



ヨルダン家族計画・WIDプロジェクトの総合的研究
キャパシティ・ディベロップメントの視点による分析
平成17年11月
独立行政法人
国際協力機構
国際協力総合研修所

ヨルダン家族計画・WIDプロジェクトの 総合的研究

キャパシティ・ディベロップメントの視点による分析

平成17年11月

独立行政法人 国際協力機構
国際協力総合研修所

総研
JR
04-60

ヨルダン家族計画・WIDプロジェクトの 総合的研究

キャパシティ・ディベロップメントの視点による分析

駒澤 牧子

株式会社アース アンド ヒューマン コーポレーション主任研究員

平成17年11月

独立行政法人国際協力機構
国際協力総合研修所

本報告書は、平成16年度独立行政法人国際協力機構客員研究員に委嘱した研究成果をとりまとめたものです。本報告書に示されている様々な見解・提言などは必ずしも国際協力機構の統一的な公式見解ではありません。

なお、本報告書に記載されている内容は、国際協力機構の許可無く転載できません。

発行：独立行政法人国際協力機構 国際協力総合研修所 調査研究グループ

〒162 8433 東京都新宿区市谷本村町10 5

FAX : 03 3269 2185

E-mail: iictae@jica.go.jp

目 次

要約	i
謝辞	v
1. はじめに.....	1
1 - 1 本研究の背景と目的	1
1 - 2 本書の構成	2
1 - 3 調査方法	2
2. CDの基本的理解	4
2 - 1 援助コミュニティにおけるCDの発展	4
2 - 2 JICAにおけるCDの捉え方	8
3. ヨルダンの概況	13
3 - 1 地理・政治・社会	13
3 - 2 教育レベルと就業	15
3 - 3 RHの現状	16
3 - 4 人口政策の推移	17
4. 事例の概説	20
4 - 1 事例の構成	20
4 - 2 背景	20
4 - 3 実施期間・実施機関・パイロット地域	21
4 - 4 ステージごとの概要	23
5. CDの観点から特筆すべきアプローチ	34
5 - 1 フェーズ	34
5 - 2 フェーズ	38
5 - 3 旧開発福祉支援事業（CEP）.....	44
6. CDの観点からの成果と課題	46
6 - 1 協力メカニズム	46
6 - 2 個人レベル	47
6 - 3 組織レベル	50
6 - 4 制度・社会レベル	56
6 - 5 各層の相互作用	58

6 - 6	カラクモデルとその普及について	59
7.	JICA事業適用への考察と提言	62
7 - 1	事業形成段階	62
7 - 2	実施段階	65
7 - 3	普及・自立発展に向けて	70
7 - 4	まとめ JICAコミュニティ・地域社会のエンパワーメント型技術協力ができること ...	71
参考文献	73
添付資料		
添付資料 1	現地調査日程	80
添付資料 2	主要面談者	82
添付資料 3	現地調査方法	85
添付資料 4	プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM)	86
添付資料 5	フェーズ / フェーズ 実施プロセス図	87
添付資料 6	議事録	88
添付資料 7	簡易アンケート調査概要・集計結果	118
添付資料 8	簡易アンケート調査質問票	121
添付資料 9	制度の六角形	122
添付資料10	技術協力の3つの類型	124
略語表	126

要 約

本研究の背景と目的

途上国に対する援助の効果や効率性を見直す議論の中で、1997年に国連開発計画（United Nations Development Programme: UNDP）がキャパシティ・ディベロップメント（Capacity Development: CD）の概念整理を発表して以来、援助機関の中でこの概念を援助理念や援助戦略に取り入れる動きが活発化している。国際協力機構（Japan International Cooperation Agency: JICA）においても、技術協力のマネジメントの中にCDの考え方を取り込もうという検討が進められている。

本研究が事例として取り上げるのは、JICAのヨルダンでの人口・家族計画分野における3つのステージ（フェーズ1、フェーズ2、旧開発福祉支援事業（Community Empowerment Program: CEP））からなる一連の協力（以下、本事例）である。本事例は、1994年の国際人口開発会議（カイロ会議）におけるリプロダクティブ・ヘルス（Reproductive Health: RH）概念を具現化した先駆的なプロジェクト群であり、全体像を見渡せる文献作成が望まれていた。また、パイロット地域を舞台にして住民、とりわけ女性を中心としたエンパワメントを入り口として、組織、地域全体のCDにつながっていく発展プロセスを展開しており、CD支援のあり方を考えるうえで参考になると考える。

そこで、本研究では本事例を総合的に取りまとめたうえで、CDの視点でその成果と課題を検証し、そこからJICAの技術協力事業の改善に向けた教訓を導き出すことを目的としている。

CDとは

ドナー間において、CDの基本理念はほぼ同じであるものの、戦略への取り込みやアプローチにおいてはさまざまな議論がある。その中でもUNDPが2002年に発表したCDの報告書の考え方が現在の主流となっている。そこでは、すべての国には土着の「能力」があること、裨益国と援助国は対等なパートナーでなければならないことをあらためて強調している。CDにおける「能力」とは、問題を解決する能力、目標を設定しそれを達成する能力、それらのために適切に役割を果たす能力、であると定義している。そして、これまでのほとんどの技術協力プロジェクトでは個人の技術や組織の強化にとどまっており、社会レベルへの配慮がなかったことへの反省から、個人（individual）、組織（institutional）、社会（societal）の3つのレベルに着目する必要があるとしている。JICAにおいても、現在、これにほぼ共通する考え方で、CD概念のマネジメント手法への具体的な取り込みが検討されている。

ヨルダンの概況

ヨルダンは、1946年に英国より独立した立憲君主制の国家で、国王が最高権力を有する。文化・宗教的背景から、伝統的に女性は早婚、多産の傾向があり、1992年時点の人口が2013年に倍増すると予測され、人口抑制は喫緊の課題と認識されていた。

保健医療水準は比較的良好である。近代的避妊方法実行率は低いものの、人口政策の転換や社

会経済の進展によって合計特殊出生率は着実に減少している。人口政策は、1994年のカイロ会議が契機となり、1996年に「国家人口戦略」が打ち出され、2000年には「国家人口戦略2000～2003：RH行動計画」が策定されたが、主に2000年以降に大きく前進し始めたといえる。

事例の概要

本事例は、プロジェクトタイプ技術協力事業（以下技プロ）のフェーズⅠ、フェーズⅡ、旧開発福祉支援事業（CEP）の3つのステージから構成されている。各ステージの概要は以下のとおりである。

	フェーズⅠ： 地固め期	フェーズⅡ： モデル形成期	CEP： 定着・普及期
直接の C/P機関	JOHUD	MOH、HPC、JOHUD	JOHUD
パイロット 地域	カラク県南ゴール郡	カラク県のほぼ全域。とくに都市部およびその周辺部が主要活動地域	カラク県の1都市と1過疎地域
地域の特質	最貧地域	教育程度は比較的高く、出生率は平均的	都市は社会資源に恵まれ、過疎地域は都市部からのアクセスが悪い
主な活動	人口統計の把握と基礎的保健医療の整備、男女を対象としたIEC活動、住民対象の収入創出活動	MCHセンターにおけるサービスの質の向上、女性ボランティアによるIEC活動、女性のための収入創出活動	これまで開発した手法の集大成。他地域への普及
活用した現 地リソース	MOH、県保健局、宗教指導者	MOH、県保健局、宗教指導者、UNFPA専門家、NGO	地域組織、地方政府、これまで育成したCST・ファシリテーター

CDの観点から特筆すべきアプローチ

本事例では、個人や組織としての能力の向上、それらのプロセスを後押しする環境づくりを促すさまざまな工夫があった。各ステージでとられた特筆すべきアプローチおよびそのCDの観点からの意義は、以下のとおりである。

	アプローチ	CDの観点からの意義
フェーズⅠ	ベースライン調査	・地域リーダーのオーナーシップを醸成した。
	FP/RH分野のハードの整備	・保健医療スタッフの仕事へのインセンティブを向上させた。 ・住民にとってプロジェクト活動へのエントリーポイントになった。
	ボランティア（CDP）の育成	・女性CDPがエンパワーされた。 ・FP/RH啓発活動と収入創出活動が統合された。
	収入創出活動（マイクロクレジットプログラム）	・男性の理解を得るためのエントリーポイントとなった。 ・女性の自信の醸成や男性の女性に対する意識の変化につながった。
フェーズⅡ	チーム・ビルディング	・ヨルダン側関係のオーナーシップとコミットメントを高めた。
	LACの創設	・部族社会の障害を軽減した。 ・マルチセクター的アプローチが融合した。
	ボランティア（ファシリテーター、CST）の育成	・きめ細かい伴走体制がインセンティブとなり、持続的な活動と向上心を高めた。

フ ェ ィ ズ	参加型エンターエデュ ケートワークショップ 手法の開発	・ファシリテーターと教材のパッケージで、普及活動が容易にな った。
	三層的アプローチ	・個人が変容するための環境づくりにつながった。
	モニタリングシステムの 構築	・住民のCDを目指すプロジェクトにおける、モニタリング・評 価手法の開発に参考となる。
C E P	地域資源の包括ネット ワーク	・CDの基本概念である“途上国自身の資源を生かし、内生的に 発展させるプロセス”そのものを体現した。
	側面的支援	・地方組織における自立発展のための助走となった。

これらのアプローチは、ヨルダンの他地域、あるいはアラブ諸国でも適用可能なエッセンスを多く含んでいる。

CDの観点からの成果と課題

「キャパシティを個人、組織、制度、社会といった複数のレベルで捉え、この各層のダイナミックな相互作用に着目する」というCDの基本概念に照らして、本事例の成果と課題を分析した。

個人レベルをみると、パイロット地域の女性たちはエンパワーされるというCDの最初のステップを達成し、ボランティアに従事した女性たちはさらなる自己実現の段階に進んでいる。また地方組織レベルでは本事例に深く関わったリーダーのオーナーシップの醸成によって組織の活動の質も向上している。中央組織レベルでは、各組織（MOH、HPC、JOHUD）のC/Pの個人的なキャパシティの向上によって組織全体のキャパシティの向上へつながった。これらの各層を取り巻く環境（社会レベル）においては、本事例が政策や制度に対する直接的な介入を意図的に控えたこともあり、本事例によるインパクトは軽微であったが、逆に外部環境（ヨルダン人の基礎的能力、安定した社会制度、経済発展、人口政策の推進など）から多くの正の影響を受けている。さらに本事例から得られた経験は、第三国研修や連携した王室系NGOのシリアへの技術移転などを通じて、海外にも影響を与えている。

以上のように本事例において、個人、地方組織、中央組織、さらには海外まで、各層の相互作用があることが分かった。本事例のエッセンスで構成される“カラクモデル”は、他地域へも適用可能性をもつとの認識がヨルダン関係者の間に深まりつつあり、南ヨルダン地域へのカラクモデルの普及に強い意欲を示している。

一方、CDの最終ゴールである課題対処能力の醸成という観点からは課題もある。個人レベルでは、女性たちがエンパワーされ意識・知識・技術は身につけたが、それを生かす場を自ら見つけるという“課題設定とその達成”という段階には達していない。また、地方組織レベルでは保健行政執行力という面での課題対処能力にまだ不安がある。

JICA事業適用への考察と提言

以上の調査・分析によって得られたJICA事業適用への考察と提言は以下のとおりである。

事業形成段階

- ・ CDは途上国の内発的な変化であり、その発展のプロセスである。この基本原則に立つと、援助側としては途上国の開発課題、その優先順位、ニーズを尊重しなければならない。
- ・ 外部の援助者は“ 伴走者 ” でなければならない。そのためには、息の長い、長期的なビジョンに基づく、プログラムの展開が必要である。
- ・ 途上国主体の、長期にわたり、広範囲にわたるCDのためには、ドナー連携が不可欠である。
- ・ 途上国側を主体としたオーナーシップ醸成のために、参加型ワークショップによるチーム・ビルディングが有効である。
- ・ ベースライン調査は、さまざまな効果が期待できるので、プロジェクト活動に組み入れ、積極的に活用すべきである。

実施段階

- ・ 確かな信頼関係の上に、オーナーシップを育てる。
- ・ 裨益国の発展プロセスに合わせて、フレキシブルな計画変更が可能な体制が求められる。
- ・ CDの支援においても、ハードへの支援は必要である。
- ・ 可能な限り、裨益国にある既存の社会資源、専門的人材を活用することが、基本である。
- ・ 社会資源・専門的人材のネットワークの形成は、活動をダイナミックで有機的なものへと変化させる。
- ・ 援助者は“ 伴走者 ” として、個人の継続的な発展プロセスへのインセンティブに関して、工夫する必要がある。
- ・ リーダーの育成は組織におけるCDの第一歩である。
- ・ CDは、個人、組織、制度・政策、社会に相互に関係しながら変化していく。各層の変化のためにはそれらを取り巻くEnabling（可能にする）環境づくりが重要である。

普及・自立発展に向けて

- ・ 普及のためには、パイロット地域で形成されるモデルは汎用性が高いものとし、普及のためのコストを抑えるためにパッケージ化することが望ましい。
- ・ いいモデルは他地域へも伝播しやすいが、全国的な普及のためには制度化が求められる。
- ・ 援助者側に、最終的なCDの観点からの自立発展の姿をイメージし、そこに向かうビジョンが必要である。

謝 辞

まず、本研究の機会を与えてくださった国際協力機構（JICA）国際協力総合研修所調査研究グループに深く感謝の意を表します。

また本研究を遂行するにあたり、実に多くの方々のご支援・ご協力を頂きました。まず何よりも、ヨルダン家族計画・WIDプロジェクトの担当であったJICA人間開発部の母子保健チームおよび国際協力総合研修所調査研究グループ援助手法チーム他の皆様には、情報提供・資料提供、現地調査のアレンジなど、本研究の計画段階において実に有意義な情報と助言、ご配慮を頂きました。さらに、ヨルダン家族計画・WIDプロジェクトの元チーフ・アドバイザーで、現・広域企画調査員である佐藤都喜子JICA専門員には、お忙しい時間を割いて、貴重な情報提供、現地調査のアレンジ、分析結果へのコメントなどを頂きました。現地調査においても、本当に多くの方々にお世話になりました。JICAヨルダン事務所の方々には、年度末のお忙しい中、調査日程のアレンジ、調査体制の整備などさまざまな面でご支援を賜りました。またJOHUDのプロジェクトスーパーバイザーMs. Nuha Muhriezには、現地調査の細かなアレンジとヒアリングにご協力頂きました。さらに、JOHUDの支部、保健省、HPC、多くのカラク県の皆様にご協力頂きました。また行く先々での心温まる対応に驚き、そしてヨルダンが本当に好きになりました。これらの多くの皆様の協力がなければ、本研究は成立しませんでした。この場を借りて、心よりお礼申し上げます。

加えて、本報告書執筆にあたっては、JICA国際協力総合研修所調査研究グループ事業戦略チームの皆様には、ご多忙の中、詳細なコメント・アドバイスを頂きました。ありがとうございました。

最後に、私事ながら夫・駒澤大にも感謝の意を表したいと思います。現地調査を含め本研究の全体にわたり惜しみない励ましと支援を与えてくれたことが、本報告書を完成に導いたと思っています。

本報告書で残された課題については、今後さらに研究を進めていく所存ですので、これからも皆様のご指導ご鞭撻を頂ければ幸いです。

2005年11月

駒澤 牧子

1．はじめに

1 - 1 本研究の背景と目的

途上国に対する援助の効果や効率性を見直す議論の中で、1990年代後半からキャパシティ・ディベロップメント（Capacity Development: CD）という概念が注目されている。とくに、1997年に国連開発計画（United Nations Development Programme: UNDP）がキャパシティ・ディベロップメントの概念整理を発表したことによって、援助機関の中でこの概念を援助理念や援助戦略に取り入れる動きが活発化している。UNDPのキャパシティ・ディベロップメントの概念は、従来のドナー主導で、ドナー側の都合で技術移転をするという援助姿勢を反省し、途上国側の内発的で継続的なキャパシティの向上を目指すことを基本的な理念としている。

これまで使われてきたキャパシティ・ビルディングが相手側に欠けているものを新たにドナーの協力によって構築するという考え方であるのに対して、もともと開発途上国にある潜在的な能力を開発し、自ら持続的に発展するための「課題対処能力」を伸ばすことを前提としている。さらに、キャパシティ・ビルディングが個人や組織の能力向上に主眼をおいていたのに対して、キャパシティ・ディベロップメントでは、技術協力において、個人、組織、制度・社会といった複数のレベルと、それらの相互作用に着目しているところが特徴である。

近年、さまざまな援助機関がキャパシティ・ディベロップメントの考え方を援助の理念やマネジメント枠組みの中に取り入れる動きが進んでいる。国際協力機構（Japan International Cooperation Agency: JICA）においても、技術協力のマネジメントの中にキャパシティ・ディベロップメントの考え方を取り込もうという検討が進められており、2004年には『キャパシティ・ディベロップメント・ハンドブック』が作成されるなど、JICA事業のマネジメントの中で大きな位置を占めつつある。また、具体的にJICA事業にキャパシティ・ディベロップメントの視点を生かすために、さまざまな事例研究が行われている。本研究はそのような事例研究の一環である。

本研究が事例として取り上げるのは、JICAのヨルダンでの人口・家族計画分野における3つのステージからなる一連の協力（以下、本事例）である。本事例では、パイロット地域における女性に対するエンパワーメントを通じて、女性のリプロダクティブ・ヘルス（Reproductive Health: RH）の向上を図り、ひいてはヨルダン全国における人口増加の抑制に資することを目指している。

ところで世界の人口分野における流れは、1994年の国際人口開発会議（International Conference on Population and Development: ICPD、以下カイロ会議）以降、大きくパラダイム転換した。すなわち、人口増加の抑制のためには従来の政策主導型のマクロのアプローチでは限界があるため、それに代わって一人ひとりの女性のエンパワーメントを通じて個人の健康の向上を目指すというミクロのアプローチが採用されたのである。

本事例は、まさにこのカイロ会議における概念を具現化した先駆的なプロジェクト群である。またヨルダンの貧困地域でさまざまな困難に直面しながらも大きな成果を収めたことも、JICA

内部でも高く評価され2004年のJICA賞を受賞している¹。筆者は本事例のフェーズ の終了時評価調査に参加したが、その際、本プロジェクトが先駆的であるだけに、プロジェクトのアウトカムを事後にも把握することが期待されるという提言が出された。また、近年JICA事業における人間の安全保障の理念の尊重や、さまざまなアプローチの検討において、本事例を活用し分析する要請が高まっており、本事例の全体像を見渡せる文献作成が望まれていた。

一方、本事例がパイロット地域を舞台にして、住民、とりわけ女性を中心としたエンパワーメントを入り口として、組織、地域全体のキャパシティ・ディベロップメントにつながっていく発展プロセスを展開していることは、キャパシティ・ディベロップメント支援のあり方を考えるうえで参考になるものと考ええる。

以上のような背景から、本研究は本事例を総合的に取りまとめたうえで、キャパシティ・ディベロップメントの視点でその成果と課題を検証し、そこからJICAの技術協力事業、とくにコミュニティ・地域社会のエンパワーメント型プロジェクトの改善に向けた教訓を導き出すことを目的とする。

1 - 2 本書の構成

本報告書は、全部で7章から構成されている。2章で、キャパシティ・ディベロップメントの基本的理解とJICAにおけるキャパシティ・ディベロップメントの概念の整理を行う。3章でヨルダンの概況を紹介し、4章で本事例の概要をとりまとめる。5章でさらにキャパシティ・ディベロップメントの視点において参考となるアプローチを紹介した後、6章でキャパシティ・ディベロップメントの視点からみた成果と課題を検証する。最終章で、それらを総合的に考察し、JICAの技術協力事業への考察と提言を、コミュニティ・地域社会のエンパワーメント型プロジェクトに焦点を当てて抽出する。

1 - 3 調査方法

本研究が用いた調査方法は、文献分析、国内関係者インタビュー、現地調査における関係者インタビュー、直接裨益者へのインタビュー、最終裨益者への簡易アンケート調査である。現地調査は、2005年1月24日～2月7日の15日間実施した（詳細は添付資料1参照）。各調査手法における主な情報源は、以下のとおりである。

文献分析

- ・ 既存文献、ウェブ上での文献など
- ・ 本事例に関する各種報告書（評価報告書・専門家報告書など）

国内関係者インタビュー

- ・ 本事例の管理運営担当者（JICA人間開発部・母子保健チーム職員）

¹ 「JICA賞」(JICA AWARD)とは2004年10月で独立行政法人となって1周年を迎えたことを記念して、とくに優秀な成果を収めた案件または事業を表彰する制度。今後は5年ごとに同様の表彰を行う予定。2004年は21案件・事業が受賞した。「ヨルダン国家族計画・WIDプロジェクトフェーズ」は2004年度の受賞案件。

・本事例の元長期・短期専門家

現地調査

現地調査では、フェーズⅠ、フェーズⅡ、旧開発福祉支援事業の対象地域において、自立発展性、インパクトの発現、キャパシティ・ディベロップメントの観点からの成果、の3つの点から調査を実施した。

対象は、各事業のカウンターパートや研修受講者など直接裨益した「直接裨益者」として中央組織、地方組織、ボランティア、ローンプログラム裨益者を、また「最終裨益者」として対象地域のリプロダクティブ世代の女性（15～49歳の既婚女性）とした。また、外部者の視点を把握するために、関連した他ドナーとNGOに対してもヒアリングを実施した。

対象ごとに整理した調査方法は表1-1のとおりである（さらに詳細な調査計画表は添付資料3を参照されたい）。

表1-1 現地調査対象者と調査方法

対 象		調査方法
直接裨益者	中央組織	保健省（MOH）
		JOHUD
		HPC
	地方組織	カラク保健局
		南ゴール保健局
		南ゴール病院
		MCHセンター
		CDC
	ボランティア	LAC/LCCメンバー
		ファシリテーター
		CST
		CDP
	ローンプログラム裨益者	
最終裨益者		リプロダクティブ世代の女性
他ドナー		UNFPA
NGO		パフォーミングアートセンター

出所：筆者作成。

2 . CDの基本的理解

本章では、まずキャパシティ・ディベロップメント（Capacity Development: CD）という概念の登場から最近の議論まで、歴史的変遷を概観する。その後、JICAにおけるCDの捉え方を整理することとする。

2 - 1 援助コミュニティにおけるCDの発展

2 - 1 - 1 CDの登場

CDは1980年代に新しい概念として登場し、1990年代に注目を集めるようになった²。1997年、UNDPは『Capacity Development』で、「過去40年間の技術協力が、不適切な技術によって、途上国のオーナーシップを引き出さず、持続可能な成果をもたらさなかったこと」³を反省し、今後の人間開発における技術協力の中心概念として、CDを位置づけることを表明した。CDは、「従来の、ドナー主導で、投入ありきで、費用対効果重視で、先進国の専門家中心の援助方針から脱却し、途上国自身の主体による、自国の知識と参加を促すことを強く求めるものである」⁴。同報告書で、UNDPはCDをBox 2 - 1のように定義した。

UNDPはまた、「CDは、継続的な学習と変化のプロセスである、個人・組織のよりよい活用とエンパワーメントに着目する、戦略やプログラムを開発する際、システムティックなアプローチが必要である、の3つの土台（cornerstones）の上に成り立っている」⁵と規定している。

そのうえで、UNDPは、個人・組織・社会のさまざまな役割や関係性を説明し、各層のキャパシティの活用と自立発展を促すための相互作用を理解するCDフレームワークを開発した。CDフ

Box 2 - 1 UNDPのCDの定義

原文：

「Capacity development is the process by which individuals, organisations, institutions and societies develop abilities (individually and collectively) to perform functions, solve problems and set and achieve objectives.」

出所：UNDP（1997）p.iii

訳文：

「個人、組織、制度や社会が、個別にあるいは集合的にその役割を果たすことを通じて、問題を解決し、また目標を設定してそれを達成していく“能力”（課題対処能力⁵）の発展プロセス」

出所：国際協力機構援助アプローチ・戦略タスクフォース（2004）p.7

² Lavergne R. et al.（2001）

³ UNDP（1997）p.iii

⁴ Ibid.

⁵ 出所では「問題対処能力」であるが、近年JICAでは「課題対処能力」を使用することが多いことから、本稿では「課題対処能力」で統一した。

⁶ UNDP（1997）p.3

フレームワークでは、持続可能なCDのために4つの要素（dimension）を提案している。すなわち、個人（Individual）、組織・グループ（Entity）、組織間の相互関係（Interrelationships between entities）、それらを可能にする環境（Enabling environment）⁷である⁸。この報告書の以降、これら4つの要素の区分は変化するものの、CDを多層的に捉えるという考え方は定着している。

2 - 1 - 2 CD概念の模索

UNDPによるCD概念とフレームワークの提示以降、国連児童基金（United Nations Children's Fund: UNICEF）、世界銀行（World Bank: WB）、ドイツ技術協力公社（Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit: GTZ）、カナダ国際開発庁（Canadian International Development Agency: CIDA）、スウェーデン国際開発協力庁（Swedish International Development Cooperation Agency: Sida）など多くの国際機関や二国間援助国が、CDを援助の基本理念としてあるいはアプローチとしてそれぞれに発展させ、援助戦略に取り入れている。

とくにCIDAにおいては、1987年よりCDをODA戦略の柱の一つとして位置づけ、それ以降、持続可能な開発援助のアプローチのためには不可欠なものとして、今日では日々の業務に欠かせない用語として用いられている⁹。しかし、そのようなCIDAにおいてさえ、CDの概念に対する理解は関係者の間でまちまちであり、実践への活用は試行錯誤の段階である¹⁰。なぜならば、CDは元来、開発分野で使われてきた概念（例えば、capacity building、institutional building、institutional development、human resource development、development management/administration、institutional strengthening）のアンブレラの概念であり、それぞれの関係も明確ではないからである¹¹。この本質的な特性ゆえに、CDは開発分野のパズルを解決する重要なパーツであると信じる積極派と、多様な意味を取り込みすぎて結局はスローガンに終わっているとみる消極派に二分されるようになった¹²。後者において、CDはより分化されるべき（たとえば、誰のキャパシティに焦点を当てるのか、どのような開発をわれわれは志向すべきなのか、という視点）であるという見方が強まった。

このような議論に応じるように、UNDPはCDをより実効性の高いものとするために、2002年に『Capacity for Development: New solutions to old problems』を発表した¹³。同書では、これまでのCDに関する議論を概観し、さらに明確な視点を提示している。例えば、すべての国には土着の「能力」があること、裨益国と援助国は対等なパートナーでなければいけないことをあらためて強調している。また、ここでいう「能力」とは、問題を解決する能力、目標を設定しそれを達成する能力、それらのために適切に役割を果たす能力、であると定義している。さらに、個人の能力を高め、その総和にとどまらず、それらをさらに有効に活用し、複層的に発展させてい

⁷ 国家、市民社会、プライベートセクターなどを含む社会全体の環境。これを可能にする環境を創るためには、4つのコンテクストを考慮する必要があるとしている。4つのコンテクストとは、制度（政策、規則、社会構造、人的資源、インセンティブ、説明責任／開示）、社会政治、経済、自然環境である。

⁸ UNDP（1997）pp.3-6

⁹ Lavergne, R. et al.（2001）

¹⁰ CIDA（2004b）

¹¹ Morgan, P.（1998）

¹² Lusthasu, C. et al.（1999）

¹³ UNDP（2002a）pp.1-20

くことが、国家や社会を発展させるためには必要であると主張している。そして、これまでのほとんどの技術協力プロジェクトでは個人の技術や組織の強化にとどまっており、社会レベルへの考慮がなかったと指摘している。そのような反省から、UNDPの整理では、個人（individual）、組織（institutional）、社会（societal）の3つのレベルに着目する必要があるという強いメッセージにつながっている。ここでいう社会とは“社会全体の能力”あるいは“開発のための変化”をいう。例えば、公私のセクターにおいて個人の能力を最大限に活用しそれを拡大していくための機会（装置）である。

このような議論を踏まえ、UNDPが従来の技術協力と比較し、CDの特徴を改めて整理したのが、表2-1である。この整理によると、開発の本質が「社会経済の発展から、社会的移行へ」とし、効果的な開発援助のための条件として「よく処方された外来の政策を導入するよりも、国内でよい政策を熟成させる」という考え方に立っている。また知識は、同様に「外来の知識を移転するのではなく、裨益国の人々が自ら習得するもの」であり、知識のもっとも重要な姿は「北」（先進国）で開発されたものを「南」（途上国）へ移転するのではなく、土着の知識と外（先進国と途上国の両方）からの知識を融合させるもの」という考え方へシフトしている。CDは、技術協力におけるこのようなパラダイム転換を促すものとなった。

表 2 - 1 技術協力におけるCDによる新しいパラダイム

	これまでのパラダイム	新しいパラダイム
開発の本質	社会経済の発展。	社会的移行 - 適切な能力構築を含む。
効果的な開発援助のための条件	外から処方されたよい政策。	国内で熟成させたよい政策。
知識の習得	知識は移転することができる。	知識は裨益国の人々によって習得されなければならない。
知識のもっとも重要な姿	「南」へ輸出するために「北」で開発された知識。	地元の知識と、「南」または「北」からやってきた他国の知識との融合。
キャパシティの向上	強固な制度を伴った人材開発。	個人、組織、社会の3層が相互リンク。

出所：UNDP（2002a）p.20 Table 0-1 より筆者和訳・改編。

2 - 1 - 3 概念整理から方法論へ - その問題意識

このようにUNDPにおいてCDの焦点が整理されるのと並行して、後述するように、JICAやUNDPを中心とする援助コミュニティにおいて開催された、技術協力におけるCDをテーマにした2回の国際シンポジウム¹⁴（2-2-2参照）における議論などから、援助コミュニティの関心は、CDの概念整理から実践への処方箋をつくる時代へと歩を進めた。これによって現在マネジメントアプローチとしてのより実践的な方法論の検討が進められている。

しかし、議論の重点が方法論に移っていく中で、次第に援助者側の視点ばかりに光が当たる傾向が強まってきた。こういう時こそ、Morganが指摘するように「われわれ（援助者）は、その国自身の変化や発展のプロセスであるCDと、ドナー支援という外部者の介入によるCDのプロセ

¹⁴ 国際シンポジウム「能力開発と有効な援助」（2003年1月、マニラにて開催）。国際シンポジウム「途上国のキャパシティ・ディベロップメントと有効な援助 より創造的なパートナーシップを求めて」（2004年2月東京にて開催）。

スの違いを、しっかりと念頭におく必要がある」¹⁵ことをもう一度肝に銘じなければならない。このことはまた、Lavergne, R. et al. がいう「外部の援助者は、資源を提供し、プロセスを促進することはできても、期待されるアウトカムを提供することはできない」¹⁶という警告にも通じるものである。

ところで、CDが「途上国の内発的な変化や発展のプロセスである」というそもそもの定義に立ち返ると、「CDアプローチを強調するあまりに本来の開発目標がおろそかになりがちではないか」¹⁷という懸念も生じてくる。しかし、Lavergne, R. et al. はこれまでのCIDAのCDの観点に基づく協力事例を考察したうえで、CDはアプローチであるだけでなく、プロジェクトの目標やアウトカム（＝取り組み）そのものにもなりうるという、解釈を提示している。そして、その際ドナーがとるべき役割として、あくまで伴走者であるべきであるという立場を堅持しながら、以下の6点を例示している¹⁸。

- ・明快な戦略的方向性を決定するために、各階層におけるステークホルダーを支援する
- ・組織の能力（capability）の向上とインセンティブ向上のためのシステムづくりを支援する
- ・パイロットプロジェクトを通じて、経験と学びの機会を提供し、新機軸や学びに関する構造的な阻害要因に着目する
- ・国内のみならず近隣諸国においても、経験を共有するための先駆的なアプローチを促す
- ・情報や対話をより広範囲に届けるための新しい技術を推進する
- ・“可能にする環境”（enabling environment）の形成を支援する

しかし、このように「途上国の内発的な変化や発展のプロセス」を伴走者として支援するということは、援助者に非常な忍耐を要求する。Lusthaus, C. et al.¹⁹は、CDは予測が難しい個人や組織やシステムの変化の発現をじっと待つ必要があり、その複雑な変化のプロセスにおいては時間が最も重要な役割を演じると指摘する。

CDはまた、社会²⁰という複雑でつかみどころがなく、しかもあらゆる社会の構成要員に影響を与え、あるいは与えられるものに着目する。外部からの援助者としては、この点に細心の配慮を払う必要がある。Lavergne, R. et al. はこの点について、外部の援助者は自分たちの価値観についても認識しなければならないと指摘している。なぜなら「CDを促進するということはすなわち自分たちの価値観、ある特有の価値観、を押し付けることを避けられないからである。例えば、学びと変化のあり方、社会における権力の配分の仕方、ジェンダーの平等、持続可能な環境などについて取り組むときに、援助者は自分たちの価値観や正当性を持ち込むことになる。途上国のカウンターパートといくら親密なパートナーシップの下で協働したとしても、先進国側の援助者

¹⁵ Morgan, P. (1998)

¹⁶ Lavergne, R. et al. (2001) p.3

¹⁷ *Ibid.* p.5

¹⁸ *Ibid.* pp.5-7

¹⁹ Lusthaus, C. et al. (1999) p.9

²⁰ Lavergne, R. et al.は、社会に該当するレベルを「もっと高次のレベル」と呼び、「社会の文化的、経済的、社会 - 政治的な環境を作り出す、規範（norm）慣行、個人の習慣など混沌としているが力強いもの」と表現している（Lavergne, R. et al. (2001) p.7）。

は自分たちの価値観をすっかり拭い去ることはできない。したがって、CDを推進する際には、双方の尊敬と寛容の姿勢が改めて重要であり、協力に取りかかる前に介入の方法とパートナーの注意深い選択が求められる」²¹、と忠告する。

以上のような最近の方法論に関する議論の中で、CDの本質に立ち返って、いま一度肝に念じておきたい視点、問題意識をまとめると、以下の諸点となる。このような視点も念頭におきつつ、本研究の考察を進めていくこととする。

- ・ 途上国の内政的發展プロセスの視座
- ・ CDは開発目標になりうるか
- ・ 伴走者に徹したか
- ・ 変化、普及には時間がかかるが受け入れられるか
- ・ 価値観への介入に対する配慮はあったか

2 - 2 JICAにおけるCDの捉え方

2 - 2 - 1 基本的な概念枠組み

前節でみてきたような国際的な議論を受け、JICAではJICA事業の有効性とその効果の持続性を高めるために、CDという“概念”が有用な枠組みであると捉えている。そして、JICA事業にCDの概念を取り入れていくための指針のたたき台として、2004年に『キャパシティ・ディベロップメント・ハンドブック』²²を発表した。またこれ以降も、JICA関係部署においてCDの概念整理やアプローチ方法についての検討が行われている。そこで、本研究ではこのハンドブックをベースとして採用し、加えてその後JICA関係者から発表された論文なども参考にしながら、JICAにおけるCDの捉え方の骨格を理解することとする。

『キャパシティ・ディベロップメント・ハンドブック』の中では、先に紹介したUNDPのCDの定義（Box 2 - 1）を、CDの定義として紹介している。また、高めるべきCapacity（能力）の対象として、「個人（Individual）」、「組織（Organization）」、「制度・社会（Institution/society）」の3つの階層を設定しているのも、UNDPが1997年に発表した階層の捉え方に近いものである。さらに、同ハンドブックでは、「どのようなレベルのCDを考える際にも、常に個人、組織、制度・社会の各層を視野に入れた包括的な視点を常に持ち、また各レベルのCDの相互の関わり合いを考えていくこと」が必要であるとしている。

さらに同ハンドブックでは、CD概念をJICA事業の基本的な視点として取り込む際に、基本となる視座、考慮すべき点を、以下の8点にまとめている。これらは、CDの概念の基礎をなすものであり、CDの実践的な手法開発の議論においても参考となるものである。

²¹ Lavergne, R. et al. (2001) p.7

²² 国際協力機構援助アプローチ・戦略タスクフォース（2004）

大原則として、外部者は開発途上国のキャパシティを直接に開発することはできない。
開発途上国のオーナーシップの重要性。
開発途上国側の関係者の参加による共同作業の重要性。
長期的なコミットメントの必要性。
協力終了後の事業の効果が定着・継続するメカニズムの構築。
包括的な思考とプログラム・アプローチ。
各国の（各セクター・地域）の開発状況に応じた多様なアプローチ。
CDのプロセスでの指標化しにくい変化をつかむ努力。

2 - 2 - 2 主眼のシフト

同じ頃、JICA国際協力総合研修所調査研究グループは、UNDPが2002年に発表した『Capacity for Development: New solutions to old problems』を受け、個人や組織の能力の向上だけでは限界があり、制度や社会システムのCDの強化がより重要であるという解釈を明確に表明している²³。また、2004年2月にJICAが、UNDP、世界銀行研究所（WBI）、CIDAなどと共同で開催した、国際シンポジウム「途上国のキャパシティ・ディベロップメントと有効な援助 - より創造的なパートナーシップを求めて」（東京シンポジウム）などにおける実践的なCDアプローチに関する議論を受けて、CDの概念枠組みを、以下の2点に集約している²⁴。

CD概念では、途上国自身の課題対処能力に焦点を当てることによって、途上国自身の努力によって継続的に伸ばしていくもの、つまり途上国自身の内生的なものと捉える。

CD概念では、キャパシティを個人、組織、制度、社会といった複数のレベルで捉え、この各層のダイナミックな相互作用に着目する。

とくに2点目において、これまでのJICAの「技術協力において、仕事のパートナーとなる政府機関やそこで働く職員のキャパシティを向上させることに主眼が置かれてきた。しかしながら、そのような組織・個人レベルに対する協力は、しばしばインパクトが限定され、かつ職員の異動などによりその効果が継続しないといった問題を抱えてきた。また、上位の政策との一貫性に十分な注意が払われないケースや、制度が存在しないことにより協力の効果が広がりを持たなかったケースも多く報告されている」²⁵という認識のもと、制度や社会といったより上位のレベルへのアプローチが重要であることを強調している。そのうえで、「一つの援助機関がキャパシティのすべての側面を一度に支援することは不可能であるが、援助効果を高めるためには、レベルの異なるいくつかのキャパシティの向上を同時に目指す必要」があると指摘している²⁶。

加えて、馬淵・桑島²⁷は、東京シンポジウムで紹介された事例を基にした議論から、「援助者の

²³ 馬淵俊介・桑島京子（2004）p.65

²⁴ *Ibid.* pp.66-67

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.* p.69

²⁷ *Ibid.* p.70

役割」として以下のような項目を抽出している。

- ・リソースの提供者（資金、設備の提供など）
- ・技術・知識・アイデアの提供者（実践知識、マネジメント・ノウハウの提供など）
- ・国際的標準の紹介者（会計管理基準、子どもの人権概念の導入など）
- ・後援者・伴奏者（政策アドバイス、マネジメントアドバイスなど）
- ・ネットワーキングの仲介者（コミュニティと政府のタテのネットワークの構築支援など）
- ・インセンティブ・システムの構築支援者（競争原理の導入、チャンピオン²⁸の発見と支援、アカウントビリティの条件の付与など）
- ・利害関係の仲介者（対立者間のコミュニケーション促進など）

そして、「これらの役割で特徴的なのは、援助者が「側面支援をするファシリテーター」として柔軟に機能すべきという思想が一貫して流れていることである」と分析している。

2 - 2 - 3 技術協力の3つの類型

さらにJICA内部の援助アプローチ・戦略タスクフォースは、2004年度において、技術協力におけるCD支援アプローチのあり方を検討してきた。その作業の中で、JICAのこれまでの技術協力をエントリー・ポイントのアプローチの特徴から3つのパターン、すなわち、コミュニティ・地域社会のエンパワーメント型、拠点機能形成型、政策・制度構築・強化型、に分類する試案を提示している²⁹。各アプローチの特徴は、以下のように説明されている（概念図は添付資料10を参照のこと）。

コミュニティ・地域社会のエンパワーメント型：特定のコミュニティや地域社会などの場を設定して、その課題対処能力の向上を支援する。特定の地域での活動を通じて現地の人々や行政が自らその課題に対処し、現実の問題を解決していくための体制・メカニズムを構築・定着させる。そのうえで、そこで得られたノウハウを広範囲に展開する。

拠点機能形成型：政府の現業部門を中心として人材育成、技術普及あるいは研究開発を行う。現場のニーズに合った知識や技術を開発し、それらを活動現場へ普及するための維持可能なメカニズムを構築する。

政策・制度構築・強化型：国レベルなど、広域に適用すべき特定の政策や法制度、実施体制の形成、およびその運用の強化を直接的に支援する。

また、同試論では、「この3つのアプローチは相互排他的ではなく、実際にはそれぞれが水平・垂直総合的に組み合わせられながら協力が行われるもの」と分析している。

本研究が取り上げた「ヨルダン家族計画・WID」に関する一連のプロジェクト（本事例）は、

²⁸ チャンピオンとは「変革をもたらす鍵となる人物」を指す。ビジネスの分野で頻繁に使われている用語であるが、開発援助においても「変革に向けて途上国側のキー・パーソン（チャンピオン）を見出す」などの文脈で使われることが多い（馬淵俊介・桑島京子（2004）p.72）。

²⁹ 国際協力機構 国際協力総合研修所（2005）

“ カラク県の特定のコミュニティにおいて、人々や地方組織などが自らの課題対処能力を向上させることを通じて、その包括的なメカニズムを構築する ” ことを目指したものであり、上記の分類で言えば、 コミュニティ・地域社会のエンパワーメントに当てはまる。本研究は、このコミュニティ・地域社会のエンパワーメント型の一連のプロジェクト（本事例）を、CDの視点から掘り下げてみるものである。

Box 2 - 2 キャパシティ・ビルディング（CB）とCDの違い

キャパシティ・ビルディング（CB）とCDは、混乱して使われることが多い。両者の相違点について、以下の3点につき指摘されている（以下、抜粋）。

CBは主に組織や個人の能力向上を対象とするのに対し、CDは、それらに加えて制度や政策の整備、社会システムの改善などまでを広く対象に含めている。

CBはキャパシティを構築（build）する段階のみを視野に入れているが、CDはキャパシティを構築、強化、維持する継続的なプロセスであることを強調している。

CBはキャパシティを外から構築する介入行為を指す用語であるのに対し、CDは途上国自身による内発的なプロセスそのものを指す用語である。

CBが悪く、CDがよいというものではありません。当然ながら、個人や組織のCBは依然重要です。ただし、混乱を避けるため、用語は状況に応じて使い分けるべきでしょう。

出所：馬淵俊介（2005）

Box 2 - 3 検討進む - JICA事業にCDの視点を生かす具体的議論

JICAでは、CDの概念整理から事業への具体的な活用に向けて、さらに検討が進められている。以下は、その一端として『フロンティア』2005年3月号に紹介されたものである。JICAの事業運営関係者にとって、CDの考え方を具体的に生かすためのイメージづくりの参考となると考えられるため、以下抜粋する。

