

2. 事業の目的と概要	
(1) 事業概要	<p>本事業はカンボジア南部のタケオ州、キリボンおよびコー・アンデート保健行政区において、「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」という上位目標達成に資することを目指す。両保健行政区にて母子保健サービスの利便性とサービスの質を高めるため、保健従事者や地域住民への母子保健・栄養に関するトレーニングおよび啓発活動を実施すると共に、水関連施設（雨水タンクやトイレ）を保健センターに建設する。また SKL モデルを用いて、家庭や地域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。実施にあたっては既存の保健システムを十分活用し、あくまで側面的な支援を行うことで事業終了後も事業関係者（州保健局、保健行政区、保健センター、郡政府など）自身が主体的かつ継続的に対象地の保健サービス向上に取り組んでいけるよう配慮する。裨益人口はキリボンおよびコー・アンデート保健行政区内に住む 239,656 人である。</p> <p>The project aims at reducing maternal and child morbidity and mortality in Kirivong and Koah Andaet Operational Districts, Takeo Province. We support trainings about Maternal, Newborn, Child Health and Nutrition, construct rainwater tanks and latrines at health centers, and improve feeding practices at household to reduce child malnutrition.</p>
(2) 事業の必要性（背景）	<p>(ア) 事業実施国における一般的な開発ニーズ</p> <p>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14.0%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 1,384 ドル（2017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（MDGs）を達成したとはいえ、妊産婦死亡率（出生 10 万対）161（2015 年）、5 歳未満児死亡率（出生 1,000 対）30.6（2016 年）は、依然としてアセアン諸国の中でも高い数値であり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。</p> <p>(イ) 申請事業の内容に至った背景</p> <p>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 MDGs を達成している。しかし 2014 年の人口保健調査（GDHS）によれば、5 歳未満児死亡率（出生 1000 対）及び乳児死亡率（出生 1000 対）はプノンペンではそれぞれ 23 人、17 人に対し、本事業の対象地であるタケオ州はそれぞれ 31 人、28 人⁴であり、都市部と農村部の格差は明らかである。</p> <p>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、都市部また</p>

¹ Asian Development Bank, *Basic Statistics 2018* <https://www.adb.org/countries/cambodia/poverty> (2018/8/30 accessed)

² World Bank, *World Development Indicators* <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=KH> (2018/8/30 accessed)

³ World Health Organization, *World Health Statistics 2018* http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/ (2018/8/30 accessed)

は国境を接するベトナムへの出稼ぎ者が多い。数多くの親たちが乳幼児を祖父母に預けて出稼ぎに出ている。タケオ州の栄養不良率はカンボジア国内でも高く、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・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実施した調査(2015年)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%のみであった。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%)⁴。

事業対象地の保健施設26箇所(保健センター24箇所とヘルスポスト2箇所)については、予算不足のため村々への巡回診療(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。

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がない州であった。タケオ州ではユニセフやBuddhist for Healthといった他団体が栄養改善やコミュニティ回轉資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。ワールド・ビジョン・ジャパン(以下WVJ)はWVICと協力し、本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。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。

本事業は保健従事者や地域住民への母子保健・栄養に関するトレーニングおよび啓発活動、水関連施設の建設、栄養改善活動などを通じて、「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」という上位目標達成に資することを目指し現在、2年次の活動を実施中である。

1年次は、対象地の保健センターおよびヘルスポストの看護師や助産師、また村落保健支援グループに対し、母子保健を中心とする各種保健トレーニングの機会を提供し彼らの能力を強化した。93村においてコミュニティ回轉資金を設立したことで、経済的に貧しい世帯の子どもたちや妊産婦であっても保健施設への交通費や入院中の食費

⁴ Cambodia Demographic and Health Survey 2014 <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR226/SR226.pdf> (2018/8/30 accessed)

を賄うことができ、保健サービスによりアクセスしやすくなった。さらに水浄化システム 2 基、貯水タンク 9 基、トイレ 2 基を建設したことで、保健施設の水衛生状況も改善された。また 19 村において 200 人を超える 3 歳未満児とその母親・保護者が栄養改善活動に参加し、「人生最初の 1000 日」に十分な栄養を取れる適切な食事を準備し、継続的に摂取していくことの大切さを具体的に学んだ。

これらの活動の成果を、2 年次・3 年次にさらに他の村々にも広め、上位目標の達成に引き続き貢献していく。

●「持続可能な開発目標(SDGs)」との関連性

SDGs における以下の目標及びターゲットへの貢献を目指す。

目標 2. 飢餓を終わらせ、食料安全保障及び栄養改善を実現し、持続可能な農業を促進する。

2.2 5 歳未満の子どもの発育阻害や消耗性疾患について国際的に合意されたターゲットを 2025 年までに達成する等、2030 年までにあらゆる形態の栄養不良を解消し、若年女子、妊婦・授乳婦及び高齢者の栄養ニーズへの対応を行う。

