

ジョルダン・ハシェミット王国  
家族計画・WIDプロジェクト  
基礎調査団報告書

1995年12月

JICA LIBRARY



1 1134999 (0)

国際協力事業団  
医療協力部

医協二

J R

95-30

RY







1134999 [0]

ジョルダン・ハシェミット王国  
家族計画・WIDプロジェクト  
基礎調査団報告書

1995年12月

国際協力事業団  
医療協力部

## 序 文

ジョルダン・ハシェミット王国の人口は 1992 年で 430 万人、平均年人口増加率は 3.4% に達しており、現状のまま推移すると、2011 年にはその 2 倍に膨れ上がると予想されています。このような人口の急増は、合計特殊出生率 5.8% (1992 年) に見られるように多産傾向によるもの等の複合的要因によりますが、経済発展に多大な障害となっています。

このような状況の中で同国政府は、人口問題を重要な国家問題として捉え、国家人口委員会を設置し包括的な家族計画政策を押し進めようとしております。

本調査団は、同政策の実現のため、家族計画及び女性社会参加に関する分野での協力の可能性に係る基礎調査を行う目的で平成 7 年 12 月 2 日から同年 12 月 28 日まで厚生省国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課、伊勢泰氏を団長として派遣されました。

本報告書は、上記調査団の調査結果を取りまとめたものです。同調査団の派遣に当たりまして、調査団員並びに協力を賜りました関係者各位に対しまして深甚なる謝意を表します。

平成 7 年 12 月

国際協力事業団  
理事 小澤 大二



NPC 表敬



QAF との打合せ



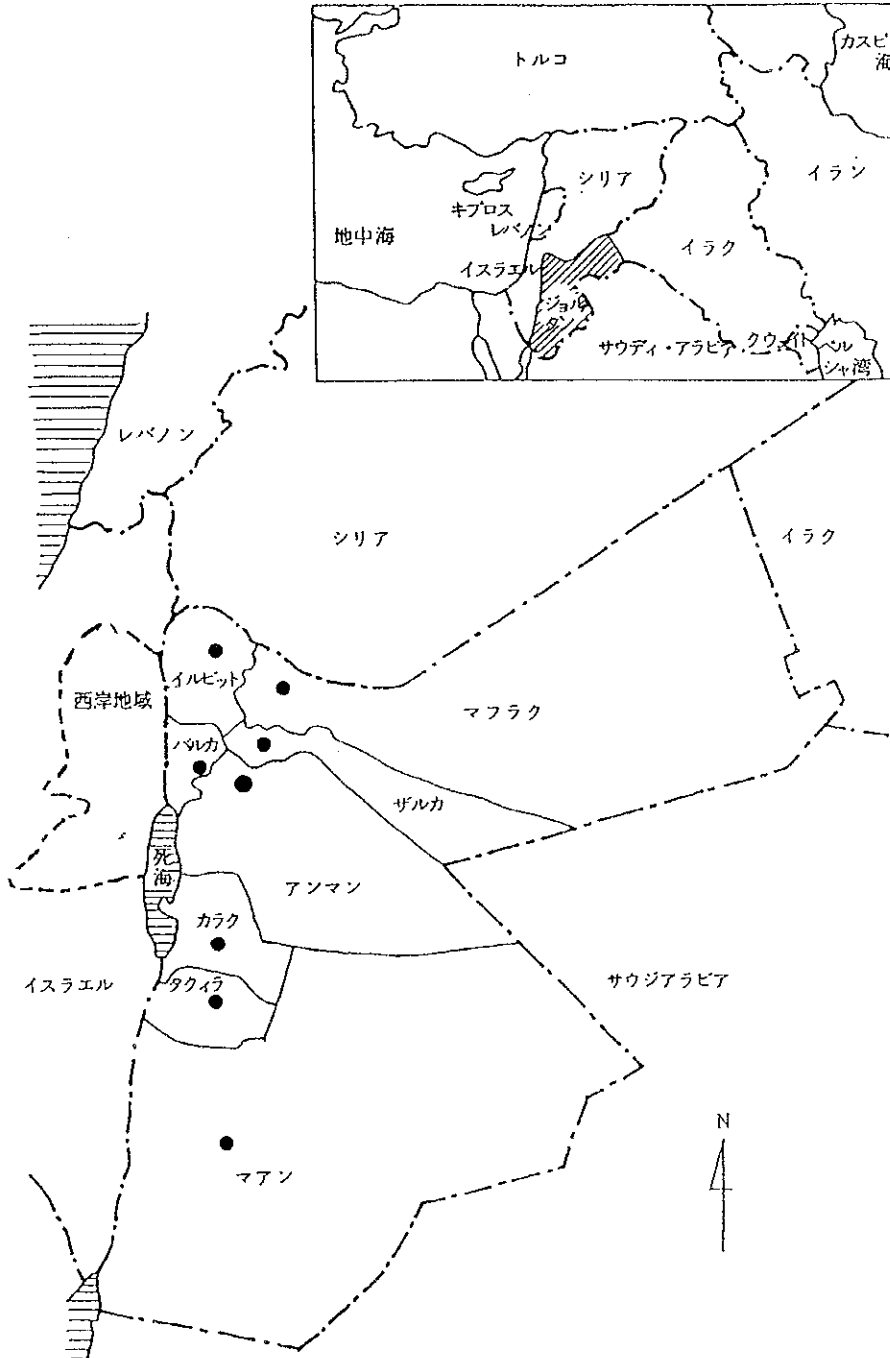
QAF (CDC : Community Development Center) 視察



病院視察 (アンマン市内)



# ジョルダン地図



出所：財) 国際協力推進委員会  
開発途上国国別経済協力シリーズ  
ジョルダンより作成  
細線は県 (Governorate) の境界を示す。



# 目次

序文  
写真  
地図

1. 基礎調査団の派遣	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
2. 要約(総括)	6
3. 概況	7
3-1 社会経済開発計画	7
3-1-1 社会経済開発計画	7
(1) 社会経済開発計画の概況	7
(2) 第3次5ヵ年計画の内容	8
(3) 問題点と今後の展望	11
3-1-2 社会経済開発計画における保健医療セクターの位置付け	14
3-1-3 社会経済開発計画における人口・家族計画の位置付け	14
3-2 保健医療体制	15
3-2-1 概略	15
3-2-2 保健医療行政	16
3-2-3 保健医療要員について	18
3-2-4 保健医療組織並びに施設(Health Organization)	19
3-2-5 医薬品供給システム	22
3-2-6 研修システム	22
3-3 人口関連情報	22
3-3-1 人口構造の推移	22
3-3-2 社会動態の推移	25
3-4 人口・家族計画政策と実施体制	28
3-4-1 現行の人口・家族計画	28
3-4-2 人口・家族計画分野の指標	28
3-4-3 人口・家族計画分野におけるNGOの活動	40

3-5	開発と女性 (WID)	45
3-5-1	ジョルダン女性の概況	45
(1)	人口プロフィール	45
(2)	教育水準から分かる概況	46
(3)	労働参加率から分かる概況	47
3-5-2	「開発と女性」を推進するための組織/機構/政策	48
3-5-3	クイーン・アリア社会福祉基金 (QAF)	
	における「開発と女性」分野の活動	48
(1)	センターでの活動	48
(2)	Queen Zein Al Sharif Compound での活動	49
3-5-4	今後の方向性	49
3-6	外国援助の動向	51
3-6-1	他の二国間、国際機関の活動	51
3-6-2	現行の人口・家族計画母子保健プロジェクト一覧表	52
4.	「家族計画及び開発と女性」プロジェクトの要請内容の確認と協議	53
4-1	プロジェクトの位置付け	53
4-2	プロジェクトの実施体制	53
4-3	提言	53
4-4	留意点	54

## 1. 基礎調査団の派遣

### 1-1 調査団派遣の経緯と目的

ジョルダン・ハシェミット王国（以下、ジョルダンと略す）は宗教的（イスラム教）背景もあって一般的に女性は早婚、多産の傾向にあり、合計特殊出生率は5.8%（1992年）と高く、その結果、平均年人口増加率も3.4%に達しており、現状のまま推移すると、1994年現在409万の人口は2011年には2倍に膨れ上がるものと予想されている。湾岸危機以降の海外出稼ぎ就労者の帰還、中東産油国からの援助の減少などの複合的要因により同国経済は低迷状態にあり、人口の急増は経済復興を図る上で大きな阻害要因となっている。

このような状況の中で同国政府は、人口問題を重要な国家課題として捉え、国家人口委員会（JNPC）を設置し、保健医療、婦人問題、教育分野と関連した包括的な家族計画政策を推し進めようとしており、同政策実現のため、同国の家族計画事業の主要実施機関であるクイーン・アリア社会福祉基金（QAF）に対する家族計画及び女性の社会参加に関するプロジェクト方式技術協力による支援を我が国に要請越した。

### 1-2 調査団の構成

調査団の構成は下記のとおりである。

担 当	氏 名	所 属
団長 総括／母子保健	伊勢 泰	厚生省国立国際医療センター 国際医療協力局派遣協力課
団員 家族計画	池上 清子	（財）家族計画国際協力財団国際事業部 シニアプログラムオフィサー
団員 保健行政	東濱 親治	（株）第一医療施設コンサルタンツ 医理科施設部マネージャー
団員 開発と女性	西谷 佳純	国際協力事業団企画部環境女性課 特別嘱託
団員 協力計画	大野 裕枝	国際協力事業団医療協力部 医療協力第二課職員

### 1-3 調査日程

調査日程を下記に示す。

日順	月日	曜日	移動及び業務
第1日	12-2	土	移動 成田 → パリ
2日	3	日	移動 パリ → アンマン
3日	4	月	JICA ジョルダン事務所、計画省表敬
4日	5	火	労働省表敬、国家人口委員会 (JNPC) 懇談
5日	6	水	保健省表敬、懇談
6日	7	木	クイーン・アーリア社会福祉基金 (QAF)
7日	8	金	資料整理
8日	9	土	ジョルダン人口・家族計画協会 (JAFPP) 及び診療所、アルバシール病院視察
9日	10	日	ヌール・フセイン財団、UNICEF、USAID 訪問
10日	11	月	診療所視察 (グループ1) (JAFPP) センター視察 (グループ2) (QAF)
11日	12	火	Royal Medical Center 視察、UNRWA、クイーン・アーリア社会福祉基金 (QAF) 視察、国内協議
12日	13	水	JICA ジョルダン事務所、在ジョルダン日本国大使館、計画省報告
13日	14	木	移動 アンマン → ロンドン
14日	15	金	移動 ロンドン →
15日	16	土	移動 → 成田
コンサル団員のみ			
15日	16	土	クイーン・アーリア社会福祉基金 (QAF) 調査
16日	17	日	国内協議
17日	18	月	クイーン・アーリア社会福祉基金 (QAF) との協議
18日	19	火	移動 アンマン → カラク
19日	20	水	現地調査 (カラク保健省事務所、マドゥラ PHC、マドゥラ QAF センター、アル・サフィ病院、アル・サフィ CHC、カラク病院)
20日	21	木	現地調査 (ラッバ CHC、タフィラ QAF センター、タフィラ CHC、タフィラ Royal Medical Service)
21日	22	金	移動 カラク → アンマン
22日	23	土	クイーン・アーリア社会福祉基金 (QAF) との協議
23日	24	日	JNPC、MOH との協議
24日	25	月	JICA、JNPC、クイーン・アーリア社会福祉基金 (QAF) 報告
25日	26	火	移動 アンマン → ロンドン
26日	27	水	移動 ロンドン →
27日	28	木	移動 → 成田

#### 1-4 主要面談者

面談者リストを下記に示す。

##### 計画省 (MINISTRY OF PLANNING)

MR.GHAWI, O,SALEM ASSISTANT SEC.GEN

##### 国家人口委員会 (JNPC)

MR.MAAITA, ABDEL RAHEEM RAPPORTEUR  
MRS.A, NATALI RAPPORTEUR  
DR.BAKER, AMER ECONOMIC ADVISOR  
MR.SALAME, NABIH SEC.GEN

##### 保健省(MINISTRY OF HEALTH)

MR.BATAINE MOOHAMMAD CPP.PROJ.DIRECTOR  
DR.BADRAN, OSAMA MCH DIRECTOR  
DR.SALLAJ ABED DIRECTOR OF HEALTH PROMOTION  
DR.LAILA GAFARI HEAD OF DEPT.OF MENTAL HEALTH  
DR.AL BOSTAMI, NIZAR HEALTH EDUCATION  
DR.AKEF AL AZZA DIRECTOR OF HEALTH EDUCATION  
HEAD OF CH  
DR.MAKRAM F.ISHAQ HEAD OF OBGYN (AL-BASHIR HOSPITAL)

##### クイーン・アーリア社会福祉基金 (QAF)

MRS.ZAKHARY, R, EVRIYN PROJECT COORDINATOR, PLANNING DEPT.  
MRS.ALUSTA HASANAT DIRECTOR OF PROJECTS FOR NGO  
DR.AL BISHIR AWNI EXECUTIVE DIRECTOR/QUEEN ALIA FUND  
(The Jordanian Save the Children Fund)  
MR.AL AMAD FARUQ EXECUTIVE DIRECTOR/JORDAN SAVE THE  
CHILDREN FUND

##### JORDANIAN NATIONAL COMMISSION FOR WOMEN

MRS.KALIMMAT,O,HIAM DIRECTOR

##### ジョルダン人口・家族計画協会 (JAFPP)

MR.ABU RAED,BASEM EXECUTIVE DIRECTOR  
DR.ABU SHAER,ZEENAB MEDICAL SERVICE DIRECTOR  
MR.HASSAN,FOAD PROGRAM AND IEC OFFICER  
DR.HASAN,MOHAMMAD TREASURE MEMBER  
DR.ATA.ARWA PHYSICIAN (HUSSEIN CLINIC)  
DR.NATHER.EHSAN PHYSICIAN (AL ASHRAFIA CLINIC)

NOOR AL-HUSSEIN FOUNDATION

DR. DEEWANI HEND

DIRECTOR OF ICHD

MR. ZAWAWI, ISSAM

DIRECTOR, QUALITY LIFE PROJECT

MRS. ESWE JADA, NINA

POPULATION PROGRAMMES

DR. BADRAN, IBRAHIM

EXECUTIVE DIRECTOR

MRS. ABD AL JABER, HEND

DIRECTOR, WID DEPT (President Business & Professional Women club)

USAID

MRS. OLDWIN EILENE

DIRECTOR, OFFICE OF POPULATION

DR. BEETAR, SALWA

PROJECT MANAGER, OFFICE OF POPULATION

MRS. QUSHAIR, LINA

MANAGEMENT ASSISTANT, PPH

MRS. DABBAS, RABHA

PROJECT MANAGEMENT SPECIALIST AND WID OFFICER

QAF-ZEIN AL-SHARIF COMPLEX

MS. DAGESTANY, FARAH

DIRECTOR, WOMEN'S RESOURCE CENTER

MS. NUSEER, SHADIA

MEMBER OF BOARD, JNCW/ADVISOR OF PRINCESS BASMA ON WOMEN'S AFFAIRS

QAF-IRBID CENTER

MR. AL RUUSAN, NABIH

DIRECTOR OF PRINCESS BASMA CENTER FOR SOCIAL SERVICES

ROYAL MEDICAL CENTER

DR. AL SHRAIDE, ADEL/Maj Gen

DIRECTOR OF KIIMC SENIOR

DR. TAYEB/Brig. Gen

CONSULTANT, NEURO-SURGEON

DR. MOIIN/Brig. Gen

HEAD, DEPT. OF GYN. ODS.

HEAD, DEPT. OF PEDIATRIC

UNITED NATIONS RELIEF AND WORKS AGENCY FOR PALESTINE REFUGEES

DR. F.S. MUUSA

W.H.D. MEDICAL OFFICER

DR. AL YAHYA, HAIFA

DEPUTY DIRECTOR OF HEALTH (UNRWA)

ACTING CHIEF FAMILY HEALTH

EU

MS. NATASHA ARIFF

ATTACHE

MR. HENK H.M. ROLINK

PROGRAMME OFFICER, WORLD

POPULATION FOUNDATION

MOH KARAK GOVERNORATE (MINISTRY OF HEALTH)

DR. ABUDULLAH AWAD MAHAFTHA DIRECTOR



MAZRA PRIMARY HEALTH CENTER (MINISTRY OF HEALTH)

DR.ABDULLAH AWAD MAHAFTHA DOCTOR,G.P.

MAZRA PRINCESS BASMA CENTER (QAF & LOCAL COMMITTEE )

MS.FATMEH ELHONEH REPRESENTATIVE

GHOL AL-SAFI HOSPITAL (MINISTRY OF HEALTH)

DR.JAMAL DAUOD DOCTOR,CHIEF OF PEDIATRIC DEPT.

