

様式E 終了時評価表

1. 案件の概要	
事業名（対象国名）：政府保健機関スタッフと農村保健ボランティアの協働による統合的母子保健事業（インド）	
事業実施団体名：特定非営利活動法人 アーシャ＝アジアの農民と歩む会	分野：保健医療-母子保健・リプロダクティブヘルス
事業実施期間：2013年1月1日～2017年12月31日	事業費総額：99,684千円
対象地域：ウッタール・プラデシュ州アラハバード県ジャスラ郡およびシャンカルガル郡	ターゲットグループ：農村保健ボランティア100人
所管国内機関：JICA 筑波	カウンターパート機関：サム・ヒギンボトム農工科学大学継続教育学部
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>ウッタール・プラデシュ州アラハバード県は、首都ニューデリーから東南東約 500 kmに位置する人口約 110 万人の県である。人口の 7 割以上が農村部に居住しているが、農村部では男尊女卑の文化が伝統的に残っており、女性が初等教育を受けることが難しいため、女性の識字率が男性に比べて大幅に低い（59.26%。男性の識字率は 79.24%。女性の識字率が最も高いのはケララ州の 91.98%（2011 年））。この伝統の影響で、同県の女性は、農村の外の世界（人間）との接触の機会が乏しく、読み書きができないことから就業の機会にも恵まれず、農村内で家事に明け暮れる生活を送る以外の選択肢が殆どない。また、ウッタール・プラデシュ州ではトレーニングを受けた保健医療従業者の不足および不十分な健康管理から、乳児死亡率は 73/1,000 人、5 歳未満死亡率は、96/1,000 人とインド全国平均を大きく下回る（インド全国平均の乳幼児死亡率は 57/1,000 人、5 歳未満死亡率は 74/1,000 人（National Family Health Survey-3: 2005-06））。加えて、5 歳未満の低体重児の割合は、インド全国平均は 35.7%であるが、ウッタールプラデシュ州は 39.5%である（National Family Health Survey-4: 2015-16）。</p> <p>インド政府は、広範囲な実行力のある栄養・母子保健活動を推進するために、政府保健機関スタッフの配置を通じた適切な母乳育児、生後 6 ヶ月からの栄養豊かな補完食、栄養指導、定期的な乳幼児の体重測定、栄養指導等のカウンセリングなどを実施してきたが、スタッフの数が不足しており、点在する育児家庭を戸別訪問することが不可能なため、特に農村部における活動が十分に展開されていなかった。</p> <p>アラハバードに活動拠点を構える本事業の実施団体は、本事業に先がけた草の根技術協力事業を通じ、アラハバード県下 6 村を中心に農村住民（母親）11 名を農村保健ボランティア（Village Health Volunteer。以下「VHV」とする）として育成し、農村栄養、母子保健活動を推進していたが、人数が十分ではないため VHV だけでは活動を拡大することが困難であった。また、上述のとおり、政府機関の活動も十分に展開されていなかったことから、VHV と政府保健機関スタッフとの協働による活動規模の拡大が有効と考え、二者の協働により、効果的で持続的な農村保健活動モデルを確立するとともに、事業を通じて農村女性の社会的地位の向上、エンパワーメントに貢献することを目的とした事業が提案・採択された。</p>	

1-2 協力内容

(1) プロジェクト目標

政府保健機関スタッフと農村保健ボランティア（VHV）の協働によるモデル的な住民参加型母子保健・栄養普及活動が構築される。

(2) アウトプット

1. 事業対象地域において VHV の育成および活動が継続できる体制が整う。
2. 政府保健機関スタッフと VHV との協働の母子保健活動の仕組みが整う。
3. 微量栄養素を豊富に含む栄養摂取に関する知識の改善がなされ、実践される。
4. 活動のモニタリング、中間評価、最終評価が行われ、次期の母子保健活動の指針に寄与できる。

