

2. 事業の目的と概要

(1) 事業概要	本事業はカンボジア北部のプレアビヒア州の4郡（チェイサエン、チャエブ、トゥベンミエンチャイ、クレン）において、「子どもたちの健康・栄養状態が改善する」という上位目標達成に資することを目指す。保健従事者や地域住民への母子保健・栄養・水衛生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、健康な生活の基礎となる安全な水や清潔な衛生環境を整えるため、地域には給水システムを建設し、トイレを普及する。また PD Hearth モデル¹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、6-36 月齢の乳幼児の栄養不良率を下げる。実施にあたっては事業関係者（州保健局、州農村開発局、保健行政区、保健センター、郡政府等）にあくまで側面支援を提供することで、事業終了後も彼ら自身が主体的かつ継続的に対象地の保健・水衛生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4郡に住む118,585人である。 The project aims to contribute to increasing healthy and well-nourished children in 4 districts, namely Chey Saen, Chhaeb, Tbeng Meanchey and Kuleaen, of Preah Vihear Province in Cambodia. The project will conduct trainings and awareness sessions about Health, Nutrition and WASH (Water, Sanitation and Hygiene), construct water supply and treatment system in communities, promote latrines among households, and improve feeding practices by PD Hearth model to reduce malnutrition among children under the age of three. We will only provide support to our partners (Provincial Health Department, Provincial Department for Rural Development, Operational Districts, Health Centers and District Governments) so that they can proactively and continuously work on improving services on health and WASH even after the project ends. The estimate number of beneficiary (both direct and indirect) is 118,585, the total population of 4 districts.
(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（以下、カンボジア）は、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²。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³。また母子保健に関するミレニアム開発

¹ 同じ地域に暮らし、同様な課題を抱えているにもかかわらず、その課題をよりうまく解決する人がいるが、彼らの優れた行動（PD: Positive Deviance）を発見し、そこから学び、各家庭（Hearth）で実践することで、地域内の栄養不良を予防・改善していこうとする活動が PD Hearth である。具体的には、栄養不良の原因や結果、栄養に関する基礎知識、地元で入手可能な食材を使用した栄養価が高く、バランスのとれた食事の調理方法、家庭での衛生改善等について、母親・保護者と共に学び、実践している。

² Asian Development Bank, *Basic Statistics 2018* <https://www.adb.org/countries/cambodia/poverty> (2019/4/25 accessed)

³ World Bank, *World Development Indicators* <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=KH> (2019/4/25 accessed)

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る⁴。また、5 歳未満児の栄養不良率は高く、2014 年時点で、発育阻害 32.4%、低体重 23.9%、消耗症 9.6%であり⁵、SDGs 目標達成に向け引き続き母子保健・栄養分野での改善努力が必要とされている。

(イ) 申請事業の内容に至った背景

プレアビヒア州は、カンボジア国内でも特に子どもたちの健康が脅かされている場所である。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 MDGs (ミレニアム開発目標) を達成し、母子保健分野では大きな改善が見られている。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) 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プレアビヒア州はそれぞれ 79 人、70 人であり、国内でも格差が非常に大きいことが分かる。

事業対象地には保健センター 11 箇所とヘルスポスト 8 箇所が存在するが、職員は研修の機会を十分得られておらず、サービスの質は低いと住民から信頼を寄せられていない。また、予算不足のため村々へのアウトリーチ活動 (保健・栄養啓発活動、栄養不良児のモニタリング等) を十分実施することもできていない。地域保健システムが機能するためには、住民にとって一番身近な存在である村落保健支援グループ⁶と保健センター・ヘルスポストと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保健分野に関して十分な知識や情報を備えておらず、住民への啓発活動や妊婦・栄養不良児等の保健施設へのリファラルを行っていないのが現状である。プレアビヒア州では産前・産後健診や保健センター職員や村落保健支援グループによる家庭訪問を受けたことのない妊婦が未だに数多くいる。2014 年の人口保健調査 (CDHS) によれば、伝統的産婆 (TBA: Traditional Birth Attendant) の介助により、家庭でリスクを伴う出産をする女性は 45.4%にも及んだ (全国平均は 10.7%)。また、母親の知識・意識不足や村落保健支援グループによるフォローアップが欠如しているため、必要な予防接種を受けられていない子どもたちも珍しくない。本事業では現状を改善すべく、各村の村落保健支援グループ、いくつかの村を管轄する保健センター・ヘルスポスト職員、また州全体での保健行政を担う保健行政区や州保健局職員といった各レベルにおい

⁴ World Health Organization, *World Health Statistics 2018*

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/ (2019/4/25 accessed)

⁵ Cambodia Demographic and Health Survey 2014

<http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR226/SR226.pdf> (2019/4/25 accessed)

⁶ 他国ではコミュニティ保健ボランティア (Community Health Worker) と呼ばれる。カンボジアでは通常、各村において 2 名 (うち 1 名は村長) がこの任に就き、村の中で保健サービスが必要としている人々 (特に妊婦や子どもたち) の状況を把握し、住民に産前産後健診や予防接種等を受けるよう促し、必要な際には保健センター・ヘルスポストへ搬送するといった役割が期待されている。

