

**ナイジェリア連邦共和国
母子健康強化プロジェクト
事前調査報告書**

平成20年11月
(2008年)

**独立行政法人国際協力機構
人間開発部**

序 文

ナイジェリア連邦共和国（以下、「ナ」国と記す）における保健状況は、妊産婦死亡率・乳幼児死亡率ともにサブサハラ以南のアフリカ諸国の平均より高く、5歳未満児死亡の約26%は新生児死亡が占めているなど、母子保健をとりまく状況は非常に厳しいといえます。「ナ」国では保健医療分野の戦略づくりを行っていますが、まだ一次医療施設の未整備、機材・人材不足が著しく、妊産婦ケア・特に分娩サービスの提供は不十分です。保健省や地方行政区の行政官が実情を把握し、保健医療サービスに係る計画・実施・モニタリング体制を強化することを通して、特に妊産婦や乳幼児にする母子保健サービスの向上を図ることが求められています。

それに対し、「ナ」国はラゴス州において一次医療施設を中心とした母子保健サービス向上のために行政官、医療従事者の能力強化を支援する技術協力プロジェクトを我が国に要請しました。

これを受けて我が国は、要請内容を確認するとともに、母子保健サービスに係る問題点・現状の把握、プロジェクト計画を立案することを目的として、2008年8月5日から同年8月30日まで事前評価調査団を派遣いたしました。さらに、事前評価調査の結果、2008年11月13日付にて討議議事録の署名が行われ、「ラゴス州母子健康強化プロジェクト」として、4年間の協力が開始されることとなりました。

本報告書は、上記調査の結果を取りまとめたものです。ここに本調査にご協力を賜りました関係各位に深甚なる謝意を表しますとともに、今後とも本件技術協力の成功のため、引き続きご指導、ご協力をいただけますようお願い申し上げます。

平成20年11月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 西脇 英隆

ナイジェリア国



ラゴス州





PHC（一次医療施設）



ヘルスポストの待合室（一次医療施設）



改修されたPHC（一次医療施設）



ラゴス島産科病院（二次医療施設）



PCMワークショップ



ラゴス州保健省とのミニッツ協議



連邦保健省への報告



国家計画局への報告

略 語 表

AAKCP	ASIA-AFRICA Knowledge Co-Creation Programme	アジア・アフリカ知識共創プログラム
ANC	Antenatal Care	妊産婦健診
CC	Community Coalition	コミュニティ連合
CDA	Community Development Association	コミュニティ開発連合
CHEW	Community Health Extension Worker	コミュニティ保健普及員
CHO	Community Health Officer	地域保健師
COMPASS	The Community Participation for Action in the Social Sector Project	
CORPs	Community Resource Persons	
CPH	Community Partner Health	
DOTS	Directory Observed Therapy Short-course	直接監視下短期化学療法
EPI	Expanded Program on Immunization	予防接種拡大計画
FBO	Faith-based Organization	
FMOH	Federal Ministry of Health	連邦保健省
HC	Health Clinic	ヘルスクリニック
HP	Health Post	ヘルスポスト
IEC	Information, Education and Communication	啓発活動
IMAI	Integrated Management of Adolescent and Adult Illness	
IMNCH Strategy	Integrated Maternal, Newborn and Child Health Strategy	包括的母子保健戦略
LASEEDS	Lagos State Economic Empowerment and Development Strategy	ラゴス州経済強化開発戦略
LCDA	Local Council Development Areas	地方自治開発区
LGA	Local Government Area	地方行政区
LSMOH	Lagos State Ministry of Health	ラゴス州保健省
LSTMB	Lagos State Traditional Medicine Board	ラゴス州伝統的医療評議会
MCH	Maternal and Child Health	
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
M/M	Minutes of Meeting	協議議事録（ミニッツ）
MNCH	Maternal, Newborn and Child Health	
MOH	Medical Officer of Health	医務官

NA	Needs Assessment	ニーズアセスメント
NEEDS	National Economic Empowerment and Development Strategy	国家経済強化開発戦略
NHMIS	National Health Management Information System	
NPC	National Planning Commission	国家計画局
NYSC	National Youth Service Corps	青年奉仕団
PCM	Project Cycle Management	
PDM	Project Design Matrix	
PHC	Primary Health Center	プライマリヘルスセンター
PMTCT	Prevention for Mother and Child Transmission	
PMV	Patent Medicine Vender	
PNC	Postnatal Care	産後健診
RH	Reproductive Health	リプロダクティブヘルス
SMC	Social Mobilization Committee	地域活性化委員会
SOP	Standard Operating Procedure	標準作業手順書
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TOT	Training of Trainers	指導者研修
TQM	Total Quality Management	総合的品質管理
UNICEF	United Nations Children's Fund	国際連合児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
VCT	Voluntary Counseling and Testing	自発的カウンセリングと検査
WHO	World Health Organization	世界保健機関

目 次

序 文
地 図
写 真
略語表

事業事前評価表

第1章 事前評価調査の概要	1
1-1 背景及び目的	1
1-2 調査団の構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	4
第2章 プロジェクト実施の背景と課題の現状	6
2-1 「ナ」国の概要	6
2-2 「ナ」国における保健医療分野の現状と課題	6
2-2-1 「ナ」国の保健医療政策	6
2-2-2 保健医療分野の現状	8
2-2-3 母子保健分野における課題	11
2-3 ラゴス州における保健医療分野の現状と課題	14
2-3-1 ラゴス州における保健医療政策	14
2-3-2 保健行政	15
2-3-3 ラゴス州の保健医療分野における課題	21
2-4 日本の支援実績	29
2-5 ドナー機関の動向	33
第3章 事前評価調査結果	45
3-1 協議結果概要（団長総括）	45
3-2 プロジェクトの基本計画	46
3-3 プロジェクト実施体制	49
3-4 投入計画	50
3-5 ラゴス州における母子保健の課題と提言	50
第4章 プロジェクトの評価	53
4-1 妥当性	53
4-2 有効性	54
4-3 効率性	54
4-4 インパクト	55

4 - 5 自立発展性	56
-------------	----

付属資料

1. 事前評価調査議事録 (Minutes of Meeting)	61
2. 討議議事録 (Record of Discussion)	83
3. 実施協議議事録 (Minutes of Meeting)	97

別添資料

1. 主要面談記録	111
2. 参加型ワークショップ結果	147
3. ラゴス島産科病院の施設概要と所感	157
4. Health Development Partner Programme Matrix	161

事業事前評価表

1. 案件名

和：ナイジェリア国ラゴス州母子健康強化プロジェクト

英：The Project for Improving Maternal, Newborn and Child Health in the Lagos State

2. 協力概要

(1) プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述

本プロジェクトは、ナイジェリア連邦共和国（以下、「ナ」国と記す）ラゴス州の6地方行政区（ラゴス・アイランド、ラゴス・メインランド、エティ・オサ、アジェロミ・イフェロドゥン、スルレレ、アパパ）を対象とし、一次医療施設（Primary Health Center : PHC）を中心とした母子保健サービスの向上を目的とする。州保健省及び地方行政区の母子保健サービスに係る計画・評価・モニタリング能力向上、パイロットPHCを拠点とした一次医療施設の医療従事者の能力向上を図るとともに、PHCとコミュニティの関係性構築によりPHC利用の増加を図り、加えて、二次医療施設であるラゴス島産科病院の能力強化を通じて、適切なリファラル体制の構築をめざす。

(2) 協力期間

2009年1月～2012年12月（4年間）

(3) 協力総額（日本側）

3.5億円（予定）

(4) 協力相手先機関

ラゴス州保健省（Lagos State Ministry of Health : LSMOH）、ラゴス島産科病院

(5) 国内協力機関

特になし

(6) 裨益対象者及び規模、等

日本政府は、TICAD IVの横浜行動計画のなかで、アフリカにおけるミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）達成を促進するため、保健分野では、①10万人の保健医療人材に研修を提供すること、②1,000箇所の病院及び保健センターの改善を今後5年間の計画として示した。本案件は、以下の人材及び施設を直接・間接のターゲットとしており、同計画に貢献することをめざしている。

	直接的ターゲット	間接的ターゲット
①保健医療人材	ラゴス州 6 行政地区の保健医療サービス従事者 12パイロットPHCの医療スタッフ約110人（想定） ラゴス島産科病院の医療スタッフ約400人（想定） (2008年 3 月現在)	ラゴス州の保健医療サービス従事者
②病院及び保健センター	12のパイロットPHC ラゴス島産科病院	ラゴス州のPHC、 二次医療施設
③その他	ラゴス州 6 行政地区の妊産婦及び乳幼児（約250万人）	ラゴス州の妊産婦 及び乳幼児（約790万人）

3. 協力の必要性・位置づけ

(1) 現状及び問題点

「ナ」国における保健状況は、総合保健システムパフォーマンス（Overall Health System Performance：乳幼児死亡率等の保健指標だけでなく、病院サービス活動を含めた保健活動を総合的に評価したもの）が、WHO加盟199か国中187位（World Health Report 2000）であり、予防可能な疾病が蔓延し、妊産婦死亡率・乳幼児死亡率ともにサブサハラ以南のアフリカ諸国の平均より高く、5歳未満児死亡の約26%は新生児死亡が占めている。「ナ」国の母子保健をとりまく状況は非常に厳しい。

ラゴス州の妊産婦死亡率は改善傾向にあるが、未だ種々の問題をかかえている。ラゴス州保健省は、「ラゴス州経済強化開発戦略（Lagos State Economic Empowerment and Development Strategy：LASEEDS）」を策定し、その内容には連邦保健省の「包括的母子保健戦略（Integrated Maternal, Newborn and Child Health Strategy：IMNCH Strategy）」を取り入れて保健医療分野の戦略づくりを行っており、PHC機能強化による母子保健サービスの向上に着手したところである。しかしながら、まだPHCの未整備、機材・人材不足が著しく、妊産婦ケア・特に分娩サービスの提供は不十分といえる。

プロジェクト対象地域である6つの地方行政区には、34箇所のPHCが設置されているが、24時間体制でサービスが提供されていない、医療従事者の技術力やモラルが低い、医療機材不足、不安定な電力供給等環境が悪いといった理由からPHCの利用は低い。また、対象地域内に8つある二次医療施設の中でラゴス島産科病院が最終的な妊産婦のリファラル先となっているが、緊急産科の患者はほとんどが重篤で同病院における妊産婦の死亡率は極めて高い。さらに、PHCを介さず直接二次医療施設を訪れる患者集中の状況も起こっており、同病院の緊急産科部門の体制が需要に追いつかない状況である。これに対し、PHCの機能を強化することによって、妊産婦健診（Antenatal Care：ANC）を通じた妊産婦の異常を早期発見するとともに、PHCから産科病院への適切なリファラル体制を構築することで、二次医療施設の過度な患者集中を改善することが求められている。PHCの機能強化は、PHC自体が提供するサービスの向上とともに、適切なリファラルによる二次医療施設の過重負担を緩和し、母子保健サービス全体の向上に資するといえる。

ラゴス州保健省や地方行政区の行政官が実情を把握し、母子保健サービスに係る計画・実施・モニタリング体制を強化することにより、PHC医療従事者に対する研修実施、実際の活動の指導・監督、24時間体制のPHCの整備を通じて、一次医療施設における母子保健サービスの向上を図ることが求められている。

(2) プロジェクト形成にあたっての背景

我が国のラゴス州保健分野におけるこれまでの協力活動として、保健計画個別専門家(2005-2008)、ラゴス州環境衛生改善マラリアコントロールプロジェクト(LESMAC)(2004-2007年終了)、アジア・アフリカ知識共創プログラム(ASIA-AFRICA Knowledge Co-Creation Programme: AAKCP「きれいな病院」)(2006-2008)がある。本件はラゴス州で活動した個別専門家(2005-2008年)の支援によって策定されたものであり、ラゴス島産科病院で実施されているAAKCPでの5S活動の成果は本件にも活用する予定である。また、USAIDによって実施されているコミュニティベースでの母子保健プロジェクト(The Community Participation for Action in the Social Sector Project: COMPASS)が、本プロジェクトと同じ対象地区で活動しているため、可能な範囲で日米連携も期待されている。

(3) 相手国政府国家政策上の位置づけ

「ナ」国が策定した貧困削減戦略ペーパー(PRSP)である「国家経済強化開発戦略」(National Economic Empowerment and Development Strategy: NEEDS)では、母子保健が重点分野として位置づけられている。引き続き策定されている「第二次国家経済強化開発戦略」(NEEDS II (2008-2011))(ドラフト)においても、母子保健は重点分野となっている。2006年1月に策定されたラゴス州保健セクター改革法(Lagos State Health Sector Reform Law)においても、母子保健は重点分野として取り上げられている。

ラゴス州の開発戦略であるLASEEDSにおいて、10の重点項目(10-point agenda)の中に保健分野も含まれており、その実施戦略に盛り込まれている保健医療施設へのアクセス向上、保健関連施設等の整備や運営管理の改善、保健サービスの向上、コミュニティの意識向上とコミュニティの関与等は、本プロジェクトが目的とする母子保健サービスの向上に合致する。

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

我が国の「ナ」国に対する国別援助計画では、援助重点分野を①農業・農村開発(基礎教育、保健医療、農業振興)、②地方農村インフラ整備(水供給、地方電化)としている。

JICAの国別事業実施計画では「ナ」国重点開発課題「地方保健医療の向上」の一つとして保健医療分野に取り組む方針であり、「ラゴス州地方保健サービス向上プログラム」においてラゴス州に焦点を当て、①一次・二次保健医療施設の整備、②保健医療従事者の人材育成、③住民参加を中心とした地方保健活性化活動への支援を通じて、ラゴス州における一次・二次保健医療サービス改善を図ることを協力の重点としている。

以上より、一次医療施設の強化を通じた母子保健サービスの向上をめざす本プロジェクトは、日本の「ナ」国に対する援助方針やJICA国別事業実施計画とも合致している。

4. 協力の枠組み

主な項目

(1) 協力の目標（アウトカム）

1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

プロジェクト対象地域において、より質の高い母子保健サービスが提供される。

<指標・目標値>

- ・パイロットPHCにおける正常分娩数の増加
- ・患者の満足度の向上

2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

ラゴス州における妊産婦及び子どもの健康が改善する。

<指標・目標値>

- ・ラゴス州の妊産婦死亡率、乳幼児死亡率の低下
- ・プロジェクトで開発されたモデルが対象地域以外に普及された数
- ・ラゴス島産科病院における致死率（Case Fatality Rate）

(2) 成果（アウトプット）と活動

1) 成果1

州保健省の母子保健サービスにかかわる計画・実施・モニタリング能力が強化される。

<指標>

- ・標準作業手順書（Standard Operating Procedure：SOP）、リファラルガイドライン、（Information, Education and Communication：IEC）教材が作成、改訂される。
- ・各研修カリキュラム、ガイドラインが策定される。
- ・地方行政区に対する指導者研修（TOT）が実施される。
- ・計画に基づいたモニタリング活動が実施される。
- ・紹介セミナーへのパイロット地域以外の対象地域参加率と全国からの参加者数

<活動>

- 1-0 対象地域でベースライン調査を行い、指標に関する目標設定を行う。
- 1-1 州保健省が母子保健サービスに関するデータを収集・分析し、計画に活用する。
- 1-2 州保健省がPHCにおける母子保健サービスに関するSOP、医務官（Medical Officers of Health：MOHs）のモニタリング、PHCスタッフの業務範囲、医療廃棄物処理含むSOP）を作成し、研修カリキュラム・ガイドラインを作成・改訂する。
- 1-3 対象地域における母子保健サービスに関するリファラルガイドライン（緊急体制、救急医療含む）をその実施を通じて改善する。
- 1-4 州保健省がコミュニティ啓発活動に関する研修カリキュラム・ガイドライン、教材を作成し、改訂する。
 - 1-4-1 コミュニティ保健普及員（Community Health Extension Worker：CHEW）に対する研修カリキュラム・ガイドラインを作成し、改訂する。
 - 1-4-2 コミュニティ啓発活動（妊産婦疾病対策、マラリア対策等）のためのIEC教材を開発し、改訂する。
- 1-5 州保健省が地方行政区のMOHsに対してTOT（モニタリング、研修）を実施する。

1-5-1 TOTを実施する。

1-5-2 TOTをレビューし、研修内容を改善する。

1-6 ラゴス州母子保健サービスモデルの紹介セミナーを全国レベルで開催する。

2) 成果2

地方行政区における母子保健サービスにかかわる計画・実施・モニタリング能力が強化される。

<指標>

- ・計画通りにモニタリング活動が実施される。
- ・研修対象者の研修受講率
- ・母子保健サービス強化に関する定期会合が開催され、定期的に州保健省に状況報告がなされる。

<活動>

2-0 モデルとなるPHCを選定するための現状レビューを行い、PHCを選定する。

2-1 地方行政区のMOHsがPHCにおける母子保健サービスに関するSOP作成に協力する。

2-2 地方行政区のMOHsがPHCスタッフ（非医療スタッフに対しては2-2-2及び2-2-3を実施する）を対象にSOPに関する研修を行う。

2-2-1 継続ケアに関する研修を行う。

2-2-2 コミュニケーションスキルに関する研修を行う。

2-2-3 5Sに関する研修を行う。

2-3 地方行政区がコミュニティ啓発活動に関する研修を実施する。

2-4 地方行政区のMOHsによるPHCの母子保健サービスの活動モニタリングを行う。

2-5 地方行政区のMOHsがPHCにおける母子保健サービス強化に関する定期会合を実施し、改善策を提案する。

3) 成果3

ラゴス島産科病院における基本的な母子保健サービス（緊急産科を含まない）が強化される。

<指標>

- ・ラゴス島産科病院における患者の満足度
- ・医療従事者の満足度
- ・医療従事者の知識の増加

<活動>

3-1 ラゴス島産科病院及び対象地方行政区の総合病院において改善されたガイドラインに基づいたリファラルを実施する。

3-1-1 リファラルガイドライン実施のためのワークショップを行い、改善策を提案し実践する。

3-1-2 リファラルガイドライン実施の改善策を実践する。

3-2 ラゴス島産科病院における5S活動が定着する（病棟の動線の整備）。

3-3 ラゴス島産科病院に母子保健サービス向上に必要な基本的な機材が提供される。

4) 成果 4

PHCにおける母子保健サービスが強化される。

<指標>

- ・ SOPに基づく母子保健サービスの実施率
- ・ 患者登録数の増加
- ・ 産前ケア（ANC）4回受診者数の増加
- ・ PHC利用者の満足度
- ・ PHCスタッフの満足度
- ・ PHCスタッフの知識の増加
- ・ IEC教材を活用した啓発活動の実施回数と対象人数
- ・ 地方行政区のMOHの助言に基づいたPHCによるレポートが定期的に提出される。

<活動>

- 4-1 研修を受けたPHCスタッフを中心として、SOPに基づいた母子保健サービスを提供する。
 - 4-2 改善されたガイドラインに基づいたリファラルを実施する。
 - 4-3 地方行政区のMOHsの助言に基づいてレポートを行う。
 - 4-4 母子保健サービス提供に必要な最低限の機材を供与する。
 - 4-5 コミュニティに対する啓発活動（妊産婦疾病対策、マラリア予防）を既存のコミュニティグループと協力して実施する。
 - 4-5-1 コミュニティグループとの啓発活動に関する会合を実施する。
 - 4-5-2 IEC教材を活用した啓発キャンペーンを実施する。
- *上位目標、プロジェクト目標、成果に係る指標・目標値は、プロジェクト開始後にベースライン調査を実施し、州保健省との協議を経て最終決定する。

(3) 投入（インプット）

1) 日本側

- ・ 専門家：チーフアドバイザー、研修計画／業務調整、産科医、助産師、保健教育／IEC等
- ・ 研修員受入れ：本邦研修、第三国研修等
- ・ 機材供与（パイロットPHC及びラゴス島産科病院に対する基本的な機材、車両等）
- ・ 在外事業強化費（研修実施経費、現地コンサルタント備上費等）

2) 「ナ」国側

- ・ カウンターパートの配置
- ・ カウンターパート経費
- ・ プロジェクト事務所スペースの提供、事務所維持経費（水道代、電気代等）
- ・ 研修実施経費の一部

(4) 外部要因（満たされるべき外部条件）

1) 上位目標に対する外部要因（外部条件）

- ・ 「IMNCH Strategy」の政策に変化がない。

2) プロジェクト目標に対する外部要因（外部条件）

- ・ プロジェクト実施期間中に研修を受けた職員が異動しない。
- ・ JICAとラゴス州保健省によりプロジェクトに対して予算が執行される。

5. 評価5項目による評価結果

(1) 妥当性

一次医療施設の機能強化を中心とした母子保健サービス向上をめざす本プロジェクトは、以下に示すとおり、世界的潮流、「ナ」国連邦政府及びラゴス州の上位政策や受益者のニーズ、また日本の援助政策との整合性が存在することから、妥当性が高いと判断できる。

1) 世界的な母子保健分野の潮流からみた妥当性

本プロジェクトは、MDGsのゴール4「乳幼児死亡率の削減」及びゴール5「妊産婦の健康の改善」の「ナ」国内における達成に寄与する。近年、母子保健に対する支援は、Maternal and Child Health (MCH) の概念から新生児に対する支援を強調した Maternal, Newborn and Child Health (MNCH) の概念に基づいて実施されている。「ナ」国においても、WHOやUNICEF等の支援により2007年に連邦保健省が作成した IMNCH Strategyに基づいて支援が実施されている。本プロジェクトもこの戦略に沿った支援を実施するものである。

2) 「ナ」国の開発政策からみた妥当性

本プロジェクトは、「ナ」国の開発戦略であるNEEDS II (2008-2011) ドラフトにおける重点分野に合致している。また、ラゴス州の開発戦略であるLASEEDSにおいて10の重点項目 (10-point agenda) の一つとして保健分野が掲げられており、ラゴス州の開発戦略にも合致している。

3) 日本の援助方針からみた妥当性

日本の「ナ」国に対する国別援助計画において、農業・農村開発 (基礎教育、保健医療、農業振興) の中に保健は位置づけられている。また、JICAの「ナ」国に対する国別事業実施計画の中で「地方保健医療の向上」として保健分野は重点分野として位置づけられている。

4) 裨益者の視点 (一次医療施設、妊産婦・乳幼児のニーズ) からみた妥当性

本プロジェクトによる受益者は、一次・二次医療施設を利用する妊産婦・乳幼児、PHC及びラゴス島産科病院の医療従事者、ラゴス州保健省及び地方行政官の保健医療サービス従事者である。行政官の母子保健サービスに係る計画・実施・モニタリング能力の強化によって医療従事者に対する研修実施、指導・助言が充実すること、またパイロットPHCを中心としてではあるが、機材整備、環境整備がなされることにより、より良い母子保健サービスを患者に提供できるようになる。一次医療施設の機能強化によるサービスの向上により、これまで分娩には費用の高い私設医療機関や伝統的助産師を利用せざるを得なかった妊産婦が、一次医療施設が整備されることにより、産前健診・分娩・新生児ケア・予防接種と一貫して公的サービスとしてのPHCを利用できるようになることから、特に貧困層の妊産婦・乳幼児のニーズとも合致している。

5) ラゴス州における地域保健モデルの構築・支援対象地域としての妥当性

ラゴス州は、国内における経済の中心地であるラゴス市を有し、人口1600万人を超える人口密度も高い地域であり、多くの貧困人口がプロジェクト実施による裨益を受けることが見込まれることから、ラゴス州の支援対象州としての妥当性は高い。

また、本プロジェクトのパイロットPHCの選定は主に「ナ」国側 (ラゴス州・対象地方行政区) の重点PHCに配慮して選定を行う予定であることから、「ナ」国側の支援方針とも合致している。また、2005～2008年度派遣の個別専門家 (長期) の活動を

通じて、当該イシューに対するラゴス州保健省のコミットメントの強さが確認されている。

(2) 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性が認められる。

1) プロジェクトの成果とプロジェクト目標との関係

一次医療施設を中心としたより質の高い母子保健サービスの提供には、PHCにおけるサービス向上のための医療従事者のスキルアップ（成果4）だけでなく、保健省、地方行政区の行政官の計画・モニタリングや研修実施等の能力強化（成果1、2）、並びにリファラル先となる二次病院との体制強化等（成果1、3）が不可欠である。本プロジェクトは、サービス提供側と行政側の能力を合わせて強化するものであり、戦略として設置された4つの成果はプロジェクト目標達成に必要な不可欠なものである。

2) 案件のデザインの適切性、指標の適切性

プロジェクト開始当初に想定されているベースライン調査の実施により、活動実績による定量的な指標に加え、満足度といった定性的な指標も取り入れるため、ラゴス州側のニーズや問題点にきめ細かく対応することができるとともに、プロジェクト実施の各段階で達成度合いを確認することができる。また、ラゴス州保健省・地方行政区の計画・実施・モニタリング能力の強化に際しては、州保健省や地方行政区の行政官による定期的な調査やPHCからのデータ収集等の実際の活動を通してラゴス州全体の情報収集・管理能力の向上にも資することに加え、州保健省と地方行政区との間の円滑な情報伝達が促進されるため、無駄のない支援戦略・政策の策定に寄与すると考えられ、プロジェクト目標の達成に貢献する。

(3) 効率性

本プロジェクトは、以下の理由から高い効率性が見込まれる。

1) 活動の計画・実施・レビュー・改善のサイクルの導入

本プロジェクトには、研修等の成果に対する州保健省と地方行政区によるモニタリング活動が組み込まれており、投入に対する確実な成果の発現が見込まれる。

2) カスケード方式を用いた能力強化型の支援と「ナ」国の人材の活用

本プロジェクトの活動は、州保健省、地方行政区の行政関係者及び、医療従事者の能力強化を目的とした研修が中心であり、高額な機材投入は予定していない。また、能力強化のための研修は、カスケード方式を採用しており、最小限のコストや人材の投入により、面的な成果が見込まれる。加えて、研修の講師には三次医療施設からの講師招聘や現地コンサルタント等の活用を想定しており、「ナ」国の人材を多く登用することにより日本人専門家に係るコストを最小限に抑えることが可能になるだけでなく、現地リソースの能力開発にもつながることから効率性が高いと見込まれる。

3) 既存のリソース（組織・資金等）の活用

研修教材（SOP、ガイドライン、IECツール）に関しては、連邦保健省が作成したIMNCH Strategyに沿った形で、他ドナーや連邦保健省から提供を受けたものを整理し、既存の教材を最大限に活用することを想定している。

また、本プロジェクトの対象6地方行政区のうち、5つの地方行政区において、USAIDの支援を受けたCOMPASSが活動を行っており、COMPASSによって組織され

たコミュニティ連合（Community Coalition：CC）やコミュニティに存在する地域活性化委員会（Social Mobilization Committee：SMC）等、既存の住民組織・ネットワークを活用するため、コミュニティレベルの啓発活動及び動員が効率よく実施されることが期待できる。

加えて、これまでラゴス島産科病院を対象として実施されてきたAAKCP「きれいな病院」プロジェクトの成果を活用、定着させることを想定している。具体的には、5S活動の概念をPHCの医療現場に導入・実践することにより、院内感染の罹患率の減少（清潔概念の定着、安全なルート管理等）や、限られたリソースを最大限に活用することによる業務機能の改善（空間の増大による作業効率の向上、安全・迅速な患者の移動、書類等へのアクセス時間の短縮等）が可能になる。

4) 投入のタイミング

実施初期においてベースライン調査を行い裨益者のニーズ・問題点を正確に把握し、TOTのレビュー、定期的ミーティング、リファラルガイドラインのレビュー等のあとに、合同調整委員会（JCC）を実施する計画になっており、効率性の高い活動実施が期待できる。

5) 州保健省の戦略に合致したモデルPHCの選定

本プロジェクトは、支援対象である6地方行政区から各2PHC（合計12PHC）をモデルPHCとして選定し、支援するものである。モデルPHCの選定では、州保健省が選択と集中を行うPHCを優先しているため、ラゴス州保健省との相互補完的な投入による効率性の高い支援が期待できる。

(4) インパクト

本プロジェクトのインパクトは以下のように予測できる。

1) 上位目標に貢献するプラス・インパクト

本プロジェクトの上位目標は「ラゴス州における妊産婦及び子どもの健康が改善する」である。州保健省及び地方行政区による継続的な計画・実施・モニタリングのサイクルを強化することにより、PHCを中心とした母子保健サービスの改善が行政によって支えられる仕組みを構築する本プロジェクトの活動は、サービス提供に係る州保健省と地方行政区の情報伝達を円滑にするとともに、州レベルの政策等に反映されることが期待される。したがって、プロジェクト終了後も計画・実施・モニタリング活動が継続的に実践されるならば、上位目標の達成が期待できる。

2) 波及効果

JCCには連邦保健省もメンバーとして入っており、連邦保健省のコミットメントは高い。本プロジェクトの成果や進捗状況は、JCCやプロジェクト後半に実施予定の紹介セミナーを通じて、ラゴス州全体及び「ナ」国他州にも共有される予定であり、本プロジェクトによるサービス提供側と行政側の能力強化を通じた母子保健サービス改善のモデルが、ラゴス州だけでなく「ナ」国他州へ普及・展開されることが期待できる。

3) 住民レベルのインパクト

コミュニティの住民に対する啓発活動やキャンペーン活動を案件活動に含んでおり、行動変容や母子保健に関する正しい知識の定着といった住民レベルにおける草の根レベルでのプロジェクトのインパクトも見込まれる。

負のインパクトに関しては、現時点で具体的に予測されるものはない。

(5) 自立発展性

本プロジェクトの自立発展性は、以下のように予測できる。

1) 政策

本プロジェクトには、ラゴス州及び全国へのラゴス州母子保健サービスモデルの普及セミナー活動が含まれており、連邦保健省からも本モデル全国的な普及が期待されている。それゆえ、本モデルは連邦の政策として採択される見込みもあり、プロジェクト終了後も政府の支援を得て発展していく可能性が高い。

2) 組織／制度面

本プロジェクトは、州保健省及び地方行政区の母子保健サービスに関する運営能力を強化を図るとともに、カスケード方式の研修モデルを構築するものであることから組織・制度的な自立発展性が見込まれる。

また、州保健省はかねてからPHCの機能強化を通じた地域保健活動の強化を希望しており、案件計画策定時から州保健省は関与している。加えて、ラゴス島産科病院は既に他のPHCに対して5Sの概念に係る研修を実施しており、本プロジェクト実施後も引き続き5S研修活動に関するノウハウの提供・情報交換、講師の派遣等での協力が想定される。このように、州保健省、ラゴス島産科病院ともに本プロジェクトに対するコミットメントが高いことから、高い持続可能性が見込まれる。

3) 技術面

研修はカスケード方式を取り、多くの医療関係従事者に本プロジェクトのノウハウが確実に浸透していくことが期待される。また、研修カリキュラム・ガイドライン、リファラルガイドラインは、適宜見直しを行いながら技術移転を実施する予定であり、相手国側の現状・ニーズに応じた技術移転を行うことを想定していることから、自立発展性が高いと判断される。

4) 財政面

保健分野に関しては、「ナ」国政府は多くの部分をドナーからの支援に依存しているのが現状であるが、本プロジェクトでは研修カリキュラムやガイドライン策定を低コストで実施することに留意している。コストシェアリングに関しても、実施年ごとにJICA側の経費負担を徐々に減らすことで先方と合意しており、経済・財政面でも高い持続可能性が見込まれる。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

本プロジェクトは、都市部の貧困層に対する母子保健サービスの向上をめざすものであり、貧困層への配慮を重視するものである。

妊産婦ケアサービスの向上や乳幼児ケアサービスの向上は、女性に直接裨益するものであり、ゆえに本件は女性を直接的裨益者とした案件である。医療施設へのアクセスには、男性や家族の理解も必要であることから、必要に応じて啓発活動等では男性の参加にも配慮する。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

2005年3月に終了した「カンボジア国母子保健プロジェクト（フェーズ2）」の終了時評価においては、相手国のイニシアティブやオーナーシップを尊重し、彼らの本来業務や彼らが問題であると認識している事業を支援する姿勢をプロジェクトの計画段階から示すことの重要性を指摘している。また、保健省やドナー機関との密な情報共有と連携が重要であると指摘している。本プロジェクトにおいては、規模は小さいが、上記教訓を生かし、ワークショップや協議を通じて計画段階から「ナ」国政府側の問題意識を重視して案件形成を行っている。加えて、他ドナーや保健省との連携も重視した案件実施を行うこととしている。

8. 今後の評価計画

中間評価調査：2010年9月頃

終了時評価調査：2012年7月頃

第1章 事前評価調査の概要

1-1 背景及び目的

ナイジェリア連邦共和国（以下、「ナ」国と記す）における保健状況は、総合保健システムパフォーマンス（Overall Health System Performance：乳幼児死亡率等の保健指標だけではなく、病院サービス活動を含めた保健活動を総合的に評価したもの）が、WHO加盟国199か国中187位（World Health Report 2000）であり、予防可能な疾病が蔓延し、妊産婦死亡率・乳幼児死亡率ともにサブサハラ以南のアフリカ諸国の平均より高く、5歳未満児死亡の約26%は新生児死亡が占めている。「ナ」国の母子保健をとりまく状況は非常に厳しい。

「ナ」国の保健分野における開発方針としては、同国の改革プログラムとして貧困削減戦略文書（PRSP）に相当する「国家経済強化開発戦略（National Economic Enforcement and Development Strategy：NEEDS）」が2004年に策定されており、その中に保健分野も重点分野として位置づけられ（2007年新政権発足に伴いNEEDS IIを策定中）、保健システム強化、保健人材の育成等が強調されている。また、2007年には連邦保健省（Federal Ministry of Health：FMOH）により「包括的母子保健戦略（Integrated Maternal Newborn and Child Health Strategy：IMNCH Strategy）」がまとめられ、新生児も含む母子保健戦略に重点が置かれてきた。

このような状況を受け、「ナ」国は我が国に対して、技術協力プロジェクト「母子健康強化プロジェクト」に対する協力を要請した。我が国の援助方針としては、重点開発課題「地方保健医療の向上」の一つとして保健医療分野に取り組む方針であり、「ラゴス州地方保健サービス向上プログラム」においてラゴス州に焦点を当て、①一次・二次保健医療施設の整備、②保健医療従事者の人材育成、③住民参加を中心とした地方保健活性化活動への支援を通じて、ラゴス州における一次・二次保健医療サービス改善を図ることを協力の重点としている。

ラゴス州における妊産婦死亡率は改善傾向にあるが、未だ種々の問題をかかえている。ラゴス州保健省（Lagos State Ministry of Health：LSMOH）は、「ラゴス州経済強化開発戦略（Lagos State Economic Empowerment and Development Strategy：LASEEDS）」を策定し、その内容には連邦保健省の「包括的母子保健戦略」を取り入れつつ、保健医療分野の戦略づくりを行っている。しかしながら、多くのプライマリヘルスセンター（Primary Health Center：PHC）施設の未整備、機材・人材不足が著しく、妊産婦ケア・特に分娩サービスの提供はまだ不十分といえる。また、PHCと産科専門病院のリファラル体制の弱さ、保健医療従事者の技術不足についても看過できない。特に、安全な妊娠・出産についての知識不足は、医療従事者だけでなく妊産婦に対しても大きな課題である。さらに、全体として予防接種率は向上してきているものの、「ナ」国最大の人口をもつラゴス州の人口をカバーするためには定期予防接種の強化も重要であると考えられる。したがって、ラゴス州の母子健康の向上においては、PHC活性化により分娩及び産後サービスと定期予防接種の整備、産科専門病院の救急産科体制の強化及びPHCとのリファラル体制の強化といった一体的な取り組みが不可欠である。

本プロジェクトは、ラゴス州の6行政地区を対象とし、州保健省、地方行政区（Local Government Area：LGA）を主な協力対象機関として、州保健省、地方行政区の行政官の計画・実施・モニタリング能力向上、PHCを中心とする母子保健サービスの向上（産前産後健診、分娩サービス、上位機関の産科病院へのリファラル体制、コミュニティへの啓発、病院の運営・管理強化、そのための医療関係者の研修等）を目的としている。

今回の事前調査は、上記背景を踏まえ、以下を目的として実施した。

- (1) 「ナ」国の母子保健サービスに係る問題点及び実施体制の確認・分析
- (2) 「ナ」国連邦保健省、州保健省、地方行政区、その他関係機関との協議に基づく協力内容・スケジュールの詳細検討等
- (3) Project Cycle Management (PCM) ワークショップに基づくProject Design Matrix (PDM) (案)等の作成及び協力内容に係る関係者間の合意形成
- (4) 評価5項目(妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性)の観点によるプロジェクト概要の検証
- (5) 協議実施議事録(Minutes of Meeting : M/M)について、ラゴス州保健省と協議のうえ署名交換

1-2 調査団の構成

担当分野	氏名	所属	派遣期間
団長／総括	小林 尚行	JICA人間開発部母子保健課長	2008.8.17-8.30
協力企画	吉村 由紀	JICA人間開発部母子保健課職員	8.17-8.30
母子保健	堀井 聡子	JICA人間開発部母子保健課ジュニア専門員	8.17-8.30
評価分析	小笠原 暁	(株)建設企画コンサルタント	8.5-8.30

※なお、USAIDより西村恵美子連携協力調査員が同行(2008.8.15-8.22)

1-3 調査日程

2008年8月5日～8月30日まで。

	月日	曜日	時間	行程
1	8月5日	火		(コンサルタント)成田発→パリ経由
2	8月6日	水	15:55	ラゴス着 JICAナイジェリア事務所打合せ
3	8月7日	木	10:00 11:00 14:00	ラゴス州保健省表敬訪問 ラゴス州保健省公衆衛生局との打合せ ラゴス州伝統的医療評議会(LSTMB)
4	8月8日	金	10:00	フォーカスグループディスカッション(ラゴス州医務官Medical Officer of Health対象)
5	8月9日	土		資料整理・分析
6	8月10日	日		資料整理・分析
7	8月11日	月	10:00	Iwaya PHC視察(Lagos Mainland LGA)
8	8月12日	火	10:00 13:00	Ikoyi HC視察(Eti-osa LGA) WHOラゴス事務所聞き取り調査
9	8月13日	水	10:00 13:30	ラゴス島産科病院視察 Apapa総合病院視察
10	8月14日	木	10:00	Akerele PHC視察(Surulere LGA)

11	8月15日	金	10:00 13:00	Marine Health Post視察 (Apapa LGA) Community Development Association (Apapa LGA) 04:30 (西村職員) アブジャ着 10:30 USAID打合せ
12	8月16日	土	11:40	(小笠原) ラゴス→アブジャ 資料整理・分析
13	8月17日	日	12:30	資料整理・分析 (官団員) 成田発→ロンドン経由
14	8月18日	月	4:30 9:30 11:45 14:30 15:30	(官団員) アブジャ着 JICAナイジェリア事務所との打合せ 在ナイジェリア日本国大使館表敬訪問 連邦保健省表敬訪問 国家計画局表敬訪問
15	8月19日	火	9:20 13:00 15:00	アブジャ→ラゴス ラゴス州保健省表敬訪問 COMPASSプロジェクト
16	8月20日	水	9:00 10:00 13:30 15:30	ラゴス州School of Nursing Complex ラゴス島産科病院 Akere PHC (Ajeromi-Ifelodun LGA) 民間病院視察 (City Hospital)
17	8月21日	木	10:00 11:45 16:00	Onola Health Post (Lagos Island LGA)、TBA Clinic Igbo-Ehon PHC (Eti-Osa LGA) 団内打合せ
18	8月22日	金	10:00-14:00 17:00	PCMワークショップ (西村職員) ラゴス発→アクラ
19	8月23日	土	10:00-17:00	ミニッツ案、PDM案、PO案作成
20	8月24日	日	10:00-18:00	ミニッツ案、PDM案、PO案作成
21	8月25日	月	11:00-15:00	ラゴス州保健省とのミニッツ協議
22	8月26日	火	10:00-14:00	ラゴス州保健省とのミニッツ協議
23	8月27日	水	12:00 16:30	ミニッツ署名 ラゴス→アブジャ
24	8月28日	木	8:30 10:30 14:00 15:30	JICAナイジェリア事務所報告 在ナイジェリア日本国大使館報告 連邦保健省報告 国家計画局報告
25	8月29日	金	8:40 15:05 19:00	アブジャ発 ロンドン着 ロンドン発
26	8月30日	土	14:30	成田着

1-4 主要面談者

<「ナ」国>

(1) 連邦保健省

Dr. J. Y. Jiya	Director, Department of Family Health
Dr. A. Nasidi	Director, Department of Public Health
Dr. Joy Ufere	Medical Officer, Department of Family Health
Mr. Bassey M.	Coordinating Officer, Department of Public Health
Dr. N. Onuekwusi	Head, Child Health
Dr. W. Balami	Head, Reproductive Health
Dr. M.A. Odeku	Deputy Head, Reproductive Health
Dr. P.N. Momah	Head, Health Promotion
Dr. M. Arene	Head, Gender, School Health & Elderly

(2) 国家計画局 (National Planning Commission : NPC)

Mr. Lawal N.A.	Assistant Director, National Planning Commission
Mr. U. S. Nwozuzu	Japan Desk Officer, NPC
Mr.s Blessing Ezejiaka	Planning Officer, Japan Desk

(3) ラゴス州保健省

Dr. Aderemi Desalu	Permanent Secretary, Family Health and Nutrition Department
Dr. 'Detoun Agbe Davies	Director, Family Health and Nutrition Department
Dr. Jemilade Longe	Deputy Director, Family Health and Nutrition Department
Dr. Deji Bamgbose	Director, Nursing Education
Dr. Omowunmi Bakare	Reproductive Health Coordinator
Dr. Sokoya Daniel	Medical officer
Mrs. Sessi Olufunso	Immunization Officer
Dr. Oluwatosin Ijimakinwa	IMCI Officer
Mrs. Kasim Mojisola	LMOH, Gender Officer

(4) 地方行政区

Dr. Sanni F.O	Medical Officer of Health, Lagos Island LGA
Mrs. Bakare A.M.	Apex Chief Nursing Officer, Lagos Island LGA
Dr. Sotunde	Medical Officer of Health, Lagos Island LGA
Dr. Asiyambi O.O.	Medical Officer of Health, Ajeremi-Ifelodun LGA
Dr. Oguntuase	Medical Officer Health, Eti-Osa East LCDA
Dr. T.K. Balogun	Medical Officer of Health, Eti-osa LGA
Dr. A.O. Oguntuase	Medical Officer of Health, Eti-Osa East LCDA
Dr. Iwalokun S.O.	Medical Officer of Health, Irulu I LCDA/Eti-Osa LGA
Dr. Iwalokun S.O.	Medical Officer of Health, Irulu I LCDA/Eti-Osa LGA
Dr. Giwa R.T.	Medical Officer of Health, Apapa LGA

Dr. Odesesan R.M	Medical Officer of Health, Apapa-Iganmu LCDA
Mrs. Riberio. O	Apex Chief Nursing Officer, Yaba LGA
Dr. Orebiyi O	Medical Officer of Health, Yaba LGA
Mrs. Inasa-Thomas O	Senior Registered Nurse, Coker Aguda LGA

(5) ラゴス島産科病院

Dr. Solanke O. A	Medical Director
Mrs. A.A. Ayodele	Apex Chief Matron, LIMH
Dr Agbabiaka M	Head, Department of Community Health,

(6) ラゴス州伝統的医療評議会 (Lagos State Traditional Medicine Board : LSTMB)

Dr. Bunmi Omoseyindemi	Chairman
Dr. Bodunrin Oluwa	Registrar
Mrs. A. Oloride	Senior Executive Officer, Admin

(7) ラゴス看護学校 (School of Nursing Complex)

Mrs. Bunmi Braheem	School of Public Health Nursing
Mrs. Jamogha	Head, School of Public Health Nursing
Mrs. Adekola	Coordinator, Schools of Nursing

< ドナー関係者 >

Ms. Bisi Tugbobo	State Team Leader, USAID
Mr. Jhon O. Dada	Community Communication Specialist

< 日本側関係者 >

(1) 在ナイジェリア日本国大使館

植澤 利次	特命全権大使
渡辺 信人	一等書記官

(2) JICAナイジェリア事務所

美馬 巨人	所 長
天津 邦明	所 員
諏訪 なおい	企画調査員
Mr. Felix Abrahams C. OBI	在外専門調査員

第2章 プロジェクト実施の背景と課題の現状

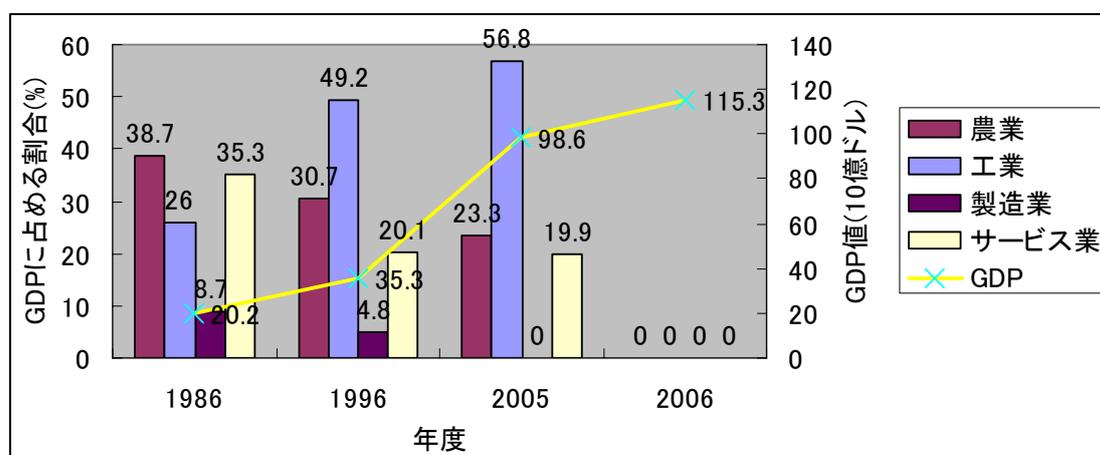
2-1 「ナ」国の概要

「ナ」国は西アフリカに位置する国土面積約923km²（日本の約2.5倍）、総人口約1億4000万人¹（日本の約1.1倍）のアフリカ最大の国であり、OPEC第5位の石油産出国である。主要民族は、ヨルバ族、ハウザ族、イボ族が主要民族であり、民族数は250にも及ぶとされている。

産業構造は、農業23.3%、工業56.8%、サービス業19.9%（GDPに占める割合）²であり、農業より工業の占める割合が高いが、伸び率は農業が最も大きい（8.2%、2005年）。

主要輸出品は燃料、天然ガス、工業製品。主要輸入品は食糧、燃料・エネルギーとなっている。

「ナ」国における産業構造とGDPの推移は図2-1のとおり。



出所：世界銀行2005

図2-1 産業構造とGDPの推移

2-2 「ナ」国における保健医療分野の現状と課題

2-2-1 「ナ」国の保健医療政策

(1) 連邦保健省の保健医療政策

2004年5月に発表された国家経済強化開発戦略（National Economic Empowerment and Development Strategy: NEEDS）では、保健が重点分野の一つとして位置づけられた。その一環として、2004年には保健セクター改革プログラム（2004～2007）が連邦保健省によって策定された。戦略の要点は、①管理体制の改善、②国家保健システムの改善、③疾病負担の軽減（PHCシステムの活性化、HIV/AIDS・マラリア・結核等に対応する保健体制の構築）、④人材確保及びそのマネジメントの向上、⑤質の高い保健サービスの提供、⑥民の意識の向上及び参加、⑦公民のパートナーシップである。また、2008年5月には保健セクター改革を推進するためのNational Health Bill 2008が採択された。

