

ネパール連邦民主共和国  
学校保健・栄養改善プロジェクト  
終了時評価調査報告書

平成24年4月  
(2012年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

人間
JR
12-026

ネパール連邦民主共和国  
学校保健・栄養改善プロジェクト  
終了時評価調査報告書

平成24年4月  
(2012年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

## 序 文

ネパール連邦民主共和国の子どもには、栄養不良や発育不良が多くみられ、栄養価の少ない食習慣のみならず、衛生観念の不足等が原因とされています。ネパール連邦民主共和国は、2006年に「国家学校保健・栄養戦略」を発表し、学齢児童の健康と栄養状態の改善をめざしました。しかし、国家学校保健・栄養戦略を実施する体制が整備されておらず、本格的な取り組みが遅れていることから、国家学校保健・栄養戦略の具現化を図るため、ネパール連邦民主共和国政府は日本政府に対し2006年度に協力要請を行いました。

本プロジェクトは、対象2郡において、主に初等教育レベルの学齢児童の保健・栄養に関する態度や習慣の改善を図るとともに、本プロジェクト終了後も既存の国家学校保健・栄養戦略に基づいた学校保健活動が継続・普及されていくよう、保健人口省と教育省による実施体制を整備することを目的として開始されました。

今般、プロジェクトの終了年にあたり、終了時評価調査を行うことを目的に、2012年1月に調査団を派遣し、ネパール政府や関係機関との間でプロジェクトの成果や目標の達成の確認、及びプロジェクト実施中及び終了後の提言を協議しました。

本報告書は、この調査結果を取りまとめたものであり、今後のプロジェクトの展開、更には類似プロジェクトに活用されることを願うものです。ここに、調査にご協力を頂いた内外関係者の方々に深い謝意を表すとともに、引き続き一層のご支援をお願いいたします。

平成24年4月

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部長 萱島 信子

# 目 次

序 文  
目 次  
地 図  
写 真  
略語表  
評価調査結果要約表

第1章 終了時評価調査の概要	1
1-1 調査実施の経緯と目的	1
1-2 調査団構成	1
1-3 調査団日程	2
1-4 主要面談者	4
1-5 調査結果総括	6
第2章 評価の方法	8
2-1 評価方法	8
2-1-1 プロジェクト・デザイン・マトリックスの検証	8
2-1-2 評価デザインの作成	12
2-1-3 関連資料のレビュー	12
2-1-4 プロジェクト関係者への質問票配布	12
2-1-5 評価手法の説明	12
2-1-6 プロジェクト関係者に対するインタビュー	12
2-1-7 対象校の視察	13
2-2 調査項目	13
2-2-1 プロジェクトの実績の確認	13
2-2-2 実施プロセスの把握	13
2-2-3 評価5項目に基づく評価	13
2-3 評価上の制約	14
第3章 プロジェクトの実績	15
3-1 投入実績	15
3-1-1 日本側の投入実績	15
3-1-2 ネパール側の投入実績	16
3-2 成果（アウトプット）の達成状況	16
3-3 プロジェクト目標の達成状況	26
3-4 上位目標の達成見込み	29
3-5 実施プロセス	30
3-5-1 プロジェクトのマネジメント体制	30

3-5-2 技術移転状況 .....	32
第4章 評価結果 .....	34
4-1 妥当性：高い .....	34
4-1-1 ネパール政府の政策との整合性 .....	34
4-1-2 必要性 .....	34
4-1-3 問題解決手段としての適切性 .....	34
4-1-4 日本の援助政策との整合性 .....	34
4-1-5 計画の適切性 .....	34
4-2 有効性：やや高い .....	35
4-2-1 プロジェクト目標の達成予測と成果の貢献 .....	35
4-2-2 因果関係 .....	36
4-3 効率性：中程度 .....	36
4-3-1 日本側の投入 .....	37
4-3-2 ネパール側の投入 .....	38
4-3-3 外部条件の影響 .....	38
4-3-4 類似プロジェクトとの比較 .....	38
4-4 インパクト（予測）：高いと見込まれる .....	38
4-4-1 上位目標への波及効果と達成見込み .....	39
4-4-2 上位目標以外の波及効果 .....	39
4-5 持続性（見込み）：中程度と見込まれる .....	41
4-5-1 政策面：中程度 .....	41
4-5-2 財政面：中程度 .....	41
4-5-3 組織・制度面：中程度 .....	41
4-5-4 技術面：中程度 .....	42
4-6 効果発現に貢献した要因 .....	42
4-6-1 計画内容に関すること .....	42
4-6-2 実施プロセスに関すること .....	42
4-7 問題点及び問題を惹起した要因 .....	43
4-7-1 計画内容に関すること .....	43
4-7-2 実施プロセスに関すること .....	43
4-8 結論 .....	43
第5章 提言と教訓 .....	45
5-1 提言 .....	45
5-1-1 プロジェクト終了までの残された期間で実施すべき事項 .....	45
5-1-2 プロジェクト終了後に実施すべき事項 .....	46
5-2 教訓 .....	47

付属資料

1. 評価グリッド（和文） .....	53
2. 協議議事録 .....	62

# NEPAL

## (Boundaries and Municipalities)

Area (Sq.Km.)	148,197
Regions	5
Districts	75
Constituencies	205
Ilakas	927
Municipalities	58
VDCs	3,914
Wards	36,023



**Legend**

Municipalities (MLD, 1999)

- Metropolitan City
- ⊙ Sub-metropolitan City
- Municipality

Boundaries (Topo, 1:10,00,000)

- International
- Regional
- District

1 Kathmandu Metropolitan City  
 2 Kirtipur Municipality  
 3 Lalitpur Sub-metropolitan City  
 4 Bhaktapur Municipality  
 5 Madhyapur (Thimi) Municipality

a Kathmandu  
 b Lalitpur  
 c Bhaktapur



Syangja 郡での小学校視察



プロジェクトで作成したポスター。今回訪問した学校では、いたるところにポスターが掲示されていた。



Syangja 郡 Tindobate 村落訪問。子どもを通し、コミュニティにも衛生観念が普及し、衛生環境の改善がみられた。



Syangja 郡 Chandika primary school のファーストエイドキットボックス。薬の受け渡しについては、逐一記録がつけられていた。



## 略 語 表

略 語	正 式 名 称	和 訳
DSHNCC	District School Health and Nutrition Coordination Committee	郡学校保健・栄養調整委員会
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NSHNAC	National School Health and Nutrition Advisory Committee	国家学校保健・栄養アドバイザー リー委員会
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マト リックス
PTA	Parents and Teachers Association	PTA（父母教師会）
SIP	School Improvement Plan	学校改善計画

## 評価調査結果要約表

<b>1. 案件の概要</b>	
国名：ネパール連邦民主共和国	案件名：学校保健・栄養改善プロジェクト
分野：保健・医療/基礎教育	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：JICA 人間開発部保健第二グループ 保健第四課	協力金額：総額 2億 6,100 万円（日本側）（終了時評価調査時）
協力期間： 2008 年 6 月～ 2012 年 5 月 （4 年間） R/D 締結：2008 年 4 月 3 日	先方関係機関：保健人口省保健サービス局、教育省教育局、Shindupalchowk 郡保健事務所、Shindupalchowk 郡教育事務所、Syangja 郡保健事務所、Syangja 郡教育事務所、国立教育開発センター
他の関連協力：日本医師会実施の「学校・地域保健プロジェクト」（1992～2004 年）に関連した個別専門家派遣、「小学校運営改善支援プロジェクト」（2008～2011 年）	
<p><b>1-1 協力の背景と概要</b></p> <p>ネパール連邦民主共和国（以下、「ネパール」と記す）の子どもには栄養不良や発育不良が多くみられ（女学生の鉄分欠乏症貧血率 64%、学童児童の甲状腺腫保有率 40%、腸管寄生虫有体率 66%、潜在性ビタミン A 欠乏率 33%）、子どもの学校出席率や学業成績にも悪影響を与えているとされている。これらは、栄養価の少ない食習慣、ごみの不適切な処理やトイレなど公衆衛生上の問題、衛生観念の不足、安全な水資源の不足、窓のない屋内での調理による煙害などが原因と考えられ、学校、行政、コミュニティ間の協働による学校保健活動の強化を通じた学齢児童の健康状態の改善が求められている。</p> <p>ネパール政府は、2006 年に「国家学校保健・栄養戦略」を発表し、コミュニティの中で住民の身近な社会施設として存在する学校を保健活動の場としても活用し、各家庭・コミュニティの健康と栄養状態を改善することを重視することを明らかにした。しかし、国家学校保健・栄養戦略を実施する体制が整備されておらず、本格的な取り組みが遅れていることから、ネパール政府は同戦略の具現化を図るため、2006 年度に日本政府に協力を要請した。</p>	
<p><b>1-2 協力内容</b></p> <p>本プロジェクトは、対象 2 郡の Shindupalchowk 郡と Syangja 郡で、主に初等教育レベルの学齢児童の保健・栄養に関する態度や習慣の改善を図るとともに、プロジェクト終了後も国家学校保健・栄養戦略に基づいた学校保健活動が継続・普及されていくよう、保健人口省と教育省による実施体制を整備することを目的としたものである。</p> <p>(1) 上位目標 対象郡において学齢児童の健康と栄養状態が改善する。</p> <p>(2) プロジェクト目標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象郡において学齢児童による学校保健サービスの利用が増加する。</li> <li>・ 保健人口省と教育省において「国家学校保健・栄養戦略」の実施体制が強化される。</li> </ul> <p>(3) 成果</p> <p>成果 1 対象校において、学校保健サービスミニマムパッケージの提供が改善される。</p> <p>成果 2 学校保健活動を通じて、対象校における学齢児童の保健に関する知識が向上し、態度や習慣が改善される。</p>	

- 成果3 対象郡において、学校保健活動が関係機関、委員会、その他の関係者によって体系的かつ協力的に実施・管理される。
- 成果4 プロジェクトの経験に基づき実践的なモデルが開発され、「国家学校保健・栄養戦略」に沿った当該モデルの普及計画が中央レベルで策定される。

(4) 投入（評価時点）

日本側 総投入額：2億6,000万円

長期専門家派遣 累計4名（79.6M/M） 短期専門家派遣 累計14名（15.5M/M）

機材供与 約1,249万円

ローカルコスト負担 約7,415万円

研修員受入 48名（本邦研修：27名、第三国での研修：プロジェクトスタッフを含む21名）

ネパール側

カウンターパート配置 19名（累計33名）

ローカルコスト負担 約6億440万ルピー（保健人口省と教育省の学校保健に関連するプログラム予算のうち、対象2郡の予算。プロジェクトの協力範囲でない校舎建設、学校給食などの費用も含む）

プロジェクト執務室（保健人口省保健サービス局、教育省教育局の2カ所）の提供

2. 評価調査団の概要

団員	団長/総括 協力企画 評価分析	花田 恭 稲垣 良隆 島田 俊子	JICA 人間開発部 課題アドバイザー/国際協力専門員 JICA 人間開発部 保健第二グループ保健第四課 職員 アイ・シー・ネット株式会社
----	-----------------------	------------------------	---

調査期間：2012年1月11日～2012年2月2日

評価種類：終了時評価

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) 成果（アウトプット）

1) 成果1：対象校において、学校保健サービスミニマムパッケージの提供が改善される。

成果1は学校保健・栄養基礎ガイドラインの開発、各種研修の実施が順調に行われ、指標のほとんどが目標値に届いており、ほぼ達成できていると判断できる。

指標1-1である学校保健サービスミニマムパッケージのガイドラインは、日本人専門家と保健サービス局、教育局のカウンターパートによって2010年に作成された。同ガイドラインは、対象2郡の12村落にある公立校での学校保健活動の導入結果やフィードバックをもとに学校保健・栄養基礎プログラム（パッケージ）実施ガイドライン（以下、「学校保健・栄養基礎ガイドライン」と記す）として改訂され、2011年、カウンターパート機関である2局の承認を得た。終了時評価時点においては、第3版への改訂中であった。指標1-2の同ガイドラインに関する研修受講者数は目標値の7,500名を超えて9,583名に達した。指標1-3の年1回の身体測定を実施する学校の割合は約74%だったが、適切な記録管理を行っている学校の割合は、目標値の70%をやや下回る平均63.8%であった。指標1-4の寄生虫駆除薬の学校での年2回配布は97%の調査対象校で実施されており、適切な記録管理が行われている学校の割合についても目標値の70%を上回り、約90%に達した。指標1-5の救急箱の常備は調査対象校すべてにみられ、適切な記録管理を行う学校の割合についても全体平均で目標値の60%を超え63.8%だった。プロジェクトの第3・4年次に新規対象校となった学校では、目標値を大幅に下回っているケースもみられた。

2) 成果 2 : 学校保健活動を通じて、対象校における学齢児童の保健に関する知識が向上し、態度や習慣が改善される。

学校保健に関連する行動変容が子どもにみられるものの、清潔な爪の保持と寄生虫に関する知識、毎月の学校チェックリストの記録管理面で、指標が目標値に届いていないため、期間内の成果 2 の達成は見込まれない。

指標 2-1 の清潔な爪をもつ児童の割合は、Syangja 郡では目標値の 70% を超え達成済みであるが、Shindupalchowk 郡では、調査対象校平均で 47.1% と協力対象期間にかかわらず低かった。爪が伸びていない児童の割合は、Syangja 郡で約 90%、Shindupalchowk 郡で約 75% に達していた。指標 2-2 のトイレ清掃を毎日行っている学校の割合は、ベースライン調査時の 33.3% から 75.8% に増え目標値の 50% を超えていた。指標 2-3 である寄生虫の知識をもつ 4・5 学年の児童の割合は、ベースライン調査時の 27.1% から 30.7% にやや増えただけで、協力対象期間と対象郡にかかわらず目標値の 60% には達しなかった。これは、質問の難易度が高かったことが一因であり、駆虫薬の重要性は十分に認識しているとのことであった。学校チェックリストは毎日、毎週、毎月と 3 種類あり、指標 2-4 はこれらの記録管理を適切に行っている学校の割合だった。毎日と毎週の学校チェックリストの記録管理を適切に行っている学校の割合が、それぞれ 2 郡平均で 95.7%、73.9% と目標値の 60% を超えたが、毎月については 58.0% と目標値に届かなかった。Shindupalchowk 郡は、毎週と毎月の学校チェックリストの記録管理を適切に行っている学校の割合が、新規対象校で目標値を大幅に下回っていた。指標 2-5 の子どもクラブを設置している学校の割合は、エンドライン調査の自己申告で 8 割以上、郡教育事務所のデータで 9 割以上に達していた。PDM 指標にはないが、食前やトイレ後の手洗いの習慣が子どもたちの間で身につけていることが、ベースラインとエンドライン調査の結果から判明している。こうした行動変容が子どもにみられるものの、清潔な爪の保持と寄生虫に関する知識、毎月の画工チェックリストの記録管理面で、指標が目標値に届いていないため、期間内の成果 2 の達成は見込まれない。

3) 成果 3 : 対象郡において、学校保健活動が関係機関、委員会、その他の関係者によって体系的かつ協力的に実施・管理される。

成果 3 は、郡学校保健・栄養調整委員会 (District School Health and Nutrition Coordination Committee : DSHNCC) の会合開催頻度を除き、達成される見込みである。

プロジェクトでは、2009 年 12 月と 2011 年 5 月に学校保健・栄養週間を実施しており (2011 年 5 月は、2010 年 12 月から実施時期が移行されたもの)、指標 3-1 の年 1 回のヘルスプロモーションの実施は達成されている。指標 3-2 の指導主事による月 3 回のモニタリングを受けた学校の割合は、69.6% で目標値の 60% を超え達成済みである。ただし、Shindupalchowk 郡の新規対象校では、目標値を大幅に下回っているケースも見受けられた。指標 3-3 の年 4 回学校保健栄養委員会の会合を開催している同委員会の割合についてはデータが取れておらず、代わりに郡教育事務所から入手した。毎月会合を開催している学校保健・栄養委員会の割合は 43.5% (Shindupalchowk 郡で 60%、Syangja 郡で 26.5%) だった。指標 3-4 の郡学校保健・栄養調整委員会の会合は、年 4 回実施の目標値には届かなかったものの、これまで Shindupalchowk 郡で 9 回、Syangja 郡で 12 回の開催実績がある。指標 3-5 の学校運営計画に学校保健活動を含めた学校の割合は、目標値の 60% を大きく上回り、89.9% となった。指標 3-6 に設定されている学校保健関連データが郡保健事務所と郡教育事務所集計されることについては、指標どおりに達成されている状況

がそれぞれの事務所で確認できた。以上のとおり、成果 3 は、郡学校保健・栄養調整委員会の会合開催頻度を除き、達成される見込みである。

- 4) 成果 4：プロジェクトの経験に基づき実践的なモデルが開発され、「国家学校保健・栄養戦略」に沿った当該モデルの普及計画が中央レベルで策定される。

成果 4 については、達成が困難であると判断する。

国家学校保健・栄養戦略は、短期専門家を派遣してその内容をレビューし改訂すべき点を提言したが、指標 4-1 の国家学校保健・栄養アドバイザー委員会（National School Health and Nutrition Advisory Committee：NSHNAC）に同戦略のレビューが承認されるという状況には至っていない。これは、中間レビュー以降、学校保健に関する法的枠組みの整備などネパール側が取り組むべき提言にも積極的に取り組み、活動範囲が拡大したことが起因する。指標 4-2 の他郡への実践的モデル普及のためのアクションプランの開発は、実践的モデルが何を指すのか関係者間で合意形成できていないものの、学校保健・栄養基礎ガイドラインに記載している活動を中心に教育省と保健人口省のカウンターパートが共同行動計画を策定・改訂している。実践的モデルの中身と同計画の最終版を、関係者間で協議、合意できればこの指標が達成される見込みは高い。しかし成果 4 全体でみると、国家学校保健・栄養戦略のレビュー内容が国家学校保健・栄養アドバイザー委員会によって残りの期間で承認される見込みが低いいため、達成が困難である。プロジェクト残り期間も考慮し、今後は実践的モデルの明確化を図ることが肝要である。

- (2) プロジェクト目標：対象郡において学齢児童による学校保健サービスの利用が増加する。保健人口省と教育省において「国家学校保健・栄養戦略」の実施体制が強化される。

対象郡の学校サービス利用増加という目標は達成される見込みが高いが、国家学校保健・栄養戦略の体制強化については、指標 1 と指標 3 の目標値達成が困難なため、一部達成にとどまる。

指標 1 の国家学校保健・栄養アドバイザー委員会によって実践的な学校保健モデルが承認されることについては、実践的な学校保健モデルの内容を関係者で協議、明確にする必要があるがプロジェクト期間中に同委員会に承認される見込みは低い。指標 2 にある学校保健・栄養基礎ガイドラインの承認は、第 2 版までは保健人口省と教育省からの承認を受けているため達成されている。第 3 版は現在改訂中で、期間内の完成、承認の可能性はまだ残されている。指標 3 の学校保健・栄養活動のモニタリング・監督シートが保健人口省と教育省で集計されることについては、同シートが現場でほとんど活用されていないこと、短期専門家が 2011 年に提言したコミュニティを活用したモニタリング手法の導入に関しフォローや進捗がないことから、期間中の達成見込みは低い。これは、既存のモニタリングシートと様式が異なったため、担当者にとってモニタリングを実施する負担が大きいことが起因しており、今後、既存のモニタリングシートの利用を検討する必要がある。一方で指標 4 の学校保健関連データが保健人口省と教育省で集計されることについては、それぞれの郡事務所から 2 省に身体測定と寄生虫薬投与の実績データが報告されていることを確認できた。指標 5 の寄生虫罹患率の割合は、ベースライン調査時の 25.1%から大幅に減少してエンドライン調査では 2.9%だった。指標 6 の子どもクラブの学校保健活動の実施回数については、データはプロジェクトで収集されていなかったが、子どもクラブの設置率が高いことからほぼ達成されていると推定できる。

(3) 上位目標：対象郡において学齢児童の健康と栄養状態が改善する。

指標 1 の低体重児の割合はエンドライン調査時 31.8%で、ベースライン調査時の 29.7% に比べ増加、やや悪化している。指標 2 の出席率は 72.2%から 80.9%に改善がみられた。ただし、これらの指標も、学齢児童ではなく学校に通っている学童を対象にした調査結果であり、学校に通っていない子どもも含む学齢児童の実態を反映しているかどうかは判断できない。また、それぞれの指標値の数値変化と本プロジェクトの介入効果との相関性については、プロジェクト以外の要因が大きく影響していると思われ、プロジェクトが実施したエンドライン調査でも特段分析していないため特定は困難である。

### 3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性：高い

本プロジェクトは、「万人のための健康」と「万人のための教育」を実現できるアプローチとして位置づけられた国家学校保健・栄養戦略（2006年）を、中央、郡、学校レベルでの具体的な実践を通じて、学校保健・栄養プログラムの実施体制の強化をめざし、同戦略を包括的に網羅する協力内容になっており、ネパール政府の政策とニーズに合致した協力だと判断できる。日本の事業展開計画（2010年8月）では、「地方の貧困削減」が3つの援助重点分野の1つに位置づけられており、そのなかには学齢児童も対象に含む「人々の健康改善プログラム」が協力プログラムとして位置づけられている。そのため、本プロジェクトは日本の援助政策との整合性が高いと判断できる。本プロジェクトは、対象2郡で郡保健事務所と郡教育事務所を中心とした既存の行政制度を活用しながら、包括的な学校保健・栄養活動を行うアプローチがとられており、行政機関のカウンターパートに直接技術協力を行う日本の協力の強みと知見が十分生かされている。プロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix：PDM）には活動に含まれていない学校給食に関する指標が設定されたため、協力内容をめぐって関係者間の解釈が食い違うなど、計画の適切性にはやや問題があったが、総合的に判断して、本プロジェクトの協力実行内容は妥当性が高い。

(2) 有効性：やや高い

本プロジェクトでは、既存の行政制度を活用してカウンターパートが学校保健・栄養基礎ガイドラインの作成や研修に直接関与し、学校での学校保健・栄養活動の経験を踏まえて同ガイドラインを改訂するアプローチをとった。こうした実地訓練のプロセスを重視したアプローチにより、①カウンターパートや教員が学校保健分野での取り組みの必要性や責任感を認識し、②包括的かつ実践的な学校保健・栄養基礎ガイドラインが作成され、③実務面で保健人口省保健サービス局と教育省教育局の連携・協力が促進された。また、爪切りや手洗いの習慣、衛生概念が学童の身につく、寄生虫疾患率が25.1%から2.9%に大幅に減少するなど、学童の行動変容や健康改善に寄与している点も全般的な有効性を高めた要因となっている。一方で成果指標の達成にはばらつきがみられ、成果2の子どもの知識と行動の改善、成果4の学校保健・栄養プログラムの実践的モデルの構築については、プロジェクト終了時まで達成される見込みは低い。同様にプロジェクト目標のひとつである国家学校保健・栄養戦略の実施体制強化についても、一部指標の達成のみにとどまる。これらは、プロジェクトの運営管理がPDMに基づいて十分行われていなかったことや、実現可能性の低い指標や過大な目標値が一部設定されていたことに起因すると考えられる。以上の点を総合的に判断すると、本プロジェクトの有効性はやや高いと予測できる。

### (3) 効率性：中程度

日本側とネパール側双方からの投入は予定どおり行われ、全般的に活動は計画どおりに実施された。特にプロジェクト前半は保健サービス局にプロジェクト事務所を構え、教育局にはプロジェクトスタッフを配置し、保健の専門性をもつ長期専門家が派遣されたことから、学校保健・栄養基礎ガイドラインがカウンターパートとの協働を通じて順調に作成された。既存の教育行政制度のなかで学校保健・栄養プログラムの実施体制を強化する必要性が出てきたプロジェクト後半には、教育の専門性をもつ長期専門家が派遣され、4年目からプロジェクト事務所を教育局に移したことから、現職教員の研修制度に学校保健を組み込む可能性を議論できるようになった。このような目的に合わせた柔軟な実施体制が、全体的な効率性を高めた。日本側の投入のうち、カウンターパートを対象にした本邦研修やタイ王国（以下、「タイ」と記す）やラオス人民民主共和国（以下、「ラオス」と記す）での技術交換研修は、カウンターパートの学校保健に関する知見を深め、学校保健の普及に向けた意欲を高めることに大いに貢献し、具体的に教育局と保健サービス局2局の研修参加者であるカウンターパートが中心となって共同行動計画を作成するに至った。また当初の計画にはなかったが、これまでの経験を生かして第4年次から対象校を大幅に拡大したことにより、対象2郡すべての公立校で学校保健・栄養基礎パッケージプログラムを導入することになった。しかし、PDMの活動と指標に整合性がない学校給食の支援やPDM改訂に関する議論に時間を費やしたことや、PDMに基づくプロジェクト全体のモニタリングが不十分であったこと、中間レビュー以降、ネパール政府に対する提言もプロジェクト活動として取り組み、活動範囲が拡大したことなどが原因で、一部の成果達成に影響を及ぼした。以上を踏まえて、全般的に効率性は中程度と判断できる。

