ナイジェリア連邦共和国
ラゴス州における貧困層のための
地域保健サービス強化プロジェクト
詳細計画策定調査報告書

平成26年10月
（2014 年）

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人 間
ＪＲ
14-097

ナイジェリア連邦共和国
ラゴス州における貧困層のための
地域保健サービス強化プロジェクト
詳細計画策定調査報告書

平成26年10月

（2014 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では、脆弱な保健システムにより国民の多くが質の高い保健サービス（特にプライマリー・ヘルス・ケアサービス）を享受できず、高い妊産婦死亡率（630 対出生 10 万人）や 5 歳未満児死亡率（143 対出生 1,000 人）[1]を記録しています。特にナイジェリア連邦共和国最大規模の人口を有するラゴス州では、経済発展が進み、他国・地域から多くの人口が流入しています。人口流入による都市部のスラム形成に伴い、マラリアや感染症が蔓延し、保健状況が悪化しています。

このような背景のもと、ナイジェリア連邦共和国・ラゴス州政府は、スラム住民による公的保健サービスへのアクセス拡大及び地域保健システムの構築・強化を目的とした技術協力を日本国政府へ要請しました。

今般、JICA はナイジェリア連邦共和国・ラゴス州政府からの協力要請の背景、内容を確認し、先方政府関係機関との協議を経て、協力計画を策定することを目的として、2013 年 11 月から 12 月に詳細計画策定調査を実施しました。その後、2014 年 2 月 21 日に先方政府関係者と討議議事録を取り交わし、2014 年 5 月より協力を開始いたしました。

本報告書は、上記調査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 26 年 10 月

独立行政法人国際協力機構
人間開発部部長　戸田　隆夫

[1] WHO Nigeria Health Profile, 2011

目　　次

序　文
目　次
ラゴス州地図
写　真
略語表
事業事前評価表

第１章　詳細策定計画調査の概要…… 1
　１－１　背景・目的 …… 1
　１－２　調査団構成 …… 1
　１－３　日程 …… 2
　１－４　主要面談者 …… 2
　１－５　調査結果 …… 3

第２章　プロジェクト実施の背景と課題の現状…… 5
　２－１　ナイジェリアの概要 …… 5
　２－２　ナイジェリアにおける保健医療分野の現状と課題…… 6
　　２－２－１　ナイジェリアの保健医療分野の現状…… 6
　　２－２－２　ナイジェリアにおける保健医療分野の課題…… 9
　２－３　ラゴス州における保健医療分野の現状と課題……13
　　２－３－１　ラゴス州における保健医療分野の現状……13
　　２－３－２　現地踏査結果 ……18
　　２－３－３　ラゴス州における保健医療分野の課題……22
　２－４　日本の支援実績 ……24
　２－５　開発パートナーの動向……25

第３章　プロジェクトの評価 ……29
　３－１　妥当性 ……29
　３－２　有効性 ……30
　３－３　効率性 ……30
　３－４　インパクト ……31
　３－５　持続性 ……31

第４章　提言 ……33

付属資料
　１．詳細計画策定調査日程 ……37

２．詳細計画策定調査協議議事録（M/M)、プロジェクト・デザイン・マトリックス
（PDM)、活動計画（PO）……38

ラゴス州地図[2]

[2] Apapa-Iganum LCDA は Apapa LGA の一部である。

写　　真

ラゴス州中心部の様子

ラゴス州スラムの様子

Apapa-Iganmu LCDA 関係者

地域保健医療従事者と患者

ラゴス州保健技術大学での講義

現地住民との対話

略　語　表

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
ANC	Ante Natal Care	産前ケア
ARI	Acute Respiratory Infection	急性呼吸器系疾患
BCG	Bacilli Calmette Guerim	結核弱毒菌
CHEW	Community Health Extension Worker	地域保健普及員
CHO	Community Health Officer	地域保健師
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発機構
DfID	Department for International Development	英国国際開発庁
DOTS	Directory Observed Therapy short-course	直接監視下短期治療
DPT	Diphtheria, Peruses and Tetanus	三種混合ワクチン（ジフテリア、百日咳、破傷風）
EHO	Environmental Health Officer	環境保健師
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大プログラム
FP	Family Planning	家族計画
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GNI	Gross National Income	国民総所得
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウィルス
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム
HV	Health Volunteer	保健ボランティア
IEC	Information, Education and Communication	情報、教育及びコミュニケーション
IMNCH	Integrated Maternal , Newborn and Child Health	包括的母子・新生児保健
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
LCDA	Local Council Development Area	地方自治開発区
LGA	Local Government Area	地方行政区
MCH	Maternity and Child Health	母子保健
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey	マルチ指標クラスター調査
MMR	Maternity Mortality Rate	妊産婦死亡率
NDHS	National Demographic and Health Survey	国家人口保健調査
NGO	Non-Government Organization	非政府組織
NPHCDA	National Primary Health Care Development Agency	国家プライマリー・ヘルス・ケア開発庁
NSHDP	National Strategic Health Development Plan	国家戦略的保健開発計画

ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
ORT	Oral Dehydration Therapy	経口補液療法
PHC	Primary Health Care	プライマリー・ヘルス・ケア
PNC	Post Natal Care	産後検診
RH	Reproductive Health	リプロダクティブ・ヘルス
SDC	Swiss Agency for Development and Cooperation	スイス開発協力機構
STIs	Sexually Transmitted Infections	性交渉感染症
UNDP	United Nations Development Programme	国際連合開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children’s Fund	国連児童基金
USAID	United State Agency for International Development	米国国際開発庁
WB	World Bank	世界銀行
WHC	Ward Health Committee	郡保健委員会
WHO	World Health Organization	世界保健機関

事業事前評価表

1. 案件名
国　名：ナイジェリア連邦共和国 案件名：プラリマリー・ヘルス・ケア強化プロジェクト[3] Strengthening Primary Health Care Project
2. 事業の背景と必要性
(1) 当該国における保健セクター/ラゴス州の現状と課題 ナイジェリア連邦共和国（以下、「ナイジェリア」と記す）では、母子の健康状態を示す指標である乳児死亡率が 89.9（対出生千）、妊産婦死亡率も 630（対出生 10 万）とアフリカ地域の平均より高く[4]、関連のミレニアム開発目標 4（乳幼児死亡率の削減）及び 5（妊産婦の健康状態の改善）の目標値[5]の達成も困難であることが見込まれている[6]。 今次プロジェクト対象地域であるラゴス州は、ナイジェリア最大規模の港湾を擁し同国の外貨獲得の約 9 割を担うなど、その経済発展を大きく支えている。市部には州人口の 9 割以上（1,880 万人に該当）が集中し、更なる人口流入が進んでいる。特に貧困地域においてはマラリア、腸チフス、感染症、下痢症などが蔓延しているが、人口急増のため公的保健サービスの提供が追いつかず、母子の死亡率も他の地域より高い傾向にある[7]。 このような背景のもと、独立行政法人国際協力機構（Japan International Cooperation Agency：JICA）は 2010 年 2 月から 2014 年 1 月まで 4 年間、ラゴス州都市部の一次保健センター（以下、「PHC 施設」と記す）において、質の高い母子保健サービスの提供を可能にするために、「ラゴス州母子健康強化プロジェクト」を実施した。同プロジェクトでは、人材育成環境（カリキュラムやマニュアル及び教材の作成、研修指導者の養成など）の整備、看護師や助産師等の医療技術（産前･産後検診や分娩に関する知識と技術）の向上等が実施され、例えば、対象 PHC 施設に勤務する 75 名の看護師や助産師に対して産前検診に係る能力強化研修を行った結果、研修後の知識テストの結果が研修前に比べて平均約 2 倍に向上するなど、15 の PHC 施設等での母子保健サービスの質の向上につながる能力強化に貢献した。 一方、こうしたサービスの質の一定の向上は実現したものの、特にスラムのような貧困地域においては、サービス利用時に PHC 施設スタッフや他の患者から受ける差別への抵抗感、西洋医学に対する不信感等の社会的理由や、医療施設へ行くための交通費及び治療薬代の負担等の経済的理由等により、PHC 施設のサービスを利用しない住民が多い。 以上の理由から、都市部貧困地域の住民の健康改善のためには、従来の PHC 施設におけるサービスの質の向上支援に加え、住民のサービス利用を妨げる社会的・経済的要因に対処するための方策を検討・実行することが不可欠となっている。このうち経済的要因については、現在、他開発援助機関の支援による社会的弱者向けの公的保険制度（Community-based Health Insurance Scheme）の拡充などの方策が検討されているが、社会的要因については、いまだ十分な対策が講じられていないのが現状である。具体的には、

[3] 2014 年 9 月 16 日付で、案件名称を「ラゴス州における貧困層のための地域保健サービス強化プロジェクト」に変更。
[4] Country Strategy Paper 2013-2017, Federal Republic of Nigeria, 2013
[5] 2015 年までに乳児死亡率が 30.3（対千）、妊産婦死亡率が 250（対 10 万）まで減少する。
[6] Nigeria： Millennium Development Goals, UNDP, 2010
[7] Lagos State Health Development Plan 2010-2015, FMOH, 2010

スラム地域の貧困層が上述の差別への恐怖心や西洋医学に対する不信感等に起因する公的保健サービスに対する抵抗意識を克服するためには、実際に彼らがサービスに接し、サービスの有効性・安全性に対する認知を高める機会を継続的に創出していくことが重要である。貧困層が自分の住む地域に対する帰属意識を強く有していることにかんがみれば、そのための方策として、自宅、学校、教会など、保健医療施設の外の貧困層のコミュニティまで保健人材が赴き、そこで予防啓発や簡易な治療行為等の母子保健サービスを提供する仕組み（アウトリーチサービス）を導入することが有益であり、ラゴス州政府は、地域保健師（Community Health Officer：CHO）や地域保健普及員（Community Health Extension Worker：CHEW）など、既存の地域保健人材を活用することにより、これを実現したいとの考えを有している。しかし、これら人材が保健医療施設外で担うべき具体的なサービスの内容・提供方法や保健医療施設内でのサービスとの機能分担、関連行政機関が担うべき役割など、アウトリーチサービスを地域保健システムの一部として導入したうえでシステム全体を持続的に運用するために必要な制度設計や人材育成計画の策定がいまだなされていない。

(2) 当該国における保健セクター/ラゴス州の開発政策と本事業の位置づけ

ナイジェリアは、2010年に国家戦略的保健開発計画（National Strategic Health Development Plan 2010-2015：NSHDP）を策定し、ナイジェリアにおける保健衛生状況の改善を測る全体指標項目として9項目を設定し、そのうち7項目（平均寿命、5歳未満児死亡率、新生児死亡率、はしかに対する予防接種率、低体重児の割合、蚊帳下で就寝する子供の割合、妊産婦死亡率）が母子の健康に関連していることから、母子の健康を最重要視していると判断できる。

上記のNSHDPに沿って、ラゴス州保健省は「Lagos State Strategic Health Development Plan 2010-2015：LSSHDP」を作成し、NSHDPと8つの類似重要戦略を掲げているが、さらに、独自の重点分野として、インフラ整備、プライマリー・ヘルス・ケア（Primary Health Care：PHC）の再活性化、住民の健康増進を掲げており、これに基づき、CHOやCHEWを通じたアウトリーチサービス活動の強化を企図している。そのため、地域保健人材（CHO、CHEW等）や行政官の能力強化を通じて、地域保健サービスのモデル構築と強化を行う本プロジェクトとラゴス州の開発政策は合致している。

(3) 保健セクター/ラゴス州に対するわが国及びJICAの援助方針と実績

わが国は、対ナイジェリア国別援助方針において「都市部を中心とした社会開発の推進」を重点分野（中目標）とし、持続的成長を社会開発に結びつけるための協力を通じ、同国の持続的経済・社会発展を支援するとしている。対象貧困層が必要最小限な保健サービスを公平かつ容易にアクセスできるように支援する本プロジェクトは、「都市における生活環境改善プログラム」のもとに位置付けられ、わが国のナイジェリアに対する援助方針とも合致している。

これまでのナイジェリアへの協力実績として、ラゴス州環境衛生・マラリア・コントロール（LESMAC）（2004～2007）、ラゴス保健計画アドバイザー専門家派遣（2005～2008）、アジア・アフリカ知識共創プログラム「きれいな病院」（2007～2008）、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）、小児感染症予防計画（ユニセフ連携）（2000～2012）などがある。

(4) 他の援助機関の対応

ナイジェリアの保健分野、特に母子保健及び PHC を支援している主な開発パートナーは、国際連合児童基金（United Nations Children's Fund：UNICEF）、世界銀行や英国国際開発庁（Department for International Development：DfID）などである。特に、UNICEF は、5 歳未満児の健康促進を目的とした予防接種、マラリア対策、エイズ母子感染の防止、妊産婦の健康改善において介入しており、JICA とは開発パートナー会合等を通じてそれぞれの計画や活動の情報共有、調整を行っている。

3. 事業概要

(1) 事業目的（協力プログラムにおける位置づけを含む）

本事業はラゴス州都市貧困地域において、住民の公的保健サービスの利用を妨げる諸要因のうち特に社会的要因を取り除くことに焦点を置き、保健サービスを提供する地域保健人材（CHO や CHEW 等）や彼らを管轄する行政機関担当官の能力強化や対象保健医療施設のマネジメント能力強化を行うことにより、貧困層のための地域保健サービスのモデルの策定とこれに基づく保健システムの構築・強化を図り、もって貧困層の保健サービスへのアクセス向上ひいては母子保健指標の改善に寄与するものである。

(2) プロジェクトサイト/対象地域名

ラゴス州 Apapa Iganmu 地方自治開発区

(3) 本事業の受益者（ターゲットグループ）

直接受益者：Apapa Iganmu 地方自治開発区管轄の 5 保健施設（PHC 施設、ヘルスポスト）に勤務する地域保健従事者や州保健省及び Apapa Iganmu 地方自治開発区保健行政関係者

Apapa Iganmu 地方自治開発区の地域住民およそ 25 万人[8]

最終受益者：ラゴス州住民（約 2,100 万人[9]）

(4) 事業スケジュール（協力期間）

2014 年 4 月～2018 年 3 月を予定（計 48 カ月）

(5) 総事業費（日本側）

約 3.8 億円

(6) 相手国側実施機関

ラゴス州保健省プライマリー・ヘルス・ケア庁（以下、「PHC 庁」と記す）

[8] Apapa-Iganmu LCDA の Medical Officer of Health からの聞き取り調査による
[9] Lagos State Government Digest of Statistics 2011, Ministry of Economic Planning and Budget, 2011

(7) 投入（インプット）

1) 日本側

① 長期専門家：

・チーフアドバイザー（48MM）

・業務調整/実証研究（48MM）

・地域保健（42MM）

② 短期専門家（必要に応じて）

・健康促進

・モニタリング及び評価/実証研究

③ 本邦及び第三国研修員

本邦及び第三国研修は両国で協議のうえ、必要に応じて実施される。

④ 現地国内研修

現地国内研修の詳細については両国で協議のうえ、決定される。

⑤ 機材供与（プロジェクト活動に必要な機材）

プロジェクト活動のための車輛及び資機材等

⑥ 現地活動費

2) ナイジェリア側

① カウンターパートの人材配置

プロジェクトディレクター：州保健省長官及び特別顧問

プロジェクトマネジャー：PHC 庁の次官

② プロジェクト実施に必要な執務室及び施設設備の提供、事務所維持管理費（水道代、電気代等）

③ 研修実施経費の一部

(8) 環境社会配慮・貧困削減・社会開発

1) 環境に対する影響/用地取得・住民移転

① カテゴリ分類：C

② カテゴリ分類の根拠：本プロジェクトによる環境への影響などはない。

2) ジェンダー平等推進・平和構築・貧困削減

都市貧困地域において地域保健サービスのデリバリーモデルを構築し、貧困層による保健サービスアクセスの向上を目的とする本案件は、ナイジェリアの社会開発を促進し、医療費負担の軽減を通して貧困削減に大きく貢献すると期待される。

3) その他

特になし

(9) 関連する援助活動

1) わが国の援助活動

2. (1)のとおり、2010 年から 4 年間の協力として、「ラゴス州母子健康強化プロジェクト」を実施している。

2) 他ドナー等の援助活動

UNICEF が貧困層に対し、保健、教育、衛生/環境や社会保護（特に子どもの保護）など多岐にわたる支援活動（Ajeromi-Ifelodun 地方行政区の Ajegunle 郡）を 2014 年 1 月から開始する予定。今後、同活動に関する情報共有や意見交換を目的とした情報共有の場を設立し、本プロジェクトにおける協力の可能性を関係者間にて模索する。

4. 協力の枠組み

(1) 協力の概要

1) 上位目標

対象地域の貧困層の住民が公平かつ容易に必要な保健サービスにアクセスできるようになる。

2) プロジェクト目標

標準化されたモデルに基づき、貧困層のための地域保健サービスのシステム[10]が構築・維持[11]される。

指標：

1. 対象地域において、ミニマムパッケージ[12]、標準作業手順書及び実施ガイドラインが対象地域の地域保健医療従事者及び行政機関担当者によって活用される。
2. 対象地域の PHC 施設やヘルスポストにおける外来患者数がプロジェクト開始時より増加する。（プロジェクト開始後 1 年以内に具体的な目標値を設定する）

3) 成果

成果 1：ラゴス州保健省により、地域保健サービス（母子保健を中心とした予防啓発・診療を含む保健サービス）のモデルとなるミニマムパッケージ、標準作業手順書、実施ガイドライン、その他マネジメントツールが策定され、運用される。

成果 2：プロジェクト対象地域支援にかかる、ラゴス州 PHC 庁、郡保健局（PHC Department）、地方行政区保健機関（Local Government Health Authority）、郡保健委員会（Ward Health Committee：WHC）の行政能力が強化される。

成果 3：CHO、CHEW 及びその他の医療従事者の業務改善[13]を通し、一次レベル保健施設の機能[14]が強化される。

成果 4：PHC 施設とヘルスポストによる地域保健アウトリーチサービスの機能、特に健康促進活動が標準化されたプロトコールによって強化される。

成果 5：貧困層のための地域保健サービスシステムモデルの拡大戦略が実証研究の成果

[10] コミュニティで実施される保健サービス（軽度の治療や疾病の予防対策）の拡充や保健医療施設へのリファラル構築・強化を通じて、地域における保健サービス提供を目的とする保健システム
[11] 構築された保健サービスが持続的に運用されている状態
[12] 保健サービス提供に必要な必須医薬品及び関連資機材のリスト
[13] 能力強化研修や業務のモニタリング強化を通じた業務改善
[14] 保健サービスの提供及び保健医療施設としての運営に必要な能力

に基づき構築される。
5. 前提条件・外部要件（リスク・コントロール）
(1) 事業実施のための前提条件 ・対象地域における治安対策がラゴス州政府により実施されている。 (2) 外部条件 ・他の開発パートナーとの協調が維持される。 ・PHC 庁やその他の重要関連機関の機能が維持される。 ・プロジェクト実施期間中、政治情勢が安定している。 ・必須医薬品や医療機材が対象地域の保健施設に定期的に供給される。 ・対象地域の保健施設の機能が維持される。 ・国（NSHDP）及び州（LSSHDP）等の保健開発政策が整合性を持って維持されている。
6. 評価結果
本事業はナイジェリアの開発計画、開発ニーズ、日本の援助政策と十分に合致しており、また計画の適切性が認められることから、実施の意義は高い。
7. 過去の類似案件の教訓と本事業への活用
(1) 類似案件の評価結果 ナイジェリア「ラゴス州母子健康強化プロジェクト」（2010～2014）の評価結果では、対象 PHC 施設において十分な人員配置が施されなかった結果、プロジェクト活動の進捗、並びに成果や目標の達成の阻害要因となった。よって、プロジェクト計画策定時に相手国関係者との協議を通じて、必要な人員配置を要請するべき、との教訓が得られた。 (2) 本事業への教訓（活用） 上記教訓を踏まえて、本事業においては、適切なプロジェクト活動を行えるように、詳細策定計画調査において、対象 PHC 施設における必要な人員配置を要請し、5. (1)のとおり、本事業実施のための前提条件とした。
8. 今後の評価計画
(1) 今後の評価に用いる主な指標 4. (1)のとおり。 (2) 今後の評価計画 事業開始 6 カ月以内：ベースライン調査 事業終了 3 年後：事後評価

第１章　詳細策定計画調査の概要

１－１　背景・目的

ナイジェリア連邦共和国（以下、「ナイジェリア」と記す）では国家経済活性戦略のなかでも母子の健康問題が最重要課題として位置付けられている。なかでもミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）の 4 及び 5（子供と妊産婦の死亡率の低下）の達成に力を入れているが、5 歳児未満の死亡率は 143/対千、妊産婦死亡率は 630/対 10 万と、目標達成にはいまだ長い道のりである。

これまで JICA は実施中の技術協力「ラゴス州母子健康強化プロジェクト」において、主に住民によるプライマリー・ヘルス・センター（PHC）へのアクセスを向上すべく、医療従事者による検診や分娩知識・技術の能力強化、病院マネジメント改善のための 5S 活動、父親学級等の住民への啓発活動、そして地方行政官のモニタリング・指導能力を向上させるための取り組みを行い、一定の成果を上げてきた。

一方、ラゴス州政府は今日まで様々な母子保健にかかわる政策を実施してきているものの、貧困層における母子保健サービスの提供は限定的であり、ラゴス州の保健指標改善のためには都市貧困層への対策が無視できない状況となっている。

