

2 事業の目的と概要	
(1) 事業概要	<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旨とする。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。</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>
(2) 事業の必要性と背景	<p>(ア) <u>事業実施国における一般的な開発ニーズ</u></p> <p>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13.5%へと大きく改善されている²。しかし世界銀行によれば、一人当たりGDPは1,513ドル（2020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目標（MDGs）を達成したとはいえ、妊産婦死亡率（出生10万対）160（2017年）⁴、5歳未満児死亡率（出生1,000対）26.6（2019年）⁵は、依然としてアセアン諸国の中でも高い数値である。また、5歳未満児の栄養不良率は高く、2020年時点で、発育阻害29.9%、低体重24.0%、消耗症9.7%（低体重のみ、最新データは2015年時点）であり⁶、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>

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 World Bank, *The World Bank In Cambodia - Overview*
<https://www.worldbank.org/en/country/cambodia/overview#1> (2021/8/30 accessed)

³ World Bank, *World Development Indicators*
<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=KH> (2021/8/30 accessed)

⁴ World Health Organization, *World Health Statistics 2021*
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf> (2021/8/30 accessed)

⁵ World Health Organization, *The Global Health Observatory*
[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/under-five-mortality-rate-\(probability-of-dying-by-age-5-per-1000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/under-five-mortality-rate-(probability-of-dying-by-age-5-per-1000-live-births)) (2021/8/30 accessed)

⁶ World Health Organization, *World Health Statistics 2021*
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf> (2021/8/30 accessed)

(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最も開発が遅れサービスへのアクセスが難しい北東部に位置しており、特に子どもたちの健康が脅かされている地域である。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。5歳未満児栄養不良に関しては、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⁷。同州におけるこれらの指標はどれも国内ワーストレベルであり、栄養不良の予防・改善へのニーズは極めて高い。

事業対象地の保健施設職員は十分な研修の機会がない上、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)を十分実施できておらず、その結果住民からの信頼を得られていない。また、地域保健システムを支える村落保健支援グループ⁸は、保健分野に関して十分な知識や情報を備えておらず、保健施設との連携や住民への啓発活動等の役割を果たすことができていない。

こうした現状を改善し、地域保健システムが持続的に機能していくことを目指して、本事業では各村の村落保健支援グループ、保健施設職員、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。また、コミュニティにおいては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。

加えて、本事業では子どもたちの健康・栄養状態に大きく影響する安全な飲用水、清潔な衛生設備(トイレ)へのアクセス改善を目指す。プレアビヒア州における水衛生設備の整備は国内でも最も遅れており、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%に止まり、この情報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%と非常に高くなっている(全国平均は12.8%)⁹。本事業では、浄水システムで浄化した水をメインパイプで各村落の中心部まで届ける給水システムを整備し、同システムが住民によって管理され地域の必要に応じて拡大していけるよう能力強化を行う。また、CLTS¹⁰アプローチを用いて、安全な水とトイレ設置の重要性、および下痢発症時の正しい対処方法が住民の間に定着するよう働きかける。

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も最大規模の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

2年次事業の第1-2四半期(2020年3-8月)において、貯水池3箇所の建設を完了し(申請時点で計6箇所において完了済)、そのうち2年次に給水パイプを整備する2箇所

⁷ Cambodia Demographic and Health Survey 2014

<http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR226/SR226.pdf> (2021/8/30 accessed)

⁸ 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。

⁹ Cambodia Demographic and Health Survey 2014

<http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR226/SR226.pdf> (2021/8/30 accessed)

¹⁰ 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。

は既に給水塔、浄水システムの建設が順調に進んでいる。また、トレーニングを受けた地域医療関係者による対象村における母子保健、栄養、水衛生の活動やモニタリング、各関係者間での課題の共有および計画策定のためのミーティングなども順次実施している。既述の通り、プレアビヒア州は国内の他地域と比べ保健センター・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、依然として改善の余地が多い現状である。そのような中でも、活動を通じて住民を含む関係者たち自らが問題を認識し、行動に移す姿勢が見え始めている。特に、コミュニケーションや郡レベルの関係者は彼らの活動・予算計画の中に本事業活動への資金的サポートを含めることを検討する等、非常に前向きな姿勢をもって活動に参加している。