¹ National Census, 2006

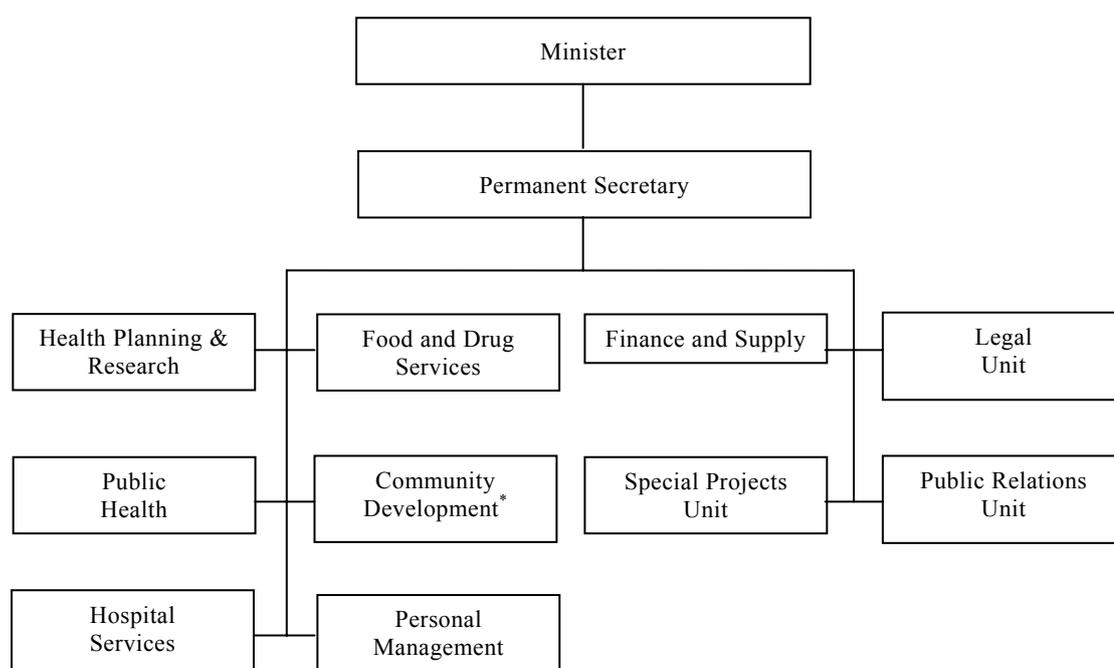
² World Bank, 2005

(2) 保健行政

1) 連邦保健省

連邦保健省は国家全体の保健政策及びプログラムの策定、プログラムの実施、政策及びプログラムのモニタリング・評価、国家保健政策実施のためのガイドラインの配布、三次医療施設（高次医療施設）の運営管理、州政府への計画・技術面の支援等を行う。

なお、連邦保健省の組織図は図2-2のとおりである。



*Community Development and Population Activities

出所：連邦保健省ウェブサイト

図2-2 連邦保健省組織図

また、連邦保健省は7つのagencyとpara-statalを持っている。

- ① National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA)
- ② National Health Insurance Scheme (NHIS)
- ③ National Agency for Food and Drug Administration and Control (NAFDAC)
- ④ National Institute for Medical Research (NIMR)
- ⑤ Nigerian Institute of Pharmaceutical Research and Development (NIPRD)
- ⑥ Regional Center for Oral Health Research and Training Initiatives (RCORTI)
- ⑦ Teaching Hospitals, Specialized Hospitals and Federal Medical Centers

2008年7月に連邦保健省のPublic Health内にて組織改編が行われ、Public Health Department内のNutrition DivisionがDepartmentに格上げされた。それに伴い、Nutrition DivisionはDepartment of Family Healthとなり、Department of Family Healthを中心として以下のような組織体系となった。新たなDepartment of Family Healthの組織図は図2-3のとおりである。

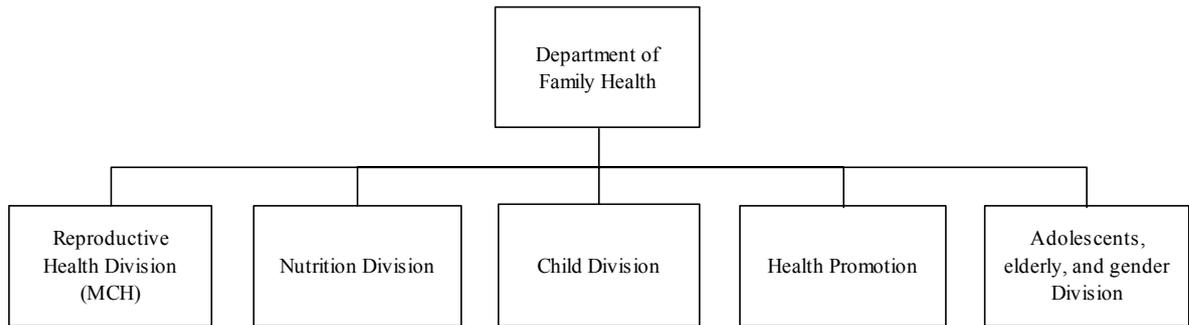
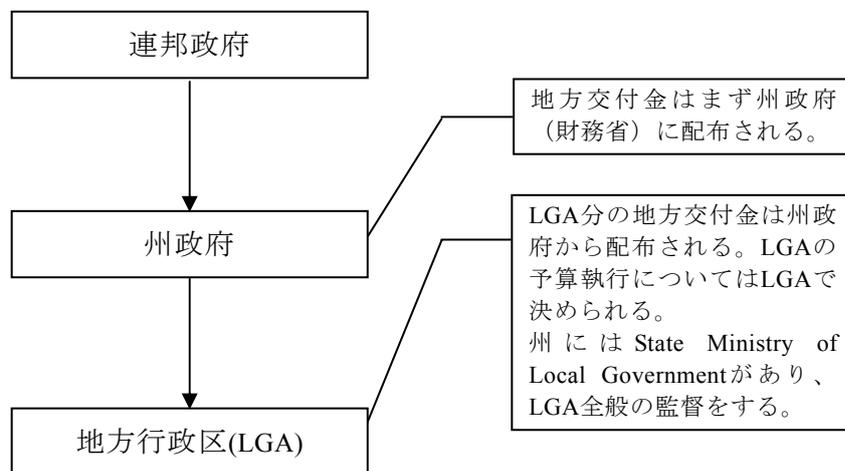


図 2 - 3 Department of Family Health 組織図

2) 連邦政府からの地方交付金の流れ

「ナ」国は連邦、州、地方行政区でそれぞれ独自の予算を持つ。連邦からの地方交付金の流れは図 2 - 4 のとおり。



参考：以前の地方交付金配布は連邦から地方行政区に直接行われていたが、オバサンジョ政権から憲法の見直し行われた。

図 2 - 4 連邦から地方交付金の流れ

2 - 2 - 2 保健医療分野の現状

保健指標は地域によって格差が大きく、国内を 6 つのゾーン [North Central (NC)、North East (NE)、North West (NW)、South East (SE)、South South (SS)、South West (SW)] に分け比較すると、南部より北部のほうが死亡率等が高く、避妊具の使用率、HIVの予防方法の普及、衛生環境へのアクセス等についての保健指標は低い傾向にある。

表 2 - 1 保健指標の南北格差の比較

保健指標	北部	南部
合計特殊出生率（女性に対する子どもの数）*	7.0（NE）	4.1（SE）
避妊具の使用率（既婚女性）*	3%（NE+NW）	23%（SW）
乳児死亡率（1,000出生数当たり）*	125（NE）	66（SE）
5歳未満死亡率（1,000出生数当たり）*	269（NW）	103（SE）
予防接種を終了した子どもの割合*	3.7%（NW）	44.6%（SE）
HIVの予防方法を知る女性の割合*	34%（NE）	52%（SW）
安全な水へのアクセスを持つ人口の割合（%）*	21.6%（NE）	68.8%（SE）
改善された衛生環境へのアクセスをもつ人口の割合（%）*	5.0%（NE）	42.2%（SE）
妊産婦死亡率（10万出生数当たり）－DHSではない他の調査に基づく値	2,400（Kano）	700（SE）

*出所：Nigeria Demographic and Health Survey 2003

（1）「ナ」国における保健医療分野の課題

現在策定中である「第二次国家経済強化開発戦略：NEEDS II（2008-2011）」では、連邦レベルにおける保健セクターの課題として以下をあげている。

- 1) 十分に機能していない保健関連インフラによる脆弱な保健システム
- 2) 適切ではないサービスデリバリーとサービスの活用
- 3) 薬剤と日常消耗品の不十分な供給
- 4) 保健・栄養分野に対するファイナンスの制限及び他のリソース供給の制限
- 5) 保健・栄養分野に対するドナー協調を含む限られた協調及びパートナーシップ
- 6) 不十分な保健マネジメントシステム
- 7) 権利と義務に対する一部の利用者の意識の低さ
- 8) 食糧と栄養の問題解決のための低い能力
- 9) 食糧と栄養改善の問題の意識と優先事項に対する政策立案者及び国民の意識の低さ

（2）政策的戦略

前述の課題を解決するための政策的戦略として、「第二次国家経済強化開発戦略」では8つの戦略及び具体的活動を以下のようにあげている。

1) 政策立案の政府主導の強化及び拡大

<具体的活動>

- ・ドナー支援の効果的な調整
- ・議会で承認された法律の実施
- ・政府主導の政策立案の持続可能性及びその見通しの徹底した監督

2) 国家保健システムの強化及び増大

<具体的活動>

- ・連邦レベル・州レベルにおける全国的な保健セクター改革

- ・効率的、利用可能な、持続可能な、質の高いPHCサービスの強化と再活性化
 - ・プライマリーヘルスケアシステムの強化
- 3) 保健リソースの管理と有用性の増大
- ＜具体的活動＞
- ・国家的資金調達戦略だけでなく、国家的人材戦略の実施
 - ・物質的な保健資産のメンテナンスの制度の開発
 - ・食糧・栄養改善の国家政策の実施
 - ・保健セクター施設・組織の管理部門への専門のヘルスケア管理者の配置
- 4) 子どもの病気及び他の重点保健問題による負担の軽減
- ＜具体的活動＞
- ・将来の母親の意識向上、特に妊産婦死亡率減少のための妊産婦健診（Antenatal Care : ANC）、産後健診（Postnatal Care : PNC）サービスの探求
 - ・定期予防接種
 - ・メンタルヘルスケアへの留意の拡大
 - ・保健システムのすべてのレベルにおけるNational Health Management Information System（NHMIS）の実施の確保
 - ・最低限のサービスパッケージ（定期予防接種、ビタミンAの供与、ANC、母乳育児、授乳管理、HIV/AIDS、緊急産科ケア）を実施するためのPHCの強化
- 5) 質の高い保健サービスへの物理的・金銭的アクセスの向上
- ＜具体的活動＞
- ・半径5 km以内に質の高い保健施設の確保、効果的なボランティアと明確に規定されたリファラルシステムの活用によるコミュニティが所有する保健イニシアティブの活性化
 - ・貧困層の立場に立った（pro-poor）薬剤の供給と管理システムの開発と実施（リボルビングファンド）
 - ・年金受給者及びインフォーマルセクターの失業者に対する実施可能な健康保険スキームの探求
 - ・農業活動に対するローンの供与
 - ・収入創出活動に関する顧客側の能力開発
- 6) 健康及び栄養に関する義務だけでなく、権利に対する消費者意識の増大の継続
- ＜具体的活動＞
- ・コミュニティにおける消費者の啓蒙活動
 - ・保健・栄養改善の権利及び義務を明確化したガイドラインの開発
 - ・上記権利に対するコミュニティの理解の拡大
 - ・コミュニティによって行われるコミュニティを基礎とした保健情報システムの構築
 - ・予想される人口増加に対応できる制度とインセンティブの組織化
- 7) すべての保健関係者の効果的な協調とパートナーシップ
- ＜具体的活動＞
- ・すべての保健分野の関係者の事業計画をモニター・監督し、監督機関に対して報告を行う権限を持った機関の設立

8) 保健研究に関する国家政策の履行

< 具体的活動 >

- ・ 死亡率（性別、年齢別の割合、移動性に関連する割合等）に関する既存情報の定期的レビュー・発行（普及）

2-2-3 母子保健分野における課題

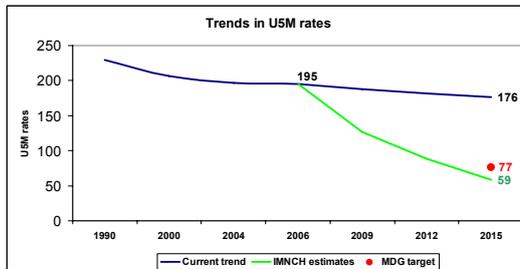
(1) 「ナ」国における母子保健の現状

1) 母子保健指標

「ナ」国連邦保健省が2007年に発表したIMNCH Strategyの報告書によると、「ナ」国の5歳未満児死亡率は195（出生1000対）、妊産婦死亡率は800（出生10万対）であり、女性の18人に1人が妊娠や出産に関連したリスクによって死亡している。「ナ」国では過去15年で妊産婦死亡率及び5歳未満児死亡率が減少する傾向にあるものの、これらの数値はサブサハラのアフリカの平均値と比較しても高く、現在でも同国の母子の健康状態は極めて劣悪な状況におかれている。同報告書によると、妊産婦死亡及び5歳未満児死亡の原因は、両者ともにその多くが予防しうるものであり、「ナ」国における保健医療サービスの質と量の不足が「ナ」国における母子の健康状態に負の影響を与えているとされている。

また、5歳未満死亡率201（出生1000対）に対し、乳児死亡率は100（出生1000対）、新生児死亡率は48（出生1000対）であり、こうした統計的な数値からは、妊娠や出産の状況が「ナ」国における妊産婦死亡率の高さだけでなく、子どもの死亡率の高さにも影響を及ぼしているといえる。

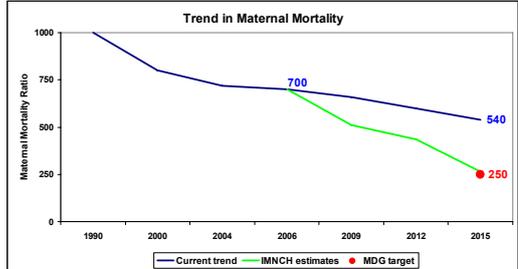
< 妊産婦死亡率の推移 >



主な妊産婦死亡要因

- 出血（23%）
- 感染（17%）
- 子癇（11%）
- 安全ではない墮胎（11%）
- 障害を伴う分娩（11%）
- マラリア（11%）
- 貧血（11%）

< 5歳未満児死亡率の推移 >



主な5歳未満児死亡要因

- マラリア（24%）
- 肺炎等呼吸器感染症（20%）
- 下痢性疾患（16%）
- 麻疹（6%）
- HIV（5%）

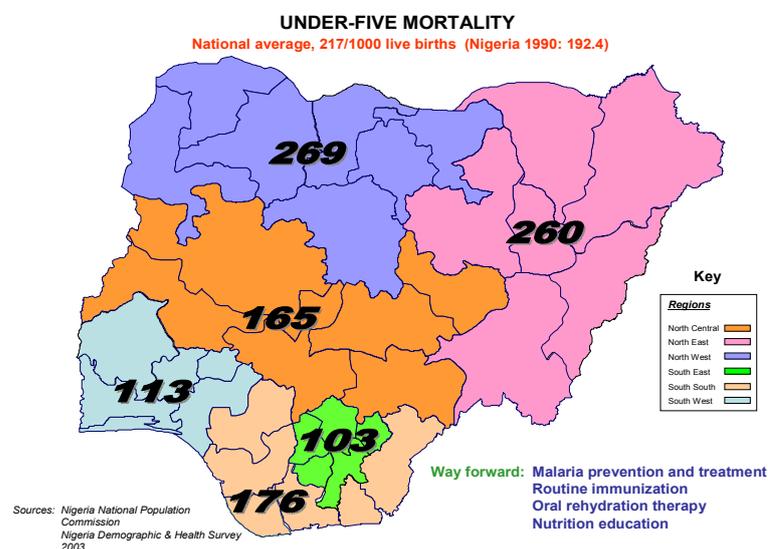
出所：Integrated Maternal, Newborn and Child Health Strategy, 2007

図2-5 妊産婦死亡率の推移と5歳未満児死亡率の推移

2003年に発表されたDemographic Health Surveyによると、「ナ」国では女性の63%が少なくとも一度はANCを受診しており、サブサハラの平均的な状況にあるといえる。一方で、ANCを4回以上受診している女性は47%、破傷風の予防接種の接種率は40%と低い。また、医療従事者の介助を伴う分娩は35%と低く、施設における分娩率も33%と自宅分娩を選択する傾向にある。加えて、「ナ」国では緊急産科を実施できる医療施設は産科施設全体の20%にも満たず、たとえ施設分娩を選択しても分娩時のリスクを回避することが困難な状況にある。また、合計特殊出生率（Total Fertility Rate : TFR）は5.7と女性の妊娠出産機会の多さは妊産婦死亡の潜在的な要因となっており、近代的な避妊法の普及率も33%と低い。ただし、平均出産間隔は31か月で、出産間隔は維持されており、希望子ども数自体が多い（既婚女性の希望子ども数7.3人）ため避妊法へのアンメットニーズも17%と少ない。

また、「ナ」国には南部地域を中心に女性器切除の慣習が残っており、女性の5人に1人が性器切除術を受けている。性器切除は出産に伴う合併症の原因となっており、妊産婦死亡のリスクを高めるだけでなく、女性の生涯を通じた性と生殖の健康の観点からも課題と考えられる。

「2-2-2」で述べたとおり、「ナ」国の保健指標は都市部と農村部及び南部と北部等での地域間格差が激しい。母子保健指標に関しても同様であり、今回プロジェクトの対象となっているラゴス州が属する南西部における母子保健指標は「ナ」国の中では比較的良好な状況にある。



出所：Health paper from donors to health minister, 2008

図 2-6 5歳未満児死亡率

表 2 - 2 母子保健統計

	Sub Sahara*	Nigeria								
		total	urban	rural	north central	north east	north west	south east	south south	south west
MMR	920	1100*								
Neonatal MR	44	48	37	60	53	61	55	34	53	39
1 MR	95	100	81	121	103	125	114	66	120	69
5 MR	160	201	153	243	165	260	269	103	176	113
ANC (at least once)	69	63	85	54	75	53	41	99	83	98
Delivery attended SBA	43	35	59	26	49	20	12	88	56	81
TFR	5.3	5.7	4.9	6.1	5.7	7	6.7	4.1	4.6	4.1
FP (modern method)	23	8	14	6	10	3	3	13	14	23
children fully immunized		13	25	7	12	6	4	45	21	33
education	66	62	74	51	59	32	28	82	79	77

出所：※はUNICEF：The state of world child（2008）、※以外はDHS Nigeria（2003）

（2）「ナ」国連邦による母子保健対策

「ナ」国保健省は、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）の目標4（子どもの死亡率の減少）及び5（妊産婦の健康の向上）を2015年までに達成することを目的としたIMNCH Strategyを2007年に発表している。本戦略はUNICEF、WHO等の支援により作成されたものであり、これらドナーによる支援も含め、「ナ」国の母子保健に対する支援は本戦略に沿って実施されている。

IMNCH Strategyの骨子は以下の7点である。

- 1) 質の高い保健サービスへのアクセス改善
- 2) 医療・検査機材、薬剤、ワクチン、リプロダクティブヘルス資材、殺虫剤浸透蚊帳（ITN）等、基本的な機材の供給とメンテナンスの確保
- 3) Maternal, Newborn and Child Health（MNCH）に関するホームケア及び施設ケアに関する個人、家族、コミュニティの能力強化
- 4) MNCHサービスに関する管理及び組織の能力改善
- 5) 多様なリソースを活用した資金調達メカニズムの構築
- 6) 妊産婦及び乳幼児に関するMDGsの進捗状況のモニタリング、評価システムの強化（質の高い検査技術を含む）
- 7) IMNCH Strategyの実施支援のためのパートナーシップの構築と継続

IMNCH Strategyでは、実施時期を3つのフェーズに分けており、現在はフェーズ1（2007～2009年）として、戦略に沿った計画を実行するうえでのボトルネックの特定とその解消を中心的な課題として取り組んでいる。また同報告書では、フェーズごとの適

切な介入手法の選択と実施、州レベルや地方行政区レベルへの本戦略により介入の拡大、官民のパートナーシップの重要性、モニタリング・評価についても言及されている。

なお、連邦保健省における母子保健政策及びプログラムの策定と実施は、Public Health 課が担当している。

2-3 ラゴス州における保健医療分野の現状と課題

2-3-1 ラゴス州における保健医療政策

(1) ラゴス州経済強化開発戦略

ラゴス州政府は連邦のNEEDSに沿って、LASEEDS2005-2007を発表している。保健政策の要旨は次のとおり。

- 1) 無料の住民参加型PHCサービス
- 2) 包括的な二次医療ケアサービスの提供
- 3) 保健セクター改革プログラムの制度化（州健康保険計画を含む）
- 4) 政府間の役割の改善
- 5) 保健体制とマネージメントの改善
- 6) 疾病負担の軽減
- 7) 保健サービスのアクセスの改善
- 8) 開発課題としてのHIV/AIDS及びマラリアの取り組み
- 9) 保健資源とそのマネージメントの改善
- 10) 保健の質の向上
- 11) 消費者の意識の向上及びコミュニティ参加
- 12) 効果的なパートナーシップ／協力・協調の奨励
- 13) 保健セクター改革のためのコミュニケーション戦略の確立
- 14) パフォーマンス・モニタリングと評価体制の構築

また、ラゴス州はサービスの向上をめざし、1999年からPro-poor health care programmeを開始している。このプログラムには、12歳未満の子どもへの治療、ANC、正常分娩、PMTCT（Prevention for Mother and Child Transmission）、マラリア治療の無料化、ラゴス州救急車サービス（LASAMBUS）及びラゴス州緊急サービス（LASEMS）の提供等、母子保健に関連したサービスも含まれている。

ラゴス州では、2006年8月、保健セクター改革法を「ナ」国の中でもいち早く可決した。法案の中で、保健セクター改革に伴うラゴス州・地方行政区の保健セクター体制に係る関連機関の役割や保健施設の役割が明確にされており、特に地方行政区やPHC活性化に向けた組織づくり、伝統医療制度の整備等が盛り込まれている。

本プロジェクト関連すると思われる機関は以下のとおり。ただし、地方行政区（LGA）関連の機関は計画中的のみで、実施には至っていない〔(c) 及び d〕。

a) Lagos State Ministry of Health

州保健セクター全体の監督及び政策策定機関。

b) Health Service Commission

保健人材マネージメント（公立病院医療職、事務職の雇用等）を担う。州保健省の

下に位置するが、州保健省と別に事務次官が置かれ、自治権を持つ。

c) Lagos State Primary Health Care Board (LSPHCB) (計画中)

Parastatal (agency) の位置づけ。州のPHCサービスに係る調整業務（計画、予算、モニタリング及び評価等）、PHCスタッフの雇用、研修等を担う。PHCスタッフ雇用に関して、現在はLocal Government Service Commissionの所掌であるが、LSPHCBの開始と同時に移行する予定（始動時期は未定）。

d) Local Government Health Authority (計画中)

各LGAに設置され、達成目標の設定、モニタリング及び監督等を担う（開始時期は未定）。

e) Ward Health Committee (一部のWardのみ実施)

各Wardに設置され、LGAに配置されているMedical Officer of Healthの日常の保健施設のマネージメント支援、保健施設に係る申請書の作成、研修の実施等を担う。

f) The Lagos State Traditional Medicine Board (LSTMB)

Parastatal (agency) の位置づけ。ラゴスはこのboardを設置している唯一の州である。州における伝統医との連携強化のために設置された〔伝統的産婆 (Traditional Birth Attendant : TBA) もこのboardに属する〕。

2-3-2 保健行政

(1) 一般情報

公式上ラゴス州は20の地方行政区で構成されていることになっているが、州政府は増加する人口に対応できるよう2004年から20の地方行政区を57とした。しかし、これは連邦政府の許可が降りないまま地方行政区への地方交付金を連邦政府が差し止めるなどの措置に出たため、州政府としては57の地方政府を置きつつ、公式には地方行政区20、残り37は地方自治開発区 (Local Council Development Areas) としている。20地方行政区は以下のとおり。

1. アゲゲ (Agege)	11. イケジャ (Ikeja) ー州都
2. アジェロミ・イフェロドゥン (Ajeromi-Ifelodun)	12. イコルドゥ (Ikorudu)
3. アリモシヨ (Alimosho)	13. コソフェ (Kosofe)
4. アムオ・オドフィン (Amuwo Odofin)	14. ラゴス・アイランド (Lagos Island)
5. アパパ (Apapa)	15. ラゴス・メインランド (Lagos Mainland)
6. バダグリ (Badagry)	16. ムシン (Mushin)
7. エペ (Epe)	17. オジョ (Ojo)
8. エティ・オサ (Eti-Osa)	18. オシヨデイ・イソロ (Oshodi-Isolo)
9. イベジュ・レキ (Ibeju-Lekki)	19. シヨモル (Somolu)
10. イファコ・イジャヨ (Ifako-Ijaiy)	20. スルレレ (Surulere)

57になると、例えばエチ・オサ地方行政区（連邦承認）では4つのLGA/LCDA（ラゴス州承認）で構成されることになる（1. エチ・オサ地方行政区、2. イコイ・オバレンデ地方自治開発区、3. イル・ビクトリアアイランド地方自治開発区、4. エチ・オサ・ウエスト地方自治開発区）。

ラゴス州の州都はイケジャで、州官庁が存在する。アブジャに首都が遷移する前の連邦機関はラゴス・アイランド、ビクトリア・アイランド等に位置している。一般的に州内でラゴスといった場合これらのアイランドを指すことが多い。

保健事情は「ナ」国平均よりも良い状況であるといえる。2005年の州保健省の統計では乳児死亡率85、5歳未満幼児150、妊産婦死亡率650となっている。予防接種率についてはプログラムに力を入れた2007年は約80%とまで改善したが、2007年後半には野生ポリオが発生するなどまだまだ予断を許さない状況である。HIV/AIDSは3.3%と着実に減少傾向にある。

なお、主な死亡原因は感染症が中心であるが、州政府では成人病、生活習慣病（乳がん、糖尿病、腎臓病等）の予防にも力を入れ始めている。

以下に「ナ」国全体と州政府の主要保健指標を示す。

表2-3 「ナ」国全体と州政府の主要保健指標

	「ナ」国全体	ラゴス州
乳児（1歳未満）死亡率（／千人）	115	85
乳幼児（5歳未満）死亡率（／千人）	205	150
妊産婦死亡率（／10万人）	948	650
平均寿命（年）	48	55
麻疹予防接種カバー率（%）	60%	60%

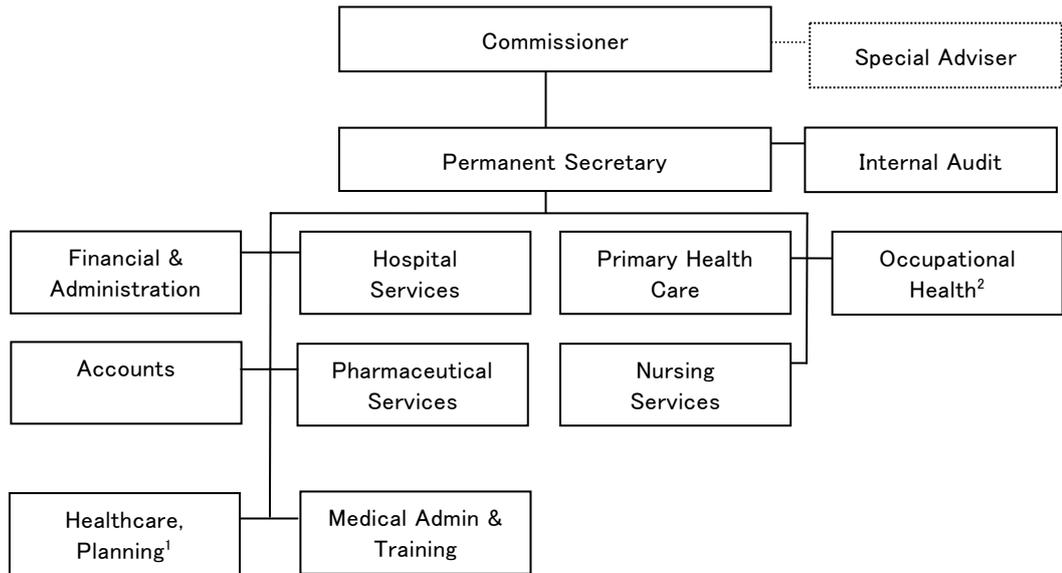
出所：Lagos State Ministry of Health

（2）州・地方行政区の組織体制

1）州保健省

州保健省は国家政策に沿った州の保健政策及びプログラムの策定、プログラムの実施、政策及びプログラムのモニタリング・評価、二次医療施設（総合病院、専門病院）の運営管理、地方行政区への技術面及びPHCの監督の支援等を行う。

予算は独自予算と連邦保健省からの地方交付金がある。地方交付金については州の財務省に予算（州と地方行政区分）が入る仕組みとなっている。



1 : Healthcare, Planning, Research and Statistics

2 : Occupational Health/Staff Clinic

注 : Primary Health Careは通常Public Healthと呼ばれているが、連邦が定める州の組織図ではPrimary Health Careとなっているため、正式な組織図にはこのように示される。

図 2 - 7 州保健省の組織体制

2007年4月の大統領・知事の総選挙後、州保健省に新しくSpecial Adviserというポストが設置された。Special Adviserは、political appointeeで、Commissionerとはほぼ同格になる。職員数は2006年11月現在、2,308名（三次医療施設であるラゴス州立病院のスタッフを含む）で、技術職（医師、看護婦等）が1,858名、事務職が450名である。

現在の体制は、Honorable Commissioner for Health、Special Adviser on Health、Permanent Secretaryのもと、9つの局と1つのAgencyからなっている。

① Finance and Administration

② Occupational/Environmental Health and Staff Clinic

③ Lagos State Ambulance Service (LASAMBUS)

州全体の救急車サービス。救急車が必要な場合は、LASAMBUSから手配する。ラゴス州は各病院・医療施設に救急車が配置されていない*。

* State Ministry of Local Governmentがすべての地方行政区（ラゴス州の定める57地方行政区ー公式数字は20）に救急車を供与することを発表し、救急車が供与された。しかしながら、手続き等は地方行政区単位で行うことになっており、供与された救急車が十分に機能しているとはいえない状態である。

④ Healthcare, Planning, Research and Statistics

SEEDSや保健セクター改革プログラムの取りまとめ。州管轄の病院（総合病院、専門病院）の統計の収集・集計。

⑤ Accountants

⑥ Nursing Services

⑦ Pharmaceutical Services

⑧ Public Health

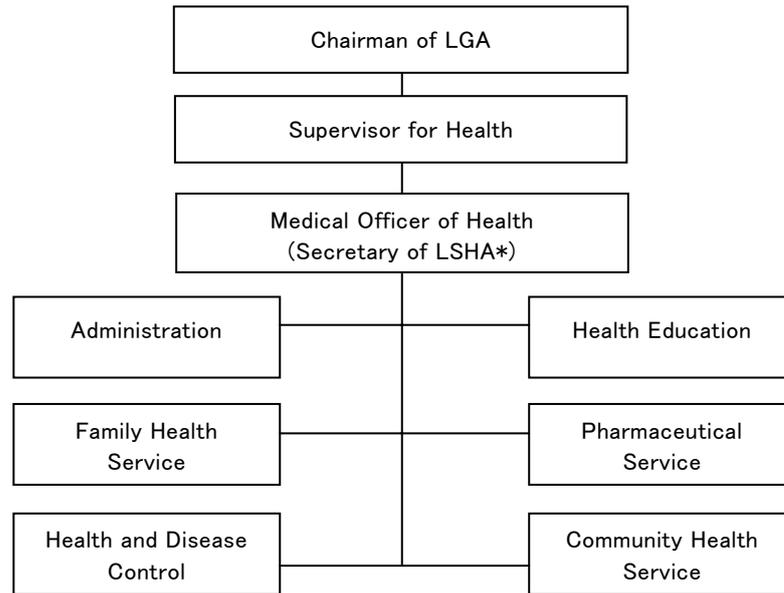
公式にはPublic Health局で通しているが、活動はSub-directorateとしてFamily Health and Nutrition（プロジェクトのカウンターパート局）とDisease Controlに分かれ、それぞれにDirectorがいる。

⑨ Medical Administration Training and Programme

⑩ Health Facility Monitoring and Accreditation Agency

2) 地方行政区

地方行政区の保健セクターに係る組織図は図2-8のとおり。



* LSHA : Lagos State Health Authority

図2-8 保健セクターに係る組織図

Medical Officer of Healthと各課の役割は以下のとおり。

- ① **Medical Officer of Health**
PHC Departmentの運営・管理（計画策定、予算、スタッフの教育等）、各課の監督、調整、モニタリング・評価、他の政府関・政府機関との連絡、ジュニア・スタッフ、ボランティア・ヘルス・ワーカー、TBAの研修等*。
*TBAの研修に関しては、必要であれば研修を独自にもつこともあれば、LSTMB等と協力して行うこともある。
- ② **Family Health Service**
妊産婦ケア（産前産後健診、分娩）、子どもの健康（子ども健康クリニック Child Welfare Clinic）、栄養、家族計画、国家予防接種プログラム、学校保健、モニタリング・評価。
- ③ **Health and Disease Control**
疾病サーベイランス、統計（出生、死亡登録の管理）、疾病対策プログラム等。
- ④ **Health Education**
保健教育とプロモーション、コミュニティ・センシタイゼーション。
- ⑤ **Community Health Service**
ボランティア・ヘルス・ワーカーの監督、アウトリーチ・サービス、外来サービスの運営、ヘルスポスト・サービスの運営、国家予防接種プログラム。

(3) 州及び地方行政区の保健医療サービス

<保健医療施設の位置づけと役割>

1) 三次医療施設（教育病院）

- ・ラゴス州には州管轄の教育病院は1箇所である。

- ・高度医療の提供
- 2) 二次医療施設（総合病院及び専門病院）
- ・ラゴスの二次医療施設は総合病院（22）及び専門病院（3）である。
 - ・専門医療（内科、外科、小児科、産婦人科、コミュニティヘルスの外来、入院）の提供
 - ・一次医療施設からのリファラル先
 - ・プロジェクト対象地域（6つの地方行政区）には8つの総合病院がある（アジェロミ・イフェロドゥン（1）、アパパ（1）、ラゴス・アイランド（2）、ラゴス・メインランド（3）、スルレレ（1）。
- 追記：そのためこれらの総合病院へも妊産婦がリファーされるが、ラゴス島産科病院はこれらの総合病院もあわせて最終的なリファラル先である。
- ・ラゴス島産科病院は産婦人科の専門病院で、産婦人科の専門では三次医療施設の役割を果たしている（他州からも患者が移送されることもある）。
 - ・ラゴス島産科病院ではプライマリヘルスケアとしてANC、家族計画等も行っている。
- 3) 一次医療施設（プライマリヘルスケア施設）
- ・ラゴス州の一次医療施設にはPHCとヘルスクリニック（HC）がある。ヘルスポスト³（HP）もこの中に入るがラゴス州は今後これを廃止していく方針。
 - ・PHCは原則24時間体制で、分娩施設を持つ。HCは分娩施設を持たないプライマリヘルスケア施設（8時間体制が多い）。ただし、PHCのキャパシティ（人員や収容施設の不足）の問題からセンターであっても24時間体制で分娩サービスが提供できないところもある。
 - ・ラゴス州は20の地方行政区を持ち、事前調査による最新データではPHCが156、HC16、HP18、他（どのタイプに当てはまるか不明な施設6）で計196（ただし、リストでは機能している施設が198、機能していない施設10となっており、総計が208）。また、地方行政区によってはHCを明確に表示せず、PHCと申請しているところがあるとのこと（州保健省では更なる調査を実施し、最新版を作成する予定）。
 - ・PHCの数は地方行政区によって異なる。プロジェクトサイトの状況は以下のとおり。アジェロミ・イフェロドゥン－PHC（5）、アパパー－PHC（4）、エティ・オサー－PHC（10）、HP（3）、ラゴス・アイランド－PHC（5）、HC（1）、ラゴス・メインランド－PHC（5）、HP（1）、スルレレ－PHC（5）、HC（1）の計40のプライマリヘルスケア施設がある。
 - ・地方行政区はWardで区切られ、各Wardに一つのPHCが原則である（そのWardの人口がPHCのcatchment populationとなる）。しかし、WardによってはPHCが存在しないため、そのWardの住人は他のWardにあるPHCを利用することになるが、catchment populationには反映されていないため、PHCによってはcatchment population以上の訪問者（患者）を受け入れていることになる。
 - ・PHCに勤務する保健医療従事者は看護師、地域保健師（Community Health Officer：CHO）、コミュニティ保健普及員（Community Health Environmental Workers/Community

³ 参考までにHPの役割を述べると、HPの管轄は地方行政区で、マラリア、咳症状、下痢症状等への処方が主な役目である。妊産婦に係る活動（ANCや予防接種等）は実施されていないが、相談を受け付け、PHCにリファーする。子どもの臨時予防接種（NPI等）の際には予防接種を提供することはあるが、定期予防接種は実施していない。

Health Extension Workers : CHEW)、環境保健オフィサー (Environmental Health Officer)、薬剤師とnon-medical staff である。人数はPHCごとに異なるが、ラゴス州の保健セクター改革法では最低限必要な人員配置を次のように定めている。なお、Visiting doctorは各地方行政に配属され、各PHCを巡回する⁴。

表 2 - 4 PHCの標準的な人員配置

PHC (24時間/日)	PHC (8時間/日)
<ul style="list-style-type: none"> • Visiting doctor (1) • Community Health Officer (1) • Nurses/midwives (4) • Community Health Environmental Workers (4) • Environmental Health Officers (4) • Pharmacy Technician (1) • Ward Maids (3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Visiting doctor (1) • Community Health Officer (1) • Nurses/midwives (2) • Community Health Environmental Workers (2) • Environmental Health Officers (2) • Pharmacy Technician (1) • Ward Maids (2)

- PHCの役割は基本的なヘルスケアの提供で、ラゴスのPHCでは主にANC、Family Planning、Immunization、Child Health、Drug Dispensary、Minor treatmentが提供され、センターの場合はこれに分娩が加わる。ただし、前述したとおり分娩施設があっても分娩サービスが機能していないセンターも存在する。またこの他にOral Health、Mental Health、Dental Clinic等のサービスを提供しているPHCもあった(2005年に実施したニーズアセスメントの聞き取り調査等)。保健セクター改革法でのPHCの提供すべきサービスを次のとおり定めてある。
- 現在のラゴス州ではHIV/AIDS [簡易テスト、自発的カウンセリングと検査 (Voluntary Counseling and Testing : VCT)、Prevention for Mother and Child Transmission (PMTCT) 等] や結核プログラム (DOTS) は連邦・州及びドナー支援のあるPHCに限定され実施されている(ほとんどのプログラムは州管轄の総合病院、専門病院で実施されている)。

表 2 - 5 PHCの提供すべきサービスの内容

① Family Planning	⑩ Maternal and Child Health
② Immunization	⑪ Adolescent Health
③ Drug dispensing (DRF)	⑫ Men Health
④ Environmental Health Services and Food Control	⑬ Care for the Elderly
⑤ Nutrition Education	⑭ Life Saving Services including minor operations
⑥ Registration of Births and Deaths	⑮ Treatment of minor ailments
⑦ Health Education	⑯ Oral Health
⑧ Referral System	⑰ Mental Health
⑨ Community Development Activities	⑱ Voluntary Counseling and Screening

⁴ 地方行政区の改革で、保健セクターのみならず全セクターでシニア・オフィサーを州に異動させ、ジュニア・スタッフを地方行政区に配属させるという若返り政策を採っている。

2-3-3 ラゴス州の保健医療分野における課題

(1) 保健医療分野の現状と問題点

1) 州保健省と地方行政区との連携

州保健省はPHCの活性化を保健セクターの重要課題として保健プログラムを実施しているが、現状ではあまりPHCの状況を把握しておらず、情報も共有されていないようである。今回の調査で実施したPHCの人材配置状況のレビューでは、州保健省がその都度地方行政区の担当官（Medical Officer of Health）から収集するという方法であり、また場合によってはPHCの監督官であるMedical Officer of Healthさえも詳細を把握していないことがあった。患者数や死亡数、妊産婦ケアに係るデータもほとんど把握されていない。

訪問したPHCでは、月に何度かカルテの情報を書き写すために巡回しているスタッフがおおり、情報収集は定期的に行われているようである。また、予防接種に関しては、ドナーとの協力体制が構築されているため、長期的に州と地方行政区の情報管理ができているようである。

このように、保健情報に関する州保健省と地方行政区の連携は十分ではないと考えられる。

2) プライマリヘルスセンター（PHC）

現在、連邦、州、地方行政区ではPHCの活性化に取り組み始めている。連邦政府はラゴス州の各地方行政区の一つのPHCの改築と機材の供与、州ではPHCにおいて母子保健関連の無料サービスや地方行政区の保健スタッフを対象とした保健プログラム（人材育成、予防接種等）を実施している。また、地方行政区では人材不足解消のため人件費の高いシニア・オフィサーを州に異動させ、多くのジュニア・スタッフを雇用することで人材確保を図っている。PHC間のスタッフの共有及び分娩施設のあるPHCに人材を多く確保するなど、PHCで24時間サービスが提供できるような工夫が始まっていた。また、一つの地方行政区では熟練TBA houseをoutreachサービスの拠点とするなどTBAとの協力体制をとっている。

このようにPHC活性化に対する各政府や施設の取り組みは開始されたものの、PHCのスタッフ不足により24時間体制のPHCであってもサービスは限定的であり、ほとんどのPHCが日中のみで夜間分娩サービスを提供できる場所はわずかである。また、このようなPHCの存在が、比較的よいサービスを提供できる二次医療施設や、精神的な支えとなるTBAの利用に拍車をかけているとされる。また、ラゴス州は公的病院のほかに民間病院も多数存在しているため、富裕層は民間病院を活用し、貧困層は質の悪い公的医療施設を使用するという医療機会の二極化がみられている。

3) コミュニティ保健関係者

コミュニティには、コミュニティ開発連合（Community Development Association：CDA）と呼ばれる既存の組織があり、CDAのメンバーはコミュニティの代表者からなっている。CDAでは、予防接種の啓発活動やコミュニティの人々から寄付や労働力を募って、PHCに対し、時計、テレビ、水タンクの供与、あるいは水道のパイプの建設、PHCの改修等を支援している。コミュニティの人々にとって、母子保健が重要な問題とされ、こうした一連の活動はすべてボランティアでなされている。ただし現状では、コ

コミュニティ全体に、保健医療に参加するという認識が行きわたっているとはいえない状況である。

また、コミュニティにはPatent Medicine Vender (PMV) と呼ばれる、薬剤を小分けにして住民が購入可能な単位にして販売しているものがあり、多くの住民が利用している。PMVは住民の要望に応じて薬を販売するため、例えば抗マラリア剤であれば1 courseの完了が必要にもかかわらず、住民の支払い可能な分だけ薬を提供している。このため薬剤耐性等の問題が指摘されているが、PMVの販売活動を規制することは困難な状況にある。このため、州ではマラリア対策等の研修にPMVを取り入れるなど対策を講じている。

(2) ラゴス州における母子保健の現状

1) 母子保健指標

2005年に発表されたラゴス州経済強化開発戦略 (LASEEDS) 報告書によると、ラゴス州の妊産婦死亡率は650 (出生10万対)、乳児死亡率85 (出生1000対)、5歳未満児死亡率150 (出生1000対) であり、また、2007年には予防接種率が80%にまで上昇するなど、同州の母子保健指標は全国平均に対し比較的良好な状況にある。

他方、HIV/AIDSの感染者人口の多さ (ラゴス州のHIV/AIDSの感染率は3.3%であるが、同州の総人口が1790万人であることからその感染者人口は極めて多い) や、新たなポリオ野生株の報告 (2005年) など、課題も残っている。なかでも、私立病院を利用できる外国人等の富裕層と質の悪い公立の医療機関を利用せざるを得ない貧困層と間に生じている健康格差は、人口流入に伴うスラム化の進行とともに深刻度を増している。

2) ラゴス州における母子保健対策

ラゴス州保健省における母子保健政策及びプログラムの策定と実施は、Primary Health Care (Public Health) 局が担っている。現在、公衆衛生局では、連邦のIMNCH Strategyに沿ったプログラム展開のためのロードマップの作成を検討している。また、公衆衛生局では産科リファラルのガイドラインの作成にも取り組む計画であり、小児の場合は①PHC、②ジェネラルホスピタル、③産科病院。産科の場合は①PHC、②産科病院という経路を想定している。

(3) ラゴス州における母子保健実施体制の現状

1) ラゴス島産科病院

ラゴス州には24の公立の二次医療施設があり、21の総合病院と3つの専門病院 (産科、小児科、感染症) がある。3つの専門病院のうちラゴス島産科病院 (以下、「産科病院」と記す) が産科専門病院であり、国内最大規模の専門病院といわれている。

産科病院のベッド数は150床とも250床ともいわれるが、いずれにしても実際に機能しているベッドはそれらの一部のみである。産科病院には医師が31人 (うち産婦人科医6人、麻酔科医4人、地域保健1名)、看護師が160人配置されており (医療スタッフの人数は調査のたびに異なり、正確な数は不明である)、看護師は日勤、夜勤の二交代制をとっている。同病院を利用している患者からは、これら医療スタッフの態度の悪さについて指摘されている。

同院で提供されているサービスには、救急外来のほかに、産婦人科、産前健診、家族計画、予防接種サービス等である。産科病院における基本的なサービスは無料だが、帝王切開等、特殊な分娩では25,000～30,000ナイラ（1ナイラ≒1円）と10,000ナイラのデポジットをとっている。ただし、デポジットを準備できない場合も緊急の場合は、人道的な観点から緊急手術を施行することも多い。

ラゴス州保健省保健計画アドバイザー古閑個別専門家が2008年に実施した調査によると、産科病院の1日の患者数（産婦人科のほか産前健診等も含む）は312人（2008年2月期）で、分娩数は1日6から7件である（同218件）。また、救急患者は1日約57人で（2005年）、この中には緊急産科以外のケースとしてマラリア、事故の患者が含まれている。このように、同病院には患者が集中し、その結果待ち時間が長期化している。待ち時間が長いことは、患者の満足度の低下につながるだけでなく、患者が待ち時間に重症化するなどの状況を生み出している。