### (4) インパクト：高いと予測できる

上位目標がプロジェクトの介入効果として達成が見込まれるかについては、前述したとおり、現時点での判断は困難である。プロジェクトの予期しなかった波及効果は、①保護者や地域住民の学校保健に関する意識向上や行動変容、コミュニティの学校保健・栄養活動の参加促進、②寄生虫駆除薬の全国配布や救急箱の一部郡への配布、駆除薬配布実績データの保健管理情報システムへの反映など保健サービス局での制度化推進、③新出席簿の全国導入や、子どもクラブと駆除薬配布実績データの教育管理情報システムへの反映など教育局での制度化推進、④Syangja郡での弁当箱供与のための郡開発委員会、村落開発委員会との連携検討、⑤学校保健・栄養ネットワークの設立、⑥対人コミュニケーションやマスコミュニケーションを通じた学校保健・栄養プログラムの情報普及推進、と終了時評価時でも多くの事例を確認できた。したがって、プロジェクトのインパクトは高いと予測できる。

### (5) 持続性：中程度と見込める

国家学校保健・栄養戦略（2006年）という政策的枠組みがあり、郡開発委員会と村落開発委員会の少なくとも10%の地方交付金を子ども向けの開発事業に割り当てる優先配分制度の政策が確立され、プロジェクト終了後もこれらの政策は持続すると考えられる。しかし教育行政の基礎となる教育法や教育規則、教育省の戦略的政策枠組みである学校セクター改革計画（2009～2015年）には学校保健が含まれていないことから、学校保健を主流化する政策環境は十分とは言い難く、政策面の持続性は中位と考えられる。財政面は、保健人口省では寄生虫駆除薬の全国配布や一部郡に対する救急箱の供与、学校保健に関する

研修やオリエンテーションの実施など関連する活動の予算措置をしており、持続性が高い。一方、教育省は今年度（2011年度）の学校保健に関するオリエンテーションやモニタリングに関する予算要求が通らなかったこともあり、新出席簿の導入に関するオリエンテーションや学校保健を普及するために必要な現職教員に対する研修など、今後の予算確保に向けた取り組みが必要である。したがって、財政面の持続性は総じて中位といえる。次に組織制度面については、国家学校保健栄養アドバイザー委員会や同委員会の局長レベルの会合などは、学校保健・栄養ネットワークの支援を得ながら、今後も活動を継続していくことが見込める。郡学校保健・栄養調整員会や各対象校に設置した学校保健委員会についても、それぞれのメンバーは学校保健活動を支援しようという意欲があり必要に応じて会合を開いて協議していることから、プロジェクト終了後もある程度、機能していくことが予想される。学校で導入された学校保健活動は、救急箱の薬剤は容易に入手・補充可能であるなど、持続性に配慮してデザインされており、今後の持続性は担保されていると判断できる。学校保健活動のモニタリングは、郡教育事務所の指導主事や視学官によって行われる既存の学校モニタリング制度を活用しているため今後も継続されると考えるが、へき地の学校に対するモニタリングは今後も課題である。カウンターパートや関係者の間で、今後、学校保健・栄養プログラムは教育省の主導の下に実施していき、保健人口省は技術的支援に徹することが望ましいという認識で一致している。その一環で、教育局内に学校保健を主管する部署を設置すべきという要望が高まりつつあるが、現時点では教育省、教育局内でも合意形成ができていない状況で進展がみられない。以上の点を総合的に判断して、組織面と制度面の持続性の見通しは、中程度と判断した。最後に技術面だが、カウンターパートや対象2郡のうち3年次までに介入した学校の校長や教員は、学校保健活動の実施で中心的な役割を担ったため、学校保健全体の知識や実践的な技術を身につけることができ、今後もこうした知見を活用し活動を継続させることが可能と判断できる。一方でエンドライン調査の結果から、一部の新規介入校では身体測定や救急箱の記録管理など不十分な面もうかがえる。また、学校保健・栄養プログラムを継続・拡大するためには既存の現職教員研修に組み込むことが必要不可欠だが、終了時評価時点では、同プログラムの予算権限のある教育局と現職教員研修の実施を担当する国立教育開発センターで具体的な取り組みを十分協議・合意できていないように見受けられ、技術面の持続性は中程度と判断した。以上のことから、持続性は中程度と見込める。

### 3-3 効果発現に貢献した要因

#### (1) 計画内容に関すること

本邦研修や技術交換研修が実施されたことは、カウンターパートが各国で実践されている学校保健プログラムを体験的に学び、ネパールの事情に合わせた学校保健・栄養基礎ガイドラインを作成するうえで非常に役立ち、一部の成果の達成や有効性を高める要因にもなった。また、カウンターパートの多くはプロジェクト開始直後からプロジェクトの効果をいかに持続発展させるか問題意識をもっていたことが、インタビューや質問票調査で明らかになっており、上記研修のほか、プロジェクト目標に保健人口省と教育省での国家学校保健・栄養戦略の実施体制の強化が盛り込まれていたことも一部起因していると推察できる。2008年の本邦研修参加者が中心となって作成した2省の共同行動計画は、成果4にも関連するためプロジェクトでもたびたび改訂が議論され、結果的に学校保健・栄養プログラムの一部の活動が政府プログラムとして制度化されるインパクトの発現や、財政面や制度面の持続性に貢献したといえる。



## (2) 実施プロセスに関すること

本プロジェクトは、保健人口省保健サービス局と教育省教育局の2省をカウンターパート機関とするものだった。そのため、それぞれの局にプロジェクトスタッフを配置し、プロジェクト事務所を開始直後は保健サービス局に、4年次からは教育局に設置し、両カウンターパートとの密な連携に努めてきた。また本プロジェクトは、学校保健・栄養基礎ガイドラインの開発と研修が主な活動だったため、非政府組織（Non-Governmental Organization : NGO）などには委託せずに既存の行政制度のなかで活動を推進するアプローチをとってきた。カウンターパートや教員は直接活動に関与し、現場の活動から得られた経験や教訓を学校保健・栄養基礎ガイドラインの改訂に反映させた。このようなカウンターパートや教員の実地訓練ともいえるプロセスを重視したアプローチにより、彼らが学校保健の重要性を十分認識し、必要な技術やスキルを身につけ、学校保健活動に主体的に取り組むことを可能にした。このことは、プロジェクトの妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性のすべてを高めることに貢献した。

### 3-4 問題点及び問題を惹起した要因

#### (1) 計画内容に関すること

計画時に作成された PDM は、学校で学童の健康向上を実施する考え方と学校を拠点にした地域保健の考え方が混在した国家学校保健・栄養戦略（2006年）を踏まえて作成されたため不備があり、プロジェクト関係者間で協議・改訂するまでに時間がかかった。とりわけ PDM 上の活動と指標の整合性がとれていなかったことは、プロジェクト開始直後から問題を引き起こした。最も顕著な例が学校給食で、PDM の活動に含まれていないにもかかわらず指標の一部に設定されていたため、プロジェクトからの学校給食支援に対する期待が高まり、プロジェクトで対応可能な活動を見出し、関係者間で合意に至るまでに多くの時間を割くこととなった。また、PDM は一度改訂されたものの、実現可能性の低い指標や成果の計測に適切でない指標は十分に改訂されなかった。そのため、一部の成果やプロジェクト目標の達成が困難という事態をもたらしたと考えられる。

#### (2) 実施プロセスに関すること

プロジェクト全体のモニタリングやフィードバック体制が不十分だったことが、実施プロセス上の阻害要因として挙げられる。PDM 指標のモニタリングが不十分なため、PDM 改定後に前述した不適切と思われる指標や目標値が見直されることがなかったと考えられる。このほか、中間レビュー以降、学校保健に関する法的枠組みの整備などネパール側が取り組むべき提言にも積極的に取り組み、活動範囲が拡大したため、本来プロジェクトが優先的に取り組むべきモニタリングに関する活動や実践的モデルの特定が十分行われないうなど、成果とプロジェクト目標の達成に影響を及ぼした。

### 3-5 結論

本プロジェクトは、保健人口省と教育省の主導で行った、ネパール初の包括的な学校保健・栄養プログラムに対する取り組み支援である。国家学校保健・栄養戦略を具現化するため、既存の行政制度を活用しながら、カウンターパートが専門家との協働や直接活動を担いながらそれぞれの能力を向上できる、いわゆる実施訓練を重視したアプローチをとった。そのため、①関係者の学校保健分野に関する意識や能力の向上、②現場経験や教訓が反映された実践的な学校保健・栄養基礎ガイドラインの開発、③教育省と保健人口省の連携促進に貢献した。対象 2

郡では、すべての公立校 1,113 校で学校保健活動が実施され、児童に爪切りや手洗いの習慣等の行動変容や寄生虫罹患率の減少等の健康改善がみられた。このように現場と実施プロセスを重視した日本の技術協力の強みが十分生かされ、プロジェクトの妥当性や有効性、効率性を全般的に高めることにつながった。このほか、プロジェクト活動と直接関連した内容の本邦研修や技術交換研修の実施は、カウンターパートの能力向上や主体性の醸成だけでなく、寄生虫駆除薬の全国配布や救急箱の一部郡での供与、新出席簿の全国導入など学校保健・栄養プログラムの一部制度化の実現に貢献したと考えられる。すなわち、正のインパクトの発現や、財政・制度の持続性にも貢献した要因と判断できる。

一方で、計画時に作成された PDM の不備や、PDM によるプロジェクト管理が不十分だったこと、中間レビュー以降に活動範囲が拡大したことは、円滑なプロジェクト実施の阻害要因となり、一部成果とプロジェクト目標の達成、計画の妥当性、効率性、有効性に一定の影響を及ぼした。学校保健・栄養プログラムの拡大、主流化には、政策面や財政面、制度・組織面、技術面すべての持続性を高める努力が今後とも必要である。本プロジェクトは当初の目標をおおむね達成したことから、予定どおり 2012 年 5 月末で終了する。

### 3-6 提言

#### (1) プロジェクト終了までの残された期間で実施すべき事項

##### 1) 学校保健コンポーネントを既存のモニタリング様式に組み込む

プロジェクトで開発されたモニタリング様式は、煩雑という理由からほとんど使われていなかった。この点を踏まえ、指導主事や視学官が学校モニタリングの際に使用している、既存のモニタリング様式に学校保健コンポーネントを組み込むことを検討する必要がある。また関係者間での検討結果を、改訂中の学校保健・栄養基礎ガイドラインに反映させるべきである。

##### 2) 学校保健基礎ガイドラインの改訂に際し、有用なモニタリング手法を採り入れる

中間レビューで提言されたコミュニティによる学校保健活動のモニタリングや、郡学校保健・栄養調整委員会による共同モニタリングの実施など、既存の学校モニタリング制度を補完するアプローチを検討し、改訂中の学校保健・栄養基礎ガイドラインに採り入れる必要がある。

##### 3) 学校保健の実践的モデルの内容を明確にする

成果 4 とプロジェクト目標に記載のある「実践的モデル」とは、対象 2 郡の学校で導入した学校保健・栄養基礎パッケージプログラムの優良事例を指すという意見や、学校保健活動のモデル校を示す最低限の指標を設定することだという意見など、関係者間でさまざまな意見が出されている。プロジェクト関係者間で早急に協議し、「実践的モデル」が指す内容を明らかにする必要がある。

##### 4) 本プロジェクトの出口戦略を策定する

現場のプロジェクト関係者は、プロジェクト終了直後からの活動に関する役割分担を整理すべきと考えている。プロジェクトの介入の程度や活動の進捗は、プロジェクト開始直後から順次対象となった 2 郡の各 15 村落開発委員会と第 4 年次に対象となった村落開発委員会では異なることが推察される。学校保健は学校セクター改革計画(2009～2015 年)には含まれていないため、教育省は本プロジェクトが終了する 2012 年から次の教育

セクターの戦略的枠組みを策定する 2015 年までは、学校保健を推進する予算が十分確保できないことが危惧される。以上を踏まえて、プロジェクトの効果持続と学校保健・栄養プログラムの拡大を実現するため、各プロジェクト関係者と協議しプロジェクトの出口戦略を策定する必要がある。

5) 学校保健・栄養プログラムの共同行動計画を完成させる

共同行動計画は 2 省のカウンターパートを中心に改訂作業が行われているところ、早急に完成させる必要がある。

6) 教育局の学校保健・栄養プログラムの主管部署を決定する

中間レビューの提言を受けて、本プロジェクトでは教育局に学校保健・栄養プログラムの主管部署を設置するよう要請していた。新規部署の設置ではなく、教育局管理課教材運営班の業務内容の変更で対応できるといった意見も教育省関係者から出されているため、プロジェクトは教育局が早急に関係者と協議し主管部署を決定できるよう支援すべきである。

7) 現職教員研修の講師育成研修の実施から得た学びを共有する

本プロジェクトは国立教育開発センターと連携し、2012 年 3 月までに学校保健に関する現職教員研修のための講師育成研修を行う予定である。プロジェクトはこの研修から得られる教訓や経験に関係者間で共有し、プロジェクト終了後、学校保健を現職教員研修にどのように組み込むか協議できるよう支援する必要がある。

8) 対象郡間で、学校保健・栄養基礎パッケージプログラムの実践経験や教訓を共有する

対象 2 郡のプロジェクト関係者からは、2 郡の相互訪問などの活動を望む声が出ていた。よって、2 郡のそれぞれの経験や教訓を共有するための成果の普及セミナーを少なくとも 1 回開催すべきである。

9) 残された課題の進捗を確認する

終了時評価時点では、協議中あるいは承認待ちの活動や課題が見受けられた。プロジェクトは、①開発した学童の身体成長曲線の承認、②国家学校保健・栄養戦略の見直し、③学校保健に関する法的枠組みの整備、について、その進捗状況を確認し、最終報告書に記載すべきである。

(2) プロジェクト終了後に実施すべき事項

1) 共同行動計画に基づいて実施、モニタリング、評価を行う

教育省と保健人口省は、2 省が作成した共同行動計画に基づいて今後、学校保健・栄養プログラムを実施、モニタリング、評価する必要がある。JICA の事後評価の際は、同計画を参照し、①本プロジェクトの持続性、②学校保健・栄養プログラムの対象 2 郡からの拡大状況、③学校保健・栄養プログラムの制度化の進展状況、を評価する必要があると思われる。このように、共同行動計画は今後の学校保健・栄養プログラムの基礎となる重要な文書のため、毎年見直しを行い、必要に応じて改訂すべきである。

2) 国家学校保健・栄養戦略及び実施ガイドラインの見直しを完了させる

本プロジェクトでは、国家学校保健・栄養戦略及び実施ガイドラインを2011年に見直し、結果を提言にまとめているが、終了時評価時点ではそれらが国家学校保健・栄養アドバイザー委員会で十分議論、承認されるには至っていなかった。したがって、教育省と保健人口省は、プロジェクトが提言した改訂事項を踏まえて、同委員会での協議をはじめ、改訂作業を支援する必要がある。

3) 現職教員研修に学校保健コンポーネントを組み込む

学校保健・栄養プログラムの普及のためには、現職教員の研修が必要不可欠である。教育省、教育局、国立教育開発センターは、保健人口省やカリキュラム開発センターなどその他の関連機関と協力し、2012年3月に行われる学校保健に関する現職教員研修のための講師育成研修の結果も踏まえて、学校保健を同センターで実施されている教員職能開発モデルによる現職教員研修にどのように組み込むか検討すべきである。

4) 学校保健・栄養プログラムを教育セクターの枠組みに組み込む

学校セクター改革計画（2009～2015年）に学校保健が含まれていないことが、教育局での関連活動に対する十分な予算措置を阻害する要因となっている。教育省は、同計画後の次期教育セクターの枠組みに学校保健・栄養プログラムを組み込むべきである。

5) 教育法、教育規則に学校保健コンポーネントを組み込む

本プロジェクトでは、教育法や教育規則に学校保健コンポーネントを組み込むことを提案したが、終了時評価時に教育省内で合意形成はなされていなかった。将来的に学校保健を教育セクターで主流化していくために、教育省は学校保健関連法制度の整備について引き続き検討すべきである。

6) 学校保健・栄養プログラムにおける地方開発省、郡開発委員会、村落開発委員会/市役所との関係を強化する

教育省と保健人口省は、子どものプログラムも対象となる地方交付金の活用を含め学校保健・栄養プログラムの推進のために、地方開発省、郡開発委員会、村落開発委員会と市役所が同プログラムの必要性を理解し、積極的に協力するよう働きかける必要がある。

7) マルチセクトラル栄養計画との連携促進

終了時評価の際、国家計画委員会が中心となって、母親や子どもの栄養・健康を改善することを目的としたマルチセクトラル栄養計画が検討されていた。教育省と保健人口省は、国家計画委員会と連携協調し、同計画に学校保健を組み込めないか検討すべきである。

### 3-7 教訓

(1) PDMの活動と成果指標は整合させる必要がある。

学校給食は最初に作成されたPDMの活動には含まれていなかったにもかかわらず、成果指標に設定されていた。プロジェクトの学校給食に対する支援について関係者間で異なる期待をもつようになり、解決までに多くの時間を費やすことになった。PDMの成果指標

は活動と関連づけて設定することが必要である。

(2) PDM はプロジェクトの運営管理ツールとして利用する必要がある。

本プロジェクトの PDM は関係者間でのたび重なる協議を通じて、一度改訂された。しかし、PDM に沿ったプロジェクト活動のモニタリングは十分行われていなかった。これは、終了時評価まで成果の測定に不適切な指標や過大な目標値が修正されていなかったことが一因であり、また一部の成果やプロジェクト目標の達成にも影響を及ぼしたと考えられる。プロジェクト全体のモニタリングは PDM 指標に照らし合わせて行うべきである。終了時評価の時点で、成果やプロジェクト目標の達成が十分確認できない事態を避けるため、必要に応じて PDM の修正は早期に行うべきである。

(3) 評価を想定したベースライン調査を実施する必要がある。

ベースライン調査はプロジェクト 1 年目にローカルコンサルタントによって実施されたが、PDM 指標や評価のためのデータ収集というよりは、学校保健・栄養分野の現状調査という側面が強かった。その結果、一部調査結果が PDM 指標にも使われたが、十分活用されたとは言い難い。また、プロジェクトと同調査では 2 郡を対象にしているにもかかわらず、報告書ではほとんどすべてのデータが 2 郡平均でまとめられ、郡ごとのベースラインデータが特定できず、エンドライン調査との比較が十分できなかった。ベースライン調査は、プロジェクトの効果を測定できるよう、PDM 指標に照らし合わせて調査設計・実施すべきである。

(4) プロジェクト事務所を各カウンターパート機関に設置することは、同機関との連携促進に有用である。

本プロジェクトは、保健人口省と教育省の 2 省をカウンターパートと設定している。初年度は保健人口省保健サービス局に事務所を構え、教育局にはプロジェクトスタッフを配置させ、第 4 年次に事務所を教育局に移し、保健サービス局にはプロジェクトスタッフを配置させた。このようなアプローチにより、カウンターパートとの円滑なコミュニケーションや連携が可能になった。カウンターパート機関が複数の場合、プロジェクト事務所を各カウンターパート機関に設置しプロジェクトスタッフをそれぞれに配置することは、それぞれの機関との連携促進に有用である。

(5) カウンターパートのなかからフォーカルパーソンを任命することは、プロジェクト活動の実施や関係機関との連携に有用である。

本プロジェクトでは、対象 2 郡の郡保健事務所と郡教育事務所のカウンターパートの中で、郡レベルでのプロジェクト活動の調整等を行うフォーカルパーソンを任命した。フォーカルパーソンは活動の進展とともに、郡レベルで行うプロジェクト活動の中心的な役割と調整役を果たすようになった。特に関係者が多いプロジェクトの場合は、カウンターパートの中からフォーカルパーソンを任命することは、円滑な活動実施や関係者間の連携に有用である。

## Summary of Evaluation Results

<b>I. Outline of the Project</b>	
<b>Country:</b> Nepal	
<b>Project Title:</b> School Health and Nutrition Project (SHNP)	
<b>Issue/Sector:</b> Health/Basic Education	
<b>Cooperation Scheme:</b> Technical cooperation	
<b>Division in Charge:</b> Health Division 4, Health Group 2, Human Development Department, JICA	
<b>Total cost:</b> 261 million yen at the time of the Terminal Evaluation	
<b>Period of Cooperation</b>	<p>June 2008 - May 2012 (four years)</p> <p><b>Record of Discussion (R/D):</b> April 3, 2008</p> <p><b>Partner Country's Implementing Organization:</b> Department of Health and Services (DOHS), Ministry of Health and Population (MOHP); Department of Education (DOE), Ministry of Education (MOE); District Health Office (DHO) in Sindhupalchowk district and Syangja district; District Education Office (DEO) in Sindhupalchowk district and Syangja district</p>
<b>Related Cooperation:</b> "School and Community Health Project" (His Majesty's Government of Nepal/Japan Medication Association/JICA, 1992–2004), and "Support for Improvement of Primary School Management Project" (Government of Nepal (GON)/JICA, 2008–2011)	
<p><b>1. Background of the Project</b></p> <p>The nutritional deficiencies as well as other diseases related to public health are very serious in Nepal. Investigations into the health status of school-aged children have revealed a high prevalence of anemia, sub-clinical iodine deficiency, helminthes infestations, vitamin A deficiency and night blindness. Such health conditions of children in Nepal have negative effects on their attendance and academic achievement in school. It is the consequences of less nutritious meal, inappropriate disposal of waste, lack of sanitation practice and knowledge, and smoke nuisance due to cooking in house without a window. Therefore, activities involving schools, government offices, and communities are needed to improve children's health.</p> <p>The MOHP, the MOE, and the GON jointly prepared and endorsed the "National School Health and Nutrition (NSHN) Strategy" in June 2006. The NSHN Strategy focuses on improvement in the health and nutrition status of school-aged children and communities by utilizing schools as the places to implement health activities. However, significant results were yet to be obtained because of lack of establishment of implementation system to promote the NSHN Strategy. The GON requested that the Government of Japan carry out a technical cooperation project to implement the NSHN Strategy.</p> <p><b>2. Project Overview</b></p> <p>The Project has been undertaken to improve health-related behavior and habits of school children in Sindhupalchowk and Syangja district, and to strengthen the implementation system of the NSHN Strategy in the MOHP and the MOE so that school health activities based on the NSHN Strategy will be sustained and disseminated after the termination of the Project.</p> <p><b>(1) Overall Goal:</b> Health and nutrition status of school-aged children is improved in the target districts.</p> <p><b>(2) Project Purpose:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilization of school health services is increased among school-aged children in the target districts.</li> <li>• Implementation system of the National School Health and Nutrition Strategy is strengthened in the MOHP and the MOE.</li> </ul>	

### (3) Outputs

Output 1	The provision of School Health Service Minimum Package is improved in target schools.
Output 2	The health-related knowledge, behavior and habits of school-aged children are improved through school health activities in target schools.
Output 3	School health activities are systematically and collaboratively executed and managed by concerned offices, committees and other stakeholders in the target districts.
Output 4	A practical model is developed by the experience of the Project and the plan of expanding the model in accordance with the National School Health and Nutrition Strategy is developed at the central level.

### (5) Inputs

#### Japanese Side:

##### Expert:

Four (4) long-term experts (The total number of man-months was 79.6 at the time of the Terminal Evaluation.)

Fourteen (14) short-term experts (The total number of man-months was 15.5 at the time of the Terminal Evaluation)

**Equipment:** 12.49 million yen for vehicles, bikes, printers, computers, digital cameras, office desks and other equipment

##### Number of Trainees Received:

48 people (27 people for training in Japan, 21 people including 2 project staff members for training in third-countries)

**Cost of the Operation in Nepal:** 74.15 million yen for the four-year project activities

#### Nepalese Side:

**Main Counterparts:** 19 people (33 people in total including personnel transfer and retirement)

##### Cost Borne by the Nepalese Side:

604.4 million NPRs for SHN-related programs allocated for the two target districts. (NPR 1= 0.932 yen in January 2012 ) It included de-worming, first aid kit box distribution, School Health and Nutrition (SHN) week activities, and monitoring and orientation. It also included mid-day meal, physical support such as classroom construction and rehabilitation, and toilet construction, which are not in the scope of the work of the Project.

