

2. 事業の目的と概要	
(1) 上位目標	対象地において母子の健康状態が改善され、妊産婦および乳幼児死亡率が下がる。
(2) 事業の必要性(背景)	(ア) 事業実施国における一般的な開発ニーズ カンボジア王国は(以下、カンボジア)内戦終結後、安定的に経済発展、貧困削減を達成してきており、貧困率(国内貧困線以下の人口割合)は2007年の47.8%から2014年の13.5%へと大きく改善されている¹。しかしながら世界銀行によれば、一人当たりGDPは1,094.6ドル(2014年)であり、いまだにアセアン諸国の中では最も貧しい国の1つである²。また母子保健に関するミレニアム開発目標を達成したとはいえ、妊産婦死亡率(出生10万対)170(2013年)、5歳未満児死亡率(出生1,000対)37.9(2013年)は、依然としてアセアン諸国の中でも高い数値となっており³、SDGs目標達成に向け、引き続き母子保健の改善努力が必要とされている。 (イ) 持続可能な開発目標(SDGs)との整合性 本事業は持続可能な開発目標(SDGs)における以下の目標およびターゲットに沿った内容である。 目標3. あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する。 3.1 2030年までに、世界の妊産婦の死亡率を出生10万人当たり70人未満に削減する。 ※カンボジアは2014年時点で170人⁴ 3.2 すべての国が新生児死亡率を少なくとも出生1,000件中12件以下まで減らし、5歳未満児死亡率を少なくとも出生1,000件中25件以下まで減らすことを目指し、2030年までに、新生児及び5歳未満児の予防可能な死亡を根絶する。 ※カンボジアは2014年時点で、新生児死亡率は18件、5歳未満児死亡率は35件⁵ (ウ) 外務省の国別援助方針等との整合性 外務省の国別開発協力方針では、保健システム強化の視点も含めた母子保健分野の支援が掲げられている。2013年にカンボジア政府が策定した第三次四辺形戦略の中で、保健分野は四辺形戦略の「能力強化と人材開発」のうちの項目の1つ「保健と栄養の増進」として位置づけられている。当事業では保健行政区、保健センター、村落保健支援グループと密接に協力し、地域の乳幼児死亡率の低下を目指すことから、方針に合致していると言える。

¹ Asian Development Bank, *Basic Statistics 2015* <http://www.adb.org/countries/cambodia/poverty> (2016/6/27 accessed)

² World Bank, *World Development Indicators* <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> (2016/6/27 accessed)

³ World Health Organization, *World Health Statistics 2015*
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/ (2016/6/27 accessed)

⁴ Cambodia Demographic and Health Survey 2014
<http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR226/SR226.pdf> (2016/6/27 accessed)

⁵ 同上

(エ) 申請事業の内容に至った背景

カンボジアの保健政策計画（2008-2015）で、リプロダクティブ母性新生児小児保健（Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health）は優先事項であるが、依然として都市部と農村部の格差は広まるばかりである。カンボジア全体では、妊産婦死亡率と5才未満児死亡率は2015年までにミレニアム開発目標を達成している。しかし、2014年の人口保健調査（CDHS）によれば、5歳未満児死亡率（出生1000対）、乳児死亡率（出生1000対）はプノンペンでは23人、17人に対し、当事業の対象地であるタケオ州はそれぞれ、31人、28人⁴である。

事業対象地では天水依存の農業（稲作）に従事しているものが大半であるが、その多くが小作農で収入は不十分であるため、カンボジア国内、また国境を接しているベトナムへの出稼ぎ者も多く女性も含まれる。乳幼児を祖父母に預けて都市で働く母親も多く、この祖父母による乳幼児の養育が、保健従事者からのアドバイスではなく古くからの慣習に基づくことが多いため、栄養不良児を生む一因ともなっている。事実、タケオ州の栄養不良率はカンボジア全国の中でも高く、2014年の人口保健調査（CDHS）によれば22.7%が低体重児である。また、ワールド・ビジョン・インターナショナル・イン・カンボジア（以下WVIC）がタケオ州のキリボン保健行政区と共同で2015年に実施した調査では、6-23月齢の幼児のうち、1日に適切な食事回数及び成長に最低限必要とされる適切な種類の食事を受けているのは42%のみ、政府が無償配布する微量栄養素を摂取しているのはわずか24%のみである。さらに、住民の間に安全な水に対する意識が低く、地域内ではトイレの整備も遅れており、5歳未満児の下痢罹患率は18.9%と非常に高い（全国平均は12.8%）⁶。

事業対象地の保健センター26箇所（24箇所と保健ポスト2カ所）については、予算不足のために村々への巡回診療（予防接種、保健啓発活動、栄養不良児のモニタリングなど）を十分実施することができていない。保健医療活動には必須である安全な水へのアクセスが年間を通して確保できない施設、トイレが付属していない施設も多い。また、地域保健システムが機能するためには、保健センターと村落保健支援グループの緊密な連携や協力が不可欠であるが、村落保健支援グループは十分な研修を受けておらず、地域内での住民への啓発活動や妊婦や栄養不良児の医療機関へのリファラルが十分行えていないのが現状である。