て、保健従事者を対象とした各種研修を通じて能力強化に努める。

5 歳未満児の死因の 45%は栄養不良に関連していると言われ⁷、その対策は喫緊の課題である。カンボジアの栄養不良は他の東南アジア諸国と比較しても深刻であり、政府は 5 カ年国家戦略 “Fast Track Road Map for Improving Nutrition 2014-2020” を策定し、栄養不良の解消に向けて注力している。特にプレアビヒア州の 5 歳未満児栄養不良率は国内でも最悪レベルであり、栄養不良の予防・改善へのニーズは極めて高い。2014 年時点で、44.3%が発育阻害（全国平均 32.4%）、30.7%が低体重（全国平均 23.9%）、13.8%が消耗症（全国平均 9.6%）である⁸。本事業では PD Hearth モデルによる活動を実施し、親・保護者の間で栄養に関する正しい知識が広まり、栄養不良児の状態を改善し、新たな栄養不良児を予防できるよう取り組む。

子どもたちの健康・栄養状態の改善を実現するためには、安全な飲用水、清潔な衛生設備（トイレ）へのアクセス改善が欠かせない。開発途上国で発生する下痢のうち約 70%は食べ物を媒介している⁹と言われているが、家庭において手洗いの習慣がなく、汚水を使用し、地域でも屋外排泄が広く行われているような環境では、子どもたちの口から病原菌が体内に入り、下痢になりやすい。下痢を繰り返していると、せっかく摂取した栄養素は体外へと流れて出てしまい、慢性的な栄養不良へとつながる恐れがある。栄養不良のうち 50%は貧弱な水衛生環境による感染症に起因していると言われ、発育阻害の第二番目の主因として不衛生な環境を挙げる研究もある¹⁰。プレアビヒア州における水衛生設備の整備は国内で最も遅れており、州農村開発局のデータ（2017 年）によれば、安全な水を手に入れる世帯は 71%、改善された衛生設備（トイレ）を利用する世帯はわずか 35%に止まる。この状況を背景とし、同州における 5 歳未満児の下痢罹患率は 19.3%と非常に高い（全国平均は 12.8%）¹¹。子どもたちが健康に力強く成長していくためには、栄養面に配慮するだけでは不十分であり、彼らが安全な水や清潔なトイレを使用し、衛生的な家庭や地域で暮らせるようになることが不可欠である。本事業では、浄水システムで浄化した水を各世帯までパイプラインで届ける給水システムを整備し、CLTS¹²という住民主導型のアプローチによりトイレ建設を促進し、また下痢発症時の正しい対処方法が住民の間に定着し、実践されるよう啓

⁷ Global Nutrition Report 2016

<https://globalnutritionreport.org/reports/2016-global-nutrition-report/> (2019/4/25 accessed)

⁸ Cambodia Demographic and Health Survey 2014

<http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR226/SR226.pdf> (2019/4/25 accessed)

⁹ Curtis A. et al, *Hygiene: new hopes, new horizons*. The Lancet Infectious Diseases. 2011;11(4):3

¹⁰ Water Aid, Share, Action Against Hunger, *The recipe for success : how policy makers can integrate water, sanitation and hygiene into actions to end malnutrition*

https://www.wateraid.org/jp/sites/g/files/jkxooof266/files/The_recipe_for_success_English.pdf (2019/4/25 accessed)

¹¹ Cambodia Demographic and Health Survey 2014

<http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR226/SR226.pdf> (2019/4/25 accessed)

¹² Community Led Total Sanitation: 屋外排泄を根絶するための行動変容の手法。各村のボランティアによる衛生行動グループ (SAG) が住民を対象に啓発活動や家庭訪問等を行い、支援機関ではなく住民自身が労力や建設費を担い、トイレを建設することを目指す。

発活動を実施する。

本事業は、上記の通り保健・栄養・水衛生におけるニーズが国内で最も大きい地域の一つであるプレアヴィヒア州の状況を包括的に改善し、「事業対象地における子どもたちの健康・栄養状態が改善する」という上位目標達成に資することを目指す。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・カンボジア（以下 WVIC）と協力し、カンボジア南部のタケオ州にて包括的な母子保健・栄養事業を実施中であり（2017 年 3 月～2020 年 2 月）、この先行事業で得た知見を本事業においても十分活用する。また WVIC はプレアヴィヒア州において自己資金による地域開発プログラム（ADP：Area Development Program）を長年に亘って実施しており、その過程で築いてきた現地関係者との緊密な信頼関係を土台として、またさらに発展しつつ事業を展開していく。

●「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 年までに達成するなど、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処を行う。

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。

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。

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。女性及び女児、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。

	●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等と密接に協力し、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。 ●「TICAD VIにおける我が国取組」との関連性 本事業は該当しない。
(3) 上位目標	事業対象地における子どもたちの健康・栄養状態が改善する。
(4) プロジェクト目標 (今期事業達成目標)	事業対象地において、母子保健・栄養・水衛生に関して親・保護者の知識と行動が改善されると共に、家庭や地域において安全な水や衛生設備へのアクセスが向上する。 (今期事業達成目標) 対象 30 村の 3 歳未満児をもつ親・保護者が、乳幼児に関する育児方法を学び、適切に実践する基盤が整う。給水システム建設の第 1 段階が完了する（貯水池 3 か所）。
(5) 活動内容	本事業は「事業対象地における子どもたちの健康・栄養状態が改善する」ことを上位目標とし、3 年間に亘り実施する。4 つの郡、1 つの保健行政区において、保健センター 11 箇所とヘルスポスト 8 箇所、および 104 村を対象に、今年度は以下の活動を行う。 ※本事業では医療行為は含まない。 【成果 1】子どもたちが感染症や病気から守られる（特に 5 歳未満児¹³および妊産婦を対象） 1.1 母子保健に関して親・保護者の知識や行動が改善する 1.1.1 保健施設職員を対象とした母子保健に関するトレーニング（1 年次のみ予定） 保健センターおよびヘルスポストで勤める職員 19 名（各施設から 1 名）を対象とし、産前産後ケア（ANC/PNC）、コミュニティにおける包括的小児疾患管理方法（C-IMCI）、親と乳幼児の栄養（MIYCN）等に関するトレーニングを実施する。 1.1.2 村落保健支援グループや郡およびコミュニティの女性児童委員等を対象とした母子保健に関するトレーニング（1-3 年次、各年次 30 村、合計 90 村対象）