DR.AL-RAMSHDEH MUNHUD DOCTOR,G.P.

DR.HASAN ALI-SUAHAN DOCTOR,SURGERY

DR.MOHAMED HAYMOUR DOCTOR,INTERNAL MEDICINE

MR.RAJEH ALI M.ABOUYA LABORATORY TECHNICIAN

AL-SAFI COMPREHENSIVE HEALTH CENTER (MINISTRY OF HEALTH)

DR.IMAD SAGER DOCTOR,G.P.

AL-SAFI PRINCESS BASMA CENTER (QAF & LOCAL COMMITTEE )

MS.MUNA OSCABEAT REPRESENTATIVE

KARAK HOSPITAL (MINISTRY OF HEALTH)

DR.SAAD MDANAT DIRECTOR

DR.YUSUF SARAYRAH DOCTOR,GYNECOLOGICAL/OBSTETRIC

DR.ABDEL FATTAH DOCTOR,GYNECOLOGICAL/OBSTETRIC

DR.SULTAN TARAWNAH DOCTOR,GYNECOLOGICAL/OBSTETRIC

RABBAH COMPREHENSIVE HEALTH CENTER (MINISTRY OF HEALTH)

DR.NARIMAN HORANI DOCTOR,G.P.

TAFILA PRINCESS BASMA CENTER & CLINIC (QAF & JAFPP )

MS.SONA ALI HANGLAH SUPERVISOR

MS.SAFA IZMOON COORDINATOR

TAFILA COMPREHENSIVE HEALTH CENTER (MINISTRY OF HEALTH)

DR.AHMAD SABAYLEH DOCTOR,G.P.

MS.LINA ALGAISY STAFF NURSE

TAFILA ROYAL MEDICAL SERVICE HOSPITAL

DR.NATHEEN NOSSIER DOCTOR,GYNECOLOGICAL/OBSTETRIC

DR.ADNAM ABU OMAR DOCTOR,GYNECOLOGICAL/OBSTETRIC

DR.KALIDIM RASHID DOCTOR,PEDIATRIC

DR.A.ABURUMMAN DOCTOR,SURGERY

DR.SNENIB MAMOON DOCTOR,DENTAL

## 2. 要約（総括）

ジョルダンの国土の 80%は粘土質の砂漠のため、溪谷の農耕地は全土の 5%にすぎず、食糧の自給を困難にしている。また、地場産業が貧弱なため慢性的な赤字経済が続いている。中東戦争による 100 万人に近いパレスチナ難民の移住、湾岸戦争での出稼ぎ労働者 30 万人の帰国が加わり、人口は 400 万人に膨れ上がっており、西暦 2000 年には 560 万人の人口が自然増として予測され、また、飲料水も不足することから、人口問題が最重要国家課題に取り上げられるに至った。

同国は、湾岸戦争後、中東産油国からの援助が減り、経済危機に立たされたため、国連、EU、WHO、USAID、世銀及び NGO 等の援助に依拠している。我が国では、国際機関への拠出金のほか水資源開発、農業部門などにも技術協力を行っており、最近では医療施設の無償資金協力も行われている。

クイーン・アリア社会福祉基金（QAF）は労働大臣を長とする Jordan National Population Commission（国家人口委員会：JNPC）を再編成し、これまでの"Programme for Birth Spacing"を母子保健、婦人の発展を含む包括的人口・家族計画とし、2000 年までの完成を目的にプロジェクト方式技術協力による支援を要請してきた。

これを受け、今回国内の諸機関を訪れて調査した結果、国の予算に裏付けはないものの、国民の信望の厚い王族が財団を組織して基金を用意し、国家組織と NGO 組織が一体化して計画の実施に向け熱意旺盛に努力していることが理解できた。すなわち、人口・家族計画は 1973 年以来、国家組織を挙げて努力をしているが、予算の不足から不十分であるため事態を重視した政府は、QAF を通して 5 ヵ年計画のこのプロジェクト支援を日本政府に要請したものと見える。

この国の PHC 組織は書類上 95%完成しており、医療水準は比較的高く、三次医療へのレファレルシステムもかなり整備されている。現在の MCH の目標は、地方での充実と高頻度に顕在する遺伝性血液疾患、先天異常を含む障害児の早期診断及び治療を目指しているという。同国からは、この分野への協力及び、地域社会はなお閉鎖的であるため女性への教育とあわせて Income Generation の向上を目指した WID 分野の協力などを国家政策でもある人口・家族計画と連携した機能的プロジェクトとして強く要請された。今後、焦点を絞った中長期調査により、地域での活動を主体とした Women empowerment への協力の可能性を検討する必要があるだろう。

### 3. 概況

#### 3-1 社会経済開発計画

##### 3-1-1 社会経済開発計画

###### (1) 社会経済開発計画の概況

ジョルダンで本格的な経済開発計画策定が始まったのは「第1次経済開発5ヵ年計画（1975～1980年）」からである。この計画は1973年以降の第1次オイルショックでの石油価格高騰によるアラブ産油国からの援助の増大に支えられて策定されたもので、鉱工業部門に重点を置くと同時に産業用インフラストラクチャー整備にも力を入れつつ、輸出型の国内産業育成を図るものであった。

同計画の実績は、目標 GDP 成長率 11.9% に対して、実現成長率が 10.8% と、一部農業とインフラストラクチャーなど下回るものもあったが、概ね目標は達成された。これに続く「第2次経済開発5ヵ年計画（1981～1985年）」はジョルダンを取り巻く経済環境の恵まれた時期に策定され、投資総額も 33 億 JD（ジョルダンディナール）と、農業、製造業、工業など生産部門強化を狙う意欲的なものであった。

しかし、1982 年以降の石油情勢の悪化から湾岸産油国の経済が停滞し、これらの国々からの援助が落ち込む一方、出稼ぎ労働者の本国送金も減少したことから、計画実行が困難となり、実績は大幅に計画を下回ってしまった。目標 GDP 成長率が 11% であったのに実績は 4.2% にとどまり、部門別にみても農業が目標に近かった（目標 7.5% に対し、実績 7%）ことを別にすれば、いずれの部門の実績も計画にはるかに及ばなかった。

「第3次5ヵ年計画（1986～1990年）」はこのような背景を受けて策定され、1986年8月の内閣で承認された。その狙いは、ジョルダンの産業構造と財政構造に内在する問題の解消と、農業、小規模産業やサービスの開発によって雇用機会の創出と財政収入の増大をもたらすことにあった。

このために同計画の重点目標として次の点が挙げられていた。

- ① 年率 6% の GDP 成長率の実現を図ること。
- ② 1990 年までに 70 万 3,000 人の雇用機会を創出すること。また、自国人により外国労働者の代替を促進すること。
- ③ 国内生産と国内消費をバランスさせること。
- ④ 財政収入の増加を通じ財政均衡を実現すること。
- ⑤ 輸出を伸ばし国際収支の赤字を解消すること。
- ⑥ 都市集中を避けるため地域開発を促進し、また社会的公正に照らし所得の公平な分配を実現すること。

しかし、この意欲的な第3次5ヵ年計画も結局、1988年に発生した経済危機によって断念せざるを得なくなった。

現在実施中の新たな「第3次5ヵ年計画（1993～1997年）」はこのような背景を受けて策定され、1993年9月の閣議了解を経て正式に決定されたものである。その狙いは、ジョルダンの

継続的な経済開発への条件の整備・金銭面での安定の達成、経済の自給力の向上、輸出部門の育成、熟練技術者の雇用機会の創出等をもたらすことにあった。

このために同計画の重点目標として次の点が挙げられる。

- ① 投資・生産の分野における民間の役割を拡大するため、法律や規制・制度面での投資環境整備に努める。
- ② 社会開発の側面に配慮し、IMF の構造調整プログラムがもたらす可能性のあるマイナスの影響に留意する。
- ③ 民間セクターの妨げとなっている障害を克服するため、政府の活動を改善し、公共セクターの役割について長期的な検討を加える。
- ④ 各年の終わりに計画の見直し及びアップデート (up date) を行う。
- ⑤ 当計画と IMF の構造調整プログラムとの調和を図る (当計画は構造調整プログラムの一部であり、これを代替するものではない)。

## (2) 第3次5カ年計画の内容

### 1) 量的目標

GDP の目標成長率は、年6%としており、第1次計画の11.9%、第2次計画の11.0%に比べ低めに設定しているが、中止された前の第3次計画の5.1%よりはやや高くしている。国内消費が国内生産を上回る異常な構造を更正するため、1997年を目標年として国内消費を国内生産の89%までに縮小するとしている。

また、対外債務の段階的な減少を目指しており、同債務を1997年までに国内生産の3%以下にすると共に、同年までに年間の元利支払額を輸出額の25%以下に抑制するとしている。

産業部門別には、鉱工業の成長率を7.2%と前計画に比べ低く設定してあるが、農業、資本更に経済構造調整策が一般国民生活にマイナス影響を与えないようにするために、物価上昇率を年4~5%程度の範囲に留める一方、失業率を9.6%に押さえるとしている。

### 2) 投資計画

今次5カ年計画の総投資額は、52億4,200万JDで、このうち公共投資が35.4%の18億7,400万JD、民間投資が64.3%の33億6,800万JDと、完全に民間部門主導の投資計画となっている。前回の第3次5カ年計画(1986~1990年)及びその前の第2次5カ年計画(1981~1985年)では、総投資額に占める公共投資が各々62%、61%であったので、今次計画は全く様相を異にしている。

公共投資のうち、8億1,000万JD(43.2%)は社会開発、8億9,000万JD(47.5%)はインフラ整備に、1億7,400万JD(9.3%)はこれら以外の政府支出に充当される。

また、政府としての重点分野は、教育、保健、水、電気、道路、交通等に置かれている。民間投資の割合は、5カ年計画の期間中に、1993年の61.1%から1997年には67.1%にまで引き上げることを見込んでいる。

貯蓄については今後漸増を見込み、投資額の40%を国内貯蓄で賄い、残りを外国からの投資及び援助で充当する予定としている。以降に関連資料を表にして示す。

表 3-1 5 カ年計画における達成目標 (1991 年固定価格)

(単位: 100 万 JD、%)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	成長率 (1982~1997)
1. GDP (要素費用)	2,635	2,808	2,966	3,144	3,336	3,542	6.1
2. 間接税	461	480	506	537	569	605	5.6
3. GDP (市場価格)	3,096	3,288	3,472	3,681	3,905	4,147	6.0
4. 財・サービスの輸入	2,699	2,703	2,719	2,772	2,856	2,924	1.6
5. 利用可能な資源合計 (3+4)	5,795	5,991	6,191	6,453	6,761	7,071	4.1
6. 消費	3,178	3,503	3,498	3,537	3,571	3,652	2.8
うち民間	2,425	2,732	2,711	2,735	2,754	2,816	3.0
うち公共	753	771	787	802	818	835	2.1
7. 投資	988	782	828	900	968	1,033	7.2
うち粗固定資本形成	932	757	802	865	932	998	7.2
在庫変動	56	25	26	35	36	35	7.7
8. 財・サービスの輸出	16,291	1,706	1,865	2,016	2,222	2,386	7.6
支出合計 (6+7+8)	5,795	5,991	6,191	6,453	6,761	7,071	4.1

資料: 5 カ年開発計画 (1993~1997 年)

表 3-2 計画中の部門別成長率目標 (1991 年固定価格)

(単位: %)

	1988~1992	1993~1997
農業	4.3	4.1
鉱業	-5.7	6.6
工業	3.4	8.9
貿易・レストラン・ホテル	-18.5	9.7
金融・保険・事業サービス	-6.4	6.1
投資部門	-4.2	7.8
電力・水	-0.1	6.2
建設	5.9	-2.4
運輸・倉庫・通信	-1.6	7.5
インフラ部門	0.9	5.2
政府社会サービス	1.4	2.5
個人サービス	2.6	6.0
民間非営利サービス	-5.0	3.9
家庭部門向け国内サービス	-12.4	-
住宅・不動産	7.3	7.0
社会部門	3.2	4.6
全体	-0.1	6.1
GDP (要素費用)	-0.1	6.1
GDP (生産費用)	-0.1	6.0

資料: 5 カ年開発計画 (1993~1997 年)

表 3-3 5 カ年計画における部門別雇用見通し

(単位：1,000 人)

	1992	1997	期間中の増減 (1992~1997)
投資部門			
農業	52.1	64.9	12.8
鉱業	9.4	12.7	3.3
工業	75.8	115.3	39.5
貿易・レストラン・ホテル	137.9	223.0	85.1
金融・保険・事業サービス	23.8	23.0	9.2
小 計	299.0	448.9	149.9
インフラ部門			
電力・水	5.7	8.0	2.3
建設	61.3	57.2	-1.4
運輸・倉庫・通信	52.9	73.6	20.7
小 計	119.9	138.8	18.9
社会部門			
政府サービス	342.8	383.5	40.7
民間サービス	49.9	64.5	14.6
小 計	392.7	448.0	55.3
合 計	811.6	1,035.7	224.1

資料：5 カ年開発計画 (1993~1997 年)

表 3-4 5 カ年計画における雇用・失業率の見通し

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
労働力 (1,000 人)	939.9	979.7	1,019.9	1,061.2	1,102.0	1,140.2
ジョルダン人	813.9	856.7	901.4	948.2	995.5	1,041.2
非ジョルダン人	125.0	123.0	118.5	113.0	106.5	99.0
雇用者数 (1,000 人)	811.5	859.7	897.7	940.1	988.5	1,035.6
ジョルダン人	692.7	740.8	785.1	832.7	885.3	941.5
非ジョルダン人	118.8	116.9	112.6	107.4	101.2	94.1
ジョルダン人失業者数 (1,000 人)	122.2	115.9	116.3	115.5	110.2	99.7
ジョルダン人失業率 (%)	15.0	13.5	12.8	12.2	11.1	9.6

資料：5 カ年開発計画 (1993~1997 年)

表 3-5 5 カ年計画の資金調達源・用途内訳

(単位：100 万 JD)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
調達源						
総貯蓄	470	357	627	812	1,104	1,373
国内貯蓄	-86	-236	-30	171	415	641
海外からの投資 (純計)	-237	-219	-199	-259	-260	-281
海外出稼ぎ労働者送金 (純計)	514	553	592	636	683	733
海外からの送金 (純計)	279	259	264	264	266	266
帰国者の投資	491	131	-	-	-	-
民間投資 (純計)	218	20	20	20	-30	40
借款・海外援助	325	387	854	809	624	429
通常分	306	230	235	240	246	252
例外分	19	157	619	569	378	177
対外債務分	781	499	-	-	-	-
前年よりの繰越支払い分	-449	-84	-	-	-	-
合計	1,836	1,310	1,501	1,641	1,758	1,842
用途						
粗固定資本形成	1,040	860	951	1,077	1,206	1,338
準備高変動	20	-121	83	72	80	98
財務返済	669	433	456	492	472	416
リスク分返済	107	138	-	-	-	-
合計	1,836	1,310	1,501	1,641	1,758	1,842

資料：5 カ年開発計画 (1993～1997 年)

## (3) 問題点と今後の展望

中止された前の第3次5カ年計画(1986～1990年)は、第2次計画がアラブ産油国からの巨額の援助を見込んだ計画であったのに比べ比較的堅実な目標を設定していたが、1986年以降の原油価格の下落は、(輸入負担を軽くしたとはいえ)イラン・イラク戦争の発生と相まって、計画実現は厳しい条件となった。

このため、実績としてのGDP成長率は1986年こそ5.4%と目標を超えたものの、1988年にはマイナス成長を記録し、貿易収支及び経常収支とも赤字、財政収支も大幅赤字となり、対外債務は1988年は1985年水準の2倍以上の80億ドルに達してしまった。このため、計画に盛り込まれた開発プロジェクトは、変更を強いられたり、キャンセルされざるを得なかった。1988年には外貨準備が底をつき債務返済不能という経済危機に直面し、結局、「第3次経済開発5カ年計画」は実質的には破棄されてしまった。

表 3-6 主要経済指標の推移

(単位：100 万ドル、%)

	1988	1989	1990	1991	1992
実質的 GDP 成長率	-0.5	-13.5	1.7	1.8	11.3
消費者物価 (生計費指数) 上昇率	6.6	25.8	16.1	8.2	4.0
貿易収支	-639	-585	-1,009	-994	-1,465
経常収支	-106	-105	-273	-288	-569
財政収支	-205	-137	-94	1.2	144
対外債務	3,837	5,409	6,053	5,517	5,203

(注) 財政収支は 100 万 JD、1989 年は推定値

資料：OECD

このジョルダンの経済危機を回避するために、IMF のスタンド・バイ・クレジット協定に基づいて「中期経済改革プログラム (1989～1993 年)」が策定され、「第 3 次 5 カ年計画」によって代わった形となった。

