patients which are expected to increase is necessary to strengthen management capacity to provide quality ART services in rural areas. Specifically, in order to improve management capacity and policy implications for ART services based on objectively verifiable evidences, scientific reviews should be strengthened under the supervision of JICA expert to introduce and sustain the quality ART services. Though the Project has already assisted Zambian counterparts in how to analyze data when conducting ORs and data review meetings at Implementers' Meetings, further support from the Project is required to conduct more analysis and to improve management capacity when ART services

are rapidly expanding and ART-eligible patients are expected to increase. As stated in 4.5 3) *Technical Aspects of Sustainability*, Zambian government aims to gradually switch over the mobile to static ART services according to the revised “National Mobile ART Service Guideline” since HIV/AIDS care requires life-long care and it is challenging to conduct HIV/AIDS control activities using mobile services and to expand them in the future due to limited financial resources. Therefore, the Team recommends relevant stakeholders to modify Outputs 1 and 4 in the current PDM to support sustaining and improving the quality of the services when switching over from mobile to static services. Also, regarding the goal and purpose of the Project, the PDM should clearly states what the Project can contribute for HIV/AIDS control in Zambia by adding detailed information on what Zambian people would benefit from the Project, in addition to current multi-layer approach to support all levels (national, provincial and district) for the expansion of the ART services. Relevant stakeholders should conduct necessary discussions and procedures to extend the project, including the revision of the current PDM, by the end of the original Project.

【After the end of the Project】

- Though Japan’s future cooperation in Zambia is based on the strong needs and commitments from the Zambian government and the approval from the Japanese government on the necessity of the cooperation, the future cooperation should incorporate the achievements of the previous cooperation.
- The followings should be carefully considered for future cooperation.
 - An innovative holistic approach to improve the health status of Zambian population, such as integrated approach to focus on several healthcare service improvements should be carefully considered to maximize the effects of the Japanese ODA. For example, UHC can be the holistic platform to integrate vertical approach, such as HIV/AIDS control to help strengthen health system in Zambia.
 - Outputs and purposes should be easy to understand for Zambian and Japanese people, and state what the cooperation can contribute for Zambia.
 - Close collaborations with other development partners, such as GFATM and USAID should be one of activities to generate further positive impacts as a result of the collaboration. Also, in addition to that, the future cooperation should be formulated in the framework, in which JICA’s other schemes can be one of means to obtain certain goals.
 - Information management is one of important project activities to present the outputs to the outside and to build strategic plans to generalize the outputs. The project should take leads on information management, publicity, and the establishment of strategies and include necessary personnel for this activity.

END

Narrative Summary Overall Goal	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Access to quality ART services in rural area is improved in Zambia.	80% of districts in Zambia mainstream mobile ART services into their operational plan for HIV and AIDS control.	(1) National HIV and AIDS Strategic Framework, Joint Annual Review Report (2) Records of DMOs (3) District health operational plans / budget	
Project Purpose Management capacities for sustainable service provision are improved at all levels for the expansion of quality ART services in rural area.	<p>1 More than 48 health facilities* in target districts provide ART services by the year 2014.</p> <p>2 More than 80% of mobile ART sites keep more than 75% of active cases (= less than 25% of lost or death cases) by the year 2014.</p> <p>3 More than 75% of planned ART Stakeholders meetings are held at all levels by the year 2014.</p> <p>4 Lessons learnt through mobile ART services are disseminated at various forum. (i.e., meeting, int'l/natl conferences)</p>	(1) Experts' project reports (2) Records of DMOs (3) ART Register Book (4) District health operational plans / budget (5) Operational research reports (6) Report of the conference / meeting presentation	(1) The political, economic and social situation is not severely worsened than at termination time of the project (2) HIV and AIDS policy of the Government of Zambia does not significantly change
Outputs			
1 Ministry of Health (Headquarters) is able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service by DMOs.	<p>1-1 The National Mobile HIV services guidelines are disseminated to all the provinces.</p> <p>1-2 Implementers' meetings for monitoring mobile ART services are held annually.</p> <p>1-3 Annual progress report on mobile ART services in Zambia is produced and disseminated.</p>	(1) Experts' project reports (2) MoH Annual progress report on mobile ART services (3) MoH reports	(1) Zambian side properly allocates necessary budget and distribute personnel for the project activities. (2) Necessary amount of ARVs and laboratory reagents are available at target districts. (3) The political, economic and social situation is not severely worsened than at commencing time of the project.
2 Target Provincial Medical Offices (PMOs) are able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services.	<p>2-1 Biannual Provincial ART Stakeholders Committee Meetings are held regularly.</p> <p>2-2 More than 75% of quarterly visits to target districts are conducted and monitoring report are submitted to the MoH.</p>	(1) Experts' project reports (2) Minutes of the provincial stakeholders' meeting (3) Provincial report on mobile ART monitoring to MoH	(4) Concerned non-governmental organizations, including mission hospitals at district level are cooperative to HIV and AIDS related activities undertaken by DMOs.
3 Management capacities of DMOs/health facilities in Chongwe and Mumbwa** are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services.	<p>3-1 ART expansion plan is annually reviewed and revised.</p> <p>3-2 100% of scheduled mobile visits are conducted throughout the project period.</p>	(1) Experts' project reports (2) Mobile Log Book / Records of DMOs and health centres (3) ART Register Book (4) ART expansion plan	(5) Number of new HIV infection and ARV-drug resistant cases of HIV is not rapidly increased.

<p>4 New target districts (Kalomo and Kazungula) are able to plan, introduce and manage the mobile ART services as per the National Mobile HIV Services Guidelines.</p>	<p>More than 18 health facilities* provide mobile ART services according to the operational plan by the year of 2014.</p> <p>4-1 100% of new target DMOs mainstream mobile ART services into their annual operational plans and budget by the year 2014.</p> <p>4-2</p>	<p>(1) Experts' project reports (2) District Mobile ART operational plan (3) Mobile ART Service Log Book / Records of DMOs and health centres (4) ART Register Book</p>	<p>(1) Trained counterparts do not leave their position so as to affect the outputs of the Project. (2) Medical technology regarding HIV and AIDS services does not significantly change.</p>
<p>1 Ministry of Health (Headquarters) is able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service by DMOs.</p> <p>1-1 Orient new districts on the National Mobile HIV Services Guidelines.</p> <p>1-2 Monitor and evaluate sound implementation of the mobile ART services, through quarterly reporting and implementers' meeting.</p> <p>1-3 Produce annual national progress report on mobile ART services.</p> <p>1-4 Include components of mobile HIV services into the Basic ART Package, which is based on WHO IMAI (Integrated Management of Adolescent and Adult Illness).</p> <p>1-5 Conduct operational research to improve quality of ART services and other related services in rural settings.</p> <p>1-6 Organize stakeholders' meeting for information sharing of ART services in rural area.</p>	<p>Inputs</p> <p>Japanese Side</p> <p>Experts</p> <p>(1) Long-term Experts - Chief Advisor / Health Service Planning - HIV and AIDS Care - Coordinator / Public Health</p> <p>(2) Short-term Experts - Health Education, TB/HIV, PMTCT, Operational Research, etc.</p> <p>Equipment and materials</p> <p>(1) Necessary laboratory/office equipment, computers and others (2) A vehicle for supervisory visits, depending on the necessity</p> <p>Training in Japan and/or third-country</p> <p>- HIV and Health administration - HIV and Rural health programme - TB/HIV, etc.</p> <p>Local cost</p> <p>Necessary costs for the project activities</p>	<p>Zambian Side</p> <p>Counterparts and administrative personnel</p> <p>(1) Project Director Permanent Secretary, MoH Project Manager Director of the Directorate of Clinical Care and Diagnosis Services, MoH</p> <p>(3) Project counterparts, i.e., National ARV Coordinators (MoH) / Directors, Provincial Medical Officer / District Medical Offices in target districts</p> <p>Facilities, equipment and materials</p> <p>(1) Office spaces in the MoH and PMO (2) Land, building, vehicle, and other facilities necessary for project activities at central, province and district level</p> <p>Local costs</p> <p>(1) Operational costs for the project activities</p>	<p>(1) Trained counterparts do not leave their position so as to affect the outputs of the Project. (2) Medical technology regarding HIV and AIDS services does not significantly change.</p>
<p>2 Target Provincial Medical Offices (PMOs) are able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services.</p> <p>2-1 Plan and organize biannual Provincial ART Stakeholders Committee meetings.</p> <p>2-2 Conduct quarterly supervisory visits to new mobile ART sites in target districts.</p> <p>2-3 Provide technical support to new target districts (i.e. workshop, on-site consultation).</p>			
<p>3 Management capacities of DMOs/health facilities in Chongwe and Mumbwa are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services.</p> <p>3-1 Revise ART expansion plan in response to evolving service needs.</p> <p>3-2 Introduce tools to improve the quality of ART services, such as the mobile ART service log book, etc.</p> <p>3-3 Ensure the provision of necessary laboratory services for counselling & testing (CT), ART, TB, and other related services.</p> <p>3-4 Undertake technical training as Continuous Professional Development.</p>			

	3-5	Conduct supervisory visits by DMO staff members to mobile ART sites on quality of services (i.e., data management, service provision planning, logistics in general).
	3-6	Organize annual experience-sharing meeting within and/or among target districts.
	3-7	Produce progress report for submission to PMOs and MoH Headquarters.
4		New target districts (Kalomo and Kazungula) are able to plan, introduce and manage the mobile ART services as per the National Mobile HIV Services Guidelines.
	4-1	Adopt planning/operational tools for mobile ART services (i.e., mobile ART service log book, appointment book, calendar of planning and managing mobile ART services by conducting on-site training in Mumbwa or Chongwe.
	4-2	Capacitate new target DMOs with hands-on experiences of
	4-3	Develop mobile ART operational plans by target DMOs
	4-4	Undertake technical training including ART/OI management, (VCT, psycho-social counseling, etc. as found necessary.
	4-5	Ensure the provision of necessary laboratory services for counselling & testing (CT), ART, TB, and other related services.
	4-6	Ensure the procurement of necessary drugs/consumables/medical equipment/other goods for mobile services through the MSL Request and Requisition system.
	4-7	Undertake the mobile ART services at rural health centres with support of mobile ART team as per the operational plan.
	4-8	Undertake periodical supervisory visits to new mobile sites by DMOs
	4-9	Organize periodical ART review meeting within districts.
	4-10	Compile monthly ART data for submission to PMO.
	4-11	Produce progress report for submission to PMOs and MoH Headquarters.

* Both supporting sites (e.g. district hospitals, mission hospitals) and host sites (i.e. rural health centres) are included, but not military facilities
 ** Chongwe and Mumbwa are districts that have been implementing mobile ART services with JICA's support, since 2006

	Pre-conditions
	(1) Zambian implementing organization and relevant organization do not adverse to the Project.

Schedule for Terminal Evaluation

Date	Day	Dr. T. IODA (Leader)	Mr. T. HASUMI (Cooperation Planning)	Dr. T. NAKASA (Technical Advisor)	Dr. Y. INOUE (Evaluation and Analysis)
1-Feb	Sat	Leaves Japan Arrives at Lusaka	Leaves Japan Arrives at Lusaka	Leaves Japan Arrives at Lusaka	Leaves Japan
2-Feb	Sun				Arrives at Lusaka
3-Feb	Mon				9:00 Meeting w/ JICA Zambia Office, 14:00 Interview w/ Experts
4-Feb	Tue				8:00 Courtesy calls on MoH, 8:30& 15:00 Interview w/ MoH staff
5-Feb	Wed				Visit Chongwe DMO, Day Field Survey (Chongwe)
6-Feb	Thu				Preparation
7-Feb	Fri				Visit Mumbwa DMO, Day Field Survey (Mumbwa)
8-Feb	Sat				Preparation
9-Feb	Sun				Travel to Livingstone
10-Feb	Mon				Visit Kazungula DMO, Field Survey in Kazungula
11-Feb	Tue				Move to Kalomo and visit Kalomo DMO, Field Survey in Kalomo
12-Feb	Wed				Move to Choma
13-Feb	Thu				Visit Southern PMO, Return to Lusaka
14-Feb	Fri				Report Preparation
15-Feb	Sat				Report Preparation
16-Feb	Sun				Report Preparation
17-Feb	Mon	Leaves Japan Arrives at Lusaka	Leaves Japan Arrives at Lusaka	Internal Discussion on Report Draft and Minutes of Meetings	
18-Feb	Tue	14:00 JCC	Discussion on Report w/ MoH, Preparation for the Joint Coordinating Committee (JCC)		
19-Feb	Wed	17:00 Meeting with Permanent Secretary, MOH (Dr. David Chikamata)	16:00 Report to the Embassy of Japan and JICA Zambia Office	Dr. Nakasa leaves Lusaka	
20-Feb	Thu	Site visits to on-going health and education projects/Discussion w/ JICA Zambia Office	Travel Day	Follow-up of the report 21:40 Dr. Inoue leaves Lusaka	
21-Feb	Fri	Same as above	Same as above Leaves Lusaka	Travel Day	
22-Feb	Sat	Mr. Toda leaves for Kenya	Travel Day	Arrives at Japan	
23-Feb	Sun	Arrives at Japan	Arrives at Japan		

Annex 3-1: [Verification of Implementation Process] The Project for: Scaling Up of Quality HIV and AIDS Care Service Management