(3) 活動

- 1-1 対象地域の両郡からアクセスのよい場所に会合用の事務所を借りる。
- 1-2 先行事業で育成された VHV の中から優秀なものを農村保健ボランティアスーパーバイザー（VHV Supervisor。以下「VHS」とする）として育成する。
- 1-3 両郡の事業地域に在住する農村女性を毎年 30 名 VHV 候補者として選抜する。
- 1-4 サム・ヒッキンボトム農工科学大学 継続教育学部（Makino School of Continuing & Non Formal Education。以下「MSCNE」とする）スタッフと VHS が VHV を育成できるように技術指導、助言をする。
- 1-5 政府保健機関スタッフと協働できる VHV 100 名を育成する。
- 1-6 育成された VHV/VHA（VHV Assistant）が地域で自主的に活動できるような組織づくりを支援する。
- 2-1 県レベルの県保健局長（CMO：Chief Medical Officer）からの事業承認の確約を取るための支援をする。
- 2-2 郡レベルの栄養・保健事業責任者（保健所長：CHC Director）との事業活動の承諾、協力を取り付ける。
- 2-3 地区レベルのベーシックヘルスワーカー（BHW）と協働事業の詳細計画ができるように助言する。
- 2-4 VHS、VHV 及び村レベルの政府保健機関スタッフとの母子保健協働活動ができるよう支援する。
- 2-5 協働活動による母子保健・健康栄養の普及と啓蒙ができるよう支援する。
- 2-6 協働で得られたデータを政府保健機関スタッフと共有する。
- 2-7 上記の活動をサポートするための村落調査を実施する。
- 3-1 微量栄養素を含んだ健康栄養の啓蒙活動を支援する。
- 3-2 微量栄養素の豊富な野菜を使った料理の普及を支援する。
- 3-3 野菜の自家消費を高めるための家庭菜園の技術指導、支援をする。
- 4-1 MSCNE 保健担当スタッフが定期的に巡回し、モニタリングできるように支援する。
- 4-2 MSCNE スタッフ、VHS が中間評価会を実施できるよう支援する。

4-3 事業終了前に最終評価を行い、持続可能な活動への指針がだせるように支援する。

2. 評価結果

妥当性

アラハバード県は、インドの中でも開発が特に遅れているウッタール・プラデシュ州に位置しており、5歳未満死亡率や低体重乳幼児の割合は全国で最低ランクにある。インド政府は政府保健機関スタッフによる母子保健・栄養普及活動を推進していたが、育児中の家庭への戸別訪問を行う人的資源が不足していたため、十分な成果を達成できていなかった。本事業では、インド国内でも特に母子保健・栄養普及への取り組みが必要な地域において、インド政府のみでは対処が困難であった課題解決に取り組んでおり、適切な対象地を選び現地のニーズにあった事業内容となっている。

ターゲットグループとなる VHV には、本事業の対象地域に居住する農村女性を選んだ。VHV への志願者を選定し、短期訓練を受けさせた後に出身の村で育児中の女性への支援を行う方式を採用した（後に長期間の養成期間を採用）。農村部では部外者を拒絶することが多く、同じ村出身の VHV が支援することで、支援対象の女性の心理的拒絶感を和らげるという配慮による。また、十分な養成期間を経た VHV 自身も、自分の知識が出身村の母子保健の向上に貢献していることで満足感を得るとともに自信を持つことができた。事業目標及び成果を達成するためには、VHV が自律的・自発的に母子保健活動を行うことが必要であるため、より活動しやすい体制とするために支援対象村落の女性を VHV として選定した。

本事業では、農村女性だけでなく、家長を含めた男性に対しても育児方法や栄養バランスについての知識を提供することで信頼を得た。また、政府保健機関のワーカーとは、密な情報共有に加え、VHV との協働時に感謝の気持ちを積極的に伝えることにより信頼関係を構築することができた。これらは、政府保健機関ワーカーと協働して、農村の住民全体に対する知識普及をはかる本事業の目標達成のために適切なアプローチであった。

本事業の枠組みは、政府保健機関スタッフと VHV の協働による住民参加型母子保健・栄養普及活動の実現という目標に対し、具体的な成果が設定されており、論理性は認められる。PDM では外部条件の設定はないが、前提条件として州及び県の保健政策の大きな変更並びに村落における宗教闘争・暴動が挙げられており、実施団体では解決できない事項の存在を予見したうえで事業の枠組みが設定されている。