その具体的な目標は下記のとおりである。

表 3-7 中期経済改革プログラムにおける目標

(単位：100 万ドル、%)

	1989	1990	1991	1992	1993
実質的 GDP 成長率	0.0	3.4	3.9	4.0	4.0
GDP デフレーター	14.0	11.8	9.5	7.8	6.5
輸出 (FOB) (対前年増加率)	5.4	16.0	10.1	11.5	11.6
輸入 (CIF) (対前年増加率)	-4.7	3.8	5.7	7.4	7.2
海外送金 (対前年増加率)	0.5	6.6	8.8	9.3	9.3
貿易収支 (対 GDP 比)	-42.6	-37.8	-35.7	-34.3	-32.6
経常収支 (対 GDP 比)	-5.0	-3.0	-2.0	-1.0	0.0
投資率	26	26	26	26	26
ICOR	0.0	7.6	6.7	6.5	6.5
貯蓄率	-2	3	5	7	8
財政赤字/GDP	-11	-10	-8	-7	-6
対外債務残高	6,926	6,584	6,341	6,163	6,403
外貨準備高	207.8	292.0	369.0	436.0	503.0

資料：OECD

このため、政策のフレームワークを作り民間の投資と貯蓄を奨励し [GDP に対する貯蓄率の比率を 3% (1988 年) から 8% (1993 年) に上げ]、国内の貯蓄で投資を賄える構造作りに努



める。また、歳出の削減（対 GDP 比率を歳出の 1988 年の 54%から 1993 年には 46%にする）と歳入の増加（32%を 36%）によって、国内金融機関をあてにしない予算とし、貸付業務も厳しくすると共に、流通通貨量が過大にならないようインフレ対策にも考慮をはらうことを狙っている。

プログラムの目標としては、次の 3 つが挙げられている。

- ① 適切な財政・金融政策の運営
- ② 為替レートの切り下げと産業保護の削減
- ③ 実質経済成長率 4%台の回復

1990 年前半には、こうした経済調整の努力の成果が出始めていた。しかし、1990 年 8 月以降の湾岸危機及びイラク経済制裁の実施から、ジョルダン経済は大きな打撃を被り、経済構造調整計画の見直しを行わざるを得なくなった。このような状況を打開するため、ジョルダン政府は IMF と再度協議の上、1991 年 10 月、中期経済構造調整計画（1992～1998 年）を策定し、今日に至っている。

ジョルダン政府は、この経済構造調整計画に従い消費税の導入（1991 年末）や電力・エネルギー料金等の公共料金の引き上げ（1992 年に 2 回）による歳入確保、各種補助金廃止等の歳出削減に努めてきた。その結果財政収支は、構造調整政策に基づく歳出抑制が実施された 1989 年から改善を始め、1990 年には財政赤字額（外国援助前）は対 GDP 比 18.7%、1991 年には 18.0%、更に 1992 年には 4.0%にまで縮小し、構造調整政策で設定された目標を上回る成果を収めている。また、外国援助後の財政収支では、1992 年度においては初めて黒字（対 GDP 比 5.0%）に転換している。1990 年度末には約 91 億ドル（対 GDP 比 236%）に上がっていた対外債務も、その後改善傾向が見られる。

消費抑制等の面ではまだ目標を達成できていないものの、構造調整に向けたジョルダン政府の真摯な努力が評価された結果、パリ・クラブから 2 度にわたる対外公的債務繰延が認められ、現在、更に第 3 次繰延につき交渉中である。このような点から、ジョルダンは途上国のモデルともいわれている。

このように、ジョルダンは IMF・世銀の方針を忠実に守り自由開放政策、マクロ経済バランス回復に努めているが、なお残る問題もいくつかある。その 1 つは貧富間の格差である。ジョルダンの 1 人当たり GDP は 1,120 ドル（1991 年世銀統計）と、途上国の中では比較的高い方であるが、国内における貧富の差は大きく、1991 年の社会開発省調査では、月間所得 70JD 以下を貧困層、50JD 以下を絶対的貧困層と定義し、少なくとも 2 万世帯以上が絶対的貧困層の状態にあるとされている。

もう 1 つの問題は失業率である。労働省の正式推計では、失業率は 1989 年 18.5%、1990 年 16.8%、1991 年 15.8%、そして 1992 年は 15.0%とされ、改善の傾向が見られている。一方、IMF 推計では、失業率は湾岸危機直後には過去最高の 25%に達したが、1991 年末までに 18.8%まで低下し、1992 年から 1993 年初めには 12～14%になったものと推計されている。労働省によれば、失業者の多くは大学卒業生で、彼らは当国の労働市場で求められているような分野の訓練を受けていないとのことであり、いわば「構造的失業（Structural Unemployment）」といえるとしている。

以上のような問題に対し、1993年6月に就任したマジャーリ首相は、経済政策を、中東和平推進と並ぶ内閣の重要課題として取り組む姿勢を見せている。そして首相直轄の下に、大蔵、計画、エネルギー各省等を集めた経済関係閣僚会議を設置し、IMF・世銀の構造調整政策とは別個に、ジョルダン自ら策定したのが、既に述べた現行の経済5ヵ年計画（1993～1997年）である。

### 3-1-2 社会経済開発計画における保健医療セクターの位置付け

保健医療サービスにおいては診療費と実際の費用との間の不均衡があり、保健省の予算を圧迫している。1991年においては診療収入は全体の12.7%、経費の18.3%をカバーするにすぎない。ちなみに1991年度の保健医療経費は保健省予算の62%を占めている。これは保健医療セクターにおける解決すべき大きな問題であるが、その他に解決すべきものとして次の問題点が挙げられる。

- 1) 政府による保健医療サービスに対する要求は年々強まるが、それに対処するための財源には限界がある。
- 2) コストの上昇とサービスの低下を調整、指導する公的調整機関がない。
- 3) レファラルシステムが十分に活用されていない。
- 4) 伝染性疾患から長期且つ費用のかかる慢性的疾患への疾病構造の推移への対応の遅れ。

上記の問題点を抱えながらジョルダン政府は第3次5ヵ年計画において次の方針を打ち出している。

- 1) 予防医学の強化を図る。その手段として
  - ① 各メディアを利用した予防キャンペーンの実施
  - ② 伝染性疾患等に対する免疫強化（ワクチン投与）
  - ③ 慢性疾患の患者に対する疾患への取り組み方、合併症予防等の指導強化
- 2) 保健医療サービス提供の基盤強化を図る。その手段として
  - ① 村落段階における環境整備のための公的機関の強化
  - ② 地域社会における保健医療サービス提供のため、ボランティア活動、専門家活動の推進
- 3) プライマリーヘルスケアの質の向上を図る。その手段として
  - ① 上位医療施設の負担を減らすためのプライマリーヘルスケアの質的向上
  - ② プライマリーヘルスケアのサービス普及のための民間医療機関の協力体制の確立
  - ③ 看護婦、助産婦、検査技師、放射線技師等の医療従事者の強化
- 4) 医者及び医療従事者に適する包括的な公衆衛生サービスを確保するための保健省の役割を強化する。
- 5) 最貧窮層に配慮しながら、実際のコストに見合う適切な治療費、保険費用の見直しを図る。
- 6) 不時の災害、天災等に対する備えと、継続的な供給を確保するために薬品行政を見直す。

### 3-1-3 社会経済開発計画における人口・家族計画の位置付け

ジョルダンの人口は、その高い人口増加率、合計特殊出生率から1994年現在の人口409万人は、2011年には2倍に膨れ上がるものと予想される。

一方、国内経済はIMF指導の下に中期経済構造調整計画を実施中であり、極めて厳しい環境にある。このような状態において、人口の急増は経済復興を図る上での大きな阻害要因と考えられ、人口

問題は重要な国家課題とされた。ジョルダンにおける人口問題、とりわけ人口・家族計画は宗教的制約もあって重要な国家政策とならず、ジョルダン人口・家族計画協会 (JAFPP) やクイーン・アリア社会福祉基金 (QAF) 等の NGO が中心となって進められてきたが、政府は国家人口委員会 (JNPC) を正式な政府機関として閣議決定 (1995 年 1 月) し、JNPC を中心として国家政策としての人口・家族計画に取り組むことを計画している。

## 3-2 保健医療体制

### 3-2-1 概略

ジョルダンは、保健医療レベルにおいては中近東諸国の中でトップレベルにある。ジョルダンの医師 1 人当たりの人口 621 (1994 年) は、日本の 610 とほぼ同じレベルにある。また、ジョルダンは 1 人当たりの国民総生産は 1,060 ドル (1994 年) にすぎないにもかかわらず、出生時平均余命 67.3 年、幼児死亡率は 37/1000 (いずれも 1994 年) となっており、世界銀行の分類による低～中所得の国々の平均 (1 人当たりの国民総生産 1,010 ドル) における平均：医師 1 人当たりの人口は 4,970 人、出生時平均余命は 64 年、乳児死亡率は 61/1000 と比較しても保健指標に示される水準が高いことが分かる。

一方、保健医療施設の運用組織であるレファレルシステムも相当程度整備されている。その内容は、村落に置かれプライマリーヘルスセンターを補完するビレッジヘルスセンター (VHC: Village Health Center)、プライマリーヘルスセンター (PHC: Primary Health Center)、プライマリーヘルスセンターと二次医療サービスの中間に位置するコンプレヘンシブヘルスセンター (CHC: Comprehensive Health Center) と、構成されている病院医療サービス段階では一次医療サービス、二次医療サービスを行う地方病院、三次医療サービスを担当するトップレファレル病院ときちんと組織、運営されている。更に、軍 (Royal Arms) によって運営される軍病院のレファレルシステム (Royal Medical Service) がこれを補完する体制となっている。また、首都のアンマンには、研究・教育・診療施設を備えたジョルダン大学医学部付属病院、トップレファレル病院であるアルバシール病院、Royal Medical Center、研究所等の高度医療の施設も備わっており、医療技術の発展にも力を注ぎ、医療従事者のレベルアップを図っている。

しかしながら、慢性的な予算不足による公立の医療施設の整備の遅れは余剰医療従事者の産出、保健医療サービスの低下とそれに伴う医療従事者の高度な専門化 (私立病院で働く専門医の増加) という負の部分ももたらしている。

3-1-1 で第 3 次 5 年計画における保健医療行政について述べたが、その目標とするところは平均余命を 67 年に、幼児死亡率を 25/1000 に、5 歳未満の小児死亡率を 30/1000 に、公立病院のベッド数を 8/10000 にすると共に、医療機関における出産を 90%に引き上げること、看護婦数を 1 万人当たり 12 人に引き上げると共に 7 万 2,800 人の医師及び医療従事者に対する教育、再訓練、強化プログラムを行うこととしている。また設備面においては Deir Abi Sa'id 病院、Karak 病院、科学技術大学付属 King Abdullah 病院の設立・強化計画、ヘルスセンターの新設及び拡張・改修、既存の病院の拡張・強化を計画している。

### 3-2-2 保健医療行政

#### (1) 行政システム

保健省の内部部局として保健局、アルバシール病院局、管理局、医療サービス局、一次医療サービス局がある。

管理局には、人事、購入、供給、医療品質保証、財務、施設、サービス・輸送部門、医療サービス局には、医薬品、検査施設、看護、医療研究、教育・訓練、専門医療センター部門、一次医療サービス局には、計画、食品衛生、疫学、環境衛生、母子保健、保健衛生、児童保健部門とがあり、全体の保健行政の執行を所管している。

次頁に保健省組織図を掲げる。

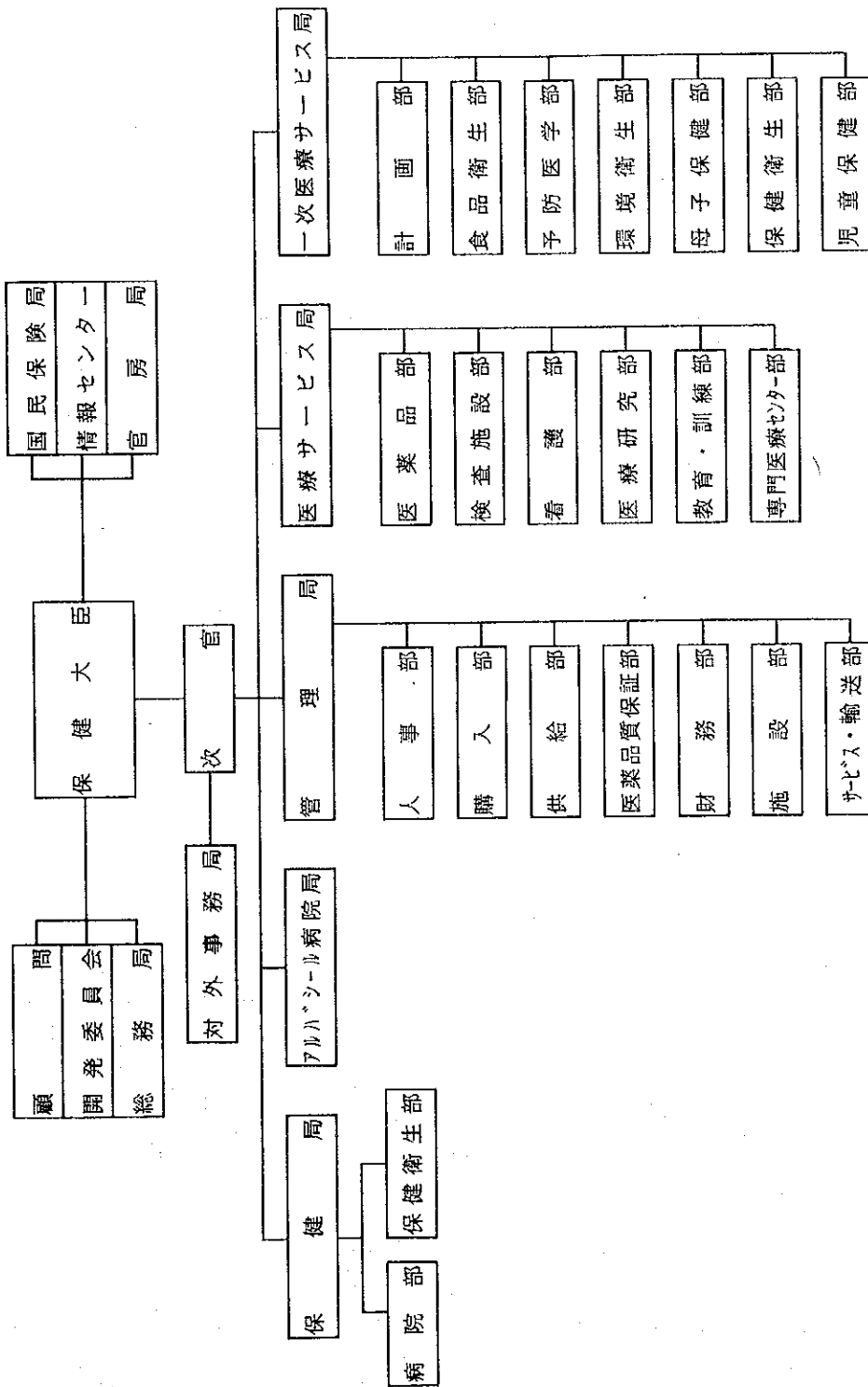


図 3-1 保健省組織図

3-2-3 保健医療要員について

(1) 保健医療要員の推移

過去5年の保健医療要員の推移を次に示す。

表 3-8

職種	人 数				
	1990	1991	1992	1993	1994
1. 医師	5,811	6,665	7,003	6,409	6,596
2. 歯科医	1,083	1,477	1,317	1,563	1,798
3. 正看護婦	2,439	2,753	2,806	2,985	3,753
4. 准看護婦	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答
5. 放射線技師*	無回答	55	無回答	無回答	無回答
6. 検査技師*	無回答	87	無回答	無回答	無回答
7. 薬剤師	211	2,220	2,468	2,491	3,026
8. 助産婦	513	625	687	739	822

(保健省回答資料)

(注) \*は MOH 関連施設のみ

(2) 年間養成数、配置数

保健省より回答が得られず不明である。

(3) 養成システム

次に保健医療要員の養成システムを示す。

表 3-9

	学校	学校数	入学年齢/資格	教育年数	年間卒業数	備考
医師 (含歯科医)	大学医学部	2	18歳/高卒 (Tawjihi)	6	無回答	*1
看護婦	専門学校	無回答	18歳/高卒 (Tawjihi)	4	無回答	*2
放射線技師	専門学校	無回答	18歳/高卒 (Tawjihi)	2	無回答	*3
検査技師	専門学校	無回答	18歳/高卒 (Tawjihi)	2	無回答	*4

(保健省回答による)

