

パプアニューギニア独立国  
フィラリア対策プロジェクト  
フェーズ2  
詳細計画策定調査報告書

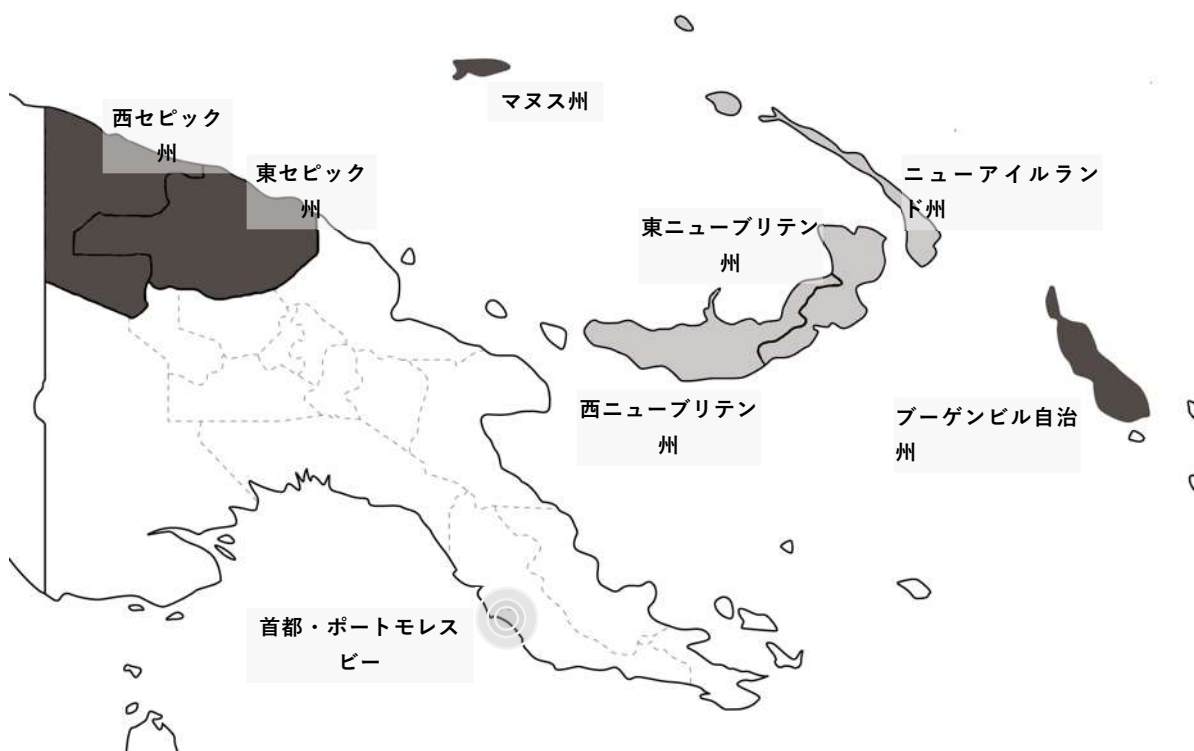
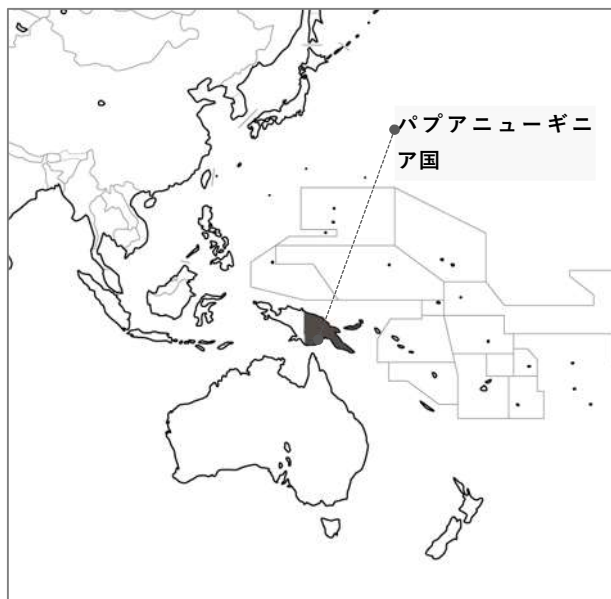
2022年9月

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

人間
JR
22-081

# 目 次

事業実施地図 .....	I
現地調査写真 .....	II
略 語 表 .....	IV
第1章 詳細計画策定調査の概要 .....	1
1-1. 調査の背景 .....	1
1-2. 調査の目的 .....	1
1-3. 調査団 .....	1
1-4. 面談者 .....	2
1-5. 現地調査実施日程 .....	2
第2章 パプアニューギニアのリンパ系フィラリア対策の概況 .....	3
2-1. パプアニューギニアの保健医療概況 .....	3
2-2. パプアニューギニアにおけるリンパ系フィラリア症の状況 .....	12
第3章 フェーズ1の現状 .....	15
3-1. フェーズ1の背景 .....	15
3-2. フェーズ1の枠組み .....	15
3-3. フェーズ1の成果の達成状況、課題、教訓等 .....	15
第4章 フェーズ2の枠組み .....	21
4-1. フェーズ2の概要 .....	21
4-2. 計画及び実施上の留意点 .....	22
第5章 事前評価 .....	27
5-1. 妥当性 .....	27
5-2. 整合性 .....	28
5-3. 有効性 .....	29
5-4. インパクト .....	30
5-5. 効率性 .....	30
5-6. 持続性 .....	31
5-7. 貧困・ジェンダー、環境への配慮 .....	33
5-8. 過去の類似案件からの教訓の活用 .....	33
第6章 団長所感 .....	35
1. 面談者リスト .....	37
2. 現地調査実施日程 .....	39
3. 協議議事録 (M/M) .....	40



## 事業実施地図

凡例：薄い灰色：フェーズ1及びフェーズ2の対象州、濃い灰色：フェーズ2からの対象州

## 現地調査写真



写真－１ 東セピック州保健局前。徒歩や車では辿り付けない地域も多いパプアニューギニア。カヌーなどの手段も用いられる。



写真－２ 東セピック州農村部の保健サブ・センター。管轄内には慢性リンパ浮腫患者がいることも報告されている。



写真－３ 西セピック州保健局。本事業の対象州であり、パプアニューギニア最西部にある州のひとつ。



写真－４ 集団投薬キャンペーンの T シャツを着る東ニューブリテン州の保健センター施設長。フェーズ 1 での集団投薬活動の原動力の 1 人。



写真－５ 東ニューブリテン州小学校。生徒に対する集団投薬の場となった。親から同意を取り付けた上での投薬が行われた。



写真－６ フェーズ 1 専門家と東ニューブリテン州保健局関係者（と調査団）。フェーズ 1 では、様々な関係者との連携で集団投薬を成功させた。





写真-7 首都・ポートモレスビーにある保健省。リンパ系フィラリア対策を支えるWHOの事務所も同じ建物内にある。



写真-8 保健省のリンパ系フィラリア対策コーディネーター。フェーズ1で日本人専門家と最も密接に協働した1人。



写真-9 保健省・公衆衛生局上級マネージャーとの協議。リンパ系フィラリア症対策に強い関心を持っている。



写真-10 フェーズ1でもプロジェクト・マネージャーを務めた保健省公衆衛生局疾病対策・サーベイランス課課長と計画内容の協議を行った。



写真-11 詳細計画策定調査の協議議事録への署名。背景に貼られているものは保健省公衆衛生局疾病対策・サーベイランス課課長の論文。



写真-12 署名後の集合写真。保健省・州保健局・WHO等との協議を経て署名を終えた。

## 略 語 表

略語	英語	日本語
AusAID	Australia Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
DALYs	Disability-Adjusted Life Years	障害調整生存年数
DDA	District Development Authority	郡開発局
IDA	A combination of Ivermectin, diethylcarbamazine, albendazole	イベルメクチン、ジエチルカルバマジン及びアルベンダゾールの統合投薬
GPEFL	Global Program to Eliminate Lymphatic Filariasis	世界リンパ系フィラリア症制圧計画
IHR	International Health Regulations	国際保健規則
LF	Lymphatic Filariasis	リンパ系フィラリア症
LLD	Local Level Government	地方政府
MDA	Mass drug administration	駆虫薬の集団投薬
M/M	Minutes of Meeting	協議議事録
MMDP	Morbidity Management and Disability Prevention	(慢性リンパ浮腫患者等に対する) 疾患管理と身体障害の予防活動
NTDs	Neglected Tropical Diseases	顧みられない熱帯病
PacELF	Pacific Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis	太平洋リンパ系フィラリア症制圧計画
PHA	Provincial Health Authority	州保健局
TAS	Transmission Assessment Survey	感染拡大状況の評価のための定点調査
UHC	Universal Health Coverage	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
YLD	Years of Lived with Disability	障害生存年数
YLL	Years of Life Lost	早死損失年数
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WPRO	Western Pacific Region Office	(WHO の) 西太平洋地域事務局

# 第1章 詳細計画策定調査の概要

## 1-1. 調査の背景

世界保健機関（World Health Organization、以下「WHO」という。）の西太平洋地域事務局（Western Pacific Region Office、以下、「WPRO」という。）は、大洋州リンパ系フィラリア制圧計画（以下、「PacELF」という。）として、大洋州諸国において1999年よりフィラリア制圧のプログラムを実施中である。JICAは、長年にわたり、駆虫剤及び検査キットの供与や、ボランティアの派遣を通じて、パプアニューギニアをはじめとする大洋州諸国のPacELFによるリンパ系フィラリア症（Lymphatic Filariasis。以下、「LF」という。）対策を支援してきた。直近では、「大洋州広域フィラリア対策プロジェクト」（以下、「フェーズ1」という。）（2018年～2023年）を実施し、パプアニューギニアの対象州3州で駆虫薬の集団投薬（Mass Drug Administration、以下、「MDA」という。）と感染拡大状況の評価のための定点調査（Transmission Assessment Survey、以下、「TAS」という。）を行い、一部の地域での感染拡大の制圧が確認されてきた。

しかし、パプアニューギニア全国でLF制圧を実現するためには、さらに対象州を拡大し継続してMDA・TASを行っていく必要がある。また、MDA・TASが完了した州では、慢性リンパ浮腫患者等に対する疾患管理と身体障害の予防活動（Morbidty Management and Disability Prevention、以下、「MMDP」という。）を開始する必要もある。そのため、フェーズ1対象3州を含む7州に対象を拡大し、MDAやTAS、MMDPの計画策定や実施運営に係る能力の強化を目的とし、フェーズ2が要請された。

## 1-2. 調査の目的

今回実施する詳細計画策定調査は、先方政府関係機関との協議を経て、本プロジェクトに係る計画枠組み、及び実施体制等を整理した上で、プロジェクト内容を確認・協議し、事業計画に関わる合意文書（Minutes of Meeting、以下、「M/M」という。）締結を行うとともに、事前評価を行うことを目的とする。

## 1-3. 調査団

表1-1に調査団の構成を記す。

表1-1. 調査団

担当事項	氏名	所属・役職	現地調査期間
団長／総括	小澤 真紀	JICA 人間開発部保健第二グループ第三チーム 課長	2022年9月11日-21日
協力企画	今井 紗緒	JICA 人間開発部保健第二グループ第三チーム 専門囑託	2022年9月7日-17日
評価分析	鶴田 浩史	株式会社泪橋ラボ コンサルタント	2022年8月28日-17日

#### **1-4. 面談者**

本詳細計画策定調査時、保健省、対象州の州保健局、WHO 関係者、フェーズ 1 専門家等と面談を行い、パプアニューギニア国及び対象州の LF の感染拡大状況や対策状況に関する情報・データの収集やフェーズ 2 の計画内容について協議を行った。主な面談者は、「別添 1. 面談者リスト」のとおりである。

#### **1-5. 現地調査実施日程**

現地調査実施日程は、「別添 2. 現地調査実施日程」のとおりである。



## 第2章 パプアニューギニアのリンパ系フィラリア対策の概況

### 2-1. パプアニューギニアの保健医療概況

#### 2-1-1. 人口

パプアニューギニアの人口は、国連の統計では 1,014 万人（2022）<sup>1</sup>と見積もられ、人口増加率は 2.7%、2030 年までには 1,200 万人までに増加すると見込まれている<sup>2</sup>。人口構造は図 2-1 のとおり、現在もなお多産多死型の構造だが、成人人口の割合の増加も観察される。そのため、今後、人口増と疾病構造の変化（疾病の二重負荷）による保健医療システムへの負担の増加が考えられている<sup>3</sup>。

なお、州別人口は図 2-2 のとおりであり、州間でばらつきがある。フェーズ 2 の対象 7 州の間でも、最小のマヌス州が約 80,000 人、最大の東セピック州が 623,000 人と桁が一桁違うほどの差がある。

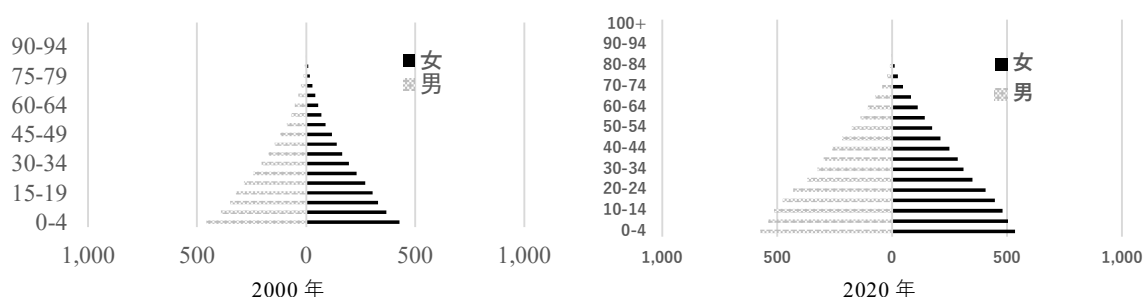


図 2-1. パプアニューギニアの人口構造

出所：UN World Population Prospects



図 2-2. 州別の人口

出所：The National Research Institute. Provincial Estimates of Key Population Groups 2018-2022

<sup>1</sup> 国連. Data Portal, Population Division <https://population.un.org/dataportal/home> (2022 年 9 月 15 日アクセス)

<sup>2</sup> 保健省. National Health Plan 2021-2030. (2021)

<sup>3</sup> 前掲脚注 2. 保健省 (2021)

## 2-1-2. 保健医療状況

パプアニューギニアの疾病負荷状況を見るために、人口 10 万人当たりの障害調整生存年数（Disability-Adjusted Life Years、以下、「DALYs」という<sup>4</sup>。）を図 2-3 に示すが、近年、非感染性疾患の DALYs が微増している一方で、感染症や母子、栄養に係る DALYs は減少し、これらによる疾病負荷の軽減がみられる。また、「感染症や妊産婦・新生児・栄養に係る疾患」から、マラリア及び顧みられない熱帯病（Neglected Tropical Diseases、以下、「NTDs」という）を抜き出してみると、これらの疾病の DALYs も 2010 年頃をピークに減少に転じていることがわかる。

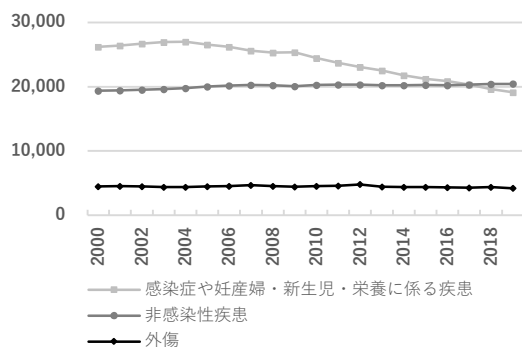


図 2-3. 人口 10 万人当たりの DALYs

出所：IHME. Global Compare / Viz Hub  
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>  
 (2022 年 9 月 20 日アクセス)

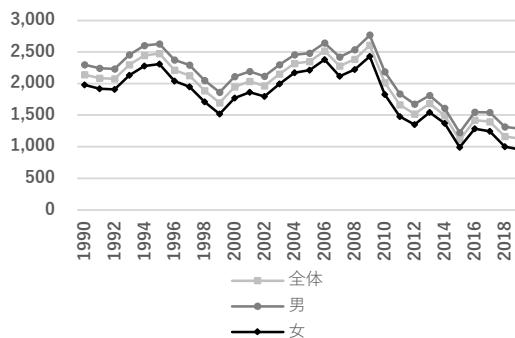


図 2-4. マラリア/NTDsに係る人口 10 万人当たりの DALYs

出所：IHME. Global Compare / Viz Hub <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>  
 (2022 年 9 月 20 日アクセス)

しかしながら、保健医療状況は依然として多くの課題を抱えていると判断されている<sup>56</sup>。例えば、主な保健指標を表 2-1 に示すが、平均余命や母子保健関連指標、感染症関連指標いずれも大洋州の近隣諸国と比較して良好な状況にはない。必須サービスがどの程度提供されているかを示す指標であるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage、以下、「UHC」という。）サービス・カバレッジ・インデックスは 30 と低く、西太平洋地域平均値 80 を大きく下回るほか、インドネシアやソロモン諸島といった隣国の数値やアフリカ地域平均値 46 にも及ばない。国民の多くに、保健医療サービスが行き届いていない現状があるといえる。

表 2-1. 主な保健指標

	パプアニューギニア	インドネシア	ソロモン諸島
出生時の平均余命（年）（2019）	65.3	71.3	65.2
妊産婦死亡率（出生 10 万対）	145	177	104
新生児死亡率（出生 1000 対）	21	12	8
5 歳未満児死亡率（出生 1000 対）	44	23	19
新規 HIV 感染率（人口 1000 対）（2020）	0.39	0.10	-
結核罹患率（人口 10 万対）（2020）	441	301	65
マラリア発生率（人口 1000 対）（2020）	164.3	2.9	167.7
NTDs に係る介入を必要とする人数（人）	6,982,087	86,492,939	503,483
UHC サービス・カバレッジ・インデックス*[0-100]	33	59	50

\*UHC サービス・カバレッジ・インデックス：必要不可欠な保健医療サービスがカバーする人口の割合を示す指標であり、14 個分野の追跡指標の幾何平均で求められる。  
 出所：WHO World Health Statistics, 2022.

<sup>4</sup> DALYs は疾病負荷に関する指標であり、「早死損失年数（The Years of Life Lost、以下、「YLL」という。）」と「障害生存年数（The Years Lived with Disability、以下、「YLD」という。）」の和で示される。

<sup>5</sup> 前掲脚注 2. 保健省（2021）

<sup>6</sup> Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. Independent State of Papua New Guinea Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 9 No.1. 2019.