※カンボジアは 2014 年時点で 5 歳未満児の低体重率 23.9%、発育阻害率 32.4%、消耗症率 9.6%⁵。

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 2015 年時点で 161 人⁶。

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 2016 年時点で新生児死亡率は 16.2 件、5 歳未満児死亡率は 30.6 件⁷。

目標 6. すべての人々の水と衛生の利用可能性と持続可能な管理を確保する。

6.2 2030 年までに、すべての人々の、適切かつ平等な下水施設・衛生施設へのアクセスを達成し、野外での排泄をなくす。女性及び幼児、ならびに脆弱な立場にある人々のニーズに特に注意を払う。

⁵ Cambodia Demographic and Health Survey 2014

<http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR226/SR226.pdf> (2018/8/30 accessed)

⁶ World Health Organization, *World Health Statistics 2018* http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/ (2018/8/30 accessed)

⁷ 同上

	<p>●外務省の国別開発協力方針との関連性 対カンボジア王国、国別開発協力方針は「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）達成にむけた保健医療・社会保障分野における取組を推進する」と明記している。本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などと密接に協力し、母子保健サービスの利便性とサービスの質を改善し、貧困層を含む全ての人々が適切な保健医療サービスを必要な時に、支払い可能な費用で受けられるよう取り組んでおり、上記方針に合致している。</p> <p>●「T I C A D VIにおける我が国取組」との関連性 本事業は該当しない。</p>
(3) 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
(4) プロジェクト目標	キリボンおよびコー・アンデート保健行政区において、母子保健サービスの利便性とサービスの質が改善されると共に、0-36 月齢の乳幼児における栄養不良率が下がる
(5) 活動内容	<p>本事業は「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」ことを上位目標とし、3 年間にわたり実施する活動の 3 年次である。4 つの郡にまたがる 2 つの保健行政区において、24 の保健センターと 2 つのヘルスポスト、および 290 村（3 年間の合計数）を対象に、今年度は以下の活動を行う。</p> <p>【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</p> <p>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></p> <p>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。3 年次は 26 保健センターおよびヘルスポスト職員、36 村を対象）</p> <p>① 村落保健支援グループ対象の Baby Friendly Community Initiative 研修、スーパービジョン研修、フォローアップ会合</p> <p>② 保健センター職員対象の出産準備に関する研修</p> <p>③ 保健センター助産師対象の出産間隔研修</p> <p>④ 村落保健支援グループ、郡およびコミュニティ女性・児童委員対象の栄養研修</p> <p>⑤ 保健行政区職員、保健センター対象の予防接種研修（予防接種の種類、時期、回数などを確認・徹底する座学研修）</p> <p>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（3 年次は村落保健支援グループによる地域住民へのカウンセリングと家庭訪問のモニタリング）</p> <p>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。3 年次は各活動を年 2～3 回）</p> <p>① スーパービジョンの実施</p> <p>② コーチングの実施</p> <p>③ 「重度急性栄養不良児への対応」に関する定期スーパー</p>

	<p>ビジョン／コーチング実施</p> <p>④ 「重度急性栄養不良児への対応」に関する定期ミーティング</p> <p>⑤ 新生児蘇生法に関するスーパービジョン／コーチング実施（1, 2年次に新生児蘇生法を学んだ保健医療スタッフに対するヒアリングと助言、および出産記録など所定書類の確認等を行う）</p> <p>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。3年次は年1回×243村）</p> <p><変更点></p> <p>当初の計画では事業地の全290村を対象としていたが、3年次はこのうち既にワールド・ビジョン（以下WV）が自己資金で地域開発プログラム（Area Development Program. 以下ADP）を展開する47村を除く243村を対象とすることにした。</p> <p>1.1.5 保健サービス関係者定期ミーティング実施（1-3年次実施。3年次は年3回）</p> <p>① 定期ミーティングの実施</p> <p>② 定期振り返り会合の実施</p> <p>1.1.6 保健センター運営委員会実施（1-3年次実施。3年次は年2回）</p> <p>1.1.7 緊急搬送時に活用できる資金として、コミュニティ回転資金を設立する（1年次：93村、2年次：62村、3年次：62村）</p> <p>① オリエンテーション（地域リーダー対象）</p> <p>② オリエンテーション（村レベル対象）</p> <p>③ 定期会合</p> <p>※貧困世帯であっても、保健施設受診のための交通費を賄えるよう、また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回転資金である。</p> <p>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）</p> <p>1.1.9 郡知事とコミューン議会との定期ミーティング（2-3年次実施。年3回）</p> <p><変更点></p> <p>2年次から新たに追加。事業関係者が活動を主体的に且つ円滑に進めていくためには、州保健局や保健行政区だけでなく地域開発全般を担う郡政府やコミューン議会をより積極的に巻き込む必要がある。事業地における保健分野の課題について、プロジェクト・チームが郡知事およびコミューン議会と直接共有し解決方法を探っていく場とする。これにより対象地の行政府と立法府による保健課題への理解が深まり、主体性の強化及び中長期的には事業終了後の自立発展性に資することが期待される。</p> <p>1.1.10 コミュニティにおける包括的小児疾患管理方法に関するトレーニング（2-3年次実施。年1回）</p> <p><変更点></p> <p>2年次から新たに追加。ベースライン調査の結果、事業地では下痢症を抱えた子どもが適切な対応を受けた割合が30.8%と非常に低いことが分かった。下痢症、急性呼吸器疾患、麻疹等の乳幼</p>
--	--