(注) \*1 : Jordan University, University for Science & Technology

\*2 : Jordan University, MOH, RMS の運営下にあるもののみ

\*3 : MOH, RMS 運営によるもの以外に私立の学校あり

\*4 : MOH, RMS 運営によるもの以外に私立の学校あり

### 3-2-4 保健医療組織並びに施設 (Health Organization)

#### (1) 公立保健医療組織

ジョルダンにおける保健省管轄下の保健医療組織 (Health Organization)、レファレルシステムの構成はアルバシール病院を頂点とする各医療施設がそれぞれの役割を負担しつつ運営されている。一方、軍の管轄する軍病院 (ロイヤルメディカルセンターを頂点とする軍病院のレファレルシステムが構成されている) の組織がそれに協力している。制度上の管轄の相違はあるが、互いに補完しあいながら国全体の保健医療活動を行っている。

#### (2) 民間保健医療組織

ジョルダンにおける私立の医療施設はほとんどが首都のアンマンに集中しており、その多くは専門病院で、高度の医療施設を備えて高度医療サービスを提供している。その費用も高く公立の医療施設の 5 倍以上となっている。したがって来院患者は富裕層、在留外国人、近隣諸国よりの来院者に限られている。

#### (3) レファレルシステム

##### 1) 一次医療 (プライマリーヘルスケア)

保健医療のネットワークは、一次医療 (PHC)、二次医療、三次医療の 3 つのレベルに分けられている。

プライマリーヘルスセンターがプライマリーヘルスケア・プライマリーケアの拠点となっており、基本的な医療と健康増進などの活動を地域レベルで展開している。

ジョルダンの一次医療は以下の保健医療組織によって構成されている。

##### ビレッジヘルスセンター (VHC : Village Health Center)

プライマリーヘルスセンター (PHC) の補助的役割を果たすものと考えられる。村落から離れた集落に適宜置かれ、看護婦または看護師が常駐している。上位プライマリーヘルスセンターの医師が定期的に巡回診療サービスを行っている。1994 年現在で 261 カ所が設置されている。

##### プライマリーヘルスセンター (PHC : Primary Health Center)

一次医療サービスの中心的存在。村落単位で置かれている。基本的に診療面では一般内科、産婦人科、歯科の 3 部門で構成されている。要員構成は各科担当の医師が各 1 名 (産婦人科は医師または助産婦)、看護婦が各科に 1 名、補助部門としてその他、薬剤師、会計員、雑役夫各 1 名が標準的な人員配備として運営されている。また、保健省における家族計画 (Birth Spacing Plan) 活動の第一線の役割を果たしている。南部、北部の各 1 カ所の現況を調査したが、北部は機材の数量、及び整備も整っていたが、南部は機材等の老朽化と数量の不足が見受けられ、全般的に北部より整備の遅れが目立っている。1994 年現在、全体で 315 カ所が設置されている。

##### コンプレヘンシブヘルスセンター (CHC : Comprehensive Health Center)

一次医療サービスの中で最も新しく、建物、機材も整っている。世界銀行の借款でジョルダン全土に 1994 年現在で 30 カ所が設置されている。上記 PHC の機能に X 線設備、小規模な緊急医療対応施設と検査室及び薬品保管設備を付加、それに併せた人員も強化している。

### 母子保健センター (MCH : Mother and Child Health Center)

ジョルダンにおける保健省主体の家族計画 (Program for Birth Spacing) 活動の最前線を担っており、前述の PHC、CHC に付属した形で設置されている。専門医または助産婦、看護婦、Social Case Worker が配属されている。1994 年現在、全体で 268 カ所が設置されている。

### 2) 二次医療

プライマリーケアで専門的診断や治療等、上位のレファラルが必要と認められた場合は、その地域を管轄する地区病院または軍病院 (Royal Medical Service) に送られる。

#### 地区病院

地方医療の中核病院、各行政区に少なくとも 1 病院が置かれ、一般内科、産婦人科、小児科、耳鼻科、歯科、眼科、一般外科、放射線科、検査室、薬局、薬品保管施設等で構成されている。この他に全国で 6 カ所ある Royal Medical Service (軍病院) も二次医療サービスを受け持っている。構成内容は地区病院と同じである。南部の地区病院及び軍病院を調査したが、地区病院については機材の老朽化、数量の不足及び検査施設の貧弱が目立った (北部については実地に調査していないが、先方側の説明と青年海外協力隊より派遣された看護婦の話によると、機材類は整備されているか比較的新しいものが多いようである)。一方の軍病院は一部機材 (産婦人科用超音波診断器等) を除けば民用の施設と比較して設備は整っていた。

### 3) 三次医療

三次医療は、アンマンのジョルダン大学医学部付属病院、アルバシール病院または Royal Medical Center が受け持っている。原則としてプライマリーレベルから直接、三次医療施設に送られることはないが、患者が重症の場合はこの限りではない。また、ガン治療などの高度医療サービスは上記 3 病院のほか一部私立病院によってのみ提供されている。

#### 中央病院 (トップレファラル病院)

ジョルダンの医療サービスの頂点に位置する高度の医療施設はアンマンに集中している。保健省管轄のジョルダン大学医学部付属病院、アルバシール病院、軍病院の頂点に立つ Royal Medical Center、及びいくつかの私立病院がこれに当たる。アルバシール病院及び Royal Medical Center を視察したが、設備は概ね良好である。特に Royal Medical Center は一般総合病院、心臓病専門病院、リハビリセンターの 3 つからなる総合病院で設備、機材も整っており、更には優秀なスタッフが揃っているのでかなり高度な診断、治療活動が可能である (主な機材としては、CT スキャナー 2 台、MRI 1 台、その他ラボ機材も優秀である)。ちなみに当センターの責任者によれば軍病院ではあるが来院患者の 8 割は一般市民とのことであった。

次にジョルダンの 1994 年における医療状況を示す。(保健省回答による)



表 3-10 主な疾病の推移

(単位：%)

Rank	1990	1991	1992	1993	1994
1.	呼吸器疾患	34.7	36.4	36.29	37.4
2.	感染症	12.9	12.2	11.26	10.2
3.	消化器疾患	10.9	10.1	10.4	9.2
4.	神経系疾患	8.9	8.08	9.05	9.2
5.	皮膚系疾患	7.5	7.5	7.55	7.8

## 保健省ヘルスセンターに関するデータ

コンプレヘンシブヘルスセンター (CHC)	30
プライマリーヘルスセンター (PHC)	315
ビレッジヘルスセンター (VHC)	261
MCH	268
歯科診療所	164
胸部疾患センター	11

## 病院に関するデータ

総病院数 (含む私立)	65
ベッド数	6,801
(内訳) 保健省	2,681
Royal Medical Service	1,662
ジョルダン大学医学部付属病院	461
私立病院	1,997
ベッド当たり人口	588

## 病院利用

1,000人当たり患者数	110
平均ベッド占有率	63
平均入院日数	3.5
入院患者平均死亡率	1.4

## 保健省予算

保健省予算の政府予算に占める割合	5.4
GNP に対する保健医療費の割合	5.6
GDP に対する保健医療費の割合	9.0

保健省予算の推移を次に示す。(保健省回答による)

表 3-11

(単位：1,000JD)

収入の種類	1991	1992	1993	1994
国家予算	57,627	75,450	76,949	79,515
保険料、入院費、薬品販売等 による収入	9,683	10,912	12,865	14,800
寄附金(民間)	—	—	—	—
総収入	67,310	86,362	89,814	94,315

#### (4) 医療保険制度

ジョルダンには先進国における医療保険制度ほど充実したものではないが、曲がりなりにも医療保険制度が存在する。保健省の回答によればジョルダンの医療保険には保健省管轄の保険と Royal Medical Service (軍) 管轄の保険制度の2種類があり、国民の約8割をカバーしているとのことである。

保健省管轄の保険制度においては公務員については医療費の80%を政府が、残り20%を被保険者が支払う仕組みとなっており、民間セクターに対しては医療費の60%を政府が、残り40%を被保険者が支払う仕組みとなっている。保険料は年間80JDとのことである。保険料の徴収方法、保険の範囲等不明な点もあるが医療保険と呼ぶべき制度は存在する。

#### 3-2-5 医薬品供給システム

ジョルダンにおける医薬品の供給は一部の国産品を除いてすべてを輸入に頼っており、その輸入先は欧米諸国がほとんどである。保健省管轄下の医療施設に対する医薬品の供給は保健省管理局によって行われているが、予算不足もあって必要医薬品の供給は滞りがちで、不足部分については国際援助機関の援助に頼っているのが現状であり、末端ニーズに十分に応えているとはいえない。

#### 3-2-6 研修システム

保健医療従事者の研修システムについては十分な資料が収集できなかったが、一次医療サービス、二次医療サービスに従事する医療関係者より各種の研修についての強い要望があることから、適切な研修システムの構築が必要であると推測される。

### 3-3 人口関連情報

#### 3-3-1 人口構造の推移

ジョルダンにおける最初の人口統計 (Population Census) は、1961年に行われ、東バンク地区 (ジョルダン川東岸) に90万人が住んでいることが分かった。1948年のイスラエルの建国と1967

年のアラブ・イスラエル戦争によって西バンク（ヨルダン川西岸）及びガザ地区が占領された結果、大量のパレスチナ人が東バンク地区に移ってきた。1979年213万人の人口が1990年には、345万人に増加した。この間の平均上昇率は、4.3%である。この傾向が継続すれば15年後の2005年には人口が倍になると予測されている。

1987年に行われた保健・栄養・人材・貧困調査によれば、人口構成が出生率、死亡率、移民の変化の結果、1987年から大幅に変わった。15歳以下の人口比率が1979年の57%から1987年の46%に下がり、65歳以上が2.8%から3%に上がった。

1994年におけるヨルダンの総人口は409万5,579人であり、1979～1994年の人口増加率は4.35%であり、世界における人口増加率の激しい国の1つとなっている。地域的に見るとヨルダンの人口は3つの行政区に総人口の71.7%が集中している。すなわち首都のアンマンを含むアンマン地区（38.3%）、北部のヨルダン第2の都市であるイルビッド市を中心とするイルビッド地区（18.2%）とアンマン近郊のヨルダン第3の都市であるザルカ市を中心とするザルカ地区（15.2%）となっている。関連資料を以下に示す。

(1) 男女別人口と性比

表 3-12 年齢別・性別人口（1994年）

年齢	女	男	計	%
0-4	274,350	299,030	573,380	14.0
5-9	272,400	292,780	565,180	13.8
10-14	288,070	301,700	589,770	14.4
15-19	244,960	262,890	507,850	12.4
20-24	209,700	249,000	458,700	11.2
25-29	150,890	168,560	319,450	7.8
30-34	123,460	126,370	249,830	6.1
35-39	84,260	87,750	172,010	4.2
40-44	72,500	70,850	143,350	3.5
45-49	66,650	68,500	135,150	3.3
50-54	52,900	57,680	110,580	2.7
55-59	39,200	46,800	86,000	2.1
60-64	31,360	42,390	73,750	1.8
65+	49,000	61,580	110,580	2.7
計	1,959,700	2,135,800	4,095,580	100

(1994年国勢調査の初期値による)

(2) 行政地区別人口

表 3-13 行政地区別人口 (1994 年)

	男	女	計	%
アンマン	819,126	748,782	1,567,908	38.3
バルカ	143,494	129,995	273,489	6.7
ザルカ	323,191	300,752	623,943	15.2
マダバ	55,183	51,125	106,308	2.6
イルビッド	385,264	3,605,510	745,774	18.2
マフラク	89,156	81,747	170,903	4.2
ジャラシ	64,107	59,088	123,195	3.0
アジラン	47,935	46,270	94,205	2.3
カラク	88,395	81,157	169,552	4.2
タフィラ	31,814	29,342	61,156	1.5
マアン	42,934	36,467	79,401	1.9
アカバ	45,284	34,461	79,745	1.9
計	2,135,883	1,959,696	4,095,579	100

(1994 年国勢調査の初期値による)

(3) 人口年齢別割合

表 3-14 年齢別人口構成の推移 (1961~1994 年)

年齢別	1961	1976	1979	1983	1987	1991	1994
0-14	45.4	52.0	50.7	48.0	45.5	42.7	41.4
15-59	47.7	43.5	45.2	48.1	49.9	52.9	56.0*
60+	6.9	4.5	4.1	3.9	4.6	4.4	2.6*
Total	100	100	100	100	100	100	100

(注) \*は 1994 年国勢調査の初期値による

出典: General Statistics Department.

(4) 農村人口及び都市人口の推移

表 3-15 農村人口及び都市人口の推移 (1960~1990 年)

	1960	1970	1975	1980	1985	1990
就農人口 (%)	43.9	33.8	28.0	11.5	7.8	7.4
都市人口 (%)	42.7	49.6	52.9	60.0	64.2	68.1

(1992 年 National Center for Educational Research and Development の資料による)

### 3-3-2 社会動態の推移

#### (1) 社会指標の推移

表 3-16 社会指標の推移 (1960~1990年)

	1960	1965	1975	1980	1985	1990
幼児死亡率	111	86	82	65	54	45
成人識字率 (%)	32.0	59.0	62.0	68.0	75	74.2
1 医師当たり人口	5,900	2,680	2,250	1,500	1,140	1,200
女性就労率 (%)	90	92	90	97	121	121
中等教育就学率 (%)	5.3	5.5	6.1	9.0	11.4	9.9
平均余命 (年)	0.25	38	50.6	67.3	63	62
最貧窮層 (%)	—	—	—	15.0	15.5	18.0
失業率 (%)	—	—	—	3.5	6.0	18.0

(1992年 National Center for Educational Research and Development の資料による)

前ページの年齢別人口構成を見ると 1991 年においては、ジョルダンでは 15 歳以下の年齢層が 43% を占めている。ジョルダンにおける粗出生率は 1993 年においては 1,000 人当たり 4.3 で先進工業国の 3 倍、合計特殊出生率は先進工業国の 2.0、発展途上国の 4.7 に対して 5.5 となっている。出産可能年齢層におけるジョルダン女性の 69% が 4 人以上、31% が 7 人以上の子供がいる。平均余命はアラブ諸国の 60 年、発展途上国の 57 年、先進工業国の 73 年に対して 66 年となっている。

妊産婦出産率は 10 万に対して 60 という高い数字を示している。1986 年から 1990 年における乳幼児の死亡率は 45/1000 で発展途上国の 1/2 であるが、先進工業国の 3 倍となっている。

#### (2) 出生率の推移

表 3-17 人口及び出生率の推移 (1952~1994年)

	人口 (1,000人)	出生率 (%)
1952	586.2	
1961	900.8	4.8
1979	2133.0	4.8
1985	2866.0	3.9
1992	4012.0	6.1
1994	4139.0	4.35 (1979~1994 平均)

出典: General Statistics Department.

1992年における出生率の上昇は湾岸戦争による出稼ぎ労働者 30 万人の帰国による影響と推測される。

(3) 死亡率の推移

次に示す表は幼児・小児死亡率に関連するもので、シヨルダンにおける死亡率の改善を示すものである。

表 3-18 粗死亡率、幼児死亡率及び平均余命の推移

	粗死亡率	幼児死亡率	平均余命	
			男	女
1951-1955	16	125	50	53
1956-1960	14	115	52	55
1961-1965	9	83	58	62
1966-1970	8	69	61	64
1971-1975	8	67	64	67
1980-1981	7	64	66	70
1985-1990	6	34	64	68

出典:General Statistics Department/counts,census surveys 1961,1976,1979,1981,1983,1987,1990.

表 3-19 幼児死亡率、小児死亡率及び平均余命の推移

	1 歳未満	1 ~4 歳未満	5 歳以下
1966-1970	61	27	86
1971-1975	59	13	71
1976-1980	42	10	51
1981-1985	59	7	46
1986-1990	34	5	39

出典:JORDAN Population and Family Health Survey/1990.