Baseline Plan	Evaluation Classification		Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Small				
Overall Goal	Whether "Access to quality ART services in rural area is improved in Zambia" is logically correct as the Overall Goal.		Verification of logical relationship	Verification by the Evaluation Team	① Project documents ② Views of related players	① Document review ② Interview
	Whether it is expected that the benefit/outcomes derived from the Project is autonomously deployed or disseminated to non-targeted areas after the termination of the Project.		Verification of sustainability	Information indicating their sustainability	① Project documents ② C/P JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Whether the Project Purpose of "Management capacities for sustainable service provision are improved at all levels for the expansion of quality ART services in rural area" is expected to be achieved by the end of the project period.		① Objectively Verifiable Indicators (OVIs) ② Comprehensive analysis	① Achievements of OVIs ② Views of related players	① Project documents ② C/P JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Whether the Output 1 of "Ministry of Health (Headquarters) is able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service by DMOs" is achieved or expected to be achieved by the end of the project period.		Degree of achievement of OVIs	① Achievements of OVIs ② Views of related players	① Project documents ② C/P JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
Outputs	Whether the Output 2 of "Target Provincial Medical Offices (PMOs) are able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services" is achieved or expected to be achieved by the end of the project period.		Comparison of plan with actual result	① Achievements of OVIs ② Views of related players	① Project documents ② C/P JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Whether the Output 3 of "Management capacities of DMOs/health facilities in Chongwe and Mambwa are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services" is achieved or expected to be achieved by the end of the project period.					
	Whether the Output 4 of "New target districts (Kalombo and Kazungula) are able to plan, introduce and manage the mobile ART services as per the National Mobile HIV Services Guidelines" is achieved or expected to be achieved by the end of the project period.					
	Whether JICA Experts were dispatched as scheduled.					
Inputs from Japan Side	Whether equipment for project activities was provided as planned.		Results of Input	① Input records ② Project reports	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
	Whether C/Ps' training in Japan and/or third countries were implemented as planned.		Results of Input (incl. Information for status of utilization)	① Input records ② Project reports	① Document review ② Direct observation	
Inputs from Zambian Side	Whether local cost from JICA side were implemented as scheduled.		Results of acceptance of trainees	① Input records ② Project reports	Document review	
	Whether C/Ps were appropriately allocated enough to implement project activities.		Budget and implementation result	① Input records ② Project reports	Document review	
	Whether office space for JICA experts was provided.		① Achievement of Input ② Views of related players	① Input records ② C/P Experts, C/P	① Document review ② Interview	
	Whether local cost from Zambian side were implemented appropriately.		Achievement of Input	① Input records ② C/P Experts, C/P	① Document review ② Interview	

Annex 3-1: [Verification of Implementation Process] The Project for Scaling Up of Quality HIV and AIDS Care Service Management

Evaluation Tool	Evaluation Classification		Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Small				
Implementation Process	Planned activities	Whether the project activities were implemented as scheduled.	Comparison of plan with actual result	Accomplishment of project activities	Project reports	① Document review ② Questionnaire
	Technical transfer	Whether the PDM was updated in accordance with surroundings of the Project under the agreement amongst relevant parties.		Vicissitude of PDMs and its reasons for modification	Meeting minutes of the Joint Policy/Steering Committee (JCC)	① Document Review ② Questionnaire ③ Interview
	Management system	Whether methods and/or approaches of technical transfer were appropriate.		Methods and contents of technical transfer	① Project reports ② C/P Experts, C/P	① Document review ② Interview
		Who, how and how often the progress of the Project was monitored, and consequent findings were reflected to the operation of the Project		① Progress monitoring system ② Feedback system	① Project reports ② Experts	① Document review ② Questionnaire
		How the decision-making process for modification of the project activities, assignment of personnel, etc. was.		Process for decision-making	① Project reports ② Experts	① Document review ② Questionnaire
		How the communication and cooperative relationship amongst players in the Project was.		JCC and other meeting	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire
Ownership and Autonomy	Whether Project information was effectively shared.		JCCC and/or other meetings	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire	
	How ownership and autonomy of implementing bodies including C/Ps and beneficiaries were.		Contribution, attitude, etc. for the project activities.	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	

Annex 3-1: [Verification of Implementation Process] The Project for Scaling Up of Quality HIV and AIDS Care Service Management

Evaluation Item	Evaluation Classification		Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification	
	Major	Small					
Measures taken by the Project in response to recommendations at the Mid-term Review and its results	WRT information sharing amongst stakeholders on discussion results of installation of novel or revised ART Accreditation Guidelines			Specific countermeasures in response to the recommendations and its results	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
	WRT the process of wearing-off of ART services from mobile site to fixed sites			Specific countermeasures in response to the recommendations and its results	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
	WRT finalization and utilization of indicators for measuring "Quality ART Services" by the MoH			Specific countermeasures in response to the recommendations and its results	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
	WRT efficient utilization of limited resources, such as integration of supervisory visits in different activities			Specific countermeasures in response to the recommendations and its results	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
	WRT balanced resource distribution to DMOs by PMOs			Specific countermeasures in response to the recommendations and its results	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
	WRT discussion of possibility of compensating incentives to treatment supporters (community volunteers)			Specific countermeasures in response to the recommendations and its results	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
	WRT adding indicator(s) for measuring the achievement of the Project Purpose qualitatively and/or quantitatively			Specific countermeasures in response to the recommendations and its results	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
	WRT a cost-benefit analysis study of mobile ART services by the MoH			Specific countermeasures in response to the point of note	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
	Problems on implementation process	Whether there were obstacles or problems for the implementation of the project activities.			Contributing and inhibitory factors	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ インタビュー Interview

Annex 3-2: [Five Evaluation Criteria] Project for Scaling Up of Quality HIV and AIDS Care Service Management

Five Criteria	Evaluation/Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Middle	Small				
Relevance	Priority	Consistency of the Project Purpose with health policies with regard to HIV/AIDS published by the Ministry of Health (MoH).			National health related policies	① Document for health related policies ② MoH	① Document review ② Interview
		Consistency with Japan's ODA policies and JICA's aid policies	Relativity with prioritized area in Japan's ODA policies	Relativity with prioritized area in JICA's aid policies	Prioritized area in Japan's ODA policies for Zambia	① Japan's ODA policies for Zambia ② Japan's Global Health Policy 2011-2015	Document review
	Necessity	Relevance of target group	Consistency of needs of target group with the Project Purpose	Place of health assistance in the JICA's aid policies	① Experiences /performances of C/Ps ② Status of ART service provision in Zambia	① Document review ② Interview ③ Direct Observation	
	Appropriateness of implementation method	Appropriateness of adoption of assistance approach to strengthen management capacities at all administrative level.			Background and/or process for selection of assistance approach	① JICA ex-ante evaluation report ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
Special consideration		Special assiduities for gender issues, social grades, environment, ethnic groups, etc. Japan's technical superiority			Views of related players	① JICA Experts ② JICA Zambia Office	① Document review ② Questionnaire
Effectiveness	Achievements	Status of the achievements of Outputs	Status of the achievements of OVIs for Outputs			① Status of achievements of OVIs ② Project activities and its accomplishments	① Document review ② Interview
			<Output 1> Whether the MoH (Headquarters) has become able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service by DMOs to an expected extent.			Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P
	<Output 2> Whether target Provincial Medical Offices (PMOs) have become able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services to an expected extent.			Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview ③ Direct observation	
	<Output 3> Whether management capacities of DMOs/health facilities in Chongwe and Mumbwa have been enhanced for the continuous strengthening of rural ART services to an expected extent.			Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview ③ Direct observation	
<Output 4> Whether new target districts (Kalomo and Kazungula) have become able to plan, introduce and manage the mobile ART services as per the National Mobile HIV Services Guidelines to an expected extent.			Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview ③ Direct observation		

Annex 3-2: [Five Evaluation Criteria] Project for Scaling Up of Quality HIV and AIDS Care Service Management

Five Criteria	Evaluation Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Middle	Small				
Cause-and-effect relationship	Probability of the Project Purpose	Whether the Project Purpose was attained as a result of the achievements of Outputs	Whether management capacities for sustainable service provision are improved at all levels for the expansion of quality ART services in rural area to an expected extent.	Systematic judgment	① Status of achievements of OVIs ② Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview ③ Direct observation
	Whether important assumptions are appropriate from aspects of current situation.	Whether important assumptions are appropriate from aspects of current situation and logical relationship	Whether there was no logical error from the aspect of cause-and-effect relationship.	Verification of logical relationship	Verification by Evaluation Team	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
Contributing and hindering factors	Appropriateness of the important assumptions	Whether important assumptions are fulfilled.	Whether there was any other effective approaches for the achievement of the Project Purpose	Confirmation current situation	① Verification by Evaluation Team ② Views of related parties	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Whether important assumptions are appropriate from aspects of current situation and logical relationship	Confirmation of the current status of "Zambian side properly allocates necessary budget and distribute personnel for the project activities".	Whether important assumptions are appropriate from aspects of current situation and logical relationship	Verification of logical relationship	Verification by Evaluation Team	① Project document ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview
Time resource	Whether important assumptions are fulfilled.	Confirmation of the current status of "Necessary amount of ARVs and laboratory reagents are available at target districts".	Confirmation of the current status of "Zambian side properly allocates necessary budget and distribute personnel for the project activities".		Inputs data from the Zambian side	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Confirmation of the current status of "The political, economic, and social situation is not severely worsened than at commencing time of the project".	Confirmation of the current status of "Concerned non-governmental organizations, including mission hospitals at district level are cooperative to HIV and AIDS related activities undertaken by DMOs".	Confirmation of the current status of "Number of new HIV infection and ARV-drug resistant cases of HIV is not rapidly increased".		Supply situation	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
Efficiency	Whether important assumptions are fulfilled.	Confirmation of the current status of "Medical technology regarding HIV and AIDS services does not significantly change".	Confirmation of the current status of "Trained counterparts do not leave their position so as to affect the outputs of the Project".		Political, economic and social situation in Zambia	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Whether important assumptions are fulfilled.	Other expected and/or unexpected external factors	Confirmation of the current status of "Medical technology regarding HIV and AIDS services does not significantly change".		Cooperation status of NGOs concerning HIV/AIDS related activities undertaken by DMOs	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
Efficiency	Whether important assumptions are fulfilled.	Other expected and/or unexpected external factors	Confirmation of the current status of "Number of new HIV infection and ARV-drug resistant cases of HIV is not rapidly increased".		Number of new HIV infection and ARV-drug resistant cases of HIV	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Whether important assumptions are fulfilled.	Other expected and/or unexpected external factors	Confirmation of the current status of "Trained counterparts do not leave their position so as to affect the outputs of the Project".		Attrition rate of trained health workers	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
Efficiency	Whether important assumptions are fulfilled.	Other expected and/or unexpected external factors	Confirmation of the current status of "Medical technology regarding HIV and AIDS services does not significantly change".		Medical technology regarding HIV and AIDS services	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Whether important assumptions are fulfilled.	Other expected and/or unexpected external factors	Confirmation of the current status of "Medical technology regarding HIV and AIDS services does not significantly change".		Other expected and/or unexpected external factors	① JICA Experts, C/P ② Project documents	① Interview ② Questionnaire ③ Document review
Efficiency	Whether important assumptions are fulfilled.	Other expected and/or unexpected external factors	Confirmation of the current status of "Medical technology regarding HIV and AIDS services does not significantly change".		Progress control of the project activities	① Project documents ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Whether important assumptions are fulfilled.	Other expected and/or unexpected external factors	Confirmation of the current status of "Medical technology regarding HIV and AIDS services does not significantly change".		Progress control of the project activities	① Project documents ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview

Annex 3-2: [Five Evaluation Criteria] Project for Scaling Up of Quality HIV and AIDS Care Services Management

Five Criteria	Evaluation Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Middle	Small				
Probability of achievement of the Overall Goal	Whether access to quality ART services is improved in rural area, including non-targeted areas of the Project, by Zambian self-help endeavor in 3 to 5 years after the end of the Project.			Exploration based on the current status	<ol style="list-style-type: none"> Degree of achievement of the Project Purpose Verification of Sustainability 	<ol style="list-style-type: none"> Project documents Views of related players 	<ol style="list-style-type: none"> Document review Questionnaire Interview
	Hindering factors for the achievement of the Overall Goal	<p>Whether the important assumption of "The political, economic and social situation is not severely worsened than at termination time of the project" is appropriate at the time of the Terminal Evaluation, and expected to be fulfilled in 3 to 5 years time.</p> <p>Whether the important assumption of "HIV and AIDS policy of the Government of Zambia does not significantly change" is appropriate at the time of the Terminal Evaluation, and expected to be fulfilled in 3 to 5 years time.</p> <p>Whether other hindering factor for the achievement of Overall Goal are envisaged.</p>			<p>Verification of logical relationship</p> <p>Verification of logical relationship</p>	<ol style="list-style-type: none"> Views of related players Verification by Evaluation Team Views of related players Verification by Evaluation Team 	<ol style="list-style-type: none"> Document review Interview
Other impacts	Whether there are any positive and/or negative impacts confirmed and/or expected to be generated other than Overall Goal	Positive impacts				<ol style="list-style-type: none"> Project reports JICA Experts, C/P Views of related players 	<ol style="list-style-type: none"> Document review Questionnaire Interview
	Political and institutional aspects	Negative impacts				<ol style="list-style-type: none"> Project reports JICA Experts, C/P Views of related players 	<ol style="list-style-type: none"> Document review Questionnaire Interview
Probability of maintaining the benefits derived from the Project	Political and institutional aspects	Whether policies related to ART services would be maintained and/or enhanced in Zambia.				<ol style="list-style-type: none"> MoH JICA Experts, C/P Views of related players 	<ol style="list-style-type: none"> Questionnaire Interview
	Financial aspect	Whether political assistance to enhance the benefits derived from the Project will be discussed for the dissemination of them to other area in Zambia.				<ol style="list-style-type: none"> MoH JICA Experts, C/P Views of related players 	<ol style="list-style-type: none"> Questionnaire Interview
Sustainability	Financial aspect	Whether the budget and human resource allocation for maintaining activities will be secured.				<ol style="list-style-type: none"> MoH JICA Experts, C/P Views of related players 	<ol style="list-style-type: none"> Questionnaire Interview
		Whether the budget and personnel for the enhancement of the benefit will be allocated.				<ol style="list-style-type: none"> MoH JICA Experts, C/P Views of related players 	<ol style="list-style-type: none"> Questionnaire Interview