分娩サービスに関しては、全分娩のうち約半数は正常分娩であり（2008年2月期121件）、全分娩の20～50%を帝王切開（同89件）、鉗子分娩（同4件）等が占めている。同病院の妊産婦死亡のCase Fatality Rateは8%（2005年分娩数2,087件中178件が妊産婦死亡例）と極めて高く、産科病院長はその要因として、①産科病院が州立病院等の最終リファラル先になっているため妊産婦の状態が産科病院に来るころには既に重症化していること、②緊急産科の質が不十分であること、③産科病院への患者集中の結果等について指摘している。

なお、ラゴス州には産科病院以外にも、州立病院、ヘルスセンター、私立病院に産科・婦人科があるが、産科病院は、州立の総合病院、連邦政府の管轄医療施設、更には私立病院の最終リファール先となっている。搬送元は、ジェネラルホスピタル（二次医療施設）がほとんどで、ほかにTBAや宗教リーダー、他州や隣国からの患者も増加しているとされる。なお、PHCからの搬送ケースはほとんどない。

産科病院の施設概要と所感については別添資料3を参照のこと。

表2-6 ラゴス島産科病院の2003～2005年の患者の推移（2006年度の集計値）

年度	2003	2004	2005
外来（新規）	-	7,920	9,200
外来（再来）	-	18,585	21,076
救急患者	6,428	10,721	12,248
妊産婦の死亡数	129	150	178
出産数	1,568	1,888	2,087
正常出産	-	987	1,042

2) PHC、HC、HP

ラゴス州のPHCで基本的に提供される母子保健医療サービスには、分娩介助、産前健診、家族計画、予防接種、薬剤の投与等が含まれている（一部のPHCではアウトリーチ型の予防接種活動も実施している）。しかし、分娩サービスを行っているPHCは今回のプロジェクトの対象地方行政区内では11箇所のみで、うち24時間実施しているのは6箇所であった。なお、PHCでは正常分娩以外の対応はできない。

また、ラゴス州では産前健診や正常分娩等、母子や老人に必要な医療サービスを無料化しているが、PHCによって産前健診の際に登録料を徴収したり、分娩に必要な資材を購入させたりするなど、実際には診療代が発生していることが多い。また、ここでいう妊産婦に必要な資材とは、連邦保健省が作成したママキット（呼称）であり、臍帯クリップ、臍帯切断用のかみそり、コットン等がセットとなったもので、2000ナイラで販売されている。

3) TBA

ラゴスには、現在TBAとFaith-based Organization（FBO）と呼ばれる組織に所属するTBAがあり、前者は経験的にお産の技術を身に付けた者あるいは世襲のTBAのうち、Lagos State Traditional Medicine Board〔LSTMB、「2-3-1」（1）のf）参照〕の研修を受けTBAとして登録されているものを指し、後者は教会やモスクに属する分娩介助者のことをいう。LSTMBとは「ナ」国ではじめての伝統医（TBAを含む）の制度化及び育成のための組織である。州保健省がLSTMBを設立した背景には、①TBAが精神的な理由からも住民から頼りにされていること、②絶対的に不足する保健医療従事者の補填といった理由により、母子保健サービスの向上のためにはTBAの巻き込みが不可欠と判断したためとされる。現在LSTMBでは、伝統医の養成所を設立し資格要綱を明確化するTBAの登録制度を作り、未登録のTBAに対する営業禁止措置を取るなどしている。

LSTMBに登録されているTBAは、6週間の講義と6週間のOJTを行い、研修を受けたTBAは自宅等で分娩だけでなく、産前産後健診に携わる。しかし、ここでいう健診とはPHCで実施されるような健診ではなく、栄養指導や薬草等を用いたサプリメントの処方や薬草を用いて妊娠反応を確認している。

また、一部のTBAは妊産婦のリファーマも実施しており、リファーマが必要と判断した妊産婦は、PHC、ジェネラルホスピタル、ラゴス島産科病院、私立病院等に搬送している（LSTMBでは妊産婦の搬送先としてラゴス島産科病院を推奨している）。搬送先の産科病院でも、伝統医のリファーマの状況と比較し、TBAのリファーマについて一定の評価をしている（伝統医は妊産婦の状態把握が不適切で手遅れになることがあるとのこと）。その一方で、医師・看護師等の医療従事者のTBAの医療行為に対する反発は多く、産科病院でもTBAからの受入れを拒否することがあるとされる。現在LSTMBでは、リファーマ拒否への対策として、リファーマカードを発行するなどしている。ただ、TBAが搬送に協力しているという情報がある一方で、事前調査におけるTBAのインタビューからは、LSTMBの研修を受講しているTBAの中にさえ、妊産婦の状態に応じて医療施設にリファーマしておらず、TBAであることについても生計の手段としか捉えていないTBAが存在することも明らかになった。

古閑個別専門家が実施したLSTMBのチェアマンのインタビューによると、地域住民

はPHCと比較し、TBAを利用するケースが多く、その理由として①公立病院で適切なサービスを受けることができない、②私立病院と比較した場合コストが安い、③歴史的な背景及び精神的な理由等があげられている。一方、医療従事者や看護教育者等には①TBAの処置は破傷風等の感染症のリスクが高いこと、②TBAを介することによる適切なケアや搬送が遅れることなどを理由に、TBAのケアを否定する傾向がみられた。TBAのケアのなかには、直接健康を害するもの（例えば、唐辛子を目にすり込む、手首を熱した鉄で焼くなど）も未だ存在するようである。また、ラゴス州には男性のTBAも多く、全TBAの3分の1が男性である。

（4）看護教育

「ナ」国における看護師基礎教育は、看護専門学校及び大学の専門学科において実施されている。専門学校の受験資格は高校にて一定の成績を収めたものに限られており、学校ごとに実施される選抜試験に合格したものが看護学校に入学できる。カリキュラムは学校ごとで異なるが、看護師国家試験があるため教育内容はある程度標準化（日本の指導要領に相当する基準の存在は確認できず）されていると考えられる。教育期間は3年間である。

看護国家試験に合格後は、2年間の臨床経験が義務付けられており、ジェネラルホスピタル等でOJTを行う。2年の臨床経験を経て、多くは助産コースを履修している（ラゴス州保健省看護教育担当によると臨床で勤務する看護師の7～8割が助産コースまで進んでいるとのこと）。

また、「ナ」国には専門看護師（制度化されているかは不明）が存在し、教育病院には小児専門看護師、手術専門看護師等のコースが存在する。

今日、看護師の高学歴化が進んでおり、大学における看護教育課程（5年間）に進学する学生が増加する傾向にある。教育プログラムは両者で異なり、専門学校は技術面を、大学では学術的な視点を重視している。また、専門学校の教員によると、大学卒の看護師は海外流出する傾向があるともいわれる。

<看護基礎教育>

- 1) 看護基礎コース（3年、必修）
- 2) 臨床（2年間、必修）
- 3) 助産コース（18か月、希望者のみ）
- 4) 公衆衛生コース（18か月、希望者のみ）

また、CHEWはSchool of Health Technologyにおいて2年間学習したあと、資格を取得する。専門学校への入学資格は高校卒業である。

（5）住民の妊娠・出産に関する受療行動について

2006年にラゴス州保健省、WHO、及びJICAが共同で実施したプライマリヘルスケアサービスに関するニーズ調査によると、住民たちはマラリア、下痢、麻疹、栄養不良及び呼吸器感染症が健康問題の中心にあると捉えていた。また住民たちは、これら疾患のうち呼吸器感染症を除くすべてについて、原因、予防法、治療法に関する適切な知識を持

っていた。一方で、蚊帳を実際に使用している住民は少数（％）であった。また子どもの予防接種に関しても、その必要性をほとんどの住民が理解しているが、実際に予防接種を受けているのは女性の半数であり、第一子、第二子に対してはfully immunizationを行っている女性も第三子では行わない傾向にあった。このように、住民は健康や疾病予防に関する一般的な知識をもっているが、態度や行動には反映されていない状況にあった。

妊娠や出産に関する行動では、妊婦の半数は産前・産後健診を受診しているものの、その回数は「ナ」国が推奨する回数（少なくとも4回）よりも少なく、出産の場に関してはPHCやTBAよりも病院における分娩を好む女性が多い傾向がみられた。加えて、PHCにおけるサービスへの満足度は年齢層が高い者ほど低く、PHCに対して高い期待を寄せる傾向にあった。

また、今回の事前調査のインタビューでは、女性が自宅分娩（TBAや知り合いの看護師の介助による）を選択する主な理由として、最寄りのPHCに分娩サービスがないことをあげており、若い妊婦の中にはTBAの存在を知らないものさえみられた。また、PHCで分娩ができなくても、ANCやPNC、子どもへの予防接種はPHCで受診すると答えるものが多かった（ただし、事前調査ではPHCを利用している女性たち、言い換えると近代的な医療への関心が比較的高い女性へのみを対象にインタビューをしているため、ベースライン調査で詳細を調査する必要がある）。

（6）SWOT分析

以上の現状、問題点・課題について、長期派遣専門家によりSWOT分析にて整理されている。ラゴス州の保健分野に係る事柄を政策、施設、コミュニティ・レベルに分けて分析を行っている。

表 2-7 SWOT分析の結果

	強み Strengths	弱み Weaknesses	機会 Opportunities	脅威 Threatens
<p>政策レベル（特に母子保健関連に係る保健政策、プログラム）等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ LASEEDSが策定されている。 ・ Health Sector Reform Lawがある。 ・ 母子保健を含む人材育成強化を行っている（継続教育、研修等）。 ・ 子ども、妊産婦、老人に必要なサービスについては無料制度を導入している。 ・ 母子保健関連の新しい戦略としてIMNCHが適応されている。 ・ 州レベルには母子保健関連の人材が確保されている。 ・ 伝統医等の活用を積極的に考えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予算不足で実施が限られている。 ・ ドナー等の支援（資金）に頼らなくてはならない。 ・ Health Sector Reformプログラムの次の年次の作成が遅れている。 ・ 政策に反映できずデータや情報が不足している。 ・ 地方行政区（LGA）と情報共有がなされていない。 ・ 民間病院との連携・監督が不十分である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 商業都市で、州自体比較的自由である。 ・ 地方分権で、州にある程度権限がある。 ・ 大都市ということでドナー等の支援を受けやすい。 ・ 民間病院も多い。 ・ 連邦保健省が各LGAの一つのPHCの改築及び医療器材供与を行っている。 ・ 連邦のIMNCHの推進州である。 ・ IMNCHの一環であるIntegrated Management of Childhood Illnessesの活動が始まっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ PHC管轄である地方行政区との情報共有ができていない。 ・ 予算不足から地方行政区がPHCレベルの活動計画・実施をすることは難しい。 ・ 都市の発展に伴ってスラム街等で健康状況が悪化している。 ・ 人口増加により病院数や医師数も足りなくなっている。 ・ 慢性疾患等生活習慣病の患者が増えている。
<p>保健医療施設レベル：二次医療施設</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師、看護婦の技術レベルは高い。 ・ User chargeが導入され独自の歳入源を確保している。 ・ 保健セクター改革に基づき各病院に Hospital Management Committeeが設置されている。 ・ ほとんどの施設でHIV/AIDSサービス提供（VCT等）できている。 ・ リアラルの観点から携帯電話（通信）は普及している。 ・ リアラルの観点からバイクタクシー、車等の利用が可能である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療器材が不十分である。 ・ 適切なマネージメント、特に施設管理のマネージメントがされていない。 ・ 患者の治療や手術が User charge制度によって制限される。 ・ 病院ごとに救急車が配置されていない（州が救急車サービスを行っている）。 ・ 下部施設からのリファラル体制が十分ではない。 ・ 患者が集中しスタッフの負担が増えている。 ・ 患者に対する医療従事者の対応が悪い。 ・ インセンティブが十分ではない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ドナーからの様々な支援がある（HIV/AIDS、マラリア等）。 ・ 継続研修が実施されている。 ・ マラリア薬等特定の医薬品の提供が州保健省から行われている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基礎インフラ（電気・水）の供給が十分ではない。 ・ 交通渋滞がひどく、救急車制度が十分に活用できない。 ・ ドナー等の支援が十分に調整されていない（プログラムによっては調整機能あり）。

<p>保健医療施設レベル：一次医療施設</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師の技術レベルは高い。 ・いくつかのPHCでは改修作業が行われている。 ・PHCによってはUser charge制度があり、消耗品等の独自の購入が可能である。 ・定期予防接種が実施されている。 ・二次医療施設へのリファラル・フォームが導入されている（ファイードバック体制）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの質はいまだ低い。 ・人材が不足している。 ・PHCにジュニア・スタッフが配置された（シニアは州に異動）。 ・患者に対する医療従事者の対応が悪い。 ・PHCでは24時間サービスが提供されていない（分娩サービスに係る妊産婦ケアの対応ができていない）。 ・分娩サービスがないためANCの利用率が低い。 ・Community mobilization活動が活発ではない。 ・施設の老朽化や整備が十分でない。 ・基礎医療器材が不足している。 ・インセンティブが十分でない。 ・リファラル体制が十分でない。 ・データがまとめられたものがない。 ・ガイドラインや手順書等が一部にしか配布されていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・州やドナーの支援で様々なTOT研修が行われている。 ・PHCの活性化が州の重要な保健政策である。 ・ジュニア・スタッフの投入により人材不足を補うような動きが出てきている。 ・連邦保健省が各LGAの一つのPHCの改築及び医療器材供与を行っている。 ・州が24時間PHCに対し救急車の支援を予定している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基礎インフラ（電気・水）の供給が十分ではない。 ・管轄である地方行政区に十分な予算が確保されていない。 ・Health Sector Reformの中でもLGAに関する体制づくりが遅れ気味である。 ・医療従事者の人材確保が遅れている。
<p>コミュニティ・レベル（特に母子保健に関する住民の意識・行動、伝統医等）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニティによって住民組織を作っている。 ・自宅分娩はほとんど行われていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・Untrained TBAを利用する妊産婦が多い。 ・無登録のTBAが多い。 ・母親の予防接種に関する知識が不十分である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・TBAの登録制度が開始されている。 ・州政府によってTBAを対象とした研修が行われている。 ・民間病院も多く存在する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・民間病院のクオリティ・コントロールが不十分である。 ・適切な保健医療サービスのアクセスできない（保健医療施設はあるがサービスが提供されていない、診療費が高い等の理由からアクセスできない）。 ・Patent Medicine Vendor (PMV)等により適切に処方されない薬が売られている。

2-4 日本の支援実績

(1) 日本の支援実績状況

1) 支援の概要

日本は1999年からのODA再開後保健分野において以下の支援を行っている。現在、「ナ」国に対して日本は有償資金協力援助を行っていない。

<ラゴス州保健行政支援>

- ・ラゴス保健計画アドバイザー専門家派遣（2005～2008）
- ・AAKCP「きれいな病院」（2007～2008）

<マラリア・コントロール>

- ・技術協力プロジェクト「ラゴス州環境衛生・マラリア・コントロール（LESMAC）」（2004～2007）

<HIV/AIDS対策>

- ・国別特設研修「ナイジェリアHIV/AIDS感染予防対策」（2005～2007）
- ・HIV/AIDS対策医療特別機材供与（2006）

2) 技術協力

主な保健案件の詳細について以下に示す。

a) 「ラゴス州環境衛生・マラリア・コントロール（LESMAC）」

<案件の目的>

- ・JICAの支援によるラゴス州に普及できるようなマラリア・コントロールのモデルを構築する。

<成果>

- ・排水システムの建設とリハビリ及び毎週の環境衛生活動へのコミュニティの参加により環境状態が向上する。
- ・マラリア予防のための5歳以下の乳幼児と母親のITNの使用が増加する。
- ・コミュニティと保健施設のレベルにおいて疾病コントロールが強化される。
- ・LESMACプロジェクトと政府間での支援と認識が拡大する。

<支援機関>

- ・Department of Primary Health Care and Disease Control, Lagos State Ministry of Health
- ・Lawanson Community Partners for Health, Surulele
- ・Jas Community Partners for Health, Mushin
- ・Amokoko Community Partners for Health, Ajeromi-ifelodun

b) ラゴス保健計画アドバイザー専門家派遣

保健計画アドバイザーとして派遣された長期専門家は、以下の業務を行った。

①保健セクターのプライマリヘルスケアレベルのニーズ調査

2005年9月からニーズアセスメント（Needs Assessment：NA）の準備段階として州保健省を中心に州環境省、WHOの協力を得てNA手法開発のワークショップを開催し、適切なNAデータ収集のための質問状、チェックリストの作成、調査対象地方行政区の検討を行った。質問状は政策レベル、施設レベル及びコミュニティ・レベルに対し、以下のような調査項目で構成された。

- ・政策レベル（地方行政区の政策策定者）：保健政策、保健プログラム、予算等

- ・施設レベル（MOH、PHCスタッフ－看護師、CHO等）：PHCの活動状況、情報収集体制、機材の状況、施設の整備状況、スタッフ満足度等
- ・コミュニティ・レベル（伝統医、TBA、薬売り、住民等）：生活環境状況、健康に対する行動様式、PHCへの満足度等

表2－8 プライマリヘルスケアレベルのニーズ調査結果

施設レベルの問題点	住民レベルの問題
<ul style="list-style-type: none"> ・24時間が原則であるPHCで、調査対象PHCの約半分が24時間サービスを提供していなかった。 ・スタッフが不足気味であったが、PHCによっては十分なスタッフ数が確保されているなどPHCごとに偏りがみられた。 ・約半数以上の対象PHCで分娩サービスが提供されていなかった。 ・対象PHCでは50％程度の基礎医療器材しか整備されていなかった。 ・基礎インフラの整備（電気、給水、衛生施設等）が、ほとんどの対象PHCで整備されていなかった。 ・住民のPHCの満足度（必要なサービスの有無、施設、スタッフの態度）は低かった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・住民は伝統医等コミュニティ・レベルの医療施設の利用者も多かった。 ・これらの伝統医は研修機会等はほとんどないようであった。 ・マラリア対策のための妊産婦の蚊帳利用率は低かった。

②保健医療施設環境改善促進

「保健医療施設環境改善促進」においては、ニーズ調査においてもPHCの施設やスタッフに対する住民の満足度が低いことが判明した。日本の製造業による施設業務改善運動（5S：整理、整頓、清掃、清潔、躰：英語ではSort、Set、Shine、Standardize、Sustain）を新しいマネジメント（Total Quality Management：TQM）のアプローチとして導入することを保健省に提言、合意を得たものである。本アプローチは小規模かつ多くの資金投入が必要はないこと、改善が一目でわかるなどの利点がある。

また、環境改善促進を進めるなかで、JICAのAAKCP「きれいな病院」が開始され、「ナ」国からの研修員としてラゴス州保健省家族健康・栄養局長及びラゴス島産科病院長（パイロット病院）が日本・スリランカにおける導入セミナーに参加した。1年半のプログラムで導入セミナー後、ラゴス島産科病院から担当者レベル3名がスリランカのフィールド・ワークショップに参加し、パイロット・プロジェクトが2008年7月まで実施される予定である。同年10月には最終セミナーとしてパイロット・プロジェクトの結果報告及びTQM-CQI-5Sを応用した病院管理改善のための戦略について討議が行われる予定となっている。2008年3月下旬において活動を完了した。活動詳細は表2－9のとおり。

表 2-9 保健医療施設環境改善促進の活動

対象場所	活動	妥当性	期待される成果・効果
1. カルテ庫	カルテ庫（待合室を含む）に必要な家具等の購入	外来患者の待合室がないため、診療までの間、廊下は患者で混雑している。また、診察の順番が回ってきた患者の居場所が確認できないため患者の待ち時間、診療時間が長くなっている。	1. 外来患者に対する病院環境の改善 2. 患者のカルテ取得から診療室に呼ばれるまでの時間の削減 3. 外来の効率化
2. 救急治療室	救急患者のための待合室の建設と必要な家具の購入	現在救急患者は病院の外に置かれた椅子で順番待ちをしている。特に悪天候（炎天下）の際は患者の待合環境は劣悪である。	1. 救急患者の待合環境の改善 2. 救急患者の待ち時間の軽減
3. ゴミ収集	ゴミ箱の購入	ゴミ箱が十分に設置されていない、分別ゴミが明確になっていない。また、病院全体のゴミ箱も不足しているため、ゴミが適切に処理されていない。	1. 効果的なゴミ収集システムの構築 2. 病院環境の改善
4. 倉庫	倉庫の設置	整理・整頓が進むなか現在 unnecessary 機材、資材を保管する場所が不足している。	1. 各病棟、外来室のスペースの確保 2. unnecessary 機材管理システムの構築
5. 食堂	食堂の改善に必要な家具、資材の購入	病院食堂は利益が期待される部門であるが、医療部門ではないため病院側の食堂に対する意識は低く、食堂で働く職員の士気も低い。また、設備も不十分である（椅子や机が不足）。	1. 食堂の利用者の増加 2. 食堂の収入の増加（これが病院収入として病院改善活動費等に充てられることが期待される） 3. Non-medical部門の士気の上昇
その他	ペンキ塗り	既に、病院の経費で病院環境改善のためのペンキ塗りが開始されているが十分な予算が確保されていない。そのため、特に対象ユニットに対しこの活動を支援する必要がある。	1. 病院環境の改善
	整理・整頓のための家具（ガラス付き）の購入	病棟では既存のキャビネットを使用し整理・整頓（ラベルの導入）を進めているが、キャビネット（壊れたものを含む）が不足している。	1. 病棟の整理・整頓の促進 2. 病棟の効率化
	整理、清潔（standardize）のための資材の購入	整理のためのタグ及び入院患者を管理するファイルが十分に確保されていない。後者に関しては入院患者のカルテを各ベッドに設置することで回診の効率化と時間の短縮を図ることができる。	1. 整頓・清潔の促進 2. クリニック、病棟の効率化

③州保健省関連活動支援

情報収集、助言、またJICAとして可能な支援企画、必要に応じて研修の講師として技術移転を行った。保健省関連活動支援の概要は表2-10のとおりである。

表2-10 保健省関連活動支援概要

時期	活動	支援内容	成果
2006年10月	麻疹キャンペーン	約4,000枚のポスターと40,000枚のチラシの印刷・配布及びラジオ放送。モニタリング	Social mobilizationの一環としての活動であった。この期間、約80%と高い予防接種率を収めた。
2007年3月	子どもの健康週間	約20,000枚のPHC活動紹介パンフレット印刷・配布	母親、ケア・ギバーに対してPHCの利用及び子どもの健康促進を図った。
2007年3月	鳥インフルエンザ	約5,000枚の鳥インフルエンザに関するパンフレット印刷	2007年1月のラゴス州での鳥インフルエンザでの死亡が確認された。そのため、州の医療従事者に対し同病気の情報配信ができた。
2007年7月	ジェンダーセミナー	セミナーの開催支援とJICAジェンダー専門家の招聘	州保健省では保健プログラムへのメインストリーミング化の推進を図っており、それに必要なスタッフに対してジェンダーの意識の向上ができた。

④ラゴス環境衛生改善・マラリア対策のモニタリング

上記プロジェクトは2004年10月開始、2007年10月に終了した。州保健省・環境省と協力して3つの地方行政区（スルレレ、ムシン、アジェロミ・イフェロドゥン）で現地NGO（Community Partner Health : CPH）が住民参加型環境衛生活動、マラリア対策を実施するものであった。主な環境衛生活動は毎週住宅（職場）周辺の清掃、溝掃除、地方行政区と協力した排水路の整備、またマラリア対策ではITNの普及、医療従事者へのマラリア対策に係る人材育成、住民に対する保健教育であった。

毎月実施される定期報告会への参加、必要に応じてサイト訪問、州のマラリア会合等で得た情報等を適宜CPHへのインプット、州政府とCPHの調整業務を行った。

JICAプロジェクト対象地域である3つの地方行政区を対象に、JICAが環境衛生教育に係る教材作成費、6つのパイロット校への掃除用具機材供与、COMPASSが研修運営コスト、講師、教材作成（この部分は専門家も協力）の支援を行った。総数1,373名の公立、イスラムの小学校の教師が2回の研修に参加した。また、3つの地方行政区以外にCOMPASSの対象地域である他の11の地方行政区にも環境衛生教育を組み込んだ研修を実施し3,555名の教師が受講した。また、6つのパイロット校では教師が「美化運動」に対するアクション・プランを作成し、供与された掃除用具を使いながら学校美化運動を展開した。

3) 無償資金協力

技術協力のほかに、UNICEF経由無償資金協力「ナイジェリア連邦共和国における小児感染症予防計画」を実施し、蚊帳及びポリオワクチン等の調達・配布等をUNICEF経由にて供与している。

2-5 ドナー機関の動向

「ナ」国の保健セクターにおいては、WHO、UNICEF、USAIDが中心となるドナーである。WHO、UNICEF、USAIDの活動内容についてラゴス州における活動を中心に示す。

(1) WHO

1) Integrated Maternal, Newborn and Child Health (IMNCH)

WHOは連邦保健省の進めるIMNCH Strategyに基づき活動を行っていくこととしており、活動がよりコーディネートされた形で実施されるようになってきている。IMNCHの基本的な考え方は、継続ケア、サービスの統合 (Integration)、女性と子どもの権利、平等性、マルチセクターの協調、パートナーシップの活用である。

実施に際しては、家庭・コミュニティ、一次医療施設、新生児、乳幼児、妊産婦のための継続ケアを実施するためのリファール先の医療施設である。具体的なWHOのIMCIの介入は①PHC (施設) レベル：スタッフの研修、②保健供給：必須医薬品、リファラル、記録、マネジメント、③コミュニティ・レベル：UNICEFと同様CORPSのkey household practiceの支援等である。

2) ラゴスのIMNCHの状況

IMCIに関してはいえばあまり進んではいない。研修は実施されたようであるが、どのレベルの研修かもよく把握されていない。連邦保健省はIMNCH推進のため強化州を12州選び、2008年は6州で取り組みを開始する予定。その6州にラゴスが選ばれている。今後の予定は、州からの連邦への意思表示が終われば、rapid assessmentが実施され、アクション・プランの作成、実施と移っていくようである。WHOとしては、JICAのMCHプロジェクトとIMNCHが連携協力することで、ラゴスのIMNCHが促進されると歓迎の意向を示している。

3) WHOの活動内容・活動方針

WHOによる現在のリプロダクティブヘルス (Reproductive Health : RH)、IMCI、EPIに関する活動内容・活動方針は以下のとおり。

a) WHOのRH活動

<「ナ」国>

- ・助産士に対するLife Saving Skillの研修、CHEWに対する限定した内容のLife Saving Skillの研修、医者に対する拡大した内容のLife Saving Skillの研修
- ・緊急産科ケアクリニック (BEOC)、包括的必須産科ケア (CEOC)、PHCの間の効果的なリファラル関係の強化
- ・安全キット (safe motherhood equipment) 等の供与
- ・定期的な技術的なモニタリングと監督
- ・ラジオによるコミュニケーションのネットワークと救急車のサービス

- ・コミュニティとの連携

<ラゴス州>

- ・安全な妊娠にするイニシアティブ（MPS）は7州において実施（ラゴス州では、スルレレとイコルドゥ地方行政区に対して実施）
- ・NYSC（National Youth Service Corps：青年奉仕団）医師に対する緊急時産科・新生児ケアの研修及び基本的な機材の供与
- ・School of Midwiferyの教員に対するLife Saving Skillの研修の実施

b) WHOのIMCI活動

<「ナ」国>

- ・政策、戦略、計画、教材の開発に対する支援
- ・第一次医療施設における保健医療従事者の技能向上
- ・世帯及びコミュニティにおける主要活動の実践の推進
- ・保健システムの改善－薬剤、供給、リファーマー等
- ・第一次のリファラルケアのための能力構築
- ・IMCIを普及するための組織能力の開発
- ・パートナーシップの構築と子どもの健康のためのリソースの動員

<ラゴス州>

- ・関係機関に対するIMCIオリエンテーションの実施
- ・IMCI実施計画の策定
- ・実務レベルの医療関係者（CHEW、CHO、看護師）に対するIMCIの研修の実施
- ・世帯における主要活動の実践を推進するためのCORPsに対する研修
- ・世界銀行のHSDP-2プロジェクト実施を含めたIMCIの実施
- ・保健医療従事者のHIV/AIDS管理のための研修

c) WHOのEPIの3つの主要プログラム

①ポリオ撲滅イニシアティブ

- ・定期予防接種〔すべてのWardに広げる戦略（REW）〕
- ・追加予防接種〔侵略性肺炎球菌疾患（IPD）〕
- ・急性弛緩性麻痺（AFP）サーベイランス

②麻疹サーベイランス

③統合された疾患サーベイランス（IDS）

d) ポリオ撲滅戦略（PES）

- ・定期予防接種〔すべてのWardに広げる戦略（REW）〕
- ・追加予防接種（Immunization Plus Days）
- ・急性弛緩性麻痺（AFP）サーベイランス
- ・その他仕上げの活動等

e) HIV/AIDSの活動

- ・臨床モニタリングガイドラインの開発
- ・Integrated Management of Adolescent and Adult Illness（IMAI）のための研修教材作成の資金提供
- ・PHC職員のための教育教材の開発

- ・リソース（資金）の動員
 - ・耐性に関する早期警戒指標のデータ収集
 - ・妊産婦の定点観測調査
- f) WHOの母子保健研修教材リスト

WHOの母子保健研修教材のリストは以下のとおり。研修分野はIMCI、EPI、保健システム、マラリア、妊産婦保健である。

表 2 – 11 WHO Training Packages on Maternal Newborn and Child Health (MNCH)

SN	Title of Training Package	Training Content/Interventions IMCI /CHILD HEALTH	Target	Training Outcome
1	Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Case management Training	Acute Respiratory Infections (ARI) , Diarrhea, malaria, Nutrition, Immunization , Essential Drugs, HIV/AIDS	PHC/operational level health workers – CHOs, CHEWs, Nurses and doctors	Capacity built for managing sick children in an integrated and holistic manner using locally adapted guidelines on IMCI
2	IMCI Facilitation Skills Training Course	Guidelines for facilitating the IMCI case management course	Senior Health Workers	Capacity built for training Health Workers (HWs) on IMCI
3	IMCI Follow-up after training Course	Guidelines for how and what to follow-up after training health workers in IMCI case management course.	Health Workers in primary, secondary and tertiary levels, district supervisors, HF, LGA, SMOH; Consultants	Capacity built for providing supportive supervision for operational level HWs
4	Community IMCI (CIMCI) Training on promotion of key household and community practices (KHHPs) for MNCH	<ul style="list-style-type: none"> 19 Key household practices (KHHPs) on MNCH – growth promotion and development, disease prevention, home management, care seeking and compliance Community Based Information System (CBIS) 	Community Resource Persons (CORPs) e.g. teachers, caregivers, ‘chemists’, VHWs, TBAs, retired civil servants, drivers, village heads/leaders, CHEW’s etc (i.e. selected by the communities)	Capacity of CORPs built for promoting KHHPs for MNCH and collecting community data for CBIS
5	CIMCI Training of Trainers	<ul style="list-style-type: none"> Communication and Counseling techniques KHHPs on MNCH Guidelines for training CORPs & Supervisors 	Senior Workers – health & non health related departments at federal, state and LGA levels; Consultants	Capacity built for training and supervising CORPs
6	IMCI Complementary Course on HIV	<ul style="list-style-type: none"> Assessment, classification, treatment and follow up of HIV exposed infants and children Counseling of Caretakers 	Health workers who have been trained in IMCI case management course without the HIV content, or trained in IMAI	Capacity built for managing pediatric HIV at PHC level.
7	Emergency Triage Assessment and Treatment (ETAT) Course	Guidelines on how to triage sick children assess and treat them at outpatient department of health facilities.	Nurses and Doctors in Secondary Health Facilities	Capacity built for managing emergencies in children

8	Essential Newborn Care Course	Newborn Care	Health workers in Primary or Secondary H/Fs attending to mothers & babies at delivery & in immediate post partum period	Capacity built for providing appropriate care for newborns at the most vulnerable period
9	Integrated Breast Feeding Counseling, HIV and Infant feeding counseling course and complementary feeding counseling course.	Guidelines on Breast Feeding Counseling, HIV and Infant Feeding Counseling, and complementary Feeding counseling. EPI ACTIVITIES	Health Workers at primary, secondary and tertiary health facility levels.	Health workers with the knowledge and skills to conduct Breast Feeding Counseling, HIV and Infant Feeding Counseling, and complementary Feeding counseling.
10	Overview of EPI Activities	Broad Definitions & Operations in PEI, Routine Immunization, AFP & Measles Surveillance activities & IDSR	Stakeholders in the LGAs : Chairmen/ Administrators, Supervisory Councilors for Health, Council Managers & Treasurers	The Stakeholders in the LGAs to have sufficient knowledge of EPI Activities to be able to respond adequately to advocacy for support of EPI activities in the LGAs.
11	Routine Immunization	Components of the REW Strategy : Roles & Responsibilities.	MOHs, Apex Nurses, LGA LIOs, PHC Coordinators; All Health Workers in public & Private Health Facilities. (Cascaded Training)	Knowledge gap on REW strategy to be bridged leading to more effective implementation in all wards in the State
12		Cold Chain Management & Documentation	LIOs; CCOs & PHC Coordinators of Health Facilities with Cold Chain equipment	Continued Capacity Building for Cold Chain management and documentation of information on vaccines & consumables
13	Supplemental Immunization (IPDs)	Supervision & Monitoring during IPDs	Selected State Health Officials, LIOs, MOHs & PHC Coordinators	Capacity building for implementing quality Supervision & Monitoring during IPDs
14	Social Mobilization	Disseminating Information on EPI diseases; Methods in Community Mobilization for Health programs	LGA Health Educators. Key Leaders in LGA CDAs; Community Opinion leaders. (Cascaded training)	Important organs for Social mobilization to be well equipped with relevant messages and methods for effective social mobilization
15	AFP Surveillance	PEI Situation Report (Global, Nigeria & Lagos State) ; AFP Case definition; Active Case Search Procedures. Investigation Protocol : Roles & Responsibilities.	LGA DSNOs & Health Facility focal Persons	Improved skills of Health workers to be able to detect report and investigate AFP cases.

16	Measles Surveillance	What Case based Surveillance entails; Community & Health Facility case definitions; Case Detection & Reporting procedures; Blood Sample collection protocol : Roles & Responsibilities	LGA MOHs, LIOs & DSNOs, PHC Coordinators; Focal Persons and heads of relevant units in Health Facilities (Primary, Secondary & Tertiary) Public & private. (Cascaded Training)	To bridge knowledge gap on Measles surveillance and build capacity of more Health workers to improve case detection, reporting and investigation
17	Measles Supplemental Immunization	Rationale for Measles Control programs. Why Second opportunity? Target Age group for Measles campaign	LGA MOHs, LIOs & DSNOs, PHC Coordinators; Focal Persons and heads of relevant units in Health Facilities (Primary, Secondary & Tertiary) Public & private.	Improve technical preparedness of the health workers in preparation for the upcoming Measles campaign
18	Integrated Disease Surveillance and Response	The IDSR Concept; Timeliness & Completeness of Reporting; Simple Case definitions of IDSR diseases; Early recognition of disease outbreaks; Planning & implementation of relevant response activities	State Epidemiologist, State DSNO LGA MOHs, LIOs & DSNOs, PHC Coordinators; Focal Persons and heads of relevant units in Health Facilities (Primary, Secondary & Tertiary) Public & private. (Cascaded Training)	Improve technical competence of Health workers at all levels on IDSR in order to improve timeliness & completeness of disease reporting and outbreak response at all levels
20	Leadership and management training	HEALTH SYSTEMS Leadership and management strengthening	Health teams at State and LGAs	Managers are an essential component of the health workforce. Good management is essential for quality service delivery and achieving desired health outcomes.
21	Sub national and district management	Needs assessment; Budgeting; Organization and implementation of health services; scaling up services Management of Community Health Services	Health Teams and managers of health systems Health Teams	Improved capacity for scale up of interventions concerned with topics and issues relevant to the organization and management of services that are planned with and provided in the community, not in health facilities
22				Managing partnerships is important for effective health services delivery. Partners might include the community, civil society organizations, other sectors, district, regional and national authorities, donors, private providers, and others.

		MALARIA			
23	Training Manual for Management of Malaria in Nigeria	Malaria	Facilitators and Health facility workers at primary, secondary and tertiary levels	Capacity built for managing uncomplicated and severe malaria; malaria prevention; advocacy and community mobilization	
24	Orientation Package for Training on Focused Ante-Natal Care (FANC) and Malaria in Pregnancy (MIP)	Focused Ante-Natal Care ; Malaria Control in Pregnancy including Intermittent Preventive Treatment (IPTp)	Facilitators, Training institutions and ANC care providers	Capacity built for managing malaria and preventing malaria in pregnancy	
		MATERNAL HEALTH			
25	Life Saving Skills (LSS)	Basic emergency and obstetric and neonatal care for midwives	Nurses, Midwives	Training on Life Saving Skills at PHC , First Referral Levels and Secondary Health Facilities	
26	Modified LSS	Stabilizing patients with obstetric complications while awaiting referral	Community Health Extension Workers (CHEWs)	To offer early treatment and referral of complicated cases	
27	Expanded LSS	Operations and procedures to save lives	Doctors	Capacity built for management of complicated obstetric and neonatal emergencies e.g. obstetric operations and procedures	
28	Emergency Maternal Newborn and Obstetric Care for NYSC Doctors	Intensive short course with didactic and practical hands-on experience	NYSC Doctors	To offer LSS procedures in rural areas with distant referral centres under mentorship of Consultant Obstetrician in the state nearest to them	
29	Institutional LSS	LSS Content	Clinical Tutors in Schools of Midwifery	Effective teaching of LSS within School curriculum	
30	Adolescent Health – Health Promoting Schools Training	Healthy Schools Environmental Sanitation, Nutrition and Adolescent and Reproductive Health issues	Teachers and Pupils in the Primary and Secondary Schools	Environment Healthy Marshals (Students) Public Healthy Educators, Environment Healthy Supervisors (Teachers)	

出所 : WHO

(2) UNICEF

「ナ」国のUNICEFの本部はアブジャにあり、6つのzonal officeを持つ。ラゴスはその一つで南西部のラゴス州、オシュン州、オグン州、オンド州、オヨ州、エキティ州、デルタ州を管轄する。2003年、UNICEFはラゴス州保健省との協議の結果、アパパ、エペ、イコルドゥ地方行政区を対象に支援をしている。

1) UNICEFのIMNCH Strategyへの取り組み

現在、UNICEFはIMNCH Strategyに基づいて活動を開始しており、UNICEFの支援は主に以下のとおりである。

- ・ Capacity building : Woman and child friendly health service、マラリア対策
- ・ IMNCH
- ・ Accelerated child survival and development
- ・ 地方行政区への母子サービス関連の基礎機材供与（MCHキット、ソファア、分娩台等）ただし、機材については十分対応できていないとのこと。
- ・ 予防接種関連の機材供与
- ・ コミュニティ・レベル活動のための地方行政区レベルの研修：Modified life saving skill、ワクチン・マネージメント
- ・ 栄養：コミュニティ・レベルの世帯ごとの実習（key household practice）

UNICEFではコミュニティ・レベルでのCORPs（Community Resource Persons）と呼ばれる住民組織を編成し、彼らが教材（flip chart）を用いてchild survival and development等の住民教育を実施している。ただし、インセンティブがないなどから組織は十分に機能していないとのこと。各Wardに約5 CORPsあるようである。Capacity buildingについては、TOTを養成し、カスケード式研修法を取り、Zonal→State→LGA→PHC→Communityの順で行う予定である。

妊産婦サービスではFocused antenatal careを強化する。このANCでは①まず妊産婦の追跡調査ができるよう妊産婦にPHCの登録を呼びかけ、②限定された日時にPHCで行われていたANCを月～金の8時から4時までいつでも検診が受けられるようにする。これにより今まで健診に来られなかった妊産婦のアクセスを向上させる。このANCはBIRTH programmeといわれ、①病歴、②カウンセリング、③保健教育、④minor illnessの治療、⑤DOTS（結核）のほかに、検診率を上げるためインセンティブとしてITNの配布、Intermittent Preventive Treatment（マラリア予防薬）、鉄分補給、寄生虫駆除を提供している。このプログラムでは4回の検診を推奨している（1回目：16週、2回目：24週から28週、3回目：28週から30週、4回目：30週から32週）。決められた週に来ない妊産婦については、登録をもとにCHEWが追跡し、検診を受けるように指導をする。

UNICEFでは母子保健向上にはコミュニティ参加が不可欠と考え、PHCの活性化にコミュニティが参加できるような枠組みで活動を行う。これは連邦保健省のイニシアティブで実施されているWard/Community Development Committeeを設立し、PHCにおける住民参加運営管理を行うというものである。

2) TBAの取り組みについて

UNICEFでは過去にTBAの研修等を実施していたが、投入規模のわりには効果がでない

ことで、現在はTBAに関しての研修は実施していない。ただし、「ナ」国では住民の利用率やTBAの住民に対する役割を考慮するとTBAの存在を無視することはできないため、現在では前述したCORPsにTBAを参加させ、特にTBAは母乳の推進、予防接種、成長記録、母子保健、ITN普及の活動を実施している。

3) その他の情報

ラゴス州には母子保健サービスに係るカリキュラムは存在するが、リファラルシステムのガイドライン等の作成についてはUNICEFでは実施していない。現在、リファラルシステムのプロトコール (two-way referral system) が連邦保健省によって作成されている。現在構想を進めている段階であり、作成・配布の目処は立っていないとのこと。また、連邦保健省はCOPE (Client Oriented, Provider Efficient) というツールを作成している。これはスタッフの態度の向上等right based approach to health care serviceで施設レベルのself assessment for health careと患者のself assessment for clientでお互いのコミュニケーションを促進していくというものである。

4) UNICEFの実施中案件

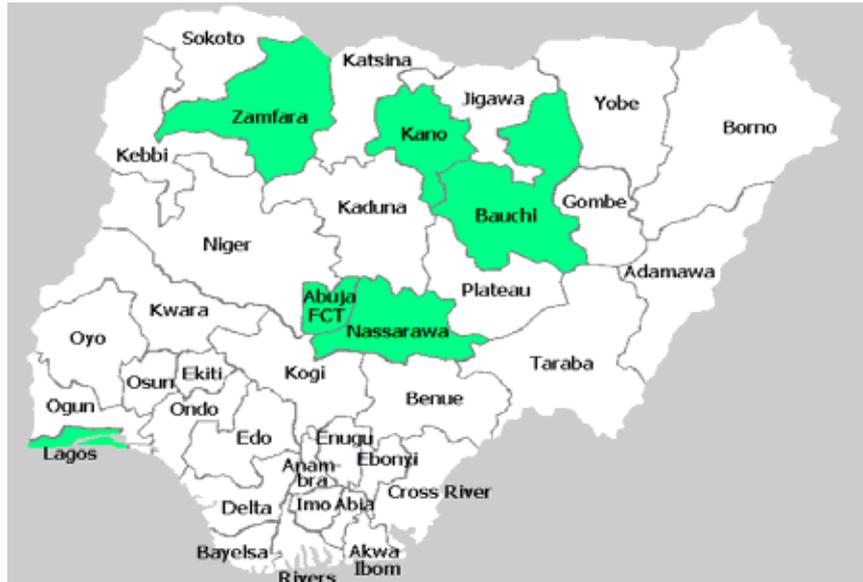
ポリオ撲滅、麻疹制御、定期予防接種の強化への支援を行うImmunization servicesが最大のプロジェクトである。緊急時対策のための物資の供給の確保だけでなく、緊急時や流行時の準備・対策の能力強化に対する支援を行う。マラリア予防・制御とIMCIのほかに妊娠、出産、新生児期を含むライフステージの重要期の罹患率及び死亡率の減少と健康状態改善に対する支援を行うMalaria & Under-5 Mortality Reductionを実施している。母子保健だけでなく、栄養改善、HIV/AIDS等の分野にわたる支援を行っている（詳細は別添資料4．Health Development Partner Programme Matrixを参照）。

(3) USAID

1) USAIDナイジェリア保健セクター（家族計画・母子保健）協力の現状

- ・COMPASSプロジェクトが最大のプロジェクト。5州51地方行政区でコミュニティ・レベルでの家族計画・母子保健・教育支援活動を実施している。
- ・ほかに、家族計画のソーシャルマーケティング (IRHIN/SFH)、リプロ政策支援 (ENHANCE)、二次レベル病院に対するEmOC・新生児ケア支援 (ACCESS)、ロジスティックス強化 (DELIVER)、予防接種活動支援 (BASICS)、COMPASSプロジェクト及びWHOを通じたポリオ対策などのプロジェクトを実施中。
- ・その他にラジオ放送 (VOA) を利用して、家族計画、子どもの健康、マラリアに関する情報と教育を発信するVOA Hausa Serviceプロジェクトを北部三州において実施している。
- ・母子保健だけでなく、栄養改善、HIV/AIDS、予防接種等の分野の支援をNGO等と連携しながら行っている。（詳細は別添資料4を参照）
- ・USAID保健分野予算は、2008年度4.6億ドル（うち、HIV/AIDS 4.1億ドル、その他0.5億ドル）である。

活動重点地域は図2-9のとおりである。



出所：USAID Current FP/MNCH Activities

図 2 - 9 USAID活動重点地域

2) COMPASS

COMPASSラゴスは、14の地方行政区で活動を展開している（アパパを除く 5つのJICA支援対象地方行政区は、COMPASS支援地方行政区である）。

プロジェクトに関連する活動としてCOMPASSは、リプロダクティブヘルス、子どもの生存、コミュニティ・モービライゼーションを行っている。重点分野は以下のとおりである。ラゴス州ではフルパッケージで行われている。

a) RH/FH Strategy

- Safe Motherhood : strengthening antenatal care, labor and delivery, and postpartum care, along with community mobilization and action planning.
- Family Planning
- Post-Abortion Care (PAC)
- Obstetric Fistula
- Youth Reproduction Health
- PMTCT of HIV/AIDS
- Female Genital Cutting
- Gender Based Violence
- Uniformed Service Men

b) Child Survival Strategy

- Reduced morbidity and mortality of under five children from malaria, diarrhea, ARI and Vaccine Preventable Diseases.
- Improve nutritional status of children through Vitamin A and other micronutrient supplementation.
- Promote exclusive breast feeding and appropriate complementary feeding.
- Facilitate Public-Private Partnership.

- Enhance community participation through NGOs.
- Strengthen health system all three levels.
- Ensure inter-sectoral collaboration.