¹³ 成果 1 では特に 5 歳未満児、成果 2 では 3 歳未満児と、異なる年齢の子どもたちを対象としている。成果 1 では保健施設職員（保健センター・ヘルスポスト職員）や地域保健ボランティア（村落保健支援グループ）の能力を強化し、彼らを介して 5 歳未満児が罹りやすい疾患（下痢、急性呼吸器疾患、デング熱、マラリア等）対策や予防接種の促進等に努める。それに対して、成果 2 では乳幼児の食事・栄養に焦点を当て、活動する。乳幼児は 3 歳までの間に著しく成長・発達する。とりわけ妊娠期から子どもが 2 歳を迎えるまでの「人生最初の 1000 日」の間に十分な栄養を摂取し、健康に発育できるよう支援する。

	活動 1.1.1 を受講した保健センター・ヘルスポスト職員が、保健行政区職員と共に講師を務め、母子保健に関するトレーニングを実施する。対象は村落保健支援グループ (VHSG : Village Health Support Group¹⁴)、郡およびコミュニティの女性児童委員、また母親支援グループ等である。 1.1.3 保健施設職員と村落保健支援グループによるアウトリーチ活動の計画作りと振り返り (1-3 年次、各年次 30 村、合計 90 村対象) 保健センター・ヘルスポスト職員ならびに村落保健支援グループが、各村を巡回するアウトリーチ活動を定期的に行うことができるよう計画作りや活動を振り返るための協議の場を設ける (各年次 78 名が参加予定)。アウトリーチ活動は、保健センターやヘルスポストから遠い場所に住んでおり、保健サービスにアクセスすることが難しい住民のために実施し、保健・栄養に関する啓発活動 (妊産婦や子どもの体調不良時の迅速な受診、医療機関で予防接種を受けることを勧める等) や各家庭においてどのような保健課題があるかのヒアリング等を含む。本事業 (WV) スタッフは啓発活動の実施のみであり、医療機関での活動には関わらない。 1.1.4 保健施設職員、村落保健支援グループ、郡およびコミュニティの女性児童委員等による母子保健に関する啓発活動 (1-3 年次、各年次 30 村、合計 90 村対象) 活動 1.1.1 および 1.1.2 でトレーニングを受けた保健センター・ヘルスポスト職員、村落保健支援グループ、郡およびコミュニティの女性児童委員等が、各村で住民 (各年次 450 名) を対象とした啓発活動を実施する。 1.1.5 保健施設職員、村落保健支援グループ、郡およびコミュニティの女性児童委員による家庭訪問 (1-3 年次、各年次 30 村、合計 90 村対象) 保健施設職員、村落保健支援グループ、郡およびコミュニティの女性児童委員 (各年次 78 名) が、地域内の妊産婦や乳幼児 (特に栄養不良児) を抱える家庭を訪問し、どの家庭に特別なケアが必要な住民がいるかを把握する。その後、定期的な家庭訪問で様子を確認し、必要な際には最寄りの保健センター・ヘルスポストに連絡をし、適時適切な保健サービスへのアクセスを促す。
--	--

¹⁴ 他国ではコミュニティ保健ボランティア (Community Health Worker) とも呼ばれる。カンボジアでは通常、各村において 2 名 (うち 1 名は村長) がこの任に就き、村の中で保健サービスが必要としている人々 (特に妊婦や子どもたち) の状況を把握し、住民に産前産後健診や予防接種等を受けるよう促し、必要な際には保健センター・ヘルスポストへ搬送するといった役割が期待されている。

1.1.6 母子保健・栄養・水衛生に関する啓発用教材の作成（1-3 年次）

保健従事者を対象としたトレーニングや地域住民を対象とした啓発活動に使用する教材・資料を作成する。保健センター・ヘルスポスト職員、村落保健支援グループに配布し、地域住民への啓発トレーニングに活用するほか、ポスター・チラシは事業対象地の家庭に配布し広く周知を図る。事業開始後、内容を州保健局や農村開発局とあらためて協議し、以下 10 種類の教材・資料の作成を計画している（括弧内は教材を使用予定である主な活動）。

- 母乳育児促進に関するポスター（活動 2.1.4、2.1.8）
- 乳幼児の食事に関するフリップチャート（活動 2.1.2、2.1.4）
- 産前ケア・カウンセリングカード（活動 1.1.1、1.1.2、1.1.4）
- 産後ケア・カウンセリングカード（活動 1.1.1、1.1.2、1.1.4）
- 下痢予防と対応に関するチラシ（活動 1.1.4）
- 下痢予防と対応に関するポスター（活動 1.1.4）
- 下痢罹患時の経口補水液・亜鉛剤使用に関するチラシ（活動 1.1.4）
- 下痢罹患時の経口補水液・亜鉛剤使用に関するポスター（活動 1.1.4）
- 急性呼吸器疾患・下痢の予防・対応に関するフリップチャート（活動 1.1.1、1.1.2、1.1.4）
- 成長曲線バナー（活動 2.1.3）