### 2-1-3. 保健医療システムの概況

#### 1) UHC サービス・カバレッジ・インデックス

上記の低数値を示している UHC サービス・カバレッジ・インデックスをより詳細にみると、表 2-2 に示すように、サービス提供能力・アクセスに係る数値が悪化の一途を辿っていることがわかる。この指標は、主に①保健人材（人口当たりの医療従事者数）、②病院へのアクセス（1人当たりの病床数）、③健康危機対応（国際保健規則（International Health Regulation、以下、「IHR」という。）に基づくコアキャパシティ）の3点で評価される。本詳細計画策定調査時の聞き取りによれば、パプアニューギニアは、国土の大部分は徒歩、飛行機、船でしか辿り付けない複雑な地形が保健医療サービス提供やアクセスの難しさの要因の一つであることは広く共有されている認識の一つであった。さらに、この指標からは、地理的な環境のみならず、保健システム全体の脆弱化が進んでいる可能性も示唆される。

表 2-2. UHC サービスカバレッジの経年変化

指標	2000	2005	2010	2025	2017	2019	
UHC サービス・カバレッジ・インデックス*	27	29	36	38	36	33	
サブインデックス	リプロダクティブ・母子保健関連	53	57	53	52	48	48
	感染症関連	9	10	27	42	43	46
	非感染性疾患	44	48	49	50	50	50
	サービス提供能力・アクセス	27	27	25	20	17	11

出所：WHO Global Health Observatory Data repository Index of Service Coverage  
<https://apps.who.int/gho/data/node.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGER?lang=en> (2022年9月22日アクセス)

#### 2) 保健人材状況

まず、パプアニューギニアの保健医療人材状況に関し、信頼できるデータが存在していないことが最大の問題であるとの指摘がある<sup>7</sup>。保健医療サービスの提供が州レベルの権限で計画・実施されている地方分権型の保健医療体制の中で、全国レベルのデータベースが存在しないほか、州保健局から保健省へのデータの共有に関しても、データの重要性に対する理解の欠如、データの悪用に対する恐れ、プライバシーに関する懸念、データを送信するための適切な通信インフラの欠如等により積極的には行われていなかったと考えられている<sup>8</sup>。また、同様に、保健省と州保健局の関係のみならず、教育・訓練機関、公務員給与関連機関、高等教育・研究関連機関、キリスト教医療サービス等の関連団体の間での情報共有が行われていないことを意味<sup>9</sup>、効果的・効率的な保健人材開発や配置等を阻害していると考えられる。本詳細計画策定調査時、保健省の保健人材課からは、保健人材データベースの構築・強化に係る技術協力の検討依頼もあった。

一方で、正確な情報がない状況であるものの、保健省は、国家保健計画 2021-2030 の中で、保健人材開発状況の悪化を報告している。例えば、パプアニューギニアの保健人材数は、大洋州地域の中でも少ないだけでなく、2011年には人口1,000人に対して1.27人だったものが2018年には0.97人までに減少するなど需給ギャップの拡大が起きている<sup>10</sup>。また、雇用に必要な予算も充足されていないことから、保健セクターの職員の空席率は27%にまで及んでいる<sup>11</sup>。この背景には、基礎教育機関のキャパシティ不足により十分な数の生徒を受け入れられず、医療従事者育

<sup>7</sup> WHO/WPRO. Human Resources for Health Country Profiles-Papua New Guinea. 2020.

<sup>8</sup> 前掲脚注 7. WHO/WPRO (2020)

<sup>9</sup> 前掲脚注 7. WHO/WPRO (2020)

<sup>10</sup> 前掲脚注 2. 保健省 (2021)

<sup>11</sup> 前掲脚注 2. 保健省 (2021)

成の教育機関へ進学する者が十分ではなく、必要数の医療従事者を輩出出来ないこともあると分析されている<sup>12</sup>。

### 3) 保健医療施設インフラ

パプアニューギニアの保健医療サービス提供体制は、図2-5のような階層構造になっており、合計 3,756 施設が存在していることになっている。各レベルのサービス提供内容や必要な施設・機材インフラ、保健医療従事者等は、国家保健サービス規定 (National Health Service Standard) 2021-2030 で定められているが、すべての施設がその基準に沿ったサービス提供ができる状況にはない。保健省資料によると既存のレベル 2 からレベル 5 の医療施設の施設・設備・機材の多くは、修理・修復・交換を必要としているという<sup>13</sup>。レベル 1 についても半数以上が、施設の老朽化、保健医療従事者の宿泊施設の不備、水や電力供給不足等により閉鎖されていると報告されている<sup>14</sup>。特に地方部では、保健人材不足とも相成って、施設インフラの機能不全が顕著になっているといい、保健サービス提供の不公平さの拡大や施設利用の悪化を招いていると考えられている<sup>15,16</sup>

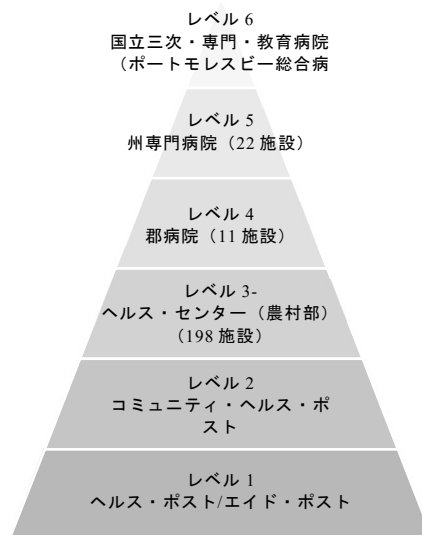


図2-5. 保健医療サービス提供体制

出所：保健省. Pacific Region Online Health Care Seminar・プレゼン資料. Current Situation & Challenges in PNG Health Sector & Initiatives by National Department of Health to address Issues. .2022

### 4) IHR コアキャパシティ

パプアニューギニアの IHR コアキャパシティ<sup>17</sup>を表2-3に示す。このキャパシティの点数は、自己評価 (State-Party Self-Assessment: IHR-SPAR) によるものであるが、総じて、低い評価となっている。また、IHR コアキャパシティと類似のモニタリング・評価の枠組みであり、グローバル健康安全保障 (Global Health Security、以下、「GHS」という。) インデックスでも、196 か国中 174 位と低い評価が付けられている<sup>18</sup>。したがって、感染症対策に係る体制は全般的に脆弱な状況にあるといえる。

表2-3. パプアニューギニアの IHR コアキャパシティ

年	国名等	IHR コアキャパシティ [0-100]												
		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13
2019	パプアニューギニア	27	10	20	40	33	40	20	40	27	20	0	0	0
	WPRO 平均	75	71	71	73	80	81	69	74	69	67	69	61	54
2018	パプアニューギニア	20	70	20	20	47	80	60	40	20	20	20	20	20
	WPRO 平均	68	69	47	66	79	78	63	66	64	63	63	52	50

C1: 国内の法令、政策及び資金、C2: 調整と国内の連絡窓口の連絡体制、C3: サーベイランス、C4: 対応、C5: 準備態勢、C6: リスクコミュニケーション、C7: 要員、C8: 検査室、C9: 入域地点のキャパシティ、C10: 動物由来感染症、C11: 食品衛生、C12: 化学物質による事象、C13: 放射線緊急事態  
出所：WHO. e-SPAR (Electronic State Parties Self-Assessment Annual Reporting) State Party Annual Report

<sup>12</sup> 前掲脚注 2. 保健省 (2021)

<sup>13</sup> 保健省. Pacific Region Online Health Care Seminar・プレゼン資料. Current Situation & Challenges in PNG Health Sector & Initiatives .2022

<sup>14</sup> 前掲脚注 13. 保健省. 2022

<sup>15</sup> 前掲脚注 6. Asian Pacific Observatory on Health Systems and Policies. (2019)

<sup>16</sup> 前掲脚注 2. 保健省 (2021)

<sup>17</sup> IHR とは、WHO が、WHO 憲章第 21 条に基づき 2005 年に制定した国際規則のことであり、感染症を始めとした国際的な公衆衛生上の脅威となるあらゆる事象を WHO に報告することを加盟国に義務付け、国際交通に与える影響を最小限に抑えつつ、疾病の国際的伝播を最大限防止することを目的としている。

<sup>18</sup> 2021 GHS Index Country Profile Papua New Guinea. 2022

## 5) 州レベルの保健医療システム改革

本詳細計画策定調査時、ブーゲンビル自治州を除く 21 州全てが州保健局（Provincial Health Authority、以下、「PHA」という。ただし、PHA を持たないブーゲンビル自治州を含む場合は「州保健局」とする。）体制に移行している<sup>19</sup>。PHA 体制への移行は、2007 年の PHA 法（Provincial Health Authority Act）に基づいたものであり、約 25 年かけて図 2-6 のような保健医療システム改革が行われた。2007 年の PHA 法施行後直後は PHA 体制の導入は 3 州のみであったが、その後、徐々に移行する州が増え、国家保健計画 2021-2030 が発効時には 21 州すべての PHA 体制となっていた。参考までに、フェーズ 2 対象州が PHA 体制に以降した年を表 2-4 に示す。

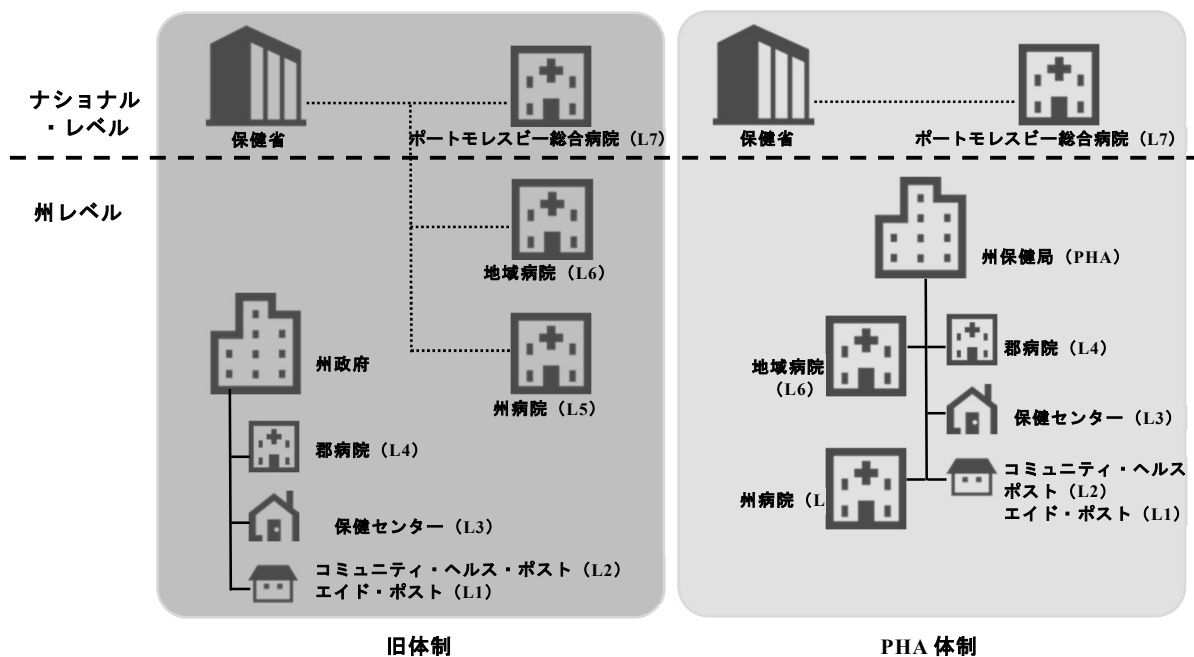


図 2-6. PHA 体制への移行

出所：Asian Development Bank. Line of Sight- How Improved Information, Transparency, and Accountability Would Promote the Adequate Resourcing of Health Facilities Across Papua New Guinea. 2019

表 2-4. フェーズ 2 対象 6 州（ブーゲンビル自治州を除く）の PHA 体制への移行年

州	西ニューブリテン州	東ニューブリテン州	ニューアイルランド州	西セピック州	東セピック州	マヌス州
年	2013 <sup>*1</sup>	2019 <sup>*2</sup>	2016 <sup>*3</sup>	2014 <sup>*4</sup>	2017 <sup>*5</sup>	2014 <sup>*6</sup>

\*1 西ニューブリテン州 PHA Annual Report 2016-2017. 2019

\*2 東ニューブリテン州 <https://www.facebook.com/people/East-New-Britain-Provincial-Health-Authority/> (2022 年 9 月 20 日アクセス)

\*3 ニューアイルランド PHA Annual Report 2017.

\*4 EMTV Online “West Sepik Provincial Health Authority”.

<https://emtv.com.pg/west-sepik-attains-provincial-health-authority/#:~:text=West%20Sepik%20is%20the%20%20come%20under%20the%20Health%20Department.> (2022 年 9 月 20 日アクセス)

\*5 The National. East Sepik gets health authority status. <https://www.thenational.com.pg/east-sepik-gets-health-authority-status/> (2022 年 9 月 20 日アクセス)

\*6 Company Info. Manus Provincial Health Authority. <https://www.pngjobseek.com/company/67383/> (2022 年 9 月 20 日アクセス)

PHA 体制の導入の意図は、旧体制では医療サービスと予防・公衆衛生サービスが分断されていたものを PHA 下に統合し、一元管理することにあった。この統合・一元管理により、州内の保健医療サービスの提供に係る PHA の権限が強化されたといえ、国家保健政策 2021-2030 によると、PHA の役割は、保健省や州政府を含む中央省庁と連携し、州内の効果的な保健サービス

<sup>19</sup> ブーゲンビル自治州では、PHA 体制への移行は行われず、自治政府下の保健省（Department of Health）が保健行政の中心となっている。ただし、過去の文献の中には、ブーゲンビル自治州もまた PHA への移行準備をしているとの記載しているものもある。

提供を行うことと明記されている。また、州保健局は、郡開発局（District Development Authority、以下、「DDA」という。）やローカルレベル政府（Local Level Government、以下、「LLG」という。）、その他州内で活動するパートナーとの調整を行い、保健政策、基準、優先的な介入を州のコンテキストや優先順位に合わせながら実施していくことも要請されている<sup>20</sup>。

ちなみに、ナショナル・レベルに位置する保健省は、国家保健行政法 1997 に基づき設立され、政策や戦略計画、保健医療サービス提供基準の立案やモニタリング・評価、保健サービス提供に関わる関係機関の調整を行う役割を持つほか、PHA の能力強化を行うことになっている<sup>21</sup>。

## 6) 保健財政状況

パプアニューギニアの保健医療は、主に税収に裏付けられた政府予算により支えられており、不足分をドナーが補う形で支援されている（図 2-7）。公的な医療保険制度はなく、患者の自己負担の割合は低い。国家保健政策 2021-2030 によると、適切かつ十分な保健医療サービスの提供に必要な資金には足りず、ドナー、民間セクター、州・県政府から追加資金を獲得するための新たな戦略を検討していく必要があると述べている<sup>22</sup>。

表 2-5. 保健財政概況

費目	
GDP に占める医療支出 (%) (2019)	2.3
国民 1 人当たりの医療支出 (米ドル) (2019)	65.1
国民 1 人当たりの公的医療支出 (米ドル) (2019)	38.5
国民 1 人当たりの自己負担額 (米ドル) (2019)	6.5
国民 1 人当たりの外部医療支出 (米ドル) (2019)	21.1

出所：世界銀行, Open Data. <https://data.worldbank.org> (2022年9月23日アクセス)

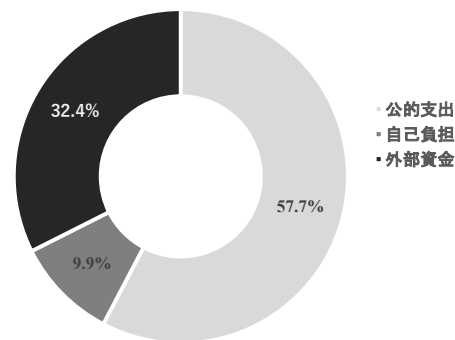


図 2-7. 財源別の医療費支出の概況  
出所：表 2-5 より算出

ただし、一方で、近年、保健医療セクターに係る政府予算の増加がみられる。例えば、2022 年度の政府予算に計上された保健医療予算は約 25 億キナ（政府予算の 11.5%<sup>23</sup>）であるが、前年比で 46% の増額となった<sup>24</sup>。この背景には、インフラ整備に対する政府予算及びオーストラリア国際開発庁（AusAID）といったドナーからの支援（オン・プロジェクト型）が増大したためと分析されている<sup>25</sup>。

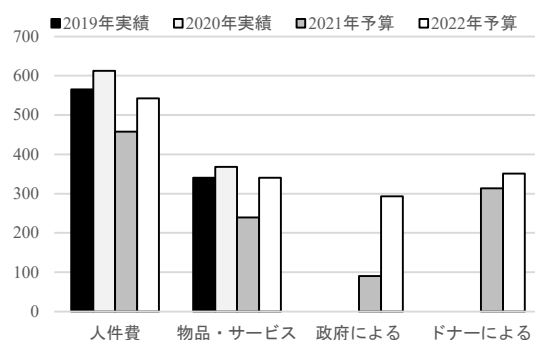


図 2-8. 保健医療セクターに係る政府予算等の変化

<sup>20</sup> 前掲脚注 2. 保健省 (2021)

<sup>21</sup> 前掲脚注 2. 保健省 (2021)

<sup>22</sup> 前掲脚注 2. 保健省 (2021)

<sup>23</sup> Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of general government expenditure (GGE)z (%)

<sup>24</sup> Deloitte. Papua New Guinea Budget 2022- Lightening the Burden.

<sup>25</sup> PNG's health spending increase: will it be well spent? <https://devpolicy.org/pngs-increased-health-budget-will-it-be-well-spent-20220414/>

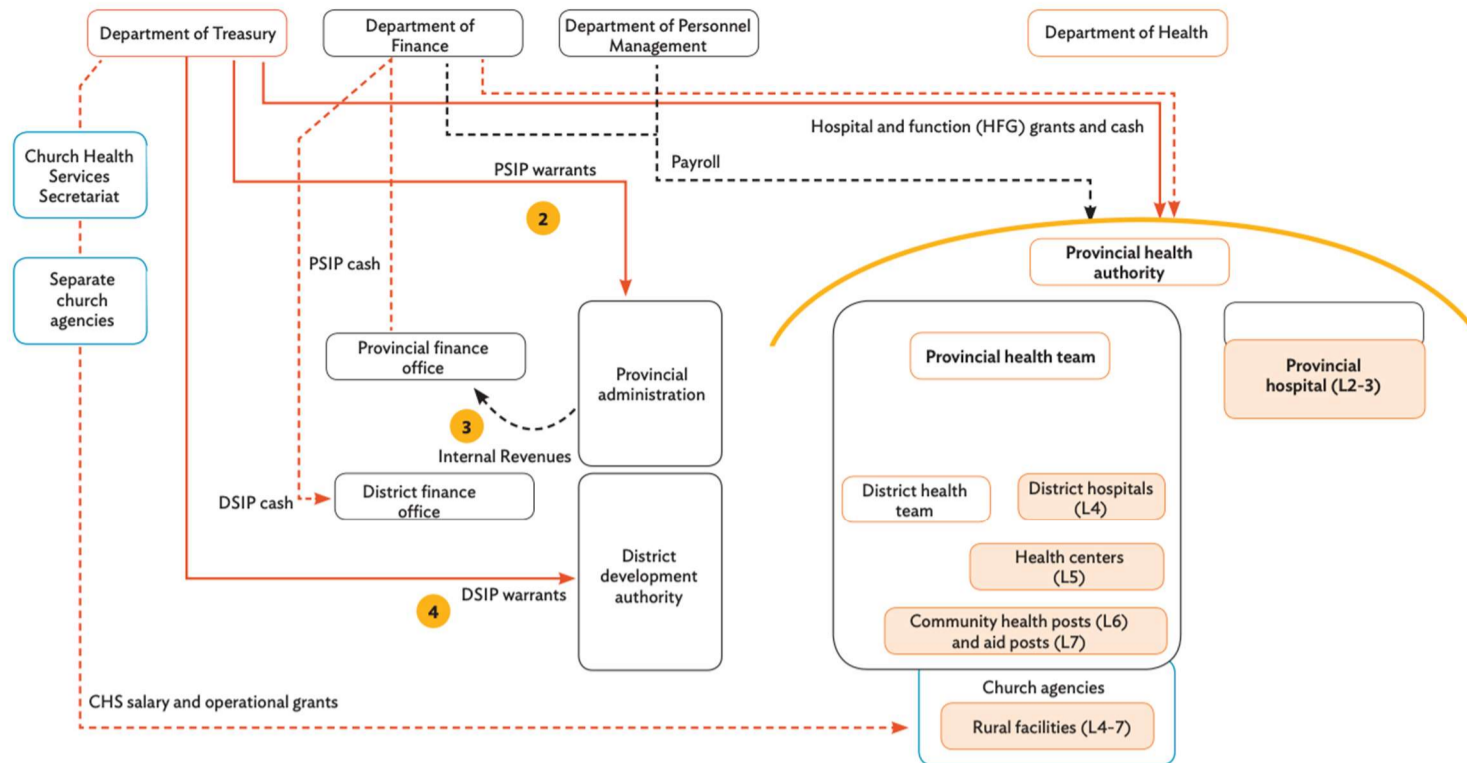


また、国家保健計画 2021-2030 によると、PHA 体制の導入により、PHA に対して直接的に予算配賦されることになったこと（表 2-6、図 2-9）も、保健財政上の前向きな変化として捉えられている。なぜならば、PHA のリソース管理が強化され、公共財政管理の実践能力が強化されることで、従来の財政上のボトルネックが解消される可能性が高まるほか、国からの予算配賦の一貫性と予測可能性を確保できるためと考えられている。