<CDの視点を事業に生かすために>

JICA企画・調査部 企画グループ事業企画チーム 竹原成悦

1. JICA事業改善の方向性

キャパシティ・ディベロップメント（CD）の視点を取り入れてJICA事業を一層改善するには、以下のような方向性があると考えられます。

（1）キャパシティと、それをとりまく環境を把握する

協力対象者（個人・組織・社会）のキャパシティおよび対象者が置かれている環境を把握し、その状況に応じた柔軟・多様なアプローチをとる。

（2）より持続的な開発をめざす

短期的な成果指標の達成とバランスをとりながら、長期間にわたるパートナー側のCDプロセスを支援する。JICAが協力できる期間には限りがあり、事業の効果が定着・普及するような仕組みを、あらかじめ事業のなかに取り込んで支援する。

（3）より広い範囲でのインパクトをめざす

公的部門の個人・組織の行動変化のみならず、民間部門・市民社会を含めた制度の変革や社会全体の变化を視野に入れる。パートナー国のセクター・地域の開発戦略で定められた目標を、他ドナー・NGOなどと連携して達成するプログラム・アプローチ（Program Based Approaches: PBAs）が、有効な協力手法となる。

2. JICA事業改善の具体的なポイント

以下のような点がJICA事業改善の具体的なポイントとして浮かび上がっています。

（1）事業計画段階の改善

国別事業実施計画作成、新規案件要望調査、プロジェクト形成調査、プロジェクト事前調査などの計画段階で、以下の点での改善が考えられます。

- ・パートナー側の個人・組織・社会レベルのキャパシティの現状と課題を把握する（キャパシティ・アセスメント）。この一環で、ステークホルダー（主要な利害関係者）分析を充実させる（課題別指針に標準的なステークホルダー分析図を加えるなど）。
- ・CDの変化を測る指標（定性・定量）を設定する。
- ・パートナー側のオーナーシップの醸成度合いにあわせて、事業を段階的に展開する見通しを立てる（「準備期間」を設定するなど）。

（2）事業実施上の改善

具体的な事業開始後の改善点として、以下が考えられます。

- ・協力対象者が置かれた環境やパートナー側のキャパシティの変化をモニタリングし、柔軟な計画変更などの対応を行う。
- ・カウンターパートのCDを促すための活動を重視し（オーナーシップやリーダーシップの涵養など）CDを阻害する活動を避ける（過剰な金銭的インセンティブ、持続性の見込めない事業実施部署の新設など）。

出所：竹原成悦（2005）

3．ヨルダンの概況

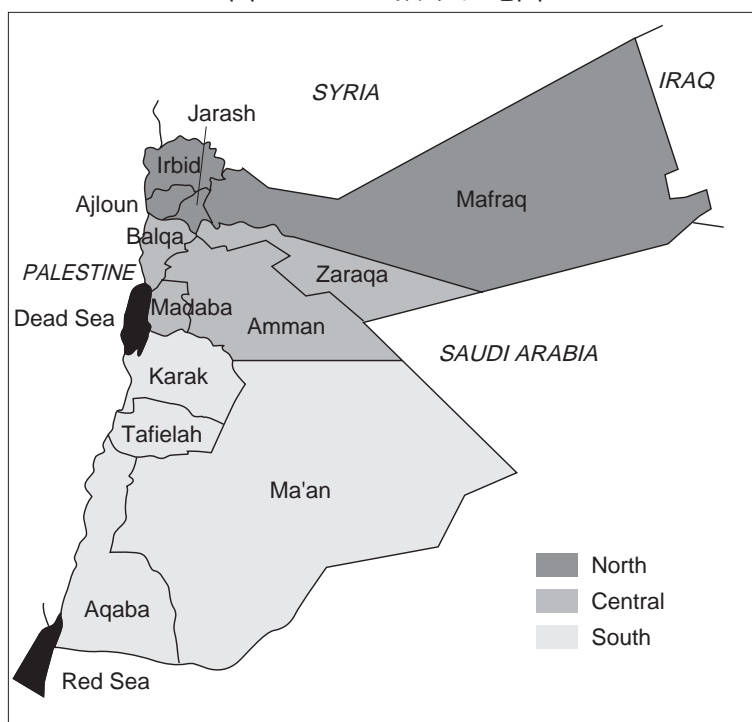
本章では、本事例が実施されたヨルダンの概況について述べる。

3 - 1 地理・政治・社会

ヨルダンは、1946年に英国より独立した立憲君主制の国家で、国王が最高権力を有する。1999年2月に中東政治に影響力のあったフセイン国王が死去し、長男のアブダラ皇子が新国王となった。新アブダラ国王は経済基盤の強化に力を入れている³⁰。王室の権力の基盤には地方の部族の存在があり、彼らが軍隊も支えている³¹。国土は89,342km²で、北海道よりやや大きい（1.14倍）程度である。全国には12の県（Governorate）があり（図3 - 1）それらが大きく3つの地域（Region）すなわち北部地域（North Region）、中央地域（Central Region）、南部地域（South Region）に分けられる。首都アンマンを含む中央地域への人口集中が顕著である。

総人口は529万人（2004年国勢調査暫定値）で、中東戦争やイスラエル領土問題などによって、大量のパレスチナ人が流入し、現在人口の約半数がパレスチナ人である。文化・宗教的背景から、伝統的に女性は早婚、多産の傾向があり、本事例のフェーズの形成時には年平均人口増加率は3.4%、合計特殊出生率が5.4（ともに1994年）と高率であった。そのため、1992年時点の430万人の人口が2013年に倍増すると予測され（図3 - 2）、人口抑制は喫緊の課題と認識されていた。

図3 - 1 ヨルダン地図

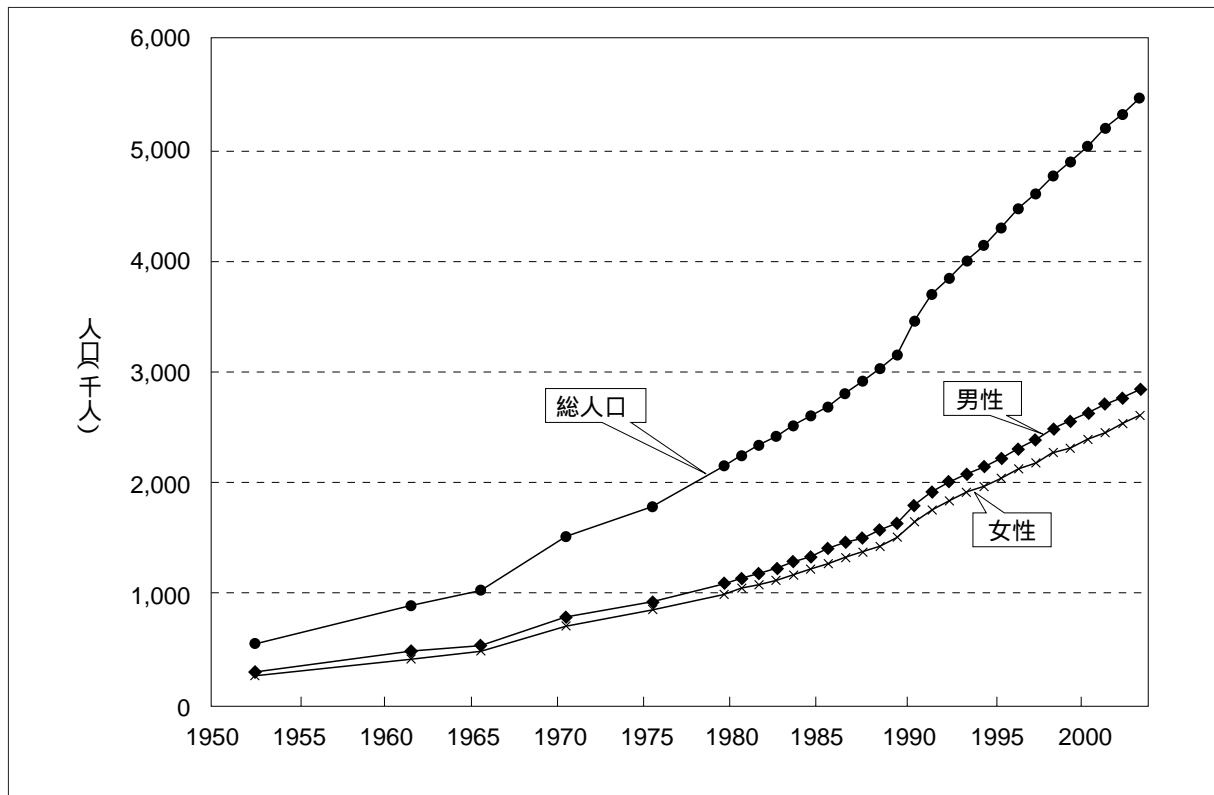


出所：Department of Statistics of Jordan (2003a) より筆者改編。

³⁰ USAID (2005a)

³¹ ランディ (2003)

図 3 - 2 ヨルダン人口の推移



出所：Department of Statistics of Jordan (2003b) より筆者作成。

政治・行政は、比較的安定しているが、中央集権支配が強く、近年、地方への権限の移譲が課題となっている³²。2005年1月に、国王より北部・中央・南部の3地域に十分な権限をもつ地方政府機能を持たせる考え方が発表されたのはその対応の一環である³³。

経済は、天然資源に恵まれていないながらも、過去数十年間において近隣諸国の中でも安定したマクロ経済を誇っている。とくに1990年代前半は平均経済成長率7.6%という高い伸び率を達成し、財政赤字の削減、3%という低いインフレ、効果的な経済運営と、良好な経済状況を楽しんだ。その後、1996～1998年には経済成長は悪化に転じたが、1999年から2003年までは3～5%の成長率に回復している³⁴。しかしこのような堅調な経済を支えているのは、GDPの25%³⁵近くを占める海外出稼ぎ労働者からの送金や外国からの援助であり、国内の第一次産業³⁶や第二次産業の成長は遅れている³⁷。その結果、雇用創出力が弱く、失業率とくに若い世代の失業率が高く³⁸、経済的な問題だけでなく社会的問題として現在ヨルダンの主要課題の一つとなっている³⁹。

³² Department of Statistics of Jordan (2003a)

³³ ヨルダンタイムス、カラク保健局、UNFPA、JICA事務所による。

³⁴ World Bank (2005)

³⁵ 1990～2003年の平均では、GDPの19.9%を占め、世界5位 (IMF (2005))。

³⁶ 国土の4分の3が砂漠または荒地で農業には不向きであることが大きな要因。

³⁷ World Bank (2004)

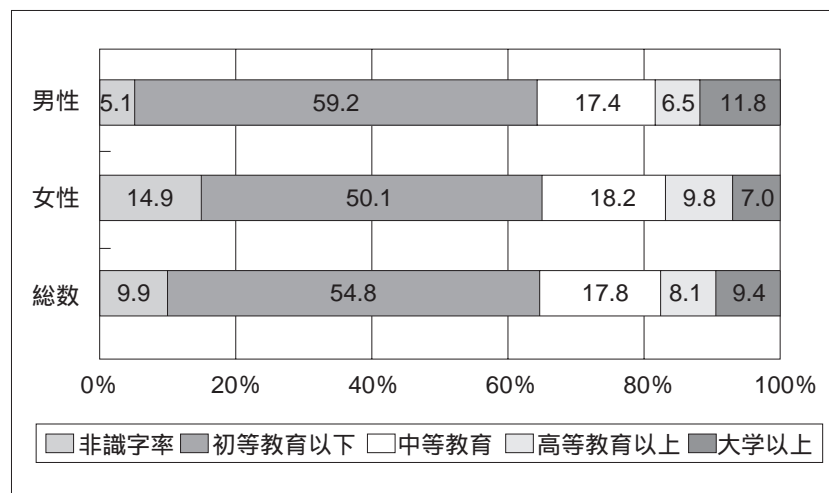
³⁸ 世界銀行 (World Bank (2004)) によれば、現在の失業率15%に、毎年4% (約5万人) の若い労働人口が新たに参入しているという。

³⁹ USAID (2005c)

3 - 2 教育レベルと就業

ヨルダンの教育システムは過去数十年の間に大幅に改善され、教育水準は中東イスラム諸国の中でも高く、例えば初等教育修了率⁴⁰は男女平均で103%、女性で105%（1999年）となっている⁴¹。また、中等教育・高等教育に進むものは男性よりも女性の方が多く、女性の大学進学率も7%とかなり高い（図3 - 3）。一方、非識字率は15歳以上の男性4%、女性14%で、女性の割合がやや高く、これは近年若い世代において進学率が急激に向上したことの一端を表している。

図 3 - 3 男女別教育レベル



出所：Department of Statistics of Jordan（2004）より筆者作成。

このように女性の教育レベルが高いにもかかわらず、女性の社会進出は遅れている。女性の労働参加率を周辺のイスラム諸国と比べると、ヨルダン11.6%（2000年）に対して、エジプト20.2%（2001年）、シリア23.5%（2002年）、チュニジア23.7%（1997年）、クウェート19.9%（1998年）となっており、ヨルダンの低さが目立つ^{42、43}。

失業率については男性11.8%、女性20.7%と女性の失業率が高く⁴⁴、その6割が短大卒以上の高学歴のものである。その背景には、ヨルダン人女性が好むホワイトカラー的職業（秘書、タイピストなど）や専門職（医療関係）に関して雇用機会が少ない、また需要が伸びているドメスティックサービス（家事労働、掃除業）やヨルダンパレーなどでの農業労働は「汚い仕事」として人気がない⁴⁵、イスラム教国であり、近隣諸国よりも穏やかであるものの「パルダ」（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、合計特殊出生率が高い（子たくさん）のに加えて、安心して安価に子どもを預けられる保育所などほとんど存在しないため、女性は自分のことを考える余剰時間がないという状況を作り出している、などの理由

⁴⁰ 学齢人口における修了者の割合。

⁴¹ World Bank（2005）

⁴² 15歳以上で就労している者の割合。

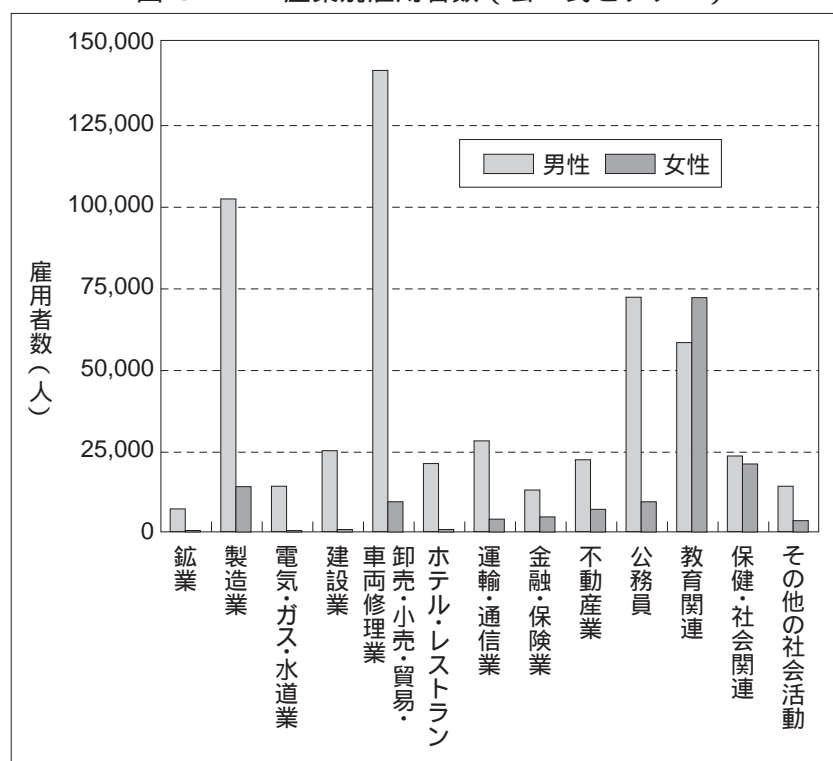
⁴³ UN（2005）、国際協力事業団 医療協力部（1997）

⁴⁴ UN（2005）

⁴⁵ 実際、メイド、清掃、販売員、ホテルなどの接客業には、フィリピン、スリランカなどのアジア、周辺のエジプトからの労働者が目立つ。

⁴⁶ 国際協力事業団 医療協力部（1997）

図 3 - 4 産業別雇用者数（公・民セクター）



出所：Department of Statistics of Jordan (2003b)より筆者作成。

が指摘されている⁴⁶。

また図 3 - 4 は産業別雇用者数を男女で比較したものであるが、男性と同程度の雇用者数が女性にも確保されている業種は「教育関連」と「保健・社会関連」のみであり、女性の就業機会が極めて不足している実態がわかる。

3 - 3 RHの現状

UNDPの『アラブ人間開発報告書2002 (Arab Human Development Report 2002)』では、ア

表 3 - 1 アラブ諸国における人口増加率

増加率 2 %未満	増加率 2 ~ 3 %未満	増加率 3 %以上
アルジェリア エジプト レバノン モロッコ カタール チュニジア	パーレーン コモロ ジブチ イラク ヨルダン クウェート リビア スーダン シリア アラブ首長国連邦	モーリタニア パレスチナ オマーン サウジアラビア ソマリア イエメン

出所：UNDP (2002c) p.37より筆者改編。

⁴⁶ 国際協力事業団 医療協力部 (1997)

表 3 - 2 中東イスラム国との比較

	人口増加率 2 %未満		人口増加率 2 ~ 3 %未満		人口増加率 3 %以上	
	エジプト	チュニジア	ヨルダン	シリア	オマーン	イエメン
人口 (百万人) (2004)	73.4	9.9	5.6	18.2	2.9	20.7
年平均人口増加率 (%) (2000-2005)	2.0	1.1	2.7	2.4	2.9	3.5
乳児死亡率 (出生千対) (2000-2005)	41	23	24	22	20	71
合計特殊出生率 (2000-2005)	3.29	2.01	3.75	3.32	4.96	7.01
妊産婦死亡率 (出生10万対) (2000)	84	120	41	160	87	570
避妊実行率 (%) (すべての方法) ^{注1}	56	60	56	36	24	21
避妊実行率 (%) (近代的避妊法) ^{注1}	54	51	39	28	18	10
専門技能者の立会いの下での出産 (%) ^{注2}	61	90	100	-	95	22

注 1 : 1980-2002年のうち入手しうる最新のデータ。

注 2 : 1994年以降の入手しうる最新のデータ。

出所 : UNFPA (2004) より筆者作成。

アラブ諸国を出生力によって「人口転換の進んでいる国：低出生率」「人口転換の途上の国」、「人口転換が始まったばかりの国：高出生率」の3つに分類しているが、ヨルダンは「人口転換の途上の国」に分類されている。

また同報告書では、アラブ諸国を人口増加率によっても、3つに分類している (表 3 - 1)。ヨルダンは中位の「増加率 2 ~ 3 %」に分類される。

これらの3つの分類の中から、2ヵ国ずつ抽出し、主要な保健医療指標などを比較したのが表 3 - 2 である。保健医療に関しては、乳児死亡率24出生千対 (2000-2005年の平均推計値)、妊産婦死亡率41出生10万対 (2000年) などにみられるように、保健医療水準はアラブ諸国において中位に位置する。また妊産婦死亡率の低さと専門技能者の立会いの下での出産の割合の高さは特筆すべきであり、安全な出産のための体制が整っていることをうかがわせる。

このように保健医療機関へのアクセス状況と指標にみる状況は比較的良好であるが、今後のヨルダンの保健セクターの課題は、保健医療システムの効率化、医療支出の伸びの抑制、サービスの地理的不均衡の改善、長期的な財政の安定化、国民全体への平等な供給体制の構築となっている⁴⁷。

3 - 4 人口政策の推移

ヨルダンにおける人口政策の歴史は浅く、人口政策がとられるようになったのは2000年代に入ってからである。

1973年に人口問題に関する諮問機関として国家人口委員会 (National Population Commission: NPC) が設置されたが、とくに目立った人口政策の動きはなかった⁴⁸。1991年になって、NPCは「バーススペーシング (Birth Spacing) ⁴⁹国家プログラム」を策定し、それを受けて政府は宗教

⁴⁷ World Bank (2004)

⁴⁸ Department of Statistics of Jordan (2003a)

⁴⁹ 出産間隔をあけることによって、出産抑制をするという手法で、イスラム教の教義でも認められている伝統的避妊方法。

的、社会的、国家的、自由選択の可能性を十分に考慮したうえで、1993年に初めての正式な国家人口政策として採用した。その後1996年に、NPCは「国家人口戦略（National Population Strategy）」を策定、この中で初めて包括的な人口政策の概念、すなわち、RH、ジェンダー平等と公平性、女性のエンパワーメント、持続可能な人口と開発、が盛り込まれた⁵⁰。

2000年には、米国国際開発庁（United States Agency for International Development: USAID）の支援の下、NPCが中心となり、ほかの関連組織とともに、「国家人口戦略2000～2003：RH行動計画」が策定された。この中で2002年の合計特殊出生率3.6を2020年には2.2に下げること为目标にした⁵¹。

このような国家的な人口政策の推進の勢いが増す中、国民への人口問題への喚起のために、2002年12月にNPCは総理大臣直属の機関である上級人口審議会（Higher Population Council: HPC）として格上げされた。これによって、HPCは関係する8省間の調整と、国民へのアドボカシー活動などを担う中心的機関として位置づけられた⁵²。

1990年代後半以降にこのように人口政策が前進したのは、1994年9月のカイロ会議が大きな契機となっている。カイロ会議では、リプロダクティブ・ヘルス（RH）／リプロダクティブ・ライツ（RR）という新しい概念が国家間で合意され、人口問題への取り組みが、それまでの政府によるマクロ的（＝国家的視点）な人口増加抑制アプローチから、個人、とりわけ女性の人権を尊重するというミクロのアプローチへとパラダイム転換した。また人口増加抑制のための手段として位置づけられていた家族計画が、カイロ会議以降、人々（とりわけ女性）が自分たちの妊娠・出産を自己決定するための手段、すなわちRH／RRの一部として位置づけられた。また、カイロ会議のキーワードとなったのが女性のエンパワーメントである。女性がエンパワーメントされ、女性に結婚、出産、育児以外の選択肢を与えることが人口問題の解決の鍵になることが強調された。このカイロ会議の理念と方法論は、その後の世界の人口政策や援助の主流となった⁵³。

このような世界の流れを受け、ヨルダンにおいても国連人口基金（United Nations Foundation Population Agency: UNFPA）やUSAIDといった主要ドナーが家族計画を含むRHに焦点を当て、RHのアドボカシーやサービス改善のためのプログラムの支援を開始した⁵⁴。

ヨルダンにおいては、女性の避妊に関する知識は一般に高く、1990年において、すでに既婚女性の99%がすべての近代的な避妊方法の知識を、また94%がその入手先の知識をもっていた。しかし実行率となると、近代的避妊方法実行率は64%と低かった⁵⁵。

その後、人口政策の転換や社会経済の進展によって、近代的避妊実行率は41%⁵⁶と相変わらず低いものの、合計特殊出生率は1976年に7.4であったものが、1990年に5.6、1997年に4.4、2002年には3.7と着実に減少している（図3 - 5）。

⁵⁰ Department of Statistics of Jordan (2003a)

⁵¹ 井本敦子 (2003)

⁵² HPC (unknown), Malkawi (HPC元C/P) ヒアリング (2005)

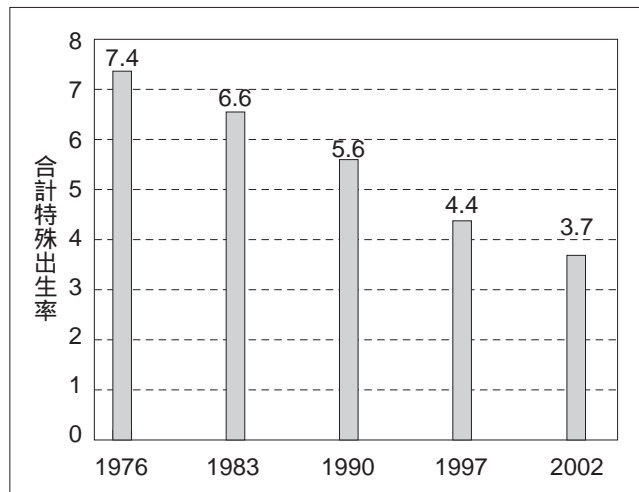
⁵³ 阿藤誠 (2000)

⁵⁴ Department of Statistics of Jordan (2003a)

⁵⁵ Department of Statistics of Jordan (2002a)

⁵⁶ Department of Statistics of Jordan (2003b) による。15～49歳の既婚女性に占める割合。

図 3 - 5 合計特殊出生率



出所：Department of Statistics of Jordan (2003b) より筆者作成。

Box 3 - 1 高名な宗教指導者の講演

ヨルダンのイスラム教における家族計画に対する意見は過去、推進派と反対派の2派に分かれている。本事例では、推進派に協力をお願いして、保守的な地域における家族計画・RHの浸透を図ろうと努めた。機会あるごとに全国的に高名な宗教指導者をワークショップに招き講演を依頼してきた。ヨルダンのイスラム教における家族計画の位置づけを理解するうえで参考になるため、高名な宗教指導者の約1時間の講演の内容を以下に紹介する。

結婚は、男女それぞれの意思と相談によって決められなければならない。モハメド（イスラム教の開祖）も25歳のときに、40歳の女性と結婚した。女性の意思があれば年齢に関係なく結婚は可能である。

結婚する前には、障害児が生まれる危険性が高いペルシニア（地中海性）⁵⁷の可能性（近親結婚で起こる）がないか必ず検査を受けなさい。

結婚したら、夫婦で「幸せな結婚」についてよく語り合いなさい。

子どもへの教育は、決して強制してはいけない。子どもの意思を尊重しなければならない。男児も女児も公平に扱うべきである。

モハメドの時代から避妊は行われていた。妊娠の間隔は少なくとも30ヵ月（スペーシング）はあけるべきである。その方法としては授乳がよい。

以前は経済力のない男性は結婚できなかったが、今は妻が働いて生計を支えることも可能である。神はつねに女性たちがうまく対処できるよう導いている。男女は一緒になって高め合う。アダムとイブの時代から男も女も平等に価値がある。

夫婦の会話は、適切な時間、場所において行われるべきである。

出所：国際協力事業団 医療協力部（2003）p.23より抜粋。

⁵⁷ サラセミア（Thalassemia）のこと。サラセミアは血液中のグロビンの合成が減少または欠損した疾患の総称。東南アジア、アフリカ西海岸にも見られるが地中海にもっとも多くみられるため、地中海性貧血（Mediterranean anemia）ともいわれる（和田功他（2002）p.1093）。本研究の現地調査時に、2003年にヨルダンにおいてサラセミア遺伝疾患保持者同士の結婚（25%の確率で子どもが発病する）を禁止する法律が制定されたとの情報を得た（Madadh（南ゴール病院院長兼南部サラセミア疾患センター長）ヒアリング（2005））。

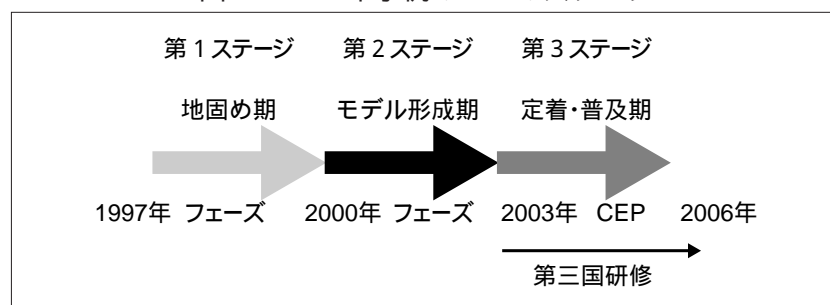
4．事例の概説

本章では、まず本事例に関する基本的理解を深めるために、事例全体を概観した後に、個々のステージ（フェーズ、フェーズ、旧開発福祉支援事業）について概要を述べる。

4 - 1 事例の構成

本研究が事例として取り上げる、ヨルダンにおけるJICAの協力事業は、プロジェクトタイプ技術協力事業（以下、技プロ）のフェーズ、フェーズ、旧開発福祉支援事業（Community Empowerment Programme: CEP）⁵⁸、の3つのステージから構成されている（図4 - 1）。この3つのステージは、フェーズは「地固め期」、フェーズはフェーズの経験を生かした「モデル形成期」、CEPはフェーズで構築されたモデルの「定着・普及期」と特徴づけることができる。なお本研究では、これら3つのステージをひとまとめにして捉えるとき「本事例」と呼び、各ステージを指すとき、それぞれ「フェーズ」・「フェーズ」および「CEP」と呼ぶこととする。

図 4 - 1 本事例の3つのステージ



出所：筆者作成。

4 - 2 背景

ヨルダンは現在、多産から少産への「人口転換の途上」にあるが、保守的な慣行や貧困が問題の農村地域ではまだまだ多産である。合計特殊出生率は全国平均が3.7であるが、農村地域では平均4.2、また本事例が実施されたカラク県のある南部ヨルダンは4.0と全国平均より高い。

フェーズの開始時において、このような状態が続くと2011年には1994年当時の人口409万人の2倍に膨れ上がると予想されていた。また湾岸危機以降、海外からの出稼ぎ就労者の帰還、中東産油国からの援助の減少など、経済成長は低迷傾向にあり、人口急増を阻止することが経済回復の要因となると考えられた⁵⁹。そこで、ヨルダン政府はわが国に対して、家族計画政策を推し

⁵⁸ 事業の名称は、「リプロダクティブ・ヘルスに焦点を当てたカラク県の農村女性のセルフエンパワーメント（Enhancing Self-empowerment of Rural Women in Karak with a Reproductive Health Focus）」である。

⁵⁹ 国際協力事業団 医療協力部（1995）

進めるために、ヨルダンの家族計画事業の主要な実施機関として推薦されたクイーン・アーリア社会福祉基金（のちにジョルダン・ハシェミット人間開発基金（Jordan Hashemite Fund for Human Development）と改称されたため、本稿では以下、JOHUDと呼ぶ）⁶⁰に対する家族計画およ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要請してきた⁶¹。そして、社会整備が遅れている南部ヨルダンのカラク県をパイロット地域として、包括的なRHに関するプロジェクトが実施された⁶²。

4 - 3 実施期間・実施機関・パイロット地域

本事例の実施期間は、フェーズⅠが1997年7月～2000年6月の3年間、フェーズⅡが2000年7月～2003年6月の3年間である。また、CEPは2003年9月～2006年8月の3年間の予定で実施されている。これらに加えて、移転された知識・技術を周辺イスラム諸国に移転するために、2003年度より第三国研修が計5回の予定で実施されている。

ヨルダン側の実施機関は、フェーズⅠにおいてはR/D（討議議事録）上は国家人口委員会（National Population Commission、のちに上級人口審議会（Higher Population Council）と改称されるため、本稿では以下、HPCと呼ぶ）であり、保健省（Ministry of Health: MOH）とJOHUDが協力機関として位置づけられた。フェーズⅡにおいては、各機関の連携の強化を目指して、HPC、MOH、JOHUDの3者がすべて実施機関となった。CEPにおいては、フェーズⅠの経験を組織的に運営できるとみなされたJOHUDが単独の実施機関となった。

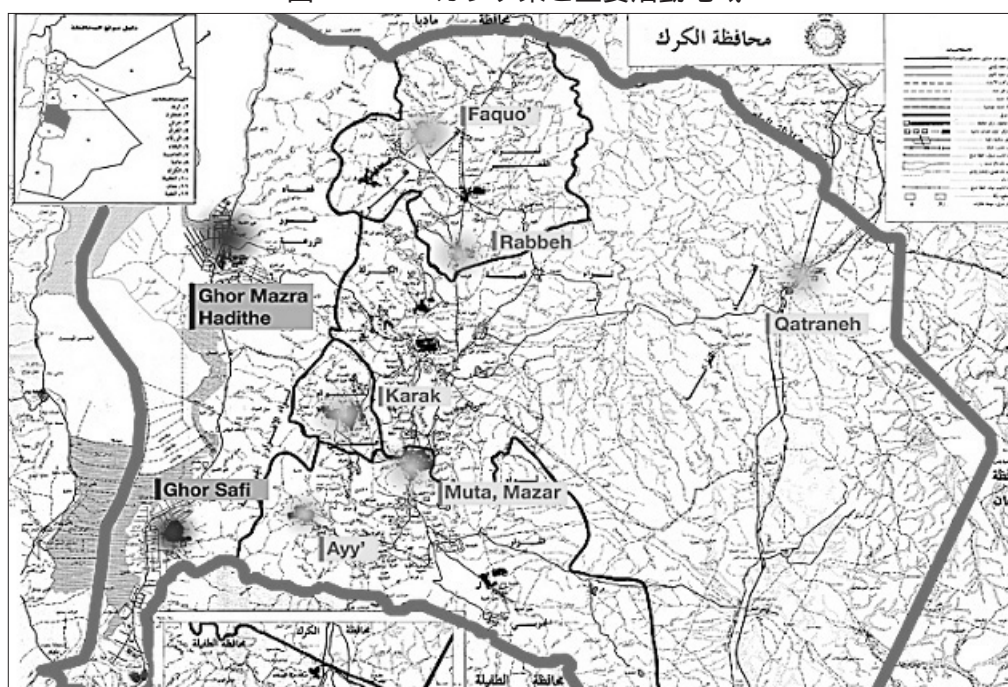
パイロット地域は、ヨルダンの中でも保守的で貧困な地域とされるカラク県（2003年の人口22万人）である。フェーズⅠでは、その中でもとくに困窮した地域とされる南ゴール郡（人口35,000人）の、ゴール・ハディス（Ghor Hadithe）、ゴール・マズラ（Ghor Mazra）、ゴール・サーフィ（Ghor Safi）、フィファ（Fifa）、マムラ（Mamura）を主要活動地域とした（図4 - 2）。フェーズⅡでは、パイロット地域をカラク県の全域に拡大し、その中でもとくに人口5,000人以上の中核都市に焦点を当て、カラク市（Karak city）、ムタ/マザール（Muta/Mazar）地区、ファクア（Faqua）地区、カトラーネ（Qatraneh）地区、ラバー（Rabbeh）地区、アイ（Ayy）地区を、主要活動地域とした。CEPでは、これまで主要活動地域として入っていなかったマザール（Mazar）地域（人口8,900人）とタイベ（Taybeh）地域（人口5,000人）をパイロット地域とした。CEPではまた、フェーズⅠでローンプログラムを実施した地域のモニタリングを実施し、さらに県内でまだCST（詳細は5 - 2 - 3参照）の訪問サービスを受けていない地域（人口128,000人）におけるCST活動も盛り込まれた。

⁶⁰ クイーンアーリア社会福祉基金（QAF）は1998年にJOHUDに改称された。JOHUDは、現在の王の叔母にあたるバスマ王女が設立したNGO。ヨルダンではこのような王室系のNGOが多く、社会開発、福祉分野のサービス提供機関として、公的な機能を果たしている。JOHUDは、全国に49カ所の地域開発センター（Community Development Center: CDC）をもっており、地域開発関係では国内最大規模のNGOの一つである。

⁶¹ 国際協力事業団 医療協力部（1995）

⁶² 国際協力事業団 医療協力部（1996）

図 4 - 2 カラク県と主要活動地域



出所：佐藤都喜子（2003）

以上の3つのステージの特徴を比較すると、表4 - 1のようになる。

表 4 - 1 3つのステージの比較表

	フェーズ	フェーズ	CEP
直接のC/P機関	JOHUD	MOH、HPC、JOHUD	JOHUD
パイロット地域	カラク県南ゴール郡	カラク県のほぼ全域。とくに都市部およびその周辺部が主要活動地域。	カラク県の1都市と1過疎地域。
地域の特質	最貧地域	教育程度は比較的高く、出生率は平均的。	都市は社会資源に恵まれ、過疎地域は都市部からのアクセスが悪い。
主な活動	人口統計の把握と基礎的保健医療の整備、男女を対象としたIEC活動、住民対象の収入創出活動。	MCHセンターにおけるサービスの質の向上、女性ボランティアによるIEC活動、女性のための収入創出活動。	これまで開発した手法の集大成。他地域への普及。
特徴的なアプローチ	ベースライン調査、FP/RH分野のハードの整備、CDPの育成、収入創出活動（マイクロクレジットプログラム）。	チーム・ビルディング、LACの創設、ボランティア（ファシリテーター、CST）の育成、参加型ワークショップ手法の開発、三層のアプローチ、モニタリングシステムの構築。	地域資源の包括ネットワーク、側面的支援。
活用した特筆すべき現地リソース	MOH、県保健局、宗教指導者。	MOH、県保健局、宗教指導者、UNFPA専門家、NGO。	地域組織、地方政府、これまで育成したCST・ファシリテーター。

出所：筆者作成。

4 - 4 ステージごとの概要

次に、フェーズ⁶³、フェーズ⁶⁴ およびCEPにおけるそれぞれの概要をみていく。

4 - 4 - 1 フェーズ⁶³

(1) 実施体制

プロジェクト形成時には、実施機関の決定についてどこが適切な実施機関であるかの見解が何度も揺れ動いた。最終的には、R/D署名機関という意味でのカウンターパート機関（C/P機関）はHPCとなった。そして、JOHUDおよびMOHとともに証人（witness）機関（＝協力機関）という位置づけにとどまったため、当初、本プロジェクトに対する組織的関与は薄かった。またこれら3機関の組織的な連携はほとんどなかったため、プロジェクトの日本人専門家が多くの方を割いて調整役を務め、どうにかつなぎとめたという状態であった。主要C/Pは、HPCとJOHUDから専任のスタッフ各1人が配置され、またMOHからは母子保健局長が参加した。

JOHUDはプロジェクト形成段階においてその組織的キャパシティが不安視されたが、パイロット地域に地方支部である地域開発センター（Community Development Center: CDC）という活動拠点をもっていることから実質的にメインのC/P機関となった。

パイロット地域では、形式上はC/Pは設定されなかったが、カラク保健局とゴール・サーフィCDCが、実質的に重要なC/P組織として機能した。ヨルダンではMOHは政策決定と監理だけを担い、実際の保健行政の執行は各県保健局が実施しているため、プロジェクトはカラク保健局と密接に活動することとなった。CDCは、JOHUDが十分な予算や活動計画を流しておらず権限もそれほど強くはないが、地域リーダーがCDCのセンター長を務めており、地域の重要な意思決定機関の一つとなっているため、地域をとりまとめるC/P組織として有効に機能した。

以上のようなフェーズ⁶⁴における実施体制と裨益者の関係をまとめると、図4 - 3のように整理される。

ヨルダンにおいては概してドナー協調は低調で、人口・保健分野においてはドナー会合が存在しない⁶⁴。本事例実施期間中⁶⁵、一時ドナー間のブレイクファースト・ミーティングが企画・実施されたが、主要ドナーであるUSAIDが出席しなくなったため、意味のない会合となり、中止されたという経緯もあった。

(2) プロジェクトのロジック

フェーズ⁶⁴は、国家における人口政策が明確に打ち出されていないなか、女性のRHを向上させ、最終的には人口増加率に歯止めをかけることを目指したプロジェクトである。

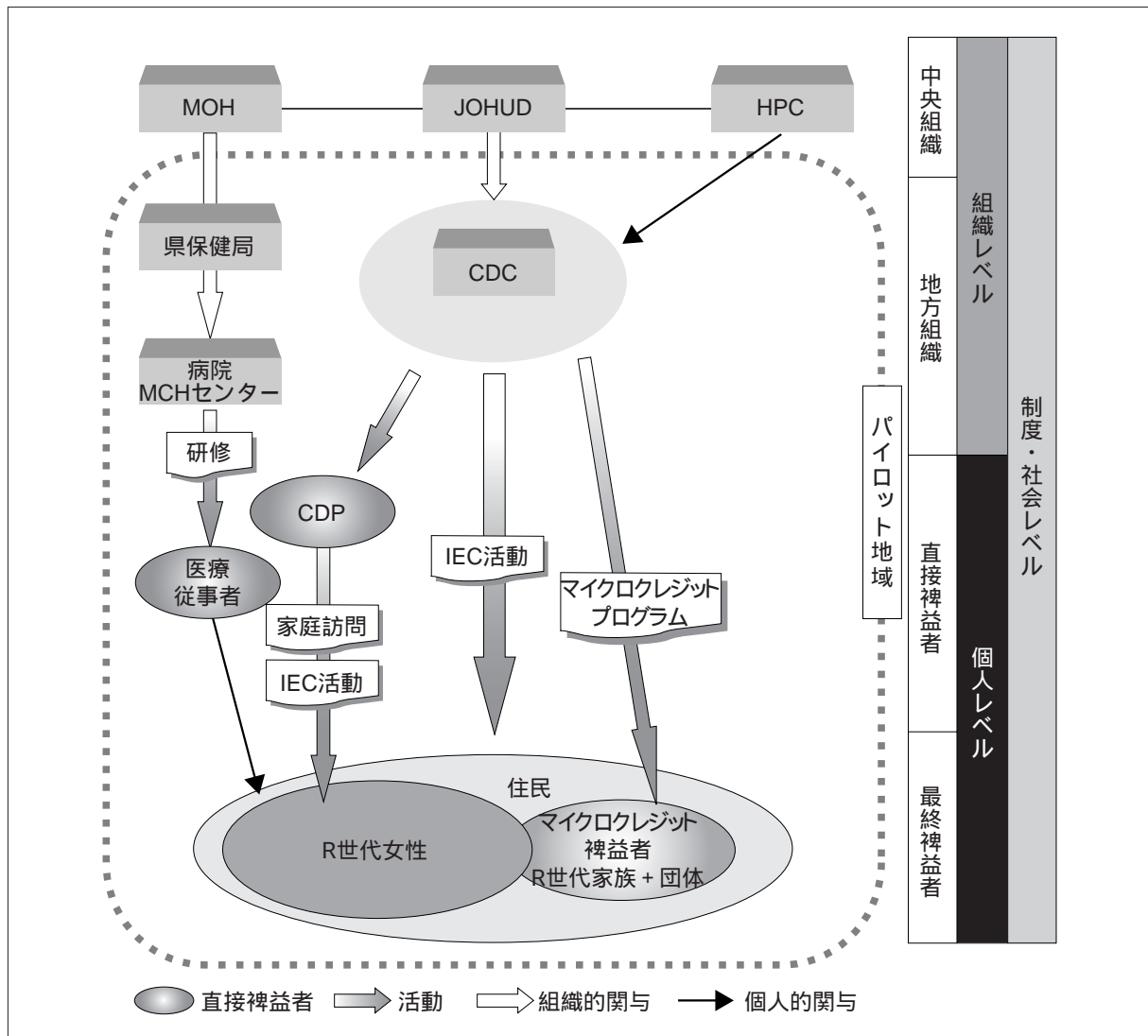
当初のプロジェクトのロジック（プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM））（詳細は、添付資料4参照）は、パイロット地域における総合的な家族計画実施のための環境をつくり、家族計画の実行率を高め、プロジェクト終了後数年後には、（上位目標として）全国の人口増加率