このような状況のもと、ラゴス州政府では、コミュニティレベルにおける母子保健を含む PHC 再活性化政策が掲げられ、24 時間対応の開設及び施設分娩の強化、医師や助産師、看護師、地域保健普及員（CHEW）のさらなる確保などを行う予定である。また、コミュニティレベルにおける PHC を強化するためには、スラムを含む都市貧困地域へのアウトリーチ活動や効果的なコミュニティ活動のための医療従事者やボランティアの研修など、包括的な取り組みが重要となる。本プロジェクトはこれらを支援すべく、先方政府よりわが国に要請されたものである。

今回の詳細策定計画調査は、上記背景を踏まえ、以下を目的として実施する。

① ナイジェリア、特にラゴス州のプライマリー・ヘルス・ケアサービスに係る問題点及び実施体制の確認・分析
② ナイジェリア連邦保健省、州保健省、地方行政区のプライマリー・ヘルス・ケアに関する政策、他の開発パートナー当関係機関の動向を調査し、本プロジェクトで取り組むべき活動の優先順位を明確化する。
③ 上記調査結果のほか、選考案件の成果及び課題点を抽出したうえで、活動の焦点を絞り込む。
④ 上述関係者との協議に基づき、協力内容・スケジュールの詳細検討及び PDM（案）等を作成し、協力内容に係る関係者間の合意形成を行い、協議議事録を作成し、ラゴス州保健省と合意する。
⑤ 上記を取りまとめ、事前評価表案を作成する。

１－２　調査団構成

担当分野	氏　名	所　　属
団長/総括	杉下　智彦	JICA 人間開発部国際協力専門員
計画管理	蓮見　尚洋	JICA 人間開発部保健第一グループ保健第二課職員

評価分析	渡慶次　重美	（有）国際環境科学研究所取締役社長

※なお、一部日程に JICA ナイジェリア事務所関所長及び三上企画調査員が同行。

１－３　日程

2013 年 11 月 28 日～2013 年 12 月 21 日

（詳細日程は、付属資料 1 参照）

１－４　主要面談者

氏　名	役　　職
ラゴス州保健省	
・Dr. Jide Idris	Honorable Commissioner for Health
・Dr. Yewande Adeshina	Special Adviser on Public Health, LSMOH
・Dr. Olufemi Olugbile	Permanent Secretary, LSMOH
・Dr. Monsurat Adeleke	Assistant Director of Family Health and Nutrition, LSMOH
・Mr. Yemi Ade-Ojo	Principle Special Assistant on Quality Assurance in PHC system
・Dr. Veronica Iwayemi	Health Liaison Officer, Special Adviser's Office, LSMOH
ラゴス州プライマリー・ヘルス・ケア庁	
・Dr. Oguntimehin Olukayode	Permanent Secretary, LSPHCB
・Dr. K. Babs Sagoe	Chairman, LSPHCB
・Dr. Faosat Sanni	Assistant Director, LSPHCB
・Mr. Biodun Andoyi	Assistant Director of Community Health Services, LSPHCB
・Ms. Cltrlstana Omutade Sinekek	Chief Community Health Officer
・Ms. Akintewe Taiwo Funmleyo	Chief Nursing Officer
・Dr. Yemi Sofola	Board member, LSPHCB
・Mr. Osifeko George O	Board member, LSPHCB
・Ms. Bilikis Bakare	Board member, LSPHCB
・Ms. Fatinikun O. J.	Board member, LSPHCB
ラゴス州経済計画予算省	
・Mr. M.O. Hassan	Deputy Director of Planning, MEPB
ラゴス州地方行政オフィス	
・Dr. Tanimowo Shola	Medical Officer of Health, Apapa Ward
・Ms. Finnih Ohunwwatiotin	Chief Nursing Officer, Ljora Oloye PHC Center
・Hon. Mushbay Lawel	Supervisor for Health, Apapa Iganmu LCDA
・Dr. B.C. Iliasy	Apapa Iganmu LCDA Health Authority Chairman
・Dr. Ahmad Bello Amina	Medical Officer of Health, Apapa Iganmu LCDA
・Ms. Qnadi Kaosewa	Chief Nursing Officer, Apapa Iganmu LCDA
・Mr. Okeoch Azeez	Community Leader, Apapa Iganmu Ward Health Committee
・Ms. Amudalat Eniafe	Senior Community Health Extension Worker, Apapa Iganmu
・Mr. Alawode I. Kehinde	Community Health Officer, Apapa Iganmu PHC Center

・Ms. Ajayi Olusumi ・Mr. Adebisi Aseniyi	O.I.C, Olongoso PHC Center Lagos State Social Mobilization Commuter
Name	Position
ラゴス州保健技術大学	
・Ms. Alamuty Oluyenisi ・Mr. Bacozon Theophelas	Deputy Provost Lecturer
ラゴス島産科病院	
・ Dr. O.D. Imosemi	Medical Director/CEO, Lagos Island Maternity Hospital
開発パートナー	
・Dr. Omolaso Omosehin ・Ms. Sara Beysolow Nyanti ・Mr. Muhammad O. Okorie ・Dr. Nuneke Clemeaf ・Ms. Lara Adeyemi ・Mr. Yomi Kasali ・Dr. Okunola Olumide	Head, Lagos Liaison Office, UNFPA Assistant Country Representative & Chief, Lagos Field Office UNICEF Social Policy Specialist, UNICEF General Program Officer , WHO Program Officer on immunization , WHO Reverend, Foundation of Truth Assembly Senior Operations Officer, the World Bank Nigeria Office

１－５　調査結果

案件名（和）	プライマリー・ヘルス・ケア強化プロジェクト
案件名（英）	Strengthening Primary Health Care Project
協力期間	4 年間（2014 年 4 月以降開始予定）
事業目的	本プロジェクトは地域保健普及員などの地域保健担当者及び監督官庁の能力強化及び地域保健サービスのアウトリーチのモデル構築などを通じ、貧困層が適切な保健医療サービスを享受できるようになることを目的とする。
ナイジェリア側実施機関	実施機関：ラゴス州プライマリー・ヘルス・ケア委員会 関係省庁：ラゴス州保健省（LMOH）及び連邦保健省（FMOH）
対象地域	ラゴス州
受益者	プロジェクト実施者：Apapa-Iganmu Local Council Development Area 裨益者：上記地方自治開発区（Local Council Development Area：LCDA）所管の 5 保健施設（PHCs/HPs）に勤務する地域保健担当官及び地域住民（約 25 万人）
プロジェクト目標	標準化されたモデルに基づき、貧困層のための地域保健サービスのシステムが構築・維持される。
成果	成果 1： ラゴス州保健省により、地域保健サービスにかかるミニマムパッケージ、標準作業書（SOPs）、実施ガイドライン、その他マネジメントツールが策定され、実施される。 成果 2： プロジェクト対象地域支援のために、PHC Board、PHC Department、Local Government Health Authority、WHC の行政能力が強化される。 成果 3： Community Health Officer、Community Health Extension Worker やその

	他の保健医療従事者の業務改善を通し、一次保健医療施設の機能が強化される。 成果 4： 地域保健アウトリーチサービス及びヘルスポストの業務機能が標準プロトコールにより強化される。 成果 5： 貧困層を対象とした地域保健サービスシステムモデルの拡大戦略を実証研究の成果に基づき構築する。
日本（JICA）側投入	専門家派遣：チーフ・アドバイザー、業務調整員、地域保健、短期専門家 数名 本邦研修 機材供与：プロジェクトで実施する研究活動に必要な機器類・車両等 在外事業強化費：ナイジェリア側負担事項以外のプロジェクト活動実施に必要な運営経費

第２章　プロジェクト実施の背景と課題の現状

２－１　ナイジェリアの概要

ナイジェリアはアフリカの西部に位置し、面積は約 92 万 km^2（日本の約 2.5 倍）、人口が 1 億 6,250 万人〔2011 年、国連人口基金（United Nations Population Fund：UNFPA）〕でアフリカ大陸において最大である。

気候は内陸北部と沿岸南部で分割する熱帯性気候であり、前者は乾燥サバンナ気候であり、後者は熱帯雨林気候（平均気温は 26～28℃）である。

首都はアブジャ（1991 年 12 月ラゴスより遷都）であり、主要民族はハウサ人、ヨルバ人、イボ人など（民族数は 250 以上と推定）である。言語は公用語として英語であるが、多くの民族語が使われている。宗教はイスラム教（北部中心）、キリスト教（南東部中心）、伝統宗教が全域に普及している。

ナイジェリアの主要経済指標は表 2-1 のとおりであり、2011 年には総歳入の 74%、総輸出額の 71%を原油に依存している。オイルブームの後、深刻的な赤字、巨額な累積債務に直面したが、2005 年 10 月のパリクラブ合意により、債務約 300 億ドルのうち 6 割の債務が削減された。原油収入が適切に利用されず、貧困の緩和、インフラの整備が進んでいない状況にある。

原油地帯であるナイジャー・デルタ地域では、武装組織による石油関連施設の破壊、外国人労働者の誘拐等が頻発しており、これらの問題への迅速な対応を迫られている。

表２－１　ナイジェリアの主要経済指標

主要経済指標	年度	指標
主要産業	－	原油、天然ガス、農業等
GNI	2011	2,145 億ドル（世界銀行）
1 人当たり GNI	2011	1,200 ドル（世界銀行）
経済成長率	2011	6.7%（EIU）
物価上昇率	2011	12.2%（EIU）
総貿易額	2011	輸出：1,237 億ドル/輸入：652 億ドル（JETRO）
貿易品目	2011	輸出：原油、天然ガス、鉱物性生産品
	2011	輸入：機械、電気機器、輸送機器
貿易相手先	2011	輸出：アメリカ、インド、ブラジル（JETRO）
		輸入：アメリカ、中国、フランス（JETRO）
通貨	－	ナイラ
為替レート	2011	1 ドル＝約 150 ナイラ

GNI：Gross National Income, EIU：Economist Intelligence Unit,

JETRO：Japan External Trade Organization

出所：http：//www.mofa.go.jp/mofaj/area/nigeria/data.html

２－２　ナイジェリアにおける保健医療分野の現状と課題

２－２－１　ナイジェリアの保健医療分野の現状

(1) 保健医療政策

国家開発計画として、2009 年 12 月に採択された「Nigeria Vision 20：2020」（2009-2020）では、同国が 2020 年までに 9,000 億ドルの国内総生産（Gross Domestic Product：GDP）、4,000 ドル（対 1 人）の国民総所得（Gross National Income：GNI）を達成し、世界第 20 位以内の経済大国になることを目標としており、①迅速な経済成長を実現するために人的資源及び自然資源を最大限に有効活用すること、②経済成長をすべての国民のための公平な社会開発に転換することを目的としている。

上記の国家開発計画を踏まえて、2010 年に「National Strategic Health Development Plan 2010-2015」（以下、NSHDP）が策定され、8 つー①保健分野でのリーダーシップと統治、②適切な保健サービス供給、③保健人材、④保健財源、⑤国家保健マネジメント情報システム、⑥保健分野でのパートナーシップ、⑦コミュニティ参加とオーナーシップ、⑧保健に関する研究ーの戦略的最重要分野を打ち出している。さらに、2015 年までの NSHDP 指標の目標値を設定している（表 2-2）。

NSHDP の推定コストを 2010 年から 2015 年の 6 年間でおよそ 267 億ドルとし、その内訳は上記の 8 つの戦略的最重要分野のうち、それぞれ②保健サービス供給に 49%、③保健人材に 42%を投入するとしている。

NSHDP において、課題として、①徹底していない政府の効果的な管理役割、②不十分な保健サービスの供給、③不適切でかつ効果的ではない資金調達、④虚弱な保健インフラ、⑤改善の余地の多い保健情報システムなど、を挙げている。

表２－２　2015 年までの NSHDP 指標の目標値

NSHDP 指標	ベースラインデータ 2008	目標値		
		2011	2013	2015
平均寿命（歳）	47	55	63	70
5 歳未満児死亡率（対出生千）	157	130	103	75
新生児死亡率（対出生千）	75	60	45	30
はしかに対する予防接種率（%）	41.4	60	80	95
低体重児（5 歳未満）の割合（%）	27.1	24	20	17.9
蚊帳の元で就寝する 5 歳未満児の割合（%）	5.5	24	42	60
妊産婦死亡率（対出生 10 万）	545	409	273	136
若年者出生率（対出生千）	126	114	102	90
15-24 歳の青少年における HIV 罹患率（%）	4.2	3.2	2.1	1

出典：National Strategic Health Development Plan (NSHDP) 2010-2015, FMOH, 2010

1)　ナイジェリアの母子保健対策

連邦保健省は、子供の死亡の削減と妊産婦の保護のため、2007 年に UNICEF や WHO などの支援を受けて、IMNCH（Integrated Maternal, Newborn and Child Health, 包括的母

子・新生児保健）Strategy（2007～2015）を策定した。同戦略は 7 つの戦略的目標を掲げており、実施時期を 3 つに区分し、現在、フェーズ III（2013～2015）に入っている。さらに、2011 年に同戦略のデータを更新し、目標をさらに明確にするために 2nd version[15]が発表されている。

同戦略の 7 つの戦略的目標は下記のとおりである。

① 質の高い保健サービスへのアクセスの向上
② 適時な医薬品供給の確保
③ 妊産婦と新生児ケアを補佐する家庭力の強化
④ 妊産婦と新生児ケア管理・技能の向上
⑤ 適切な財源の確保
⑥ スーパービジョン、モニタリング及び評価の強化
⑦ パートナーシップの確立と維持

(2) 保健行政

1) 中央の保健行政

ナイジェリアの保健行政の責任所管は連邦保健省（Federal Ministry of Health）であり、保健大臣の下に、8 つの Department から成る（組織図は図 2-1）。さらに、連邦保健省は独立法人（教育病院、専門病院及び連邦医療センター）のほかに、下記のような庁（2 カ所）、機構（1 カ所）、研究所（2 カ所）及びセンター（1 カ所）を管轄している。

・National Primary Health Care Development Agency（NPHCDA）：国家プライマリー・ヘルス・ケア開発庁
・National Health Insurance Scheme（NHIS）：国家医療保険機構
・National Agency for Food and Drug Administration and Control（NAFDAC）：国家食料・医薬品行政監督庁
・National Institute of Medical Research（NIMR）：国家医学研究のための研究所
・Nigerian Institute of Pharmaceutical Research and Development（NIPRD）：ナイジェリア医薬研究・開発のための研究所
・Regional Center for Oral Health Research and Training Initiatives（RCORTI）：口腔医学研究・研修のための総括センター

上記の NPHCDA が国全体のプライマリー・ヘルス・ケア（PHC）に関連する政策及び戦略策定、活動支援全般を実施していたが、2010 年に PHC に関する構造改革が実施され、同機構は政策策定のみに関与し、州レベルでの実際の PHC 活動は州レベルに一任されることになった。そのため、州からの NPHCDA への実施報告の義務もなく、州レベルの予算も直接州政府から送付されることから、計画策定と実施の関係にあっても実質的には何の接点もない。

[15] Saving Newborn Lives in Nigeria; Newborn Health in the Content of the IMNCH Strategy, Revised 2nd Edition

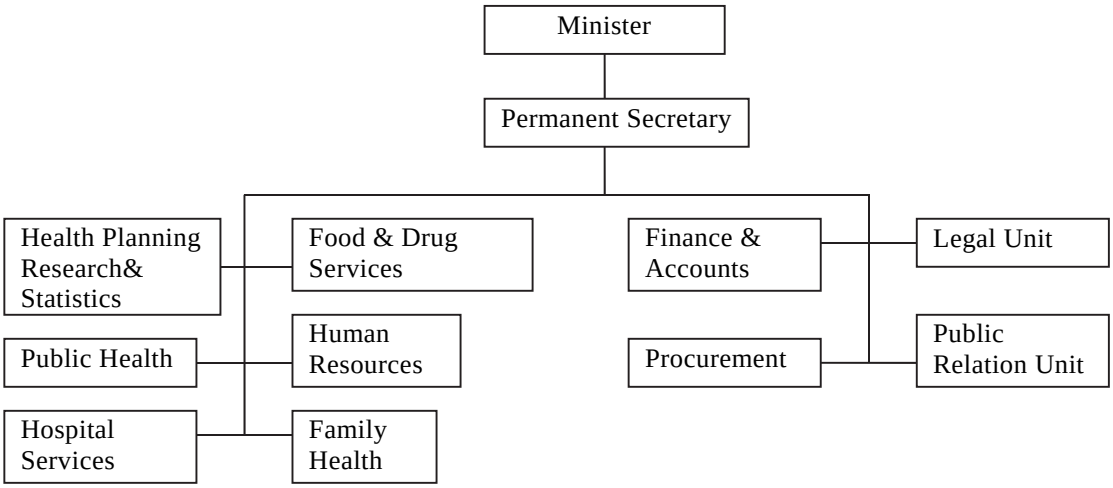


図２－１　連邦保健省の組織図

2)　地方の保健行政

地方保健行政区分は州、地方行政区（Local Government Area：LGA）であり、2013 年現在、首都アブジャと 36 カ所の州、774 カ所の LGA からなる。LGA の最小単位は Ward（郡）であり、9,565 カ所である。さらに、地理上 6 つのゾーン（NC：North Central、NE：North East、NW：North West、SE：South East、SS：South South、SW：South West）に区分している。ラゴス州は South West に分類されている。

(3) 保健支出

1 人当たりの保健支出と政府の占める保健支出の割合について 2001 年から 2010 年までの 10 年間をみると、1999 年から 2005 年にかけて 1 人当たりの保健支出は増える傾向にあるが、過去 10 年間政府の占める保健支出は 20%台の後半に留まっている（表 2-3）。

保健支出に占める個人の支出が大きく、増える傾向にあると言える。2010 年保健支出総額は 99 億 US ドルでかつ 1 人当たり保健支出額は 63US ドル（WHO Global Health Expenditure Atlas）である。さらに、保健支出額の 59%が個人支出となっており、個人の負担が大きい。

表２－３　１人当たりの予算支出と全体の占める保健の割合　　（単位：US ドル）

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1 人当たりの保健支出	19.60	21.26	39.76	44.67	54.61	－				
政府の占める支出の割合	27.22	21.60	18.69	26.40	26.02	26.50	27.00	27.50	28.00	28.50

出典：National Strategic Health Development Plan (NSHDP) 2010-2015, FMOH, 2010

(4) 保健医療システム

1)　保健医療施設

ナイジェリアの保健医療供給システムは、3 段階－PHC レベル、二次レベル、三次レベルーに分かれている。PHC レベルに属する PHC 施設の運営・管理は LGA の PHC 局管轄であり、二次レベルには、州保健省が管轄する総合病院、専門病院が該当する。三

次レベルには、州保健省管轄の教育病院、連邦保健省管轄の教育病院や専門病院がある。

2011 年ナイジェリアの保健医療施設は 34,020 カ所であり、そのうち公共の保健医療施設は 23,450 カ所（68.9%）である（表 2-4）。公共の保健医療施設のうち、8 割以上が PHC 施設で占められている。

表２－４　ナイジェリアの保健医療施設数（2011 年）

	PHC 施設	二次レベル	三次レベル	総計
公共施設	21,808	1,569	73	23,450
民間施設	8,290	2,270	10	10,570
総計	30,098	3,839	83	34,020

出所：「Social Statistics in Nigeria, National Bureau of Statistics,2012」を取りまとめたもの

2)　保健医療人材

2010 年ナイジェリア全体で 39,210 名の医師、124,629 名の看護師、88,796 名の助産師が登録されているが、その分布は都市部と農村部、州レベル、地理上のゾーンで偏っている。

さらに、7 割の医師・看護師が民間病院に勤務し、PHC 施設に駐在している医師・看護師は 1 割程度しかいない。PHC レベルで中心的な役割を担っているのは、看護師、助産師のほかに、CHO、CHEW などである。

年間 2,500 名の医師、5,500 名の看護師、800 名の薬剤師が新たに誕生しているが、より好条件な職を求めて、都市部や民間病院に保健医療人材が集中している。2 つ以上の仕事を持ちつつ、個人的に医薬品を販売し、施設外でサービスを提供し、報酬を得ている現状がある。また、公共の保健施設では、質の低い保健サービス、保健医療人材への研修の不足や監督の不届き、交通手段の欠如などから保健医療従事者の労働意欲を喪失させている。

２－２－２　ナイジェリアにおける保健医療分野の課題

(1) 人口増加と高い貧困度

出生率と人口密度が高く、1 日 1.25 ドル以下で生活する人口の割合が 68%と、アフリカ諸国、他の発展途上国の平均と比較して、高い（表 2-5）。さらに、母子の健康状態を示す指標、新生児死亡率、妊産婦死亡率が高く、母子の健康状態をみても世界の中でも劣悪な環境〔さらに、詳細は下記の(2)に記載〕にあると言える。人口 10 万対医師数が 39.5%、保健に費やす公的支出の割合が 2.1%と低く、より一層の保健施策や改善が求められるところである。