**Land and Facilities:** Office space in the DOHS and the DOE

### II. Evaluation Team

<b>Members of Evaluation Team</b>	Dr. Kyo HANADA	Team Leader	Senior Advisor (Health), JICA
	Mr. Yoshitaka INAGAKI	Cooperation Planning	Officer, Health Division 4, Health Group 2, Human Development Department, JICA
	Ms. Toshiko SHIMADA	Social Inclusion	Consultant, IC Net Limited
<b>Eval. Period</b>	January 11, 2012 – February 2, 2012		<b>Type of Evaluation:</b> Terminal Evaluation

### III. Results of Evaluation

#### 3-1 Confirmation of Results

##### (1)Output

**Output 1:** Most of the indicators of the Output 1 have been achieved. The SHN Basic Program (Package) Implementation Guideline (hereinafter referred to as SHN Basic Guideline) was developed and revised through a series of discussions among the project stakeholders and based on the feedback from the field experiences. The second-edition one was approved by the DOE and the DOHS in July 2011, and was being revised again at the time of

the Terminal Evaluation. A total of 54 training sessions was conducted in which 9,583 people participated. Regarding keeping records of each activity of physical check-up, de-worming program, and distribution of first aid kit box, most of the schools did properly, but there was still room for improvement in some of the recently-intervened schools.

**Output 2:** The Output 2 has yet to be achieved. As child club mobilization was promoted at most of the schools, behavior and habit changes were observed among the children. They included toilet cleaning, washing hands before eating and after defecation, and cutting nails. The daily, weekly and monthly SHN checklists were introduced to evaluate the progress of SHN activities at schools. Although the progress of SHN was observed at schools and reported by teachers, the two indicators of the Output 2 related to the proportion of children who have knowledge on worm infestation and make their nails clean fell short of the target. The proportion of schools that kept a record of the monthly SHN checklist properly also did not reach the target value.

**Output 3:** The Output 3 has been almost achieved. The District School Health and Nutrition Coordination Committee (DSHNCC) established in the two target districts as per the NSHN Strategy held meetings to discuss SHN activities. The activities of the SHN week was organized once a year in each district. The School Health and Nutrition Committee (SHNC) established at each school held meetings to promote SHN activities. The SHNC was encouraged to coordinate with the School Management Committee to include SHN components in the School Improvement Plan (SIP). Due to the training provided by the Project, most of the schools incorporated SHN components into their SIP. Monitoring of the SHN Basic Package Program was more or less conducted by Resource Persons and School Supervisors in the existing school monitoring system. The data of de-worming and physical check-up was reported from schools and the DEO and the DHO.

**Output 4:** The Output 4 has yet to be achieved. The joint action plan was drafted by the DOHS and the DOE and will be finalized by the end of the Project. Although the NSHN Strategy was reviewed by the short-term expert of the Project, it has yet to be fully discussed and revised by the National School Health and Nutrition Advisory Committee (NSHNAC). Also, the practical model of the SHN was yet to be developed since its concept was not clarified by the project stakeholders.

**Project Purpose:** One of the Project Purposes, i.e., “utilization of school health services is increased among school-aged children in the target districts,” has been almost achieved since the prevalence of helminthiasis among the school-aged children significantly decreased from 25.1% in the baseline survey of 2008 to 2.9% in the end-line survey of 2011. However, the other Project Purpose, i.e., “implementation system of the NSHN Strategy is strengthened in the MOHP and the MOE,” has yet to be achieved. That is because little progress was made in the two indicators related to approval of the practical model as well as compiling monitoring and supervision sheets in the MOHP and the MOE.

**Overall Goal:** It is hard to say that the Overall Goal would be achieved at the time of the Terminal Evaluation, although the unexpected positive impact was already observed. The correlation between the two indicators of the Overall Goal and the project intervention was not determined since many other factors might have contributed to decreasing the level of malnutrition (weight-for-age) of school children (between 5 to 10 years old) and the status of student attendance in the two districts. Also, the data of these two indicators illustrated the situation of the school children, but did not reveal the status of school-aged children who might not go to school.

### **3-2 Summary of Evaluation Results**

#### **(1) Relevance: High**

The Project aims to integrate education and health services by implementing the NSHN Strategy (2006) at the central, district, and school levels, which was considered an effective approach to achieve the twin goals of “Education for All” and “Health for All.” Thus the project components match the needs and priorities identified by the NSHN Strategy. According to Rolling Plan for Nepal (2010), poverty alleviation in rural regions is one of the three priority areas for



assistance. This policy highlights the need for assistance for the people's health improvement program including improvement of health status of children. Thus, the Project is consistent with the Japanese aid policies. The Project focused on the process of implementing the comprehensive SHN activities in the two target districts in line with the Nepalese government's existing system. This approach that enabled the counterparts to be directly involved in project activities and gain know-how of the SHN program was noted as the strength of the Japanese technical cooperation. With regard to the appropriateness of planning, the original Project Design Matrix (PDM) had several drawbacks such as lack of linkage between activities and indicators in it. For example, the original PDM did not include provision of tiffin in activities whereas it set the proportion of school children who take tiffin at school as one of the indicators of behavior changes of children. This has caused a dispute if the support to the mid-day meal program is included or not. However, it is fair to say that the Project as a whole has a high degree of relevance for technical cooperation.

### **(2) Effectiveness: Moderately High**

The Project focused on the processes in which the counterparts were directly involved in development of the SHN Basic Guideline, provision of cascade training at the central, district and resource center levels, and revision of the SHN Basic Guideline based on the experiences of SHN activities at schools. Such learning-by-doing approach has brought about the following positive outcomes: (1) increased awareness of the need of the SHN program among the stakeholders; (2) development of a comprehensive and practical SHN Basic Guideline; and (3) promotion of coordination between the MOE and the MOHP. The Project has also led to a few positive changes of behaviors and habits among the children. They included cutting nails, washing hands before meals and after defecation, brushing teeth and other hygiene practices. Also, the prevalence of helminthiasis among the school children significantly decreased from 25.1% to 2.9% over the past three years in the two target districts. The improvement of behavior and health status has contributed to the overall effectiveness of the Project. However, there are some variations in the level of achievement of Outputs. Improvement of children's knowledge, behaviors and habits (Output 2) and development of the practical model of SHN aiming for further expansion (Output 4) have yet to be achieved by the time of the Terminal Evaluation, and are unlikely to be achieved by the end of the Project. One of the Project Purposes, i.e., strengthening of implementation system of the NSHN Strategy, is also unlikely to be achieved during the remaining period of the Project. This is because of the inadequate management and monitoring based on the PDM, and the inappropriate indicators and aggressive targets. The effectiveness of the Project can be assessed as moderately high at the time of the Terminal Evaluation.

### **(3) Efficiency: Medium**

Most of the inputs from the Japanese side and the Nepalese side were provided as scheduled, and the project activities were smoothly conducted. In the first half of the project period, the two long-term Japanese experts whose professional fields were child health and health promotion were dispatched and set up a project office in the DOHS while one project staff member was assigned in the DOE. This helped the Project develop the SHN Basic Guideline, and organize various training intensively. In the second half of the project period, the two long-term Japanese experts whose professional fields were basic education replaced them as a chief advisor and a project coordinator. They moved their office from the DOHS to the DOE in the fourth year of the Project and continued to assign one project staff member in the DOHS. This enabled the Project to coordinate efficiently and work closely with the DOE and the NCED, and to discuss the integration of SHN components in the teachers' training program, i.e., the so-called Teacher Professional Development (TPD) Model. The institutional arrangement of the Project contributed to enhancing the efficiency of the Project. On the other hand, the drawbacks of the original PDM affected the efficiency of the Project, particularly in the first half of the Project. It took time for the Project to finalize its support to the mid-day meal program, and to revise the

original PDM. In addition, the inadequate management and monitoring based on the PDM prevented the efficient implementation of the Project and thus the achievement of Outputs and the Project Purpose. Therefore, the Project's efficiency as a whole is medium.

**(4) Impact: High**

It is hard to say that the Overall Goal would be achieved due to the intervention and the effects of the Project at the time of the Terminal Evaluation, as previously mentioned. However, the following unexpected positive impacts have been observed: 1) community mobilization and support for the SHN program; 2) institutionalization of a de-worming program, first aid kit box, and the integration of de-worming data into the Health Management Information System in the DOHS; 3) institutionalization of a daily attendance register, and the integration of de-worming data and child clubs into the Education Management Information System in the DOE; 4) close coordination with the District Development Committee (DDC) and Village Development Committee (VDC) in the DSHNCC in Syangja district; 5) establishment of the SHN Network; and 6) dissemination of the effects of the Project. Therefore, the degree of the impact of the Project is likely to be high.

**(5) Sustainability: Medium**

The NSHN Strategy is likely to be the guiding document for all the related SHN activities after the completion of the Project. The VDC/DDC Block Grant Guidelines 2067 (2011) that stipulate at least 10% of the DDC and VDC block grant is earmarked for development activities and programs benefiting children are also likely to continue. In the meantime, the SHN program is not fully included in the School Sector Reform Plan (SSRP) (2009-2015), a national strategic plan for basic and secondary education in Nepal. Moreover, Education Act, 2028 (1971) and Education Regulations, 2059 (2002) have no provision focusing on SHN. Since the policy environment to mainstream the SHN program was not sufficiently ensured at the time of the Terminal Evaluation, it is fair to say that the sustainability of the policy aspect is likely to be medium.

The DOHS has already allocated the budget for de-worming program, SHN week celebration, first aid kit distribution partially and some training on SHN. The DOE has also allocated the SHN-related programs including mid-day meal program, construction of classrooms and monitoring and orientation. However, in the fiscal year 2011/2012, the budgets for monitoring and orientation were not allocated. In order to expand the effects of the Project and the SHN program to other districts, more budgets must be allocated, particularly for orientation and training for teachers, and monitoring. Thus the sustainability in the financial aspect is likely to be medium.

The NSHNAC and the director-level NSHNAC are likely to be sustained with the support of the SHN Network. The DSHNCC and the SHNC, which were established as per the NSHN Strategy, are also likely to continue to function since their members are serious about supporting the SHN activities and both held several meetings. The SHN activities is likely to be sustained in the two districts because it has been designed in the light of sustainability and implemented in line with the government system.. The monitoring of the SHN activities at school undertaken by Resource Persons and School Supervisors will be sustained since it took place in line with the existing school monitoring system. However, insufficient monitoring of schools in the remote areas will remain an issue. The MOE and the DOE recognized that they should take the lead in implementing the SHN program, but they have yet to reach a consensus on establishment of a new section that is responsible for the overall SHN program in the DOE. Given these assessments above, the sustainability of the institutional and organizational aspect is medium.

In the technical aspect, most of the counterparts, and the head teachers and the focal teachers of the early-intervened schools have acquired sufficient practical skills and knowledge of the SHN activities to keep applying them. However, the results of the end-line survey illustrated that record keeping of physical check-up, first aid kit box and monthly

checklists needs improvement in the recently-intervened schools. In order to expand the effects of the Project and the SHN program, it is imperative to integrate SHN components into the TPD Model, i.e., teacher training program. At the time of the Terminal Evaluation, the stakeholders of the MOE have yet to agree on how to integrate SHN components in the existing TPD Model. Considering the above, the sustainability in the technical aspect can be assessed as medium.

### **3-3 Factors Promoting Sustainability and Impact**

#### **(1) Factors Concerning Planning**

The training for counterparts in Japan, Thailand and the Laos helped the counterparts acquire the practical expertise on the SHN program implemented in each country, and develop the SHN Basic Guideline that suits the conditions of Nepal. This contributed to the achievement of the Outputs 1 and 4, and the effectiveness of the Project. As the implementation system of the NSHN Strategy in the MOHP and the MOE was designed as the Project Purpose, most of the counterparts have raised awareness of how to sustain the SHN program as the government's regular program from the beginning of the Project. An example of this is the joint action plan that was mainly drafted by the participants of the Country-Focused Training in 2008 in Japan and revised by both the MOHP and the MOE counterparts under the Project. This joint action plan has served as the basis for promoting the SHN program, which contributed to generating impacts such as institutionalization of several SHN activities and enhancing the sustainability in the financial and technical aspects.

#### **(2) Factors Concerning the Implementation Process**

This is the first technical corporation with the support of JICA involving two counterparts, namely the MOHP and the MOE in Nepal. To ensure close coordination and smooth communication between the Japanese experts and the counterparts, the Project set up its office in the DOHS in the first year and shifted it to the DOE in the fourth year. Also, the project staff members were allocated in the DOHS and the DOE respectively. The Project did not contract out main activities such as development of the SHN Basic Guideline and provision of training to NGOs; instead, it encouraged the counterparts to be directly involved in these activities. The counterparts, in close cooperation with the Japanese experts, have implemented the project activities on a pilot basis in the existing health and education system and incorporated the experiences and lessons into the revised SHN Basic Guideline and training. Such learning-by-doing approach enabled them to recognize the need for SHN, to improve their capacities, and to engage in promoting the SHN program with a strong sense of ownership and responsibility. Accordingly, it greatly contributed to enhancing the relevance, effectiveness, efficiency, impact, and sustainability of the Project.

### **3-4 Factors Inhibiting Sustainability and Impact**

#### **(1) Factors Concerning Planning**

The original PDM was developed based on the NSHN Strategy that includes the mixed ideas of improvement of the health of school-aged children at schools and improvement of community health based on schools, and had several drawbacks such as lack of linkage between indicators and activities. A prominent example of this is the provision of tiffin. It was not included in project activities, but was set as part of the indicators of the PDM. This has risen among the stakeholders conflicting expectations on the Project's support to the mid-day meal program. It took considerable time to resolve this issue under the Project. Apart from this, less feasible indicators and aggressive or inappropriate targets have been left unchanged although the PDM was revised once through a series of discussions among the project stakeholders. This essentially prevented the Project from achieving Outputs and the Project Purpose to some extent.

## **(2) Factors Concerning the Implementation Process**

The major inhibiting factor was the inadequate monitoring and feedback system of the Project. Since the PDM was not sufficiently utilized as a management and monitoring tool in the Project, the drawbacks of the PDM seemed to be left unchanged. Also, the scope of the work of the Project was expanded after the Mid-Term Review to respond to important but difficult institutional issues such as development of the legal framework of the SHN program, which the GON rather than the Project should have tackled. This affected the progress of the priority issues such as strengthening of the monitoring system and identification of a practical model of SHN.

## **3-5 Conclusion**

The Project helped the MOHP and the MOE take joint initiative in implementing the comprehensive SHN program. It was the first time to put the NSHN Strategy into practice in the GON's existing system based on the learning-by-doing approach in which the counterparts actively engaged in project activities. Such an approach contributed significantly to bringing about the following outcomes: (1) increased awareness of the need of the SHN program among various stakeholders; (2) development of the practical SHN Basic Guideline, reflecting the experiences and lessons from the public schools in the two target districts; and (3) promotion of coordination between the MOE and the MOHP. The SHN activity was carried out in all 1,113 public schools of the two target districts, which resulted in the positive changes of behaviors and hygiene habits among the children such as cutting nails and washing hands. It also led to significant reduction in the prevalence of helminthiasis among the school children. With the strength of the Japanese technical cooperation, the Project highlighted the implementation processes in which the counterparts and the teachers were directly involved, which helped enhance the overall relevance, effectiveness, efficiency, impact and sustainability of the Project. The training for the counterparts in Japan and third countries that was directly linked to project activities was one of the promoting factors for the effective and efficient implementation of the Project. It contributed to increasing a sense of ownership and capacities of the counterparts and accelerating the process of institutionalization of the SHN program such as nationwide de-worming program, expansion of provision of first aid kit box, and introduction of the daily attendance register in all 75 districts. In other words, it helped generate positive impacts and increase the sustainability in the financial and institutional aspects.

On the other hand, the drawbacks of the original PDM and the inadequate management and monitoring based on the PDM indicators were major hindering factors for the achievement of the Outputs and the Project Purpose. The expanded scope of the work of the Project after the Mid-Term Review also affected the smooth implementation of the Project as well as the relevance of planning, the efficiency and the effectiveness. It is imperative to endeavor to enhance the overall sustainability in the policy, financial, institutional, organization and technical aspects in order to expand and mainstream the SHN program.

The Project has almost achieved the intended objectives. Thus it will be completed by the end of May 2012 as scheduled.

## **3-6 Recommendations**

### **I. Recommendations to Be Implemented during the Project Period**

#### **(1) Incorporating SHN Components into the Existing Monitoring Formats**

In order to strengthen the monitoring of the SHN activities at school, the SHN components should be integrated into the existing monitoring formats used by Resource Persons and School Supervisors of the DEO. It is recommended that the Project discuss this with the district- and central-level stakeholders as soon as possible and reflect the results of discussions on the revision of the SHN Guideline.

## **(2) Incorporating Different Modalities of Monitoring of SHN Program into the Revision of the SHN Basic Guideline**

At the time of the Terminal Evaluation, the SHN Basic Guideline, particularly the Monitoring and Supervision part, was being revised by the Project. The community-based monitoring recommended by the Mid-Term Review and joint monitoring involving the DSHNCC members should be incorporated into the revision on the SHN Basic Guideline in order to complement the existing monitoring system of schools.

## **(3) Clarifying the Practical Model of SHN**

There was no consensus on the definition of the practical model referred to in the Output 4 and the Project Purpose of the PDM among the project stakeholders. Some noted that the good practice of SHN program at schools in the two districts would be the practical model, while others opined that setting minimum indicators describing a model SHN school would be better. Therefore, the Project needs to discuss and clarify the practical model among its stakeholders as soon as possible.

## **(4) Developing an Exit Strategy of the Project**

Most of the project stakeholders were concerned about what they should do exactly after the termination of the Project. The extent of the intervention and progress of the Project differed from the early-intervened 15 VDCs in each district to the rest of the recently-intervened VDCs. Since the SSRP (2009-2015) in which the SHN program was not fully included has come into force for full-fledged implementation in the education sector, the MOE is likely to face the resource gap from the phase-out of the Project to the next planning phase of the basic and secondary education sector strategy. Alternative means must be sought to overcome this. Thus it is strongly recommended that the Project develop an exit strategy in consultation with the stakeholders of all levels to sustain its own effects and scale up the SHN program based on the joint action plan.

## **(5) Finalizing the Joint Action Plan**

The joint action plan was being revised at the time of the Terminal Evaluation. Since it will serve as the basis for implementation, monitoring and evaluation of SHN programs after the completion of the Project, the joint action plan should be finalized based on the discussions among the district- and central-level stakeholders by the end of the Project.

## **(6) Finalizing the Institutional Arrangements for the SHN Program in the DOE**

As per the recommendations by the Mid-Term Review and other agencies such as the World Food Program, the need for establishing a new section in charge of SHN has been gradually discussed among the stakeholders of the DOE. Some of them suggested that the Terms of Reference (TOR) of the Education Material Management Section in the Administration Division be revised, and SHN components be added to their revised TOR. However, they have yet to reach a consensus on this issue. Therefore, it is recommended that the Project facilitate the DOE to discuss the issue with the stakeholders concerned and to finalize the institutional arrangements for the SHN program.

## **(7) Sharing Findings and Lessons Learned from the Training of Trainers (TOT)**

The Project in collaboration with the NCED will conduct the TOT integrating SHN components into the TPD Model. In order to institutionalize the training on SHN for teachers into the TPD Model, it is recommended that the Project organize a meeting to share experiences and lessons learned from the TOT and facilitate discussions on how to integrate the SHN components into the TPD Model after the completion of the Project.

### **(8) Disseminating Experiences and Lessons Learned from the SHN Basic Package Program of the Target Schools**

The stakeholders of Sindhupalchowk and Syangja districts had limited opportunities to share their experiences. Several stakeholders at the district and school levels from both districts opined during the interview of the Terminal Evaluation that they would like to take a field visit and learn how the SHN Basic Package Program have been implemented at schools in their counterpart district. Thus, it is recommended that the Project organize at least one dissemination seminar on the Project to discuss the experiences and lessons learned from each district and among the project stakeholders.

### **(9) Follow-Up on and Confirming the Progress of Issues Concerned**

The following issues were under discussion or pending approval at the time of the Terminal Evaluation: (1) development of Standard Growth Curve for 5-19 years old; (2) review of the NSHN Strategy; and (3) development of the legal framework for SHN. The Project needs to confirm and describe the progress of these issues in its Final Report.

## **II. Recommendations to Be Implemented After the Termination of the Project**

### **(1) Implementation, Monitoring and Evaluation of the Joint Action Plan**

The MOE and the MOHP should implement, monitor and evaluate SHN programs as per the joint action plan. For the purpose of ex-post evaluation, this joint action plan is expected to serve as the basis by providing the following essential information: (1) the extent of sustainability of the Project; (2) the extent of expansion of SHN programs from the two districts to other districts; and (3) the extent of institutionalization of SHN programs in the GON. Thus the joint action plan should be reviewed annually to discuss the progress of activities and the necessary SHN components to be additionally implemented, and if necessary revised by the stakeholders.

### **(2) Review of the NSHN Strategy and its Implementation Guideline**

Although the Project drafted the review of the NSHN Strategy and its Implementation Guideline, it was yet to be fully discussed and approved at the time of the Terminal Evaluation. The MOE and the MOHP need to facilitate discussions with the NSHNAC based on the draft of the review of the NSHN Strategy in order to get its approval.

### **(3) Incorporating SHN Components into the TPD Model**

The TOT integrating SHN components into the TPD Model is likely to be conducted for trainers from the 41 districts with the support of the Project. Thus, the MOE, the DOE, and the NCED in collaboration with the MOHP and other stakeholders such as the Curriculum Development Center should discuss how to incorporate SHN components into the TPD Model based on the findings and lessons learned from the TOT.

### **(4) Incorporating the SHN Program into the Education Sector Framework**

The SHN program was not fully included in the SSRP. Thus it is recommended that the MOE incorporate the SHN program into the education sector framework after the SSRP in order to institutionalize the SHN program in the MOE.

### **(5) Incorporating SHN Components into the Education Act and the Education Regulations**

The stakeholders of the MOE have yet to reach a consensus on the integration of the SHN components into the Education Act and the Education Regulations. Thus the MOE should continue to discuss this issue in order to mainstream the SHN program in the long term.

#### **(6) Involving the Ministry of Local Development (MOLD), DDC and VDC/Municipality and Other Relevant Agencies in the SHN Program**

It is imperative for the DEO and the DHO to coordinate with DDCs, VDCs, Municipalities, and other relevant agencies in order to promote the SHN program including utilization of block grant effectively and efficiently. However, the SHN program has yet to be fully recognized by the MOLD. The MOE and MOHP should encourage the MOLD, DDC and VDC/Municipality to recognize the need of SHN, and to be involved in the SHN program.

#### **(7) Collaborating with the Multi-Sectoral Nutrition Plan**

The Multi-Sectoral Nutrition Plan was being developed by the National Planning Committee (NPC) at the time of the Terminal Evaluation. Thus, the MOE and the MOHP in close collaboration with the NPC should consider possibilities of the integration of SHN components into the plan.

### **3-7 Lessons Learned**

#### **(1) The indicators of each Output need to be linked with the activities in a PDM.**

Although the provision of tiffin was not included in activities, the proportion of school children who take tiffin at school was one of the indicators in the original PDM. This caused conflicting expectations on the support to the mid-day meal program from the Project among the stakeholders from the beginning of the Project. It took so much time for the Project to resolve this issue. Indicators of each Output that are linked with activities should be carefully set when a PDM is developed.

#### **(2) PDM needs to be utilized as a management and monitoring tool.**

The original PDM was revised once through a series of discussions among the stakeholders in the Project. However, it was not sufficiently utilized to monitor the progress of activities. Thus, inappropriate indicators and aggressive targets have been left unchanged by the time of the Terminal Evaluation. This adversely affected the achievement of the Output 2, Output 4 and Project Purpose. The overall monitoring should be conducted with PDM indicators. If necessary, some modifications should be made as early as possible to avoid a situation whereby the achievement of the Output and the Project Purpose was not sufficiently confirmed at the time of the Terminal Evaluation.

#### **(3) A baseline survey needs to be conducted to provide a basis for evaluation.**

The baseline survey was undertaken by local consultants in the first year of the Project for the situation analysis of SHN rather than collecting the data for PDM indicators and evaluation. Thus only a bit of the data was utilized for the baseline data of PDM indicators. In addition, not all the baseline data by district was available in the report although the Project targeted the two districts. A baseline survey should be carefully designed with reference to a PDM to measure effects of the Project sufficiently.

#### **(4) Setting up a project office in each counterpart organization is effective in coordination.**

The Project is the first JICA technical corporation project in Nepal in which two ministries, i.e., the MOHP and the MOE, are jointly involved as counterpart organizations. In the first half of the project period, the Project set up its office in the DOHS and assigned one project coordinator in the DOE. In the fourth year, the project office was moved to the DOE while one project coordinator remained in the DOHS. Setting up a project office in each counterpart organization and assigning project staff members in respective organizations is effective to ensure smooth communication and close coordination with both counterpart organizations.