次ページの表は新生児、幼児、小児死亡率と社会的背景との関連性を示すものであり、地方よりは都市、都市よりは大都市の方が良い数字を示していることは地域レベルが死亡率と相関関係にあることを示しており、医療施設が都市部ほど充実しているためと思われる。また、教育レベルの高い母親ほど死亡率が低いことは教育も死亡率と密接な関係を持つことを示している。更に母子保健サービスの有無も大きな要素である。一般に妊娠期間中、出産時に医療サービスを受けたの方が良い数字を示している。

表 3-20 社会背景と新生児、幼児、小児死亡率との関連

社会背景	1ヵ月未満	1ヵ月以上 1歳未満	1歳未満	1歳以上 5歳未満	5歳未満
居住区					
大都市	24.3	12.8	37.1	3.4	40.3
都市	19.5	14.9	34.3	6.3	40.5
地方	22.1	17.2	39.2	8.4	47.3
地域					
アンマン	22.8	13.2	36.0	4.2	40.0
ザルカ+マフラク	23.2	15.4	38.5	7.6	45.8
イルビッド	25.3	19.2	44.5	6.4	50.6
バルカ	6.5	8.8	15.3	6.9	22.1
南部	19.5	12.1	31.6	6.3	37.7
教育レベル					
教育なし	23.3	15.3	38.7	6.4	44.8
初等教育	22.7	18.4	41.1	8.1	48.8
中等教育	21.4	14.4	35.8	4.6	40.2
中等教育以上	19.3	4.7	23.9	1.6	25.5
母子保健					
妊娠/出産時なし	14.3	18.2	32.5	16.1	48.0
妊娠時または出産時	23.6	18.8	42.4	3.7	46.0
妊娠/出産時両方	22.0	10.4	32.4	6.8	38.9
合計	22.0	14.8	36.8	5.8	42.4

(4) 人口将来予測

表 3-21 人口推移と予測 (1990~2005年)

	1990	1994	2000	2005
総人口	3,453,000	4,139,466	4,849,000	5,670,000
男	1,777,000	2,160,732	2,483,000	2,899,000
女	1,676,000	1,978,734	2,366,000	2,771,000
年齢別割合				
0-4歳	14.8	16.6	15.5	14.7
5-14歳	28.8	25.1	24.3	25.0
15-49歳	46.8	49.8	50.9	51.2
50-64歳	53.5	56.5	57.4	57.2
65歳以上	2.8	2.8	2.9	3.2

出典: Population National Committee.

## (5) 婚姻

ジョルダン女性、特に地方における女性の最大の役割は家事と育児とされ、早い年齢から家事、育児に取り組んでいる。ジョルダン社会においては婚姻は期待される社会行為であり、女性の1/3は15歳～19歳の間に結婚しており、結婚後1年以内に第一子を出産し、以後長い期間を費やして大家族を構築している。

この大家族思考は、大家族が重要な社会的ステータスであるという強い通念に支持されており、人口・家族計画の実行の阻害要因となっている。この傾向は南部農村地区に強く、カラク行政地区の保健省事務所所長 Dr. Abdullah によれば、南部農村地区においては、北部地区、都市部と違って複数の妻を持つことが普通であり、それぞれが5～7人の子供を持ち、そして20～30人の家族を形成するのが一般的であるという。実際に、Ghol Al-Safi Hospital において産婦人科に入院中の女性に質問したところ、35歳の女性は5人目、37歳の女性は7人目の子供を出産したところであり、両方とも自分の他にもう1人の妻がおり、そちらにも5人と6人の子供がいるとのことであった。

また、Tafila Royal Medical Hospital 及び Karak Hospital の産婦人科の医師との会議において、人口・家族計画実行の問題点として、これら農村部における大家族傾向と女性の早婚を挙げていた。更に女性の早婚の大きな原因として女性の職場が非常に少ないということを挙げていた。

## 3-4 人口・家族計画政策と実施体制

### 3-4-1 現行の人口・家族計画

ジョルダン政府が現在実施している人口・家族計画は宗教的制約もあってバースペーシングプランニングと呼ばれる計画のみである。この計画はイスラム教の教典であるコーランに育児は母乳で行うべきであるとの記述がある点に着目し、30～36カ月の授乳期間を設けることによって間接的に人口・家族計画を行おうというものである。この計画に最初に取り組んだのはジョルダン人口・家族計画協会であり、クイーン・アリア社会福祉基金(QAF)の支援を受けながら、保健省施設(プライマリーヘルスセンター、プレッジヘルスセンター)、自己診療所を中心に活動を行っている。保健省のこの問題に対する取り組みはジョルダン人口・家族計画協会の運動を支援するという形で始まっており、現在ではプライマリーヘルスセンターに置かれたMCHを中心にジョルダン人口・家族計画協会の指導を受けながら実施する体制を整えている。

### 3-4-2 人口・家族計画分野の指標

出生率、家族計画の実行率、及び家族計画に対する意識が年次を追ってどのように変容してきたか、1990年度版ジョルダン人口・家族保健調査(JPFHS)を分析したものを下記に示す。

#### (1) 出生率

出生率に関わる統計値からジョルダンの出生傾向の変容と現状を分析したものを以下に述べる。

まず、全体的な傾向としてジョルダンの出生率は、すべての年齢層グループで1970年代半ばから1980年代後半にかけてコンスタントに下降してきた。15～49歳までの出産可能な年齢にあ



る女性の合計特殊出生率は、1976年に7.7人であったものが、1981年7.1人、1983年には6.6人にまで下がっている。また、1985年から1990年までの5年間の期間平均では、それが5.6人にまで下がっている。つまり1970年代半ばから1980年代前半で、11%下がり、その後1980年代後半までで24%減少したことになる。15～44歳までと年齢を引き下げたグループで見た場合でも同様なパターンが見られる。年齢層グループの中で年次的に最も大きな減少を示しているのは、15～24歳グループである。これらの減少の要因について、報告書は、1976年から1983年の間の減少は、結婚年齢の上昇によるものであるとしながらも、1983年から1990年までの減少は、避妊の普及によるものであろう、と報告している。

表 3-22 現在の出生率

年齢層 グループ	1976年 (JFS)	1983年 (JPFHS)	1990年 (JPFHS)
15-19	71	49	49
20-24	300	228	219
25-29	367	335	296
30-34	332	305	264
35-39	240	233	188
40-44	112	127	79
45-49	47	40	19
TFR 15-49	7.4	6.6	5.6
TFR 15-44	7.1	6.4	5.5

出典：JORDAN Population and Family Health Survey 1990

また、全体的に子供の数が減少していく傾向は、粗出生率でも同様で、例えば1970年代初頭1,000人当たり50人であったものが、1990年には34人に減少している（1991年統計省データから）。

表 3-23 社会背景と合計特殊出生率の関連

社会背景	合計特殊出生率	40-49 歳の女性の平均出産率
居住区		
大都市	4.75	7.50
都市	5.60	8.38
地方	6.85	8.83
地域		
アンマン	4.88	7.65
ザルカ+マフラク	5.58	8.32
イルビッド	6.20	8.85
バルカ	5.55	7.29
南部	6.64	8.59
教育レベル		
教育なし	6.92	8.84
初等教育	6.00	8.38
中等教育	5.39	6.31
中等教育以上	4.10	4.03
合 計	5.57	8.12

出典：JORDAN Population and FamilyHealth Survey 1990

上記の表に見られるように、合計特殊出生率の居住形態との相関関係については、1990年の人口・家族・保健調査統計で見る限り、一般的に都会に住む女性の合計特殊出生率が地方のそれよりも低い。例えば、大都市で4.7人、その他都市で5.6人、地方では6.8人となっている。しかし、居住の形態にかかわらず、25～34歳までの年齢層グループの出産が全出産の半分を占め、その中でも20～24歳グループが20%を占めている。

地域間の比較では、アンマン地域が最も合計特殊出生率が低い。地域内平均で、アンマンの合計特殊出生率は、近郊のザルカ・マフラク地域やバルカ地域より0.7小さく、南部地域より1.8、イルビッド地域より1.3小さい。

合計特殊出生率と教育レベルには、強い相関関係が見られる。出生率と教育レベルは反比例の関係にあり、中等教育を受けた女性の合計特殊出生率が最も低く4.1であるのに対し、教育を受けていない女性の合計特殊出生率が最も高く6.9となっている。

この2つのグループの合計特殊出生率の格差は、子供約3人分に当たり、生涯出産経験数(CBE)に至っては約5人分の開きがあると報告されている。このことから、合計特殊出生率の減少には教育の普及と改善が重要であることは明らかである。しかし、初産の年齢との関係では、教育レベルの要因は奇妙なパターンを描いている。例えば、初産年齢が最も高いのが中等教育を受けた女性である(21.2歳)ことは分かるが、最も低いのは、教育を受けていない女性グループではなく(20.5歳)、初等教育を受けた女性グループなのである(19.6歳)。このことから、

教育は、初産の年齢に直接関係しないが、その後の出産数、すなわち家族サイズに対する計画性において大きな影響を及ぼしていると推測される。家族計画における教育の重要性が問われる由縁である。

表 3-24 初産年齢

年齢	未経産婦	初産年齢						初産時 平均年齢
		<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25+	
15-19	94.7	-	3.4	1.9	-	-	-	-
20-24	64.8	0.3	7.6	12.9	9.3	5.1	-	-
25-29	32.1	0.6	13.8	15.5	14.0	16.7	7.3	23.0
30-34	13.6	1.8	19.3	19.2	15.8	17.3	13.0	21.2
35-39	8.3	1.3	21.5	22.7	16.7	16.1	13.3	20.4
40-44	3.9	2.7	19.3	22.1	19.3	20.7	12.0	20.5
45-49	4.0	3.7	16.6	21.7	23.6	18.4	11.9	20.6

(注) - : 0.05%以下

出典：JORDAN Population and Family Health Survey 1990

上記の表に見られるように、初産年齢が年次を追って遅くなってきていることは、25～29 歳グループの初産平均年齢が 23.0 歳なのに対し、その前の世代の年齢層グループ (30～34 歳) は 21.2 歳であることから分かる。初産年齢の高齢化は、今後の出産率の低下に貢献すると推測される。別の統計値から同様な分析結果が得られることがこれを裏付けている。更に「表 3-23 社会背景と合計特殊出生率の関連」に見られるように合計特殊出生率 (TFR) と、年齢層 40～49 歳に属する女性のこれまでに出産した子供の平均数 (CBE) -生涯出産経験数- を比較すると、一様に後者の方が大きいことが報告されている。このことは、今後徐々に出産率が低下していくであろうことを示唆しており、また、この生涯出産経験数の地域間格差があまりなく、一様に総出産率よりも低いことは、出産率の低下が全地域的な現象であると考えられる。

最後に、ジョルダンの女性は、比較的長い出産間隔を好むものと思われる。統計調査は、生まれた子供の約半分が、その兄弟との間に 2 年以上の年齢差があり、また、5 人に 1 人は、3 年かそれ以上の年齢差があると報告されている。この出産間隔の格差は、都市と地方の間にはないが、教育レベルとの関係は認められる。平均して、教育を受けた女性の方が比較的出産間隔が短い。その原因は結婚年齢が高いため早く出産し、家族を形成しようとするのと教育を受けた女性の方が授乳期間が短いということにあると思われる。この傾向は家族計画のプランニングにおいて考慮すべき項目の一つであり、パースペーシングプランニングの要因ともなっている。

表 3-25 出産間隔

年 齢	前妊娠時よりの経過日数					合 計	平均経過月数
	7-17	18-23	24-35	36-47	48+		
年齢							
15-19	61.7	18.5	18.2	1.7	0.0	100.0	16.5
20-29	37.0	26.8	26.7	6.4	3.1	100.0	20.9
30-39	20.5	21.0	34.8	11.0	12.7	100.0	26.0
40+	10.3	17.1	36.7	14.1	21.7	100.0	30.5
出生数							
2-3	39.3	25.0	23.6	7.3	4.8	100.0	20.5
4-6	23.6	23.3	32.2	9.5	11.5	100.0	24.7
7+	18.4	20.9	37.7	11.1	11.9	100.0	26.2
前回出生児の性別							
男児	25.8	22.1	31.8	9.5	11.3	100.0	24.7
女児	28.4	24.0	30.8	9.1	7.6	100.0	23.5
前回出生児の生死							
生存	26.0	23.2	31.6	9.5	9.7	100.0	24.2
死亡	46.0	19.6	24.2	5.9	4.3	100.0	18.8
居住地域							
大都市	27.0	20.9	28.3	11.1	12.7	100.0	24.6
都市	27.4	23.3	31.4	9.3	8.7	100.0	23.8
地方	26.1	25.1	34.6	7.4	6.8	100.0	23.8
居住地区							
アンマン	26.6	22.3	28.8	10.2	12.1	100.0	24.3
ザルカ+マフラク	24.8	22.5	31.7	10.6	10.4	100.0	24.6
イルビッド	30.7	24.3	31.1	7.0	6.9	100.0	23.0
バルカ	23.8	21.4	36.6	10.1	8.1	100.0	24.7
南部	23.7	24.5	35.7	9.4	6.7	100.0	24.4
教育レベル							
教育なし	17.7	21.6	40.9	10.6	9.3	100.0	26.1
初等教育	23.5	23.9	31.7	8.9	11.9	100.0	24.6
中等教育	30.8	23.4	28.2	8.8	8.8	100.0	23.1
中等教育以上	37.6	22.3	22.8	9.8	7.5	100.0	21.5
合 計	26.8	23.0	31.3	9.3	9.5	100.0	24.0

(2) 計画に対する知識と普及の具合

1990年の人口・家族・保健調査によれば、ほとんどのジョルダンの既婚女性が家族計画についての知識（少なくとも1つの方法）を有している。家族計画の近代的方法についての知識に限定してみると、ピルとIUDが最も良く知られており（98%）、その次に卵管結紮術（95%）となっている。コンドーム、子宮内避妊器具、注射等については51～58%である。最も認知度が低いのは、精管結紮術でわずか26%である。伝統的な方法に関しては、授乳期間の延長（バーススペーシングプランニング）が最も良く知られており、ほとんどの既婚女性が知っている。荻野式や性交中断法はそれぞれ78%と70%である。

表 3-26 既婚女性の避妊知識と知識の供給源に対する認識度

避妊方法	方法を知っている	供給源を知っている
どの方法でも	99.8	94.8
どの近代的方法でも	99.0	94.2
ピル	98.3	88.6
IUD	97.9	87.7
注射	50.7	39.8
ペッサリー	58.1	49.7
コンドーム	55.2	46.8
卵管結紮術	94.5	85.3
精管結紮術	26.3	20.9
どの伝統的方法でも	99.7	64.7
荻野式	78.0	64.7
性交中断法	70.2	NA
バーススペーシングプランニング	99.7	NA
その他	6.8	NA

(注) NA : Not applicable

出典 : JORDAN Population and Family Health Survey 1990

また、以下の表に見られるように家族計画の知識源（実施に必要な情報やサービスがどこまで受けられるか）については、95%の女性が知っていると答えており、特にピルとIUDに関する知識源の認知が最も高い（それぞれ89%と88%）。すなわち、家族計画の方法を知っている者の10人のうち8～9人が、その知識源を知っていることになる。

表 3-27 近代避妊方法の知識・供給源

知識・供給源	ピル	IUD	ペッサリー	コンドーム	卵管結紮術	その他
公立病院	4.8	2.6	8.4	-	73.0	18.2
MCH/ヘルスセンター	3.7	8.9	-	13.0	0.5	6.1
家族計画クリニック	9.4	48.9	3.4	24.3	-	30.1
個人医	13.8	30.6	17.5	2.3	1.6	20.4
私立病院	2.2	5.9	-	-	24.9	9.0
薬局	64.0	1.1	70.6	60.5	-	14.7
友人／親戚	0.4	-	-	-	-	0.1
その他	0.8	2.0	-	-	-	1.2
知識なし	1.0	-	-	-	-	0.2
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(注) - : 0.05%以下

出典：JORDAN Population and FamilyHealth Survey 1990

表 3-28 結婚女性の避妊方法の推移

避妊方法	1976 (JFS)	1983 (JFFHS)	1990 (JPFHS)
どの方法でも	22.8	26.0	35.0
どの近代的方法でも	17.3	20.8	26.9
・ピル	11.9	7.8	4.6
・IUD	2.0	8.3	15.3
・注射	N.A	0.2	0.0
・ペッサリー	0.1	0.1	0.6
・コンドーム	1.4	0.6	0.8
・卵管結紮術	1.9	3.8	5.6
どの伝統的方法でも	5.4	5.3	8.1
・荻野式	2.1	2.9	3.9
・性交中断法	3.3	2.4	4.0

出典：DHS Survey 1987-1990

上の表は結婚女性の避妊方法の推移を示すが、1990年のJPFHSの調査によれば、既婚女性の40%が何らかの受胎調節を行っていると報告されている〔ここには5%の授乳期間延長による受胎調節(バーススペーシングプランニング)も含まれる〕。このうち3分の2の女性が、近代的な避妊を実行しており、その内訳はIUD(15%)、卵管結紮術(6%)、ピル(5%)となっている。一方、伝統的な避妊についての知識レベルが高いことは先に述べたが、実施に関してもバーススペーシングプランニング運動の影響もあって授乳期間の延長が最も広く普及してい

