

2. 事業の目的と概要	
<p>(1) 事業概要</p>	<p>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<sup>2</sup>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。</p> <p>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.</p>
<p>(2) 事業の必要性と背景</p>	<p>(ア) <u>事業実施国における一般的な開発ニーズ</u>  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2018年の12.9%へと大きく改善されている<sup>3</sup>。しかし世界銀行によれば、一人当たりGDPは1,643ドル（2019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<sup>4</sup>。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る<sup>5</sup>。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<sup>6</sup>、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。</p> <p>(イ) <u>申請事業の内容に至った背景</u>  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地域で</p>

<sup>2</sup> 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。

<sup>3</sup> Asian Development Bank, *Poverty Data: Cambodia*  
<https://www.adb.org/countries/cambodia/poverty> (2020/9/10 accessed)

<sup>4</sup> World Bank, *World Development Indicators*  
<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=KH> (2020/9/10 accessed)

<sup>5</sup> World Health Organization, *World Health Statistics 2018*  
[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2018/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/) (2020/9/10 accessed)

<sup>6</sup> Cambodia Demographic and Health Survey 2014  
<http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR226/SR226.pdf> (2020/9/10 accessed)

ある。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10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、サービスの質が低いため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<sup>7</sup>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え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。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。本事業ではこうした現状を改善すべく、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<sup>8</sup>、その対策は喫緊の課題である。プレアビヒア州の5歳未満児栄養不良率はカンボジア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<sup>9</sup>。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。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、同州における5歳未満児の下痢罹患率は19.3%と非常に高くなっている（全国平均は12.8%）<sup>10</sup>。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村落中心部までパイプラインで届ける給水システムを整備し、CLTS<sup>11</sup>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ビ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

<sup>7</sup> 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を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。

<sup>8</sup> Global Nutrition Report 2016 <https://globalnutritionreport.org/reports/2016-global-nutrition-report/> (2020/9/10 accessed)

<sup>9</sup> Cambodia Demographic and Health Survey 2014 <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR226/SR226.pdf> (2020/9/10 accessed)

<sup>10</sup> Cambodia Demographic and Health Survey 2014 <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR226/SR226.pdf> (2019/4/25 accessed)

<sup>11</sup> 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。

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。

#### これまでの事業の成果・課題

1 年次事業の第 1-2 四半期（2020 年 3-8 月）において、当初の計画通り、給水システム建設計画の第 1 段階である貯水池 3 箇所の建設を完了した。その他、ベースライン調査を完了し、保健従事者対象の母子保健に関するトレーニングも順次実施中である。既述の通り、プレアビヒア州は保健・栄養・水衛生の各種指標が国内の他地域と比べ低くとどまっているが、その背景には、保健センター・ヘルスポスト職員から村落保健支援グループに至るまで、地域医療関係者の知識や経験不足が大きく関係しており、改善の余地が多にある現状である。

1 年次事業開始直後から、プレアビヒア州を含むカンボジア国内でも新型コロナウイルスの感染者が確認され、カンボジア政府による入国制限や集会禁止などの規制が行われた。そのため、本部スタッフの出張中止、キックオフ・ミーティングの開催時期および実施形態の変更、ベースライン調査の延期、村々での活動の一時休止等、様々な影響を受けてきた。特に第 1 四半期（2020 年 3-5 月）は、住民を対象とした村々での活動は実施できなかったが、2020 年 6 月頃から、徐々にペースを上げて活動を再開することができている。

#### 上記に対する今後の対応策

カンボジアにおける新型コロナウイルスの感染確認数は比較的少なく、プレアビヒア州における新規感染者は 2020 年 3 月以降確認されていない。今後も社会的距離（ソーシャルディスタンス）、会合等における出席者数の制限（50 人以下）、マスクやアルコール消毒薬の使用等、感染予防策を徹底しながら活動を進めていく。現地カウンターパート（州保健局や州農村開発局）とも頻繁かつ定期的に協議を繰り返し、状況の変化に応じて計画を練り直し、事業期間中に全ての活動を実施できるよう取り組んでいく。