実施団体はインドで長期間の活動経験があり、農業及び母子保健分野の専門性も高く、強みを生かした活動が展開された。

以上より本事業の妥当性は高い。

実績とプロセス

日本人専門家はほぼ常時インドに駐在し、政府保健機関との連携と VHV の活動範囲・内容の強化についての技術移転を実施した。派遣された日本人専門家の担当分野は以下のとおり。

- ・プロジェクトマネージャー
- ・母子保健担当専門家
- ・農村調査担当専門家
- ・現地調整員

上記の日本人専門家に加え、先行事業で育成された VHV が VHV リーダー、サブリーダー、アシスタント、農村保健スーパーバイザー等の役割を果たした。また、以下の機材が調達されている。

- ・スクーター（1 台）
- ・バイク（1 台）
- ・PC（1 台）

事業前半に、VHV の離職及び政府保健機関のワーカーとの軋轢という問題が発生したが、後述するとおり解決されており、ほぼ全ての指標を達成している。

アウトプット 1「事業対象地域において VHV の育成および活動が継続できる体制が整う。」

指標 1. 対象地区に少なくとも各郡一箇所の連絡事務所の設立

事業開始当初は、ジャスラ郡及びシャンカルガル郡の保健所近隣に各々1か所の連絡事務所を設置したが、シャンカルガル郡の保健所は幹線道路から離れておりアクセスが悪いことから、両郡の中間地点に連絡事務所を集約した。連絡事務所では、VHV の月例全体会合や週 1 回の定例会を実施する場所として活用された。

指標 2. 育成された VHV 1 年間 20 名、5 年間で 100 名

事業開始当初、育成された VHV が辞める事例が散発した。VHV の育成プログラムは 2 日間の集中トレーニングとフィールドトレーニングで構成されているが、フィールドトレーニングの途中から参加しなくなったのである。主な理由は、①母子保健の知識・技術の取得のみを希望する応募者であったこと、②自身より下のカーストの農村女性への指導に積極的でないことであった。上記の問題に対応するため、実施団体は、VHV への応募者に対し、①利他の心を持った分け隔てない活動を行う意思、②VHV 及び支援対象農村の女性が自身より下のカーストであっても対等に接する心構えを確認した上で育成プログラムを実施し、合格した VHV を VHVC (VHV Candidate) として OJT を経験させる方式を採用した。この方式は奏功し、OJT 期間中に先輩 VHV の指導・助言手法を覚え、仮に下のカーストの女性への不適切な対応があった場合はその都度指摘を受けることで、OJT 終了段階には相手のカーストによって対応を変えるようなことがなくなっている。

2017 年 9 月までに育成プログラムを修了し、VHV として登録された人数は 104 人である。

指標 3. 対象地区内に母子保健関連セミナーを政府機関保健スタッフと協働で実施できる拠点を 100 箇設置する。

指標に記載の「拠点」とは、VHV が保健集会を行う場所である。育成された 104 人の VHV のうち、現在も正式に VHV として登録されている人数は 53 名であり、毎月保健集会を実施する拠点数は 53 か

所であり指標は達成されていない。

尚、51名が現在ではVHVとして登録されていないが、実施団体及びVHV3名に聞き取りを行った結果、VHVとしての活動ができなくなった理由は、結婚に伴い家族（嫁ぎ先）の理解が得られなくなった、引っ越し、子育て等で活動を続けることができなくなったことが原因であり、個人の活動として自分の家族や周辺家族に対し母子保健についての知識を普及しているとのことであった。また、現在も登録されているVHVは自分の家の近隣だけでなく要望を受ければ離れた場所でも保健集会を実施している。

アウトプット2「政府保健機関スタッフとVHVとの協働の母子保健活動の仕組みが整う。」

指標1. VHS (VHV Supervisor) と郡レベルのベーシックヘルスワーカー (BHW) との詳細な事業の計画、実施のための会議を定期的 (3か月に1回) に行う。

四半期ごとに2つの郡の保健所において、郡レベルのベーシックヘルスワーカーに加え、予防接種を担当するANM (Auxiliary Midwife) 及び体重測定を担当するASHA (Accredited Social Health Activist) との連絡会議を実施している。連絡会議では、協働で毎月実施する予防接種と体重測定スケジュールについての協議、保健集会や村での料理教室の案内、ANMが講師となる保健集会の内容・日程の調整等が行われている。連絡会議には保健所長がしばしば同席し、政府保健機関スタッフとの協働体制の構築に大きく貢献した。