⁶³ 本節は、特別の記載がない場合は、国際協力事業団 医療協力部（1998）（1999）を基に構成された。

⁶⁴ 佐藤ヒアリング（2004）

⁶⁵ フェーズ⁶⁴ 期間であるが、具体的な時期は不明。

図 4 - 3 実施体制と裨益者



出所：筆者作成。

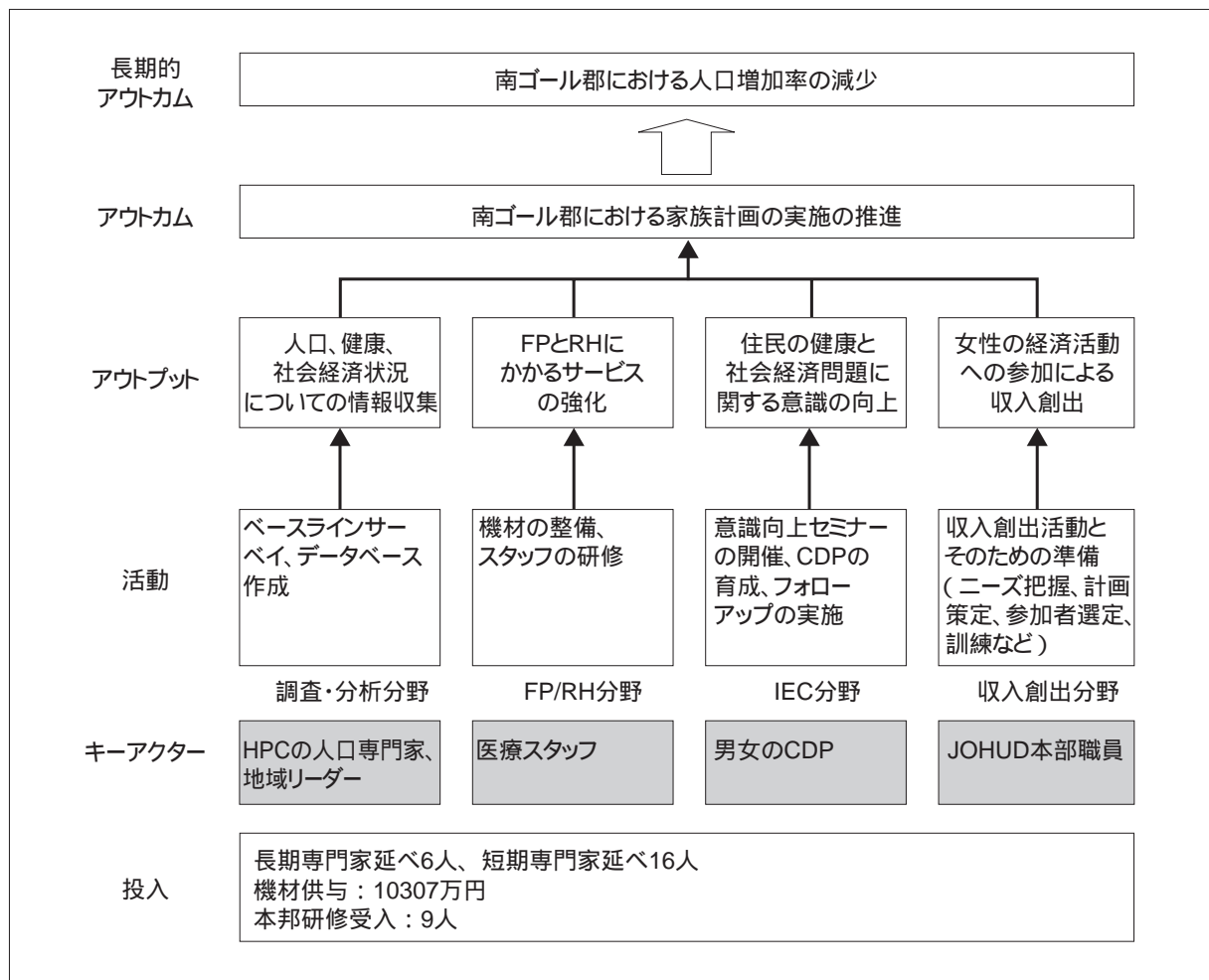
が減少する、というものであった。しかし、終了時評価において、「特定地域を対象とするプロジェクトがその国全体に何らかの効果をもたらすためには、プロジェクト終了後に、いずれかの機関により、プロジェクト目標が達成した状況を国全体に波及させるための具体的な計画が必要である」⁶⁶と判断され、上位目標はパイロット地域内での人口増加率の減少、に修正された。

フェーズの取り組みの大きな特徴は、カイロ会議における「女性のエンパワメントによって、RHを向上させ、ひいては家族計画実行率を上昇させる」という、ロジックを具現化したアプローチをとった点である。とくに貧困地域において、女性のエンパワメントのために、啓発普及活動とあいまって女性を中心とする住民の収入創出活動が取り入れられた点が画期的であった。

本プロジェクトでは、図 4 - 4 のように、4 つの活動の柱が設定された。すなわち、（人口に関する）調査分析分野、FP / RH分野、IEC分野、収入創出分野、である。それぞれの

⁶⁶ 国際協力事業団 医療協力部（1999）p.6

図 4 - 4 フェーズ のロジック



出所：筆者作成。

キーアクターは、HPCの人口専門家、地域リーダー（CDCセンター長など）、南ゴール病院・母子保健センター（Maternal and Child Health Center: MCHセンター）の医療スタッフ、男女の地域開発推進員（Community Development Promotor: CDP）（詳述は5 - 1 - 3）、JOHUD本部の職員である。そして、4つの活動のアウトプットがインテグレートされて互いに相互作用をもたらし、アウトカム「南ゴール郡における家族計画の実施の推進」が達成され、長期的には「南ゴール郡における人口増加率の減少」が達成されるというロジックである。

（3）実績

1）投入

日本側の投入は、長期専門家6人、短期専門家延べ16人の派遣、機材供与が総額1億307万円（主な機材は、超音波診断装置、分娩台、乳児保温器、ラボ検査機器、車両4台、エアコン、パソコン、IEC機材、マイクロクレジット用資材など）、本邦研修員受入延べ9人で、現地業務費は不明となっている。

ヨルダン側の投入は、C/Pが計6人（うちJOHUDとHPCからは各1人の専任スタッフ）、施設

の提供、運営コストは不明、となっている。

2) 成果

フェーズ は、1994年の協力要請から、基礎調査、事前調査、長期調査、実施協議調査とプロジェクト形成に約2.5年間を費やしている。それにもかかわらず、十分な社会文化的な実態把握と保健統計を入手することができなかった。そのために、初年度に11ヵ月をかけてベースライン調査を実施した。したがって、フェーズ の実質的な活動期間は2年余となった。

FP/RH分野においては、プロジェクト形成期にヨルダンの平均的な保健医療水準のレベルが比較的高いとの情報から、大きな支援の必要なしと判断したが、実際には貧困地域である南ゴール郡の医療水準は低く、プロジェクト開始後に急遽、医療器材の支援、医療スタッフへの支援が追加された⁶⁷。

IEC分野においては、主な啓発普及活動の対象は35歳未満の既婚女性とその夫とし、その推進役として、ボランティア⁶⁸のCDP、女性15人、男性60人⁶⁹を育成した。彼らの協力のもと、ジェンダー、健康、FPに関するセミナーが計56回（女性対象40回、男性対象16回）開催され、延べ参加者数は女性2,083人、男性751人にのぼり、男女ともに対象人口の22%をカバーした⁷⁰。

収入創出分野においては、JOHUDに統一されたマイクロクレジットのスキームがないことがプロジェクト開始後判明したが、先方の強い要望によって、JICAが独自にマイクロクレジットのスキームを作り、原資（山羊や蜂など）を機材供与という形で提供することとなり、クレジット事業が開始された。事業の内容は、個人向けとして山羊、養蜂、ビニールハウス、縫製の4つの事業を、またグループ向けとしては、製パン、プラスチック回収・リサイクルプロジェクトの2事業である。それぞれの裨益者は、養蜂13人、山羊56人、ビニールハウス6人、縫製17人で、そのうち2002年時点までに順調にローン返済が進んだのは、養蜂と縫製が全員、山羊は7人のみ⁷¹、ビニールハウスは全員が細々と返済が続いているという状況であった。グループ向けの裨益者は、製パンは2団体、プラスチック回収・リサイクルプロジェクトは住民参加型の環境プロジェクトという名目でNGOに無償で貸し出された。製パンは4事業分のセットを用意したが、2セットは希望者がつかず、1セットは機材を設置している店舗主に賃料の代わりに無償で供し、残りの1セットは結局売却された。

4 - 4 - 2 フェーズ⁷²

(1) 実施体制

フェーズ において、JOHUDが実質的に中心的な役割を担ったこと、MOHもプロジェクトに

⁶⁷ 国際協力事業団 医療協力部（1999）

⁶⁸ ただし交通費として月20JDが支払われた。

⁶⁹ 当初、男性CDPを育成する計画はなかったが、男性への啓発も重要であるということで追加された。希望者が多く、たくさんの参加者が集まった（国際協力事業団 医療協力部（1998））

⁷⁰ 国際協力事業団 医療協力部（1999）

⁷¹ 非成功者の理由は、11人が遊牧民で移転のため行方不明、12人が山羊をすべて売却してしまったなどである。これらは選考過程の不備によるところが大きい。

⁷² 本節は、特別の記載がない場合は、国際協力事業団 医療協力部（2002）（2003）を基に構成された。

対する関心が高まったことを受け、フェーズ ⅡではC/P機関はMOH、HPC、JOHUDの3機関とした。とくにパイロット地域にCDCをもつJOHUDが、主戦力として位置づけられた。また、主要C/Pとしては、フェーズ Ⅱから引き続きHPCとJOHUDから1人ずつの専任スタッフとMOHの母子保健局長が参加した。

パイロット地域においては、フェーズ Ⅱに引き続き、カラク保健局がC/P組織となり、緊密な関係を強化させていった⁷³。また、カラク県にあるメインCDCである「カラクCDC」がC/P組織となった。カラクCDCは、プロジェクト雇用の女性秘書とJOHUD雇用の男性向けIEC普及員が配置され、現地活動体制が増強された。

またフェーズ Ⅱでは、地域とプロジェクトを結ぶフォーカルポイントとして、各主要対象地域にプロジェクト地域支援委員会（Local Advisor Committee: LAC）を設置した（詳述は5 - 2 - 2）。プロジェクト期間中、LACのメンバー数は最大時39人になったが、その中でもとくに活発に活動したのは28人であった。

（2）プロジェクトのロジック

フェーズ Ⅱにおいては、フェーズ Ⅰの経験を踏まえ、住民の力をより生かすことを意図しプロジェクトの土台に「人づくり」の理念を設定したところに大きな特徴がある。この理念の下で、各活動のキーアクターが育成された（図4 - 5）。

活動の柱は図4 - 5のように、FP/RH分野、IEC分野、収入創出分野、の3つで、それぞれのキーアクターは、それぞれに対して保健医療スタッフと、ボランティア⁷⁴の地域啓発普及員（Community Support Team: CST）（詳細は5 - 2 - 3）、それぞれに対してボランティア⁷⁵の参加型啓発活動員（Facilitator：ファシリテーター）（詳細は5 - 2 - 3）、それぞれに対してCDCとマイクロクレジット事業の健全な運営のために設置された地域ローン委員会（Local Credit Committee: LCC）となっている。

またフェーズ Ⅱのもう一つの大きな特徴は、フェーズ Ⅰよりもさらに女性のエンパワーメントに主軸を置いた点である。CSTによる活動、ファシリテーターによるIEC活動、および収入創出活動という3つの活動によって、女性のエンパワーメントを高めることが短期的なアウトカムとして位置づけられた。一方、FP/RH分野に関しては、フェーズ Ⅰ同様、MCHセンターなどのサービスの向上と利用者側の意識の改善によって、MCHセンターなどへのアクセスの向上が目指された。そして、女性のエンパワーメントとMCHセンターへのアクセスの向上が相まって、カラク県における女性のRHステータスが向上するというロジックを描いた。

PDM（詳細は、添付資料4参照）では、アウトカム（PDMではプロジェクト目標）は「FPの実行率が増加する」となっていたが、終了時評価調査以降における議論によって、もっと大きな概念である「RHステータスの向上」を目指していたことが明らかになった⁷⁶。

本事例においては、女性のエンパワーメントは、アプローチであると同時に、RHの概念自体

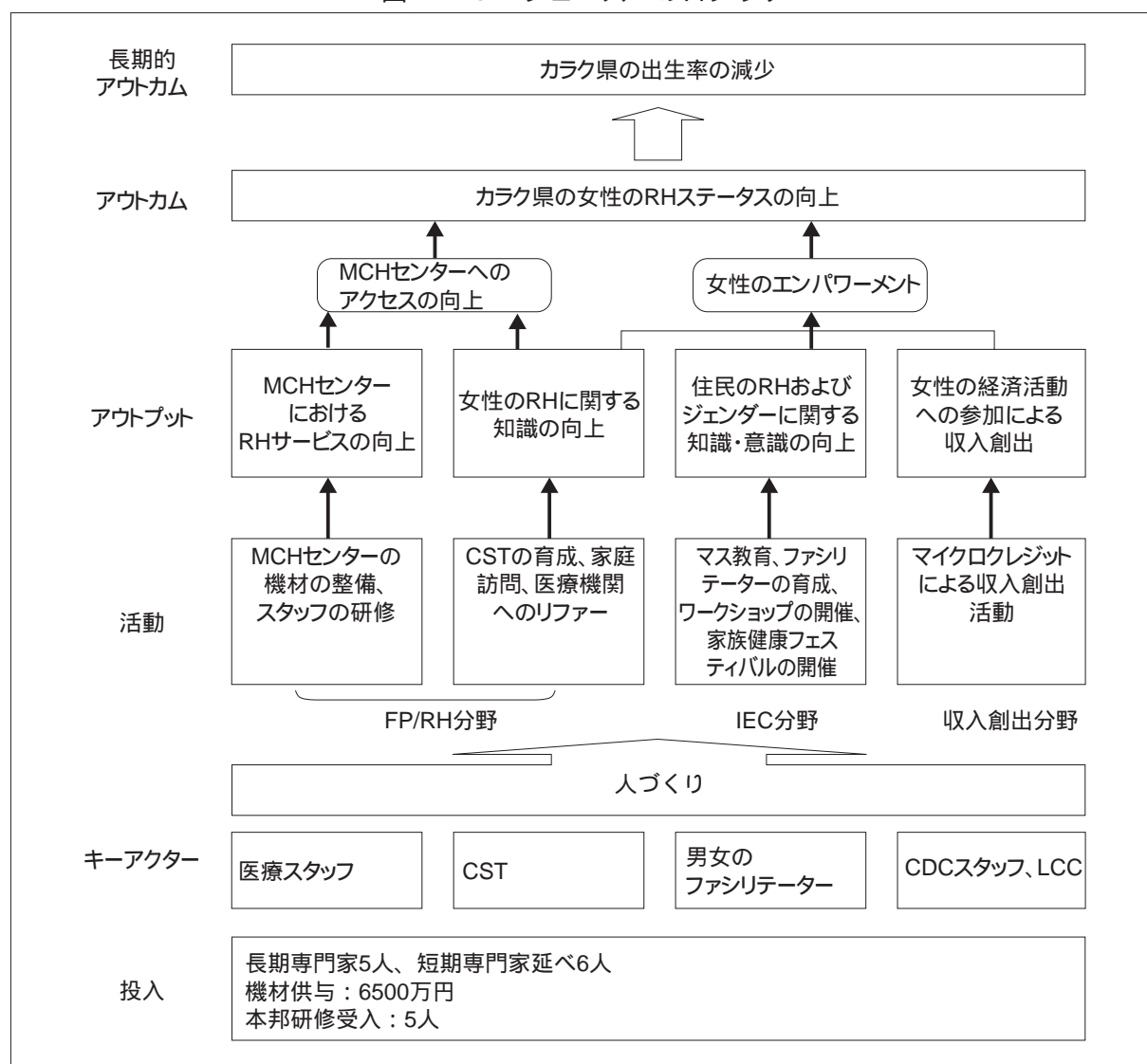
⁷³ 佐藤ヒアリング（2005）

⁷⁴ ただし、交通費として月40JDが支払われた。

⁷⁵ ただし、交通費や活動に割かれる時間などを考慮して、1回のワークショップ開催に対して60JDが支払われた。

⁷⁶ 佐藤都喜子（2003）、佐藤ヒアリング（2005）

図 4 - 5 フェーズ のロジック



出所：筆者作成。

に女性のエンパワメントが抱合されているためアウトカムの一つともみなされる。このことは、CDがアプローチでもあり、また目標ともなりうるという特性と似ている。

以上の実施体制と裨益者の関係を総合的にまとめると、フェーズ においては図 4 - 6 のようなメカニズムが展開したといえる。

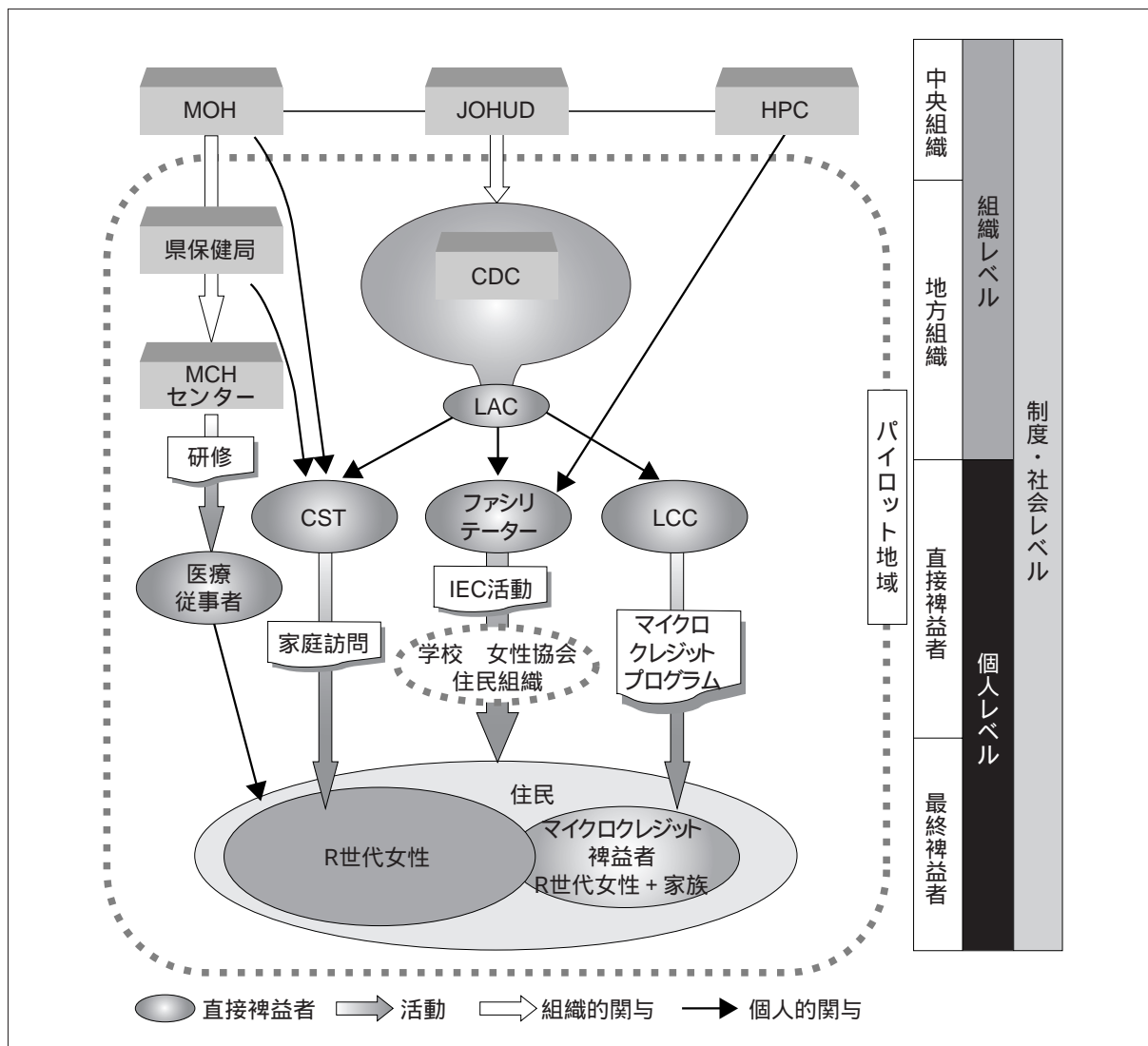
(3) 実績

1) 投入

日本側の投入は、長期専門家 8 人、短期専門家延べ 4 人の派遣、機材供与は総額6536万円（主な機材は、超音波診断装置、IEC機材、パソコン、研修用備品、マイクロクレジットプログラム用資材など）、本邦研修員受入 5 人、現地業務費は5660万円となっている。

ヨルダン側の投入は、C/Pが計15人（うちJOHUDとHPCからは各 1 人の専任スタッフ、カラ

図 4 - 6 実施体制と裨益者



出所：筆者作成。

クCDC常勤スタッフ1人)、施設の提供、運営コストは不明、となっている。

2) 成果

R/D上ではフェーズ ①の開始は2000年7月からであるが、本格的にプロジェクト活動が始動したのは日本人長期専門家がほぼ揃った2001年1月で、実質活動時期は2年半ということになる。

分野ごとにみると、FP/RH分野においては、カラク県内37ヵ所のMCHセンター⁷⁷の母子保健やRHサービスの向上と、CSTによる保健医療やRHに関する情報提供が主なコンポーネントであった。2001年1月にMCHセンターへの機材のインベントリーを作成し、その結果を基に2001年度に、RHサービス関連の基本的な機材（超音波診断装置、IUD着脱用ベッドなど）を供与した。

⁷⁷ Primary Health Care Center (PHCC) 含む。以下同じ。

同じ時期に支援を行っていたUSAIDの協力「プライマリー・ヘルスケア・イニシアティブ (Primary Health Care Initiative: PHCI)」(2000～2004年、予算4000万米ドル)⁷⁸がプライマリー・ヘルスケア (PHC) の機材を中心に供与をしていたのに対して、JICAの協力はMCHの機材を中心に供与するなど、うまく棲み分けが行われていた点も奏効した。また、MCHセンターの医師延べ30人に超音波診断の研修、IUD装脱着の研修を、また助産師・看護師延べ89人にRHに関する研修を実施した。

CSTは、日本人長期専門家着任の翌月つまり2001年1月からただちに候補者選びが開始され、候補者43人のうちから候補者研修の成果や適性などを勘案し、最終的に26人のCSTが選定された。CSTは、最初は保健医療情報を、プロジェクト中盤からはRH分野におけるジェンダーに関する情報を、終盤はジェンダーと女性のセルフエンパワーメントに関する情報を、家庭訪問によって一般の女性たちに届けた。これらの提供情報の内容は、CSTの活動の進展と女性たちのニーズを勘案しながら発展させていった。最終的にプロジェクト終了までの約2年間で、CSTによる家庭訪問は延べ8,440件実施された。

IEC分野においては、日本人長期専門家の派遣が2001年4月と遅れたため、本格的活動はこれ以降となった。しかし、その後の追い込みは著しく、終了時評価時点ではほぼ当初予定を達成していた。IEC活動の主軸となったファシリテーターは、2001年9月に地域から推薦を受けた男女から選定され、2001年10月以降、各種研修が計4回実施され、最終的に女性22人、男性7人のファシリテーターが育成された。これらファシリテーターによって女性向け参加型エンターエデュケーションワークショップ(5-2-4で詳述)が計96回開催され、延べ2,077人が参加した。また男性向け参加型ワークショップは59回開催され、延べ800人が参加した。さらに、当初予定になかった夫婦に対するワークショップ(参加者計111人)の実施、また男性を巻き込むことの難しさ、男女が席を一緒にすることに対する抵抗感に配慮すると同時に、参加者増をねらって、娯楽色を加味した「家族健康フェスティバル」を、7地域13カ所で開催し、計2,313人の参加を得た⁷⁹。このように、地域の嗜好やニーズ、サービス提供者側(ファシリテーターやCDCなど)のキャパシティの向上に合わせて、活動が多彩になっていった。

収入創出分野においては、まずフェーズにおけるマイクロクレジットプログラムの徹底的な検証を行いその改善を目指し、2002年3月に「マイクロクレジットプログラム運営ガイドライン」を作成した。そして、クレジットプログラムの健全な運営のためにCDCの下にLCCを設置した。フェーズでは裨益対象を女性に絞り、事業内容は女性が一人でも始められる養蜂と山羊のプロジェクトに絞った。実際のローンの貸付開始は、養蜂はプロジェクトの2年目から、山羊はプロジェクト中盤になってからであった。そしてプロジェクト終了までに、計2回ずつの貸付が実施され、裨益者数は養蜂30人、山羊136人で、貸付総額は102,120JD(約1531万円)となった。マイクロクレジット事業の収支決算は、現在、JOHUDが進めているマイクロクレジットスキームの統合化作業中で行われているとのことで、まだ結果は出ていない⁸⁰(4-4-3、(3)の2)

⁷⁸ PHCIは、全国380のPHCクリニックの改築とスタッフへの基本的な研修を実施。またCDCをRHサービスの拠点とすべくスタッフに研修を実施。

⁷⁹ 藤原章裕(2003)

で詳述）。

フェーズ では、本プロジェクトが住民や地域の人材の能力向上を目指すものであることから、そのプロセスをモニターすることの重要性に鑑み、PDM（添付資料参照）の成果5に「モニタリングが実施される」を加え、モニタリングの実施体制・フィードバック体制の確立、モニタリング指標の開発を目指した（Box 5 - 1 参照）。

また広報活動にも力を入れ、LACからの要請にこたえて地域住民とプロジェクトをつなぐ媒体として「ニューズレター」を発行した。全国的なメディアへの働きかけも積極的に行った。その結果、国営ジョルダンテレビが2002年に3回にわたりプロジェクトの活動を紹介する特集番組を組み、放映された。また、英字新聞「ジョルダンタイムス」でもプロジェクトの活動が紹介された。これらの報道によってプロジェクトの評判が高まり、最終裨益者の女性たちも含むプロジェクト関係者の志気の向上にもつながった。

4 - 4 - 3 旧開発福祉支援事業（CEP）

（1）実施体制

CEPは、フェーズ の経験から、ヨルダンにおける人材の潜在的な能力が高いこと、さらにJOHUDの運営能力が一定水準に達したと判断されたことから、JOHUD単独での実施体制となった。またプロジェクトの責任者には、フェーズ から専任C/Pとして関わったJOHUDの元専任C/Pを、プログラムスーパーバイザーとして抜擢した。またパイロット地域の責任者として、マザールCDCセンター長（フェーズ でLACとLCCメンバーを兼任）の女性を、フルタイムのフィールドスーパーバイザーとして登用した。パイロット地域であるマザール地域とムタ地域においては、特筆すべきアプローチの項で詳述するように、あらゆる地域社会の資源が活用され、包括的なネットワークが構築された。

以上のようにCEPにおいては、これまでのフェーズ の経験の集大成として、JOHUDの縦のラインを強化し、さらにパイロット地域においては地方行政や農民組合など中核組織を含むあらゆる社会資源を活用した包括的なネットワークを構築し、これまでのフェーズで構築したモデルの定着・普及を図っている（図5 - 2 参照）。

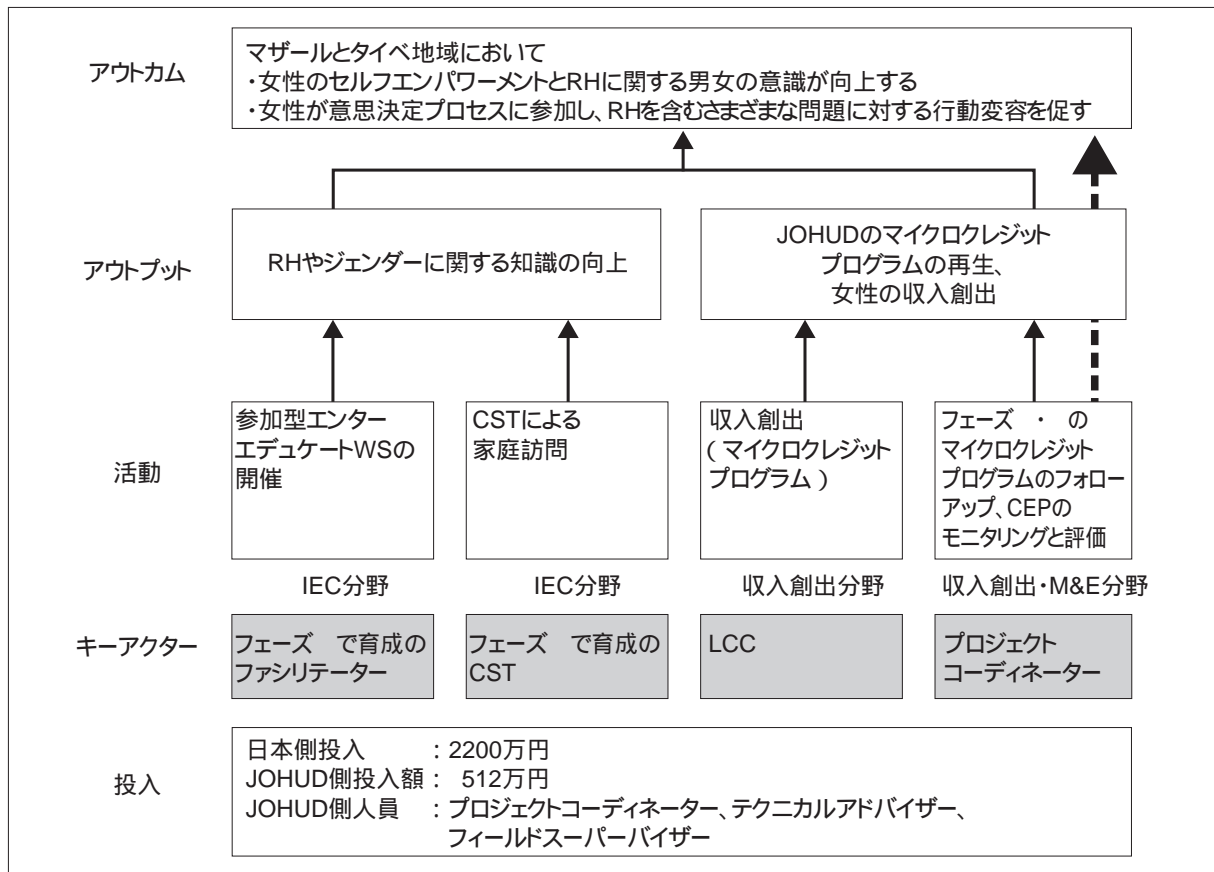
（2）プロジェクトのロジック

CEPはフェーズ で構築されたモデルの定着・普及のステージであるから、基本的なロジックは踏襲されている（図4 - 7）。

CEPでは、究極のゴールをジェンダーの平等と公正におき、アウトカムは女性のセルフエンパワメントとRHに関する男女の意識を向上させること、女性の意思決定プロセスへ参加を促しRHを含む行動変容を促すこととした。そのために、IEC活動と収入創出活動の2つの活動の柱を設定した。主な活動内容としては、IEC活動においては、対象地域における参加型ワークショップの実施と、主要活動地域とカラク県でこれまでCSTによる家庭訪問が実施されてこなかっ

⁸⁰ Muhriez（JOHUD元C/P）ヒアリング（2005）

図 4 - 7 CEPのロジック



出所：筆者作成。

た地域におけるCSTによる家庭訪問である。そして、3年という短い協力期間内で効率的に成果をあげるため、ファシリテーターやCSTはフェーズ ・ で育成した人材を活用した⁸¹。

収入創出活動においては、主要活動地域でのマイクロクレジットプログラムの実施と、フェーズ ・ において実施されたマイクロクレジットプログラムのモニタリング・フォローアップの実施である。

さらにプロジェクト全体に関するモニタリングと評価の実施も組み込まれている。

(3) 実績

1) 投入

プロジェクトの予算は、3年間で約2712万円である。このうちJICA側の投入額が約2200万円で、JOHUD側の投入額は約512万円である。このようにJOHUD側の投入額がR/D締結時において明記されていることは特筆に値する。

2) 成果

CEPでは、フェーズ で開発された各種アプローチをJOHUDのキャパシティに合わせて簡易

⁸¹ 佐藤ヒアリング (2005)

にし、より効率的なプロジェクトを展開している。とくにボランティアに関しては、新しく対象地域での人材育成をせず、前フェーズまでに育成された人材から優秀な人材（ファシリテーター7人、CST19人）を選定し活用している。現在19人のCSTが、マザールとタイベ地域および前フェーズまででカバーされなかったカラク県内の地域の家庭を訪問している。1人平均月48軒の家庭を訪問している。CSTは、交通費や経費として月額75JD（約11,250円）の支払いを得ている⁸²。この金額は彼女たちにとっては立派な月収に匹敵し、ボランティアというより「仕事」という意識である。現在もフェーズ 同様、月1回の月例会議、リフレッシュ研修、家庭訪問モニタリングなど、きめ細かいフォローアップを実施している。即戦力のCSTの活用で、家庭訪問は2004年4月からの6ヵ月間ですでに1,994件が実施され、参加型ワークショップも2004年5月からの5ヵ月間で計10回が開催され266人の参加者を得るなど、事業開始半年で一定の成果を上げている⁸³。

収入創出活動に関しては、フェーズ 同様、今回の現地調査時点までにLCCが結成され、LCCメンバーへの研修が実施された。また住民に対するマイクロクレジットプログラムに関するオリエンテーションも実施された。しかしながら、JOHUD本部においてマイクロクレジットプログラムの統合化の決定がなされ、プロジェクトで作ったプログラムもこちらに吸収されることとなっている。これはあるべき姿として喜ばしい変化であるが、実際は統合作業に時間がかかっており、この作業が完了するまでは収入創出活動は開始できないことになっている。したがって、新規貸付は2005年2月現在行われておらず、またCEPで行う予定であったフェーズ Ⅰ の裨益者のフォローアップも、まだ開始されていない⁸⁴。

⁸² ファシリテーターの報酬は不明。

⁸³ 佐藤都喜子（2004a）（2005）

⁸⁴ Muhriez（JOHUD元C/P）ヒアリング（2005）

5 . CDの観点から特筆すべきアプローチ

本事例では、地域における人づくりにはじまり女性のエンパワーメントを中間的アウトカムとし、さまざまなアプローチを展開し、大きな成果をあげた。これらのアプローチはCDの観点からも、個人の能力の向上、組織としての能力向上、それらを達成するための環境づくりといった点から、考察することに意義があると考ええる。そこで、本章では、各ステージで取り入れられたアプローチを、CDの観点から考察したい。

5 - 1 フェーズ

フェーズ で実施したコンポーネントの中で特筆すべきアプローチとしては、

ベースライン調査、

FP / RH分野のサービスの向上、

地域開発普及員（CDP）の育成、

収入創出活動、

の4点がある。以下、これらの手法の概要と、CDの観点からみた意義について考案する。

5 - 1 - 1 ベースライン調査

1997年7月～1998年5月⁸⁵の11ヵ月にわたりベースライン調査が実施された。最初の5ヵ月間は、二次資料の収集、質問票の作成、フィールドワーカーの訓練、プレ調査などの準備期間に充てられ、フィールド調査2ヵ月、分析・報告書作成5ヵ月と進められた。調査方法は、ランダムサンプリング（N=750）により抽出された対象に対して、質問票を用いた聞き取り調査である⁸⁶。

その結果、合計特殊出生率は7.1で、全国レベル4.1と比べて極めて高い、多産の女性が避妊をする傾向があるが、実行期間が短く効果が極めて低い、伝統的な社会文化的要因（初婚年齢、家族形態）が出生数に強く影響している、理想子ども数は、男性7.7人、女性4.4人と男女の乖離が大きい、などの実態が把握された⁸⁷。そこで、男性に対する正しい啓発活動の必要性、避妊に関する正しい知識の普及を図る必要性が認識され、プロジェクト活動に追加された⁸⁸。

この調査においては、プロジェクトの働きかけでHPCの人口専門家の専任C/Pがフィールドに何度も足を運ぶことによって、日本人専門家の仕事への取り組み（長時間労働に不満もいわず、次々に計画を行動に移していく）に次第に触発され、地域住民と一緒に問題を克服していこうとする自覚が芽生えた⁸⁹（Box 6 - 3参照）。また、このように意識が変化していった彼の存在はプロジェクトの大きな推進力となった⁹⁰。

⁸⁵ 国際協力事業団 医療協力部（1999）によると、1998年5月までの9ヵ月間となっているが、より実際の実施時期に近いほうの報告書の記述を採用した。

⁸⁶ 国際協力事業団 医療協力部（1998）

⁸⁷ 国際協力事業団 医療協力部（1999）

⁸⁸ Ibid.