表２－５　基礎・人口・保健・栄養指標

	年度	ナイジェリア	アフリカ	発展途上国	先進諸国
基礎指標					
・都市部人口（%）	2011	50.5	40.4	45.5	75.4
・人口密度（/km^2）	2011	178.4	36.1	59.9	36.5
・1 人当たり GNI	2010	1,180	1,549	3,304	38,657
・人間開発指数（187 カ国中）	2011	158	-	-	-
・1 日 1.25 ドル以下で生活する人口（%）	2010	68.0	40.0	22.4	-
人口指標					
・人口成長率（%）	2011	4.0	2.3	1.3	0.4
・平均寿命（歳）	2011	51.9	57.7	67.0	77.0
・出生率（/出生 1,000）	2011	39.7	34.5	21.1	11.4
・死亡率（/出生 1,000）	2011	14.1	11.1	7.8	10.1
・新生児死亡率（/出生 1,000）	2011	89.9	76.0	44.7	5.4
・小児死亡率（/出生 1,000）	2011	144.9	119.5	67.8	7.8
・出生力（/女性 1 人）	2011	5.5	4.4	2.6	1.7
・妊産婦死亡率（/出生 10 万）	2011	630.0	530.7	230.0	13.7
・女性の避妊具使用率（%）	2011	14.6	28.6	61.2	72.4
保健・栄養指標					
・人口 10 万対医師数	2008	39.5	57.8	112.0	276.2
・人口 10 万対看護師数	2008	160.5	134.7	186.8	708.2
・熟練者による分娩介助の割合（%）	2008	38.9	53.7	65.3	-
・安全な飲料水へのアクセス割合（%）	2010	58.0	65.7	86.3	99.5
・衛生施設の利用割合（%）	2010	31.0	39.8	56.1	99.9
・結核罹患率（/人口 10 万）	2010	133.0	241.9	150.0	14.0
・はしかの予防接種率（%）	2010	71.0	78.5	84.3	93.4
・低体重児の割合（5 歳以下、%）	2008	26.7	30.9	17.9	-
・保健に費やす公的支出の割合（%）	2009	2.1	2.4	2.9	7.4

出典：Country Strategy Paper 2013-2017, Federal Republic of Nigeria, 2013

(2) 劣悪な母子の健康状態

母子の健康状態を示す乳児死亡率、5 歳未満児死亡率、妊産婦死亡率は依然と高く、ナイジェリアは大きな人口であり、かつ死亡率が高いので、実数でみると、アフリカ諸国で最も高い位置にあると言われている。つまり、全世界の妊産婦死亡の 9 人のうち 1 人はナイジェリアの妊産婦ということになる。さらに、死亡している妊産婦の 4 割は事前に回避できる出血（23%）、感染症（17%）で亡くなっている。

2008 年に実施された国家人口保健調査（National Demographic and Health Survey : NDHS）の調査結果[16]からも、妊産婦と子供の置かれている状況に対する課題が示されている。

[16] Nigeria Demographic and Health Survey 2008, National Population Commission etc., 2009（同調査は今回を入れて 4 回実施されており、対象者は 15～49 歳の女性 33,385 人、15～59 歳の男性 15,486 人である）

a.　高い出生力（Fertility）

1991 年の子供の数の 5.9 人に対して、2008 年では 5.7 人にやや減少している。都市部の 4.7 人に対して、農村部では 6.3 人となっている。この数値は女性の学歴や裕福度によって変動し、学歴や裕福度が高いほどこの数値は低くなる傾向にある。さらに、初婚年齢は、全体平均で 18.3 歳だが、都市部で 21.1 歳、農村部で 16.9 歳と開いている。また、一夫多妻の慣習がある地域では、一般的に初婚年齢が低くなる傾向があり、都市部の 13%、農村部の 43%が一夫多妻の慣習が現存している。

b.　高い子供の死亡と低い予防接種率

周産期死亡率（対出生千）、新生児死亡率（対出生千）、5 歳未満児死亡率（対出生千）は、それぞれ 40、75、157 であり、地域差が大きい。

生後 12～23 カ月で奨励されている予防接種〔結核弱毒菌（Bacilli Calmette Guerim：BCG）、三種混合ワクチン（ジフテリア、百日咳、破傷風）Diphtheria, Peruses and Tetanus：DPT）3 回、はしか、ポリオ 3 回〕を受けている小児は 23%であり、BCG のみが 50%、はしかのみが 41%であった。まったく予防接種を受けていない小児が 2003 年では 27%、2008 年では 28%であり、予防接種に関する住民への啓発活動が功をそうしていない。

c.　妊産婦のための保健サービスの低い利用率

妊婦のうち、58%が産前健診を受診し、23%が医師、30%が看護師及び助産師、5%が准看護師のもとでサービスを受けていた（表 2-6）。36%の妊婦はまったく産前健診を受診していないと回答していた。妊婦の 48%が破傷風の予防接種を受けていた。妊婦の 35%は施設分娩（民間病院 15%）、62%が自宅分娩であった。分娩介助した職種は看護師及び助産師が 25%、TBA（Traditional Birth Attendance）が 22%、医師が 9%であった。家族が分娩介助した妊婦は 19%、1 人で出産した妊婦が 19%いた。

産後検診サービスを受けた経産婦は 42%で、そのうち出産 48 時間内でサービスを受けた経産婦は 38%であった。

表２－６　保健サービスの利用状況

産前検診を受けた職種（%）	医師により（23%）	看護師/助産師（30%）		准看護師（5%）	産前健診未受診（36%）
分娩場所（%）	施設分娩（35%）	自宅分娩（62%）			
分娩介助した職種（%）	看護師/助産師（25%）	TBA（22%）	医師（9%）	家族（19%）	1 人で（19%）

出所：NDHS 2008, National Population Commission etc. 2009 National Population Commission etc. 2009

さらに、連邦保健省の報告（表 2-7）によると、小児の死亡の半数が生後 28 日以内に生じており、その原因とみられる早産、仮死、感染症などは、産前健診や予防接種、出産時の適切な対応などで減らせるものである。5 歳未満児の死因の 4 割はマラリア、肺炎、下痢疾患で占めており、改善の余地は多いと言える。

表２－７　ナイジェリアの新生児、乳児及び 5 歳未満児の小児の死亡原因

新生児死亡					乳児及び 5 歳未満児の死亡					
早産	仮死	感染症	先天性	その他	マラリア	肺炎	下痢	AIDS	その他	傷害
39%	23%	21%	9%	7%	22%	10%	9%	3%	13%	1%

出所：「Deducting Health Disparities in Lagos Sate, UNICEF, 2011」のデータの一部を取りまとめたもの

(3) 都市部と農村部地域、地域及び貧困層と富裕層との大きな格差

NDHS2008 の調査結果によると、農村部、North East、North West、貧困層に周産期死亡率、乳児死亡率、5 歳未満児死亡率のいずれも都市部、South East、South South 及び富裕層よりも高い数値となっている（表 2-8）。施設分娩の割合は、North West の 8%、貧困層の 7.3%の数値がかなり低い。North West や貧困層のほぼ半数が予防接種を受けていない状況にある。都市部と農村部地域、地域及び貧困層と富裕層との大きな格差がある。

表２－８　社会・経済的要因別の死亡率と保健サービスの受診状況

社会・経済的要因	周産期死亡率	乳児死亡率	5 歳未満児死亡率	施設分娩の割合	未予防接種率*
居住					
都市部	38	67	121	59.4	17.9
農村部	49	95	191	24.7	33.3
地理上ゾーン					
North Central	41	77	135	41.0	23.4
North East	53	109	222	12.8	33.3
North West	47	91	217	8.4	48.5
South East	51	95	153	73.0	17.2
South South	48	84	138	48.1	10.2
South West	37	59	89	70.0	12.9
裕福度					
貧困層	50	100	219	7.3	46.2
中間層	45	86	165	33.2	28.5
富裕層	39	58	87	79.6	8.8

*：生後 12～23 カ月内で 4 種類の予防接種をまったく受けていない小児の割合

出所：「Nigeria Demographic and Health Survey 2008, National Population Commission, 2009」を取りまとめたもの

(4) 緩慢な MDGs 指標の達成度

MDGs 指標と関連する主な指標を 2008 年と 2011 年とを比較した（表 2-9）ところ、栄養状態とマラリアに関する数値、はしかの予防接種率の数値に改善が見られる。さらに、子供の死亡に関する指標は減少傾向にあるが、2015 年までに MDGs への達成が難しい状況

にある。

表２－９　MDGs 指標と関連する保健関連 MICS の指標と NDHS 結果の比較

分野	指標	2008	2011
子供の死亡*	5 歳未満児死亡率（出生 1,000 対）	186	124
	乳児死亡率（出生 1,000 対）	96	78
	新生児死亡率（出生 1,000 対）	47	39
栄養状態**	中程度以上の stunted 児童の割合（%）	27.1	34.8
予防接種**	はしかの予防接種率（%）	41.4	49.2
マラリア**	ITNs のもとで就寝の 5 歳以下の子供の割合（%）	12.0	16.4
	抗マラリア試薬での治療の割合（%）	33.0	44.6
妊産婦の健康**	最低 4 回の産前健診受診の割合（%）	57.7	66.2
	熟練者による分娩介助の割合（%）	38.9	48.7

ITNs：Insecticide Treated Nets（殺虫剤処理蚊帳）

出所：*：UNICEF 子供白書、**：NDHS 結果（2008）、「MICS Nigeria, 2011; Main Report（2011）」

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分野の現状

(1) ラゴス州保健医療戦略開発計画

NSHDP に沿って、ラゴス州保健省は「Lagos State Strategic Health Development Plan 2010-2015：LSSHDP」を作成し、8 つの重要分野－①保健分野でのリーダーシップと統治、②適切な保健サービス供給、③保健人材、④保健財源、⑤国家保健マネジメント情報システム、⑥保健分野でのパートナーシップ、⑦コミュニティ参加とオーナーシップ、⑧保健に関する研究－を打ち出している。

LSSHDP で NSHDP とほぼ同様な 8 つの重要戦略と掲げているが、独自に重点分野として、①保健インフラの整備、②PHC の再活性化、③保健人材、④保健財源、⑤国家保健マネジメント情報システム、⑥保健分野でのパートナーシップ、⑦コミュニティ参加とオーナーシップ、⑧健康の増進、別に表明している（下線を引いた分野が 8 つの重要戦略と異なっている）。これは、ラゴス州がリーダーシップと統治、全体的な保健サービス供給の充実、研究よりも、ラゴス州の課題－インフラ整備、PHC の活性化、住民の健康増進－に取り組むためだと推測される。

現在、ラゴス州内では 34 のプログラムが動いているが、国際機関や二国間援助機関など何らかの支援が入っている（表 2-10）。

表２－10　ラゴス州にて実施中の保健プログラム

1. Adolescent Sexually and Reproductive Health (Hello Lagos)	18. Prostate Cancer Screening and awareness Program
2. Avian Influenza (Bird Flu) Control Program	19. Malaria Control Program
3. Blindness Prevention Program(BPP)	20. National Program for Immunization

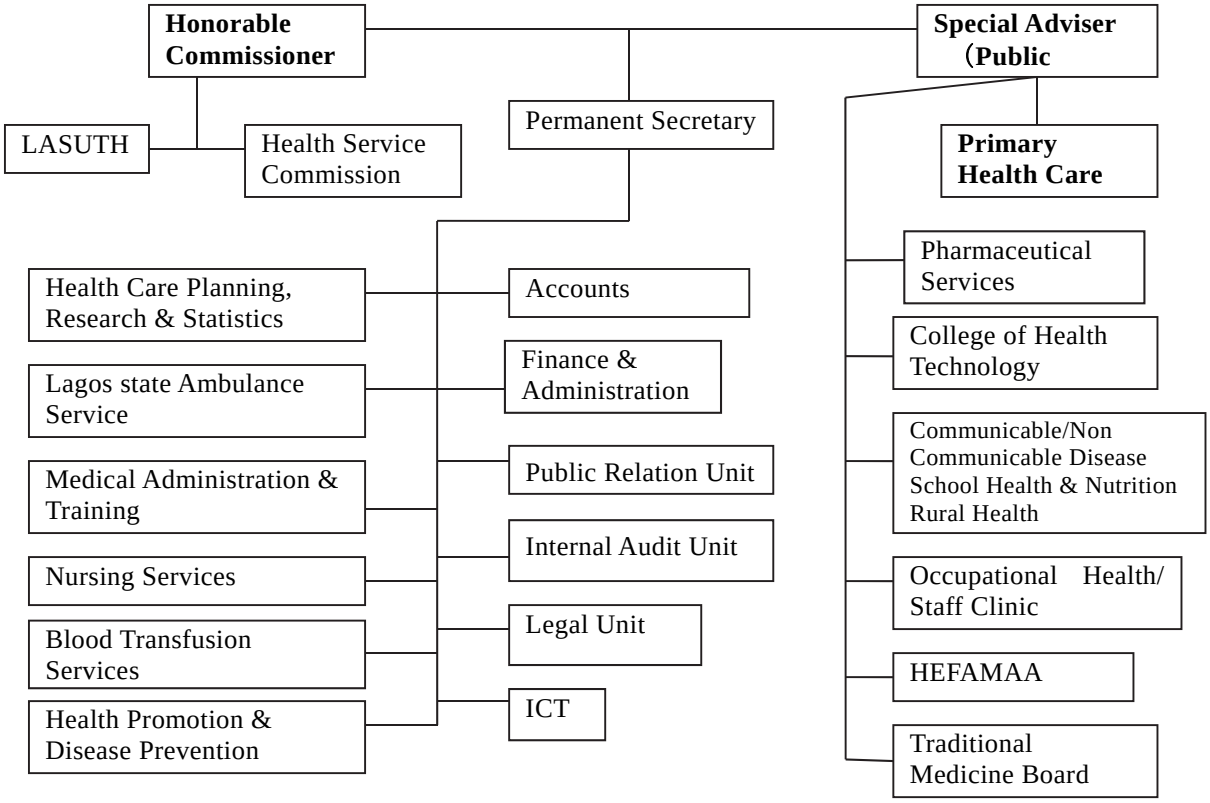
4. Breast Cancer Screening and Awareness Program	21. Nutrition
5. Community-Based Health Insurance Scheme	22. Occupational/Environmental Health
6. Continuing Medical Education	23. Leprosy
7. Drug Abuse Control Strategy	24. Reproductive Health
8. Drug Quality Control Laboratory	25. Rural Health
9. e-Health Project	26. School Health Program
10. Free Cleft Lip and Palate Reconstructive Surgery Program	27. State Environmental Health Monitoring Unit (SEHMU)
11. Free Health Scheme	28. State-Wide Hypertension and Diabetes Screening
12. Free Limb Deformity Corrective Survey and Rehabilitation Program	29. Task Force on Counterfeit, Fake Drugs and Unwholesome Processed Foods
13. Free Medical Missions	30. Rhe Service Charter Initiative
14. HIV Control Program	31. Tuberculosis Control program
15. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)	32. Emergency Medical Services (LASEMS and LASAMBUS)
16. Lagos State Cervical Cancer Awareness and Screening Program	33. Maternnal and Child Mortality Reduction Program
17. Lagos state Mental Health Program	34. The Investment Case (IC) Document

出所：http：//www.lagosstateminisryofhealth.com/programmes

(2) 保健医療行政

保健医療行政の管轄機関はラゴス州保健省（Lagos State Ministry of Health）であり、最高責任者は Honorable Commissioner for Health（保健長官）とほぼ同格の Special Adviser（特別顧問）が着任している。その下に保健次官（Permanent Secretary）がおり、9 局とユニットなどが設置されている（図 2-2）。

2006 年の「Health Sector Reform Law」によって「The Ward Health System」が導入された。さらに、2009 年、上記システムの施行に伴い、州レベルの PHC の策定及び実施を一括に行う PHC 庁（Primary Health Care Board）が設置され、特別顧問の管轄としている。特別顧問の権限は、保健長官と協調しての保健計画策定、製薬サービス（pharmaceutical services）局業務（薬局検査、特許医薬品ライセンス、医薬品管理と医薬品質管理、検査室）と保健技術大学の監督業務、公衆衛生（感染症や非感染性疾患予防、職場環境、職員の健康と安全、健康教育、疾病予防、学校保健、栄養、青少年保健、若者啓発プログラム、地方保健、少数者の健康、保健格差、健康の維持、健康食品など）に関する政策策定と実施、規制と施行、保健長官とともに PHC サービスの質保証とモニタリングなどである。



LASUTH：Lagos State University teaching Hospital, ICT：Information, Communication and Technology
HEFAMAA：State Health Facility Monitoring and Accreditation Agency
出所：「http：//www.lagosstaministryof health.com/about」の内容をとりまとめたもの

図２－２　ラゴス州保健省の組織図

1) PHC 庁の組織と機能

PHC 庁を管轄しているのは特別顧問であり、その下に 9 つの局がある（図 2-3）。PHC 庁の機能は下記の 9 つである。

・地方政府の計画策定者や地域代表者への提言
・警戒に対する一般民衆の意識の向上と健康的なライフスタイルと環境保護のための行動変容の喚起
・地域の対話と完全な住民参加ともにベースラインデータの一般化
・地域によって一般化された行動計画を介してエビデンスをもとに計画の組織化と PHC の実施
・PHC のための適切な人材の確保への人員会計検査
・郡当たり 1 つの PHC 施設の政策の実施と PHC インフラと機材の安全な在庫管理
・PHC の提供者の能力開発ニーズの決定と技術の適切な使用と必須医薬品へのアクセスを手助けするチームの設置
・Ward Development Committees（郡開発委員会）の確立及び強化と政策対話と責任メカニズムにおける市民社会の参加の組織化
・効果的疾病サーベイランス/応答の推進と適切な双方向なリファラルシステムの実施

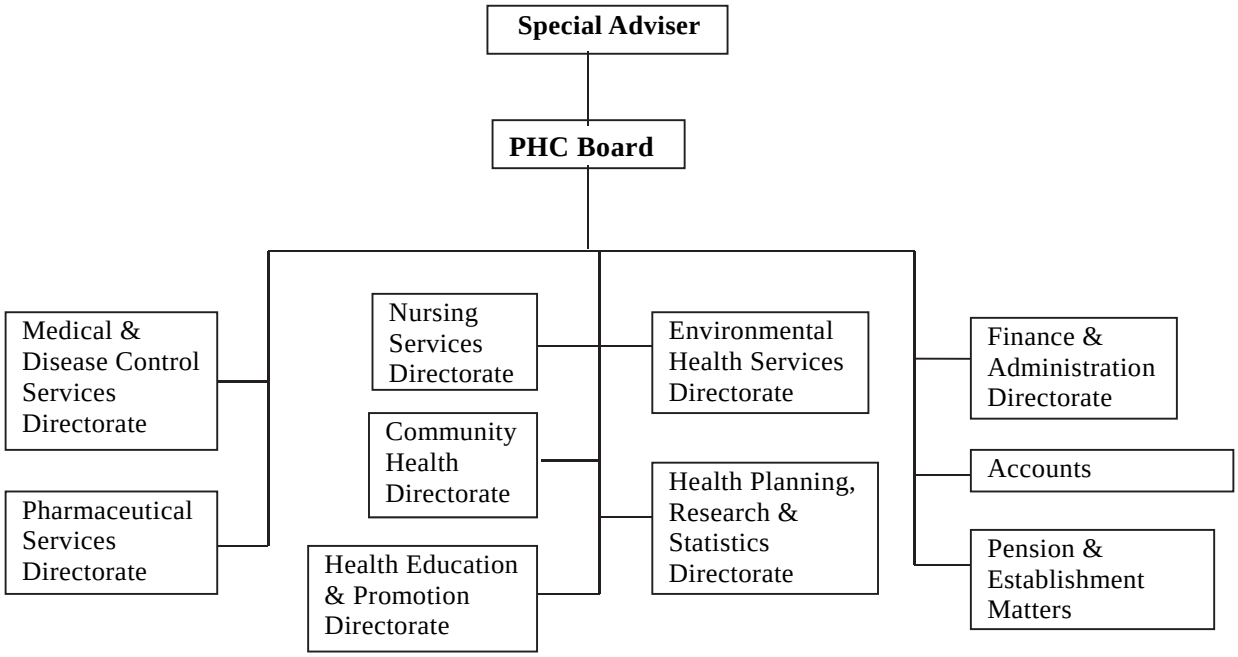


図２－３　PHC 庁の組織図

2)　地方行政区/地方自治開発区

連邦政府の認可済みの地方行政組織として、20 カ所の地方行政区があるが、2005 年にラゴス州がさらに人口増加に対応するために、37 カ所の地方自治開発区を追加したが、連邦政府の認可が下りないため、LCDA とし LGA と区別されている。LGA 別推定人口を表 2-11 に示した。LGA/LCDA の最小単位が Ward（郡）であり、保健セクターを支援する WHC がある。

LCDA には、6 名のメンバー（議長、民間施設の代表、LCDA 内からの女性代表 2 名、州保健省の代表、「Traditional Medicine Board」からの代表）と Medical officer（医務官）を長とする 6 つの課から構成され、実質的な PHC サービスの提供、郡や PHC 施設の監督、州レベルと郡レベルとの調整などを担っている。

WHC には、5 名のメンバー（非常勤の議長、郡から代表 3 名、医療部門の代表）からなり、LGA/LCDA の医務官への支援、保健施設の改善のための提案の作成、人材の研修プログラムの実施支援などを担っている。LCDA や郡のメンバーは LCDA の議長によって推薦され、任命されている。