RH関連では、policy guideline、standard of practices、training manual、RH/FH service protocol等を作成、また公的、民間病院・保健医療施設の医療従事者の研修を実施している。Child survivalではroutine immunizationの研修、保健教育教材の提供等を行っている。また、地方行政区と協議をして、一部のPHCへの医療器材の提供及び施設の修復を行っている。COMPASSでは公的及び民間医療施設の両方を支援しており、ラゴスでは数としては民間により比重を置いて支援がなされているようである。

地理的に分散しており、またコミュニティでの活動と州の政策関係者とのリンクが弱いことが課題である。

(4) その他のドナーによる保健分野の支援状況

その他のドナーの保健分野の支援状況は以下のとおり（詳細は別添資料4を参照）。

1) 世界銀行

ほぼ全州を対象として州レベルのシステム管理の能力強化を目的とした妊産婦、子ども、RHのサービス改善に焦点を当てたHealth Systems Development Project II、アクセスの改善とマラリアプラスパッケージ（MPP）の活用を図るMalaria Control Booster Project、環境整備、HIV/AIDS予防、ケア、処理サービス等を含む包括的プログラムの実施を通して多セクターに跨ったHIV/AIDSの対応の強化を図るHIV/AIDS Program Development Project等を実施している。その他、鳥インフルエンザ、ポリオに対する支援も行っている。

2) ADB

Health System Development Project（HSDP）を世界銀行と協調融資という形で実施しており、2008年12月に終了予定である。内容は州政府の能力強化、プライマリーヘルスケアへの支援及び連邦政府の能力強化の3つのコンポーネントからなる。

3) カナダ国際開発庁（CIDA）

School/College of Health Technology & PHC Projectにおいて一次医療施設に対する支援を行っており、ポリオ撲滅のためのWHOのプロジェクトに対して資金援助も行っている。Contraceptives and Safe Motherhood Kits Projectにおいて避妊具の配布や母親に対しての安全お産キットの配布も行っている。

4) 英国政府及び英国国際開発省（DFID）

Partnership for Transforming Health Systems（PATHS）が最も規模の大きなプロジェクトであり、北部の州を中心に貧困層に対して効率的な保健のサービスデリバリーを行うことを目的としている。本プロジェクトは2008年6月に終了し、PATHS 2が現在実施中であり、2013年まで実施予定である。Strengthening Nigeria's Response to HIV/AIDS、Continued Institutional Support to the National Response to HIV/AIDS in Nigeria、Enhancing Nigeria's Response to HIV/AIDS（Under design）といったHIV/AIDS予防、HIV/AIDSの組織的な支援、政府の能力向上支援やBBC World Service Trust（BBC/WST）というラジオ（BBC）を使ったHIV/AIDSに対する意識向上プロジェクトも実施している。その他マラリア予防に対す

るプロジェクト（National Malaria Project）も実施している。

5) 欧州委員会（EC）

European Union Partnership to Reinforce Immunisation Efficiency（EU-PRIME）と Support to Routine Immunization in Kano（SRIK）において予防接種に対する支援を行っている。Integrated Sexual and Reproductive Health and Service Delivery in Northern Nigeriaでは、北部州においてリプロダクティブヘルスプロジェクトを実施している。HIV/AIDS、マラリア、結核のグローバルファンドに対する資金供与も行っている。

6) グローバルファンド

「ナ」国においては、HIV、結核、マラリアに対するグローバルファンドが実施中である。HIVに対しては60,000,000ドル（フェーズ1）、結核に対しては25,570,061ドル（フェーズ1）、マラリアに対しては40,700,000ドル（フェーズ1）の資金が確保されている。

第3章 事前評価調査結果

3-1 協議結果概要（団長総括）

（1）プロジェクトの概要

ラゴス州の6地方行政区（ラゴス・アイランド、ラゴス・メインランド、エティ・オサ、アジェロミ・イフェロドゥン、スルレレ、アパバ）を対象とした母子保健強化プロジェクトを実施することで、ラゴス州保健省との間で協力枠組みについて合意を得た。ラゴス州の課題は以下のとおりである（なお、枠組みはPDM案を参照）。

地域レベルでの分娩施設が限定されている現状から、多くの妊産婦は村落のTBAによる出産、私設クリニックでの出産、または公立病院での出産を選択している。特に、貧困層はTBAによる出産を選択するケースが多いようであるが、その場合緊急時に対応できない等の課題があり、死にいたるケースも多いといわれている。また、貧困層でも私設クリニックで出産を行う場合もあるとのことであるが、コストが高いことから出産により貧困度が増すなどの課題がある⁵。公立病院での出産は特に遠隔地に住む妊産婦には物理的距離が大きい点や、また病院において患者が集中していることから待ち時間が長く、そのため様態が悪くなる場合や死に至るケースもあるとのことである⁶。

地域レベルでは保健センター（PHC）及び保健ポスト（HP）が存在するが、ラゴス州ではHPについては今後段階的に廃止を予定しており、他方で各地方行政区において「モデルPHC」を設定し、施設改修工事や医療機材の確保を行うように取り組むほか、今後同PHCの24時間体制をめざしているとのことである。

ラゴス州関係者による参加型ワークショップを行った結果、特にPHCについては以下の課題が抽出された。

- ・保健医療従事者のスキルの問題（技術力、モチベーション・モラル）
- ・施設不備の問題（医療機材、診断機能がない、電気、水の問題）
- ・24時間体制が取れていない。（分娩施設として機能していない、緊急体制が取れていない。リファラルが適切に行われていないなど）

（2）検討事項

州保健省との交渉で、以下4点について先方と協議を行っている。

- 1) ラゴス島産科病院とPHCに対する基本的な医療機材の供与について具体的な内容を示してほしい。→（回答）プロジェクト開始当初に実施するベースライン調査において各機関のニーズ調査を実施し、プロジェクトのめざす方向に沿う機材を供与する予定。なお、ラゴス島産科病院においては緊急産科に関する機材は供与しない予定である。
- 2) PHCの施設改善に関し、施設工事についてはどのように考えているか。→（回答）PHCに対す調査において現状を把握したうえで、工事が必要と判断された場合、軽微なものについては対応することは可能である。
- 3) プロジェクトで供与される機材の免税措置については、州保健省としては手続きを取る

⁵ ラゴス島産科病院でのインタビューでは、同病院での帝王切開が5万ナイラに対し、私立病院の場合は2,000ドルとのことである。ある私設クリニックでは8万ナイラであった。貧困層は親戚等に借金をして費用を支払っているとのこと。

⁶ ラゴス島産科病院でのインタビューでは、妊産婦の待ち時間は1時間から3時間とのことである。

立場にない。連邦政府が行う事項である。→（回答）連邦政府に対して確認を行うこととする。（この点については議事録に記録として残した。）

- 4) プロジェクト名称については、今回の調査を通し母子保健に焦点を当てることとなるため、プロジェクト名称については“Project for Improving Maternal, Newborn and Child Health in the Lagos State”がより適切という点で双方了解した。（この点については議事録に記録として残した。）

(3) その他

当初の予定では、PHCと地域との連携を重視した協力内容を検討していたが、本プロジェクトが対象とする6地方行政区のうち、アパパを除く5地方行政区においては既にUSAID（COMPASS）による支援により地域組織が確立しつつあることから、同支援との重複を避けるため本プロジェクトでは既存の地域組織と連携しつつもPHCに重点を置いた取り組みとすることにした。特に、各地方行政区のPHCにおいて継続ケアと出産介助が行えるようにすることに大きな意義があるものと考えられる。

地域レベルの特に貧困層に対する出産介助はTBA（今回の面会では男性が多い）により行われているのが現状であり、地域における発言権も大きいようである。そのためSBA（助産教育を受けた有資格の助産師）による出産介助を増加させていくうえで、TBAを協力者として取り込むには相当の工夫が必要と感じられたため、今回の協力ではそこに注力するよりはPHCの強化を行うことにより、住民のPHCへの信頼度を高める方向での協力を検討している。また、同時にPHCからTBAも含む住民組織に啓発を行っていく予定である。

なお、州保健省との交渉は連続5時間に及ぶなど、先方の対応は真剣な様子であった。州保健省としては、今後地方行政区に対するてこ入れを強化していくとのことであるが、プロジェクト開始時には州保健省を通じ地方行政区に対し、十分説明を行っていくことが求められる。

3-2 プロジェクト基本計画

(1) 協力の目標（アウトカム）

1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

プロジェクト対象地域において、より質の高い母子保健サービスが提供される。

<指標・目標値>

- ・パイロットPHCにおける正常分娩数の増加
- ・患者の満足度の向上

2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

ラゴス州における妊産婦及び子どもの健康が改善する。

<指標・目標値>

- ・ラゴス州の妊産婦死亡率、乳幼児死亡率の低下
- ・プロジェクトで開発されたモデルが対象地域以外に普及された数
- ・ラゴス島産科病院における致死率（Case Fatality Rate）

(2) 成果（アウトプット）と活動

1) 成果1

州保健省の母子保健サービスにかかわる計画・実施・モニタリング能力が強化される。

<指標>

- ・ SOP、リファラルガイドライン、IEC教材が作成、改訂される。
- ・ 各研修カリキュラム、ガイドラインが策定される。
- ・ 地方行政区に対する指導者研修（TOT）が実施される。
- ・ 計画に基づいたモニタリング活動が実施される。
- ・ 紹介セミナーへのパイロット地域以外の対象地域参加率と全国からの参加者数

<活動>

- 1-0 対象地域でベースライン調査を行い、指標に関する目標設定を行う。
- 1-1 州保健省が母子保健サービスに関するデータを収集・分析し、計画に活用する。
- 1-2 州保健省がPHCにおける母子保健サービスに関するSOP、医務官（MOHs）のモニタリング、PHCスタッフの業務範囲、医療廃棄物処理含むSOP）を作成し、研修カリキュラム・ガイドラインを作成・改訂する。
- 1-3 対象地域における母子保健サービスに関するリファラルガイドライン（緊急体制、救急医療含む）をその実施を通じて改善する。
- 1-4 州保健省がコミュニティ啓発活動に関する研修カリキュラム・ガイドライン、教材を作成し、改訂する。
 - 1-4-1 コミュニティ保健普及員（CHEW）に対する研修カリキュラム・ガイドラインを作成し、改訂する。
 - 1-4-2 コミュニティ啓発活動（妊産婦疾病対策、マラリア対策等）のためのIEC教材を開発し、改訂する。
- 1-5 州保健省が地方行政区のMOHsに対してTOT（モニタリング、研修）を実施する。
 - 1-5-1 TOTを実施する。
 - 1-5-2 TOTをレビューし、研修内容を改善する。
- 1-6 ラゴス州母子保健サービスモデルの紹介セミナーを全国レベルで開催する。

2) 成果2

地方行政区における母子保健サービスにかかわる計画・実施・モニタリング能力が強化される。

<指標>

- ・ 計画通りにモニタリング活動が実施される。
- ・ 研修対象者の研修受講率
- ・ 母子保健サービス強化に関する定期会合が開催され、定期的にLSMOHに状況報告がなされる。

<活動>

- 2-0 モデルとなるPHCを選定するための現状レビューを行い、PHCを選定する。
- 2-1 地方行政区のMOHsがPHCにおける母子保健サービスに関するSOP作成に協力する。
- 2-2 地方行政区のMOHsがPHCスタッフ（非医療スタッフに対しては2-2-2及び2-2-3を実施する）を対象にSOPに関する研修を行う。

- 2-2-1 継続ケアに関する研修を行う。
- 2-2-2 コミュニケーションスキルに関する研修を行う。
- 2-2-3 5Sに関する研修を行う。
- 2-3 地方行政区がコミュニティ啓発活動に関する研修を実施する。
- 2-4 地方行政区のMOHsによるPHCの母子保健サービスの活動モニタリングを行う。
- 2-5 地方行政区のMOHsがPHCにおける母子保健サービス強化に関する定期会合を実施し、改善策を提案する。

3) 成果3

ラゴス島産科病院における基本的な母子保健サービス（緊急産科を含まない）が強化される。

<指標>

- ・ラゴス島産科病院における患者の満足度
- ・医療従事者の満足度
- ・医療従事者の知識の増加

<活動>

- 3-1 ラゴス島産科病院及び対象地方行政区の総合病院において改善されたガイドラインに基づいたリファラルを実施する。
 - 3-1-1 リファラルガイドライン実施のためのワークショップを行い、改善策を提案し実践する。
 - 3-1-2 リファラルガイドライン実施の改善策を実践する。
- 3-2 ラゴス島産科病院における5S活動が定着する（病棟の動線の整備）。
- 3-3 ラゴス島産科病院に母子保健サービス向上に必要な基本的な機材が提供される。

4) 成果4

PHCにおける母子保健サービスが強化される。

<指標>

- ・SOPに基づく母子保健サービスの実施率
- ・患者登録数の増加
- ・産前ケア（ANC）4回受診者数の増加
- ・PHC利用者の満足度
- ・PHCスタッフの満足度
- ・PHCスタッフの知識の増加
- ・IEC教材を活用した啓発活動の実施回数と対象人数
- ・地方行政区のMOHの助言に基づいたPHCによるレポートが定期的に提出される。

<活動>

- 4-1 研修を受けたPHCスタッフを中心として、SOPに基づいた母子保健サービスを提供する。
- 4-1 改善されたガイドラインに基づいたリファラルを実施する。
- 4-1 地方行政区のMOHsの助言に基づいてレポートを行う。
- 4-1 母子保健サービス提供に必要な最低限の機材を供与する。
- 4-1 コミュニティに対する啓発活動（妊産婦疾病対策、マラリア予防）を既存のコミ

ユニティグループと協力して実施する。

4-5-1 コミュニティグループとの啓発活動に関する会合を実施する。

4-5-2 IEC教材を活用した啓発キャンペーンを実施する。

(3) 外部要因（満たされるべき外部条件）

1) 上位目標に対する外部要因（外部条件）

・「包括的母子保健戦略（National Integrated Maternal, Newborn and Child Health Strategy (IMNCH Strategy)」の政策に変化がない。

2) プロジェクト目標に対する外部要因（外部条件）

・プロジェクト実施期間中に研修を受けた職員が異動しない。

・JICAとラゴス州保健省によりプロジェクトに対して予算が執行される。

3-3 プロジェクト実施体制

(1) 運営体制

ラゴス州保健省を実施機関とする。実施体制は以下のとおり。

1) プロジェクト・ダイレクター：ラゴス州保健省事務次官

2) 事実上のラゴス州保健省トップは大臣（Commissioner）であるが、プロジェクトの運営管理に関しては実務上のトップである事務次官（Permanent Secretary）とした。

3) プロジェクト・マネージャー：ラゴス州保健省公衆衛生局長

4) カウンターパート：ラゴス州保健省公衆衛生局スタッフ、地方行政区行政官

5) 協力機関：ラゴス島産科病院

(2) JCC

少なくとも年に一度開催し、プロジェクトの進捗レビューと計画策定を行う。JCCの構成は以下のとおり。

1) 議長：ラゴス州保健省事務次官

2) 「ナ」国側

a) ラゴス州保健省公衆衛生局長

b) 公衆衛生局スタッフ

c) 地方行政区医務官

d) ラゴス島産科病院長

e) 連邦保健省公衆衛生局代表

f) 国家計画局代表

3) 日本側

a) チーフアドバイザー、日本人専門家

b) JICAナイジェリア事務所代表

4) オブザーバー：その他議長が召集する人員

3-4 投入計画

(1) 日本側

- 1) 長期専門家：チーフアドバイザー
- 2) 短期専門家：研修計画／業務調整、産科医、助産士、保健教育／IEC
- 3) カウンターパート研修：本邦研修等
- 4) 機材供与（プロジェクト用車両、パイロットPHC及びラゴス島産科病院に対する基本的な機材等）
- 5) 在外事業強化費（研修実施経費、現地コンサルタント備上費等）

(2) 「ナ」国側

- 1) カウンターパート人員の配置
- 2) カウンターパート経費
- 3) 日本人専門家用のプロジェクト事務スペースの供与
- 4) プロジェクト事務所の光熱費（水道、電気等）等の基本的プロジェクト運営費用
- 5) 関税免除手続き

3-5 ラゴス州における母子保健の課題と提言

(1) 母子保健サービス強化について

ラゴス州の母子保健指標は、「ナ」国全体と比較した場合良好ではあるものの、妊産婦死亡及び乳幼児死亡率の高さ、経済格差に伴う健康格差、エイズ人口の多さなど課題は多い。こうした状況の背景には、ラゴス州における母子保健医療サービス体制の脆弱さがあり、とりわけ地域住民に最も近い存在であるPHCの機能の低さは母子の健康状態に直接影響を及ぼしている。

ラゴス州には、①分娩施設がない、②スタッフのキャパシティー不足等の理由で、対象地方行政区のうち2つを除く4つの地方行政区に、24時間開設されている分娩可能なPHCがない。また分娩サービスを提供しているPHCのほとんどは日中のみの開院であり、結果的にほとんどのPHCはHCと同様の機能しか果たしていない。また、多くのPHCには基本的な医療機材や電気等最低限の設備がなく、施設によっては荒廃して基本的なサービスさえも提供できない状況にある。加えて、スタッフの患者に対する態度の悪さが医療施設で全体的に指摘されている。さらに、これらPHCの機能（サービスの内容や料金、施設の整備状況、スタッフの数や職種）は施設によって異なり、居住Wardによって住民が受けることのできる一次医療サービスには偏りがみられている。

このように①分娩サービスを受けることができないという状況に加え、②設備が不十分であることや③医療従事者の態度が悪いことは、妊産婦たちがPHCを利用しない主な理由となっており、とりわけPHCで分娩サービスを受けることができないという状況は、本来PHCでも受診可能な産前産後健診を病院で受診するという結果を生み出し（これは、継続的なケアに関する女性たちの潜在的なニーズが高いことを示しているともいえる）、病院への患者集中や、TBAや知り合いの看護師による自宅分娩数の増加等につながっている。

こうした状況に対し、現在州保健省では、各地方行政区の一つのPHCを対象に、施設の改築と機材供与（調査の時点で、いくつかのPHCは改装され、ベッド、吸引器、いす等が供与

されていた)を試みており、地方行政区も同PHCに優先的に助産師を配置するなどPHCの活性化に向けて動き出している。よって、PHCの現状と州保健省の動向を考慮すると、本プロジェクトでも、PHCのサービス強化を、州保健省が実施するPHCの選択と集中の方針に沿って実施することが妥当であり、そのためには、対象地方行政区に少なくとも一つは分娩サービスが可能な24時間体制のPHCが機能するような支援が必要である。

また、ラゴス州や地方行政区の保健サービスの運営管理を担当するMOHsたちが、PHCの実態を十分に把握していないという状況がみられており、本プロジェクトでは医療施設のサービス強化とともに、PHCの運営管理を行う地方行政区、及び州保健省の運営能力の強化を図ることも必要である。継続的なモニタリング体制の構築により、PHCの機能強化を行政側からも支える体制が必要とされている。

ラゴス島産科病院に関しては、ラゴス州における産科の最終リファラル先であるにもかかわらず、その妊産婦死亡のCase Fatality Rateは極めて高い。その要因は、院長が指摘した①患者の重症度、②緊急産科体制の不備、③患者集中に加え、事前調査の結果からは④看護師及び医師の基本的な技術力の不足、⑤非機能的な病院構造にもあると考えられる。加えて、リファラルシステムが構築されておらず、リファレーターがあっても機能していないことから、患者情報が不足した状況で帝王切開が実施されていることも妊産婦死亡のリスクを高めていると考えられる。また、同産科病院ではNICUやオペ室に対し小児科専門看護師やオペ専門看護師を配置し、高額な機材を投入している一方で、一般外科病棟や救急外来では、医師や看護師の基本的な医療・看護技術力の不足がみられ、老朽化した医療器材が使用されている。したがって、ラゴス島産科病院への支援では、高度な産科医療に関する知識や技術より、むしろ基本的な看護や医療の知識や技術力の向上のための協力が必要と考えられる。

こうした状況を踏まえ、ラゴス島産科病院の機能を強化するためには、PHCの保健医療スタッフ同様、産科病院のスタッフにも基本的な技術を身に付ける機会を設けたり、リファラルシステムを構築したりすることにより、現状の緩和を図ることが必要であると考えられる。また、産科病院側からは、基本的な技術の定着に関する研修等のニーズよりも、機材供与も含め緊急産科体制への支援に関するニーズが高いが、緊急産科には介入しないという条件を踏まえ病院の緊急産科の現状を調査し、病院の現状に即した機材を供与することが望まれる。また、本プロジェクトでは産科病院の運営にも関与しない予定であるが、活動に関連する人材配置やシフト調整等にも、適宜助言・指導することが必要になってくると考えられる。

(2) 期待される研修内容(継続ケアに関する継続教育、5S活動の応用、コミュニケーションスキルに関する研修等)について

PHC及びラゴス島産科病院の機能強化については、施設の整備だけでなく、そこに勤務する保健医療人材の育成が鍵となる。

「ナ」国の臨床看護師の質については、国家試験を合格しているため標準的な知識を備えており、また多くが助産コースに進んでいることから、助産に関する知識と臨床経験をもっていると考えられる。一方、知識を実践の場で活用できるようになるには臨床における継続教育が必要不可欠であるが、ラゴス州は医療施設における医療従事者の不足のため、院内教育が十分になされているとは考えにくい。また、ラゴス州保健省では継続教育を実施しているが、事前調査によると研修対象者は一部のスタッフに集中しており、基本的な技術を向

上させるための研修は不足していると考えられる。こうした状況から、医療従事者の保健医療に関する知識と実践能力には乖離があると推測される。

こうした状況に対し、本プロジェクトでは既存の知識を実践能力に転換できるよう、知識伝達型ではなく実習等参加実践型の研修を取り入れることが必要であろう。研修内容は、①PHCにおける安全なお産を可能にする継続ケア（本プロジェクトでは、安全なお産、ANC、家族計画、予防接種、栄養の5つを継続ケア研修のコンポーネントとしている）②5S活動③コミュニケーションスキルが適切であると考えられる。このうち5S活動については、これまで個別専門家の支援によって、AAKCPの一環としてラゴス島産科病院における待合室や食堂の整備、保健省公衆衛生局事務所の整備等で応用されてきたが、今回のプロジェクトでは、それらに加え、病院構造を含め機能的な施設利用や動線の工夫、看護・医療ケア〔患者への対応、医療物品（廃棄物を含める）の管理、ルート管理等〕に応用することにより、同院における妊産婦及び小児の死亡ケースの減少にダイレクトに貢献できるように応用することが必要であると考えられる。また、コミュニケーションスキルに関しても、患者の立場に立った対応をすることにより、苦痛の緩和や異常に対する迅速な対応につながり、死亡例の減少に貢献するものと考えられる。ただし、コミュニケーションの方法は社会文化的要因の影響があり、学習して身に付くものではない。したがって、体験的に習得できるような研修を実施する必要があると考える。

（3）啓発活動について

調査の結果、女性たちは、継続ケアや質のよい医療サービスを受けるために、病院を利用したりPHCの整備を希望したりする傾向が認められ、彼らが自分の身体、妊娠や出産の経過に注意を払っていることがうかがえる。よって、啓発活動では安全な妊娠や出産だけでなく、住民の関心が高いマラリア等をテーマに掲げながら、知識の伝達に終始せず、医療従事者とのより良い関係づくりやコミュニティの支援体制の構築を行うなど、住民と医療従事者、住民同士のネットワーク化を促進する場となることが期待される。

（4）リファラル体制について（TBAの巻き込み）

継続ケアのコンポーネントであるリファラル体制に関しては、リファラー先としての産科病院及びリファラー元のPHCにおけるサービス強化を図るとともに、運営機関である州保健省及び地方行政区とともにリファラルのガイドラインを構築することが必要である。

また、リファラルシステムへのTBAの巻き込みは調査前にあげられた課題の一つであったが、今回の調査の結果からは「緩やかな連携」がふさわしいと考えられた。ただし、助産に関与する専門職が不足している現状では、TBAの存在を否定できないというのが行政側の立場であり、プロジェクトの中でもTBAをどのように巻き込むべきかに関しては今後も引き続き検討を要する。また、これまでの調査結果だけでは、TBAのケアの実際、住民によるTBAの利用状況、TBAを利用する理由等について把握できておらず、特にTBA利用者層からの情報が不足している。それゆえ、今後のプロジェクトの中で文化人類学的調査等によってその実際を明らかにしていき、その結果をもとに地域の特異性等を考慮し、TBAへの関与の仕方に関しては流動的に変化させていく必要があるだろう。

第4章 プロジェクトの評価

4-1 妥当性

本プロジェクトは以下の理由から妥当性が高いと判断できる。

一次医療施設の機能強化を中心とした母子保健サービス向上をめざす本プロジェクトは、以下に示すとおり、世界的潮流、「ナ」国連邦政府及びラゴス州の上位政策や受益者のニーズ、また日本の援助政策との整合性が存在することから、妥当性が高いと判断できる。

(1) 世界的な母子保健分野の潮流からみた妥当性

本プロジェクトは、MDGsのゴール4「乳幼児死亡率の削減」及びゴール5「妊産婦の健康の改善」の「ナ」国内における達成に寄与する。近年、母子保健に対する支援は、MCHの概念から新生児に対する支援を強調したMNCHの概念に基づいて実施されている。「ナ」国においても、WHOやUNICEF等の支援により2007年に連邦保健省が作成したIMNCH Strategyに基づいて支援が実施されている。本プロジェクトもこの戦略に沿った支援を実施するものである。

(2) 「ナ」国の開発政策からみた妥当性

本プロジェクトは、「ナ」国の開発戦略であるNEEDS II（2008-2011）ドラフトにおける重点分野に合致している。また、ラゴス州の開発戦略であるLASEEDSにおいて10の重点項目（10-point agenda）の一つとして保健分野が掲げられており、ラゴス州の開発戦略にも合致している。

(3) 日本の援助方針からみた妥当性

日本の「ナ」国に対する国別援助計画において、農業・農村開発（基礎教育、保健医療、農業振興）の中に保健は位置づけられている。また、JICAの「ナ」国に対する国別事業実施計画の中で「地方保健医療の向上」として保健分野は重点分野として位置づけられている。

(4) 裨益者の視点（一次医療施設、妊産婦・乳幼児のニーズ）からみた妥当性

本プロジェクトによる受益者は、一次・二次医療施設を利用する妊産婦・乳幼児、PHC及びラゴス島産科病院の医療従事者、ラゴス州保健省及び地方行政官の保健医療サービス従事者である。行政官の母子保健サービスに係る計画・実施・モニタリング能力の強化によって医療従事者に対する研修実施、指導・助言が充実すること、またパイロットPHCを中心としてではあるが、機材整備、環境整備がなされることにより、より良い母子保健サービスを患者に提供できるようになる。一次医療施設の機能強化によるサービスの向上により、これまで分娩には費用の高い私設医療機関やTBAを利用せざるを得なかった妊産婦が、一次医療施設が整備されることにより、ANC・分娩・新生児ケア・予防接種と一貫して公的サービスとしてのPHCを利用できることとなることから、特に貧困層の妊産婦・乳幼児のニーズとも合致している。

(5) ラゴス州における地域保健モデルの構築・支援対象地域としての妥当性

ラゴス州は、国内における経済の中心地であるラゴス市を有し、人口1600万人を超える人口密度も高い地域であり、多くの貧困人口がプロジェクト実施による裨益を受けることが見込まれることから、ラゴス州の支援対象州としての妥当性は高い。

また、本プロジェクトのパイロットPHCの選定は主に「ナ」国側（ラゴス州・対象地方行政区）の重点PHCに配慮して選定を行う予定であることから、「ナ」国側の支援方針とも合致している。また、2005～2008年度派遣の個別専門家（長期）の活動を通じて、当該イシューに対するラゴス州保健省のコミットメントの強さが確認されている。

4-2 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性が認められる。

(1) プロジェクトの成果とプロジェクト目標との関係

一次医療施設を中心としたより質の高い母子保健サービスの提供には、PHCにおけるサービス向上のための医療従事者のスキルアップ（成果4）だけでなく、保健省、地方行政区の行政官の計画・モニタリングや研修実施等の能力強化（成果1、2）、並びにリファラル先となる二次病院との体制強化等（成果1、3）が不可欠である。本プロジェクトは、サービス提供側と行政側の能力を合わせて強化するものであり、戦略として設置された4つの成果はプロジェクト目標達成に必要不可欠なものである。

(2) 案件のデザインの適切性、指標の適切性

プロジェクト開始当初に想定されているベースライン調査の実施により、活動実績による定量的な指標に加え、満足度といった定性的な指標も取り入れるため、ラゴス州側のニーズや問題点にきめ細かく対応することができるとともに、プロジェクト実施の各段階で達成度合いを確認することができる。また、ラゴス州保健省・地方行政区の計画・実施・モニタリング能力の強化に際しては、州保健省や地方行政区の行政官による定期的な調査やPHCからのデータ収集等の実際の活動を通してラゴス州全体の情報収集・管理能力の向上にも資することに加え、州保健省と地方行政区との間の円滑な情報伝達が促進されるため、無駄のない支援戦略・政策の策定に寄与すると考えられ、プロジェクト目標の達成に貢献する。

4-3 効率性

本プロジェクトは、以下の理由から高い効率性が見込まれる。

(1) 活動の計画・実施・レビュー・改善のサイクルの導入

本プロジェクトには、研修等の成果に対する州保健省と地方行政区によるモニタリング活動が組み込まれており、投入に対する確実な成果の発現が見込まれる。

(2) カスケード方式を用いた能力強化型の支援と「ナ」国の人材の活用

本プロジェクトの活動は、州保健省、地方行政区の行政関係者及び、医療従事者の能力強化を目的とした研修が中心であり、高額な機材投入は予定していない。また、能力強化の

ための研修は、カスケード方式を採用しており、最小限のコストや人材の投入により、面的な成果が見込まれる。加えて、研修の講師には三次医療施設からの講師招聘や現地コンサルタント等の活用を想定しており、「ナ」国の人材を多く登用することにより日本人専門家にかかるコストを最小限に抑えることが可能になるだけでなく、現地リソースの能力開発にもつながることから効率性が高いと見込まれる。

(3) 既存のリソース（組織・資金等）の活用

研修教材（SOP、ガイドライン、IECツール）に関しては、連邦保健省が作成した「IMNCH Strategy」に沿った形で、他ドナーや連邦保健省から提供を受けたものを整理し、既存の教材を最大限に活用することを想定している。

また、本プロジェクトの対象6地方行政区のうち、5つの地方行政区において、USAIDの支援を受けたCOMPASSが活動を行っており、COMPASSによって組織されたコミュニティ連合（Community Coalition：CC）やコミュニティに存在する地域活性化委員会（Social Mobilization Committee：SMC）等、既存の住民組織・ネットワークを活用するため、コミュニティレベルの啓発活動及び動員が効率良く実施されることが期待できる。

加えて、これまでラゴス島産科病院を対象として実施されてきたAAKCP「きれいな病院」プロジェクトの成果を活用、定着させることを想定している。具体的には、5S活動の概念をPHCの医療現場に導入・実践することにより、院内感染の罹患率の減少（清潔概念の定着、安全なルート管理等）や、限られたリソースを最大限に活用することによる業務機能の改善（空間の増大による作業効率の向上、安全・迅速な患者の移動、書類等へのアクセス時間の短縮等）が可能になる。

(4) 投入のタイミング

実施初期においてベースライン調査を行い裨益者のニーズ・問題点を正確に把握し、TOTのレビュー、定期的ミーティング、リファラルガイドラインのレビュー等のあとの、JCCを実施する計画になっており、効率性の高い活動実施が期待できる。

(5) 州保健省の戦略に合致したモデルPHCの選定

本プロジェクトは、支援対象である6地方行政区から各2PHC（合計12PHC）をモデルPHCとして選定し、支援するものである。モデルPHCの選定では、州保健省が選択と集中を行うPHCを優先しているため、ラゴス州保健省との相互補完的な投入による効率性の高い支援が期待できる。

4-4 インパクト

本プロジェクトのインパクトは以下のように予測できる。

(1) 上位目標に貢献するプラス・インパクト

本プロジェクトの上位目標は「ラゴス州における妊産婦及び子どもの健康が改善する」である。州保健省及び地方行政区による継続的な計画・実施・モニタリングのサイクルを強化することにより、PHCを中心とした母子保健サービスの改善が行政によって支えられる仕

組みを構築する本プロジェクトの活動は、サービス提供に係る州保健省と地方行政区の情報伝達を円滑にするとともに、州レベルの政策等に反映されることが期待される。したがって、プロジェクト終了後も計画・実施・モニタリング活動が継続的に実践されるならば、上位目標の達成が期待できる。

(2) 波及効果

JCCには連邦保健省もメンバーとして入っており、連邦保健省のコミットメントは高い。本プロジェクトの成果や進捗状況は、JCCやプロジェクト後半に実施予定の紹介セミナーを通じて、ラゴス州全体及び「ナ」国他州にも共有される予定であり、本プロジェクトによるサービス提供側と行政側の能力強化を通じた母子保健サービス改善のモデルが、ラゴス州だけでなく「ナ」国他州へ普及・展開されることが期待できる。

(3) 住民レベルのインパクト

コミュニティの住民に対する啓発活動やキャンペーン活動を案件活動に含んでおり、行動変容や母子保健に関する正しい知識の定着といった住民レベルにおける草の根レベルでのプロジェクトのインパクトも見込まれる。

負のインパクトに関しては、現時点で具体的に予測されるものはない。

4-5 自立発展性

本プロジェクトの自立発展性は、以下のように予測できる。

(1) 政策

本プロジェクトには、ラゴス州及び全国へのラゴス州母子保健サービスモデルの普及セミナー活動が含まれており、連邦保健省からも本モデル全国的な普及が期待されている。それゆえ、本モデルは連邦の政策として採択される見込みもあり、プロジェクト終了後も政府の支援を得て発展していく可能性が高い。

(2) 組織／制度面

本プロジェクトは、州保健省及び地方行政区の母子保健サービスに関する運営能力を強化を図るとともに、カスケード方式の研修モデルを構築するものであることから組織・制度的な自立発展性が見込まれる。

また、州保健省はかねてからPHCの機能強化を通じた地域保健活動の強化を希望しており案件計画策定時から州保健省は関与している。加えて、ラゴス島産科病院は既に他のPHCに対して5Sの概念に係る研修を実施しており、本プロジェクト実施後も引き続き5S研修活動に関するノウハウの提供・情報交換、講師の派遣等での協力が想定される。このように、州保健省、ラゴス島産科病院ともに本プロジェクトに対するコミットメントが高いことから、高い持続可能性が見込まれる。

(3) 技術面

研修はカスケード方式をとり、多くの医療関係従事者に本プロジェクトのノウハウが確実に浸透していくことが期待される。また、研修カリキュラム・ガイドライン、リファラルガイドラインは、適宜見直しを行いながら技術移転を実施する予定であり、相手国側の現状・ニーズに応じた技術移転を行うことを想定していることから、自立発展性が高いと判断される。

(4) 財政面

保健分野に関しては、「ナ」国政府は多くの部分をドナーからの支援に依存しているのが現状であるが、本プロジェクトでは研修カリキュラムやガイドライン策定を低コストで実施することに留意している。コストシェアリングに関しても、実施年ごとにJICA側の経費負担を徐々に減らすことで先方と合意しており、経済・財政面でも高い持続可能性が見込まれる。

付 属 資 料

1. 事前評価調査議事録 (Minutes of Meeting)
2. 討議議事録 (Record of Discussion)
3. 実施協議議事録 (Minutes of Meeting)

1. 事前評価調査議事録 (Minutes of Meeting)

MINUTES OF MEETING
BETWEEN
THE JAPANESE PREPARATORY MISSION
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF
THE GOVERNMENT OF THE FEDERAL REPUBLIC OF NIGERIA
ON
PROJECT FOR IMPROVEMENT OF MATERNAL/REPRODUCTIVE HEALTH

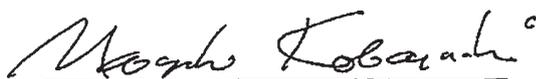
The Preparatory Mission (hereinafter referred to as “the Mission”) organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) visited the Federal Republic of Nigeria from August 5th to August 30th 2008 for the purpose of designing the basic framework of the Project for Improvement of Maternal/Reproductive Health (hereafter referred to as “the Project”), which was requested by the Lagos State Ministry of Health (hereafter referred to as “LSMOH”).

During its stay in the Federal Republic of Nigeria, the Mission was engaged in project designing work through visit to the candidates of the Project site and a series of meetings, interviews and a workshop with the relevant Nigerian organizations such as the Federal Ministry of Health, LSMOH, and the Lagos Island Maternity Hospital and so on.

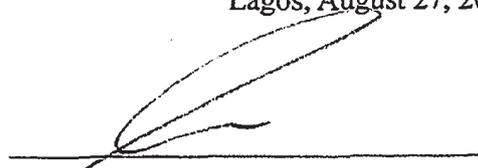
As a result of the discussions, both the Mission and the LSMOH side (hereinafter referred to as “both sides”) agreed on the following:

1. The basic framework of the Project shall be as shown in the project Design Matrix (PDM) and Plan of Operation (PO) as attached.
2. The Project shall start by both sides signing on the “Record of Discussion (hereafter referred to as “R/D”)”, which is drafted afterward based on the project framework laid out in this Minutes of the Meeting.

Lagos, August 27, 2008



Mr. Naoyuki Kobayashi
Head
Preparatory Mission,
Japan International Cooperation Agency



Dr. Jide Idris
Honourable Commissioner for Health
Lagos State Ministry of Health

I. BACKGROUND

The maternal Mortality of Nigeria is one of the highest (800 per 100,000) in Sub-Saharan Africa, and accounts for 10% of 525,000 world wide maternal death. The major causes of these deaths are severe bleeding, obstructed labour, unsafe abortion, pregnancy-induced hypertension, infection and malaria, which are preventable and treatable.

The Federal Government of Nigeria developed the National Economic Empowerment and Development Strategy (NEEDS) in May 2004, and set out health as one of the high priority areas (and now NEEDS 2 is under drafting). Since then, the Federal Government has been struggling for enhancing policy and institutional framework in this area, and making good progresses such as (i) the National Policy on Reproductive Health revised in September 2004 to improve the access to quality reproductive health services, (ii) the Integrated Maternal Newborn and Child Health Strategy developed in 2007, putting strong focus on maternal and child health, including newborn, and (iii) the National Primary Health Care Development Agency established in 2007 and so forth.

The Lagos State has relatively lower maternal mortality rate (650 per 100,000) than the national average due to devoted interventions by the State government such as free antenatal care and awareness campaigns among the community people. LSMOH developed the State Economic Empowerment and Strategy (SEEDS) and formulated a strategy for improving Maternal, Newborn and Child Health. However, there still remain many challenges such as deliveries taking place mostly at traditional birth attendants' (TBA) houses and faith based facilities with inadequate skilled attendants, dilapidated facilities, lack of equipment and inadequate skilled health personnel for basic/emergency obstetric care at primary health care level, and inefficient referral system between primary and secondary level.

Given the situations, it is necessary to develop the capacity relating to maternal, newborn and child health care at the Local Government Areas (hereafter referred to as "LGA") and primary health care centres (hereafter referred to as "PHCs") levels and to establish appropriate relationships between PHCs and community (including efficient referral system), thereby improving the maternal health services at PHCs and to increase the usage of PHCs. The objective of the JICA mission is to formulate the framework for a project, which is expected to produce an urban model to improve maternal, newborn and child health services in Nigeria.

II. DISCUSSION POINTS

1. Both sides agreed to the project framework as shown in the attached document. As for the Project title, an alternative title: “The Project for Improving Maternal, Newborn and Child Health in the Lagos State,” under #1 in the attached document, was suggested as a result of this preliminary survey as the Project’s focus will be on MNCH services in the Lagos State. The alternative title may be formally recognized when it is authorized through diplomatic channels.
2. With regard to the measures to be taken by the LSMOH side stipulated under # 6 in the attached document,
 - The Mission proposed to LSMOH that the following sentence be inserted under #6 (6) in the attached document as a normal procedure JICA requires from its partner government.
(Proposed sentence)
“Customs, duties, internal taxes, and any other charges imposed in the Federal Republic of Nigeria on the Equipment referred to as in 6 above.”
 - However, LSMOH did not agree to the proposal, explaining that the state government is not supposed to take clearance procedures as stated in the proposed sentence.
 - Concerning this matter, the Mission explained to LSMOH that it would consult with the Federal Government of Nigeria as well as JICA HQ as to how the clearance issue be settled between the Government of Nigeria and JICA before signing on the R/D.



ATTACHED DOCUMENT

PROJECT FRAMEWORK

1. PROJECT TITLE

The Project for Improving Maternal, Newborn and Child Health in the Lagos State

2. FRAMEWORK OF THE PROJECT

(1) Overall Goal

Maternal, newborn and child health is improved in Lagos State.

(2) Project Purpose

Quality maternal, newborn and child health services is improved in the targeted area.

(3) Project Outputs

- i) The capacity of LSMOH in planning, executing and monitoring maternal, newborn and child health services is enhanced.
- ii) The capacity of the target LGAs planning, executing and monitoring maternal, newborn and child health services is enhanced.
- iii) Basic maternal, newborn and child health services (not including EmOC) at the Lagos Island Maternity Hospital are improved.
- iv) The maternal, newborn and child health services at the Pilot PHCs are improved.

3. TARGET LGAs AND PHCs

(1) The Project will be implemented in six (6) LGAs:

(i) Lagos Island, (ii) Lagos Mainland, (iii) Eti-Osa, (iv) Ajeromi-Ifelodun, (v) Surulere and (vi) Apapa.

(2) The Pilot PHCs will be selected in the target areas during the initial year of the Project duration. The criterion for the selection are as follows and will be set after the Project starts:

*Tentative criteria

- The model PHCs which are selected by each LGA.

Note: Two (2) PHCs in each LGA will be selected. (A total of 12 PHCs will be selected as the Pilot PHCs)



4. PROJECT PERIOD

Four (4) years.

5. INSTITUTIONAL FRAMEWORK

The counterpart organizations are as shown in ANNEX II.

The organization chart of the implementation framework is shown in Annex VI.

6. MEASURES TO BE TAKEN BY LSMOH SIDE

- (1) The LSMOH will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups, and institutions. In order that, the LSMOH will be in charge of implementation of the various activities at its own expense gradually shown in ANNEX IX.
- (2) The LSMOH will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Nigerian nationals as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of the Lagos State and Federal Republic of Nigeria.
- (3) The LSMOH will ensure that the Equipment referred to in ANNEX III will be utilized effectively for the implementation of the Project.
- (4) The LSMOH will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Nigerian personnel through the technical training in Japan or third countries will be utilized effectively in the implementation of the Project,
- (5) In accordance with the laws and regulations in force in the Federal Republic of Nigeria, the LSMOH will take necessary measures to provide at its own expenses;
 - (a) Services of the Nigerian counterpart personnel as listed in ANNEX II;
 - (b) Land, building, and facilities as listed in ANNEX IV;
 - (c) Supply or replacement of machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts, and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under 7 (2).
- (6) In accordance with the laws and regulations enforced in the Federal Republic of



Nigeria, the LSMOH will measure to meet;

- (a) Expenses necessary for the transportation within the Federal Republic of Nigeria of the Equipment referred to in 7 (2) as well as for installation, operation, and maintenance thereof;
- (b) Customs, duties, internal taxes, and any other charges imposed in the Federal Republic of Nigeria on the Equipment referred to as in 6 above; and
- (c) Running expenses necessary for the implementation of the Project.

7. MEASURES TO BE TAKEN BY THE JAPANESE SIDE

In accordance with the laws and regulations in force Japan, JICA will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures under the Technical Cooperation Scheme of Japan.

(1) DISPATCH THE EXPERTS

JICA will provide the services of experts (from Japan and/or third country) as listed in ANNEX I

(2) PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT.

JICA will provide such machinery and equipment and other materials (hereinafter referred to as "Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in ANNEX III. The equipment will become the property of the Government of Nigeria upon being delivered C.I.F (cost insurance, and freight) to the Nigerian authorities concerned at the ports and/or airports of disembarkation.

(3) TRAINING OF NIGERIAN PERSONNEL IN JAPAN AND/OR THIRD COUNTRIES

JICA will train the Nigerian personnel connected with the Project for capacity building in Japan and/or third countries.

8. JOINT COORDINATION COMMITTEE

For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, the Joint Coordination Committee (hereinafter referred to as "JCC") will be established as the highest decision making body of the Project, and fulfill the following functions:

- (1) To approve the annual work plan of the Project based on the Plan of Operation within the framework of the R/D.
- (2) To review the progresses, achievements, bottlenecks, challenges, and lessons learnt and to



take concrete actions for the smooth implementation the Project laid out in the Project Design Matrix (PDM).

JCC will be held at least biannually. The proposed terms of reference and members of JCC will be shown in Annex V.

9. MONIORING AND EVALUATION

(1) PDM is used as a tool for monitoring and evaluation of the Project. The Project is expected to collect the information and data to measure the progress of the Project in line with the PDM.

(2) The Project will be evaluated in the middle of and 6 months before the end of the Project by Joint Evaluation Team organized by the Lagos State Ministry of Health and the Japanese sides based on the PDM.

(3) In order to monitor and evaluate the project implementation and activities, both sides will utilize the following five(5) criterion.

i) Relevance

Evaluation of whether the Outputs, Project Purposes and Overall Goal are still in compliance with the national and regional priority needs and concerns of Lagos State, Nigeria and aid policy of the Government of Japan.

ii) Effectiveness

The level of the achievement made by the Project in relation to the Outputs set by the PDM.

iii) Efficiency

Evaluation of how efficiency the efforts and resources of the Project are converted to the Outputs, and whether the same result could have been achieved by other better methods.

iv) Impact

Foreseeable or unforeseeable, and favorable or adverse affects brought by the Project upon the target groups and persons possibly affected by the Project.

v) Sustainability

The potential of the project's achievement to be retained after the external assistance has come to the end.



ANNEX

- I LIST OF JAPANESE EXPERTS
- II LIST OF COUNTERPART PERSONNEL
- III LIST OF EQUIPMENT
- IV LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES
- V TERMS OF REFERENCE AND MEMBER OF THE JOINT COORDINATION COMMITTEE
- VI ORGANIZATION CHART OF THE PROJECT
- VII PROJECT DESIGN MATRIX
- VIII PLAN OF OPERATION
- IX SUGGESTED COST SHARING BETWEEN LSMOH AND JICA (TENTATIVE)

ANNEX I LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Experts

- (1) Chief Advisor
- (2) Training Plan / Project Coordinator
- (3) Obstetrician
- (4) Midwife
- (5) Health Education / IEC

2. Other Expert(s) will be dispatched, when necessity arises, for the smooth implementation of the Project within the framework of the Project.



ANNEX II LIST OF COUNTERPART PERSONNEL

1. Project Director: Permanent Secretary, Lagos State Ministry of Health
2. Project Manager: Director of Family Health and Nutrition, Lagos State Ministry of Health
3. Counterparts
 - (1) Officers of Public Health, Family Health and Nutrition Department, Lagos State Ministry of Health
 - (2) Medical Officers of Health from six (6) LGAs
 - (3) Medical Director of Lagos Island Maternity Hospital



ANNEX III LIST OF EQUIPMENT

1. The necessary equipment for the transfer of technology by the Japanese experts will be provided.
 - Vehicle(s) for the Project activities
 - Basic equipment for the Pilot PHCs
 - Basic equipment for Lagos Island Maternity Hospital
2. Other materials and equipment mutually agreed upon as necessary will be provided.

Note:

The contents, specifications and quantity of the above-mentioned equipment will be decided through mutual consultations within the allocated budget of the Japanese fiscal year.