3 年間という短期間で母子保健・栄養分野における多くの課題を解決する必要があるため、活動 1.1.9 を追加し、州保健局、保健行政区、保健センター職員が定期的に地域の課題について共有し、自らの取り組みを振り返り、必要な改善を適時適切に反映できるようにしていく。また、貧しさゆえに保健サービスを受けることのできない人々のために活動 1.1.10 を追加し、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コミュニティ保健栄養基金を村レベルで設立する。ワールド・ビジョン・ジャパン（以下 WVJ）が過去に実施した「タケオ州における母子健康改善事業」（2017 年 3 月-2020 年 2 月）で同様の基金を 293 村において設立した経験・知見を十分に活用する。

#### ●「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。

ジェンダー平等	環境援助	参加型開発／ 良い統治	貿易開発	母子保健	防災
0:目標外	0:目標外	1:重要目標	0:目標外	2:主要目標	0:目標外
栄養	障害者	生物多様性	気候変動(緩和)	気候変動(適応)	砂漠化
2:主要目標	0:目標外	0:目標外	0:目標外	0:目標外	0:目標外

参照 1 : [https://one.oecd.org/document/DCD/DAC/STAT\(2018\)9/ADD2/FINAL/en/pdf](https://one.oecd.org/document/DCD/DAC/STAT(2018)9/ADD2/FINAL/en/pdf)  
(43 ページ～)

参照 2 (防災, 栄養, 障害者は以下を参照。)

[https://one.oecd.org/document/DCD/DAC/STAT\(2018\)52/en/pdf](https://one.oecd.org/document/DCD/DAC/STAT(2018)52/en/pdf) (6 ページ～)

●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。

●「TICADVIおよびTICAD7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。

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、適切に実践するよう促す。また、給水システム 5 箇所の建設を完了する (3 年間全体で 7 箇所)。

(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 10 箇所、および 112 村を対象に、今年度は以下の活動を行う<sup>12</sup>。

※1 年次事業申請時には保健センター11 箇所、ヘルスポスト 8 箇所、104 村を対象として計画していたが、事業開始後、州保健局長からの要請により、ヘルスポスト 10 箇所、112 村へと対象を拡大することとした（保健センター11 箇所は変わらない）。保健センターおよびヘルスポストの一覧については、別添の表 1 参照。

※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<sup>13</sup>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（1-2 年次）**

保健センター・ヘルスポスト職員 21 名（各施設から 1 名）および州保健局または保健行政区で勤める職員 3 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）、急性栄養不良児への対応（MAM/SAM<sup>14</sup>）等に関するトレーニングを実施する。

**<変更点>**

1 年次のみ予定していたが、保健施設職員のさらなる能力強化の必要性が認められるため、2 年次も実施する。2 年次は保健省から講師を招き、コミュニティにおける包括的小児疾患管理方法（C-IMCI）、急性栄養不良児への対応（MAM/SAM）に関するトレーニングを計画している。

**1.1.2 村落保健支援グループや郡およびコミューン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）**

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 Group<sup>15</sup>）、郡およびコミューンの女性児童委員、また母親支援グループ等である。

<sup>12</sup> カンボジアにおいては、研修や会議、イベント等で主催側が参加者分のリフレッシュメント（飲料水、フルーツなど）を用意することが通例であり、提供しなければ活動への参加率低下や参加者のモチベーション低下のみならず、ステークホルダー（本事業の場合、郡、コミューンを含む現地行政、州農村開発局、州保健局、保健行政区等の職員）との関係構築に困難が生じ活動実施への影響も懸念される。このため複数の研修・会議でリフレッシュメントに関する費用を計上している。これによりステークホルダーの積極的な参加を徹底し、各活動の目的達成に資するとともに、現地の文化や慣例を尊重することで関係者との信頼関係を保ち、円滑な事業実施に資することができる。また、文具については活動実施に最低限必要となるものを計上している。

<sup>13</sup> 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。

<sup>14</sup> MAM/SAM: Moderate Acute Malnutrition / Severe Acute Malnutrition の略語であり、中程度・重度急性栄養不良を指す。

<sup>15</sup> 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を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。

1.1.3 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年次実施、2年次は112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。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。ワールド・ビジョン（以下 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。

<変更点>

1-3年次、各年次30村（3年間合計90村）対象と計画していたが、2年次は112村に変更する。現時点では、3年次も同様に112村を対象とする予定。4郡のあらゆる場所において、住民（特に母子）が保健サービスに十分アクセスできるようになるには、保健施設から遠い場所に住んでいる住民のために、保健施設職員自らが出向いていくアウトリーチ活動が定期的に行われるようになることが不可欠である（このアウトリーチ活動は保健省により、保健センター・ヘルスポスト職員の職務として規定されているものではあるが、本事業地では定期的に行われていないのが現状である）。