表２－11　LGA 別の推定人口（2010 年）

LGA 名	人口	LGA 名	人口	LGA 名	人口
1.Agege	1,171,780	8.Eti-Osa	1,115,578	15.Lagos-Mainland	713,992
2.Ajeromi-Ifelodun	1,628,021	9.Ibeju-Lekki	112,906	16.Mushin	1,498,965
3.Alimosho	2,321,893	10.Ifako-Ijaiya	844,268	17.Ojo	1,067,947
4.Amuwo-Odofin	595,462	11.Ikeja	735,828	18.Oshodi-Isolo	1,286,891
5.Apapa	592,528	12.Ikorodu	781,567	19.Somolu	1,162,773

6.Badagry	431,501	13.Kosofe	1,060,110	20.Surulere	1,445,478
7.Epe	367,090	14.Lagos-Island	975,306	ラゴス州全体	19,909,883

出典：First Semi Annual Report , HMIS 2010, LSMH, 2010

(3) 保健予算

経済計画予算省（Ministry of Economic Planning and Budget：MEPB）がウェブサイトで公表している 2013 年のラゴス州の修正予算は、507,105,392,585 ナイラ（33 億 8,067 万 US ドルに相当）であり、そのうち、保健分野には、37,413,496,015 ナイラ（7.30%）が割りあてられている。この数値はナイジェリア全体の保健分野への割当の 4%（World Health Organization Global Health Expenditure Atlas）と比較して良好である。

上記の MEPB は 1999 年に設置され、州政府の年間予算の計画と執行業務、計画のための経済あるいは統計指標の提供、州政策や戦略及びプログラム・プロジェクトのモニターと評価、主要なプロジェクトの検査、州における援助協調、MDGs 進捗に関する報告などを業務としている。

(4) 保健医療サービス供給システム

PHC サービスを地区レベルで担うために、2007 年に「The Ward Minimum Health Care Package」が開始された。同ミニマムパッケージには、6 つー感染症対策、子供のケア、母性と乳児ケア、栄養、非感染性疾患、健康教育とコミュニティ参加ーのコンポーネントを含めている。

1) 保健医療施設

2010 年ラゴス州の保健医療施設は 1,769 カ所であり、そのうち公共の保健医療施設は 244 カ所（13.8%）である（表 2-12）。ラゴス州は PHC 施設のうち、民間施設が 8 割以上占めている。

2011 年の再活性化プログラムの施行で、LGA/LCDA に最低 1 カ所設置する Flagship（旗艦）PHC 施設は、24 時間の包括的プライマリー・ヘルス・ケアサービスを提供し、二次レベルの医療施設の負担を軽減するとしている。今後、事故や緊急の場合を除いて、PHC 施設の推薦状なしでは、二次レベルの医療施設での直接の受診は出来なくなることから、リファラルシステムの機能強化が期待されている。

表２－12　ラゴス州の保健医療施設数（2010 年）

	PHC レベル	二次レベル	三次レベル	総計
公共施設	215	23	6	244
民間施設	1,400	115	3	1,518
総計	1,615	138	9	1,762

出典：First Semi Annual Report, HMIS 2010, LSMH, 2010

2) 保健医療人材

ラゴス州の保健医療人材のうち、9 割以上の医師、薬剤師は二次以上の公共・民間の医療施設に駐在し、PHC レベルの主な保健医療人材は、看護師、助産師、CHO、CHEW などである（表 2-13）。

CHO は、CHEW の監督責任にあり、軽傷患者（熱、下痢など）への処置、患者の緊急度の振り分け、PHC 施設でのデータの取りまとめと分析作業、地域での研修への補助、保健ボランティア（Health Volunteer：HV）、搬送する前の簡易ラボ検査の実施などを職務としている。さらに、CHO は、職位Ⅱ（職位レベル 8）から始まり、6 段階の階級（職位 I、シニア、長、アシスタント、チーフ、副ダイレクター）がある。

CHEW は、患者の PHC 施設への誘動、アウトリーチの実施、医薬品管理のモニター、医師の診察補助、HV の研修の補助、一般外来患者の記録記載などを職務としている。さらに、CHEW は、Grade レベル 7 から始まって、次のステップの 6 段階の階級（シニア長 I、長 II、アシスタントチーフ、チーフ等）があり、細かい職務規定がある。

2009 年に Midwife Services Scheme（MSS）が施行され、高い妊産婦死亡率や乳幼児死亡率に対応するために、就労していない、あるいは退職した助産師や CHEW を再雇用し、PHC 施設に配置する試みが上記死亡率の高い北部の州（地理上 6 つのゾーン区分の North East と North West）において実施されている。その際、CHEW の役割は助産師への技術及び情報支援を担っている。

表２－13　主な保健医療人材の公共及び民間別の人数（2009 年）

職種	公共	民間	合計
医師	1,265	1,342	2,607
薬剤師	209	47	256
看護師・助産師	2,134	3,372	5,506
CHO/CHEW	604	54	658
検査技師	253	216	469
検査助手	23	67	90

出典：Lagos State Strategic Health Development Plan (LSHDP) 2010-2015, FMOH, 2010

２－３－２　現地踏査結果

(1) 保健医療施設の現況

1) PHC 施設の現況

LJORA OLOYE PHC 施設は、現行プロジェクトの支援対象である 15 カ所の PHC 施設の 1 つであり、Flagship PHC 施設としての位置付けにある。

当 PHC 施設の施設や人材の質の充実に伴い、来院する患者が増えた半面、増加する患者数に対応する人員の不足とスペースの手薄という新たな課題に直面している（PHC スタッフの聞き取り、表 2-14）。さらに、当 PHC 施設の出産件数は月平均 7 件ということで、産前ケア（Ante Natal Care：ANC）を受診している妊婦の 1/10 程度の人数であり、少ないと言える。

当施設では 2 週間に 1 度、アウトリーチサービス（予防接種、ANC、家族計画）を提供しているが、回数を増やすには保健人材がさらに必要とするとしている。

3 年間の有期契約で 6 カ月の研修を受けている 7 名の HV が同 PHC センターで勤務しているが、彼らの業務は主として PHC 施設でのデータ整理や患者の記録とりを実施している。フィールドには PHC 施設の職員の同行が必要であり、何らかの医療資格者でないため、独自に活動はしてしない。給料は LGA から平均毎月 4 万ナイラが支給されている。

表２－14　LJORA OLOYE PHC 施設の概要

診療時間	2011 年より 24 時間開院
移動手段	救急車 2 台
管轄人口	93,181 人
職員数	17 名（看護師：6 名、CHW：2 名、HV：7 名、運転手：2 名）
提供している保健サービス	外来サービス、ANC、家族計画（FP）、PNC、予防接種、精神疾患診療、小児の発育及び栄養指導など
入院設備	ベット 7 床のうちも女性用 2 床、男性用 3 床、緊急用 2 床
患者の搬送	月に数件程度
ANC を利用する妊婦数	60～100 件/月
出産件数	7 件/月、緊急搬送先はラゴス島産科病院である
PNC を利用する妊婦数	40～70 件/月
アウトリーチ活動	2 週間に 1 度、ANC、予防接種、FP のみを支援。看護師と CHW の 3 人体制、記録のため HV も同行する
研修受講状況	JICA や UNICEF などの研修を受講した
課題	・患者の増加でスペースが不足している ・スタッフの不足（7 名の看護師）
その他	・当センターは 1981 年の開院 ・2006 年以降、PHC 施設にかかる費用が無料になった

2)　二次医療施設の現況

1) の PHC 施設のリファー先の 1 つであるラゴス島産婦人科病院（表 2-15）は、二次レベルの医療施設であるが、産前検診、正常分娩介助や産後検診、予防接種などの業務も行っている。当病院の課題として、診療費未払いへの対応、PHC 施設での分娩が可能である妊婦の集中、NICU（新生児特定集中治療室）の設置、重篤な合併症に対する手術処置技術の必要性などを挙げている。病院経営の立て直しとして、個室（シャワーやトイレ、電話・テレビ、冷房完備）を設置し、払える患者からの診療費徴収を図る（サービスの差別化）としている。

表２－15　ラゴス島産婦人科病院

開院年	1959 年
位置づけ	ラゴス州における産婦人科の二次レベルの医療施設
管轄人口	ラゴス州
職員数	医師：40 名（インターン医師も含む）、看護・助産師：100 名、CHW：3 名
病床数	150 床
提供している医療サービス	救急外来サービス、産婦人科、ANC/PNC、家族計画、予防接種など
患者の搬送	月に数件程度、緊急搬送先は国立教育病院である
出産件数	300 件/月（半数は帝王切開術）、
無料診療	患者の 10%は無料サービスを提供している
その他	・正常分娩：入院が 5 日間、20,000 ナイラ（ANC、分娩介助、PNC など）、 ・帝王切開：入院 10 日～2 週間、50,000 ナイラ ・現在、改築中である

(2) ラゴス州管轄の保健技術大学

看護師、助産師以外の PHC レベルで活躍する保健医療人材には、CHO、CHEW、環境保健師（Environmental Health Officer：EHO）、Medical Technician（医療技師）、Record Clerk（記録クラーク）などがおり、ラゴス州、バウチ州、クロスリバー州の保健技術大学で育成されている。

ラゴス州にある保健技術大学はラゴス州保健省の特別顧問の直接管轄下にある。同大学では、CHEW、ジュニア CHEW が育成され、現在、同学校で開設しているのは、CHEW の 2 クラス、ジュニア CHEW の 1 クラスである（表 2-16）。現在、カリキュラムの改訂版が作成され、近日中にも改訂版が活用される予定である。CHEW は国家試験を合格したとしても、実際公共の PHC 施設への就職につけるのは卒業生の 20%のみで、80%の卒業生は民間施設か、別の就職についている状況（同学校でも詳細については把握できていない）にある。

CHO には CHEW の経験と、CHO の 1 年コースの終了、CHPRBN（Community Health Practitioner’s Registration Board of Nigeria）に登録し、CHPRBN から CHEW の資格を有し、連邦保健省から内務規定書を受理していることが条件となる。

PHC レベルの保健人材に対する現職研修/リフレッシュ研修に関しては、連邦保健省の

NPHCA、Nigerian Medical Association of Nigerian Nurse and Midwifes（NMANNM）、Community Health Practitioners Association of Nigeria（CHPAN）などがかかわっているが、詳細は不明である。現在、同保健技術大学では、現職研修/リフレッシュ研修には関与していない。

表２－16　CHEW、ジュニア CHEW の入学条件、年間入学者数及び修学年数

クラス名	入学条件	1 クラス人数	クラス数	修学年数
(Senior) CHEW	高卒	50 人	2	3 年
Junior CHEW	高卒	75 人	1	2 年

出所：聞き取り調査を取りまとめたもの

(3) 次期プロジェクトの対象地域の現況

スラム地域 Zion を含む次期プロジェクトの対象地域を管轄する地方行政区は、Apapa-Iganmu LCDA（Apapa LGA に含まれる）であり、ラゴス州の南部に位置している。

Apapa Iganmu LCDA の保健行政官は医務官（Medical Officer for Health）であり、5 つの課を管轄している（図 2-4）。Apapa-Iganmu LCDA には 7 つの郡があり、医務官が管轄している 3 カ所の PHC 施設、2 カ所のヘルスポストが設置されているが、2013 年 12 月現在、2 カ所の PHC 施設のみが機能している（表 2-17）。

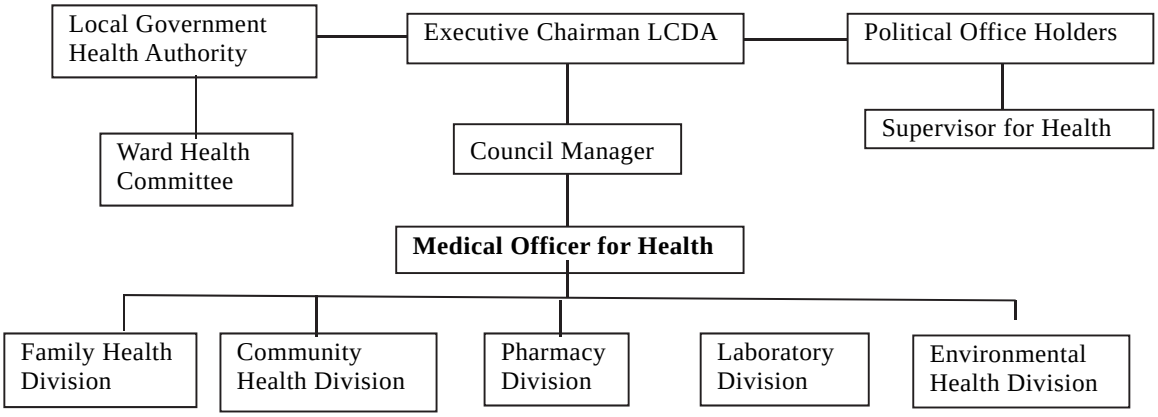


図２－４　Apapa Iganmu LCDA と保健担当の組織図

表２－17　Apapa-Iganmu LCDA の郡別人口及び生活環境

郡名	1.Abete	2.Alafia	3.Badia	4.Gaskiya	5.Marine Beach	6.Owoseni	7.Sari
人口	32,279	58,697	19,598	33,759	10,007	40,141	48,388
1 歳以下の人口	1,291	2,348	784	1,350	400	1,606	1,934
住居のタイプ	Slum	Urban Slum	Urban Slum	Urban Slum	Urban	Slum	Urban Slum
保健施設数（施設名）	0	1 (Sari Iganmu PHC)*	0	1 (Olojowon PHC)*	1 (Marine Beach HP)	1 (Aworetan HP)	1 (Zion PHC)
水源	井戸、販売飲料	井戸、販売飲料	井戸、販売飲料	井戸、販売飲料	井戸、販売飲料	井戸、販売飲料	井戸、販売飲料
衛生施設	青空便所、穴便所	穴便所、水洗トイレ	穴便所、水洗トイレ	穴便所、水洗トイレ	堀り埋め便所、穴便所	青空便所、穴便所	穴便所、水洗トイレ

*：2013 年 12 月上旬機能している保健施設、PHC：PHC 施設、HP：ヘルスポスト

出所：Apapa Iganmu LCDA の医務官より入手したデータを取りまとめたもの

Zion 地区には、すでに PHC 施設が設置されているが、治安上の問題から人と設備が配置されず、空き家の状態になっている。周りの住民からは一刻も早く施設に人材と設備の配備を期待されているが、これまで何の対応もされていない。

Zion 地区に関する非政府組織（Non-Government Organization：NGO）（5Loaves 2Fishes）による基礎情報として、人口は 93,305 人（UNICEF による推定）、住民の職業は漁師、レンガ職人、大工、使用人などが多く、水道・衛生施設はなく、マラリア、腸チフス、感染症、下痢疾患が多く、母子の死亡率も高い傾向にある。

NGO（5Loaves 2Fishes）との聞き取りの中で、スラムの人々が公共の保健施設を利用しない理由として、PHC 施設が遠距離にあること、一部の医薬品が有料であること、他の住民や PHC 施設の職員からスラムの住人ということで差別を受けること、自分への過少評価をし、サービスを受ける権利はないものと思ってしまうこと、などが挙げている。また、医薬品については安価な伝統薬に頼る傾向があるとの指摘もあった。

WHC の議長への聞き取りによると、PHC 施設を活用しない理由として、「患者自身が待つのが嫌だということ、医薬品がもらえず、購入しなくてはならないなどである」と指摘していた。さらに、マラリア/結核の治療薬は完全に無料だが、そのほかは大体自分で購入する（一般の風邪症状で 500～2,000 ナイラぐらい）必要がある。

Apapa-Iganmu LCDA の Olojowon PHC 施設に勤務する現職 CHO、CHEW らへのインタビューの中で指摘された点として、まず、スラム地域へのアウトリーチサービスを積極的に推進すると、PHC 施設の日常業務に支障をきたすことや、職員が退職してもすぐに人員が補充されることはないか、あるいは時間を要する状況にあること、さらに、移動手段の確保が難しく、徒歩で出かけているアウトリーチサービスには、持参できるものを限定している、を挙げていた。

２－３－３　ラゴス州における保健医療分野の課題

(1) PHC 庁の行政管理能力と組織

2010 年の州保健省の組織編成からプライマリー・ヘルスに関する保健プログラムの作成、実施及び評価する行政組織として PHC 庁が設置されたが、実施能力や予算措置の面から未知数の部分もある。しかし、現行プロジェクトのカウンターパートとして途中からプロジェクトにかかわってきたことから、日本人専門家との信頼関係も強く、JICA の技術支援の方針などは熟知している。さらに、州保健省内で強い発言力と行動力を持っている特別顧問が直接管轄する組織ということで強みもあるが、今後、いかに、特別顧問のみに依存することなく、PHC 庁全体の能力強化も図っていくかが鍵となると思われる。

(2) 保健人材の確保

州保健省は医師、看護師や助産師などの保健人材の海外流出に苦慮する一方、PHC レベルの保健人材の質の向上と人数の増加を一層の課題としている。

今回、スラム地域へのアウトリーチサービスを推進する保健人材として、CHO や CHEW への期待は大きい。しかし、本来は地域内での活動を想定して、人員が育成されたが、現在、彼らの業務は PHC 施設内に留められている。その理由として、看護師の人員不足を補っている点、移動手段の確保が容易でない点、提供できる保健サービスに限界があり、満

足度が得られない点などが挙げられている。今後、ロジスティック的支援もしつつ、いかに PHC 施設内での活動から地域での活動にシフトさせるのか、PHC 施設の業務改革、CHO や CHEW 自身の不足している技術の更新、意識の変容などを進めるべきであろう。

さらに、CHO や CHEW の保健人材の確保で危惧すべき点として、CHEW の卒業生の 20%しか公共の CHO や CHEW の職につけない（保健技術学校での聞き取り結果より）のは、今後改善すべき課題の 1 つであり、PHC 施設への何らかの働きかけが必要である。

(3) 母子保健の課題

2008 年ラゴス州の母子の健康を示唆する保健指標として、新生児死亡率は 75（対出生千）、妊産婦死亡率は 650（対出生 10 万）であり、全国平均（表 2-5）よりやや高い。さらに、2010 年の妊産婦死亡率は 555（対出生 10 万）であるが、2015 年までの MDGs 指標の達成には届かないとされている。新生児死亡率については最新のデータが入手できなかった。

(4) 保健サービス供給の課題

2011 年のラゴス州における保健サービスのカバー率（表 2-18）をみると、ラゴス州全体で ANC 受診（1 回以上）の割合は 88%、熟練者による分娩介助の割合は 83%、はしかの予防接種率は 69%になっている。しかし、富裕層と貧困層では、ANC 受診（1 回以上）の割合について前者が 80%台であるのに対して、後者は 20%台にある。また、同様に熟練者による分娩介助の割合も、前者は 80%台であるのに対して、後者は 10～20%台にある。

さらに、LGA 別予防接種率をみると、完全予防接種は、90%台のカバー率を示している LGA があるのに対して、40%台である LGA がある。しかし、経済状況や LGA によってその割合は大きく差が出ている。このように、保健サービス受給状況は、経済状況や LGA によってその割合は大きく差が出ている。

表２－18　2008 年と 2010 年の保健サービスの利用率の比較

保健サービスの利用率	2008*	2010**
・産前健診率（1 回以上受診）	99.2	88
・熟練者による出産介助の割合	87	83
・施設分娩	81.7	－
・避妊方法の利用率（%）	27.5	28
・結核治癒率（%）	65	－

出典：*：MICS2007/NDHS2008

**：Strategic Health Development Plan (NSHDP)2010-2015, LMOH, 2010

(5) スラム地域の課題

ラゴス州の人口の 9 割以上（1,880 万人に該当）は都市部（16 カ所の LGAs）に住んでおり、そのなかでスラム地域の人口を推定するのは難しいとしている。現在、世界銀行の支援による「ラゴス州メトロポリタン開発計画」の対象となっているスラム地域（9 カ所）

だけでも 100 万以上になるとしている。同計画によると、スラム地域の特徴として、高い人口増加率（年間 8%）、狭く密集した住環境、度重なる洪水被害、基本的なインフラ（道路、飲料水、衛生設備、下水道設備など）の不備、必要な保健サービス供給の排除などを挙げている。

仕事、教育及びより良い生活などを求めて、農村地域や他州から都市部へ人口流入が進む中で、急速に増えた人口に公共の保健サービスの提供は追いつかない状況にある。また、すでにスラム地域に住む母子の健康はかなり劣悪な環境に置かれ、適切な保健サービスが届かない状況にある。

(6) HMIS（Health Management Information System）の課題

2010 年、公共施設の 85%、民間施設の 19%のみが HMIS に各種保健データの報告をしている状況にあるため、民間施設の PHC 関連の情報がかけているため、保健サービスの利用率が低く出ている可能性がある。今後、データを読み取る際注意すべき点であり、州保健省及び関係機関への改善を促すべき課題の 1 つであろう。尚、保健管理情報システム（Health Management Information System：HMIS）が収集しているデータ項目、データ収集方法及びデータの信憑性等についての詳細な情報は入手できなかった。

２－４　日本の支援実績

(1) 1999 年から 2008 年までの日本の政府開発援助（Official Development Assistance：ODA）再開後の保健分野の支援

保健分野の支援内容は表 2-19 である（詳細は「母子健康プロジェクト事前調査報告書 2008」を参照）。

表２－19　1999 年～2008 年までの日本の保健分野の支援

案件名	期間
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
個別案件（国別研修）	
・ラゴス保健計画アドバイザー専門家派遣	2005～2008
・アジア･アフリカ知識共創プログラム（AAKCP）「きれいな病院」	2007～2008
・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
無償資金協力	
・小児感染症予防計画（ユニセフ連携）	2000～2008