**(5) Assigning a focal person among counterparts is effective in implementation of activities and coordination.**

Among the district-level counterparts, the focal person was assigned by the Project in the DEO and the DHO respectively in the two target districts. These focal persons have played a leading and coordinating role in implementing the SHN Program with a sense of responsibility and improved their capacities. Thus this Project shows that assigning a focal person among counterparts is effective in implementation of activities and coordination with stakeholders.



# 第1章 終了時評価調査の概要

## 1-1 調査実施の経緯と目的

ネパール連邦民主共和国（以下、「ネパール」と記す）の子どもには、栄養不良や発育不良が多くみられ(女学生の鉄分欠乏症貧血率64%、学童児童の甲状腺腫保有率40%、蠕虫有体率66%、潜在性ビタミンA欠乏率33%)、子どもの学校出席率や学業成績にも悪影響を与えているとされている。これは、栄養価の少ない食習慣のみならず、衛生観念の不足（トイレやごみの不適切な処理による感染症や寄生虫病、安全な水資源の不足）、窓のない屋内での調理による煙害などが原因で、改善にはコミュニティを巻き込んだ活動が不可欠となっている。ネパールは、2006年に「国家学校保健・栄養戦略（National School Health and Nutrition Strategy）」を発表し、コミュニティのなかで住民の身近な社会施設として存在する学校を保健活動の場としても活用し、各家庭・コミュニティの健康と栄養状態を改善することを重要視した。しかしながら、国家学校保健・栄養戦略を実施する体制が整備されておらず、本格的な取り組みが遅れていることから、ネパールは国家学校保健・栄養戦略の具現化を図るため、2006年度に日本政府に対し協力を要請した。

JICAは、1992年から2004年まで実施された日本医師会の「学校・地域保健プロジェクト」と連携して、個別専門家（学校保健分野）を派遣した。同プロジェクトでは、Kavrepalanchok郡の1市・17村落の学校の水衛生改善、学童児童の保健知識向上、学校・家庭・地域における保健衛生改善に向けた住民組織化を支援し一定の成果がみられたと同時に、地方行政組織の関与の度合いや中央レベルにおける保健人口省（Ministry of Health and Population）と教育省（Ministry of Education）間の連携が、自立発展性や地域的な展開を確保するうえで重要との教訓を得た。そして、2006年度のネパール政府からの協力要請を受け、JICAは「学校保健・栄養改善プロジェクト」を2008年6月から4年間実施することとした。本プロジェクトは、対象2郡（Shindupalchowk郡及びSyangja郡）において、主に初等教育レベルの学齢児童の保健・栄養に関する態度や習慣の改善を図るとともに、上述した「学校・地域保健プロジェクト」の教訓を生かし、本プロジェクト終了後も既存の国家学校保健・栄養戦略に基づいた学校保健活動が継続・普及されていくよう保健人口省と教育省による実施体制を整備することを目的として開始された。カウンターパート機関は教育省教育局と保健人口省保健サービス局の2省にまたがっており、中間レビュー時には、教育省教育局が学校保健を主管し、保健人口省保健サービス局は保健の観点からの側面的支援という役割分担とすることが確認されている。

今般、本プロジェクトが2012年5月で終了するにあたり、ネパール政府と合同でプロジェクトの実績を確認し、計画に対する達成度を確認するとともに、評価5項目の（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から評価を行うべく、JICAは終了時評価調査団を派遣することとした。

## 1-2 調査団構成

本調査には、ネパール側の保健人口省及び教育省からそれぞれ2名ずつ参団し、日本及びネパールによる合同調査として実施した。

<日本側>

担当業務	氏名	所属
総括	花田 恭	JICA 国際協力客員専門員
協力企画	稲垣 良隆	JICA 人間開発部 保健第四課 職員
評価分析	島田 俊子	アイ・シー・ネット株式会社

<ネパール側>

氏名	職位	所属
Dr. Roj Nath Pandey	Under Secretary	Monitoring and Evaluation Section, Ministry of Education (教育省)
Mr. Rajendra Dhungana	Section Officer	Planning Division, Ministry of Health and Population (保健人口省)
Mr. Radhakrishna Pradhan	Program Officer	National Planning Commission (国家計画委 員会)
Mr. Tej Prasad Panthi	Planning Officer	National Planning Commission (国家計画委 員会)

1-3 調査団日程

日時	行程
2012年 1月11日	コンサルタント団員 Kathmandu 到着 ・ JICA ネパール事務所訪問、聞き取り調査 ・ 日本人専門家への聞き取り調査
1月12日	・ 合同調査団との打合せ（評価方法の説明） ・ 保健人口省への表敬訪問、聞き取り調査 ・ プロジェクトスタッフへの聞き取り調査
1月13日	・ プロジェクトスタッフへの聞き取り調査 ・ 保健人口省保健サービス局への表敬訪問、聞き取り調査 ・ エンドライン調査の契約コンサルタントへの聞き取り調査
1月14日	資料作成
1月15日	資料作成
1月16日	・ Kathamandu から Shindupalchowk へ移動 ・ 郡保健事務所訪問、聞き取り調査 ・ 郡教育事務所訪問、聞き取り調査 ・ 郡開発委員会訪問、聞き取り調査
1月17日	・ Ganesh Primary School 視察、聞き取り調査 ・ Thulosirubari Sub-Health Post 視察、聞き取り調査 ・ B.P. Memorial Primary School 視察、聞き取り調査 ・ Kundala Devi Secondary School 視察、聞き取り調査

1月18日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ Bhumesthan Primary School 視察、聞き取り調査</li> <li>・ Dadapakhar Health Post 視察、聞き取り調査</li> <li>・ Sansarimai Secondary School 視察、聞き取り調査</li> <li>・ Shindupalchowk から Kathmandu へ移動</li> </ul>
1月19日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 資料作成</li> <li>・ 学校保健・栄養ネットワークへの聞き取り調査</li> <li>・ 教育省教育局への聞き取り調査</li> </ul>
1月20日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国立教育開発センターへの聞き取り調査</li> <li>・ 国家計画委員会への聞き取り調査</li> </ul>
1月21日	情報整理・分析
1月22日	<p>官団員 Kathmandu 到着</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 教育省教育局への表敬訪問</li> <li>・ JICA ネパール事務所、日本人専門家への中間報告、打合せ</li> </ul>
1月23日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ JICA ネパール事務所訪問</li> <li>・ 保健人口省保健サービス局への表敬訪問</li> <li>・ 保健人口省への表敬訪問</li> </ul>
1月24日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 団内打合せ、資料作成</li> <li>・ Kathmandu から Pokhara へ移動</li> </ul>
1月25日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ Pokhara から Syangja へ移動</li> <li>・ 郡教育事務所訪問、聞き取り調査</li> <li>・ 郡保健事務所訪問、聞き取り調査</li> <li>・ 郡開発委員会訪問、聞き取り調査</li> <li>・ Syangja から Pokhara へ移動</li> </ul>
1月26日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ Pokhara から Syangja へ移動</li> <li>・ Mahendradarsan Secondary School 訪問 (以下、調査団を2グループに分け、調査実施)</li> <li>【グループ1】</li> <li>・ Mahendradarsan Secondary School 視察、聞き取り調査</li> <li>・ Chandika Primary School 視察、聞き取り調査</li> <li>【グループ2】</li> <li>・ Janapriya Secondary School 視察、聞き取り調査</li> <li>・ Bhat Khola Sub Health Post 視察、聞き取り調査</li> <li>・ Sarada Ramaniya Primary School 視察、聞き取り調査</li> <li>・ Syangja から Pokhara へ移動</li> </ul>
1月27日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ Pokhara から Kathmandu へ移動</li> <li>・ 資料整理・協議議事録案作成</li> </ul>
1月28日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ JICA ネパール事務所、日本人専門家との協議議事録案協議</li> </ul>
1月29日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 合同調査団内での協議議事録案協議</li> <li>・ カウンターパートとの協議議事録案協議</li> </ul>

1月30日	・協議議事録案修正、提出
1月31日	・カウンターパートとの協議議事録修正案協議
2月1日	・JICA ネパール事務所報告 ・在ネパール日本大使館報告
2月2日	・Kathmandu から Bangkok へ移動
2月3日	・Bangkok から成田へ移動

#### 1-4 主要面談者

##### (1) 教育省

- ・ Mr. Mahashram Sharma      Director General      Department of Education (教育局)
- ・ Mr. Janardan Nepal      Joint Secretary      Planning division
- ・ Mr. Naryan Krishna Shrestha      Under Secretary      Foreign aid coordination section,  
Planning division
- ・ Ms. Nina Regmi      Officer      Foreign aid coordination section,  
Planning division
- ・ Mr. Murari Bdr. Karki      Director  
/Project Director      Administration division, Department  
of Education
- ・ Ms. Sangita Regmi      Deputy Director  
/Project Manager      Administration division, Department  
of Education
- ・ Mr. Tuka R. Adhikari      Under secretary      Administration division, Department  
of Education
- ・ Mr. Kamal Pokarel      Director      Planning and monitoring division,  
Department of Education

##### (2) 保健人口省

- ・ Dr. Shyam Raj Upreti      Director  
/Project Director      Child Health Division, Department of  
Health Services (保健サービス局)
- ・ Mr. Raj Kumar Pokharel      Chief  
/Project Manager      Nutrition Section, Child Health  
Division, Department of Health  
Services
- ・ Dr. Bal Krishna Subedi      Chief      Policy planning and International  
Coordination Division
- ・ Mr. Lila Bikram Thapa      Senior Public Health  
Officer      Nutrition Section, Child Health  
Division, Department of Health  
Services

##### (3) 郡教育事務所

- ・ Mr. Gehanath Gautam      District Education Officer (所長), Sindhupalchowk
- ・ Mr. Dinesh Ghimire      Under Secretary, Sindhupalchowk
- ・ Mr. Krishna Subedi      School Supervisor, Sindhupalchowk

- Ms. Khika Devi Nepal Resource Person, Sindhupalchowk
  - Mr. Top B. Shrestha District Education Officer, Syangja
  - Mr. Dipendra Dhakal Under Secretary/Focal Person, Syangja
- (4) 郡保健事務所
- Dr. Rajendra Panta District Health Officer (所長) , Sindhupalchowk
  - Mr. Krishna Bdr. Mijar Public Health Officer, Sindhupalchowk
  - Mr. Binod Paudel Statistical Officer, Sindhupalchowk
  - Mr. Shiva Puri Sub Health Post in charge, Sindhupalchowk
  - Dr. Tara Nath Poudel District Health Officer, Syangja
  - Mr. Narayan Kafle Health Assistant/Focal Person, Syangja
- (5) 郡開発委員会
- Mr. Bhupal Bahadru Niraula Local Development Officer (郡開発官) , Sindhupalchowk
  - Mr. Ram Mani Bhattarai Local Development Officer, Syangja
- (6) 学校保健・栄養改善プロジェクト
- 杉本 充邦 チーフアドバイザー
  - 大谷 雅代 業務調整/基礎教育
  - Mr. Arun Khanal National Project Coordinator
  - Mr. Raj Mukut Bhusal National Project Coordinator
  - Ms. Kusum Bista Field Project Officer
- (7) 在ネパール日本大使館
- 大野 菊夫 二等書記官
  - 半井 麻美 三等書記官
- (8) JICA ネパール事務所
- 河崎 充良 所長
  - 武 徹 次長
  - 竹内 麻衣子 所員
  - Mr. Krishna Lamsal Program Officer
  - Ms. Laxmi Konwar Program Officer
- (9) 国立教育開発センター
- Mr. Gyanee Yadav Director Human Resources Division
  - Mr. Kul Prasad Khanal Technical Officer Human Resources Division
  - Mr. Krishna Prasad Kapri Deputy Director Human Resources Division

(10) 国家計画委員会

- |                            |                  |  |
|----------------------------|------------------|--|
| • Mr. Atma Ram Pandey      | Joint Secretary  | Social Development Division              |
| • Mr. Radhakrishna Pradhan | Program director | Health, Nutrition and Population Section |

(11) 学校保健・栄養ネットワーク

- |                         |                              |                           |
|-------------------------|------------------------------|---------------------------|
| • Mr. Simone Galimberti | Coordinator (Senior Program) | CCS Italy                 |
| • Mr. Manoj Kumar Sah   | Member                       | World Food Programme      |
| • Ms. Anna Uí Dhálaigh  | Member (Project Officer)     | WASH, UNICEF              |
| • Mr. Ashok Bhurtyal    | Member                       | World Health Organization |

### 1-5 調査結果総括

本調査団の合同評価チームには、ネパール側から教育省、保健人口省及び国家計画委員会から評価委員が加わり、現地調査、プロジェクト専門家及びスタッフの面接調査、カウンターパートの面接調査、並びに、ベースライン調査、中間調査及びエンドライン調査の結果の分析等を行い、終了時評価報告書が作成された。この評価報告書に基づき、教育省及び保健人口省と協議を行い、(2012年)1月31日に協議議事録の合意に至った。署名者である保健サービス局長及び教育局長の日程調整がつかず持ち回りで署名されることとなった。

本プロジェクトは、教育省及び保健人口省が合同で、JICA、国際連合児童基金、世界保健機関等の協力を得て「国家学校保健・栄養戦略」を策定したことから、郡レベルでモデル活動をしつつ実践モデルを開発することを目的に、わが国に技術協力の要請がなされたものである。「国家学校保健・栄養戦略」は教育セクターの「学校における学童の保健」と保健セクターの「学校を拠点にした地域保健」が混在しており、教育省と保健人口省の所管と役割分担が不明確なものであったため、プロジェクト PDM の不備に反映した。

しかしながら、プロジェクト活動の進展に従い、プロジェクト日本人専門家により、教育セクターの学校保健の概念に基づくものとして、前半では保健サービス局でマニュアル・ガイドライン整備という技術支援に重点が置かれ、後半では教育局で学校保健行政の定着に重点が置かれた。

プロジェクト目標は2項目あり、達成については次のとおりである。モデル2郡では当初計画の各15村落内の学校での実施から、最終4年次には全村落への展開が図られた。成果指標について、成果の計測に適切でないものや、目標値が過大と考えられるものがあり、すべてがクリアされたとはいえないものの、初年度に学校保健活動が開始された学校では指標の値は高く、モデル2郡での成果は大きく達成されたと考えられる。2省での国家学校保健・栄養戦略の実施システムの強化については、保健人口省では達成されつつあり、教育省では不十分であるといえよう。保健人口省側では、駆虫活動の全国展開、対象学年の拡大を図っており、救急箱の設置も他郡に拡大した。教育省では学校セクター改革計画が進展中であり、同計画に学校保健が含まれていないことから、学校保健は優先課題とされていない。教育省では2015年からの学校セクター改革計画の次期段階に学校保健を含めたいという意向もあるが、プールファンドへ拠出するドナーの動向も重要であろう。

本プロジェクトでは、国立教育開発センターで現職教員研修の指導者育成を最終年次を実施し、教育省での国家学校保健・栄養戦略実施システムの強化に努めている。

本プロジェクトは、カウンターパートが2省にわたること、対象郡での給食の資金援助があるとの誤った期待、チーフアドバイザーの半年余りの不在など、阻害要因を克服して、当初の目標をほぼ達成したことから、予定どおり本年（2012年）5月末で終了する。

教育省から、学校セクター改革計画につなげるため、本プロジェクトのフォローアップの希望が表明された。プロジェクトで開始した国立教育開発センターでの現職教員の指導者研修は、指導者の育成に限定されたものである。プロジェクト終了後に長い空白期間を置かず、育成された指導者により対象2郡の再研修と他郡への拡大研修を実施できれば、教育省での学校保健の主流化に大きく寄与することとなる。

なお、本プロジェクトはネパール国別事業展開計画では「万人のための教育プログラム」に入れられていない。本プロジェクトの学校保健の概念が教育主体になったことから、今後学校保健について何らかの協力を計画するならば、プログラム改定の機会に学校保健の教育プログラムへの組み込みが検討されることが望まれる。ちなみに、本終了時評価調査と同時期に、JICAでは3月末まで基礎教育情報収集調査が実施されており、ネパールにおける教育セクターの協力方針策定のための情報を収集している。同調査団は、当調査団、プロジェクトチームとの間で意見交換を行った。そのなかで、プロジェクトチームからは、成果の持続的発展のため、教育セクターでの何らかのフォローアップ、支援を模索できないかとの要望が出されていた。

JICA ネパール事務所によれば、小学校運営改善支援プロジェクトフェーズⅡ、教育政策アドバイザー派遣、教育セクタープランへの資金協力の可能性の検討を行っている由であり、これらの支援を通じて、本プロジェクトのフォローアップの実施が検討されることが望まれる。

## 第2章 評価の方法

### 2-1 調査方法

本調査は、「新 JICA 事業評価ガイドライン第1版 2010年6月」に沿って、日本及びネパール双方から選出された評価メンバーにより、以下の調査方法に基づき実施された。

#### 2-1-1 プロジェクト・デザイン・マトリックスの検証

終了時評価調査を行うにあたり、討議議事録締結時に合意されたプロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix : PDM）バージョン1（2008年4月作成）と PDM バージョン2（2010年4月第2回合同調整員会で変更承認）の内容や PDM の改訂経緯と理由を、プロジェクト作成の事業進捗報告書や専門家の業務完了報告書、中間レビュー調査報告書などを参照して検証した。PDM バージョン2が、プロジェクトの協力範囲や限られた期間内の効果発現可能性に照らし合わせて、プロジェクト目標と上位目標の変更をはじめ、測定と入手が可能な指標に修正されたことが確認された。

しかし、上位目標の設定が不十分などいくつかの問題点もみられたため、日本側評価調査団は、PDM 改訂を含め右問題点への対応について協議した（下の表を参照）。その結果、カウンターパートが2省にまたがることも起因し PDM バージョン2の改訂に長期間を要した過去の経緯も踏まえて、時間的制約のある本調査では改訂せず、現行の PDM バージョン2を使って評価することとした。現行 PDM の不備についてはプロジェクト関係者と合同終了時評価団内で共有し、事後評価の際に不都合が生じないように、評価の目安となる指標を可能な限り提言に盛り込むこととした。

PDM に関する問題点及び採用すべきであった対処案については、以下のとおり。

1. PDM バージョン2	2. 問題点と対処案
<p><b>【上位目標】</b> 対象郡において学齢児童の健康と栄養状態が改善する。</p> <p><b>指標 1:</b> 対象郡において中・重度の低体重（年齢相応の体重）をもつ学齢児童（5歳～10歳）の割合が 29.7%（2008年）から 26.7%（2015年）に減少する。</p> <p><b>指標 2:</b> 対象郡において学齢児童の出席率が 72.7%（2008年）から 79.7%（2015年）に増加する。</p>	<p>① 上位目標の設定範囲</p> <p><b>【問題点】</b> 2つのプロジェクト目標のうち、「保健人口省と教育省において『国家学校保健・栄養戦略』の実施体制が強化される」が達成された結果として発現する効果が、左記の上位目標で示す「対象郡」だけにとどまるというのは、プロジェクトデザインに照らし合わせると論理的ではない。</p> <p><b>【対処案】</b> プロジェクトの開発効果の持続や対象郡にとどまらない普及に関する上位目標と指標を追加設定する。具体例は以下のとおり。なお、本案は前述理由により終了時評価調査においては採用できなかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・上位目標：「国家学校保健・栄養戦略」に基づく学校保健活動が継続・普及される。</li> <li>・指標：プロジェクトが開発した学校保健・栄養基礎パッケージプ</li> </ul>



プログラムのうち、対象郡で継続あるいは他の郡で導入された活動事例、「国家学校保健・栄養戦略」の実施体制強化を示す取組事例

#### 【備考】

PDMの作成やバージョン2の改訂経緯などから、以下の点が明らかになった。

- ・ 成果4（PDMバージョン1では成果6）は、開発したモデルのプロジェクト終了後の普及を見据え、必要な準備をプロジェクト期間中に実施・支援する意図でデザインされた。
- ・ PDMバージョン2の改訂前の上位目標案と指標案は、それぞれ「ネパールの他郡に『国家学校保健・栄養戦略』に基づく実践モデルが広がる」「『国家学校保健・栄養戦略』に基づく実践モデルを導入した郡の数」だったが、政府の財政措置が遅れた場合は達成できないという理由でカウンターパートから却下された。
- ・ 終了時評価調査時にカウンターパートへインタビューした際は、「全国75郡への学校保健・栄養プログラム普及を念頭にプロジェクトを実施しており、2郡はパイロット郡にすぎない」という意見が多く聞かれた。以上の意見や過去の経緯を踏まえると、要約の表現や指標設定の問題で上記案は採択されなかったが、多くのカウンターパートや日本人専門家は、2郡の経験を踏まえた学校保健活動の制度化や拡大を念頭にプロジェクトを実施していたと推察できる。

#### ② 上位目標とプロジェクトの介入効果の相関性

##### 【問題点】

上位目標の2つの指標は、プロジェクト以外の要因が大きく影響すると思われ、終了時時点ではプロジェクトの介入効果との相関性を特定するのは困難である。

##### 【対処案】

プロジェクトが終了後3年間で直接与えられるインパクトを、上位目標として別途設定する。なお、本案は前述理由により終了時評価調査においては採用できなかった。

##### 【備考】

これら2つの指標設定の経緯を検証したところ、以下の点が明らかになった。

- ・ 「身体測定に基づく低体重児の割合」が指標1として設定される前に、「貧血率の減少」という指標案があった。しかし、保健

	<p>人口省に学齢児童の健康に該当するデータがない、プロジェクトのベースライン調査で唯一入手可能だがプロジェクト終了後に入手できないのは適切ではない、という理由から採用されなかった。現指標 1 も、設定時点では同様にプロジェクト期間中のみ入手可能なデータであったが、「身体測定」はプロジェクトの基幹活動であるため、同データは郡教育事務所や教育局に提出されることが予想され、プロジェクト終了後もデータの入手が見込めるという理由で選ばれた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「出席率」が指標 2 として設定される以前に「退学率」という案があったが、家庭事情や地理的事情など多くの関連要因があるため、健康状態をより反映しやすい「病気による欠席率」になった。しかし同案は、同案に係るデータの統計、特にベースラインデータを入手するのが困難であるため採用されず、最終的に代替案として「出席率」が採用された。</li> <li>・ 指標の設定当初から、プロジェクト関係者の間で「学校保健活動との因果関係が十分に証明できない」と課題が認識されていた。しかし、学齢期の子どもに関する保健データの不足から「学齢児童の健康と栄養状態の改善」を示す上記以外の代替指標を設定することは難しかったと推察される。</li> </ul>
<p><b>【プロジェクト目標】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 対象郡において学齢児童による学校保健サービスの利用が増加する。</li> <li>2. 保健人口省と教育省において「国家学校保健・栄養戦略」の実施体制が強化される。</li> </ol> <p><b>指標 6:</b> 各対象校において、子どもクラブによる学校保健活動が最低年 1 回実施される。</p>	<p>① 指標の位置づけ</p> <p><b>【問題点】</b></p> <p>指標 6 は成果レベル、すなわち子どもの行動変容に関する成果 2 の指標とするのが妥当と考える。対象郡の学齢児童が学校保健サービスを以前より利用するようになったか否かを測る指標としては、学校保健サービスを利用していると回答する子どもの割合が挙げられる。ベースライン及びエンドライン調査にはこの種のデータがないが、本来はベースライン調査の設計時に検討すべきと考えられる。</p> <p><b>【対処案】</b></p> <p>指標 6 を削除し、成果 2 の指標として扱う（成果 2 を参照）。なお、本案は前述理由により終了時評価調査においては採用できなかった。</p>
<p><b>【成果 2】</b></p> <p>学校保健活動を通じて、対象校における学齢児童の保健に関する知識が向上し、態度や習慣が改善される。</p>	<p>① 指標の内容</p> <p><b>【問題点】</b></p> <p>指標 5 について、子どもクラブが存在しても具体的な学校保健活動への取り組みがない限り、学齢児童の保健に関する知識や態度の向上、行動変容は促進されないと推察される。同クラブを設置したものの、同クラブ活動が活性化されていない点が課題であるという</p>