表 2-6. 各州 PHA への政府予算配賦状況

州	年 項目	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
		人件費等①			物品・サービス②			光熱費・賃借料等③		
西ニューブリテン州	額	-	-	34,695.0	20.0	70,500.0	7972.7	-	-	1,488.1
	割合 (%)	0.0	0.0	69.0	1.3	95.3	15.8	0.0	0.0	3.0
	項目	助成金・繰入金④			設備投資⑤			合計①+②+③+④+⑤		
	額	-	-	5,972.5	1,480.0	3500.0	179.0	1,500.0	74,000	30,307.3
	割合 (%)	0.0	0.0	11.9	98.7	4.7	0.4	100.0	100.0	100.0
東ニューブリテン州	項目	人件費等①			物品・サービス②			光熱費・賃借料等③		
	額	29,604.7	16,659.9	26,700.0	2,468.2	2898.3	2803.3	280.7	355.3	355.3
	割合 (%)	82.2	71.4	72.2	6.9	12.4	7.6	0.8	1.5	1.0
	項目	助成金・繰入金④			設備投資⑤			合計①+②+③+④+⑤		
	額	2,545.6	1797.5	4,178.7	1,098.1	1,619.9	2,919.9	35,997.3	23,330.9	36,957.2
ニューアイランド州	項目	人件費等①			物品・サービス②			光熱費・賃借料等③		
	額	-	-	27,974.0	20.0	200.0	8,469.5	-	-	1,634.0
	割合 (%)	0.0	0.0	67.6	4.0	10.0	20.5	0.0	0.0	3.9
	項目	助成金・繰入金④			設備投資⑤			合計①+②+③+④+⑤		
	額	-	-	500.0	480	1,800.0	2820.5	500	2000	41398
西セピック州	項目	人件費等①			物品・サービス②			光熱費・賃借料等③		
	額	-	-	25,572.0	20.0	200.0	6,649.4	-	-	769.2
	割合 (%)	0.0	0.0	55.8	4.0	10.0	14.5	0.0	0.0	1.7
	項目	助成金・繰入金④			設備投資⑤			合計①+②+③+④+⑤		
	額	-	-	9,813.1	480.0	1,800.0	3,020.0	500.0	2,000.0	45,823.7
東セピック州	項目	人件費等①			物品・サービス②			光熱費・賃借料等③		
	額	37,644.4	15,341.0	20,339.0	12,676.6	97,482.5	6,437.6	1,322	590.0	1,810.4
	割合 (%)	62.7	12.7	49.1	21.1	80.8	15.5	2.2	0.5	4.4
	項目	助成金・繰入金④			設備投資⑤			合計①+②+③+④+⑤		
	額	8,605.4	3,378.5	9,715.6	1,764.0	3,900.0	3,117.4	60,022.6	120,692.0	41,420.0
マヌス州	項目	人件費等①			物品・サービス②			光熱費・賃借料等③		
	額	124.9	-	11,748.0	20.0	500.0	3,744.2	-	-	369.0
	割合 (%)	20.0	0.0	54.6	3.2	10.0	17.4	0.0	0.0	1.7
	項目	助成金・繰入金④			設備投資⑤			合計①+②+③+④+⑤		
	額	-	-	2975.4	480.0	4,500.0	2975.4	624.9	5,000.0	21,503.6
	割合 (%)	0.0	0.0	13.8	76.8	90.0	13.8	100.0	100.0	100.0

出所：パプアニューギニア政府. 2022 Budget Estimates of Revenue and Expenditure for National Government Departments. 2022



CHS = church health services, DSIP = District Service Improvement Program, HFG = health function grant, PSIP = Provincial Service Improvement Program.

Notes:

1: The diagram does not capture development partner funding and private user fees directly to facilities. The Department of National Planning and Monitoring has responsibility for development project funding to health sector agencies. Warrants for development projects are issued by the Department of Treasury, and cash is released by the Department of Finance.

2: From 2019, the Department of Implementation and Rural Development will be administering the disbursement of service improvement program funding, this function has been inherited from the Department of Finance.

Source: Asian Development Bank.

図2-9. PHA体制下での主な公的資金の流れ

出所：アジア開発銀行, Line of Sight—How improved information, transparency, and accountability would promote the adequate resourcing of health facilities across Papua New Guinea より抜粋

## 7) 保健医療へのアクセスに係るジェンダー格差

国際保健計画 2021-2030 では、パプアニューギニアでは、女性の健康状態における不平等は依然として懸念事項の一つであり、様々なレベルで経験されていることを認めている。また、国連女性機関も、他国と比べ女性の権利保障に向けた動きは遅く、さらなる努力が必要だと述べ、例えば、リプロダクティブヘルスに係る権利に関して様々な課題に直面しているとの見解を公開している<sup>26</sup>。また、JICA も 2010 年のジェンダー整備調査報告書において、女性は過重な労働と栄養不良、保健医療体制の不備、性暴力などの多くの課題に直面し、特に、農村部では、管理体制の不備と不十分な予算措置により、半数近くの医療施設で業務が停止している状況にあり、女性の健康状態に悪影響を与えていると報告している<sup>27</sup>。

例えば、15～49 歳の女性のうち、過去 12 カ月間に現在または過去の親密なパートナーから身体的および／または性的暴力を受けたと回答した者の割合は 30.6%に及ぶ<sup>28</sup>。成人人口の中で、女性は男性よりも貧血（36%対 26%）や慢性的なエネルギー欠乏（5.3%対 2.9%）に直面しているとの報告もある<sup>29</sup>。また、教育水準は健康状態や保健医療へのアクセスと密接に関連していることが分かっているが、表 2-7-7 のように、人口保健調査（Demographic Health Survey、以下、「DHS」という。）によると、全く教育を受けていない者の割合は、男性が 12.8%に対して女性は 23.0%、中等教育かそれ以上の教育を受けている者の割合は、男性は 34.7%に対して女性の 26.7%と低くなっている。

表 2-7. 男女別教育状況

	全国		西ニューブ リテン州		東ニューブ リテン州		ニューアイ ルランド州		西セピック 州		東セピック 州		マヌス州		ブーゲンビ ル自治州	
	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男
全く教育を受けていない者の割合 (%)	23.0	12.8	11.1	5.0	7.9	5.0	3.7	2.6	30.5	7.2	17.3	6.4	2.3	2.0	4.7	6.3
中等教育かそれ以上の教育を受けている者の割合 (%)	26.7	34.7	26.1	34.5	34.8	31.2	41.0	43.8	15.3	21.9	19.9	27.4	41.4	47.1	29.3	36.1

出所：National Statistics Office. Papua New Guinea Demographic and Health Survey 2016-2018. 2019

なお、LF 対策においては、本詳細計画策定調査時に、ジェンダー格差に係る課題等は十分に調査できず、確認できなかったが、隣国インドネシアで行われた Krentel らの質的な研究では<sup>30</sup>、ジェンダーと社会階層は、本質的に、健康に関する家庭内意志決定に影響するため、MDA への参加も左右すると結論が導かれている。

<sup>26</sup> UN Women. Papua New Guinea. <https://data.unwomen.org/country/papua-new-guinea> (2022年9月26日アクセス)

<sup>27</sup> 有限会社アイエムジー、JICA. 国別ジェンダー情報整備調査パプアニューギニア国最終報告書. 2010

<sup>28</sup> 前掲脚注 26. UN Women. Papua New Guinea. <https://data.unwomen.org/country/papua-new-guinea> (2022年9月26日アクセス)

<sup>29</sup> 前掲脚注 2 保健省 (2020)

<sup>30</sup> Krentel A, Wellings K. The role of gender relations in uptake of mass drug administration for lymphatic filariasis in Alor District, Indonesia. Parasit Vectors. 2018 Mar 12;11(1):179.

## 2-2. パプアニューギニアにおけるリンパ系フィラリア症の状況

### 2-2-1. リンパ系フィラリア症の感染拡大状況

パプアニューギニアは、LF の流行国の一つとして認定されている<sup>31</sup>。パプアニューギニアの全国の罹患率等に関して精度の高い統計はないものの、全 21 州のうち 14 州において、その流行が確認され、多い州では有病率は 70%にも及ぶと考えられている<sup>32</sup>。本詳細画策定調査時、WHO の関係者への聞き取りによると、全州において慢性リンパ浮腫患者が確認されているという。また、近年の分析では、北部や南部海岸地域や島嶼地域での有病率が高く、中央の山岳地域では低いと考えられている<sup>33</sup>。

なお、有病率に関する統計はないものの、パプアニューギニアにおける LF の DALYs やその算出に必要な早死にすることによって失われた年数（The Years of Life Lost、以下、「YLL」という。）、障害を有することによって失われた年数（The Years Lost due to Disability、以下、「YLD」という。）の推計値は公開されている（図 2-10）<sup>34,35</sup>。2019 年の人口 10 万人あたりの DALYs は 296 年であり、2019 年のすべてのマラリア及び NTDs に係る DALYs の和（1,125 年）の 26.3%を占めており、疾病負荷としては比較的大きいといえる。

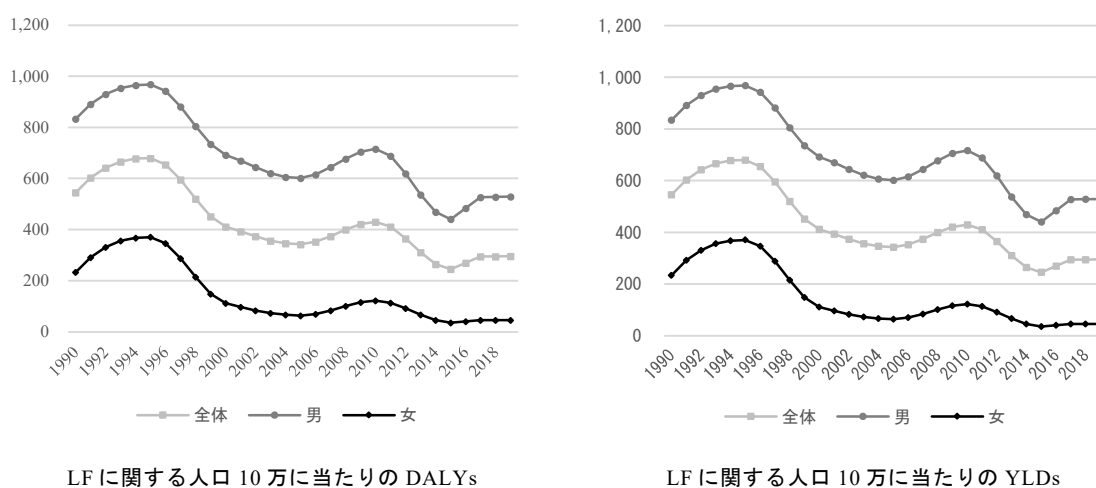


図 2-10 LF に係る人口 10 万当たりの DALYs 及び YLDs

出所：IHME. Global Compare / Viz Hub <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (2022 年 9 月 20 日アクセス)

<sup>31</sup> WHO. The PacELF Way: towards the elimination of lymphatic filariasis from the Pacific, 1999–2005. Manila, Philippines: WHO/WPRO; 2006.

<sup>32</sup> WHO. Papua New Guinea steps up efforts to eliminate lymphatic filariasis. 2021.

<sup>33</sup> Berg Soto A, Xu Z, Wood P, Sanuku N, Robinson LJ, King CL, Tisch D, Susapu M, Graves PM. Combining different diagnostic studies of lymphatic filariasis for risk mapping in Papua New Guinea: a predictive model from microfilaraemia and antigenaemia prevalence surveys. Trop Med Health. 2018 Dec 4; 46:41.

<sup>34</sup> 先述のとおり、「早死にすることによって失われた年数（The Years of Life Lost, YLL）」と「障害を有することによって失われた年数（The Years Lost due to Disability, YLD）」の和で示される。LF による死亡数が極めて小さいため、DALYs と YLDs が同程度となっていると考えられる。

<sup>35</sup> 本詳細計画策定調査時、これらの数値の算出方法や根拠・条件等については確認できなかった。

## 2-2-2. リンパ系フィラリア対策

### 1) PacELF への参加

パプアニューギニアは、国際的な取り組みである PacELF 参加国の一つである。PacELF は、太平洋の 22 か国及び地域（人口 700 万人程度の地域）で LF を制圧することを目的に、1999 年に設立された。設立後、参加国は、世界リンパ系フィラリア症制圧計画（Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis、以下、「GPELF」という。）の一環として WHO の指針に沿った対策活動（図 2-10）を展開してきた。パプアニューギニアは、設立時の 1999 年より、流行国の一つとして参加している<sup>36</sup>。

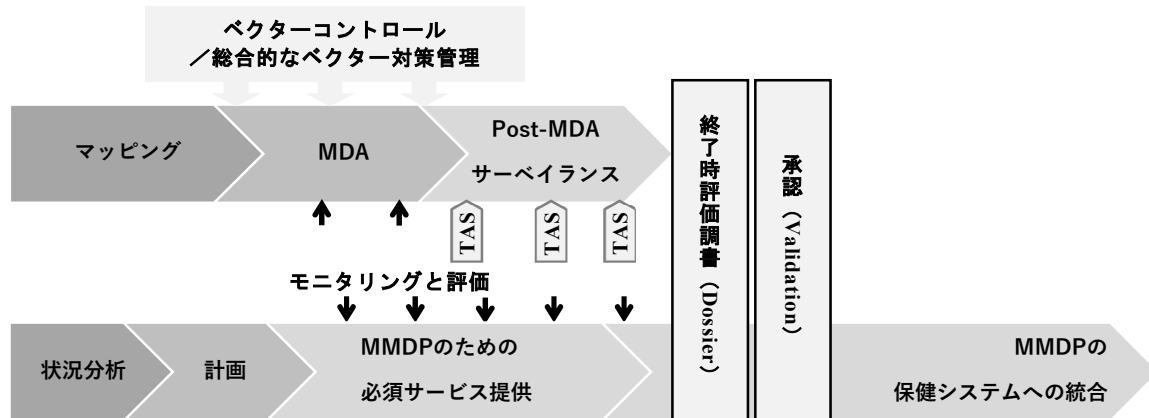


表 2-11. GPELF の枠組みと WHO が推奨する対策活動<sup>37</sup>

出所：森保妙子、一盛和世. 世界リンパ系フィラリア症制圧計画（Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: GPELF）の政策の枠組み～ゴールの設定と道筋～. Journal of International Health Vol. 33 No.1 2018.

PacELF の設立後約 20 年経過したが、パプアニューギニアは依然、LF 制圧の承認を得ていない。PacELF 参加国は、MDA 等を行い十分に有病率が下がり、MMDP 等の患者に対するケアの体制が構築されると、WHO より”LF 制圧”の承認を受けられる。本詳細計画策定調査時、大洋州諸国の中では、クック諸島、ニウエ、バヌアツ、トンガ、マーシャル諸島、ソロモン諸島、ナウル、キリバスが LF 制圧の承認を得ている。しかし、パプアニューギニアは、依然として、国内の多くの流行地域で MDA が実施できておらず、LF の制圧の承認まで歳月を要することが見込まれる。

この背景には、複数の島やジャングルなど、地理的に困難な地形、自然災害の多発、遠隔地の人々に向けた限られた保健システムの能力・人材・基礎インフラ、保健システムの運用コストの高さ・不安定さ・スタッフの離職率等の要因が指摘されている<sup>38,39</sup>。

ただし、近年、フェーズ 1 が協力を行ってきた州を中心に、成果を上げ始めている。例えば、ニューアイランド州では、二種薬剤による MDA の実施により、フィラリア抗原血症罹患率は

<sup>36</sup> 前掲脚注 31 WHO (2006)

<sup>37</sup> MDA は年 1 回ごと、計 2 回行われる。TAS は、MDA の終了後、最低 6 か月の期間をあけたのちに preTAS、その後 TAS を 2 年ごとに合計 3 回実施する。ただしこの preTAS と TAS における感染率が WHO の基準（陽性率が基準値（1.0%）未満）に達していなければ、再度 1 回目の MDA 実施へ戻る。TAS3 回目において、感染率が WHO の基準未満であれば LF 制圧の手続きに入る。従って、1 回目の MDA から制圧まで少なくとも 7 年要する。

<sup>38</sup> 前掲脚注 32. (2021)

<sup>39</sup> Graves PM ら. Lymphatic filariasis in Papua New Guinea: distribution at district level and impact of mass drug administration, 1980 to 2011. Parasit Vectors. 2013 Jan 11; 6:7.

15-17% (2011 年) であったものが、0.3% (2017 年) までに減少させることができたほか<sup>40</sup>、フェーズ 1 実施中の 2020 年 12 月から 2021 年 9 月に 1 回目の TAS が行われ、LF の陽性率が抑制されたことが確認された。

## 2) 国家戦略計画 2010-2030

国家戦略計画 2010-2030 は、パプアニューギニアの長期開発計画であるが、LF 及び NTDs に特化した対策の言及はない。ただし、保健セクターの開発目標として「国際的に通用する水準の医療サービスを提供できる効率的な保健システムの実現」を掲げ、マネジメントの改善、サービスの質の向上、サービスへのアクセスの改善、予防活動の強化を主要戦略として位置づけている。

## 3) パプアニューギニア・13 の持続可能な開発目標のためのロードマップ (2020)

パプアニューギニアの持続開発目標 (SDG) の目標 3.3 として、「2030 年までに、エイズ、結核、マラリア、NTDs のパンデミックを終焉させる及び、肝炎・水系感染症・その他感染症対策を行う」が掲げ、NTDs への対策を明示している。

## 4) 国家保健計画 2021-2030

パプアニューギニアの保健セクターにおける中期開発計画である国家保健計画 2021-2030 は、上記の SDGs に沿うものとして策定されている。特に、上記の目標 3.3 の達成に関し、「効果的なエンゲージメントによる健康的なコミュニティの実現 (Healthier communities through effective engagement)」「パートナーシップによる協働 (Working together in partnership)」「対象疾病負担と優先保健課題への対策 (Address targeted disease burden and health priorities)」の 3 点から取り組んでいくことが明記されている。また、LF に関しては、広く蔓延しているとの認識を示し、今後、MDA を島嶼地方から順次拡大し、さらには、パプアニューギニア本島で実施していく計画であることが述べられている。

## 5) NTDs 対策に係る戦略計画文書

本詳細計画策定調査時、保健省関係者によると NTDs の 5 つの疾病 (LF、フランベシア (Yaws)、土壌伝播寄生虫症、疥癬、トラコーマ) を一つのパッケージとして MDA を実施していくことを検討している。また、これら NTDs 対策に係る戦略計画も起草中で、11 月までに完成する予定であるとのことであった。ただし、起草のための会合は一回しか開催されておらず、策定に関わるメンバーも固まっていない状況であった。

---

<sup>40</sup> 前掲脚注 32. WHO (2021)



## 第3章 フェーズ1の現状

### 3-1. フェーズ1の背景

大洋州地域では、WHOの指定するNTDsの一種であるLFの感染がいまだに確認されており、制圧に向けた対策が継続されてきた。この状況を受け、1999年にWHO/WPROがPacELFを開始した。これに対して、フェーズ1は、LF制圧に課題の残る6か国「パプアニューギニア、フィジー、キリバス、サモア、ミクロネシア、ツバル」において、LF対策の実施を支援するべく、広域協力として立案され、2018年より4年5か月間の計画で実施されている。本詳細計画策定調査時、フェーズ1は計画通りに2023年2月に完了する予定にあり、2023年3月から切れ目なくフェーズ2を開始することが想定されていた。

### 3-2. フェーズ1の枠組み

上記のとおり、フェーズ1は、6か国を対象とするものであるが、それぞれの国において、上位目標、プロジェクト目標等が設定された。パプアニューギニアでの協力の枠組みは、下記表3-1のとおりである。