⁸⁹ Malkawi（HPC元C/P）ヒアリング（2005）

⁹⁰ 国際協力事業団 医療協力部（1999）

ベースライン調査においては、地元のCDCセンター長はじめ地域リーダーが調査員として登用され、プレ調査、聞き取り調査、そして分析結果の公開会などに参加した⁹¹。このような地域リーダーの巻き込みは、プロジェクトへのオーナーシップを醸成した。さらに、地域リーダーは自ら統計調査に参加し、自分たちの地域の実態を科学的に把握することによって、また他地域と統計的に比較する機会を得て、自分たちの地域の問題を客観的に認識できるようになった⁹²。そのような能力が、その後の彼ら自身による地域問題への取り組み方を変える大きな力となったとみられる⁹³。また多くの住民を対象としたベースライン調査の実施は、地域住民にプロジェクトを周知させるエントリーポイントとなり、プロジェクトとの一体感を育む契機ともなった⁹⁴。

5 - 1 - 2 FP / RH分野のサービスの向上

FP / RH分野においては、パイロット地域の南ゴール郡が貧困地域であるがゆえに保健医療施設のFP関連サービスが遅れていることが、プロジェクト開始後に明らかになった。そこで、ハード・ソフト両面の支援がなされた。

ハードについては、南ゴール病院および南ゴール郡のすべてのMCHセンターに対して、母子保健における基礎的な機材（超音波診断装置、産婦人科検診台、新生児・乳児・成人用各体重計、分娩台、乳児保育器、コンピュータ、視聴覚機器など）を中心に供与した。また、南ゴール病院には臨床検査ラボ用の検査機器が整備され、基礎的な臨床検査が可能となった。これらの供与機材は、現在も総じて適切に維持・管理され、よく活用されている。とくにラボの検査機器はMOHの専門技師によって定期的なメンテナンスが行われており、その管理体制は高く評価される⁹⁵。またFPの実行に不可欠な避妊薬が、フェーズ 開始時においてMCHセンターでは不足していたため、当時MOHがUSAIDの支援を受け開発されていた新しい配布システム⁹⁶と連携し、避妊薬の確保に協力した⁹⁷。

ソフトについては、一般医、産婦人科、助産師に対してFP / RHの研修を、また日本人短期・長期専門家によるそれぞれの施設における実地研修を実施した。一方、FP / RH研修プログラム開発にあたっては、UNFPAおよびUSAIDの指導によるMOHマニュアルが使用された⁹⁸。研修の講師には、日本人専門家に加えてNGO「ヨルダン家族計画協会」の医師、カラク保健局長・副

⁹¹ CDCセンター長ヒアリング（2005）による。

⁹² Malkawi（HPC元C/P）ヒアリング（2005）

⁹³ CDCセンター長・スタッフヒアリング（2005）、現地視察（2005）による。

⁹⁴ CDCセンター長ヒアリング（2005）による。

⁹⁵ 現地視察（2005）による。

⁹⁶ 元MOH母子保健局長によると、「ヨルダンの避妊具のロジスティックシステムは、8年前にUSAIDの支援によって、3年間でたいへんすばらしい供給体制（Comprehensive Logistics System for Contraceptives）を作り上げた。これにより、在庫切れゼロ、需要予測による購入計画、管理体制、配布体制、報告、フィードバックなど一連の流れが組織化され、包括的なシステムとなっている。これは世界一といってもよいシステムである」という（現地調査ヒアリング（2005））。ただし、実際に視察してみると管理・保管状況は施設ごとに格差がある感は否めなかった。また、今後の最大の課題は、現在潤沢な避妊具を供与している米国がこれから徐々に供与量を減らし5年後にゼロにする計画「Jordan Contraceptive Security Strategic Plan」が進行し、ゼロになったときに果たして（資金的な）自己調達が可能なのかという点である。

⁹⁷ 国際協力事業団 医療協力部（1999）

⁹⁸ 国際協力事業団 医療協力部（1988）

局長、MOHの助産師スーパーバイザーなど現地の人材が積極的に活用された。なお、講師への謝金としては1時間で15JD（約2,250円）が支払われた⁹⁹。

このような保健医療施設に対するハード・ソフト両面の支援は、各施設のキャパシティ向上に大きく貢献し、FP/RHケアを必要とする女性たちの保健医療機関へのアクセスを高めるという目的に寄与している¹⁰⁰。またハードの向上は、保健医療スタッフの仕事へのインセンティブを高めるのにも寄与した¹⁰¹。さらに、保健医療施設がアップグレードされるという地域住民にとって目に見えやすい変化は、住民に対してこれから日本が協力を開始するという合図となり、プロジェクト活動へのエントリーポイントとしての機能も果たした。

5 - 1 - 3 地域開発普及員（CDP）の育成

フェーズにおいて、啓発普及活動の推進役としてボランティアである地域開発普及員（CDP）が育成された¹⁰²。計画では将来の女性のコミュニティリーダーを育てることを企図し、20歳代の女性が対象となった。加えて、ベースライン調査により男性に対する啓発活動の重要性が認識されたことから、途中で男性のCDPも育成された。CDPの主な役割は、家庭訪問による啓発普及セミナーの参加の呼びかけ、会場の設営、参加者の確認、子どもを連れた参加者の子どもの世話、講演メモの作成などである。

またベースライン調査で指摘された男女間の意識の乖離（理想の子ども数の相違など）の解消に向けて、「男女共同啓発セミナー」がプロジェクトの後期に実施されるなど、追加的試みが行われた¹⁰³。

しかし、これらの若い女性は農繁期においては各家庭にとっても重要な働き手であり、またよそで農作業を手伝えれば労賃が稼げるために、家族はCDPよりも農作業をすることを好み、そのためにCDPをやめるものも出てきた。これには、CDPの社会的役割の重要性を説得するだけではとても対処できなかったため、生活と両立させる解決策として、CDPに月20JD（約3,000円）を交通費として支払うこととなった¹⁰⁴。

CDPは、女性が学校や病院以外の不要不急の外出がタブーとされていた南ゴール郡において、公に外出の機会を与え、しかも社会貢献する場に参加するという経験を与えた点において画期的であった。1年余の活動で「早くも村で有名になり、指導力を発揮」¹⁰⁵するようになった。こうしたことを通じて、女性CDPがエンパワーされた点が高く評価されている¹⁰⁶。また、CDPの中には収入創出活動に参加している人もおり、彼らが住民の中にFP/RH啓発活動と収入創出活動が統合されるべきものであるとの認識を植えつける役割を果たした点も見逃せない¹⁰⁷。

⁹⁹ 国際協力事業団 医療協力部（1988）

¹⁰⁰ 井本敦子（2003）

¹⁰¹ 保健医療施設視察・ヒアリング（2005）による。

¹⁰² 国際協力事業団 医療協力部（1998）p.17

¹⁰³ 国際協力事業団 医療協力部（1999）

¹⁰⁴ 国際協力事業団 医療協力部（1998）

¹⁰⁵ 国際協力事業団 医療協力部（1999）p.19

¹⁰⁶ 国際協力事業団 医療協力部（1999）

¹⁰⁷ *Ibid.*

5 - 1 - 4 収入創出活動

本事例は、カイロ会議で提唱されたRHという新しい概念 - 女性のエンパワメントに軸足を置いて女性の生涯にわたる性に関する健康を維持するというもの - を具現化した先駆的なプロジェクトである。その重要な柱として収入創出活動を組み込んだ¹⁰⁸。フェーズ においては、JOHUDとのマイクロクレジットプログラムに対する認識の乖離（4 - 4 - 1 参照）から、軌道に乗るまで時間がかかったが、その成果は大きかった。

事前調査では、収入創出活動は「FPを推進する以前のコミュニティとの信頼醸成」¹⁰⁹のための活動として位置づけられた。このためフェーズ の収入創出活動は女性のみでなく男性も対象にした。その結果、ヨルダンでももっとも貧困で、保守的な地域で、これまでどんなドナーも寄り付かなかった南ゴール郡において、男性の理解を得るための有効なエントリーポイントとなった点は特筆に値する。この男性による“プロジェクトの受け入れ”によって、コミュニティとの信頼関係が生まれたといえる。同地域からJICAプロジェクトが去ってから5年が経過した現在においても、関係者からJICAに対する感謝と好意の念を強く感じるのは、フェーズ の時期に強い信頼関係を構築した証と思われる¹¹⁰。

このような男性によるプロジェクトの受け入れによって、当時、女性一人の外出はタブーなどというジェンダー後進地域において、女性のエンパワメントという新しい概念が男性にも少しずつ受け入れられるようになったといえる¹¹¹。また実際に収益を上げる女性たちが出現することによって、女性自身の自信の醸成や男性の女性に対する意識も変わっていくなど¹¹²、ねらい通りの成果を得ている。今回の現地調査で、縫製、ビニールハウスプロジェクトを継続している女性たちにインタビューを行った。縫製事業を自宅で営む女性は、いまでは妹と共同で、2台目のミシンを購入し、定期的に出来上がった製品を買い取ってくれる業者におろしている。彼女は8人家族の家計を支える大黒柱となっている。彼女の家には自家用車¹¹³があり、経済的に余裕がある様子がうかがえた。一方、夫とともにビニールハウスプロジェクトを継続させている元CDCは、現在ではトラックをチャーターし、野菜をアンマンまで売りに行っているという。また仲間のまとめ役として将来は農業組合のような組織を作りたいと前向きな意欲¹¹⁴をもっている。このように、安定した収入創出活動によって、女性の家庭内や地域における地位が向上していることがわかる。さらに、地域全体において、女性に対する偏見が少なくなり、社会参加の場が増えている印象を強く受けた。例えば、MCHセンターの予防接種サービスが母親たちで賑わっている様子や、娘に大学教育を受けさせている人が多いのは、その表れであろう。

¹⁰⁸ 国際協力事業団 医療協力部（1998）（1999）（2002a）（2003）

¹⁰⁹ 国際協力事業団 医療協力部（1996）

¹¹⁰ 現地調査結果（2005）による。

¹¹¹ 国際協力事業団 医療協力部（1999）

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ 通訳によれば安い大衆車で約60万～80万円のクラスとのことであるが、平均月収が2万円前後の地域で個人宅に自家用車があるのは驚きである。

¹¹⁴ ビニールハウス栽培によって、野菜の質が向上し、以前は地域内での消費で終わっていたものが、現在はアンマンまでトラックで販売に行くなど発展している。この活動の延長線上に農業組合としての組織化の構想がある。

ところで、JICAのマイクロクレジットプログラムが他のドナーのものと異なる点として、裨益者に対して技術的支援を実施している点がある。本事例では、ヨルダン人の牧畜や養蜂などの専門家を投入し、初期研修と継続したフォローアップ研修を実施している。また、これらの技術研修を行う際には裨益者側に技術伝達リーダーを決め、技術が確実にグループ内に伝達されるような工夫も行っている。JICAのマイクロクレジットプログラムが裨益女性たちに高く評価されているのは、このようなきめ細かいフォローアップが実施されたからである¹¹⁵。このことは、継続的な個人の能力開発のプロセスにおいて、初期の資金的支援だけでなく、技術支援と継続したフォローアップ（見守り）が必要であり、それが裨益者に安心感をあたえ活動継続のインセンティブとなることを示唆している。

5 - 2 フェーズ

フェーズ で新たに取り入れたコンポーネントの中で特筆すべきアプローチとしては、
チーム・ビルディング、
LACの創設、
ボランティア（ファシリテーターとCST）の育成、
参加型エンターエデュケートワークショップ手法の開発、
3層のアプローチ、
モニタリングシステムの構築、
の6点がある。これらの内容と、CDの観点からみた意義について考案する。

5 - 2 - 1 チーム・ビルディング

フェーズ の計画策定のために、フェーズ 終了間際に、プロジェクト側が主導し、本邦よりプロジェクトサイクルマネジメント（PCM）手法の短期専門家を派遣して、PCMワークショップを開催した。このPCMワークショップにはプロジェクトの運営に実質的に関わるすべてのステークホルダー（中央組織レベル、地方組織レベル）が一堂に会し、日本側と一緒にフェーズ の計画であるPDM原案を作成した。このPCMワークショップでの議論のプロセスは、ヨルダン側関係のオーナーシップを高め、また一つのチームとしての意識を培い（チーム・ビルディング）、プロジェクトへのコミットメントを高めることに貢献した¹¹⁶。

現在すでにJICAの案件形成にはPCMワークショップが必須条件として採用されているが、本当の意味で裨益国側の本音を引き出す場になっているか、疑問の場合も多い。本事例のPCMワークショップが有効に機能した要因として、いくつか考えられる。まず、なによりもJICA本部ではなく、プロジェクト側の強いイニシアティブによって開催された点である。また、参加者については、実施機関として想定される関係機関の意思決定レベルから現場実務者まで各層の実際にプロジェクトの運営に実質的に関わるキー・パーソンが一堂に会した点である。この適切な参

¹¹⁵ LCCに対するFGI（2005）による。

¹¹⁶ 源由理子（2000）

加者を得ることができたのは、フェーズ 3 の3年間に於いて日本人専門家とヨルダン側のC/Pの信頼関係が構築されていたからである¹¹⁷。さらに、プロジェクトメンバーと信頼関係のある短期専門家をファシリテーターとして投入できたことも奏効した。プロジェクトとの信頼関係が、ひいてはヨルダン側チームとの信頼関係につながり、この関係性が両者の本音による協議をPCMワークショップにおいて可能にしたといえる。

これらの条件が揃ったことによって、最初の段階において意思決定と認識の共有、チーム・ビルディングがなされ、ヨルダン側のオーナーシップを高めることにつながり、フェーズ 3 の効果を高めたといえよう。

5 - 2 - 2 LACの創設

フェーズ 3 の大きな特徴の一つとして挙げられるのが、LACを創設したことである。LACは、CDCセンター長、宗教指導者、MCHセンター長、公務員、学校長、女性組織の長など地域の既存リーダーによるボランティアベースの委員会であり、主要活動地域に1ヵ所ずつ設置された。LACは、プロジェクトと住民を結ぶフォーカルポイントであった。地域住民の意見、考え、ニーズなどを取りまとめプロジェクトに伝える一方、プロジェクト活動への理解と協力を住民に促す窓口となった¹¹⁸。

これはまた、ヨルダンが部族社会であることの障害を軽減する目的もあった。ヨルダンでは、誰がどの部族の出身かということで人間関係のネットワークが構築され、とくに地方においてはこの傾向が強いことから、本プロジェクトの活動の拠点となったCDCセンター長の人間関係（すなわち所属部族）に限定されてしまうという短所があった。そのため、LACを創設し地域へより開かれたネットワークを形成し、プロジェクトの裨益が公平に広まることを意図した¹¹⁹。

さらにLACのメンバーは、LCCやファシリテーターなどのボランティアを兼任する人も多く、ご意見番という役割だけでなく、実際にさまざまなプロジェクト活動にも参加したために、人的オーバーラップが生じた。その結果、プロジェクトの中央レベルでは縦割的な構造（保健関係はMOH、IEC関係はJOHUDとHPC、収入創出関係はJOHUD）であったものが、パイロット地域では融合したものとなり¹²⁰、マルチセクター的アプローチとなった。

5 - 2 - 3 ボランティア（ファシリテーターとCST）の育成

フェーズ 3 では、地域の人づくりを大きな理念に掲げていた。その中心となったのが、ファシリテーターとCSTである。

ファシリテーターは、住民に対する啓発普及活動の中心的活動である「参加型エンターエデュケーションワークショップ」（5 - 2 - 4で詳述）を中心となって担ったボランティアの活動員である。各主要活動地域の地域住民に信望ある人物（LACメンバー、教員、農業普及員、宗教指導者など）から、家族計画およびジェンダーに対する肯定的態度などを選考基準として選考された。

¹¹⁷ 源由理子（2000）

¹¹⁸ 国際協力事業団 医療協力部（2003）

¹¹⁹ 佐藤都喜子（2003）、佐藤ヒアリング（2005）

¹²⁰ 国際協力事業団 医療協力部（2003）

ボランティア的位置づけではあるが、フェーズ のCDPと同様、ヨルダン側の強い要望を踏まえ長い協議の末に、交通費の実費や準備に要する時間などを考慮して、1回のワークショップ開催に対して60JD（約9,000円）が支給されることとなった¹²¹。育成された男女計29人のファシリテーターによって、参加型エンターエデュケートワークショップ、家族健康フェスティバルなど多様な啓発普及活動が展開された。

CSTは、リプロダクティブ世代の女性のいる家庭を訪問し、保健やRHに関する情報を届けたり、カウンセリングをするボランティアの活動員である。CSTもファシリテーターと同様の意図で、平均月20～40回の家庭訪問を実施し、月40JD（約6,000円）の報酬が支給されることとなった。CSTに似たような活動はヨルダンのMOHでも以前実施した経験があり、この経験を生かして、MOHの母子保健局長が中心となって、研修カリキュラムやCSTテキストの開発、CST家庭訪問用教材（フィリップチャート）のコンテンツづくりを行った¹²²。

これらのボランティアは、フェーズ のFP/RH分野やIEC分野に不可欠な人材に育ち、地域全体のRH知識、意識を向上させ、行動変容を促す役割を果たしたといえる。また、彼らの中から選抜されたもの（ファシリテーター7人、CST 19人）が、現在CEPにおいて活躍している。今回の現地調査で、多くのボランティアは、終了時評価時点と比べて、さらに、能力、意欲が高まっていることが確認された。彼らは自分たちのことを“保健、ジェンダー、RHに関する知識が豊富で、コミュニケーションスキルも相当に高く、もはやボランティアとしてではなく専門職として働けるレベルである”¹²³と主張している。そして、自分たちの知識・能力に見合ったよい就職先がないということを最大の問題としている。この状況に関して、CDの基本的概念である課題対処能力の向上という観点から、次章6-2で考察を加えたい。

このボランティア育成には、育成段階から多彩できめの細かい研修が適宜提供された。さらに、活動中にもきめ細かいフォローアップがあった。例えば、CSTの場合、月1回全CSTを集めて月例ミーティングを行い、CSTの日々の活動での課題などについて全員で検討するいわゆるケースカンファレンスの機会をもった。さらに、ヨルダン人の助産師コンサルタントと日本人専門家が家庭訪問に同行し、活動のモニタリングと指導を継続して行っている。また、ファシリテーターに対しては、他地域のファシリテーターの活動を参考にしたいという要請に対して、積極的に視察の機会を設けるなど、本人たちの向上心をできるだけ伸ばすように対応した。このように、ボランティアレベルにおいては、その成長過程を予測することが非常に難しいため、成長の過程を伴走しながら見守り続け、必要に応じて柔軟に支援を差し出すというきめ細かい伴走体制が、金銭以外のインセンティブとなって、持続的な活動と向上心を高める促進要因になったと考えられる。

5-2-4 参加型エンターエデュケートワークショップ手法の開発

フェーズ の画期的なアプローチとして、行動変容（Behavior Change Communication: BCC）

¹²¹ 1回のワークショップでは、メインとサブのファシリテーターが参加するが、サブファシリテーターには5～10JDが支給された（国際協力事業団 医療協力部（2003））。

¹²² 国際協力事業団 医療協力部（2003）

¹²³ CSTヒアリング（2005）による。

のための「参加型エンターエデュケートワークショップ（以下、参加型ワークショップ）手法」の開発とそのパッケージ化がある。

参加型ワークショップ手法¹²⁴とは、知識は一方的に与えられても行動変容にはつながりにくい、自らが発見するプロセスを経ることによって行動変容に結びつきやすいという考え方に根ざしている¹²⁵。具体的な方法は、啓発ワークショップにおいて娯楽性の高いビデオ教材をみせて、その上映後にファシリテーターの助けによって参加者に登場人物の行動やストーリーについて議論させるといったものである。ファシリテーターは参加者同士の意見を活性化させる触媒的な役割に徹し決して正解を与えず、参加者自身が議論の過程で、自分の潜在意識を認識し、日常の意識・行動への問題に覚醒することをねらう。ここで使われるビデオ教材は、あらかじめ学習者の知識・意識レベルと学習目標に合わせて、題材やエピソードが選択され、かつ娯楽性高いドラマとして仕上げられており、視聴者を飽きさせない工夫がなされている¹²⁶。フェーズ では、この手法を普及させるために、基本解説本、ファシリテーターのためのガイドライン¹²⁷、ビデオ教材（6本）などを制作し、これらのセットがあればどこに行っても簡単に普及できるよう教材を整えた¹²⁸。したがって、これらの教材セットによってファシリテーターの研修ができ、そのファシリテーターによってビデオ教材さえあれば、ほかの地域でも一気に普及活動ができ、汎用性と費用対効果の面でも利点がある。事実、現在実施中のCEPでは、短期間で多くのワークショップを実施できている。

この手法の開発にあたっては、UNFPAアラブ地域事務所（UNFPA Country Support Team for Arab States）のヨルダン人でBCC専門家のDr. Ziad Rifaiが大きく貢献した。彼は手法の概念構築からビデオのシナリオ監修まで、無償で親身な技術指導を行った。また、彼の紹介によってビデオ教材制作を引き受けてくれたヨルダンの王室系NGO「パフォーミングアーツセンター（Performing Arts Center）」との連携も不可欠であった。これらのヨルダンの専門家、専門集団との連携があったからこそ、ヨルダン国内で広く活用できる手法のパッケージを完成¹²⁹することができたといえる。また、このパッケージは周辺の中東イスラム諸国においても活用可能であるという¹³⁰。

5 - 2 - 5 IECの3層的アプローチ

フェーズ のIEC活動では、住民のRHに対する行動変容を目指して、3層へのアプローチを行った（図5 - 1）。1層目は、MCHセンターなどリプロダクティブ世代が集まる場所で教育ビデオ

¹²⁴ 英国で考案された「インターラクティブ・シアター」にヒントを得ている。インターラクティブ・シアターとは、4～5人の少人数で構成される劇団員が村々を回り、村人に教育啓発的テーマの寸劇をみせ、上演後、劇中の役者に扮した演技者が村人とやりとりをして、村人の潜在意識を浮き彫りにし、意識変革をもたらすという手法（詳細は、国際協力事業団 医療協力部（2002）pp.180-221参照）。

¹²⁵ 佐藤ヒアリング（2005）

¹²⁶ 国際協力事業団 医療協力部（2003）、佐藤ヒアリング（2005）

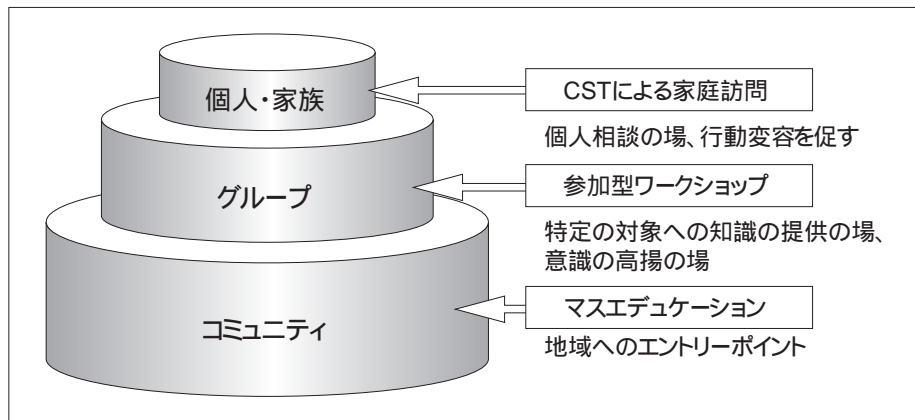
¹²⁷ 「Guidebook: Communication for Change in Family Planning and Reproductive Health Behavior」（2002年3月発行）のこと。

¹²⁸ Rifai（UNFPA専門家）ヒアリング（2005）

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ *Ibid.*

図 5 - 1 3層的アプローチ



出所：筆者作成。

オを一方通行で流す“マスエデュケーション”、2層目は集団にアプローチするための参加型ワークショップ、3層目はCSTによる1対1の情報提供とカウンセリングである。1層目で広く地域全体のムードを高め（新しい概念受容の環境づくり）、2層目では関心を持ち始めた層をさらに強く引き込み、3層目のマンツーマンによる対応によってよりセンシティブな悩みへの解決や具体的な行動変容への最後の一押しをするという効果がそれぞれ期待できる。

この3層へのアプローチは、日本の戦後の家族計画普及の取り組みでも取り入れられている¹³¹。農村の家族計画普及モデルを作り、その成果を全国に広めるために、日本では3つの家族計画モデル村（米作農村・畑作農村・漁村）が設定された。モデル村では、最初に村全体に対して啓発活動し、女性のための反対勢力である夫や舅姑などに対して理解を求めるよう努め、次第にそのような活動に興味をもった女性たちに対して家族計画の具体的な手法を伝授するグループ勉強会を開催し、とくに個人的な相談や身体にまつわる相談を受ける場として1対1の助産師や保健師による家庭訪問を実施した。このように何層にもかかる啓発の網が、女性を取り巻く環境的制約を取り除き、また女性自身の背中を押す状況を作り出している¹³²。

本プロジェクトの3層的アプローチもこのような考え方に立って取り入れられているが¹³³、この何層にもかかる啓発の網をかけることは、環境的制約で行動変容できない個人を後押しする手法として有効で、CDの観点からも個人が変容するための環境づくりという点で参考となるであろう。

5 - 2 - 6 モニタリングシステム

フェーズ の終了時評価において、活動が多彩であるがゆえにそれらが有機的に結びつき最終目的にどう貢献しているかを確認するためのモニタリングの必要性が指摘された¹³⁴。これを受けフェーズ では、PDMの成果に「モニタリングシステムの確立」が盛り込まれ、計画段階からモニタリング活動を定型化した。

¹³¹ 国際協力事業団 国際協力総合研修所（2003a）p.79

¹³² 国際協力事業団 国際協力総合研修所（2003a）

¹³³ 佐藤都喜子（2003）

¹³⁴ 国際協力事業団 医療協力部（1999）

Box 5 - 1 PCM手法の応用に関する一考察

フェーズ 立ち上げのためのPCMワークショップにファシリテーターとして参加した短期専門家は、本事例が住民を巻き込む社会開発側のプロジェクトであり、社会インフラ整備やセンター型プロジェクトと異なり、投入と成果の因果関係が明確に把握することが難しいという点に着目して、PDM作成上の留意点やモニタリングに関する考察を行っているので、以下に紹介する。

「住民を巻き込みながら、地域住民の意識・態度の変化を促していく今回のケースは、PDM上に計画しにくい。なぜならば、PDMはもともと、社会インフラ整備や施設建設のように、計画段階から投入と成果の関係が明確なプロジェクトの目標達成度を管理していくための道具として使われてきたからである。今回のケースでは、投入から成果へのプロセスで、相手側をいかに巻き込んでいくのかが大きな活動の一部とある。そのような場合は、投入と成果の関係を結ぶプロセスをどのように捉えるかが、プロジェクトをマネジメントする際の一つのポイントとなる。このような特徴を踏まえ、今回のケースのPDMを作成するにあたり、以下のような点に留意した。

プロセスを捉える重要性に鑑み、成果を直接捉える指標のみではなく、プロセスを捉える指標（process indicator）も同時に考えるようにした。また定量的指標を補足するために、定性的な情報を、PRA（Participatory rural appraisal）やインタビュー、フォーカス・グループ・インタビューなどで取るように工夫した。

「住民がプロジェクトを受け入れる」という条件は、このプロジェクトでは外部条件もしくは前提条件にはならないことを確認した。（受け入れてもらうための活動がプロジェクトの大きな柱の一つであるため）また、ベースラインを把握するためのPRAなどは、調査であると同時に、住民にプロジェクトを受け入れてもらうための一つの手段として捉えることが重要である。

プロセス指標を適切にモニターし、必要に応じてプロジェクトの活動の再チェックを行う仕組みとして、プロジェクト自身によるモニタリングや評価体制の確立を、成果の一部として明確に位置づけた。

出所：源由理子（2000）p.17より抜粋。

まず1回の活動ごとにC/Pを中心として統一書式による活動報告書を作成し、日本人専門家の補足と評価コメントを加え、ドキュメンテーションを残すことを徹底した。またこの活動報告書を基に、ヨルダン側プログラムマネージャーがほぼ四半期ごとに進捗報告書を取りまとめた。さらにこれらのモニタリング結果は、月例のプロジェクト運営委員会で報告・協議され、その結果はプロジェクト関係者にフィードバックされている。

また、プロジェクトは住民の意識・態度・行動の変化を促すことを目的としたため、そのプロセスの定点観察も重視した。そのため参加型ワークショップ開催時にはプレ/ポストテストを実施し、その分析結果を詳細にとりまとめた。さらに分野ごとに、裨益者に対して定点的に聞き取り調査、アンケート調査、視察調査などを実施し、変化の過程を観察した¹³⁵（Box 5 - 1 参照）。

このように、カウンターパートを主体としたモニタリングで常にプロジェクトの進捗を把握しその結果をフィードバックする場が組み込まれていたこと、また住民の変化のプロセスを定点観察することを試みたことは、このような住民のCDを目指すプロジェクトのモニタリング・評価手法の開発に貴重な示唆を与えるものである。ただし、終了時評価調査団¹³⁶が指摘するように、住民の変化を計る手法はたいへんな労力、時間、技術が必要で、日本人専門家主導とならざるを

¹³⁵ 国際協力事業団 医療協力部（2003）

¹³⁶ *Ibid.*

得なかったこと、またその作業がプロジェクト全体に大きな負荷となったことが教訓とされた。したがって、CDにおけるプロセス変化を把握するモニタリング手法としては、より簡易で誰にでもでき、負荷のかからない手法が開発されることが望まれる。

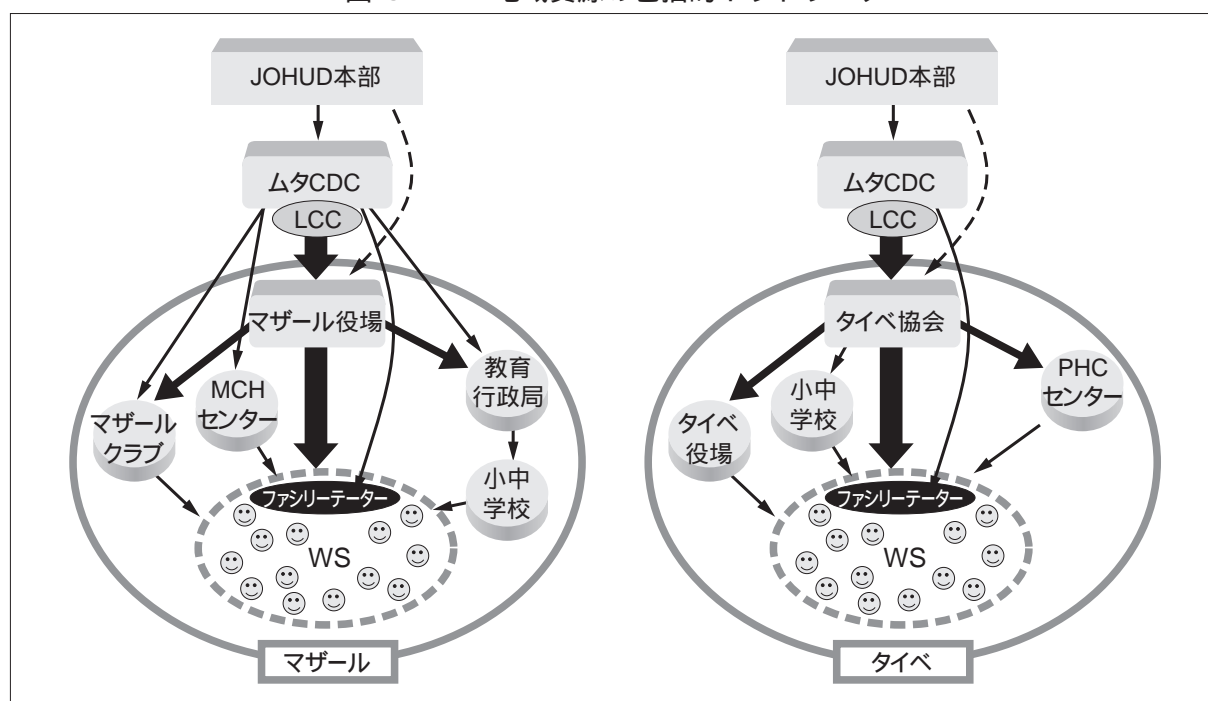
5 - 3 旧開発福祉支援事業（CEP）

旧開発福祉支援事業（CEP）で実施している取り組みの中で、特筆すべきアプローチとしては、
 地域資源の包括的ネットワーク、
 側面的支援、
 の2点がある。以下、これらの内容とそのCDの観点からみた意義について考案する。

5 - 3 - 1 地域資源の包括的ネットワーク

CEPでは、これまでのフェーズの経験を踏まえ、さらにJOHUD本部がその独自の情報源を生かして、対象地域のあらゆる社会資源を活用し包括的なネットワークを作っていることが、特筆すべき特徴となっている（図5 - 2）。

図 5 - 2 地域資源の包括的ネットワーク



注：WSはワークショップの意。
 出所：筆者作成。

パイロット地域となったマザールとタイベ地域は、ともにカラク県のムタCDCが所管する地域であり、すべての活動は同CDCが統括している。このムタCDCは数年前までカラクCDCの下に属するサブCDCであった。ムタCDCの下に、各対象地域の中核的な社会資源であるマザール役場と農民組合である「タイベ協会」が、それぞれコミュニティレベルの拠点として設定されてい

る。さらに両組織の下に、地元のさまざまな組織と人が取り込まれ、包括的なネットワークが築かれている。マザールの場合はマザール役場の下に、余暇省の所管するスポーツクラブ「マザールクラブ」、MCHセンター、小中学校などが連携しており、タイベの場合はタイベ協会の下に、タイベ役場、PHC/MCHセンター、小中学校などが連携している。

ここで注目されることは、フェーズ・において地元自治体や小中学校がほとんど表にでてこなかったのに対して、CEPでは主役あるいは全面的な連携体制をとっていることである。このアイデアとその実現はJOHUD本部によるもので¹³⁷、ヨルダン人ならではの目線、情報、人的ネットワーク、JOHUDの使命である人間開発事業¹³⁸の経験から得たノウハウを融合させた結果であるといえる。これはすなわち、JOHUD本部が、JICAとのプロジェクト経験の上にヨルダン側の知的財産を融合させ集大成させたもので、CDの基本概念である“途上国自身の資源を生かし、内生的に発展させるプロセス”を進展させているという点から、大いに注目されるべき成果である。

5 - 3 - 2 側面的支援

JOHUD本部は、パイロット地域の地域組織に対して、プロジェクト活動以外にも、さまざまな側面的支援を実施している。例えば、各種ドナーの支援情報の提供や、これらの支援を得るためのプロポーザル作成の支援（応募書類のチェック）などである。その結果、現在、Box 5 - 2のような支援を得て多彩な活動を展開している。

Box 5 - 2 JOHUDの側面的支援による多彩な活動

アイ女性協会は、GTZ（2005年1月開始）のプロジェクト「RACD」（アラビア語名を直訳すると“地域のリハビリテーションとディスアビリティ”、意味的には地域振興と環境問題を考える活動を行うNGOを支援するプロジェクト）（援助額は2年で48,000米ドル）を実施している。またヨルダンの半政府機関、Royal Marine Conservation Society of Jordan（JREDS）からの資金的援助もある。さらに、世界的NGO「World Women's Association」の活動にも参加している。

タイベ協会は、英国大使館から「灌漑プロジェクト」を委託。また、計画省¹³⁹（Ministry of Planning）より地域振興プロジェクトの一環として、2004年に事務所施設の供与を受けている。

一部のCSTは、USAID資金協力により、NGO「CARE」が委託を受けて実施している研修にも参加している（視察期間中に丁度5日間の研修がアンマンで実施されていた）。

ファクア地域で、元LACメンバーがNGO「Bani-Hamidah Organization for Social and Voluntary Work」の設立に参加し、現在事務局長をしている。このNGOに対して、ムタ大学からの人・備品の支援を受けている。

出所：アイ女性協会、タイベ協会、CST、元LACメンバー、JOHUD元C/Pヒアリング（2005）による。

このような外部情報はローカルレベルの組織ではアクセスが難しいものであるため、意欲がある地方組織にとっては得がたい情報である。また、そのような情報を活用した地方組織の独自の取り組みは、自立発展への助走のステップとなる。

以上のような側面的支援は、CDにおける“可能にする環境（enabling environment）”を拡大する。

¹³⁷ Muhriez（JOHUD元C/P）ヒアリング（2005）

¹³⁸ JOHUD（1999）

¹³⁹ 援助の窓口となる省。

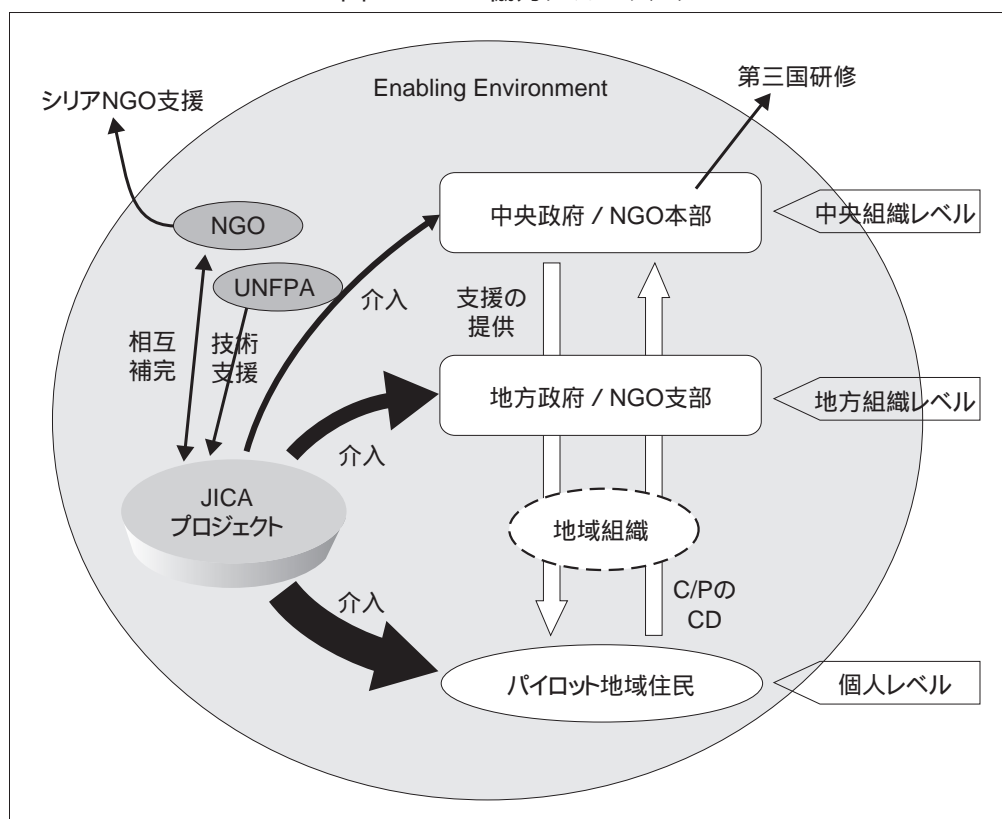
6．CDの観点からの成果と課題

本章では、JICAがCDの基本概念の2点目にあげる「キャパシティを個人、組織、制度、社会といった複数のレベルでとらえ、この各層のダイナミックな相互作用に着目する」(2-2参照)という考え方に照らして、本事例を検証し、CDの特性について考察したい。

6-1 協力メカニズム

各層における成果をみるために、まず本事例の協力メカニズム(フェーズ からCEPに共通するもの)について整理しておきたい。本事例の協力メカニズムは、おおむね図6-1のように表すことができる。すなわち、パイロット地域における「個人レベル」、地方政府・NGO支部などの「地方組織レベル」と、中央政府・NGO本部の「中央組織レベル」に大別される。JICAプロジェクトはこの各レベルに対して、それぞれ直接的に支援している。介入の大きさは、図の矢印の太さに示すように、「個人レベル」が一番大きく、次が「地方組織レベル」で、「中央組織レベル」が一番小さくなっている。これらの基本的なライン以外に、UNFPAとNGOとも関係を形成した。これらを取り巻く、ヨルダン国内の社会レベルの環境が、Enabling Environment(可能にする環境)となる。また、この枠を超えて、国外への影響も、2つ(第三国研修、シリアNGO支援)みられる。

図 6-1 協力メカニズム



出所：筆者作成。

このようなメカニズムによって実施された本事例によって、実際、各レベルにおいて、どのようなキャパシティの向上があったのか。また、各レベルにおいてどのような相互作用があったのか。さらに、それらを抱合する社会全体との関係性はどうかであったのか。以下、レベルごとにみていく。

6 - 2 個人レベル

本事例は、パイロット地域におけるRHの向上という目標のために、「人づくり」をキーワードとして展開された。その意味でCDの観点から、個人レベルの成果としては、ボランティア（CDP、ファシリテーター、CST、LCCなど）の能力向上、最終裨益者として想定された一般の女性たちのエンパワメント、それらを取り巻く地域社会全体（家族や男性）の意識の変化、行動の変化など、枚挙に暇がない。そこでここでは、その中からとくに最終裨益者である一般女性と、女性ボランティアについて、CDの観点から成果を検証してみたい。

一般女性たちに対してエンパワメントを促すために、プロジェクトでは3層的アプローチ（5 - 2 - 5 参照）によるIEC活動、収入創出活動を行った。その結果、女性の外出機会を増やし、基本的な保健医療に関する知識に始まりジェンダーやRHに関する知識を増やし、RHに対する意識も改善された。また収入創出活動に参加することを通じて夫婦の会話が増え、実際に収入を生み出すことによって家族内における存在感や発言権が増し、自信をつけることに寄与するなど、さまざまな側面から女性たちがエンパワーされていることを確認できた¹⁴⁰。

ここで最終裨益者の女性たちがどの程度エンパワーされたのか、その成果をみてみたい。女性のエンパワメントを計る指標としてはさまざまなものが考案されているが、本研究ではプロジ

表 6 - 1 エンパワメントについての自己評価 （％）

		YES	NO
問 1	自分自身に自信がありますか、自分に価値があると思いますか。	100	0
問 2	自分のこと（進学すること、仕事につくこと、病院に行くこと、など）については、最終的に自分自身で決めますか。	53	47
問 3	人生に目標を持って努力していますか。	91	9
問 4	夫婦でいろいろなこと（家庭内の問題など）をよく話し合いますか。	95	5
問 5	家族、地域、社会からのいろいろな支援を受けていると思いますか。	67	33
問 6	欲しい子どもの数について、自分で考える。	95	5
問 7	家族計画や避妊について、ご主人と話し合ったうえで、家族計画を実践するかどうか決めていますか。	88	12
問 8	ほかの人とも家族計画や避妊について意見を交換することがありますか。	70	30
問 9	自分自身の健康について、未婚時代、母親時代、また老年期について、考えるようになりましたか。	93	7
問10	将来の夢がありますか。	93	7

出所：簡易アンケート調査（2005）より筆者作成。

¹⁴⁰ 国際協力事業団 医療協力部（1999）（2003）、松谷曜子（2003）、現地調査結果（2005）による。

エクトが提示したものの¹⁴¹に修正を加え、10の指標を設定した。この指標を用い、現地調査においてリプロダクティブ世代の既婚女性（N=43）に対して、簡単なアンケート調査（以下、簡易アンケートと呼ぶ）を実施した¹⁴²。その結果は、表6-1のとおりである（詳細は添付資料7、8参照のこと）。

この結果から、自分自身への自信、人生の目標、夫婦間での話し合い、欲しい子ども数の決定、生涯にわたる自分の健康への配慮など、基本的なRHに関する認識は高く、エンパワーされている様子がわかる。他方、問2の自分の進路や職業などについての最終的な決定を自分自身で行っていないものが35%いることや、問5の家族・地域・社会からの支援が不十分と感じているものが27%いるなど、まだ課題も認められる。このように、簡単なアンケート調査結果からではあるが、まだ改善点は残るもののパイロット地域の女性たちがエンパワーされるというCDの最初のステップを達成していることがうかがえる。

次に、プロジェクトの直接裨益者であるボランティア活動に従事した女性たちのCDの視点による成果をみてみたい。以前は家庭内での存在感も希薄で社会との接点を持つ機会がまったくなかった若いCSTたちが、フェーズⅠの終了時評価時点ですでにインタビューやグループディスカッションでは自分の意見を簡潔に堂々と言えるまでに成長し、またフェーズⅡの終了時セミナーではバスマ王女や多くの来賓の前で堂々とスピーチすることができるまでに成長した。これら多くの女性ボランティアは「自分たちが社会のためになっている」という自負の念を強めたことによって、今後も地域の人々のために尽くすことをライフワークとしたいという声が多く聞かれた。

そして今回の現地調査では、自分たちの知識・技術・意識はもはやボランティアとしてではなく専門職として働けるレベルであると主張するほど自信を強めている。また今回ヒアリングした9人のCSTのうち1人はプロジェクトの後押しでフェーズⅡ期間中に大学に進学し、ほかの4人も進学を望み、これらを含め計7人¹⁴³が現在の能力を生かした職を得たいと強い意欲を見せている。そして、うち2人はいい職を得るためには家族で離れて暮らすこともいとわないと、自己実現のための強い決意を見せている。このような女性ボランティアの意識の変化には、自己肯定の段階から地域社会への貢献という体験を経て、就職というさらなる自己実現のための段階へ進むという、自己開発の進展プロセスをみることができる。

このような女性たちの自己開発の進展には、傑出した女性のロールモデル（Box 6-1参照）の出現が大きく影響しているものとみられる。例えば、アイ地区の女性協会の会長は、いまではカラク県全域で知られるほどになり、県内の関係者から国会議員に出馬を要請されるまでの影響力と知名度をもっている。彼女は、プロジェクトに関わる前はまったく自分に自信のない専業主婦であった。ところが活動に参加することによって、周りの人々が自分の力を見いだしてくれたと振り返る。また、こういう成功事例は、周囲の人々も大いに彼女を活用するようになるので、

¹⁴¹ 佐藤都喜子（2003）

¹⁴² サンプルは、直接裨益者および最終裨益者別、およびフェーズⅠ、Ⅱ、開発福祉支援事業対象地域別に、その裨益規模の代表性を勘案しながら、数・収集場所を決定した。もちろん時間・予算的制約がありランダムサンプリングができなかったことなどにより、本アンケート調査の統計的精度は十分ではないと認識しているが、簡易的に事後のインパクトを検証する一助になると考え、本分析に採用した。