<p><b>指標 5:</b> 各対象校において子どもクラブが存在する。</p>	<p>報告もあり、同クラブの学校保健活動に関する取り組みの度合いを指標にした方がより適切と考える。</p> <p><b>【対処案】</b></p> <p>プロジェクト目標の指標 6「各対象校において、子どもクラブによる学校保健活動が最低年 1 回実施される」を、成果 2 の指標 5 の代替指標にする。なお、本案は前述理由により終了時評価調査においては採用できなかった。</p>
<p><b>【成果 4】</b></p> <p>プロジェクトの経験に基づき実践的なモデルが開発され、「国家学校保健・栄養戦略」に沿った当該モデルの普及計画が中央レベルで策定される。</p> <p><b>指標 1:</b> レビューされた「国家学校保健・栄養戦略」とガイドラインが国家学校保健・栄養アドバイザー委員会 (NSHNAC) に承認される。</p> <p><b>指標 2:</b> 中央省庁において、他郡への当該モデル普及のためのアクションプランが開発される。</p>	<p>① 実践的モデルの定義</p> <p><b>【問題点】</b></p> <p>「実践的なモデル」は活動 4-3 に「国家学校保健・栄養戦略のレビューに基づき作成する」となっているが、具体的な定義が明示的でないため、モデルの開発とそのモデルの普及計画策定の有無を具体的に測る指標として、指標 1 と指標 2 が妥当かどうか判断しづらい。</p> <p><b>【対処案】</b></p> <p>終了時評価調査時に、「実践的モデル」の定義について、カウンターパートと日本人専門家に質問票・インタビューで確認することとする。</p> <p>② 法整備支援</p> <p><b>【問題点】</b></p> <p>中間レビュー調査の提言を受けて、新たに活動として追加された「学校保健の法整備に向けての支援」の PDM 上の位置づけと活動範囲が不明確である。</p> <p><b>【対処案】</b></p> <p>終了時評価調査時に、現在の進捗状況と同活動を取り巻く環境を把握し、法整備に係る支援計画を再検討する。なお、プロジェクト活動として追加するのであれば、中間レビュー時あるいは中間レビュー後に PDM 上の位置づけを明確にしておくべきであった。</p>
<p>その他</p> <p><b>【プロジェクト目標に至る外部条件】</b>プロジェクトカウンターパートが変更されず、プロジェクト期間中は頻繁な異動が行われない。</p>	<p>① カウンターパートの異動</p> <p><b>【問題点】</b></p> <p>ネパールの政治の混乱状況に照らし合わせると、4 年間のプロジェクト期間中に「カウンターパートが変更されない」という事態はあり得ない。「カウンターパートの頻繁な異動」も現在の政治状況からは起こり得ることで、満たされるべき外部条件としては適切ではない。むしろ、内部化して対処すべき事項である。</p>

	<p><b>【対処案】</b></p> <p>外部条件から削除する。なお、本案は前述理由により、終了時評価調査においては採用できなかった。</p>
--	---

出典：事前調査報告書（2008年4月）、中間レビュー報告書（2011年5月）、プロジェクト事業進捗報告書（第1回2009年1月、第2回2010年2月）、専門家業務完了報告書（菊地君代、2009年9月）、第2年次業務完了報告書（督永紋子、2010年2月）

#### 2-1-2 評価デザインの作成

上記PDMの検証とともに評価デザインの検討を行い、評価グリッドを作成した（付属資料1を参照）。

#### 2-1-3 関連資料のレビュー

本プロジェクトに関する事前調査報告書や協議議事録、中間レビュー調査報告書、プロジェクト事業進捗報告書、長期・短期専門家業務完了報告書、ベースライン調査報告書、内部中間調査報告書、エンドライン調査報告書、国家学校保健・栄養戦略、学校保健・栄養プログラム実施ガイドライン2063（西暦2007年）、学校保健・栄養基礎プログラム（パッケージ）実施ガイドライン（学校保健・栄養基礎ガイドライン）、プロジェクト作成の内部終了時評価用資料、プロジェクトニューズレター、ホームページをレビューして、プロジェクトの実績や実施プロセス、プロジェクトを取り巻く外部環境を確認した。

#### 2-1-4 プロジェクト関係者への質問票配付

現地調査前に、技術移転の進捗状況や成果達成状況、プロジェクト目標の達成状況、上位目標の達成見込み状況、投入の質・量とタイミング、実施プロセスなどに関する質問票を作成し、日本人専門家2名とネパール側のカウンターパート機関である保健サービス局、教育局、対象2郡の郡保健事務所、郡教育事務所に配付した。現地調査開始時に、日本人専門家2名、カウンターパート16名から質問票を回収して分析した。

#### 2-1-5 評価手法の説明

現地調査開始直後に、終了時評価調査の目的と評価手法について、合同終了時評価団メンバーと一部カウンターパートに対して、プレゼンテーション形式で約30分間説明した。その他のカウンターパートに対してはインタビューの冒頭で、評価の目的と手法を概説した。

#### 2-1-6 プロジェクト関係者に対するインタビュー

活動実績の確認と質問票の回答をもとに、技術移転の効果や実施プロセス、プロジェクトによって引き起こされた変化など、評価グリッドに記載のある補足情報を収集するため、日本人専門家やカウンターパート、その他のプロジェクト関係者に対する個別インタビューまたはグループインタビューを行った。対象は、①日本人専門家、②教育省、③教育局、④保健人口省、⑤保健サービス局、⑥JICAネパール事務所、⑦学校保健・栄養ネットワーク、⑧国家計画委員

会、⑨国立教育開発センター、⑩プロジェクトスタッフ、⑪対象2郡の郡開発委員会、⑫対象2郡の郡教育事務所、⑬対象2郡の郡保健事務所、⑭対象2郡の学校関係者、⑮対象2郡のサブヘルスポスト関係者である。所要時間は1時間半から2時間程度であった。

学校関係者には、主に校長や学校保健フォーカル教員、その他の教員、学校保健・栄養委員会、保護者代表、学校管理委員会、PTA（Parents and Teachers Association）、児童、子どもクラブメンバーなどが含まれていた。

#### 2-1-7 対象校の視察

対象2郡の Shindupalchowk 郡と Syangja 郡では、上記インタビューと同時に対象校で学校保健・栄養基礎パッケージプログラム<sup>1</sup>の実施状況を視察した。視察校は1-3 調査団日程を参照。

### 2-2 調査項目

調査項目は、プロジェクトの実績の確認、実施プロセスの把握、評価5項目の観点による評価に分けられる。詳細は、付属資料1 評価グリッドを参照のこと。

#### 2-2-1 プロジェクトの実績の確認

作成した評価グリッドをもとに、プロジェクトの投入実績、成果の達成度、プロジェクト目標の達成見込みについて確認した。

#### 2-2-2 実施プロセスの把握

プロジェクトの実施プロセスを把握した。主な調査項目は、プロジェクト運営と活動の進捗状況、モニタリングの実施状況、関係者間のコミュニケーション、技術や知識の移転手法、実施機関の主体性についてである。

#### 2-2-3 評価5項目に基づく評価

評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性）の観点から、評価グリッドに沿って本プロジェクトを評価した。各評価項目の視点を以下に示す。なお、妥当性と有効性、効率性についてはこれまでの実績と現状に基づいて評価する。インパクトと持続性については、これまでの実績と活動状況から分析し、終了時評価時点の予測や見込みを検証する。

妥 当 性	プロジェクト目標及び上位目標と、プロジェクトの対象グループのニーズ、相手国側の政策及び日本の援助政策との整合性があるかなど、プロジェクトの正当性、必要性を検証する。
有 効 性	プロジェクトの実施による対象グループへの便益を確認し、プロジェクトが有効であるか否かを検証する。
効 率 性	プロジェクト資源の有効活用という観点から、効率的であったか否かを検証する。

<sup>1</sup> ネパール政府が実施している学校保健・栄養プログラムのなかで、本プロジェクトが協力対象としている学校保健コンポーネントの総称。学校保健・栄養基礎プログラム（パッケージ）実施ガイドラインに基づく。

インパクト (予測)	プロジェクトの実施によりもたらされる、より長期的な効果や波及効果を検証する。
持続性 (見込み)	プロジェクト終了後、プロジェクトにより発現した効果が持続するか否かを検証する。

### 2-3 評価上の制約

本終了時評価調査を実施するにあたって、以下の評価上の制約があった。

- ・ Shindupalchowk 郡の郡教育事務所と郡保健事務所のフォーカルパーソン<sup>2</sup>は、所用で不在だったためインタビューすることができなかった。代わりに電話でインタビューを行ったが、Syangja 郡と比べて十分な情報収集ができなかった。
- ・ 時間的制約から、対象 2 郡では限られた数の学校のみ視察及びインタビューに限定された。

<sup>2</sup> 各郡の郡保健事務所と郡教育事務所において、郡レベルでのプロジェクト活動実施を促進することを目的とし、事務所員がそれぞれ 1 名ずつ任命された。

## 第3章 プロジェクトの実績

プロジェクト開始以降、2012年1月の終了時評価調査時までの日本側とネパール側の投入実績や各成果の達成状況、プロジェクト目標の達成状況について検証した。プロジェクト終了3年後に達成が見込まれる上位目標の終了時評価調査時点での達成見込みについても確認した。本プロジェクトの実績については以下のとおり。

### 3-1 投入実績

#### 3-1-1 日本側の投入実績

##### (1) 専門家の派遣

これまで長期専門家は、①チーフアドバイザー/小児保健/栄養、②業務調整/ヘルスプロモーション、③チーフアドバイザー、④業務調整/基礎教育—の4分野4名が派遣された。短期専門家は14名が派遣された。専門家の人月数は、2012年1月末時点で長期専門家79.6M/M、短期専門家15.5M/Mに達した。派遣時期など詳細は、付属資料2 協議議事録 ANNEX 4を参照。

##### (2) 研修員の受入れ

日本で行われたカウンターパート対象の研修は、国別研修(19名)と課題別研修(8名)である。技術交換研修は、2011年12月にタイ研修(12名)とラオス研修(7名)を実施した。

参加者のほとんどが直接プロジェクト活動にかかわったカウンターパートだが、タイ研修とラオス研修には本プロジェクトとの連携強化が必要な国立教育開発センター、カリキュラムセンター、国家計画委員会、協力対象2郡の郡開発委員会も参加した。研修員の受入人数の総数は、プロジェクトスタッフ2名を含め48名である。ネパールで最近終了した他のJICA技術協力プロジェクトと比べると、本プロジェクトの研修員受入人数は圧倒的に多く、カウンターパートには十分能力向上の機会が与えられたと推察できる<sup>3</sup>。研修名や研修員名などの詳細は、付属資料2 協議議事録 ANNEX 7を参照。

##### (3) 機材の供与

日本側が供与した機材は車輛、バイク、コンピュータやデジタルカメラ、オフィス用の机やプロジェクト活動に必要な備品で、約1,249万円が投入されている。ほとんどの機材が常に使用されており、状態も良い。付属資料2 協議議事録 ANNEX 5と6を参照。

##### (4) 現地活動費

終了時評価時点までに、各種研修費用や各種調査等現地活動費として約7,415万円が投入されている。付属資料2 協議議事録 ANNEX 6を参照。

<sup>3</sup> 他の技術協力プロジェクトの研修員受入人数は、農業研修普及改善計画プロジェクト(2004~2009年)14名、モニタリング評価システム強化計画プロジェクト(2006~2009年)21名、小学校運営改善支援プロジェクト(2008~2011年)13名。

### 3-1-2 ネパール側の投入実績

#### (1) カウンターパートの配置

プロジェクトの主要なカウンターパートは 19 名だが、これまでに異動や退職などを理由にプロジェクトを離れたカウンターパートも含めると合計 33 名にのぼる。4 名のプロジェクトダイレクターとマネジャーのうち、3 名は 2011 年になってから新しくプロジェクトに配置された。詳細は、付属資料 2 協議議事録 ANNEX 2 を参照。

#### (2) プロジェクト活動費

プロジェクト活動費に限定したネパール側負担の予算及び実績データは入手できなかった。代わりに入手した、保健人口省と教育省が「学校保健関連活動費」として対象 2 郡でプロジェクト期間中に計上した予算は、約 6 億 440 万ルピー（約 6 億円）<sup>4</sup>で、寄生虫対策や救急箱の供与、学校保健・栄養週間、モニタリングやオリエンテーションの予算が含まれている。このほか、プロジェクトの協力対象でない校舎やトイレの建設や改築、学校給食などの費用も含まれる。詳細は、付属資料 2 協議議事録 ANNEX 3 を参照。

#### (3) 施設提供

ネパール側は合意された協議議事録の記載どおり、プロジェクト活動に必要な日本人専門家用の執務室を保健サービス局と教育局の 2 カ所それぞれで提供している。

### 3-2 成果（アウトプット）の達成状況

4 つの成果（アウトプット）の達成状況は次のとおりである。

成果 1	対象校において、学校保健サービスミニмумパッケージの提供が改善される。
------	--------------------------------------

指標 1-1	学校保健サービスミニмумパッケージのためのガイドラインとマニュアルが開発される。
--------	---

本プロジェクトは、カウンターパートと日本人専門家との協議を通じて、学校保健サービスミニмумパッケージガイドラインを作成し、2010 年教育局と保健サービス局によって承認された。その後、同ガイドラインは対象 2 郡の協力対象校での学校保健活動を踏まえて、名称が学校保健・栄養基礎プログラム（パッケージ）実施ガイドライン（学校保健・栄養基礎ガイドライン）に変更、内容も改訂され、2011 年 7 月教育局と保健サービス局によって承認された。終了時評価時点で第 3 版の改訂作業が更に行われている最中で、その作業はプロジェクト終了時まで完了する見込みである。

指標 1-2	学校保健サービスミニмумパッケージの研修への総参加者が 0 名から 7,500 名以上になる。
--------	--

これまで、郡やリソースセンター<sup>5</sup>レベルで実施された研修は、合計 54 回だった。主な研修内

<sup>4</sup> 2012 年 1 月レート NRPI=¥0.932

<sup>5</sup> 郡内にある教員養成機関で、管轄地域の学校教育の質の向上のため、リソースセンター担当教員である指導主事（リソースパーソン）が管轄校の巡回指導や教員を対象とした研修会などを行っている。



容は、寄生虫対策、救急箱の使用、学校保健チェックリストプログラム、子どもクラブの育成、学校行動計画の策定、身体測定、モニタリングと監督などである。研修はすべてカスケード方式で実施され、まず中央のカウンターパートとプロジェクトスタッフが協力して、郡レベルの講師育成研修を実施した。この講師育成研修の対象は、郡教育事務所と郡保健事務所のフォーカルパーソン、指導主事、視学官、ヘルスポストとサブヘルスポストの担当・責任者である。次に、リソースセンターレベルでこれらの講師が、校長や協力対象校のフォーカル教員、学校保健・栄養委員会の委員長、村落開発委員会<sup>6</sup>の書記などを対象に研修を実施した。これまでの研修受講者数は9,583名でPDMの目標値7,500名を大幅に超えていた。終了時評価時点で、研修講師が務まる関係者数は108名であった。詳細は、付属資料2 協議議事録 ANNEX 8を参照。

**指標 1-3** 身体測定を年1回実施し、適切に記録する学校が0%から70.0%に増加する。

本プロジェクトでは、対象郡の公立校で年1回身体測定を行うよう指導していた。エンドライン調査結果によると、調査対象69校のうち73.9%は学校保健・栄養基礎ガイドラインどおり、年1回の身体測定を実施していた。身体測定データを適切に記録している学校は63.8%と目標値の70%をやや下回った。2郡別のデータをみると、Syangja郡(79.4%)の方がShindupalchowk郡(48.6%)よりも、適切に記録している学校が多かった。

プロジェクトの介入期間<sup>7</sup>別のデータによると、早期介入校では95.3%の学校で年1回の身体測定を行い、83.7%の学校が適切に身体測定の結果を記録していた。一方、最近プロジェクトが活動を開始した学校では、身体測定の実施が35.8%、適切に記録している学校が30.8%にとどまった。詳細は表3-1、3-2を参照。

表3-1 年1回の身体測定を実施している学校数と割合

	早期介入校 2008年	新規介入校 2010年・2011年	計 (%)
Shindupalchowk郡	20 (90.9%)	4 (30.8%)	24 (68.6%)
Syangja郡	21 (100%)	6 (46.2%)	27 (79.4%)
計 (%)	41 (95.3%)	10 (35.8%)	51 (73.9%)

出典：エンドライン調査 2011年

<sup>6</sup> 最小の行政単位。

<sup>7</sup> プロジェクトでは1年次(2008年)各郡3村落 Shindupalchowk郡22校、Syangja郡21校、2年次(2009年)各郡3村落 Shindupalchowk郡25校、Syangja郡23校、3年次(2010年)各郡9村落 Shindupalchowk郡60校、Syangja郡69校、4年次(2011年)残りすべての村落 (Shindupalchowk郡64村落454校、Syangja郡45村落437校)に対象地域を拡大した。

表 3-2 身体測定 of データを適切に記録している学校数と割合

	早期介入校 2008 年	新規介入校 2010 年・2011 年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	15 (68.2%)	2 (15.4%)	17 (48.6%)
Syangja 郡	21 (100%)	6 (46.2%)	27 (79.4%)
計 (%)	36 (83.7%)	8 (30.8%)	44 (63.8%)

出典：エンドライン調査 2011 年

<b>指標 1-4</b>	寄生虫対策プログラムを年 2 回実施し、適切に記録する学校が 0% から 70.0% に増加する。
---------------	---

本プロジェクトでは、協力対象校が年 2 回の寄生虫対策プログラムを実施することを支援した。概して同プログラムはよく実施されていることが、データから推察できる。目標値を超え、97.1% の調査対象校が寄生虫駆除薬を年 2 回児童に投与し、89.9% の学校がそれらのデータを適切に記録している。

表 3-3、3-4 のとおり、ほとんどの学校で寄生虫プログラムは年 2 回実施されていた。一方で、プロジェクトの介入期間別で適切な記録についてのデータをみると、早期介入校では 97.7% に対して新規介入校は 76.9% と若干差異がみられた。

表 3-3 年 2 回の寄生虫対策プログラムを実施している学校数と割合

	早期介入校 2008 年	新規介入校 2010 年・2011 年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	22 (100%)	11 (84.6%)	33 (94.3%)
Syangja 郡	21 (100%)	13 (100%)	34 (100%)
計 (%)	43 (100%)	24 (92.3%)	67 (97.1%)

出典：エンドライン調査 2011 年

表 3-4 寄生虫対策プログラムを適切に記録している学校数と割合

	早期介入校 2008 年	新規介入校 2010 年・2011 年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	21 (95.5%)	7 (53.8%)	28 (80.0%)
Syangja 郡	21 (100%)	13 (100%)	34 (100%)
計 (%)	42 (97.7%)	20 (76.9%)	62 (89.9%)

出典：エンドライン調査 2011 年

<b>指標 1-5</b>	ファーストエイドキットボックスを備え、適切に記録する学校が 0%から 60.0%に増加する
---------------	---

プロジェクトによって、224 個の救急箱が Syangja 郡と Shindupalchowk 郡の公立校に配布された。2010 年に保健サービス局が救急箱供与の予算措置を行い、プロジェクトで配布できなかった対象 2 郡すべての公立校 1,113 校に行き渡るように配布した。エンドライン調査結果によると、調査対象 69 校すべての学校が、対象郡とプロジェクト介入期間にかかわらず、救急箱を常備していた。データを適切に記録している学校は、目標値をやや上回る 63.8%であった。しかし、プロジェクトの介入期間別でみると、新規介入校はわずか 30.8%にとどまり、早期介入校の 83.7%より大幅に低い値であった。詳細は表 3-5、3-6 のとおりである。

表 3-5 救急箱を常備している学校数と割合

	早期介入校 2008 年	新規介入校 2010 年・2011 年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	22 (100%)	13 (100%)	35 (100%)
Syangja 郡	21 (100%)	13 (100%)	34 (100%)
計 (%)	43 (100%)	26 (100%)	69 (100%)

出典：エンドライン調査 2011 年

表 3-6 救急箱を適切に記録している学校数と割合

	早期介入校 2008 年	新規介入校 2010 年・2011 年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	15 (68.2%)	2 (15.4%)	17 (48.6%)
Syangja 郡	21 (100%)	6 (46.2%)	27 (79.4%)
計 (%)	36 (83.7%)	8 (30.8%)	44 (63.8%)

出典：エンドライン調査 2011 年

<b>成果 2</b>	学校保健活動を通じて、対象校における学齢児童の保健に関する知識が向上し、態度や習慣が改善される。
-------------	--

<b>指標 2-1</b>	対象校において、清潔な爪を有する学齢児童の割合が 49.8%から 70.0%に増加する
---------------	---

エンドライン調査結果によると、清潔な爪を有する児童の割合はベースライン調査の 50.2%から 59.4%に増えた。しかし、指標 2-1 で設定した目標値の 70%には及ばなかった。

表 3-7 清潔な爪を有する児童の割合

	ベースライン調査 2008 年	エンドライン調査 2011 年
Shindupalchowk 郡	—	47.1%
Syangja 郡	—	76.3%
2 郡平均	50.2%*	59.4%

出典：ベースライン調査 2009 年、エンドライン調査 2011 年

\*PDM のベースラインデータが 49.8%である根拠は不明。

次の表 3-8 で明らかなおとおり、Syangja 郡（76.3%）が Shindupalchowk 郡（47.1%）より、清潔な爪を有する児童の割合が圧倒的に多かった。プロジェクト介入期間別でみると、早期介入校（64.6%）が新規介入校（50.4%）より、清潔な爪を有する児童の割合が若干多い結果であった。

表 3-8 清潔な爪を有する児童数と割合

	早期介入校 2008 年	新規介入校 2010 年・2011 年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	524 (53.5%)	214 (36.5%)	738 (47.1%)
Syangja 郡	585 (79.5%)	287 (70.5%)	872 (76.3%)
計 (%)	1109 (64.6%)	501 (50.4%)	1610 (59.4%)

出典：エンドライン調査 2011 年

表 3-9 は、爪の長さが普通の児童の数と割合を示している。Shindupalchowk 郡（75.3%）が Syangja 郡（90.73%）より、爪の長さが普通の児童の割合がやや低かった。プロジェクトの介入期間で比べると、早期対象校が 84.4%に対して新規介入校が 77.3%で、早期介入校が普通の爪の長さをもつ児童の割合が若干高かった。

表 3-9 爪の長さが普通の児童数と割合

	早期介入校 2008 年	新規介入校 2010 年・2011 年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	775 (79.1%)	405 (69.0%)	1,180 (75.3%)
Syangja 郡	674 (91.6%)	363 (89.2%)	1,037 (90.7%)
計 (%)	1,449 (84.4%)	768 (77.3%)	2,217 (81.8%)

出典：エンドライン調査 2011

爪切り以外にも、学校保健活動によって対象2郡の児童にさまざまな行動変容がみられた。例えば、トイレ後の手洗いをする児童は、ベースライン調査時の63.1%からエンドライン調査時では99.6%にも増えた。同様に、食前の手洗いをしている児童の割合は95%から99%に伸びており、児童の多くが手洗いの習慣を身につけていることが推察された。

<b>指標 2-2</b>	学校清掃（トイレを保有する学校でのトイレ清掃）を毎日行う学校の割合が33.3%から50.0%に増加する。
---------------	--

エンドライン調査結果が示すとおり、毎日トイレ清掃を行っている学校の割合は、2008年のベースライン調査時の33.3%から75.8%と飛躍的に伸びた。対象郡別のデータは、表3-10のとおり、Shindupalchowk郡72.7%、Syangja郡78.8%と大差がなかった。

表3-10 毎日トイレ清掃を行っている学校の割合

	ベースライン調査 2008年	エンドライン調査 2011年
Shindupalchowk 郡	—	72.7%
Syangja 郡	—	78.8%
計	33.3%	75.8%

出典：ベースライン調査2009年、エンドライン調査2011年

教員や指導主事、視学官にインタビューしたところ、児童が教室清掃や校庭清掃などの学校保健活動に参加するにつれて、学校や教室など全般的に環境が以前に比べて改善されたという。

<b>指標 2-3</b>	対象校において、学齢児童の寄生虫に関する知識が11.0%から60.0%に増加する
---------------	--

プロジェクトが実施したベースライン及びエンドライン調査では、それぞれ4年生と5年生の児童を対象に、寄生虫とその感染経路について質問した。表3-11が示すとおり、ベースライン調査時に27.1%の児童が知っているとは回答したのに対し、エンドライン調査では若干増えて30.7%の児童が知っているとは回答した。しかし、PDMの指標で設定した目標値の60%には届かなかった。

表3-11 寄生虫に関して知っているとは回答した4年生と5年生児童の割合

	ベースライン調査 2008年	エンドライン調査 2011年
Shindupalchowk 郡	—	29.6%
Syangja 郡	—	32.3%
2郡平均	27.1%*	30.7%

出典：ベースライン調査2009年、エンドライン調査2011年

\*PDM指標のベースラインが11.0%であることの根拠は不明。

プロジェクト対象郡と介入期間別のデータは表3-12のとおり。Syangja郡では32.3%の児童が知っているとは回答したのに対し、Shindupalchowk郡ではやや少ない29.6%が同様の回答をした。早期介入校では38.3%の児童が知っているとは回答したが、新規介入校では19.0%にとどまった。