カンボジア国内での新型コロナウイルスの感染状況は、2021年2月以降プレアビヒア州を含め急激に悪化している。本事業においては、事業地の状況を注視しつつ州保健局からの指示に従い活動時期や場所の変更、参加人数の制限など柔軟に対応し、現地行政と緊密な協議を通じて全体的な事業活動を継続している。

上記に対する今後の対応策

引き続き、カンボジア政府およびプレアビヒア州の感染予防措置を遵守し、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、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て活動を進めていく。また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し、状況の変化に応じて計画を練り直しながら事業期間中に全ての活動を実施し、成果を上げられるよう取り組んでいく。

3年次においては、1-2年次の活動を通じて見られた現地関係者間での前向きな姿勢や協力関係を維持し、本事業活動を通じた母子保健・栄養分野の課題解決への取り組みを継続すると同時に、本事業の成果が事業終了後も現地カウンターパートや住民たちの力によって持続的に拡大していくことを目指す。そのため、特に課題やニーズが大きい分野を中心に地域医療関係者へのトレーニング及びリフレッシュ・トレーニング（下記、活動1.1.1等）を引き続き実施し、実地での活動を通じて身に着くようサポートを行う。また、活動の効果が継続していくための関係者間の協力関係の強化（モニタリング、課題・成果の共有等）、コミュニケーションや郡レベルの計画策定に際する助言やサポートにより注力することで、より強固で持続的な地域保健システムの構築に寄与していく。

●「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障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。女性及び女兒、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々が適切な保健医療サービスが必要な時に、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。

●「T I C A D V I および T I C A D 7 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、適切に実践できるようになる。また、給水システム 2 箇所の建設を完了する（3 年間全体で 7 箇所）。

<p>(5) 活動内容</p>	<p>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年間に亘り実施している。4つの郡、1つの保健行政区において、保健センター12箇所とヘルスポスト9箇所、および112村を対象に、今年度は以下の活動を行う¹¹。</p> <p>※2年次事業申請時に事業対象を保健センター11箇所、ヘルスポスト10箇所、112村へと対象を拡大したが、その後2年次事業中において事業対象ヘルスポストの一つが保健省の決定に基づき保健センターへと昇格した。そのため、3年次は保健センター12箇所、ヘルスポスト9箇所を対象とする（対象保健施設の全体数は変わらない）。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。</p> <p>※本事業では医療行為は含まない。</p> <p>【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¹²および妊産婦を対象）</p> <p>1.1 <u>母子保健に関して親・保護者の知識や行動が改善する</u></p> <p>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（1-3年次）</p> <p>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4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/SAM¹³）等に関するトレーニングを実施する。</p> <p><変更点></p> <p>コミュニティ保健に深く関わる保健施設職員の継続的な能力強化を目指し、同活動を3年次にも引き続き実施する。3年次は、2年次と同じく保健省から講師を招き、事業地の喫緊の課題である5歳未満児の予防接種に関するトレーニング（3日間）を計画している。予防接種については、ある程度定まった適切な時期における接種がその後の子どもの成長に重要であるが、依然として関係者間の知識・意識・連携が低いことが分かった。そのため、同トレーニングを通じて保健医療関係者の能力向上を目指し、その後も他活動と合わせコミュニティにおける適切なワクチン接種体制を促進させていく。</p> <p>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）</p> <p>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</p>
-----------------	--

¹¹ 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。

¹² 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。

¹³ 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。

講師を務め、母子保健に関するトレーニング（MIYCN:5日間、MAM/SAM:1日間、予防接種:1日間）を実施する。対象は村落保健支援グループ（VHSG: Village Health Support Group）、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。

<変更点>

3年次に活動1.1.1でトレーニングを実施する5歳未満児の予防接種に関する内容を本活動に追加し、今後も各保健施設職員が対象村の関係者と一緒に子どもたちの予防接種状況を適切にモニタリングしていくための体制強化を目指す。

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、3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。対象112村のうち他NGOが14村、WVの自己資金事業が21村におけるアウトリーチ活動をカバーしているため、本事業を通じては計77村において同活動を実施する。各77村から村落保健支援グループメンバーが2名ずつ、16コミュニティからコミュニティの女性委員会メンバーが1名ずつ、4郡および州都から郡の女性児童委員会メンバーが2名ずつ、計180名が参加する。

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、3年次は112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、112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>