¹⁴³ 就職を希望しない2人のうち、1人は高齢のため。すなわち残る1人のみが純粋にいまでもボランティアとしての活動を志向している。

Box 6 - 1 傑出した女性のロールモデル

1人目はフェーズでLAC、LCC、CSTとして関わった、アイ女性協会の会長Ms. Nadira Rawashdeh（40歳・高校卒）である。彼女が初めてアイ女性協会に関わったのはプロジェクト開始の直前の2000年であり、それまで社会的活動は一切しておらず、家庭内ですらまったく存在感がなく、夫は彼女をまったく子ども扱いにしていた。しかし、現在では「私の人生はまったくドラマティックに変わった。他人との関わりによって、自分の能力に気づかされた。夫は、私に完全に依存し、すべての判断に関して私に相談してくる。今では私のほうが知識があり、彼は私のことをとても誇りに思っている」と自己評価している。さらに「現在、地域の多くの女性たちに対して、知識を伝えて、私の人生の変化について語り、多くの女性たちが自分自身の権利を獲得するよう助言する」などの活動を通じ、「私は今ではカラク県中で有名であり、女性のモデルの一つとなっている」と自己分析している。この成果は、「多くの人が私に、来年の国政選挙に出て国会議員（parliament：下院80人）になるよう勧めている」という事実にも端的に表れている。彼女はまさに女性のエンパワーメントと社会参加を実現したモデルの代表例であるといえる。佐藤¹⁴⁴によると、彼女の場合、リーダーとしての資質をもともともっていたという。最初の頃のCST会議などでも、意見が対立するような場面でうまく双方を納得させ折り合いをつけるすべを持っていたという。このような潜在的な能力を、プロジェクトがさまざまな機会を与えることによって伸ばして、そして彼女は舞台が広がれば広がるほど、その資質を開花していったといえる。

2人目は、Ms. Naela Amareen（35歳既婚・当時短大卒・現在大卒）である。彼女は保守的なファクア地域でLAC、LCCとして活動した。彼女もプロジェクトとの関わりによって「私の人生は根本から変わった。重大な変化である」と自己分析している。プロジェクト期間中にJOHUDのプロジェクトマネージャーや助産師スーパーバイザーが夫を説得してくれて大学に進学することができ、社会学を選考し卒業することができた。そして、地元のNGO「Bani-Hamidah Organization for Social and Voluntary Work」の設立に参加し、現在事務局長をしている。同NGOは、会長は地元のクリニックの女医で、会員数は25人、地域の女性のための活動をしている。ムタ大学からセミナーの講師として教員の派遣、備品（コンピュータ、家具など）の提供などの支援を受けているという。このNGOの経験を、Ms. Nadiraと同様に地域の女性たちに伝えてロールモデルの役割を担っている。しかし、彼女はこれまでほとんどの地域の女性たちに知識を与え、意識を変えることに成功してきたが、唯一自分の義理の母だけは自分の活動に賛成してくれていないと語り、意識改革の難しさにも言及した。最後に「将来はさらに勉強を続け、いい職業につくためならば、家族と離れることもいとわない」と強い希望を語った。

出所：現地調査ヒアリング（2005）による。

ますます彼女のキャパシティを向上させることができる機会が増える。そして、このような強力なロールモデルが出現し、有名になることによって、周りの女性たちも刺激を受け、“女性も変わることができる”可能性を知り、自分たちの可能性に目覚めていく。

以上みてきたように、本事例の女性たちのエンパワーメントから自己開発につながるプロセスは目を見張るものがある。しかしながら、CDの最終ゴールが“課題対処能力”であることを考えると気になる点がある。それは、知識・技術・能力を十分に培った多くの彼女たちの次なる目標が、自分の知識・技術を生かせるよい就職口を探すということに集中していることである。ヨルダンでは男女を問わずブルーカラーの仕事はまったく人気がなく¹⁴⁵、とくに女性の希望する職業は公務員かホワイトカラー（秘書やタイピストなど）に集中している。しかし現実には、ヨルダンの最大の産業は観光業であり、第三次産業の比率が極めて高く、ホワイトカラーの雇用機会は極めて少ない。このような現状の中で、プロジェクトでエンパワーされた女性たちは、次なる

¹⁴⁴ 佐藤ヒアリング（2005）

¹⁴⁵ ヒアリングしたある収入創出活動裨益者は、収入創出活動として、山羊を飼っているが、毎朝夕、山羊を飼育舎から放牧したりまた戻したりする作業は、息子とその友人に任せているという。またサービス業などの接客業をやっている女性もほとんどみられない。

ステップとしてホワイトカラー的就業機会だけを求めているということは、求めるものが理想的すぎて現実的ではない。この状況は、現状を分析しそこから解決策を見いだすという本当の意味での課題対処能力につながっていないと思われる¹⁴⁶。ひるがえって日本の戦後の経験では、生活改善運動の一環として、農村の女性たちが自分たちの村の社会資源を活用し、特産品を生産し、村おこし事業に発展させ、自らのキャパシティ向上にも貢献している例が多くみられる（Box 6 - 2 参照）。そのような主体的で創造的な動きが生じる気配が、本事例のパイロット地域では見られない。宗教的、文化的背景が異なることは理解されるが、それでもなお自立発展につながる発展プロセスとしてのCDの観点から考えると、次のステップは自らがこの状況を問題であると認識し、その解決のために創造的に考え、行動することにあるように思われる。

Box 6 - 2 日本の村おこしと女性たちのCD

以下は、日本の村で、女性たちが自分たちの村の問題を解決するために工夫して、村おこしに成功し、自らのキャパシティの向上にも貢献した2つの例である。

小諸市の西に位置する北御牧村は、1970年代後半から小諸市厚生病院の協力の下「村ぐるみ健康管理事業」を実施しているが、その実績が10年間積み上げられた結果、貧血が村の持病であること、全成人に対して実施された「食品生活調査」によって貧血の改善には食生活の改善が必要であることが明らかとなった。役場の保健婦と村の母親たちは、ある講演でビタミン、カルシウム、鉄分が多く含まれる「きび」の効用を知る。貧血予防はこれだとばかり、さっそく農家や農協、役場をはじめとする協力を得ながらきびを栽培し、きび栽培をはじめとするさまざまな食生活改善運動を展開した。その結果、村人の貧血率を下げることに成功したがそれだけにとどまらず、きび栽培が村の特産品として注目され「村おこし事業」にまで発展した。

出所：坂本和夫（1990）

静岡県天竜市熊地区は古くから林業のまちとして栄えてきたが、林業不振、高齢化、過疎などによって活力が衰退していった。こうした現状をなんとか打開しようとする活動のイニシアティブを取ったのが、1950年代から生活改善に関する活動をしていた女性たちで構成される『生活改善グループ』である。行政や男性の協力を得て補助金の獲得などをしながら、地域に伝わる味噌やそば、こんにゃくなどの加工販売を始めたところ成功し、現在では観光産業や高齢者への福祉サービスなどに携わるNPO法人にまで発展した。

出所：国際協力事業団 国際協力総合研修所（2003b）p.24

以上、各出所より筆者構成。

6 - 3 組織レベル

6 - 3 - 1 地方組織レベル

パイロット地域で主要なC/P組織となった地方組織は、カラク保健局、保健医療施設、CDCである。これらの地方組織はプロジェクトの詳細設計から実施まで一貫して、プロジェクトの重要なパートナーであった。以下、それぞれの組織ごとにキャパシティの向上について検証していく。

¹⁴⁶ 進学のこと、仕事のこと、マイクロクレジット事業のことなど、つきつめた質問をすると、「神の御心のままに」という答えが返ってくることが少なくない（男性も同様）。宗教観によるものと推察されるが、CDの基本理念である自分で目標をもつという観点とは相容れないものがある。

(1) カラク保健局

最初にカラク保健局の現状についてみてみたい。本事例では、カラク保健局¹⁴⁷の保健行政に関して直接的には介入していないが、管轄する保健医療施設（南ゴール病院、MCHセンターなど）に対する、ハードとソフトの両面の支援を通じて関与している。今回の現地視察では、カラク保健局の保健行政の執行状況にはやや不安な部分がみられた。例えば、保健局長以外のトップレベルの人材のやる気、県民のために働くという意識（常によりサービスを提供するために現場の実情を把握する努力や、問題を発見した場合の迅速な対応など、つまり課題対処能力）が希薄¹⁴⁸だと感じた。また提供された保健統計の精度・管理体制¹⁴⁹にも問題があった。プロジェクト協力前のレベルとは比較できないが、一般論として他の社会制度が相当程度成熟しているヨルダンの状況（6 - 4 - 2で詳述）を考えるとカラク保健局のキャパシティはまだ改善すべき余地を残しているといわざるを得ない。

しかしながら、本事例との関わりが大きかったC/Pの一部においては、強いリーダーシップと実行力が育っている。現在のカラク保健局長はフェーズ の時期にも保健局長としてプロジェクトに関わった人物であるが¹⁵⁰、同氏は、「他のドナーと比べてもJICAのやり方が一番よい。なぜならJICAは最初にわれわれのニーズをよく聞き、われわれ自身が用意したデータをもとに、計画を作る。計画策定プロセスがもっとも大事であると思うが、JICAのやり方はその点からもっとも望ましい。その意味でこのプロジェクトはヨルダンにおける最も成功した援助プロジェクトだと思う」¹⁵¹とコメントしている。これは、計画段階からオーナーシップを大事にしたプロジェクトの姿勢を高く評価していることを示している。佐藤¹⁵²によれば、当初この人物は取っつきが悪く、プロジェクトに対して無関心のように見えたが、何度も通っているうちに次第に共感が醸成されていき、後半になると彼がYESといえはすべてはきちんと執行されるようになったという。これらの事実は、オーナーシップの醸成には計画段階からの参画が重要であること、プロジェクト側からの忍耐強い対話が先方のオーナーシップを高めること、トップのオーナーシップが芽生えればその強いリーダーシップによってプロジェクトがスムーズに展開すること、ひいてはプロジェクト活動だけでなく対象分野の全体の質の向上に寄与する可能性を示唆している。

同様にプロジェクトの関わりによってリーダーシップを高めた人物がいる。2004年にカラク保健局から分離したばかりの南ゴール保健局長¹⁵³に就任した元カラク保健局副局長である。同新局長は、フェーズ 時代にカラク保健局次長として南ゴール郡を担当していたため、何度も現場に足を運びワークショップの講師などとして熱心に協力した。またチーフアドバイザーとともにエ

¹⁴⁷ ヨルダンでは県保健局はMOHが直接管轄する下部組織であるが、MOHは政策立案・各県の監督のみで、実際の各県の保健行政を執行する権限と予算をもっているのは県保健局である。

¹⁴⁸ 例えば、後述するプライマリー・ヘルスケア・イニシアティブ（PHCI）によるPCHセンター改築にまつわる問題に対する、県保健局の無関心や放置の姿勢などに端的に表れている。

¹⁴⁹ 現地調査時に、同保健局から出生数・粗出生率の統計を入手したが、計算間違いや極端に増減する出生数などその信憑性は極めて低かった。また建物移転によるデータの紛失もあった。

¹⁵⁰ フェーズ の期間は、マーン県の保健局長であり、フェーズ が終了してからカラク県にもどっている。

¹⁵¹ Shawawreh（カラク保健局長）ヒアリング（2005）

¹⁵² 佐藤ヒアリング（2005）

¹⁵³ 地方分権化の流れで、2004年11月に、カラク県内で最初に分離独立した保健行政区である。南ゴール保健局は人口5万人をカバーする。

ジプト在外研修に参加した経験も有する。地理的なハンディ¹⁵⁴を抱えている南ゴール郡にありながら、同氏はポジティブな姿勢を忘れずに、「今できることから始める」というモットーのもと、若い医療人材の育成、保健師による家庭訪問サービスの開始、新しい総合保健センター（Comprehensive Health Center）の開設準備など、新体制づくりに意欲的に取り組んでいる。また、エジプト在外研修に同行した助産師は現在、彼の下で南ゴール保健局の助産師を統括するMCHスーパーバイザーとして登用されている。両人ともプロジェクトで活動を行えたことにたいへん感謝しており、その経験が新しい保健局づくりの大きな推進力になっている印象を受けた。プロジェクトでは保健行政を直接支援しなかったが、協働でプロジェクトを実施する過程でリーダーシップが醸成され、それが今後の保健行政の底上げにつながっていく可能性をみることができた。

（２）保健医療施設

次に、本事例が直接支援した保健医療施設の現状について検証する。フェーズⅠでは南ゴール郡の南ゴール病院とMCHセンターに対して、またフェーズⅡではカラク県内のMCHセンターに対して基礎的な母子保健機材（超音波診断装置など）を供与し、また医療従事者には研修を実施するなど、ハード・ソフト両面の支援を実施した。プロジェクトが供与した基礎的な機材は現場のニーズと合致しており、性能もよく¹⁵⁵、現在も適切なメンテナンスが行われており、有効に活用されていた¹⁵⁶。また本事例で研修¹⁵⁷（本邦研修を含む）を受けた主要な保健医療スタッフは、現在もカラク県内にとどまっており、FP/RH分野の重要な担い手として携わっている。このように本事例によるハード・ソフト両面の支援が、カラク県内の保健医療施設のキャパシティ向上に少なからず貢献しているといえることができる。

しかしながら、このような総合的な保健医療施設のキャパシティの向上は、日本の協力によるものばかりではない。むしろ、ハード面の向上はUSAIDのPHCI（４－４－２（３）の２）参照）によるところが大きい。今回の視察でフェーズⅡ終了時評価時点よりも明らかにMCHセンターおよびPHCセンターにおいて施設・機材の大幅な改善、避妊具の豊富な供給がみられたが、これらはPHCIの支援によるものである¹⁵⁸。また、後述するヨルダンの国全体の経済成長も見逃せない要因である。

しかしUSAIDのPHCIの支援の仕方には疑問を抱かずにはいられない点もあった。あるPHCセ

¹⁵⁴ 南ゴール郡は都市とくにアンマンから交通の便が悪く、一般に医師に人気がない。新局長の下で働く副局長はアンマンから単身赴任中であるなど、とくに中堅の医師には南ゴール勤務は人気がなく、人材の確保に苦慮している。また、南ゴール郡内の医療デリバリーに関して、人口密度が低く過疎地に人口が散在するなど地理的に効率が悪いなどの悩みを抱える。

¹⁵⁵ USAIDのプログラムによって供与された超音波診断装置と日本製と並べて置かれている施設もあったが、日本製の性能の高さ、使いやすさは定評があった。

¹⁵⁶ 現地視察結果による。

¹⁵⁷ フェーズⅠ・Ⅱでは医療スタッフの研修を実施したが、PHCIでもPHCセンターおよびMCHセンターのスタッフに対して研修を実施しており、多くのスタッフが両方を受講していることが分かった。これら両方を受講者したスタッフによると、PHCIでは基本的なPHCに関するものが中心でしかも単発で終わっているが（すべての訪問先で確認）、JICAの研修はもっと密度が濃く、かつシリーズ（OJTを含む）でなされている点で有効であったとのコメントを得た。

¹⁵⁸ 各施設長ヒアリング（2005）による。

ンターはPHCIによる資金援助を受け改築中であつたが、医療器材・備品は故障や古いという理由で廃棄されていた。しかしPHCIでは資機材や備品への支援はないということで、改築が終わってもサービス再開のめどがたっていないという。このような現状を把握しないで援助するドナーのやり方、この実態を知らながら調整や指導をしないMOHや県保健局、計画性なく資金援助をうける各施設など、ヨルダンの保健行政全体の課題対処能力にはついてははまだ課題が多い。

以上のような状況を総合して、カラク保健局長は「定量的に示すことはできないが、カラク県の保健文化¹⁵⁹は明らかに向上している」とプロジェクトとの関わりにおいてカラク県内の保健レベルが向上したことを高く評価していた。このように総論としてカラク県の保健レベルの向上は大いに認めるところであるが、持続可能な保健行政の構築、保健サービス網の発展という大局的観点からはまだ不安が残る。この点は地方組織レベルというよりは中央組織、制度レベルの問題にもつながる。詳しくは6 - 3 - 2と6 - 4でさらに検証したい。

(3) CDC

CDCに関しては、フェーズⅠ、フェーズⅡ、CEPで中心となるCDCが異なるため、それぞれについてみていきたい。フェーズⅠでは、ゴール・サーフィCDCが中心的組織となった。「5 - 1 - 1 ベースライン調査」で言及したように、ゴール・サーフィCDCはセンター長をはじめスタッフがベースライン調査から参加したことによって、客観的に問題を認識する能力をつけ、新しく直面する地域の課題（現在はゴミ回収、環境問題など）に対して、自分たちで解決しようとする取り組み姿勢がみられる。またフェーズⅡは、南ゴール郡自身も初めての外国からの援助受け入れであったため、援助側も非援助側も一緒に悩みながら進んだ点が特徴である¹⁶⁰。南ゴール地域では、プロジェクトが撤退した後、自力で保健セミナー（医師やムタ大学教官がボランティアとして参加）を開催するなど、住民へのインセンティブ活動を独力で継続している。フェーズⅢ形成期には貧困によって希望が持てないような地域であったことが信じられないような、地域の人・組織のキャパシティの発展ぶりである。

フェーズⅢでは、カラクCDCが中心的組織であった。同CDCは本事例の中でもっとも大きな関与を受けた組織である。しかし、今回同CDCを訪問した時にはフェーズⅢ終了時評価時点に比べて活気がなくなっていた。センター長は現在も同じ人物であるが、プロジェクト活動やRHの理念についての記憶はもはや不正確で、またプロジェクト期間中に雇用されていたスタッフは全員離職し、新しいスタッフはプロジェクトのことをまったく知らず、CDCとしてプロジェクトによって得られた知識や経験は蓄積されていなかった。このような状況から、プロジェクト活動を通じたキャパシティの向上は感じられなかった。

一方、現在実施されているCEPにおいて新しい拠点となったマザールCDCは数年前にメインCDCに格上げされた経験の浅い組織であるが、フェーズⅡの時代にLACやLCCメンバーとして育てられた若いセンター長が、フィールドスーパーバイザー（フルタイム）として登用され、意

¹⁵⁹ 各種MCHセンター・PHCセンターのサービスの質、住民の病院へのアクセス頻度、住民の医療費に対する自己負担の認識、など。

¹⁶⁰ 佐藤ヒアリング（2005）

欲的にプロジェクトに関わっており、センター全体に活気があった。また同CDCは、CEPのネットワークである、市町村役場や農民組合など地域の主要な社会組織と強い関係をもっており、組織としての安定性や自立発展が期待される。

以上のように、CDCに関しては格差があることが認められる。その格差はトップのリーダーシップや意欲の差からきていると思われる。トップのリーダーシップや意欲を引き出すためには、フェーズ 1 の事例に見られるように、援助のエントリーポイントになる活動にリーダーを巻き込み、オーナーシップの醸成を促すことが不可欠であろう。佐藤¹⁶¹は、フェーズ 1 とフェーズ 2 の違いとして、フェーズ 2 の方が暗中模索だった分、困難に共に立ち向かう同志のような関係がC/Pと日本人専門家の間に構築されたというが、このような対等な関係、あるいは困難が大きかっただけに達成感が大きかった状況が、C/Pのキャパシティをより育てたということもいえよう。

以上のように、総じて地方組織レベルのキャパシティの向上は局所的である。それら組織のキャパシティの向上も、組織的・構造的なキャパシティの向上というよりも、プロジェクトに直接関わったC/P個人の能力向上によるところが大きいといえる。また、USAIDなど他ドナーによる介入との相乗効果による部分も大きいということも看過できない。

6 - 3 - 2 中央組織レベル

本事例はフェーズ 1 の計画段階の構想¹⁶²からはずれて、パイロット地域におけるモデルづくりに集中し、中央組織レベルへの直接的な関与はあまり行われなかった。しかしながら、各組織の中心となるC/P（MOHは母子保健局長、HPCの専任C/P・人口専門家、JOHUDの選任C/P・プログラムマネージャー）が組織とプロジェクトをつなげる重要な役割を果たした。また、全国的な普及に関してもMOHの母子保健局が重要な役割を演じている。

プロジェクトは3人にできるだけフィールドに出ることを促し、日本人専門家と一緒に活動する機会を多くつくった。HPCの専任C/Pは、日本人専門家と一緒に働くことによって、また本邦研修の機会を得て、日本人の仕事に対する姿勢に触れ、価値観が大きく変化し、その後の仕事への取り組み方がまったく変わったという（Box 6 - 3 参照）。このC/Pは現在、広報マネージャーに昇進し、国家的な人口政策広報キャンペーンの中心的な立場にある。また彼は自分が得た価値観を組織内にも広める努力をしていると語る。

JOHUDの専任C/Pは、本事例に深く関わって、次第にプロジェクトのことを自分の子どものように感じるようになったという¹⁶³。彼女はフェーズ 1 開始当初は秘書職でFPやRHに関する知識はまったくなかったが、プロジェクト活動を通じて、今ではFPやRHに関して専門家として立派に通じる知識を習得し¹⁶⁴、現在はCEPをプログラムアドバイザーとして技術的にもマネジメント的にも一人で取り仕切っている。また、JOHUDの中でもマネージャーに昇進し、海外研修の機会を得るなどしてさらなる研鑽を積んでいる。

この2人の元専任C/Pは、自分たちの昇進はプロジェクトとの関わりによって自分たちのキャ

¹⁶¹ 佐藤ヒアリング（2005）

¹⁶² 中央レベルのC/P機関が中心となり、トップダウン的アプローチによって技術を移転する構図。

¹⁶³ Muhriez（JOHUD元C/P）ヒアリング（2005）

¹⁶⁴ 佐藤ヒアリング（2005）

Box 6 - 3 C/Pの「私の人生を変えた」

以下は、HPCのスタッフで、本事例の専任C/Pとして6年間活動に関わった人物の現在の心境である。

「私は昨年コミュニケーションマネージャー¹⁶⁵に昇格した。これはまさにプロジェクトのおかげだと思っている。私はフェーズの当初から、本プロジェクトにフルタイムのC/Pとして関わった。C/Pになる前は、終業時間の2時前、午後1時くらいになると帰り支度を始めるような職員だった。ところが日本人の専門家は毎日遅くまで働き、一緒に南ゴール郡に行ったときは帰宅が深夜になることもあったが、誰も文句を言わない。彼らのそんな姿勢に私の仕事に対する姿勢も少しずつ変わり始めた。そして決定的だったのは本邦研修で、日本の小学校である光景を見たことだ。校長先生みずから子どもたちと一緒に床のぞうきがけをしていた。ヨルダンでは子どもたちですら学校の床をふくことはない。私はその光景に衝撃を受けた。このときから私の人生は変わった。今でも時々、この光景を思い出す。さらに日本では小さな職場にたくさんの人がぎっしり詰め込まれて、それでも一生懸命仕事している。それに比べたら我々はこんな広いオフィスをもっているのに大した仕事もしていない。

また私はワークショップの現場に何度も参加したため、この活動を通じてBCCの専門的な知識・技術を身につけることができた。いまのコミュニケーションマネージャーのポジションにつけたのもそのような能力の向上のおかげである。日本人専門家と一緒に働いた日々が、今の私のポストをもたらしてくれた断言できる。

私はマネージャーになって、できるだけ私が学んだこと・感じたことや働き方などを、私のスタッフに伝えていきたいと思っている。私たちのプロジェクトのことについて話を聞きに来てくれる人はいつでも歓迎します。またぜひ、いらしてください」

出所：Malkawi（HPC元C/P）ヒアリング（2005）

パシティが向上したことを組織が高く評価してくれた結果であると確信している。このようなC/Pの成長は、彼らの価値観がどう変化し、それが個人や組織にどのような変化を引き起こしていったのかという発展プロセスを垣間見せてくれる。

もう一人の主要なC/PであるMOH母子保健局長も、パイロット地域に出向き、活動に直接関わることによって、住民の変化を感じ、CSTの良さを知った。彼によって、その後USAIDのプロジェクトでCSTを模倣したプロジェクト（6 - 6 - 2で詳述）を始めることになったことも、特筆に値する。

このように、中央組織レベルにおいては組織的な参加がなかったため、組織全体を一つのシステムとみなした場合の明示的なキャパシティの向上は見られないが、C/Pの個人的なキャパシティの向上によって組織全体のキャパシティの向上へつながっていることを垣間見ることができる。これはCDにおいて各階層が互いに影響しあうことの一例を提供している。

最後に、中央組織の現在の状況と課題を概観しておく。MOHに関してはプロジェクト期間中も今回の現地調査でも、あまり十分な情報を得られていないが、USAIDが相当規模の援助を継続して実施している一方、カラクでPHCI支援の現場を見た限りであるが、援助に翻弄され、地道な保健行政の骨格作りを忘れていないのかという懸念を拭いきれない。また本事例で重要な役割を果たした母子保健局長が2004年秋に定年退官しており、カラクにおける協力のパッケージ

¹⁶⁵ 昨年度からたびたび国王が発するスピーチ（国の方針）によると、重要なポジションとなる部署。

(仮に“カラクモデル”と呼ぶ)の構築と普及に大きく貢献した人物を欠くことによって、今後カラクモデルはMOHにおいてどのような扱いを受けていくのか推移を慎重に見守る必要がある。

JOHUDに関しては、国際協力に対する比重を高めているようである。現在のところ、最高責任者であるバスマ王女の権威は維持されているが、いつまでこの権威が維持され現在の体制が存続するのか予測はつかない。また佐藤¹⁶⁶は、NGOがJICAの技術協力プロジェクトのC/P機関となるのは(応分の投入が求められ)荷が重すぎたと振り返る。しかし、CDにおける国際的議論ではNGOを含む市民セクターの参加の重要性を打ち出しており、JICAの技術協力としてどのようにNGOを取り込んでいくのか、一つの問いを投げかけているといえよう。

HPCについては、3 - 4で詳述したように、2002年に大統領直属の機関として権限が強化され、最近のアブダラ国王の人口政策への積極的発言もあり、今後RH関連の施策が推進することが期待される。そのような中で元C/Pは今後のヨルダンの人口政策を牽引する重要な広報・啓発の分野であり、彼の着任によって「日本的意欲・忍耐・リーダーシップ・技術的スキル」が組織内の業務に少なからず影響を与えると予想される。この影響が、本格化してきているヨルダンの人口政策において上位レベルで組織的、行政的なキャパシティの向上に寄与すると期待される。

6 - 4 制度・社会レベル

6 - 4 - 1 制度・政策レベル

本事例は、パイロット地域における人づくりを基盤とする、RH向上のためのモデル形成に多くの時間と汗を費やした。その背景には、ヨルダン側の人口分野における政策的優先順位が、2000年に明確な国家戦略が打ち出されるまでは低かったことがある。さらに、その底流に流れるのは、近年になるまで中東諸国における微妙な政治的均衡のために、ヨルダン国内においても人口抑制の正面的な議論は避けられてきた状況¹⁶⁷に、JICA側が配慮したこともある。したがって、本事例では政策や制度に対する直接的な介入を意図的に控えたため、制度・政策への影響は現在のところ、後述するUSAIDのプロジェクトの一環として実施されているCSTの模倣以外にはみられない。

しかしながら、2000年以降、「国家人口戦略2000～2003：RH行動計画」が策定されるなど、国家的な人口政策の取り組みが加速している。この流れをさらに後押しするように2004年7月に、アブダビ国王が首相あてに、“国家の経済発展のために人口増加を阻止する必要があり、そのためにFPやRHの推進が必要である”という内容のメッセージを発し、国策としてFPやRHを推進する方針を明確に提示した。また、2004年12月第1週を「人口週間」としてイベントを実施、2005年を「人口年」としてイベントを企画中など、国民的喚起のための一連のイベントが企画・実施されている。さらに2005年1月には「国家人口フォーラム」が開催され、国内関係機関の意思の結集を図っている。このようなヨルダンの国家的な人口政策の進展が、フェーズ および CEPの成果を押しあげる追い風となったとみることができる。

¹⁶⁶ 佐藤都喜子(2003)

¹⁶⁷ 阿藤誠(2002)

以上のように、本事例においては本事例が制度・政策的へ影響を与えたというよりも、本事例が政策的影響を受けた点が顕著に観察される。

6 - 4 - 2 社会レベル（取り巻く環境）

CDは、途上国自身の内発的な発展プロセスであるから、ある特定分野の協力であっても、社会のあらゆるレベルの影響を受けたり、また与えたりする。そこでここでは、本事例において、前述の政策以外でどのような社会レベル（取り巻く環境）の影響を受けたのか、または影響を与えたのかを検証する。

（１）社会制度と個人の能力

もともとヨルダンを持続的成長のメカニズムとして挙げられる６つの制度的要因（技術革新力を担う制度、人的資本育成制度、物的インフラ構築の制度、私的所有権保護の法制度、社会的結束力の制度、ガバナンス向上の制度）のうち、物的インフラ構築、私的所有権保護の法制度、ガバナンス向上の制度のレベルが非常に高く¹⁶⁸、持続的な成長のための制度が整っている国に分類される。このような安定した社会制度をもち、多くの途上国が直面しているような公務員の未充足や定着率の低さ、待遇の悪さなど、しばしば技術協力の障壁となるような問題も認められない。また援助分野で働くヨルダン人は、こちらが与えれば確実に吸収して伸びるという、高い能力を有する人が多い¹⁶⁹。さらに、ヨルダンにはRH分野における「知識と技術を持ち合わせた人材が豊富に存在する」¹⁷⁰。

このように、安定した社会制度とヨルダン人の基本的な能力の高さ、RH分野の専門家の存在などが、本事例に大きな正の影響を与えた。

（２）社会経済の発展

このように基本的な社会制度の成熟度や人的能力の高さに加えて、フェーズ からフェーズそして現在にかけて、ヨルダン全体の経済の発展というさらなる促進要因があったことも見逃せない。ヨルダンの経済は1999年以降において堅調に推移している。またUSAIDのPHCIなど（4 - 4 - 2（３）参照）の大規模な援助¹⁷¹を得ていることも大きい。さらにヨルダン事務所によると統計に現れない資金流入（例えば海外出稼ぎ者の持参による外貨）、いわゆるアンダーマネーの流入が相当あるのではないかという。このような社会全体の経済力の向上は、当然、中央政府や地方行政の組織、NGOのキャパシティの向上に大きく影響を与えている。

またカラク県における筆者の観察によっても、２年前よりも明らかに活発な経済活動が行われ

¹⁶⁸ 石井菜穂子（2003）

¹⁶⁹ 佐藤都喜子（2003）、国際協力事業団 医療協力部（2003）

¹⁷⁰ 佐藤都喜子（2003）p.63

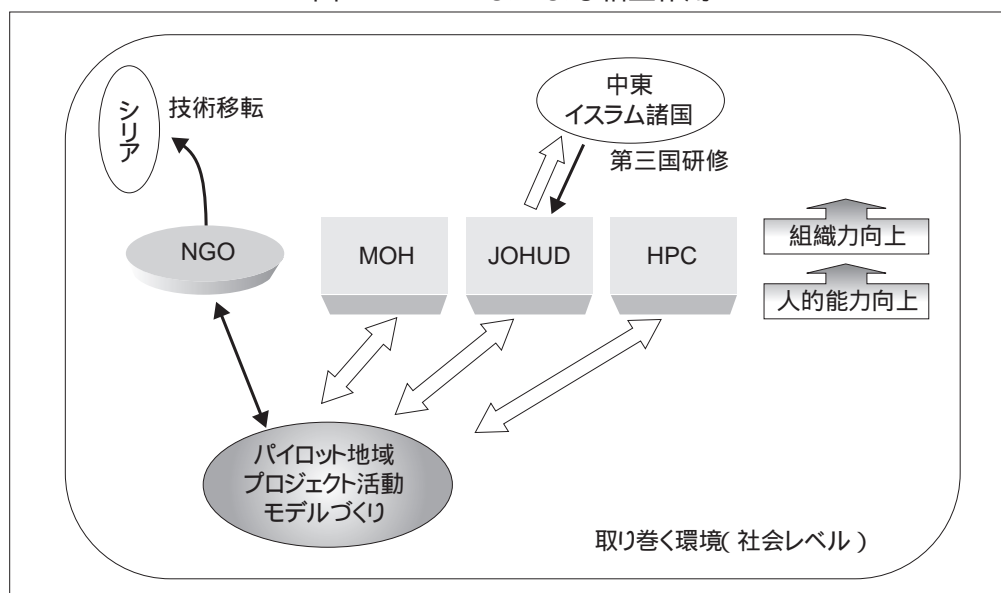
¹⁷¹ USAIDは、中東地域の安定の要として1952年以降ヨルダンに対して大きな援助を行っている。とくに1996年以降はUSAID全体の援助額が減少する中でも、ヨルダンの援助額は増加しており、1996年の720万米ドルからそれ以降は年平均２億5000万米ドル規模へとなっている。その中でも保健・人口セクターは、USAIDのヨルダンへの援助戦略の３つの柱の一つと位置づけられ、2000～2003年の４年間で880億米ドルが拠出されている（USAID（2005a）（2005b）（2005c））。

ているという印象である。例えば、フェーズ には最貧地域と形容された南ゴールでは、死海のほとりに2つの近代的な製塩工場が建ちフル稼働している。また、かつてベドウィンが放牧するしか使い道がなかった広大な荒地には、大手資本による養鶏場が点在していた。このような新しい産業が雇用機会を拡大している¹⁷²ことを裏付けるように、ゴール・サーフィ市街地の住宅街（平均月収120JDといわれる住宅地域）では住宅を増改築している家が目立った。また、収入創出裨益者の娘たちの多くが大学（ムタ大学やヨルダン大学）に通っており¹⁷³、また裨益者の一人で縫製業を営む女性宅（8人家族）には自家用車があるなど、家計に余裕がある状況がうかがえた。さらに、カラク市内には、中国系の繊維工場が進出し、中国人2,000人が働いており¹⁷⁴、その経済効果も無視できない大きさであろう。このような観察から、ヨルダンで貧しい地域といわれたカラク県においてさえ、10年前に比べて個人の経済レベルが大きく向上しているとみることができよう。一般に、RHの推進には経済成長が有意な牽引役になることが知られているが¹⁷⁵、本事例の9年間を通じて、ヨルダンの社会経済の底上げが、個人・組織のキャパシティの向上に明らかに影響を与えていることが観察された。

6 - 5 各層の相互作用

以上みてきたとおり、本事例は、最初の公式文書では中央レベルの3つのC/P機関が中心となってトップダウン的アプローチによって技術を移転する構図を描いていたが、実質的にはパイロ

図 6 - 2 さまざまな相互作用



出所：筆者作成。

¹⁷² Muhriez (JOHUD元C/P) ヒアリング (2005)

¹⁷³ ヨルダン大学の場合、アンマンでの寄宿舍代が月70JDかかるが、このような大金を退職した元教員夫婦が仕送りしている。またムタ大学でさえ、通学は困難であろうから相当の経費が必要であろう。多くの家計が月収2万円前後である中で、教育費に関する出費がどうやって捻出されているのか、不思議である。

¹⁷⁴ 中国系食材を扱う食料品店の店主の話による。

¹⁷⁵ Rifai (UNFPA専門家) ヒアリング (2005)

ット地域におけるモデルづくりに徹した。しかし中央組織の主要なC/Pがパイロット地域のモデルづくりに深く関与したことを介して、最終的には中央レベルの組織（MOH、JOHUD、HPC）の組織力向上にも寄与している（図6 - 2）。また、本事例によって各層の「人を育てた」ことによる、今後のカラク県およびヨルダン国内におけるさまざまな正の影響が期待される。

他方、個人や組織の向上は、社会レベル（取り巻く環境）の影響を抜きには語れない。社会レベルの要因（ヨルダン人の基礎的能力、社会経済、人口政策）が、個人・組織のキャパシティの向上に大きな促進力となったことが確認された。

さらにCDの観点からの成果は国内にとどまらない。JOHUD本部は本事例から得られた経験を、現在第三国研修を通じて周辺イスラム諸国へ移転している。この第三国研修は、ヨルダンが教えるというだけでなく、ヨルダンよりもRH分野の取り組みが進んでいる国（チュニジア）や、経験を持つ国際的NGOなどからの参加者を得て、JOHUD自身も新たな視点を得、能力強化につながる機会となっている¹⁷⁶。またBCCのための参加型ワークショップ手法を共同開発した王室系NGO「パフォーミングアートセンター」は、プロジェクトとの関わりを通じて、RHなどセンシティブな分野における行動変容手法に関する技術と経験を積み、その成果を現在シリアのNGOへ移転している¹⁷⁷。

6 - 6 カラクモデルとその普及について

6 - 6 - 1 カラクモデルとは

プロジェクトのフェーズ 終了時セミナーにおいて、JOHUD理事長のバスマ王女は、本プロジェクトの成果を“カラクモデル”の構築として賞賛した¹⁷⁸。ところで、カラクモデルとは何か？これまで文書としてまとめられたものはない。また、カラクモデルのイメージは、各関係者の分野や考え方によって異なる。そこで、筆者なりにCDの観点における有効性の部分を念頭におきつつ、各関係者のイメージを一つにまとめた“カラクモデル”の要素を整理してみたい。

地域社会のあらゆる社会資源を巻き込む。

RH分野と収入創出活動（地域開発分野）という2つのセクターをインテグレートさせる。

2つのセクターをつなぎ、中心的なメッセージを伝えるために、IEC活動（参加型ワークショップ）を主軸にすえる。

地域のボランティアの女性たち（ファシリテーターとCST）が、IEC活動の中心的役割を担う。

CSTによる家庭訪問活動は、保健とRHとジェンダーを結び付けた複合的な情報をリプロダクティブ世代の女性たちに届け、地域全体の女性たちを巻き込むきっかけをつくる。

この ～ による活動が、3層的アプローチを織り成し、女性たちがエンパワーされ、RHの向上につながる、というメカニズムである。

¹⁷⁶ 佐藤都喜子（2004b）

¹⁷⁷ Rifai（UNFPA専門家）ヒアリング（2005）

¹⁷⁸ 佐藤都喜子（2003）（2004c）

以上がカラクモデルのキーとなる要素であろう。カラクモデルは包括的な組み合わせとして普及されることが望ましいが、個々の要素だけを取り出して活用しても有用である。

6 - 6 - 2 カラクモデルの普及の現状

(1) CSTの模倣

前述したカラクモデルの包括的な組み合わせによる全国的な普及は、残念ながら現在実現していない。しかし、コンポーネントとしての普及はみられる。まず特筆すべき動きは、CST活動を模倣したプロジェクトである¹⁷⁹。これはMOHのC/Pが仲介役となって実現したもので、USAIDの「Commercial Marketing Strategic (CMS) プロジェクト」の一環として実施されている。地域から選定された女性によって家庭訪問をし、保健情報を届けるという形態は、カラクモデルのCSTと同じである。CMSプロジェクトではこれまでに500人のCSTを育成し、昨年1年間で30万件の家庭訪問を実施するなど、量的には大きな実績を上げている。

このプロジェクトの計画段階でJICAプロジェクト（フェーズ 時代）とMOHとUSAIDは連携について協議をしたが、JICA側の理念と折り合わず、結局JICAとの連携はせず、協力地域の重複を避け、北部（15保健行政区）で行うことになった。したがって佐藤¹⁸⁰は、本質的にカラクモデルとCMSプロジェクトのCSTは異なるという認識である。その大きな差は、ボランティアとして地域を支える人材作りを目指すのかどうかという点である。CMSプロジェクトでは、ボランティアというより雇用といった認識で「報酬」として月110JD（約16,500円）を支給している¹⁸¹。また、カラクモデルでは多様な研修ときめ細かいフォローアップがなされたのが特徴であるが、CMSプロジェクトでは初期の一通りの研修のみで、発展段階に応じたフォローアップはなされていない¹⁸²。そのようなアプローチをとった結果、これまで人口密集地域を中心に量的に拡大することができた。今後は北東部の過疎地域に展開していく予定で、近く北部ヨルダン全域をカバーする計画である。このようにCMSプロジェクトは広域な展開という点では大きな成果を上げているが、USAIDの資金力を背景とした金銭的なインセンティブによる量的な拡大を目指すやり方では、協力終了後の自立発展性につながらないとUNFPAの専門家も疑問視する¹⁸³など問題も多い。

以上、詳細なアプローチは異なるが、MOHとUSAIDがカラクモデルに関心をもち、CSTを模倣した女性ボランティアを育成し、保健医療やジェンダーの情報を届け、地域の女性たちを覚醒させる制度として認め、取り入れ、普及させていることは特筆すべきであろう。ただし、これがあくまでUSAIDの事業でありヨルダンの国家的な保健制度に反映されていないため、事業終了後の持続性に不安があること、ドナー連携の機会がありながら協議が不調に終わったことなどは、CDの観点から貴重な教訓を残している。

¹⁷⁹ Batayneh (MOH元C/P) ヒアリング (2005)

¹⁸⁰ 佐藤ヒアリング (2005)

¹⁸¹ Batayneh (MOH元C/P) ヒアリング (2005)

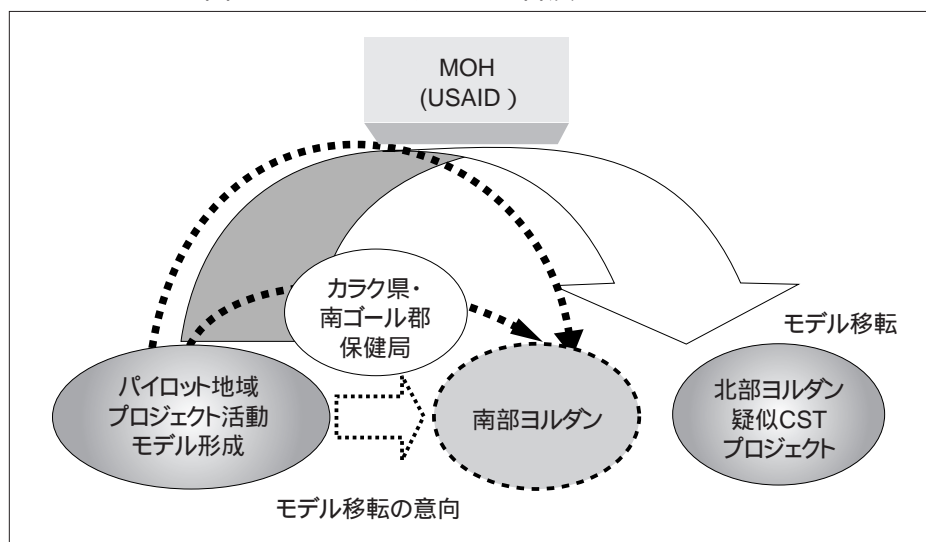
¹⁸² Rifai (UNFPA専門家) ヒアリング (2005)

¹⁸³ *Ibid.*

（２）カラクモデルの普及の可能性

ヨルダン側関係者¹⁸⁴は、本事例で形成した“カラクモデル”のエッセンスを、他地域へ普及させていくことは可能であり、有効であると認識している。このようなヨルダン側の意向を受けて、JICAは“カラクモデル”を南部ヨルダンに普及することを支援する技術協力プロジェクト「フェーズ」の立ち上げを検討している（図６－３）。