出所：JICA ウェブサイトをとりまとめたもの

(2) 2009 年以降の日本の支援

2009 年以降の日本の支援は、①技術協力プロジェクトとして、ラゴス州母子健康強化プロジェクト（2010/2～2014/01）、②個別案件（国別研修）として、結核 DOTS サイトと結核検査サイトにおける HCT（HIV Counseling and Testing）能力強化研修（2009/01～2011/03）、③

無償資金協力として小児感染症予防計画（ユニセフ連携）（2008/01～2013/06）がある。

① ラゴス州母子健康強化プロジェクト

プロジェクト目標は、「標準化されたモデルに基づき、貧困層のための地域保健サービスのシステムが構築・維持される」であり、2010～2014 年の 4 年間である。15 カ所の PHC 施設、ラゴス島産科病院が支援対象である。

包括的母子・新生児保健（Integrated Maternal, Newborn and Child Health：IMNCH）サービス向上のために人材育成環境（カリキュラムやマニュアル、教材の作成、研修指導者の養成など）が整備され、ラゴス島産科病院や PHC 施設の助産師や看護師の技術の向上、LCDA や WHC の職員の能力強化が実施されている。また、5S-kaizen によるラゴス島産科病院や PHC 施設の環境の整備やコミュニケーション能力向上の取り組みの結果、職員の職務態度を含めた保健サービスの提供環境も一定の向上が見られている。

② 結核直接監視下短期治療（Directory Observed Therapy short-course：DOTS）サイトと結核検査サイトにおける HCT（HIV Counseling and Testing）能力強化研修

対象州（ベヌエ、エボニ、オシュン）において、結核 DOTS 施設のヘルスワーカー及び結核検査施設検査担当者について、結核患者及び疑い患者の HIV 感染診断能力の向上を目標とし、研修のための教材の作成とそれを使用しての研修の実施、研修のモニタリングと評価の実施、結核 DOTS 施設と結核検査施設へのヒト免疫不全ウィルス（Human Immunodeficiency Virus：HIV）検査キットの配布を行った。

③ 無償資金協力として小児感染症予防計画（ユニセフ連携）

2000 年から毎年ユニセフを通じた感染症予防のために、これまでに総額 81 億円相当を支援している。13 回目にあたる 2013 年には、ワクチン保管用の太陽光発電冷蔵庫 400 台、予防接種活動強化費等が供与された。

２－５ 開発パートナーの動向

ナイジェリアの保健医療分野、特に母子保健及び PHC を支援している主な開発パートナーは、国連機関として、UNICEF、UNFPA、世界保健機関（World Health Organization：WHO）、さらに、世界銀行（World Bank : WB）、二国間援助機関として、カナダ国際開発機構（Canadian International Development Agency：CIDA）、DfID、米国国際開発庁（United State Agency for International Development : USAID）などである。今回、実際にラゴスにて地方事務所に聞き取り調査する機会のあった UNICEF、UNFPA、WHO について特記する。

(1) UNICEF

UNICEF が大きく 4 つの分野－①生存と早期小児ケア、②水、衛生と環境、③基礎教育、④計画、コミュニケションと緊急－を支援している。

① 生存と早期小児ケア

同プログラムは、包括的母子・新生児保健戦略に沿って、5 歳以下の子供の健康を守り、死亡を削減することを目的とし、予防接種、マラリア対策、HIV/AIDS 母子感染防止、母

性の健康に介入している。

コールドチェーン機材の供与、マラリア、下痢疾患、急性呼吸器系疾患の対処する研修の実施、ヨウ素や微量栄養素欠乏症対策（ヨウ素添加の塩やビタミン A 入りの小麦粉などの商品・販売）、授乳、予防接種や経口輸液治療のような家庭できる実践としてコミュニティレベルで啓発活動を行っている。

② 水、衛生と環境

同プログラムは、井戸の設置（新設、改修）、住宅や学校への衛生を向上させる支援を行っている。学校やコミュニティでの衛生教育も重要な活動である。

③ 基礎教育

初等教育の就学率を促進し、特に北部の女子への初等教育の実施とアクセスの向上をめざしている。同プログラムは就学前の児童の Survival and Early Child Care も支援している。

④ 計画、コミュニケーションと緊急

2003 年に連邦ナイジェリアが「Child Right Act」を締結したことから、児童保護と参加プログラムは、早婚、児童労働、子供の誘拐、性的暴力、女性器切除（FGM）、虐待を喚起するものである。同プログラムは孤児や弱い立場にある子供を支援し、政府に対して、子供擁護政策策定のための技術支援を行っている。また、HIV/AIDS 予防の一環として、青少年への啓発稼動も実施している。

さらに、政府が実施する調査や基礎的な指標をモニターへの支援、緊急時に対する準備と対応への能力強化の支援を実施している。

ラゴス州で進めているスラム地域への支援活動が来年 1 月から開始する予定であり、母子保健分野のみならず、HIV/AIDS、教育、衛生/環境、社会保護（特に子供の保護）など多岐にわたっている。3 カ所のスラム地域のうち 1 カ所（Ajeromi-Ifelodun LGA の Ajegunle スラム）での 1 年間のパイロットが終了したのち、その結果を次のスラム地域へのモデルとして適応させるとしている。本新規案件との協力の可能性を探るため、UNICEF のプログラム担当者を PDM 作成のためのワークショップに参加してもらい、情報共有を実施し、引き続き、両者での連携の可能性を協議する旨を確認した。

(2) UNFPA

UNFPA は、リプロダクティブ・ヘルス（Reproductive Health：RH）関連の資機材の調達、保健システム強化のための能力開発を目的としている「リプロダクティブ・ヘルス関連の資機材の安全」（Reproductive Health Commodity Security：RHCS）戦略計画（2011-2015）に沿って活動している。主な活動内容は下記のとおりである。

① リプロダクティブ・ヘルス関連の資機材の使用、調達と分配に関する研修の実施。

② リプロダクティブ・ヘルスと HIV への知識と啓発のため保健従事者、提供者、行政官のためのガイドラインを作成し、ラゴス州を含む 12 州内において、ガイドラインを普及させている。

③ LMIS（Logistics Management Information System）に関する能力強化研修を 8 州（Abia, Adamawa, Akwa ibon, Benue, Abuja, Kebbi, Lagos）で実施した。

④ 家族計画に必要な新技術の研修を看護師や助産師を含む関係者を 3 州にて実施した。

⑤　RH 関連の供給チェーンのモニタリングと監督の強化するために、国レベル、州レベル、LGA レベルの関係者一同が協議する機会（年 3 回）を設定している。

2014 年 1 月からの保健人材の情報システムが構築され、適所適材の足かがりになると期待されている。

UNFPA はスラムでの支援は計画していないが、UNFPA から技術支援を受けている NGO が北部地域のスラム支援を実施している。今後、UNFPA は民間病院との連携も深め、住民の啓発や情報提供に活用したいと考えている。

UNFPA が注目している WB による 2010 年から支援している Ondo 州 Abiye プロジェクトは、妊娠登録をした妊婦に携帯電話を供与し、子供が 5 歳になるまで医師を中心とした医療チームが電話による声掛けや必要な助言を実施しているが、必要に応じて、整備された病院での専門ケアを受けていることが妊産婦や小児の死亡の削減に寄与していることで評価されている。

ラゴス州が他の州以上に危惧していることはますます激しくなっている人口増加であり、急激な都市部への人口集中に適切な生活環境を整備するには追い付いていけず、環境の悪化を招いているとのことである。

(3)　WHO

WHO の支援する分野は、6 つー感染症対策（HIV/AIDS、マラリア、結核、その他の熱帯症、ワクチンで予防可能な疾患）、非感染症対策（非感染性疾患、精神疾患、暴力と傷害、障害とリハビリ、栄養など）、生涯を通しての健康増進（リプロダクティブ・ヘルス、妊産婦、子供や青少年の健康、高齢者の健康、ジェンダー、平等と権利、健康と環境、健康に影響する社会要因など）、保健システム（国家保健計画、戦略と計画、住民中心の統一されたサービス、保健サービスのアクセス、保健情報システムとエビデンスなど）警戒、サーベイランス及び応答（警戒・応答能力、流行病、リスク管理、安全な食糧、ポリオ根絶、流行とその対応など）、関連機関との連携と機能強化（リーダーシップとオーナーシップ、透明性と説明責任、リスク管理、戦略計画、管理と決定など）ーであり、特に、HIV/AIDS とワクチンで予防可能な疾患対策、リプロダクティブ・ヘルス、妊産婦、子供や青少年の健康、ポリオ根絶に、優先活動としている。

WHO は 2014～2015 年の 2 年間でナイジェリアへの支援額を 19 億ドル（アフリカ諸国の 49 カ国中で 24%を占め、最も多い）としている。具体的な内容に関しては 2014 年早々にも公表できるとしている。

(4)　その他の開発パートナーの支援状況

その他の開発パートナーとして、CIDA、DfID、USAID、WB の支援状況を表 2-20 に示した。

表２－20　その他の開発パートナーの支援状況

開発 パートナー	主な支援内容等
CIDA	・コミュニティレベルでの保健サービスに従事する医師、助産師、CHEW への技術向上のための支援 ・新生児蘇生のための機材やリプロダクティブ・ヘルスに関連する資機材の支援 ・マラリア対策のための蚊帳や医薬品の供与 ・HIV/AIDS の迅速検査キットの供与 ・授乳と栄養に関する啓発活動など
DfID	・RH、母子保健（妊産婦と 5 歳未満児への医療費補助、RH 関連の器具の供与） ・HIV/AIDS、マラリア対策（啓発活動、蚊帳や医薬品の供与） ・飲料水及び衛生施設
USAID	・HIV/AIDS、マラリア及び結核対策（2011 年に支援総額の 8 割） ・母子保健（ANC と PNC の実施、DPT のワクチン供与、緊急時の新生児ケアサービス、伝統産婆による分娩のケアなど） ・家族計画とリプロダクティブ・ヘルス ・栄養
WB	・母子保健（貧困者に対する保健サービスの提供、PHC 施設のサービス改善のための人材研修、機材・医薬品の提供など） ・HIV/AIDS、マラリア対策

出所：それぞれの機関のウェブサイト内容を取りまとめたもの

(5) NGO の活動

スラム地域を支援している NGO（5Loaves 2Fishes）は、国連貧困撲滅キャンペーンプログラムにより同 NGO が食糧、水、衣服、寝具類、医薬品を提供し、さらに、週 1 回（毎週木曜日の午後）に同 NGO 経営のクリニック（一般的な外来サービス）にて医療サービスを提供している。

アウトリーチサービスを推進する手段として、移動クリニック（Mobil Clinic）を計画している。WB の支援を受けて、週 2～3 回の頻度で医師と看護師のスタッフで Zion 地域や他のスラム地域へ医療サービスを提供したいとしている。

第３章　プロジェクトの評価

３－１　妥当性

本プロジェクトは以下の理由から妥当性は高いと判断できる。

(1) ナイジェリア及びラゴス州の開発戦略からみた妥当性

NSHDP の優先課題として、「適切な保健サービス供給」を掲げており、さらに、ラゴス州は保健分野の優先分野として、PHC システムの再活性化を挙げていることから、都市部の貧困層へ提供する保健サービスのモデルを作成し、住民の PHC レベルの保健医療施設へのアクセスの向上をめざす本プロジェクトは、ラゴス州の開発戦略に合致している。

貧困地域には公共の水道・衛生施設はなく、マラリア、腸チフス、感染症、下痢疾患が多く、母子の死亡率も高い傾向にあるにもかかわらず、公共の保健サービスの提供から取り残された状況にある。そのため、ラゴス州政府は、貧困層への保健サービスのアクセスとサービスの質を向上させる施策を実施しようとしている。

(2) 日本の援助方針からみた妥当性

わが国が策定した「対ナイジェリア国別援助方針」では重点分野（中目標）の 1 つである「都市部を中心とした社会開発の促進」のために、アブジャ首都圏やラゴス市周辺において、社会サービスの改善を中心とした支援を行い、特に水供給の未整備や母子保健を中心とする適切な医療サービスの改善に向けた施設改善や技術移転を通じて生活環境及びビジネス環境の改善に貢献するとしている。

第 5 回アフリカ開発会議（TICAD V）で合意された「横浜行動計画 2013-2017」では、「母性、新生児及び小児の健康、リプロダクティブ・ヘルス、感染症及び非感染性疾患に特別に配慮しつつ、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を進展させるための保健システムの強化」を重点分野のひとつとして示しており、「脆弱層への公衆衛生サービスの拡大を通したヘルス・カバレッジの拡大」、「熟練分娩介助者による分娩率の増加」及び「新生児を含む 5 歳未満児及び妊産婦・授乳婦の救命」などを関連する成果目標としている。また、2010 年 9 月に日本政府が発表した「国際保健政策 2011～2015」でも「乳幼児死亡の削減（MDG 4）」と「妊産婦の健康改善（MDG 5）」に係る母子保健を同政策の重点分野に位置づけている。以上に示した理由から、本プロジェクトの目標とわが国のアフリカ開発政策、国際保健政策との一致性は、事前評価時点においても非常に高い。

(3) 裨益者の視点からみた妥当性

本プロジェクトによる直接裨益者は、Apapa Iganmu LCDA 管轄の 5 保健施設（PHC 施設及びヘルスポスト）に勤務する地域保健従事者、州保健省及び Apapa Iganmu LCDA 保健行政関係者である。更に、対象地域の Apapa Iganmu LCDA の地域住民およそ 25 万人が間接裨益者と想定される。

貧困地域の地域保健サービスを運用するためには、各種マネジメントツールやサービス運用を支援するステークホルダーが設置され、かつ、地域でアウトリーチサービスを提供する保健人材が必要な研修を受けている必要がある。さらに、彼らをスーパービジョン/モニタリングする州保健省及び Apapa Iganmu LCDA の行政官及び保健関係者は、貧困地域の地域保健

サービスを運用するためのリーダーシップやガバナンス研修による技能向上が期待されている。そのような状況から、質の高い保健人材によるアウトリーチサービスを介しての地域保健サービスが実施されると、これまで公共の保健サービスの恩恵を十分に受けていなかった住民へ保健サービスが届きやすくなる。このことから PHC レベルの保健施設へのアクセスが増え、保健施設が活用されることになれば、より一層住民の健康が高められることになることから、貧困地域の住民にとってのニーズ（必要な保健サービスを適時適切に享受できる）に合致している。

３－２　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) プロジェクト目標の内容

プロジェクト目標は、「貧困層に対する地域保健サービスシステムが構築され、標準化されたモデルをもとにシステム維持の強化が図られる」ことであり、その内容を 2 つの指標、①対象地域におけるミニマムパッケージ、標準作業手順書及び実施ガイドラインの完全活用率、②対象地域における PHC 施設やヘルスポストの外来患者増加数で図ることになっており、達成可能である。指標は入手可能でかつ数量化できるものが選択されており、指標の具体的な数値は、プロジェクトの開始後に、設定される。

(2) プロジェクト目標の達成への成果の貢献度

貧困層が必要な保健サービスを適時適切に享受できるようにするためには、地域保健従事者による地域保健サービスが継続して提供されることであり、現在、ラゴス州では十分に機能しているとは言い難い。そのため、プロジェクトは、同地域の保健サービスシステムを構築し、維持することを目標としている。さらに、同目標は 5 つの成果でもって達成が見込まれるとしている。つまり、地域保健サービスシステムが構築されるには、ラゴス州保健省による地域保健サービスのためのミニマムパッケージ、標準作業規定書、実施ガイドライン及びその他マネジメントツールが策定され、実施される（成果 1）やラゴス州 PHC 庁、郡保健局、地方行政区保健機関、郡保健委員会の行政能力が強化される（成果 2）、CHO、CHEW 及びその他の医療従事者の業務改善を通し、一次レベルの保健施設の機能が強化される（成果 3）が不可欠であり、さらに、PHC 施設とヘルスポストによる地域保健アウトリーチサービスの機能、特に健康促進活動が標準プロトコールによって強化されること（成果 4）や貧困層を対象とした地域保健サービスシステムモデルの拡大戦略が実証研究の成果に基づき構築されること（成果 5）が必要であり、成果 1 から成果 5 が段階的に作用して、プロジェクト目標の達成に十分貢献する。

３－３　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が、具体的な投入の量及びタイミングはプロジェクト開始後に日本専門家とナイジェリア側のカウンターパートとの具体的な協議によって決定される。

成果はプロジェクト目標を達成するために必須の内容ということをワークショップ参加者で確認している。

地域保健サービスシステムを構築するまでの過程は、現状把握、関係者への研修のためのツールやマニュアルの作成、関係者への研修、モデル導入後の検定（スーパービジョン、モニタリング及び評価）や改正作業と段階をへて実施できるように活動計画が練られており、プロジェクトの進捗状況が常に把握できるのは効率が高いといえる。

実際に活用された地域保健サービスのシステムのモデルはプロジェクトの実績と貧困者地域保健サービスシステムのためのオペレーションモデルを推進するために得た教訓として文章化し、公表することが計画されている。

３－４　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) 上位目標への達成状況の見込み

上位目標は、「対象地域の低所得者（貧困層）のための、公平で、容易にアクセスできる必須な保健サービスが向上する」である。地域保健サービスのモデルが円滑に進み、モデルの実施に伴って、地域保健サービスを提供する保健施設に駐在する保健医療人材の質の向上や設備の充実から、対象地域の貧困層による保健施設へのアクセスが増えることになり、貧困層への保健サービスの質は向上するものと期待できる。

(2) 対象地域以外への波及効果

地域保健サービスのモデルに関する情報の共有が連邦保健省や開発パートナーとも実施されるよう計画されており、同モデルが対象地域以外の地域や州への普及や展開されることが十分に期待できる。

(3) 地域住民へのインパクト

地域におけるヘルスプロモーションの現況調査結果から、住民に必要な健康への啓発を促す知見を得ることができ、地域保健サービスを導入するにあたってのアドボカシーとキャンペーンを実施できれば、住民の意識の向上を期待できる。

負のインパクトに関しては、現時点では具体的に予測されるものはない。

３－５　持続性

本プロジェクトの持続性は、以下のように予測できる。

(1) 政策面

本プロジェクトは、定期的に連邦政府関係者、州政府関係者、地方政府関係者及び開発パートナーを交えて、会議やフォーラムを開催する活動も含まれていることから、連邦保健省や開発パートナーによる本モデルの全国的普及が期待できる。それゆえ、プロジェクト終了後も連邦政府や開発パートナーの支援を得る可能性が高いと言える。

(2) 組織/制度面

本プロジェクトは、州保健省や地方行政区の地域保健サービスを推進していくための行政官の運営能力を強化していき、それに関連する研修の教材やマニュアルなどの作成も実施す

ることから、州保健省や地方行政区の行政官の持続性が見込まれる。

(3) 技術面

地域保健サービス推進のためのモデル作りには、まずベースライン調査を実施し、必要な情報をもとに、マネジメントツールを作成し、実用化されるためには実地に基づいて、必要に応じて改正を加えたものであり、その過程を通して、モデル構築や強化のための技術が身につき、ほかの地域や州への普及の際に、その技術は活用されることから、持続性が見込まれる。

(4) 財政面

本プロジェクトを実施し、将来的にも自立し継続するにあたって、ナイジェリア側もコストシェアリングしていくことが重要であると先方は合意していることから、25%、50%、75%と段階的にコストシェアリングを求めていくことから開始し、実施可能となるように努めれば、財政面からも高い持続可能性が見込まれる。

第４章　提言

「プライマリー・ヘルス・ケア強化プロジェクト」詳細計画策定調査団として、現地調査、関係者ワークショップ、及びラゴス州保健省との協議を経て、次期プロジェクトの方向性及び活動内容について下記のような提言を行った。

1. 新規プロジェクトは、貧困地区を対象にコミュニティ保健サービスの改善をめざし、そのモデル化を行う事業である。これは、大規模都市圏として商工業化が進むがラゴス州において、経済的発展のみならず、貧困削減つまり「プロ・プア」な活動を通して、公正で健全な社会的発展を地域社会とともに創出することをめざした意欲的な取り組みであると言える。
2. 新規プロジェクトは、ラゴス州保健省のリーダーシップのもと、Primary Health Care Board を主体とする実施機関と地方自治体が協働しながら、コミュニティ保健サービス改善における【プロ・プア・モデル】作りを行うことに主眼がある。そのために、関係者・関連機関のマッピングや予算の流れなどに留意しながら実施プロセスを明確化し、モデルの有効性を実証する作業も重要であると考えている。
3. パイロット地区としては、Apapa Apapa Iganmu Local Council Development Area と、その地区内にある 6 つの行政区（ward）においてモデル作りを行うことを想定している。またプロジェクト活動の実施にあたっては、地方自治体の首長、行政機関及び関係部局（Executive Chairman LCDA, Supervisor for Health, Local Government Health Authority, Medical Officer of Health, Primary Health Care Department, Ward Health Committee, Health Facility Management Committee など）との連携強化、または NGO や民間セクターとの協働体制の構築は、大変重要であると予想される。
4. 【モデル化】にあたっては、上記の実施体制、業務所掌、責任分担を現状に即して具体的に明文化し、標準手順の作成、実施ガイドラインの策定、などを行い、戦略的にモデル作り促進していくことが重要である。また年齢階層別の効果の実証された保健介入（High Impact Interventions）を参照しながら「プロ・プア・コミュニティ保健サービス」の標準的サービスのパッケージ化を行うことも重要である。このようなパッケージの標準化にあたっては、パフォーマンス指標の設定、施設認証システムの導入など、ほかの開発パートナーとの支援との連動しながら、モデル化を進めていくことが肝要である。
5. 新規プロジェクトでは、単にパッケージやモデルを作るだけではなく、実情に合わせてモデルを改変し、政策を立案し、予算化を行い、効率的に事業を実施するための組織強化（キャパシティ・デベロップメント）の視点が重要であり、特にラゴス州保健省関係部局、PHC Board、LCDA 保健局、自治組織（Ward Health Committee）などにおいて、リーダーシップや戦略マネジメント能力の育成といった「基礎体力」つくりが事業の発展性を確保するために重要である。これらの研修実施や組織強化にあたっては、ラゴス州内の行政支援機関、ビジネス系大学、関連の民間セクターなどとの活動連携を考慮する必要がある。
6. 新規プロジェクトにおける実施モデルの策定や CHO や CHEW, Health Volunteer などの研修モジュールの作成にあたっては、ナイジェリア国内及び他国での先進的な取り組みや実績・教訓などを生かして、研修モデル作りを行うことが推奨される。特に、ラゴス大都市圏の貧困地区という特殊な居住環境に配慮しながらも、市民社会の声を反映し、アカウンタビリティ