Annex 3-2: Five Evaluation Criteria | Project for Scaling Up of Quality HIV and AIDS Care Service Management

Five Criteria	Evaluation Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Middle	Small				
Technical aspect	Whether the improved management capacities for sustainable service provision will be maintained and enhanced autonomously.				<ul style="list-style-type: none"> ① Possibility of continuation of supportive supervision ② Opportunities to update technical skills 	<ul style="list-style-type: none"> ① Project reports ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players 	<ul style="list-style-type: none"> ① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Whether personnel for the deployment of the benefits are matured.				<ul style="list-style-type: none"> ① Administrative ability for deployment of the benefits 	<ul style="list-style-type: none"> ① Project reports ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players 	<ul style="list-style-type: none"> ① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	<ul style="list-style-type: none"> Contributing and hindering factors 	<ul style="list-style-type: none"> Whether the important assumptions for sustaining the benefits will be maintained. Whether countermeasures against contributing and hindering factors for sustainability were discussed by the Project and C/Ps. 			<ul style="list-style-type: none"> Views of related players Views of related players 	<ul style="list-style-type: none"> ① Project reports ② JICA Experts ① Project reports ② JICA Experts 	<ul style="list-style-type: none"> ① Document review ② Interview ① Document review ② Interview
Comprehensive sustainability	Whether the comprehensive sustainability is secured or not, in the view of above-mentioned aspects.				<ul style="list-style-type: none"> Analytical evaluation by the Evaluation Team 	<ul style="list-style-type: none"> ① Project documents ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players 	<ul style="list-style-type: none"> ① Document review ② Interview

SHIMA TERMINAL EVALUATION LIST OF INTERVIEWEES

Ministry of Health

Dr. Welani Chilengwe, Project Manager, Director, Clinical Care and Diagnostic Services

Dr. Albert Mwangi, National ARV Programme Coordinator

Mr. Charles Nyambe, Deputy Director –Laboratory Services, Clinical Care and Diagnostic Services

Chongwe District Community Medical Office

Dr. Charles Msiska, Chongwe District Community Medical Officer

Mr. Cheepa Choongo, Clinical Care Officer

Ms. Mable Changala, ART Coordinator

Mr. Samba Muvuma, TB/HIV Focal Person

Mumbwa District Community Medical Office

Dr. Christopher Dube, Mumbwa District Community Medical Officer

Mr. Nangana Kayama, TB/HIV Focal Person

Mr. Festus Munamunungu, Lungobo RHC Clinical Officer

Kazungula District Community Medical Office

Dr. Francis Hadunka, Kazungula District Community Medical Officer

Mr. Paul Nambala, TB/HIV Focal Person

Ms. Sibeso M. Maseka, Mukuni RHC Environmental Health Technologist

Ms. Muhau Sinonge, Mukuni RHC Registered Nurse

Ms. Vivienne M. Simukonda, Mukuni RHC Registered Theatre Nurse

Ms. Debrah Subitali, Mukuni RHC Volunteer

Ms. Agness Labisi, Mukuni RHC Volunteer

Ms. Loveness Makole, Mukuni RHC Volunteer

Mr. Petere Choiza, Mukuni RHC Volunteer

Ms. Yiu Jin, Mukuni RHC Volunteer (JOCV)

Kalomo District Community Medical Office

Dr. Kenneth Chibwe, Kalomo District Community Medical Officer

Mr. Vincent Chipeta, DTB/HIV/LEP/STI Focal Person

Southern Province Medical Office

Dr. Jelita Chinyonga, Southern Province Medical Officer

Mr. Francis Chibinga, TB Focal Person

Dr. Alisheke, Former Southern Province Medical Officer

SHIMA Project Expert

Dr. Kenichi Komada, Chief Advisor

Ms. Yukari Yasutaka, Project Coordinator/ Public Health Expert

Dr. Kenichi Miyamoto, HIV/AIDS Care Expert

Mr. Naofumi Hashimoto, Laboratory Service Short Term Expert

INPUTS: COUNTERPART PERSONNEL

as of January 2014

No	Position	Name	Job Title	Period
1	Project Director	Velepl MTONGA (Dr)	Permanet Secretary, Ministry of Health (MoH)	Nov 2008 - Apr 2010
		Peter MWABA (Dr)		Apr 2010 - Jan 2014
		David CHIKAMATA (Dr)		Jan 2014 up to now
2	Project Manager	Gardner SYAKANTU (Dr)	Director, Directorate of Clinical Care and Diagnostic Services, MoH	Nov 2009 - Aug 2013
		Welani CHILENGWE (Dr)		Aug 2013 up to Now
3	Other Counterparts	Albert MWANGO (Dr)	ARV Coordinator, MoH	Nov 2009 - Aug 2010, Aug 2012 uo to Now
		Chispine MOYO (Dr)		Aug 2010 - Aug 2012
		Izukanji SIKAZWE (Dr)	ART Advisor, MoH	Aug 2010 - Mar 2013
		Mutinta Nalubamba PHIRI (Dr)	Pediatric ART Programme Officer, MoH	Nov 2009 - Jan 2011
		Gloria MUNTHALI (Dr)	Pediatric ART Programme Officer, MoH	Jan 2011 up to now
		Lutangu ALISHEKE (Dr)	Provincial Medical Officer, Southern Province Medical Office (PMO)	Nov 2009 - Jul 2013
		Charles MSISKA (Dr)	District Medical Officer, Chongwe District Medical Office (DMO)	Nov 2009 up to now
		Christopher DUBE (Dr)	District Medical Officer, Mumbwa DMO	Nov 2009 up to now
		Paul ZULU (Dr)	District Medical Officer, Kalomo DMO	Nov 2009 - Oct 2010
		Cephas SIALUBANJE (Dr)		Oct 2010 - Oct 2012
		Kenneth CHIBWE (Dr)		Oct 2012 up to now
Francis HADUNKA (Dr)	District Medical Officer, Kazungula DMO	Nov 2009 up to now		

Counterparts outside of RD			
MoH	Charles NYAMBE (Mr)	Deputy Director of Laboratory Services, MoH	Oct 2010 - up to now
	Fales MWAMBA (Ms)	Chief Biomedical Scientist	Nov 2009 up to now
	Chipyoka NSAMA (Mr)	Chief Biomedical Scientist	Nov 2009 up to now
	Clement PHILI (Mr)	Biomedical Scientist	Nov 2009 up to now
	Juliana KINKESEI (Ms)	Principal Biomedical Scientist	Nov 2009 up to now
Southern Province	Simon MUTEMBO (Dr)	Clinical Care Specialist, Southern PMO	Nov 2009 - Aug 2010
	Nancy ZYONGWE (Dr)		Aug 2012 up to now
	Kebby MUSOKOTOWANE (Dr)	Communicable Disease Control Specialist, Southern PMO	Aug 2010 - up to now
Lusaka Province	Tuckson LAMBERT (Dr)	Provincial Medical Officer, Lusaka PMO	Nov 2009 - Nov 2013
	Abel KABALO (Dr)		Nov 2013 up to now
Central Province	Dickson SUYA (Dr)	Provincial Medical Officer, Central PMO	Nov 2009 - Nov 2013
	Rosemary R MWANZA (Dr)		Nov 2013 up to now
Chongwe District	Samba MUVUMA (Mr)	District TB HIV/AIDS Coordinator, Chongwe DMO	Nov 2009 up to now
	Lugano NKHOMA (Dr)	ART Coordinator, Chongwe DMO	Nov 2009 - Jun 2011
	Mable Changala CHIRWA (Ms)	PMTCT Clinical Officer and acting ART Coordinator, Chongwe DMO	Nov 2009 up to now
	Henry KAPYATA (Mr)	TB/HIV Focal Person, Chongwe DMO	May 2011 up to now
	Mastard NYIRENDA (Mr)	District Health Information Officer, Chongwe DMO	Nov 2009 - Mar 2012
	Tasila SOMPA (Ms)		Apr 2012 up to now
	Christine MUTAMBO (Ms)	Laboratory Technologist, Chongwe Referral Health Centre	Nov 2009 up to now
	Zephania MTONGA (Mr)	Laboratory Technologist, Chongwe District Hospital	
Mumbwa District	Nangana KAYAMA (Mr)	TB/HIV Focal Person, Mumbwa DMO	Nov 2009 up to now
	Janet Watala PHIRI (Ms)	Clinical Care Officer, Mumbwa DMO	Nov 2009 up to now
	D. MUSHINGE (Mr)	District Health Information Officer, Mumbwa DMO	Nov 2009 up to now
	Jeremiah NKURUNZIZA (Mr)	Biomedical Scientist, Mumbwa District Hospital	Nov 2009 up to now
Kalomo District	Vincent CHIPETA (Mr)	District TB/HIV/LEP/STI Focal Person, Kalomo DMO	Nov 2009 up to now
	Kelvin C MUPEMO (Mr)	District Health Information Officer, Kalomo DMO	Jan 2012 up to now
	Rabby SIAKUCHITE (Mr)	Data Associate, Kalomo DMO	Jan 2012 up to now
	Grace MANDA (Ms)	Laboratory Technologist, Kalomo District Hospital	Nov 2009 - Aug 2012
	Michel MOKHA (Mr)	Laboratory Technologist, Kalomo District Hospital	Nov 2009 up to now
Kazungula District	Paul NAMBALA (Mr)	TB/HIV Focal Person, Kazungula DMO	Nov 2009 up to now
	Kelvin MUTASHA (Mr)	District Health Information Officer, Kazungula DMO	Nov 2009 up to now
	Hillary PHIRI (Mr)	Data Associate, Kazungula DMO	Nov 2010 up to now
	Issac SIMEZA (Mr)	Laboratory Technologist, Mukuni Rural Health Centre	Nov 2009 - Jun 2011
	Godwin MOOLA (Mr)	District Laboratory Technologist, Kazungula DMO	Nov 2009 up to now

INPUTS: EXPERTS

Long-term Experts				as of December, 2013	
No	Name	Job Title	Period	Duration(month)	
1	Naoko ISHIKAWA (Dr)	Chief Advisor/Health Planning	18 Jan 2010 - 17 Mar 2012	26	
2	Shinsuke MIYANO (Dr)	HIV/AIDS Care -> Chief Advisor/Health Planning	18 Jan 2010 - 17 Mar 2013	39	
3	Naofumi HASHIMOTO (Mr)	Laboratory Service Management	10 Jul 2010 - 21 Dec 2011	18	
4	Satsuki KUNIKANE (Ms)	Project Coordinator/Public Health	03 Dec 2009 - 02 Dec 2011	24	
5	Yukari YASUTAKA (Ms)	Project Coordinator/Public Health	11 Jan 2012 - 08 Nov 2014	34	
6	Kenichi KOMADA (Dr)	HIV/AIDS Care -> Chief Advisor/Health Planning	09 May 2012 - 08 Nov 2014	30	
7	Hideki MIYAMOTO (Dr)	HIV/AIDS Care	09 Oct 2013 - 08 Nov 2014	13	
				184	(total)
Short-term Experts				Duration(month)	
No	Name	Job Title	Period	Duration(month)	
1	Kenichi KOMADA (Dr)	HIV/AIDS Care Service Management	07 Feb - 04 Mar 2010	1	
2	Kazuhiro KAKIMOTO (Dr)	Operational Research	15 Feb - 12 Mar 2010	1	
3	Kenichi KOMADA (Dr)	Operational Research	23 Aug - 03 Sep 2010	0.5	
4	Hideki MIYAMOTO (Dr)	HIV Care and Treatment	16 Feb - 11 Mar 2011	1	
5	Naofumi HASHIMOTO (Mr)	Laboratory Service Management	19 May - 18 Jul 2012	2	
6	Takuma KATO (Dr)	HIV Care and Treatment	19 Nov 2012 - 18 Mar 2013	4	
7	Naofumi HASHIMOTO (Mr)	Laboratory Service Management	02 Jan - 23 Mar 2013	2.5	
8	Hideki MIYAMOTO (Dr)	HIV Care and Treatment	08 May - 21 Jun 2013	1.5	
9	Naofumi HASHIMOTO (Mr)	Laboratory Service Management	29 May - 28 Jul 2013	2	
10	Shinsuke MIYANO (Dr)	HIV Care and Treatment	18 Jul - 11 Sep 2013	2	
11	Naofumi HASHIMOTO (Mr)	Laboratory Service Management	19 Dec 2013 - 18 Mar 2014	3	
				20.5	(total)
Short-term Expert as of November, 2014 (estimate)				Duration(month)	
No	Name	Job Title	Period	Duration(month)	
12	Chieko MATSUBARA (Ms)	HIV Care and Treatment	26 Feb 2014 - 21 Mar 2014	1	
13	Shinsuke MIYANO (Dr)	HIV Care and Treatment	01 - 30 Jul 2014	1	
14	Naofumi HASHIMOTO (Mr)	Laboratory Service Management	01 Jul - 30 Oct 2014	4	
15	Naoko ISHIKAWA (Dr)	Operational Research	01 - 30 Oct 2014	1	
				7	(total)