図 6 - 3 カラクモデル普及のメカニズム



出所：筆者作成。

これに対して、カラク保健局長や南ゴール保健局長は、基本的にはMOHが実施主体と位置づけながらも、カラク保健局が全面的に参加・協力していくことに強い意欲を示している。とくに南ヨルダン地域（タフィーラ、マーン、アカバ県）はカラク県と同じようなジェンダーやFPに対する保守的な傾向が強く、社会経済状況が似ているため、自分たちの経験が役立つと強調する。またヨルダン国王の地方分権化強化のスピーチ（州制導入によって南部州の州都がカラクになるとうわさがある）などの社会的追い風もあり、カラク県関係者は南ヨルダン地域においてカラクが中心的役割を担うことに自信と意欲を深めていることが、“カラクモデル”を普及させていく意気込みをさらに後押ししている¹⁸⁵。一方、協力対象地域となるタフィーラ県などは本事例の協力実施中から関心を示しており、この新しいプロジェクトの動きを注視しているという¹⁸⁶。

さらにUNFPA専門家は、担当しているアラブ圏において、カラクモデルは適用可能であるという。とくに参加型ワークショップは、ビデオ教材を対象とする地域・国にあわせて修正を加えれば汎用性は高く、効果的・効率的な普及ツールになるといい、国外への適用可能性についても言及している。

¹⁸⁴ Batayneh, Shawawreh, Aldmar, Rifai ヒアリング（2005）

¹⁸⁵ Shawawreh（カラク保健局長）ヒアリング（2005） 総合保健センター長 ヒアリング（2005）による。

¹⁸⁶ Shawawreh（カラク保健局長）ヒアリング（2005）

7 . JICA事業適用への考察と提言

7 - 1 事業形成段階

7 - 1 - 1 裨益国の開発課題・ニーズとの合致

CDは途上国の内発的な変化であり、その発展のプロセスである。この基本原則に立つと、援助側としては途上国の開発課題、その優先順位、ニーズを尊重しなければならない。

本事例のフェーズ の要請時において、ヨルダン政府は人口問題を国家的課題と捉えてはいたが、政治的には人口政策はまだタブー的な扱いであり、政府の実質的な開発課題としての優先順位は高くなかった。そのため、C/P機関の関心は低く、十分なコミットメントが得られなかった。このことが、制度や政策レベルへの関与が低調のまま推移した大きな要因であった。CDが途上国自身の内発的な発展を目指すものであり、援助国はそれを“ 伴走 ”する役目であることから、途上国側の開発課題にプロジェクトが合致することが大原則である。また、当該分野の政策の中にプロジェクトを明確に位置づけておくことが必要である。

また本事例フェーズ では、JOHUDの真のニーズは家族計画やジェンダーの推進ではなく、マイクロクレジットプログラムの新規立ち上げであった。この点に関して、JICAはプロジェクト形成段階で真のニーズを把握することができなかった。裨益国はややもすると「資金を出してもらえらなると本質的に必要でない援助を受け入れ」¹⁸⁷たり、本質的なニーズを隠しながら案件形成に参加しプロジェクト実施中に変更を申し出るという傾向が見られる。このような裨益国の体質を改善するためには、JICAは裨益国の主体的なニーズを引き出すよう努力すること、また無用な期待感を抱かせないように、できること / できないことをはっきり意思表示することが重要である。

7 - 1 - 2 長期的ビジョンとプログラムの展開

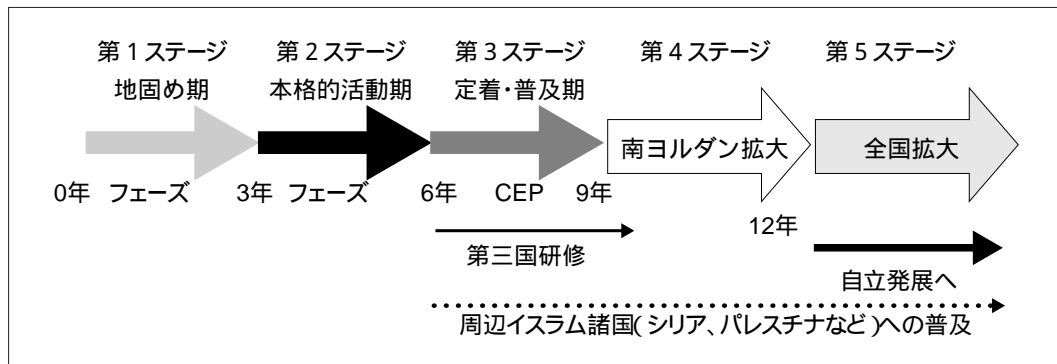
外部の援助者は“ 伴走者 ”でなければならない。そのためには、息の長い、長期的なビジョンに基づく、プログラムの展開が必要である。

CDの支援においては、「時間が決定的な役割を演じる」¹⁸⁸。本事例においては、地固め期としてのフェーズ に3年、モデル形成期のフェーズ に3年を要し、さらに定着・普及期であるCEPに3年の、計9年の展開となっている（図7 - 1）。つまり20万人規模のパイロット地域でのモデル形成とその定着・普及に9年がかかっていることとなる。現在検討中の技術協力プロジェクト「フェーズ 」が実現し成功すれば、ようやく人口52万人の地域をカバーすることになる。したがって人口530万人のヨルダン全土へ普及する道のりはまだまだ長い。フェーズ の対象地域が貧困に苦しみ保守的な地域であったという不利な条件を差し引いたとしても、一般にコミュ

¹⁸⁷ 佐藤ヒアリング（2004）

¹⁸⁸ Lusthaus, C. et al. (1999) p.9

図 7 - 1 プログラム的展開



出所：筆者作成。

コミュニティ・地域社会のエンパワーメント型プロジェクトで、個人レベルのキャパシティの向上に主眼を置き、じっくり伴走する姿勢で臨むならば、パイロット地域におけるモデルの形成・定着・普及に10年程度かかることはやむを得ないとする。また本事例がヨルダンの後進地域のもっとも弱い層のキャパシティを向上させるという難しい課題に取り組み、成功させることができたのは、このような息の長い、じっくり腰を据えた取り組みがあったからである。最下層の底上げは、ヨルダン全体のマルチセクター的な底上げにつながることであり、長い目でみれば国家的なCDの観点からも意義は大きい。

したがって、このような分野におけるCDの向上に関する技術協力においては、10年程度の長期的なビジョンをもって、最初からプログラムの展開を構想しておくことが不可欠であろう。例えば、図7 - 1のような展開を当初より構想し、ヨルダン側と共有しておくことである。この際、JICAとしては長期のコミットメントを表明することが必要である。ただし、10年間という長期の間には裨益国の情勢が変わったり、JICAのスキームが変更になったり、世界的な援助手法の変化が生じたりすることが予想されることから、プログラムの詳細の内容についてはプロセスの中で適宜裨益国側と協議しながら柔軟に修正していくことが望ましい。

以上のように、“伴走者”としてコミュニティ・地域社会のエンパワーメント型の支援を行う場合、息の長い、長期的なビジョンに基づくプログラムの展開が必要である。このプログラムにおける具体的なコンポーネントについては、走りながら柔軟に対応する姿勢が求められる。

7 - 1 - 3 ドナー連携が不可欠

途上国主体の、長期にわたり、広範囲にわたるCDのためには、ドナー連携が不可欠である。

プログラムの展開が必要となるCD支援において、一つのドナーがすべてのプログラムコンポーネント（地域的拡大、制度の構築、取り巻く環境の可能性の拡大、マルチセクター的展開など）に対して支援することは不可能である。そこで、プログラムの展開の構想においては、途上国の意向を基礎としつつ、他のドナーとの連携が不可欠となろう。

ヨルダンにおいては、一般にドナー連携が低調である。そのような状況下で、本事例においてはCSTの成功をみたUSAIDが他地域への普及に強い意欲を燃やし、協調のための調整を試みた。

しかし、JICAとUSAID側の考え方（質か量か、報酬は是か非か、研修の質と頻度、フォローアップの体制）の乖離が大きく、連携できなかったという経験がある。USAIDの短期間で量的な成果を求めるといった戦略と、JICA側のじっくりていねいに育てるプロセスを大事にするという戦略は、援助機関としての理念の違いからくるものである。このような基本理念による乖離を、現場レベルで調整するのは限界があろう。したがって、JICAとして、各ドナーの基本的な援助理念の差をとりまとめ、CD支援の観点から整理し、現場でどのように協調していくことができるのかという、JICA内部の共通の“傾向と対策”をまとめておくことが必要であろう。また、現場ではこの“傾向と対策”に照らして、可能な限り連携の道を探ることが求められるであろう。

もっとも裨益国側が主体的に政策決定を下し、ドナーが側面支援に徹するというCD支援のあるべき姿に達するならば、このような非同調は起こりえないであろう。ドナー間の非同調を回避するためには、何よりもまず途上国側自身の主体による政策設定と、そのフレーム内におけるドナーの援助計画の策定から始めなければならない。すでに、セクターワイドアプローチなどのフレームワークが作成されている途上国においては、ドナー間の連携と同調が実施されており、そのような国におけるCD支援のあり方が参考になろう。

また、真のCD支援には時間がかかることを覚悟しなければならない、とすでに述べた。一方、JICAを含めほとんどのドナーは「成果主義アプローチ（Results Based Approaches: RBA）」を採用している。これまでの成果主義の考え方はリニアなロジックを用いて、予測可能な計画を立て、指定された期間内にその成果を達成しなければならない。他方、CDの成果は短期間で簡単に目に見えず、また成果を測定することも難しい。従来の成果主義とCDはこのようなパラドックスを引き起こす¹⁸⁹。成果主義とCDをどう整合させるのか、大きな課題である。JICAとしてCD概念を援助の原則に組み込むならば、この点をしっかり理論的に整理し、国民に合意してもらわなければならないだろう。そのうえで裨益国主導を原則としつつ、まずは裨益国におけるドナーコミュニティでCDに対するしっかりした共通認識をもち、全ドナー合同でモニタリング・評価システムを作り、協力して実施することが必要である。

7 - 1 - 4 途上国主体のチーム・ビルディングとオーナーシップの醸成

途上国側を主体としたオーナーシップ醸成のために、参加型ワークショップによるチーム・ビルディングが有効である。

本事例のフェーズ においては、開始に先立ちすべてのステークホルダーを一同に集めて参加型ワークショップ（プロジェクトチームによるマネジメントワークショップ）を実施した。これは、プロジェクトのキー・パーソンとなるC/P（中央レベル・地方レベル）とプロジェクトチーム（日本人専門家）の主体的な取り組みとして実施し、PDM作成はもとより、チームとして一つの目標に向かって進むという意識（チーム・ビルディング）と、自分たちのプロジェクトであるというオーナーシップが醸成された。このように、プロジェクト形成にあたり適切な参加者を得た参加型のワークショップは途上国を主体としたチーム・ビルディングとオーナーシップの醸

¹⁸⁹ Lusthaus, C. et al. (1999) p.13

成に有効である。

現在すでにJICAにおいては、ほとんどのプロジェクト形成時に参加型ワークショップ（PCMワークショップ）が実施されているが、有効な参加型ワークショップになるにはいくつかの要件が満たされる必要がある。まず前提として、このようなワークショップはJICA本部主導ではなく現地主導で行われるべきである。次に、適切な参加者を集めることである。プロジェクトの実施に深く関わるC/P機関の意思決定層と主要C/Pの参加が不可欠である。さらに参加者との信頼関係のあるファシリテーターの投入が必要である。ファシリテーターと参加者の間に信頼関係がないと効果は半減する。ファシリテーターには現地の人材を登用することも効果的であろう。

7 - 1 - 5 ベースライン調査の積極的活用

ベースライン調査は、さまざまな効果が期待できるので、プロジェクト活動に組み入れ、積極的に活用するべきである。

本事例フェーズの経験では、プロジェクト形成段階において、十分なC/P機関のニーズと能力の把握、パイロット地域における社会資源の把握、地域社会の力学の理解、ベースラインの統計の入手などができなかった。しかし、プロジェクト立ち上げ後に裨益国側の人々と一緒になってベースライン調査を実施したことによって、これらを解決したばかりでなく、さまざまなメリットが発現した。例えば、主要C/Pのオーナーシップの醸成、パイロット地域における地域リーダーのオーナーシップの醸成、住民に対するプロジェクトの認知、活動地域におけるプロジェクト関係者のモチベーションの高揚、などである。さらに、科学的な調査に地域リーダーが主体的に関わることによって、客観的な視点で自分たちの地域の問題を認識する能力が身についた。これは、CDにおける基本的でもっとも重要な能力である。

JICAのプロジェクト形成における時間的制約、人力的制約などを考慮し、さらに上記のようなCDの観点からのさまざまなメリットを考えると、CDのための積極的なツールとしてベースライン調査をプロジェクト活動の中に組み込んでいく意義は大きい。

7 - 2 実施段階

7 - 2 - 1 信頼関係とオーナーシップの醸成

確かな信頼関係の上に、オーナーシップを育てる。

本事例は、中東イスラム圏という日本にとってなじみの薄い地域で、RHというセンシティブな分野に取り組み、最初から苦戦が予想されていた¹⁹⁰。しかし、現在のような成果をあげることができたのは、日本側とヨルダン側が信頼関係を築き、そのうえでヨルダン側のオーナーシップを育てることができたためである¹⁹¹。信頼関係の構築のために有効に働いたものとして、まずプ

¹⁹⁰ 佐藤ヒアリング（2004）

¹⁹¹ 佐藤都喜子（2003）

プロジェクトのチーフアドバイザーがフェーズ Ⅰ の 6 年間、一貫して同じ人物で、強いリーダーシップを発揮し、ヨルダン側との信頼関係を築いていった点が挙げられる。また、日本側専門家が現地の人々と同じ目線で、文化、礼節を重んじ、「郷に入れば郷に従え」の精神で、コミュニティの文化を遵守したこともある。そのような日々の活動を通じて信頼関係を築いたうえで、オーナーシップの醸成にもつとめた。例えば、ベースライン調査を現地の人々を巻き込んで実施したこと、カラク保健局が提供した統計・情報・ニーズを計画の原点にして一緒に話し合いながら活動を決定していったこと、ヨルダン人専門家や日本人専門家が現地に赴き現地の人々と一緒に活動したこと、「あなたたちのプロジェクトであること」、「基本的に自分たちでやるべきであること」を繰り返し説き、問題が発生したときも「自分たちの問題であるから自分たちで解決の糸口を探しだすまで待つ」という忍耐強い見守りの姿勢を貫いたことである。

以上のように、日本人専門家が相手に対して何よりも誠実に、相手の文化的な土俵を汚さず、忍耐強く見守ったことが、信頼関係を築き、その結果としてヨルダン側のオーナーシップを醸成したことは、本事例の貴重な教訓であろう。

7 - 2 - 2 フレキシブルな計画変更

裨益国の発展プロセスに合わせて、フレキシブルな計画変更が可能な体制が求められる。

本事例のPDMにおける最終目標や基本的なアプローチは一貫していたが、活動レベルでは紆余曲折があった。例えば、フェーズ Ⅰ においては、ベースライン調査の長期化、FP / RH分野への機材供与の追加、男性CDPの追加、収入創出活動に対するJICAとJOHUDの役割分担の変化、夫婦や家族対象のIEC活動の追加などである。これらの変更は、計画段階の不備によるものもあるが、現地の人的キャパシティの向上によって追加された活動もあり、CDの観点からは大いに評価されるべき変更である。

事業形成段階の不十分さに対しては、「7 - 1 - 5 ベースライン調査の積極的活用」で言及したように、ベースライン調査を事業の中に組み込むことによって解決される部分もあると考ええる。しかし、それでもなお、走り出しながら詳細な実態が把握されるということもありうる。また信頼関係を強め、相手側のオーナーシップを形成し、一緒にプロジェクトをつくり始めるまで、年数を要し、双方の関係性の変化によって、アプローチや活動内容を変更したほうがよい状況が生じるであろう。本事例フェーズ Ⅰ の場合は、このような「地固め期」に3年を要している。しかし、この地固め期にしっかりとした信頼関係を築き、パイロット地域における社会的・人的メカニズムを把握できたからこそ、フェーズ Ⅱ やCEPの成果につながったといえる。それゆえ、とくに「地固め期」における柔軟な計画変更に対しては寛容な姿勢が、プロジェクト管理者側（JICA現地事務所 / 本部）に求められる。

加えて、裨益側のキャパシティの向上に呼応する変更に関しては、「変わることを是」とするCD支援のための新たな文化的土壌が求められる。プロジェクトは“子ども”である。個性や成長の速度や仕方など予測がつかない。より豊かにより多彩に変化（成長）すればするほど評価が高くなるべきである。したがってプロジェクト管理においても、成長の過程に合わせてより柔軟

に計画変更することを高く評価するような、まったく新しいプロジェクト管理システムの構築が必要である。また、モニタリングも従来のあらかじめ規定された計画どおりに実施されているかどうか、予測された達成ラインに到達しているかどうかというリニアなものではなく、変化の幅や多様性などの視点を加味した体系に見直す必要がある。CDの考え方に立って“のびのびと育てる”ためには、そういう根本的な考え方の転換が求められているといえよう。

このようなフレキシブルな事業運営のためには、現在のPCM手法の見直しや、プロジェクト/JICA現地事務所/JICA本部の事業管理体制の見直しなど、構造的な改革が必要であろう。

7 - 2 - 3 ハード支援の必要性

CDの支援においても、ハードへの支援は必要である。

本事例のフェーズ・において、FP/RH分野の基礎的な機材によるハード面の整備を行った。これはハード機材の整備が、組織的キャパシティの向上に不可欠なものであったからである。また利用者のほうも、知識や意識の変化を行動の変化につなげるには、それに適切な環境（よいサービス）が必要である。事実、適切なハード機材の供与によって、サービスの質が向上し、サービス利用者数も増加している。加えて、目に見えやすいハードの向上によって、住民のプロジェクトへの関心が高まるというエントリーポイントの効果もあった。

Lavergne, R. et al. は「CDの究極の目標が無形のアウトカムであるからといって、CD支援がソフト支援（研修、教育や組織開発など）だけに限定される根拠にはならない。CDの取り組みには、インフラの整備やその他の有形の投資も含まれるべきである」¹⁹²と指摘している。

このように、CDへの支援は、ハードへの支援を排除するものではない。この考えに基づくと、先述したプログラムの展開のコンポーネントの中に無償資金協力などを組み込むことも考えられるであろう。

7 - 2 - 4 裨益国の社会資源・専門的人材の活用

可能な限り、裨益国にある既存の社会資源、専門的人材を活用することが、基本である。

本事例では、パイロット地域の既存のあらゆる社会資源や、ヨルダン側の人材、NGOなど知的資源を積極的に見だし、活用する努力を行った。CEPにおいては、ヨルダン側のC/P機関によってその集大成のような包括的地域ネットワークが形成された。また専門的人材についても、ヨルダンと比較的高い人口分野の専門家・機関を有することから、プロジェクトでは現地の専門家・機関を活用するように努めた。UNFPAアラブ地域事務所の専門家/NGOのパフォーマンスアートセンターなどがその特筆すべき例である。

このような既存の社会資源を、事業形成段階で完全に把握することは難しい。また、求められる専門分野が変遷する可能性も高い。したがって、具体的な専門家の投入については、計画に縛

¹⁹² Lavergne, R. et al. (2001) p.6

られず、実施期間中に柔軟に対応できるような仕組みが求められる。

社会資源・専門的人材のネットワークの形成は、活動をダイナミックで有機的なものへと変化させる。

フェーズ においては、プロジェクトと住民のコミュニケーションの接点として地域の既存リーダーによって構成されるLACを創設したが、部族社会を超えたより開かれたネットワークの形成と、中央レベルの縦割りを超えたフィールドにおけるマルチセクター的アプローチを可能にするなど、多くの利点があった。こうした多様なリーダーの参加によってさまざまな組織の連携を図り、活動をダイナミックで有機的なものにしていくという試みは、戦後日本の地域保健において特徴的な仕組みである「保健委員会」¹⁹³と共通する部分が多い。ただし両者には行政の関与の有無という違いがある。日本の「保健委員会」は市町村の担当課・係が事務局的な役割を果たしていたといわれる¹⁹⁴。またそうした地方行政の関与は、中央行政とのつながりを確保するうえでも重要であった。LACのメンバーはプロジェクト終了後も個人として地域に貢献している人が少なくないが、行政組織など恒久的な組織を関与させていなかったために組織的機能は消滅している。一方CEPにおいては、一地域では行政機関、もう一地域では農民組合という、それぞれの地域社会で恒久的な組織が中心的な役割を担っているため、持続性の問題は解決されると思われる。こうした恒久的で、地域に重要な役割を果たしている社会資源を発掘し、社会資源・専門的人材のネットワークの核とすることは、活動の質・広がりや持続性に対して大きなメリットをもたらすことが予想される。今後、本事例において、CEPの推移をみながらLACとの差異を分析し、こうした組織化と地域資源のネットワークのありようをさらに考察することが課題となる。

7 - 2 - 5 CDの基盤は人づくり

援助者は“伴走者”として、個人の継続的な発展プロセスへのインセンティブに関して、工夫する必要がある。

本事例はコミュニティ・地域社会のエンパワーメント型技術協力として「人づくり」を基盤とした。その際、個人の継続的な発展プロセスへのインセンティブに関して以下のような発見・工夫があった。 貧困層にとって、活動への呼び水として若干の報酬は必要、 適切な主要C/Pへの本邦研修や隣国研修などはプロジェクトへのコミットメントを高める効果が大きい、 ボランティアや住民レベルに対しては、継続的なフォローアップ（CSTの月例会議、収入創出活動参加への技術指導）がもっとも大きなインセンティブとなる、 研修、類似活動の視察、傑出するロールモデルの広報、他ドナーのプログラム情報の提供、大学進学などキャリアアップの後押し、などさまざまな機会を提供することがモチベーションを高める、 CSTの月例レポートの提出やボランティアが自分の経験を発表する場の提供などによって、自己を体系的に見つめる機会となり自己実現の満足感も高まる、 などである。

¹⁹³ 駒澤牧子（2004）p.19

¹⁹⁴ 橋本正巳（1968）

このように、援助者（伴走者）は、まず少しでも興味をもった個人が参加しやすい環境を整備して、次に個人の発展プロセスに応じて多種多様な機会を提供し、見守りを続けることが、個人のモチベーションを継続することにつながる。

リーダーの育成は組織におけるCDの第一歩である。

本事例で、プロジェクトとの関わりにおいてC/Pがリーダーシップを高め、それによって彼らの所属する各機関の能力向上につながったいくつかの例をみることができた。また、組織のキャパシティはそのリーダーのキャパシティに負うところが大きいこともうかがい知れた。したがってリーダーのキャパシティ向上は個人のキャパシティの向上ではありながらも、組織のキャパシティ向上へとつながる有効な一つの方法であると考えられる。組織を一つのシステムとして捉えた場合のキャパシティの向上とは言えないかもしれないが、組織のCDの第一歩であることは間違いないであろう。その際、援助者（伴走者）が念頭におくべきことは、忍耐強く対等な立場でオーナーシップを醸成していくこと、できるだけフィールドに出ることを促すこと、日本人専門家の仕事に対する姿勢に触れることがC/Pの仕事に対するモチベーションのあり方を大きく変化させる可能性があること、などである。

7 - 2 - 6 “可能にする環境（enabling environment）” づくりへのヒント

CDは、個人、組織、制度・政策、社会に相互に関係しながら変化していく。各層の変化のためにはそれらを取り巻くEnabling（可能にする）環境づくりが重要である。

本事例では、パイロット地域における「人づくり」に対して、Enabling（可能にする）環境をつくるためのいくつかのヒントが得られた。女性が活動に参加するためにはその障害となる、男性の認識、社会慣行などの変化を促す必要があるが、そのために収入創出活動を組み込んだことや、また先述してきたようなさまざまなエントリーポイント（ベースライン調査の実施、ハードの支援、最低限の報酬など）を設定したことなどである。これらによって、男性のプロジェクトへの関心を引き付け、地域の指導者層に変化がおり、女性が活動に参加しやすくなる環境が少しずつ作り出された。また、フェーズのIEC活動においては、マス（マスエデュケーション）、グループ（参加型ワークショップ）、個人（CST家庭訪問）という3層に一度にアプローチすることによって、保守的な地域の夫・親族・生活慣行・宗教など女性のRHを取り巻くさまざまな社会環境的な制約要因を緩和させた。

従来よりRH分野のIEC活動においては、知識・認識の取得から行動変容にいたる次なる壁として、家族、親戚、地域社会、職場、文化的背景、宗教など、女性を取り巻く環境的制約があることが指摘されてきた¹⁹⁵。本事例においては、これらの環境的制約を緩和する工夫を行い、女性のRHを“可能にする環境（enabling environment）”を形成していったといえよう。

本事例は、パイロット地域という限定された地域における“可能にする環境”の形成であった

¹⁹⁵ 国際協力事業団 医療協力部（2003）

が、同様の考え方は国全体についてもあてはまるものである。例えば、マス（経済、法律、政策、宗教、学校教育、情報、マスコミなど）、グループ（政府、行政、NGO、地域組織、学校、病院、企業など）、個人というような3層を想定し、統合的にアプローチすることが考えられる。しかしこのようなプログラムの展開は、一つの援助機関や一つのプロジェクトでは難しいことから、ドナー協調、プログラムの展開が必須となろう。

7 - 3 普及・自立発展に向けて

7 - 3 - 1 モデルのパッケージ化

普及のためには、パイロット地域で形成されるモデルは汎用性が高いものとし、普及のためのコストを抑えるためにパッケージ化することが望ましい。

本事例において形成されたカラクモデルの要素は、地域社会のあらゆる社会資源の取り込み、RH分野と収入創出活動（地域開発分野）という2つのセクターのインテグレート、IEC活動（参加型ワークショップ）、地域の女性たち（ファシリテーターとCST）の活用、CSTによる家庭訪問活動、である。これらの各要素は、ヨルダン全国で、また近隣のイスラム諸国においても適用可能な内容であると考えられる¹⁹⁶。

今後カラクモデルをより広くより正確なものとして普及していくためには、それぞれの教育ツール・マニュアルを作成するなどの工夫が必要である。現在、上記 に関しては参加型ワークショップに関する教育ツールとマニュアルがパッケージ化されている。その他の要素についても教育用のツールやマニュアルが整備される必要があろう。

7 - 3 - 2 制度化

いいモデルは他地域へも伝播しやすいが、全国的な普及のためには制度化が求められる。

本事例では、カラクでの成功が評判となり、南部の他県でも関心が高まっているという¹⁹⁷。しかし、これらの関係者の関心を具体的な行動につなげていくためには、制度化が必要であろう。

しかしながら、本事例のようなコミュニティ・地域社会のエンパワーメント型の協力の場合、最初から制度化が計画に組み込まれていない限りプロジェクトの力で政府に働きかけるのは難しい。本事例の経験から考えられるのは、県保健局同士の横のつながりを活用した連携・普及活動であろう。ヨルダンの場合、保健行政の施行においてはMOHではなく県保健局が権限・予算をもっている。したがって、カラクモデルをタフィーラ県、マーン県などで開始することは、プロジェクトレベルの介入でも可能性はありうる。また、もしJOHUDに予算があり全国のCDCに力があれば、JOHUD経由で参加型ワークショップによるIEC活動だけでも普及可能であろう。さらに、USAIDによる擬似CSTの展開も、最初からMOHを組織的に巻き込んでおけば、制度的な

¹⁹⁶ Rifai（UNFPA専門家）ヒアリング（2005）

¹⁹⁷ Shawawreh（カラク保健局長）ヒアリング（2005）

ものになっていた可能性もある。あるいはドナー間のCD概念のコンセンサスを固めておいて、調整がうまくいっていれば、プロジェクトの理念を損なわずに制度化され、全国的な普及へとつなげていったかもしれない。

いずれにせよ、プロジェクト形成段階において、全国的な普及のビジョン、そのための具体的な戦略をもっておかなければ、プロジェクトの力だけでは制度化の実現は難しい。

7 - 3 - 3 自立発展のために

援助者側に、最終的なCDの観点からの自立発展の姿をイメージし、そこに向かうビジョンが必要である。

本事例はパイロット地域における女性のエンパワーメントという、個人レベルのCDの最初の一步を進めたという点において大きな成果を上げ、そのための教訓やヒントを提供している。そして、それらは国全体のキャパシティの向上のための最初の大事な一步でもある。

しかし、国全体の持続的なキャパシティの向上のための道のりにおいて課題は残る。大きく2つの課題が指摘される。一つは、現在CSTなど女性ボランティアが直面している問題として「ボランティアでは飽き足らない、働きたいけれど自分に見合ったよい職がない」という状況がある。これは知識・能力・意欲が向上すれば当然生まれてくる欲求である。この欲求に応えるためには、経済力、産業構造、雇用慣行、職業観などマルチセクター的な社会環境が改善されなければならない。もう1点は、本事例はあくまでパイロット地域におけるインキュベーター的な段階における成功であって、女性たちは“親から巣立ち自分たちでえさを探すことができる”段階には到達していないという点である。すなわちCDにおける“問題を解決し、新たに自ら目標を設定し達成していく”という真の課題対処能力に至っていれば、職がないという状況を嘆くだけでなく、次なる創造的な行動に展開していくであろうからである。つまり自分たちで、仕事を作っていくという試みに発展することを期待するには、課題対処能力の発展プロセスにおいてまだ満足のいくところまでいっていないということである。

上記の2つの課題は、それぞれ国全体としての課題対処能力の達成像はどうあるべきか、対象の女性たちの達成像はどうあるべきかという具体的なビジョンがないために、現在、その達成像のどのレベルにあるのかが認識できないために起こっているのではないだろうか。したがって、CDのための支援においては、援助者（伴走者）側はインキュベーターからの巣立ちの状態（つまり自立発展の状態）がどのような状態であるのかを具体的にイメージし、そこに向かったプログラムを展開していく必要がある。

7 - 4 まとめ JICAコミュニティ・地域社会のエンパワーメント型技術協力ができること

最後に、2章で紹介したこれまでの「CDとは何か？」という議論を受けて、JICAのコミュニティ・地域社会のエンパワーメント型プロジェクトの1つの事例を通じて、筆者なりの答え（定義）と、JICAのコミュニティ・地域社会のエンパワーメント型プロジェクトあるいはJICA自身

ができることをまとめてみたい。

CDとは、「自国にもてるあらゆる資源の中で、個々人が自己の問題認識・問題解決法の発見・実現能力を高め、その総和として組織の能力が向上すること、さらにそれによって制度や政策が改善されること、これらのあらゆる階層における正の変化が相乗効果となって、社会全体を持続可能な発展に導くプロセスである」と考える。

国家全体のCDを促すことは壮大なテーマである。そのテーマに対して、JICAのコミュニティ・地域社会のエンパワーメント型プロジェクトが、またJICA自身ができることには限界がある。その中で可能と思われるものは、社会変容を起こすに十分な期間をコミットメントし、パイロット地域において個人のエンパワーメントに軸足をおきながら、その集合体である組織の能力向上を目指し、個人が行動変容を起こしやすい環境（阻害要因を取り除く）をつくり、個人・組織・社会（環境）の3層の変容を見守り続けることであろう。その仕組みの総体が“モデル”と呼ばれるものである。パイロット地域で形成されたモデルは、政策・制度決定機関にボトムアップされ、全国的普及へと展開していく。ここまでにほぼ10年を要するであろう。普及は対象地域のそれぞれの社会特性に合わせて適宜修正が加えられ、拡大していく。その後、全国的な制度として採用される。協力が終了しても、JICAは他ドナーと連携しながら、さらに発展するプロセスを見守り続けることが必要であろう。

参考文献

1. 引用・参考文献

- 阿藤誠（2000）『現代人口学』日本評論社
（2002）議事録（国際協力事業団）
- 石井菜穂子（2003）『長期経済発展の実証分析 - 成長メカニズムを機能させる制度は何か』日本経済新聞社
- 板垣雄三監修（1994）『イスラーム教徒の社会と生活』悠思社
- 井本敦子（2003）『専門家業務完了報告書』（2003年6月30日）国際協力事業団
- NPO法人アークス編（2003）『国際協力プロジェクト評価』国際開発ジャーナル社
- 国際開発ジャーナル社（2004）「優良プロジェクトに「JICA賞」決定」『国際開発ジャーナル』（2004年11月号）p.60
- 国際協力機構 援助アプローチ・戦略タスクフォース（2004）『キャパシティ・ディベロップメントハンドブック』（平成16年3月）
- 国際協力機構 企画・調整部（2004）『特定テーマ評価：貧困削減／地域社会開発』
- 国際協力機構 国際協力総合研修所（2004a）『日本の保健医療の経験』
（2004b）『開発途上国廃棄物分野のキャパシティ・ディベロップメント支援のために - 社会全体の廃棄物管理能力の向上をめざして』
（2005）『調査研究「キャパシティ・ディベロップメント」報告書』（コメント取り付け用ドラフト）および一部改訂版（10月）
- 国際協力機構 ヨルダン事務所（2004）『第2回第三国研修モニタリング報告書』（2004年3月31日）
- 国際協力事業団（2002）『農村生活改善協力のあり方に関する研究検討会報告書（第1分冊）』
（2003）「ヨルダンの村が変わった」『国際協力』2003年10月発行
- 国際協力事業団 医療協力部（1995）『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』
（1996）『ジョルダン・ハシェミット王国家族計画・WIDプロジェクト事前調査団報告書』
（1997）『ジョルダン・ハシェミット王国家族計画・WIDプロジェクト実施協議調査団報告書』
（1998）『ジョルダン・ハシェミット王国家族計画・WIDプロジェクト巡回指導調査団報告書』
（1999）『ジョルダン・ハシェミット王国家族計画・WIDプロジェクト終了時評価報告書』
（2000）『ジョルダン・ハシェミット王国家族計画・WIDプロジェクトフェーズ 実施協議調査団報告書』
（2002a）『（JICA内部資料）第一フェーズ（1997年7月～2000年6月）収入創出活動まとめと今後の展望』（2002年12月）
（2002b）『ジョルダン・ハシェミット王国家族計画・WIDプロジェクトフェーズ 運営指導報告書』

- (2003)『ヨルダン・ハシミテ王国家族計画・WIDプロジェクトフェーズ 終了時評価報告書』
- 国際協力事業団 国際協力総合研修所(2002)『ソーシャル・キャピタルと国際協力(事例分析編)』
- (2003a)『第二次人口と開発援助研究』
- (2003b)『地域おこしの経験を世界へ - 途上国に適用可能な地域活動』
- 駒澤牧子(2004)「日本の地域保健アプローチから学ぶこと - 途上国のプライマリ・ヘルスケアの推進に向けて」『国際協力研究』Vol.20 No.1(通算39号) pp.17-25
- 財団法人国際協力開発センター; アイ・シー・ネット株式会社(2003)『プロジェクト研究「日本型国際協力の有効性と課題」』国際協力事業団
- 坂本和夫編(1990)『医療を超えて 小諸厚生総合病院・地域保健活動の実践』日本経済評論社
- 坂元律子(2004)「ヨルダンでの教訓と経験を近隣へ」『Frontier』2004年12月、No.65
- 佐藤都喜子(2003)『ジョルダン家族計画・WIDプロジェクト業務完了報告書』(2003年6月30日) 国際協力事業団
- (2004a)『CEP四半期報告書(2004年4月～5月)』
- (2004b)『第2回第三国研修モニタリング報告書』(2004年3月31日)
- (2004c)「佐藤都喜子専門員インタビューメモ」(2004年3月3日実施)
- (2005)『CEP四半期報告書(2004年7月～9月)』
- ・岸田袈裟(2004)「サハラ以南アフリカにおける人口対策:生活改善をエントリーポイントとした村落レベルの人口教育 - ケニア・エンザロでの活動事例」『国際協力研究』Vol.13 No.1(通算25号)
- 白須英子(2003)『イスラーム世界の女性たち』文春新書
- 自由国民社(2000)『世界事典』自由国民社
- 竹原成悦(2005)「CDの視点を事業に生かすために」『Frontier』2005年3月号 特集:キャパシティ・ディベロップメント(<http://www.jica.go.jp/jicapark/frontier/0503/04.html> 2005/6/11ダウンロード) 国際協力機構
- 柘植あづみ(2003)「ヨルダン家族計画WIDフェーズ プロジェクト終了時評価調査段対処方針 会議・議事録」(2003年1月15日) JICA内部資料
- 中道實(1997)『社会調査方法論』恒星社厚生閣
- 日本人口学会編(2002)『人口大事典』培風館
- 萩原明子(2003)『総合報告書』(2003年6月30日) 国際協力事業団
- 橋本正巳(1968)『地域保健活動～公衆衛生と行政学の立場から～』医学書院
- ハルドン, A.; ファン・デル・ヘースト, S.; 他(石川信克・尾崎敬子監訳(2004))『保健と医療の人類学 - 調査研究の手引き』世界思想社
- 藤田純子(2002)『中東イスラーム世界の人口・家族・経済 - 多角的視座導入の試み』(平成13年度JICA準客員研究員報告書) 国際協力事業団 国際協力総合研修所
- 藤原章裕(2003)『専門家業務完了報告書』(2003年6月30日) 国際協力事業団
- 松谷曜子(2003)『業務完了報告書』(2003年6月30日) 国際協力事業団

- 馬淵俊介 (2004) 「CD第6回検討会 事例分析のまとめ方について (たたき台)」資料 (2004年10月19日)
- (2005) 「CDを理解する2つのポイント」『Frontier』2005年3月号 特集: キャパシティ・ディベロップメント (<http://www.jica.go.jp/jicapark/frontier/0503/03.html> 2005/6/11ダウンロード) 国際協力機構
- 馬淵俊介・桑島京子 (2004) 「シンポジウム報告: 途上国のキャパシティ・ディベロップメントと有効な援助 - より創造的なパートナーシップを求めて」『国際協力研究』Vol.20 No.1 (通算39号) pp.64-72
- 馬淵俊介・横関祐見子 (2004) 「特別報告: 現職教員研修実施能力の定着に向けて: JICA理数科教育協力をキャパシティ・ディベロップメントで読み解く」『国際協力研究』Vol.20 No.2 (通算40号) pp.10-20
- 馬淵俊介・角田学 (2004) 「特別報告: 地域開発におけるキャパシティ・ディベロップメント: タンザニア国ソコイネ農業大学地域開発センタープロジェクトの事例から」『国際協力研究』Vol.20 No.2 (通算40号) pp.21-31
- ミナイ, ナイラ (1992) 『イスラームの女たち』BOC出版部 (Minai, N. *Women in Islam*)
- 源由理子 (2000) 『業務完了報告書』(短期専門家PCM手法: 2000年4月) 国際協力事業団
- ランディ, ポール (2003) (小杉泰監訳 (2004)) 『イスラーム』ネコ・パブリッシング
- 和田功・南裕子・小峰光博総編集 (2002) 『看護大事典』医学書院 p.1093
- Badu, K. (2002) *Capacity Building of NGOs in Nepal: The NPLAP Experience (1998-2002)*
- Bolger, J. (2000) *Capacity Development: Why, What and How, Occasional Series Vol.1 No.1 May 2000*
- CIDA (2002) *The Challenge of P3SU: A Capacity Development Experience in the Water Sector in Indonesia*
- (2004a) *Sustainable Development Strategy: 2004-2006* (www.acdi-cida.gc.ca/sds 2005/4/4ダウンロード)
- (2004b) *Capacity Development: Canadian Policy on Capacity Development* (www.acdi-cida.gc.ca/sds 2005/4/4ダウンロード)
- Department of Statistics of Jordan (1998) *Jordan Population and Family Health Survey 1997*
- (2001) *Jordan Annual Fertility Survey 2001*
- (2002a) *Jordan Annual Fertility Survey 2001*
- (2002b) *Jordan in Figures 2001*
- (2002/2003) *Household Expenditures and Income Survey*
- (2003a) *Jordan Population and Family Health Survey 2002*
- (2003b) *Statistical Yearbook 2003*
- (2004) *Jordan in Figures 2003*
- DFID (2002) *Capacity Development: Where Do We Stand Now?*

- Hagiwara, Akiko et al. (2003) *Empowerment of Women Through The Participatory Enter-Educate (PEE) Workshops: Report of Case Studies of Female Participants of PEE Workshops in Karak Governorate, Jordan*
- HPC (unknown) *Higher Population Council General Secretariat* (Pamphlet)
- Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D., Hearst, N. and Newman, T. (2001) *Designing Clinical Research: An Epidemiologic Approach* (木原雅子・木原正博訳 (2004)『医学的研究デザイン - 研究の質を高める疫学的アプローチ』メディカル・サイエンス・インターナショナル)
- IMF (2005) World Economic Outlook (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2005/01/2005/8/2ダウンロード>)
- JICA (2003) *Capacity Development-Technical Cooperation of JICA in the Health Sector*
- JICA Family Planning and Gender in Development Project (2002a) *Loan Program Operational Guideline for Income Generating Activities*
- (2002b) *Guidebook for Communication Change in Family Planning and Reproductive Health Behavior*
- (2003a) *Self-Empowerment: A Handbook for a Community Support Team*
- (2003b) *Income-Generating Projects and the Empowerment of Women Experience of Family Planning and Gender in Development Project in Jordan*
- JOHUD (1999) *The Jordan Hashemite Fund for Human Development: Strategic Plan 1999-2002*
JOHUD
- Lavergne, R. and Saxby, J. (2001) *Capacity Development: Vision and Implications*, Capacity Development Occasional Series
- Lusthaus, C., Adrien, M. and Perstinger, M. (1999) “Capacity Development: Definitions, Issues and Implications for Planning, Monitoring and Evaluation,” *Universalis Occasional Paper*, No. 35, September 1999
- Morgan, P. (1998) *Capacity and Capacity Development Some Strategies*
- (1999) *An Update on the Performance Monitoring of Capacity Development Programs*
- Potter, C. and Brough, R. (2004) “Systematic capacity building: a hierarchy of needs,” *Health Policy and Planning*, Vol.19 No.5 September 2004
- Rossi, P., Freeman, H. and Lipsey, M. (1999) *Evaluation A Systematic Approach*
- School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University (2000) *Qualitative Research for Improved Health and Programs: A Guide to Manuals for Qualitative and Participatory Research on Child Health, Nutrition, and Reproductive Health*
- Sen, A. (1985) *Commodities and Capabilities* (鈴村興太郎訳 (1988)『福祉の経済学 - 財と潜在能力』岩波書店)
- Sida (unknown) *What is Capacity Development?* (<http://www.sida.se/jsp/> 2005/4/12ダウンロード)

The Performing Arts Center (unknown) *The Performing Arts Center of the Noor Al Hussein*
(Pamphlet)