確保による健全な「プロ・プア」発展をめざしたモデル作りを行うという、これまでにない創意工夫が求められていると思われる。

7. 新規プロジェクトでは、現行プロジェクトで行ってきた助産師育成及び一次療施設（PHC）の機能強化、といったサプライサイドの支援に加えて、保健施設運営委員会の機能向上や、保健プロモーション活動、健康教育、保健キャンペーン、学校保健といった、住民参加の促進および住民組織体制の強化というデマンドサイドの支援をパッケージ化し、行政と住民が一体となって保健事業推進する【プロ・プア・モデル】を立証していくことが、保健システム強化の観点から重要であると思われる。
8. 新規プロジェクトでは、ラゴス州における援助協調を促進し、他の開発パートナー、特にUNICEF、世界銀行、NGO、市民団体や民間セクターとも協調しながら【プロ・プア・モデル】の拡大戦略を練っていくことが大変重要である。特にユニバーサル・ヘルス・カバレッジの視点から、貧困家庭の保健サービス拡大のための政策（健康保険制・社会保障制度の改革、貧困家庭への生活保護・補助金支援、インフォーマルセクターにおけるコミュニティ保険制度やマイクロクレジット支援､民間セクターの参入促進やフランチャイズ化の促進など）にも注目しながら【プロ・プア・モデル】の構築を行っていくことが、将来的な自立発展を促進するために重要である。
9. 新規プロジェクトの開始にあたっては、対象地区における人口動態、疾病構造、行政組織分析、保健サービス・保健予算・保健人材に関する保健システム分析を行い、戦略的に事業を進めていくことが重要である。また上記の分析に基づいて世帯データベースを構築し、サービス利用率、満足度、コスト分析などを前向きに実証研究として行うオペレーションズ・リサーチをプロジェクト活動に取り込むことで、モデルの実証のみならずエビデンスに基づく政策立案や拡大戦略を練ることが可能になると考えられる。
10. 新規プロジェクトは特に【モデル策定】という目標を掲げていることもあって、プロジェクト終了後のモデル拡大」及び持続性をめざして、プロジェクト実施期間内での広報やアドボカシーは大変重要である。特に連邦保健省との連携強化、他州との相互学習機会の設置、関連事業との情報共有などを行い、プロジェクトは発表の機会を捉えて積極的に進捗報告や発表を行っていくほか、広報資料の作成、論文発表なども推奨される。
11. プロジェクト実施地区での活動に際しては、ラゴス州の関係部局（自治体、警察など）と情報の共有や定期的な協議などを行って、治安の確保・維持に努めることは、安定的なプロジェクト事業実施のための前提条件でもあると考える。そのために、プロジェクトにおいてはフィールド・オフィサーなどのナショナルスタッフ雇用を行って円滑に実施できる体制を整えることなども一案である。

詳細計画策定調査団としては、上記の提言を踏まえて、プロジェクトのスコープとフレームワークを Project Design Matrix（PDM）及び Plan of Operation（PO）のドラフト案を報告書の付属資料として示し、調査団最終日にラゴス保健省と共有することができた。またプロジェクトの名称に関して、関係者に内容が明示されるように「プライマリー・ヘルス・ケア強化プロジェクト」から「ラゴス州における貧困層のための地域保健サービス強化プロジェクト」と変更する提案も行った。

付　属　資　料

１．詳細計画策定調査日程

２．詳細計画策定調査協議議事録（M/M)、プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM)、活動計画（PO）

1．詳細計画策定調査日程

ナイジェリア国プライマリー・ヘルス・ケア強化プロジェクト

月日	曜日	杉下　智彦 団長	蓮見　尚洋 計画管理	渡慶次　重美 評価分析
11月28日	木			01:30　日本（羽田）出発 17:15　ラゴス着
11月29日	金			09:00　プロジェクト専門家ヒアリング 11:00　ナイジェリア及びラゴス州保健医療に関する情報収集
11月30日	土			情報収集及び書類作成
12月1日	日			情報収集及び書類作成
12月2日	月			09:00 Ijora PHC訪問 11:00 UNFPA 13:00 ラゴス州保健医療に関する情報収集・分析
12月3日	火			09:30　WHO 11:00　UNICEF 13:30　ラゴス州コミュニティ保健活動に関する情報収集・分析
12月4日	水		09:00 ザンビア出発 19:35 ラゴス着	09:00 ラゴス州コミュニティ保健活動に関する情報収集・分析
12月5日	木		09:00　プロジェクトとの打合せ 10:00 SA表敬 15:00 PHC Boardインタビュー	
12月6日	金		09:00 NGO（教会）インタビュー 11:00 ラゴス州保健技術大学・CHO、CHEWの授業カリキュラムなどに係る聞き取り 13:30　CHEW、CHO、EHO、WHC、ヘルスボランティアインタビュー（Olojowon PHC at Apapa Iganmu）	
12月7日	土		情報分析及び書類作成	
12月8日	日	01:30　日本（羽田）出発 17:15　ラゴス着 19:00　団内協議	情報分析及び書類作成 19:00 団内協議	
12月9日	月	10:00　Apapa Iganamu Local Government Coucil Area (LCDA)のChairman、Supervisor for Health, Medical Officer of Healthへの表敬 12:00　スラムコミュニティ（Zion)視察・首領、コミュニティ自治組織、住民へのインタビュー		
12月10日	火	10:30 キックオフ会合 13:00 保健省関係者インタビュー（家族保健・栄養局副局長） 14:00 協議準備（日本側関係者）		
12月11日	水	ラゴス州保健省及びPHC Board関係者との協議（Residential Workshop）		
12月12日	木	10:30 Sari PHC及びMarine Beach HP視察 午後　関係者会議準備		
12月13日	金	関係者会議準備		
12月14日	土	10:00 世界銀行ナイジェリア事務所 午後　PDM修正		
12月15日	日	ミニッツ（R/D、PDM、PO）修正及び関係者会議準備		
12月16日	月	10:00 ミニッツ（R/D、PDM、PO）修正会議（ナイジェリア側含） 14:00 ラゴス島産科病院視察		
12月17日	火	午前　ラゴス州経済計画・予算省（開発省）表敬 午後　ミニッツ（R/D、PDM、PO）修正		
12月18日	水	10:00　関係者会議及びミニッツ署名 17:00　ラゴス→1815　アブジャ移動		
12月19日	木	09:00 NPC 10:30 JICA Nigeria Office 14:00 FMOH 15:30 EoJ 23:55　アブジャ発		
12月20日	金	移動		
12月21日	土	06:55　日本（羽田）着	09:25　日本（成田）着	06:55　日本（羽田）着

2．詳細計画策定調査協議議事録（M/M）、プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）、活動計画（PO）

MINUTES OF MEETING
BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF
THE GOVERNMENT OF THE FEDERAL REPUBLIC OF NIGERIA
ON
STRENGTHENING PRIMARY HEALTH CARE PROJECT

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 November 28th to December 19th, 2013 for the purpose of designing the basic framework of Strengthening Primary Health Care Project (hereafter referred to as "the Project"), which was based on the application from 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 workshops with the relevant Nigerian organizations such as Lagos State Ministry of Health, and Lagos State Primary Heath Care Board 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 proposed by the Mission is shown in the Project Design Matrix (PDM) and Plan of Operation (PO) as attached. The amendments have been suggested by LSMOH, and final versions of PDM and PO will be agreed upon by both sides before the commencement of the Project.
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, December 18th, 2013

Dr. Tomohiko Sugishita
Leader
Preparatory Mission,
Japan International Cooperation Agency

Dr. Yewande Adeshina 18/12/2013
Special Adviser on Public Health
Lagos State Ministry of Health

DISUCUSSION POINTS

1. Both sides agreed on the project framework as shown in the attached document. As for the Project title, an alternative title; "Project for Strengthening Pro-Poor Community Health Services in Lagos State" stated in PDM and PO, was suggested as a result of this preparatory mission. The amendment of the title is appropriate since the Project focuses on strengthening community health service delivery for the poor in Lagos State. The alternative title may be officially recognized when it is authorized through diplomatic channels.

2. In order for the Project to implement its activities smoothly and safely, both sides, JICA and the Lagos State Government (including the Ministry of Justice and the Office of the Chief Security Officer) understand the importance of security measures which have been discussed for project implementation. Specific details will be discussed and determined before the commencement of the Project.

3. JICA has requested LSMOH and LSPHCB to allocate sufficient human and financial resources to make health facilities (PHCs and HPs) in target communities functionalized to maximize project's impacts for pro-poor community health service promotion.
   - LSMOH and LSPHCB agreed that necessary arrangements will be under consideration to respond to JICA's requests by allocating some human and financial resources to the target health facilities in target communities. It is subjects to the approval from the Governor of the Lagos State Government.

4. Both sides agreed that the target areas of the Project can be amended based on mutual agreement between both sides. Both sides have to consider the scaling up strategies beyond the target areas over the project period.

5. Both sides agreed that LSMOH/LSPHCB will gradually increase the amount of cost, which they will budget to implement the Project over the four years of the Project period. For the first year of project implementation, most of activities are financially supported by JICA. However, for the subsequent years, detailed cost sharing plans will be determined based on discussions between both sides.

18/12/13

Attachement I: Project Design Matrix (PDM): Version 0

Version 0
Date:2013/12/18

Project Title: Project for Strengthening Pro-Poor Community Health Services in Lagos State
Project Duration: 2014 ~2018
Target Areas: Apapa Iganmu Local Council Development Area (Target areas can be amended)
Target Facilities: Olojowon PHC, Sari PHC, Marine Beach HP, Zion PHC, Aworetan HP

*Essential health services refer to maternal and child health services

	Summary	Indicators	Verification of Indicators	Important Assumption
Overall Goal				
	Equitable, affordable, accessible, and essential health services* for indigent population in target communities are improved.	・Essential service coverages (ANC, PNC, immunizations, skilled birth attendances, and family planning) utilized by indigent population are increased.		
Project Purpose				
	Pro-poor health service systems are established and strengthened for sustainance using standardized models.	・Minimum package, SOPs and implementing guide are implemented 100% in target communities ・# of outpatients at PHCs and HPs in target communities is increased	・Standardized checklist ・Patient registry	・The National and State Strateghec Health Development Plans are consistent. ・Required resources to implement the project activities are allocated by LSMOH ・Ncessary security measures are mainteined in taget
Output				
1	Minimum package, SOPs, implementation guides, and relevant management tools in the provision of community health services are develped and endorsed by Lagos State Ministry of Health.	・All standardized protocols are developed 100% ・Monitoring and evaluation system is established	PHC Board report	・Collaboration with other development partners is maintained. ・PHC Board and other relevant important organizations are maintained. ・Political situation is stable over the Project period. ・Essential drugs and equipements are regularly supplied to target facilities. ・People of target community are cooperative with the project activities ・Necessary human resources are allocated to target facilities. ・PHCs and heatlh posts in target community are functioning.
2	Capacities of PHC Board, PHC Department, Local Government Health Authority, and ward health committee (WHC) are strengthened to support taget communites.	・# of meetings is increased ・Action and budget plan is developed and implemented ・Scores of organizational capacity and functional assessment are increased	Minutes of meetings	
3	Functions of primary health centers are strengthened through improvements of performance of community health officers (CHOs), community health extension workers (CHEWs), and other health workers.	・Performance indicators of outreach services are increased ・# of enrolled patients and clients is increased ・Scores of quality assessment of health services are increased	PHC Board report Registrar PHC Quality Assurance Report (Lagos StateHealth Facility and Monitoring Agency)	
4	Community outreach health services of PHCs and consultative functions of health posts, especially health promotion activities are strengthened by a standardized protocol.	・The number of outreach services conducted monthly ・The actual number of outreach service users at health facilities (PHCs & HPs) is increased ・# of health promotion activities is improved by 75% by the end of the project	Project's reports Health post's records	
5	Strategies for scaling up pro-poor community health service systems are develped based on evidences generated by operations research.	・Scaling up strategies are developed by operations research ・Communications among stakeholders including federal government and development partners are increased	Minutes of the meetings Publications from operations research	

Activities		Inputs		
1-1	Conduct, analyze, and share baseline assesment on geographical, demogpraphic, economic, and social, and health aspects in target communities	**Japan side:**		
1-2	Support an establishent of technical working groups for pro-poor health services under the stewardship by LSMOH.	・Experts: ・Provison of Trainees:training in Japan and third Country training ・Provision of Equipment:		
1-3	Conduct joint review and the development of minimum package, SOPs, implementation guides, and relevant management tools			
1-4	Endorse above tools by stakeholders	**Nigeria site:**		
1-5	Revise above tools based on field experience	・Assignment of Counterpart personnel ・Cost for Countepart personnel ・Provision of Office Space, Utility(Water chages, electricity charge, etc.)	**Preconditions**	
1-6	Support implementing supportive supervision and mentoring by LSMOH		・Establishment of health facilities (PHCs and/or HPs) in target communities ・Security concerns in target communities are minimized	
2-1	Conduct capacity assessment for benchmark setting for implementing project's acitivities strategically			
2-2	Support the development of master and annual plans by Lagos State Primary Health Care Board (LSPHCB)			
2-3	Conduct basic leadership, management, and governance training for organizational development according to the assessment			
2-4	Conduct consultative stakeholder meetings for pro-poor community health services within/among relevant organizations regulary			
2-5	Establish and promote accountability mechanism to reflect stakeholders' values and concerns			
2-6	Establish and conduct monitoring and evaluation (M&E) mechanism to follow organizational and functional development at least once a year			
3-1	Develop, conduct, and review perfomance and quality assessment for PHCs, CHOs, CHEWs and other health workers			
3-2	Review and develop training modules and materials for community health services			
3-3	Customize above traning programs for pro-poor contexts			
3-4	Conduct in-service and on-site training for community health services			
3-5	Promote supportive supervision to empower front-line health workers			
3-6	Conduct traning impact assessment to enhance further training program			
3-7	Empower Health Facility Management Team to improve action plans and resource allocation			
3-8	Strengthen the linkage from PHCs to WHC for optimal service provision			

Activities			
4-1	Conduct situational analysis for current status of health promotion		
4-2	Establish a dialogue mechanism with community leaders and stakeholders		
4-3	Develop communication and advocacy strategies		
4-4	Establish necessary logistical arrangements for community health outreach services		
4-5	Develop innovative approaches and materials for promoting community health services		
4-6	Conduct community sensitization, advocacy, and campaigns for community health services		
4-7	Enhance community health promotion through school and out-of-school activities		
4-8	Develop stanadardized package for community health outreach services and health promotion		
5-1	Develop research design and protocol to be acknowledged by the authority for research clearance.		
5-2	Conduct operations research including modeling and cost analysis and monitor the cohort population database regularly.		
5-3	Compile, report and publish research results to articulate the scaling up strategies with evidence-based policy implications		
5-4	Conduct regular meetings and forums with Federal Government Authorities, State Government Authorities, Local Government Authorities and Development Partners.		
5-5	Promote horizontal learning mechanism to disseminate operational model with any other neighboring states		
5-6	Document and publish project achievements and lessons learned to promote operational model for pro-poor community health service systems		

18/12/13

Attachment Ⅱ Plan of Operation (PO) (Version 0)

Date: December 18, 2013

Project Title: Project for Strengthening Pro-Poor Community Health Services in Lagos State

Output 1: **Minimum package, SOPs, implementation guides and relevant management tools in the provision of community health services are develped and endorsed by Lagos State Ministry of Health.**

Activities	Plan of Operation																Person in Charge		Remarks
	2014			2015				2016				2017				2018	Japan	Nigeria	
	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar			
	2014 (J.F.Y.)				2015 (J.F.Y.)				2016 (J.F.Y.)				2017 (J.F.Y.)						
	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q			
1-1. Conduct, analyze, and share baseline assesment on geographical, demographic, economic, and social and health aspects in target communities.																			
1-2.Support an establishent of technical working groups for pro-poor health services under the stewardship by LSMOH.																			
1-3. Conduct joint review and development of minimum package, Standard Operating Procedures (SOPs), implementation guides, and relevant management tools.																			
1-4. Endorse above tools by stakeholders.																			
1-5. Revise above tools based on field experience.																			
1-6. Support implementing supportive supervision and mentoring by LSMOH																			

Abbreviations:

J.F.Y.: Japanese Fiscal Year (starting from April 1 to March 31.)

Output 2: **Capacities of PHC Board, PHC Department, Local Government Health Authority, and Ward Health Committee (WHC) are strengthened to support target communities**

Activities	Plan of Operation																Person in Charge		Remarks
	2014				2015				2016				2017			2018	Japan	Nigeria	
	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar			
	2014 (J.F.Y.)				2015 (J.F.Y.)				2016 (J.F.Y.)				2017 (J.F.Y.)						
	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q			
2-1. Conduct capacity assessment for benchmark setting for implementing project's activities strategically																			
2-2. Support the development of master and annual plans by Lagos State Primary Health Care Board (LSPHCB)																			
2-3. Conduct basic leadership, management, and governance training for organizational development according to																			
2-4. Conduct consultative stakeholder meetings for pro-poor community health services within/among relevant organizations regularly																			
2-5. Establish and promote accountability mechanism to reflect stakeholders' values and concerns																			
2-6. Establish and conduct monitoring and evaluation (M&E) mechanism to follow organizational and functional development at least once a year																			

Abbreviations;

J.F.Y.: Japanese Fiscal Year (starting from April 1 to March 31.)

Output 3: **Functions of primary health centers are strengthened through improvements of performance of community health officers (CHOs), community health extension workers (CHEWs), and other health workers.**

Activities	Plan of Operation																Person in Charge		Remarks
	2014				2015				2016				2017			2018	Japan	Nigeria	
	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar			
	2014 (J.F.Y.)				2015 (J.F.Y.)				2016 (J.F.Y.)				2017 (J.F.Y.)						
	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	1Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q			
3-1. Develop, conduct, and review performance and quality assessment for PHCs, CHOs, CHEWs, and other health workers																			
3-2. Review and develop training modules and materials for community health services																			
3-3. Customize above training programs for pro-poor contexts																			
3-4. Conduct in-service and on-site training for community health services																			
3-5. Promote supportive supervision to empower front-line health workers																			
3-6. Conduct training impact assessment to enhance further training programs																			
3-7. Empower Health Facility Management Team to improve action plans and resource allocation																			
3-8. Strengthen the linkage from PHCs to WHC for optimal service provision																			

Abbreviations:

J.F.Y.: Japanese Fiscal Year (starting from April 1 to March 31.)

Output 4: **Community outreach health services of PHCs and consultative functions of health posts, especially health promotion activities are strengthened by a standardized protocol.**

Activities	Plan of Operation																Person in Charge		Remarks
	2014				2015				2016				2017				2018	Japan	Nigeria	
	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar			
	2014 (J.F.Y.)				2015 (J.F.Y.)				2016 (J.F.Y.)				2017 (J.F.Y.)						
	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	1Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q			
4-1. Conduct situational analysis for current status of health promotion																			
4-2. Establish a dialogue mechanism with community leaders and stakeholders																			
4-3. Develop communication and advoacy strategies																			
4-4. Establish necessary logistical arrangements for community health outreach services																			
4-5. Develop innovative approaches and materials for promoting community health services																			
4-6. Conduct community sensitization, advocacy, and campaigns for community health services																			
4-7. Enhance community health promotion through school and out-of-school activities																			
4-8. Develop standardized package for community health outreach services and health promotion																			

Abbreviations:

Japanese Fiscal Year (starting from April 1 to March 31.)

Output 5: **Strategies for scaling up pro-poor community health service systems are developed based on evidences generated by operations research**

Activities	Plan of Operation																Person in Charge		Remarks
	2014				2015				2016				2017				2018				
	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Dec	Jan - Mar			
	2014 (J.F.Y.)				2015 (J.F.Y.)				2016 (J.F.Y.)				2017 (J.F.Y.)				Japan	Zambia	
	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	1Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q			
5-1. Develop researcg design and protocol to be acknoledged by the authority for research clearance																			
5-2. Conduct operations research including modeling and cost analysis and monitor the cohort population database regularly																			
5-3. Compile, report, and publish research results to articulate the scaling up strategies																			
5-4. Conduct regular meetings and forums with Federal Government Authorities, State Government Authorities, Local Government Authorities and Development Partners																			
5-5. Promote horizontal learning mechanism to disseminate operational model with any other neighboring states																			
5-6. Document and publish project achievements and lessons learned to promote operational model for pro-poor community health service systems																			

Abbreviations;

J.F.Y.: Japanese Fiscal Year (starting from April 1 to March 31.)