指標2. VHS、VHVが村レベルの活動 (身体測定、ワクチン接種、保健集会、補完食配布等) を政府保健機関スタッフと定期的に協働で実施する。

ANMやASHAとは、毎月の連絡会議におけるその月の予定の共有だけでなく、必要に応じてVHVから随時電話連絡を取ることで最新情報の共有と信頼感の醸成を重視した活動を展開した。事業開始当初は、農村における予防接種及び体重測定の日程が決まり、会場準備を整えてもANMが現れず、予防接種が実施できない事例が散発したが、予定どおり実施された場合VHVがANMに大いに感謝するという対応を取り続けたことから、徐々に直前のキャンセルが少なくなり、現在では毎月スケジュールどおりに予防接種が行われるようになった。また、保健集会の場には多くの母子が訪れるため、補完食の配布を担当するAnganwadi Workerも効率的に活動できるようになった。

支援対象の12村で毎月実施される保健集会には、合計で900名以上の農村住民 (内女性は約600名) が参加するようになっている。

アウトプット3「微量栄養素を豊富に含む栄養摂取に関する知識の改善がなされ、実践される。」

指標: 農村女性が始めた家庭菜園に緑黄色野菜をとり入れる世帯数が5年間で2000世帯 (100人のVHVが各自20-25世帯に普及) になる。

2017年11月に行った現地調査で聞き取りを行った結果、家庭菜園を実施している世帯数は2,246世帯であり、指標を達成している。主に若いVHVが家庭菜園の指導を担い、住民と共に家庭菜園の充実を図ると共に、採取した種の交換会を実施することにより栽培品目の多様化を行った。また、液肥を含む有機肥料の作成方法についても指導できるようになっており、住民へ指導できることで充足感を得ている。

2017年3月に実施した調査では、支援対象12村の内11村において「昨日緑黄色野菜を食べたか」という設問に対し50%以上が「食べた」と回答している。唯一50%に満たない村でも47%が緑黄色野菜を摂取している。活動開始前の割合は10%前後であったことから、緑黄色野菜の摂取率は大幅に向上していると判断される。

緑黄色野菜に加え、モリンガ（ワサビ科の樹木。成長が早く発芽後1年で2m程度に育つ。）を各家庭に普及させ、各種ビタミンを緑黄色野菜より多く含む葉の乾燥パウダーを各家庭で作り食べるための料理教室も定期的にも実施しており、モリンガパウダーのレシピ本が作成された。これまでに育成したモリンガの木は2,000本を超えるが、枯死や「家族が死んだのはモリンガを植えたからだ」という不合理な理由で切り倒された木もあり、モリンガが栽培されている世帯数は2,000には至っていない（現在葉が取れる状態のモリンガの木の本数は1,935本）。

アウトプット4「活動のモニタリング、中間評価、最終評価が行われ、次期の母子保健活動の指針に寄与できる。」

指標1. 事業3年次開始前に中間評価が実施される。

事業期間中、実施団体とVHSが中心となって、業務の進捗状況と要改善点についての協議を継続してきた。事業開始後3年目までは実施団体が主導的な立場となり、VHSを含むVHVは決定に追従する形態であったが、事業の4年目以降はVHSがリーダーシップを取って議論できるようになっていた。

指標2. 最終年次において最終評価が実施される。

ジャスラ郡及びシヤンカルガル郡の保健所長や日本人専門家を招き最終評価会を実施した。事業の成果について発表・確認を行い、事業終了後の活動についてグループディスカッションを行った。全グループで、母子保健活動を組織として正式に実施することを目的として2017年に設立したNGO「Asha Vikas Sewa Samiti (AVSS)」のメンバーとして事業が終了した後もVHVの活動を継続することが確認された。