IV LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES

The following items shall be arranged by the LSMOH and the target LGAs:

1. Project office, meeting room and necessary facilities for the Japanese experts;
2. Facilities and services such as supply of electric power, gas, water and sewage system necessary for the Project activities; and
3. Other facilities mutually agreed upon as appropriate.



V TERMS OF REFERENCE AND MEMBER OF THE JOINT COORDINATION COMMITTEE

1. The Joint Coordination Committee will meet biannually and whenever the necessity arises, and work to:

- (1) formulate the annual work plan of the Project in line with R/D, which will be signed between the authorities concerned of the Nigerian Government and JICA;
- (2) review progress, achievements, bottlenecks, challenges, and lessons learnt and to take concrete actions for the smooth implementation of the Project laid out in the PDM), and
- (3) discuss any matters to be mutually agreed upon as necessary concerning the Project.

2. Composition

- (1) Chairperson: Project Director
- (2) Co-chairperson: Chief Advisor / Resident Representative of JICA Nigeria Office
- (3) Members:

Lagos State Ministry of Health side:

- i) Project Manager
- ii) Officers of Public Health, Family Health and Nutrition Department, Lagos State Ministry of Health
- iii) Medical Officers of Health from six (6) LGAs
- iv) Medical Director of Lagos Island Maternity Hospital

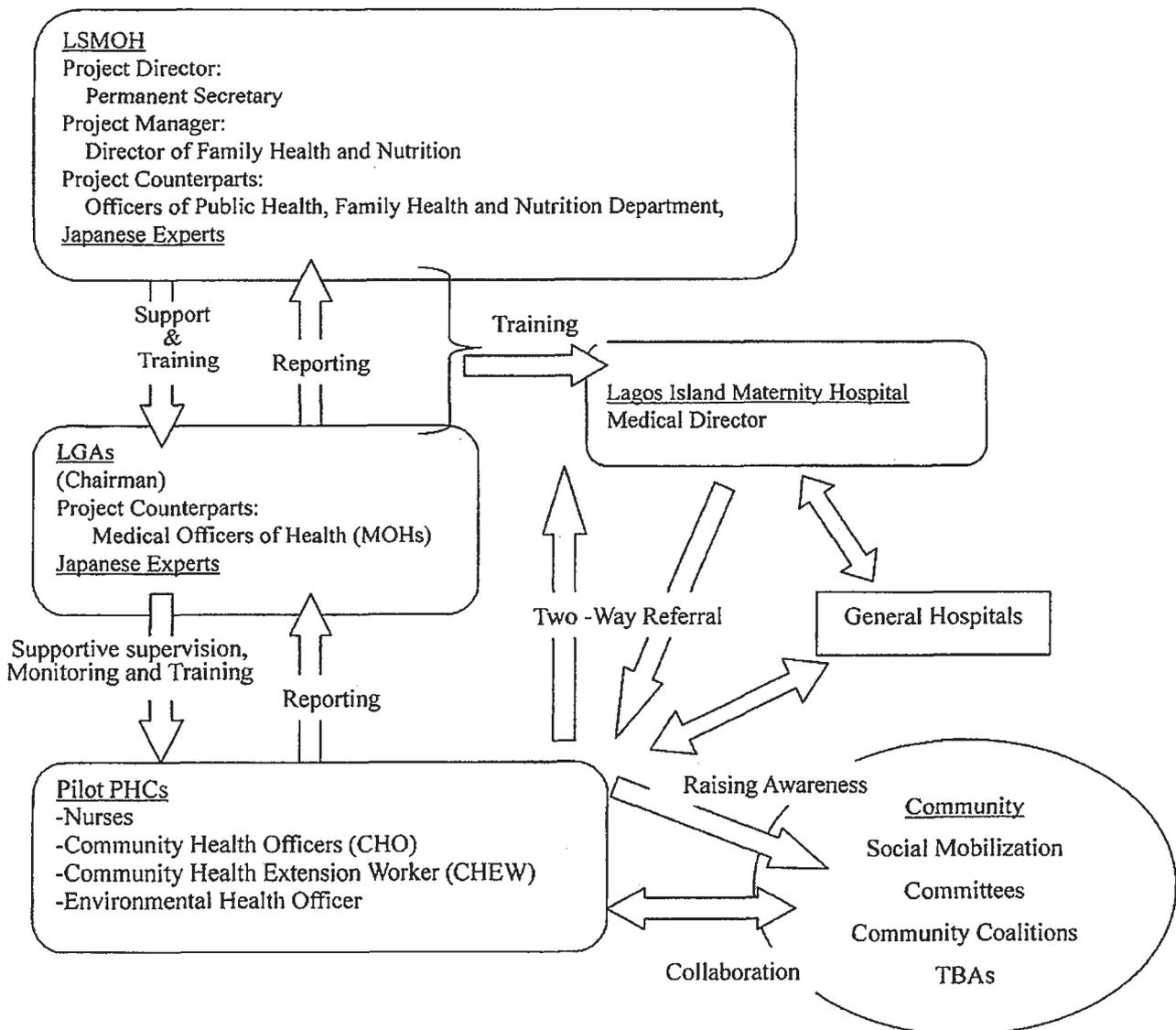
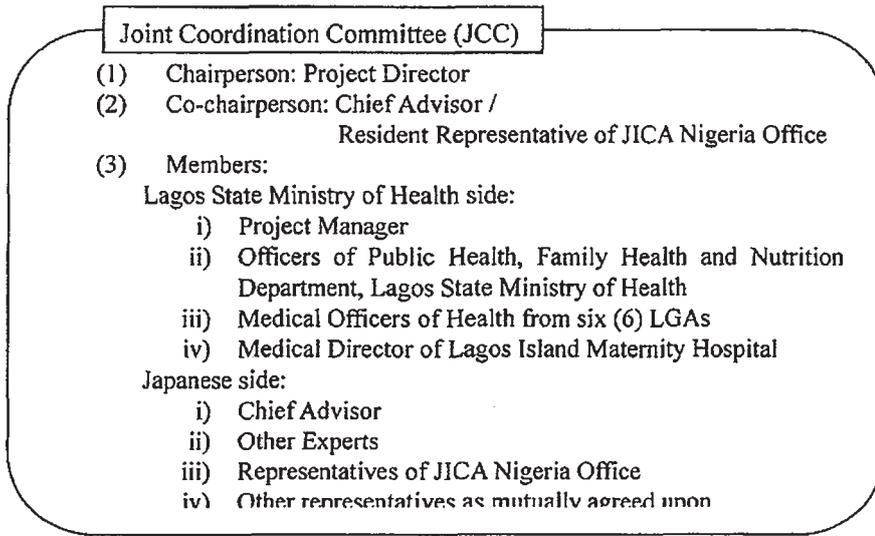
Japanese side:

- i) Chief Advisor
- ii) Other Experts
- iii) Representatives of JICA Nigeria Office
- iv) Other personnel as mutually agreed upon

Notes: The Joint Coordination Committee is, upon mutual agreement, entitled to invite relevant personnel as appropriate to discuss specific issues. Federal Ministry of Health, National Planning Commission, Chairman of six (6) LGAs, Officials of the Embassy of Japan in Nigeria, representatives from donor or international organizations such as USAID, WHO and UNICEF, can be invited to the Joint Coordination Committee as observers.



VI ORGANIZATION CHART OF THE PROJECT



me

Project Title: The Project for Improving Maternal, New-born and Child Health in the Lagos State

Target Areas: Lagos Mainland, Lagos Island, Eti-Osa, Ajeromi-Ifelodun, Surulere and Apapa

Project Duration: 2009.1 ~ 2012.12

Notes:

1. MNCH (Maternal, New-born and Child Health)

2. LGAs and General Hospitals indicated in the PDM are those in the target areas. PHCs indicated in the PDM may mean PHCs in general, and are differentiated from the Pilot PHCs selected in the target areas.

2008/8/26

Overall Goal	Summary	Indicators	Verification of Indicators	External Conditions
MNCH is improved in the Lagos State.		<ul style="list-style-type: none"> Reduction in MMR and IMR in the Lagos State Number of cases where the model developed by the Project has been introduced in the other states Case Fertility Rate at the Lagos Island Maternity Hospital Increase in the number of normal delivery at the Pilot PHCs Increase in the satisfaction rate of patients (pregnant women and mothers) 	<ul style="list-style-type: none"> DHS MICS (Multiple Indicator Cluster Statistics) Project's reports Project's reports Base line survey 	<ul style="list-style-type: none"> There is no change of the policy of the National IMNCH strategy. Trained staff are encouraged to stay in their present position for the duration of the project Budget allocated for the project is disbursed by JICA and LSMOH
Quality MNCH services is provided in the target areas.				
Output				
1 The capacity of LSMOH in planning, executing and monitoring MNCH services is enhanced.		<ul style="list-style-type: none"> Development/Review of SOP, Referral Guidelines, and IEC materials Development of training curriculums and guidelines Execution of TOT for the LGAs Execution of monitoring works based on the formulated plans Ratio of participation of stakeholders from the LGAs other than the target areas, as well as the other states, in the dissemination seminars. Execution of monitoring activities according to the plans Ratio of participation of trainees against the target health service providers Execution of regular meetings for strengthening MNCH services and regular reporting to LSMOH 	Project's reports	
2 The capacity of the LGAs in planning, executing and monitoring MNCH services is enhanced.				
3 Basic MNCH services (not including EmOC) at the Lagos Island Maternity Hospital are improved.		<ul style="list-style-type: none"> Satisfaction rate of pregnant women/mothers at the Lagos Island Maternity Hospital Satisfaction rate of medical and health service providers at the Lagos Island Maternity Hospital Increase in knowledge of medical and health service providers at the Lagos Island Maternity Hospital 	Project's reports	
4 The MNCH services at the PHCs are improved.		<ul style="list-style-type: none"> Ratio of executing the MNCH services according to the SOP against the total number of the Pilot PHCs. Increase in the number of patients' (pregnant women/mothers) registration Increase in the number of patients who have received ANC for the forth time. Satisfaction rate of PHC users Satisfaction rate of PHC staff Increase in the knowledge of PHC staff Number of awareness-raising activities with the use of IEC materials Regular reporting from the Pilot PHCs under the guidance of the LGAs' MOHs 	Project's reports	

Activities	Nigeria	Japan
1-0 To conduct a base line survey for the target areas and set specific goals at LSMOH for indicators of the PDM.		
1-1 To collect and analyze data at the LSMOH for formulating plans to strengthen MNCH services.		
1-2 To prepare at LSMOH the SOP(Standard Operation Procedures) in line with the Nigerian MNCH strategy concerning PHCs MNCH services, including the job description of MOHs and PHCs staff, and medical waste, and formulate and review SOP's training curriculum and guidelines.		
1-3 To add value at LSMOH to the referral guidelines, which includes emergency cases, through the implementation of referrals for MNCH services in the target areas.		
1-4 To prepare and review at LSMOH the in-service training and its guidelines concerning activities to raise awareness at the community level.		
1-4-1 To develop and review at LSMOH the in-service training and its guidelines to raise community awareness for CHEWs		
1-4-2 To develop and review IEC (Information, Education and Communication) materials for activities to raise awareness on MNCH and prevention from malaria, e.t.c., at the community level.		
1-5 To conduct at LSMOH the TOT for the LGA staff on supportive supervision, monitoring and training.		
1-5-1 To conduct the above TOT at LSMOH.		
1-5-2 To review the above TOT in order to improve the contents of the training.		
1-6 To organize at LSMOH seminars to disseminate the model MNCH services executed through the Project for stakeholders in the Lagos State as well as the other states.		
2-0 To conduct rapid assessment on the present status of PHCs in the target areas and select Pilot PHCs based on the results of the assessment and through consultations with LGAs.		
2-1 To support the development of the SOP on the MNCH services at PHCs with the participation of relevant stakeholders.		
2-2 To conduct at the LGAs the SOP training for PHC staff members and Lagos Island Maternity Hospital staff members (including non-medical staff for 2-2-2 and 2-2-3)		
2-2-1 To conduct at the LGAs training on continuum of care.		
2-2-2 To conduct at the LGAs training on communication skills.		
2-2-3 To conduct at the LGAs training on 5S.		
2-3 To conduct at the LGAs training on raising awareness at the community level.		
2-4 To upgrade supportive supervision and monitoring conducted by the LGA staff for PHCs MNCH services.		
2-5 To organize regular meetings among the LGA staff for strengthening MNCH services at PHCs.		

<p>Activities</p>			
3-1	To do referrals at the Lagos Island Maternity Hospital and the General Hospitals in the target areas in line with the value-added referral guidelines.		
3-1-1	To organize workshops on the execution of referral cases in line with the referral guidelines in order to suggest improvement in referrals at the Lagos Island Maternity Hospital.		
3-1-2	To take measures to improve performance of referrals based on the suggestions given above at the Lagos Island Maternity Hospital.		
3-2	To strengthen the 5S activities, including improvement in the line of delivery services, at the Lagos Island Maternity Hospital		
3-3	To provide basic equipment necessary for the improvement in the MNCH services at the Lagos Island Maternity Hospital.		
4-1	To provide MNCH services in line with the SOP mainly by the Pilot PHCs staff members who have received its training.		
4-2	To conduct referrals at the Pilot PHCs in line with the upgraded guidelines.		
4-3	To do reporting at the Pilot PHCs under the guidance by the LGAs' MOHs.		
4-4	To provide equipment at the level of the minimum requirement for the Pilot PHCs.		
4-5	To conduct activities to raise awareness on MNCH and prevention from malaria at the community level in collaboration between the Pilot PHCs and existent community organizations.		
4-5-1	To organize meetings between the Pilot PHCs and the community organizations for the activities to raise awareness at the community level.		
4-5-2	To organize campaigns for awareness-raising with the help of IEC materials developed by the Project.		

ANNEX VIII Plan of Operations

The Project for Improving Maternal, New-born and Child Health in the Lagos State

Target Areas: Lagos Mainland, Lagos Island, Eti-Osa, Ajeroimi-Ifeiodun, Surulere and Apapa

2008.8.24

Notes:

- 1. MNCH (Maternal, New-born and Child Health)
- 2. LGAs and General Hospitals indicated in the PDM are those in the target areas. PHCs indicated in the PDM may mean PHCs in general, and are differentiated from the Pilot PHCs selected in the target areas.

Activities	2009												2010												2011												2012												Responsible personnel												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12													
JCC																																																													
Mid-term evaluation																																																													
Terminal evaluation																																																													
Output 1: The capacity of LSMOH in planning, executing and monitoring MNCH services is enhanced.																																																													
1-0																																																													
1-1																																																													
1-2																																																													
1-3																																																													
1-4																																																													
1-4-1																																																													
1-4-2																																																													
1-5																																																													
1-5-1																																																													
1-5-2																																																													
1-6																																																													
Output 2: The capacity of the LGAs in planning, executing and monitoring MNCH services is enhanced.																																																													
2-0																																																													
2-1																																																													

ANNEX IX Suggested Cost Sharing between LSMOH and JICA (Tentative)

S/N	Item	Cost per person	No. of day/night	unit	Unit Cost	LSMOH	JICA	Detail
2009								
1	TOT for LSMOH and LGA staff on Supportive supervision, monitoring	41	3					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36)
	Honorarium for lecturer	15,000	3	2	90,000		90,000	
	Transportation	1,000	3	41	123,000		123,000	
	Meeting Expenses	1,000	3	41	123,000		123,000	
	Teaching Material	1,000	3	45	135,000		135,000	including for lecturers
	Consumerable	500	3	45	67,500		67,500	
	Administration fee	20,000	3	1	60,000		60,000	if the training contract out
	Conference facility	0	3	0	0		0	at Lagos Island Maternity Hospital
2	TOT for LSMOH and LGA staff on continuum of care	41	5					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36) teaching skills(1day), safe delivery(2days), child care(inc.immunization & nutrition)(1day), ANC & PNC(inc. FP)(1day)
	Honorarium for lecturer	15,000	5	2	150,000		150,000	Lecturer from other organization (Teaching Hospital)
	Transportation	1,000	5	41	205,000		205,000	
	Meeting Expenses	1,000	5	41	205,000		205,000	
	Teaching Material	1,000	5	45	225,000		225,000	
	Consumerable	500	5	45	112,500		112,500	
	Administration fee	20,000	5	1	100,000		100,000	if the training contract out
	Conference facility	0	5	0	0		0	at Lagos Island Maternity Hospital
3	TOT for LSMOH and LGA staff on Communication Skill	41	4					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36)
	Honorarium for lecturer	15,000	4	2	120,000		120,000	
	Transportation	1,000	4	41	164,000		164,000	
	Meeting Expenses	1,000	4	41	164,000		164,000	
	Teaching Material	1,000	4	45	180,000		180,000	
	Consumerable	500	4	45	90,000		90,000	
	Administration fee	20,000	4	1	80,000		80,000	if the training contract out
	Conference facility	0	4	0	0		0	at Lagos Island Maternity Hospital
4	TOT for LSMOH and LGA staff on SS	41	4					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36)
	Honorarium for lecturer	15,000	4	2	120,000		120,000	Lecturer from LSMOH
	Transportation	1,000	4	41	164,000		164,000	
	Meeting Expenses	1,000	4	41	164,000		164,000	
	Teaching Material	1,000	4	45	180,000		180,000	
	Consumerable	500	4	45	90,000		90,000	
	Administration fee	20,000	4	1	80,000		80,000	if the training contract out
	Conference facility	0	4	0	0		0	at Lagos Island Maternity Hospital
5	Review and monitoring of TOT	5	1					5 officers of LSMOH
	Transportation	1,000	1	5	5,000	5,000		
	Meeting Expenses	1,000	1	5	5,000	5,000		
6	Training on continuum of care	36	4					Participants (Nurse, Midwife)24 (2 people from 12PHC) Lecturers (LGA Staff (1x12=12) safe delivery(2days), child care (inc.immunization & nutrition)(1day), ANC & PNC(inc. FP) (1day)
	Transportation	1,000	4	36	144,000		144,000	
	Meeting Expenses	1,000	4	36	144,000		144,000	
	Teaching Material	1,000	4	36	144,000		144,000	
	Consumerable	500	4	36	72,000		72,000	
	Conference facility	0	3	1	0		0	at LGA
7	Training on communication skill	48	3					Participants (Nurse, Midwife, non-medical staff etc.)36 (3 people from 12PHC), Lecturers (LGA Staff (1x12=12)
	Transportation	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Meeting Expenses	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Teaching Material	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Consumerable	500	3	48	72,000		72,000	
	Conference facility	0	3	1	0		0	at LGA
8	Training on SS	48	3					Participants (Nurse, Midwife, non-medical staff etc.)36 (3 people from 12PHC), Lecturers (LGA Staff (1x12=12)
	Transportation	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Meeting Expenses	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Teaching Material	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Consumerable	500	3	48	72,000		72,000	
	Conference facility	0	3	1	0		0	at LGA
9	Bimonthly meeting of MOHs	36	1					LGA staff (3x12=36)
	Transportation	1,000	1	36	36,000	36,000		
	Meeting Expenses	500	1	36	18,000	18,000		
	Sub Total				4,768,000	64,000	4,704,000	

S/N	Item	Cost per person	No. of day/night	unit	Unit Cost	LSMOH	JICA	Detail
2010								
1	TOT for LSMOH and LGA staff on Supportive supervision, monitoring	41	3					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36)
	Honorarium for lecturer	15,000	3	2	90,000		90,000	
	Transportation	1,000	3	41	123,000	123,000		
	Meeting Expenses	1,000	3	41	123,000	123,000		
	Teaching Material	1,000	3	45	135,000		135,000	including for lecturers
	Consumerable	500	3	45	67,500		67,500	
	Administration fee	20,000	3	1	60,000		60,000	if the training contract out
	Conference facility	0	3	0	0			at Lagos Island Maternity Hospital
2	TOT for LSMOH and LGA staff on continuum of care	41	5					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36) (teaching skills(1day), safe delivery(2days), child care (inc.immunization & nutrition)(1day), ANC & PNC(inc. FP)(1day)
	Honorarium for lecturer	15,000	5	2	150,000		150,000	
	Transportation	1,000	5	41	205,000	205,000		
	Meeting Expenses	1,000	5	41	205,000	205,000		
	Teaching Material	1,000	5	45	225,000		225,000	
	Consumerable	500	5	45	112,500		112,500	
	Administration fee	20,000	5	1	100,000		100,000	if the training contract out
	Conference facility	0	5	0	0			at Lagos Island Maternity Hospital
3	TOT for LSMOH and LGA staff on Communication Skill	41	4					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36)
	Honorarium for lecturer	15,000	4	2	120,000		120,000	
	Transportation	1,000	4	41	164,000	164,000		
	Meeting Expenses	1,000	4	41	164,000	164,000		
	Teaching Material	1,000	4	45	180,000		180,000	
	Consumerable	500	4	45	90,000		90,000	
	Administration fee	20,000	4	1	80,000		80,000	if the training contract out
	Conference facility	0	4	0	0			at Lagos Island Maternity Hospital
4	TOT for LSMOH and LGA staff on SS	41	4					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36) Lecturer from LSMOH
	Honorarium for lecturer	15,000	4	0	0			
	Transportation	1,000	4	41	164,000	164,000		
	Meeting Expenses	1,000	4	41	164,000	164,000		
	Teaching Material	1,000	4	45	180,000		180,000	
	Consumerable	500	4	45	90,000		90,000	
	Administration fee	20,000	4	1	80,000		80,000	if the training contract out
	Conference facility	0	4	0	0			at Lagos Island Maternity Hospital
5	TOT on awareness raising in the community	41	4					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36)
	Honorarium for lecturer	15,000	4	0	0			
	Transportation	1,000	4	41	164,000	164,000		
	Meeting Expenses	1,000	4	41	164,000	164,000		
	Teaching Material	1,000	4	45	180,000		180,000	
	Consumerable	500	4	45	90,000		90,000	
	Administration fee	20,000	4	1	80,000		80,000	if the training contract out
	Conference facility	0	4	0	0			at Lagos Island Maternity Hospital
6	Review and monitoring of TOT	5	2					5 officers of LSMOH
	Transportation	1,000	2	5	10,000	10,000		
	Meeting Expenses	1,000	2	5	10,000	10,000		
7	Training on continuum of care	36	4					Participants (Nurse, Midwife)24 (2 people from 12PHC) Lecturers (LGA Staff (1x12=12) safe delivery(2days), child care (inc.immunization & nutrition)(1day), ANC & PNC(inc. FP)(1day) If it is necessary
	Transportation	1,000	4	36	144,000	144,000		
	Meeting Expenses	1,000	4	36	144,000	144,000		
	Teaching Material	1,000	4	36	144,000		144,000	
	Consumerable	500	4	36	72,000		72,000	
	Conference facility	0	4	1	0			at LGA
8	Training on communication skill	48	3					Participants (Nurse, Midwife, non-medical staff etc.)36 (3 people from 12PHC), Lecturers (LGA Staff (1x12=12)
	Transportation	1,000	3	48	144,000	144,000		
	Meeting Expenses	1,000	3	48	144,000	144,000		
	Teaching Material	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Consumerable	500	3	48	72,000		72,000	
	Conference facility	0	3	1	0			at LGA
9	Training on SS	48	3					Participants (Nurse, Midwife, non-medical staff etc.)36 (3 people from 12PHC), Lecturers (LGA Staff (1x12=12)
	Transportation	1,000	3	48	144,000	144,000		
	Meeting Expenses	1,000	3	48	144,000	144,000		
	Teaching Material	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Consumerable	500	3	48	72,000		72,000	
	Conference facility	0	3	1	0			at LGA

S/N	Item	Cost per person	No. of day/night	unit	Unit Cost	LSMOH	JICA	Detail
10	Training on awareness raising in the community	36	3					Participants (CMO, CHEW etc)24 (2x12PHC), Lecturers (LGA Staff (1x12=12)
	Transportation	1,000	3	36	108,000	108,000		
	Meeting Expenses	1,000	3	36	108,000	108,000		
	Teaching Material	1,000	3	36	108,000		108,000	
	Consumerable	500	3	36	54,000		54,000	
	Conference facility	0	3	1	0			at LGA
11	Bimonthly meeting of MOHs	36	4					LGA staff (3x12=36)
	Transportation	1,000	4	36	144,000	144,000		
	Meeting Expenses	500	4	36	72,000	72,000		
	Sub Total				5,876,000	2,956,000	2,920,000	
S/N	Item	Cost per person	No. of day/night	unit	Unit Cost	LSMOH	JICA	Detail
2011								
1	Review and monitoring of TOT	5	2					5 officers of LSMOH
	Transportation	1,000	2	5	10,000	10,000		
	Meeting Expenses	1,000	2	5	10,000	10,000		
2	Training on awareness raising in the community	36	3					Participants (CMO, CHEW etc)24 (2x12PHC), Lecturers (LGA Staff (1x12=12)
	Transportation	1,000	3	36	108,000	108,000		
	Meeting Expenses	1,000	3	36	108,000	108,000		
	Teaching Material	1,000	3	36	108,000		108,000	
	Consumerable	500	3	36	54,000		54,000	
	Conference facility	0	3	1	0			at LGA
3	Bimonthly meeting of MOHs	36	4					LGA staff (3x12=36)
	Transportation	1,000	4	36	144,000	144,000		
	Meeting Expenses	500	4	36	72,000	72,000		
4	Dissemination seminar for Lagos State	171	2					57(20LGA + 37LCDA)*3 people
	Transportation	1,000	2	171	342,000	342,000		
	Meeting Expenses	1,000	2	171	342,000	342,000		
	Conference facility	300,000	2	1	600,000	300,000	300,000	
	Sub Total				1,898,000	1,436,000	462,000	
S/N	Item	Cost per person	No. of day/night	unit	Unit Cost	LSMOH	JICA	Detail
2012								
1	Dissemination seminar for National	24	1					invite 24 (1 from each LGA+ LCDA, and Pilot PHC)
	Transportation	1,000	1	24	24,000			
	Meeting Expenses	1,000	1	24	24,000			
	Conference facility	300,000	1	1	300,000		300,000	
2	Review and monitoring of TOT	5	2					5 officers of LSMOH
	Transportation	1,000	2	5	10,000	10,000		
	Meeting Expenses	1,000	2	5	10,000	10,000		
3	Bimonthly meeting of MOHs	36	4					LGA staff (3x12=36)
	Transportation	1,000	4	36	144,000	144,000		
	Meeting Expenses	500	4	36	72,000	72,000		
	Sub Total				584,000	236,000	300,000	
	Grand Total				13,126,000	4,692,000	8,386,000	

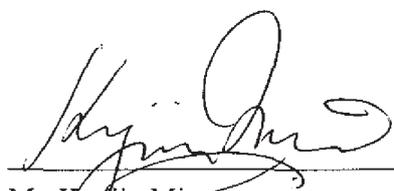
2. 討議議事録 (Record of Discussion)

**RECORD OF DISCUSSIONS
BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF
THE GOVERNMENT OF THE FEDERAL REPUBLIC OF NIGERIA
ON JAPANESE COOPERATION FOR
THE PROJECT FOR IMPROVING MATERNAL, NEWBORN AND CHILD HEALTH
IN THE LAGOS STATE**

With regard to the Minutes of Meeting between the Japanese Preparatory Mission and the Lagos State Ministry of Health dated August 27, 2008, Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") had a series of discussions, though the Chief Representative of JICA in Nigeria, with the Nigerian authorities concerned on the framework of the Technical Cooperation for the "Project for Improving Maternal, Newborn and Child Health in the Lagos State".

As a result of the discussions, JICA and the Nigerian authorities concerned agreed on the matters referred to in the document attached hereto.

Lagos and Abuja, November 13th, 2008

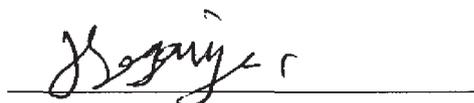


Mr. Kyofjin Mima
Chief Representative
Japan International Cooperation Agency
Nigeria Office



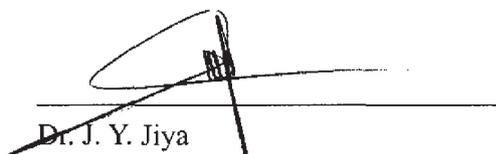
Dr. Jide Idris
Honourable Commissioner for Health
Lagos State Ministry of Health
Federal Republic of Nigeria

Witnessed by:



Mrs. L. D. Bagaiya
Coordinating Director
International Cooperation Department
National Planning Commission
Federal Republic of Nigeria

Witnessed by:



Dr. J. Y. Jiya
Director, Department of Family Health
Federal Ministry of Health
Federal Republic of Nigeria

THE ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN JICA AND THE GOVERNMENT OF THE FEDERAL GOVERNMENT OF NIGERIA

1. The Government of the Federal Government of Nigeria will implement the the “Project for Improving Maternal, Newborn and Child Health in the Lagos State” (hereinafter referred to as “the Project”) in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force Japan, JICA will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures under the Technical Cooperation Scheme of Japan.

1. DISPATCH THE EXPERTS

JICA will provide the services of experts (from Japan and/or third country) as listed in ANNEX II

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT.

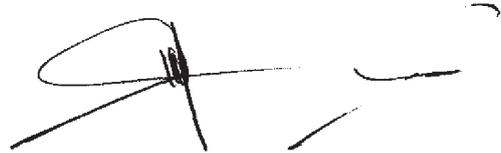
JICA will provide such machinery and equipment and other materials (hereinafter referred to as “Equipment”) necessary for the implementation of the Project as listed in ANNEX III. The equipment will become the property of the Government of Nigeria upon being delivered C.I.F (cost insurance, and freight) to the Nigerian authorities concerned at the ports and/or airports of disembarkation.

3. TRAINING OF NIGERIAN PERSONNEL IN JAPAN AND/OR THIRD COUNTRIES

JICA will train the Nigerian personnel connected with the Project for capacity building in Japan and/or third countries.

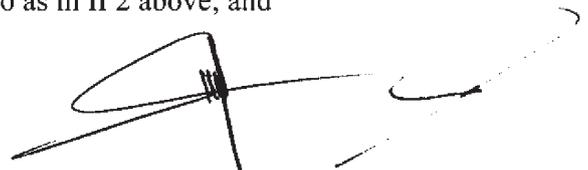
III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE FEDERAL REPUBLIC OF NIGERIA AND THE LAGOS STATE MINISTRY OF HEALTH

1. The Government of Federal Republic of Nigeria and the Lagos State Ministry of Health (hereinafter referred to as “LSMOH”) will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation through full and active involvement in the



Project by all related authorities, beneficiary groups, and institutions.

2. The Government of the Federal Republic of Nigeria and the LSMOH will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Nigerian nationals as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of the Lagos State and the Federal Republic of Nigeria.
3. The Government of the Federal Republic of Nigeria will grant in the Federal Republic of Nigeria, privileges, exemptions and benefits as listed in Annex IV and will grant privileges, exemptions and benefits no less favorable than those granted to experts of third countries or international organizations performing similar missions to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families..
4. The Government of the Federal Republic of Nigeria and the LSMOH will ensure that the Equipment referred to in II 2 above will be utilized effectively for the implementation of the Project in consultation with the Japanese experts referred to in Annex II.
5. The Government of the Federal Republic of Nigeria and the LSMOH will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Nigerian personnel through the technical training in Japan and/or third countries will be utilized effectively in the implementation of the Project.
6. In accordance with the laws and regulations in force in the Federal Republic of Nigeria, the Government of the Federal Republic of Nigeria and the LSMOH will take necessary measures to provide at its own expenses;
 - (a) Services of the Nigerian counterpart personnel as listed in ANNEX V;
 - (b) Land, building, and facilities as listed in ANNEX VI;
 - (c) Supply or replacement of machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts, and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II 2.
7. In accordance with the laws and regulations enforced in the Federal Republic of Nigeria, the Government of the Federal Republic of Nigeria and the LSMOH will measure to meet;
 - (a) Expenses necessary for the transportation within the Federal Republic of Nigeria of the Equipment referred to in 7 (2) as well as for installation, operation, and maintenance thereof;
 - (b) Customs, duties, internal taxes, and any other charges imposed in the Federal Republic of Nigeria on the Equipment referred to as in II 2 above; and



(c) Running expenses necessary for the implementation of the Project.

IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. The Permanent Secretary, LSMOH, as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project.
2. The Director of Family Health and Nutrition, LSMOH, as the Project Manager, will be responsible for the managerial and technical matters of the Project.
3. The Japanese Chief Advisor of the Project will provide necessary recommendations and advice to the Project Director, the Project Manager and other Nigerian counterpart personnels on any matters pertaining to the implementation of the Project.
4. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to Nigerian counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
5. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, the Joint Coordinating Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VII.

V. JOINT EVALUATION

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

VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

The Government of the Federal Republic of Nigeria undertakes to bear claims, if any arises, against the Japanese experts engaged in technical cooperation for the Project resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in the Federal Republic of Nigeria except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

VII. MUTUAL CONSULTATION

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

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

For the purpose of promoting support for the Project among the people of Nigeria, the Government of the Federal Republic of Nigeria will take appropriate measures to make



the Project widely known to the people of the Federal Republic of Nigeria.

IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be four (4) years.

ANNEX

- I MASTER PLAN
- II LIST OF JAPANESE EXPERTS
- III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
- IV PRIVILEGES, EXEMPTIONS AND BENEFITS FOR JAPANESE EXPERTS
- V LIST OF NIGERIAN COUNTERPART PERSONNEL
- VI LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES
- VII TERMS OF REFERENCE AND MEMBER OF THE JOINT COORDINATING COMMITTEE



ANNEX I MASTER PLAN

1. OBJECTIVES OF THE PROJECT

(1) Overall Goal

Maternal, newborn and child health is improved in Lagos State.

(2) Project Purpose

Quality maternal, newborn and child health services are provided in the targeted area.

2. Target LGAs and PHCs

(1) The Project will be implemented in six (6) LGAs:

(i) Lagos Island, (ii) Lagos Mainland, (iii) Eti-Osa, (iv) Ajeromi-Ifelodun, (v) Surulere and (vi) Apapa.

(2) The Pilot PHCs will be selected in the target areas during the initial year of the Project duration. The criterion for the selection are as follows and will be set after the Project starts:

*Tentative criteria

- The model PHCs which are selected by each LGA.

Note: Two (2) PHCs in each LGA will be selected. (A total of 12 PHCs will be selected as the Pilot PHCs)

3. Project Outputs

(1) The capacity of LSMOH in planning, executing and monitoring maternal, newborn and child health services is enhanced.

(2) The capacity of the target LGAs planning, executing and monitoring maternal, newborn and child health services is enhanced.

(3) Basic maternal, newborn and child health services (not including EmOC) at the Lagos Island Maternity Hospital are improved.

(4) The maternal, newborn and child health services at the Pilot PHCs are improved.

4. Activities of the Project

(1-0) To conduct a base line survey for the target areas and set specific goals at LSMOH for indicators of the PDM.

(1-1) To collect and analyze data at the LSMOH for formulating plans to strengthen MNCH services.

(1-2) To prepare at LSMOH the SOP (Standard Operating Procedures) in line with the Nigerian IMNCH strategy concerning PHC's MNCH services, including the job description of MOHs and PHC's staff, and medical waste, and formulate and review SOP's training curriculum and guidelines.

(1-3) To add value at LSMOH to the referral guidelines, which includes emergency cases,



- through the implementation of referrals for MNCH services in the target areas.
- (1-4) To prepare and review at LSMOH the in-service training and its guidelines concerning activities to raise awareness at the community level.
 - (1-5) To conduct at LSMOH the TOT for the LGA staff on supportive supervision, monitoring and training.
 - (1-6) To organize at LSMOH seminars to disseminate the model MNCH services executed through the Project for stakeholders in the Lagos State as well as the other states.
 - (2-0) To conduct rapid assessment on the present status of PHCs in the target areas and select Pilot PHCs based on the results of the assessment and through consultations with LGAs.
 - (2-1) To support the development of the SOP on the MNCH services at PHCs with the participation of relevant stakeholders.
 - (2-2) To conduct at the LGAs the SOP training for PHC staff members and Lagos Island Maternity Hospital staff members.
 - (2-3) To conduct at the LGAs training on raising awareness at the community level.
 - (2-4) To upgrade supportive supervision and monitoring conducted by the LGA staff for PHCs' MNCH services.
 - (2-5) To organize regular meetings among the LGA staff for strengthening MNCH services at PHCs.
 - (3-1) To do referrals at the Lagos Island Maternity Hospital and the General Hospitals in the target areas in line with the value-added referral guidelines.
 - (3-2) To strengthen the 5S activities, including improvement in the line of delivery services, at the Lagos Island Maternity Hospital.
 - (3-3) To provide basic equipment necessary for the improvement in the MNCH services at the Lagos Island Maternity Hospital.
 - (4-1) To provide MNCH services in line with the SOP mainly by the Pilot PHCs staff members who have received its training.
 - (4-2) To conduct referrals at the Pilot PHCs in line with the upgraded guidelines.
 - (4-3) To do reporting at the Pilot PHCs under the guidance by the LGAs' MOHs.
 - (4-4) To provide equipment at the level of the minimum requirement for the Pilot PHCs.
 - (4-5) To conduct activities to raise awareness on MNCH and prevention from malaria at the community level in collaboration between the Pilot PHCs and existent community organizations.



Signature

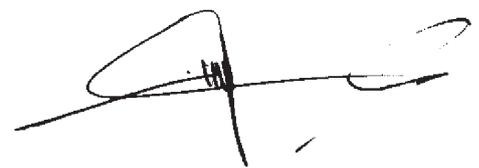


ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Experts

- (1) Chief Advisor
- (2) Training Plan / Project Coordinator
- (3) Obstetrician
- (4) Midwife
- (5) Health Education / IEC

2. Other Expert(s) will be dispatched, when necessity arises, for the smooth implementation of the Project within the framework of the Project.



ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

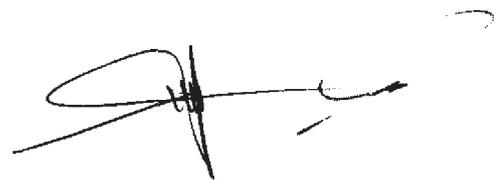
1. The necessary equipment for the transfer of technology by the Japanese experts will be provided.
 - Vehicle(s) for the Project activities
 - Basic equipment for the Pilot PHCs
 - Basic equipment for Lagos Island Maternity Hospital
2. Other materials and equipment mutually agreed upon as necessary will be provided.

Note:

The contents, specifications and quantity of the above-mentioned equipment will be decided through mutual consultations within the allocated budget of the Japanese fiscal year.



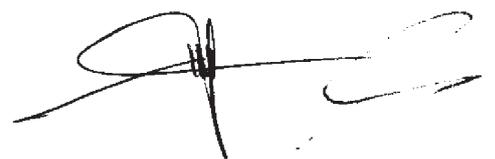
Hegamje



IV PRIVILEGES, EXEMPTIONS, AND BENEFITS FOR JAPANESE EXPRETS

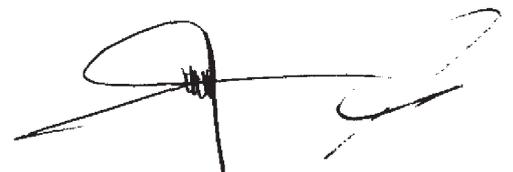
In accordance with the laws and regulations in the Federal Republic of Nigeria, the Government of the Federal Republic of Nigeria will grant the following:

1. To exempt from income tax and other charges of any kind imposed on or in connection with the living allowances remitted from abroad for the Japanese experts;
2. To exempt form income tax; import duties, and any other charges imposed on personal household effects of the Japanese experts and their families, including one motor vehicle per expert.
3. To use all its available means to provide medical and other necessary assistance to the Japanese experts and their families;
4. To issue, upon application, entry visas for the Japanese experts and their families free duties of the experts;
5. To issue identification cards to the Japanese experts and their families to secure the cooperation of all governmental organization necessary for the performance of the duties of the experts; and
6. To exempt form customs duties for import and export for machinery and equipment by the Japanese experts in connection with the Project activities.



ANNEX V LIST OF COUNTERPART PERSONNEL

1. Project Director: Permanent Secretary, the Lagos State Ministry of Health
2. Project Manager: Director of Family Health and Nutrition, the Lagos State Ministry of Health
3. Counterparts
 - (1) Officers of Public Health, Family Health and Nutrition Department, the Lagos State Ministry of Health
 - (2) Medical Officers of Health from six (6) LGAs
 - (3) Medical Director of Lagos Island Maternity Hospital



VII TERMS OF REFERENCE AND MEMBER OF THE JOINT COORDINATING COMMITTEE

1. The Joint Coordinating Committee will meet biannually and whenever the necessity arises, and work to:

- (1) formulate the annual work plan of the Project in line with R/D, which will be signed between the authorities concerned of the Nigerian Government and JICA;
- (2) review progress, achievements, bottlenecks, challenges, and lessons learnt and to take concrete actions for the smooth implementation of the Project laid out in the PDM), and
- (3) discuss any matters to be mutually agreed upon as necessary concerning the Project.

2. Composition

- (1) Chairperson: Project Director
- (2) Co-chairperson: Chief Advisor / Chief Representative of JICA Nigeria Office
- (3) Members:

Nigerian side:

-Lagos State Ministry of Health

- i) Project Manager
- ii) Officers of Public Health, Family Health and Nutrition Department, Lagos State Ministry of Health
- iii) Medical Officers of Health from six (6) LGAs
- iv) Medical Director of Lagos Island Maternity Hospital

-Federal Ministry of Health

- i) Representative of Department of Family Health, Federal Ministry of Health

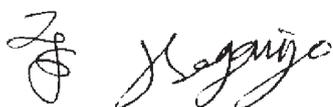
-National Planning Commission

- i) Representative of National Planning Commission

Japanese side:

- i) Chief Advisor
- ii) Other Experts
- iii) Representatives of JICA Nigeria Office
- iv) Other personnel as mutually agreed upon

Notes: The Joint Coordinating Committee is, upon mutual agreement, entitled to invite relevant personnel as appropriate to discuss specific issues. Chairman of six (6) LGAs, Officials of the Embassy of Japan in Nigeria, representatives from donor or international organizations such as USAID, WHO and UNICEF, can be invited to the Joint Coordinating Committee as observers.



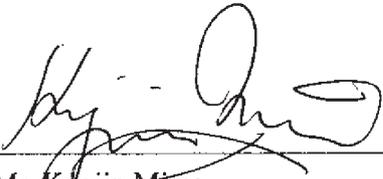
3. 実施協議議事録 (Minutes of Meeting)

**MINUTES OF MEETINGS BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF
THE GOVERNMENT OF THE FEDERAL REPUBLIC OF NIGERIA
ON JAPANESE COOPERATION FOR
THE PROJECT FOR IMPROVING MATERNAL, NEWBORN AND CHILD HEALTH
IN THE LAGOS STATE**

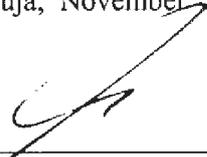
With regard to the Minutes of Meeting between the Japanese Preparatory Mission and the Lagos State Ministry of Health dated August 27, 2008, Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") had a series of discussions, though the Chief Representative of JICA in Nigeria, with the Nigerian authorities concerned on the framework of the Technical Cooperation for the "Project for Improving Maternal, Newborn and Child Health in the Lagos State".

As a result of the discussions, JICA and the Nigerian authorities concerned agreed on the matters referred to in the document attached hereto as a supplement to the Record of Discussions.

Lagos and Abuja, November 13th, 2008



Mr. Kyojin Mima
Chief Representative
Japan International Cooperation Agency
Nigeria Office



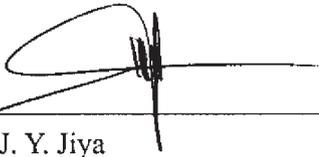
Dr. Jide Idris
Honourable Commissioner for Health
Lagos State Ministry of Health
Federal Republic of Nigeria

Witnessed by:



Mrs. L. D. Bagaiya
Coordinating Director
International Cooperation Department
National Planning Commission
Federal Republic of Nigeria

Witnessed by:



Dr. J. Y. Jiya
Director, Department of Family Health
Federal Ministry of Health
Federal Republic of Nigeria

ATTACHED DOCUMENT

I. The Project Design Matrix

The Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") was elaborated through the discussion by JICA and the Nigerian authorities concerned during the preparatory mission of the Project. Both sides also agreed to utilize the PDM throughout the implementation of the Project, recognizing the PDM as the important tool for the project management and the basis of monitoring and evaluation of the Project.

The PDM will be subject to change within the framework of the R/D when necessity arises in the course of implementation of the Project by mutual consent. The PDM is shown in ANNEX I.

II. The Plan of Operation

The Plan of Operation (hereinafter referred to as "PO") was elaborated through the discussion by JICA and the Nigerian authorities concerned during the preparatory mission of the Project, on condition that the necessary budget will be allocated for the implementation of the Project by both sides.

The schedule of the PO is subject to change within the framework of the R/D when necessity arises in the course of implementation of the Project by mutual consent. The PO is shown in ANNEX II.

III. Administration of the Project

The LSMOH shall bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project. The organization chart of the Project is shown in ANNEX III.

IV. Cost Sharing

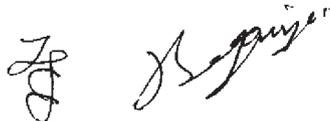
In view of enhancing the sustainability and ownership of the project, the Nigerian side will bear a part of the cost for training and others. The LSMOH will be in charge of implementation of the various activities at its own expense gradually as shown in ANNEX IV. The details will be subject to change under discussions between the Nigerian side and JICA concerning this document during the project.

Annex I: PROJECT DESIGN MATRIX

Annex II: PLAN OF OPERATION

Annex III: ORGANIZATION CHART OF THE PROJECT

Annex IV: SUGGESTED COST SHARING BETWEEN LSMOH AND JICA (TENTATIVE)



Project Title: The Project for improving Maternal, New-born and Child Health in the Lagos State

Target Areas: Lagos Mainland, Lagos Island, Eti-Osa, Ajeromi-Ifelodun, Surulere and Apapa

Project Duration :2009.1 ~2012.12

Notes:

- 1.MNCH (Maternal, New-born and Child Health)
- 2.LGAs and General Hospitals indicated in the PDM are those in the target areas. PHCs indicated in the PDM may mean PHCs in general, and are differentiated from the Pilot PHCs selected in the target areas.