1.1.7 保健施設職員と村落保健支援グループの定期ミーティング（1-3 年次、各年次 30 村、合計 90 村対象）

保健センター・ヘルスポスト職員が定期的に（四半期毎を予定）村落保健支援グループを訪問し、村落保健支援グループが各地域で住民を対象に母子保健の知識と行動の普及を進めているかどうか確認し、各グループの状況や必要に応じて活動を支援する。

1.1.8 村落保健支援グループによる地域保健サービスに関する振り返りミーティング（1-3 年次、各年次 30 村、合計 90 村対象）

各村の村落保健支援グループ、コミュン女性児童委員、保健センター・ヘルスポスト職員（各年次 78 名）を一堂に集め、隔月で振り返りミーティングを開催する。この場で、各村での活動の成果や課題、保健センター・ヘルスポストで提供されるサービスにおいて改善が必要とされる点、本

事業の各活動の成果や課題等について協議、情報交換し、お互いから学び合う場とする。

1.2 地域住民が安全、安心な飲み水を利用できる

1.2.1 水源に関する技術アセスメント（1年次のみ予定）

本事業では3年間合計で7基の給水システムを建設する予定であり、その水源となる人口もしくは自然の溜池等の状況を再確認する。7基の給水システムにより、合計10,171人に安全な飲み水を提供できるようになる予定である。

1.2.2 行政、地域住民との準備ミーティング（1-3年次）

給水システムの機能、利点、浄水コスト、建設予定地等について、行政（郡、コミューン、村）職員、代表者、地域住民に説明をし、建設工事開始前に十分な理解と合意を得る。地域住民からの資源（労力や経済的貢献）提供も促し、WVだけが単独で進めるのではなく、住民と共にプロセスを進めていく。

1.2.3 水管理委員会の設立と能力強化研修（2-3年次）

建設地（村）の中で有志による水管理委員会¹⁵を設立し、州農村開発局、郡やコミューン職員、WVの水衛生専門スタッフ等による能力強化研修を実施する。研修では、水管理委員会の役割と責任、給水システムの機能、維持管理方法について学ぶ。

1.2.4 給水システム（貯水池、給水塔、浄水システム）の整備（1-3年次、合計7箇所）

給水システム全体の建設には完了までに1年以上を要すること、また雨期（5-11月）は作業を進めづらいため、以下の通り、各年度で工程を分けて、工事を進めていく予定である。

	貯水池 （水源）	給水塔	浄水シ ステム	給水パ イプ	水質 検査
1年次	3	0	0	0	0
2年次	4	5	5	2	5
3年次	0	2	2	5	2
合計	7	7	7	7	7

¹⁵ 水管理委員会は給水システム1基につき、1委員会を設立する。WVが他地域で設立した同様の委員会について言えば、6-7人の住民から成り、施設の維持管理を担う。また給水パイプを各世帯に接続した後は、毎月の使用料を各世帯から徴収し、それを基に維持管理費用を賄ったり、給水システムに係る財政管理も担う。

1 年次に整備する貯水池 3 箇所については、事業実施時の事業地の状況に基づき、現地行政（郡およびコミューン）や農村開発局と協議の上、以下 5 箇所の中から選ぶ。これら 5 箇所については、既に自己資金にて事前調査を実施した場所である。

- Tbeng Meanchey 郡、Prome コミューン、Srae Prang および Boh Thum 村
- Chhaeb 郡、Mluprey II コミューン、Bos 村
- Chey Saen 郡、Putrea コミューン、Peuk および Chres 村
- Kuleaen 郡、Thmei コミューン、Troa Keat 村
- Kuleaen 郡、Kuleaen Cheung コミューン、Pyuor Chruk 村

貯水池整備の場所を決定した後、WV スタッフが住民を対象に給水システムに関して詳細に説明すると共に住民からの具体的な協力を募る。協力内容としては、土地の供与、貯水池の周囲に張り巡らすフェンスの設置費用や労力の負担等を想定している。住民と合意形成ができ次第、村、コミューン、郡の代表者宛てに、水管理委員会が貯水池整備に関する申請書を作成し、彼らから正式に承認を得る。並行して、WV 内部では業者の選定、契約の締結を行い、施工前には水管理委員会、村、コミューン、郡の代表者等を対象として、WV の水衛生専門スタッフによる工事に関するオリエンテーション（図面、工程、工期等に関して）を行う。工事が完了するまでのモニタリングは、水管理委員会が WV スタッフと協力して行う。

1.2.5 給水パイプの敷設（2-3 年次、合計 7 箇所）

貯水池、給水塔、浄水システムのある場所から、集落の中心部をつなぐ給水パイプを敷設する。WV が過去に他地域で実施した同様の事業例から、住民の自主性に任せることが肝要であるという学びに基づき、給水パイプから各世帯への接続は住民の経済的負担で行われるよう促す。

1.2.6 水質検査の実施（2-3 年次、合計 7 箇所）

本事業で支援する給水システムにより供給される浄水が、確実にカンボジア国内の水質基準を満たすよう水質検査を実施する。

1.2.7 水の処理（濾過や煮沸等）や家庭での貯水方法に関するトレーニング（2-3 年次）

州農村開発局職員が講師を務め、水管理委員会や後述する衛生行動グループ（SAG）のメンバーを対象に、水の処理（濾過や煮沸等）や家庭での貯水方法に関するトレーニングを