当初は各年次30村対象とし、段階的に本活動の対象村を広げていく計画であったが、「子どもたちが感染症や病気から守られる」という成果1をどの村においても、より確実に達成するため、また1年次事業を通じて、保健センター・ヘルスポストや村落保健支援グループとの連携が進み、事業を円滑に実施できているため、今回の積極的な変更に至った。この変更により、2年次から事業対象地112村全体においてアウトリーチ活動を展開する計画作りが可能となり、各村における状況、保健課題を保健施設職員が把握し、産前・産後ケア、予防接種、栄養不良児の迅速な搬送といった保健サービスをより多くの人々に、より早い段階で提供できるようになると期待される。

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年次実施、2年次は50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、50村で住民（各村約30名の見込み）を対象とした啓発活動を実施する。

<変更点>

1-3年次、各年次30村（3年間合計90村）対象と計画していたが、2年次は50村に変更する。1年次は30村対象、3年次は32村対象で、1-3年次合計で112村を対象とする予定。1年次に保健センター・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を対象としたトレーニングを滞りなく実施でき、啓発活動を広く展開していくための準備が十分整ったため、2年次、3年次にはよりペースを上げて、母子保健に関して親・保護者の知識や行動を改善していく。

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年次実施、2年次は112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。

<変更点>

1-3年次、各年次30村（3年間合計90村）対象と計画していたが、保健サービスを必要としている住民の特定と適時適切な搬送は常時必要であるため、2年次は112村に変更する。現時点では、3年次も同様に112村を対象とする予定。また、搬送時には活動1.1.10（コミュニティ保健栄養基金）を活用する。

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、郡・コミュニティの女性児童委員、水管理委員等に配布し、地域住民への啓発トレーニングに活用する。以下5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）。

- 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）
- 給水システムの機能に関する説明用バナー（活動1.2.3）
- 安全な水の使用に関する啓発用チラシ（活動1.2.8）
- 安全な水の使用に関する啓発用シール（活動1.2.8）
- CLTS啓発ポスター（活動1.3.8）

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を確認し、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、コミュニティ女性児童委員、保健センター・ヘルスポスト職員を一堂に集め、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。

1.1.9 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（2-3 年次、年 3 回実施）

<変更点>

2 年次より追加。本事業では、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）等について、保健従事者や村落保健支援グループ等を対象に多くのトレーニングを実施し、地域保健システムがよりよく機能するように促す。それらの取り組みが適切になされているかについて、関係者（州保健局、保健行政区、保健センター職員）が定期的に振り返り、課題の共有と改善に向けて協議する場を設ける。保健省（プノンペン）から講師を呼び、会議のファシリテーションを依頼する。年度末評価や終了時評価のときだけでなく、事業関係者自身が、より定期的に自らの取り組みについて評価し、事業期間中において改善する機会を設けることが非常に重要と考え、本活動を追加する。

1.1.10 コミュニティ保健栄養基金の設立（2 年次 30 村、3 年次 50 村対象予定）

<変更点>

2 年次より追加。事業対象地には多くの貧困世帯があり、医療サービスが必要な際にも交通費などを即座に用意できないため、受診が遅れる、または医療機関を訪れることすらしない人々も少なくない。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基金を村レベルで設立する<sup>16</sup>。カンボジアでは貧困者を特定するシステムがあり、世帯の保有資産により貧困者は Poor 1, Poor 2 として分類される（Poor 1 の方がより貧しい）。彼らは無償で医療サービスを受けることができるが、医療施設にたどり着くまでの交通費や入院した際の食費などについては保障されない。緊急を要する際に、これらの費用を貧困世帯が払えるように村内で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基金の意義、必要性、運営方法等について話し合い、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。

1.2 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（1-3 年次）

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、対象村落の人口 12,068 人の需要を満たす安全な飲み水を確保できるようになる<sup>17</sup>。

<sup>16</sup> ワールド・ビジョン・ジャパンは、NGO 連携無償資金協力事業で実施した「タケオ州における母子健康改善事業」（2017 年 3 月～2020 年 2 月）においても、事業対象地 293 村でコミュニティ保健栄養基金を設立した。その経験を本事業でも活かす。