UN (2005) *Demographic and Social Statistics*

(<http://unstats.un.org/unsd/demographics/products/socind/default.htm> 2005/5/16 ダウンロード)

UNDP (1997) “Capacity Development-Management Development and Governance Division,”
Technical Advisory Paper 2

(2002a) *Capacity for Development-New Solutions to Old Problems*

(2002b) *Developing Capacity through Technical Cooperation-Country Experiences*

(2002c) *Arab Human Development Report 2002*

UNFPA (2000) *The State of World Population 2000* (黒田俊夫日本語版監修 (2000) 『世界人口白書2000』)

(2004) *The State of World Population 2004* (黒田俊夫日本語版監修 (2004) 『世界人口白書2004』)

USAID (2005a) *Background: Jordan* (<http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/3464.htm> 2005/6/2ダウンロード)

(2005b) *USAID/Jordan* (<http://www.usaidjordan.org/> 2005/6/2ダウンロード)

(2005c) *USAID Asia and the Near East: Jordan Program Briefing*

(http://www.usaid.gov/locations/asia_near_east/countries/jordan/jordan_brief.html/ 2005/6/2ダウンロード)

World Bank (2004) *Jordan - Country Brief*

(<http://lnweb18.worldbank.org/mna/mena.nsf/Countries/Jordan/FFEEB08A8CCBA06D85256B75006E9B91?OpenDocument/> 2005/6/2ダウンロード)

(2005) *Jordan Data Profile*

(<http://devdata.worldbank.org/external/CPPProfile.asp?CCODE=JOR&PTYPE=CP> 2005/6/2ダウンロード)

2 . 文中に引用した主なヒアリングソース

佐藤都喜子 (2004) 「元チーフアドバイザーヒアリング」(2004年12月20日実施)

佐藤都喜子 (2005) 「元チーフアドバイザーヒアリング」(2005年 2 月 6 日実施)

藤原章裕 (2004) 「元長期専門家 (元長期専門家男性IEC担当) へのヒアリング」(2004年12月18日実施)

Abdulmonem Malkawi (2005) Communication Manager, Higher Population Council: HPC

Mohammed Batayneh (2005) Former MCH director, Ministry of Health

Nuha Muhriez (2005) Project supervisor, JOHUD/ZENID

Ziad Rifai (2005) Regional Advisor, Behavior Change Communication & Advocacy, UNFPA Country Technical Services Team

Dr. Abdullah Shawawreh (2005) Director, Karak Health Directorate

Dr. Adnan Aldmar (2005) Director, Southern Ghor Health Directorate

Dr. Abdullah Madadh (2005) Hospital Director, the Southern Ghor Hospital

添付資料

添付資料 1	現地調査日程.....	80
添付資料 2	主要面談者.....	82
添付資料 3	現地調査方法.....	85
添付資料 4	プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM).....	86
添付資料 5	フェーズ / フェーズ 実施プロセス図.....	87
添付資料 6	議事録.....	88
添付資料 7	簡易アンケート調査概要・集計結果	118
添付資料 8	簡易アンケート調査質問票	121
添付資料 9	制度の六角形	122
添付資料10	技術協力の 3 つの類型	124

添付資料 1 現地調査日程

No	Date*		Activity	Accommodation
1	1/24	Mon	Tokyo 11:35 Vienna 16:00 (OS052) Vienna 18:00 Amman 22:25 (OS 7091)	Amman
2	1/25	Tue	9:00 Visit to JICA office and meeting with Dr. Sato and Mr. Iwasaki 11:00 Meeting with Ms. Nuha, JOHUD	Amman
3	1/26	Wed	8:30 Amman Karak 10:30 Visit to Karak CDC and interview wit Ms. Rihab Majali Director of Karak CDC 11:00-14:30 Group interview of 7 active facilitators (5 female & 2 male)	Karak
4	1/27	Thu	9:00-10:20 Interview of Dr. Abdullah Shawawreh and Dr.Nassar Amareen, Karak Health Directorate of MOH 10:30-15:00 Individual interview of 6 active CST and 3 not-active CST	Karak
5	1/28	Fri	Preparation for the research and report making	Karak
6	1/29	Sat	10:00 Visits to 4 Income generation program's beneficiaries in Karak and Mutah	Karak
7	1/30	Sun	10:00 Visits to Ayy Women's society in Ayy Individual interview of 2 Income generation program's beneficiaries in Ayy (arrangement by Ms. Nadira Rawashdeh)	Karak (H.M.King Abdulla's Birthday)
8	1/31	Mon	10:00 Karak The Southern Ghor District 11:00 Visit Ghor Al Safi CDC, meet Sheikh Suleiman, Director of Ghor Al Safi CDC - Visits to 3 Income generation program's beneficiaries	Karak
9	2/1	Tue	8:35 Karaka The Southern Ghor 9:30 Quick interview at the Southern Ghor MCH center 10:30 Group interview of 3 active female CST and facilitators (incl. former CDP) at Ghor Al Safi CDC 12:00-14:00 Discussion with Dr. Adnan, director of Southern Ghor Health Governorate, and Dr. Abdullah Madadha, Director of Southern Ghor Hospital - Interview with staff and midwives at the hospital and the MCH center	Karak
10	2/2	Wed	8:45 Meet with Dr. Abdullah Shawawreh and Dr.Nassar Amareen, Karak Health Directorate of MOH, picked up the statistics we requested 9:45-13:30 - Interview with staff at the training center and Karak MCH center - Visit to Comprehensive Postpartum Project Center - Visit to Rabbah Comprehensive health center and MCH center - Visit Qaser MCH center	Karak
11	2/3	Thu	9:30 Meet with Dr. Maha Amareen, MCH supervisor, Karak Health Directorate of MOH 10:00 Visit to Mr. Mohammed Qatawneh, Administrative officer, Mazar Municipality, at Mutah CDC - Interview with Ms. Amal Sarayreh, Field supervisor - Quick interview at Mutah MCH center Visit to the Mazar Comprehensive Health Center Go to Tybeh on Self Empowerment Project sites Head of Taybeh society and PHC Tybeh Amman	Amman
12	2/4	Fri	Report making and preparation for the research	Amman

13	2/5	Sat	Report making and preparation for the research 19:00 Meet with Ms. Nuha, Dr. Sato, and Ms. Iwasaki	Amman
14	2/6	Sun	10:00 -11:30 Meet with Dr. Sato 14:00-16:00 Meet with Ms. Nuha, JOHUD 16:00 Meet with Mr. Abdulmonem Malkawi, HPC	Amman
15	2/7	Mon	9:00-10:00 Meet with Dr. Mohammed Batayneh, former MCH supervisor of MOH 11:00-12:30 Meet with Dr. Ziad Rifai, UNFPA Regional Office 14:30 Meet with Mr. Abdulmonem Malkawi, HPC 16:00 Visit to Performing Arts Center	Amman
16	2/8	Tue	Amman 9:30 Vienna 12:20 (OS7092)	
17	2/9	Wed	Vienna 13:35 Tokyo 9:15 (OS051)	

* indicates weekend and holiday

添付資料2 主要面談者

ヨルダン側関係者

中央

- ・ 上級人口審議会 (Higher Population Council: HPC)
 - ・ Mr. Abdulmonem Malkawi Communication Manager
- ・ 保健省 (Ministry of Health: MOH)
 - ・ Dr. Mohammed Batayneh Former MCH director, MOH
- ・ JOHUD/ZENID
 - ・ Ms. Iman Nimri Acting Director, ZENID
 - ・ Ms. Nuha Muhriez Project supervisor, ZENID
- ・ UNFPA Country Technical Services Team
 - ・ Dr. Ziad Rifai Regional Advisor, Behavior Change Communication & Advocacy
- ・ NGO “The Performing Arts Center”
 - ・ Ms. Lina Attel Batayneh Director General

カラク県

- ・ カラク県保健局
 - ・ Dr. Abdullah Shawawreh Director, Karak Health Directorate
 - ・ Dr. Nassar Amareen Deputy Director, Karak Health Directorate
 - ・ Dr. Maha Amareen MCH Supervisor, Karak Health Directorate
- PCC, CHC & MCHC
 - ・ Dr. Shoula Fud Amarin Karak MCH supervisor, trainer of Karak Training Center
 - ・ Dr. Hiam Hamie Director & Manager of Karak CPP
 - ・ Dr. Yousef Sarayreh Technical assistant director of Karak hospital and head of obstetric and gynecology division
 - ・ Unknown Director, Rabbah PHC/MCHC
 - ・ Unknown Director, Qaser MCHC
 - ・ Dr. Radwan Shamayleh Director, Mazar CHC & Head of the training center
 - ・ Dr. Dactaynor Dadolrrheh Head of MCH center of Mazar CHC
 - ・ Unknown Midwife, Taybeh PHC
- ・ カラクCDC
 - ・ Ms. Rihab Al Majali Director of Karak CDC
 - ・ Ms. Munira Shabaian Supervisor of CST
- Facilitator
 - ・ Ms. Dalal Zreiqat (Rabbah), LAC

- Ms. Lina Bayayda (Mazar), LAC, Facilitator for CPE
- Ms. Eman Rhayfeh (Qatraneh), LAC, LCC, Rural Leader, CDC (支部長)
- Ms. Rania Hamaydeh (Faquu'), LAC, LCC, Rural Leader, CDC (支部長)
- Ms. Amal Sarayreh (Mutah), LAC, LCC, Rural Leader, CDC (センター長), Supervisor of CPE
- Dr. Nayef Al Harsh (Mutah), LAC, Medical Supervisor for the Workshop, MCHC doctor
- Mr. Ali Oneh (Qatraneh), Eng., LAC, LCC, Extension Agent, PP Officer

CST

- Ms. Nadira Rawashdeh (Ayy), LCC, LAC
- Ms. Khawla Bustanji (Karak City)
- Ms. Manal Kasasbeh (Ayy)
- Ms. Bayan Nawaysh (Mazar), LCC at Swol, Facilitator at Kresheh Area
- Ms. Fatinah Matarneh (Ayy)
- Ms. Amira sarayreh (Mutah)
- Ms. Hiba Sarayreh (Mutah) Facilitator at Taybeh
- Ms. Manal Al-Qatawneh (Mazar), LAC, LCC, Facilitator
- Ms. Gharam Nawayseh (Mazar)
- Ms. Majdoleeh Hijazeen (Karak City)
- Ms. Naela Amareen (Faquu')

収入創出裨益者

Karak

- Ms. Rowaida Mahmoud 養蜂
- Ms. Suad Saleem 養蜂
- Ms. Muna Khalid Jalamdeh 養蜂
- Ms. Wafa Saleem Rahaifeh 養蜂

Mutah

- Ms. Tahani Khalid Tarawneh 山羊
- Ms. Seham Atallah Saraireh 山羊

Ayy

- Ms. Ikhlas Jawasneh 山羊
- Ms. Sehriah Dalaeen 山羊

南ゴール郡

- 南ゴール郡保健局
 - Dr. Adnan Aldmar Director, Southern Ghor Health District
 - Dr. Awad Al Khleifat Assistant Director, Southern Ghor Health District

Hospital

- Dr. Abdullah Madadh Director, the Southern Ghor Hospital
- Dr. Wahid Khatih Assistant Director, the Southern Ghor Hospital

HC/MCH

- Ms. Sultanah Shaar Supervisor of Mid-wife in Southern Ghor Directorate,
Mid-wife of the Southern Ghor HC/MCH
- Ms. Fathiah Shmalat Mid-wife of the Southern Ghor HC/MCH
- ゴール・サーフィ CDC
 - Sheikh Suleiman Maradat Head of Ghor Safi CDC
 - Mr. Salman Hamdan A Chief of Financial of Education Department
 - Ms. Muna Khalaf Elsheibat Project and Program Coordinator

CST

- Ms. Asryeh Al Nawsreh Supervisor
- Ms. Roqayah Huweimel Supervisor
- Ms. Souad Khleifat Supervisor, former CDP

収入創出裨益者

- Ms. Wajed Al-Mradat 縫製
- Ms. Fathiah Jearat 縫製
- Ms. Sameeha Khalaf 養蜂
- Ms. Kamelah Al-Maradat ビニールハウス, former CDP
- Mr. Jmean Mradaf ビニールハウス, former CDP

旧開発福祉支援（CEP）活動地域

- ムタ CDC
 - Ms. Amal Sarayreh（再掲） Director of CDC Mutah（センター長）, Supervisor of CEP
- Mazar
 - Mr. Mohammed Qatawneh Administrative officer, Mazar Municipality, LAC-LCC
- Taybeh
 - Mr. Ali Btoosh Representative of Taybeh society
 - Mr. Ali Abed Btoosh Vice Representative of Taybeh society

日本側関係者

JICAヨルダン事務所

- 森川秀夫 所長
- 落合直之 次長
- 佐藤都喜子 広域企画調査員(リプロダクティブ・ヘルス、地域保健)
- 岩崎昭宏 所員 / 企画調査員

添付資料3 現地調査方法

1. 調査対象と調査手法

：とくに重要な質問事項
：質問事項

中央レベル

調査対象	JOHUD	保健省	HPC	他ドナー (UNFPA)
調査手法	インタビュー			
調査設問	協力プロセス	-	-	-
	プロジェクトの直接効果			
	機関内のキャパシティ向上への影響		-	-
	他活動（プログラム）へのインパクト			
	ヨルダンの他省庁・NGOへのインパクト			
	貴団体の主な戦略・プログラムとヨルダンにおけるRHに関する展望			

協力対象地域（カラク県のフェーズ 、 、旧開発福祉支援対象地域）

調査対象			調査手法	調査設問
直接裨益者	地方組織	カラク県保健局、南ゴール保健局 医療機関の責任者およびスタッフ CDCセンター	インタビュー、 観察	協力プロセス プロジェクトの直接 効果 プロジェクト効果の 持続性 他活動への発展性 インパクト
	裨益者	ファシリテーター LAC LCC	フォーカスグループ インタビュー	
		CDP（フェーズ のみ） CST（フェーズ のみ） ローンプログラム裨益者とその家族	個別インタビュー、 観察	
最終 裨益者		リプロダクティブ世代の女性 MCHセンターなど医療機関利用者 その他の場所の女性たち	聞き取りによる簡易な アンケート調査	プロジェクト目標の 指標（意識、行動変 容）に関連する質問

2. 調査手法の選択

本プロジェクトの持続性と発展性をみるうえでキーとなる直接裨益者に対する手法としては、フォーカスグループ・ディスカッション、個別インタビュー、観察を用いた。

まず地域のリーダーでありプロジェクトの運営を熟知しており、サービスプロバイダー的な存在であり、かつ自己の意見を躊躇することなく発言する能力を備えたファシリテーター（地域リーダー、LAC、LCCを兼任しているものが多い）に対しては、フォーカスグループ・ディスカッション手法を用い、活発な議論を期待した。また、どちらかという最終裨益者に近いCSTおよび収入創出活動裨益者に対しては、個人の意識と行動変容の機微を捉えたいという趣旨から個別インタビュー手法を用いた。

最終裨益者（RH世代の女性）に対しては、MCHセンターなど医療機関の訪問者を中心として、聞き取りによる簡易なアンケート調査を実施した（添付資料7～8参照）。

添付資料4 プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM)

フェーズ	
上位目標	: カラク県の南ゴール地区での人口増加が減少する
プロジェクト目標	: カラク県の南ゴール地区での家族計画の実施が推進される
成果	<p>プロジェクト地区の人口、健康、社会経済状況についての情報が収集され、プロジェクトの活動に活用される</p> <p>プロジェクト地区の人々の健康と社会経済問題について住民の意識が向上する</p> <p>プロジェクト地区の家族計画とリプロダクティブ・ヘルスにかかるサービスが強化される</p> <p>プロジェクト地区の女性が経済活動に参加する</p>

フェーズ	
上位目標	: カラク県の出生率が減少する
プロジェクト目標	: カラク県での6主要ターゲット地域と3フォローアップ地域において家族計画の実践が増加する
成果	<p>CST、ファシリテーター、LCCおよびLACの能力が強化される</p> <p>女性と家族計画に対するポジティブな社会的態度が増加する</p> <p>母子保健、RH、および家族計画に関する保健省のサービスが強化される</p> <p>経済活動への参加を通して、女性のセルフ・エンパワメントと家庭内の地位が向上する</p> <p>モニタリングが実施される</p> <p>カウンターパートの能力が強化される</p>

CEP	
上位目標	: カラク県における女性のセルフ・エンパワメントとRHの強化を目指すことによって、ジョルダンにおける女性のエンパワメントとジェンダーの平等と公正のための国家的取り組みに寄与する。
プロジェクト目標	: <p>女性のセルフ・エンパワメントとRHに関する男女の意識が向上する。</p> <p>女性が意思決定プロセスに参加し、RHを含むさまざまな問題に対する行動変容を促す</p>
成果	<p>女性の意思決定プロセスへの参加を通じて、男女の意識変革を促し、RHに関連する新しい行動を採用する意欲を高める。</p> <p>女性の自己認識と自信を高めることによって、セルフ・エンパワメントを創出する。</p> <p>収入創出活動によって、女性の経済活動への参加が進む。</p> <p>フェーズ・によって創設されたリボルビング・ファンド・システムの自立発展性を確かなものとする。</p> <p>モニタリング・評価によって、提案された活動をスムーズに実施する。</p>

[illegible]

添付資料6 議事録

日時	2004年12月20日(月) 10:00 - 11:30	場所	JICA本部人間開発部会議室
ヒアリング対象者	佐藤都喜子(元チーフアドバイザー)		
参加者	坂元律子(人間開発部母子保健チーム)、馬淵俊介(国総研調査研究グループ)、駒澤牧子(E&H)		

協力プロセスについて

フェーズ：

- ・MCHの向上と啓発活動、収入創出(IG)を統合し、IGをエントリーポイントとする計画であった。しかし、JOHUD側にはMCHやRHに関する興味はなく、日本がマイクロクレジット事業を始めてくれるものとの認識、一方日本側はマイクロクレジットについては技術的な支援をするのみ(当時、JICAとしてマイクロクレジットの原資を技プロで投入するという仕組みがなかった)という認識で、このスタート地点でのボタンの掛け違いが、平行線をたどったまま2年以上推移した。しかし、ヨルダン側の粘り強い働きかけ(本部への直接的なロビー活動など)と、この問題を解決しなければ本題(RH問題)に進めないと判断した佐藤リーダーの本部への説得などによって、国内支援委員会委員長の理解、JICA医療協力部トップの理解などを得るに至り、実現した。
- ・南ゴール郡は人口3万人強の裨益地域でしかない。ヨルダン南部地域の中でも最貧層が住む地域で、衣食住が足りない地域であり、RHに対する啓発活動・行動変容を期待するのは時期尚早であった。しかし、この地域でIGを家族を対象に行い、それなりに目に見える成果(モデルとなるIG裨益女性、その後の目覚ましい事業拡大)を上げたことによって、JOHUD本部の本プロジェクトに対する態度も変わり、フェーズへのよい助走となったことも事実である。
- ・フェーズでは、収入創出に関する日本人専門家もおらず、JICA本部も適材の人材も調達できない中、たまたま長くヨルダンのYMCA活動に関わった経験のある当時の調整員の企画力と運営力によって開始することができた。なんとかIG事業を船出できた影には、偶然の幸運な人材配置があった。
- ・この時期、JICA側の事業運営のプロセスを見ていた南ゴール郡のCDCでは、プロジェクトが供与した車両や環境整備用の機材を活用し、現在、自分たちの発想による事業(RHには関係がないが)を展開している(CDの向上)。

フェーズ：

- ・フェーズの3年間をかけて、日本・ヨルダン双方がお互いのことをよく学んだと思う。またプロジェクト側は、協力アプローチ、投入計画など、さまざまなフェーズでの反省を基盤として、フェーズのデザインを行った。
- ・その中核となったのが、ファシリテーターの育成であった。これは、言ってみれば指導者研修(Training of Trainers: TOT)である。最終的に27人の指導者を育成¹したことになる。

¹ 男性は6～7人。

- ・フェーズ 、 を通じて最も大きな成果は、中心となるカウンターパートを育てたことである。例えばJOHUDのプログラム・スーパーバイザー、CDCスタッフなどである。とくに、前者のMs.ヌハ（Muhriez）の成長ぶりは目覚ましく、現在、エジプトでの他機関による3週間のインターシップに参加するなど、さらなるキャリアアップに向かっている。

実施中の旧開発福祉支援（CEP）：

- ・CEPは、フェーズ で確立した手法、人材（ファシリテーター、CST）を活用していて、カラク県で対象からもれていた地域で啓発活動を行っている。
郡長が地域振興の観点から大きな期待を寄せて始まったが、よそで育った人材による活動（地元の人材を育成しなかった）点において不満を隠していない（人材育成に期待していた）。しかし、JICAとしては3年間という短い期間で結果を出さなければならず、この方法しかなかった。
- ・フェーズ で育てた女性ファシリテーター27人が、今、CEPの指導者・実施者となっている。開発し確立したIEC手法を使い、現在、ファシリテーターの活躍によって着実に実施されており、プログラム・スーパーバイザー（ヌハ（Muhriez））は興奮気味にその活況を伝えてくる。ファシリテーターと教材ビデオさえあればどこでもでき、ハンディで、汎用性があることが実証されている。
- ・メインのC/P機関であるJOHUDはNGOであるが、最近、財政的自立（独立採算）路線を強く打ち出し、CDCセンター利用料なども全部有料としている。これはほかの援助機関の指導の影響と考えられるが、果たしていい方向なのかどうか、現場を見ているとわからなくなる。

協力デザインについて

相手のコミットメント

- ・本プロジェクトの経験から、プロジェクト形成の時期に、相手側に無用の期待感を与えてはいけないこと、すなわちJICAとしてできることできないことを明示すること、また、実施機関のコミットメント（資金・人材の投入）も明確に取りつけることの重要性を学んだ。現在準備中のヨルダン新規案件においては、各関係省の次官レベルを入れて準備審議会を設置し、この確認作業を進めている。

人を育てる

- ・JICAは人を育てることを基本とし、そのうえで成果を出すことを目指している機関であること、このスタンスが国際機関と違うことをことあるごとに強調してきた。従って、育てるべき人がいるところ（C/P）を支援し、育てがいのある人を育てる、と説明している。フェーズの専門家も、自身で全部の地域をカバーできるわけではないから、自分の分身としてファシリテーターなど地域の指導者を育てようという意識があった。

競争原理の活用

- ・特にアラブ文化において、自己主張、ほかとの競争意欲が強い。この競争原理をうまく利用して、関係機関間やC/P間での適度の競争を促しつつ、相互に有機的に連携（協調）するようなプロジェクトを計画することが有効であることを学んだ。

アラブにおける女性リーダー

- ・一般的に女性リーダーの存在という認識が薄いアラブ文化圏において、女性リーダーであることの、悪い面・良い面があった。C/P機関内では、十分に周知されており問題なかったが、いったん現場に出ると女性がリーダーで男性調整員がその下、という図式が受け入れられないことがあった。他方、良い面としては、アラブ人は一般に非常にパワフルであり、主張が強く、対等な立場であれば絶対に引かないというところがある。しかし女性リーダーであればこの図式がなく、先方の男性リーダーもこちらの言うことに耳を傾けてくれるという利点があった。また、こちらも力に対峙するのではなく、相手の胸を借りる（力を利用する）などの方法がとれる。

行動変容のためのIEC手法

- ・ケニアIECプロジェクト時代から、啓発活動が行動変容につながらないという悩みを抱いていた。この悩みを解決してくれたのが、UNFPA地域事務所のIEC専門家ラファイ（Dr. Ziad Rifai）との出会いである。彼は行動変容のための啓発教育について快く技術指導してくれた。その成果が、現在の参加型エンターエデュケート手法である。最初にビデオを見せ問題意識を喚起させ、それを参加者に議論させ、自己学習していくプロセスをとる。このビデオは対象者の知識レベル、課題などを熟知したうえで構成されており、プレテストのうえ、完成、的確な教材となっている。現在もIEC活動には不可欠な教材として活用されている。制作は、フェーズの初期の段階で外注による。

目標年の設定

- ・本プロジェクトでは家族計画の実行率という行動変容を、3年で達成する目標に掲げたが、これはやはり困難であった。技術協力プロジェクトにおける目標年の設定について、再考して欲しい。

その他

他ドナーの動向

- ・WBがカラク県において、保健サービス調査を実施している。今後、この分野で支援する予定（？）。
- ・USAIDは、来年（2005年）1月から新規案件を立ち上げる予定と聞いている。現在のヨルダンオフィスのNo.2はアラブ人。USAIDは歴代のカントリー事務所のダイレクターレベルに米国人を置かない。これもアラブ圏で協力を実施する技の一つではないか。

現地調査について

- ・カラク県保健局長は、プロジェクト初期によく協力してくれた人である。いったん左遷されたがまた戻ってきており、ヒアリングすると当時のこともわかるであろう。
- ・フェーズ において、南ゴール郡のPHC病院にもかなりの支援をしており、院長がヒアリングに協力してくれると思う。
- ・CEPの実施現場も、アクティブな活動風景が見られると思う。
- ・カラクCDCで秘書兼通訳として雇用していたラーニャは現在、先生をしていると聞いているが、相談すると協力してくれるかもしれない。サエルについては消息を知らない。このあたりはヌハ（Muhriez）が全部把握していると思うので、相談するとよい。
- ・南ゴール郡CDCセンターでも、プロジェクトとの接触を通じて、地域おこしの多角的な展開（RHには関係ないが）をしているようである。
- ・USAID、UNFPAカントリー事務所・地域事務所、IPPFカントリー事務所にヒアリング可能。

日時	2005年1月25日（火）9：00 - 10：30	場所	JICAヨルダン事務所
ヒアリング対象者	佐藤都喜子（元チーフアドバイザー）、岩崎昭宏（所員／企画調査員）		
参加者	駒澤牧子／駒澤大（E&H）		

- ・ヨルダンプロジェクトの全国展開を視野に入れたフェーズ を企画している。MOHの組織の中で制度として根付かせることをねらっている。ボランティアベースではなく組織の中で働いている人（助産師）を活用するつもりだ。マーン、アカバという問題の多い地域が対象となるが、同時にカラク、タフィーラなどの地域も手本として残しておきたいと考えている。
- ・健康祭りを昨年2回マザールで行ったが、都市部より農村部の方が受けはよかった。
- ・JOHUDは出資金を回収し、それをようやく回転できそうなところへこぎつけた。JOHUDの活動は農村の収入創出活動的なものとマイクロクレジット的なものが混在し整理が必要であるとの指摘が専門家などからあったが、後者に落ち着いたようである。日本は前者を支援していたので多少残念だが、妥当な線だと思う。ILOのスタティフィケートの資格を取る者も現れた。
- ・HPCのアベット（Malkawi）はプロジェクトに大変協力的である。当初はJICAのプロジェクトは金にならないと言っていたが、最近では「私はお金が欲しいのではなく能力を高めたいのだ」と言っている。カラクの保健局長も現在は入院中だが、献身的にプロジェクトに関わった。一時異なる部署にまわされたのだが、努力して自力で戻ってきた。
- ・NGOはある意味で民間シンクタンク的である。短期間で達成目標が決まっている場合には成果を出すことができる。短所は、お金が尽きると何もできなくなってしまうことだ。
- ・元JICA所長のコメントにあったヨルダンのC/Pは「打てば響く」という話は、半分あたっているが半分違う。公共機関は必ずしもそうではない。仕事ができる人のところへ仕事が集まっている感じだ。
- ・現在、前国王の実妹が長を務めるJOHUDと、最近できた現国王の妃が長を務める「ジョルダン・リバーサイド・ファンデーション」が機能面で重複するところが多く、対立している部分

がある。前国王と現国王では現国王の方が当然力は強く、現在は後者の方が力がある。王室系組織は一般に自分の権力を強化するために人材とお金を使ってしまい、最も必要なところへそれらが供給されないという傾向があるようだ。また、MOHの人が「JOHUDが政府で、MOHがNGOみたいだ」と言っているのも、ヨルダンの社会サービス提供体制を物語っている。

- ・他ドナーは簡単にお金を出すのが、JICAは額も少なく手続きも面倒なので文句を言われる。日本は拠出額が大きいので、国連機関のモニタリング不足をもっと指摘してもいいのではない。現在、世銀やいくつかの国連機関はイラクに対して人を派遣できないので、ヨルダンにイラクから人を呼んで研修を実施しているが、それに参加することで100米ドルもの金額を得るスタッフもいるなど、少々異常な事態も発生している。
- ・HPCはNPCから格上げになった当時は形式的なものであったが、2004年のリプロ・アクションプランより各省庁のイニシアティブを取ることが可能になりそうな機運が生まれてきた。今後は調整役として期待していきたい（プロジェクトでは3機関の調整はチーフアドバイザーが行ったが、調整役は本来ドナーになるべきものではないと思う）。
- ・これほど地元根づいた活動を実施しているのはJICAくらいである。プロジェクトにおいても地元の県保健局が主で、本省・本部は助言やモニタリングを行うものと位置づけていたが、あくまで本省が主であると主張したバタイネ（Batayneh）氏とはそうした点で対立した。フェーズの計画段階ではMOH課長とこうした認識を共有するよう努力している（ただしMOH課長は経験・知識が乏しくゼロからつくり上げている）。トップとボトム両方の強化が必要であると考えている。
- ・ヨルダンの国民性として自分の縄張りを広げることを優先しがちである。複数機関の連携もプロジェクト終了後は縦割りに戻ってしまう。国王も「ヨルダン人は他者の意見を取り入れないことが最大の障害である」と最近の演説で指摘している。ただし、プロジェクトでは、そういう性向を逆手に使った、競争意識を活用するという工夫もした。

日時	2005年2月6日（日）10：00 - 11：30	場所	JICAヨルダン事務所
ヒアリング対象者	佐藤都喜子（元チーフアドバイザー）		
参加者	岩崎昭宏（所員／企画調査員）、駒澤牧子／駒澤大（E&H）		

▶は、参加者からの質問およびコメント

これまでのプロジェクトについて

- ▶今回の現地調査で、RHサービス、（IEC活動とIG活動による）女性のエンパワーメントの両方が非常に向上していることがわかった。PDM上の目標は避妊実行率の向上、出生率の低下であったが、RHの向上という大きな枠組みで捉え直すことが可能ではないか。
- ・ヨルダンはRHの状況はそれほど悪くはなく（産前健診率、妊産婦死亡率など）、人口増加が国家的な課題であるので、RHの枠組みの中でFPに焦点を当てたプロジェクトといえる。RHの枠組みのなかでどこに焦点を当てるかは国によって異なる。
IEC活動は女性のエンパワーメントを目的とするもののほかに、RHそのものについての理解を深めることもやっている。順序としてはまずRHの知識を伝え、次にエンパワーメントへシフ

トしていった。また収入創出（IG）活動は貧困対策のためにやっているのではなく女性のエンパワーメントのためにやっているということを理解してもらうために、IGの参加者にはIEC活動にも参加してもらうように努力した。インテグレートを目指すプロジェクトは、個々の活動がバラバラにならないような工夫が必要だ。

- ▶ MCHセンター、PHCセンターともに、USAIDの支援によりRHサービスは格段に向上していた。
- ・ MCHセンターの問題は多かったがそれを解決するだけで一つのプロジェクトになってしまうので、プロジェクトはコミュニケーションスキルなどRH上重要となるコンポーネントを重点的に支援した。IEC活動などによって女性が啓発されてMCHセンターを訪ねたときに、がっかりしないようにするためである。
- ▶ IG活動は概ね好評でありRHの向上に有効に働いていることが実感できたが、その中で出された不満は、フォローアップがないことと利子が高くなったことである。またJICAが連れてきたヨルダン人技術者は自分ですべてやってしまい、技術を移転してくれなかったという不満もあった。
- ・ フォロ - アップに関してはJOHUDの活動の中に組み入れていくべきことだと思う。フェーズではプロジェクト終了後を考慮して、住民の中にIG活動のリーダーを決めて技術をすべて覚えてもらい、ほかの住民へ伝達するということをした。フェーズではそれができていなかったのかもしれない。

オーナーシップについて

- ・ 主体を相手側に持っていくように努めた。「こうします」ではなく「どう思われますか」と意見を聞いて進めていった。「このへんが気になる」と言われれば「こうしましょうか」と提案し、一人ひとりの参画を重視した。自分の意見がプロジェクトに反映されるということは、オーナーシップの醸成に大きな効果がある。また翌年度の予算などを決めるときでも基本は分野ごとに決めていったが、最後は保健省、HPC、JOHUDなどの関係者を集めて全体で決定するような民主的なプロセスをとった。
- ▶ 南ゴール郡のCDC長にプロジェクト活動のヒストリーを概説してくれるよう頼んだところ、「まずベースラインサーベイをやった。自分たちでチームをつくりサンプルを集めて、実態を把握した」というところから始まったが、ベースラインサーベイはオーナーシップの醸成に非常に効果的だった。
- ・ コンサルタントなどによってよく事前に調査がなされるが、こちらで全部やってしまうことに対して常々疑問に思っている。プロフェッショナルがきれいな絵を描いてこれをやればいいと示すのではなく、自分たちでどうしたらいいのか考え、お互いが悩みながらプロジェクトは創っていくべきだと考えている。そうすれば失敗したときは痛みを分け合うことができるし、そこから団結力やオーナーシップが生まれる。そのプロセスこそがCDだと思う。どこまでこち

らがやるのかという匙加減を見極め、ある程度の自由度を高めるということも大切である。

- ▶ そのへんの見極めは国民性や資質を理解しなければ難しいのではないかな。
- ・ プロジェクトが始まって最初の1～2年でそういったことを把握すればいい。
- ▶ 「いかにして新たな問題を発見し、それを解決する方法を一緒に考えるか」ということが重要となるこうした開発型のプロジェクトにおいて、PDMで枠を決めてやる方法はなじまないのではないかな。新しいプロジェクトマネジメントの方法や評価の仕方が必要になるのではないかな。
- ・ フェーズ 3の終了時に、PCMワークショップの短期専門家に「PDMは不都合が出てきたら変えていいのかな」と尋ねたところ、「そうです。PDMというのは見直しをするものです」との回答を得て、3ヵ月に1回くらいC/Pも含めて誰かファシリテーターを立てて活動や指標の見直しをした。その場の議論によって、われわれがプロジェクトの全体像を常にイメージすることにつながり、非常に効果的だった。PDMはツールとして有効に機能した。プロジェクトでまめにPDMを見直して、本部がそれを認識し、そうした変遷を記録し、そういった変遷を含めた評価ができるような体制が望ましいのではないかな。活動を何もしていないときにつくったPDMが100%現実に合致するということはあり得ないので、指標や活動の妥当性を検証しながら、やっているうちに思い浮かんだ工夫などを盛り込むことによってPDMは変えていくべきである。それによってオーナーシップも高まると思う。

フェーズ 4に向けて

- ▶ カラク県保健局関係者からカラクモデルを南部で展開したいという熱意が感じられたが。
- ・ ここまで丁寧にステップを踏みながらつくり上げてきたプロジェクトというのは珍しいと思う。それが受け入れ側のやる気とプロジェクトに対するビジョンを生み出している。
- ▶ 医療従事者に対する研修は非常に好評であったが、継続性を求める声が多かった。
- ・ 医療従事者に対する研修事業を継続的・制度的に実施するかどうか、保健省に検討してもらっているところである。今後プロジェクトを地域的に展開する場合、焦点となるだろう。そのほか、JOHUDのヌハ（Muhriez）やHPCのアベット（Malkawi）にも独自に問題意識を持つように働きかけており、それらのさまざまな検討事項が盛り込まれた地域展開は面白いものになるだろう。
- ▶ フェーズ 4でエンパワーメントされた人材は、自分の能力を活用できる職につきたいとの希望を持つ者が多かった。MCHセンターなどにそのような職はあるのかな。
- ・ シャワール（Shawawreh）氏（現カラク県保健局長）は「有能な人材はカラク県保健局で雇用することも考えられる」と述べていた。時期尚早ということで見送っているが、将来的に可能性がないわけではない。JOHUDもCSTの活用方法に具体的なビジョンを持てるようになれ

ばいいと思っている。JOHUDのキャパシティに関しては、大きなビジョンがないなどさまざまな問題があると考えている。今後のプロジェクトの進捗具合など時期的なことや人間関係などを考慮しながら、指摘していきたいと考えている。

- ・今後、南部ヨルダンでの地域展開を考えている「フェーズ」のキーワードはサステナビリティとコストシェアリングである。こうした問題はプロジェクトが始まってからでは遅いので、今から関係者に働きかけている。
- ・今後対象とする地域の田舎にはヘルスポストがたくさんあり、USAIDも手をつけておらず悲惨な状態である。そこにMCHの機能を持たせたい。保健省も望んでいることである。ただしJOHUDが直接的にコミュニティエンパワーメントを手がけるのではなく、ローカルのNGOをJOHUDがエンパワーするという手法を使って欲しいと言っている。
- ・フェーズにおいても、カラクの支援を継続したいと考えている。もう成功したところになぜ援助し続けるのかと思われるかもしれないが、モデルとして他地域の手本となるからだ。そしてカラク県の保健局の人たちはいざというときの大きな助けとなる。そしてカラクで育成した人材をトレーナーとして大いに活用しようと考えているからだ。

CEPはフェーズで育った特に優秀な人材（CST、ファシリテーター）を活用しているが、次のフェーズまで、彼らをストックし忙しい状態に保っておこうとするねらいがあった。したがって、フェーズはCEPが終了する前に始めたい。実際に見ることができうるモデルサイトがあると、実感を伴ってプロジェクトのことを理解してくれるので、効果的にプロジェクトを進めることができる。教室で授業をするのではなく、このような実際の現場の中でのOJT的なきめの細かい研修を実施していきたいとも考えている。こうした質の高さは他の援助機関にはないものと考えているので、「成果主義」の今日であっても確保していきたい。

▶ RHや人口問題を扱ったプログラムは、どれくらいの長期的なビジョンで臨むべきか。

- ・最低10年は必要だと思う。行動変容を促そうとしたらそれくらい必要だ。
- ・国王が人口政策を優先課題として打ち出していることから、われわれのプロジェクトもRHという枠組みの中での「ポピュレーション・ディベロップメント」を掲げていきたい。「ポピュレーション・ディベロップメント」という、RHにみられるミクロ的なものと、人口にみられるマクロ的なものをドッキングさせたトータルな見方で、人口問題を考えようとしている。ミクロ的な見方もマクロ的な見方もメリットを有するが、偏るとどちらもデメリットがあるからだ。世界的にみても、RHの登場によってあまりにミクロな見方に偏ってしまったという反省から、マクロな見方ももう少し重視しようという流れが最近出てきたと思う。

日時	2004年12月18日(土) 14:00 - 17:00	場所	神奈川県・葉山町
ヒアリング対象者	藤原章裕(元IEC専門家)		
参加者	上田直子(国総研調査研究グループ)、坂元律子(人間開発部母子保健チーム)、駒澤牧子/駒澤大(E&H)		

▶ は、参加者からの質問およびコメント

人材育成について

- ・ワークショップ（WS）の回数や参加人数という数値データを高めることはある意味「楽なこと」であるが、「質」を高めることが重要と考えて人材育成（ファシリテーターの能力を高める）を行った。1を言ったら10をやってくれる人材を目指した。IECにおいては活動の質を高めることが目的で人材育成はそのための手段であったが、たとえばRH分野のように医療関係者の人材育成自体がその活動の柱となる分野もあるだろう。

問題の共有と人間関係について

- ・たとえば男性対象のIEC活動では「人がなかなか集まらない」という問題があったが、こうした問題を参加者自身が自分の問題として認識することが必要不可欠であり、問題を共有するための場の設定が重要となる。2ヵ月間毎週木曜日CDCでファシリテーターおよびエキストラを集めWSのシミュレーションを行い、問題を共有し、WS終了後の結果もそこでフィードバックしていった。初期のWSはひどいものだったが、こうしたプロセスによって改善されていった。ほかの地域も見に行くファシリテーターや、農業技師（農業省センター所属）で農業のWSでファシリテーターを行う者なども出現した。

また、「目的」や「誰のためにやるのか」ということを明確にし、共有することが大切である。現場で問題が発生したときは、常にそこへ舞い戻って議論することで問題の解決へつなげることができる。そうしてボランティアの意義を理解してもらったし、サブファシリテーターへの謝金をいくらにするか決めることができた（大議論になったが交通費を支給するということで落ち着いた）。こうしたことを続けていくと、「目的」を自分の言葉で話せるようになってくる。なおWSを開催するために人集めの段階からのプロセスをトータルすると（謝金では割に合わないくらいの）かなりの活動量となるので、謝金がモチベーションのすべてではなかったと思う。また時間をかけて信頼関係を築くことが重要である。車に乗せてあげるとかお菓子をあげるとか小さなことの積み重ねで人間関係は築かれる。こちらから礼を尽くすと相手はそれに応えてくれるものである。また問題が発生したときは電話などの通信手段に頼らずに、直接足を運んで顔を出すことが効果的である。

- ▶佐藤リーダーは活動の大きな柱として、RH、IEC、収入創出、人材育成の4分野を挙げているが、それに対する考えは？

- ・人材育成が下にあって、それによって3分野の活動が可能になるというようなイメージで認識している。

- ▶現場ではなぜインテグレートが起こったか？

- ・複数の分野で活動する人材が多いので、こうした人材がインテグレートしたと考えている。それは専門家の比ではない。たとえばIEC専門家においては、男性対象か女性対象かによって活動時間（男子は日中仕事をしている場合が多い）や対象者が違うので、別々に活動せざるを得なかった。

「つながり」を拡大する

- ・男性対象と女性対象の違いは、女性の場合は人集めが楽で、CDCに集まってきていた。男性の場合は集めるというより、人の集まっているところへ行くといった方が適切なくらいだ。ファシリテーターの日常の行動エリアを超えて動いた結果として、人間関係のつながりが広がった。現場だけに任せていると範囲は拡大しないので、「あそこに行ってみたら」と提案するなど、広がるようにこちらで誘導した。CSTにしても知らない場所や、知らない家を家庭訪問するということは大きな変化だと思う。なお、よそ者の方が動きやすい傾向がある。前述の農業技師も移住者である。ちなみに彼らは名前で出身地がわかるので、われわれの知らないところで相手を値踏みしているところがある。CD的視点でいえば、新しい価値観を導入し誘導することになるので、重い責任を感じる。