表3-12 寄生虫に関して知っていると回答した4年生と5年生児童数の割合

	早期介入校 2008年	新規介入校 2010年・2011年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	135 (35.1%)	47 (20.4%)	182 (29.6%)
Syangja 郡	101 (43.7%)	29 (17.0%)	130 (32.3%)
計 (%)	236 (38.3%)	76 (19.0%)	312 (30.7%)

出典：エンドライン調査 2011年

寄生虫の知識をもつ4年生と5年生の割合は目標値に届かなかったが、児童の多くは寄生虫薬を飲んで寄生虫を駆除することの重要性を理解しているという。インタビューした保護者によると、プロジェクト実施以前は、子どもたちは薬を全く飲もうとしなかったが、現在は寄生虫プログラムのおかげで必要なときは薬を飲むようになったという。このように、学校保健・栄養基礎パッケージプログラムを実施したプロジェクトの協力対象校では、子どもたちに一定の行動変容が現れていることが確認できた。

**指標 2-4** 学校チェックリストの記録を管理する学校の割合が0%から60.0%に増加する

プロジェクトでは、各学校の自己評価シートである学校チェックリストを導入した。学校は、毎日、毎週、毎月の3種類の学校チェックリストを用いて、学校保健・栄養活動の進捗状況を自分たちで評価することになっている。これらの学校チェックリストの使用を推奨するため、毎年学年の終わりに郡教育事務所と郡保健事務所、郡学校保健栄養調整委員会が共同で各学校の活動状況をこのチェックリストに基づいて評価し、優秀な学校には賞品を授与している。

次の表3-13、3-14、3-15に示すとおり、ほとんどの学校が毎日記載する学校チェックリストを用いていた。毎週と毎月に記載する学校チェックリストに関しては、Shindupalchowk 郡はそれぞれ48.6%と37.1%で、Syangja 郡の毎週100%、毎月79.4%に比べて使用率が低かった。毎週記載する学校チェックリストの利用について、早期介入校と新規介入校の比較では、前者が81.4%に対して後者は61.5%とやや低かった。同様の傾向は、毎月に記載する学校チェックリストにもみられ、早期介入校では約80%が実施しているが、新規介入校ではわずか23.1%で実施しているにとどまった。

表3-13 毎日つける学校チェックリストを使用している学校数と割合

	早期介入校 2008年	新規介入校 2010年・2011年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	20 (90.9%)	12 (92.3%)	32 (91.4%)
Syangja 郡	21 (100%)	13 (100%)	34 (100%)
計 (%)	41 (95.3%)	25 (96.2%)	66 (95.7%)

出典：エンドライン調査 2011

表 3-14 毎週つける学校チェックリストを使用している学校数と割合

	早期介入校 2008 年	新規介入校 2010 年・2011 年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	14 (63.6%)	3 (23.1%)	17 (48.6%)
Syangja 郡	21 (100%)	13 (100%)	34 (100%)
計 (%)	35 (81.4%)	16 (61.5%)	51 (73.9%)

出典：エンドライン調査 2011

表 3-15 毎月つける学校チェックリストを使用している学校数と割合

	早期介入校 2008 年	新規介入校 2010 年・2011 年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	13 (59.1%)	0 (0%)	13 (37.1%)
Syangja 郡	21 (100%)	6 (46.2%)	27 (79.4%)
計 (%)	34 (79.1%)	6 (23.1%)	40 (58.0%)

出典：エンドライン調査 2011

**指標 2-5** 各対象校において子どもクラブが存在する。

子どもクラブに関しては、エンドライン調査での学校に対する質問票と、対象 2 郡の郡教育事務所から入手した 2 種類のデータがあった。エンドライン調査結果によると、調査対象 70 校のうち 83.8%にあたる学校は子どもクラブがあると回答したという (Shindupalchowk 郡 82.9%、Syangja 郡 84.8%)。

郡教育事務所で入手したデータによると、95.7%の学校 (Shindupalchowk 郡 91.49%、Syangja 郡 100%) は子どもクラブが存在しているとあり、エンドライン調査結果より若干高い数値が出ていた。プロジェクト介入時期別の Shindupalchowk 郡のデータをみると、早期介入校が 95.5%で新規介入校の 84.6%よりやや上回った。

表 3-16 子どもクラブをもつ学校数と割合

	早期介入校 2008 年	新規介入校 2010 年・2011 年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	21 (95.5%)	11 (84.6%)	32 (91.4%)
Syangja 郡	21 (100%)	13 (100%)	34 (100%)
計 (%)	42 (97.7%)	24 (92.3%)	66 (95.7%)

出典：エンドライン調査 2011

<b>成果 3</b>	対象郡において、学校保健活動が関係機関、委員会、その他の関係者によって体系的かつ協力的に実施・管理される。
-------------	---

<b>指標 3-1</b>	教員、児童、保健スタッフ、地域住民と学校保健・栄養委員会の共同により、ヘルス・プロモーション・キャンペーンが最低年 1 回、実施される。
---------------	--

保健人口省は 2010 年から全国 75 郡で、毎年 12 月に保健栄養週間を実施していた。プロジェクト開始後、名称を学校保健・栄養週間に変更し、2010 年の学校保健・栄養基礎ガイドライン改訂作業の際に、実施時期をこれまでの 12 月から 5 月に変更した。これまでの実績は 2009 年 12 月と 2011 年 5 月である。2010 年については、開催時期を翌年 5 月に変更したため実施しなかった。学校保健・栄養週間は、保健サービス局から郡保健事務所を通じて各村落委員会に 1,000 ルピーの予算支援があり、各学校は同委員会と連携協調して、学校保健に関する啓発活動等を行うとのことであった。

<b>指標 3-2</b>	リソース・パーソンによる学校保健のモニタリング・スーパービジョンを最低年 3 回受ける学校の割合が 0%から 60.0%に増加する。
---------------	--

郡教育事務所のデータによると、2 郡平均で調査対象 69 校のうち 69.6%にあたる学校が毎年少なくとも 3 回指導主事(リソースパーソン)によるモニタリングを受けていると回答したという。表 3-17 のとおり、早期介入校は 88.4%の学校が年 3 回のモニタリングを受けたと回答したのに対して、新規介入校ではわずか 38.5%だった。特に Shindupalchowk 郡では、新規介入校においてモニタリングを受けたと回答した学校は、7.7%と極端に低い値だった。新規介入校でモニタリングを受けた学校が少ないのは、新規介入校にはへき地の学校が含まれること、郡教育事務所が行う学校保健に関するモニタリングやオリエンテーションの予算要求が 2011/12 年には通らなかったことなどに起因している可能性がある。

表 3-17 最低年 3 回、指導主事のモニタリングを受けている学校数と割合

	早期介入校 2008 年	新規介入校 2010 年・2011 年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	17 (77.3%)	1 (7.7%)	18 (51.4%)
Syangja 郡	21 (100%)	9 (69.2%)	30 (88.2%)
計 (%)	38 (88.4%)	10 (38.5%)	48 (69.6%)

出典：エンドライン調査 「郡教育事務所より入手の対象校データ、2012 年 1 月」

<b>指標 3-3</b>	定期会合を最低年 4 回開催する学校保健栄養委員会の割合が 0%から 60.0%に増加する。
---------------	--

学校保健・栄養委員会は、プロジェクトの下で各学校に設置された。学校管理委員会の委員長が同委員会の委員長を兼務し、PTA 会長や担当教員、指導主事や保健担当・責任者、子どもクラブの委員長等を含めた合計 11 名の委員構成である。主な役割は、学校保健の内容を含んだ学校改善計画の作成準備や地元で利用可能な資源を活用した学校保健活動の支援、学校保健プログラム



のモニタリングの実施等である。

PDM 指標 3-3 はプロジェクトがデータを集めていないため、入手できなかった。代わりに郡教育事務所から入手したデータによると、少なくとも月 1 回会議を開いている学校保健・栄養委員会の割合は、調査対象 69 校の 43.5% だった。Shindupalchowk 郡が 60% で、Syangja 郡の 26.5% に比べ高い値だった。Shindupalchowk 郡は人間開発指標が Syangja 郡より低く、政府の学校給食プログラムの対象郡に指定されているため、学校給食の運営方法など同委員会が頻繁に話し合う必要があることが影響していると思われる。

表 3-18 少なくとも月 1 回会議を開催している学校保健栄養委員会の数と割合

	早期介入校 2008 年	新規介入校 2010 年・2011 年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	19 (86.4%)	2 (15.4%)	21 (60.0%)
Syangja 郡	5 (23.8%)	4 (30.8%)	9 (26.5%)
計 (%)	24 (55.8%)	6 (23.1%)	30 (43.5%)

出典：エンドライン調査 2011

インタビューした学校関係者によると、学校保健・栄養委員会と学校管理委員会は委員が数名重複しているため、同時にこれら 2 つの委員会の会議を実施しているケースもあるという。

**指標 3-4** 郡学校保健・栄養調整委員会（DSHNCC）が最低年 4 回、定期会合を開催する。

郡開発官が議長である郡学校保健・栄養調整委員会が、プロジェクトの開始後に対象 2 郡それぞれで設立された。委員構成は、郡開発官や郡教育事務所長、郡保健事務所長など 9 名で、実際はプロジェクトが指名した郡教育事務所と郡保健事務所のフォーカルパーソンが事務局を務めているという。

指標の目標値のように年 4 回会議は開かれていなかったが、Syangja 郡でこれまで 12 回、Shindupalchowk 郡で 9 回の実績があった。郡教育事務所のフォーカルパーソンによると、プロジェクトの対象村落の選定や政府プログラムで実施している学校給食、Syangja 郡の場合は学校給食が行われていないので代わりに推奨している弁当持参プログラムの弁当箱支援について協議したという。目標値には届かなかったが、郡学校保健・栄養調整委員会は必要なときに会議を開いて機能していることがうかがえた。

**指標 3-5** 学校保健コンポーネントを学校改善計画（School Improvement Plan：SIP）に取り入れる学校の割合が 0% から 60.0% に増加する。

本プロジェクトは、教育局と JICA が実施していた小学校運営改善支援プロジェクトと連携し、学校改善計画に学校保健コンポーネントを含めるよう、学校運営委員会や学校保健・栄養委員会を対象に研修を実施した。表 3-19 のとおり、調査対象 69 校のうち約 90% が学校改善計画に学校保健コンポーネントを取り入れて郡教育事務所に提出したとのことであった。

表 3-19 学校保健を学校改善計画に取り入れて郡教育事務所に提出した学校数と割合

	早期介入校 2008 年	新規介入校 2010 年・2011 年	計 (%)
Shindupalchowk 郡	22 (100%)	13 (100%)	35 (100%)
Syangja 郡	21 (100%)	6 (46.2%)	27 (79.4%)
計 (%)	43 (100%)	19 (73.1%)	62 (89.9%)

出典：エンドライン調査 2011

<b>指標 3-6</b>	学校保健関連データ（身体測定、駆虫薬の投与）が身体測定ガイドライン及び寄生虫対策プログラムガイドラインに基づき、郡保健事務所と郡教育事務所で集計される
---------------	---

身体測定と駆虫薬投与のデータは、各学校からサブヘルスポストと指導主事にそれぞれ報告されているとのことであった。さらにこれらのデータは、それぞれ郡保健事務所と郡教育事務所に報告されていることが、両事務所への聞き取り調査で確認できた。

<b>成果 4</b>	プロジェクトの経験に基づき実践的なモデルが開発され、「国家学校保健・栄養戦略」に沿った当該モデルの普及計画が中央レベルで策定される。
-------------	--

<b>指標 4-1</b>	レビューされた「国家学校保健・栄養戦略」とガイドラインが国家学校保健・栄養アドバイザー委員会（NSHNAC）に承認される。
---------------	---

2006 年に保健人口省と教育省が援助機関や国際 NGO の協力の下作成した「国家学校保健・栄養戦略」とガイドラインについて、2011 年 9 月にプロジェクトが派遣した短期専門家はその内容をレビューし、改訂すべきポイントを取りまとめた。しかし、終了時評価時点では、それらが国家学校保健・栄養アドバイザー委員会によって十分議論、承認されるには至っていなかった。

<b>指標 4-2</b>	中央省庁において、他郡への当該モデル普及のためのアクションプランが開発される。
---------------	---

共同行動計画は、2008 年国別研修の参加者である教育省と保健人口省のカウンターパートが中心になって作成した。その後カウンターパートたちは、2011 年 2 月の全国学校保健・栄養ワークショップや同年 4 月のプロジェクトが企画したワークショップ、12 月のラオスで実施された技術交換研修で同計画について議論、改訂作業を進めた。終了時評価時点ではほぼ完成しており、プロジェクト終了までには改訂作業が完了する模様である。

### 3-3 プロジェクト目標の達成状況

プロジェクト目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象郡において学齢児童による学校保健サービスの利用が増加する。</li> <li>・保健人口省と教育省において「国家学校保健・栄養戦略」の実施体制が強化される。</li> </ul>
----------	---

以下に述べるとおり、プロジェクト目標の6つの指標のうち、4つは達成に向けての正の効果が見られている。しかし、指標1と指標3の目標値の達成は困難である。したがって、対象郡の学校サービスの利用増加という目標は達成される見込みが高いが、国家学校保健・栄養戦略の体制強化については、一部達成にとどまる見込みである。

<b>指標 1</b>	国家学校保健・栄養アドバイザー委員会（NSHNAC）によって、実践的な学校保健モデルが承認される。
-------------	---

2010年12月に学校保健ネットワークの支援を得て開催された第3回国家学校保健・栄養アドバイザー委員会の会議では、プロジェクトを含む学校保健ミニмумパッケージ<sup>8</sup>について同ネットワークメンバーが発表を行った。しかし、プロジェクトの実践的な学校保健モデルについては、終了時評価調査の際に聞き取りをしたプロジェクトの関係者間でも解釈が異なっており、国家学校保健・栄養アドバイザー委員会によって承認される事態には至っていなかった。

<b>指標 2</b>	保健人口省と教育省によって、学校保健サービスミニмумパッケージのガイドラインとマニュアルが承認される。
-------------	--

前述のとおり（成果1の指標1-1の達成状況参照）、第2版の学校保健・栄養基礎ガイドラインは、2011年7月に教育局と保健サービス局によって承認された。終了時評価時点で改訂中の第3版は、プロジェクト終了までには完成し、最終版として両局に承認される見込みが高い。

<b>指標 3</b>	学校保健活動のモニタリング・スーパービジョン・シートが、モニタリング・スーパービジョンガイドラインに基づき保健人口省と教育省に集計される。
-------------	---

学校保健活動のモニタリング・スーパービジョン・シートは、プロジェクト関係者によってほとんど使用されていなかったがゆえに、保健人口省と教育省で集計されていなかった。中間レビューの提言に基づき、学校保健に関するモニタリング・監督の短期専門家が派遣されており、同専門家は、政府の既存の学校モニタリング・監督制度を強化するためにも、地域住民を巻き込んだモニタリング方法を試行するよう提言している。また、新規のモニタリング様式を使用するのではなく、学校保健・栄養コンポーネントを既存のモニタリング様式に組み込むよう提言している。しかし、終了時評価調査までに、これらの提言に関するフォローや著しい進捗はみられなかった。

<b>指標 4</b>	学校保健関連データ（身体測定、駆虫薬の投与）が身体測定ガイドライン及び寄生虫対策プログラムガイドラインに基づき保健人口省と教育省に集計される。
-------------	---

身体測定と駆虫薬の投与に関するデータは、郡教育事務所から教育局、郡保健事務所から保健サービス局にそれぞれ報告されていた。本プロジェクトがきっかけとなり、保健サービス局は全国75郡で駆虫薬の投与を寄生虫対策として実施していることから、駆虫薬の投与実績に関するデータは保健管理情報システムに組み込まれた。同様に、教育局でも駆虫薬の投与実績に関するデ

<sup>8</sup> 学校保健に興味をもった国家計画委員会の委員の要請に基づいて、学校保健ネットワークが2010年11月作成した。本プロジェクトを含む同ネットワークのメンバーが実施している学校保健・栄養プログラムを網羅した内容で、「最少（ミニмум）と名付けながらも内容は過大すぎる」と一部関係者から揶揄された。その後当該委員の交代後、終了時評価時点では、ミニмумパッケージの取扱いに関する目立った進捗はない。

ータと、本プロジェクトを含めさまざまなプログラムによってほぼ全国で導入されている子どもクラブに関するデータを、2012年から教育管理情報システムに組み込む予定である。

**指標 5** 学齢児童の寄生虫罹患率が25.1%（2008年）から15.1%（2012年）に減少する。

プロジェクトは2011年11月、エンドライン調査の際に血液・検便検査を併せて実施した。その結果によると、2008年のベースライン調査時に25.1%だった学童の蠕虫罹患率が2.9%に激減した。表3-20のとおり、このような蠕虫罹患率の減少は、対象2郡のShindupalchowk郡とSyangja郡双方にみられた。

表3-20 児童の蠕虫罹患率

	ベースライン調査・2008年 N=3138	エンドライン調査・2011年 N=2710
Shindupalchowk 郡	39.5%	2.4%
Syangja 郡	18.4%	3.6%
2 郡平均	25.1%	2.9%

出典：ベースライン調査血液・検便検査2009年、エンドライン調査2011年

寄生虫に感染したかどうかを児童に質問したエンドライン調査結果でも、同様の傾向がみられた。過去1カ月の間に寄生虫に感染したことがあると回答した児童の割合は、2008年から2011年の間で20.6%から5.2%に激減した。

表3-21 過去1カ月の間に寄生虫に感染したことがあると回答した児童の割合

	ベースライン調査・2008年	エンドライン調査・2011年
Shindupalchowk 郡	—	6.5%
Syangja 郡	—	4.2%
2 郡平均	20.6%	5.2%

出典：ベースライン調査2009年、エンドライン調査2011年

**指標 6** 各対象校において、子どもクラブによる学校保健活動が最低年1回実施される。

エンドライン調査の結果によると、84.8%のSyangja郡の学校と82.9%のShindupalchowk郡の学校が、子どもクラブがあると回答した。こうした子どもクラブがある学校の割合は、表3-22のとおり、ここ3年間で27.5%から83.8%に増加した。子どもクラブの主要な活動は、学校の清掃、図書室の運営、救急箱の管理、保健関連活動の実施などである。

表3-22 子どもクラブがある学校の割合

	ベースライン調査 2008年	エンドライン調査 2011年
Shindupalchowk 郡	—	82.9%
Syangja 郡	—	84.8%
2 郡平均	27.5%	83.8%

出典：ベースライン調査 2009 年、エンドライン調査 2011 年

子どもクラブの活動頻度に関するデータを入手することはできなかったが、視察やインタビューの結果によれば、子どもクラブはいずれも学校保健活動の中心的な役割を担っており、学校の清掃、救急箱の管理、生徒への学校保健に関する啓発活動などを行っているとのことであった。

プロジェクトでは、子どもクラブ育成ガイドラインを作成し、郡レベルや村落レベルの研修に役立てている。また 2011 年には、子どもクラブ活性化のため同クラブによる学校保健活動の良い事例集を取りまとめ、「子どもが変化をもたらす」という表題で冊子を作成した。

### 3-4 上位目標の達成見込み

上位目標	対象郡において学齢児童の健康と栄養状態が改善する
------	--------------------------

指標 1	対象郡において中・重度の低体重（年齢相応の体重）をもつ学齢児童（5 歳～10 歳）の割合が 29.7%（2008 年）から 26.7%（2015 年）に減少する。
------	---

表 3-23 は、2008 年と 2011 年の対象 2 郡の中・重度低体重をもつ学齢児童（5 歳～10 歳）の割合を示している。ベースライン調査時 29.7%だった中・重度低体重をもつ学齢児童の割合が、エンドライン調査時には 31.8%と若干増えていた。中・重度低体重をもつ学齢児童（5 歳～10 歳）の割合が 2008 年から 2011 年の間で増加した理由については、エンドライン調査では要因分析を行っておらず特定できなかった。

表 3-23 中・重度低体重をもつ学齢児童（5 歳～10 歳）の割合

	ベースライン調査 2008 年	エンドライン調査 2011 年
Shindupalchowk 郡	—	31.5%
Syangja 郡	—	32.2%
2 郡平均	29.7%	31.8%

出典：ベースライン調査 2009 年、エンドライン調査 2011 年

プロジェクトの介入期間別の中・重度低体重をもつ学齢児童（5 歳～10 歳）の割合は、次の表のとおり大差はみられなかった。プロジェクトの介入以外の要因が、中・重度低体重をもつ学齢児童に影響を及ぼしたと推定できる。

表 3-24 プロジェクトの介入期間別にみた中・重度低体重をもつ学齢児童（5 歳～10 歳）の割合

	早期介入校 2008 年	新規介入校 2010 年・2011 年
Shindupalchowk 郡	33.2%	27.9%
Syangja 郡	32.2%	32.1%
2 郡平均	32.8%	29.7%

出典：ベースライン調査 2009 年、エンドライン調査 2011 年

<b>指標 2</b>	対象郡において学齢児童の出席率が 72.7%（2008 年）から 79.7%（2015 年）に増加する。
-------------	--

教育局が出しているフラッシュレポート II（2007/2008、2009/2010）によると、1 学年から 5 学年までの児童の出席率は、2 郡平均で 72.2%から 80.9%に改善していた。

**表 3-25 1 年生から 5 年生の平均出席率\***

	2007/08 年	2009/2010 年
Shindupalchowk 郡	72.2%	78.7%
Syangja 郡	45.8%**	83.0%
2 郡平均	72.2%***	80.9%

出典：フラッシュレポート II（2007/08 年、2009/2010 年）、第 2 年次業務完了報告書（督永紋子、2010 年 2 月）

注：\*出席率は、1 年間のうちある 1 日の出席数を年 3 回とり、平均値を算出している。

\*\*上記プロジェクト報告書によると、この数値は 1 年間の出席率を 3 回分の平均を算出すると 82.9%になるため誤算の可能性が高いという。

\*\*\*プロジェクトでは Syangja 郡のデータが信頼できないため、Shindupalchowk 郡のデータを採用したという。ただし、PDM には 72.2%ではなく 72.7%と記載があり、その根拠や採用の理由は不明である。

インタビューした教員のなかには、プロジェクト開始前に比べ、学校保健・栄養活動により多くの児童が学校を休まず授業に参加するようになったと、プロジェクトの効果を述べていた人もいた。しかしながら、それぞれの郡の出席率の向上には、学校給食の実施や幼児教育の導入など本プロジェクト以外の要因が影響している可能性がある。終了時評価時点では、プロジェクトの介入と出席率の改善との因果関係を特定できなかった。

### 3-5 実施プロセス

#### 3-5-1 プロジェクトのマネジメント体制

##### (1) 実施体制

本プロジェクトは、保健人口省保健サービス局と教育省教育局の 2 省をカウンターパート機関とするネパールで初めての JICA 技術協力で、両カウンターパートとの密な連携が必要不可欠だった。

プロジェクト前半は保健の専門性をもつ長期専門家 2 名が、プロジェクト事務所を構えた保健サービス局でカウンターパートとともに学校保健・栄養基礎ガイドラインを作成した。同時に教育局にはプロジェクトスタッフを配置し、円滑なコミュニケーションを図った。既存の教育行政制度のなかで学校保健・栄養プログラムの実施体制を強化する必要性が出てきたプロジェクト後半、教育の専門性をもつ長期専門家 2 名が派遣され、4 年目からプロジェクト事務所を教育局に移した。保健サービス局には引き続きプロジェクトスタッフ 1 名を配置した。こうした体制をとったことから、現職教員の研修制度に学校保健を組み込む可能性を議論できるようになった。郡教育事務所や郡保健事務所との連携・調整は、主にプロジェクトが雇用したフィールドプロジェクトオフィサー 2 名が担当した。

このほか、本プロジェクトは、学校保健・栄養基礎ガイドラインの開発と研修が主な活

動だったため、NGO 等には委託せずに既存の行政制度のなかで活動を推進するアプローチをとってきた。カウンターパートや教員は直接活動に関与し、現場の活動から得られた経験や教訓を学校保健・栄養基礎ガイドラインの改訂に反映させた。このようなカウンターパートや教員の実地訓練ともいえるプロセスを重視したアプローチにより、彼らが学校保健の重要性を十分認識し必要な技術やスキルを身につけ、責任感をもって学校保健活動に主体的に取り組むことを可能にした。