	実施する。 1.2.8 水の処理（濾過や煮沸等）や家庭での貯水方法に関する地域啓発活動（2-3 年次） 活動 1.2.7 でトレーニングを受けた水管理委員会や後述する衛生行動グループ（SAG）のメンバーが水の処理（濾過や煮沸等）や家庭での貯水方法に関して、各村で啓発活動を実施する。 1.2.9 給水システムの維持管理・運営の先行事例を学ぶための視察研修（3 年次） 本事業終了後も、水管理委員会による給水システムの維持管理・運営が円滑に、持続的に行われていくように、同じように農村部において給水システムの維持管理・運営が既に数年間行われている地域を訪問し、当地の水管理委員会による実践例から学ぶ機会を設ける。視察地については、州農村開発局とも協議し決定する。 1.2.10 給水システムの維持管理・運営に関する定期ミーティング（2-3 年次） 2 年次、3 年次に給水システムが完成した後、水管理委員会による維持管理・運営について月例ミーティングにおいて確認し、必要な対応策を協議する。ミーティングには水管理委員会だけでなく、WV スタッフ、地方行政（郡やコミュニティ）も参加する。 1.3 <u>CLTS（地域主導の包括的衛生改善活動）を通じてより多くの世帯が改善された衛生設備を利用できる</u> 1.3.1 村の衛生状況に関する参加型アセスメント（1 年次 10 村、2 年次 11 村、合計 21 村） CLTS（Community Led Total Sanitation）とは、屋外排泄を根絶するための行動変容の手法である。WV ではなく住民自身が労力や建設費を担い、トイレを建設することを目指す。住民参加型アセスメントでは、村の中でどの世帯がどのような種類のトイレ（個別か共有か）を有しているかを調べ、マッピングする。本事業では CLTS を 21 村で実施し、3 年間合計で 18,651 人が暮らす地域の衛生状態を改善する計画である。 1.3.2 衛生行動グループ（SAG¹⁶）の設立と CLTS に関するトレー
--	--

¹⁶ Sanitation Action Group: 各村で選出されるボランティアによるグループで、CLTS に関するトレーニングを受け、屋外排泄根絶のために住民にトイレ建設を促し、啓発活動を通じて村全体の衛生環境改善に取り組む。

ニング (1 年次 10 村、2 年次 11 村、合計 21 村)

各村で衛生行動グループ (Sanitation Action Group) を組織する。メンバーはボランティアであり、CLTS に関するトレーニングを受け、屋外排泄根絶のために住民にトイレ建設を促し、啓発活動を通じて村全体の衛生環境改善に取り組む。

1.3.3 CLTS の実施 (トリガリング) (1 年次 10 村、2 年次 5 村、3 年次 6 村、合計 21 村)

CLTS 全体の中で最も重要なステップはトリガリングと呼ばれ、村の中で住民を一堂に集め、現在の不衛生な状況と、トイレの必要性についてワークショップ形式で説明する。このトリガリングによって住民自身がトイレの必要性に気づき、トイレ建設の決意表明を行うことが期待される。

1.3.4 トイレ建設のためのパートナーの選定 (1-3 年次)

CLTS においては、基本的に住民自身が自らの経済的負担で資材を購入する (貧困層には事業が資材の一部を補助する)。民間業者や他の NGO、またはマイクロファイナンス業者等、住民に対して有利な条件で資材を提供してくれるパートナーを選定し、住民とつなげる。

1.3.5 地域清掃キャンペーンの実施 (2 年次 10 村、3 年次 11 村、合計 21 村)

地方行政 (郡、コミューン、村の職員)、衛生行動グループ (SAG)、村落保健支援グループ、地域の若者等を動員して、村において清掃キャンペーンを実施する。

1.3.6 CLTS の進捗確認のための定期ミーティング (2-3 年次)

地方行政 (郡、コミューン、村の職員)、衛生行動グループ (SAG)、村落保健支援グループと共に月次ミーティングを開催し、各村における CLTS の進捗状況 (トイレ建設がどの程度進んでいるか) を確認する。

1.3.7 「屋外排泄ゼロ」を達成した村の表彰 (2-3 年次)

住民全てがトイレを使用することができた村を表彰し、州農村開発局により屋外排泄根絶を達成したことの認定を行う。

1.3.8 地域における衛生啓発キャンペーン (2-3 年次)

地方行政（郡、コミューン、村の職員）、衛生行動グループ（SAG）、村落保健支援グループと共に手洗い励行、地域や家庭の衛生環境を整える大切さを啓発する。

**【成果 2】 親・保護者が乳幼児に適切な食事・栄養を与えている
（特に 3 歳未満児を対象）**

**2.1 乳幼児への食事・栄養の与え方について、親・保護者の知識
と行動が改善する**

**2.1.1 母親支援グループ（MSG）の設立（1-3 年次、各年次 30 村、
合計 90 村対象）**

女性児童委員と保健センター職員が住民との協議の上、各村において他の模範となるような母親（もしくは祖母）を選出し、母親支援グループ（Mother Support Group）として組織する。母親支援グループメンバーは基本的に 5 名とし、各村の他の親・保護者たちに乳幼児に関する保健知識を広め、後述する MIYCN が実践されるよう促進する役割を担う。