INPUTS: OVERSEAS TRAINING/CONFERENCE

Japan		INPUTS: OVERSEAS TRAINING/CONFERENCE		as of December, 2013		
No	Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1	Gardner SYAKANTU (Dr)	Director, Clinical Care and Diagnostic Services, MoH	13 Nov - 30 Nov 2009	HIV/AIDS Care/Community Health (Counterpart Training)	1) National Center for Global Health and Medicine (NCGM) 2) Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW) 3) Saku General Hospital and Saku Health Center 4) Research Institute of Tuberculosis (RIT)	1) Situation of overall HIV/AIDS incl. latest treatment in Japan 2) Role of community health and way of delivery of the health services in rural setting in Japan 3) TB control in Japan
2	Mutinta Nalubamba PHIRI (Dr)	Pediatric ART Programme Officer, MoH				
3	Albert MWANGO (Dr)	ARV Coordinator, MoH				
4	Lutangu ALISHEKE (Dr)	Provincial Medical Officer, Southern PMO	15 May - 2 Jun 2010			
5	Simon MUTEEMBO (Dr)	Clinical Care Specialist, Southern PMO				
7	Charles MSISKA (Dr)	District Medical Officer, Chongwe DMO	9 - 16 Sep 2010	25th Conference of the Japan Association for International Health	1) NCGM 2) AIDS Clinical Center (ACC) 3) JICA Headquarters	1) Oral Presentation at the conference (Title "Impact of HIV treatment and care services on the service delivery at health centres and communities in rural Zambia") 2) Visits and discussion at NCGM, ACC and JICA
8	Samba MUVUMA (Mr)	District TB HIV/AIDS Coordinator, Chongwe DMO	5 May - 30 Jul 2011	Group Training (No. 1280964) "Stop TB Action Training Course"	RIT	1) Epidemiology and statistics for the operational research 2) Development of the research protocol and effective policy making 3) Trend for TB strategies 4) Project Cycle Management (PCM)
9	Paul NAMBALA (Mr)	District TB HIV/AIDS Coordinator, Kalomo DMO	9 May - 4 Aug 2012			
10	Vincent CHIPETA (Mr)	Clinician, Kazungula DMO	8 May - 3 Aug 2013			
11	Francois CHIBINGA (Mr)	District PMTCT Coordinator, Chongwe DMO		Group Training (No. 1284262) "Evidence-Based Public Health Planning"	JICA OKINAWA	1) Principle of public health and evidence-based public health 2) Lessons from Okinawan good health at relatively low income/capita in Japan 3) Major tools and methods to analyse main public health issues
12	Mable CHIRWA (Mrs)	District PMTCT Coordinator, Chongwe DMO	5 - 19 Jan 2013			
13	Nangana KAYAMA (Mr)	District Medical Officer, Chongwe DMO	14 - 28 Sep 2013			
14	Charles MSISKA (Dr)	District Medical Officer, Chongwe DMO				
15	Francis HADUNKA (Dr)	District Medical Officer, Kazungula DMO				
16	Kenneth CHIBWE (Dr)	District Medical Officer, Kalomo DMO				
17	Musamba Field (Mr)	Principal Planner, Southern PMO				

Austria		Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1	Gardner SYAKANTU (Dr)	Director, Clinical Care and Diagnostic Services, MoH	16 -25 Jul 2010	International AIDS Conference 2010	N/A	1) Treatment as prevention 2) Introduction of new treatment guidelines by WHO Oral Presentation (Title "Impact of HIV treatment and care services on the service delivery at health centres and communities in rural Zambia")	
2	Christopher DUBE (Dr)	District Medical Officer, Mumbwa DMO					

Italy		Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1	Charles NYAMBE (Mr)	Deputy Director of Laboratory Services, MoH	15 - 21 Jul 2011	6th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention	N/A	1) HPTN (HIV prevention trials network) 052 study 2) Early treatment and CD4 monitoring Poster Presentation (Title "Urgent call for laboratory services strengthening for the provision of quality ART services: the gap between the number of CD4 test required and the current laboratory capacity in three rural districts, Zambia")	
2	Izukanji SIKAZWE (Dr)	ART advisor, MoH	13-19 Jul 2011	3rd International Paediatric HIV Workshop		1) Predict Study 2) Controversy in routine viral load testing for children in resource limited settings Poster Presentation (Title "Clinical outcomes and factors contributing to Loss to Follow-up of paediatric patients on ART in rural Zambia: retrospective cohort study 2004 – 2010")	

France		Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1	Samba MUVUMA (Mr)	District TB HIV/AIDS Coordinator, Chongwe DMO	25 -31 Oct 2011	42nd Union World Conference on Lung Health	N/A	1) Partnerships for scaling-up and care Oral Presentation (Title "Successfully tested but not enrolled in HIV care: missed opportunities for TB patients in rural Zambia")	
2	Francis CHIBINGA (Mr)	TB focal person, Southern PMO	30 Oct- 3 Nov 2013	44nd Union World Conference on Lung Health	N/A	1) Partnerships for scaling-up and care Oral Presentation (Title "early versus late initiation of ART in TB patients infected with HIV in rural Zambia")	

America (Washington DC)

	Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1	Gardner SYAKANTU (Dr)	Director, Directorate of Clinical Care and Diagnostic Services, MoH				1) Treatment as prevention 2) Introduction of new treatment guidelines by WHO
2	Christpine MOYO (Dr)	ART Coordinator, MOH	22 - 27 Jul 2012	International AIDS Conference 2012	N/A	Oral Presentation (Title "Mothers' confusions over the extended nevirapine regimen for HIV-exposed infants in resource-limited settings" - by Mrs Chirwa) Poster Presentation (Title "Poor linkages between TB and HIV services affect the quality of care" - by Mr. Muvuma)
3	Samba MUVUMA (Mr)	District TB HIV/AIDS Coordinator, Chongwe DMO				
4	Mable CHIRWA (Mrs)	District PMTCT Coordinator, Chongwe DMO				

Malaysia

	Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1	Samba MUVUMA (Mr)	District TB HIV/AIDS Coordinator, Chongwe DMO	25 -31 Oct 2011	43rd Union World Conference on Lung Health	N/A	1) Partnerships for scaling-up and care Oral Presentation (Title "Successfully tested but not enrolled in HIV care: missed opportunities for TB patients in rural Zambia") 2) Current issues and future directions
2	Albert MWANGO (Dr)	National ARV Programme Coordinator, MoH	30 Jun - 3 Jul 2013	7th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention	N/A	2) Introduction of new treatment guidelines by WHO Oral Presentation (Title "Outcomes of national expansion program for antiretroviral treatment to rural health centre level through mobile HIV services in Zambia") Poster Presentation (Title1 "A cost analysis of the expansion of antiretroviral treatment to the rural health centre level through mobile HIV services in Zambia") (Title2 "A comparison of treatment outcomes between ART services in district hospital and rural health centers: a prospective cohort study in a rural district.
3	Janet WATALA (Mrs)	Clinical Care Officer, Mumbwa DMO				

Ethiopia

Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1 Christpine MOYO (Dr)	ART Coordinator, MOH				1) Policy and leadership Poster Presentation (Title: "Access to CD4 cell measurement and CD4 cell response in patients receiving antiretroviral therapy at rural health centres in remote areas of Zambia")
2 Izukanji SIKAZWE (Dr)	ART Advisor, MOH				1) Policy and leadership Poster Presentation (Title: "Depression and self-stigma among patients initiating antiretroviral therapy (ART) in rural Zambia")
3 Cephas SIALUBANJE (Dr)	District Medical Officer, Kalamo DMO	03 -09 Dec 2011	16th International Conference on AIDS and Sexually Transmitted Infections in Africa	N/A	1) Leadership and community activities Oral Presentation (Title: "Successfully enrolled in HIV care but not linked to timely treatment: poor retention and monitoring of Pre-ART patients who are not yet eligible for antiretroviral therapy")
4 Henry KAPYATA (Mr)	District TB HIV/AIDS Coordinator, Chongwe DMO				1) Operational research Oral Presentation: co-author (Title: "A missed opportunity for PMTCT services: successful antenatal HIV screening and poor linkages to HIV care and treatment")
5 Mable CHIRWA (Mrs)	District PMTCT Coordinator, Chongwe DMO				1) Community activities Oral Presentation (Title: "A missed opportunity for PMTCT services: successful antenatal HIV screening and poor linkages to HIV care and treatment")

South Africa

Name	Job Title	Period	Name of the Course/ Conference	Training Institutes	Main topic of the Course/ Conference
1 Albert MWANGO (Dr)	National ARV Programme Coordinator, MOH	7 - 11 Dec 2013	17th International Conference on AIDS and Sexually Transmitted Infections in Africa	N/A	1) Policy and leadership Poster Presentation (Title: "A Comparison of Survival Rate between ART Clients in District Hospital and Rural Health Centres Supported by Mobile Team")
2 Cristopher DUBE (Dr)	District Medical Officer, Mumbwa DMO				

INPUTS: DOMESTIC TRAINING

		as of December 2013									
No	Name of the Training	Training Period	Number of Trainees				Training Institutes/ facilitators	Funding by JICA	Funding by Counterparts	Total Expenses (ZMK)	Staff
			Chongwe	Mumbwa	Kalomo	Kazungula					
1	ART/Opportunistic Infections (OIs) Management	22 Feb - 05 Mar 2010	10	10	-	-	Chainama College	42,800,000	transport paid by DMO	#VALUE!	Staff
2	Refresher TB Course/X-ray Reading	24 - 26 Jun 2010	15	-	-	-	Chongwe DMO	16,742,000	3,400,000	20,142,000	Staff
3	Dried Blood Spots (DBS)	26 Jun 2010	-	13	-	-	Mumbwa DMO	4,176,000	1,110,000	5,286,000	Staff
4	Patient Trainers Preparation Course	08 - 12 Nov 2010	-	-	9	14	Lusaka DMO, WHO etc	191,354,500	0	191,354,500	Staff
5	Basic ART Clinical Training Course	29 Nov - 04 Dec 2010	-	-	13	13	Lusaka DMO, WHO etc				Staff
6	Adult and Pediatric New ART Guideline Orientation	10 - 12 May 2011	25	-	-	-	Chongwe DMO	25,447,000	4,986,000	30,433,000	Staff
7	Adult and Pediatric New ART Guideline Orientation	30 - 31 May 2011	-	15	-	-	Mumbwa DMO, MoH	17,766,000	0	17,766,000	Staff
8	Basic ART Clinical Training Course	30 May - 04 Jun 2011	15	14	-	-	CIDRZ, UTH, Chongwe DMO	101,831,500	3,400,000	105,231,500	Staff
9	Pediatric ART Training Course	06 - 10 Jun 2011	10	10	-	-	CIDRZ, Chongwe DMO	49,746,000	3,260,000	53,006,000	Staff
10	Adult and Pediatric New ART Guideline Orientation	05 - 06 Sep 2011	-	-	15	-	Kalomo DMO	14,985,500	3,400,000	18,385,500	Staff
11	Adult and Pediatric New ART Guideline Orientation	12 - 13 Sep 2011	-	-	-	15	Kazungula DMO, Kalomo DMO	26,735,000	1,570,000	28,305,000	Staff
12	Basic ART Clinical Training Course	26 - 31 Oct 2011	-	-	22	23	Kazungula DMO, Kalomo DMO	74,525,000	0	74,525,000	Staff
13	VCT Counselor Training Course	16 - 25 Nov 2011	20	-	-	-	Chongwe DMO	61,690,000	3,600,000	65,290,000	Volunteer

212,272,500

14	Pediatric ART Training Course	28 Nov - 02 Dec 2011	—	—	9	15	Kazungula DMO, Kalomo DMO	51,920,000	3,600,000	55,520,000	Staff
15	TB Treatment Supporter Training Course	19 - 23 Dec 2011	—	26	—	—	Mumbwa DMO	25,450,000	3,200,000	28,650,000	Volunteer
16	TB Treatment Supporter Training Course	05 - 09 Mar 2012	—	—	20	—	Kalomo DMO	39,166,500	3,600,000	42,766,500	Volunteer
17	TB Treatment Supporter Training Course	16 - 20 Apr 2012	—	—	—	17	Kazungula DMO	28,002,000	3,620,000	31,622,000	Volunteer
18	TB Treatment Supporter Training Course	14 - 18 May 2012	20	—	—	—	Chongwe DMO	24,115,000	8,800,000	32,915,000	Volunteer
19	Adult ART Training Course	3 - 9 June 2012	—	—	13	—	Kalomo DMO	32,999,000	10,000,000	42,999,000	Staff
20	Adherence Counsellors Training Course	24 - 28 Sep 2012	20	—	—	—	Chongwe DMO	27,580,000	8,800,000	36,380,000	Volunteer
21	Adherence Counsellors Training Course	26 - 30 Nov 2012	—	—	—	20	Kazungula DMO	33,184,000	5,050,000	38,234,000	Volunteer
22	TB Treatment Supporter Training Course	8 - 12 Apr 2013	30	—	—	—	Chongwe DMO	35,000,000	4,650,000	39,650,000	Volunteer
23	Treatment Supporter Refresher Training Course	2 - 6 Sep 2013	—	25	—	—	Mumbwa DMO	22,675,000	6,500,000	29,175,000	Volunteer
24	Lay Counsellors Training Course	19 - 23 Aug & 23 - 27 Sep 2013	20	—	—	—	Chongwe DMO	64,360,000	11,780,000	76,140,000	Volunteer
TOTAL			185	113	101	117	TOTAL in Kwacha	1,012,250,000	94,326,000	1,106,576,000	
									91%	9%	