ワールド・ビジョン・ジャパン（以下WVJ）はワールド・ビジョン・インターナショナルの一員として、当事業地の一部であるタケオ州ボレイ・チュルサー郡で、2013年より自己資金による地域開発プログラム（Area Development Program：ADP）を開始した。WVICとの協力の下、保健衛生、収入向上、教育分野での支援活動を実施しているが、現地の状況改善を加速するためにも、母子保健・乳幼児の栄養改善に特化した活動がさらに求められている。本事業ではADPを通じて培ってきたコミュニティとの関係を活かしつつ、タケオ州保健局、保健行政区、保健センターと協力し、事業の成果を確実に地域に定着させることを目指す。

なお、WVICはカンボジアの9州で事業を実施しているが、このうちタケ

⁶ Cambodia Demographic and Health Survey 2014

<http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR226/SR226.pdf> (2016/6/27 accessed)

	オ州だけが、今までに母子保健・栄養改善に関する大規模で包括的な事業を実施したことのない州であった。タケオ州では、ユニセフや Buddhist for Health といった他団体が、かつて栄養改善やコミュニティ保健栄養基金に関する事業を実施したが、道路状況の良い一部の地域に限られている。前述の通り、WVJ および WVIC はタケオ州で自己資金による地域開発プログラムを実施しており、現地関係者とこれまで築いてきた緊密な関係や現場で蓄積してきた知見から、地域内に格差が見られること、保健サービスが十分に届いていない取り残された人々がいることが分かっている。タケオ州は首都プノンペンから約 2 時間とアクセスしやすいため、WVIC 事務所本部（プノンペン）から保健、水・衛生分野を専門とするスタッフのサポートを受けつつ、事業を実施することが可能である。以上より、タケオ州で本事業を申請するに至った。
(3) 事業内容	事業期間 3 年間で以下の活動を実施する。（詳細は別添参照） 1.1 <u>妊産婦（6,538 人）と 2 歳未満児（9,480 人）への保健サービスの質とアクセスを向上させる</u> 1.1.1 保健センター職員と村落保健支援グループ員への母子保健に関するトレーニング（1-3 年次実施。毎年 3 日間×3 回×16 村） 1.1.2 保健センターの助産師への産前産後ケアトレーニング（1-3 年次実施。毎年 6 日間×2 回および 30 日間×1 回） 1.1.3 州保健局、保健行政区、保健センター職員との定期ミーティング（1-3 年次実施。毎年 6 日間×4 回） 1.1.4 保健センターと村落保健支援グループの定期ミーティング（1-3 年次実施。毎年 4 回×290 村） 1.1.5 保健関連半期ミーティング実施（1-3 年次実施。毎年 2 回×4 郡） 1.1.6 保健センター運営委員会実施（1-3 年次実施。毎年 4 回） 1.1.7 緊急搬送時に活用できる資金として、コミュニティ保健栄養基金を設立する（1 年次：93 村、2 年次：62 村、3 年次：62 村） ※貧困世帯であっても、医療緊急時に患者を病院に搬送できるよう、村内の有志が毎月少額を寄付し、助け合うための取り組みがコミュニティ保健栄養基金である。村のリーダーと保健センター職員が住民を交えて保健栄養基金の意義、必要性、運営方法等について話し合い、保健栄養基金の運営規則や管理方法については、最終的に住民自身が決定する。本事業で予定している資本金提供については、自己資金にて行う。 1.1.8 既存の保健センターに併設する産後ケア室につき、必要な資材を供与する（1 年次のみ実施） 1.2 <u>母子保健、乳幼児の栄養に関する母親や保護者の知識を向上させる（1 年次対象者：3,070 人、1 年次教材配布：64 村 5,000 家庭）</u> 1.2.1 啓発活動用教材作成（1-3 年次実施 ※活動詳細参照） 1.2.2 母親支援グループの設立（1 年次：48 村、2 年次：60 村、3 年次：48 村 ※各村から 2 名をグループメンバーとして選出する） 1.2.3 母親支援グループへの母子保健についてのトレーニング