当初は3年間で合計112村（1年次30村、2年次50村、3年次32村）を計画していたが、3年次は全112村を対象とする。1-2年次の活動を通じて、各村で様々な母子保健の課題を早期に発見・解決するためには、地域の関係者による住民へのより細かい啓発活動とモニタリングの重要性が浮き彫りになった。これまでの活動を通じて保健センター・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の能力および協力体制は強化されてきており、3年次に彼らが全村で啓発活動を行うことで、1・2年次対象村での活動の定着と住民たちとの関係構築の一層の促進を図る。

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年次実施、3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。

同活動は、2年次に続き3年次も全112村にて実施する。1-2年次の活動の中で、周囲のサポートがないために、産前・産後検診や予防接種等の適切な受診時期が決まっているサービスへのアクセスが遅れたままの母子が依然として存在することが課題であった。3年次は、今まで以上に個別世帯のフォローにも注力し、活動を通じて地域関係者たちが特に貧しい家庭を抜け漏れなく把握し、活動1.1.9（コミュニティ保健栄養基金）等と合わせ確実に保健サービスに繋がられるよう働きかけていく。

1.1.6 母子保健・栄養・水衛生に関する啓発用教材の作成（1-2年次に実施済み）

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。

<変更点>

1計画した啓発用教材については1-2年次に全て作成済みであるため、同活動は3年次では実施しない。

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、3年次は112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。

<変更点>

当初計画では各年次30村を対象としていたが、保健施設とその管轄下で各村に配置されている村落保健支援グループ間の連携が不十分な村が依然として多く、継続的なサポートと関係構築の機会提供が必要であることが分かった。そのため、事業終了時までに関係者がそれぞれの役割・責任を明確かつ十分に認識し、関係者間のさらなる関係強化と協力体制の定着を確実なものとするため、3年次は全112村を対象として活動を実施する。

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。

<追加>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）

保健従事者・関係者が地域における母子保健サービスの進捗を振り返り、州保健局、保健行政区、保健省（プノンペン）の講師から定期的な学びを得るミーティングを年3回実施する。また、その一環として他地域の母子保健サービスから学び、情報交換を行うことを目的とした視察研修を実施する。当初は村やコミュニケーション・レベルでのミーティングのみであったが、州レベルの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できるよう2年次より本活動を追加した。

<追加>1.1.10 コミュニティ保健栄養基金の設立（2-3年次、3年次は50村対象予定）

交通費等を用意できないことが受診の障壁となっている多くの貧困世帯の医療アクセス向上のため、交通費や入院中の食費の準備および医療緊急時の患者搬送を支えるコミュニティ保健栄養基金¹⁴を村レベルで設立する。村の住民が有志で毎月少額を基金に寄付し、必要時に助けあう仕組みであり、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。事業開始後、想定より多くの貧困世帯や遠隔地の住民が交通費等を即座に用意できず、緊急を要する場合でも医療サービスにアクセスできていないことが判明したため、2年次より本活動を追加した。また本活動により、コミュニティ自身による貧困世帯の特定及び持続的なサポートの促進が期待される。同基金設立にあたっては、本活動を普及・拡大させる役割を担う地域関係者（保健施設職員、郡・コミュニケーション職員、村長等）に事前オリエンテーション（4郡および州都で各1日）を実施し、その後3年次対象の50村で住民を対象とするオリエンテーション（各1日）を実施する。

<変更点>

2-3年次に活動に参加し現在コミュニティ保健栄養基金の管理に関わる住民たちの定期ミーティングを、追加実施する。2年次に基金設立に向けたオリエンテーションを実施したところ、各郡、コミュニケーション、村の関係者及び住民から期待以上の関心と賛同が得られ、このような住民自身の参加意思を活用して事業終了後も本活動が拡大していくことを目指し、各村間での情報・学びの共有の機会を設ける。同ミーティングには保健施設職員も招待し、基金の貯金額や用途等の進捗確認だけでなく、各村内の貧困家庭が抱える課題（特に保健サービスへのアクセス関連）の共有等を通じて、住民自身が同基金を用いつつどのように保健施設と連携して貧困家庭をフォローしていくか議論する機会を提供する。

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（1-3年次）

¹⁴ 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べく、2年次より導入している。

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¹⁵。

本活動は、当初 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、事前のアセスメントのみならず、計画時と建設時に現場の状況に変更がないこと、技術的に問題がないことを毎年次確認することに加え、現地行政によるオーナーシップを強化することを目的とし、州農村開発局職員とともに事業地を訪問しアセスメントを実施するよう 2 年次に計画を修正した。3 年次は、2 基の給水システムを建設する計画地にてアセスメントを実施する予定である。