<sup>17</sup> 活動 1.2.5 でも述べる通り、本事業では貯水池、給水塔、浄水システムのある場所から、対象村落の中心部をつなぐ給水パイプ（メインパイプ）を敷設し、給水ポイントを建設する。給水パイプ（メインパイプ）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。本事業が支援するのは、貯水池、給水塔、浄水システム、水質検査、村落の中心部までのメインパイプであること、メインパイプへの接続は住民自身の自己負担によること、水管理委員会が住民から使用料を集金し、給水システムの維持管理やパイプの延伸等に活用していくこと等については、プレアヴィヒア州農村開発局（PDRD）、州知事、郡知事、コミューン長といった地域の代表者による事前の合意を得ている。

<変更点>

1年次のみコンサルタントを雇用して実施予定であったが、毎年次、建設開始前に事業スタッフが州農村開発局職員と共に建設予定地を訪問し、計画時と建設時において、現場の状況に変更がないこと、技術的にも問題がないであろうことを確認した上で施工することとする。

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、コミュニティ、村）職員、代表者、地域住民に説明し、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<sup>18</sup>を設立し、州農村開発局、郡やコミュニティ職員、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システム）

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、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 (タンクおよび オペレーション・ システム <sup>19)</sup>	給水パイプ および給水 ポイント <sup>20)</sup>	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

建設予定場所については、別添の表2を参照。

<工事施工方法について>

<sup>18</sup> 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。

<sup>19</sup> 貯水池からポンプで揚水した水を浄化するために必要な電気設備、分電盤、発電機、揚水ポンプ、化学物質（ポリ塩化アルミニウム、炭酸ナトリウム）、配管、バルブ、メーター等の資材・機器一式を指す。浄水システムとして稼働できるよう、配電・配管等、資材・機器一式の設置を契約業者が行う。

<sup>20</sup> 給水塔から給水パイプへの水の流れを調節する場所。例えば給水パイプが破損した場合はバルブを閉め、水の流れを止めて修理をする。火災などの緊急時には、給水ポイントから無料で水を得ることもできる。給水ポイントには鍵がかけられ、水管理委員会が鍵を管理する。

建設会社（業者）による請負施工である。業者選定にあたっては、以下の手順で、ワールド・ビジョンの内部調達規程に従い、公平性、透明性に配慮し、厳正に審査している。

- ①カンボジア全土に公募（ウェブサイト等で）
- ②ワールド・ビジョン内に調達委員会を設置（調達、財務、法務、水衛生専門、フィールド・オペレーション等の各部署からの代表者から成る）
- ③書類審査、面談を経た上で、業者を選定

審査にあたっては、各社の業績、財政状況、提示価格、納期、品質、アフターサービス、保証期間、以前ワールド・ビジョンと働いたことがあった場合は、その際の実績等を総合的に考慮し、判断している。

給水システム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内部では選定業者との契約締結を行い、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。

#### <工事施工監理について>

WVスタッフが水管理委員会（活動1.2.3で設立）と協力して行う。WVスタッフと水管理委員会が業者と連絡を取り合い、建設工事の開始を確認し、現地行政（村、コミューン、郡）に報告する。水管理委員会は日々の建設工事の進捗をWVスタッフに報告し、WVのプロジェクト・オフィサー（4人が4郡を担当）およびシニア水衛生オフィサーが建設現場を訪れ、モニタリングを行う。モニタリングの過程で問題が発見された場合は、直接業者に指摘をし、改善を促すとともに、必要に応じて水衛生専門スタッフ（プノンペン事務所）にも報告し、技術的なサポートを仰ぐ。

業者への支払いは工事の進捗度合いに応じて3-4段階に分けて行うが、支払い前には必ず、業者や水管理委員会の立会いの下、WVスタッフ（水衛生専門スタッフを含む）による評価を行う。工事が契約・図面通りに行われているか、建設物に問題・瑕疵がないかを確認し、必要に応じてWVの水衛生専門スタッフを介して具体的な技術的指導を行う。評価の結果、問題がないことが確認できれば支払いを行う。

#### 1.2.5 給水パイプの敷設（2-3年次、合計7システム、10村対象）

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し、給水ポイントを建設する（2年次は2システム、3村対象）。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持続発展性につなが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。工事施工および監理方法については、活動1.2.4に記載した内容を参照。