Overall Goal	Summary	Indicators	Verification of Indicators	External Conditions
MNCH is improved in the Lagos State.	<ul style="list-style-type: none"> • Reduction in MMR and IMR in the Lagos State • Number of cases where the model developed by the Project has been introduced in the other states • Case Fertility Rate at the Lagos Island Maternity Hospital • Increase in the number of normal delivery at the Pilot PHCs • Increase in the satisfaction rate of patients (pregnant women and mothers) 	<ul style="list-style-type: none"> • DHS • MICS (Multiple Indicator Cluster Statistics) • Project's reports 	<ul style="list-style-type: none"> • There is no change of the policy of the National IMNCH strategy. • Trained staff are encouraged to stay in their present position for the duration of the project • Budget allocated for the project is disbursed by JICA and LSMOH 	
Project Purpose	Quality MNCH services are provided in the target areas.		Project's reports Base line survey	
Output		<ul style="list-style-type: none"> • Development/Review of SOP, Referral Guidelines; and IEC materials • Development of training curriculums and guidelines • Execution of TOT for the LGAs • Execution of monitoring works based on the formulated plans • Ratio of participation of stakeholders from the LGAs other than the target areas as well as the other states in the dissemination seminars. • Execution of monitoring activities according to the plans • Ratio of participation of trainees against the target health service providers • Execution of regular meetings for strengthening MNCH services and regular reporting to LSMOH • Satisfaction rate of pregnant women/mothers at the Lagos Island Maternity Hospital • Satisfaction rate of medical and health service providers at the Lagos Island Hospital • Increase in knowledge of medical and health service providers at the Lagos Island Maternity Hospital • Ratio of executing the MNCH services according to the SOP against the total number of the Pilot PHCs. • Increase in the number of patients' (pregnant women/mothers) registration • Increase in the number of patients who have received ANC for the fourth time. • Satisfaction rate of PHC users • Satisfaction rate of PHC staff • Increase in the knowledge of PHC staff • Number of awareness-raising activities with the use of IEC materials • Regular reporting from the Pilot PHCs under the guidance of the LGAs' MOHs 	Project's reports	
1	The capacity of LSMOH in planning, executing and monitoring MNCH services is enhanced.		Project's reports	
2	The capacity of the LGAs in planning, executing and monitoring MNCH services is enhanced.		Project's reports	
3	Basic MNCH services (not including EmOC) at the Lagos Island Maternity Hospital are improved.		Project's reports	
4	The MNCH services at the PHCs are improved.		Project's reports	

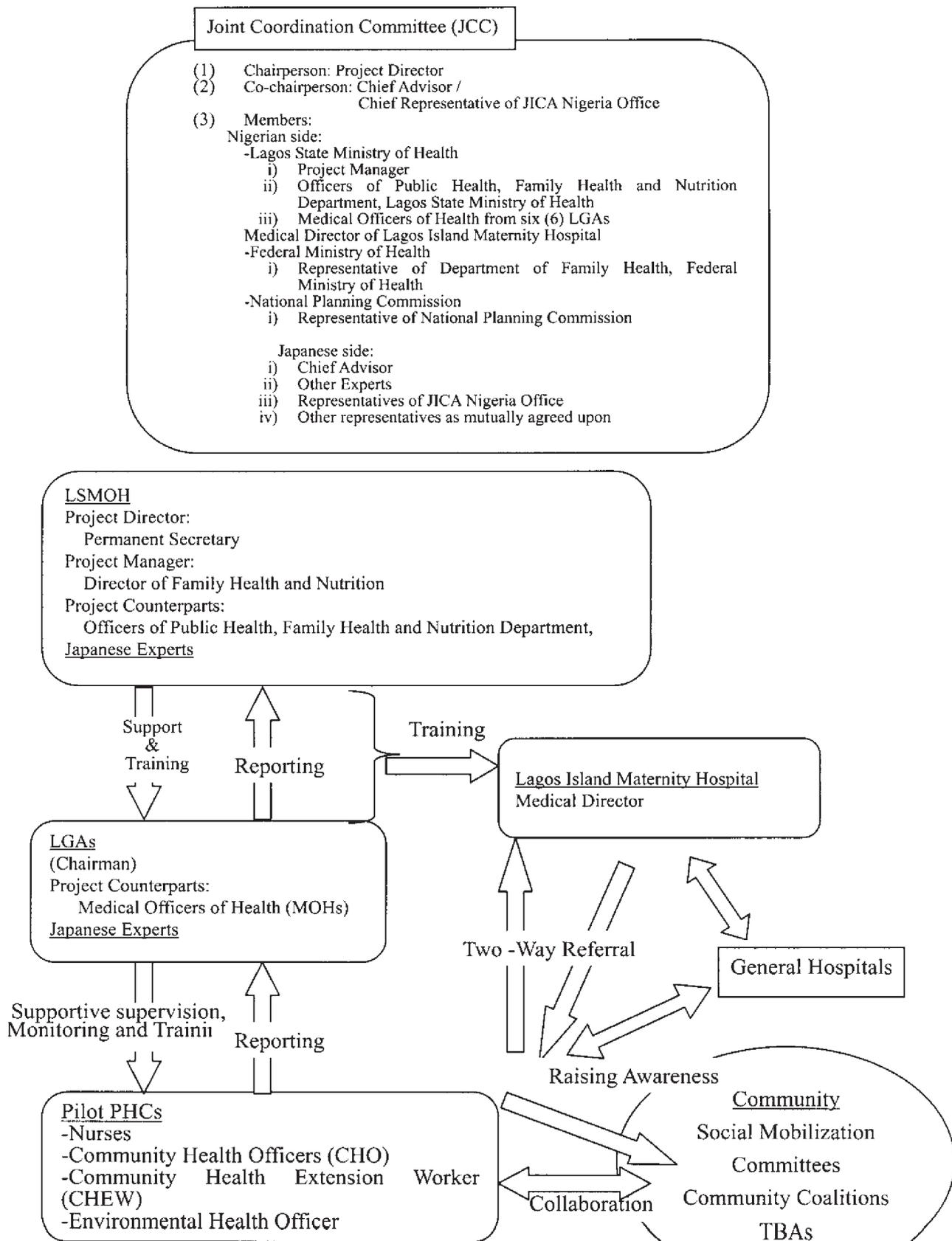
INPUT	Nigeria	Japan
Activities	<p>1-0 To conduct a base line survey for the target areas and set specific goals at LSMOH for indicators of the PDM.</p> <p>1-1 To collect and analyze data at the LSMOH for formulating plans to strengthen MNCH services.</p> <p>1-2 To prepare at LSMOH the SOP (Standard Operating Procedures) in line with the Nigerian MNCH strategy concerning PHC's MNCH services, including the job description of MOHs and PHC's staff, and medical waste, and formulate and review SOP's training curriculum and guidelines.</p> <p>1-3 To add value at LSMOH to the referral guidelines, which includes emergency cases, through the implementation of referrals for MNCH services in the target areas.</p> <p>1-4 To prepare and review at LSMOH the in-service training and its guidelines concerning activities to raise awareness at the community level.</p> <p>1-4-1 To develop and review at LSMOH the in-service training and its guidelines to raise community awareness for CHEWs</p> <p>1-4-2 To develop and review IEC (Information, Education and Communication) materials for activities to raise awareness on MNCH and prevention from malaria, e.t.c., at the community level.</p> <p>1-5 To conduct at LSMOH the TOT for the LGA staff on supportive supervision, monitoring and training.</p> <p>1-5-1 To conduct the above TOT at LSMOH.</p> <p>1-5-2 To review the above TOT in order to improve the contents of the training.</p> <p>1-6 To organize at LSMOH seminars to disseminate the model MNCH services executed through the Project for stakeholders in the Lagos State as well as the other states.</p> <p>2-0 To conduct rapid assessment on the present status of PHCs in the target areas and select Pilot PHCs based on the results of the assessment and through consultations with LGAs.</p> <p>2-1 To support the development of the SOP on the MNCH services at PHCs with the participation of relevant stakeholders.</p> <p>2-2 To conduct at the LGAs the SOP training for PHC staff members and Lagos Island Maternity Hospital staff members (including non-medical staff for 2-2-2 and 2-2-3).</p> <p>2-2-1 To conduct at the LGAs training on continuum of care.</p> <p>2-2-2 To conduct at the LGAs training on communication skills.</p> <p>2-2-3 To conduct at the LGAs training on 5S.</p> <p>2-3 To conduct at the LGAs training on raising awareness at the community level.</p> <p>2-4 To upgrade supportive supervision and monitoring conducted by the LGA staff for PHCs MNCH services.</p> <p>2-5 To organize regular meetings among the LGA staff for strengthening MNCH services at PHCs.</p>	

Activities	
3-1	To do referrals at the Lagos Island Maternity Hospital and the General Hospitals in the target areas in line with the value-added referral guidelines.
3-1-1	To organize workshops on the execution of referral cases in line with the referral guidelines in order to suggest improvement in referrals at the Lagos Island Maternity Hospital.
3-1-2	To take measures to improve performance of referrals based on the suggestions given above at the Lagos Island Maternity Hospital.
3-2	To strengthen the 5S activities, including improvement in the line of delivery services, at the Lagos Island Maternity Hospital
3-3	To provide basic equipment necessary for the improvement in the MNCH services at the Lagos Island Maternity Hospital.
4-1	To provide MNCH services in line with the SOP mainly by the Pilot PHCs staff members who have received its training.
4-2	To conduct referrals at the Pilot PHCs in line with the upgraded guidelines.
4-3	To do reporting at the Pilot PHCs under the guidance by the LGAs' MOHs.
4-4	To provide equipment at the level of the minimum requirement for the Pilot PHCs.
4-5	To conduct activities to raise awareness on MNCH and prevention from malaria at the community level in collaboration between the Pilot PHCs and existent community organizations.
4-5-1	To organize meetings between the Pilot PHCs and the community organizations for the activities to raise awareness at the community level.
4-5-2	To organize campaigns for awareness-raising with the help of IEC materials developed by the Project.

J. Sagun



III ORGANIZATION CHART OF THE PROJECT



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

ANNEX IV Suggested Cost Sharing between LSMOH and JICA (Tentative)

S/N	Item	Cost per person	No. of days/night	unit	Unit Cost	LSMOH	JICA	Detail
2009								
1	TOT for LSMOH and LGA staff on Supportive supervision, monitoring	41	3					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36)
	Honorarium for lecturer	15,000	3	2	90,000		90,000	
	Transportation	1,000	3	41	123,000		123,000	
	Meeting Expenses	1,000	3	41	123,000		123,000	
	Teaching Material	1,000	3	45	135,000		135,000	including for lecturers
	Consumerable	500	3	45	67,500		67,500	
	Administration fee	20,000	3	1	60,000		60,000	if the training contract out
	Conference facility	0	3	0	0			at Lagos Island Maternity Hospital
2	TOT for LSMOH and LGA staff on continuum of care	41	5					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36) teaching skills(1day), safe delivery(2days), child care(inc.immunization & nutrition)(1day), ANC & PNC(inc. FP) (1day)
	Honorarium for lecturer	15,000	5	2	150,000		150,000	Lecturer from other organization (Teaching Hospital)
	Transportation	1,000	5	41	205,000		205,000	
	Meeting Expenses	1,000	5	41	205,000		205,000	
	Teaching Material	1,000	5	45	225,000		225,000	
	Consumerable	500	5	45	112,500		112,500	
	Administration fee	20,000	5	1	100,000		100,000	if the training contract out
	Conference facility	0	5	0	0			at Lagos Island Maternity Hospital
3	TOT for LSMOH and LGA staff on Communication Skill	41	4					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36)
	Honorarium for lecturer	15,000	4	2	120,000		120,000	
	Transportation	1,000	4	41	164,000		164,000	
	Meeting Expenses	1,000	4	41	164,000		164,000	
	Teaching Material	1,000	4	45	180,000		180,000	
	Consumerable	500	4	45	90,000		90,000	
	Administration fee	20,000	4	1	80,000		80,000	if the training contract out
	Conference facility	0	4	0	0			at Lagos Island Maternity Hospital
4	TOT for LSMOH and LGA staff on SS	41	4					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36)
	Honorarium for lecturer	15,000	4	2	120,000		120,000	Lecturer from LSMOH
	Transportation	1,000	4	41	164,000		164,000	
	Meeting Expenses	1,000	4	41	164,000		164,000	
	Teaching Material	1,000	4	45	180,000		180,000	
	Consumerable	500	4	45	90,000		90,000	
	Administration fee	20,000	4	1	80,000		80,000	if the training contract out
	Conference facility	0	4	0	0			at Lagos Island Maternity Hospital
5	Review and monitoring of TOT	5	1					5 officers of LSMOH
	Transportation	1,000	1	5	5,000	5,000		
	Meeting Expenses	1,000	1	5	5,000	5,000		
6	Training on continuum of care	36	4					Participants (Nurse, Midwife)24 (2 people from 12PHC) Lecturers (LGA Staff (1x12=12) safe delivery(2days), child care (inc.immunization & nutrition)(1day), ANC & PNC(inc. FP) (1day)
	Transportation	1,000	4	36	144,000		144,000	
	Meeting Expenses	1,000	4	36	144,000		144,000	
	Teaching Material	1,000	4	36	144,000		144,000	
	Consumerable	500	4	36	72,000		72,000	
	Conference facility	0	3	1	0			at LGA
7	Training on communication skill	48	3					Participants (Nurse, Midwife, non-medical staff etc.)36 (3 people from 12PHC), Lecturers (LGA Staff (1x12=12)
	Transportation	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Meeting Expenses	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Teaching Material	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Consumerable	500	3	48	72,000		72,000	
	Conference facility	0	3	1	0		0	at LGA
8	Training on SS	48	3					Participants (Nurse, Midwife, non-medical staff etc.)36 (3 people from 12PHC), Lecturers (LGA Staff (1x12=12)
	Transportation	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Meeting Expenses	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Teaching Material	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Consumerable	500	3	48	72,000		72,000	
	Conference facility	0	3	1	0			at LGA
9	Bimonthly meeting of MOHs	36	1					LGA staff (3x12=36)
	Transportation	1,000	1	36	36,000	36,000		
	Meeting Expenses	500	1	36	18,000	18,000		
	Sub Total				4,768,000	64,000	4,704,000	

JF
Signature

Signature

S/N	Item	Cost per person	No. of day/night	unit	Unit Cost	LSMOH	JICA	Detail
2010								
1	TOT for LSMOH and LGA staff on Supportive supervision, monitoring	41	3					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36)
	Honorarium for lecturer	15,000	3	2	90,000		90,000	
	Transportation	1,000	3	41	123,000	123,000		
	Meeting Expenses	1,000	3	41	123,000	123,000		
	Teaching Material	1,000	3	45	135,000		135,000	including for lecturers
	Consumerable	500	3	45	67,500		67,500	
	Administration fee	20,000	3	1	60,000		60,000	if the training contract out
	Conference facility	0	3	0	0			at Lagos Island Maternity Hospital
2	TOT for LSMOH and LGA staff on continuum of care	41	5					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36) teaching skills(1day), safe delivery(2days), child care (inc.immunization & nutrition)(1day), ANC & PNC(inc. FP) (1day)
	Honorarium for lecturer	15,000	5	2	150,000		150,000	
	Transportation	1,000	5	41	205,000	205,000		
	Meeting Expenses	1,000	5	41	205,000	205,000		
	Teaching Material	1,000	5	45	225,000		225,000	
	Consumerable	500	5	45	112,500		112,500	
	Administration fee	20,000	5	1	100,000		100,000	if the training contract out
	Conference facility	0	5	0	0			at Lagos Island Maternity Hospital
3	TOT for LSMOH and LGA staff on Communication Skill	41	4					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36)
	Honorarium for lecturer	15,000	4	2	120,000		120,000	
	Transportation	1,000	4	41	164,000	164,000		
	Meeting Expenses	1,000	4	41	164,000	164,000		
	Teaching Material	1,000	4	45	180,000		180,000	
	Consumerable	500	4	45	90,000		90,000	
	Administration fee	20,000	4	1	80,000		80,000	if the training contract out
	Conference facility	0	4	0	0			at Lagos Island Maternity Hospital
4	TOT for LSMOH and LGA staff on SS	41	4					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36)
	Honorarium for lecturer	15,000	4	0	0			Lecturer from: LSMOH
	Transportation	1,000	4	41	164,000	164,000		
	Meeting Expenses	1,000	4	41	164,000	164,000		
	Teaching Material	1,000	4	45	180,000		180,000	
	Consumerable	500	4	45	90,000		90,000	
	Administration fee	20,000	4	1	80,000		80,000	if the training contract out
	Conference facility	0	4	0	0			at Lagos Island Maternity Hospital
5	TOT on awareness raising in the community	41	4					LSMOH(5) LGA staff(3x12=36)
	Honorarium for lecturer	15,000	4	0	0			
	Transportation	1,000	4	41	164,000	164,000		
	Meeting Expenses	1,000	4	41	164,000	164,000		
	Teaching Material	1,000	4	45	180,000		180,000	
	Consumerable	500	4	45	90,000		90,000	
	Administration fee	20,000	4	1	80,000		80,000	if the training contract out
	Conference facility	0	4	0	0			at Lagos Island Maternity Hospital
6	Review and monitoring of TOT	5	2					5 officers of LSMOH
	Transportation	1,000	2	5	10,000	10,000		
	Meeting Expenses	1,000	2	5	10,000	10,000		
7	Training on continuum of care	36	4					Participants (Nurse, Midwife)24 (2 people from 12PHC) Lecturers (LGA Staff) (1x12=12) safe delivery(2days), child care (inc.immunization & nutrition)(1day), ANC & PNC(inc. FP) (1day)
	Transportation	1,000	4	36	144,000	144,000		If it is necessary
	Meeting Expenses	1,000	4	36	144,000	144,000		
	Teaching Material	1,000	4	36	144,000		144,000	
	Consumerable	500	4	36	72,000		72,000	
	Conference facility	0	4	1	0			at LGA
8	Training on communication skill	48	3					Participants (Nurse, Midwife, non-medical staff etc.)36 (3 people from 12PHC), Lecturers (LGA Staff) (1x12=12)
	Transportation	1,000	3	48	144,000	144,000		
	Meeting Expenses	1,000	3	48	144,000	144,000		
	Teaching Material	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Consumerable	500	3	48	72,000		72,000	
	Conference facility	0	3	1	0			at LGA
9	Training on SS	48	3					Participants (Nurse, Midwife, non-medical staff etc.)36 (3 people from 12PHC), Lecturers (LGA Staff) (1x12=12)
	Transportation	1,000	3	48	144,000	144,000		
	Meeting Expenses	1,000	3	48	144,000	144,000		
	Teaching Material	1,000	3	48	144,000		144,000	
	Consumerable	500	3	48	72,000		72,000	
	Conference facility	0	3	1	0			at LGA

S/N	Item	Cost per person	No. of day/night	unit	Unit Cost	LSMOH	JICA	Detail
10	Training on awareness raising in the community	36	3					Participants (CMO, CHEW etc)24 (2x12PHC), Lecturers (LGA Staff (1x12=12)
	Transportation	1,000	3	36	108,000	108,000		
	Meeting Expenses	1,000	3	36	108,000	108,000		
	Teaching Material	1,000	3	36	108,000		108,000	
	Consumerable	500	3	36	54,000		54,000	
	Conference facility	0	3	1	0			at LGA
11	Bimonthly meeting of MOHs	36	4					LGA staff (3x12=36)
	Transportation	1,000	4	36	144,000	144,000		
	Meeting Expenses	500	4	36	72,000	72,000		
	Sub Total				5,876,000	2,956,000	2,920,000	
S/N	Item	Cost per person	No. of day/night	unit	Unit Cost	LSMOH	JICA	Detail
2011								
1	Review and monitoring of TOT	5	2					5 officers of LSMOH
	Transportation	1,600	2	5	10,000	10,000		
	Meeting Expenses	1,000	2	5	10,000	10,000		
2	Training on awareness raising in the community	36	3					Participants (CMO, CHEW etc)24 (2x12PHC), Lecturers (LGA Staff (1x12=12)
	Transportation	1,000	3	36	108,000	108,000		
	Meeting Expenses	1,000	3	36	108,000	108,000		
	Teaching Material	1,000	3	36	108,000		108,000	
	Consumerable	500	3	36	54,000		54,000	
	Conference facility	0	3	1	0			at LGA
3	Bimonthly meeting of MOHs	36	4					LGA staff (3x12=36)
	Transportation	1,000	4	36	144,000	144,000		
	Meeting Expenses	500	4	36	72,000	72,000		
4	Dissemination seminar for Lagos State	171	2					57(10LGA+37LCDA)*3 people
	Transportation	1,000	2	171	342,000	342,000		
	Meeting Expenses	1,000	2	171	342,000	342,000		
	Conference facility	300,000	2	1	600,000	300,000	300,000	
	Sub Total				1,898,000	1,436,000	462,000	
S/N	Item	Cost per person	No. of day/night	unit	Unit Cost	LSMOH	JICA	Detail
2012								
1	Dissemination seminar for National	24	1					invite 24 (1 from each LGA+ LCDA, and Pilot PHC)
	Transportation	1,000	1	24	24,000			
	Meeting Expenses	1,000	1	24	24,000			
	Conference facility	300,000	1	1	300,000		300,000	
2	Review and monitoring of TOT	5	2					5 officers of LSMOH
	Transportation	1,000	2	5	10,000	10,000		
	Meeting Expenses	1,000	2	5	10,000	10,000		
3	Bimonthly meeting of MOHs	36	4					LGA staff (3x12=36)
	Transportation	1,000	4	36	144,000	144,000		
	Meeting Expenses	500	4	36	72,000	72,000		
	Sub Total				584,000	236,000	300,000	
	Grand Total				13,126,000	4,692,000	8,386,000	

J. E. Soyajo

[Handwritten signature]

別添資料

1. 主要面談記録
2. ワークショップ結果
3. ラゴス島産科病院の施設概要と所感
4. Health Development Partner Programme Matrix

1. 主要面談記録

○協議議事録

ラゴス州保健省との協議（1）

1. 日時：2008年8月25日（月） 11:30-16:30

2. 場所：州保健省会議室

3. 先方出席者

Dr. Adetoun Agbe-Davies	Director, Family Health and Nutrition Department
Dr. AJ. A. R. Longe	Deputy Director, Family Health and Nutrition Department
Mr. P. O. Olomijony	Lawyer
Dr. A. S. Obatunji	Nursing Officer

4. 当方出席者

小林、吉村、西村、堀井、小笠原、Mr. Felix OBI

5. 協議内容

JICAの事前調査団と州保健省の代表者によるM/Mの内容に係る協議、当方からは、事前調査（インタビュー、視察、関係者が参加したワークショップの結果）の結果を基にプロジェクトの枠組みを作成した旨説明。州保健省からはリーガルアドバイザーも同席して協議を行った。

<局長からのコメント等>

✓ プロジェクトの英文タイトルの変更について

タイトルにmaternal, newborn and child healthを入れることで問題ない。IMNCHの考えに合致するものであると思う。

✓ 調達機材の免税措置について

州保健省では、機材の免税措置を行う立場にはない。この件に関しては連邦保健省に確認してほしい。

<その他コメント>

✓ PHCに供与する基本的な機材とはどのようなものか？調達機材の調達についてのリストがあれば確認したい。

✓ 長期専門家は、合同調整委員会のメンバーにもなることから（母子保健分野で）経験がある人物を望む。

✓ プロジェクト実施中の研修については、WHOの研修モジュールを利用するとよい。

6. その他

協議の結果を反映させてPO、PDMを局長の修正案を取り入れて文言等修正した。

ラゴス州保健省との協議（2）

1. 日時：2008年8月26日（火） 11:15-13:30

2. 場所：州保健省会議室

3. 先方出席者

Dr. Jide Idris	Honorable Commissioner
Dr. Aderemi Desalu	Permanent Secretary
Dr. 'Detoun Agbe-Davies	Director, Family Health and Nutrition Department
Dr. O. O. Taiwo	Director, Disesas Control
Mr. T. O. Jowosimi	Accounts, LSMOH

4. 当方出席者

小林、吉村、西村、堀井、小笠原、Mr. Felix OBI

5. 協議内容

<協議の流れ>

- ✓ 昨日の協議内容を踏まえてDavies局長よりコミッショナーに対して本調査の結果概要及びJICAの実施する新しい母子保健案件について紹介。
- ✓ 小林チームリーダーより、免税措置はナイジェリアと日本の政府間において結ばれるものであり、加えて添付のナイジェリア政府側コストの負担事項はまだ確定しているものではなく、ニーズアセスメントといったベースラインサーベイを行って決めたい、と説明。

<コミッショナーからのコメント等>

コメント等以下のとおり。

- ✓ コミッショナーよりサービスデリバリーの向上のためにはPHCの能力強化を重視すべきであるとのコメントがあり。
- ✓ 安全なお産、安全な母性、SOPと内部研修のガイドライン、コミュニケーションのスキル、職員のインセンティブとモチベーション、基礎的な機材の供与とパイロットPHCのインフラ強化、二次医療施設からのリファラルシステムの強化、5S活動による待ち時間の短縮を含むと説明
- ✓ プロジェクトの内容にはタイトルのとおり、子どもに対するケア（予防接種等）を支援内容に含めるべきである。
- ✓ →Safe deliveryを子どもに対するケアの概念を含むContinuum Care（継続ケア）に修正
- ✓ ラゴス州の保健改革法では、ワードごとに機能したPHCを配置することをめざしており、モデルPHCは、現在改修されているところである。
- ✓ 新しいJICAのプロジェクトはラゴス州の計画や政策に合致したものにしていくことを望む。
- ✓ 輸入する機材についての免税措置については、連邦政府と協力してプロジェクトを支援していくことが可能である。連邦財務省からの免税証明のレター等手続きが必要である。

連邦保健省との協議

1. 日時：2008年8月28日（木） 13:30-15:00

2. 場所：連邦保健省会議室

3. 先方出席者

Dr. J.Y. Jiya	Director, Department of Family Health
Dr. N. Onuekwusi	Head, Child Health
Dr. W. Balami	Head, Reproductive Health
Dr. M.A. Odeku	Deputy Head, Reproductive Health
Dr. P.N. Momah	Head, Health Promotion
Dr. M. Arene	Head, Gender, School Health & Elderly
Mrs. A.O. Osuntogun	Officer, Safe Motherhood/Family Health
Mr. M.M. Lawal	Officer, CPO/Elderly Care
Mrs. June Eruba	Officer, Child Health
Mrs. B.N. Ali	Officer, Nutrition

4. 当方出席者

小林、吉村、西村、堀井、小笠原、Mr. Felix OBI

5. 協議内容

コメント等は以下のとおり。

- ✓ マニュアル類はまだIMNCH Strategyに合致してアップデートされていないので、本プロジェクトで作成するSOPには既存のマニュアルをもとにアップデートすることもできる。
- ✓ ニーズに基づいて新しく設立された家族保健部（Department of Family Health）に対してもサポートをお願いしたい。連邦保健省がどのような役割を果たせるのか御教示願いたい。
- ✓ 連邦保健省の合同調整委員会（JCC）におけるステイタスは、オブザーバーとしてではなくメンバーとして参加するほうがよい。連邦レベルで保健関連の問題に対する方向付けを行うためである。作成するSOPやガイドラインはUSAIDのACEESSプロジェクトのものを参考にするとよい。ACEESSは現在カノ州とザンファラ州において使用されている。ラゴス州においても既存のマニュアルを改変・アップデートして使うのがよいのではないか。
- ✓ IECツールの開発は重要な点であり、草の根レベルの既存のプロジェクトとのリンクも重要である。開始前に特にコミュニケーション関連の活動についてモニタリングと評価をプロジェクトのフレームワークに取り入れるべきである。
- ✓ 妊産婦死亡率が最も高い北東部や西部の州にも本プロジェクトを拡大して頂きたい。関連書類や政策のフレームワークは既に開発されており、本プロジェクトでも活用して頂きたい。輸入機材の免税措置に関しては、可能であり、病院部（Department of Hospital Services）国内に持ち込まれる物品の免税措置については対応可能である。
- ✓ よく熟考し、本プロジェクトの貢献に感謝の意を表したい。このプロジェクトの取り組みを他の州にも拡大して頂くことを望む。本プロジェクトの合同調整委員会におけるステイタスについては、変更して頂くことを望む。

National Planning Commission (NPC) との協議

1. 日時：8月28日（木） 15:30-16:00

2. 場所：NPC会議スペース

3. 先方出席者

National Planning Commission (NPC)

Mr. M. N.A. Lawal Assistant Director, NPC

Mrs. Blessing Ezejiaka Planning Officer, Japan Desk

4. 当方出席者

小林、吉村、西村、堀井、小笠原、Mr. Felix OBI

5. 協議内容

- ✓ 調達機材の免税措置については、両国政府の取り決めに基づいて免税措置は可能である。手続き上で何か問題が起こったら援助受入れ・調整機関としてこちらでも支援できるのでそのときは、連絡してほしい。
- ✓ NPCはJCCの参加ステイタスについては、オブザーバーとしてではなく、メンバーとして参加するようにしてほしい。

○ 政府機関へのインタビュー結果・フォーカスグループディスカッションの結果

ラゴス州保健省 (LSMOH) Primary Health 局長へのインタビュー

1. 日時：2008年8月7日（木） 10:40-12:15
2. 場所：Primary Health 局長室
3. 先方出席者
諏訪なおい企画調整員（JICA）、小笠原暁（コンサルタント）
Mr. Felix OBI（JICA）、Mr. Joseph Omozuanvbo
4. 当方出席者
Dr. 'Detoun Agbe Davies, Family Health and Nutrition Department
Dr. Jmilade Longe, Deputy Family Health and Nutrition Department
Dr. O. D. Sokoya, Medical Officer
他4名
5. 質疑応答概要
7名の出席者に対して10分間にて質問票に直接回答をお願いし、その後以下のやりとりを行った。
<パイロットPHCの選定基準について>
 - ・（想定される）インパクトに重点を置いて選定すべき。地方行政区（LGA）レベルの政治的意図や関与も考慮に入れることが必要である。LGAが決めて、州はそれを承認する立場である。<現在の活動内容について>
 - ・現在は、予防接種に力を入れており、LGAレベルでアウトリーチ活動を行っている。予防接種のギャップを州も把握することができた。DPTの接種率は、60%である。JICAの支援で子どもの健康週間を実施したり、ポリオのアウトリーチ活動を2007年には行った。世界銀行は、LGAの各NPIストア（計20）に20個の発電機を供与した。
 - ・総合病院やPHCではANCは無料（薬剤浸漬蚊帳の供与、IPT等）で行っている。通常分娩はいくつかのPHCや政府の病院では無料である。妊婦の破傷風予防接種も無料で行っている。HIV患者と母親のHIVの母子感染予防（PMTCT）も無料である。
 - ・コミュニティ認識向上キャンペーンを行った。5つのLGAに対して、5月5日は安全な母性の日を実施した。マーケット、コミュニティニュースの発行も行った。LGAはコミュニティに対して認識が低いのではないかと。
 - ・家族計画の意識はコミュニティレベルではまだ低い。癌、特に乳がんの検診も行っている。青年に対する保健教育（性教育等、Hello Lagos）も行っている。
 - ・JICAの支援のおかげでジェンダーデスクが設置されて、2～3年が経過しており、メンタル面などのケアをしている。家庭内暴力の問題に対しても取り組んでいる。<案件実施の際のコストシェアリングについて>
 - ・できるだけ低いにこしたことはない。世銀の案件開始時はこちらのコスト負担は20%であったが、徐々に高めていった。こちらも急がなくてはならないのはわかっている。いくらかの資金を確保しておく必要があり、カウンターパート資金を確保しておくべきである。

州政府内での予算要求の締め切りは、明日であるが、州政府内で取りまとめて連邦政府には今月末までに提出する。

Lagos State Traditional Medicine Board (LSTMB) へのインタビュー

1. 日時：2008年8月7日（木） 15:00-16:00

2. 場所：LSTMB会議室

3. 先方出席者

Dr. Bunmi Omoseyindemi, Chairman of LSTMB

Dr. Bodunrin Oluwa, Registrar of LSTMB

他2名

4. 当方出席者

諏訪なおい企画調整員（JICA）、小笠原暁（コンサルタント）

Mr. Felix OBI（JICA）、Mr. Joseph Omozuanvbo（JICA）

5. 質疑応答概要

小笠原が質問をしていく形で行い、Dr. Omoseyindemiがそれに回答していく形で行った。質問票にはMr. Felixが記入していく形で調査を行った。

6. 質疑応答内容

やりとりは以下のとおり。

<TBAとCBAについて>

どちらもコミュニティによって発生したものである。FBOはラゴス州ではクリニックを持つキリスト教の教会に属するクリスチャンである。教会が研修を行い、SBAのような技術レベルは有していない。現在は、LSTMBとの関係は薄い。現在の保健セクター改革法でも科学的でないと思われるもの（Unorthodox）もこの法律はカバーしている。TBAは薬草について詳しく分娩を介助する能力も持っている。

<LSTMBの役割について>

LSTMBの役割は、TBAに対して、研修や再研修を行う。彼らの活動のモニタリング及び管理を行っている。

TBAの能力を高めて、分娩介助能力のほか様々な技術を身につけさせたいと考えている。（LSTMBの地位や影響力は改善・向上している。この議長的能力によるところが大きい。）

<TBAの役割について>

心理セラピストの役割を果たしている。彼らはコミュニティから認識されており、周囲からも認められている存在である。料金も高くないので、コミュニティの人々にとっても利用しやすい存在である。分娩の時に家に呼ばれて介助を行う。現状では、20%のお産は病院で行われているのみである。

TBAはANC（加えてカウンセリング等）、を行い、異なる妊娠段階で異なる薬草を用いる。実践すると小さく子どもが生まれ、お産が楽になる。自然食も与える。結果として骨が強く生まれ、問題が少なく育つようになる。

TBAは病院やクリニックよりも身近にあり、妊婦にとっては安心感を与えるようである。そのためコミュニティレベルでは、たとえお金がかかって（2,500ナイラから3,000ナイラ）

も、TBAの利用は多い。

<TBAの登録について>

6週間の研修 (Orientation Course) を受けて終了したことが認められて Traditional General Practitioner、Traditional Bone Setter、Traditional Psychiatristとして登録される。登録料 (受講料) は5,000ナイラかかる。TBAは研修のほかに病院で6週間の研修を行ってから登録される。

<TBA研修修了者の推移>

102人 (1998年-2002年)、41人 (2003年)、53人 (2004年)、20人 (2005年)、23人 (2006年)、46人 (2007年)、44人 (2008年)

現在TBAセンターの構想を持っており、政府に提案をしている。ラゴスの5つのゾーン委員会 (Ikorodu、Badagry、Ikeja、Lagos Island、Epe) も関心を示している。

<リファラルについて>

リファラルカード (Referral Slip) を発行している。病院の助産士や婦長 (Apex Nurse) にあててリファをする。PHCレベルの医療機関にはリファしない。現在は、2つの二次医療機関と直接関係を構築している。

7. その他

入手資料

- Lecture notes for Traditional Birth Attendants (冊子)
- History Taking and Physical Examination (冊子)
- Human Body: Anatomy and Physiology for Traditional/Natural Health Practitioners (冊子)
- Records of Practical Instruction for Traditional Birth Attendants (冊子)
- Syllabus for Traditional Birth Attendant (冊子)
- Emergency Referral Card (一枚紙)
- Continuous Education Programme for Practitioners (カリキュラム)
- Letter of Recommendation (for TBAs) (公的文書)
- Building the Capacity of the Traditional Birth Attendants toward the MDGs (論文)
- Current situation on medical facilities in 20 LGAs in Lagos State (統計データ)

TBAへのインタビュー

1. 日時: 2008年8月7日 (木) 16:20-16:50

2. 場所: LSTMB会議室

3. 先方出席者

Dr. Bunmi Omokeyindemi, Chairman of LSTMB

Dr. Bodunrin Oluwa, Registrar of LSTMB

TBA 6名

4. 当方出席者

諏訪なおい企画調整員 (JICA)、小笠原暁 (コンサルタント)、Mr. Felix OBI (JICA)、Mr. Joseph Omozuanvbo (JICA)

5. 質疑応答概要

6 人のTBA（男性 2 人、女性 4 人）に対して質問をし、質問票は、Mr. Felixが記入していく形式で行った。

6. その他

分娩キットの紹介がインタビューの最後にあった。分娩キットの内容は以下の通り。

- ・ UNICEF製のTBA用キット ※2,000-3,000ナイラするものだが、今はTBAには供与していない。
- ✓ Cotton wool（綿ひも）
- ✓ Sterilizer（滅菌・消毒薬）
- ✓ Placenta Units
- ✓ Methylated spirit（メタノール変性アルコール）
- ✓ Soap dish（お皿）
- ✓ Placenta Bag
- ✓ Bed Sheet
- ✓ Mackintosh（ゴム手袋）
- ・ UNICEF製の患者用キット
- ✓ Scissors（はさみ）
- ✓ Gloves（手袋）
- ✓ Mucus extractor（粘膜掻き取り器）
- ✓ Fetoscope（胎児鏡）

フォーカスグループディスカッションの記録

1. 日時：2008年 8 月 8 日（金） 10:40-13:00
2. 場所：USAID COMPASS 事務局会議室（当初予定していたLSMOHの会議室より変更）
3. 先方出席者：Medical Officer of Health（MoH）または各LGA/LCDAからの代表者 8 名
Dr. Sanni F.O Medical Officer of Health, Lagos Island LGA
Mrs. Riberio. O Apex Chief Nursing Officer, Yaba LGA
Mrs. Bakare A.M. Apex Chief Nursing Officer, Lagos Island LGA
Mrs. Inasa-Thomas O Senior Registered Nurse, Coker Aguda LGA
Dr. Asiyambi O.O. Medical Officer of Health, Ajeremi-Ifelodun LGA
Dr. Oguntuase Medical Officer Health, Eti-Osa East LCDA
Dr. Sotunde Medical Officer of Health, Lagos Island
Dr. Giwa R.T. Medical Officer of Health, Apapa LGA
4. 当方出席者： 諏訪なおい企画調整員（JICA）、小笠原暁（コンサルタント）、Felix OBI（JICA）、Dr. O.D. Sokoya（LSMOH）
5. FGDの流れ

プレゼンテーションスライドを用いて小笠原より、FGDの実施方法、目的、予定しているプロジェクトの概要について説明。提示したトピックは、州保健省との協議の結果7つとした。参加者 8 人を 3 つのグループに分けて議論の内容を紙に書き、代表者が発表し、提出してもらう形式とした。”Pilot PHC Selection Criteria”については、3 グループすべてに割り当てた。

交通事情、当日の天候（大雨）により、15人の参加は無理であり、8人の出席であった。トピックは以下のとおり。

- ①Current challenges/problems for PHCs in charge and MNCH services (Group 1)
- ②Current situation of referral system at the community level (Group 1)
- ③Communication between referral hospital and PHC/HC/PC (Group 2)
- ④Motivation/incentives of staffs (nurse/midwife, CHO, CHEW, health educator) to work for PHC/HC/PC (Group 2)
- ⑤Usefulness and Feedback of Training of Trainers (TOT) provided before (Group 3)
- ⑥Daily Activity as MOH (Group 3)
- ⑦Pilot PHC Selection Criteria (for all groups)

<グループ1 (3人)>

・ Current challenges/problems for PHCs in charge and MNCH services

- ✓ ワードレベルでのカバレッジの不足（すべてのワードに施設が配置されていない）
- ✓ 関連インフラが古い。（建物の老朽化、平均10年かそれ以上）
- ✓ 人口が集中してPHCの能力が低く、需要に合致していない。
- ✓ 建物のメンテナンス状態が悪い。
- ✓ 道路のネットワークの整備されていない。
- ✓ 自動車修理場やバスステーションの近くにあり、環境が悪い（排気ガス、騒音、ごみ等）PHCあり。
- ✓ 治安面で移設・移動が必要なPHCもある。
- ✓ 水・電気の供給が不足しており、ジェネレーターが古い、修理されていない。
- ✓ 担当スタッフが配置されていないため機材（救急車等）のメンテナンスがされていない。
- ✓ 基本的な医療機材（椅子、血圧計、聴診器、酸素吸入器一式、冷蔵庫、薬、実験器具等）の不足
- ✓ データや書類作成のためのツール（コンピュータ等）が不足しており、モニタリングや評価が困難

・ Current situation of referral system at the community level

- ✓ レファラルに対応する人員が配置されていない、または能力が低い。
- ✓ 病院にリファーしても病院からのフィードバックがない。
- ✓ 救急車はあるが、担当スタッフがしかるべき研修等を受けていないため救急時の患者対応が不十分
- ✓ 患者の病状が悪化してから病院にリファーするケースがしばしばあり、妊産婦死亡率悪化させている。

・ Pilot PHC Selection Criteria (for all groups)

- ✓ コミュニティからみたアクセスの良さと良好な関係
- ✓ 最低限の基準（インフラ面、人員面等）を満たす施設（建て直し、修繕）
- ✓ PHC運営のため十分な能力を満たしているスタッフ
- ✓ 施設へのアクセスを容易にする十分な排水設備
- ✓ キャッチメントエリアと活用率

- ✓ 検討されるべき設備の最低基準の同意

<グループ2（2人）>

- Usefulness and Feedback of Training of Trainers (TOT) provided before

- ✓ 研修を受けたスタッフのフィードバックやモニタリングの不足
- ✓ LGAの予算不足
- ✓ 研修内容に関してドナー間の調整不足（内容に重複等あり）
- ✓ 活動の重複を避け、効率的な活動の実施のためのドナー協調
- ✓ 適切なプロトコルと必要なプロセスの不足（PHCの管理部門を通さずに研修が行われている）及びPHC内での研修員のフィードバックの不足
- ✓ 職員に対する再研修や適切なフィードバックのシステムが必要

- Daily Activity as MOH

- ✓ 担当地方行政区内でのPHC管理の長
- ✓ PHCへの計画、活動実施、モニタリング・評価の円滑な実施
- ✓ 連邦政府、関係機関の政策レベルでの連絡・調整
- ✓ 関係するミーティングやセミナーへの出席

- Pilot PHC Selection Criteria (for all groups)

- ✓ 位置性（対象地域の中央に位置していること）、コミュニティへのアクセスの平等性
- ✓ 妊産婦をターゲットにしていること
- ✓ PHCへのアクセスを簡単にする道路ネットワークの存在
- ✓ コミュニティの支援・協力が得られること

<グループ3（3人）>

- Communication between referral hospital and PHC/HC/PC

- ✓ 2枚うちの一枚のリファラルシート（Slip）が患者からPHCに返却されていないことがある。他の目的でPHCに立ち寄ったときなどに患者はフィードバックをすべき
- ✓ 緊急時のために20の地方行政区と37のLCDAは救急車を持っているが、救急体制に対応できるような十分な設備を持っていない。
- ✓ リファラルセンターに連絡するための電話が十分敷設されていない。

- Motivation/incentives of staffs (nurse/midwife, CHO, CHEW, health educator) to work for PHC/HC/PC

- ✓ 十分な研修（すべての職員が研修を受けているわけではない）
- ✓ 給料や手当（地方分権化が十分進んでいないことからくる遅配も多い、予算は中央政府が握っている）
- ✓ 基本的な機材（活動用の自動車、吸い上げ器、分娩ベッド、酸素吸入器等）の入れ替え

- Pilot PHC Selection Criteria (for all groups)

- ✓ 立地条件（よくない立地条件のところは避けるべき）
- ✓ カバーされる人口
- ✓ 施設の利用率
- ✓ 現状として人員が十分でないこと
- ✓ インフラストラクチャーの改修や補修の必要性

- ✓ 日々の業務実施・管理のための使用できる自動車の不足
- ✓ 研修の実施・活用状況

<FDG時に提案されたPHC選定基準>

グループ1	グループ2	グループ3
✓コミュニティからみたアクセスの良さと良好な関係	✓位置性（対象地域の中央に位置していること）、コミュニティへのアクセスの平等性	✓立地条件（よくない立地条件のところは避けるべき）
✓最低限の基準（インフラ面、人員面等）を満たす施設（建て直し、修繕）	✓妊産婦をターゲットにしていること	✓カバーされる人口
✓PHC運営のため十分な能力を満たしているスタッフ	✓PHCへのアクセスを簡単にする道路ネットワークの存在	✓施設の利用率
✓施設へのアクセスを容易にする十分な排水設備	✓コミュニティの支援・協力が得られること	✓現状として人員が十分でないこと
✓キャッチメントエリアと活用率	—	✓インフラストラクチャーの改修や補修の必要性
✓検討されるべき設備の最低基準の同意	—	✓日々の業務実施・管理のための使用できる自動車の不足
—	—	✓研修の実施・活用状況

<選定基準（案）>

- ・ PHCの利用率
- ・ コミュニティとの関係
- ・ アクセス・治安
- ・ スタッフの仕事に対する態度
- ・ 対象人口
- ・ 母子保健活動に対する取り組み

LSMOHへのインタビュー

1. 日時：2008年8月19日（火） 13:30-15:30
2. 場所：LSMOH Public Health局長室
3. 先方出席者
Dr. Adeloun Agbe Davis, Director of Public Health
4. 当方出席者：小林、吉村、西村、堀井、小笠原、Mr. Felix OBI
5. 質疑応答概要

- ・ 団長より調査団目的、ミニッツ案の説明

質疑応答は以下のとおり。

- ・ モデルPHCの今後の方向性について。（重点の置かれたモデルPHCに患者集中が起こってしまい、逆に他のPHCの弱体化になってしまうのではないかと、との問いに対して）一時的な混雑を招くことはしょうがないが、将来的には各Wardに一つ重点PHCを置きたい。
- ・ モデルPHCは地方行政区が主体的に決める。地方行政区が選定の際に、アクセスや人材配置を考慮していることを期待している。
- ・ TBAについて。TBAは活用しないと現状に対応できない。ただ、TBAのできることに限界があることを理解するべき。リファラルの際に、リファーされる側からTBAがお金をもらえるようにすればいいのでは（アイデア）。リファラル体制の強化
- ・ ANCとDeliveryは無料化した。（お産キット（ママキット）は2,000N。お産キットを売り出したい。）
- ・ 州の予算の5%が保健分野に充てられる。
- ・ Community Health Insurance
- ・ 雇用はHealth Service Commission（州保健省の一機関）だが、地方行政区のMedical Officer of Healthが配置を決める。（地方行政区のmedical Officer が人員配置のキー）
- ・ LSMOHとして、COMPASSのコミュニティ活動との連携についてはNegative。COMPASSと同じ仕事はしないしてほしい。（COMPASSプロジェクトは行政とのリンクが弱かったとの指摘があり、それが要因か？）
- ・ IMNCH Strategyは連邦のIMNCHに沿って計画する予定

○ 二次医療施設へのインタビュー結果

ラゴス島産科病院 (LIMH) へのインタビュー

1. 日時：2008年8月13日（水） 10:00-12:00
2. 場所： Medical Director 執務室、LIMH
3. 先方出席者

Dr. Solanke O. A., Medical Director

他7名

4. 当方出席者

小笠原暁（コンサルタント）、Mr. Felix OBI (JICA)、Mr. Joseph Omozuanvbo、Dr. Sokoya O.D. (LSMOH)

5. 質疑応答概要

Dr. Solanke他7名に質問表に回答してもらい、それに基づきインタビューを行った。病院スタッフは通常業務や来客の対応等でも忙しく、十分なインタビュー時間は取れなかった。次回官団員が来訪したとき（20日）に施設等を見せてもらうことになっている。

6. 質疑応答内容

<リファラルについて>

リファラーについてラゴス島のPHCを優遇してほしい。看護師達はPHCを訪問して、技術的なサポート等を行っている。TBA、施設のクリニック、教会のクリニック、イスラム教のクリニックは瀕死の状態の患者を送ってくる。リファラーをしてもフィードバックがないというPHCの声については、患者の住所が特定できないこともある。緊急時のお産はTBAに頼ってしまい、妊産婦死亡率が上がるという結果になってしまう。