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¹⁶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（1 日間）を実施する。新たに設立する 2 村の水管理委員会から各 5 名（計 10 名）が参加し、同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 セット）

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、下表の通り、各年度で工程を分け、工事を進めていく予定である。なお、本事業で建設する給水システムの水源は雨水であり、地域の雨量および季節ごとの有効貯水量、計画給水量等に基づき安定的な給水が可能である。

	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)	給水パイプおよび	水質検査
--	-------------	-----	---------------------------	----------	------

¹⁵ 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。当初計画では全世帯がこの給水パイプ（メインパイプ）から自己負担で各世帯にパイプを接続するよう促す予定であったが、活動 1.2.5 および別添の付帯説明資料で述べる理由により、貧困世帯の負担を減らすことを目的としてパイプ接続のための備品を供与（給水パイプ建設 1 件あたり 50 世帯）し、水管理委員会が地域住民との協議を通じて継続的にパイプの延伸や貧困世帯への備品の供与が行われるよう働きかけていく。これらの点については、プレアビヒア州農村開発局（PDRD）、州知事、郡知事、コミュニティ長といった地域の代表者たちと事業開始までに合意を得る。

¹⁶ 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。

			ョン・システム ¹⁷⁾	給水ポイント ¹⁸⁾	
1年次	3	0	0	0	0
2年次	4	5	5	2	5
3年次 (今次)	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>

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、コミュニティ、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、コミュニティ、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、コミュニティ、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（プノンベン事務所）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

¹⁷ 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。

¹⁸ 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。

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 セット、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（3 年次は 5 セット、7 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。なお、地域で特定した貧困世帯（政府により Identification of Poor Households のカードが付与されている世帯、各対象村で 50 世帯ずつを想定）に対しては、本事業を通じてプロジェクト・スタッフおよび給水パイプの管理に関わる関係者（水管理委員会メンバー、コミュン関係者など）が共に各世帯を訪問し、パイプ接続に必要な備品を直接供与する。また備品の供与時に合わせて、水管理委員会のメンバーが備品の設置およびパイプ接続までの作業を実施予定である。貧困世帯へのサポートを含む変更点については、別紙「給水パイプ敷設計画付帯説明資料」を参照。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 セット対象）

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（3 年次は 2 セット対象）。同検査は、給水システムの建設業者が建設完了後に採取したサンプルをプノンペンにある研究機関（Research and Innovation Center を想定）に送り、検査を通じて基準を満たすと判断された場合、農村開発省が認可する飲用に適した水源として正式な証明書が送られる予定である。

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（1 日間）を実施する。3 年次に給水パイプを敷設する全 5 村から 6 名ずつ（水管理委員会メンバー 3 名、SAG メンバー 3 名）、計 30 名が参加する。

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、本事業で建設する給水システムを通じた水の利用に際して住民と現在の水使用状況の確認を行い、その上で飲用水・生活用水の処理方法や注意事項（濾過や煮沸方法、水を起因とする病気等）、水瓶で貯水する際の適切な保存方法、雨期・乾期など季節ごとの注意喚起等の内容に関する知識の定着を目指し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、州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(1日間)。視察地については州農村開発局とも協議・決定し、本事業で設立する全7つの水管理委員会から5名ずつ計35名が参加する。

同活動は、能力強化研修(活動1.2.3)の対象とし、2年次に5つ、3年次に2つの水管理委員会に対して実施する。

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、本事業で設立する全7つの水管理委員会のメンバー、講師として州農村開発局職員を招くほか、WVスタッフも全体的な調整や助言のため参加する。当初は地方行政(郡、コミュニティ)も参加する計画であったが、州都での開催を想定した1日間のミーティング(各郡からの移動を伴う)であり、内容も給水システムを直接管理する当事者を対象とした技術的な部分が主であることから、参加者は水管理委員会のみとする。その後、水管理委員会のメンバーが各村の関係者(郡、コミュニティ、村リーダー等)に対して説明を行い、コミュニティ全体が連携して持続的なシステムの維持・管理を行えるよう、本事業が州農村開発局とともに継続的なサポートを行う。

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(1-2年次に実施済み)

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21,681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(SAG¹⁹)の設立とCLTSに関するトレーニング(1-2年次に実施済み)

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。

¹⁹ 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。

1.3.3 GLTS の実施（トリガリング）（1-2 年次に実施済み）

GLTS 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付き、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）