2.1.2 母親支援グループを対象とした MIYCN（母親と乳幼児の栄養）に関するトレーニング（1-3 年次、各年次 30 村、合計 90 村対象）

Maternal, Infant and Young Child Nutrition（MIYCN）とは、カンボジア保健省が採用する母親と乳幼児の栄養に関するアプローチである。妊娠期および授乳期に母親自身がしっかりと栄養をとること、産前・産後健診を受診すること、母乳育児のメリット、離乳食を与える時期や内容、家庭や地域の衛生環境を整えることの大切さ等について、母親支援グループを通じて地域住民の行動変容を促すことを目的としている。母親支援グループは活動 1.1.2 において、このトレーニングに参加する。

2.1.3 母親支援グループ、村落保健支援グループ等による地域の子どもたちの体重測定（1-3 年次、各年次 90 村対象）

事業対象地の村々（毎年 90 村を計画）において、栄養不良児を特定し、その割合を把握すべく、子どもたちの体重測定を行う。活動 2.2.3 と関連しており、この体重測定の結果に基づき、どの村で MIYCN（活動 2.1）もしくは PD Hearth（活動 2.2）を実施するかを判断する。

2.1.4 MIYCN に基づく啓発活動の実施と栄養不良児を抱えた家庭の訪問（1-3 年次、各年次 30 村、合計 90 村対象）

母親支援グループは各地域の親・保護者を対象とした啓発活動や個別の家庭訪問などを通して、地域住民の間で

MIYCN に関する意識と知識が向上するよう努める。この啓発活動を通じて地域住民自身が主体的に栄養不良児をいち早く発見し、重度の場合は保健センター・ヘルスポストまたは州都にあるリファラル病院へ搬送し、適切な治療を受けられるようになることを目指す。各年次 30 村 (450 名の住民、30 名の村長、60 名の村落保健支援グループ) を対象とする。

2.1.5 保健施設職員、コミュニオンおよび郡の女性児童委員と母親支援グループとの定期ミーティング (1-3 年次)

保健センター・ヘルスポスト職員 (各年次 10 名)、コミュニオンおよび郡の女性児童委員 (各年次 8 名) が MIYCN を実践する村々を訪問し、各村において母親支援グループの働きぶりを確認する。啓発活動が正しい知識や手法により実施されているか、参加する親・保護者にとって分かりやすい内容になっているか、母親支援グループが抱える課題や解決策は何か等、活動が継続的に、効果的に実施されていくよう改善を促すためのミーティングである。

2.1.6 コミュニオン活動計画・予算による栄養問題への取り組み開始へ向けたアドボカシー活動 (1-3 年次)

コミュニオンの年間活動計画や予算に栄養不良改善が組み込まれ、将来的に事業終了後も地域の中で栄養不良児の対応が継続的になされていくよう働きかける。

2.1.7 保健行政区、保健施設、郡およびコミュニオン女性児童委員、村落保健支援グループ等との地域の栄養不良問題に関するミーティング (1-3 年次)

一年に一度、事業対象地における保健・栄養に関わる主な関係者を一堂に集め、栄養不良問題に関する地域の現状、諸活動の成果、課題、今後に向けた改善策、来年度の計画策定等を協議し、共有する場を設ける (各年次 108 名対象)。

2.1.8 「世界母乳育児週間」に合わせた啓発キャンペーン (1-3 年次、各郡にて)

「世界母乳育児週間」(8 月 1 日～7 日) に合わせて啓発キャンペーンを実施する。キャンペーンでは母乳育児の大切さについてクイズなどを用い、地域住民 (特に妊産婦) の間で母乳育児がより実践されていくよう努める (各年次お合計 500 名参加見込み)。

2.2 PD Hearth モデルにより乳幼児の栄養不良を予防・改善する

2.2.1 事業スタッフを対象とした PD Hearth モデルに関するトレ

ーニング (1 年次のみ予定)

同じ地域に暮らし、同様な課題を抱えているにもかかわらず、その課題をよりうまく解決する人がいるが、彼らの優れた行動 (PD: Positive Deviance) を発見し、そこから学び、各家庭 (Hearth) で実践することで、地域内の栄養不良を予防・改善していこうとする活動が PD Hearth である。具体的には、栄養不良の原因や結果、栄養に関する基礎知識、地元で入手可能な食材を使用した栄養価が高く、バランスのとれた食事の調理方法、家庭での衛生改善等について、母親・保護者と共に学び、実践している。本活動では、事業スタッフ (7 名) を対象にこのモデルの詳細に関するトレーニングを実施する

2.2.2 州保健局職員、保健行政区職員、保健施設職員、村落保健支援グループ等を対象とした PD Hearth モデルに関するオリエンテーション (1-3 年次、各年次 12 村、合計 36 村)

活動実施時にファシリテーターとなる州保健局職員、保健行政区職員、保健施設職員、村落保健支援グループ等を対象とし、PD Hearth モデルについてトレーニングをする (各年次 51 名対象)。

2.2.3 各村における栄養不良児の特定と結果の共有 (1-3 年次、各年次 12 村、合計 36 村)

事業対象地の村々において、栄養不良児を特定し、その割合を把握すべく、子どもたちの体重測定を行う。その結果を関係者間で共有し、「6-36 月齢児 (3 歳未満児) のうち 30%以上が栄養不良もしくは栄養不良気味である村において、PD Hearth の実施を推奨する」という実施判断基準に基づき、どの村で PD Hearth を実施するかを協議し、決定する。毎年 12 村 (3 年間合計で 36 村) にて PD Hearth を実施する予定である。