INPUTS: DONATED EQUIPMENT

as of December, 2013

No.	Acquisition DD/MMYY	Item (Type, Model)	QTY	Currency	Unit Price	Total Price	USD Equivalent (Rate 5.40)	Allocation
1	06/01/2010	Project Vehicle (NISSAN Patrol)	1	USD	45,260.00	45,260.00	45,260.00	MOH Office
2	12/01/2012	Vehicle (TOYOTA Land Cruiser)	2	USD	41,744.00	83,488.00	83,488.00	Kalomo DMO Kazungula DMO
3	18/03/2010	Mobile X-ray equipment (PHILIPS Practix 160)	1	USD	48,500.00	48,500.00	48,500.00	Chongwe DMO
4	18/03/2010	Accessories for X-ray equipment	1	ZK	70,810,200.00	70,810,200.00	13,113.00	Chongwe DMO
5	31/01/2011	Bio-Chemistry Analyzer (HORIBA ABX Pentra C200)	2	USD	25,000.00	50,000.00	50,000.00	Mumbwa DMO Kazungula DMO
6	31/01/2011	Water Purifier (Elix 5 standard water system)	2	USD	11,940.00	23,880.00	23,880.00	Mumbwa DMO Kazungula DMO
7	31/01/2011	Haematology Analyser (HORIBA ABX Micros60)	2	USD	9,950.00	19,900.00	19,900.00	Mumbwa DMO Kazungula DMO
8	31/01/2011	Automatic Sanitation System	2	ZK	13,507,200.00	27,014,400.00	5,002.67	Mumbwa DMO Kazungula DMO
9	04/02/2011	Project Vehicle (TOYOTA Land Cruiser)	1	USD	54,077.00	54,077.00	54,077.00	MOH Office
10	14/02/2011	Inverter Charger (3200VA)	2	ZK	7,413,973.00	14,827,946.00	2,745.92	Mumbwa DMO Kalomo DMO
11	21/03/2011	Centrifuge (UNICEN 21)	1	ZK	12,964,000.00	12,964,000.00	2,400.74	Kazungula DMO
12	21/03/2011	Rotor (4200 RPM)	1	ZK	8,334,000.00	8,334,000.00	1,543.33	Kazungula DMO
13	01/10/2011	Electronic Scale (A&D FX 200)	2	ZK	13,500,000.00	27,000,000.00	5,000.00	Kazungula DMO Kalomo DMO
14	12/10/2011	CD4 counter	2	JPY	2,460,000.00	4,920,000.00	49,200.00	Mumbwa DMO Kazungula DMO
15	30/01/2012	Vortex Mixer	1	ZK	720,000.00	720,000.00	133.33	Kazungula DMO
16	04/12/2012	Icclined Refrigerator (VESFRFROST MK304)	2	ZK	9,600,000.00	19,200,000.00	3,555.56	Mumbwa DMO Kalomo DMO
17	04/12/2012	6	1	ZK	8,300,000.00	8,300,000.00	1,537.04	Kazungula DMO
18	04/12/2012	Voltage Stabilizer (Solletek SVS04-22)	3	ZK	850,000.00	2,550,000.00	472.22	Mumbwa DMO Kalomo DMO Kazungula DMO
19	19/12/2012	Micro pipet (Gilson Classic)	5	ZK	2,320,000.00	11,600,000.00	2,148.15	Kalomo DMO
20	11/03/2012	UPS and Battery	1	ZK	18,975,600.00	18,975,600.00	3,514.00	Kalomo DMO
21	08/05/2013	STATA Software	1	ZMW	7,781.96	7,781.96	1,441.10	MOH ARV Coordinator
22	27/06/2013	Booster Pump	1	ZMW	2,600.00	2,600.00	481.48	Kazungula DMO
23	31/07/2013	Micro Pipet (Gilson G)	2	ZMW	2,425.00	4,850.00	898.15	Mumbwa DMO
24	09/09/2013	Micros 60 Hematology Analyser with printer, UPS Startup reagent	1	ZMW	67,560.00	67,560.00	12,511.11	Chongwe DMO
25	22/10/2013	Project Vehicle (TOYOTA LandCruiser)	1	ZMW	352,313.00	352,313.00	65,243.15	MOH Office
26	01/11/2013	Project Vehicle (MITSUBISHI PAJERO)	1	ZMW	320,800.00	320,800.00	59,407.41	MOH Office
USD GRAND TOTAL							565,463.35	

INPUTS: LOCAL COSTS MADE BY JAPANESE SIDE

as of December 2013

No	Item	FY-2009 (Dec 2009- Mar 2010)	FY-2010 (Apr 2010- Mar 2011)	FY-2011 (Apr 2011- Mar 2012)	FY-2012 (Apr 2012- Mar 2013)	FY-2013(3Q) (Apr 2013- Dec 2013)	Total
1	Trainings(domestic)	42,800.00	212,272.50	489,262.50	145,880.00	122,035.00	1,012,250.00
2	Workshop/ Meeting	25,340.85	190,663.00	129,759.85	197,172.71	164,398.37	707,334.78
3	Overseas Business Travel	660.30	163,024.12	165,095.70	124,116.13	103,154.78	556,051.03
4	Employment/ Allowance	15,427.65	91,478.35	91,322.70	139,115.74	86,965.05	424,309.49
5	Others including Equipment	149,755.63	686,019.14	900,100.10	612,221.42	558,364.85	2,906,461.14
	TOTAL in ZMW	233,984.43	1,343,457.11	1,775,540.85	1,218,506.00	870,519.68	5,442,008.07
	USD Equivalent	45,345.82	260,359.91	344,097.06	225,649.26	161,207.35	1,036,659.40

US Rate = ZMW5.160 ZMW5.160 ZMW5.4 ZMW5.4 ZMW5.4

Total estimates as of the end of project	
ZMW	6,554,498.073
Yen	118,636,415.121

FY-2013 4Q
(estimates)FY-2014
(estimates)

ZMW		230,000.00	882,490.00
Yen (rate =18.1)	4,235,118.18	24,316,573.76	32,137,289.37
		22,054,958.60	19,919,406.21
			15,973,069.00

**Annex 6: List of OPERATIONAL RESEARCH
The Project for Scaling up of Quality HIV/AIDS Care Service Management (MOH-JICA SHIMA project)**

Research Topics	Objectives	Title of research	2010				2011				2012				2013				2014			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Continuum of HIV Care To identify the factors associated with poor continuum of care	1.1 Continuum of care from HIV testing to ART services: KAKA CC Cohort (Kalomo, Kazungula) 1.2 Linkages between TB and HIV services																				
2	Access to laboratory services related to ART services To analyse the field implementation of CD4 test for follow-up of the treatment outcome	2.1 Access to CD4 assessment and monitoring of patients on ART (Mumbwa) 2.2 The gap between the number of CD4 test required and the current laboratory capacity (Chongwe, Kalomo, and Mumbwa)																				
3	ART services for adults To examine current situation of ART clients (e.g. adherence treatment outcome, disclosure, etc.)	3.1 Mumbwa SHIMA cohort study (Mumbwa)																				
4	Paediatric HIV and PMTCT services To examine current situation of paediatric care, support and treatment as well as PMTCT services	4.1 Clinical outcomes and factors contributing to loss to follow-up of paediatric patients on ART (Mumbwa) 4.2. PMTCT and its linkages to ART services																				
5	ART treatment supporters To examine their tasks, contribution to the other health services provided at health centres	5.1 Roles of health workers and volunteers for ART services (Chongwe, Kalomo, Kazungula, and Mumbwa)																				
6	HIV-related diseases To examine how the management for HIV-related diseases can be improved (e.g. TB, Syphilis, etc)	6.1 Timing of ART initiation for TB-HIV co-infected patients 6.2 TB Active Screening for Household in Kalomo District Hospital																				

→ implemented - - - - - planned

All researches will be implemented in collaboration with the National Center for Global Health and Medicine (NCGM/ Tokyo, Japan) (includes involvement of research assistants from the NCGM research group)

SHIMA PROJECT ACTIVITIES (Meeting/ Site visit/ Training)

ANNEX-7

Quarterly ART Review Meeting and Site Visit

as of December, 2013

	CHONGWE		MUMIBWA		KALOMO		KAZUNGULA		SHIMA PROJECT QUARTERLY MEETING
	ART Meeting	Site Visit	ART Meeting	Site Visit	ART Meeting	Site Visit	ART Meeting	Site Visit	
2010	Q1	10/03/2010	not conducted		not conducted		not conducted		10/03/2010(JCC)
	Q2	not conducted	25/06/2010		29/04/2010		not conducted		
	Q3	02/09/2010	not conducted		30/09/2010		08/07/2010		
	Q4	02/11/2010		24/10/2010		13/12/2010		14/12/2010	08/12/2010
2011	Q1	10/03/2011	21-22/02/2011	04/02/2011	31/01-03/02/2011	not conducted	not conducted	07/01/2011	not conducted
	Q2	not conducted	not conducted	01/06/2011	not conducted	27/05/2011	not conducted	13/06/2011	30/05-03/06/2011
	Q3	05/08/2011	29/07, 03/08/2011	not conducted	not conducted	not conducted	not conducted	not conducted	not conducted
	Q4	19/12/2011	15-16/11/2011	14/10/2011	09-13/10/2011	23/12/2011	19-22/12/2011	not conducted	not conducted
2012	Q1	not conducted	not conducted	13/03/2012	05-07/03/2012	not conducted	not conducted	03/02/2012	27/02/2012
	Q2	27/04/2012	23-26/04/2012	22/04/2012	16-19/04/2012	not conducted	not conducted	not Conducted	not conducted
	Q3	24/08/2012	20-23/08/2010	31/08/2012	20-23/08/2012	28/09/2012	24-27/09/2012	20/07/2012	14/08/2012
	Q4	07/12/2012	(done by district)	18/12/2012	27-30/11/2012	30/11/2012	26 - 29/11/2012	07/12/2012	3-6/12/12
2013	Q1	not conducted	not conducted	not conducted	not conducted	not conducted	not conducted	not conducted	18 - 22 / 03 / 2013
	Q2	not conducted	not conducted	17/05/2013	13 - 16 /05/ 13	not conducted	10 - 14 / 06 /2013	not conducted	not conducted
	Q3	20/09/2013	18-19 /09/2013	not conducted	not conducted	not conducted	24 - 27 /09 /2013	not conducted	23 - 26 / 09 / 2013
	Q4	not conducted	not conducted	04/10/2013	30/09- 3/10/2013	19/12/2013	16 - 18 / 12 / 2013	20/12/2013	16 - 19 / 12 / 2013

Training

	CHONGWE	MUMBWA	KALOMO	KAZUNGULA
2010	Q1 ART/Opportunistic Infections (OIs) Management, 22/02 - 05/03/2010			
	Q2 Refresher TB/X-ray Reading, 24-26/06/2010	Dried Blood Spots (DBS) 26/06/2010		
	Q3 -	-	Patient Trainers Preparation Course 08-12/11/2010	
	Q4 -	-	Basic ART Clinical Training Course, 29/11-04/12/2010	
2011	Q1 Basic ART, 30/05-04/06/2011	Basic ART, 30/05-04/06/2011		
	Q2 Peadiatric ART, 06-10/06/2011	Peadiatric ART, 06-10/06/2011		
	Q3 -	-	Basic ART, 26-31/10/2011	Basic ART, 26-31/10/2011
	Q4 VCT Councelor, 16-25/11/2011	Treatment supporter, 19-23/12/2011	Peadiatric ART, 28/11-02/12/2011	Peadiatric ART, 28/11-02/12/2011
2012	Q1 -	-	TB Treatment Supporter, 05-09/03/2012	
	Q2 TB Treatment Supporter 14-18/05/2012	-	Adult Art training (03/06/12- 09/06/12)	TB Treatment Supporter, 16-20/04/2012
	Q3 ART Adherence counsellors 24-28/09/2012	PMCTCT Training Staff 06/08/2012		
	Q4 Peadiatric ART Training	-		Adherence Counselling(26-30/11/12)
2013	Q1 -	-		
	Q2 TB Treatment Supporter, 8- 12/08/2013	-		
	Q3 Psychosocial Counselling Aug/Sep 2013	Treatment supporter Refresher course 2-6/09/2013		
	Q4 -	-		

**MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN
THE JAPANESE TERMINAL EVALUATION (FOR EXTENSION PERIOD) TEAM
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF
THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF ZAMBIA
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT
FOR
SCALING UP OF QUALITY HIV/AIDS CARE SERVICE MANAGEMENT (SHIMA)**

Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) organized and dispatched the Japanese Terminal Evaluation (for extension period) Team (hereinafter referred to as “the Japanese Team”), headed by Mr. Atsushi Nakagawa from 22nd to 29th of October 2015. The purpose of the Team was to conduct the terminal evaluation for extension period on *the Project for Scaling Up of Quality HIV/AIDS Care Service Management* (hereinafter referred to as “the Project”).

The Japanese Team reviewed and analyzed the achievements of the Project. Based on the findings through the evaluation process, the Japanese Team prepared the evaluation report based, which was reviewed by the authorities concerned of the Government of the Republic of Zambia (hereinafter referred to as “Zambian side”) during the evaluation period.

As a result of the discussion held in the meeting with both Japanese Team and Zambian side, both parties agreed on the content of the report attached hereto.

Lusaka, 29th October, 2015



Mr. Atsushi Nakagawa
Team Leader
Terminal Evaluation (for extension period) Team
Japan International Cooperation Agency,
Japan



Dr. Peter Mwaba
Permanent Secretary
Ministry of Health
Republic of Zambia

The Project for Scaling Up of Quality
HIV and AIDS Care Service Management
(SHIMA Project)
In Zambia

The Report of
the Second Terminal Evaluation
for Project Extension Period

October, 2015

Japan International Cooperation Agency

5/17

TABLE OF CONTENTS

CHAPTER 1 OVERVIEW OF THE SECOND TERMINAL EVALUATION FOR PROJECT EXTENSION PERIOD.....	2
1.1 REASONS OF PROJECT EXTENSION	2
1.2 OBJECTIVES OF TERMINAL EVALUATION FOR EXTENSION PERIOD	2
1.3 PROCESS OF EVALUATION.....	2
1.4 MEMBERS OF EVALUATION TEAM.....	3
1.5 FRAMEWORK OF THE PROJECT	4
CHAPTER 2 PROJECT PROGRESS AND PERFORMANCE (FOR EXTENSION PERIOD)	6
2.1 PERFORMANCE	6
2.2 IMPLEMENTATION PROCESS.....	8
CHAPTER 3 EVALUATION BY DAC'S 5 EVALUATION CRITERIA (FOR EXTENSION PERIOD).....	8
3.1 RELEVANCE	8
3.2 EFFECTIVENESS.....	8
3.3 EFFICIENCY	10
3.4 IMPACT	11
3.5 SUSTAINABILITY.....	13
CHAPTER 4 CONCLUSION	15
4.1 CONCLUSION.....	15
4.2 RECOMMENDATIONS	16
ANNEX	
Annex 1: PDM version 3 (August, 2014)	
Annex 2: Performance of the project activities	
Annex 3: Inputs	
Annex 4: Achievements of objectively verifiable indicators	
Annex 5: List of operational research	
Annex 6: List of research articles published and presented	
Annex 7: Schedule of terminal evaluation for extension period	
Annex 8: List of interviewees	

CHAPTER 1 : OVERVIEW OF THE SECOND TERMINAL EVALUATION FOR PROJECT EXTENSION PERIOD

1.1 Reasons for project extension

In order to maximize the outcome of the Project, the necessity of reinforcing the interventions to the following two remaining challenges by extending the Project period was confirmed during the first terminal evaluation held in February 2014 so as to be resulted in one-year extension from the 8th of November 2014 which was agreed between Zambian and Japanese sides on the Record of Discussion signed in August 2014.