表3-1. フェーズ1の枠組み（パプアニューギニア）

実施期間	2018年10月から2023年2月（4年5か月）	
対象州	西ニューブリテン州、東ニューブリテン州、ニューアイルランド州	
実施機関	保健省疾病対策サーベイランス課、対象州の州保健局	
最終受益者	対象州の住民	
直接受益者	保健省、対象州保健局	
他の援助機関との連携	WHOパプアニューギニア事務所	
上位目標	パプアニューギニアのプロジェクト対象州において、LF対策の実施システムが維持される。	
プロジェクト目標	プロジェクト対象州において、フィラリア対策が強化され、制度化される。	
成果	成果1	プロジェクト対象州において、IDAによるMDAの実践能力が発展、強化される。
	成果2	IDAによるMDAの国内実施ガイド案が作成される。
	成果3	プロジェクト対象州において、Pre-TASの実践能力が発展、強化される。
	成果4	プロジェクト対象州において、TASの実践能力が発展し、強化される。
	成果5	プロジェクト対象州において、IDAによるMDAとTAS結果の評価が、将来的にDossierを作成するために利用できる状態となる。

### 3-3. フェーズ1の成果の達成状況、課題、教訓等

#### 3-3-1. 成果の達成状況

##### （1）成果1：フェーズ1完了までに達成見込み

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、保健省・州の保健医療従事者はその対策に追われることになり、リンパ系フィラリア対策に十分な人材を配置することが難しい状況があったものの、本詳細計画策定調査時、フェーズ1完了までに対象3州のいずれにおいてもMDAが少なくとも1回完了することが見込まれていた。

ニューアイルランド州では、2019年5月までに2回のMDAが完了し、2020年12月から2021年9月にかけて1回目のTASが行われ、LFの陽性率が抑制されたことが確認された。2年後に2回目のTASが実施される予定である。

東ニューブリテン州では、2022年6月までに2回のMDAが完了し、1回目、2回目のカバー率はWHOの基準となる65%を上回った。フェーズ1完了後に1回目のTASが実施される予定である。

西ニューブリテン州では、フェーズ1の完了までに1回目のMDAの実施を計画している。

#### (2) 成果2：フェーズ1完了までに達成見込み

フェーズ1実施中に、MDAの国内実施ガイド(案)が起草され、各MDAの実施結果やその教訓に基づき、その都度、改訂されてきた。本詳細計画策定調査時、フェーズ1完了までに、さらなる活動経験を盛り込んだ国内実施ガイド(案)の作成が見込まれている。

#### (3) 成果3及び成果4：達成

ニューアイルランド州にて、2020年12月～2021年3月、2021年8月にTASが実施された。ただし、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による活動が制限されたことによる時間的な制約のためにPre-TASは実施されなかった。TASは、WHOのガイドラインに定められた必要な手続きを踏み、最終的に有病率が0.17%と確認され、LFの感染拡大が抑制された最初の州として認められた。

#### (4) 成果5：達成予定

フェーズ1では、実施されたIDAによるMDAとTAS結果の評価が、将来的にWHOに対する制圧の認定を求める申請書類(Dossier)を作成するために利用できる状態とすべく、各結果のデータベースが構築された。

2018年にニューアイルランド州で実施された4回目のMDAと2019年に東ニューブリテン州で実施された1回目のMDAのデータは、データベース(エクセル)として整理された。このデータベースは、保健省、州保健局、タスクフォース委員会、モニタリング・評価調査チーム、WHO、JICA等と共有された。

同様に、2020-2021年にニューアイルランド州で実施された1回目のTASの結果もデータベースとして整理され、関係者間で共有された。

本詳細計画策定調査時、フェーズ1完了までに、東ニューブリテン州での2回目のMDAや西ニューブリテン州での1回目のMDAの結果も同様にデータベースとして整理され、関係者間で共有される計画となっていた。

### 3-3-2. プロジェクト目標の達成見込み

本詳細計画策定調査時(フェーズ1完了の6か月前)、PDM指標によるとプロジェクト目標は、概ね達成すると考えられる。

フェーズ1では、プロジェクト目標は「プロジェクト対象州において、フィラリア対策が強化され、制度化される。」と記述され、これに対して、①2022年度までに対象州において、IDA

による MDA が実施される、②2021 年までにニューアイルランド州において、1 回目の TAS が実施される、の 2 点が設定されていた。MDA は 2 回実施され、それぞれの実施後に基準となるカバー率を達成しないと 1 回目の TAS の実施が認められないことを鑑みると、これらの二つの指標は、IDA による MDA が適切に実施できるだけの能力向上の有無を推し量る代替指標として捉えられる。

フェーズ 1 では、繰り返しになるが、ニューアイルランド州において、2018 年に IDA による MDA が完了し、2020 年 8 月に 1 回目の TAS が完了し、2 回目の TAS への移行が正式に承認されている。東ニューブリテン州では、2019 年 12 月に 1 回目の MDA が完了、2022 年 6 月に 2 回目の MDA が完了し、いずれも WHO が推奨する必要基準の 65.0%を上回った。西ニューブリテン州では、フェーズ 1 の完了までに 1 回目の MDA の実施を目指している。したがって、フェーズ 1 完了までに指標①は達成の可能性が高く、指標②は達成済みである。

ただし、指標の設定の意図が上記の「IDA による MDA が適切に実施できるだけの能力向上の有無を推し量る代替指標」の通りであれば、2 回とも MDA の基準カバー率を上回った東ニューブリテン州での TAS の未実施は指標達成と同議と捉えることもできる。

また、本詳細計画策定調査時、指標には明示されていない「プロジェクト対象地での能力強化、制度化」の点に関して、下記のようなことも観察されている<sup>41</sup>。

- **【能力強化の機会の提供】** フェーズ 1 で行われた MDA や TAS の実施は、州のカウンターパートや保健医療従事者にとって、計画立案・実施監理・評価の一連の作業の実践の場（OJT の場）として捉えられる。また、MDA や TAS の実施前には研修も行われており、OJT の機会も提供されているといえる。
- **【フェーズ 1 で得た経験・知見の活用】** 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に対する策を講じる際に、MDA の実戦経験が役に立ったとの意見が確認された。MDA は、短期間で州全体の住民に対する啓発や投与を行う取り組みであり、また、州保健局を頂点に末端の保健ボランティアまでを動員し、さらには教育省や DDA、LLG 等の他セクターを巻き込んだマルチセクトラルな協働が求められるものである。このような短期間で行うホールシステムアプローチともいえる取り組みは、州全体の住民に対する働きかけやワクチン接種等を要する新型コロナウイルス感染症対策にも求められるものであった。新型コロナウイルス感染症は、当初未知の疾病であったものの、MDA の実戦経験があったことで、その経験や教訓を生かし、円滑に行えたという。
- **【伴走型支援・手取り足取り型支援】** JICA の技術協力では「途上国が自らの手で開発課題に対処するための能力」（キャパシティ）の向上を図るプロセスに重点が置かれてきた<sup>42</sup>。本詳細計画策定調査時、JICA の州保健局への関わりについて、「伴走型支援」、「手取り足取り型支援」との指摘があり、これまでの非常に丁寧な支援がキャパシティビルディングの促進に貢献したかは明言できない。しかし、タイムフレームの決まっている MDA や TAS

<sup>41</sup> 本詳細計画策定調査は、フェーズ 1 の終了時評価調査ではないため、十分な情報収集はできていないと考えられる。そのため、フェーズ 1 完了までに、指標に記述されていない「プロジェクト対象地での能力強化、制度化」のほか、計画では位置付けが不明確であった保健省の「能力強化、制度化」等について、量的・質的な情報・データを収集・整理しておくフェーズ 2 等をはじめ類似案件の教訓になるかもしれない。

<sup>42</sup> JICA 研究所 調査研究：途上国の主体性に基づく総合的課題対処能力の向上を目指して -キャパシティ・ディベロップメント (CD) ~CD とは何か、JICA で CD をどう捉え、JICA 事業の改善にどう活かすか~。2006。

の実施において、州保健局の主体性の醸成を十分時間をかけて行うことは容易ではないことが背景にあると考えられる。

- **【保健省の能力・機能強化】**保健省の能力・機能強化は、十分ではなかったと考えられる。LF コーディネーターはフェーズ 1 の取り組みの中で様々な経験を積み、能力強化が図られたと考えられ、専門家もそのように判断している。しかし、州の実践に対して、保健省の役割やその存在の効果等は明確でなかったとの意見も聞かれた。フェーズ 1 の計画では保健省の能力強化や制度化は明示されていないほか、地方分権的な保健システムの中で MDA 等の実施に対する保健省の権限が薄く、その役割が曖昧になった部分もあったと考えられる。

以上より、指標は概ね達成する見込みと判断できるほか、各州の能力強化も認められる。なお、保健省の能力強化は不十分だったと考えられるが、計画で想定されていたものとは必ずしも言えず、評価判断から除外した。

### 3-3-3. 実施中に直面した課題及びフェーズ 2 に向けた教訓

#### 1) 計画内容：保健省レベルでの能力強化や制度化の明示と保健省のコミットメント

フェーズ 2 完了後の効果の持続を確実なものとしていくためには、保健省の能力・体制強化が不可欠である。特に、MDA 等は日常的な保健医療サービスではないという LF 対策の特徴を考えれば、事業効果の持続という観点では、他州への LF 対策の拡大・展開を念頭に置いておかなければならない。そのためには、LF 対策に係る保健省の能力強化・体制強化が求められる。しかし、フェーズ 1 では、その点が明確でなかった。したがって、フェーズ 2 では、計画段階から保健省の関与を明示していくことが期待される。また、実施中も、フェーズ 2 完了後の展開を意識した保健省の能力強化を検討していくことが望ましい。

#### 2) 保健省担当者の人員数

プロジェクトマネージャーの下、リンパ系フィラリア担当官は 1 名しか配置されていなかった。そのため、業務代替 (Gap filling) とも捉えられる日本人専門家の支援が必要となった面もあると考えられる。また、本詳細計画策定調査中にインタビューを行った WHO 関係者は、その人数の少なさをパプアニューギニアにおいて MDA 等の活動が進まないことの一つとして挙げていた。フェーズ 2 では、保健省や MDA・TAS を経験済みの州から州に対してメンターとなれるような人材をリストアップし、活用することを目指すほか、保健省への関与を拡大し、人員の動員を促していくことが望まれる。

#### 3) WHO との連携

WHO とフェーズ 1 の専門家は、相補的な関係にあった。WHO は主に中央レベルで保健省の政策等の支援を、フェーズ 1 の専門家は州レベルでの活動の支援を行うといった関係にあった。これにより、州の実情に合った協力が行われ、MDA 等の活動が推進されていった。フェーズ 1 のチーフアドバイザーによると、PacELF の開始後の約 20 年の間、WHO は、中央から遠隔で州レベルの取り組みを遠隔的に支援しようとしてきたが、強固な地方分権化の進む中で、遠隔で州の

活動を推進していくことは困難であったと考えられ、フェーズ 1 では、そのボトルネックを埋めたことで、この数年の前向きな進展に貢献しているという。

また、MDA 等の活動費用の執行という面でも、フェーズ 1 と WHO は協働的な関係にもあった。MDA 対策の費用は、JICA、WHO、州予算で行われているが、WHO や州予算は、執行までに時間を要する。例えば、MDA に係る WHO 予算等は、WPRO の予算が保健省を介して、州に配賦される流れになっているが、保健省から州への予算配賦に時間がかかる。しかし、チーフアドバイザーによると、JICA の技術協力プロジェクトでの予算執行は比較的早く行われ、WHO の資金が州に届くまでの間にいくつかの活動を前に進められたという。例えば、MDA は、資機材の調達から始まり、トレーニング、広報活動、集団投薬と一連の活動が続き、全体を通して 4～6 か月程度要するが、予算執行が比較的早い JICA の技術協力がトレーニングまでの予算を引き受け、それ以降は WHO/州予算で行うといった分担が自然に生じた。

#### 4) 資機材の保管場所の確保

MDA は、約 4 から 6 か月程度の活動であるが、その短期間の中に州全体の住民への啓発活動や薬剤の投与を行うものであり、燃料や啓発用の資機材、薬剤等が大量に動く。そのため、これらを適切に保管できるだけの場所・空間を確保しておく必要がある。

#### 5) ボランティアへの謝金

フェーズ 1 では、MDA で村々を回り投薬等を行う際、有期の有償のボランティアを備上し、活用した。主に、フェーズ 1 では、ボランティアを務めた者は、主に LF 対策以前より、各保健医療施設との活動経験等を有し、信頼関係を持つ者であった。その中には、マラリア対策等で無償のボランティアを務めている者もいた。しかし、LF 対策の MDA では、短期間で効率的に村々を回らなければならず、ボランティアがバス代を立て替えることが報告されている。また、住民の居住地が散在しているパプアニューギニアの特徴として、村々を回するには、徒歩や車以外にもカヌーやヘリコプターを利用しなければならない環境も考慮しなければならない。

#### 6) PDM や事前評価表には必ずしも明記されていないインパクト等への注目

フェーズ 1 では、以下のような PDM や事前評価票等には明記されていないインパクト等が報告されている。フェーズ 2 の実施でも、PDM や計画時に想定していないインパクト等の有無に留意が必要である。

- **【活動の工夫・嬉しい誤算】** フェーズ 1 期間中に行われた MDA では 1 回 1 億円かかったともいわれ、いかに費用を分担するかが一つの課題でもあった。そのため、東ニューブリテン州では、州保健局から郡レベルに対して一部の費用負担を依頼し、実際に郡レベルは予算を負担した。関係者間では、その結果として、予算の確保だけではなく、郡レベルの活動に対するコミットメントが増加し、また、予算執行の判断も早くなり、活動の効率化に繋がったと考えられている。
- **【疾病横断的な保健システム強化や公衆衛生危機対応の強化への波及】** 繰り返しになるが、フェーズ 1 で取り組んだ MDA は、全住民を対象とするサービス提供であったため、新型コロナウイルス感染症対策にも活用された。

- **【国際的な LF 対策指針への貢献】** パプアニューギニアは、これまで MDA 等が十分に行われてこなかったことから、介入研究の貴重な場となっている。近年では、LF 研究の権威でもある Case Western Reserve 大学の Christopher King 教授が、西ニューブリテン州の取り組みと連携する形で MDA の効果検証のための研究を開始しようとしている。また、フェーズ 1 のプロジェクトマネージャーを務めた保健省疾病対策・サーベイランス課課長の Lucy John 博士やその上長の公衆衛生局上級マネージャーの Sibauk Bieb 博士は、フィラリア対策に係る研究論文に名を連ねている。特に、Dr. Lucy John は筆頭著者の論文も多く、最近でも、国際的学術雑誌の The Lancet Regional Health Western Pacific にフィラリア対策と Yaws 対策を組み合わせた 4 剤による MDA の安全性に関する介入研究の結果<sup>43</sup>を発表し、注目を集めている。パプアニューギニアの LF 対策は、WHO の枠組みで実施されていることを鑑みると、これらの研究結果は、学術分野での貢献のみならず、WHO の指針に影響を及ぼしていくことが考えられる。これら研究活動の前提条件に MDA の適切な実施があるため、フェーズ 1 がこれに良い影響を及ぼしているといえる。

#### 7) JICA 運営費交付予算執行管理問題及び新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響

本フェーズ 1 は、2017 年に発生した JICA 運営費交付予算執行管理問題<sup>44</sup>の影響にて、開始が遅れた。また、フェーズ 1 は 6 か国をカバーする広域案件であり、当初計画では 3 か国ずつに専門家が配置されることになっていたが、同問題により日本人専門家の派遣数が減少した。さらに、2019 年末からの新型コロナウイルス感染症の世界的な感染拡大により、保健省や州保健局の人材等が割かれたほか、検査キットの調達不安（原材料の流通の遅滞とそれによる製造の遅れ等による）にも直面した。このような状況の中で、計画よりも減じた投入量に対して、計画されたアウトプットの産出が見込まれるため、パプアニューギニアにおけるフェーズ 1 実施の効率性は高かったと評価されるが、日本人専門家への負担は少なくはなかったと考えられる。

なお、2022 年 9 月現在、JICA 運営費交付予算執行管理問題は解決され、新型コロナウイルスの感染症の感染拡大の影響も緩和されていると考えられる。

---

<sup>43</sup> John LN,ら. Safety of mass drug coadministration with ivermectin, diethylcarbamazine, albendazole, and azithromycin for the integrated treatment of neglected tropical diseases: a cluster randomized community trial. Lancet Reg Health West Pac. 2021 Nov 2; 18:100293.

<sup>44</sup> JICA ホームページ、JICA 運営費交付金予算執行管理問題への対応について  
[https://www.jica.go.jp/information/info/2018/20180601\\_01.html](https://www.jica.go.jp/information/info/2018/20180601_01.html)（2022 年 9 月 20 日アクセス）



## 第4章 フェーズ2の枠組み

### 4-1. フェーズ2の概要

フェーズ2の事業概要を表4-1に示すが、本事業は、パプアニューギニアにおいて、①保健省のLF対策実施能力の強化、②対象7州のMDA実施運営能力の開発・強化、③TASの実施運営能力の開発・強化、④MMDPのための能力向上を行うことによって、LF対策の強化と全国拡大に向けた制度化を図り、もって、LFの感染拡大抑制に寄与するものである。詳細は「別添3. 事前事後評価票」を参照のこと。

表4-1. フェーズ2の枠組み

実施期間	2023年3月～2027年3月（4年間）（予定）		
対象州	7州（（1）西ニューブリテン州、（2）東ニューブリテン州、（3）ニューアイルランド州、（4）西セピック州、（5）東セピック州、（6）マヌス州、（7）ブーゲンビル自治州）		
実施機関	保健省、対象7州の保健局		
最終受益者	住民	直接裨益者	保健省、対象州保健局
要約		指標	
最終目標			
パプアニューギニアにおいて、LFが制圧される。		1. WHOにより、LFの制圧が認定される。	
上位目標			
パプアニューギニアにおいて、LFの感染が減少する。		1. プロジェクト完了後もLFの制圧に向けた年間活動計画が策定される。 2. 2030年までに高感染州で計画通りにMDAやTASが実施される。 3. 少なくとも対象州5州のうち##州で、2回目のTASの実施が認められる。	
プロジェクト目標			
対象州において、LF対策が強化され、全国的な拡大に向けてリンパ系フィラリア症対策が制度化される。		1. プロジェクト期間中、LFの制圧に向けた年間活動計画が策定される。 2. MDAカバー率が65%を超える。 3. 調査に含まれた対象集団の血清有病率が1.0%未満になる。 4. MMDPに関する事項が年間活動計画に含まれる。	
アウトプット			
1	LF対策の実施に係る保健省の能力が強化される。	1. テクニカルワーキンググループ会合が定期的で開催される。 2. ##人のナショナル・トレーナーが研修を受ける。	
2	対象州（西セピック州、東セピック州、マヌス州、ブーゲンビル自治州）において、MDAの実施運営能力が開発され、強化される。	1. 対象州で、MDAが実施される。 2. 対象州でLFの陽性率が明らかになる。（マヌス州、ブーゲンビル自治州） 3. MDA完了報告書がWHOに提出される。	
3	対象州（西ニューブリテン州、東ニューブリテン州、ニューアイルランド州）において、TASの実施運営能力が開発され、強化される。	1. 対象州でTASが実施される。（3回目のTASまで：ニューアイルランド州、東ニューブリテン州、2回目のTASまで：東ニューブリテン州） 2. TAS完了報告書がWHOに提出される。	
4	対象州（全7州）で、MMDPのための能力が向上する。	1. LFの有症状者の保健医療へのアクセスの実情に関する報告書が作成される。 2. 疾病管理・障害予防に関するセミナーが開催される。	

## 4-2. 計画及び実施上の留意点

フェーズ2の計画内容や実施時に留意すべき点について、本詳細計画策定調査時に議論に上がったものを中心に下記に列挙する。

### 4-2-1. 成果及びプロジェクト目標

本詳細計画策定調査時、上記のとおり、プロジェクト目標は「対象州において、LF対策が強化され、全国的な拡大に向けてLF対策が制度化される。」とし、対象州での対策強化に加え、それを推進し支え、フェーズ2完了後の全国展開までを視野にいたした保健省を中心とした体制づくり・強化を目指すこととした。