2.2.4 PD Hearth メンバーの選定とトレーニングの実施 (1-3 年次、各年次 12 村、合計 36 村)

各村で PD Hearth 実施のためのボランティアを募り、住民との協議の下、メンバーを決定する。彼らには、ファシリテーターと協力して、PD Hearth マニュアルに基づく 10 日間の栄養教室を開催するだけでなく、その後も定期的な体重測定による子どもたちの健康状態のモニタリング、各家庭を訪問し、学びが実践されているかどうかの確認 (フォローアップ)、子どもたちの体重測定の記録の管理等、様々な働きを担ってもらう。これら一連の活動を円滑に実施できるように十分にトレーニングをする。

2.2.5 Positive Deviance (優れた行動)の共有と栄養豊富な食事の献立作成 (1-3 年次、各年次 12 村、合計 36 村)

栄養不良児を抱えた親・保護者と共に、村内のいくつかの家庭を訪問する。訪問した家庭はインタビュー、観察、Wealth Ranking (資産に基づく順位付け)、体重測定の結果等に基づき、以下 3 つのカテゴリーに分類し、Positive Deviance (優れた行動) を皆で発見し、共有する。

分類	家庭の経済状況	子どもの健康状態
①Negative Deviance (ND)	豊か	栄養不良
②Non-Positive Deviance (NPD)	貧しい	栄養不良
③Positive Deviance (PD)	貧しい	良好

また、栄養価計算の方法も学び、推奨カロリーや各栄養素 (主要栄養素および微量栄養素) の推奨量に基づき、地元で入手可能な食材を使用した食事の献立作りも行う。

2.2.6 栄養不良児を抱える親・保護者を対象とした PD Hearth セッションの実施と家庭訪問によるフォローアップ (1-3 年次、各年次 12 村、合計 36 村)

PD Hearth マニュアルに基づき、10 日間の栄養教育セッション (週末を挟むと 12 日間) を実施する。セッション中には栄養不良もしくは栄養不良気味の子どもたちも参加し、彼らには活動 2.2.5 で作成した献立に基づく栄養豊富な食事を調理し、提供する。10 日間のセッションを終えた後は、PD Hearth メンバーが定期的に各家庭を訪問し、子どもたちの健康状態のモニタリングや家庭での学びの実践状況を確認し、必要な際には助言を与える。本活動により想定している対象者 (3 歳未満児) 数は、各年次 180 人 (合計 540 人) である。毎年 12 村での活動を計画し、各村において 3 歳未満児 15 人 (およびその親・保護者) の参加を想定している。

2.2.7 定期的な体重測定実施による栄養不良児のモニタリング (新たな栄養不良児の特定や栄養不良児に関する体重測定データの管理も含む) (1-3 年次、各年次 12 村、合計 36 村)

PD Hearth では、活動に参加した子どもたちの体重を初日、10 日後、30 日後、90 日後、180 日後、365 日後と定期的に

	測定し、成長曲線に照らし合わせて彼らの発育状況を把握する。体重測定データは事業スタッフによる指導の下、PD Hearth メンバー、保健行政区ならびに保健センター職員、郡およびコムーニ女性児童委員等と共に適切に管理する。 以上の他、ベースライン調査および年度末評価を行い、事業対象地における母子保健・栄養・水衛生に関する現状および次項に記載した各成果目標の達成度の確認と活動内容の改善を図る。 • ベースライン調査 無作為抽出調査による定量データ、聞き取り調査による定性データを WV スタッフが収集し（7 日間）、外部コンサルタントにデータ分析および報告書作成を依頼する。データ収集にあたっては、WV カンボジアの評価調査担当オフィサーが中心となり、手法についてトレーニングを実施する（3 日間）。1 年次第 1-2 四半期に実施予定。 • 年度末評価 定量データ（二次データ収集もしくは無作為抽出調査を想定）および定性データ（聞き取り調査を想定）を WV スタッフが収集および分析する（合計 7 日間）。データ収集にあたっては、WV カンボジアの評価調査担当オフィサーが中心となり、手法についてトレーニングを実施する（1 日間）。1 年次および 2 年次末に実施予定。
	直接裨益人口：31,216 人 ＜内訳＞ • 保健、栄養、水衛生に関する研修を受講予定の保健施設職員および村落保健支援グループ：234 人（活動 1.1） • 給水システム建設予定地の人口：10,171 人（活動 1.2） • CLTS 実施予定地の人口：18,651 人（活動 1.3） • 啓発活動参加予定者：1,620 人（活動 2.1） • PD Hearth 参加予定の 3 歳未満児：540 人（活動 2.2） 間接裨益人口：118,585 人 ＜内訳＞ 事業が対象とする保健センター 11 箇所およびヘルスポスト 8 箇所の管轄地域に住む住民の数（妊婦 1,838 人、5 歳未満児 10,804 人含む）。上記直接裨益人口を含む。
(6) 期待される成果と成果を測る指標	【成果 1】子どもたちが感染症や病気から守られる（特に 5 歳未満児および妊産婦を対象） 指標 • 4 回以上の産前健診を受けた妊婦の割合について、ベースライン数値（暫定的に 47.4%）から 87.0%になることを目指す。(1

年次：57.4%、2年次：70.4%、3年次：87.0%達成を目指す

根拠：ワールド・ビジョン（WV）が実施した保健・栄養・水衛生に関するカンボジア全国調査（2018年）では、この指標のプレアビヒア州における値は47.4%（全国平均値78.9%）であった。WVはカンボジア人口保健調査（CDHS）の過去の結果やカンボジア政府の国家戦略・計画等を基に、2022年までの4年間で全国平均値を87.0%まで向上させる目標を設定した。本事業も47.4%（暫定値）から87.0%の達成を目指す。