18/12/13

ATTACHMENT III

FINAL REPORT
OF
THE PREPARATORY MISSION
FOR
STRENGTHENING PRIMARY HEALTH CARE PROJECT

JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY (JICA)
PREPARATORY MISSION TEAM

STATE OF LAGOS, THE FEDERAL REPUBLIC OF NIGERIA
DECEMBER, 2013

18/12/13

I. BACKGROUND

In Nigeria, health improvement, especially in the area of maternal and child health (MCH) is positioned as the most important area in the National Economic and Empowerment Strategy. Even though Nigeria has been working to achieve Millennium Development Goals (No 4: Reduce child mortality, and No5: Improve maternal health), the figures (Maternal Mortality Ratio (630/100000) and Child Mortality Rate under five years of age (143/1000)) indicate that it is still a long way to reach the goals. Lagos State has also tried to improve the health status of the population by setting various policies and activities till today. However, health coverage or utilization of primary health care services at community level is still limited, particularly among the poor. Due to the rapid increase in the number of people living in urban slum areas, the urban poor should not be ignored to improve the overall health of Lagos State.

In Lagos State, the revitalization of Primary Health Center (PHC) is one of the policies to improve health at community level. According to the policy, delivery of health services at community level is being enhanced by establishing 24-hour opened PHCs, recruiting more doctors, midwives, nurses, Community Health Officers (CHOs), and Community Health Extension Workers (CHEWs) and so forth. With an estimated population of 21 million in 57 Local Government Area/Local Council Development Area, about 270 public health care facilities are responsible for providing primary health care at community level. Even though Lagos State Government takes strong initiative to revitalize primary health care at community level, the burden of challenges, such as shortage of medical professionals and limited budget, heavily weighs on primary health care services delivery. Also, besides strengthening supply-side of primary health care service delivery system at PHCs, demands from communities to utilize health care services are essential to increase the health care coverage by clients.

Given this context, and to support this policy to strengthen primary health care at the community level, comprehensive approach is crucial. Therefore, it is necessary to develop and strengthen the capacity relating to primary health care system at community level, especially for the poor with limited access to health services. The objective of the JICA mission is to formulate the framework of a project, which is expected to produce a model to promote pro-poor community health services in Lagos State.

II. JICA PREPARATORY MISSION

JICA has dispatched a preparatory mission to the Federal Republic of Nigeria from November 29th to December 19th, 2013. Detailed schedule for the Mission is shown in Annex I. The objectives of the mission are the following;

18/12/13

1. Assess and analyse current structures and challenges of primary health care delivery in Lagos State, and
2. Formulate possible intervention areas for the Project after careful analyses of primary health care-related policies set by Federal Ministry of Health, Lagos State Ministry of Health, and Local Governments and of interventions implemented by other development partners in Nigeria, and
3. Formulate possible plans and activities for the Project, and
4. Jointly discuss project's activities and designs with Lagos State and have a mutual agreement on the Project by signing on the minutes of meetings.

Members for the Preparatory Mission are the following;

Name	Position in the Mission	Position
Dr. Tomohiko Sugishita	Leader	Senior Advisor on Health, Human Development Department, JICA
Mr. Takahiro Hasumi	Planning Management	Officer, Health Division 2, Health Group 1, Human Development Department, JICA
Dr. Shigemi Tokeshi	Evaluation Analysis	CEO, International Environmental and Scientific Research Institute

*Dr. Emiko Mikami, Project Formulation Adviser of JICA Nigeria Office joined the parts of the Prepartory Mission

III. FINDINGS

(1) Health Administration and the function

The Federal Republic of Nigeria operates three tier system of Government; the Federal, State and Local Government levels.

The political/ executive head of the State Ministry of Health (SMOH) is the Honorable Commissioner for Health. The permanent Secretary assists the Commissioner and there are nine Directorates and units which should be reported to the Commissioner (Figure3-1).

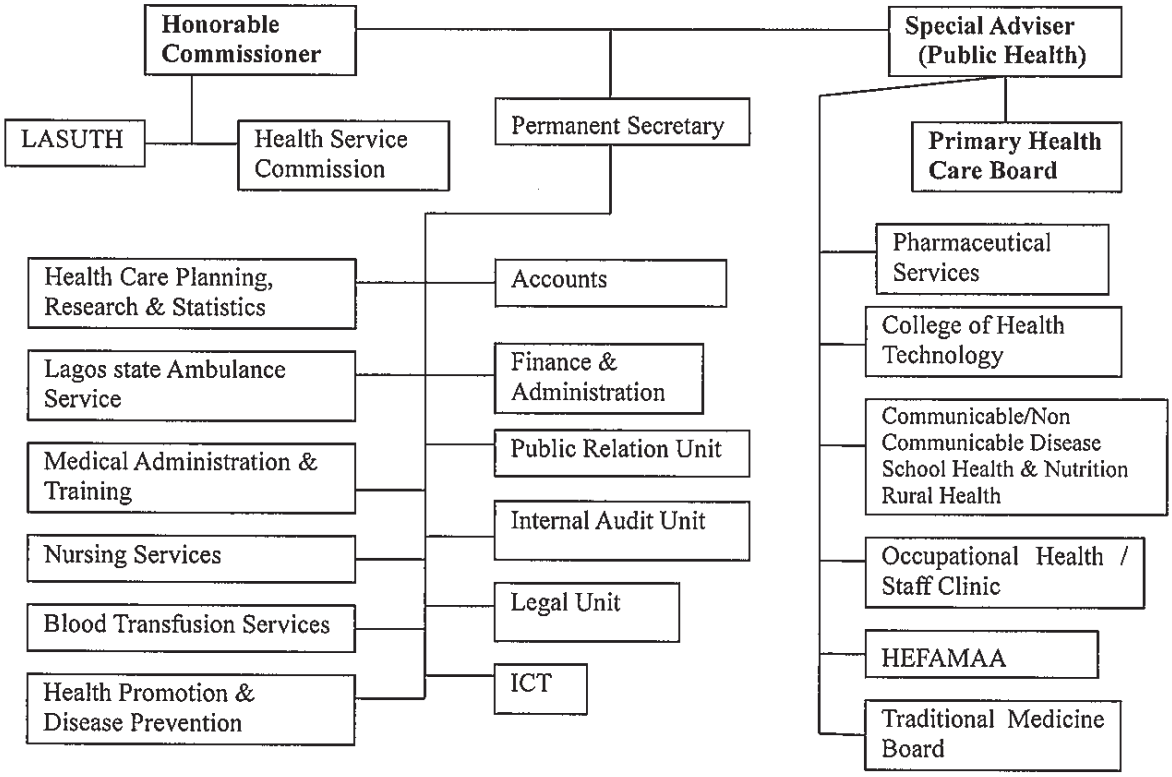


Figure 3-1 Organization Chart of Lagos State Ministry of Health

1) Health administration on Primary Health Care

The Primary Health Care Board (PHC Board) in Lagos state was established in 2009 with the main objective of revitalizing and repositioning Primary Health Care. The Head of PHC Board is Special Adviser (SA) and there are ten directorates (Figure 3-2).

Special adviser has a responsibility such as planning in conjunction with the Honorable commissioner, pharmaceutical services (Pharmacy inspection, patent medicine licensing, drug management unit and drug quality control laboratory), training institutions supervision of College of Health Technology, planning and implementation on public health (communicable & non-communicable disease prevention, occupational /environmental /employee health & safety, health education, promotion & disease prevention, school health & nutrition, reproductive/adolescent health & youth empowerment program, rural health, minority health & health disparities, fitness health & life style medicine), regulation & enforcement, quality assurance and monitoring primary health care services (with contribution from honorable commissioner for health).

The initial functions of the PHC Board are the following areas:

・Advocacy to Local Government policy makers and community opinion leaders

18/12/13

- Sensitization of the general public to create awareness and arouse behavior change for healthier lifestyles and environmental protection
- Community diagnosis and generation of baseline data with full community participation
- Institution of planning and evidence-based PHC implementation through Action Plans generated by communities
- Personnel auditing to ensure adequacy of human resources for PHC
- Completion of the inventory of PHC infrastructure and equipment to facilitate the implementation of the policy of one PHC facility per ward
- Determination of capacity development needs of PHC providers and establishment of teams who facilitate access to appropriate use of technology and essential drugs
- Establishment and/or empowerment of Ward Development Committees and institutionalization of participation of civil society in policy dialogue and accountability mechanisms
- Promotion of effective disease surveillance/response and implementation of an efficient two-way referral system

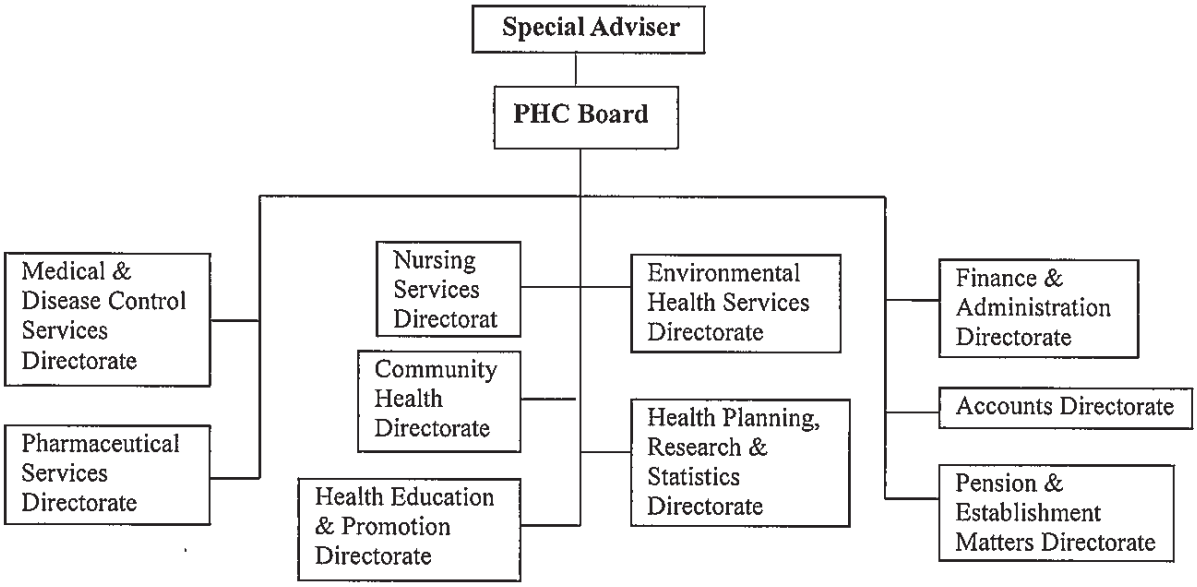


Figure 3-2 Organization Chart of PHC Board

2) Local Government Areas and the functions

There are 20 Local Government Areas (LGA) and 37 Local Council Development Areas (LCDA) under State as health administration of local level. The smallest unit of LGA/LCDA is a ward.

As for example, organization Chart for LCDA of Apapa-Iganmu and the health sector is shown in Figure 3-3. The relationship between political authority and actual health implementing organization seems to be complicated for outsider.

18/12/13

The Authority should perform the following functions:

- Setting out targets in line with all overall objectives of setting the Primary Health committee (PHC) Facilities and taking due cognizance of government policy directives as provided by the Executive Chairman of the Local Government Area, in respect of economic, financial, operational and administrative programmes
- Measuring performance against set targets
- Implementing board policy measures on primary health care development plans
- Supervising and monitoring management committees to ensure that targets are achieved
- Exercise powers to discipline staff on GL 01-06
- Considering plans and budgetary proposals of the Ward Health Committee before submission to the Ministry of Health through Board
- Delegating to the Ward Health Committee (WHC) the responsibilities for delivery of healthcare services that meet community needs and satisfaction and
- Ensuring coordination and integration of various health services within its jurisdiction

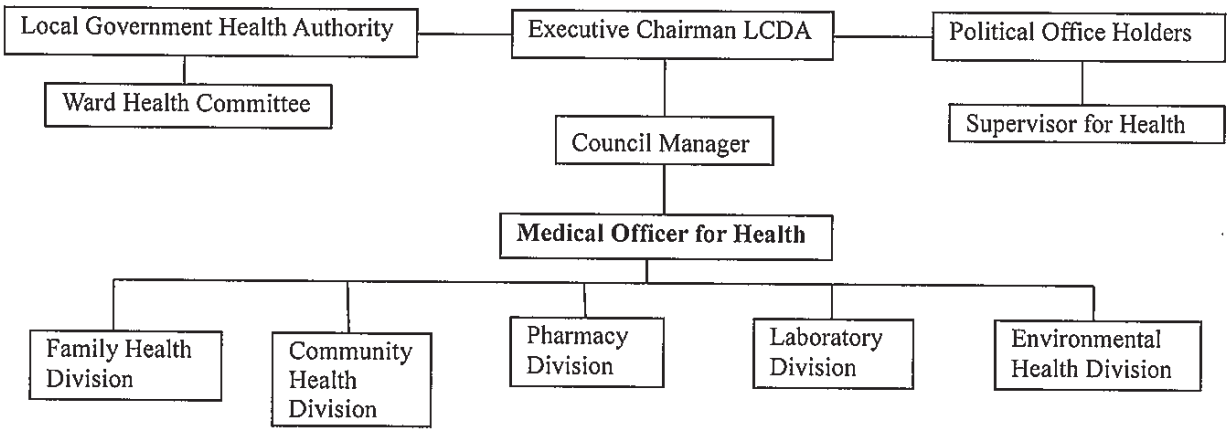


Figure 3-3 Organization Chart for Apapa-Iganmu LCDA and the health sector

(2) Health strategic plan

The Strategic Health Development Plans (SHDP) 2010 -2015 for Lagos State were developed using the eight strategic directions adopted by the Federal Ministry of Health. The Eight Strategic Directions are as follows: Leadership and government, Health service delivery, Human resource for health, Health financing, National Health Management Information System, Community ownership and participation, Partnership for health development, Research for health

More detailed analysis is needed concerning health Strategic plan.

(3) Health budget

Total of revised budget of Logos state is 507,105,392,585 Nile in 2013 according to

18/12/13

publication of Ministry of Economic Planning and Budget (MEPB). Allocation for health is 37,413,496,015 (7.30%). This figure of allocation is better than national level (4% in 2010, source: World Health Organization Global Health Expenditure Atlas).

(4) Health systems

The health service delivery systems in the Lagos state is tiered along primary, secondary and tertiary care of service, operating primary health care at the Local Government Level, secondary health care at State level and tertiary health care at Federal level.

The revitalization program is introduced in order to provide people with 24 hours comprehensive primary healthcare service at Flagship PHC centers and decrease burden of secondary health facilities.

At least one Flagship PHC center will be set up each 20 LGA and 37 LCDA. The revitalization program is expected to promote the proper referral health system. After set up of Flagship PHC center, people can't visit secondary or tertiary facilities without the recommendation from Primary Healthcare Centers. Otherwise clients will be back to the local community.

1) Health Facilities

The total of number of health facilities including primary, secondary and tertiary among public and private is 1,769 in 2012(Table 3-1). Out of total number, 244 facilities (13.8%) belong to the public. The private clinic and hospitals occupy more than 80% among Primary Health facilities.

Table 3-1 The number of health facilities by owner and level of health service (2010)

Owner	Primary	Secondary	Tertiary	Total
Public	215	23	6	244
Private	1,400	115	3	1,518
Total	1,615	138	9	1,762

Source : First Semi Annual Report, HMIS 2010, LSMH, 2010

2) Human resource for health

Out of human resource for health, more than 90 % of medical doctors and pharmacist work in public or private hospitals with secondary and tertiary levels. Main human resources among primary level are nurse, midwife, Community Health Officers (CHO) and Community Health Extension Health Workers (CHEW).

More than half of the medical doctor and nurse/midwife engage to Private facilities and most of CHO/CHEW work at the public facilities (Table 3-2).

18/12/13

Table 3-2 Number of Main human resource for health by public and private (2009)

Professional	Public	Private	Total
Medical doctor	1,265	1,342	2,607
Pharmacist	209	47	256
Nurse/Midwife	2,134	3,372	5,506
CHO/CHEW	604	54	658
Lab. Technician	253	216	469
Lab. assistant	23	67	90

Source : Logos State Strategic Health Development Plan (LSHDP) 2010-2015, FMOH, 2010

(5) Human resource for health in PHC level

CHOs and CHEWs are expected to work at the community level of PHC. They are trained at University of Health Technology located at Lagos State, Bauchi State and Cross River State.

A revised version of curriculum of CHEW is developed currently and will be utilized at the class soon.

As a point of concern, only 20 % of the graduated students are able to work for the public facilities, the remaining 80% must get a job to the private hospitals or other occupation. The University authority also doesn't grasp the details.

(6) Current health conditions of Mother and child health

A basic health indicator such as Maternity Mortality Rate is still high (Table 3-3). However indicators of MMR and stunting prevalence that show health condition both mother and child are better than national average. Data on IMR and under-five Mortality Rate are under researching now. More detailed analysis is needed.

Table3-3 Comparison of basic health indicators between Lagos and national average (2010)

Basic Health indicators	Lagos*	National average**
Infant Mortality Rate (IMR)(/1,000 live births)		97
Under- five Mortality Rate(/1,000 live births)		158
Maternity Mortality Rate (MMR) (/100,000 live births)	555	630
Stunting prevalence: Moderate and Severe (-2SD)(%)	21	34.8

Source: *:Reducing Health Disparities in Lagos State, UNICEF, 2012
**: MICS Nigeria, 2011; Main Report, World Bank: World Development Indicators 2011

18/12/13

(7) Health service coverage

The Ward Minimum Health Care Package (WMHCP) was developed to delivery PHC services in 2007. The WMHCP includes the following components: Control of communicable disease, Child survival, Maternal and newborn care, Nutrition, Non-communicable Diseases, Health education and community mobilization

Concerning health service coverage in 2011, coverage of Ante Natal Care (ANC) provided by skilled health workers, skilled attendants at birth and child immunization against Measles are showed in 88%, 83% and 69% respectively (Table 3-4). These figures are better than national average like basic indicators of mother and child health.

A big difference of health service coverage is observed in the poor and the rich from 10% to 80%. In addition, there is a big discrepancy by LGA/LCDA.

It is the express that health services do not penetrate too much on people of pro-poor community in particular, even though the WMHCP were intervened in community.

Table 3-4 Health service coverage between Lagos and national average(2010)

Health service coverage	Lagos*	National average**
Ante Natal Care provided by skilled health workers	88	66.2
Skilled Attendants at Birth	83	48.7
Contraceptive prevalence rate	28	17.5
Child immunization against Measles	69	49.2

Source:*: Reducing Health Disparities in Lagos State, UNICEF, 2012
**: MICS Nigeria, 2011; Main Report

(8) HMIS (Health Management Information System)

85% of public PHC facilities and 19% of private PHC facilities reported data to HMIS regularly as of 2010. In order to confirm current situation and utilize to data for Planning of health programs, implementing and evaluating, HMIS should be strengthened.

(9) Current situation of the target area

Apapa-Iganma LCDA is selected as the target area. There are seven wards and total of population is 243,869 in the targets area (Table 3-5). It was observed that only two PHC facilities out of five are functioning well during this study.

Well is often used in the target area as source of water. More information and detailed analysis are needed.

18/12/13

Table 3-5 Population characteristics of Apapa-Iganmu LCDA

Name of Ward	1,Abete	2.Alafia	3.Badia	4.Gaskiya	5.Marine Beach	6.Owoseni	7.Sari
Total population	32,279	58,697	19,598	33,759	10,007	40,141	48,388
Under 1year old target population	1,291	2,348	784	1,350	400	1,606	1,934
Type of settlement	Slum	Urban Slum	Urban Slum	Urban Slum	Urban	Slum	Urban Slum
No. of PHC/HP (Name of PHC/HP)	0	1 (Sari Iganmu PHC)	0	1 (Olojowon PHC)	1 (Marine Beach HP)*	1 (Aworetan HP)*	1 (Zion P HC)*
Source of water	Well & vendor	Well & vendor	Well & vendor	Well & vendor	Well ,bore hole & vendor	Well & vendor	Well & vendor
Type of sewage disposal	Open defecation &Pit latrine	Pit latrine & Water system	Pit latrine &Water system	Pit latrine & Water system	Pit latrine	Open defecation &Pit latr ine	Pit latrine & Water system

*: No function as of Dec.13, 2013
Source: MOH of Apapa Iganmu LCDA

IV. CONCLUSION

There are challenges and issues of health sector in Lagos state as follow:

(1) Strengthen of administrative management for PHC Board

PHC Board has an independent administrative organization from State Ministry of Health. Therefore PHC Board is able to engage to concentrate all issue concerning PHC. However it is not easy to obtain assistances from other departments from SMOH or other agencies. Coordination with other organization, PHC Budget performance, and level of community involvement, ownership and participation are not clear during this study.

(2) Ensure human resource for health

Key human resources for health in PHC level are nurse, CHO and CHEW. Due to shortage of nurses, main activities of CHO and CHEW are conducted in PHC facilities, not in Community.