GLTS では、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）。1.3.1～1.3.3 の活動に基づき住民がトイレを建設できるよう、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や資金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。同活動は、各村から住民 40 名が参加し、講師として村長 1 名、衛生行動グループメンバー 5 名ずつが参加する（1 村あたり計 46 名）。

1.3.6 GLTS 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 GLTS 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。

<変更>

1-2 年次の経験より、GLTS 活動の実施のみならず、その後の細かいフォローアップが各世帯の行動変容（特に、トイレ建設）のために重要かつ有効であることがわかった。そのため、当初計画の隔月での実施に対し、3 年次は毎月のミーティング実施とし、各世帯のフォローに加え、上記関係者の能力向上および連携の深化を通じて持続的な活動拡大を目指す。

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。3 年次は 5 村を予定している。同表彰に際しては、事前に州農村開発局による 2 日程度の評価がなされ、全体のうち自宅専用のトイレがある世帯が 85%、共有のトイレを使用する世帯が 15%に達する等といった基準を満たす必要がある。表彰式には、毎回各村から住民 50 名、地域関係者 11 名（SAG、村リーダー、コミューンリーダー、郡知事、州農村開発局等）の計 61 名が参加する。

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）

州保健局、女性児童委員、保健センター職員等の関係者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。同活動内で実施する定期ミーティング（年 3 回）では、全 90 村（90 グループ）から毎回 2 名ずつが参加し、相互に活動の進捗状況や好事例、課題等を共有する機会をもつ。

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（5 日間）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の体重測定（1-3 年次、3 年次 112 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。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。体重測定の結果は住民たちに対して共有するとともに、結果に基づき州保健局や保健施設職員が簡易な助言を与え、住民たちとともに各地域の課題等に関して協議を行う機会を設ける。特定された課題に対しては、事業活動を通じて保健施設職員、郡、コミューン、村関係者とともにフォローアップを実施する。

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（1 日間、年 2 回実施予定）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。また同活動の中では、地域で入手可能な食材を用いた栄養価の高いお粥の調理デモン

トレーションを実施し、子どもたち向けの食事としてどの食品群の食材をどのように調理すべきか（体調不良や病気時等、状況別の対応内容も含む）を母親たちが学び、実践するようになることを目指す。調理デモンストレーションについては、本事業のみならず州内外の保健施設が郡、コミュニティ、村レベルの関係者たちと協働し地域の子どもの栄養改善の一環として取り入れている。各年次 30 村（約 900 名の住民）を対象とする。

<変更点>

これまで同活動の実施・モニタリングの中で、関係者及び多くの住民の中で意識及び行動が大きく改善されていると同時に、子どもたちへの適切な栄養の提供に関して理解をさらに深め、コミュニティ内で同活動やより良い育児法を定着させていきたいと話す住民が多く見られた。そのため、住民たち自身の積極的な参加意思を活用し、事業終了時まで同活動による効果が各家庭に定着し、地域全体へと普及することを目的として、1-2 年次に活動対象だった合計 60 村に対するリフレッシャーのための活動を追加で実施する。リフレッシャー活動を通じては、保健施設職員、郡・コミュニティ関係者とともに上記の活動の進捗をモニタリングしつつ、復習のために再度 MIYCN に関する啓発活動および調理デモンストレーションを実施し、また個別世帯に対する相談・助言等を行う。

2.1.5 保健施設職員、コミュニティ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、コミュニティおよび郡の女性児童委員が 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 コミュニティ活動計画・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）

コミュニティ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。同活動は WV スタッフが州保健局、郡、保健施設との連携のもと実施し、コミュニティ政府関係者が現在の地域内の優先課題を特定し、その解決のための活動計画（半年ごと、あるいは年間）の策定に向けて協議を行う。事業地では、コミュニティ・レベルにおける具体的な課題分析に基づく計画・予算策定の経験が少なく、同活動を通じて行政による地域活動に対するオーナーシップの醸成、および継続的な課題の特定・解決のための体制強化を目指す。州保健局、郡、保健施設が講師として参加し、活動計画策定に際するテクニカルな助言・提言に加え、策定した計画に基づく予算獲得、活動実施が円滑に進捗するよう関係者間の協力促進を目指す。

2.1.7 保健行政区、保健施設、郡およびコミュニティ女性児童委員、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。同活動により、各地における取組みが相乗効果を生み、郡・州レベルでの課題解決に繋がるよう関係者間の協力体制が強化されることを目指す。