<医療活動について>

産婦人科関係の手術としては、筋腫切除、支給摘出、嚢腺腫切除等を行っている。モバイルクリニック（車を使った移動式のクリニック）を行っており、糖尿病や高血圧の患者の状態を定期的に確認している。対象人数は8,000人にもなる。

<他機関との連携について>

EKOクラブの支援によりナイジェリア出身のアメリカ人がLIMHに滞在して、手術費用が払えない人々のために手術を行っている。8月4日～15日まで滞在し、毎日6～8例の手術をしてきている。EKOクラブもLIMHに対して支援をしてきている。

以 上

ラゴス島産科病院における利用者の声

番号	職業	年齢	子どもの数	状況等	PHC来訪を利用するとき、その理由	病院長訪の理由	病院長の職員への態度	病院の現状・問題点	要望等	保健サービス	質問票回答場所
1	銀行員	28	0	-	体調が優れないとき、距離が遠い	よりよいサービスを受けたいため、安全なお産をするため	態度はは親切である。アドバイスも受けられる	よく機能しているが、分娩や事務に人を多くすべき	なし	ANC、PNCは子供の予防接種もLIMHで受診	ANC室
2	教師	26	1	500km離れている	利用しない	医療的な問題が起ったとき	態度はは親切である。アドバイスも受けられて有用であった。	事務の問題、電気と照明（病院の中が明るくない）	医療スタッフを多くしてほしい	ANC、PNCは子供の予防接種もLIMHで受診	緊急病棟
3	銀行員	22	1	RH-型の血液なので、注意が必要であるといわれた	利用しない	ANC、予防接種、今は3ヶ月に一回来訪している	態度はは親切である。アドバイスも受けられて有用にRH-ということ医師から適切に処方してもらった	-	-	ANC、PNCは子供の予防接種もLIMHで受診	乳幼児病棟
4	教師	32	1（妊娠中）	-	HPで分娩、特にHPを利用しない理由ははない	専門医がいるため。毎週来訪している	態度は親切である。アドバイスも受けられて有用であった。専門医、献身的な看護師、よい食事、きれいな環境、ジェネレーターがあること	マネジメントに問題があるかもしれない。ベッド、ベッドシートが足りない。来客時間を延長すべき	ベッドにネットをかけるべき。棄代が高い。食事の量が少ない。トイレがきれいではない	ANCをLIMHで受診	ANC室
5	会社員	33	1	リアアラルのため。30km離れた地域より来訪	利用しない。医師が不在のため。	そう頻繁ではない。健康診断、予防接種、分娩のため	親切であるが、そうでもない人もいる。アドバイスは大変参考になる	より多くのスタッフとより多くの資金があればもっと良くなると思う。親切な職員が多くないこと。あまり患者の面倒を見てくれない。問題はマネジメントと資本であると思う。もっと質の高いMNCHサービスを受けられると思うと来訪した	-	-	分娩質

6	商人	不明	1	手術のため 来訪	利用しない	手術のため、近 くに住んでいる ため	態度は親切である。アド バイスも受けられて有用 であった	よく機能していると思 う。問題は特にないよ うに思う	-	-	手術室
7	公務 員	28	0	子宮筋腫の ため流産3 回あり	利用しない	有能で資格を持 った医師がいる ため3か月に一度 来訪。今回は健 康診断で来訪し た	まずまず親切である。健 康診断も彼らのアドバイ スによるものである	より多くのスタッフが 必要。よりよい医療機 材が必要	よりよいケ アを望む	-	術前室
8	無職	41	0	-	-	子宮筋腫の治療 のため	まずまず親切である。ア ドバイスは有用であった	よく機能しているし組 織としてもまとまって いる。職員の数の不足 と食事がおいしくない	よりよいサ ービスやよ り衛生的な MNCHサー ビス	-	婦人科室

Apapa General Hotelへのインタビュー

日時：2008年8月13日（水） 13:00-14:00

1. 場所：Apapa General Hospital MD執務室

2. 先方出席者

Dr. Oduwole E. D.、Medical Director

他2人

3. 当方出席者

小笠原暁（コンサルタント）、Mr. Felix OBI（JICA）、Mr. Joseph Omozuanbo、Dr. Sokoya O.D. (LSMOH)

4. 質疑応答内容

この地域は、人口が密集しており、PHCもこの病院から近くにある。しかしながら、夜は人通りが少なくなり、レイプなどの被害も発生したことから、付近のPHCでは24時間体制で活動はしていない。実際の子どものリファーマーは聖マーシー病院で行われている。

患者の受入れは大部分がマラリア患者であり、PHCレベルで受け入れるべき患者である。こちらの負担が増えているのが現状である。（PHCのサービス体制がよくないため、皆この病院を利用しているとのこと。

使用できるインキュベータがないので必要である。インフラの整備が必要である。

病院自体の建物は、44年もたっている。改修や建て直しが必要である。インキュベータは一台あるが、古すぎて使えない。

病床数は50床、医師は4人、薬剤師は4人いる。分娩は平均して毎月1例ほどである。

5. その他

分娩室、カウンセリングルーム、病棟、子供病棟、受付（カルテ管理室）を視察。全体的に建物が古く、患者数も多くない。待合室にいたのは、20人程度。

ラゴス島産科病院（LIMH）へのインタビュー

1. 日時：2008年8月20日（水） 10:00-12:00

2. 場所：Medical Director 執務室、LIMH

3. 先方出席者

Dr. Solanke O.A LIMH, Medical Director

Mrs. Ayodele AA LIMH, Apex Chief Matron

Mr. Alawanye M.O LIMH, Hospital Administrator

Mr. Chiadika C.E LIMH, Social Worker

4. 当方出席者

小林、吉村、西村、堀井、小笠原、Mr. Felix OBI

5. 質疑応答概要

- ・ 1か月200-230のお産。40～45%が帝王切開。
- ・ 帝王切開は50,000ナイラ。（Privateだと2000ドル。）
- ・ 帝王切開は7～10日後に退院。合併症は7～14日。一般分娩は3日。
- ・ 200床。

- 9つのコンサルタント。6人の産科医。2人の麻酔科医。24Medical OFFICER。160看護師。
- リファラルケースを断ることはないので、患者が多い。
- Lagos Island中心だが、他の地域や他の国からも患者が来る。Generalホスピタル、Private Clinic, TBAからのリファラーがある。PHCからは少ない。←なぜならそもそもPHCに行っていないから。
- 中流低層の患者が多い。
- Revolving Fundがある。規模は小さいが、それを使ってGeneratorを買った。
- 5S評価高い。
- 待ち時間が高いことが死亡率を高めている。待ち時間1時間から3時間かかる。
- 緊急に6人。1人は橋の上で子どもを生んだ。1人は敗血症。
- 全体的に狭いところにたくさんの人がいた。動線があまり考えられていない仕組み。
- 機材のメンテナンスが十分されていない。壊れたままのオートクレーブが1部屋占領していた。
- 5SのPHCへ伝えることはセミナー等を通して可能。ただし、態度を変えることは難しい。
- (州保健省) Community Insuranceをやりたい。6人の家族で1か月に800ナイラ？徴収してPHCレベルでそれをやって25%のディスカウントを行う。＜要確認＞
- 2階の帝王切開室。広いが、使われていないところも。Infant Warmerや吸引機などもあったが使われていなさそうだった。要望されていた機材もあったが、使われていない。高額な機材はメンテナンスが心配。簡易機材については必要性あり。

○ 一次医療施設へのインタビュー結果

Iwaya PHC（医療スタッフ）へのインタビュー

1. 日時：2008年8月11日（月） 12:00-12:45

2. 場所：Iwaya PHC

3. 先方出席者

O. Riberio, Apex Nurse, Iwaya PHC

他6名

4. 当方出席者

小笠原暁（コンサルタント）、Mr. Felix OBI（JICA）、Dr. Sokoya O.D.（LSMOH）

5. 質疑応答概要

Apex Nurseを含む出席者5人に質問表に回答をしてもらい、その後、3人にインタビュー形式で内容等に関して確認等を行った。

6. 質疑応答内容

<現在の問題点>

✓職員数の不足

✓24時間開いていない

✓スタビライザー

✓ベッドシート（数が足りない）

✓もっと薬が欲しい

✓消耗品（事務用具等）が足りない

✓電気の供給が不安定である

✓ジェネレーターがうまく機能していない

✓救急車（LCDAレベルで1台保有しているが、登録等の手続きに時間がかかっており、機能していない）

✓移動用の車が必要

✓酸素吸入装置一式、ついでに、吸引装置

現在、人員不足、電気の供給の不安定性（バックアップのジェネレーターも調子が良くない）ため、24時間営業ができず、分娩は行えない。TBAなど、コミュニティのほうで分娩をしているのが現状。ANCやPNCは営業時間内（日中）で行っている。

<リファーマーについて>

今は機能しているとはいえない。リファーマーしてもリファーマー先の病院（二次病院施設）からのフィードバックがない。予防措置などは行わず、現状の患者の対応で精一杯なのではないか。

<PHCの活動について>

予防接種、OPD、学校保健クリニック、乳幼児保健、妊産婦保健、家族計画、Food Nutrition Demonstration、アウトリーチを行っている。現在でも学校保健プログラムは継続中である。政府は、学校保健に際して子どもにとって必要な最小限の薬しか供給してくれない。

<モチベーションについて>

- ✓研修や継続教育（新しい知識等の習得）
- ✓職業研修
- ✓報酬（現状の給料は満足できる額ではない）

<アウトリーチについて>

毎週木曜日と金曜日に行っている。具体的内容は、薬を届けたり、初めて子どもを持つ母親には予防接種に関する情報（いつPHCにくるべきか等）を連絡している。保健教育も行い、マーケットまで出向いて、衛生の概念、環境に対する意識向上、家族計画について活動を行っている。家庭訪問も行う。

7. その他

当PHCの施設がHealth Sector Reform Lawの基準と合致しているか確認を行った。

Iwaya PHC (CDA) へのインタビュー

1. 日時：2008年8月11日（月） 11:00-11:45

2. 場所：CDA Office, Iwaya PHC

3. 先方出席者

4. 当方出席者

小笠原暁（コンサルタント）、Mr. Felix OBI（JICA）、Dr. Sokoya O.D.（州保健省）

5. 質疑応答概要

出席者3人に質問表に回答をしてもらい、その後、3人にインタビュー形式で内容等に関して確認等を行った。彼らは皆コミュニティの代表者（酋長）であり、ボランティアでコミュニティの動員等を助けている。

6. 質疑応答内容

<活動内容について>

コミュニティの人々の動員を行うのが主な業務である。予防接種、HIV対策、家族計画の分野で主に活動している。

<PHCの現状の問題点について>

- ✓スタッフの人数が足りず24時間営業していない。（実際は、午前8時～午後3時・4時）
- ✓看護師等人員は不足している。医者は常駐していない。薬剤師もいない。
- ✓医療機材が不足している（救急車等）
- ✓薬剤のリポリングファウンドを行っていたが今はうまく機能していない。

COPASSにより改修（2006年ごろ）を行った（労働力は住民が提供）が、PHCの建物をよりよいものに増築したい。二階建てにしたい構想を持っている。

<コミュニティの参加について>

このPHCはコミュニティの人員によって立てられている。ジェネレーターもコミュニティの寄付で供与された。時計、TV、水道のパイプ（PHCまで水を引くパイプ、boreholeは世銀が供与）、水タンクがコミュニティによって供与された。

<現在のPHCの活動について>

以下のキャンペーン等を行っている。

- ✓ Clinic Day for Children
- ✓ Maternity Day
- ✓ Immunization Day
- ✓ Family Planning Day (毎日実施している、家族サービス担当(看護師)が任命され実施している。)
- ✓ Food and Nutrition Demonstration

以 上

Iwaya PHCにおける利用者の声（4、5が妊婦、他は母親からのインタビュー結果）

番号	職業	年齢	子どもの数	状況等	PHC来訪の理由	病院来訪の理由	PHC職員の患者への態度	PHCに対するコメント	PHCの問題点	PHC選択の際の重要な点	要望等	保健サービス
1	学生	23	0	献身的である	適切な治療を受けるため	-	よい		なし	-	必要などとき必要なサービスを受けられること	ANCを受けるのは初めてである
2	自営業	28	2	-	1か月に一度。子どもの健康状態の確認と自分のため	-	よい	職員の数が足りない	なし	-	24時間のサービスを希望する	予防接種は2回目である
3	学生	25	1	献身的である	1か月に一度。子供の健康状態の確認と自分のため	-	よい態度である。子どもの調子が悪いときも助けてくれた	-	-	-	よい機材を入れてくれることを望む	今回が初めてのANC受診。子供の予防接種もはじめてである
4	主婦	35	3	問題ない	妊娠したため来訪した。月に二回利用している	-	子どもを生んだばかりのときの看護師の態度は親切であった。彼らのアドバイスは有用であった	-	分娩ができな いこと	-	分娩の環境を整えてほしい	ANC、PNCも受診している。子供の予防接種もここでやっている
5	公務員	33	3	この地域は中間層の人口が多い	体調が悪い時や咳をしているとき。ANCのために月1回は訪問している	-	よい態度である。アドバイスは大変参考になり、定期的に薬を服用するようになった	お産ができないので、コミュニティのTBAを紹介してもらってお産をした	夜にお産をしたときに十分な看護師数がない	看護師の患者に対する態度と妊婦に対するケア	安全なお産のためにより多くの看護師と医師がいることと24時間の営業を望む	お産もここで行った、特に訪問をためらうことはない。ANCやPNCも受診している。子供の予防接種もここでやっている

Ikoyi HC（医療スタッフ）へのインタビュー

1. 日時：2008年8月12日（火） 10:30-11:40

2. 場所：Ikoyi HC MOH事務所

3. 先方出席者

Dr. T.K. Balogun

他3名

4. 当方出席者

小笠原暁（コンサルタント）、Mr. Felix OBI（JICA）、Dr. Sokoya O.D. (LSMOH)

5. 質疑応答概要

MOHを含む出席者4人に質問表に回答をしてもらい、その後、3人にインタビュー形式で内容等に関して確認等を行った。

6. 質疑応答内容

<HCについて>

✓Ikoyi-Obalende LCDAと同じ敷地内にあるHCであり、1990年の初め頃建てられた。営業時間は朝8時から夕方5時ごろまでで、分娩施設はない。（この日は乳幼児の検診を行っており、20組ほどの親子が検診を受信していた。現在のクリニックの用地は銀行の用地拡大のため銀行が購入することになっている。そのため新しいクリニックの建物がLGAによって建てられる予定であり、その後、このクリニックは移転する予定。

<コミュニティの参加について>

✓Community Health Promoterが10人配置されていて、彼らは皆ボランティアである。コミュニティの人々の保健活動やHCの活動への動員を手伝って貰っている。この地域には中間所得層が多くなく、低所得層と富裕層が多い。富裕層はプライベートの病院に行くので、低所得層が主な対象となり、難しい部分も多い。富裕層はこのような活動には参加しない。

<COMPASS支援終了後に活動の変化について>

✓恐らく、コミュニティの人々の動員が下がり、家族計画に関する活動も盛んに行われなくなるのではないかという予想はもっている。しかしながら、COMPASSは事業の継続性を重視して活動の枠組みを作ってくれたので（人員に配置等）大きな変化はないと思う。コミュニティからの機材や施設などの供与はない。

<モチベーションについて>

✓給料、研修の機会、患者とのコミュニケーション、十分な人員の配置等がモチベーションになりうる。

<JICAプロジェクトに期待すること>

✓基本的な医療機材の供与、車の供与を望む。

<アウトリーチ活動について>

✓一般外来（OPD）、予防接種と啓発活動を行っている。啓発活動の内容は一般的な内容（家族計画等）である。

7. その他

当PHCの施設がHealth Sector Reform Lawの基準と合致しているか確認を行った。

Akerele PHCへのインタビュー

1. 日時：2008年8月12日（木） 11:00-12:00

2. 場所：Akerlele PHC

3. 先方出席者

Mrs. Otenaike K	Assistant Chief Nursing officer, Akerele PHC
Mrs. Alabi M.A	Community Health Officer, Akerele PHC
Mrs. Alayaki H.T	Community Health Extension Worker, Akerele PHC
Dr. Adenaike O.D	Corps Doctor, Akerele PHC

4. 当方出席者

小笠原暁（コンサルタント）、Mr. Felix OBI（JICA）、Dr. Sokoya O.D. (LSMOH)

5. 質疑応答概要

CNOを含む出席者4人に質問表に回答をしてもらい、その後、4人にインタビュー形式で内容等に関して確認等を行った。

6. 質疑応答内容

ベッド数は、20床、11人の看護師、CHOが1人、CHEWが3人に加えて、薬剤師が2人、薬剤師補助員が1人、歯医者が1人、NYSC医師が5人、働いている。毎月、10-15の分娩があり、来訪日した日は、Child Health Dayであった。24時間営業している。

近くのパジャPHCの建物が改築中であるので、パジャPHCのスタッフもこのPHCに勤務している。（パジャPHCのスタッフは栄養関係のワークショップに出席して不在）

<問題点等について>

現在はジェネレーターがないのが問題である。まだ、看護師、医者、CHOといった人員は足りないのが現状である。最低限必要な薬もまだ足りない。夜は安全面で問題がある。

<コミュニティの参加について>

コミュニティとの関係はうまくいっている。コミュニティの30人ほどの代表者が、Community Coalitionを結成して、コミュニティの動員などPHCの活動を助けてくれている。彼らはボランティアであり、患者をリファーしてくれたり、アウトリーチを助けてくれたりしている。Health Educatorもコミュニティの参加を促してくれている。

<MNCH、家族計画について>

MNCHに係る料金（ANC、分娩等）は無料である。家族計画に関して以下の避妊具を販売している。補助金が出ているので安く買える。注射（N60）、ピル（N50）、IUD（N100）、コンドーム（N5）である。（Nはナイラ）

<うまくいっている理由>

患者に対して家族のように接することになっている。外来の患者にはできるだけ心地よくしてもらいたいと思っていることがいい結果を生んでいるのではないかと。

7. その他

入手資料

- ✓ National Programme on Immunization (NPI) : Basic Guide for Routine Immunization Service Providers
- ✓ Family Planning Methods
- ✓ Child Health Card

以上

Akerele PHCにおける利用者の声（1、3が妊婦、他は母親からのインタビュー結果）

番号	職業	年齢	子どもの数	状況等	PHC来訪の理由	病院来訪の理由	PHC職員への態度	PHCに対するコメント	PHCの問題点	PHC選択の際の重要な点	要望等	保健サービス
1	看護師	28	2	問題ない	サービスがよく、スタッフの対応もよい。ANCのため3週間おきに利用している	-	職員は皆協力し合い、いい雰囲気である。彼らは保健に関する知識も十分持っている	訪問するのに何ら障害は感じていない	-	子供のケアと妊産婦に対するサービス	電気があればよい	PHCと総合病院でPHCを受診している。子どもの予防接種もここで受診している
2	教師	33	3	問題ない	ANCのため2週間おきに来訪している	-	サービスはよい。職員の患者に対する態度も親切である	分娩はここではないが、民間の病院で行ったが、PHCの評判を聞いてここに来るようになった	安定した電気の供給がない。ジェネレーターがない	-	-	ANC、PNCはここで受診している
3	公務員	26	2	社会的、経済的にも周知から助けられている状況である	子どもが生まれたため、子どものためを思っ来訪した	-	2番目の子どもにも問題が起きたときに適切に対処してもらった	政府の病院（総合病院）は医者と看護婦の連携がよくないので、PHCを利用している。このPHCは以前はそうでもなかったが、改善していると思う	以前はよくなかったが、今は改善している	-	より多くの機材が必要である	ANC、PNCはここで毎月受診している
4	銀行員	26	1	-	予防接種のため	民間病院は待たされる時間が多い	彼らは親切である。医療や産婦人科に関するアドバイスを受けている。乳児の体を拭くときは温かい食塩水で拭くことを教わった	-	-	費用が高くないこと	より効果的で効果的なサービス	ANC、PNCは民間病院で受診した。予防接種はPHCで行っている
5	学生	22	1	-	アドバイスを受けるためのカウンセリング	-	-	分娩はここで行った	-	子供に普通でない兆候が現れたら来る事にしている	-	ANC、PNCはここで受診している
6	学生	35	1	夫に援助を受けている	子どもの成長期に応じたアドバイスを受けるため	-	親切で彼らのアドバイスは有用である。子供が歯を抜いたときは適切なアドバイスをしてもらった。	分娩は、病院で行った。周りからの反対もなかった	ない	子供の予防接種を行い、子供の健康のため	近代的な設備によりよいサービス	予防接種はPHCで普通に行っているが、ポリオは家で受診してもらった

CDA及びMarine HPへのインタビュー

1. 日時：2008年8月15日（金） 8:30-12:00
2. 場所：Social Mobilization Committee（SMC）オフィス
3. 先方出席者

<CDA>

Chief Joseph Omobolande Ogummola

Mr. Elder Olusegowa Ayayi

他12名

<医療関係者>

Dr. Odesesan R. M. (MOH)

Ms. Adesanya R. A.

他1名 (health educator)

4. 当方出席者

小笠原暁（コンサルタント）、Mr. Felix OBI（JICA）、Dr. Sokoya O.D. (LSMOH)

5. 質疑応答概要

出席者は、17名（MOH、CNO、health educator含む）。英語ができるコミュニティリーダーのうちの5人及び医療機関の関係者であるMOH、CNO、health educator（計3人）に質問表に回答してもらい、その後質疑応答を行った。CDAと医療関係者に対する質問は一緒に行った。CDA側からの女性の参加は3人であった。

6. 質疑応答内容

人口は80,000人ほど。情報警察、軍、連邦消防局、税関職員用の住居がコミュニティの中にある。これらの人口だけで、コミュニティの10%程度の人口を占めている。郵便局もあり、鉄道会社、近くには石油会社（Mobil）のオフィスもある。

<Social Mobilization Committee（SMC）について>

月に一回集まってミーティングを行っている。緊急時には召集をいつでもかける。携帯電話があるので、連絡は楽である。ミーティングの内容は、インフラ開発、プロジェクト等の進捗管理である。皆がボランティアベースでコミュニティのために働いている。コミュニティのために働くというのがモチベーションになっている。自分のお金で活動費をまかなうこともある。コミュニティのために働くということがインセンティブになっている。SMCのメンバーは過去にUNICEFから家庭のための衛生、栄養などの研修を受けたことがある。SMCの活動によりコミュニティの保健に対する意識は向上しているとのこと。

SMCでの決定事項メッセージはコミュニティの各メンバーに伝えられるようになっている。

<コミュニティについて>

このコミュニティは大変人口が密集している。一次医療施設（PHC、HP）は、十分ではない。Marine HPはLGAから現在専任スタッフが割り当てられておらず、使われていない。できることなら、各wardに医療施設がほしい（HPは薬の配布等を中心業務とする一次医療施設であり、分娩は行わない）。予防接種は、HPが全く機能していないこともあり、チーフ（Chief Joseph Omobolande Ogummola）の家で行っている。15～20の道路で一つのWardを形成している。

<ニーズ等>

HPがPHCに格上げされることを望んでいる。そのために土地を空けてある。コミュニティの動員のための研修をしてほしい。電気の供給が一定していないので、ジェネレーターがほしい。

<地域保健活動について>

HPが機能していないのは我々にとっても関心事の一つである。こういった事情もあり、伝統的医療に頼らざるを得ない。

CDAのメンバーは母親達に予防接種の重要性を呼びかけて参加を促している。同時にTB/DOTS委員会も結成している。

<Marine HPについて>

今は、職員は配置されていない。現在HPは利用されていないので、周辺にフェンスをめぐらせてある。しかしながら、勝手に人が入ってこないようにより高くする必要があると感じている。

<周辺のPHCについて>

Oloworn PHCは世銀の支援を受けており、現在改修中である。4人の助産師と3人のスタッフがいます。Sari PHCは現在建物を修繕中である。Sari PHCではTBAとも連携をして活動しており、TBAのコーディネータを置いている。TBAの患者のリファーも受け入れており、予防接種、破傷風、IPTのサービスをTBAがリファーした患者に行っている（TBAのコーディネーターは10年前ほどにTBAの研修を受けているとのこと）60の登録されたTBAがいて、実際に活動しているのは、45人ほどである。

Apapa 総合病院が地方行政区内にあるが、アクセスがよいとはいえない。皆病院に来訪するのに交通費に多くのお金を払って来ている。

Akere PHC (Ajeromi-Ifelodun)

1. 日時：2008年8月20日（水） 13:00-14:30
2. 場所：Akere PHC
3. 先方出席者

Mrs. O.A Bamgboye	Assistant Chief Nursing Officer, Akere PHC
Mrs. O.M Ishola	Registered Midwife, Akere PHC
Mrs. M.B. Olaniyi	Principal Community Health Officer, Akere PHC
Mrs. Akinlo A.M	Senior Community Health Officer, Akere PHC
他2名	
4. 当方出席者
小林、吉村、西村、堀井、小笠原、Mr. Felix OBI
5. 質疑応答概要
 - ・ 1か月12程度のお産
 - ・ Community Health Officer 3人、Nurse 4人、Pharmacy Technician 1人、Environmental Officer 5人、Assistance 6人。
 - ・ 活動は、家族計画、予防接種、産前検診、OPD、栄養指導。アウトリーチ活動もしている。

- ・ 地方行政区の指定するモデルPHCに選ばれ、州から新しい機材が供与された。
- ・ 看護師も2名配置増員予定。州の地方自治省からの配属となる。
- ・ 機材設置など、環境改善が望まれる。
- ・ 隣は、車の解体場。地方行政区の命令で土地を共同利用していたが、今後解体場はなくなる予定。
- ・ TB-Dotsをはじめの予定。
- ・ COMPASSのYouth-Program（10～24歳対象、Peer Educatorの利用）をやっている。
- ・ LGA、州の研修（3～4 days）がある。PHCの代表者が受講し、内容を同僚にシェアする。（研修を受ける機会にばらつきがある）
- ・ 医療廃棄物の捨て方も決められている。
- ・ 清潔な水が確保できる。（COMPASSが井戸を供与）
- ・ 人員不足
- ・ 5Sの概念はない。（取り入れられるかも？）
- ・ Generatorがない。
- ・ コミュニティーリーダーと定期的なミーティング行っている。
- ・ コミュニティに対するAdvocacyしている。
- ・ COMPASS、Global Fund、UNICEF、GHAIN。

<母親の声>

- ・ 妊娠3～4か月で登録。6か月まで月1回、7か月目は2週間に1回、8か月目からは毎週通う。何かあったとき来る。分娩もPHCにて。夜中でもケアあり。出産後も、2～3年成長モニタリングを使っている。
- ・ Injectionの家族計画も利用している。
- ・ Private hospitalには超音波検診に行っている。（1名）
- ・ スタッフの対応はよい。コミュニケーション良好。

City Hospital（Private Hospital）へのインタビュー

1. 日時：2008年8月20日（水） 15:30-16:45
2. 場所：Akere PHC
3. 先方出席者
Dr. Bosun Babajide Medical Director, City Hospital
4. 当方出席者
小林、吉村、西村、堀井、小笠原、Mr. Felix OBI
5. 質疑応答概要
 - ・ 1か月に15のお産、うち2件帝王切開。20%がハイリスク
 - ・ 24時間体制の対応
 - ・ 登録料500N、ANC、High risk pregnancy/delivery 20,000N、Low risk15,000N、帝王切開80,000N。出血30,000N
 - ・ 医療機器のメンテナンスしっかりしている、すぐに使えるようセッティングされている。
 - ・ ベッドに蚊帳。6床程度

- ・ 1名の常駐医師、1名の勤務医、6名の看護師（2交代制）
- ・ TBA、他の規模の小さいプライベートホスピタルからのリファー。PHC利用者の夜の分娩で利用される。公的機関からのリファーはない。高次へのリファーは大学病院へしている。
- ・ 滅菌、お産キットの準備しっかりしている。
- ・ HIV検査
- ・ TB-HIV増傾向
- ・ 公立病院は忙しく、スタッフの対応悪い。薄給料（院長の意見）
- ・ 民間、公的機関、NGOの連携体制の確立がかぎ（院長の意見）
- ・ NGOとCollaborationする意欲がある。Global FundからのSubsidizeがある。

Onola Health Post (Lagos Island) へのインタビュー

1. 日時：2008年8月21日（木） 9:30-11:00

2. 場所：Onola Health Post

3. 先方出席者

Mrs. Jaiyasimi A Titilayo Community Health Extension Worker, Onola Health Post

Mrs. Kaffo Fausat Community Health Extension Worker, Onola Health Post

Mrs. I.T. Oladehinde Principal Community Health Officer, Onola Health Post

Mrs. T Samuel Principal Community Health Officer, Onola Health Post

他3名

4. 当方出席者

小林、吉村、西村、堀井、小笠原、Mr. Felix OBI

5. 質疑応答概要

- ・ 外来15～20人
- ・ スタッフ、CHO 1人、CHEW 2人、Pharmacist 1人の4人体制。
- ・ ANCは隔週1回、予防接種、（月1回）。予防接種隔週1回。外来。アウトリーチ月1回。家族計画。Eye Test
- ・ Community Health Promoter、CDA（Community Development Association）との連携。
- ・ TBAとの連絡は密にとっているようだ。

<TBA>

- ・ LSTMBからの研修は受けている。登録すれば自分の権限を守ることができるが、実際には研修内容が活かされているか疑問
- ・ 自分のところに来た妊婦をリファーする意識はない。
- ・ 自宅に呼ばれて介助することが多い。
- ・ TBA間の仕事の奪い合いもありそう（商売）女性の困りこみなどがあれば、PHCとの関係構築が難しい。
- ・ 信用払い可。2,500N～3,000N
- ・ 州保健省、地方行政区のMedical Officer of HealthもTBAなしでは立ち行かないという認識
- ・ 2階の図書館で、年2回保健教育

Igbo-Ehon PHC (Eti-osa) へのインタビュー

1. 日時：2008年8月21日（木） 11:30-13:15

2. 場所：Igbo-Ehon PHC

3. 先方出席者

Mrs. S.O Agboola	Chief Nursing Officer, Igbo-Efon PHC
Mrs. E.A. Adebisi	Principal Nursing Officer, Igbo-Efon PHC
Mrs. O.A. Osho	Higher Community Extension Worker, Igbo-Efon PHC
Mrs. T.A. Tajudeen	Community Health Extension Worker, Igbo-Efon PHC
Dr. T.A Balogun	Medical Officer of Health, Eti-Osa LGA

4. 当方出席者

小林、吉村、西村、堀井、小笠原、Mr. Felix OBI

5. 質疑応答概要

- ・モデルPHCに選定され、3週間前にRenovationが終わった。（雨季には庭が水没していた）
- ・スタッフ、Nurse 1人、CHEW 2人の3人。あと二人助産師を入れたい。増員による経験ない人たちの配置をせざるをえない状況。研修もOJT。質の確保が難しい。
- ・8:00～18:00まで。
- ・電気供給が安定していない。Generatorが来る予定
- ・TBAとの関係はない。
- ・妊産婦は、TBA利用、自宅分娩。
- ・ANCは1か月に1回、7か月以降1か月に2回
- ・リファラルはラゴスGeneral Hospitalと産科病院
- ・ANC、家族計画、予防接種、保健教育、Child Welfare
- ・卒業後のインターンとして、医師が週一回巡回検診
- ・改修後は、患者が増えた。（5人→20人）
- ・24時間体制でやりたい。
- ・コミュニティの存在

igbo-Efon PHCにおける利用者の声（4、5が妊婦、他は母親からのインタビュー結果）

番号	職業	年齢	子どもの数	状況等	PHC来訪の理由	病院長訪の理由	PHC職員の患者への態度	PHCに対するコメント	PHCの問題点	PHC選択の際の重要な点	要望等	保健サービス
1	自営業 (トレダ一)	29	5人	TBAの介助で出産、ANC、PNCはPHCで受診している	サービスがよいかから	-	態度はよい。(アドバイスは)参考になる	-	-	-	-	ANCやPNCは当PHCで受診した。予防接種も受けさせた。
2	自営業 (トレダ一)	40	4人	TBAの介助で出産、ANC、PNCはPHCで受診している	サービスがよいかから	-	態度はよい。(アドバイスは)参考になる	-	-	-	-	-

○ ドナーへのインタビュー結果

WHOへのインタビュー

1. 日時：2008年8月12日（火） 13:00-14:30

2. 場所：WHO Office

3. 先方出席者

Mr. Charles Kipkech Korir, Liaison officer/State Coordinator

Dr. Ada Erinne, National Professional Officer IMCI/CAH

4. 当方出席者

小笠原暁（コンサルタント）、Mr. Felix OBI（JICA）、Dr. Sokoya O.D.（LSMOH）

5. 質疑応答概要

WHOのDr. Ada Erinne（IMCI担当）からWHOの活動概要について、WHOの現在の活動について説明があり、当方でも、実施予定のJICAの母子保健プロジェクト、本ミッションの目的について説明した。WHOからは、トレーニングマニュアルの一覧表を後ほど送付してくれることになった。当方の求めに応じて必要なマニュアル類の送付を受ける予定。WHO側もラゴス州で行われる本案件には興味を示しており、これからも適宜、意見交換、情報交換を行っていくことで同意した。

6. 質疑応答内容

事前に当方より送付した質問表に答える形で、WHO Dr. Ada Erinne（IMCI担当）より、ラゴス州での活動を中心にプレゼンテーション形式で発表。内容は、ミレニアム開発目標達成のためのIMNCH Strategy、Making Pregnancy Safe（MPS）、Life Saving Skill（LSS）、An integrated approach to communicable disease surveillance and response（IDSR）、IMCI等について説明があった。

当方からは、ミッションの概要と目的、案件概要のポンチ絵（案）を渡し、調査の目的、予定案件の概要について説明した。加えて、ラゴス島産科病院を中心とした5S活動についてこの考え方をPHCレベルでも実践していく計画であることを説明した。

<JICA案件（案）に対するコメント等>

WHOからのコメントは以下の通り。

✓24時間体制でないPHCが多い現状で、どこまで母子保健プロジェクトが有効に実施できるのか？

✓研修用の教材はどうするのか？（既存のものがあるのか？プロジェクト用に新しく作るのか？）

✓プロジェクトの経費の問題はどうなっているのか？（プロジェクトの具体的規模について）

✓キャパシティビルディングの対象は？〔どのレベル（州保健省、地方行政区、PHC）の職員を想定しているのか？〕

✓評価やモニタリングのツールはどう考えているのか？

✓管理やモニタリングが必要であるが、フィードバックのシステムはどうするのか？

✓コミュニティを重視した案件形成をするべきではないか。

- ✓サービスプロバイダーレベルのもの（研修コース）ならWHOで情報共有等協力して行うことも可能かもしれないと思う。
- ✓ポリオ対策は案件の中に入っているか？
- ✓実施体制はどうするのか？
- ✓Community Health Officer（CHO）の活用が重要であると思う。
- ✓データ管理については、コミュニティを活用して、Community-based Health Management Information System（HMIS）の考えに基づいてデータ収集を行うこともできると思う。

これらのコメント等に対して、当方からは、プロジェクトの実施時期は今年度中を想定し、期間は3年もしくは4年であること。現在想定している案件実施体制（専門家1人に加えて、短期専門家を組み合わせて派遣する）を説明した。ポリオ対策はUNICEFに対して1000万ドル無償にて供与を決定した（2008年6月）ことを説明した。評価、モニタリングに関しては、中間評価を案件実施の中間期に、終了時評価を終了時に実施し、プロジェクトの成果を確認して、次期プロジェクトの実施等を決定することを説明した。

7. その他

供与資料等

- ✓“Maternal Newborn and Child Health - WHO supported activities with a focus on Lagos State”（プレゼンテーションスライド）
- ✓WHOの作成したトレーニングマニュアル一覧表（後ほど送付ある予定）

COMPASSプロジェクト／コミュニティリーダーインタビュー記録

1. 日時：8月19日（火） 14：50-16：20
2. 場所：USAID・COMPASSプロジェクトオフィス会議室
3. 先方出席者：USAID・COMPASSプロジェクトより、Ms. Bisi Tugbobo（State Team Leader）、Mr. John O. Dada（Community Communication Specialist）他10数名
プロジェクト対象地域が重なる5地方行政区（LGA）のコミュニティより、Community Coalitionのリーダー他約10名
4. 当方出席者：吉村、西村、（遅れて、小笠原、小林、堀井）
5. 概要

【1. コミュニティリーダーインタビュー】

コミュニティリーダーたちに質問表を配布し、21日（木）までに記入してCOMPASSプロジェクトに届けてもらうよう依頼（22日（金）に回収予定）したうえで、コミュニティリーダーたちとの質疑応答を行った。

<Community Coalition（CC）の活動内容について>

- ・コミュニティの問題分析に基づき、アクションプランを作成し、ファンドレイジングやコミュニティの動員を行い、PHC施設の一部改修やトイレの設置などを行った。また、予防接種デーに際して、家々をまわって周知したり、市場で広報活動を行って人々の意識を高める活動をしたりしている。（defortas formと呼ばれる予防接種記録のためのカードを使用）
- ・（人の移動が多く対象者の把握が困難ではとの指摘に対して、）困難ではあるが、自分の担

当のコミュニティに新しいメンバーが増えた場合には、新メンバーにも周知（educate）するようにしている。

- ・ Community Coalitionは、コミュニティに既に存在する組織（宗教組織、組合組織、青年団、TBA組織など）を結合させた形で作られており、リーダーはもともと他の組織のリーダーであった場合が多い。

<COMPASSプロジェクトの関係について>

- ・ COMPASSプロジェクトからは全く活動資金は受け取っていない。COMPASSはファシリテーターとしてCCの組織化やLGAとのリンクの強化をサポートしている。現在は、CCと他のドナーや他の組織とのリンクの強化も図っている。
- ・（来年COMPASSプロジェクト終了後も活動を続けるかという問いに対して）続ける。自分たちはコミュニティを代表する組織であり、すでにLGAとの関係もできている。

【2. COMPASSプロジェクトスタッフインタビュー】

<CCについて>

- ・ 金銭的なインセンティブや運営資金を一切プロジェクトからは出さずに、コミュニティの組織化を行うことはチャレンジングであり、時間もかかる。最初に対象となるLGAにコミュニティの代表者等も集めて発足のためのミーティングを1度行い（LGA Forum）、それからコミュニティごとにCoalitionを作って問題分析をしてアクションプランを作るまでに、5・6週間はかかる。
- ・ CCとLGAとのリンクについては、LGAの中でコミュニティ組織を担当する部署等とのリンクを作る。CCとPHCのリンクについては、LGAのMedical Officers of Health (MoH) を通じてPHCとリンクしている。また、予防接種、マラリア、子どもの健康などの特定のイシューに関しては、各イシュー担当者（Immunization Officerなど）とつながる場合もある。
- ・ プロジェクトでは、コミュニティの中で意識を高めるため、男性・女性・若者など各層ごとに、Peer Educatorを養成した。
- ・ TBAに関しては、特に彼らを対象にした活動は行っていない。

<コミュニティ活動のモニタリング・評価に関して>

- ・ CCのリーダーを集めてMonthly Meetingを行っている。Work Planを出してもらい、コミュニティの活動について月ごとにレポートを提出してもらう。活動の予定によって、COMPASSからどういった準備が必要かを助言したり、教材を供与したりしている。

<LGA選定の基準>

- ・ ラゴス州で対象としている14LGAを選んだ基準としては、プロジェクト開始前に行われていた別のUSAIDプロジェクトの対象だった9LGAをまず対象に含み、さらに追加の5LGAについては、州保健省、教育省、地方政府と相談して決めた。その際に、他ドナーの存在とLGAの対象範囲（outreach area）も考慮して決めた。

<最後に>

- ・ JICAとは以前から（古閑専門家と）良好な関係を築いており、今後もぜひ良好な関係を維持したい。
- ・ CCはプロジェクトのものではなく、コミュニティのもの。COMPASSプロジェクトは来年で終わるが、その後もSustainableになるようめざしているので、JICAでもぜひ積極的に活

用してほしい。COMPASSプロジェクトでは対象としていなかったApapa LGAでもCCができたらよい。

- 現在、機能している（強い）CCは、他のコミュニティにおけるCC形成をサポートしている。この流れをJICAの次期プロジェクトの中でも活用してほしい。

○ その他の施設へのインタビュー結果

School of Nursing Complexへのインタビュー

1. 日時：2008年8月12日（火） 9:00-10:30

2. 場所：School of Nursing Complex

3. 先方出席者

Mrs. Bunmi Braheem	School of Public Health Nursing
Mrs. Jamogha	Head, School of Public Health Nursing
Mrs. Adekola	Coordinator, Schools of Nursing
他 8 名	

4. 当方出席者

小林、吉村、西村、堀井、小笠原、Mr. Felix OBI

5. 質疑応答概要

- ・ 3つのコースが存在する。

Basic Nursing (B.Sc) 3年間

Midwifery (MW) 1.5年間

Public Health Nurse (PHN) 1.5年間

- ・ Basicコースの後、2年間は実習（主に病院で）した後、Midwiferyに戻ってくる。（PHNは義務的ではないが、MWは義務？ほとんどの人はMWコースにも行く。）
- ・ 学生寮 女性8割、男性2割
- ・ 国家試験があり、国家試験を通ると全国で働ける。
- ・ 卒業後、現場における問題はあまりないと捉えられている。
- ・ Continuum of Careについては計画中
- ・ TBAについて：不潔な操作が多い。衛生観念が欠如している。彼らの技術には限界がある。我々が正しい知識を教えないといけない。
- ・ 学校も先生も十分あり、足りているとの認識

6. その他

収集資料：カリキュラム等

- ・ Curriculum for General Nursing Education, 2006
- ・ Lagos State School of Nursing: Post Basic Midwifery
- ・ Students' Handbook for Student of Midwifery and Post Basic Nursing Programmes

以 上

2. 参加型ワークショップの概要

<日時>

2008年8月22日（金） 11:00-13:30

<場所>

ラゴス島産科病院コンファレンスルーム

<主な目的>

ラゴス州における母子保健の関係者の問題意識を抽出し、案件活動について実施可能な活動を精査するための材料を得る。

<ワークショップ概要>

導入：モデレータ（コンサルタント）及びアシスタントモデレーター（LSMOH）より、本ワークショップの目的・概要、ワークショップの実施方法を説明。

問題分析：引き続き問題分析を実施、コミュニティレベル、PHC レベル、二次病院レベル、LSMOH レベルの4つにつき、ポストイットを用いて参加者に張り出してもらい、ミッションでグループ問題について分類した。（問題分析の結果は 1. Results of Problem Analysis を参照）

活動分析：問題分析の結果を踏まえ、当方で想定しているプロジェクトの成果に対応する、参加者が考える具体的活動についてポストイットを用いて張り出してもらった。（活動結果は 2. Activities Suggested by Participants を参照）その後、代表者に考える活動について説明をしてもらった。（発表内容・議論の内容については別添 1 Records of presentation and discussion を参照。）

成果の活用：問題分析・活動分析の結果は、PDM 作成の資料とし、結果・議論内容に基づいて活動内容を検証・決定した。

1. Results of Problem Analysis

(1) LSMOH Level

<Policy>

- ✓ The state policy on health is not defined.
- ✓ Policy formulation without involvement of stakeholders

<Funding>

- ✓ More funds to the hospital
- ✓ LSMOH: release more funds (poor funding)

<Personnel/staff>

- ✓ More manpower
- ✓ Lack of motivation of the staff

<Equipment>

- ✓ Lack of adequate functional medical equipments.
- ✓ Good generator to serve the whole hospital for 24 hours

<Tools>

- ✓ Inadequate IEC materials for health promotion activities, poor health promotion
- ✓ Inadequate monitoring tools and supervision

<Communication>

- ✓ Poor reporting from PHC
- ✓ Poor record keeping in all tiers of health care system

<Others>

- ✓ More integration of services
- ✓ Needs to delegate more 'powers' to the secondary hospital
- ✓ Lack of mother and child center in various communities
- ✓ Delay in programme implementation
- ✓ Inadequate social mobilization activities

(2) Secondary health facilities Level

<Personnel/staff>

- ✓ Inadequate qualified health personnel
- ✓ Not enough staff
- ✓ Lack of staff at the unit level
- ✓ Inadequate human resources (the ratio of health personnel to the patients)
- ✓ Poor / lack of motivation of staff

<Equipment>

- ✓ Lack of equipment/more equipment needed (in ward and hospital)
- ✓ Lack of modern medical equipments
- ✓ Inappropriate technology and maintenance culture for equipment and facilities
- ✓ Too much protocol at secondary facility
- ✓ Emergency cassation outside the hospital and their relatives
- ✓ Lack of consumables, so clerks have to purchase everytime they need
- ✓ Lack of ambulance

<Service>

- ✓ Waste of patient time
- ✓ Long waiting in attending to referrals from PHC
- ✓ More accommodation needed for patients
- ✓ Refusal of referral

- ✓ Health workers' negative attitude like shouting at clients
- ✓ Insistence on blood donation before attending clients
- ✓ Prescribing of expensive drug for patients

<Funding>

- ✓ More funds needed to implement programs/ to the health sector (less than WHO standard recommended funding)

<Infrastructure>

- ✓ Inadequate infrastructure (electricity, water, etc.)

<Others>

- ✓ Non-chalant and lukewarm approach to make maximum use of the health facility

(3) PHC/LGA Level

<Function>

- ✓ No basic life saving facilities at the PHC
- ✓ Lack of function for the outpatients clients
- ✓ Non-functional PHCs
- ✓ Poor functioning of PHC programmes from LGA
- ✓ Primary healthcare department has never been in the good look of the managing authority
- ✓ Not enough awareness to the community about services

<Personnel/staff>

- ✓ Shortage of staff
- ✓ Lack of adequate personnel (quality and quantity)
- ✓ Lack of professional staffs/skilled personnel/skillful trained personnel/qualified workers
- ✓ The midwives are not enough to run shift
- ✓ Lack of proper education and handling at the PHC level
- ✓ Inadequate training and retraining of health personnel
- ✓ Absence of continuous staff training on SOP on MCH service delivery
- ✓ Needed more orientation given to staff
- ✓ No regular training/workshop/seminars for all health workers in the PHC
- ✓ Low motivation on part of health workers/poor motivation of staff
- ✓ Poor attitude/ morale of health workers

<Equipment>

- ✓ Lack of / inadequate equipment
- ✓ Lack of utility vehicle/ diagnosis equipment/ generator/ solar panel for refrigerator
- ✓ Lack of laboratory in the PHC

<Funding>

- ✓ High level of financial commitment
- ✓ Poor / inadequate funding/ Lack of adequate funding at LG
- ✓ Lack of fund for maintenance of the ambulance
- ✓ No running cost for PHC
- ✓ The council manager in charge of LG release less fund for health department
- ✓ No revolving fund/ absence of essential drugs at PHC

<Reporting>

- ✓ Poor reporting on activities carried out/poor medical record/ statistics keeping

<Service>

- ✓ Not covered 24 hours/ absence of 24 hrs doctors' coverage/ no manpower to run 24 hrs
- ✓ Lack of emergency services

<Political will>

- ✓ Low political wily commitment

<Referral>

- ✓ Low referral to the secondary facilities

<PHC Environment>

- ✓ Poor social infrastructure in the community especially in coastal area and river line
- ✓ Delapitated PHC
- ✓ The PHC is under-renovation therefore it is not used presently
- ✓ The newly renovated PHC is not fully functioning because of lack of worker which is not working now.