	(1-3 年次実施。毎年 16 村×3 日間×3 回) 1.2.4 母親支援グループによる母子保健に関する啓発活動 (1 年次：3 回×48 村、2 年次：3 回×60 村、3 年次：3 回×48 村) 1.2.5 母親支援グループによる 0-36 月齢の乳幼児への体重測定 (1 年次：3 回×48 村、2 年次：3 回×60 村、3 年次：3 回×48 村) 1.2.6 6-24 月齢の幼児への微量栄養素の配布 (1- 3 年次実施) 1.2.7 “世界母乳育児週間” に合せた啓発キャンペーン (1-3 年次実施。毎年 1 回×1,600 名参加見込み) 1.2.8 州・保健行政区の病院にて、栄養不良児に適切な治療を提供する体制を整える (1-3 年次実施) 1.3 <u>保健センターにおける安全な水への持続的アクセスを向上させる</u> (1 年次受益者：63,185 人) 1.3.1 水関連の調査 (1 年次のみ実施) 1.3.2 水浄化システム設置 (1 年次：1 箇所、2 年次：3 箇所、3 年次：2 箇所) ※池の水を浄化し、保健センターでの医療処置やトイレ用の水として使用できるようにする (飲用水としては用いない)。 1.3.3 雨水タンクとソーラー水ポンプ設置 (1 年次：雨水タンク 7 箇所、ソーラーポンプ 2 箇所 2 年次：雨水タンク 10 箇所、ソーラーポンプ 2 箇所 3 年次：雨水タンク 7 箇所) 1.3.4 トイレと手洗い場設置 (1 年次：2 箇所、2 年次：6 箇所、3 年次：6 箇所) 1.3.5 水施設・トイレのメンテナンストレーニング (1 年次：8 箇所×2 回、2 年次：10 箇所×2 回、3 年次：6 箇所×2 回) ※保健センタースタッフに対して、WVIC 水・衛生スタッフが、本事業で設置した水施設やトイレの正しい使用方法、また故障の際の修繕方法についてトレーニングを実施する。なお、水施設・トイレを設置した後のメンテナンス経費については、保健センター（行政）が負担する。 2.1 <u>SKL モデル（別紙参照）を通して乳幼児栄養不良を予防する</u> 2.1.1 地域の 2 歳未満児 (9,480 人) のうち 25%以上に栄養不良が認められる地域を確定する (1-3 年次実施。毎年 16 村を対象) 2.1.2 幼児の栄養不良、幼児の発達、人生最初の 1000 日の栄養の重要性について啓発する (1-3 年次実施。毎年 4 日間×4 回) 2.1.3 0-36 月齢の乳幼児の体重測定をし、各個人カードに記録し、結果を地域内で共有する (1-3 年次実施。毎年 16 村) 2.1.4 乳幼児ケアの実践例（栄養食、生活習慣など）の学び会を実施する (1-3 年次実施。毎年 4 日間×4 回) 2.1.5 体重測定に関連する保健教育の実施と体重測定のモニタリング (1-3 年次実施。毎年 16 村を対象)
--	---

	※ベースライン調査は1年次の第1四半期に、終了時評価は3年次の第4四半期に実施予定（プロジェクト・タイムテーブル参照）。
（４）持続発展性	① 本事業では、カンボジア政府の保健行政区の代表者が計画策定に参画している。WVでは、カンボジア保健省、村落開発省の既存のシステムを強化することで、当事業終了後も政府のシステムがより効果的に機能するよう働きかけていく。 ② 本事業では、既存の保健システムのもとで活動する現地の保健センター職員及び村落保健支援グループに対して研修を実施する。事業終了後も、保健スタッフと村落保健支援グループが効果的に働ける体制を整える。 ③ カンボジア政府の政策や制度に沿って事業を行う。2つの保健行政区（キリボン、コー・アンデート）にある全24保健センター及び2つの保健ポストを事業対象としており、保健省の実行政区分に従い活動を行う。既存の制度を利用し、事業終了後にも継続して保健制度が機能するよう整える。 ④ 体重測定など、住民が参画する活動を通して、乳幼児の健康、栄養に関する住民の関心・知識を増やす環境を醸成する。 ⑤ トイレ建設等に関し、保健センターで管理委員会を設置し、維持方法について研修を行い、各保健センターが責任を持って管理できるよう体制を整える。
（５）期待される成果と成果を測る指標	【成果１】 キリボン、コー・アンデート保健行政区にて母子保健サービスの利便性を高め、サービスの質を高める 〔指標〈確認方法〉〕 ・ 4回以上の産前健診を受けた妊婦数が、ベースライン数値から7%増加する。（1年次は2%）〈年度末評価での聞き取り〉 ・ 専門技術を持つ出産介助者の立会いの下に生まれてくる乳児の数が、ベースライン数値から3%増加する。（1年次は1%）〈年度末評価での聞き取り〉 ・ 生後1週間以内に最低2回の産後健診を受けたことのある0-23月齢の乳幼児を持つ母親の数が、ベースライン数値から5%増加する。（1年次は1%）〈年度末評価での聞き取り〉 ・ 三種混合予防摂取（DPT3回）とはしかの予防接種を受けている12-23月齢の幼児の数が、ベースライン数値から5%増加する。（1年次は1%）〈年度末評価での聞き取り〉 【成果２】 家族や家庭での食事習慣を改善することにより0-36月齢の乳幼児の栄養不良率を下げる ・ 体重測定活動に参加した60%の乳幼児が1年後には栄養不良でなくなる。（1年次は60%）〈体重測定結果、年度末評価での聞き取り〉