## (2) 活動進捗のモニタリング

プロジェクト活動全般の進捗状況のモニタリングは、年1回行われている合同調整委員会で行われていた。日本人専門家とカウンターパートによると、同委員会はプロジェクト活動の進捗確認と方向性について協議・確認する場として機能していたという。また2011年12月には2日間の中央・地方代表者会議が開催され、関係者が一堂に会してプロジェクトの活動進捗や課題を共有したとのことであった。一部のカウンターパートからは、こうした会議を年1度ではなくより頻繁に実施し、関係者間で協議する場を設けるべきだったとの意見も出された。しかし日本人専門家が定例会議を設置しようと試みたものの、2省にまたがるカウンターパートのスケジュール調整が難しく実現しなかった。そのため必要に応じて、個別に協議していた。またプロジェクトスタッフと日本人専門家は週1回打合せを行い、活動の進捗の把握に努めたという。

一方で、PDMに基づくプロジェクト管理とモニタリングは、終了時評価時点でも収集できていないデータがあることから不十分だったと推察できる。定期的にPDM指標のモニタリングを行っていれば、成果を測る指標として不適切な指標や過大な目標値は、プロジェクト関係者による協議や中間レビュー時に見直すことが可能だったと思われる。

このほか、学校保健・栄養基礎プログラムの実施は、郡教育事務所を中心とした既存の学校モニタリングシステムを通じて行われているが、プロジェクト内でそれらのモニタリング結果を共有、協議、フィードバックする仕組みが十分整備されていなかったよううかがえた。とりわけ、短期専門家が中間レビュー後に提言したコミュニティモニタリングの試行や、プロジェクト指標のひとつであるモニタリング・スーパービジョン・シートの改良が、終了時評価までに実施されなかったのは、郡レベルで関係者が一堂に会して活動進捗や課題を共有、協議、フィードバックする体制がほとんどなかったことに起因していると思われる。プロジェクト独自に定例会議を開催しなくても、郡教育事務所で毎月、指導主事や視学官が参加して行われる会議の一部に、日本人専門家や中央のカウンターパート、郡保健事務所のカウンターパート、プロジェクトスタッフなどが可能な限り参加して、対象校のモニタリング結果を共有、課題を議論するなどの工夫が必要だったと考える。

## (3) コミュニケーション

カウンターパートと日本人専門家間のコミュニケーションは、本来業務に忙しく十分プロジェクト活動に時間を割けないカウンターパートが多いなかで、質問票やインタビューの結果から全般的に円滑に行われたと判断できる。プロジェクトが設定した前述の実施体制とプロジェクトスタッフが果たした役割も大きく貢献していると考えられる。ただし、教育局と日本人専門家間のコミュニケーションは、より緊密にし課題を共有、協議するべ

きだったとの意見も複数の関係者から出ていた。

プロジェクト関係者によると、保健サービス局と教育局間のコミュニケーションはプロジェクトの進展に伴い改善し、2局の連携促進が、研修時の講師派遣などの活動で進んだという。

日本人専門家同士のコミュニケーションについては、質問票やインタビューの結果から良好なことがうかがえた。

プロジェクトと JICA 本部、JICA ネパール事務所間のコミュニケーションは、活動進捗や課題を随時共有しておりおおむね良好である。一部のプロジェクト関係者は、JICA ネパール事務所とのコミュニケーションをより充実させるべきだったかもしれないと感じていた。

#### (4) プロジェクトに対する主体性

プロジェクト活動に直接携わったカウンターパートが多いためか、インタビューしたカウンターパートのプロジェクトや学校保健プログラムの実施や普及に対する関心や参加意識、責任感は総じて高かった。Shindupalchowk 郡の指導主事は熱心に子どもクラブの育成を支援し、自分の担当校では学校保健・衛生習慣に関する歌を作詞した。この歌に合わせて、子どもクラブのメンバーが、朝の集会で全校生徒の身だしなみを確認しているという。また Syangja 郡の郡教育事務所のフォーカルパーソンは、プロジェクトは4年間で終了するため、学校保健活動をいかに継続していけるか、プロジェクト開始時から常に考えていたと語っていた。これらは一例に過ぎないが、カウンターパートのプロジェクトや学校保健活動に対する主体性の高さを示唆するものである。

プロジェクトで実施した日本での国別研修や課題別研修、タイとラオスでの技術交換研修によって、カウンターパートは各国で実践されている学校保健プログラムを体験的に学び、ネパールでも学校保健を普及させる必要があると認識したという。これら研修は、カウンターパートの主体性や意欲を高める機会となったことがうかがえる。

カウンターパートの主体性や責任感の高さは、プロジェクト期間中に保健サービス局で寄生虫対策や救急箱の供与が、また教育局で新出席簿が政府プログラムとして制度化されたことから読み取れる。

### 3-5-2 技術移転状況

日本人専門家からカウンターパートに対する技術移転は、主にカウンターパートが学校保健・栄養基礎ガイドラインの開発や各種研修の実施などプロジェクト活動に直接従事することで行われた。日本人専門家は、特に研修のファシリテーション技術や研修運営、学校保健・栄養プログラムを事業化するための予算措置、教員研修指導書の作成などで、助言、指導を行った。

カウンターパートの多くは、学校保健・栄養分野に関する基礎知識、同分野の世界的潮流や他国の実践例、ガイドライン作成のノウハウ、研修実施のスキルやファシリテーションを学び、身につけたと回答していた。プロジェクト活動のほか、日本で実施された国別研修や課題別研修、タイとラオスで実施された技術交換研修は、各研修の内容がプロジェクト活動と一致していたため、カウンターパートの能力向上に非常に貢献した。終了時評価時点で、プロジェクト



スタッフ2名を含む48名がこれらの研修に参加した。ネパールで最近終了した他のJICA技術協力プロジェクトと比べると、本プロジェクトの研修参加者数は多く、カウンターパートには十分能力向上の機会が与えられたといえる（3-1-1（2）研修員の受入れを参照）。カウンターパートはこれらの研修で、具体的には、学校保健・栄養プログラムの概念やさまざまなアプローチ、各国で実施されている同プログラムの現状や課題などを学んだという。研修参加者のうち、インタビューや質問票で回答したほとんどのカウンターパートが、これらの研修が自身の能力強化に役立ったと評価しており、研修での学びをネパールの現状に合う形で適用したいと述べていた。

## 第4章 評価結果

### 4-1 妥当性：高い

本プロジェクトがめざす方向性は、保健人口省と教育省が承認した国家学校保健・栄養戦略の具現化であり、ネパール政府の政策と日本側の対ネパール援助政策に合致している。やや計画の妥当性には問題があったものの、既存の行政制度を活用し、直接カウンターパートや教員が学校保健・栄養基礎パッケージプログラムを担うよう支援したアプローチは、上記戦略の実践の手段としても適切なことから、協力実施は妥当性が高いと評価できる。詳細は以下のとおり。

#### 4-1-1 ネパール政府の政策との整合性

本プロジェクトは、国家学校保健・栄養戦略（2006年）を中央、郡、学校レベルでの具体的な実践を通じて、学校保健・栄養プログラムの実施体制の強化をめざしており、同戦略を包括的に網羅する協力内容となっている。なお同戦略は、「万人のための健康」と「万人のための教育」を実現できるアプローチとして位置づけられている。以上のことから、本プロジェクトは同戦略と政府がめざすこれら2つの長期目標との整合性が高いといえる。

#### 4-1-2 必要性

ネパール政府はこれまで乳幼児や妊産婦の健康・栄養改善を優先し、学齢児童の健康と栄養問題に対する取り組みが不十分だった。そのため、初めて学校保健・栄養活動を対象2郡の学校で包括的に実践した本プロジェクトの必要性は高く、ネパール政府や受益者である学齢児童のニーズに合致した協力である。

#### 4-1-3 問題解決手段としての適切性

本プロジェクトは、対象2郡で郡保健事務所と郡教育事務所を中心とした既存の行政制度を活用しながら、包括的な学校保健・栄養活動を行うアプローチがとられた。中央レベルでは保健サービス局と教育局、対象2郡では郡保健事務所と郡教育事務所のカウンターパート、対象校の教員が、学校保健・栄養基礎ガイドラインの開発や各種研修、学校保健・栄養基礎パッケージプログラムの実施に直接携わり、学校保健・栄養分野の知識や実践的なスキルを身につけた。また学校保健・栄養基礎ガイドラインは、現場の経験や教訓を踏まえて改訂しており、その内容は実践的なものになった。本プロジェクトは、国家学校保健・栄養戦略の具現化を着実に進めており、課題の解決手段として適切だったといえる。

#### 4-1-4 日本の援助政策との整合性

本プロジェクトは、対ネパール事業展開計画の、援助重点分野「地方の貧困削減」における開発課題「人々の健康改善プログラム」に位置づけられる。そのため、本プロジェクトは日本の援助政策との整合性が高いと判断できる。

#### 4-1-5 計画の適切性

計画時に作成したPDMは、活動と成果、活動と指標の整合性がとれていない、実現可能性の低い指標や過大な目標値が設定されているなどの不備があり、プロジェクト内で長期に及ぶ

議論の末、ようやく 2010 年 4 月に改訂された。これら PDM の不備により、プロジェクトでは PDM 改訂だけでなく、学校給食をめぐる議論にも対処しなげらなかつた。学校給食は最初の PDM の活動には含まれていなかったが、子どもの行動変容を測る指標のひとつに学校で給食をとる児童の割合が設定されていた。そのため、本プロジェクトが学校給食の実施を支援するという誤解を、学校や地域住民をはじめ関係者に与えることになった。ネパールでは学校保健といえば学校給食プログラムと捉えられる傾向が元々あるなか、プロジェクト開始直後から関係者の学校給食支援に対する期待を助長することになった。最終的に、本プロジェクトでは学校給食の食材提供は支援できないことを理解してもらい、代わりに Shindupalchowk 郡に給食用食器、Syangja 郡に弁当箱を供与することを了解してもらったが、本件を決着するまでかなりの時間を要することになった<sup>9</sup>。

以上、計画の適切性にはやや問題があったといえる。

#### 4-2 有効性：やや高い

カウンターパートが直接活動に参加して、国家学校保健・栄養戦略の実践に役立つ学校保健・栄養基礎ガイドラインを開発できたこと、また同ガイドラインに基づく学校保健・栄養基礎パッケージプログラムの導入により、児童の寄生虫罹患率の減少や衛生習慣が身につく等の変化が徐々に現れていることなどから、本プロジェクトの有効性は高い。しかし、PDM に基づくプロジェクト運営管理に問題があり、成果 2 と成果 4、プロジェクト目標である国家学校保健・栄養戦略の実施体制強化に関しては、一部の達成にとどまることから、総合的に判断して本プロジェクトの有効性はやや高いといえる。詳細は以下のとおり。

##### 4-2-1 プロジェクト目標の達成予測と成果の貢献

3-2 の成果の達成状況で述べたとおり、成果 1 と成果 3 はほぼ達成、成果 2 と成果 4 は一部達成しており、これら 4 つの成果の達成は、2 つのプロジェクト目標の達成に寄与している。

本プロジェクトでは既存の行政制度を活用してカウンターパートが学校保健・栄養基礎ガイドラインの作成や研修に直接関与し、学校での学校保健活動の経験を踏まえて同ガイドラインを改訂するアプローチをとった。こうした実地訓練のプロセスを重視したアプローチにより、①カウンターパートや教員が学校保健分野での取り組みの必要性や責任感を認識し、②包括的かつ実践的な学校保健・栄養基礎ガイドラインが作成され、③実務面で保健人口省保健サービス局と教育省教育局の連携・協力が促進された。

子どもクラブの活動を通じて爪切りや食前、トイレ後の手洗い、歯磨き、洗髪、制服の洗濯、清掃などの衛生習慣が学童の身につく、こうした衛生に関する知識や習慣を友人や家族にも伝えて共有するようになった。また、寄生虫対策プログラムの実施により蠕虫疾患率が 25.1% から 2.9% に大幅に減少するなど、学童の行動変容や健康改善に寄与している点も、本プロジェクトの全般的な有効性を高めた要因となっている。このほか、これまで学校は児童が学力を身につける場で、児童の健康や保健衛生に留意することがほとんどなかったが、本プロジェクト

<sup>9</sup> Shindupalchowk 郡は、プロジェクトが第 3 年次までに対象とした 15 村落で教育局が学校給食プログラムを実施することになったが、Syangja 郡は人間開発指数が全国でも比較的高いため、同プログラムの対象には選ばれなかった。プロジェクト関係者で協議した結果、プロジェクトで弁当箱を供与し、家庭から軽食を持参するよう推奨することにした。なお学校給食は教育省予算で 19 郡、世界食糧計画により 11 郡で実施されており、学校給食が学齢期児童生徒の栄養改善に効果があることから、教育省としては今後も対象郡の拡大を計画している。

から研修を受けた校長やフォーカル教員が中心となって、身体測定の実施や寄生虫薬の投与、救急箱を使用しての応急処置など保健活動を推進できるようになった。インタビューした教員の大半は、活動を通じて自ら保健活動を担えるようになったと回答しており、自信を深めていることがうかがえた。このように、保健従事者ではなく教員が保健活動を担えるまでになったことも本プロジェクトの有効性を高めた要因のひとつである。

一方で前述のとおり、成果指標の達成にはばらつきがみられた。成果2の清潔な爪の保持や寄生虫に関する知識などの一部指標が目標値に届かなかった。成果4は、共同行動計画が策定されつつある一方で、今後普及をめざす「実践的モデル」が具体的には何を指すのか、プロジェクト内での議論が不十分なため合意形成に至っていない。また残りの期間で、国家学校保健・栄養戦略のレビュー内容が国家学校保健・栄養アドバイザー委員会に承認される見込みは低く、達成が困難である。同様に、プロジェクト目標のひとつである国家学校保健・栄養戦略の実施体制強化についても、一部指標の達成のみにとどまる。これらは、プロジェクトの運営管理がPDMに基づいて十分行われていなかったことや、実現可能性の低い指標や過大な目標値が一部設定されていたことに起因すると考えられる。

#### 4-2-2 因果関係

本プロジェクトは、4つの成果（アウトプット）が設定されている。成果1で学校保健・栄養基礎ガイドラインの開発と研修を行い、協力対象校で学校保健・栄養基礎パッケージプログラムを実施する。成果2で、協力対象校で子どもクラブを設置し、同クラブの活動を通じて子どもの行動変容を喚起する。成果3では、学校保健・栄養基礎パッケージプログラムの実施に必要な組織を中央、郡、学校レベルで整備する。成果4は、学校保健・栄養プログラムの普及推進に必要なモデルの開発と共同行動計画の策定、国家学校保健・栄養戦略のレビューと改訂を行うデザインになっている。成果1と成果2、成果3の一部の達成がプロジェクト目標のうちの「対象郡で学齢児童による学校保健サービスの利用が増加する」を達成する手段として、もう1つのプロジェクト目標「保健人口省と教育省で国家学校保健・栄養戦略の実施体制の強化」を達成するために、成果3の一部と成果4が設定されており、成果からプロジェクト目標に至る論理に矛盾はない。

成果達成からプロジェクト目標に至る外部条件については、「対象地域の治安が悪化しない」「政治的・経済的混乱があっても、ネパール政府による『国家学校保健・栄養戦略』実施のための予算措置と人員配置が保証される」「プロジェクトカウンターパートが変更されず、プロジェクト期間中は頻繁な異動が行われない」の3つが設定されていた。このうち3つ目の「カウンターパートの頻繁な異動が行われない」という外部条件は、2-1-1プロジェクト・デザイン・マトリックスの検証で述べたとおり、現在のネパールの政治状況からはむしろ十分起こり得ることで、実際に本プロジェクトでも退職を含め異動した主要カウンターパートは既に33名になった。したがって3つ目の外部条件は、むしろ内部化して対処すべきだった。

#### 4-3 効率性：中程度

日本側とネパール側双方からの投入は予定どおり行われ、2つのカウンターパート機関との密な連携を重視した実施体制と、既存の行政制度を通じて活動を実施するアプローチをとったことにより、全般的に活動は計画どおりに実施された。しかし、PDMに基づくプロジェクト活動のモ

ニタリングが不十分だったことや、中間レビュー以降活動範囲が拡大したことが影響し、一部活動の円滑な実施に影響を及ぼしたとみられ、全般的に効率性は中程度と判断できる。詳細は以下のとおり。

#### 4-3-1 日本側の投入

日本人専門家はこれまでに長期専門家が4分野4名、短期専門家が13分野14名が派遣された(3-1の投入実績を参照)。3-5の実施プロセスで述べたとおり、プロジェクト前半は保健サービス局にプロジェクト事務所を構え、教育局にはプロジェクトスタッフを配置し、保健の専門性をもつ長期専門家2名が派遣されたことから、学校保健・栄養基礎ガイドラインがカウンターパートとの協働を通じて順調に作成された。プロジェクト後半、教育の専門性をもつ長期専門家2名が派遣され、既存の教育行政制度のなかで学校保健・栄養プログラムの実施体制を強化する必要性が出てきたため、4年目からプロジェクト事務所を教育局に移したことから、教育局や国立教育開発センターとの連携、調整、現職教員の研修制度に学校保健を組み込む可能性を議論できるようになった。このようなプロジェクトの実施体制が、全体的な効率性を高めたといえる。

その一方で、プロジェクト3年目においては、後任チーフアドバイザーの赴任までの5カ月間、業務調整/ヘルスプロモーションの専門家が1名でプロジェクト運営をしなければならなかった時期があった。このチーフアドバイザーの不在によって、カウンターパート機関との調整がやや停滞し、特に現職教員研修を行う国立教育開発センターとの連携が、他の要因も重なり進捗が滞った<sup>10</sup>。

日本側の投入のうち、カウンターパートを対象にした本邦研修やタイやラオスでの技術交換研修は、カウンターパートの学校保健に関する知見を深め、学校保健の普及に向けた意欲を高めることに大いに貢献し、具体的に教育局と保健サービス局2局の研修参加者であるカウンターパートが中心となって共同行動計画を作成するに至った。

日本側から供与された機材は、一部はカウンターパート機関に供与され、その他は基本的にプロジェクトの専門家とスタッフによってプロジェクト活動のために適切に活用されていた。日本人専門家とカウンターパートに対する質問票やインタビューで、機材の供与や使用管理について問題は指摘されておらず、供与機材の種類や数は適切だったと推察される。

日本側が負担したプロジェクトの活動経費に関連して、協力対象村と対象校は、当初の計画では1年目と2年目は対象2郡のそれぞれ3村落ずつを選定し当該村落のすべての公立校を「モデル開発校」とみなし、3年目は9村落ずつ追加し「モデル普及校」として当該村落の公立校すべてで活動を実施することになっていた。村落(村落開発委員会)の数はSyangja郡で69、Shindupalchowk郡で79あり、本プロジェクトの協力対象が15村落ずつという点について、ネパール側関係者からはモデル開発の観点から少なすぎるため、一層の協力拡大を求める声が強まっていた。この点も踏まえ、当初計画にはなかったが、これまでの経験を生かして4年目から対象校を効率的に拡大し、結果的に対象2郡の全村落すべての公立校1,113校で学校保健・栄養基礎パッケージプログラムを導入することになった。

しかし、PDMの活動と指標に整合性がない学校給食の支援やPDM改訂に関する議論に時間

<sup>10</sup> 当時の教育局のプロジェクトマネージャーが、学校保健が全国展開していない活動のため、現職教員研修に組み込むことに消極的な姿勢だったという。

を費やしたことや、PDMに基づくプロジェクト全体のモニタリングが不十分であったこと、中間レビュー以降ネパール政府に対する提言もプロジェクト活動として取り組み、活動範囲が拡大したことなどが、一部の成果達成を阻害する要因となった。

#### 4-3-2 ネパール側の投入

3-1-2で述べたとおり、プロジェクトには19名の主要なカウンターパートが配置された。日本人専門家によると、カウンターパートは全員が他業務との兼任のためプロジェクト活動に時間を十分割けなかったケースもあったという。効率性に大きく影響したとまではいえないが、特に保健サービス局児童保健課栄養班は人員不足で非常に多忙なため、プロジェクト活動とのスケジュール調整が困難なこともあったという。

ネパール側が負担する現地活動費は、保健サービス局が対象2郡での寄生虫駆除薬の配布や救急箱供与の費用を一部負担した。また、郡教育事務所と郡保健事務所の職員を対象に、プロジェクトで開発した学校保健・栄養基礎パッケージプログラムと国家学校保健栄養・戦略に関するオリエンテーションを実施した。教育局は、郡教育事務所長と郡保健事務所長を対象に国家学校保健・栄養戦略に関するオリエンテーションを実施する際に、同実施にかかる費用を負担している（後述する4-4インパクト参照）。ただし、カウンターパートのなかには、ネパール側のプロジェクト活動、特にモニタリングやオリエンテーションに関する費用負担は不十分だと回答した人も複数存在した。2011/12年度に、教育局のモニタリングとオリエンテーションに関する予算要求が通らなかったことも、こうした意見が出た一因と推察できる。

ネパール側が提供した日本人専門家及びプロジェクトスタッフ用の執務室は、保健サービス局と教育局の2カ所にあり、利便性の面などで特段問題はなかった。

#### 4-3-3 外部条件の影響

活動から成果に至るまでの外部条件は、特に設定されていなかった。しかし、政情不安が原因で頻繁に起きた交通ストライキにより、研修など予定していたプロジェクト活動をたびたび延期しなければならないことがあった。成果達成に影響は出なかったものの、やや効率性を妨げた。

#### 4-3-4 類似プロジェクトとの比較

エジプト・アラブ共和国（以下、「エジプト」と記す）にてJICAが実施している学校保健の技術協力「上エジプト学校保健サービス促進プロジェクト（以下、「エジプト案件」と記す）」と、中間レビュー時点における日本側負担の協力金額を比較した。同じ4年間のプロジェクトで、本プロジェクトは1億7,854万円に対しエジプト案件は2億4,000万円だった。日本人専門家の人月数は、本プロジェクトが62.9M/Mで、エジプト案件の61.06M/Mよりやや上回った。これ以外の厳密なコスト比較は、これら2つのプロジェクトの対象地域やコンポーネントが異なるため本終了時評価調査ではできなかった。

### 4-4 インパクト（予測）：高いと見込まれる

プロジェクトの介入効果の結果として上位目標の達成が見込まれるか否かについては、他の要因が大きく影響していると思われ、終了時評価時点では判断できなかった。しかし、プロジェク

トが想定していなかった正のインパクトの発現が数多くみられ、プロジェクトのインパクトは高いと予測できる。詳細は以下のとおり。

#### 4-4-1 上位目標への波及効果と達成見込み

3-4で述べたとおり、上位目標がプロジェクトの介入効果として達成が見込まれるか否かについては、前述したとおり、現時点での判断は困難である。

#### 4-4-2 上位目標以外の波及効果

プロジェクトの予期しなかった波及効果は、次に述べるとおり、終了時評価時点でも数多く確認された。

##### (1) 保護者や地域住民の学校保健に関する意識向上や行動変容、学校保健・栄養活動の参加促進

本プロジェクトでは主に子どもクラブの設置と育成を通じて、教員が児童に衛生に関する知識や習慣を教えてきた。その結果、本プロジェクトでは直接の活動を行っていないにもかかわらず、家族や地域住民も子どもたちからこれらの知識や習慣を伝え聞いて、公衆衛生に対する意識が高まったという。インタビューにおいて、プロジェクト実施以前に比べ、外で排泄する住民が減ったため、また清掃する住民が増えたため、コミュニティ全体の環境が改善したと答えていた保護者や地域住民が多く存在した。さらに、学校保健に対する重要性も保護者や母親グループ、地域住民の間で認識されつつあり、学校給食用の食材を各家庭から持ち寄ったり、労務提供で学校給食用の調理室を建設したり、魚を売って得たお金を子どもクラブに寄付したりと、さまざまな形で支援の輪が広がっているとのことであった。

##### (2) 保健サービス局での学校保健・栄養プログラムの制度化推進

プロジェクト期間中から、保健サービス局は一部の学校保健・栄養プログラムの予算措置を共同行動計画に基づいて行い、政府プログラムの事業化を精力的に進めた。本プロジェクトでの対象2郡の公立校での寄生虫駆除薬の配布をきっかけに、2010年から全国75郡の公立校1年生から5年生までの児童に対して寄生虫駆除薬の配布を開始した。翌2011年からは、配布対象を10年生までに拡大している。このように、寄生虫駆除薬の投与が全国で実施される政府プログラムになったため、これらの実績データも保健管理情報システムに正式に組み込まれることになった。本プロジェクトで配布した救急箱についても、プロジェクトで配布できなかった対象2郡の公立校に対して、保健サービス局の予算で配布することができた。その後、対象2郡以外の6郡の公立校を対象に救急箱の配布と研修を行った。2011/12年度は更に10郡に供与する予定だという。こうした取り組み以外にも、保健サービス局は本プロジェクトが開発した学校保健・栄養基礎ガイドラインや国家学校保健・栄養戦略に関する、郡教育事務所と郡保健事務所の関係者を対象にしたオリエンテーションのための予算措置を行った。