#### 1.2.6 水質検査の実施（2-3年次、合計7システム対象）

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（2年次は5システム対象）。

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年次実施）

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・運営状況の確認および先行事例を学ぶための視察研修（2-3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、農村開発局が水管理委員会を視察し、その働きを評価し、助言を与える機会を設ける。また、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。

<変更点>

「給水システムの維持管理・運営状況の先行事例を学ぶための視察研修」として3年次のみ計画していたが、2年次に能力強化研修（活動 1.2.3）の対象となる5つの水管理委員会を農村開発局が視察し、その働きを評価し、助言を与える機会を設ける。他地域への視察研修は3年次に計画予定。活動内容の表記を「給水システムの維持管理・運営状況の確認および先行事例を学ぶための視察研修」と変更する（下線部を追記）。

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 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

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

	<p>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 21,681 人が暮らす地域の衛生状態を改善する計画である。</p> <p>1.3.2 衛生行動グループ（SAG<sup>21</sup>）の設立と CLTS に関するトレーニング（1 年次 10 村、2 年次 11 村、合計 21 村）</p> <p>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。</p> <p>1.3.3 CLTS の実施（トリガリング）（1 年次 10 村、2 年次 11 村、合計 21 村）</p> <p>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。</p> <p>&lt;変更点&gt;</p> <p>「1 年次 10 村、2 年次 5 村、3 年次 6 村、合計 21 村」の予定であったが、できる限り早い段階でトリガリングを終え、CLTS 全体のプロセスを通じた住民の行動変容を促すことができるよう、2 年次に 11 村を対象とする。3 年間合計で 21 村である点は変わらない。</p> <p>1.3.4 トイレ建設のためのパートナーの選定（1-3 年次）</p> <p>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。</p> <p>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）</p> <p>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。</p> <p>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）</p> <p>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。</p> <p>1.3.7 「屋外排泄ゼロ」を達成した村の表彰（2-3 年次）</p>
--	---

<sup>21</sup> 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。

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。2年次は2村を予定している。

#### 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、2年次112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。

#### <変更点>

1-3年次、各年次90村対象と計画していたが、2年次は112村対象とする。現時点では、3年次も112村対象の予定。1年次の事業を通じて、郡、コミューン、村、それぞれのレベルにおいて行政関係者の本事業への理解と意欲、また彼らとの連携が深まり、遠隔村でも本活動を実施することが可能と判断した。この変更により、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だけでなく、事業対象地112村全体における栄養不良児の数の把握と郡、コミューン、村毎の比較が可能となり、州保健局、保健行政区、保健センター・ヘルスポスト、各郡の職員が栄養不良改善に継続的に取り組む上で、有益な情報を把握できる。

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（約900名の住民）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。

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（2年次は3郡合計で約600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年次に実施済み）

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。

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
① Negative 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。体重測定の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、郡およびコミュン女性児童委員等と共に適切に管理する。

以上の他、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。

- 年度末評価（1 年次および 2 年次末に実施）  
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）。ベースライン調査（1 年次に実施済み）の結果とも比較する。

直接裨益人口：37,201 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、村落保健支援グループ等、また啓発活動やコミュニティ保健栄養基金への参加予定者：3,340 人（活動 1.1）
- 給水メインパイプ敷設範囲の推定人口<sup>22</sup>：9,600 人（活動 1.2）