る方法で、現在結婚している女性の19%がこの方法を用いている。性交中断法(17%)、荻野式(17%)が続いている。

避妊の実行率(授乳期間延長方法は含まない)の年次的変化は、1976年の23%から1983年の26%、1990年の35%と大幅に上昇してきた。また、その避妊方法の内訳が、1976年から1990年にかけて大きく変わってきた。1つの傾向は、ピルの使用が少なくなり、IUD または卵管結紮術が広く行われるようになってきたことである。数値でいえば、ピルの使用率が1976年及び1983年にはそれぞれ12%及び8%あったものが、1990年には5%に落ち込んでいる。ピルの使用率の低下は定期的に使用することの困難さによる失敗が多いことに原因がある。一方、IUDは、2%(1976)と8%(1983)から、15%(1990)に上昇した。上昇の最大の要因はIUDの使用は夫に知られることがないという点にある。

表 3-29 避妊実行率

避妊方法	年 齢							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
既婚女性								
どの方法でも	21.8	45.8	65.5	76.0	73.9	73.0	64.0	63.7
どの近代的方法でも	9.0	30.3	49.4	62.8	63.7	63.2	53.5	50.8
ピル	6.1	16.0	29.4	39.4	41.9	45.4	39.5	32.8
IUD	2.7	19.8	32.2	42.5	38.8	30.6	20.7	29.7
注射	-	-	0.4	1.1	1.8	3.3	4.5	1.5
ペッサリー	2.2	2.3	5.5	8.3	10.1	10.6	8.8	7.0
コンドーム	1.3	3.1	6.2	12.4	6.8	7.8	5.7	6.7
卵管結紮術	-	-	0.3	1.9	10.1	15.4	13.2	5.5
精管結紮術	-	-	-	-	0.1	-	-	-
どの伝統的方法でも	16.0	28.2	41.4	47.5	42.2	40.3	34.8	38.1
荻野式	4.8	11.2	16.6	23.1	18.6	18.0	14.6	16.5
性交中断法	6.3	9.4	17.3	23.1	18.9	20.9	15.7	16.9
バースペーシングプランニング	8.3	13.0	20.1	22.5	21.3	19.6	16.7	18.4
その他	-	0.1	0.8	0.8	1.4	2.3	2.1	1.1
結婚女性								
どの方法でも	20.9	46.0	66.9	77.3	75.9	74.7	67.1	64.9
どの近代的方法でも	8.9	30.3	50.4	63.7	65.5	64.7	55.9	51.7
ピル	6.2	16.2	30.0	40.0	42.6	45.9	41.2	33.2
IUD	2.4	20.1	33.2	43.6	40.7	32.1	22.3	30.8
注射	-	-	0.2	1.0	1.8	3.1	4.8	1.4
ペッサリー	2.2	2.3	5.5	8.6	10.4	10.7	9.2	7.1
コンドーム	1.4	2.9	6.2	12.6	6.9	7.7	6.0	6.8
卵管結紮術	-	-	0.3	1.8	10.7	16.2	14.0	5.6
精管結紮術	-	-	-	-	0.1	-	-	-
どの伝統的方法でも	15.6	28.3	42.2	48.6	43.7	41.9	36.8	39.0
荻野式	4.9	11.3	17.1	23.8	19.6	18.6	15.8	17.0
性交中断法	6.1	9.4	17.8	23.5	19.6	21.8	17.1	17.4
バースペーシングプランニング	8.1	13.1	20.3	23.2	21.9	20.5	17.3	18.8
その他	-	0.1	0.8	0.8	1.5	2.4	2.4	1.1

(注) -: 0.05%以下

受胎調節の経験者を年齢別に見ると、年齢と共に経験者の数が増えている。15～19 歳グループでは 21%なの、30～34 歳グループで 77%まで上がる。この上昇傾向は、特に IUD の実施率において顕著である。例えば、15～19 歳グループの 3%の女性にしか行われていない IUD が、30～34 歳グループでは 44%である。また、ピルは、40～44 歳層の女性に最も使われている。伝統的方式に関しては、授乳期間延長が 25～44 歳の各グループで最も広く用いられており、性交中断法、荻野式は、30～34 歳グループである。

以上に述べたごとく、既婚女性のほぼ全員が家族計画の知識を有しており家族計画についての知識の普及率が高い。ラジオ・テレビ等で行う家族計画のメッセージ放送が受け入れられており、近代的避妊の普及率が、大都市に居住する女性の方が、地方の女性よりも約 2 倍多いことから分かる。

このようにジョルダンにおける既婚女性の避妊知識は高いものがあるが、一般に家族計画の定着率が低い。この主な理由は、既に妊娠してしまった、また妊娠したいと思っている、避妊の副作用への心配などである。ピルと IUD に対してはその副作用を最も心配している。

以下の表はジョルダンにおける家族計画の阻害要因を示すものである。

表 3-30 避妊実行における阻害要因

	ピル	IUD	ペッサリー	コンドーム	卵管結紮術	荻野式	性交中断法	バースペーン グブレンニク
問題なし	70.5	76.9	88.5	90.6	81.1	95.0	89.3	97.5
夫が認めない	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	1.2	2.6	0.0
副作用が心配	17.0	13.6	5.0	0.0	7.5	0.7	1.3	0.0
健康上の理由	9.7	6.7	3.7	5.1	9.6	0.0	3.3	0.7
実行に不便	0.5	0.2	2.9	3.7	0.0	1.1	2.1	0.4
Sterilized,want children	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3
その他	2.4	2.4	0.0	0.0	1.8	2.1	1.0	0.7
無効	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.3
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典：JORDAN Population and Family Health Survey 1990



表 3-31 避妊を中止した理由

	近代的方法				伝統的避妊法			その他
	ピル	IUD	ペッサリー	コンドーム	荻野式	性交中断法	バースペース グラフソング	
妊娠	13.1	11.3	37.5	27.5	51.5	36.7	40.1	27.0
子供が欲しい	22.0	29.0	11.3	15.7	23.2	20.1	15.8	21.6
夫が認めない	0.9	0.7	2.5	11.4	4.4	8.3	0.5	2.3
副作用が心配	35.5	30.3	17.3	7.7	1.1	2.5	0.7	17.2
健康上の理由	7.1	6.8	4.1	5.8	3.1	2.8	1.0	4.6
妊娠梗塞	0.5	-	0.9	-	-	-	0.3	0.7
他の方法へ変更	1.6	1.3	3.2	6.9	5.6	9.0	11.4	5.2
実行に不便	1.9	2.0	4.0	8.2	1.4	3.5	0.6	2.0
性交が	4.8	1.5	2.7	1.6	1.4	2.5	0.1	2.1
宗教的理由	0.1	-	-	-	-	-	0.4	0.1
月経閉止	0.7	0.5	1.7	-	0.6	0.8	0.5	0.7
婚姻解消	0.7	0.5	-	0.9	0.1	0.2	0.1	0.3
その他	10.7	16.1	14.0	14.3	7.3	12.0	28.1	15.6
知識なし	-	0.1	0.8	-	0.2	0.5	0.2	0.1
無効	0.4	0.2	-	-	0.2	1.0	0.2	0.3
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(注) - : 0.05%以下

出典：JORDAN Population and Family Health Survey 1990

(3) 出産傾向

女性の出産への嗜好は、将来の出産率に関ってくる。また、これは潜在的な避妊の必要性に関する情報を提供するものである。

表 3-32 年齢による子供数の願望

何人子供が欲しいか?	女性の年齢							合計
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
すぐもう1人	38.1	24.4	18.0	12.4	9.7	7.3	4.5	15.2
あとでもう1人	52.0	50.9	40.2	20.0	6.2	2.6	0.3	24.8
いつかは決めてないがもう1人	3.6	1.5	1.0	1.4	1.1	0.1	0.3	1.1
決めていない	1.4	1.7	1.8	2.5	2.9	2.2	1.4	2.0
欲しくない	4.4	20.9	37.9	59.9	66.2	63.6	61.2	47.1
避妊手術をしまっている	-	-	0.3	1.8	10.8	16.2	14.0	5.6
高齢で出産不能	0.5	0.6	0.7	1.9	3.0	7.7	18.3	4.1
その他	-	-	-	0.1	0.1	0.2	-	0.1
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(注) - : 0.05%以下

出典 : JORDAN Population and FamilyHealth Survey 1990

表 3-33 社会背景による子供の理想数の推移

社会背景	女性の年齢							合計	希望出産率	特殊出生率
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49			
居住地域										
大都市	3.9	4.1	4.1	4.2	4.3	4.5	4.9	4.3	3.359	4.749
都市	4.2	4.2	4.4	4.6	4.7	4.8	5.3	4.5	4.013	5.603
地方	4.2	4.5	4.3	4.5	4.4	5.2	6.0	4.6	4.761	6.846
居住地区										
アンマン	4.2	4.1	4.1	4.3	4.2	4.5	5.2	4.3	3.549	4.885
ザルカ+マフラク	3.6	4.1	4.1	4.1	4.4	4.7	5.0	4.3	3.604	5.585
イルベッド	4.4	4.6	4.6	4.8	5.0	5.0	5.4	4.8	4.113	6.199
バルカ	4.7	4.0	4.3	4.1	3.8	4.6	5.2	4.2	4.526	5.553
南部	3.5	3.9	4.2	4.4	4.7	4.8	5.7	4.4	5.219	6.638
教育レベル										
教育なし	6.9	4.5	4.2	4.9	5.0	5.2	6.0	5.3	5.301	6.921
初等教育	3.9	4.2	4.1	4.6	4.5	4.7	4.3	4.4	4.087	6.004
中等教育	4.1	4.2	4.3	4.3	4.1	4.2	4.0	4.2	3.621	5.387
中等教育以上	4.2	4.2	4.3	4.2	4.3	4.1	4.7	4.3	3.444	4.103
合計	4.1	4.2	4.2	4.4	4.5	4.7	5.2	4.4	3.938	5.573

出典 : JORDAN Population and FamilyHealth Survey 1990

15～49歳の女性を対象にした調査では、約半分（47%）の女性がこれ以上子供は欲しくないと思っており、これによってもし適切な家族サイズが維持されれば、出産率は、現在より30%低い3.9%に下がるであろう。また、一方では女性の3人に2人が子供を欲しがっている。これはヨルダンでは一般に大家族を望ましいとする傾向が強く、3人以上の子供を持っている女性の半分以上が、また4人から5人の子供を持っている女性のかかなりの人数が、それ以上子供を欲している。しかし大多数の女性が理想的な家族の大きさを子供4人と考えており（52%）、理想の子供数の平均は4.4人である。

また、出産願望は年齢と共に減少していき、一般に大都市に住む女性の方が地方の女性よりも出産願望は小さくなり、更には、教育も出産願望と反比例の関係を持つことである。

一般的に理想的な子供の数と実際の子供の数の間には相関関係がある。これは、1つには、ヨルダンでは社会的ステータスの1つということもあって大家族指向が強く、男性は女性が望む限りそれを達成する傾向にあり、更に実際に出産する子供の数が増えるにつれて理想的な家族のサイズを上方に修正する傾向があるからである。また、女性が望まなくても男性が大家族を望む場合には、女性は離婚されるか、あるいは第2、第3夫人を持つことによって大家族を形成しようとする傾向がある。したがって人口・家族計画実行においては男性に対する人口・家族計画の広報活動、情報提供、教育が必要であると考えられる。

#### (4) 人工中絶

宗教的な制約があるため統計資料は得られなかった。

#### (5) 意識の変容と今後の課題（家族計画の必要性）

1990年の統計報告書によれば、出生率がコンスタントに低下しているものの、1985年から1990年まで行われた出産のうち20%が望まれたものでないとしている。したがって、今後こうした望まれない出産を予防することができれば、合計特殊出生率は5.6から3.9に下がるであろうと予測している。産児の調節に対する女性の意識に関して、既婚女性の4分の1が、再出産までの期間を延ばすか止めたいと思いつながら避妊を実施していない。統計によれば、既婚女性の8%が次の出産までの期間を延ばすために家族計画を必要としており、15%が出産を止めたいと思っている。

また、1985年から1990年までの全出産の4/5は、次のような危険性の高いものであったとしている。母親の年齢が若い（18歳以下）、高齢（35歳以上）、多産（3人ないしそれ以上）、前出産との間隔が短い（2年以下）。出産の抑制には、母子保健との関連性〔例えば出産間隔が短いと未熟児（低体重児）の発生率が高くなる等〕があるのである。

以上のことから、家族計画の知識と実行が普及してきているが、以下の分野でまだ改善の余地があると考えられる。

- 1) パースペーシングプランニングプログラムを採用する利点について更なる情報提供、教育を行う必要がある。すなわち、家族計画の情報の普及度とサービスの提供に関する情報とは差がある。ここでいうサービス提供とは家族計画がどこで受けられるかという情報、月経サイクル延長、方法に伴う副作用に対する情報、家族計画に必要な用具類の入手に関する情報の提供等である。女性側だけでなくもう一方の当事者である男性側に対する家族計画の認識度が低いことが明らかなので、家族計画を採用することの利点等、男性に対するより一層の啓蒙活動、

情報提供が必要である。

- 2) 家族計画を実行する可能性のある人たちに対して、年齢、家族の希望、個人的状況にあった最適な方法について相談を受けられるようにする。
- 3) 授乳期間を延長するなどの伝統的な方法が母子の健康改善に効果を上げることを啓蒙し、家族計画の重要な一施策とする。

### 3-4-3 人口・家族計画分野における NGO の活動

ヨルダンにおける人口・家族計画における NGO 活動において重要な役割を担っている NGO は次のとおりである。

#### (1) クイーン・アリア社会福祉基金 (QAF)

ヨルダンにおける最大の NGO で前王妃のアリア王妃を記念して王室が主体となって設立し（現在の財団の理事長は王妹であるバスマ王女がその任についている）、この財団はヨルダン政府と密接な関係があり、会則等の変更については内閣の承認を要する等、政府の意向が強く働く面があり、日本風にいえば半官・半民の財団と考えるのが適切ではないかと思われる。

本財団はもう1つの王室関連 NGO であるクイーン・ヌールフセイン財団 (QNF) が都市部に在住する女性を対象としているのとは反対に、農村等の地方に在住する女性を対象とした活動を、王室外交によって獲得した資金を基に設立した QAF センターを主たる拠点に活動している。この QAF センターは次の機能を標準的に備えている。

- ① 保育所 : 女性の社会活動の参加促進の1つの手段として設立されている。保育所へ行くという名目で女性の社会活動参加を容易にするという狙いがある。保育料は月額1JDと低い。
- ② 職業訓練 : 女性自身の手による収入を取得するための訓練、縫製、編物、食料品の生産教室を主として行っている。  
一部のセンターには縫製工場、編物工場が設置されており、終了者の受入れを行っている。また展示、販売コーナーを設置し、製品販売の努力も行っている。
- ③ 診療所 : 産婦人科の診療所が設置されており、診療活動、家族計画活動を行っている。  
診療所の運営は後述のヨルダン人口・家族計画協会に委託している。

これらセンターの運営は、ローカルの NGO に委託され、クイーン・アリア社会福祉基金 (QAF) は設備、資金を提供するが、最終的にはローカル NGO による全面的な運営に移行するという形態をとっている。

クイーン・アリア社会福祉基金 (QAF) の組織図、1994/95 年度予算及びプロジェクトの実施状況を参考として示す。

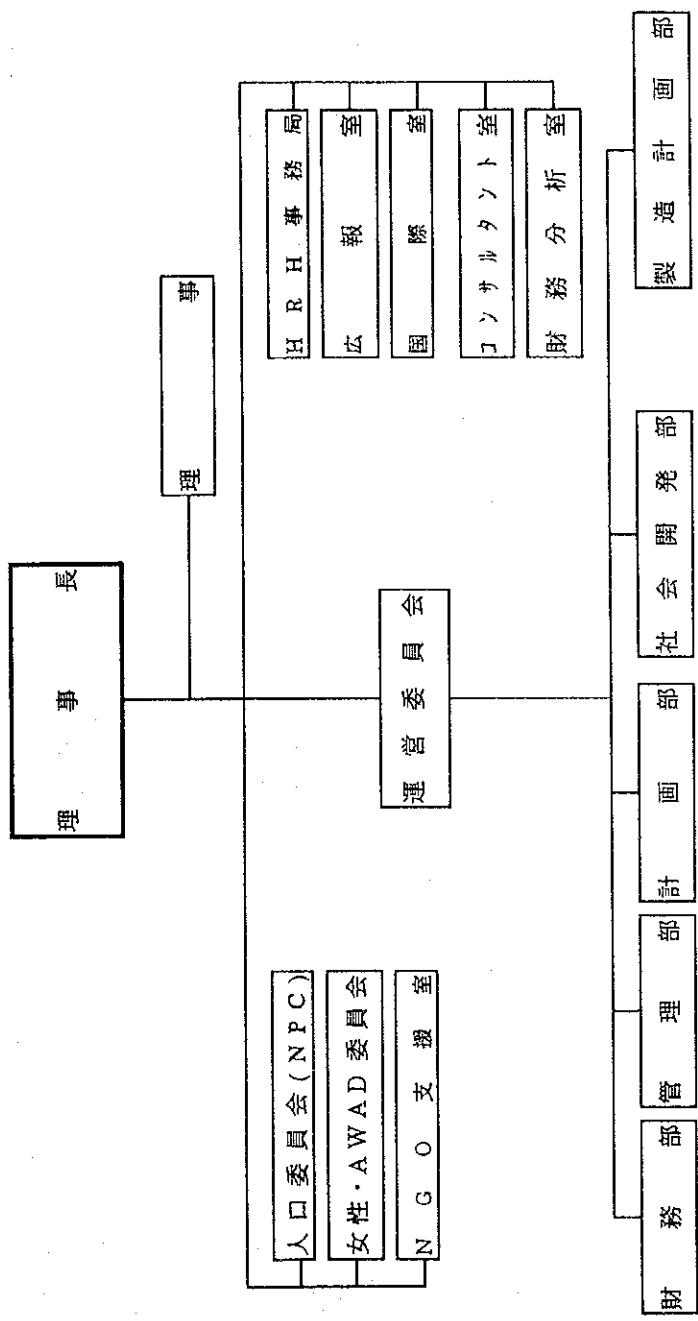


図 3-2 QAF の組織図

表 3-34 クイーン・アリア社会福祉基金 (QAF) の予算の推移 (回答書による)