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（3年次は3郡合計で約300名参加見込み）。

<変更点>

3年次は啓発キャンペーンの実施に加え、世界母乳育児週間を前に保健省が各地の保健行政関係者を対象として開催する年次ワークショップ（毎年決められたテーマに基づき実施される研修）に際して、WVスタッフが啓発キャンペーンを率いる事業地の州保健局・保健行政区職員とともに参加し、プレアビヒア州での同活動の展開に向けて保健省関係者等との事前調整および計画策定を行う。同内容に基づき、事業地の地域関係者と事前準備を行い、上記の啓発キャンペーンの実施となる。現時点では新型コロナウイルス感染症の影響により開催時期や詳細内容に変更が生じる可能性があるため、同キャンペーンを企画・牽引する保健省および州保健局と密に連携し、状況に応じて柔軟な対応をもって活動を実施する。

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年次に実施済み）

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。

<変更点>

当初は3年間を予定していたが、1年次に同オリエンテーションの対象となる各関係者に対して既に活動実施済みであるため3年次には実施せず、下記の実際の活動実施の中で続けて学び、身に着けていけるようサポートを行う。

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。同活動に際しては、事前に各世帯が栄養の重要性を理解し、今後より積極的な活動参加を促すため、様々なツール・活動を合わせて実施する（絵等を用いた良い栄養状態に関する啓発、各村の栄養状態マッピング、食材調達のための簡易な市場調査等）。上記の体重測定の結果に基づき、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事前のトレーニング（3 日間）を実施し、PD Hearth メンバー 36 名に加え、今後各村の活動をともにいサポートしていく VHSG/MSG メンバー 24 名、CCWC10 名、DCWC5 名が参加予定である。

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・保護者が、保健施設職員、郡・コミュニケーション職員、PD Hearth メンバー等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
② Non-Positive Deviance (NPD)	貧しい	栄養不良
③ Positive Deviance (PD)	貧しい	良好

また、上記の親・保護者たちは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、各村で保護者たちが一度に会し 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、毎日異なる献立を提供する。また、講師による助言や家庭訪問を通じた各世帯の状況確認（調理環境、食材の入手状況等）を 10 日間集中的に実施し、今後 PD Hearth 活動を各世帯で実践するにあたり各世帯の同活動への理解の深化を目指す。その後は、20 日間 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つつ必要に応じた助言を与え、以降は下記の活動 2.2.7 を通じた体重測定時にモニタリングしていく予定である。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。

• 終了時評価

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）を事業地のユースと VHSB メンバーが収集する（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（3 日間）。データ収集後は、1 年次同様に外部コンサルタントによるデータ分析を行い、ベースライン調査（1 年次に実施済み）や各年次の年度末評価（1-2 年次に実施）の結果とも比較する。WV スタッフは、上記全ての作業のための準備、データ収集時のモニタリングや助言、データ分析後に外部コンサルタントがまとめる報告書へのインプット、各関係者への共有・報告等を行う。

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²⁰：9,600 人（活動 1.2）
- CLTS 実施予定地の人口：21,681 人（活動 1.3）
- 啓発活動参加予定者：1,500 人（活動 2.1）

²⁰ 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）2,000m により全世帯のうち約 7-8 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"> 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） <p>間接裨益人口：125,079 人</p> <p><内訳></p> <p>事業が対象とする保健センター12 箇所およびヘルスポスト 9 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>以下の各数値は、1 年次第 1-2 四半期に実施した無作為抽出調査（定量）および聞き取り調査（定性）によるベースライン調査の結果に基づき、2 年次申請時に修正・承認されたものである²¹。</p> <p>【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</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） <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> <ul style="list-style-type: none"> 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） <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> <ul style="list-style-type: none"> 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） <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 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</p>

²¹ 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、1 年次申請時のベースラインとして提出した全国調査（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、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、2 年次申請時において既にベースライン値および目標値を修正・承認済である。

	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) <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。</p> <p>【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</p> <ul style="list-style-type: none"> 最低食事水準²²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) <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(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>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(1-2年次のみ)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>
(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、事業活動に現地政府関係者を巻き込み、彼らが各活動の内容・効果を十分に理解した上で活動・予算計画に含めていくよう働きかけを行う(本事業の中で活動・予算計画の策定に関わる活動あり)。</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</p>

²² 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。

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に交わす。

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。