Important human resources are wasted. Only 20% of graduated students of CHEW get a job to public PHC facilities. Remaining 80 % work in private clinic or another jobs, however there is no information.

(3) Reinforcement of PHC facilities

In order to implement WMHCP into community, key health place is PHC facility such as PHC center or Health Post which is located each ward. Actually, it was observed that only two PHC facilities out of five in a LCDA are functioning well during this study.

18/12/13

(4) Searching more information concerning economic difference and regional disparity

Coverage of ANC, proportion of immunization and delivery based facility in Lagos state are better than national average. However, there is big economic difference or regional disparity. People should be received necessary health services without relation to economic difference or residential region.

IV. RECOMMENDATIONS

The Preparatory Mission Team has made series of discussions with the Lagos State Ministry of Health and relevant stakeholders regarding to a tangible design of the new project coming in next year. The original proposal from the Lagos State articulated that the State Government highly committed to improve health service coverage to the entire population in Lagos State, especially focusing on achieving shared growth of the indigents and vulnerable people in urban slum areas. Therefore, the Team visited to the Local Government Area and Local Council Development Area to observe situations of health services delivery at Primary Health Centers and Health Posts and made discussions with health service managers and providers to optimize their challenges concerning to community health services especially in informal urban settlements. During the policy dialogue, the Team also acknowledged robust ownership and passionate commitments from the Lagos State Government to the JICA's future cooperation, especially from Special Adviser to the Governor on Public Health with her visionary leadership.

Finally, the Team jointly with the authorities of Lagos State Government has concluded that there are significant needs of the comprehensive health service provision in the target communities in Lagos State. It is articulated that the Project will support pro-poor policies that directly target poor people, or that are more generally aimed at reducing poverty. It is mutually agreed that pro-poor community health activity is also a process which allows poor people to be directly involved in the health systems strengthening, or that by their nature and systems lead to pro-poor outcomes, which is sometimes referred as People-centered Health Systems. Hence, the Project will focus on modeling pro-poor community health service in Lagos State and replicable to anywhere else in Nigeria or Africa. The ultimate goal of the Project is about promoting and ensuring equitable access to essential health services through the growth process to favor the most vulnerable people. The Project will also reveal a unique service provision model contributing to the Global Health Diplomacy stipulated by Government of Japan recently and ultimately to the global agenda on achieving Universal Health Coverage in Africa.

18/12/13

Therefore there are several suggestions and recommendations raised by the Mission Team as listed below;

1. It is suggested that the new project will focus mainly on establishing a concrete and replicable model for Pro-poor Community Health Services through building managerial capacities on provision of community health services implemented by State Ministry of Health, PHC board, Local Government Health Authorities, PHC Department headed by Medical Officer of Health, Ward Health Committee, Primary Health Care Centerss and other relevant offices and organizations.
2. It is advised that demographic, disease and health systems profiling of respective target community could be conducted and analysed as a benchmark of project intervention before or just after the commencement of the Project.
3. It is better that working structure and relationship between political, administrative and governance structure to implement and support community health services could be clarified by Standard Operating Procedures (SOPs) and implementation guides in a concrete and feasible manner.
4. It is necessary to articulate the essential service package for community health services identified by high impact interventions as reference to cohort populations, especially based on the evidence of demographic profile and burden of diseases of target communities.
5. It is commented that the Project could build a holistic model for pro-poor community health services, in which synergies between supply and demand sides would be promoted in the context of People-centred Health Systems Strengthening, in which people are empowered, entitled and involved in solving their own health challenges.
6. It is encouraged to promote innovative health financing mechanism such as Community-based Health Insurance Scheme, microcredit fund program, governmental subsidy program, tax-funded program or any other demand side financing mechanism, which target most vulnerable people.
7. It is also implied that quality assurance of health services and accreditation mechanism of health facilities could be built in the health delivery systems by different initiatives and programs.
8. It is advised to build a strong accountability mechanism in an engagement with community leaders, religious leaders, women's group, youth group, minorities, disabilities and other vulnerable group of the people.
9. It is recommended that the State Ministry of Health and PHC Board could identify the scaling up and horizontal learning mechanism in consultations with Federal Ministry of Health and development partners during the modelling exercise by the Project.

18/12/13

10. It is encouraged to conduct operations research including prototype modelling and cost implication for Pro-poor Community Health Services by population and household survey and sustainable monitoring mechanism.
11. It is kindly requested that the Lagos State Ministry of Health and PHC Board could allocate sufficient human and financial resources to fully functionalize PHC centres to implement substantial community health services.
12. It is highly recommended that security measures and preventive actions should be ensured in the target communities by the State Government and Local Government Authorities for a smooth and safe operation of project activities.

18/12/13

Schedule for JICA Preparatory Mission Team (Project for Strengthening Primary Health Care)

Date		Dr. Tomohiko SUGISHITA Team Leader	Mr. Takahiro HASUMI Project Management	Ms. Shigemi TOKESHI Evaluation
28-Nov	Thurs			17:15 Arrive at Lagos
29-Nov	Fri			09:00 Meeting with JICA Experts 11:30 Collection o information regarding health in Nigeria and Lagos State
30-Nov	Sat			Compilation of documents
1-Dec	Sun			Compilation of documents
2-Dec	Mon			09:00 Ijora PHC 11:00 UNFPA 13:00 Collection of information and analysis regarding health in Lagos State
3-Dec	Tues			09:30 WHO 11:00 UNICEF 13:00 Collection of information regarding community intervention in Lago State
4-Dec	Wed		19:35 Arrive at Lagos	09:00 Collection of information (cont'd)
5-Dec	Thurs		09:00 Internal meeting 10:00 Courtesy call on Special Adviser 15:00 Interview with PHC Board	
6-Dec	Fri		09:00 Interview with NGO (Foundation of Truth Assembly) 11:00 Visit to Lagos State College of Health Technology and observe a class CHEW 13:30 Interview with CHEW, CHO, EHO, WHC, Health Volunteer (Olojowon PHC at Apapa Iganmu)	
7-Dec	Sat		Information analysis and preparation of report	
8-Dec	Sun	17:15 Arrive at Lagos 19:00 Internal Meeting	Information analysis and preparation of report 19:00 Internal Meeting	
9-Dec	Mon	10:00 Courtesy call on Chairman, Supervisor of Health and Medical Officer of Health for Apapa Iganmu LCDA 12:00 Visit to slum community (Courtesy call on Baale and Community Development Association, community people in Zion Community)		
10-Dec	Tues	10:30 Kick-off meeting with LSMOH/PHC Board, chaired by the Commissoner for Health (opening ceremoney, followed by introduction of the mission team/ briefing on the current and the next projects, the purpose of the current visits, any other issues) 13:00 Interview with Family Health & Nutrition, MOH 14:00 Preparation of residential workshop (by the Mission)		
11-Dec	Wed	Discussion with PHC Board and LSMOH (Residential workshop)		
12-Dec	Thurs	10:30 Site visits to Sari PHC and Marine Beach HP PM Preparation of minutes (by the Mission)		
13-Dec	Fri	Preparation of minutes (by the Mission)		
14-Dec	Sat	10:00 Interview with WB Nigeria Office PM Revision of the PDM (by the Mission)		
15-Dec	Sun	Preparation of minutes (by the Mission)		
16-Dec	Mon	10:00 PDM design meeting with Lagos CPs 14:00 Site visit to Lagos Island Maternity Hospital		
17-Dec	Tues	10:00 Courtesy call on Lagos State Economic Planning and Budget (MEPB) PM Revision of the Minutes		
18-Dec	Wed	10:00 Final meeting and signing of the Minutes 17: 00 Move to Abuja		
19-Dec	Thurs	09:00 NPC 10:30 JICA Nigeria Office 14:00 FMOH 15:00 EoJ 23:55 Leave at Abuja (AF)		

18/12/13

RECORD OF DISCUSSIONS

ON

PROJECT FOR STRENGTHENING PRO-POOR COMMUNITY HEALTH SERVICES IN LAGOS STATE

IN

THE FEDERAL REPUBLIC OF NIGERIA

AGREED UPON BETWEEN

AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERMENT OF THE FEDERAL REPUBLIC OF NIGERIA

AND

JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY

DRAFT

Lagos and Abuja, XXXXX, 2014

Mr. Tetsuo Seki Chief Representative JICA Nigeria Office Japan	Dr. Yewande Adeshina Special Adviser on Public Health Lagos State Ministry of Health Federal Republic of Nigeria

Witnessed by:

Mr. B.O. Akpanyung Director International Cooperation Department National Planning Commission Federal Republic of Nigeria	Dr. Wapada I. Balami Director, Family Health Department Federal Ministry of Health Federal Republic of Nigeria

18/12/13

In response to the official request of the Government of the Federal Republic of Nigeria (hereinafter referred to as "Nigeria") to the Government of Japan (hereinafter referred to as "Japan"), the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") held a series of discussions with Lagos State Ministry of Health of Nigeria (hereinafter referred to as "LSMOH") and relevant organizations to develop a detailed plan of the Project for Strengthening Pro-Poor Community Health Services in Lagos State (hereinafter referred to as "the Project").

Both parties agreed the details of the Project and the main points discussed as described in the Appendix 1 and the Appendix 2 respectively.

Both parties also agreed that LSMOH, the counterpart to JICA, will be responsible for the implementation of the Project, coordinate with other relevant organizations and ensure that the self-reliant operation of the Project is sustained during and after the implementation period in order to contribute toward social and economic development of Nigeria. Details will be shown in Appendix 1.

The Project will be implemented within the framework of the Note Verbales exchanged on February 1st, 2013 between the Government of Japan and the Government of Federal Republic of Nigeria.

The effectiveness of the record of discussions is subject to the approval of JICA.

Appendix 1: Project Description
Appendix 2: Main Points Discussed
Appendix 3: Minutes of Meetings on Preparatory Mission for Project for Strengthening Pro-Poor Community Health Services in Lagos State

DRAFT

18/12/13

Appendix 1

PROJECT DESCRIPTION

Both parties confirmed that there is no change in the Project Description agreed on in the minutes of meetings on the concerning Preparatory Survey on the Project signed on December 18th, 2013 (Appendix 3).

I. BACKGROUND

In Lagos Sate, Nigeria, the rapid growth of the population, which was not matched by the adequate capital investment (including the health sector), has resulted in the increasing number of population living in slum areas that lack basic services, such as adequate infrastructures, safe drinking water, sanitary environment and electricity. Therefore, it is noteworthy that disproportionate disease burdens exist among the poor who have limited access to health services due to geographic and financial barriers.

Due to the above-mentioned barriers, the health coverage and utilization of health services is still limited particularly among the poor. To improve the health in Lagos State, the urban poor should not be ignored.

In Lagos State, the revitalization of Primary Health Center (PHC) is one of the policies to improve the health at community level. According to the policy, delivery of health services at community level is being enhanced by establishing 24-hour opened PHCs, recruiting more doctors, midwives, nurses, and Community Health Extension Workers (CHEWs) and so forth. Given this context, and to support this policy to strengthen primary health care at community level, comprehensive approach is crucial.

JICA has operated a technical cooperation project, "Project for Improving Maternal, Newborn, and Child Health in the Lagos State" from 2009 to 2014. The project has intervened in capacity development of improving skills and knowledge of medical personnel at PHCs in ante-natal care, delivery and post-natal care, of improving hospital management by 5S method, and of conducting community awareness promotion activities, as well as improvement of monitoring and evaluation capacity by health officers.

In order to improve the overall health of the population in Lagos State, an increasing number of people living in slum areas need to be addressed, and the improvement of their health status is necessary. With Japan's commitment to expand the concept of universal health coverage (UHC), this project aims to improve the access to health services by the poor.

II. OUTLINE OF THE PROJECT

Details of the Project are described in the Logical Framework (Project Design Matrix: PDM) (Annex I) and the tentative Plan of Operation (Annex II).

1. Title of the Project

Project for Strengthening Pro-Poor Community Health Services in Lagos State

18/12/13

2. Overall Goal

Equitable, affordable, accessible, and essential health services* for indigent population in target communities are improved.

*Essential health services refer to maternal and child health services.

3. Project Purpose

Pro-poor health service systems are established and strengthened for sustainance using standardized models.

4. Outputs

Output 1: Minimum package, standard operating procedures (SOPs), implementation guides, and relevant management tools for community health services are developed and endorsed by Lagos State Ministry of Health.

Output 2: Capacities of Lagos State Primary Health Care Board (LSPHCB), Primary Health Care Department, Local Government Health Authority, ward health committees (WHCs) is strengthened to support target communities.

Output 3: Functions of primary health centers are strengthened through improvements of performance of community health officers (CHOs), community health extension workers (CHEWs), and other health workers.

Output 4: Community outreach health services of PHCs and consultative functions of health posts are strengthened by a standardized protocol.

Output 5: Strategies for scaling up pro-poor community health service systems are developed based on evidences generated by operations research.

5. Activities

1-1: Conduct, analyze, and share baseline assessment on geographical, demographic, economic, social, and health aspects in target communities

1-2: Support an establishment of technical working groups for pro-poor health services under the stewardship by LSMOH.

1-3: Conduct joint review and the development of minimum package, SOPs, implementation guides, and relevant management tools.

1-4: Endorse above tools by stakeholders.

1-5: Revise above tools based on field experience.

1-6: Support implementing supportive supervision and mentoring by LSMOH.

2-1: Conduct capacity assessment for benchmark setting for implementing project's activities strategically.

2-2: Support the development of master and annual plans by Lagos State Primary Health Care Board (LSPHCB).

2-3: Conduct basic leadership, management, and governance training for organizational development according to the assessment.

2-4: Conduct consultative stakeholder meetings for pro-poor community health services within/among relevant organizations regularly.

2-5: Establish and promote accountability mechanism to reflect stakeholders'

18/12/13

values and concerns.

2-6: Establish and conduct monitoring and evaluation (M&E) mechanism to follow organizational and functional development at least once a year.

3-1: Develop, conduct, and review performance and quality assessment for PHCs, CHOs, CHEWs, and other health workers.

3-2: Review and develop training modules and materials for community health services.

3-3: Customize above training programs for pro-poor contexts.

3-4: Conduct in-service and on-site training for community health services.

3-5: Promote supportive supervision to empower front-line health workers.

3-6: Conduct training impact assessment to enhance further training program

3-7: Empower Health Facility Management Team to improve action plans and resource allocation

3-8: Strengthen the linkage from PHCs to WHC for optimal service provision.

4-1: Conduct situational analysis for current status of health promotion.

4-2: Establish a dialogue mechanism with community leaders and stakeholders.

4-3: Develop communication and advocacy strategies.

4-4: Establish necessary logistical arrangements for community health outreach services.

4-5: Develop innovative approaches and materials for promoting community health services.

4-6: Conduct community sensitization, advocacy, and campaigns for community health services.

4-7: Enhance community health promotion through school and out-of-school activities.

4-8: Develop standardized package for community health outreach services and health promotion.

5-1: Develop research design and protocol to be acknowledged by the authority for research clearance.

5-2: Conduct operations research including modeling and cost analysis and monitor the cohort population database regularly.

5-3: Compile, report, and publish research results to articulate the scaling up strategies with evidence-based policy implications.

5-4: Conduct regular meetings and forums with Federal Government Authorities, State Government Authorities, Local Government Authorities, and Development Partners.

5-5: Promote horizontal learning mechanism to disseminate operational model with any other neighboring states.

5-6: Document and publish project achievements and lessons learned to promote operational model for pro-poor community health service systems.

6. Input

(1) Input by JICA

(a) Dispatch of Experts

Chief Advisor, Project Coordinator/Operations Research, Primary Health, Health Promotion, Monitoring and Evaluation/Operations Research, and other experts as necessary

18/12/13

(b) Training

Trainings in Japan or third countries are provided. Details will be determined based on mutual agreement between both sides.

(c) Machinery and Equipment

Mobile vehicle for project activities, basic equipment for community health activities

In case of importation, the machinery, equipment and other materials under II-6 (1) (c) above will become the property of the Nigeria upon being delivered C.I.F. (cost, insurance and freight) to the Nigerian authorities concerned at the ports and/or airports of disembarkation.

Input other than indicated above will be determined through mutual consultations between JICA and LSMOH during the implementation of the Project, as necessary.

(2) Input by LSMOH

LSMOH will take necessary measures to provide at its own expense:

(a) Services of LSMOH's counterpart personnel and administrative personnel as referred to in II-7;
(b) Suitable office space with necessary equipment;
(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;
(d) Information as well as support in obtaining medical service;
(e) Credentials or identification cards;
(f) Available data (including maps and photographs) and information related to the Project;
(g) Running expenses necessary for project office and other relevant utilities;
(h) Expenses necessary for transportation, the installation, operation, and maintenance within Nigeria of the equipment referred to in II-6 (1) after being handed over; and
(i) Necessary facilities to the JICA experts for the remittance as well as utilization of the funds introduced into Nigeria from Japan in connection with the implementation of the Project

7. Implementation Structure

(1) LSMOH

(a) Project Directors: Honorable Commissioner for Health and Special Adviser to the Governor on Public Health, LSMOH
(b) Project Manager: Permanent Secretary, LSPHCB
(c) Field Manager: Medical Officer of Health, LGA/LCDA

(3) JICA Experts

The JICA experts will give necessary technical guidance, advice and

18/12/13

recommendations to LSMOH on any matters pertaining to the implementation of the Project.

(4) Joint Coordinating Committee
Joint Coordinating Committee (hereinafter referred to as "JCC") will be established in order to facilitate inter-organizational coordination. JCC will be held at least once a year and whenever deems it necessary. JCC will approve an annual work plan, review overall progress, conduct monitoring and evaluation of the Project, and exchange opinions on major issues that arise during the implementation of the Project. A list of proposed members and term of reference for JCC is shown in the Annex III.

8. Project Site(s) and Beneficiaries
The Project will be implemented in the following Local Government Area/Local Council Development Area.
(1) Apapa-Iganmu Local Council Development Area
(2)

The beneficiaries of the Project are the population living in the abovementioned project sites and their local governments, as well as LSMOH and LSPHCB.

9. Duration
The duration of this technical cooperation project is Four (4) Years.

10. Reports
Nigerian and Japanese sides will jointly prepare the following reports in English.
(1) Progress Report on annual basis until the completion of the project; and
(2) Project Completion Report at the time of the project completion.

11. Environmental and Social Considerations
LSMOH agreed to abide by 'JICA Guidelines for Environmental and Social Considerations' in order to ensure that appropriate considerations will be made for the environmental and social impacts of the Project.

III. <u>UNDERTAKINGS OF LSMOH (or equivalent)</u>
1.LSMOH and equivalent will take necessary measures to:

(1) ensure that the technologies and knowledge acquired by the Nigerian nationals as a result of Japanese technical cooperation contributes to the economic and social development of Nigeria, and that the knowledge and experience acquired by the personnel of Nigeria from technical training as well as the equipment provided by JICA will be utilized effectively in the implementation of the Project; and

(2) grant privileges, exemptions and benefits to the JICA experts referred to in II-6 (1) above and their families, which are no less favorable than those granted to experts and members of the missions and their families of third countries or international organizations performing similar missions in Nigeria.

18/12/13

DRAFT

2. LSMOH and equivalent will take necessary measures to:

(1) provide security-related information as well as measures to ensure the safety of the JICA experts;

(2) permit the JICA experts to enter, leave and sojourn in Nigeria for the duration of their assignments therein and exempt them from foreign registration requirements and consular fees.

IV. EVALUATION

JICA and the LSMOH will jointly conduct evaluations and reviews on a necessary basis to monitor and evaluate the achievements of the project and formulate lessons and recommendations for the project.

JICA will conduct the following evaluations and surveys to mainly verify sustainability and impact of the Project and draw lessons. The LSMOH is required to provide necessary support for them.

1. Ex-post evaluation three (3) years after the project completion, in principle
2. Follow-up surveys on necessity basis

V. PROMOTION OF PUBLIC SUPPORT

For the purpose of promoting support for the Project, LSMOH will take appropriate measures to make the Project widely known to the citizens of Nigeria.

VI. MUTUAL CONSULTATION

JICA and LSMMOH will consult each other whenever any major issues arise in the course of Project implementation.

VII. AMENDMENTS

The record of discussions may be amended by the minutes of meetings between JICA and LSMOH.
The minutes of meetings will be signed by authorized persons of each side who may be different from the signers of the record of discussions.

Annex I Logical Framework (Project Design Matrix:PDM)
Annex II Tentative Plan of Operation
Annex III Terms of Reference and Members of Joint Coordination Committee

DRAFT

18/12/13

Appendix 2

MAIN POINTS AGREED

1. With regards to the safety of the Project's personnel and equipment, both sides discussed the importance of safety assurance for project implementation. Specific details will be discussed and determined between both sides.

2. Before the Project being implemented, LSMOH and LSPHCB take necessary means to make health care facilities in target communities functionalized by allocating necessary human and financial resources, which is subject to the approval from the Governor of the Lagos State Government.

3. Target areas for the Project may be amended based on mutual agreement between both sides. Both sides have to consider the scaling up strategies beyond the target areas over the Project period.

4. Both sides agreed that LSMOH/LSPHCB will gradually increase the amount of cost, which they will budget to implement the Project over the four years of the Project period. For the first year of project implementation, most of the activities are supported financially by JICA. However, for the subsequent years, detailed cost sharing plans will be determined based on discussions between both sides.

DRAFT

18/12/13

ジャイカ
JICA