このプロジェクト目標の実現に向けた4つの成果は、①保健省のLF対策実施能力の強化、②対象7州のMDA実施運営能力の開発・強化、③TASの実施運営能力の開発・強化、④MMDPのための能力向上を計画した。①が保健省を中心とした体制づくり・強化、②から④が州の能力強化を中心とする成果である。フェーズ2実施期間の中で、これら4つの成果や成果産出のための活動の中で得られた経験や知見が連関しながら、プロジェクト目標の達成に迫り着くことを期待したものである。

なお、プロジェクト指標は4種類設定したが、各成果・活動との関連は次のとおりである。

- **【指標1. 年間活動計画策定】** 成果1のテクニカルワーキンググループといった議論の場や保健省と州保健局等のコミュニケーションを通し、成果2、成果3、成果4等の活動から得られた知見・教訓等が盛り込まれた年間活動計画が毎年、策定されていくことを想定する。これらを通して、各州のフィラリア対策やそれを支える保健省を含む実施体制の継続的な改善と実施可能性や効果の大きい活動計画（質の高い計画）が立案されることを期待する。ただし、計画の質の検証は容易でないほか、計画に係る議論が自由に行われるように、PDM指標としては「年間活動計画策定」に留めることが適切と判断した。
- **【指標2. MDAカバー率が65%を超える】** MDAカバー率65%は、MDAの活動に係るWHOの成功基準の一つであり、これを超えるとMDAが成功したと認められる。したがって、指標2は、フェーズ2で実施されるMDAの質や必要な能力が発揮されたかを問うものである。成果2の活動のみならず、成果1の活動の中で行われるテクニカルワーキンググループやトレーニングを受けたナショナル・トレーナーが成果2の活動に正の効果を及ぼしていくことを期待する。また、場合によっては、成果4で得られた知見もまたMDAの内容（投与前の啓発活動メッセージ等）に正の影響を及ぼすことがあるかもしれない。
- **【指標3. 調査に含まれた対象集団の血清有病率が1.0%未満になる。】** 指標2と類似の指標であり、MDAが期待されるだけの効果があったかどうかの判定に用いられるものであるが、フェーズ2では、成果2のみならず、成果3でTASが適切に実施されたか、そのために必要な能力が発揮されたかを問うものである。また、指標2と同様に、成果1の活動の中で行われるテクニカルワーキンググループのトレーニングを受けたナショナル・トレーナーが成果3の活動に正の効果を及ぼしていくことをも期待するものである。
- **【指標4. MMDPに関する事項が年間活動計画に含まれる。】** 実施期間中に得られたMMDPに関する知見や経験が毎年策定される年間活動計画に反映されたか否かをみることで、知見や経験が保健省や各州保健局の組織知となったかどうか、もしくはMMDPに対する認知が

高まったかどうかを推し量ることを意図したものである。成果 4 での活動のみならず、他と同様に成果 1 の活動の影響を受ける指標である。

#### 4-2-2. 上位目標及びプロジェクト目標から上位目標に至る道筋

上位目標は、「パプアニューギニアにおいて、LF の感染が減少する。」であり、事業完了後も、州レベルにおいて、MDA や TAS が継続して実施されることで、LF の感染が減少することを期待するものである。また、その道筋において、フェーズ 2 の活動から得られた知見や教訓が活用され、完了までに強化された保健省を中心とした体制が MDA や TAS の継続的实施に寄与することを想定している。

上位目標の指標の 3 つのうち、指標 3 : 2 回目の TAS 実施の認定は、MDA や TAS の実施により感染拡大状況が改善したか・どうかを判断するための指標である。MDA 後に TAS が行われ、基準値（血清陽性率 1.0%未満）を下回ったと認定された場合に、2 回目の TAS 実施をして良いとの承認を受ける。本詳細計画策定調査時に、LF の陽性率等の数値を指標として設定することも検討したが、数値の収集や整理、分析の負担が大きいと考え、不採用とし、「はい/いいえ」で判定できる本指標を採用した。また、2 回目の TAS の結果が基準値を下回ったか・否かを指標することも検討したが、MDA 後の時間の経過とともに、フェーズ 1 及びフェーズ 2 とは必ずしも関連しない様々な要因により感染再拡大の可能性が大きくなることもあり、これを不採択とした。

また、指標 1 : 年間活動の策定と指標 2 : 計画通りの MDA や TAS の実施について、プロジェクト目標から上位目標に至る際、フェーズ 2 の貢献の有無を確認するための指標である。すなわち、フェーズ 2 完了後も、事業実施時と同様に年間活動が策定され、実行されていくことを確認するものである。プロジェクト目標の指標 1 で述べたように、指標としては具体的には指し示していないものの、フェーズ 1 やフェーズ 2 の活動から得られた知見・教訓等が盛り込まれた年間活動計画が策定することを期待する。

#### 4-2-3. フェーズ 1 とフェーズ 2 の相違点

フェーズ 1 とフェーズ 2 は、計画上、下記の点で相違がある。

- **【対象州の拡大：対象州が 3 州から 7 州】** フェーズ 2 では対象州が増加することにより、各州との調整作業等の負担が満すことも考えられる。また、フェーズ 2 では、ニューアイルランド州や東ニューブリテン州、西ブリテン州では TAS の実施、東セピック州や西セピック州では MDA の実施、マヌス州やブーゲンビル自治州では感染拡大状況の調査を行うことが想定されるなど、各州で行う活動も異なってくることによるフェーズ 2 専門家や保健省の業務も煩雑化していくことも想定される。このような状況を踏まえ、フェーズ 2 では、日常業務を通じた関係者間の連携強化や年に最低 2 回開催されることと計画したプロジェクト合同調整委員会（Joint Coordinating Committee、以下、「JCC」という。）の効果な活用が期待される。
- **【MDA や TAS の実施経験の蓄積】** フェーズ 1 を通して、MDA や TAS の経験を積み、保健省及び対象 3 州において能力強化が図られてきた。フェーズ 2 では、新規に加わる 4 州に対して、これらの人材がメンターやガイド役になっていくことが期待される。フェーズ 1 開始時にはニューブリテン州でのみ MDA が実施されていたことを考えられると、フェーズ 2 で

は開始時により多くの活動経験者が存在していると言え、これらの人材を活用することで、より有利な状況で事業を開始できる可能性がある。

- **【保健省での人材不足・人材減】**州レベル以下において活動経験を有するものが増えた一方で、保健省でリンパ系フィラリア対策に携わる人材は、疾病管理・サーベイランス部部長と担当官の2名であり、人材不足が明らかである。また、フェーズ1実施中、これらの人員は増員されず、むしろ、新型コロナウイルス感染症対応に人員が異動させられるなどし、減員したともいえる。現在の人員がさらに異動・交代となれば、保健省内の活動経験・知見の蓄積はより希薄になり、他州への経験・知見の伝搬が滞る。また、フェーズ2完了以降に、残り15州における対策を行っていかねばならないことも考えれば、人数の不足は積極的に解決していかねばならない課題である。
- **【保健省の能力強化】**フェーズ2の計画では、保健省の能力強化を成果1に具体的に設定した。フェーズ1の計画で保健省の能力強化は明示的ではなく、フェーズ2の要請書でも同様であった。しかしながら、国家保健計画2021-2030に示されているように保健省は政策等の立案や州レベルの取り組みやサービスの指針を定めるのみならず、州レベルの能力強化の推進役として役割を負っている。また、フェーズ1やフェーズ2で発現した効果等の持続の向上やフェーズ2完了後のMDAやTAS等の他州への拡大に対して、調整者・ガイド役・メンターとして保健省が追う役割は大きく、その能力強化は不可欠である。盛り込んだ成果1の活動のテクニカルワーキンググループ会合の定期的開催やJCCは、保健省関係者間の活動知見の共有や自律的な能力強化、その他・人材不足解消のための活発な議論の場となることを期待する。

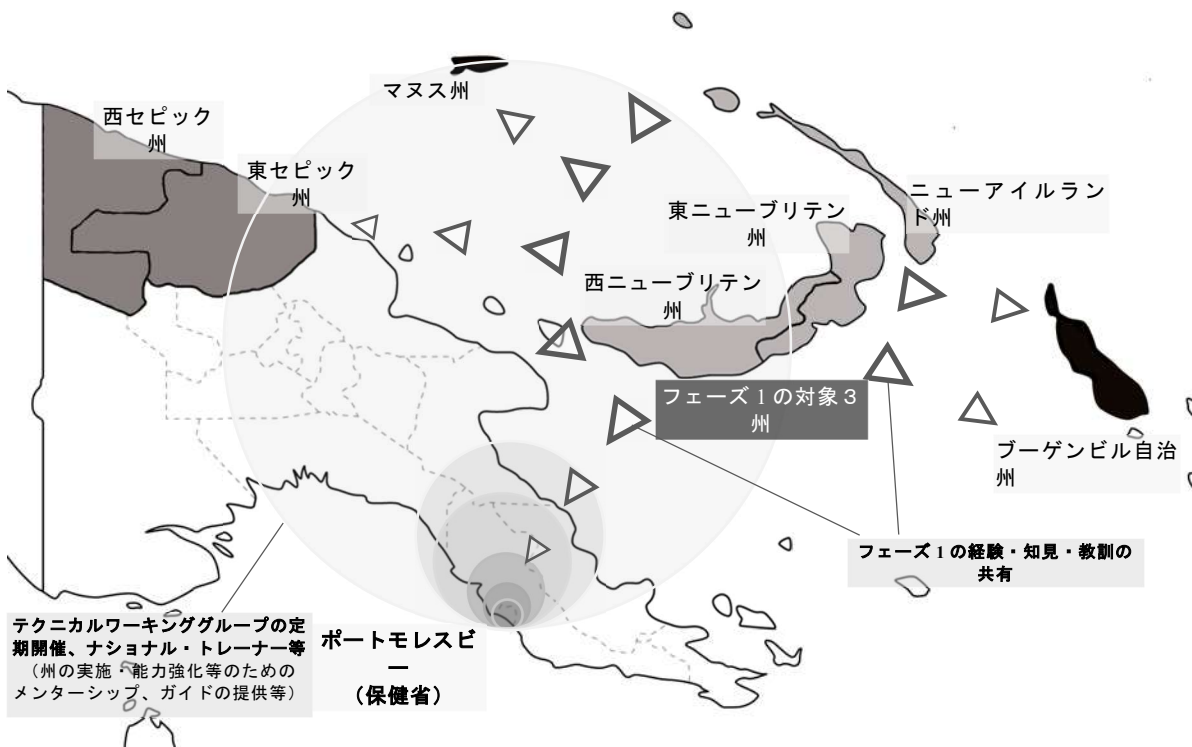


図4-1. フェーズ1及びフェーズ2の対象州

■薄い灰色：MDA実施済み、■灰色：MDA未実施・マッピング実施済み、■黒：MDA・マッピングともに未実施

- 【MMDP】フェーズ 2 では、成果 4 に MMDP に係る能力強化が加わった。一見すると、MMDP は、スーパーゴールに掲げた LF の制圧、上位目標に掲げた LF の感染抑制とは関係しないものと見受けられることもあるかもしれない。しかし、LF の制圧の承認を受ける条件は大きく二つあり、感染拡大の抑制だけでなく、MMDP の体制が構築されていることが求められる。また、MMDP が MDA に対して前向きな効果を及ぼすとの報告もある<sup>45,46</sup>。

#### 4-4-4. 州間での保健状況や保健システムのばらつき

州の間では、先述のとおり人口の大小だけでなく、保健状況や保健システムのパフォーマンスも異なる。その相違にも留意してプロジェクト活動を実施していく必要がある。

例えば、保健省では毎年、各州の保健状況やパフォーマンスを比較しているが、パフォーマンスが良い州は、表 4-2 が示すように、首都区、シンプ州、西部山岳州、ミルン湾州、ベイ、ニューアイルランド州の 5 州である。一方で湾岸州、東セピック州、南部山岳州、マダン州、西セピック州は悪い。制約条件を考慮した場合、すなわち、すべての州が同じ開発レベルであると仮定した場合、パフォーマンスは表 4-2 のような並びになる。

表 4-2. 22 州の保健システムのパフォーマンス（黒字：対称 7 州）

州	総合パフォーマンススコア	制約条件インデックス	制約条件インデックス調整済みスコア	注： 総合パフォーマンススコア： 州間で比較可能な 16 の指標が設定されている。それぞれについて、1 点から 10 点で採点され、最高のパフォーマンスを 10 点とし、相対的なパフォーマンスはこれに対してスケールされる。総合パフォーマンススコアは、それぞれの指標の点数を合計したものと算出される。  制約条件インデックス： 制約指数は、州が受ける不利な状況を補正するために設計されたものである。例えば、死亡率、社会的発展、規模を考慮したものである。数値が大きいほど制約が大きいことを示す。詳細については、保健省を通じて入手可能である。この指標の目的は、州間のパフォーマンスを比較する際の公平性を担保することにある。  制約条件インデックス調整済みパフォーマンススコア 総合パフォーマンススコアを制約条件インデックスで除したものである。
首都区	100	0.36	278	
ミルン湾州	87	0.33	264	
ニューアイルランド州	<b>83</b>	<b>0.36</b>	<b>229</b>	
モロベ州	66	0.31	214	
マヌス州	<b>81</b>	<b>0.38</b>	<b>214</b>	
西部山岳州	89	0.44	202	
エンガ州	78	0.39	201	
ヘラ州	81	0.41	196	
ジワカ州	66	0.35	187	
シンプ州	100	0.55	182	
南部山岳州	59	0.33	177	
中央州	67	0.38	177	
西ニューブリテン州	<b>74</b>	<b>0.43</b>	<b>172</b>	
東山岳州	78	0.49	160	
ブーゲンビル自治州	76	0.49	155	
東ニューブリテン州	<b>79</b>	<b>0.53</b>	<b>149</b>	
オロ州	65	0.47	138	
西部州	64	0.49	130	
西セピック州	<b>63</b>	<b>0.53</b>	<b>120</b>	
東セピック州	<b>58</b>	<b>0.51</b>	<b>113</b>	
湾岸州	50	0.52	96	
マダン州	63	0.69	91	

出所：保健省、2019 Sector Performance Annual Review、2020。

<sup>45</sup> Charles D Mackenzie ら、Caring for patients in the global programme to eliminate lymphatic filariasis, International Health, Volume 13, Issue Supplement\_1, January 2021, Pages S48-S54,

<sup>46</sup> Mwingira U ら、Lymphatic filariasis patient identification in a large urban area of Tanzania: An application of a community-led mHealth system. PLoS Negl Trop Dis. 2017 Jul 14;11(7): e0005748.

#### 4-4-5. ブーゲンビル自治州

ブーゲンビル自治州は、パプアニューギニア 22 州の 1 州と数えられるが、分離独立運動を背景に、他州と異なる保健行政体制となっている。

ブーゲンビル島では、1975 年以降、独立運動が行われ、1988 年からのパプアニューギニア政府との内戦、2000 年の和平協定締結を経て、2005 年に自治政府が設立された。そして、2019 年に、和平協定で定められた独立を問う住民投票が実施され、投票者の 98%が賛成票を投じた。2021 年 5 月より、政府間協議が開始され、同年 12 月に 2025 年から 2027 年の間に政治的解決または独立を達成することが確認された。

このような状況の中で、ブーゲンビル自治州は、州保健局体制への移行は行われず、自治政府下の保健省（Department of Health、以下、「ブーゲンビル DoH」という。）が保健行政の中心となっている。また、パプアニューギニア政府からの予算は、ブーゲンビル自治政府に一括で配賦され、自治政府が差配することになっている。

フェーズ 2 の実施においては、上記のような歴史背景や現状の行政機構の相違を鑑みて、下記のような配慮を取ることが望ましい。

- 【両政府間の信頼醸成に向けた協力】フェーズ 2 では、過去の歴史や紛争予防・平和構築を鑑み、両政府間の信頼醸成を念頭においた活動が求められる。
- 【英文表記】和文では、ブーゲンビル自治州と、他の 21 州と同様に「州」として表記されるが、英文では「Autonomous Region of Bougainville」となり、州の英語訳である Province とは異なる。また、保健行政も Department of Health, Autonomous Bougainville Government となる。
- 【州名の列挙の方法】本詳細計画策定調査時、州名の列挙の際、上記のような背景を踏まえずに、例えば、アルファベット順で並べることが良いのか、逆に背景を踏まえ、他州との違いを明確に示すことが良いのか、明確な判断を下すことができなかった。そのため、本詳細計画策定調査では、西側から順に並べることとした。

## 第5章 事前評価

### 5-1. 妥当性

#### 5-1-1. 開発計画政策との整合性

パプアニューギニアの保健セクターにおける中期開発計画である国家保健計画 2021-2030 は、パプアニューギニアの SDGs への貢献を謳っている。特に、その目標 3.3 で掲げた「2030 年までに、エイズ、結核、マラリア、NTDs のパンデミックを終焉させる及び、肝炎・水系感染症・その他感染症対策を行う」への寄与していくことを明記し、そのために「効果的なエンゲージメントによる健康的なコミュニティの実現 (Healthier communities through effective engagement)」「パートナーシップによる協働 (Working together in partnership)」「対象疾病負荷と優先保健課題への対策 (Address targeted disease burden and health priorities)」の 3 点から取り組んでいくことを方針として定めている。NTDs の一つである LF については、国内で広く蔓延しているとの問題意識を示し、MDA をニューアイルランド州からその他の島嶼部やパプアニューギニア本島で実施していくことを述べている。

以上より、リンパ系フィラリア対策やその主要コンポーネントである MDA 等を、保健医療行政・保健医療従事者・ボランティアの協働や保健省や PHA、WHO とのパートナーシップの中で実施していく本事業は、国家保健計画 2021-2030 と合致しているといえる。

#### 5-1-2. 開発ニーズとの整合性

国全体の LF の陽性率について正確な統計は存在していないが、最も高い地域で 70%程度と考えられている<sup>47</sup>。また、1999 年、パプアニューギニアが PacELF に参加した際には、高慢延国の一つとして特定されてもいる。さらに、PacELF への参加以降これまで、フィラリア対策の主要な 3 つの取り組みである MDA、TAS、MMDP といった取り組みの進捗は遅く、PacELF 加盟国が続々と制圧を宣言していく中で、後塵を拝していえ、依然、感染拡大状況は続いているといえる。

LF は感染が進行するとリンパ液の還流障害をきたし、陰囊水腫や四肢の慢性的なリンパ浮腫といった身体的症状を引き起こすことがある。そのため、感染患者はその身体的症状から差別・スティグマ、労働力の低下等、社会的・経済的な不利益を被り、最終的に貧困に囚われていくことも指摘されている<sup>48,49</sup>。パプアニューギニアでは、国家貧困ライン以下の生活を営んでいる者の割合は全国民の 37.5% (2017)<sup>50</sup>と少なくなく、本事業で対象とする州の多くも多次元貧困層の割合が 5 割を超える (表 5-1) など、貧困が蔓延している状況にある。

本事業は、LF 対策の強化及び LF の制圧に寄与し、不要な不利益を予防し、貧困を減少させることができるとも考えられることから、開発ニーズと合致しているといえる。

以上より、本プロジェクトは、パプアニューギニア国の保健開発計画 2021-2030 やフィラリア対策や貧困対策に係る開発ニーズと合致しているといえ、妥当性は高い。

<sup>47</sup> 前掲脚注 27. WHO (2021)

<sup>48</sup> Ramaia KD, Ottesen EA. 2014 Progress and impact of 13 years of the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis on reducing the burden of Filarial disease. PLoS Negl Trop Dis8(11): e3319

<sup>49</sup> WHO Papua New Guinea Office. Papua New Guinea steps up efforts to eliminate lymphatic filariasis. <https://www.who.int/news/item/28-09-2021-papua-new-guinea-steps-up-efforts-to-eliminate-lymphatic-filariasis> (2020 年 9 月 19 日アクセス)

<sup>50</sup> アジア開発銀行. Poverty Data: Papua New Guinea. Poverty Data: Papua New Guinea. (2020 年 9 月 19 日アクセス)

表 5-1. 対象州 7 州の多元的貧困状態 (2016-2018)