<sup>22</sup> 給水システムを建設する村落において、本事業が敷設する給水パイプ（メインパイプ）3,000m により全世帯のうち約 8 割が位置する地域をカバーできると推定。対象村落全体の総人口は別添表 2 にある通り 12,068 人。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLTS 実施予定地の人口：21,681 人（活動 1.3）</li> <li>• 啓発活動参加予定者：1,500 人（活動 2.1）</li> <li>• PD Hearth 参加予定の 3 歳未満児および親・保護者：1,080 人（活動 2.2）</li> </ul> <p>間接裨益人口：125,079 人</p> <p>&lt;内訳&gt;</p> <p>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 10 箇所の管轄地域に住む住民の数（妊婦 3,877 人、5 歳未満児 13,534 人含む）。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>1 年次第 1-2 四半期に無作為抽出調査（定量）および聞き取り調査（定性）によるベースライン調査を実施した。その結果に基づき、以下の通り各年次の目標値をあらためて設定する。</p> <p><b>【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</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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（61.0%）から 87.0%になることを目指す。（1 年次：65.0%、2 年次：74.0%、3 年次：87.0%達成を目指す）</li> </ul> <p>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。本事業は 1 年次に実施したベースライン調査の結果（61.0%）から 87.0%の達成を目指す。</p> <p>&lt;変更点&gt;</p> <p>ベースライン数値：47.4%（暫定値）⇒ 61.0%</p> <p>1 年次目標値：57.4% ⇒ 65.0%</p> <p>2 年次目標値：70.4% ⇒ 74.0%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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（66.0%）から 91.0%になることを目指す。（1 年次：71.0%、2 年次：79.0%、3 年次：91.0%達成を目指す）</li> </ul> <p>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。本事業は 1 年次に実施したベースライン調査の結果（66.0%）から 91.0%の達成を目指す。</p> <p>&lt;変更点&gt;</p> <p>ベースライン数値：67.9%（暫定値）⇒ 66.0%</p> <p>1 年次目標値：72.9% ⇒ 71.0%</p> <p>2 年次目標値：80.9% ⇒ 79.0%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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（57.0%）から 66.5%になることを目指す。（1 年次：58.5%、2 年次：61.5%、3 年次：66.5%達成を目指す）</li> </ul>

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。本事業申請時には、ベースライン暫定値を 44.5%（上記全国調査におけるプレアビヒア州の結果）とし、そこから 9.5%ポイント増である 54.0%（上記全国調査における全国平均の目標値）へと向上させる計画であった。1 年次に実施したベースライン調査の結果は 57.0%と、既に当初目標値である 54.0%を超えているが、9.5%ポイント増という上昇幅は変更せず、ベースライン調査の結果（57.0%）から 66.5%の達成を目指す<sup>23</sup>。

<変更点>

ベースライン数値：44.5%（暫定値）⇒ 57.0%

1 年次目標値：46.0% ⇒ 58.5%

2 年次目標値：49.0% ⇒ 61.5%

3 年次目標値：54.0% ⇒ 66.5%

- 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（59.0%）から 88.0%になることを目指す。（1 年次：63.0%、2 年次：73.0%、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。本事業は 1 年次に実施したベースライン調査の結果（59.0%）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。

<変更点>

ベースライン数値：42.9%（暫定値）⇒ 59.0%

1 年次目標値：49.0% ⇒ 63.0%

2 年次目標値：63.0% ⇒ 73.0%

**【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<sup>24</sup>を満たす 2 歳未満児の割合について、ベースライン数値（54.8%）から 80.0%になることを目指す。（1 年次：59.0%、2 年次：67.0%、3 年次：80.0%達成を目指す）

<sup>23</sup> 申請書に記載したベースライン暫定値については、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）の結果から、プレアビヒア州に関するデータのみ抽出した結果に基づいている。プレアビヒア州には 7 郡およびプレアビヒア市（州都）があり、前述の全国調査（2018 年）では、7 郡からデータを無作為抽出調査により収集した。本事業が 1 年次に実施したベースライン調査では、7 郡全てではなく事業対象地である 4 郡のみからサンプル（データ）を収集した。また全国調査（2018 年）時よりも多くのサンプル（データ）を収集した。本事業によるベースライン調査の結果は、より正確に事業対象地の現状を表していると考えられる。

<sup>24</sup> 最低食事水準=Minimum Acceptable Diet: 本事業では、摂取食品群数（多様性を示す）について、WHO が推奨する最低 4 食品群を満たす 2 歳未満児の割合を計測する。

	<p>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（GDHS）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。本事業は 1 年次に実施したベースライン調査の結果（54.8%）から 80.0%の達成を目指す。</p> <p>&lt;変更点&gt;          ベースライン数値：72.9%（暫定値）⇒ 54.8%          1 年次目標値：74.0% ⇒ 59.0%          2 年次目標値：76.0% ⇒ 67.0%</p> <p>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達成要因分析を行う。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。</p>
<p>(7) 持続可能性</p>	<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。</p> <p>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、水管理委員会を中心とする地域住民が負担するよう取り決めを交わす。</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。</p> <p>WVJ が過去に実施した「タケオ州における母子健康改善事業」（2017 年 3 月～2020 年 2 月）においては、事業による継続的な働きかけにより、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、コミュニケーション予算で賄うことができるようになった。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。</p>