効果

本事業を通じて発生した最も大きな変化は2つある。

1つは、ボランティア育成手法の開発である。利他の心を持って分け隔てなく活動する意思を事前に確認することについては、アウトプット1.の指標2.に記載したとおりであるが、加えて先輩VHVと後輩VHVがチームとなって活動することで、ボランティアとして不適切な行動があった場合、その後の振り返りで随時改善を繰り返すことで、質の高いボランティア活動を実施することが可能となった。個人での活動が基本となるインドにおいて、チームによる活動を行うことで、先輩VHVは自身の責任感を自覚し、後輩VHVは先輩VHVを尊敬するという関係が構築されたことの意義は大きい。

2つ目は、政府保健機関スタッフや農村住民からの信頼の獲得である。事業開始当初、政府機関スタッフはVHVを快く思っていなかった。VHVの活動内容を理解していなかったため、自身の業務を妨害する可能性があることを懸念していたことが理由である。しかし、VHVのチームによる活動の成功に伴い、毎月各村落で実施する保健集会への参加人数が増えたことにより、政府機関スタッフが同席す

るようになった。これは政府機関スタッフとしては各家庭を戸別訪問するよりも効率的に保健集会の場でワクチン接種や補完食の配布を実施できるからである。保健集会で VHV が生後 24 時間以内の授乳開始や離乳食の開始時期等を説明し、実践した母親から子供の健康状態が改善されたという話を聞いた政府保健機関スタッフは、保健集会に同席し、多くの母親から信頼されている様子を見た結果 VHV を信頼するようになり、現在では低体重乳幼児の情報、次回の保健集会の日程及び保健集会での説明内容等の情報共有を行うようになっている。また、保健集会での指導に従った結果、子供の健康状態が回復したことを実感した母親から口コミで VHV の評価が高まると共に、料理教室には男性も試食に参加できるようにしたことから、男性を含む農村住民全体からの信頼を得ることができ、最終的には、2,000 以上の世帯で家庭菜園が行われるようになった。この信頼の獲得により、VHV を軽んじていた政府機関スタッフや新しい食生活に消極的な農村住民と一体となった活動が展開できるようになった。

持続性

事業終了後も AVSS の活動として、VHV は保健栄養事業、家庭菜園、モリンガや大豆加工を推進していく予定である。また、実施団体もインドの農村支援を継続しつつ AVSS と協働していくことから、事業の持続性についての問題はないと判断される。

3. 市民参加の観点からの実績

1. 本事業を通じて把握した現地の状況や事業の活動内容を日本各地で報告した（栃木県、宮城県、福島県、山形県、北海道、東京都、熊本県）。
2. 事業に関心を持った各団体が事業地を訪問した（山形県、福島県、愛知県、岐阜県、福岡県、熊本県の農業法人や企業組合等）。

4. グッドプラクティス、教訓、提言等

1) グッドプラクティス

・ VHV が主役となる啓発活動：

事業開始当初は、日本人専門家が農村女性に直接指導・助言していた。一見すると事業は順調に進んでいるように見えるが、VHV の自信や誇りに結びつかないことが分かったため、①日本人専門家からインド人スタッフへの訓練、②インド人スタッフから VHV への訓練を経て、VHV がチームとして活動し、振り返りを行うという方式を採用した。この方式を採用してからは VHV が自信を持ってかつ丁寧な指導・助言を支援対象の農村で展開できるようになり、農村の住民からの評判が着実に上がるようになった。この結果、VHV 志願者が増加し、より資質の高い人材が VHV として登録されるようになり、活動と並行して学習した結果、ヒンディ語の読み書きや算数ができるようになった VHV も現れた。

2) 教訓・提言

・ より持続性を高めるモチベーションの早期特定：

ターゲットグループが事業終了後も活動を継続することは、草の根技術協力事業の持続性の観点

から極めて重要である。

本事業で育成された VHV の一部は現場を離れてしまったが、活動を継続する VHV に共通する理由が、自分の仕事が周囲の役に立っているという満足感であることを理解して以降、日本人専門家は VHV の活動の様子を見守ることに徹し、VHV が主体となって啓発活動を行うよう活動方針を修正した。

事業期間内に指標を達成するだけでなく、事業終了後を見据えて、より持続性を高めるモチベーションを早期に特定し、活動の進め方をターゲットグループと共同で構築する手法は、他の事業でも適用可能であり、その効果は高いと思料する。