州	多次元貧困指数 [0-1]	人口に占める多次元貧困層の割合 (%)	剥奪強度 (加重平均剥奪率 (%))	貧困に対し脆弱な人口の割合 (%)	極度の貧困状態にいる人口の割合 (%)
西ニューブリテン州	0.222	50.67	43.78	28.07	16.81
東ニューブリテン州	0.174	37.79	46.06	31.30	15.22
ニューアイルランド州	0.188	43.59	43.20	39.81	14.26
西セピック州	0.357	72.88	49.00	19.50	40.65
東セピック州	0.291	63.55	45.79	27.21	28.98
マヌス州	0.106	25.73	41.12	45.47	4.09
ブーゲンビル自治州	0.203	45.75	44.27	38.83	13.59
(参考) 首都区	0.018	4.72	38.29	11.98	0.27
国全体	0.263	56.6	46.5	25.3	1.0

多次元貧困指数 (Multidimensional Poverty Index) : 国連開発計画と協力し、オックスフォード大学オックスフォード貧困人間開発イニシアティブが開発した指標であり、貧困を所得のみならず、多面的に捉えたもの。人口に占める多次元貧困層の割合 (%) と

全人口に多次元貧困層の占める割合 (Headcount ratio: population in multidimensional poverty) :

剥奪強度 : 多次元貧困の人々が経験する剥奪スコアの平均を指す。剥奪は、社会における標準的な生活を享受するためのリソースが欠如している状態を指す。

(出所) 7 州及び首都区 : Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI), University of Oxford. Papua New Guinea: Global Multidimensional Poverty Index (MPI)- Papua New Guinea Subnational Results Multidimensional Poverty Index (MPI) 2021

国全体 : UNDP. Multidimensional Poverty Index 2021-Papua New Guinea

## 5-2. 整合性

### 5-2-1. 日本の援助政策との整合性

日本の対パプアニューギニア独立国国別協力方針 (2017) では、「社会サービスの向上」を重点分野 (中目標) と定め、「フィラリアをはじめとした感染症対策を中心に、医療体制の改善、地域保健人材の育成等についても支援を行う。」ことを掲げている。また、同方針の別紙・事業展開計画 (2021) では、「社会サービスの向上」に係る開発課題 (小目標) として「保健医療サービスの向上」を定め、「医療体制の改善、感染症対策、地域保健人材の育成等への支援を通じ UHC 達成を目指し、健康の維持増進を促進する」を方針として示している。さらに、2021 年 6 月に開催された第 9 回太平洋・島サミット (The Nine Pacific Islands Leaders Meeting : PALM9) では、大洋州地域各国において、感染症を含む保健・医療分野における協力強化をしていく方針を示した。

また、JICA は、保健医療分野の課題別事業戦略「グローバル・アジェンダ」の中で、感染症対策分野では依然、様々な課題が残されているとの認識を示し、4 つの重点的取り組みの一つとして「感染症対策・検査拠点強化」を示し、専門人材の育成や各国の感染症対応能力の強化を掲げている。

本事業は、感染症対策・フィラリア対策の強化を目的とするものであり、その対策に不可欠な保健医療体制の強化や地域保健人材の育成を行うものである。したがって、本事業は、日本の国別協力方針や JICA のグローバル・アジェンダと整合するといえる。

### 5-2-2. 国際的な枠組みとの整合性

パプアニューギニアは、1999 年に WHO-WPRO がとりまとめを行っている PacELF に参加し、WHO パプアニューギニア事務所等からの技術的・資金的支援を受けながら、GPELF の技術的指



針等に準じたフィラリア対策を実施してきた。また、PacELF の枠組みに対し、他の援助機関も協力を行っている。例えば、米国国際開発庁（USAID）は、2022 年、財政支援を決定したほか、欧米の学術機関による保健省等との共同研究等も行われている。製薬会社による駆虫薬の供与も行われ、例えば、日本企業であるエーザイ株式会社は、大洋州地域における LF 制圧まで駆虫薬の無償供与を WHO に約束している。

また、上記のとおり、フィラリア対策を含むNTDs対策は、国家保健政策 2021-2030 で、SDGs の目標 3.3「2030 年までに、エイズ、結核、マラリア、NTDs のパンデミックを終焉させる及び、肝炎・水系感染症・その他感染症対策を行う」への寄与するものとも位置づけられている。

以上より、本プロジェクトは、PacELF の枠組みの中で進められて、また、SDG3 の目標達成に係るフィラリア対策に協力するものであり、国際的な枠組みと整合するものといえる。

以上より、感染症対策、特に NTDs である LF 対策の強化に係る協力である本事業は、感染症対策の強化を謳う日本の援助政策や JICA の方針、LF 対策に係る国際的な枠組みや指針である PacELF や GPELF、NTDs の終焉を目指す SDG と整合する。

### 5-3. 有効性

本事業のプロジェクト目標は「対象州において、LF 対策が強化され、全国的な拡大に向けて LF 対策が制度化される。」とし、対象州での対策強化に加え、それを推進し支えていくための保健省を含めた体制づくり・強化を目指すものである。そして、このプロジェクト目標の実現に向け、4つの成果①保健省の LF 対策実施能力の強化、②対象 7 州の MDA 実施運営能力の開発・強化、③TAS の実施運営能力の開発・強化、④MMDP のための能力向上を計画した。①が保健省を中心とした体制づくり・強化、②から④が州の能力強化を中心とする成果である。

成果①では、テクニカルワーキンググループの定期的な開催や州に対するメンターやガイド役となるナショナル・トレーナーを確保することを目指す。各州のフィラリア対策やそれを支える保健省を含む実施体制の継続的な改善と実施可能性や効果の大きい活動計画の立案に繋がっていくことを期待する。また、成果②、成果③、成果④は、いずれも州レベルの活動であるが、GPELF で示されたフィラリア対策に必要な取り組みをすべてカバーするものである。主に研修や実践を通じた州の能力・システム強化と実施手順書への反映による組織知化を目指す。また、その活動から得られた知見や教訓は、成果①のテクニカルワーキンググループやナショナル・トレーナーを通して整理され、州間で横断的に波及していくことを期待する。

以上より、本事業は、フィラリア対策に必要な州の取り組みとそれを支える保健省を含めた体制づくりの強化を網羅しており、LF 対策の強化と全国的な拡大に向けた制度化に向けた成果とプロジェクト目標の因果関係の蓋然性は高い。また、成果①と成果②、③、④が連関していく仕組みともなっており、保健省と州との間や州と州間の関係の中で、プロジェクト目標達成に向けた一体感や相乗作用を得やすい構成にもなっているといえる。また、計画時に想定した因果関係に瑕疵があったとしても、JCC やテクニカルワーキンググループにより修正していくことも可能である。したがって、有効性は高い。

## 5-4. インパクト

### 5-4-1. LF の制圧への寄与（上位目標及び最終目標）

フェーズ 1 及びフェーズ 2 の本事業は、LF の制圧を最終目標とするものであるが、パプアニューギニアでの MDA 実施状況等の現状を踏まえると事業完了後 2～3 年後にそれを達成することが難しいため、上位目標は「パプアニューギニアにおいて、LF の感染が減少する。」と計画した。プロジェクト目標から上位目標に至る道筋は、本事業の活動得られた知見や教訓が活用され、また、事業完了までに強化された保健省を含む実施体制が MDA や TAS の継続的实施や他州での実施に貢献していくことで、LF の感染が抑制していくというものである。この因果関係に論理的な齟齬は見いだせない。

### 5-4-2. その他のインパクト等

フェーズ 1 の中では、PDM に記述されていないインパクトとして、新型コロナウイルス感染症対策への知見・教訓の活用などが報告されているため、本事業でも、その成果・効果が他の疾病横断的な保健システムや公衆衛生危機対応の強化への波及していく可能性がある。同様に、MDA 等の実施と協働して実施される研究活動による国際的な LF 対策指針への貢献といったインパクトもある。

また、一般に LF 対策は、貧困削減や差別・スティグマ等の緩和に寄与するものである。上記のとおり、慢性リンパ浮腫患者等は、その身体症状・障害のために、労働力の低下や収入創出機会の損失、差別・スティグマ等の社会的・経済的な不利益を被りやすい立場に立たされる。特に本事業で新たに加わる MMDP は、慢性リンパ浮腫患者等の置かれている状況を明らかにし、保健医療従事者に周知していくことで、患者やその家族中心のケアやその視点に配慮した LF 対策の実施に繋がっていくものと考えられる。

以上より、本事業は、LF の感染抑制に寄与するものであり、また、LF 対策の国際指針の改善や LF 以外の疾病課題、保健システム強化、公衆衛生危機対応の強化にも繋がっていくものである。さらには、LF 対策は、LF に関連した貧困の削減や差別・スティグマ等の緩和にも寄与しうるため、本事業のインパクトは大きいと考えられる。

## 5-5. 効率性

本事業の中で、成果②の MDA が最も活動負担や費用負担の大きいものであるが、実施可能性や負担軽減、計画の柔軟性を考慮し、年 1 回（のべ 4 回）として計画した。成果②で行う MDA の一連の活動（資機材の調達、研修、啓発活動、薬剤投与、評価等）を 1 回実施するには約 4～6 か月と見積もり、それ以外の月日や費用で成果①や成果③、成果④、その他の調整作業等を行っていく想定である。

本詳細計画策定調査時、効率性（活動の進捗や投入、成果算出等）に影響を及ぼすものとして、以下の点が考えられる。事業実施中、状況に応じた活動内容の調整が求められると考えられる。

- 【成果 4 の活動】計画では、成果 4 の活動として、1) LF 有症状者のリストの作成、2) LF 有症状者のリストを作成のための調査実施、3) LF 制圧に向けた年間活動計画への調査結果

の反映、4) MMDP に関するセミナーまたはトレーニングの開催を設定したが、2) に関しては調査内容の規模、3) に関してはセミナーまたはトレーニングの規模や対象者等の細部を検討していない。

- 【州との調整】本事業では新たに4州加わるが、州の間でプロジェクト活動の内容だけでなく、保健医療状況・保健システムの状況にもばらつきがあると考えられる。本詳細計画策定調査時、プロジェクト活動を実施していく中で各州との調整作業や合意形成プロセスに係る負担は不確実である。
- 【保健省からの投入】フェーズ1時、保健省でLF対策に配置される担当者の人数は少なかったが、本事業の実施になり、どのように変化するかは定かではない。テクニカルワーキンググループの実施やナショナル・トレーナーを確保していく中で解決策が出てくる可能性もある。
- 【費用負担】州人口規模や地形などにより状況は異なるが、1回のMDAの実施では約1億円必要であるが、フェーズ1では、主にWHOとJICAの間での分担することで対応してきた。ただし、本詳細計画策定調査段階で、WHOの予算計画ははっきりしていない。

## 5-6. 持続性

### 5-6-1. 政策・制度面

本プロジェクトの完了は2027年であり、事後評価は2030年頃に実施されることが考えられ、国家保健計画2021-2030が保健セクターの開発計画として存在している。すなわち、本プロジェクトの計画から完了、事後評価時まで、LF対策の実施に対する支持は継続するものと考えられる。また、2022年9月現在、保健省では、国家保健計画2021-2030の下位に位置づけられるNTDs対策戦略計画を策定予定であり、これにLF対策を含む方針を示しており、より具体的な政策的な後押しがなされていくものと考えられる。また、本プロジェクトを通して、テクニカルワーキンググループの設置等や年間活動計画の策定を行い、保健省のフィラリア対策に係る能力強化やプロジェクト活動の知見や教訓の活動計画・政策・制度への反映を図っていくことが計画されており、政策・制度面でのコミットメントをより強大なものとしていくことも見込まれる。

以上より、既存の政策、立案が想定されている政策、プロジェクト活動の3点により、プロジェクト完了後も、本プロジェクトの成果・効果の妥当性が政策・制度面で担保されるものと考えられる。

### 5-6-2. 体制面

フェーズ1では、保健省・州保健局・WHO・JICAの4者の連携の中でフィラリア対策が実施され、MDAの成功等の成果を上げてきたが、本事業では、プロジェクト完了後に4者の連携からJICAが不在となることも想定して、本プロジェクトの成果や効果が持続していくための体制づくりを進めていくことが必要である。そのためには、現在、保健省にフィラリア対策を担う人材として配置されている人数が少ないことなどが、持続性の観点での懸念の一つといえる。

この懸念に対して、本プロジェクトの計画では、ナショナル・トレーナーの確保・育成のための活動を盛り込んだ。MDAやTASを実施していく州に対するメンターやガイド役となる人材を、保健商社州レベルから確保していくことを期待するものである。また、また、テクニカルワーキ

ンググループの定期的な開催をプロジェクト活動に組み入れ、人材確保に向けた議論の活性化や効果の持続的な発現に向けた関係機関間の責任の所在と意思決定のプロセスの整理が期待される。

### 5-6-3. 技術面

本プロジェクトで協力をする MDA や TAS 等の活動は、州保健局が中心として実施していくものであるため、州保健局にとっては、作業手順書や外部からの技術的助言・メンターシップを基に、自律的かつ効率的、効果的に活動を計画し、実施していくための技術を身につけていく必要がある。フェーズ 1 の対象となった 3 州と本事業で新たに加わる 4 州の間では、活動に必要な技術や経験の差はあり、また、各州の保健システムの状況や対象人口の構成も多様であると考えられるが、保健省と州保健局、及び各州保健局間の水平的な知見・教訓の共有や議論を通じた能力強化なども考えられる。また、各州保健局にとっては、一般的な保健医療サービスとは異なり、年に 1 回程度の活動であり、日常的ものではないことに留意する必要がある。例えば、他の疾病に係る保健システム強化との連関等も考慮した能力強化も期待される。

保健省としては、地方分権化の中で、具体的な活動には関与できない立場ではあるが、各州の活動を促すための技術的助言・メンターシップを提供するための技術が求められるといえる。本プロジェクトのプロジェクトマネージャーは、MDA に係る国際雑誌等に学术论文を発表するなどからわかるように、保健省には本プロジェクトで協力を行う MDA や TAS 等には十分な知見を有すると考えられるが、地方分権化の中で州保健局の活動促進や支援に関して具体的な技術を有するかは未知数である。本プロジェクトで定期開催を期待するテクニカルワーキンググループ等がそのような能力向上の場ともなることが望ましい。

### 5-6-4. 財務面

上記のとおり、MDA の実施に費用がかかり、フェーズ 1 では、主に WHO と JICA の間での分担することで対応してきた。ただし、本詳細計画策定調査段階で、WHO の予算計画ははっきりしないところがある。また、パプアニューギニアの地方分権化の保健システムでは、サービス提供の実施に係る予算の多くは州保健局に配賦され、またその執行の権限も持つため、州保健省が LF 対策に予算配賦を行う可能性はあるが、本詳細計画策定調査時に、本事業の対象州・対象外州の LF 対策への財務的なコミットメントははっきりしていない。

したがって、本詳細計画策定調査時、財務的な持続性は低いといえる。そのため、計画では、財務的な持続性を向上させるべく、成果 1 で年間活動計画づくりの取り組みや予算に関するステークホルダーとの調整や予算策定を盛り込み、パプアニューギニア側からの LF 対策への予算配賦を目指すよう工夫している。

なお、MDA 等は日常的な保健サービスではなく、少なくとも 2 回実施し、制圧が認められれば、それ以上の費用負担がなくなる、さらには、疾病負荷・経済的損失が軽減されるという特徴にも留意する必要がある。そのため、例えば、本事業期間中に MDA を 2 回完了した州や制圧が認められた州では、事業後に求められる費用負担は大幅に削減され、財務的な持続性は担保されやすくなるといえる。本事業の対象外の州での対策に係る財務的持続性がより大きな問題となるといえ、テクニカルワーキンググループ等で対処法に係る議論を深めていく必要がある。また、本詳細計画策定調査時の国家計画モニタリング省との面談では、LF 対策に対し

て 100 万キナ（約 4,000 万円）を予算配賦するとの発言もあり、中央政府での予算確保も期待される。

## 5-7. 貧困・ジェンダー、環境への配慮

### 5-7-1. 環境社会配慮

カテゴリ分類： C

カテゴリ分類の根拠： 本事業は、「国際協力機構環境社会配慮ガイドライン」上、環境への望ましくない影響は最小限であると判断されるため。

### 5-7-2. 横断的事項

上記の「5-4-2. その他のインパクト」で述べたとおり、慢性リンパ浮腫患者等は、その身体症状・障害のために、社会的・経済的な不利益を被りやすい立場に立たされる。プロジェクト実施中には、MDA や MMDP へのアクセスの公平性、すなわち身体症状・障害を持つ者のアクセスが他の住民と同程度に確保されるように、配慮が必要である。

### 5-7-3. ジェンダー分類：GI (S) ジェンダー活動統合案件

<活動内容／分類理由>

本事業では、MDA や MMDP 等、住民への保健医療の提供を中心とする活動が含まれているが、これらへの女性が十分にアクセスできない可能性が考えられる。国家保健政策 2021-2030 では、保健医療サービス全般へのアクセスに係るジェンダー格差の根深さがあることに対する懸念が示されているほか、他国の MDA の事例では、社会的・家庭内役割や地位により女性のアクセスが滞ることが報告されている。そのため、MDA や MMDP の実施やその内容を検討する際には、ジェンダー格差の是正に特別な配慮が必要であるほか、テクニカルワーキンググループでもその視点を持つ者の参加等の措置が求められることから、類を GI (S) とする。

## 5-8. 過去の類似案件からの教訓の活用

### 5-8-1. フェーズ 1 からの教訓

フェーズ 1 からの教訓は、「3-3-3. フェーズ 2 に向けた教訓」に示したとおりである。

### 5-8-2. その他

本プロジェクトで協力をする MDA では医薬品の調達や管理、TAS では検査キットの調達や管理等が、活動実施の円滑化や活動結果の質に影響を及ぼすと考えられるため、下記のような類似案件の評価結果を参照し、その教訓を本プロジェクトに活用する。

案件名	1) 類似案件の評価結果	2) 本事業への教訓
ミャンマー「マラリア対策計画」	国の医薬品管理システムが整備されていないことによる流通の問題が指摘されている。まず、港でのクリアランスに時間がかかることでタイムリーな医薬品の配送がで	本事業においても、必要な量の薬剤・検査キットを期限内に適切な方法で調達することが MDA においても TAS においても重要になる。TAS に使用する検査キットの製造は 1 社の請負であることから、

	きていない上に、一定の温度を保つ流通の整備が不足している状況である。そのため、医薬品調達配布管理システム強化の必要性が課題に残っている。	発注から発送までに半年を要することが、WHO から情報共有されている。その点も踏まえて、計画的な薬剤等の手配を行う必要性があり、また医薬品調達配布管理システムについては各国にて確認をしている。
ケニア 「2008-10 年度ケニア HIV/AIDS 対策計画」	調達機材の品質について、中央倉庫への搬入時に一度サンプルによる検査が行われただけで、実際に使用される保健医療施設に配布後の品質に関するモニタリングは行われていない状況であった。そのため、中間保管庫の訪問や、いくつかの末端保健施設訪問をすることで物品の保管・配布状況の裏付けを取ることができ、そのようにして品質確認すべきであると結論づけられている。	検査キットの使用前には、必ず陽性抗原サンプルを使用して検査キット用いた検査を2セット、テストする必要がある。検査キットの管理温度は常温（2～37℃）であることから特別な保管環境は不要であるが、検査前に検査キットが正常に機能するかを確認することで、正しい判定結果を得るとともに、輸送・保管される中で正しく扱われていたかを確認する意味でも重要なテストであるといえる。これについては、徹底して行うように留意してプロジェクトに取り組む。

## 第6章 団長所感

### (1) 現行フェーズを通じた日本の貢献

今回の調査を通じ、PNG 保健省、WHO 関係者から一様に JICA 専門家の多大な貢献につき感謝の声があった。LF 対策に関してはこれまで保健省、WHO、JICA プロジェクトが連携し、WHO が主に薬剤や検査キットの供給、戦略策定等を、JICA が主に現場での MDA、TAS の実施を支援してきた。過去現地 NGO の契約により支援を試みた USAID は実施の困難さから一旦撤退したが、JICA 専門家によるきめ細やかな現場協力が呼び水となり、資金支援を再開する意向であり、JICA 協力が LF 対策の推進・拡大に大きく貢献していることは特筆すべき成果である。フェーズ 2 においても現行フェーズで形成した信頼関係、連携体制を維持、活用すべきである。