(単位: JD)

NO.	部門	予算 (1994)	実績 (1994)	予算 (1995)
1.	管理・財務部	520,000	452,241	554,400
2.	計画部	92,100	39,495	74,340
3.	国際協力部	-	-	69,800
4.	社会開発部	575,350	340,520	431,020
	-LCDP 支援費	216,350	201,600	162,960
	-小児保健費	161,750	48,950	158,960
	-教育訓練費	131,150	41,370	41,400
	-職業訓練費	61,300	44,600	19,000
	-女性委員会	4,800	4,000	7,350
	-地方市場開発費	-	-	7,500
	-管理費	-	-	33,850
5.	生産プロジェクト部	942,900	430,388	616,750
	-家庭菜園プロジェクト	21,000	730	10,400
	-牧羊プロジェクト	73,600	35,700	44,160
	-食品製造プロジェクト	4,200	1,000	44,100
	-ナツマヤシプロジェクト	159,600	47,880	60,600
	-織物プロジェクト	41,000	46,700	44,090
	-陶器及び縫製プロジェクト	10,000	10,000	10,000
	-縫製工業プロジェクト	60,000	30,000	50,000
	-陶磁器プロジェクト	265,000	230,135	245,800
	-カンヤステーションプロジェクト	42,500	25,500	25,500
	-養鶏プロジェクト	7,000	2,540	-
	-薬草プロジェクト	259,000	203	-
	-管理費	-	-	82,100
6.	QUEEN ZEIN ALSHARAF センター	-	139,147	170,00
7.	その他プロジェクト	-	336,000	3,287,900
	TOTAL	2,130,350	1,737,791	5,204,210

表 3-35 クイーン・アリア社会福祉基金 (QAF) のプロジェクト実施状況 (回答書による)

プロジェクト	金額 (JD)
診療所プロジェクト	700,000
WADIRUM プロジェクト	500,000
手工芸品プロジェクト	420,000
AL-QADESIEH 社会開発センタープロジェクト	42,000
小口融資基金プロジェクト	1,008,000
ジョルダン・ヨーロッパ技術訓練センタープロジェクト	130,000
イルビッド SHEIKH HUSSEIN 地域開発センタープロジェクト	63,000
常設展示センタープロジェクト	220,116
GHOR AL-SAFI 救急センタープロジェクト	44,800
地方開発プロジェクト	145,000
接客訓練プロジェクト	15,000
<b>TOTAL</b>	<b>3,287,916</b>

(2) JAFPP (ジョルダン人口・家族計画協会)

ジョルダンにおける人口・家族計画の最前線にある NGO で現在の人口・家族計画の実施責任機関ともいえるべき存在である。

職員数は 100 名 (内看護婦 19 名、一般医 23 名、助産婦 1 名、検査技師 3 名) で、診療所はイルビッド、アンマン、マズラ、タフィラ等の 15 カ所に置かれている。その他移動診療所 (診療車) を 2 台所有している。この財団の特徴は管理部門の一部の人間を除いてすべてが女性であるということである。このことが人口・家族計画の実施に当たって大きなプラス要因となっている。診療所は JAFPP 独自のもので前述したクイーン・アリア社会福祉基金 (QAF) センター内診療所の運営を委託されたものと 2 種類あるが、いずれも 1 乃至 2 名の一般医、看護婦及びケースワーカーによって構成・運営されている。

また、移動診療車は医師、看護婦、ケースワーカー各 1 名で構成され、保健省のプライマリーヘルスセンター、ビレッジヘルスセンターを中心に巡回サービスを行っている。

当協会は評議会議長がクイーン・アリア社会福祉基金 (QAF) 理事長のバスマ王女でもあることからクイーン・アリア社会福祉基金 (QAF) と密接な関係があること、現在までの実績に対する評価もあって、ジョルダンにおける人口・家族計画の指導的立場にある。

JAFPP の予算の推移及び組織図を以下に記す。

表 3-36 JAFPP の予算の推移

(単位: JD)

	1991	1992	1993	1994	1995
政府補助金	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
診療活動等の収入	112,510	146,457	146,172	146,793	143,232
助成金	17,958	12,956	20,658	14,822	7,075
寄付	173,532	192,011	313,290	284,367	602,183
<b>TOTAL</b>	<b>305,000</b>	<b>352,424</b>	<b>481,120</b>	<b>446,982</b>	<b>753,490</b>

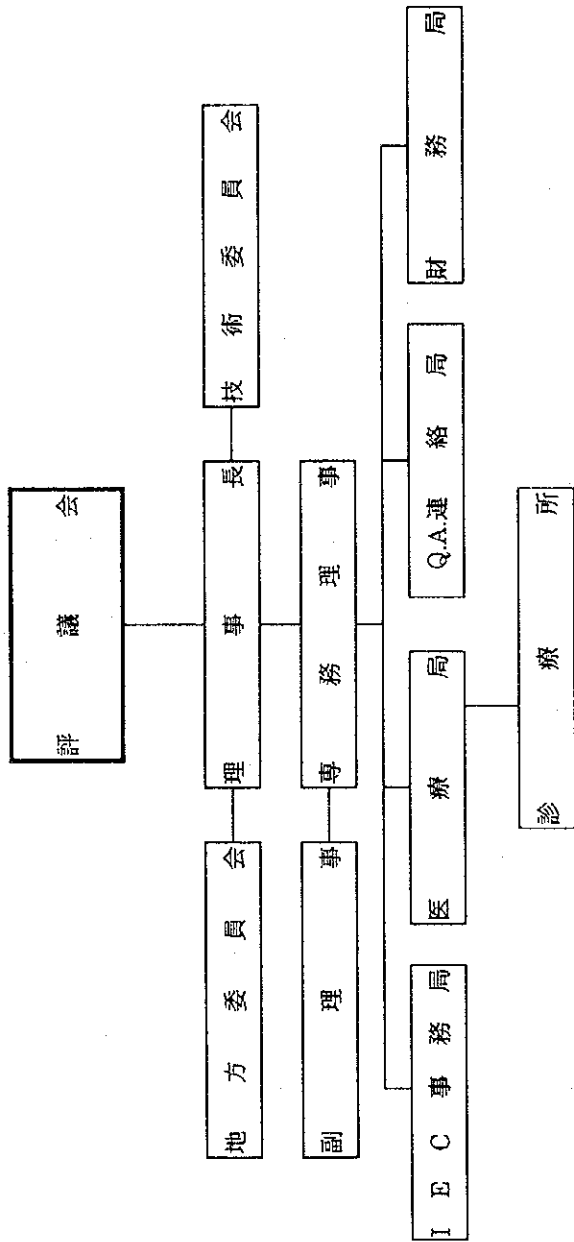


図 3-3 JAFPP の組織図



### 3-5 開発と女性 (WID)

#### 3-5-1 ジョルダン女性の概況

##### (1) 人口プロフィール

ジョルダンでは、1994年に国勢調査が行われたが、その結果は以下に示す年齢別性別人口概況しか報告されていない。したがって、本欄の分析は暫定的なものである。ターゲットグループの明確な家族計画プロジェクトを策定するために、今後は、地域別人口プロフィール(例:国勢調査)を入手し分析を行う必要がある。

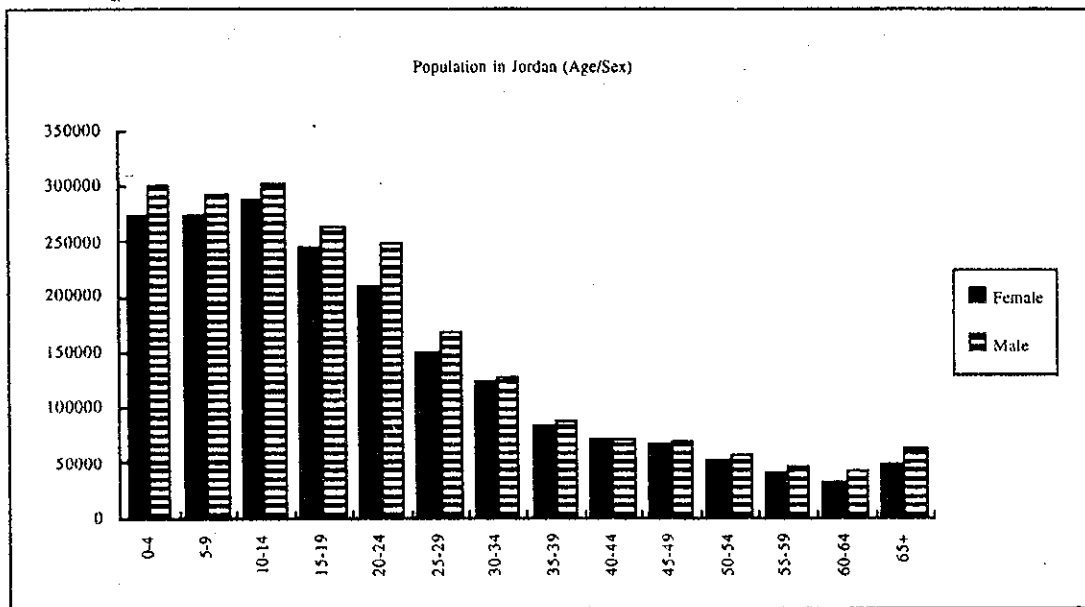


図 3-4 ジョルダンの年齢別性別人口分布

全般にどの年齢別コホートを見ても、男性人口が女性人口を上回っている。その原因が、果たして社会文化的な要因に根差しているのかは、今回の調査結果のみからは、判断しかねる。

15歳以上50歳以下の再生産が可能な女性人口は、約95万2,000人と女性人口全体の49%を占める。また、若年人口(男女15歳以下)は、全人口の約42.2%で、扶養負担率(Dependency Rate =  $\text{Population } 0-14\text{yrs} + 65\text{yrs} + / \text{Population } 15\text{yrs} - 64\text{yrs} \times 100$ )は81人/100人と高い。思春期保健も入れた長期的な家族計画プロジェクトを考えると、対象人口はかなり広範にわたることになる。

また、人口増加に関しては、ジョルダン国内では南部の方が、また、都市での貧困層の間で人口増加率が高いことが、多くのドナー、政府機関、またはNGOsから指摘された。

民族グループ別の人口構成は、公開されないと一般には考えられている。それというのもジョルダンは多民族国家で、その構成比は、地域政治との関連性という見地から、非常にセンシティブであると考えられているためらしい(例:パレスティナ問題、ロシア連邦などからのチェチェ

ン独立闘争など)。民族グループとしては、アラブ系（但し、数世代前は遊牧民であったケースが多いということである）、遊牧民であるベドウィン、チェルキッシュ（コーカサス系でもともとは、現在のチェチェンや付近から強制移住されたグループであるということである）、パレスティニアン、アルメニアン、その他の外国人労働者（スリランカ、フィリピン、エジプトなど）が挙げられる。

宗教ごとの人口構成は、入手できなかった。人口の大半は、イスラム教徒だが、アルメニアンやパレスティニアンの一部には、キリスト教徒もいると考えられている。イスラム教では、パルダ（文字どおりカーテンという意味で、女性の行動規律）が存在するため、女性が外に出ることが社会的に制約されているのが事実である。したがって、女性は結婚適齢期に達すると家庭にいたことが普通で大家族のメンバー以外からは、社会的に疎外されている例が多いといえる。また、民族的側面と関連してであろうが、血縁を重んじ財産を血縁集団の仲間内で守ろうとする傾向があるため、いとこ婚が伝統的に行われ、障害児の出生確率が高い傾向がある。

民族グループごとに緩やかではあるが、職業の区分が存在するようである。パレスティニアンは、ビジネスやまた官僚組織でも高い地位を占めることが多いという。チェルキッシュは、法／秩序に関する職業（警察官、軍人）につく傾向があるという。また、アルメニアンの男性は、銀行の経営者が多く、女性はサービス系の職業（ウェイトレスなど）につくこともある。観光サービス業等の職業で人目につく職業は、アラブ系パレスティナ系の男性がつく傾向にある。目に触れないような観光サービス業等の職業、ドメスティックサービス（家政婦業）、清掃業は、「汚い職業」として捉えられている傾向があり、外国人が男女を問わずつく傾向がある（エジプト、フィリピン、スリランカ、中国が調査中に目についた国籍である）。以上、どのグループの範疇にも入らない大半のアラブ系やパレスティナ系のイスラム教徒の女性の地位については、経済階層別や地域階層別に分析する必要があるようである。

## (2) 教育水準から分かる概況

ジョルダン女性の教育水準は、中東近隣諸国の女性のそれと比べ、より高いと報告されている。また、男女格差もほとんどないことが分かる。以下に示したのは、男女別データである。残念ながら3-5-1-(1)において触れたジョルダン国内の民族グループ別の教育水準についてはデータはない。

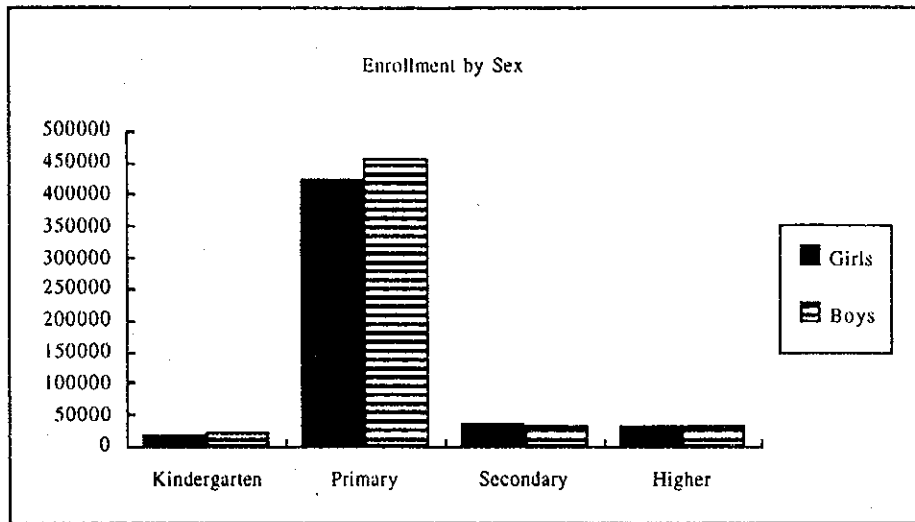
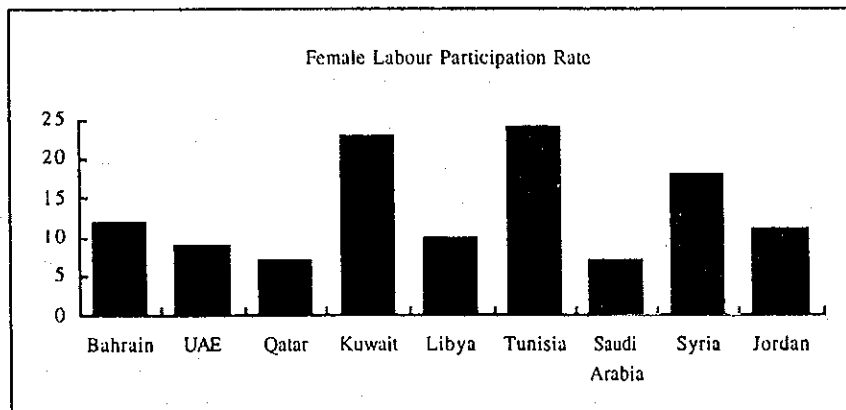