### (3) 教育局での学校保健・栄養プログラムの制度化推進

教育局は 2010 年、郡教育事務所長や郡保健事務所長に対する国家学校保健・栄養戦略に関するオリエンテーションプログラムを同局の予算で実施した。2011 年 4 月からは、本プロジェクトで導入していた学校チェックリストを改良して、新出席簿を全国 75 郡の公立校で導入した。この出席簿は、児童の健康状態が把握できるようにデザインされており、教員は出欠席を取る際に、欠席した児童の欠席理由と出席した児童の健康状態を簡単に記録できる。こうしたデータが適切に記録されるようになれば、将来的には全国の出席率のより詳細な分析ができるようになると考えられる。これとは別に、教育局は 2012 年から、全国プログラムになった寄生虫駆除薬投与の実績と子どもクラブの設置に関するデータを、教育管理情報システムに組み込む予定とのことであった。

### (4) Syangja 郡での郡開発委員会、村落開発委員会との連携模索

前述したとおり、Syangja 郡は人間開発指標が高いため、政府の学校給食プログラムの対象にはなっておらず、本プロジェクトでは 3 年次までの対象となった 15 村落 114 校に対して弁当箱とスプーンを供与した（4-1-5 計画の妥当性を参照）。このプロジェクトの支援を契機に、Syangja 郡教育事務所と郡保健事務所、郡開発委員会は、郡開発官が委員長を務め、2 つの郡事務所も委員である郡学校保健・栄養調整委員会で協議し、家庭から軽食を持参することを積極的に郡内の公立校で奨励することを決めた<sup>11</sup>。2011 年 12 月、同調整委員会は、郡内村落開発委員会の役人である書記に対して、弁当持参の趣旨を説明し、子ども開発を対象にした村落交付金の優先配分制度を活用して弁当箱の予算を確保するよう依頼した。学校保健・栄養プログラムの普及の観点から、このような郡開発委員会や村落開発委員会との連携・協力が一層促進されることが望ましい。

### (5) 学校保健・栄養ネットワークの設立

本プロジェクト開始前は、国際 NGO やユニセフ、世界食糧計画など一部のドナーが、学校保健に関連する活動をそれぞれが行っていた。本プロジェクトは、開始直後の 2008 年、これらの開発パートナーと連携して、学校保健ネットワークを発足させた。ネットワークの議長には、本プロジェクトのプロジェクトマネージャーが就任し、設立 1 年目のコーディネーターは本プロジェクトが務めた。定期的に会合を開き、対象協力地域や活動の重複を避けるため学校保健・栄養プログラムに関する各機関との情報共有を行い、国家計画委員会など政府機関に対して学校保健・栄養プログラムに関連したアドボカシー活動を実施している。また、国家学校保健・栄養アドバイザー委員会の全国学校保健・栄養ワークショップの開催支援を行い、さらにはニューズレターの発行やホームページの開設などを通じて、学校保健・栄養プログラムの情報発信を行っている。

### (6) 学校保健・栄養プログラムの情報普及推進

本プロジェクトでは、対人コミュニケーションやマスコミュニケーションアプローチに

<sup>11</sup> 2011 年 5 月、学校給食用食材を 11 郡で支援している世界食糧計画と教育省の学校給食プログラムのレビューの際に、本プロジェクトからこの取り組みについて説明した。Syangja 郡の郡教育事務所をはじめ関係者は、学校給食と違って低コストで実現可能な弁当持参の取り組みを、今後、教育省や教育局の関係者にも積極的に共有、宣伝する意向である。



より、学校保健・栄養プログラムの重要性や必要性に関する情報普及に努めてきた。前者によるものとして、郡教育事務所や郡保健事務所は、既存の定例会議などを利用して協力対象校の取り組みを情報共有したこともあったという。また、本プロジェクトのチーフアドバイザーが、ネパール保健教育学会で対象2郡での取り組みや得られた知見を紹介した。後者によるものとしては、ホームページの開設やニュースレターの発行を通じて、また、マスメディアとも良好な関係を積極的に構築した。これまで、本プロジェクトの取り組みは新聞やテレビで何度も報道されている。こうしたプロジェクトの情報普及の努力により、対象2郡の私立校からは郡教育事務所や郡保健事務所に対して、公立校だけでなく私立校でも学校保健・栄養基礎サービスパッケージプログラムを実施するよう要請が出ているという。

#### 4-5 持続性（見込み）：中程度と見込まれる

すべての面で、学校保健・栄養プログラムを継続できる要素が確認されている。一方で、同プログラムの一層の強化や普及を推進するためには、早急に取り組むべき課題や不確実な要素も存在しており、総合的に判断してプロジェクトの持続性を見込みは中程度と評価した。

##### 4-5-1 政策面：中程度

国家学校保健・栄養戦略（2006年）という政策的枠組みがあり、郡開発委員会と村落開発委員会の少なくとも10%の地方交付金を子ども向けの開発事業に割り当てる優先配分制度の政策が確立され<sup>12</sup>、プロジェクト終了後もこれらの政策は持続すると考えられる。しかし、教育行政の基礎となる教育法や教育規則、教育省の戦略的政策枠組みである学校セクター改革計画（2009～2015年）には学校保健が含まれていないことから、学校保健を主流化する政策環境は十分とは言い難く、政策面の持続性は中位と考えられる。

##### 4-5-2 財政面：中程度

これまで述べてきたとおり、保健人口省では寄生虫駆除薬の全国配布や一部郡に対する救急箱の供与、学校保健に関する研修やオリエンテーションの実施など関連する活動の予算措置をしており、財政面の持続性が高い。一方、教育省は2011/12年度の学校保健に関するオリエンテーションやモニタリングに関する予算要求が通らなかったこともあり、新出席簿の導入に関するオリエンテーションや学校保健を普及するために必要な現職教員に対する研修など、今後の予算確保に向けた取り組みが必要である。したがって、財政面の持続性は総じて中位といえる。

##### 4-5-3 組織・制度面：中程度

組織制度面については、国家学校保健・栄養アドバイザー委員会や同委員会の局長レベルの会合などは、学校保健ネットワークの支援を得ながら、今後も活動を継続していくことが見込まれる。郡学校保健・栄養調整委員会や各対象校に設置した学校保健・栄養委員会についても、

<sup>12</sup> 地方分権化の一環で、2008/09年からは郡交付金ガイドラインや村落交付金ガイドラインに基づき、郡や村落開発委員会の交付金の15%を女性や子ども、被差別グループを対象としたターゲット事業に優先的に割り当てるよう、予算の優先配分制度が導入された。2011年度には35%に増加し、うち少なくとも10%は子どもの開発に充てることになった。

それぞれのメンバーは学校保健活動を支援しようという意欲があり、必要に応じて会合を開いて協議していることから、プロジェクト終了後もある程度、定着、機能していくことが予想される。学校で導入された学校保健・栄養基礎パッケージプログラムは、持続性に配慮してデザインされており、例えば救急箱の薬剤は教員が近隣のサブヘルスポストから容易に入手、補充することが可能で、今後の持続性は担保されていると判断できる。同プログラムのモニタリングは、郡教育事務所の指導主事や視学官によって行われる既存の学校モニタリング制度を活用しているため今後も継続されると考えるが、へき地の学校に対するモニタリングは今後も課題である。カウンターパートや関係者の間で、今後、学校保健・栄養プログラムは教育省の主導の下に実施・拡大していき、保健人口省は技術的支援に徹することが望ましいという認識で一致している。その一環で、教育局内に学校保健を主管する部署を設置すべきという要望が高まりつつあるが、現時点では教育省、教育局内でも合意形成ができていない状況で進展がみられない。以上の点を総合的に判断して、組織面と制度面の持続性の見通しは、中程度と判断した。

#### 4-5-4 技術面：中程度

カウンターパートや対象2郡のうち3年目までに介入した学校の校長や教員は、学校保健・栄養基礎パッケージプログラムの実施で中心的な役割を担ったため、学校保健全体の知識や実践的な技術を身につけることができ、今後もこうした知見を活用し活動を継続させることが可能と判断できる。一方でエンドライン調査の結果から、一部の新規介入校では身体測定や救急箱の記録管理など不十分な面もうかがえる。また、学校保健・栄養プログラムを継続・拡大するためには現職教員研修に組み込むことが必要不可欠だが、終了時評価時点では、プログラムの予算権限のある教育局と研修を担当する国立教育開発センターで具体的な取り組みを十分協議・合意できていないように見受けられ、技術面の持続性は中程度と判断した。

### 4-6 効果発現に貢献した要因

#### 4-6-1 計画内容に関すること

プロジェクト活動と直接関連した本邦研修や技術交換研修が計画・実施されたことは、カウンターパートが各国で実践されている学校保健プログラムを体験的に学び、ネパールの事情に合わせた学校保健・栄養基礎ガイドラインを作成するうえで非常に役立ち、一部の成果の達成や有効性を高める要因にもなった。また、カウンターパートの多くはプロジェクト開始直後からプロジェクトの効果をいかに持続発展させるか問題意識をもっていたことが、インタビューや質問票調査で明らかになっており、上記研修のほか、プロジェクト目標に保健人口省と教育省での国家学校保健・栄養戦略の実施体制の強化が盛り込まれていたことも、成果達成や有効性の向上に一部起因していると推察できる。2008年の本邦研修参加者が中心となって作成した2省の共同行動計画は、成果4にも関連するためプロジェクトでもたびたび改訂が議論され、結果的に学校保健・栄養プログラムの一部の活動が政府プログラムとして制度化されるインパクトの発現や、財政面や制度面の持続性に貢献したといえる。

#### 4-6-2 実施プロセスに関すること

本プロジェクトは、保健人口省保健サービス局と教育省教育局の2省をカウンターパート機関と設定していた。そのため、それぞれの局にプロジェクトスタッフを配置し、プロジェクト

事務所を当初は保健サービス局に、4年次からは教育局に設置し、両カウンターパートとの密な連携に努めてきた。また本プロジェクトは、学校保健・栄養基礎ガイドラインの開発と研修が主な活動だったため、NGOなどには委託せずに既存の行政制度のなかで活動を推進するアプローチをとってきた。カウンターパートや教員は直接学校保健活動に関与し、現場の活動から得られた経験や教訓を学校保健・栄養基礎ガイドラインの改訂に反映させた。このようなカウンターパートや教員の実地訓練ともいえるプロセスを重視したアプローチにより、彼らが学校保健の重要性を十分認識し必要な技術やスキルを身につけ、責任感をもって学校保健活動に主体的に取り組むことを可能にした。このことは、プロジェクトの妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性のすべてを高めることに貢献した。

#### 4-7 問題点及び問題を惹起した要因

##### 4-7-1 計画内容に関すること

計画時に作成されたPDMは、学校で学童の健康向上を実施する考え方と学校を拠点にした地域保健の考え方が混在した国家学校保健・栄養戦略（2006年）を踏まえて作成されたため不備があり、プロジェクト関係者間で協議・改訂するまでに時間がかかった。とりわけPDM上の活動と指標の整合性がとれていなかったことは、プロジェクト開始直後から大きな問題を引き起こした。最も顕著な例が学校給食で、PDMの活動に含まれていないにもかかわらず指標の一部に設定されていたためプロジェクトからの学校給食支援に対する期待が高まり、プロジェクトで対応可能な活動をみだし関係者間で合意に至るまでに多くの時間を割かなければならなかった。またPDMは一度改訂されたものの、プロジェクト内で完結できない実行可能性の低い指標や成果の計測に適切でない指標、妥当性に欠く高い目標値が見直されることはなかった。そのため、一部の成果やプロジェクト目標の達成が困難という事態をもたらしたと考えられる。

##### 4-7-2 実施プロセスに関すること

プロジェクト全体のモニタリングやフィードバック体制が不十分だったことが、実施プロセスうへの阻害要因として挙げられる。PDM指標のモニタリングが不十分なため、PDM改定後は前述した不適切と思われる指標や目標値が見直されることがなかったと考えられる。このほか、中間レビュー以降、学校保健に関する法的枠組みの整備などネパール側が取り組むべき提言にも積極的に取り組み、活動範囲が拡大したため、本来プロジェクトが優先的に取り組むべきモニタリングに関する活動や実践的モデルの特定が十分行われないうなど、成果とプロジェクト目標の達成に影響を及ぼした。

#### 4-8 結論

本プロジェクトは、保健人口省と教育省の主導で行った、ネパール初の包括的な学校保健・栄養プログラムに対する取り組み支援である。国家学校保健・栄養戦略を具現化するため、既存の行政制度を活用しながら、カウンターパートが専門家との協働や直接活動を担いながらそれぞれの能力を向上できる、いわゆる実施訓練を重視したアプローチをとった。そのため、①関係者の学校保健分野に関する意識や能力の向上、②現場経験や教訓が反映された実践的な学校保健・栄養基礎ガイドラインの開発、③教育省と保健人口省の連携促進—に貢献した。対象

2郡では、すべての公立校 1,113 校で、学校保健・栄養基礎パッケージプログラムが導入され、児童に爪切りや手洗いの習慣などの行動変容や寄生虫罹患率の減少など健康改善の促進がみられた。このように現場と実施プロセスを重視した日本の技術協力の強みが十分生かされ、プロジェクトの妥当性や有効性、効率性を全般的に高めることにつながった。このほか、プロジェクト活動と直接関連した内容の本邦研修や技術交換研修の実施は、カウンターパートの能力向上や主体性の醸成だけでなく、寄生虫駆除薬の全国配布や救急箱の一部郡での供与、新出席簿の全国導入など学校保健・栄養プログラムの一部制度化の実現に貢献したと考えられる。すなわち正のインパクトの発現や、財政・制度の自立発展性持続性にも貢献した要因と判断できる。

一方で、計画時に作成された PDM の不備や、改訂後も PDM によるプロジェクト管理が不十分だったこと、中間レビュー以降に、活動範囲が拡大したことは、円滑なプロジェクト実施の阻害要因となり、一部成果とプロジェクト目標の達成、計画の妥当性、効率性、有効性に一定の影響を及ぼした。学校保健・栄養プログラムの拡大、主流化には、政策面や財政面、制度・組織面、技術面すべての自立発展性持続性を高める努力が今後とも必要である。本プロジェクトは当初の目標をおおむね達成したことから、予定どおり 2012 年 5 月末で終了する。

## 第5章 提言と教訓

### 5-1 提言

合同終了時評価団は、以下のとおり①プロジェクト終了までの残された期間で実施すべき事項と、②プロジェクト終了後、プロジェクトの効果持続と上位目標達成に向けて実施すべき事項に分けて提言を行った。なお、①については終了時評価時点で進行中の活動や今後予定されている活動に関連して、カウンターパートが専門家の支援・指導を受けながら優先的に行うことを、②については、ネパール側の関係機関が連携・協力して主体的に取り組むことを想定している。

#### 5-1-1 プロジェクト終了までの残された期間で実施すべき事項

##### (1) 学校保健コンポーネントを既存のモニタリング様式に組み込む

プロジェクトで開発されたモニタリング様式は、煩雑という理由からほとんど使われていなかった。この点を踏まえ、指導主事や視学官が学校モニタリングの際に使用している、既存のモニタリング様式に学校保健コンポーネントを組み込むことを検討する必要がある。また関係者間での検討結果を、改訂中の学校保健・栄養基礎ガイドラインに反映させるべきである。

##### (2) 学校保健基礎ガイドラインの改訂に際し、有用なモニタリング手法を採り入れる

中間レビューで提言されたコミュニティによる学校保健活動のモニタリングや、郡学校保健栄養調整委員会による共同モニタリングの実施など、既存の学校モニタリング制度を補完するアプローチを検討し、改訂中の学校保健・栄養基礎ガイドラインに採り入れる必要がある。

##### (3) 学校保健の実践的モデルの内容を明確にする

成果4とプロジェクト目標に記載のある「実践的モデル」とは、対象2郡の学校で導入した学校保健・栄養基礎パッケージプログラムの優良事例を指すという意見や、学校保健活動のモデル校を示す最低限の指標を設定することだという意見など、関係者間でさまざまな意見が出されている。プロジェクト関係者間で早急に協議し、「実践的モデル」が指す内容を明らかにする必要がある。

##### (4) 本プロジェクトの出口戦略を策定する

現場のプロジェクト関係者は、プロジェクト終了直後からの活動に関する役割分担、誰が何をすべきかを整理すべきと考えている。本プロジェクトの関係者は、プロジェクト終了後に実際に何をしたいのか、強い関心と懸念を抱いている。プロジェクトの介入の程度や活動の進捗は、プロジェクト開始直後から順次対象となった2郡の各15村落開発委員会と第4年次に対象となった村落開発委員会では異なることが推察される。学校保健は学校セクター改革計画(2009～2015年)には含まれていないため、教育省は本プロジェクトが終了する2012年から次の教育セクターの戦略的枠組みを策定する2015年までは、学校保健を推進する予算が十分確保できない可能性が出てきたことが危惧される。以上のことを踏まえて、プロジェクトの効果持続と学校保健・栄養プログラムの拡大を実現するた

め、さまざまなレベルのプロジェクト関係者と協議しプロジェクトの出口戦略を策定する必要がある。

(5) 学校保健・栄養プログラムの共同行動計画を完成させる

共同行動計画は2省のカウンターパートを中心に改訂作業が行われているところ、早急に完成させる必要がある。

(6) 教育局の学校保健・栄養プログラムの主管部署を決定する

中間レビューの提言を受けて、本プロジェクトでは教育局に学校保健・栄養プログラムの主管部署を設置するよう要請していた。新規部署の設置ではなく、教育局管理課教材運営班の業務内容の変更で対応できるといった意見も教育省関係者から出されているため、プロジェクトは教育局が早急に関係者と協議し主管部署を決定できるよう支援すべきである。

(7) 現職教員研修の講師育成研修の実施から得た学びを共有する

本プロジェクトは国立教育開発センターと連携し、2012年3月までに学校保健に関する現職教員研修のための講師育成研修を行う予定である。プロジェクトはこの研修から得られる教訓や経験を関係者間で共有し、プロジェクト終了後、学校保健を現職教員研修にどのように組み込むか協議できるよう支援する必要がある。

(8) 対象郡間で、学校保健栄養基礎パッケージプログラムの実践経験や教訓を共有する

対象2郡のプロジェクト関係者からは、2郡の相互訪問などの活動を望む声が出ていた。よって、2郡のそれぞれの経験や教訓を共有するための成果の普及セミナーを少なくとも1回開催すべきである。

(9) 残された課題の進捗を確認する

終了時評価時点では、協議中あるいは承認待ちの活動や課題が見受けられた。プロジェクトは、①開発した学童の身体成長曲線の承認、②国家学校保健・栄養戦略の見直し、③学校保健に関する法的枠組みの整備—について、その進捗状況を確認し、最終報告書に記載すべきである。

#### 5-1-2 プロジェクト終了後に実施すべき事項

(1) 共同行動計画に基づいて実施、モニタリング、評価を行う

教育省と保健人口省は、2省が作成した共同行動計画に基づいて今後、学校保健・栄養プログラムを実施、モニタリング、評価する必要がある。JICAの事後評価の際は、同計画を参照し、①本プロジェクトの持続性や、②学校保健・栄養プログラムの対象2郡からの拡大状況、③学校保健・栄養プログラムの制度化の進展状況、を評価する必要があると思われる。このように、共同行動計画は今後の学校保健・栄養プログラムの基礎となる重要な文書のため、毎年見直しを行い、必要に応じて改訂すべきである。

(2) 国家学校保健・栄養戦略及び実施ガイドラインの見直しを完了させる

本プロジェクトでは、国家学校保健・栄養戦略及び実施ガイドラインを2011年に見直し、結果を提言にまとめているが、終了時評価時点ではそれらが国家学校保健・栄養アドバイザー委員会で十分議論、承認されるには至っていなかった。したがって、教育省と保健人口省は、プロジェクトが提言した改訂事項を踏まえ、同委員会での協議をはじめ、改訂作業を支援する必要がある。

(3) 現職教員研修に学校保健コンポーネントを組み込む

学校保健・栄養プログラムの普及のためには、現職教員の研修が必要不可欠である。教育省、教育局、国立教育開発センターは、保健人口省やカリキュラム開発センターなどその他の関連機関と協力し、2012年3月に行われる学校保健に関する現職教員研修のための講師育成研修の結果も踏まえて、学校保健を同センターで実施されている教員職能開発モデルによる現職教員研修にどのように組み込むか検討すべきである。

(4) 学校保健・栄養プログラムを教育セクターの枠組みに組み込む

学校セクター改革計画（2009～2015年）に学校保健が含まれていないことが、教育局での関連活動に対する十分な予算措置を阻害する要因となっている。教育省は、同計画後の次期教育セクターの枠組みに学校保健・栄養プログラムを組み込むべきである。

(5) 教育法、教育規則に学校保健コンポーネントを組み込む

本プロジェクトでは、教育法や教育規則に学校保健コンポーネントを組み込むことを提案したが、終了時評価時に教育省内で合意形成はなされていなかった。将来的に学校保健を教育セクターで主流化していくために、教育省は学校保健関連法制度の整備について引き続き検討すべきである。

(6) 学校保健・栄養プログラムにおける地方開発省、郡開発委員会、村落開発委員会/市役所との関係強化

教育省と保健人口省は、子どものプログラムも対象となる地方交付金の活用を含め学校保健・栄養プログラムの推進のために、地方開発省、郡開発委員会、村落開発委員会と市役所が同プログラムの必要性を理解し、積極的に協力するよう働きかける必要がある。

(7) マルチセクトラル栄養計画との連携促進

終了時評価の際、国家計画委員会が中心となって、母親や子どもの栄養・健康を改善することを目的としたマルチセクトラル栄養計画が検討されていた。教育省と保健人口省は、国家計画委員会と連携協調し、同計画に学校保健を組み込めないか検討すべきである。

## 5-2 教訓

合同終了時評価団は、本プロジェクトより次の5つの教訓を導いた。

(1) PDM の活動と成果指標は整合させる必要がある。

学校給食は最初に作成された PDM の活動には含まれていなかったにもかかわらず、成果指標に設定されていた。プロジェクトの学校給食に対する支援について関係者間で異なる期待をもつようになり、解決までに多くの時間を費やすことになった。PDM の成果指標は活動と関連づけて設定することが必要である。

(2) PDM はプロジェクトの運営管理ツールとして利用する必要がある。

本プロジェクトの PDM は関係者間でたび重なる協議を通じて、一度改訂された。しかし PDM に沿ったプロジェクト活動のモニタリングは十分行われていなかった。これは、終了時評価まで成果の測定に不適切な指標や過大な目標値が修正されていなかったことの一因であり、また、一部の成果やプロジェクト目標の達成に影響を及ぼしたと考えられる。プロジェクト全体のモニタリングは PDM 指標に照らし合わせて行うべきである。終了時評価の時点で、成果やプロジェクト目標の達成が十分確認できない事態を避けるため、必要に応じて PDM の修正は早期に行うべきである。

(3) 評価を想定したベースライン調査を実施する必要がある。

ベースライン調査はプロジェクト 1 年目にローカルコンサルタントによって実施されたが、PDM 指標や評価のためのデータ収集というよりは、学校保健・栄養分野の現状調査という側面が強かった。その結果、一部調査結果が PDM 指標にも使われたが、十分活用されたとは言い難い。またプロジェクトと同調査では 2 郡を対象にしているにもかかわらず、報告書ではほとんどすべてのデータが 2 郡平均でまとめられ、郡ごとのベースラインデータが特定できずエンドライン調査との比較が十分できなかった。ベースライン調査は、プロジェクトの効果を測定できるよう、PDM 指標に照らし合わせて調査設計・実施すべきである。

(4) プロジェクト事務所を各カウンターパート機関に設置することは、同機関との連携促進に有用である。

本プロジェクトは、保健人口省と教育省の 2 省をカウンターパートと設定している。初年度は保健人口省保健サービス局に事務所を構え、教育局にはプロジェクトスタッフを配置させ、第 4 年次に事務所を教育局に移し、保健サービス局にはプロジェクトスタッフを配置させた。このようなアプローチにより、カウンターパートとの円滑なコミュニケーションや連携が可能になった。カウンターパート機関が複数の場合、プロジェクト事務所を各カウンターパート機関に設置しプロジェクトスタッフをそれぞれに配置することは、それぞれの機関との連携促進に有用である。

(5) カウンターパートのなかからフォーカルパーソンを任命することは、プロジェクト活動の実施や関係機関との連携に有用である。

本プロジェクトでは、対象 2 郡の郡保健事務所と郡教育事務所のカウンターパートのなかで、フォーカルパーソンを任命した。フォーカルパーソンは活動の進展とともに、郡レベルで行うプロジェクト活動の中心的な役割と調整役を果たすようになった。特に関係者



が多いプロジェクトの場合は、カウンターパートのなかからフォーカルパーソンを任命することは、円滑な活動実施や関係者間の連携に有用である。