### (2) LF 対策の COVID-19 対策、その他公衆衛生危機対応への貢献

LF 対策 (MDA) を実施した州より、これらの経験が COVID-19 における住民への啓発、予防接種実施に活用できたとの発言があった。一連の MDA の実施経験は他の公衆衛生危機対応への準備体制強化にもつながっていることが確認できた。

### (3) 持続性確保と現実的なレベルでの支援

フェーズ 2 では現フェーズから対象州を 3 州から 7 州に拡大するが、残り 15 州における対策開始の目途はたっていない。このため要請書に含まれていない成果 1 による持続性確保の取組を追加した。但し、現在保健省で LF 含む NTD 対策に携わる人材は部長と担当官の 2 名のみであり、人員不足が否めない状況である。従って、州保健局の人材をナショナルチームに含める等、既存人材で実施可能な取組を見極めていく必要がある。

## 付 属 資 料

1. 面談者リスト
2. 現地調査実施日程
3. 協議議事録 (M/M)



## 1. 面談者リスト

### 保健省

Dr. Dr. Sibauk Bieb	公衆衛生局	上級マネージャー
Dr. Lucy John	公衆衛生局疾病対策・サーベイランス課	課長
Ms. Mary Yohogu	公衆衛生局疾病対策・サーベイランス課	LF 技術担当官
Mr. Navy Mulou	戦略的政策局 政策・計画・経済課経済ユニット	技術アドバイザー
Mr. Pala Vanuga	コーポレートサービス局 財務・マネジメントサービス課	課長
Ms. Lina Pu'u Wam	コーポレートサービス局人材管理課	課長代理
Andrew Toa	コーポレートサービス局人材管理課	給与支払い担当

### 東ニューブリテン PHA

Mr. Norman Vakore	公衆衛生部	部長
Mr. Paschalis Kinakava	公衆衛生部公衆衛生プログラム	マネージャー
Mr. Joachim Kais	公衆衛生部	州疾病管理担当官
Hadlee Ssupseep	公衆衛生部	トレーニング担当官
Bernard Achampong	公衆衛生部	予防接種コンサルタント
Manuel Sialis	保健サービス改革プログラム (HSIP)	会計担当
Clare Roik		州情報管理官
Penra Kili	パララナヴァ保健センター	看護師長
Sirifave Arandy	ブトゥウィン都市部クリニック	看護師／ボランティア
Brigitte Pitaro	カラマンガナン小学校	副校長

### 西セピック PHA

Mr. Adrian Lohumbo		最高運営責任者
Dr. Trevor Kelebi	公衆衛生部	部長
Mr. Raphael Anea	公衆衛生部	州疾病管理担当官
<氏名聞き取りせず>	ダブ都市部クリニック	施設長

### 東セピック PHA

Mr. Mathew Kaluvia		最高運営責任者
Mr. Cletus Bon	公衆衛生部	部長
Ms. Margaret Morisause	公衆衛生部	州疾病管理担当官
Kummy Wiamauswao	トゥマラウ保健サブセンター	看護師
Grace Loi	トゥマラウ保健サブセンター	地域保健師

## マヌス PHA

Mr. Francis Possy

Mr. John Pokam

元公衆衛生部

最高運営責任者  
部長

## ブーゲンビル保健局

Dr. Mathias Tovilu

バク総合病院

医療サービス部長

## 国家計画モニタリング省

Reichert Thanda

太原 克彦

第一事務次官補

専門家（開発計画アドバイザー）

## WHO

Dr. Gurung Anup

Dr. Rashi Abdur

パプアニューギニア事務所

パプアニューギニア事務所  
病・寄

感染症チーム・リーダー

マラリア・その他媒介性疾

生虫症サイエンティスト

Dr. Jamil Sarosh

Dr. Kim Sunghye

矢島 綾

パプアニューギニア事務所

西太平洋地域事務所

南東アジア事務所

NTDs 技術官

コンサルタント

NTDs 地域アドバイザー

## 在パプアニューギニア日本国大使館

渡邊 信之

磯野 聡

難波 厚

在パプアニューギニア日本国大使館

在パプアニューギニア日本国大使館

在パプアニューギニア日本国大使館

特命全権大使

参事官

二等書記官

## JICA 大洋州広域フィラリア対策プロジェクト

關原 誠

難波 祥子

フィラリア対策プロジェクト

フィラリア対策プロジェクト

専門家（チーフアドバイザー）

専門家（業務調整／組織連携）

## JICA パプアニューギニア事務所

鯉沼 真里

横田 隆浩

青木 雅基

パプアニューギニア事務所

パプアニューギニア事務所

パプアニューギニア事務所

所長

次長

企画調査員

## 2. 現地調査実施日程

Day	Date		JICA(Ms Ozawa)	JICA (Ms Imai)	Consultant (Mr. Tsuruta)	Place
			Survey Leader	Cooperation Design	Evaluation Analysis	
1	28-Aug	Sun			Travel: SQ 637 Narita (11:10) Singapore (17:20) , PX393 Singapore (20:50) -POM (05:25)	
2	29-Aug	Mon			9:00 Meeting with JICA PNG Office	POM
3	30-Aug	Tue			10:00-11:00 Meeting with Dr. Kim (WHO WPRO/Consultant) 11:15-12:15 Meeting with Ms. Mary Yohogu, LF Coordinator, NDoH 13:15 - 14:30 Meeting with Dr. Makoto Sekihara, Chief Advisor of Phase 1	POM
4	31-Aug	Wed			Travel : PX1120 POM(8:30) ⇒ Wewak(9:50) 11:00 Visit East Sepik PHA	POM/Wewak
5	1-Sep	Thu			09:00-09:20 Courtesy call to East Sepik PHA CEO 09:30-10:30 Meeting with Mr. Cletus Bon (Director, Public Health) and Ms. Margret Morisause (Provincial Disease Control Officer) 11:40-12:00 Site visit (Tumarau Health Sub-centre) Travel : PX140 WWK (17:05) ⇒ VAI (17:45)	Wewak/Vanimo
6	2-Sep	Fri			08:30-09:15 Meeting with Dr. Trevor Kelebi (Public Health Director) 09:20-10:10 Meeting with Mr. Raphael Anea (Provincial Disease Officer) 11:00-11:20 Site visit (Dapu Urban Clinic)	Vanimo
7	3-Sep	Sat			Travel : PX141 VAI (6:30) ⇒ POM (09:00) Documentation	Vanimo/POM
8	4-Sep	Sun			Documentation	POM
9	5-Sep	Mon			12:10-12:30 Meeting with Dr. Mathias Tovilu (Director, Medical Services, Buka General Hospital, Autonomous Region of Bougainville) 13:50-14:00 Visit to Human Resource Unit, NDoH 16:00-16:20 Meeting with Mr. Francis Possy (CEO Manus PHA) 17:00-18:00 Meeting with Dr. Aya Yajima	POM
10	6-Sep	Tue			11:00-12:00 Meeting with Mr. Pala Vanuga (Manager Finance & Management Services, NDoH) & Mr. Navy Mulou (Technical Advisor, Economics Unit, Policy, Planning & Economics Branch) 16:00-17:00 Meeting with Dr. Rahid, WHO PNG Office 17:00-18:00 Meeting with Dr. Norman Vakore (Director, Public Health, East New Britain PHA) & Ms. Joachim Kais (Provincial Disease Control Officer, East New Britain PHA)	POM
11	7-Sep	Wed		Travel (Narita → MNLJAL → POM/8th Mon)	08:45-9:45 Meeting with HR manager and Dr. Julie Kep	POM
12	8-Sep	Thu		Travel: PX206 POM (15:05) → Rabaul (16:30)		POM/Kokopo
13	9-Sep	Fri		08:20-09:00 Meeting with Mr. Paschalis Kinakava, Public Health Program Manager, etc. ENB PHA 10:00-10:30 Meeting with Brigitte Pitaro, Deputy Head Teacher, Kalamangunan Primary School 11:00-11:15 Meeting with Penra Kili, Sister in Charge, Pararavava Health Centre 12:00-13:00 Meeting with Manuel Sialis, HSIP Accountant, ENB PHA 15:30-16:00 Meeting with Sirifave Arandy, MDA Volunteer Leader, Butuwin Urban Clinic, etc.		Kokopo
14	10-Sep	Sat		Travel: PX253 Rabaul (12:45) → POM (14:05)		Kokopo/POM
15	11-Sep	Sun	Travel (NRT → MNL → POM/12th Mon)	Documentation		POM
16	12-Sep	Mon		11:00 Meeting with Ms. Mary Yohogu, LF Coordinator, NDoH 14:00-15:30 Observation of POM General Hospital		POM
17	13-Sep	Tue		11:00-12:00 Meeting with Dr. Lucy John, Manager of Disease Control and Surveillance Branch, NODH, 13:00-14:30 Meeting with JICA PNG Office 14:30-15:30 Meeting with Dr. Makoto Sekihara, Chief Advisor of Phase 1 15:30-18:00 Finalization of Minutes of Meeting, etc.		POM
18	14-Sep	Wed		8:00-8:30 Meeting with Dr. Sibauk Bieb, Executive Manager, Public Health Division, NODH 9:30-10:00 Signing on Minutes of Meeting, with Dr. Lucy John, 16:00-16:30 Meeting with Mr. Reichert THANDA, Acting First Assistant Secretary, Department of National Planning and Monitoring		POM
19	15-Sep	Thu		14:30 - 15:00 Report for JICA PNG Office and Embassy of Japan		POM
20	16-Sep	Fri	Documentation		Travel: PX392 POM (15:05) → Singapore (19:35)	POM
21	17-Sep	Sat	Documentation		Travel JL036 Singapore (21:50) → Narita/Haneda (05:50)	POM
22	18-Sep	Sun	Documentation			POM
23	19-Sep	Mon	Interview with JICA Experts			POM
24	20-Sep	Tue	Travel: PX392 POM (15:05) → Singapore (19:35)			POM
25	21-Sep	Wed	Travel JL036 Singapore (21:50) → Haneda (05:50)			POM

### 3. 協議議事録 (M/M)

**MINUTES OF MEETING  
BETWEEN  
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY  
AND  
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF THE  
INDEPENDENT STATE OF PAPUA NEW GUINEA  
ON  
THE PROJECT FOR ELIMINATION OF LYMPHATIC FILARIASIS PHASE 2**

Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”), has formed the Detailed Planning Survey Team (hereinafter referred to as “the Team”) headed by Ms. Maki OZAWA and conducted the Survey from 29 August to 16 September 2022 for the purpose of formulation of technical cooperation, “The Project for Elimination of Lymphatic Filariasis Phase 2” (hereinafter to as “the Project”).

During the survey, the Team exchanged its views and opinions and had a series of discussions with authorities concerned of the Government of the Independent State of Papua New Guinea (hereinafter referred to as “PNG”) for the purpose of designing the Project.

As a result of the discussion, both the Team and the PNG side agreed on the matters referred to in the document attached hereto.

Port Moresby, 14th September, 2022

小澤 真紀

---

Ms. Maki OZAWA  
Leader  
Detailed Planning Survey Team  
Japan International Cooperation Agency

John Wong

---

Dr. Lucy JOHN  
Manager  
Disease Control & Surveillance Branch  
National Department of Health  
Independent State of Papua New Guinea

## **ATTACHED DOCUMENT**

The Team and PNG side agreed on the following terms of the Minutes of Meeting. The draft Record of Discussions (R/D) attached to the Minutes of Meeting will be finalized at the time of signing.

### **1. SCOPE OF TECHNICAL COOPERATION**

#### **1-1 Project Title**

The Project for Elimination of Lymphatic Filariasis Phase 2

#### **1-2 Implementing Organizations**

- (1) National Department of Health (hereinafter referred to as “NDoH”)
- (2) West New Britain Provincial Health Authority (hereinafter referred to as “West New Britain PHA)
- (3) East New Britain Provincial Health Authority (hereinafter referred to as “East New Britain PHA)
- (4) New Ireland Provincial Health Authority (hereinafter referred to as “New Ireland PHA”)
- (5) West Sepik Provincial Health Authority (hereinafter referred to as “West Sepik PHA”)
- (6) East Sepik Provincial Health Authority (hereinafter referred to as “East Sepik PHA”)
- (7) Manus Provincial Health Authority (hereinafter referred to as “Manus PHA”)
- (8) Department of Health, Autonomous Bougainville Government (hereinafter referred to as “Bougainville DoH)

#### **1-3 Duration of the Project**

The duration of the Project will be four (4) years from the date, which will be indicated in R/D

#### **1-4 Project Sites**

- (1) West New Britain Province
- (2) East New Britain Province
- (3) New Ireland Province
- (4) West Sepik Province
- (5) East Sepik Province
- (6) Manus Province
- (7) Autonomous Region of Bougainville

#### **1-5 Targets and Beneficiaries of the Project**

- (1) Target Provinces  
West New Britain Province, East New Britain Province, New Ireland Province, West Sepik Province, East Sepik Province, Manus Province, Autonomous Region of Bougainville
- (2) Target Group

Populations in target provinces and autonomous region

(3) Direct Beneficiaries

NDoH, PHAs of six target provinces and Bougainville DoH

**1-6 Provisional Master Plan of the Project**

(1) Super Goal:

Lymphatic Filariasis (LF) is eliminated in Papua New Guinea (PNG)

(2) Overall Goal:

Transmission of LF reduces in PNG

(3) Project Purpose:

Measures against LF are strengthened and institutionalized in the target provinces towards their nationwide scaling-up.

(4) Outputs:

- 1) NDoH's capacity for National LF program implementation is strengthened.
- 2) Operational capacity for Mass Drug Administration (MDA) is developed and strengthened in the target provinces. - West Sepik Province / East Sepik Province/Manus Province / Autonomous Region of Bougainville.
- 3) Operational capacity for Transmission Assessment Survey (TAS) is developed and strengthened in the target provinces. - West New Britain Province/East New Britain Province / New Ireland Province.
- 4) Capacity for Morbidity Management and Disability Prevention (MMDP) is enhanced in the target provinces and autonomous region. - all target provinces and autonomous region.

(5) Activities:

Output 1

- 1-1 Establish and regularize technical working group for strategic plan for Neglected Tropical Diseases (NTDs) including LF elimination.
- 1-2 Draft and finalize strategic plan for NTDs including LF elimination.
- 1-3 Create annual activity plan for LF elimination including monitoring and evaluation with stakeholders.
- 1-4 Coordinate and develop budget with stakeholders.
- 1-5 Identify and train national trainer for LF control.

Output 2

- 2-1 Implement Mapping (baseline survey) -Manus Province / Autonomous Region of Bougainville.

- 2-2 Formulate a micro plan for operations of MDA using Manual of Procedures of MDA.
- 2-3 Select and train health workers and volunteers as a drug administration team for MDA implementation. (including Training of national trainers).
- 2-4 Conduct MDA campaign using Manual of Procedures of MDA.
- 2-5 Assess results of MDA by analyzing the data and report MDA coverage to WHO.

#### Output 3

- 3-1 Prepare TAS protocol.
- 3-2 Formulate a micro plan in line with TAS protocol.
- 3-3 Select and train health workers and volunteers as a TAS team for TAS implementation. (including Training of national trainers).
- 3-4 Implement TAS in target provinces using Manual of Procedures of TAS.
- 3-5 Assess results of TAS by analyzing the data and report TAS result to WHO.

#### Output 4

- 4-1 Make a list of people with symptomatic LF during MDA implementation.
- 4-2 Assess the situation of access to health care of people with symptomatic LF.
- 4-3 Integrate the findings of the assessment to annual plan for LF elimination.
- 4-4 Dissemination seminars or training on MMDP held.

### **1-7 Inputs to the Project by the Japanese Side**

#### (1) Dispatch of Experts

JICA will dispatch experts according to the necessity for the implementation of the Project. Tentative fields of experts are as follows;

- Long-term experts as Chief Advisor and Project Coordinator
- Short-term expert(s), if necessary

#### (2) Provision of Equipment

JICA will provide equipment according to the necessity for the implementation of the Project. Tentative Types of equipment are as follows;

- Vehicle(s)
- Personal computer(s), printer(s), and projector(s)
- Other equipment necessary for the execution of the Project's activities
- 

#### (3) Local expenses for the project activities

- Part of costs for training and workshops
- Part of allowances for relevant staffs
- Material development costs
- Costs for other items necessary for the execution of the Project's activities



(4) Training

- Training, study tour and/or regional conference(s), if appropriate

**1-8 Inputs to the Project by the PNG Side**

(1) Assignment of Counterpart Personnel

- Manager and Technical Officer, Disease Control Branch, NDoH
- Provincial Disease Control Officers

(2) Facilities and Equipment

- Office spaces for the Japanese Experts in NDoH, PHAs and Bougainville DoH
- Facilities and equipment for training at provincial level
- Storage space for procured items for MDA and TAS at provincial level

(3) Costs of Operation

- Utility costs for the Project offices in NDoH, PHAs and Bougainville DoH
- Personnel costs for Papua New Guinean Counterparts
- Fuel and maintenance costs for vehicle(s)
- Part of costs for training and workshops
- Part of allowances for relevant staffs

**2. ADMINISTRATION OF THE PROJECT**

(1) Project Organizational Structure

Tentative structure of the Project Organization is shown in ANNEX III.

(2) Project Director

Executive Manager, Public Health Division, National Department of Health will be responsible for the overall supervision of the Project as Project Director.

(3) Project Manager

Manager, Disease Control Branch, National Department of Health, will be responsible for the implementation of the Project as Project Manager.

(4) Joint Coordinating Committee (JCC)

JCC will be held at least twice a year and whenever deems it necessary. A list of proposed members of JCC is shown in Annex IV The functions of JCC are as follows;

- To approve the annual work plan,
- To review the progress of the Project,
- To assess the appropriateness of the PDM and suggest modification of the framework (including PDM and PO) in the course of the Project, if necessary,
- To conduct the evaluation of the Project,

- To exchange views and opinions on major issues which would arise during the implementation period of the Project, and
- To discuss any other related issues.

### **3. PROJECT DESIGN MATRIX**

The draft version of Project Design Matrix (hereinafter referred to as “PDM”) was elaborated through discussions between the Team and NDoH, as shown in ANNEX I which will be finalized at the time of R/D signing.

Both sides agreed to recognize the PDM as the important tool for project management and the basis for monitoring and evaluation of the Project. The PDM will be utilized by both sides throughout the implementation of the Project.

The contents of the PDM will be subject to revisions within the framework of the Project by mutual consent. Revised PDM is required to be authorized by the JCC.

### **4. PLAN OF OPERATION**

The draft version of Plan of Operation (hereinafter referred to as “PO”) was elaborated through discussion between the Team and NDoH as shown in ANNEX II which will be finalized at the time of R/D signing.

The schedule of the project implementation will be subject to change within the framework of the Project when necessity arises in the course of implementation of the Project by mutual consent. Modification of the PO is required to be authorized by the JCC.

### **5. JOINT COORDINATING COMMITTEE**

JCC will be organized in order to facilitate inter-organizational coordination for the effective and efficient project implementation. JCC will be called at least twice a year and whenever deems it necessary. JCC will be responsible for approving annual workplan, reviewing overall progress, and providing the Project with advice and recommendations. A list of proposed members of JCC is shown in ANNEX IV.

### **6. OTHER ISSUES DISCUSSED**

#### **6-1 Focus for ownership and sustainability**

Both sides recognized great achievement with the close support of JICA experts in Phase 1, despite some interruption by COVID-19 and agreed that Phase 2 focuses more on enhanced ownership for the project operation by implementing the activities under Output 1. This is to ensure that strengthened national team and trainers could lead the scale-up for new provinces after Phase 2 as well as to continue MDA, TAS and MMDP under each PHA’s contexts.

#### **6-2 Support based on progress and context**

The progress and experiences of MDA and TAS operations are varied among PHAs and Bougainville DoH; New Ireland Province has completed until the first round of TAS, East New Britain PHA is planning the first round of TAS, West New Britain PHA is planning the second round of MDA, Manus PHA and Bougainville DoH have not started baseline positive rate survey. Therefore, the Project will provide respective target provinces and autonomous region with technical support based on their progress and context.