図 3-5 ジョルダンの男女別レベル別就学率

(3) 労働参加率から分かる概況

同国の女性の教育水準は、近隣中東諸国の女性のそれに比べ、より高いにもかかわらず、近隣中東諸国と同様、その労働参加率は以下のように決して高くはない。



(United Nations Development Programme, Human Development Report 1995, p.176)

図 3-6 中東諸国における女性の労働参加率の比較

第 1 の理由は、3-5-1-(1)で説明したように、ジョルダン女性が好むホワイトカラー的職業（秘書、タイピスト等）や専門職（医療関係）の労働市場に関しては、供給過剰の傾向があり雇用機会が少ないからである。一方、需要の伸びつつあるドメスティックサービス（家事労働、清掃業等）やジョルダンバレー等での農業労働は、「汚い仕事」として捉えられており、外国人労働者の参入によって現在供給サイドが満たされているのが現実である。

第2の理由は、3-5-1-(1)で説明したようにイスラム教国であり、近隣諸国のサウディ・アラビアやアラブ首長国連邦と比べ、緩やかであるといわれているもののパルダ（文字どおりカーテンという意味で女性の行動規律）が存在するため、女性が外に出ることが社会的に制約されているからである。だからといって女性が経済活動を全く行わないというわけではないらしい。これも、経済階層別地域別に見ていく必要があるが、地方では人目につかない朝晩に農業／酪農分野の経済活動を行っているという報告もある（例：家畜のための飼料集め等）。

第3の理由は、合計特殊出生率（Total Fertility Rate）が高いのに加え、入学前児童のための安価な保育園がほとんど存在しないため、女性が育児を始めとする再生産活動や生産活動の一部に時間を割かれ、自分のことを考える余剰時間がほとんどないであろうためである。

以上の理由には、緊密な相互関係があると考えられる。子供を産まないという社会的圧力（これは、多分に宗教的な圧力でもあるようである。特に、姑から来る場合が多いという）、多産、重くのしかかる再生産活動、社会的には見落とされている女性の経済活動、その結果、女性の健康状態の悪化という悪循環が引き起こされ、生活改善の手段を持たない、より貧困な社会層に属する女性を更に不利な立場に陥れるという状況を作り出していると考えられる。

しかしながら、湾岸戦争以降ジョルダンを取り巻く経済状況は悪化し、失業率、不完全雇用率ともに増加の傾向にある。皮肉なことに、このような悲観的なマクロ経済の状況が、現在、女性の経済進出を必要に迫られた形で可能としつつある。

### 3-5-2 「開発と女性」を推進するための組織／機構／政策

ジョルダンのナショナルマシナリーは、Jordanian National Commission for Women で、1992年に創立された。同委員会は、事務局をQAF内に構える民間団体で、職員は、数名のみの小規模な団体である。しかしながら、行動計画や推進戦略の協議の際の参加メンバーは、NGOs、政府各省、民間団体（援助団体以外、例：大学等）と幅広く、ポリシーフォーラムとして効果的に機能している。その背景要因として、QAFの設立者であり総裁であるバスマ王女が自ら北京会議を始め、その準備会議等を指揮してきたこと、また、QAFと政府機関や各省間で行われてきた人事交流によるためと考えられる。

明文化された行動要領が、北京会議以前よりでき上がっており、それに基づきドナーへの協力を求めたり、また、民間／政府でもそれぞれが権限内のできることを精一杯行っているといった印象を受けた。また、同委員会がQAF内に存在することもあってか、北京会議以降、QAFにおけるWID分野のフォローアップ活動には、目覚ましいものがある。

### 3-5-3 クイーン・アリア社会福祉基金（QAF）における「開発と女性」分野の活動

#### (1) センターでの活動

QAFは、全国で40カ所以上のセンターを持ち、マルチセクターコミュニティ開発プロジェクトを実施している。センターの開始が決まると、まず最初に地域から女性ボランティアを募り情報普及の手段、また、相談ごと等の際の指導者として養成する。これら女性ボランティアのプロフィールとしては、既婚者、社会的に尊敬される職業についていた人（退職後の教員等）、信

頼される年齢層に属していること等の条件が挙げられる。

初心者用技術研修としては、縫製、機械による編物、食品加工、識字等が行われており、長期的生計向上活動としては疑問を投げるドナーも多い。しかしながら、中流階級以下の女性が外に出る機会を得て、自分について考え始める動機付けとなるという点では、夫／姑という社会的制約、更にイスラム教という宗教や文化背景を考慮した妥当な選択肢が、入り口部門で提示されていると思える。また、バスでの送り迎え、安価な授業料というサービスも参加者となり得る層の必要性を考慮しているものと思われる。

これら一連の活動で技術をつけた女性で、更に自営で起業したい女性には運営回転資金 (Revolving Fund) から貸付けサービスがあり、これに連動する形でマネージメントコース (人材登用、資金繰り、会計等) が用意されている。金利は市場より低く、返済も6カ月以降というようにフォーマルセクターに参入する以前の猶予期間といった色合いが濃い。

成功例は数多いが、地域で需要のある活動、女性が既に持っている技術や経験を利用した活動等が成功の秘訣である。例えば、大学付近で大学生を顧客としレポートをタイプ打ちするかたわら、コンピューターの操作を教える活動、美容師、保育園経営、料理の腕を駆使したカンティーン経営等である。

QAF のセンターは、保育園を併設しており、女性が安心してこれら技術研修活動に従事できる仕組みとなっている。

更に、各センターで一連の活動が軌道に乗ると、QAF はこれらプログラムを現地 NGO に委託し、自身は顧問的な役割に徹することが多いということであった。

## (2) Queen Zein Al Sharif Compound での活動

このコンパウンドは、現在国立女性資料センターという仮称を持っているが、ディレクターは、バスマ王女の長女の Miss Farah である。センターの職員を対象とした Training the Trainers 研修を各分野 (PCM、開発と女性、情報普及等) で実施している。ジェンダー啓発研修 (ハーバード大学方式等) は、まだ行われていないとのことであった。また、センターレベルで Rapid Rural Appraisal 等プロジェクトの企画や実施段階で必要な社会調査ができる人材、また、養成できる人材はいないということであった。

### 3-5-4 今後の方向性

これまで説明してきたように、ジョルダンでは社会的宗教的制約があるため、医療中心、また、家族計画の活動のみのプロジェクトを実施しても、あまり成功が見込まれないであろうと思われる。このような背景において、まず第1に、社会階層別／地域別／そして、多分民族グループ別に人口増加の状況や家族計画に関する KAP Survey を実施することがまず必要である。その結果を踏まえ、カウンターパートと本プロジェクトで重点的に家族計画を行う地域とターゲットグループを選定する必要がある。その際に、政府機関やドナーに既に必要性が高いと認識されている①南部地域、や②都市の貧困層、がプロジェクトの対象として含まれることが望ましいと考える。

以上の2つの対象グループには、異なるアプローチが必要であることはいまでもない。南部で人口増加率の高い地域は、イスラム教原理主義者の影響が強い地域であり家族計画のみ推進するわけにはいかない。その理由として、しばしばイスラム教の聖典であるコーランが引用されるのだが、それ

によると、「子供は全能の神アラーの思し召しにより授かるもの」とされており、受胎を人工的にコントロールする「家族計画」という言葉は、宗教界の強い反発を招き得るので口にしない方が妥当であると一般に考えられている。一方、同じくコーランには、「子供は母乳で育てよ」という教えもあるため、母体保護の見地からバースペーシングという概念がプロジェクトの活動として導入されると望ましいと政府の担当者や NGOs は考える傾向がある。また、人口増加の背景には貧困問題が存在するため、人口増加の解決には BHN が満たされ、生計向上活動が行われなければならない。したがって、住民男女双方を巻き込むような、地域の特色を生かした技術研修や生活改善活動が家族計画を推進する以前のコミュニティーとの信頼醸成活動となることが考えられる。具体的には、地域に根差した需要のある技術（例：南部ベドウィン地域で家畜衛生、乳製品等）、小規模インフラ（社会インフラ）等での雇用創出や生計向上等が考えられる。

都市部での貧困層の必要性に応えるには、この欄の冒頭で述べたように現状把握のための KAP Survey が必要となろう。

プロダクティブヘルスを推進し得るプロジェクト形態としては、保健省プラス展開活動のための現地 NGO の活用、あるいは、実施機関を QAF とすることが考えられる。しかしながら、既に女性に対する支援活動の実績、また、マルチセクターコミュニティー開発活動の実績のある QAF の方が、バスマ王女による政治的な支援体制や Jordanian National Commission for Women 等、関連機関との連携の容易さから望ましいと考えられる。

最後になったが、QAF の調査研究部門、それから研修部門では、機能強化への協力要請が口頭で表明された。具体的な活動内容としては、①国立女性資料センター（仮称）の充実（特に、書籍、メディア機器）、②ジェンダー研修や社会調査の方法論の移転、等のソフトな部分も含んでいる。これらの活動は、今後 QAF の企画／プロジェクト策定能力を向上するため、また、ジョルダンが質の高い人材を有し、今後第三国研修の基地となり得るポテンシャルを残していることを考えると、具体的なセンターでの技術研修等の計画策定、実施、モニタリングに加え、本プロジェクトとの一部として十分考慮し得る活動であると考えられる。

### 3-6 外国援助の動向

#### 3-6-1 他の二国間、国際機関の活動

ジョルダンに対する諸外国の援助の状態を以下に示す。

表 3-37 G7 による対ジョルダン援助 (1988~1995 年)

年	日本		アメリカ		ドイツ		イタリア		イギリス		フランス		カナダ	
	借款	贈与	借款	贈与	借款	贈与	借款	贈与	借款	贈与	借款	贈与	借款	贈与
1988	-	9.12	63.0	11.001	-	15.0	7.2	7.0	-	0.7	5.5	-	-	-
1989	13.7	7.36	78.0	30.5	2.4	15.0	-	-	-	5.5	0.4	-	-	-
1990	336.2	8.53	137.0	42.2	60.02	120.90	-	-	-	-	16.8	-	-	-
1991	433.4	6.72	30.0	58.3	-	98.95	-	24.0	-	2.2	19.5	-	-	18.7
1992	-	5.06	30.0	46.0	23.89	0.519	-	17.6	-	4.1	13.0	-	-	-
1993	-	7.93	20.0	45.0	12.86	14.47	-	2.0	-	-	-	-	-	11.1
1994	134.1	15.0	15.0	9.0	43.31	8.66	27.1	-	-	3.5	14.0	-	-	4.3
1995	-	37.8	15.0	12.2	52.7	10.8	-	0.6	-	7.6	17.6	1.6	-	4.4

(注) 1995 年は 10 月までの実績

表 3-38 国際援助機関による援助 (1988~1995 年)

年	世界銀行		EU		イスラム開発銀行		アラブ基金		国連機関
	借款	贈与	借款	贈与	借款	贈与	借款	贈与	借款
1988	-	71.0	8.4	51.9	-	-	-	-	11.4
1989	-	73.0	8.4	0.9	-	1.5	-	69.4	11.2
1990	-	175.0	10.9	-	-	-	-	27.9	7.3
1991	-	25.0	208.8	8.1	-	-	-	-	14.5
1992	-	-	73.2	29.3	-	6.1	0.8	-	9.6
1993	1.5	135.0	-	33.9	-	15.2	-	50.0	8.6
1994	0.39	106.6	51.4	45.8	0.28	27.3	1.3	157.8	8.8
1995	1.4	60.0	32.3	36.0	-	21.5	-	64.7	10.1

(注) 1995 年は 10 月までの実績

3-6-2 現行の人口・家族計画母子保健プロジェクト一覧表

援助機関	プロジェクト名	援助額 (US \$ 1,000)	期間
USAID	1)Family Health Services	7,000	1994-1997
	2)Marketing of Birth Spacing	5,000	1989-1996
	3)Comprehensive Postpartum	11,000	1994-1999
	4)Assistance to JNPC	280	1989-1992
WHO	P.H.C.programs	1,600	1996-1997
UNITED NATIONS	1)Establishment for JNPC/GS	358	From 1992
	2)Strengthening of Perinatal and Family Planning Services	274	From 1992
	3)Population,Human Resources and Development Planning	219	From 1992
UNFPA	1)Expansion and strengthening of MOH Services	1,800	1993-1997
	2)Zein Al-Sharaf Compound for Training and Social Development	498	From 1991
	3)Support to JNPC, Phase II	-	-
	4)Population, Human Resources and Development Planning	219	From 1993
	5)Population Programmes for Grassroots	-	From 1994
	6)Expansion of JAFPP activities in FP Clinical Services	-	From 1994
	7)1994 Population and Housing Census	-	From 1994
	8)Demographic Analysis, Research and Training	-	From 1994
	9)Support for National Committee for Women	-	From 1994
	10)Population and Environment Awareness for Poor Family & Youth	-	From 1995
	11)Integration of Population, Education into Basic Education, Phase II	-	From 1995
UNICEF	1)Diarrhea disease	140	1993-1997
	2)Acute respiratory infection (ARI)	465	1993-1997
	3)Safe motherhood	470	1993-1997
	4)EPI	835	1993-1997
	5)Child nutrition	460	1993-1997
EUROPEAN COMMUNITIES	Technical capabilities of JNPC	260	From 1992
IPPF	Support for JFPPA and PFPPA	980	From 1993
SAVE THE CHILDREN	Basic Health Service/Family Planning in Jordan Valley	-	From 1993
WORLD BANK	Primary Health Care Project	30,500	1986-1992

(保健省、UNFPA 回答、Inventory of Population Projects in Developing countries Around the world, 1991/92(UNFPA) による)



## 4. 「家族計画及び開発と女性」プロジェクトの要請内容の確認と協議

### 4-1 プロジェクトの位置付け

ジョルダンの国土は日本の約 1/4 であるが、その 80% は粘土質の砂漠であり、農耕適地は 6.3% にすぎない。更に水資源も不足し、1991 年に灌漑の行われている農耕適地は 15% にすぎず、食料の大半を輸入に頼らざるを得ない。また天然資源にも恵まれず、わずかにリン、カリウムが産出する程度である。ジョルダン政府は高教育レベルの労働者を湾岸諸国に供給し、彼らの送金を大きな外資収入源としてきた。しかし、1991 年の湾岸戦争における同国の〈プロイラク〉選択は周辺諸国の反感を買い、戦争後には出稼ぎ労働者の大量帰国を余儀なくされ、諸国からの援助も減少した。更に帰国者、難民の流入による急激な人口増と外貨収入の減少は食料の輸入にも大きく影響することになる。更に、ジョルダンの脆弱な国内工業には帰国労働者の受入れ市場はなく、失業率を増大させるばかりである。

このような事情から同政府は人口・家族計画の実施を最優先、緊急課題として取り組まざるを得なくなつたものと考えられる。

### 4-2 プロジェクトの実施体制

本プロジェクトの実施機関としては保健省、国家人口委員会 (JNPC)、クイーン・アリア社会福祉基金 (QAF) が考えられる。現地における当該各機関の調査では、

- (1) 保健省は人口問題への取り組みが浅く、技術ノウハウ、人材育成をジョルダン人口・家族計画協会等に師事しており、対象機関とするのは不相当と考えられる。
- (2) 国家人口委員会 (JNPC) についても、政府機関として正式に承認が得られていないこと、人材や予算面での裏付けがないことなどから対象機関とは認めがたい。
- (3) クイーン・アリア社会福祉基金 (QAF) は、本案件の申請機関であること、資金面・人材・手法・施設等を備えていること、王室関連機関であることから関連政府機関にも調整能力を持つこと、他の NGO からの協力が得られやすいことなどの理由により主要な対象機関となり得るものと判断する。

### 4-3 提言

- (1) 本計画は地域を限定して実施する。対象地域は社会整備も遅れている南部地域とし、計画を調整しながら実施地域を拡大していく。当面の候補地域はカラク、マアン、タフィールの 3 地区から選定するのが適切と判断する。
- (2) 移動診療車等移動医療施設の効果を考慮し、内容検討の上、導入する。
- (3) (2) には、MCH の目標である遺伝性血液疾患、先天異常を含む障害児の早期発見は、やや先進的と思われるが、適切なスクリーニングのあり方を考慮する。
- (4) 一次、二次医療に携わる医療従事者に対して、各レベルでの適切な教育・訓練プログラムを作成する。
- (5) この国の実状に即した広報活動を行う。

#### 4-4 留意点

- (1) 多国籍機関、USAID、EU、国連関連機関、諸 NGO など多方面からの援助が行われているため、これらの組織と協調して計画を進行することが重要である。
- (2) ジョルダン人口・家族計画協会の成功の要因と考えられる女性スタッフを積極的に活用すべきで、とりわけ、地域活動を担当する移動診療車に参画するメンバーは女性を主体とすべきである。







JICA