1. Improve management capacity and policy implications for ART services based on scientific evidences; specifically necessary to
 - Cultivate the better management capacities of all levels, MoH, PMOs and DMOs for ensuring quality and sustainable ART services in responding to the changes observed around ART service such as national expansion of mobile ART and increasing number of eligible clients for ART due to revision of the national guideline regarding HIV/AIDS treatment and care in 2013.
2. Conduct scientific review and analysis of the process and quality of ART services introduced to new RHCs and ART patients; specifically necessary to
 - Carefully monitor to facilitate appropriate process of transition from mobile to static ART service standardized in the national guideline
 - Provide technical assistance to reassure quality of ART service after transition to static ART (especially for Kalomo and Kazungula districts)
 - Scientifically verify implementing process in equipping health facilities with capacity for quality ART service provision through transition to static ART service.

1.2 Objectives of the second terminal evaluation for project extension period

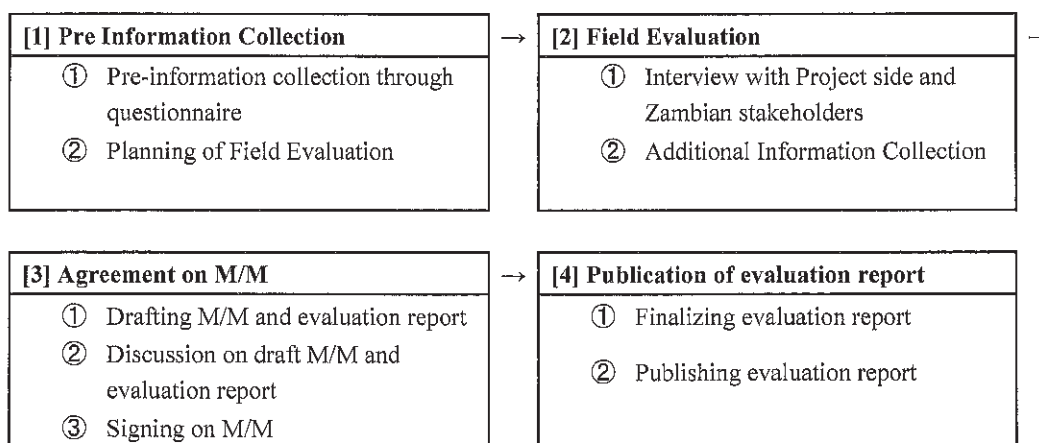
This second terminal evaluation covers the period from January 2014 to November 2015¹. It assessed the achievements of the project outputs and the project purpose during the Project extension period based on analysis on the Project's implementation progress & process and performance of activities in accordance with PDM Version 3² (Annex 1). The assessment utilized a concept of DAC's 5 evaluation criteria, namely Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact and Sustainability. Main focus of this evaluation was to assess what extent the interventions in the extension period made changes on the two unsolved challenges recognized at the first terminal evaluation.

1.3 Process of evaluation

The terminal evaluation for the Project extension period was carried out in the following process.

¹ Note that this evaluation covers the period from January of 2014 to October of 2014 which was uncovered by the first terminal evaluation held in February of 2014 although the project extension period started from November of 2014.

² The revised PDM was agreed between Zambian and Japanese sides in the Record of Discussion signed to extend the project period in August 2014.



[1] Pre information collection

Basic information regarding performance of the Project activities, inputs and achievements of objectively verifiable indicators for the period from January 2014 to October 2015 are collected in advance through questionnaires. Based on the collected information, the focused points to be assessed are identified and a plan of field evaluation is created.

[2] Field evaluation

The assessment to the focused points, additional information collection through the Project stakeholder's interviews and document reviews are conducted at the field evaluation.

[3] Agreement on M/M

The draft evaluation report for extension period is created by compiling all information collected and analyzed during the above [1] and [2]. The drafted report is put into discussion with the Project's stakeholders such as Japanese experts, the Project counterparts and JICA Zambia office for finalization with consensus among the stakeholders. The finalized evaluation report for extension period is lastly agreed on Minutes of Meeting to be signed between both Japanese and Zambia sides.

[4] Publication of final terminal evaluation report

The finalized evaluation report for extension period is attached to the existing report for first the terminal evaluation already conducted in February 2014. The final terminal evaluation combined with the two reports is published.

1.4 Members of evaluation team

The evaluation team consists of the members listed below.

Name	Role	Title and Affiliation
Mr. Atsushi Nakagawa	Leader	Senior Representative, JICA Zambia Office
Ms. Asako Hayashi	Evaluation & Analysis / Cooperation Planning	Associate Expert, Health Team 2 Health Group 1, JICA
Ms. Yukari Yasutaka	Cooperation Planning	Project Formulation Advisor (Health Sector), JICA Zambia Office

The filed evaluation was carried out in the period from the 22nd to 30th of October, 2015. During the period, review on the Project's documents, interviews with the Project's stakeholders and the site visits were conducted. (Annex 7)

1.5 Framework of the project

The table below shows the narrative summary of the Project set in the PDM version 3 (Annex 1) which was revised in August 2014. Note that the underlined parts are the points where updated in the revision of PDM.

Overall goal	Access to quality ART services in rural area is improved in Zambia.
Project purpose	Management capacities for sustainable service provision are improved at all levels for the expansion of quality ART services in rural area.
Outputs	<p>【Output 1】 Ministry of Health (Headquarters) is able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service <u>(including transition from mobile to static)</u> by DMOs</p> <p>【Output 2】 Target Provincial Medical Offices (PMOs) is able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services.</p> <p>【Output 3】 Management capacities of DMOs / health facilities in Chongwe and Mumbuwa are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services.</p> <p>【Output 4】 New target districts (Kalomo and Kazungula) are able to plan and introduce and manage the mobile ART services <u>(including transition from mobile to static)</u> as per the National Mobile HIV Services Guideline.</p>
Activities	<p>【Activity 1】</p> <p>1.1 Orient new districts on the National Mobile HIV Services Guideline.</p> <p>1-2. Monitor and evaluate sound implementation of the mobile ART services <u>(including transition from mobile to static)</u> through quarterly reporting and implementer's meeting.</p> <p>1-3. Produce annual national progress report on mobile ART services <u>(including progress of transition from mobile to static)</u>.</p> <p>1-4. Include components of mobile HIV services into the Basic ART Package, which is based on WHO IMAI (Integrated Management of Adolescent and Adult Illness).</p> <p>1-5. Conduct operational research to improve quality of ART services and other related services in rural settings.</p> <p>1-6. Organize stakeholders' meeting for information sharing of ART services in rural area.</p> <p>【Activity 2】</p> <p>2-1. Plan and organize biannual Provincial ART Stakeholders Committee meetings.</p> <p>2-2. Conduct quarterly supervisory visits to new mobile ART sites in target districts.</p> <p>2-3. Provide technical support to new target districts (i.e. workshop, on-site consultation)</p> <p>【Activity 3】</p> <p>3-1. Revise ART expansion plan <u>(including transition some mobile ART sites into static sites)</u> in response to evolving service needs.</p>

- 3-2. Introduce tools to improve the quality of ART services, such as the mobile ART service log book, etc.
- 3-3. Ensure the provision of necessary laboratory services for counselling & testing (CT), ART, TB and other related services.
- 3-4. Undertake technical training as Continuous Professional Development.
- 3-5. Conduct supervisory visits by DMO staff members to mobile ART sites **and static ART sites transitioned from mobile sites on quality of services** (i.e. data management, service provision).
- 3-6. Organize annual experience-sharing meeting within and/or among target districts.
- 3-7. Produce progress report for submission to PMOs and MoH Headquarters.

【Activity 4】

- 4-1. Adopt planning/operational tools for mobile ART services (i.e. mobile ART service log book, appointment book, calendar of events, etc.)
- 4-2. Capacitate new target DMOs with hands-on experiences of planning and managing mobile ART services by conducting on-site training in Mumbwa or Chongwe.
- 4-3. Develop mobile ART operational plans (**including transition from mobile to static services**) by target DMOs.
- 4-4. Undertake technical training including ART/OI management, (V)CT, psycho-social counseling , etc. as found necessary.
- 4-5. Ensure the provision of necessary laboratory services for counseling and testing (CT), ART, TB and other related services.
- 4-6. Ensure the procurement of necessary drugs/consumables/medical equipment/other goods for mobile services through the MSL Request and Requisition system.
- 4-7. Undertake the mobile ART team **and transition of mobile sites into static sites** as per the operational plan.
- 4-8. Undertake periodical supervisory visits to new mobile sites by DMOs.
- 4-9. Organize periodical ART review meeting within districts.
- 4-10. Compile monthly ART data for submission to PMO.
- 4-11. Produce quarterly progress report for submission to PMOs and MoH Headquarters.

Handwritten mark

PM

CHAPTER 2 : PROJECT PROGRESS AND PERFORMANCE (FOR EXTENSION PERIOD)

2.1 Performance

1) Performance of project activities and Inputs

The details of performance of the Project activities and inputs from January 2014 and October 2015 are shown in Annex 2 and Annex 3.

2) Achievements of outputs for the period from January 2014 to October 2015

The achievements of objectively verifiable indicators (hereinafter referred to as “OVI”) were assessed with the emphasis on the standpoints of two defined challenges for the extension period.

1. Strengthening management capacity coping with national expansion of mobile ART services and increasing demands of ART services due to revision of national guideline regarding HIV treatment and care.
2. Providing careful monitoring and technical assistance to facilitate appropriate process of transition from mobile to static ART service and assure quality ART service provision after transition to static ART.

See also Annex 4.

a) Output 1

“Ministry of Health (Headquarters) is able to facilitate the adoption and sound implementation of the mobile ART service (including transition from mobile to static) by DMOs”

The situation of Output 1 verified by the first terminal evaluation has been maintained throughout the extension period.

The National Mobile ART Implementers’ meeting, which was highly evaluated in the first terminal evaluation as a meeting “functioning as the supreme decision making body on the mobile ART services” has been continuously implemented throughout the project period. In the ART Implementers’ meeting, results of reviews on ART service provision in pilot 15 districts of National ART Programme and progress of transition from mobile to static are reported and discussed to find out the challenges to tackle to for better ART services. Also, the reports and discussion in the meeting are compiled as Annual Progress Report of the Project to be shared by all the Project’s stakeholders.

Furthermore, the meeting has broadened the coverage of field monitoring in order to follow up frontline ART service provision including mobile ART nationwide. The Implementers’ Meeting added 11 pilot districts of National ART Service Programme into the monitoring target that became a total 15 districts to be monitored including 4 target districts of the Project (OVI 1-2). MoH has compiled the results of interviews and field monitoring and also shared the recognized challenges with PMOs and DMOs through the meeting.

b) Output 2

“Target Provincial Medical Offices (PMOs) are able to provide technical support and supervision to districts for ART services including mobile ART services.”

The situation of Output 2 verified by the first terminal evaluation has been maintained throughout the extension period. As well as the situation recognized at the time of the first terminal evaluation, Southern Province has continued to regularly hold Partners’ Meeting at the provincial level. The Southern province also has conducted field monitoring towards ART service as a part of quarterly Performance Assessment (hereinafter referred to as “PA”).

4-1

pm

c) Output 3

“Management capacities of DMOs / health facilities in Chongwe and Mumbwa are enhanced for the continuous strengthening of rural ART services.”

As same as the time of the first terminal evaluation, both Chongwe and Mumbwa districts has continuously undertaken ART services and transition from mobile to static ART in accordance with annual Action Plan (OVI 3-1, 3-2).

Since the organizational restructuring of local governments held in 2013, some areas in Chongwe and Mumbwa districts were split from the districts and were integrated into newly established Rufunsa and Shibuyunji districts. In the response of this organizational restructuring, supervisory responsibility towards Health Centers located in the split areas were transferred to these new districts. Simultaneously in 2013, due to the establishment of a new ministry, MCDMCH took over the responsibility of managing roles for all health facilities under the district level from MoH. With some lack of clear direction and guidance in management of health services and delays of budget allocation caused by this organizational change, some negative impacts such as cancelation of planned meetings and training and delays in procurement of medical consumables were identified. However, both districts are managing to minimize these negative impacts, for example, cost reduction by integrating the component of ART into other services was attempted by the both districts to tackle their financial limitation. It can be said that these spontaneous efforts of both districts certainly represents improvement of their overall management capacities.

When it comes to the progress in transition from mobile to static ART, both districts has proceeded it stepwise, like Chongwe completed 2 sites and Mumbwa completed 3 sites respectively³. Additionally, transition to static ART generated surplus capacity of both districts to enable them to set up 3 new mobile ART sites in each district respectively. With respect to service quality after the transition, according to the results from current monitoring to transited static ART sites in Chongwe district, the high retention rate after one year from initial ART has been sustained with about 100%⁴.

Considering the facts mentioned above, it can be said that achievements of Outcome 3 have been sustained since the time of the first terminal evaluation.

d) Output 4

“New target districts (Kalomo and Kazungula) are able to plan, introduce and manage the mobile ART services (including transition from mobile to static) as per the National Mobile HIV Services Guideline.”