- 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月齢の幼児の割合について、ベースライン数値（暫定的に67.9%）から91.0%になることを目指す。（1年次：72.9%、2年次：80.9%、3年次：91.0%達成を目指す）

根拠：WVが実施した保健・栄養・水衛生に関するカンボジア全国調査（2018年）では、この指標のプレアビヒア州における値は67.9%（全国平均値82.9%）であった。WVはカンボジア人口保健調査（CDHS）の過去の結果やカンボジア政府の国家戦略・計画等を基に、2022年までの4年間で全国平均値を91.0%まで向上させる目標を設定した。本事業も67.9%（暫定値）から91.0%の達成を目指す。

- 安全な水を利用できる世帯の割合について、ベースライン数値（暫定的に44.5%）から54.0%になることを目指す。（1年次：46.0%、2年次：49.0%、3年次：54.0%達成を目指す）

根拠：WVが実施した保健・栄養・水衛生に関するカンボジア全国調査（2018年）では、この指標のプレアビヒア州における値は44.5%（全国平均値46.5%）であった。WVはカンボジア人口保健調査（CDHS）の過去の結果やカンボジア政府の国家戦略・計画等を基に、2022年までの4年間で全国平均値を54.0%まで向上させる目標を設定した。本事業も44.5%（暫定値）から54.0%の達成を目指す。

- 改善された衛生設備（トイレ）を利用できる世帯の割合について、ベースライン数値（暫定的に42.9%）から88.0%になることを目指す。（1年次：49.0%、2年次：63.0%、3年次：88.0%達成を目指す）

根拠：WVが実施した保健・栄養・水衛生に関するカンボジア全国調査（2018年）では、この指標のプレアビヒア州における値は42.9%（全国平均値80.9%）であった。WVはカンボジア人口保健調査（CDHS）の過去の結果やカンボジア政府の国家戦略・計画等を基に、2022年までの4年間で全国平均値を88.0%まで向上させる目標を設定した。本事業も42.9%（暫定値）から88.0%の達成を目指す。CLTS（地域主導の包括的衛生改善活動）は、WVではなく住民

	自身が労力や建設費を担い、トイレ建設を目指す活動であり、効果の発現に時間を要するため、2 年次、3 年次に高めの目標値を設定した。 【成果 2】親・保護者が乳幼児に適切な食事・栄養を与えている (特に 3 歳未満児を対象) 指標 最低食事水準¹⁷を満たす 2 歳未満児の割合について、ベースライン数値 (暫定的に 72.9%) から 80.0%になることを目指す。 (1 年次: 74.0%、2 年次: 76.0%、3 年次: 80.0%達成を目指す) 根拠: WV が実施した保健・栄養・水衛生に関するカンボジア全国調査(2018 年)では、この指標のプレアビヒア州における値は 72.9% (全国平均値 70.4%) であった。WV はカンボジア人口保健調査 (CDHS) の過去の結果、国際的に望ましいとされる基準等を基に、80.0%以上の達成基準を設定した。本事業も 72.9% (暫定値) から 80.0%の達成を目指す。 すべての指標について、ベースライン調査 (1 年次第 1-2 四半期) および終了時評価 (3 年次第 3-4 四半期) を実施し、上記目標値の達成度や要因分析を行う。また、簡易な形で年度末評価を行うことにより、各年次において達成度の確認と活動内容の改善を図る。
(7) 持続発展性	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等に対して実施する各種トレーニングについて、基本的には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、州保健局、州農村開発局、保健行政区等の職員が務める。既存の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、州農村保健局、保健行政区、保健センター・ヘルスポスト、郡政府等) 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。特に CLTS (地域主導の包括的衛生改善活動) や MIYCN (母親と乳幼児の栄養) は本来、農村開発省や保健省が実施すべきものである。このため本事業終了後もプレアビヒア州内で継続的に実施されていくよう、現地政府に対して予算確保への働きかけを行う。 給水システムの建設については、建設開始前に地域の代表者や水管理委員会等を対象として詳細に説明をし、施設の維持管理方法についてもトレーニングを実施する。維持管理に関する費用は、事業関係者が負担するよう取り決めを交わす。 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ことではなく、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。また、事業の進捗については月例のプレアビヒア州保健セクター技

¹⁷ 最低食事水準=Minimum Acceptable Diet: WHO/UNICEF が定義する一日の食事回数と摂取食品郡数(多様性を示す)の最低基準を両方満たしている子どもの割合を測る指標。

	術作業部会をはじめ、折々に各郡政府やプレアビヒア州政府に対して口頭ならびに文書にて報告する予定である。 WVJ がタケオ州で実施中の母子保健改善事業（2017 年 3 月～2020 年 2 月）においては、実際に保健サービスの質とアクセス、また子どもたちの栄養状態が改善傾向にあるため、地方行政関係者の間でも母子保健・栄養の重要性と改善の必要性がより強く認識されるようになった。その一つの表れとして、保健センター職員が重度栄養不良児の家庭を訪問したり、保健施設に搬送したりする際の費用は、コミュニン予算で賄うことができるようになった（事業開始前はコミュニン予算による支出はなし）。プレアビヒア州においても、本事業を実施する過程で事業実績を示し、地方行政関係者の間で子どもたちの健康・栄養状態を改善していくことの重要性が強く認識されるよう啓発し、さらなる自助努力を促していく。
--	---