(4) Community level

<Awareness>

- ✓ Poor awareness on MCH activities/ low level of awareness in the community/ ignorance of people on MCH activities/ inadequate community involvement in MCH programme
- ✓ Poor sensitization of women of child bearing age
- ✓ Poor sensitization of activities at the grassroots level financial implementation

<Access>

- ✓ Health facilities are too far to some areas/ poor location
- ✓ Poor accessibility to the health facility

<Training>

- ✓ No regular training/ seminar on MCH care at the community level

<Community Involvement>

- ✓ Social mobilization required to encourage access of hospital and PHC services
- ✓ Community: needed to be more involved in planning and implementation
- ✓ Lack of community participation on MCH/ lack of community participation program for the communities to realize that maternal death can be reduced
- ✓ Community not involved in health service management
- ✓ Lack of feedback to communities

<Referral>

- ✓ Poor refer system

<Policy>

- ✓ Poor implementation of government policy
- ✓ Non-commitment of the policy maker

<TBA>

- ✓ Equipping TBA
- ✓ TBA not well trained/ poorly trained TBA and the 'likes' (encourage regular training of the TBA practitioner)
- ✓ Poor management by TBA
- ✓ They ignore health facilities and they prefer TBA

<Others>

- ✓ Delay in implementation
- ✓ Poor nutrition value
- ✓ Lack of community IEC material educate the community
- ✓ Poor infrastructure (furniture/ utility)

(5) Others

<Salary/attitude>

- ✓ Poor salary
- ✓ Knowledge, attitudes, and practices of the patient towards MCH

<Environment>

- ✓ Insufficient access to timely health care during pregnancy and labour
- ✓ Lack of regular electricity supply to units from public power provider (i.e. P. H.C.N. PLC)
- ✓ Lack of pipe borne water/ over reliance on borehole water

<Waste management>

- ✓ Evacuation of all waste products from theatre, wards and central sewage

<TBA>

- ✓ Improper interruption by traditional birth practitioners and untrained quack health workers
- ✓ Integration of TBAs into health care system
- ✓ TBAs not well trained /ignored
- ✓ Lack of resources to build the capacity of TBA
- ✓ TBAs should refer early

2. Activities Suggested by Participants

(1) LSMOH Level

<Personnel/staff>

- ✓ Adequate motivation of health workers
- ✓ Capacity building for all health workers at all levels
- ✓ Training at the state level to be cascaded to the LGAs

<Funding>

- ✓ Adequate funding for the health sector using WHO standard

<Data management>

- ✓ Proper data management and record keeping
- ✓ Development of research department in LSMOH

<Monitoring and evaluation>

- ✓ Monitoring and evaluation to help monitor the progress of the project implementation and evaluate its success
- ✓ Increased monitoring and supervision on maternal and child health activities by LSMOH officials

<TBA>

- ✓ Equipping the TBA with modern equipments and communication gadget
- ✓ Need to support the Lagos State Traditional Medicine Board (LSMTB) for effective monitoring of the TBA and other CBA, etc.
- ✓ The LSMOH should put emphasis on development of TBA especially in the rural area

<Others>

- ✓ Selection of appropriate health units and referral centers in terms of access to communities
- ✓ Development of public private partnership
- ✓ Setting up rural extended service and care unit for ultimate emergency relief (rescuer) in each community
- ✓ Increased social mobilization activities at the state level
- ✓ Production of IEC material and teaching aids

(2) PHC/LGA Level

<Personnel/staff>

- ✓ Adequate manpower by state
- ✓ Recruitments within the locality by LGA
- ✓ Continuous staff training on outreach, MCH, immunization by state
- ✓ Training on data management

<Facility and environment>

- ✓ Adequate equipments and consumables community sensitization/training/diagnosis
- ✓ Electricity power generating set 25kw for each PHC maintenance (or) provision of solar generating set for each PHC and maintenance
- ✓ Waste management

<Collaboration>

- ✓ Successful integration and collaboration within the PHC and also with relevant organization (at chief level)

<Others>

- ✓ Proper job description between PHC and secondary health facility (e.g. immunization)

(3) Community Level

<Training/incentive>

- ✓ Provision of incentive to CDCs and CDAs
- ✓ Retraining of CDCs and CDAs
- ✓ Regular training of TBA and FBA by local government

<Access to PHC>

- ✓ Nearness of PHC to the communities (good accessibilities)
- ✓ Provision of more PHC within 57 LGA

3. Attachments

- ✓ Attachment: 1 Records of Presentation and Discussion

別添 1 Records of presentation and discussion

PCM WORKSHOP GROUP PRESENTATIONS on 22 August 2008

1. GROUP 3 Presentation by Dr. Rabiya (MOH for Yaba LGA)

The Problems and Challenges identified by the group are:

- i. Poor awareness of MCH related issues among community members
- ii. Education on MCH-related issues among CDAs and CDCs very low
- iii. Deliveries by pregnant mothers in Faith-based hospitals are not easily monitored as they are not under the management and direct supervision of the LGAs
- iv. TBAs generally lack some training on the delivery of quality MCH services
- v. Low awareness among community members leads to poor utilization of PHCs
- vi. Lack of 24 hours service at PHCs impacts negatively on deliveries at night
- vii. Non-availability of essential drugs at PHC leads to poor service delivery

The Solutions suggested include the following:

- i. Provision of incentives to encourage and motivate community members who mobilize community members on volunteer basis
- ii. Retraining of CDAs and CDCs on the current and important health issues in the community
- iii. Improve the accessibility of PHCs to the community members
- iv. Regular training of TBAs and Faith-based Birth Attendants
- v. Increase the number of PHCs to expand and improve the scope and coverage of MCH services to more community members

2. GROUP 2 Presentation by Mrs Iwalokun

The Group didn't highlight the problems and challenges as they were written on the problems cards during the group work. The solutions proffered by the group include:

- i. Proper inter and intra-sectoral collaboration and integration of all the different service units within the PHC, and by extension with the LSMOH and Donor Agencies
- ii. Improvement of Manpower at PHC level through- adequate recruitment of staff by State and LGAs; proper job descriptions for PHC staff and adequate training and re-training; motivate and encourage PHC staff through welfare schemes and incentives
- iii. Provision of relevant Equipment suitable for use at PHCs especially where electricity supply is inadequate; and utility vehicles for outreaches and monitoring of PHCs in hard-to-reach areas.
- iv. Community diagnosis and involvement of community members in the planning and management of PHC services
- v. Proper data management and disease surveillance at the community level

3. GROUP 1 Presentation by Dr. Bunmi (Chairman LSTMB)

The Group identified two major problems namely:

- I. Human Resource Constraints
- II. Poor Funding of PHCs by LGAs and State Government

The following steps were suggested as the solutions to solve the problems

- i. Adequate funding to improve service delivery
- ii. Training and retraining of PHC staff on best practices
- iii. TBAs need to be recognized as part of the health system in Lagos State since the 2006 Health Sector Reform Law recognizes them; hence they need to be trained to improve their quality of the services they render to pregnant women and community member.
- iv. Establishment of a Monitoring and Evaluation mechanism to track progress
- v. Establishment of health units and referral centers to provide referral services
- vi. Provide TBAs with modern equipment like delivery kits and Sphygmomanometer for monitoring patients under their care
- vii. Establish Rural Emergency Centers where community members can visit regularly to access health information and services at the community level
- viii. Improve data collection and health services research
- ix. LSMOH should provide enough financial and technical support to the LSTMB to register , monitor and supervise the activities of TBAs
- x. Production of enough IEC materials to sensitize,educate,improver understanding of MCH issues and mobilize community members to access and monitor the services at PHCs

GENERAL COMMENTS and SUGGESTIONS

1. Dr. Bunmi (LSTMB Chairman)

He emphasized the need for orthodox health practitioners to recongnize,cooperate and collaborate with TBAs to improve the referral system. He also was of the view that PHC workers should be actively involved in the education of community members on health matters.

2. Dr Oduwole (MD Apapa General Hospital)

-She remarked that TBAs often refer pregnant mothers late, and should know their limitations and need to refer patients that require emergency obstetrics care early to secondary facilities. ---She also mentioned that waiting time of pregnant women in labour should be reduced to the minimum

-24 hrs services by doctors at Apapa through the provision of financial incentives help patients to access services

-Negative attitude of hospital staff towards patients referred by TBAs should be changed so that their lives can be saved first and foremost

- Emphasized the duty of health workers to act as 'Community Police' that monitors the state of pregnant women in the community and to ensure their referral to health facilities
- Community Health Extension Workers to help track defaulting patients and pregnant mothers
- The continuation of the provision of free MCH services, and ensure that mothers are properly immunized against neonatal tetanus
- Encouraged the referral of pregnant mothers to Apapa General Hospital to reduce the burden and workload on LIMH

3. Mrs Ezeogwu (Chief Matron, Apapa General Hospital

She emphasized the need for Lagos State Health Facilities Monitoring and Accreditation Agency to visit some outlying villages and rural areas in Lagos State where quack doctors and nurses are running sub-standard health facilities and are conducting criminal abortions leading to high mortality in those areas.

4. Dr Sani (MOH for Lagos Island)

She spoke on the practice of PHCs that refuse the admission of primigravidas making it difficult for the pregnant women to access ANC services. Hence some primis resort to hiding their status so they can be allowed to receive ANC care at the PHCs. She remarked that even though the outcome of Neonatal Tetanus is difficult to determine, she encouraged PHC staff to approach TBAs in a friendly manner to ensure their cooperation and facilitation of open discussions and visitation of TBA homes. Data management at the local should be improved and it is the responsibility of all health workers to capture data of all services they provide at their centres as this helps in proper planning of health services. To improve monitoring, policy makers should provide utility vehicles for site visits by the monitoring teams.

5. Dr. Bakare (LSMOH)

She emphasized the need to involve the community in solving the MCH issues in their communities and the tracking of women of reproductive age ,and to refer them to PHCs for ANC, as this will help in monitoring and following-up defaulters. The Adolescent Health Unit of LSMOH to educate youths on reproductive health matters. IEC materials are to be provided for community health education by LGAS for their communities, and health facilities and TBAs to ensure good practices.

6. Mr. Kobayashi

He appreciated the participants for coming to the workshop and their inputs. He used to exemplary initiatives of a Village Mayor in Northern Japan and a Doctor to recap how MCH services in Japan improved through involvement of community members. He rounded up by saying that the JICA Mission will have internal discussions using the output and suggested activities from the workshop participants to design the project in consultation with the LSMOH.

Name of LGA	Lagos LGA and LCDA	Name of PHC (HC/Health Post (HP))	Type	population from Lagos State HP (2008)	catchment population	Personnel										Maternal Services					Child Health Services					Registered TBA per LGA	Remarks
						No. of Doctors	No. of Nurses	No. of Community Health Officers	No. of Community Extension Health Workers	No. of Environment Health Officers	Delivery Facility(1)	No. of Deliveries	No. of Pregnant Women Attended at Antenatal Clinic/mo.	No. of Mothers Attended at Postnatal Care	Immunization Rate of DPT3	Immunization Rate of Measles	Immunization Rate of Polio	No. of Children Attended at Child Health Clinic									
Ajeroimi-Ifeiodun	Ajeroimi-Ifeiodun LGA	Akere	PHC		66,600	4	2	2	4	0	0	9	10	8	53%	35%	53%	362	67 TBA (both)	TBA in both registered and non-registered							
		Tolu	PHC	1,435,295	612,150	1	1	2	-	-	x	-	26	6	-	-	-	23	-	-							
		Bafon	PHC			-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
		Layemi	PHC			-	3	3	5	0	0	12	105	13	53%	30%	53%	364	-	-							
Apapa	Apapa LGA	Amukoko	HC		23,700	1	5	2	2	0	0	0	0	-	53%	30%	-	102	-	-							
		Anjorin	PHC																41 (both)	TBA in both registered and non-registered							
		Ijora	PHC	922,384		0	4	1	2	-	-	0	10	5	20%	8%	57%	20-30	-	Immunization rate based on May 2008							
		Olopon	PHC			0	3	2	1	-	-	0	0	-	38%	8%	35%	40	-	-							
		Sari	PHC			0	6	1	2	-	-	0	-	-	50%	35%	50%	40	-	-							
		Aworanetan	HP																								
		Marine Beach	HP																								
		Ikoji	HC			2	5	2	2	4	x	x	-	-	-	88%	100%	64%	80	14 (non-registered)	Immunization rate based on Feb. 2008						
		Obalande	PHC			0	1	0	2	0	0	0	10	5	50%	93%	46%	160	-	-							
		Eti-Osa	Eti-Osa LGA	Orizamin	PHC			2	4	3	6	0	0	3	10	20	41%	83%	47%	160	-	-					
Igbo-Evon	PHC					1	1	0	2	0	0	0	8	4	35%	100%	17%	40	-	-							
Ikota	PHC					0	3	0	2	3	0	0	15	8	42%	32%	37%	160	-	-							
Ajan	HP			983,515		0	1	0	2	0	0	2	8	2	64%	64%	58%	60	-	-							
Alpha Beach	HP					0	0	0	1	0	0	x	-	-	100%	100%	100%	180	-	-							
Sangdetabo	PHC					0	3	3	1	4	x	x	-	-	100%	100%	100%	180	-	-							
Ajsh	PHC					0	1	0	1	0	0	0	-	-	41%	52%	44%	50	-	-							
Ado	HC					0	2	0	0	1	0	0	-	-	75%	85%	75%	250	-	-							
Badore	HC					0	2	0	0	1	0	0	-	-	44%	100%	80%	15	4	-							
Lagos Island	Lagos Island East			Sura	PHC		4,816	1	4	2	5	2	2	201	116	22%	46%	21%	15	4	-	Dilapidated					
		Lafiji	PHC		2,650	-	0	1	0	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
		Ajele/City Hall	PHC		5,650	-	2	1	3	2	0	-	-	-	79%	60%	80%	83	-	Only immunization							
		Olowogbowo	PHC		3,547	-	3	3	3	2	0	1	4	1	21%	24%	38%	22	5	-							
		Oko Awro	PHC		7,486	-	2	2	1	2	0	1	2	-	19%	23%	20%	14	-	Newly upgraded							
		Adeniji Adiele	PHC		4,826	0	2	2	2	1	2	2	-	-	44%	33%	45%	34	4	-							
		Onole	HC		83,649		0	0	1	2	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-							
		Ifraaji	HC				0	0	1	2	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-							
		Dunmare	HP				0	0	0	1	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-							
		Anikantemo	HP				0	0	0	1	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-							
Lagos Mainland	Lagos Mainland LGA	Annulo	HP			0	0	0	1	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
		Phase 3	HP			0	0	0	1	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
		Iweya	PHC			7	4	8	2	0	0	1	49	20	45%	48%	56%	752	7	-							
		Oroko	PHC			1 MOH	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
		Abule-Oja	HC			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
		Igbohisa	HC			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
		Ordo West	PHC		1577	3	1	2	1	1	x	0	0	0	37%	29%	37%	255	4	-							
		Abule Nla	PHC		1200	1	0	3	3	0	x	0	0	0	35%	32%	-	248	0	-							
		Simpson	PHC		16500	3	1	2	2	2	0	0	0	0	33%	36%	26%	271	3	-							
		Oto	PHC			2	2	3	3	2	x	0	0	0	34%	33%	34%	498	1	-							
Surulere	Surulere LGA	Akerelle	PHC			1	13	2	2	0	5	50	20	78%	57%	77%	-	2	Date of maternal service based on March 2008 and immunization in 2008 (up to May)								
		Orile	PHC			1	7	4	8	-	0	18	6	47%	30%	43%	343	-	-								
		Coker Aguda	PHC			1	4	2	3	-	0	-	-	-	74%	97%	90%	543	-	-							
		Baruwa	PHC		1,274,382	1	8	4	3	4	0	5	50	-	40%	44%	31%	1,225	-	-							
		Anjorin	PHC			1	3	1	2	-	0	10	-	-	63%	70%	64%	247	-	-							
		Stavation Army	HC			0	0	1	1	0	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
Adeboru	HC			0	0	1	1	0	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-									

(1) Delivery Facility: ○ 分娩室あり、機能している △ 分娩室あり、機能していない × 分娩室なし

3. ラゴス島産科病院の概要と所感

1. 概要

	病棟名	病床数、看護師数、設備等
4F	NICU	25 コット、日勤看護師は4～6名（うち1名は小児科専門看護師（助産コース後大学病院で専門課程を修了））
	新生児病棟	約30床
3F	手術室（滅菌材料室が隣接）	手術台2台、看護師20人 設備：手術室専用発電機、人工呼吸器、吸引機等
	婦人科病棟（術後部屋）	約30床、看護師は20人（日勤は4人～6人）
2F	分娩室	数床（機能しておらず）
	家族計画サービス外来	
1F	救急外来	6床、看護指数等不明
	外来（産前健診等）	
	薬局	
	食堂	

※なお、1階から4階はエレベーターで移動可能であるが、現在は故障中であり、修理の目処はたっていない。

※また、別棟には婦人科外来が設けられていた。

2. 所感

1) 救急外来

見学時は満床（6床）で、うち一名は敗血症の患者。意識レベルの低下が見られる患者に対しては、対処療法さえもできていない状況であった。破損し使用不可能な機材によって通路や空間がふさがれており、ケアや作業の機能性や効率性は配慮されていない。

2) 食堂

5Sの効果か清潔な印象をうけた。健診を済ませた母親たちに利用されていた。

ただし、半分ほどはものが置かれていない自由な空間となっており、救急外来のスペースが制限されている分、無駄に空間が使用されている印象を受けた。

3) 分娩室

ベッドが数床あり、見学時も1組の母子がいたが、ほとんどのスペースは使用されていない機材（インキュベーター、インファント・ウーマー、吸引機、ストレッチャー等）の置場所になっていた。

4) オペ室

機材は古いものが多いが、高校卒業後病院内 OJT で ME 機器メンテナンスを習得した 1

名の ME 技師がおり、機材のメンテナンスは行き届いている。(例：呼吸器は 15 年ものだが、現在も正常に作動していた)

週に一度は清掃日で、すべての機材を外に運び出すことになっており、見学当日も、ちょうど清掃日であった。このため、スタッフは清潔・不潔に関係なく作業を行っていたが、私が手術室に入室する際にはガウンテクニックを要求された。滅菌機材には、有効日を記載されたテープが張られており、期限を過ぎた物品は滅菌をかけなおしているとのことであった。なお、手術に用いる滅菌機材は看護師がセッティングを行っているとのこと。

5) 外科病棟 (リカバリールーム機能を含む)

訪問時、患者は 10 名程度であり、手術室に近いベッドには術後日数の浅い患者など重症患者を収容されていた。師長によると入院患者には、子癇のケース等が多いとのことである。

医療設備・機材は一様に老朽化しており、なかでも病棟の中央に 1 箇所だけ設置されている水道は破損し、適宜手洗いすることが困難な状況にあった。また老朽化したベッドは、成人女性の腰の高さほどあるうえ、ベッド柵がないため転落のリスクが懸念された。また、使用済み針は専用容器に廃棄されていたが、患者の足元に置かれており、これも危険であった。

また、カーテンなどの仕切りはないため、看護師には患者の様子を観察しやすいが、患者のプライバシーは保持できない状態であった。また、仕切りもなく、患者を観察しやすい環境にあるにもかかわらず、疼痛などを訴える患者は放置されていた。一部のベッドにのみ蚊帳があった。

看護行為の中でも特に目に付いたのは、ルート管理の煩雑さであった。例えば、自立歩行が可能な患者を含め、ほとんどの患者には排尿チューブが挿入されているにもかかわらず、固定されていない。このため、患者はルートを引きずって歩いており、感染や転倒のリスクを高めている。また、医師の処置介助では、物品の準備・管理が不十分で、患者に苦痛を与えたり、患者への対応が遅れたりしていた。

また、看護師は手袋をはめて採血等を行っているが、患者ごとの交換がなされているかどうかは不明である。オーバーテーブルには、ダンボールに収められた 1 日分の点滴と、検温板が置かれており、検温板の記録からは検温とインアウトバランスのチェックを提示で実施している様子が伺えたが、患者の状況を判断して実施しているというより、マニュアル通り時間で実施しているような印象を受けた。

6) NICU

看護師長によると、多いのは早産のケースであり、現在の技術レベルで 1,500kg で出生した児のケアも可能であるとのことであった。

見学時には、すべてのインキュベーターが機能しており、1 コット当たり 2～3 名の新生児が収容されていた。児の取り違えがないように、すべての児にネームバンドがつけら

れていた。また、ほぼ全コットで光線療法が施行されていたが、適応ケースかどうかは不明だった。また、一部の児にはアイマスクがされていない、されていても外れているなど、使用上の注意が欠如している場面が観察された。

4. Health Development Partner Programme Matrix

HEALTH DEVELOPMENT PARTNER PROGRAMME MATRIX - NIGERIA APRIL 2008				
PROGRAMME TITLE	PROGRAMMES SUPPORTED (including duration)	SUPPORTING AGENCIES/ PARTNERS	PROGRAMME LOCATION	TOTAL PROJECT AMOUNT US\$ (cross-reference with initiative duration)
AFRICAN DEVELOPMENT BANK				
Health System Development Project (HSDP)	The 5-Year project, co-financed by the Bank and the World Bank consists of 3 components – Capacity Strengthening of State Ministries of Health, Support to Primary Health Care and Capacity for Federal Ministry of Health. The Bank is only supporting the second component in 12 states which has the under-listed 5 subcomponents: A) Improved Access to Primary Health Care Services B) Support to Primary Health Care Services C) Support to Health Training Facilities D) Essential Drugs Management E) Project Management (Project Ends December 2008)	WB, FMoH, NPHCDA, SMoH of Participating States	12 States namely: Abia, Imo, Edo, Akwa-Ibom, Lagos, Oyo, Niger, Benue, Kaduna, Katsina, Yobe and Bauchi	\$34,074,000
CANADIAN INTERNATIONAL DEVELOPMENT AGENCY (CIDA)				
School/College of Health Technology & PHC Project	The Project will support the development of well-prepared, gender and environmental sensitive PHC personnel to work in PHC facilities/practicum sites in each state through the technical and physical upgrading of the SHT and health facilities at its practicum sites. DATES: 2003 to 29/07/2011	BAUCHI; CROSS RIVER STATE; NPHCDA	Bauchi & Cross River States	\$19,648,000

<p>Nigeria AIDS Responsive Fund</p>	<p>The Fund is to contribute to an enabling health, social and political climate of reduced vulnerability to HIV/AIDS through the development of capacity of stakeholders, promotion of gender equality and respect for human rights. It currently has two components: Component 1: HIV/AIDS Policy/Governance through GON, and multilateral agencies, and Component 2, local support through Community Based Organizations (CBOs) and Non-governmental Organizations (NGOs). DATES: 2003 to 31/10/2008</p>	<p>NACA</p>	<p>National</p>	<p>\$4,715,520</p>
<p>Nigeria Evidence-based Health Systems Initiative (NEHSI)</p>	<p>Project is in response to Nigeria's commitment to comprehensive health sector reform and will strengthen an evidence-based primary health care system in Bauchi and Cross River states. The targets are to improving health information systems; build community engagement; strengthening capacity and institutionalising training needs; and improving PHC performance and evaluation. DATES: Planning Phase (2005 to 31/10/2007) Proposed Implementation 2008 - 2011</p>	<p>BAUCHI; CROSS RIVER STATE; FMOH</p>	<p>Bauchi & Cross River States</p>	<p>Planning: \$589440; Proposed Implementation: \$19,135,765.01(See Notes)</p>
<p>Support to WHO Polio Eradication Phase IV</p>	<p>The purpose of the project is to stop poliovirus transmission in Nigeria, as part of the effort to eradicate polio globally, and to improve the quality of routine immunization services in Nigeria, in partnership with the Federal Government of Nigeria and other donors. The project will also support the Government of Nigeria's plans to implement the longer-term vision to strengthen routine immunization. CIDA and WHO are committed to supporting the Government of Nigeria in its efforts to reduce childhood illness and mortality from all vaccine-preventable diseases, including polio,</p>	<p>NPHCDA</p>	<p>National</p>	<p>\$14,736,000</p>

	and to strengthening routine immunization in line with the Health sector reform agenda, MDG (Millennium Development Goal) 4 (reduce child mortality) DATES: 2007-31/03/2010				
Contraceptives and Safe Motherhood Kits Project	Supports the procurement of sufficient quantities of contraceptive commodities for the period and ensure contraceptive security for the country from 2005-2008. It also seeks to provide safe delivery kits, caesarean section packs and antenatal packs in 6 pilot States. DATES: 2005 to 30/09/2009	UNFPA; FMOH	UNFPA-Assisted States	\$11,364,772	
EC DELEGATION - Health Projects					
European Union Partnership to reinforce immunisation efficiency (EU-PRIME) (November 01 – June 09)	Support to Polio Eradication at the National level (NIDs/IPDs) which aims at stopping Wild Polio Virus transmission in Nigeria (Sep 02 – Dec. 08)	NPC, FMOH, NPHCDA, WHO	National	€ 53,340,000	
	Support to Routine Immunisation which aims at the establishment and implementation of necessary systems for sustainable delivery of quality routine immunisation in targeted areas. Implementing partners are a technical assistance consortium – EPOS/OPTIONS and the NPI (now NPHCDA). (June 03 – June 09)	NPC; NPHCDA; SMoHs of focus States	Abia, Cross River, Gombe, Kebbi, Osun, and Plateau with possibility of extending up to 17 additional states	€ 44,060,000	
Support to Routine Immunisation in Kano (SRIK)	This project will help to support Kano State to reduce the incidence of vaccine preventable diseases through the delivery of safe and quality routine immunisation services with the National Planning Commission, FMOH, Kano State MoH and a technical assistance team – CONSEIL SANTE/SOFRECO – as implementing partners (Mar 02 - July 10)	NPC, FMOH, Kano SMoH	Kano	€ 15,460,000	

Integrated Sexual and Reproductive Health and Service Delivery in Northern Nigeria	Works with State governments, NGOs and CSOs to bring about sustainable reproductive health benefits in targeted states by using an integrated approach. Implementing Partners – NOVIB/OXFAM and AHIP (Jan 06 – Dec 08)	AHIP	Kano, Bauchi, Jigawa, Katsina, Kaduna, Kebbi, Gombe, Sokoto, Benue and Zamfara	€ 1,800,000
Support to Control of Avian Influenza	Support to the Control of Avian Influenza through support to studies and data collection for strategic planning. Implementing partners are the FAO in consultation with the Federal Ministry of Agriculture and Water Resources. Phase I: Sep 06 – 15 Aug 07; Phase II: Aug 07 – Dec 07	NPC, FAO, FMOAWR	National	€ 762.619
The Global Fund for HIV/AIDS, Malaria and TB	The European Commission supports the fight against HIV/AIDS, Malaria and TB at the National level by contributing to the Global Fund.	Global Fund National implementing mechanisms	National	
Government of Japan / Japan International Cooperation Agency (JICA)				
The project for Infectious Diseases Prevention for Children (through UNICEF)	The Grant Aid Project through UNICEF procures oral polio vaccines, cold chain equipment and long lasting ITNs for child health programs in Nigeria. (2002-)	NPC, FMOH, NPHCDA, UNICEF	UNICEF/National	47,250 million Yen
Expert on Health Planning	An Expert is attached to the Directorate of Public Health of the Lagos State Ministry of Health who is providing technical assistance to the Lagos State Government on Health Reform matters. (August 2005-August 2008)	Lagos SMoH	Lagos State	55.6 million Yen
Lagos Environmental Sanitation and malaria Control Project (LESMAC)	LESMAC is a community-driven project which was aimed at improving the state of environmental sanitation and the reduction of the burden of malaria in three selected LGAs in Lagos State. (October 2004-October 2007)	Lagos SMoH, MoEnv't, and Lawanson CPH	LGAs of Surulere, Mushin and Ajeromi-Ifeledeon	68.3 million Yen
Asia Africa Knowledge Co-Creation Project (AAKCP)	This project aims to improve hospital management, the work environment and quality of service through the introduction of Total Quality Management (TQM), Continuous Quality Improvement (CQI) and 5S-Kaizen Activities using experiences from the hospital in Sri Lanka (Asian Knowledge). The project includes seminars/workshops in Japan and Sri Lanka, technical assistance, and a pilot project chosen by the participants.	NPC, FMOH, Lagos SMoH, Lagos Island Maternity Hospital (LIMH)	Lagos State MoH, LIMH	4 million Yen

	(March 2007- October 2008)				
Project on Improvement of Maternal and Child Health in Lagos State (Planned)	This project aims to improve hospital management, the work environment and quality of service through the introduction of Total Quality Management (TQM), Continuous Quality Improvement (CQI) and 5S-Kaizen Activities using experiences from the hospital in Sri Lanka (Asian Knowledge). The project includes seminars/workshops in Japan and Sri Lanka, technical assistance, and a pilot project chosen by the participants. (March 2007- October 2008)	NPC, FMOH, NPHCDA, Lagos SMOH, LIMH			
Support to the HIV/AIDS National Response through Provision of Equipment and Country-Focussed Training	JICA provided Cd4 Counters and Reagents to three (3) ART centres for the scaling up of ART services in Nigeria. The Country-focused Training on Prevention of HIV Transmission in Nigeria was held yearly in Japan from 2001-2007.	NASCP, NACA	Ebonyi, Benue & Osun		15 million Yen
Training and Dialogue Programs	JICA provided Cd4 Counters and Reagents to three (3) ART centres for the scaling up of ART services in Nigeria. The Country-focussed Training on Prevention of HIV Transmission in Nigeria was held yearly in Japan from 2001-2007.	NPC, FMOH	FMOH, Tertiary and Secondary Hospitals in Nigeria.		30 million Yen
UNICEF					
Malaria & Under-5 Mortality Reduction	Support to reduce morbidity and mortality and improve health during key stages of life, including pregnancy, childbirth, the neonatal period as well as malaria prevention & control (RBM) and Integrated Management of Childhood Illness	FMOH/NPHCDA/SMOH/LGA s/NMCH Partnership/GoJ	National/Zonal		\$4,063,706
Immunization services	Support to polio eradication and measles control and strengthening routine immunization. Support to capacity building for emergency/epidemic preparedness and response as well as pre-positioning of supplies to ensure rapid	FMOH/NPHCDA/SMOH/LGA s/ICC Partnership	National/Zonal		\$19,123,852

	response to emergencies				
Nutrition including micronutrients	Support to improve nutrition, food safety and food security throughout the life cycle, household and community care & child stimulation as well as micronutrient deficiency control	FMOH/NPHCDA/NPC/SMO H/LGAs/NAFDAC/USAID/SO N	National/Zonal		\$2,487,795
HIV/AIDS Prevention and Care	Support to Prevention of Mother To Child Transmission (PMTCT) of HIV, care and support for infected infants	FMOH/NPHCDA/NACA/SMO H/LGAs/CIDA/GFTAM	National/Zonal		\$1,497,052
UK DFID DEPARTMENT FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (DFID)					
Partnership for Transforming Health Systems (PATHS)	Works with Federal and State Governments and with the non-state sector to bring about sustainable health benefits for the poor by addressing the deep-seated systemic constraints to effective health service delivery (Mar 02 - Jun 08)	FMOH, SMOHs LGAs, NGOs, FBOs, Private Sector, NPHCDA, NAFDAC, PCN, WHO, UNICEF	Federal, Enugu, Kano, Kaduna, Jigawa		\$112,000,000
Health Commodities and Equipment Procurement (HCP)	Provision of essential drugs and equipment to health facilities in conjunction with the system strengthening work being done by PATHS (Mar 05 - Mar 09)	FMOH, NAFDAC, SMOHs, LGAs, FBOs, Private Sector, WHO	Federal, Enugu, Kano, Kaduna, Jigawa,		\$60,000,000
Partnership for Reviving Routine Immunization in Northern Nigeria (PRINN)	This project will build sustainable routine immunization systems, managed by state governments and integrated into primary health care delivery, and will seek to remove demand-side barriers to immunization (Oct 06 - Oct 11)	FMOH, NPHCDA, SMOHs, LGAs, Other Donor projects (EU-PRIME, IMM-BASICS)	Federal, Jigawa, Katsina, Yobe and Zamfara		\$40,000,000
Support to Health Reform Foundation of Nigeria (HERFON)	HERFON is a Nigerian NGO building a critical mass of influential change agents to take forward Health Sector Reform through advocacy, study tours, networking and small "Know-How Fund" projects. (Jan 05 - Jan 09)	FMOH, SMOHs, LGAs, Other NGOs, National Assembly, State Houses of Assembly, Private sector, Traditional and religious leaders, FBOs, Professional organisations	National		\$7,000,000

Bridging the Gap	This is designed to show how quality basic health services and HIV/AIDS prevention, care and support can be provided in a sustainable way at the LGA level. (Jun 06 - Jun 10)	SMOH, LGAS, NGOs,	Niger State	\$7,200,000
National Malaria Project	It will provide key capacity building support for national and sub-national level institutions; as well as expanded support for marketing and distribution of malaria control commodities National, including subsidies for target groups. (Nov 07 - Oct 12)	FMOH, SMOHs, LGAs, Commercial Sector, RBM Partnership, Global Fund CCM and Fund Recipients, NGOs, World Bank Malaria Booster Project	Federal, up to 8 States (actual States to be determined)	\$100,000,000
PATHS2	The health component of DFID's support for the Lead States after PATHS and HCP. (Tentative June 08 – May 13)	FMOH, SMOHs LGAs, NGOs, FBOs, Private Sector, NPHCDA, NAFDAC, NHIS, PCN, WHO, UNICEF	Federal, up to 6 States	Appros \$300,000,000
Promoting Sexual and Reproductive Health for HIV/AIDS Reduction (PSRHH)	PSRHH is a national behaviour change and condom social marketing programme, the goal of which is to improve sexual reproductive health among poor and vulnerable populations in Nigeria. (Jan 02 – Dec 08)	NACA, BBC-WST, Commercial sector, NGOs	National	\$105,600,000
BBC World Service Trust (BBC WST)	The project is an accountable grant which supports public awareness-raising on HIV/AIDS through the media, and is designed to complement PSRHH (April 05 - March 08)	NACA, PSRHH, Television and Radio Stations, Nollywood	National	\$10,000,000
Strengthening Nigeria's Response to HIV/AIDS	The project provides support for an effective and coordinated multisectoral, evidence and rights-based response in 6 high prevalence states through SACA capacity development (Sept 04 - July 09)	NACA, SACAs, Relevant Ministries and departments at Federal and State level, NGOs	Cross River, Kaduna, Enugu, Benue, Nasarawa and FCT	\$50,000,000
Continued Institutional Support to the National Response to HIV/AIDS in Nigeria	The project provides strategic support for reinforcing the structural response to HIV/AIDS in Nigeria with specific reference to NACA, the Global Fund CCM, and the World Bank. (Nov 06 - March 08)	NACA, Global Fund CCM, World Bank	Federal	\$1,320,000

<p>Enhancing Nigeria's Response to HIV/AIDS (Under design)</p>	<p>This programme will leverage systemic change that strengthens government and partners' abilities to strategically prioritise, and scale up activities that deliver HIV/AIDS interventions (2008 to 2013)</p>	<p>NACA, SACAs, NGOs, FMOHs, SMOHs, Other relevant Ministries and departments at Federal and State level, Commercial sector</p>	<p>To be determined</p>	<p>To be determined</p>
<p>United States Government (including USAID and the US Centers for Disease Control and Prevention)</p>				
<p>NETMARK</p>	<p>NetMark seeks to increase the availability and use of insecticide-treated nets (ITNs) and long-lasting insecticidal nets (LLINs) to prevent malaria, targeting pregnant women and children under five. In addition to the state focused programs, NETMARK carries out social marketing of ITNs at the national level, and builds the capacity of local net manufacturers to improve the quality of their nets and supports technology transfer of long lasting net to Nigeria, five-year (2004-2009)</p>	<p>Academy for Educational Development</p>	<p>Abia, Akwa-Ibom, Cross-River, Abuja FCT, Lagos, National</p>	<p>\$5,392,124</p>
<p>Improved Reproductive Health In Nigeria (IRHIN)</p>	<p>IRHIN project improves the understanding of, access to, and correct use of contraceptives to reduce unintended or mistimed pregnancies through the social marketing of contraceptive commodities. 5 years project 2005-2010</p>	<p>Society for Family Health</p>	<p>National and 3 clinical States (Abia, Cross River and Kaduna)</p>	<p>\$13.5m</p>
<p>COMPASS</p>	<p>COMPASS carries out integrated health and education activities. The program includes child spacing, safe motherhood, child health interventions and basic education. five-year (2004-2009)</p>	<p>Pathfinder International</p>	<p>Lagos, Bauchi, Kano, Nassarawa and FCT</p>	<p>\$95 million</p>
<p>COMPASS (POLIO)</p>	<p>COMPASS carries out Polio eradication activities by improving the quality and coverage of Supplementary Immunization Activities, working with local indigenous organizations to increase acceptance of immunization</p>	<p>Pathfinder International</p>	<p>8 States in the North-Kebbi, Katsina, Zamfara , Kaduna, Sokoto, Bauchi, Jigawa, Kano</p>	<p>\$4.5m</p>

RH/HIV Integration	The project integrates family planning services into HIV prevention, care and treatment services for the general population including the uninfected services, five-year (2004-2009)	Family Health International	Lagos, FCT & Cross River	\$1m
Distribution and social marketing of pre-packaged anti malarial treatment	The Pre-Packaged Malaria activity provides medical access to Nigeria's most vulnerable populations through the social marketing of prepackaged malaria treatment.	Population Services International/Society for Family Health	National	\$4,290,730
DELIVER	DELIVER works to improve the availability of contraceptives supplies in the public sector by strengthening country supply systems.	John Snow Inc.	Bauchi, Nasarawa, Kano	
ACCESS	ACCESS works to increase use of quality emergency obstetric and newborn care services and promote the use of skilled maternal health care and voluntary family planning	JHPIEGO	Kano, Katsina & Zamfara	
ACQUIRE	ACQUIRE increases access to and use of high quality fistula prevention, repair and reintegration services, and to promote the use of skilled maternal health care and voluntary family planning. 2006-2010	EngenderHealth	Kano, Kebbi, Katsina, Sokoto & Zamfara	
Immunization Basics	Immunization Basics develops the human and organizational capacity needed to strengthen delivery of quality routine immunization services	John Snow Inc.	Bauchi and Sokoto	
PSP-1	PSP-1 is designed to expand the delivery of reproductive health/family planning (RH/FP) and other health products and services through the private sector	Abt Associates	Lagos, Bauchi, Kano, Nasarawa, FCT, Zamfara & Sokoto	
ENHANSE	ENHANSE Project works at the national level to strengthen the enabling environment for health and education policy developments, five-year (2004-2009)	Constella Futures	National	
VOA Hausa Service	VOA Hausa Service provides information and education on child spacing, child health and malaria to populations in northern Nigeria.	Voice of America	Northern Region	

<p>HIV Prevention</p>	<p>Prevention care services are designed to prevent transmission of HIV to others. Effective prevention programming is a prerequisite to reducing the incidence of new HIV infections. The PEPFAR Nigeria program supports a comprehensive, evidence-based prevention.</p>	<p>Further details on implementing partners can be obtained from the US Government PEPFAR Senior Management Team; which includes USAID, CDC, Department of Defence and The Department of State.</p>	<p>National except Ekiti State.</p>	<p>\$37,660,062 \$83,946,227</p>
<p>HIV Care</p>	<p>HIV-related palliative care is patient and family-centered and emphasizes strengthening communities and community-based responses. The quality of life of adults and children living with HIV is optimized through the active anticipation, prevention, and treatment of pain, symptoms and suffering from the diagnosis of HIV through death. Palliative care services include clinical/medical care, the prevention and treatment of opportunistic infections including TB, psychological and spiritual support; social care, including assistance to family members. Community-based support is provided along with legal and economic support and prevention care, such as that provided to sero-discordant couples. HIV counselling, testing, the provision of test results and programs that support orphans and vulnerable children (OVC) are other aspects of the care program. OVC services include food and nutrition, shelter, protection, health care, education, vocational training and economic strengthening.</p>	<p>Further details on implementing partners can be obtained from the US Government PEPFAR Senior Management Team; which includes USAID, CDC, Department of Defence and The Department of State.</p>	<p>National except Ekiti State.</p>	<p>\$29,903,403 \$63,712,243 \$33,529,470</p>
<p>HIV Treatment</p>	<p>HIV treatment and reporting in PEPFAR focuses on ART treatment for those eligible, according to national and international guidelines. As the health of clients improves and the availability of ART services at more locations increases, transferring patients may account for an</p>	<p>Further details on implementing partners can be obtained from the US Government PEPFAR Senior Management Team; which includes USAID, CDC,</p>	<p>National except Ekiti State.</p>	<p>\$ 318,987,577</p>

	increasing proportion of ART client load at any given facility. A goal of treatment programs is to identify eligible clients, provide care early enough to decrease morbidity, increase longevity, and improve their quality of life.	Department of Defence and The Department of State.		
WORLD BANK				
Health Systems Development Project II	* To strengthen capacities for system management at the state level and encourage an environment of broad based consultation; * To support improvements in the delivery of primary health care services with a particular focus on maternal and child health and reproductive health services; and Approved 06/06/02, Closing: 07/01/08		Covers 36 States, excluding Kano but including FCT as a well as a Federal component	\$127,000,000
Polio Eradication Project	To assist Government of Nigeria achieve its goal of interrupting transmission of wild poliovirus and sustain this efforts throughout the period, effective oral polio vaccine (OPV) coverage of the target population. Approved: 04/29/03 Closing: 10/30/07		Covers the whole country	\$ 80,400,000
Malaria Control Booster Project	To ensure that the target population will have improved access to and utilization of well-defined set of Malaria Plus Package of interventions (MPP); and * To strengthen Federal and States ability to manage and oversee delivery of malaria plus interventions. Approved: 12/12/06 Closing: 03/31/12.			\$180,000,000

<p>HIV/AIDS Program Development Project and Additional Financing</p>	<p>* To assist Nigeria to reduce the spread, and mitigate the impact, of HIV infection by strengthening its multi-sectoral response to the epidemic through the implementation of a comprehensive program that includes the creation of an enabling environment for a large scale response, and laying the foundation for scaling up HIV/AIDS prevention, care and treatment services at the Federal, State and Local Levels. Approved: 07/06/01 Closing: 06/30/09.</p>		<p>Covers 18 States: Akwa Ibom, Benue, Ebonyi, Kaduna, Lagos, Taraba, Adamawa, Cross River, Imo, Plateau, Nasarawa, Anambra, Borno, Edo FCT, Oyo, Katsina, Sokoto Zamfara, Kebbi, Kogi, Kwara, Ogun Ondo, Osun, Ekiti, Baylesa, Delta, Abia Enugu, Bauchi, Gombe,</p>	<p>\$112,582,570 \$50 million Additional Financing</p>
<p>Avian Influenza Control And Human Pandemic Preparedness And Response Project</p>	<p>Managed by World Bank Agriculture Team – involves both human and animal health aspects</p>		<p>Covers all 36 States</p>	<p>\$ 50 million</p>
<p>World Bank Analytical Work</p>				
<p>Primary Health Care Study (FY08)</p>			<p>Bauchi, Cross River, Kaduna, Lagos</p>	
<p>MCH and Nutrition (FY09)</p>			<p>Examples drawn from entire country</p>	
<p>HRMD Study (FY 09-10) through MacArthur Foundation support</p>				
<p>World Health Organisation in Nigeria</p>				
<p>Communicable Disease Prevention and Control</p>	<p>Support to reduce the health, social and economic burden of communicable diseases, (2008 and 2009)</p>	<p>FMOH/NPHCDA/SMOH/LGA s/EU/CDC/WB</p>	<p>National</p>	<p>\$59,480,000</p>
<p>HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis Control</p>	<p>Support to Combat HIV/AIDS, tuberculosis and malaria (2008 and 2009)</p>	<p>FMOH/NPHCDA/NACA/SMO H/LGAs/GFTAM/USG/PEPFAR</p>	<p>National</p>	<p>\$23,887,000</p>
<p>Non Communicable Disease Control</p>	<p>Support to prevent and reduce diseases, disability, and premature death from non communicable conditions, mental disorders,</p>	<p>FMOH/NPHCDA/SMOH/LGA s/</p>	<p>National</p>	<p>\$1,246,000</p>

	violence and injuries and disabilities (2008 and 2009)				
Child, Adolescent Health and Reproductive Health Programme	Support to reduce morbidity and mortality and improve health during key stages of life, including pregnancy, childbirth, the neonatal period, childhood and adolescence, and improve sexual and reproductive health and promote active and healthy aging for all individuals. (2008 and 2009)	FMOH/NPHCDA/SMOH/LGA s/NMCH Partnership	National		\$7,927,000
Emergency Preparedness and Response	Support to reduce the health consequences of emergencies, disaster, crisis, and conflicts and minimise their social and economic impact. (2008 and 2009)	FMOH/NPHCDA/SMOH/LGA s/	National		\$7,815,000
Health Promotion	Support to promote health and development, prevent and reduce risk factors for health conditions associated with use of tobacco, alcohol, drugs and other psychoactive substances. (2008 and 2009)	FMOH/NPHCDA/SMOH/LGA s/	National		\$1,376,000
Sustainable Development	Support to address the underlying social and economic determinants of health through policies and programmes that enhance health equity and integrate pro-poor, gender responsiveness and human right based approach. (2008 and 2009)	FMOH/NPHCDA/SMOH/LGA s/	National		\$376,000
Health and Environment	Support to promote a healthier environment, intensify primary prevention and influence public policies in all sectors so as to address root causes of environmental threats to health. (2008 and 2009)	FMOH/NPHCDA/SMOH/MoE /LGAs/	National		\$1,066,000
Nutrition and Food Safety	Support to improve nutrition, food safety and food security throughout the life course and in support of public health and sustainable development. (2008 and 2009)	FMOH/NPHCDA/NPC/SMOH /LGAs/	National		\$2,664,000
Health Systems Strengthening	Support to improve health services through better governance, financing, staffing, and management informed by reliable and	FMOH/NPHCDA/SMOH/LGA s/DFID/WB/AfDB/GAVI	National		\$12,601,000

	accessible evidence and research. (2008 and 2009)				
Essential Medicines	Support to improve access, quality and use of medical products and technologies. (2008 and 2009)	FMOH/NPHCDA/NAFDAC/S MOH/LGAs/DFID	National		\$1,802,000
GLOBAL FUND FOR HIV TB AND MALARIA					
HIV		PRs Round 1: NACA, Yakubu Gowan Centre Round 5: NACA, Society for Family Health, and Association for Reproductive and Family Health (ARFH)			\$60,000,000 (Phase 1)
TB		PRs Round 5: Church Health Association of Nigeria			\$25,570,061 (Phase 1)
Malaria		PRs: Round 2: Yakubu Gowan Centre Round 4: Yakubu Gowan Centre and Society for Family Health			\$40,700,000 (Phase 1)

出所： Health paper from donors to health minister