Both Kalomo and Kazungula districts have continued ART service provision in 25 health facilities as same as the time of the first terminal evaluation(OVI 4-1) and have proceeded expansion of ART and transition from mobile to static ART in accordance with their annual Action Plan (OVI 4-2).

Regarding the progress in transition to static ART sites, 4 sites in Kalomo district and 1 site in Kazungula district were completed and 1 site in Kazungula district is still in process of transition⁵.

Current retention rates after 1 year from initial ART measured in the transited static sites are favorable with 84 % and 82% in Kalomo district⁶ and 90% in Kazungula. In short, the emerging

³ 3 static ART transited out of 5 mobile ART sites in Chongwe district and out of 8 mobile ART sites in Mumbwa respectively.

⁴ No retention rate data for 3 transited static ART sites in Mumbwa district since all were transferred to newly established district.

⁵ 4 sites transited out of 6 mobile ART sites in Kalomo district and 1 site in process of transition out of 15 mobile ART sites in Kazungula district. Note that of 15 mobile Art sites in Kazungula district, 7 are supervised by the district and the remaining 8 are supervised by NGOs called SOT and CRESO.

⁶ Yet, the rates in 2 sites could not be measured as the clients' register books were not updated. One reason possibly stems from the transfer of an ART officer in one of the 2 sites. Another site has already taken an action by assignment of new data clerk officer.

Rec 1

pm

health facilities capable of independently providing ART with stably high retention rate can be attributed to improved management capacities of DMOs in both districts to a certain extent.

2.2 Implementation process

The implementation process of the Project activities evaluated by the first terminal evaluation has been maintained. However, several project activities were not able to be conducted due to delays of budget allocation or budget shortage.

CHAPTER 3: EVALUATION BY DAC 5 CRITERIA (FOR EXTENSION PERIOD)

Other than the points described in assessments of the first terminal evaluation, the main points of new findings arisen from the Project extension period are described below.

3.1 Relevance

The assessment towards Relevance is excluded in this evaluation as the validity of the Project extension in consistency with both Zambian and Japanese policies in health -sector development and upcoming needs of the Project's beneficiaries were already verified at the time of R/D agreement on the Project extension.

3.2 Effectiveness

1) Achievements of project purpose

“Management capacities for sustainable service provision are improved at all levels for the expansion of quality ART services in rural area.”

It can be said that 5 indicators measuring fulfillment of project purpose were achieved to a large extent. With the Project's facilitation, better management capacities were cultivated at all Ministry, provincial and district levels, which are able to get through a series of process for provision of stable and quality ART services, namely procurements of ARVs, continuous provision of ART service with technical assistance by mobile teams, regular field monitoring to health facilities and incorporating findings from the monitoring to next Action Plan.

Moreover, in spite of rapidly changing circumstances around ART observed since the launch of the Project, namely twice revisions of ART guideline and a sharp increase of ART clients entailed in national policy aiming at universal access to ART, continuous ART provision with high retention rate at each of target districts has been realized.

Overall, it can be concluded that management capacities at all Ministry, provincial and district level have been improved in comparison with those at the time of the first terminal evaluation.

a) Indicator 1

“More than 48 health facilities in target districts provide ART services by the year 2014.”

Indicator 1 was achieved. As of July of 2015, a total 58 health facilities deliver ART services, which means an increase of 9 facilities from 49 facilities at the time of the first terminal evaluation. Simultaneously, expansion of mobile ART services to unreached areas resulted in new establishment of 10 mobile ART sites.

Whereas 9-site increase from 40 sites at the 2010's baseline to 49 sites at the first terminal evaluation was achieved, successful increase in the same number of 9 ART sites during only 21 months after the first evaluation is quite notable. This sharp increase in ART sites can be attributed to 2 main factors including availability of surplus resources gained from successful transition from

Page 1

PM

mobile to static ART service and strong policy initiative for promoting Option B+ strategy.

b) Indicator 2

“More than 80% of mobile ART sites keep more than 75% of active cases (less than 25% of lost or death cases) by the year 2014.”

Indicator 2 was achieved. Rates of health facilities which achieved 75% ART retention rate of clients were as follows: 100% in Chongwe; 83% in Mumbwa; 100% in Kalomo; and 91% in Kazungula, from cohort study pursued from 2013 to 2014.

Retention rate of clients from the same cohort study were as follows: 91% in Chongwe; 85% in Mumbwa; 100% in Kalomo; and 88% in Kazungula.

Note that Data from health facilities with missing data are excluded from analysis.

c) Indicator 3

“More than 75% of planned ART Stakeholder’s meetings are held at all levels by the year 2014.”

Indicator 3 was partially achieved. MoH and Provinces regularly hold ART-related meetings like the Annual National ART Implementers’ Meeting by MoH and Quarterly Partner’s Meeting by PMOs as planned. Execution rates of both meetings are 100%. Yet, at district level, the target over 75% execution rate of regular ART review meetings could not be attained in 3 target districts except Chongwe because of chronic shortage of budgetary and human resources.

d) Indicator 4

“Lesson learnt through mobile ART services are disseminated at various forums (i.e., meeting, international / national conference”

Indicator 4 was achieved. The scientific evidences and experiences generated from the Project activities and operational researches were presented globally through various channels such as international conferences and academic societies.

e) Indicator 5

“More than 1 mobile ART sites in each target district has been transitioned into static ART sites.”

Indicator 5 was achieved. The number of mobile ART sites of 4 target districts where transitions to static ART sites were successfully completed is as follows

- Chongwe : 2 sites out of 5 mobile ART sites
- Mumbwa: 3 sites out of 8 mobile ART sites
- Kalomo: 4 sites out of 6 mobile ART sites
- Kazungula: 1 site out of 15 mobile ART sites (Kazungula DMO supervises 7 out of 15.)

Over the time before the time of the first terminal evaluation, it was pointed that there were some cases of the transition from mobile to static ART in health centers which were not sufficiently eligible for the transition, which caused an over-workload of health center staffs. Afterwards in 2013, the standardized eligibility criteria and process for the transition was defined and reflected in the national guideline in 2013. It was confirmed that the transition cases of the target 4 district was appropriately processed according to the national guideline to most extent with supports from the Project throughout the extension period.

2) Important assumptions for the achievement of Outputs and Project Purpose

Although there were no notable changes in most of important assumptions for the achievement of Outputs and Project Purpose, the assumption “Zambian side properly allocates necessary budget and distribute personnel for the project activities” was partially obstructed. Specifically, the National

ARV Coordinator who is the main counterpart of the Project has been vacated for a long time since November of 2014. Since his reappointment to the position has been undetermined, his responsibility has temporarily taken over by Clinical Care Officer. However, in fact, the absence of this position obstructed the progress of the Project, for example, causing the slower consensus making within the MoH and delay of preparation of the National ART Implementers' meeting.

Also, regarding the assumption "Necessary amount of ARVs and laboratory reagents are available at target districts", as well as the time of the first terminal evaluation pointed out, there were some cases that the testing of Bio-Chemistry Analysis was not conducted sufficiently due to stock-out of laboratory reagents in all 4 target districts. The Project supported running costs for the temporary procurements of laboratory reagents.

3) Overall evaluation for Effectiveness

Effectiveness of the Project is high in general, though some of unexpected external factors partially impaired the achievement of the Project purpose.

3.3 Efficiency

1) Progress Management of the Project Activities

The Project has continuously supported conducting the reviews on ART service provision and management and compiling the Project outputs through the ART Implementers' Meeting at national level, Partner's Meetings and ART Review Meetings at provincial and district level. For this reason, it is considered that the Project activities have been monitored properly throughout the project period from the perspectives of both progress and performance management.

2) Utilization of inputs by the Project

The detailed inputs during the Project extension period are described in Annex 3.

The Project has provided various laboratory equipment (CD4 T-cell counter, Portable X-ray System, Bio-Chemistry Analyzer, Hematology counter, etc.) necessary for appropriate ART service with the target districts since the early period of the Project. Among those provided, water distilling apparatus provided with the laboratory of Mukuni Health Center in Kazungula district could not meet proper working conditions for some environmental reasons, which were impurities and low water pressure of well water used in rural area. To solve these problems, the Project also provided additional equipment such as Booster Pump, Water Softener & Float switch during the extension period. Yet, despite these solutions, the water distilling apparatus could not be operated properly, thus it was concluded that it was technically impossible to utilize the water distilling apparatus in the conditions of Mukuni Health Center. As a result, in the lieu of utilizing the water distilling apparatus, deionized water is usually procured for laboratory testing.

This indicates that it is important to consider not only infrastructural preparedness and technical level of laboratory itself but also other environmental conditions like sustainable supply of quality water and electricity.

Other than the above, there are no specific challenges observed in terms of proper utilization of other inputs such as dispatched experts, overseas/domestic trainings, and the Project activity costs.

3) Facilitating and hindering factors to Efficiency

No specific changes in external factors which affected Efficiency have been recognized since the first terminal evaluation.

Enormous funding by the Global Fund to be usually used for procurement of ARVs and laboratory reagents in the district level including the Project target districts is a big facilitating factor to help expand and strengthen ART services provision.

4.1

PM

On the other hand, it was often observed that a significant increase in travel allowance to government officials hindered the progress of the Project.

4) Overall evaluation for Efficiency

In spite of the minimum assignment of only one long-term expert during the Project extension period, main project activities were certainly carried out and the indicator newly added in the revised PDM was achieved. Overall, it can be concluded that Efficiency of the Project is high.

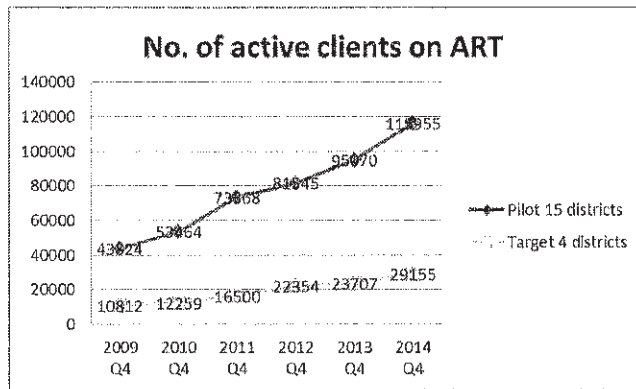
3.4 Impact

1) Impact for achievement of overall goal

“Access to quality ART services in rural area is improved in Zambia.”

The Project has directly assisted 4 out of the 15 pilot districts under the National Mobile ART Programme. However, the Project has supported MoH to organize the Programme through the Project earnestly.

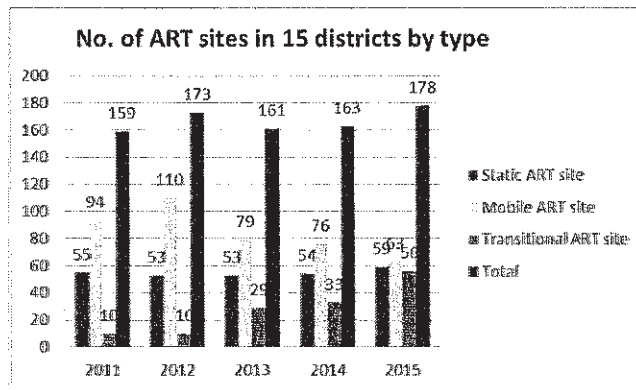
Graph 1 indicates the changes in the number of active clients on ART in both pilot 15 districts and target 4 districts from 2009 to 2014. This shows that both the 15 districts and target 4 districts tend to be increasing yearly. It should be noted that the increase in the 15 districts is so significant with 20% sharp increase during only 1 year from 2014 to 2015.



Graph 1

The Graph 2 indicates the changes in the number of ART sites in the pilot 15 districts. The number of ART sites once decreased in 2013 when the splits of some districts were carried out. However, the number has been slightly recovering again with 178 sites in 2015.

Especially, there is a notable increase in the number of ART sites transited to static sites, that accounts for 65% of total sites. This means that ART sites delivering certain quality ART without technical assistance by a mobile team are increasing and there is potential space to open new mobile ART sites by utilizing surplus resources obtained from reduction in dispatch of mobile team.

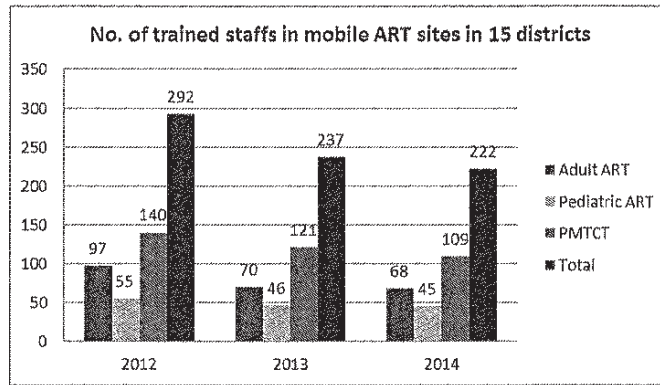


Graph 2

407

PML

Graph 3 shows the number of trained staffs in mobile ART sites in 15 districts. This means that the trained staffs are not increasing much in proportion to the increasing number of ART clients and the number of ART sites. The average number of trained staffs per site (Note that the number of a total ART sites is 63 in the 15 districts.) is less than 1 with 0.9 for Adult ART and 0.6 for Pediatric ART respectively according to data



Graph 3

of 2015, that indicates that staff training for Pediatric ART is especially delayed. On the other hand, 1.9 staffs in average per site are trained for PMTCT, benefited from recent promotion of Option B+ strategy in Zambia.