児死亡の主要因と罹患の背景にある栄養失調に対して、コミュニティ（家庭）レベルで適切に対応できるよう本活動を追加する。対象は保健行政区職員、保健センターおよびヘルスポスト職員、村落保健支援グループ員等。

1.1.11 保健行政区と保健センター職員への保健情報システムに関するトレーニング（2-3 年次実施。年 2 回）

<変更点>

2 年次から新たに追加。カンボジアでは保健情報システムが 1995 年に導入されている。保健センターやリファラル病院等から郡保健局、州保健局を通じて保健省へと提出される月例報告書式に沿って収集された情報が保健省レベルで集計、分析、使用されている。しかし事業地では保健センター職員の多くが同システムの使用方法を理解しておらず、数値の誤入力やデータの欠落等が頻発しているため、データが正確性に欠ける結果となっている。保健行政区と保健センター職員がシステムの使用方法を理解し、保健情報を的確に伝達できるようトレーニングを実施する。

1.2 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

1.2.1 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：24 村）

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。3 年次は 24 村の母親支援グループを対象）

※活動 1.1.1 を兼ねる。

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（1-3 年次実施）

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：年 3 回×243 村、2 年次：年 3 回×211 村、3 年次：年 3 回×192 村）

1.2.6 6-24 月齢の幼児への微量栄養素の配布促進（1-3 年次実施）

※カウンターパートが中心となって実施する。

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。3 年次は年 1 回×4 郡×約 200 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）

※カウンターパートが中心となって実施する。

1.3 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（3 年次受益者：89,400 人）

1.3.1 水関連の調査（1-3 年次に実施）

<変更点>

当初、水関連の調査は 1 年次のみ実施としていたが、刻一刻と変化する現場の状況に対応できるよう、毎年、建設を開始する前に保健センターの状況を調査することとする。

1.3.2 水浄化システム設置

（1 年次：1 箇所、2 年次：2 箇所、3 年次：0 箇所）

※溜池等の水を浄化し、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）。

<変更点>

3年次の設置数を当初計画の2箇所から0箇所に変更した。2018年以降、民間業者が保健センター2箇所を含む地域一帯に給水システムを整備する計画があるため、水浄化システムの支援は取り止めることとする。

1.3.3 雨水タンク設置

(1年次：9箇所、2年次：10箇所、3年次：5箇所)

<変更点>

3年次の設置数を当初計画の7箇所から5箇所に変更した。各保健センターの利用者数と既存の雨水タンク数に基づき、支援が最も必要な保健センターを再検討した結果、設置場所を2箇所減らすこととした。

1.3.4 トイレと手洗い場設置

(1年次：2箇所、2年次：5箇所、3年次：2箇所)

<変更点>

3年次の設置数を当初計画の6箇所から2箇所に変更した。調査の結果、4箇所についてはトイレの新設ではなく修理が必要であることが分かり、保健行政区や保健センターの予算を利用して修理をするよう促した。結果、同4箇所については本事業予算を使用してのトイレ設置は取りやめることとした。

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：9箇所×2回、2年次：9箇所×2回、3年次：7箇所×2回)

※保健センタースタッフに対して、WVカンボジア事務所の水・衛生担当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。

<変更点>

各種水施設・トイレの設置数と場所の変更に伴い、3年次のトレーニング対象となる保健センターの数が6箇所から7箇所に変更となった。

【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

2.1 SKL モデル（別紙参照）を通して乳幼児栄養不良を予防する

2.1.1 地域の3歳未満児のうち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。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）