### **6-3 Pilot implementation of integrated MDA for 5 NTDs in West New Britain Province**

PNG side explained the intention to introduce pilot activities to introduce integrated MDA for 5 diseases; LF, Soil Transmitted Helminthiasis, Scabies, Trachoma and Yaws in West New Britain Province. The Project would support the combined MDA with the available resources.

### **6-4 Strategic Plan for NTDs**

NDOH is on the process to develop a strategic plan for NTDs by establishing technical working groups. The team requested to share the draft of NTDs in order to prepare for Phase 2.

END

#### LIST OF ANNEXES

- ANNEX I Project Design Matrix (Draft, version 0)
- ANNEX II Plan of Operation (Draft, version 0)
- ANNEX III Project Organizational Structure
- ANNEX IV A List of Proposed Members of JCC
- ANNEX V Record of Discussion (Draft)

## ANNEX I : Project Design Matrix (PDM) Version 0

Project Title : Project for Elimination of Lymphatic Filariasis Phase 2

Project Duration: March 2023 - March 2027

Target Country: Papua New Guinea

Target Provinces and Autonomous Region: (1) West New Britain Province; (2) East New Britain Province ; (3) New Ireland Province ;(4) West Sepik Province ;(5) East Sepik Province ;(6) Manus Province; and (7) Autonomous Region of Bougainville

Target Groups: Populations in target provinces and autonomous region

Direct Beneficiaries: National Department of Health (NDoH), Provincial Health Authority of six target provinces (PHAs), Department of Health of Autonomous Bougainville Government (DoH-ABG)

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<b>Super Goal</b>			
Lymphatic Filariasis (LF) is eliminated in Papua New Guinea	1 LF elimination certificate issued by WHO.	1 WHO reports	1 LF control criteria is not changed by WHO.
<b>Overall Goal</b>			
Transmission of LF reduces in Papua New Guinea	1 Annual activity plan for LF elimination is set after the project period. 2 MDAs or TASs implemented as planned in endemic provinces by 2030. 3 At the least of xx of the target 5 provinces are approved to implement TAS2.	1 WHO/NDoH reports	1 LF control criteria is not changed by WHO.
<b>Project Purpose</b>			
Measures against LF are strengthened and institutionalized in the target provinces towards their nationwide scaling-up.	1 Annual plan for LF elimination is set during project period. 2 MDA coverage among general populations over 65%. 3 Sero-prevalence among eligible populations <1.0%. 4 MMDP aspect is included in annual plan.	1 Project documents	1 LF control criteria is not changed by WHO.
<b>Output</b>			
1 NDoH's capacity for National LF program implementation is strengthened	1-1 Technical working group meeting is held regularly. 1-2 ## of National trainers are trained.	1 Project documents Strategic plan Monitoring and evaluation reports 2 Project documents	
2 Operational capacity for Mass Drug Administration (MDA) is developed and strengthened in the target provinces. - West Sepik Province / East Sepik Province/Manus Province / Autonomous Region of Bougainville	2-1 MDA implemented in target provinces. 2-2 Positive rate of LF is revealed in target provinces . (Manus Province / Autonomous Region of Bougainville) 2-3 MDA completion reports submitted to WHO	1 WHO reports Project documents 2 WHO reports Project documents 3 WHO reports Project documents	
3 Operational capacity for Transmission Assessment Survey (TAS) is developed and strengthened in the target provinces. - West New Britain Province/East New Britain Province / New Ireland	3-1 TAS implemented in target provinces.(until the third round of TAS in New Ireland Province / East New Britain Province, the second round of TAS in West New	1 WHO reports Project documents	

	Province.	3-2	TAS completion reports submitted to WHO	2	WHO reports Project documents			
4	Capacity for Morbidity Management and Disability Prevention (MMDP) is enhanced in the target provinces and autonomous region. - all target provinces and autonomous region.	4-1	Situation report of access to health care of people with symptomatic LF is developed	1	Project documents			
		4-2	Dissemination seminars held	2	Project documents			
Activities		Input			Pre-condition			
1	1-1	<b>Japanese Side</b> <b>【Japanese experts】</b> 1. Long-term experts as Chief Advisor and Project Coordinator 2. Short-term expert(s), if necessary  <b>【Equipment】</b> 1. Vehicle(s) 2. Personal computer(s), printer(s), projector(s), and generator(s) 3. Other equipment necessary for the execution of the Project's activities  <b>【Costs of Operation】</b> 1. Part of costs for training and workshops 2. Part of allowances for relevant staffs 3. Material development costs 4. Costs for other items necessary for the execution of the Project's activities  <b>【Training】</b> 1. Training, study tour and/or regional conference(s), if appropriate			<b>Papua New Guinean Side</b> <b>【Counterpart Personnel (C/P)】</b> 1. Manager and Technical Officer (s), Disease Control and Surveillance Branch, NDoH 2. Provincial Disease Control Officers (PDCOs)  <b>【Facilities and equipment】</b> 1. Office spaces for the Japanese Experts in NDoH, PHAs and DoH-ABG 2. Facilities and equipment for training at provincial level 3. Storage space for procured items for MDA and TAS at provincial level  <b>【Costs of Operation】</b> 1. Utility costs for the Project offices in NDoH, PHAs and DoH-ABG 2. Personnel costs for C/P 3. Fuel and maintenance costs for vehicle(s) 4. Part of costs for training and workshops 5. Part of allowances for relevant staffs		1. MDA drugs are supplied as planned by WHO.  2. Counterpart Personnel is assigned as planned.  3. Turnovers of counterpart personnel do not frequently take place at both national and provincial levels.  4. Relevant organizations will not oppose the implementation of the Project.  5. Filariasis Test Strip are supplied by WHO and other partners.	
	1-2							Establish and regularize technical working group for strategic plan for Neglected Tropical Diseases (NTDs) including LF elimination.
	1-3							Draft and finalize strategic plan for NTDs including LF elimination.
	1-4							Create annual activity plan for LF elimination including monitoring and evaluation with stakeholders.
	1-5							Coordinate and develop budget with stakeholders.
2	2-1	Implement Mapping (baseline survey) -Manus Province / Autonomous Region of Bougainville.						
	2-2	Formulate a micro plan for operations of MDA using Manual of Procedures of MDA.						
	2-3	Select and train health workers and volunteers as a drug administration team for MDA implementation (including Training of national trainers).						
	2-4	Conduct a series of MDA activities using Manual of Procedures of MDA.						
	2-5	Assess results of MDA by analysing the data and report MDA coverage to WHO.						
3	3-1	Prepare TAS protocol.						
	3-2	Formulate a micro plan in line with TAS protocol.						
	3-3	Select and train health workers and volunteers as a TAS team for TAS implementation. (including Training of national trainers)						
	3-4	Implement TAS in target provinces.						
	3-5	Assess results of TAS by analysing the data and report TAS result to WHO.						
4	4-1	Make a list of people with symptomatic LF during MDA implementation.						
	4-2	Assess the situation of access to health care of people with symptomatic LF.						
	4-3	Integrate the findings of the assessment to annual activity plan for LF elimination.						
	4-4	Dissemination seminars or training on MMDP held.						

## Plan of Operation (Tentative)

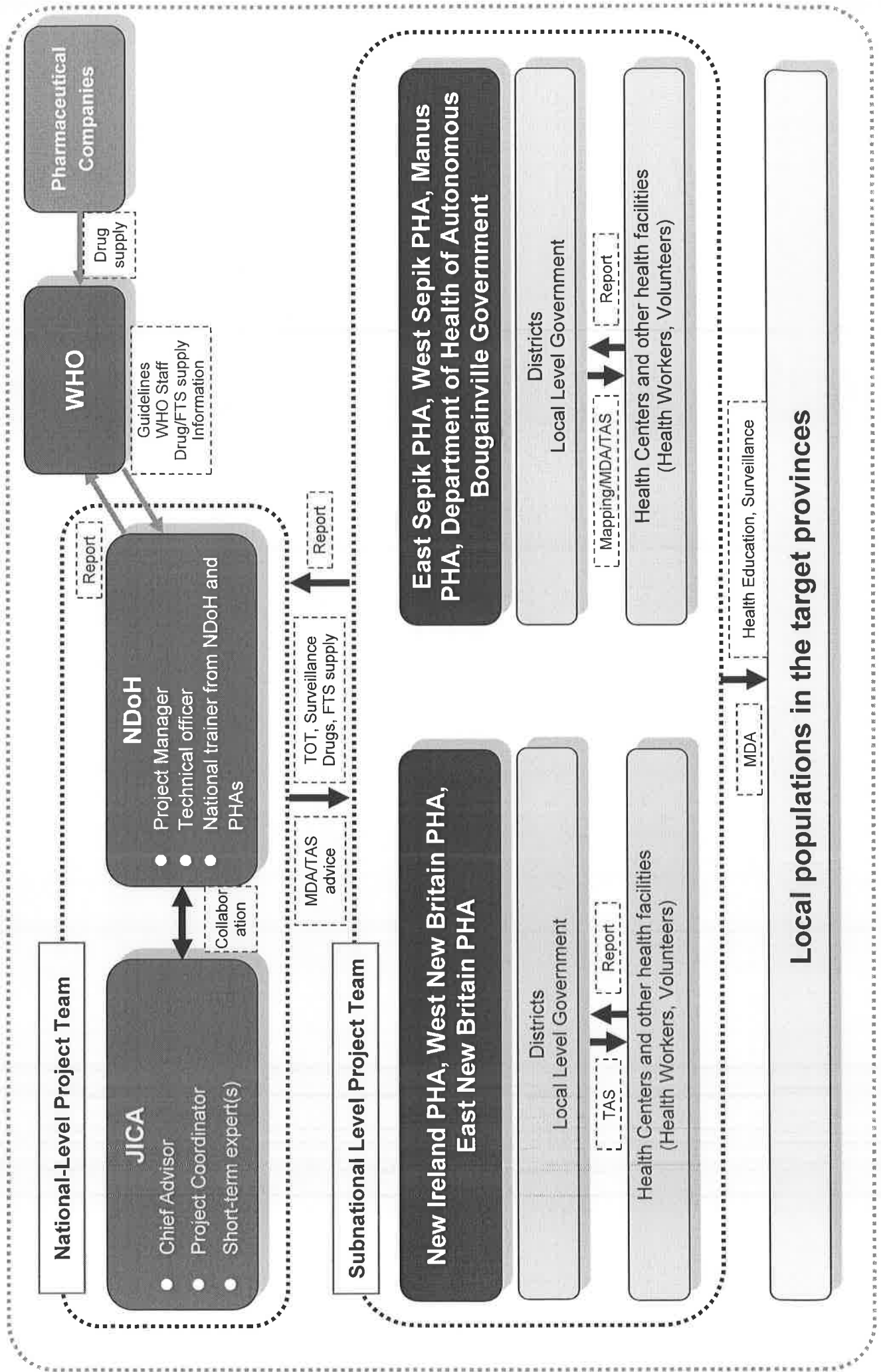
### Project Title: Project for Elimination of Lymphatic Filariasis Phase 2

	Plan	1st year				2nd year				3rd year				4th year			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Output 1. Capacity of National Department of Health for National Lymphatic Filariasis (LF) program implementation is strengthened.</b>																	
1-1 Establish and regularize technical working group for strategic plan for Neglected Tropical Diseases (NTDs) including LF elimination.	Plan																
	Actual																
1-2 Draft and finalize strategic plan for NTDs including LF elimination.	Plan																
	Actual																
1-3 Create annual activity plan for LF elimination including monitoring and evaluation with stakeholders.	Plan																
	Actual																
1-4 Coordinate and develop budget with stakeholders.	Plan																
	Actual																
1-5 Identify and train national trainer for LF control.	Plan																
	Actual																
<b>Operational capacity for Mass Drug Administration (MDA) is developed and strengthened in the target provinces. - West Sepik Province / East Sepik Province/Manus Province / Autonomous Region of Bougainville.</b>																	
2-1 Implement Mapping (baseline survey) -Manus Province, Bougainville Province.	Plan																
	Actual																
2-2 Formulate a micro plan for operations of MDA using Manual of Procedures of MDA.	Plan																
	Actual																
2-3 Select and train health workers and volunteers as a drug administration team for MDA implementation(including Training of national trainers).	Plan																
	Actual																
2-4 Conduct a series of MDA activities using Manual of Procedures of MDA.	Plan																
	Actual																

LJ 28



# ANNEX III Project Organizational Structure



LJ 6



**List of Proposed Members of Joint Coordinating Committee  
for The Project**

- 1 Chairperson/Project Director  
Executive Manager, Public Health Division, National Department of Health (or an alternate to be appointed by Executive Manager)
- 2 Deputy Chairperson/Project manager  
Manager, Disease Control and Surveillance Branch, National Department of Health (or an alternate to be appointed by Manager)
- 3 Member of PNG Side
  - Program Manager, Malaria and Vector Borne Diseases, NDoH
  - Manager, Health Promotion Branch, NDoH
  - Manager, Pharmacovigilance –Pharmaceutical Branch NDoH
  - Chief Executive Officer, West New Britain Provincial Health Authority (or an alternate to be appointed by CEO)
  - Chief Executive Officer, East New Britain Provincial Health Authority (or an alternate to be appointed by CEO)
  - Chief Executive Officer, New Ireland Provincial Health Authority (or an alternate to be appointed by CEO)
  - Chief Executive Officer, West Sepik Provincial Health Authority (or an alternate to be appointed by CEO)
  - Chief Executive Officer, East Sepik Provincial Health Authority (or an alternate to be appointed by CEO)
  - Chief Executive Officer, Manus Provincial Health Authority (or an alternate to be appointed by CEO)
  - Health Secretary, Department of Health, Autonomous Bougainville Government (or an alternate to be appointed by CEO)
  - Technical Officer for LF Control, NDoH

Other members as necessity mutually agreed upon between PNG and Japanese sides, such as Provincial Directors of Public Health, Provincial Disease Control Officers, Director of PNG Institute of Medical Research

- 4 Member of Japan Side
  - Chief Representative, representative and staff of JICA Papua New Guinea Office
  - JICA Expert(s) assigned to the Project
  - Members of JICA Mission

Other members as necessity mutually agreed upon between Papua New Guinea and Japanese sides

- 5 WHO

- Technical Officer, Neglected Tropical Diseases, WHO Country Office

6 Observers

- Representative of Embassy of Japan
- Other personnel appointed by the Chairperson of the JCC

ANNEX V

**RECORD OF DISCUSSIONS**  
**FOR**  
**THE PROJECT FOR ELIMINATION OF LYMPHATIC FILARIASIS**  
**PHASE 2**

**AGREED UPON BETWEEN**  
**THE AUTHORITIES CONCERNED**  
**OF**  
**THE INDEPENDENT STATE OF PAPUA NEW GUINEA**  
**AND**  
**JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY**

**Dated xx, xx 2022**

Based on the minutes of meetings on the Detailed Planning Survey for the Project for Elimination of Lymphatic Filariasis Phase 2 (hereinafter referred to as “the Project”) signed on 14<sup>th</sup> September between National Department of Health of Independent State of Papua New Guinea (hereinafter referred to as “the Counterpart”) and the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”), JICA held a series of discussions with the Counterpart and relevant organizations to develop a detailed plan of the Project..

The purpose of this record of discussions (hereinafter referred to as “the R/D”) is to establish a mutual agreement for its implementation by both parties and to agree on the detailed plan of the Project as described in the followings and the Annex1, 2, which will be implemented within the framework of the Agreement on Technical Cooperation signed on 14 October, 2015 (hereinafter referred to as “the Agreement”) and the Note Verbale exchanged on 20 June 2022 between the Government of Japan and the Government of Independent State of Papua New Guinea.

The Counterpart will be responsible for the implementation of the Project in cooperation with JICA, coordinate with other relevant organizations and ensure that the self-reliant operation of the Project is sustained during and after the implementation period in order to contribute toward social and economic development of the Independent State of Papua New Guinea.

Both parties also agreed that the Project will be implemented in accordance with the “Basic Principles for Technical Cooperation” published in December 2016 (hereinafter referred to as “the BP”), unless other arrangements are agreed in the R/D.

The R/D is delivered in Port Moresby, Papua New Guinea as of the day and year first above written.

The R/D may be amended by a minutes of meetings between both parties. The minutes of meetings will be signed by authorized persons of each side who may be different from the signers of the R/D.

---

Mr. Masato KOINUMA  
Chief Representative  
JICA Papua New Guinea Office

---

Dr. Osborne Liko  
Secretary  
National Department of Health  
Independent State of Papua New  
Guinea

- Annex 1 Project Description
  - Annex 2 Main Points Discussed
  - Annex 3 Plan of Operation (PO)
  - Annex 4 Project Organizational Structure
  - Annex 5 List of Proposed Members of Joint Coordinating Committee
  - Annex 6 Monitoring Sheet
- (Annex3-6 attachment omitted)

DRAFT

**PROJECT DESCRIPTION**

(1) Title of the Project

The Project for Elimination of Lymphatic Filariasis Phase 2

(2) Super Goal

Lymphatic Filariasis (LF) is eliminated in Papua New Guinea

(3) Overall Goal

Transmission of LF reduces in PNG

(4) Project Purpose

Measures against LF are strengthened and institutionalized in the target provinces towards their nationwide scaling-up.

(5) Duration of the Project

4 years

(6) Implementing Agency:

National Department of Health  
West New Britain Provincial Health Authority  
East New Britain Provincial Health Authority  
New Ireland Provincial Health Authority  
West Sepik Provincial Health Authority  
East Sepik Provincial Health Authority  
Manus Provincial Health Authority  
Department of Health, Autonomous Bougainville Government

(7) Project Input

Inputs to the Project by the Japanese Side

1) Dispatch of Experts

JICA will dispatch experts according to the necessity for the implementation of the Project. Tentative fields of experts are as follows;

- Long-term experts as Chief Advisor and Project Coordinator
- Short-term expert(s), if necessary

2) Provision of Equipment

JICA will provide equipment according to the necessity for the implementation of the Project. Tentative Types of machinery and equipment are as follows:

- Vehicle(s)
- Personal computer(s), printer(s), and projector(s)
- Other equipment necessary for the execution of the Project's activities

3) Local expenses for the project activities

- Part of costs for training and workshops
- Part of allowances for relevant staffs

- Material development costs
- Costs for other items necessary for the execution of the Project's activities

4) Training

- Training, study tour and/or regional conference(s), if appropriate

Inputs to the Project by the Papua New Guinean Side

1) Assignment of Counterpart Personnel

- Manager and Technical Officer, Disease Control Branch, NDoH
- Provincial Disease Control Officers

2) Facilities and Equipment

- Office spaces for the Japanese Experts in NDoH, PHAs and Bougainville DoH
- Facilities and equipment for training at provincial level
- Storage space for procured items for MDA and TAS at provincial level

3) Costs of Operation

- Utility costs for the Project offices in NDoH, PHAs and Bougainville DoH
- Personnel costs for Papua New Guinean Counterparts
- Fuel and maintenance costs for vehicle(s)
- Part of costs for training and workshops
- Part of allowances for relevant staffs

(8) Environmental and Social Considerations (C)

(under the 'JICA Guidelines for Environmental and Social Considerations (April 2010)')

**MAIN POINTS DISCUSSED**

1. Annex3 to 7

Both parties agreed on the contents of Annex 3-7, which is categorized as references of the R/D. Both parties further agreed that the contents of Annex 3 to 7 may be modified by mutual confirmation such as determination of monitoring sheets or minutes of meetings usually after Joint Coordinating Committee.

2. Environmental and Social Considerations

With regard to the Section 10.1 of the BP, the Project is likely to have minimal adverse impact on the environment and society under the 'JICA Guidelines for Environmental and Social Considerations (April 2010).

3. Disclosure of Monitoring Result on the Website

Both parties agreed that JICA will disclose the results of environmental and social monitoring conducted by the Counterpart on JICA's website.

4. Gender Equality and Women's Empowerment

Both parties confirmed that activities to promote gender equality and women's empowerment should be duly practiced for the Project implementation.