According to HMIS data in Zambia, the number of ART clients as of December of 2014 was 671,066. (Also, HMIS in 2013 shows that total population with HIV-positive status eligible for ART is estimated with 708,460.) It can be clearly said that the coverage of ART is significantly improved in current 5 years. However, huge needs gap which may be occurred once the Zambia introduces WHO's new inception criterion of ART to enroll all people diagnosed HIV positive in ART will be a serious concern in near future. That is to say, it can be assumed that Zambia may face a challenge on over-capacity of health facilities and a decline in quality of ART caused by this needs gap between the estimated 1.2 million people living with HIV being subject to ART and actual availability of ART service.

Whereas the access to ART in Zambia has been surely improving, further improvement of the access depends on whether Zambia can take appropriate actions towards the above emerging challenges or not.

2) Positive and negative impacts brought by the Project Outcome

As the first terminal evaluation pointed out as a positive impact brought by the Project, the project has proactively contributed to raise the world-wide acknowledgement towards the achievements of the Project by continuing numerous presentations of experience and evidences generated by the Project at domestic/international conferences and peer-reviewed international journals.

Moreover, the mobile ART service model which the Project extended contributed to make opportunities of on-the-job training for health workers who received only school-based training for ART. While increasing the number of health workers capable of providing quality and sustainable ART is required responding to rapidly growing demand of ART service, it can be surely said that the approach of mobile ART service surely has made a positive impact on increasing skilled health workers for ART, further enlarge the capacities of health facilities to independently operate ART service.

No specific negative impacts were recognized during the extension period.

3) Facilitating and hindering factors to Impact

The large scale of assistance by other development partners such as the GFATM and PEPFER is significantly facilitating the better accessibility to ART service. In fact, it is roughly estimated that their assistance contributes to 30 to 40 % of a total of national health expenditure in Zambia and notably external funds vastly account for 75% expenditure for procurement of ARVs. While their

Recy

PM

assistance is surely a facilitating factor to expand ART service, it is inevitable to say that sustainability of self-finance enough to achieve the overall goal of the Project is remained hard-to-reach for Zambia.

Now that there is a global shift in assistance approach of health sector from disease/issue-based vertical approach to horizontal approach with more focus on cross-cutting health system strengthening, it can be anticipated that the fund from GFATM tied with communicable diseases is to be shrunk. This financial shrinking may negatively affect achievement of overall goal of the Project in the future.

On the other hand, mitigated side effects, widened selection options, price reduction of drugs due to ARV improvement are expected to facilitate achievement of the overall goal.

4) Overall evaluation for Impact

No additional impacts brought by the Project extension were not admitted other than the impacts recognized at the first terminal evaluation.

3.5 Sustainability

1) Political and institutional aspects

Currently the Zambian government places PMTCT as one of priority strategies for HIV/AIDS control and attempts to achieve universal access of all pregnant women to ART service through Option B+⁷ strategy. In addition to that, WHO has revised the ART guidelines recently to shift to a new inception criterion of ART which recommends all people diagnosed HIV-positive to start ART regardless of their CD4 cell count. In accordance with this revision, MoH has just started applying the new ART inception criterion in Zambia. Under these policies, continuation of more interventions to strengthen overall ART preparedness and function of health facilities is highly expected.

Furthermore, in the President's speech of September in 2015, dismantlement of the MCDMCH and reintegration of its MCH section into the MoH was announced. This reintegration will enable the MoH to enhance ART service in collaborative synergy with MCH service, further facilitate the wider expansion of ART services nationwide under PMTCT promotion. In addition, it can be also expected that the beneficiaries of ART service is extended to other population besides pregnant women while the capacities of health facilities for ART strengthened through PMTCT promotion would be also beneficial for general ART service provision.

2) Financial aspects

Throughout the Project extension period, the management capacities of all levels, the Ministry, Province and District, have been strengthened. To maintain this improved management capacities, it is certainly necessary to assure both financial and human resources. Although an issue of financial shortage is not worsened in comparison with the situation at the time of the first terminal evaluation, it is still a chronic and serious challenge. In 2015, severe shortage of pooled water in a hydroelectric dam caused a nation-wide shortfall of electronic power and this has adversely affected on copper production which is a main import good in Zambia. Combined with international depreciation of copper caused by stagnated Chinese economy, slowdown of copper market may lead a risk of sharp decrease in national tax income. This financial risk has been already negatively impacting health sector. For example, delay of national procurement of medical drugs and frequent cancellation of ART review meetings and necessary staff trainings due to financial and human resource shortage were often observed during the Project.

⁷ Option B+ recommends providing lifelong ART all pregnant women and breastfeeding women living with HIV regardless of CD4 cell count.

PK

PK

On the other hand, these challenges also drew out positive impact on PMOs and DMOs. Intentionally or not, the financial shortage facilitated a part of autonomy of PMOs and DMOs on their management for ART. For instance, seeking for fund resources like cost sharing with the Project or other development partners for holding necessary meetings and trainings was more actively attempted by DMOs. Contrarily, it should be noted that in this active attempt to promptly implement ART-related activities, the irregular budget shifting from other critical health services to ART services was often inevitable that was undesirable in a standpoint of balance in health programme as a whole. Facing that the budget shifting is often inevitable in the limited resource setting, it is essential to enable PMOs and DMOs to plan more realistic budget allocation under well-considered prioritization of interventions based on analysis of local disease trend and health needs.

3) Technical aspects

Although the purposes of the Project extension aiming at strengthening overall management capacities responding to changing external factors including accelerated expansion of ART and transition to static ART can be said being achieved to a certain extent, there are still challenges remaining at all levels, the Ministry, Province and District.

Firstly, at the Ministry level, long-term absence of National ARV Programme Coordinator obstructed the smooth progress of the Project. Not only the Project but also the Ministry is still required to take a strong initiative in enhancement of universal access to ART service nationwide under UNAIDS' strategy of "90-90-90"⁸. To be specific, prompt proceeding of a domestic application to new WHO's guideline published in 2015 and settlement on policy and implementation plan responding to increasing demand for ART are acute requirements to the Ministry. For these reasons, at least a position specialized in ART must be assured in the Ministry to take a role of coordination not only within the Ministry but also among Technical Working Groups and other development partners. Currently, the MoH has planned to organize a new team for HIV under Directorate of Clinical Care and Diagnostic Services. The new team may consist of officers specialized in HIV-related issues, namely Adult ART, Pediatric ART, PMTCT, Male Circumcision, STIs, HIV counseling & Testing, M&E, and TB/HIV. It is expected that MoH capacity on HIV/AIDS response is to be more strengthened than before once the team is organized.

Secondly, at provincial level, as previously mentioned in the chapter of "Efficiency", coordination capacity to promptly supply necessary equipment, for instance ARVs and HIV rapid test kits, for stable ART services to health facilities and laboratories is key management factor for PMOs' role. Currently, the logistics of medical equipment and drugs for public health facilities are mainly conducted by Medical Stores Limited (hereinafter referred to as "MSL") which is an autonomous government agency. Since the MSL has located some provincial sub-depots where bases for local supply of medical equipment and drugs, an important role of PMOs is appropriate supervision towards operations at the sub-depots to ensure the stable supply which is quite critical for sustainability of quality ART. During the extension period as well as before, as inadequate supply of testing reagents often occurred, the Project must have covered for the insufficiency by own budget. EU and SIDA have been provide technical supports on the better medical supply chain for MSL so far, yet there are not included specific interventions to improve PMOs' supervision. Therefore, technical supports for PMOs to improve their capacities in procurement planning and adequate supervision to MSL is needed.

⁸ By 2020, 90% of all people living with HIV will know their HIV status, 90% of all people with diagnosed HIV infection will receive sustained antiretroviral therapy and 90% of all people receiving antiretroviral therapy will have viral suppression.

7-11

pm

Lastly, at district level, needless to say, it is still essential for DMOs to continue careful monitoring and coaching to health facilities delivering ART service. Though there is a system of Continuing Medical Education (hereinafter referred to as “CME”) which has provided reeducation opportunities for PMOs and DMOs officers in Zambia, CME can be said to be unable to provide adequate amount of reeducation for them to timely update their skill and knowledge, especially for ART service in the circumstance rapidly changing with a significant increase in demand. Thus, repeatedly speaking, it should be admitted that DMOs need to be more strengthened in their capacities of providing technical supervision and practical hands-on advice to health facilities to appropriately secure continuing quality ART despite the this changing circumstance of ART service.

4) Overall evaluation for Sustainability

In political aspect, the Zambian government is currently promoting the expansion of ART under Option B+ strategy with an ultimate goal at achievement of universal access to ART for everyone. Owing to numerous efforts responding to this political will for expansion of ART, it can be concluded that the management capacities of all level of the Ministry, Province and District for sustainable ART service provision and precise transition from mobile to static ART have been relatively strengthened through the Project’s initiative. However, as mentioned in the “3) Technical aspects”, there are still some technical and human resource-related issues remaining at all levels and continuous supports to them should be required. However, financial backup by the Zambian government which is absolutely necessary to take appropriate actions for solving those issues is still weak. Unfortunately, this financial issue is originally beyond the Project’s scope and it has not reached a solution yet in the Project period. For these reasons it is still necessary to call for continuous assistance from development partners both financially and technically for sustaining achievements gained by the Project. While an increase in financial inputs by the Zambian government is not expected, more assistance persuading more effectiveness and efficiency in the way of resource allocation to maximize outcomes of health is strongly required in the limited resource setting to ensure sustainability of the Project outcomes.

CHAPTER 4 : CONCLUSION

4.1 Conclusion

It can be comprehensively concluded that management capacity of all levels of the Ministry, Province and District and operational capacities at health facilities have been better improved during the Project extension taking the steady high retention rate despite the increasing the number of ART clients into consideration. Also, the fact that successful transition process from mobile to static ART sites and opening new mobile ART sites in spite of growing operational burdens at health facilities due to expansion of ART service surely shows the improvements of overall management capacities at all levels.

For these reasons, the Project performance to fulfil the 2 objectives of the Project extension can be said high.

The aims of the Project have quite met needs of Zambia which nationally drew on the policy of nationwide expansion of ART. This policy strongly facilitated the progress of the Project in the name of the National ART Programme and mobile ART service which the Project promoted successfully equipped the functions of ART service at certain level with health centers in rural areas. Nevertheless, there are still remaining challenges from financial and technical aspects as described in details in the section of “3.5 Sustainability”. Since these challenges also includes some components of health

4.1

PM

system issues which are difficult to be solved by the scope of mobile ART service or the Project itself, it is vital to tackle the challenges in various standpoints and methods including but not limited to mobile ART service after completion of the Project

4.2 Recommendations

1) Needs of health system strengthening for further Quality improvement and sustainability for ART service

The qualities of ART service still differ among the health facilities, thus continuous efforts to strengthen the monitoring, supervision, planning and management at provincial and district level are as ever needed. On the other hand, to improve the quality of ART further beyond, it is necessary to intervene to root causes of this quality fluctuation. That is to say, while the challenges such as chronic shortage in budget and human resources have ever obstructed quality of ART, maximizing the effectiveness of utilizing these limited resources by efficient allocation of budget, human resources, equipment analytically planned with health information is also needed. Although this lesson learnt from the Project have been already reflected on the design of the new technical cooperation project for “Strengthening Basic Health Care Management for Universal Health Coverage in Zambia”, health system challenges clarified through the Project should be carefully reflected on outlining the detail activities of the new project.

2) Points to be considered in implementation of ART regardless of CD4 cell count.

WHO has recommended a new inception criterion of ART in the revised ART guidelines recently to open ART to all people diagnosed HIV-positive regardless of their CD4 cell count. In accordance with this revision, MoH has just started applying the new ART inception criterion in Zambia. The new inception criterion will sharply increase HIV-positive population eligible for ART. To sustain quality ART service, secured ARV procurement is the most important factor.

In addition to that, to avoid less attention to patient monitoring by CD4 cell count which may occur due to exclusion of CD4 count at ART initiation, The MoH must implement this recommendation with caution in Zambia to introduce the new guideline, especially by establishing adequate capacity of patient monitoring including availability of CD4 cell count, viral load and laboratory testing to timely monitor the treatment effect and failure.

3) A role of mobile ART service in progressing ART expansion

At the initial stage of the Project in 2009, the mobile ART was quite practical method which used to conduct quality ART services in resource limited settings in the rural area. The Project, therefore, initially aimed at firmly standardizing the mobile ART in Zambia to help expand ART service. However, the Zambian government has recently placed achievement of universal access to ART as a priority and introduced Option B+ in PMTCT at all health facilities. Furthermore, the technological advance of ARVs enabling a single-dose intake of ARV per day and mitigation of side effects has been resulted in simplification of ART inception criterion that will further increase the number of clients eligible for ART. Along with these changes in domestic ART circumstance, a component of ART was involved into the school curriculum for health care providers so as to certainly increase the staffs of health facilities who are capable of ART provision.

As were described above, the degree of difficulty in ART provision for health facilities can be said being much lower in comparison with the situation at the initiation of the Project. Although mobile ART service still plays an important role for technical assistance and monitoring especially to management of pediatric ART and complicated cases which still requires high level of skill and knowledge, a role of mobile ART may tend to be narrower in the future in the scene of ART in Zambia. So far, the progress in establishment of mobile ART has been a sort of indicator measuring

Phi 1

PM2

the degree of ART expansion as the Project has actually settled it in several core output indicators.

Yet, for an ex-post evaluation to be carried out after 3 years from completion of the Project, it is highly recommended to shift an evaluation focus on establishment of mobile ART to a focus on to what extent universal access to ART is achieved in Zambia and how mobile ART, as merely one of several means of ART expansion, contributes to achieve the universal access.

4) Intervention to the MoH and Provincial Health Office

Although the capacity of the officers at the district level for monitoring and supervision has been improved throughout the project period, MoH reported that there was less opportunity of the capacity development for the officers in MoH and PMO. The project team also reported the difficulties in involving them in the direct intervention for them since the officers at those levels usually oversee and concurrent several responsibilities.

Therefore both JICA and MoH should build the structured communication channels in order to facilitate participation of officers at central and provincial level into interventions of project.

Handwritten mark

Handwritten mark