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）

※活動1.2.5を兼ねる。

2.1.4 乳幼児ケアの実践例（栄養食、生活習慣等）の学び会を実施する（1-3年次実施。年3日間×4回）

	<p>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。年 16 村を対象)</p> <ol style="list-style-type: none"> ① SKL チーム向けトレーニング ② コミュニティにおけるトレーニングとフィールド実習 ③ 体重測定モニタリング <p>○終了時評価および評価報告会の実施</p> <p>1 年次に実施したベースライン調査時の指標に基づき、本年度第 3 四半期以降に終了時評価を行い、事業の成果を確認する。</p> <p>本調査は、保健省傘下の現地機関 (National Institute of Public Health) と、WV 内の評価調査担当オフィサー、保健テクニカル・オフィサー、水・衛生テクニカル・オフィサーの協力のもとに実施する。調査票の作成と定量的・定性的データの収集 (地域内世帯調査及びフォーカス・グループ・ディスカッションなど) は WV が行い、現地機関は定量的データ収集用質問票のレビュー、データ分析、報告書作成、分析結果のプレゼンテーションおよび資料作成等を担う。</p> <p>また 2020 年 1 月までに評価結果のシェアリング会合 (評価報告会) を実施し、関係者と共に、事業終了後の持続発展性に資する振り返りを実施する。</p> <hr/> <p>直接裨益人口 : 16, 831 人</p> <p>(内訳) 妊産婦 6, 538 人、2 歳未満児 9, 480 人 保健センター職員 233 人、村落保健支援グループ 580 人 ※なお 3 歳未満児の人数については統計がなく、推計で約 14, 200 人と考えられる。</p> <p>間接裨益人口 : 239, 656 人 (キリボンおよびコー・アンデート保健行政区の人口) ※上記直接裨益人口を含む</p>
<p>(6) 期待される成果と成果を測る指標</p>	<p>【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</p> <p>指標</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 回以上の産前健診を受けた妊婦の割合が、ベースライン数値 (75.1%) から 7% 増加する。(3 年次は 3%) • 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割合が、ベースライン数値 (83.9%) から 5% 増加する。(3 年次は 2%) • 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 月齢の幼児の割合が、ベースライン数値 (88.4%) から 5% 増加する。(3 年次は 2%) • 下痢発症時に正しい対処法を受けた 2 歳未満児の割合が、ベースライン数値 (30.8%) から 10% 増加する (3 年次は 5%) • 2 歳未満児の母親のうち産後 6 週間以内に鉄剤および葉酸剤を摂取した母親の割合が、ベースライン数値 (29.1%) から 10% 増加する (3 年次は 5%)

	<p>【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</p> <p><u>指標</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 体重測定活動に参加した 60%の乳幼児が 1 年後には栄養不良状態を脱する。(3 年次は 60%) <p>すべての指標について、ベースライン調査(1 年次第 1 四半期)および終了時評価(3 年次第 4 四半期)を行う。また、簡易な形で年度末評価を行うことにより、達成度の確認および活動内容の改善を図る。</p>
(7) 持続発展性	<p>本事業では保健行政区、保健センターおよびヘルスポストの職員、村落保健支援グループなどに対して実施する各種トレーニングについて、全てカンボジア王国保健省のマニュアルを用い、講師も WV スタッフではなく保健省、タケオ州保健局、保健行政区などの職員が務める。既存の保健システムを十分活用し、あくまで側面的な支援活動を行うことで、事業終了後も事業関係者(州保健局、保健行政区、保健センター、郡政府など)自身が主体的かつ継続的に対象地の保健サービス向上に取り組んでいくことができるよう配慮する。</p> <p>全ての活動において事業関係者と緊密に協力し、常に連絡・調整をしながら彼らの主体性を最重視した上で計画を策定し実行へと移す。WV が単独で活動を実施するというのではなく、関係者一同が活動内容を事前に理解し納得し合意するプロセスを踏む。</p> <p>事業の進捗については 1 年次より月例のタケオ州保健セクター技術作業部会をはじめ、折々に各郡政府やタケオ州政府に対して口頭ならびに文書にて報告し、WV が現地行政と協働で実施した事業成果として認識されている。キリボン保健行政区長の Dr. Mech Sambo からは、「WV が本事業を通じて実施している活動は、本来は全て我々公的機関が果たすべき役割であり責任であることを忘れてはならない」と保健センター職員の前で述べたこともあり、パートナーである保健行政関係者にも活動に対する意識付けがなされている。</p> <p>水関連施設(水浄化システム、貯水タンク、トイレ)の建設については、建設開始前に WV および業者による保健センター運営委員会に対する詳細な説明、建設後にはメンテナンス・トレーニングを実施し、各保健センターおよびヘルスポストが責任を持って管理できるよう体制を整える。</p>