▶南ゴール郡では男性の方がたくさん集まってきたようだが。

- ・南ゴール郡は農業の世帯が多いので、昼も動ける男性が多いのではないかと。また、娯楽が少ないのでこのような活動にもイベント的に人が集まるのではないかと。

現場のキーパーソンについて

- ・Mr.サエルは3分野の全員にアクセスできる、インテグレートした人物の一人である。父親がカラク県の要人であり顔が広く、プロジェクト活動をスムーズに実施することに大いに貢献した。また、本人も現場が好きでプロジェクトを面白がって、よく働いてくれた。ただし、あまりに残業や休日出勤が多いのでCDCの職員²であったが「給料（月150JD）が安い」とこぼしていたのでCDCに残っているかどうかわからない。また、カラクCDCにMs.ラーニヤという通訳兼秘書の女性もキーパーソンである。人当たりがよかったが、後半になるとだいぶよかった。彼女はクリスチャンである。

▶ヨルダンだからできた、カラクだからできた（この地域であったから可能であった）という面はないか？

- ・カラクは条件の一つであり、違う地域であれば違う対応をしたと思う。ただし、カラクはクリスチャンがヨルダンの他地域と比較して多いという特性はあった。ただし、それが必ずしもプラスに働いたとは言いきれず、ムスリムへのリーチという点において不利になるなどのマイナスの面もあった。

▶WS参加者のその後に関してなにか情報はありますか？

- ・残念ながらアプローチする機会がない。3回のジェンダーWSの出席者における同じ人10～15人に対して「WSのことを誰かと話したか」「誰と話したか」「もっとしゃべりたかったか」「しゃべった長さは」などといった質問事項のアンケート調査とその際のビデオがあるので参考に

² 佐藤リーダーによると、CDC職員ではなくプロジェクトが雇用した専任スタッフとのことであった。

なるかもしれない。WSの出席者はそのまま同じところに住んでいる人がほとんどであるから追跡調査は可能ではないか。

▶ フェーズ のKAP調査結果は？

- ・ アベット (Malkawi) (NPCのカウンターパート) のところにあるのではないか。
- ▶ (家族計画に) 反対していた者がどれだけ賛成に変わったか、タブーがどれだけタブーでなくなったか、といったようなインパクトはあるか？
- ・ 個々の活動のインテグレートによってどれだけRHが改善するのかという理論 (ロジック) が明確になっていないのでなんともいえない。また計ることが難しい。ただし、あれだけの回数話し合う場を設けたことで、コミュニティになんらかの影響は必ずあると思う。
また、男性WSのインパクトについては、最終年にインパクト調査を実施している。業務期間中に集計はできずまだ生データであるが、必要であればエクセルファイルで提供できる (送付を依頼)。
- ▶ (男性の) ファシリテーターは最終的には10人を切るほどであったから相当優秀な人が残ったと思うが、その後の人生はどのようなものであると思うか？
- ・ 具体的にはわからないが、なんらかのかたちでコミュニティを活性化していることだけは確かだと思う。

ワークショップで使用したビデオについて

- ・ ドラマ仕立てのもので、RHのテーマを5本、ジェンダーのテーマを3本作成した。フェーズの初期の段階で、NPCに外注しアンマンのUNFPAが監修し、完成させた。内容は男性にとってはかなり進歩的なもので、男性のWSでこれを基にどうやって1時間も議論したらいいものか最初のうちは困惑した。ファシリテーターによるプレWSを実施し、想定される質疑応答シミュレーションを皆で考えたりした。

家族健康フェスティバルについて

- ・ カラクで6カ所、南ゴール郡で1カ所、計7カ所で行った。会場選び、設営、企画など全部ファシリテーターが自分たちでやった。PDMにはない活動であるが、人が育って初めて可能になる活動というものもある。家族で集めるのでRHのコアの部分まではできないが、家族の健康を考える場となった。学校では子どもたちが芝居や音楽を発表し、医者や宗教指導者の講演があり、時間外にはCSTが発表し、健康チェックができる場所もあるというイベントである。数カ所でやったことによって、ほかのフェスティバルに参加したことで運営や司会をやりたいと希望する者や、他地域の実施状況を見に行き自分のところで役立てる者が出てくるなど、「競争心理」のようなこともみられた。また、南ゴール郡のカウンターパートはフェーズ の経験があるので「先輩」としての自信が感じられ、こちらがゼロから説明しなくて

も率先して活発に動いた。

▶ リーダーは業務完了報告書で、カウンターパート機関を1つにすべきだとの考えを示しているが、どう考えるか？

- ・ リーダーにとっては相手機関が増えるほどマネジメントは大変だから、プロジェクト実現のために必要十分なカウンターパート機関が1つ選ぶことができればベターであろう。個人的には、3機関は性格が異なるのでやりやすい面があったし、3機関であったことによって広がりが出たと思う。また、もしカウンターパート機関がJOHUDだけであったとしても、現場ではMOHの巻き込みは可能であったと思う。3機関で協働した最大の意義は、これまでつながっていなかったものがつながったことである。CDCやMCHセンターもここまでプロジェクトに巻き込まれる経験をするとは思っていなかったのではないかな。

またマネジメントレベルでは上（JOHUD・MOH・NPC本部）が現場を把握していた。3者の会議ではプロジェクトを1つのものと認識していた。MOHは最終的にCSTに大いに興味を示すようになったが、現場が動くとなが興味を持つようになるという面はある。

CDCについて

- ・ CDCは保育園や塾、縫い物教室などにより収益を上げている施設であり、全国にあるので大きなリソースとなった。

現地調査について

- ・ 現地調査ではプロジェクトにおいて果たした役割のうえでいろいろなレベルの人に話を聞くといい。たとえば、ほかの機関と異なりLCCはプロジェクトのために新たにつくったものなので、プロジェクト終了後になにかの役に立っているかは疑問である。ただしLCC、ファシリテーター、CDCセンター長を兼任しているものが多いので、どの活動が今生かされているか、どの活動が一番大変だったのかということを知ることは興味深いと思う。またCSTはほかの活動を兼任するものは少なく独立しているので、また違った視点の話を知ることができるだろう。前述した、Mr.サエルやMs.ラーニャなどの協力が得られるのではないかな。このあたりは、Ms.ヌハ（Muhriez）がカラクCDCに聞けばわかるであろう。

日時	2005年2月6日（日）16：00 - 18：30	場所	HPC
ヒアリング対象者	Mr. Abdulmonem Malkawi（Communication Manager, HPC） （インタビュー1）		
参加者	駒澤牧子 / 駒澤大（E&H）		

私とプロジェクト

- ・ 私はJICAのプロジェクトにフェーズ の1998年7月15日からフルタイムのC/Pとして関わった。お世辞ではなく、現在、HCPのプロジェクトマネージャー（6ヵ月前から）になれたのは、本プロジェクトに関わって、日本人専門家と一緒に働いた経験のおかげだと思っている。

- ・本プロジェクトに関わる前は、まったく家族計画やIECには関係のない部署で働いていた。そこは暇な部署で、ほかの同僚と同じように、午後1時になったら帰り支度を始め、終業時間の午後2時になったら即、帰宅するような生活をしていた。
- ・本プロジェクトに関わって、私の仕事は100%変わり、多忙になった。フェーズ Ⅰでは人口専門家として、フェーズ ⅡではIECのC/Pとして関わった。日本人専門家とともにワークショップに多数参加し、現場においてコミュニケーションスキルを磨き、ファシリテーターとしての能力を身につけたことが、昇進にも結びついたのだと思う。
- ・プロジェクトの始めから、日本人専門家とたびたび南ゴール郡に行く機会があった。真夜中にゴール・サーフィから帰ってきたこともあったが、日本人専門家はまったく文句を言わないで、平気で働いている。そんな態度をみながら、私の中にも変化が起こった。このプロジェクトで働くことに誇りを感じ始めた。そして決定的に変わったのは、本邦研修で、日本の小学校を視察し、校長先生が床を拭いているのを見たときだ。ヨルダンでは、子どもたちでさえ床拭きなどしないのに。それに日本では超満員の小さなオフィスで、皆一生懸命働いている。われわれはこんな広いオフィスをもっているのに。この経験以来、私の人生観が決定的に変わった。そしてプロジェクトへの関わり方も変わっていった。現在でも、祝日に仕事することをいとわない働き方をしている。
- ・今度、もしJICAとの新プロジェクトがスタートしたら、自分はHPC側のマネージャーになる予定で、楽しみにしている。

HPCへのインパクト

- ・私自身が得たインパクトは、フィールドでの経験、ファシリテーターとしての技術・経験がある。またさまざまな資機材の供与もある。私がマネージャーになった現在、私が得た経験や知識を、同僚にも伝えたようとしているが、その試みはまだ始まったばかりである。

カラクモデルの適応可能性

- ・カラクで実施した各活動におけるスーパーバイズの方法は普遍的で、適用可能である。また作成したビデオ教材は、全ヨルダン人のために教材として活用できるように作成した。ヨルダンでは農村人口は都市人口に比べて少ないので、劇中のアクセントは標準語を採用するなど配慮している。

HPCの役割

- ・「国家人口戦略」(2000-2020)が策定され、HPCは関係8省の調整機関となった。2002年12月3日に省の審議会(Board)が結成され、各省の大臣がそのメンバーとなった。
- ・HPCの広報マネージャーである自分の部署の役目はアドボカシー、コミュニケーション、BCCに関する業務で、重要な役割を担う。最初の大きなイベントは2004年12月の最初の週に設定された「国家人口週間」に関するイベント、広報活動である。また2005年1月には、「国家人口フォーラム」を開催した。国王、日本大使などの来賓も参加した。このフォーラムは、他省庁

の人口問題への取り組みを促進する狙いがあった（たとえば、財務省に保健省の予算を増やすよう要請したり、計画省と協力して、彼らの開発計画に人口の要素を入れるよう要請したりしているが、まだ実現していない）。

- ・ HPCは、ドナーへの要請・調整も行っている。昨年8月にドナーを交えた会合（調整コミッティ）をもった。われわれはドナーにわれわれのプロジェクトアイデアを発表した。しかし、彼らはすでに自分たちの開発計画をもっているのので、実際のところドナーはあまり多くの関心を寄せていない。したがって、このドナー会合はその後なんの動きもない。日本はJICA所長が出席しており、関心があるように思えた。

ドナー支援状況

- ・ HPCは、UNFPAから多くの技術的、財政的支援を得ている。自分の使っているコンピュータもその一つである。自分が使用しているIT関係の機材は十分なものである。またUNFPAの支援で、プログラムごとにコンサルタントを雇用している。
- ・ ヨルダンでは、社会開発分野で活発な活動をしているNGOで大きなところでは「Oxfam」がある。

その他

- ・ 今日の新聞のコラムで、地方分権化についての国王のスピーチがでていた。いくつかの県が統合され州制度のようなものができたら、もっと機能的になるだろう。
- ・ ヨルダンの人口問題の一つは人口の不均衡である。人口の3分の1は中央部に集中しており、南部の過疎化も深刻だ。都市への集中（78%）が、過密化と過疎化の問題を引き起こしている。
- ・ そんな中、マーンに新しい国立大学ができ、近隣から学生を集めている。大学ができると人が集まる。またアカバに米国が経営する大学が近くオープンする計画である。ペイルートのアメリカン大学「AUB」の場合、ほとんどの教授はアラビア人だが、米国の文化を伝授する。一般にアメリカン大学はヨルダンの大学で教えている内容より質がよいので、授業料は高いが、アカバの大学も人気となるだろう。またこのような米国の大学は、米国の文化を強烈に持ち込む。日本に行ったとき、日本では外国人があまり学んでいないと感じた。日本も日本のよさを伝えたいのなら、ヨルダンに日本の大学を作ればもっと早いと思う。
- ・ 日本語という言葉の壁がある。ヨルダン人がイタリア語やフランス語を習得するのには1年で十分だが、日本語はそんな短期間では習得できない。日本の大学でもっと英語で教えるコースがあれば、留学生も増えるだろう。私は、ヨルダンで10歳から英語を習った。大学では経済学を英語で習った。このように実践的な英語教育が仕事のうえでも役に立つと思う。
- ・ しかし、われわれのプロジェクトの中で日本人専門家とランゲージバリアは感じなかった。一人、英語に問題のある教材制作の短期専門家がいたが、ものづくりの作業のうえでは、意思疎通に不便は感じなかった。

日時	2005年2月8日(火) 14:00 - 15:30	場所	HPC
ヒアリング対象者	Mr. Abdulmonem Malkawi (Communication Manager, HPC) (インタビュー2)		
参加者	駒澤牧子 / 駒澤大 (E&H)		

家族手帳 (Family Book)

- ・ヨルダンでは、国民全員が家族手帳 (Family Book) に登録されている。この手帳は、内務省・国民局 (Civil status and passport department) が発行している。これは各家族に1冊、結婚時に夫に対して発行され、妻 (複数) 子どもの名前が記載されている。子どもの記載に16ページも割いてあるのは、それだけ子どものある夫が多いことを物語っている。未婚の女性は、父親の家族手帳に記載されている。父親が死亡しても、その手帳は保持される。これによってヨルダン人はナショナルナンバー (Civil status) を持っている。ソーシャルセキュリティ用には、また別の番号が職域別にある。
- ・統計調査などは、この家族手帳保持者に対して質問してデータ収集を行うことが多い。保健局の調査もそうであろう。

統計について

- ・ヨルダンの国勢調査は、最新のものは2004年10月実施で、まだ詳細な集計結果は出ていない。
- ・ほとんどの統計は前回の1994年国勢調査をもとに推計値を用いている。また、人口は、内務省 (Minister of Interior) の、Civil status and passport department (国民状況・パスポート局) への出生届けも用いられる。ヨルダンでは出生後2週間以内に同局へ出生届けを出す義務がある。同局の出先機関は全国にある。ごくまれに未届けがあるので、補正が行われている。
- ・2004年10月実施の国勢調査では、暫定値で総人口が5,290,000人、人口増加率が2.5%、平均家族人数5.3人 (低下) となっている (Minister of Planning統計局による)。

その他

- ・プロジェクトで実施したベースライン調査では、南ゴールの25%が2人の妻をもっていた。

日時	2005年2月7日(月) 9:00 - 10:00	場所	JICA事務所
ヒアリング対象者	Dr. Batayneh (元保健省母子保健局長)		
参加者	駒澤牧子 / 駒澤大 (E&H)		

- ・保健省を2ヵ月に前に退職。

避妊実行率について

- ・ヨルダンの現在の避妊実行率 (CPR) は59%、そのうち近代的手法は40%、内訳はIUD24%、ピル11%、避妊手術3%、コンドーム2~3%、授乳3%、である。一方、伝統的手法は19%と依然高い。近代的手法の中ではIUDが一番人気がある。しかし、一般にヨルダンの女性は避妊に関する処置を男性医師から受けることに抵抗が大きい。ところで、一般に女性医師の数は

少なく、マーン県で1人、タフィーラ県では0人など、女性医師不足がIUDをはじめ避妊を進めるうえで大きな問題となっている。

助産婦のIUD挿入認可について

- ・ 前述のような背景で、私は1980年より助産婦のIUD挿入認可の推進に関わってきた。
- ・ USAIDの支援で、最初に570人の男性医師にIUD挿入の研修を行い、5年後に女性クライアントに対して調査を行ったら、女性の誰一人として男性医師にIUDを挿入されることを好むものがないことが明白となった。
- ・ 当時、360のMCHセンターがあり、60～70人の女性医師しかいなかった。私は、助産婦がIUD挿入をやっている国（フィリピン、シリアなど）を調査し、その必要性をUSAIDに提案した。
- ・ その結果、2年前より助産婦のためのIUD研修を行うこととなった。最初の年には29人の助産婦を研修した。昨年は30人の助産婦を研修した。そして、彼女らによって1年間で3,000件のIUD挿入実績をつくった。
- ・ USAID支援プロジェクト（2000-2005）の一つであるCMS（Commercial marketing strategic project：現在はPrivate sector projectに改称して、第2フェーズ（2005-2010）を実施中で、400件のIUD挿入について追跡調査を実施したところ、副作用などの状況も男性医師のものよりよいことが明らかになった。
- ・ しかし現在はまだ法律が整備されていないので、「試行的パイロット事業」と称している。多くのヨルダン人は法律化を望んでいる。

南ゴールの保健局分離独立と医療制度について

- ・ 南ゴール郡は、実は1980年代までは独立した保健局であったと認識している。したがって、昨年11月に、再分割されたことになる。
- ・ これは周知のとおり分権化の流れの一環である。ほかの地域の保健局でも同様の分離が行われた。
- ・ 他方、医療圏に関しては、第一次、第二次、第三次医療圏が構築されており、レファラルシステムを発展させている。しかし、患者は自由にどこの医療施設にも行くことができる。
- ・ PHCセンターの99%にMCHセンターが併設されている。サービスは両方とも無料である。
- ・ ヨルダンの法律では、患者はどこの医療施設も選択できることになっているが、ただし、一度一つの機関で、パーソナルファイル（カルテ）をつくってもらったら、医療機関を変えるときにはそれをもっていかなければならない。通常、医師は簡単に患者にパーソナルファイルを渡してくれる。
- ・ MCHセンターに女性の医師が少ない現状で、女性医師が異動すると患者も一緒に動く傾向が見られる。

JICAプロジェクトについて

統合アプローチについて

- ・ JICAプロジェクトは、保健省、JOHUD、HPCなど多くの機関が参加している。同プロジェクトは、いろいろな観点からユニークである。
- ・ もっとも特徴的なことは、保健だけでなく、収入創出、意識啓発、などの分野が行われた点だ。裨益者の視点からみると、保健のサービスの向上、教育、収入創出、女性のエンパワーメントなど、さまざまな裨益がマルチにあった。これまでリンクがなかったヘルスサービスとコミュニティをつないだことが、相乗効果をもたらしたといえる。
- ・ JICAの協力の特徴は草の根アプローチであることだ。女性たちをいろいろなセンターに集めて研修を提供しただけでなく、CST活動で家庭訪問をしたこともユニークだ。しかし、ほかのドナーでも同様な個別訪問活動はしている。たとえば、米国のCMSプロジェクト（前出）では、500人のCSTを育成し、昨年1年間で30万件の家庭訪問をしている。JICAとの重複を避けるために、北部（15保健行政区）のみで行っている。最初は密集地域を中心に行い、これからは過疎地域に展開していく計画である。各地域で、よいCSTを見つけることは困難ではない。CSTのもともとのアイデアはわれわれ保健省がもっていたので、JICAのアプローチと類似している。JICAはCSTに交通費・飲み物代としてわずか月75JDを支払っているだけだが、われわれは月110JDを支払っている。
- ・ この莫大な事業によって、研修実績を積んだCSTが、次はよいトレーナーとなっているので、JICAが今後南部のアカバやマーンで展開する場合、活用することができるであろう。もちろんJICAが育てたCSTもたいへん優秀であると認識している。
- ・ JICAとUSAIDの違いは、USAIDはヨルダンのNGOなどに委託しており、米国人が直接現場に行くことはないことである。米国人がヨルダンの現場ですべて受け入れられるわけではないということが大きな背景としてある。

プロジェクトのプロセス

- ・ JICAのプロジェクトでは、キャパシティ向上、施設整備、カリキュラム作成など、さまざまなプロセスを経たので、時間がかかったが、これは当然であろう。しかし、フェーズのときにはフェーズの経験を生かしたので、スムーズにいった。
- ・ CST研修カリキュラムも確立されているので、もしほかの地域に同様な支援をしたら、たいへん効率的にできるであろう。

カラクモデルの適応可能性

- ・ （すでに検討されていることを踏まえ）前述したように経験があり、手法が確立されているので、カラクモデルの他地域への適応はたいへん簡単である。
- ・ ただし、対象地域によって環境が変わるであろうから、いくらかの修正は必要ではあろう。例えば、南部では女性医師が足りないからIUD挿入研修が必要だとか、南部では乳がんが重要な課題となっているとか、新しい取り組みが必要となるだろう。しかし、主要な課題は同じである。

USAIDなどの支援について

- ・ USAIDのプロジェクト「PHCI (Primary Health Care Initiative)」において、ヨルダン人によるPHCプロトコルを作成した。
- ・ 自立発展性について、多くのドナーは計画段階からプロジェクト終了後のことをもっと考えるべきだと思う。多くのプロジェクトが終了後はサステナビリティがなく、サービスが消滅する。JICAの最初のプロジェクトでは、おおむねいろいろな取り組みがサステナブルであったが、ただ一つCSTだけが例外だ。引き継ぎに失敗している。自立発展性については、多くのドナーが永遠に抱える問題だ。
- ・ USAIDは現在、潤沢な避妊具を供給しているが、これはこの先5年後の2009年までにフェードアウトする方針だ。現在、そのための支援「Contraceptive security Program」を実施している。
- ・ 8年前に、USAID支援のプロジェクト「Comprehensive logistics system for Contraceptives」によって、避妊具のたいへんすばらしい供給体制を作り上げた。MCHセンターの助産婦から直接FAXまたはパソコンで、保健省母子保健局（ロジスティックシステム）へ報告されるシステムである。
- ・ 在庫切れゼロ、需要予測による購入計画、管理体制、配布体制、報告、フィードバックなど、総合的なシステムである。このおかげで、現在、避妊具の供給体制には問題がない。これは世界一といってもよいシステムであると自負している。

日時	2005年2月7日(月) 14:00 - 16:00	場所	JOHUD本部
ヒアリング対象者	Ms. Nuha Muhruze (Project supervisor, ZENID)		
参加者	駒澤牧子 / 駒澤大 (E&H)		

私の変化

- ・ 私は、JICAのプロジェクトにフェーズ から選任のC/Pとして深く関わってきた。したがって、このプロジェクトは私の子どものようなものだ。このプロジェクトをよく見てもらうことを歓迎する。どんなことでも協力したい。何でも申し出てください。
- ・ もし、私のキャパシティの向上をみたいなら、私のポジションの変化をみればわかる。このプロジェクトに関わった頃は、私は上級秘書に過ぎなかったが、現在ではプロジェクトスーパーバイザーである。組織が私の能力の向上を評価しているということだ。また、私はRH分野についてまったく知識はなかった。でもプロジェクト専門家とずっと過ごすことによって完全に理解した。現在も、時々、国内外の研修の機会を得て専門性を高めている。

マイクロクレジット事業について

- ・ 現在、JOHUD本部では、ドナーごとに設置されていたさまざまなマイクロクレジットスキームを一本化する統合化作業を進めている。JICAのマイクロクレジット事業の収支決算も、この作業の中で行われており、まだ結果は出ていない。JOHUD本部のマイクロクレジットスキームは、ILOの認可をもらうことを目指している。

旧開発福祉支援事業（CEP）について

- ・旧開発福祉支援事業（Community Empowerment Programme: CEP）は、われわれがこれまでJICAのプロジェクトで得た経験を集大成している。フェーズ・において地元自治体や小中学校がほとんど表に出てこなかったのに対して、CEPでは主役あるいは全面的な連携体制をとっている。このアイデアは、JOHUDがこれまで展開してきた間開発事業の経験から得たものである。
- ・活動は正味2年なので、独自のCSTやファシリテーターを育てる余裕はなく、フェーズ・で育成したCSTとファシリテーターを活用している。現在、CSTは、27人から19人活動中である。

自立発展に向けての継続的支援

- ・プロジェクトで育てたボランティアや、関連する団体には、可能な限り継続的な支援をしている。例えば、一部のCSTは、USAID資金協力により、NGO「CARE」が委託を受けて実施している研修にも参加している（視察期間中にちょうど5日間の研修がアンマンで実施されていた）。アイ女性協会は、GTZ（2005年1月開始）のプロジェクト「RACD」（直訳すると“地域のリハビリテーションとディスアビリティ”、意味的には地域振興と環境問題を考える活動を行うNGOを支援するプロジェクト）（援助額は2年で48,000米ドル）を実施しており、この申請手続きの支援や、ヨルダンの半政府機関、Royal Marine conservation society of Jordan（JREDS）からの資金的援助も受けているが、このための管理運営のアドバイスなどもしている。また、タイベ協会がUK大使館から「灌漑プロジェクト」を委託するのを支援。ファクア地域で、元LACメンバーがNGO「Bani-Hamidah Organization for Social and Voluntary Work」の設立に参加し、現在、事務局長をしているが、彼女へのアドバイスも行っている。このNGOはムタ大学からの人・備品の支援を受けている。

その他

- ・現在は、そうたびたびカラク県の旧プロジェクトサイトにいくことはないが、確かに経済的な向上は感じる。カラク県の各地の広大な荒地に見られる簡易な建物は養鶏場で、大手資本によるものと認識している。このような新しい産業が雇用機会を拡大していることは確かである。

日時	2005年2月7日(月) 11:00 - 12:15	場所	UNFPAアラブ地域技術協力チーム
ヒアリング対象者	Dr. Ziad Rifai (Regional Advisor, Behavior Change Communication & Advocacy)		
参加者	駒澤牧子 / 駒澤大 (E&H)		

プロジェクトとの関わり

- ・私のプロジェクトとの関わりは、1点目は概念づくりとアプローチの助言、2点目はNGOのPAC（Performing Arts Center）を紹介したことである。最初、プロジェクトの目的はクリアであったが、アプローチはクリアではなかった。当初プロジェクトが想定していたアプローチ

では、うまく機能しないだろうと思ったので、助言した。インタラクティブシアターの実績のあるPACを紹介し、エンターエデュケートワークショップのためのビデオ教材づくりをお願いすることになった。また3点目としては、ガイドブックのアウトラインの作成と1章の執筆である。またビデオ教材のスク립トのコメント・最終チェックも行った。これにはUNFPAのジェンダー専門家も参加した。

- ・以上のようなプロジェクト前段での参加で、現場には足を踏み入れたことはない。実際にワークショップをみたこともない。

ヨルダンの知的・人材資源

- ・エンターエデュケーションに関する経験をもっているNGOのPAC (Noor Al Fosen Foundationの傘下) がヨルダンに存在していた。しかしPACは、エンターエデュケーションの専門家はいるが、RH、ジェンダーセンシティブの専門家ではないので、ビデオを作るにあたり、私がガイドを行った。JICAのプロジェクトとの関わりによって、PACの社会分野 (social causes) におけるエンターエデュケート、とくにRH分野における専門性が追加され、現在、シリア (RH分野、意識の目覚め (awareness raising) の分野) のNGOに技術移転している。JICAのプロジェクトを通じて、彼らのキャパシティビルディングにつながっている。
- ・私自身はヨルダン出身のBCCの専門家。BCCの手法、理論はすべての分野に応用可能である。
- ・Noor Al Fosen Foundationはさまざまな社会開発系の小さなNGOをもっていて、次第に分離していく、という慣行がある (常に新しい国王のファーストレディーが新規にNGOを立ち上げる)。PACは、以前はアンブレラの下の小NGOであったが、最近独り立ちした。

IECからBCC

- ・住民の行動変容のためにIECではなくBCCという手法を活用した。BCCとは住民のawareness raisingのためにコミュニケーションの手法で、従来型ではなく、双方向的であるところが特徴。近代的で効果的な手法だと思う。

Box A 6 - 1 エンターエデュケート手法について

- ・最初プロジェクトは、MCHセンターでレクチャーしようと考えていた。しかし、私はそんな雑然としたところでやっても誰も聞いていないと教えた。静かな家庭で、1対1で話をしたほうがよいとアドバイスした。またプロジェクトは1時間のビデオを作ってきた。しかし、私はメッセージを伝えなければ平均15分までと教えた。約10分で1メッセージが適切といわれている。こういうやり取り、経緯をきちんとまとめて記録に残しておくことが大切である。この記録は、ビデオを作るのと同じくらい重要である。
- ・ビデオとWSを組み合わせた統合アプローチがよいというのは私のアイデアであった。本当は生の役者が出演するインタラクティブシアターが理想的であるがお金がかかるし、一度に何ヵ所かで展開するのは難しい。これはJohns Hopkins大学が開発した教育手法の1つである。基本的に楽しみながら「知識、気持ち、行動」に訴えかけるもの。「エデュテーメント」「エンターエデュケーション」などとも呼ばれる。アニメ映画や映画「フィラデルフィア」(HIVの認知の映画)などもその一つの例。南アフリカ共和国のソーポオペラは、若い世代の問題 (妊娠、中絶、HIVなど) について扱っている。エンターエデュケート手法にはたくさんのバリエーションがある。
- ・構成に、教育とエンターテイメントのよいバランスを保つことが重要である。

- ・これまでのIECでは「教材を作る 配る 読まない 考えない 変わらない」という縮図で失敗したが、BCCは「見て 感じて 話し合い 考え始めて 変わり始める」というメカニズムである。

南ヨルダンへの移転の可能性

- ・ヨルダンは小国であるから、国内ではそれほど文化的な差はない。保健指標はやや南部が悪いが人々の気質などはそれほど変わらない。したがって、南部で有効だったら北部でも有効であろう。
- ・USAIDのCSTアプローチは、予算、コンサルタントを大量に投入し、数値的に大きな成果を導いている。しかし、報酬によって働くCSTの活動などの持続性については疑問である。またUSAIDはFPにフォーカスを絞っており、RH概念はまだ広く扱われていない。アラブ地域では、人口増加が大きな問題となっているが、FPに絞るか、より大きなRHという包括的な処方箋をとるべきか、議論が分かれている。EUなどは後者が必要だと主張している。そういう観点から、JICAはRHの包括的なアプローチをとっている。また国内のリソースを活用している点でも評価に値する。

カラクモデルのほかのアラブ国への応用可能性

- ・カラクモデルは、理論、概念としては世界中どこにでも適用可能だと考える。ただ、カラクモデルの重要なポイントは“実施過程の質”である。誰が、どのように、どれだけの時間をかけて実施したか、などが大きな要素となる。対照的な例として、USAIDはエジプトでIUDを普及させるために、IUD挿入を処置する医師にインセンティブを出した。これは処置数を増やしたが、プロジェクトが終了した後、大きな問題となった。JICAのプロジェクトの場合、金銭的インセンティブではなく“実施過程の質”がインセンティブとなったとみている。
- ・ところで、RHは統合アプローチで通常6～7の省が関連し、さらにもっと多くの部署が関与する。このように多機関が関与すると、終了後に収束力がなくなることが問題である。
- ・カラクモデルを適用させるためには、分権化の進展が望まれる。分権化がなされれば、より簡単に直接自治体にアクセスできるので、カラクモデルの実施が容易である。近隣国では、たとえばシリアは分権化が非常に遅れており、大きな問題である。村レベルでは人々にまったく意思決定権がない。

ヨルダンのRHの傾向・将来について

- ・一般的に、まだヨルダンにおいても真の意味でRHのコンセプトの理解は浸透していない。FPのほうは、他国と比較してもヨルダンの理解率はよい。
- ・RHの概念は中東地域における普及はまだ課題である。「知らない、信じない、理解できない、説得できない」人々が多い。
- ・ヨルダンにおける浸透度については、明確には見えない。たとえばFPの実行率は上がっており、私自身「自分の父の兄弟は6人、父の子は息子3人、私は娘1人」というように世代間におい

て子どもの数は確実に減ってきているといえる。しかし、そのスピードはそんなに速くない。

- ・一般的に「経済成長が小さな家族（少ない子ども）を作る」といわれている。また文化的な要因も大きい。ヨルダンでは、一般に大きな家族が好まれる傾向がまだ根強い。
- ・2004年7月に、国王から首相へあてたメッセージが新聞で発表された。一般的な行動のための国家計画、優先順位に言及したものである。その中で人口問題の重要性、RH普及の必要が盛り込まれている。要約すると「RHの広報はわれわれの宗教の信じるものと相反さない。経済的成長に必要であるが、人々には経済成長の実感がない。多分それは、人口増加によるのだろう。これからは人口減少のため国家的なFPのキャンペーンが必要だ。また若者が社会参加するメカニズムの増強が必要だ。失業、経済移行も課題である」。
- ・今年は「ヨルダン人口年」と設定された。ただし、ほとんどまだ一般には知られていないと思う。

その他

- ・ヨルダンの分権化の進展について。最近の国王のスピーチで、ヨルダンは小国であるにもかかわらず、中央集権が強すぎる、開発のためには分権化が必要であると言及している。そしてヨルダンを3分割する案が提案された。ヨルダン国王のスピーチの効力は、「国王がいうのであればそうなるべき」というスタンスが基本であるが、ただし実際には政府の人々の実行力がないのでなかなか実現できない。
- ・南ゴール保健局が、2～3ヵ月前にカラク保健局から分離した。

日時	2005年1月27日(木) 9:00 - 10:15	場所	カラク県保健局
ヒアリング対象者	Dr. Shawaureh Abdullah (Director), Dr. Nassar Amareen (uputy Director)		
参加者	駒澤牧子 / 駒澤大 (E&H)		

JICAプロジェクト（1997-2003）の自立発展性について

- ・スタッフ（医師、ナースなど）の研修は、現在も継続して行っている。
- ・MCHセンターのサービスも継続されており、その質も向上を続けている。
- ・投入された機材も、十分に有効に活用されている。機材は基本的なもの（ウルトラサウンドなど）であり、技術的に難しいものではなく困難なく活用されている。
- ・ただし、人事の関係で人の入れ替わりがあり、その点ではやや継続性に問題がある。
- ・私は、プロジェクトの実施の途中までカラク県保健局長をしており、フェーズのときにMaan（マーン）県に異動になった。最近、Maan（マーン）からカラク県保健局に戻ってきた。マーン県はカラクよりさらに南で、砂漠地帯、人口密度が低く、貧困所帯が多く、カラクより厳しい地域である。
- ・カラク県は以前と比較して、定量的に示すことはできないが、保健文化（ゴール・サーフィ病院、ヘルスセンターの質、病院へ行く態度、医療費に対する自己負担の認識、など）が明らかに向上しているとみている。これはプロジェクトのおかげである。

- ・フェーズ では南ゴール郡という貧困層（経済的、社会的に）をターゲットにしたので、ヘルス文化の向上を語るのには厳しいものがあるが、ほかのカラクはよりよくなっている。
- ・また避妊実行率は、ゆっくりとではあるが上昇している。TFRも、明確な統計は出せないが、6から4～3くらいに下がっているという印象をもっている。
- ・保健省のフレームワークに沿って、定期的に県が統計を収集するよう「努力」している。それらを保健省へ提出している。

CD的視点について（問題解決能力、問題発見能力）

- ・われわれはさまざまなプロジェクトをやっているが、南ゴール郡でのプロジェクトはヨルダンでももっとも貧困な層をターゲットにしていた。文化的、経済的、社会的に困難な面が多いが、それでもよくなっているということができる。またほかのカラク県はさらによくなっている。
- ・住民の問題解決能力について測定することは難しいが、徐々にではあるが確実に向上していると思う。
- ・スタッフは充実している。フルポジションがそろっており、質も高くなっている。プロジェクトの研修およびほかの研修の成果が維持されていると思う。
- ・ただし南ゴール郡に関しては、スタッフが地元出身でなく、人の定着率が悪いという問題があった。ほかのカラク県では地元出身のスタッフが多い。カラク県保健局管内には、5つの高度HC、35のPHC、35のsecondary HC（？）があるが、その医師の50%、看護婦は100%、助産婦は51%、が地元出身である。一般的にヨルダンでは、地元で職を見つけたがる傾向が強いが、問題は職がないということである。自分は25年間、出身地で勤めることができて幸運である。

他地域への適用可能性・普及可能性について

- ・私はカラク県でのプロジェクトのアプローチは南部地域のモデルとして応用可能であると考え
- る。
- ・また自分の知る限り、政府はこのプロジェクトにたいへん満足している。そのため、南部ヨルダンにおけるモデルとして、全域に広げたいと考えている。南部ヨルダンは、首都から遠く、非常に貧しく、人口密度が低いので、例えばMCHセンター（50～60km）に行くのにも容易ではない、厳しい地域である。現在、政府はこのような南部（アカバとマーン）で同じプロジェクトをやりたいとJICAに要請している。保健文化に関しては、アカバはカラクよりややよい程度、カラクはマーンより少しよい程度のレベルである。
- ・プロジェクトのコンポーネントとして最も大事な部分は、プロジェクト形成の段階である。この段階でいかに現場のニーズをつかむかである。ニーズは当該地の保健局がよく知っている。その点で、このプロジェクトは形成（実際はベースライン調査時）において、われわれ保健局と十分なコミュニケーションをもち、われわれのデータを活用した。よいプロジェクト形成のプロセスを踏んでいると評価している。Dr. 佐藤はそのアプローチ（県保健局との十分なコミュニケーション）を熟知しているから、新規プロジェクトでも彼女が関わるのであれば安心だ。
- ・自分は前保健局長として南部のマーン県保健局やアカバ県におけるニーズも知っている。新規

プロジェクト立ち上げにおいて、保健省計画局を中心としながらも、JICA カラク郡保健省計画局 JICAの関係において、われわれが扇の要のような役割を担えればいいと考えている。

- ・他地域への普及を考えると、すべてのプロジェクトにおいて、研修、機材供与が重要なコンポーネントになる。ただし、私の考えでは、収入創出活動と女性の意識向上活動は、保健プロジェクトと分けるべきであると思う。保健プロジェクトのみにすべきである。この統合アプローチは、貧困層のヘルス向上に貢献しないと考える。

JICAプロジェクトの運営方法について

- ・他ドナーとの比較でいうと、JICAのやり方が好きである。なぜならJICAは最初にわれわれにニーズをよく聞き、われわれがそれに対して準備をし、そして要請している。ニーズの確認方法、この形成のやり方がよく、その意味でこのプロジェクトはヨルダンにおける最も成功した援助プロジェクトだと思う。
- ・JICAのプロジェクト形成には時間がかかり過ぎる、非常に進捗がゆっくりであるというのがやや難点である。ただし、これはディスアドバンテージというほどではない。
- ・また、プロジェクト開始時に予算がまったく分からないというのも困る。ほかのドナー、たとえばWHO、ノルウェー、USAIDなどはみなプロジェクト開始時にクレジットしてくれる。またプロジェクト形成時点でわれわれも支出があるのだが、それに対する処方もない。
- ・さらに他ドナーは、明確な数量的目標が設定されており、それが達成されなければ即継続して次期フェーズが開始される。しかし、JICAの場合、フェーズが終了して、間隔があいてようやく次のフェーズが始まる。その空白の時間に技術移転された人々が離れていたり、蓄積された知識・経験が、新しいうち（freshなうち）に継続されないなど、欠落が起こるのが惜しい。
- ・JICAの場合、Dr. 佐藤がずっと継続して関わるべきである。

日時	2005年2月1日（火）12：00 - 14：00	場所	南ゴール郡保健局・南ゴール病院
ヒアリング対象者	Dr. Adnan Aldmar (Director of the SG health district) Dr. Awad Al Khlifot (Assistant Director of the SG health district) Dr. Ahdulla Madadh (Director of the SG hospital) Dr. Wahid Khatih (Assistant director of the SG hospital)		
参加者	駒澤牧子 / 駒澤大 (E&H)		

分離独立した南ゴール保健行政区

- ・ヨルダンでは医療保健行政の再構築において、保健行政と医療行政を分離し、三次医療、二次医療、一次医療とレベル分けがなされた。保健行政区は一次と二次を提供し、病院は三次医療のみを提供している。南ヨルダン医療行政区はアンマンの下からアカバ北部まで南北300kmをカバーしている。
- ・一次・二次医療の重要性を鑑み、南ゴール保健行政区は、2004年11月23日にカラク県から分離した。現在、新体制づくりの真っ最中である。カラク保健行政区は6地区で人口17万人、一方、

南ゴール保健行政区は1地区だけで5万人と、人口規模でいうと大きい。カラク県内での7つの郡のうち、初めて保健行政が分離した郡である。

- ・南ゴール保健行政区には、1つの病院、7つのPHCがあり、マズラに現在Comprehensive Health Centerを開設準備中（人員を要請中）である（施設設置済み、ラボ、X線などのスタッフの研修が必要）。7つのPHCを担当する医師はこれまで4人の医師しかいなかったが、12人増員され計14人（ダイレクターと副ダイレクターの2人を含む）となった。そのほか、助産婦5人、歯科医3人が配置されている。
- ・南ゴール郡の主産業は、農業と2つの大きな塩精製工場である。

南ゴール病院

- ・南ゴール病院（Southern Ghor（SG）Hospital）は、普通ベッド62、救急と腎臓透析用ベッドが20ある。うち1つはHIV保持者用ベッドである。一般医は12人、看護婦は100人である。そのほか、産科婦人科には4人の産婦人科医と、13人の助産婦が勤務している。PHCからのレファラル病院である。政府病院はカラク県内では、カラク市とここだけである。
- ・検査ラボにはほとんどの基本的な検査で実施できるが、ホルモン、HIVの血液検査はアンマンへ送っている。技術スタッフは充実しており、メンテナンススタッフも確保されている。
- ・JICAの供与機器などもあるがメンテナンスの状態は極めてよい。アンマンの保健省本部から定期的に専門の技術者が点検にきている（視察時も点検作業中）。
- ・病院の救急車は4台。そのほか、軍の救急車も利用している。
- ・南ゴール病院は海拔マイナス450mの地点にあり、特別な血液ガス器（Brood Gas machine）が早急に必要である。
- ・ヨルダンの血液供給事情については、献血で間に合っている。

JICA プロジェクト（1997-2000）のインパクト

プロジェクトの自立発展性について

- ・いくつかの機器は使用方法を知っている医師が離職し、現在使われていないものがあるが、ほとんどは有効に活用されている。
- ・新しく改修されたPHCセンターの機材は、政府、製塩企業、JICA、USAIDなどが供与している。
- ・Dr. Adnanは、助産婦とともに1998年にC/Pとして、JICAがカイロで実施している同様のプロジェクトを視察し、多くのものを学んだ。一緒に行った助産婦は現在、南ゴール保健行政区全体のMCH助産婦スーパーバイザーとなっている。
- ・JICAの訓練を受けた助産婦のうち1人は外国に行ってしまったが、ほかは全員残っている。当時の2人の助産婦のうちMCHセンターの1人（現MCH助産婦スーパーバイザー）は、2年前にUSAIDのPHCIプロジェクトの研修を受けて、IUD挿入資格を得た。そして2003年7月から125件の挿入実績がある。男性の医師のときには誰もIUDを受けなかったことを考えると、劇的な増加で、非常に満足している。IUDは無料で提供している。もう一人の助産婦は新人な

ので、これから研修が必要である。また、南ゴール病院の助産婦にもIUDの研修が必要である。

- ・USAIDのPHCIプロジェクトで供与されたSGヘルスセンターの超音波診断機（ウルトラサウンド）は使える医師がいないので、現在使われていない。

スタッフの課題対処能力について

- ・JICAの研修を受けた裨益者の数が限られているので、判定は難しい。
- ・Dr. Adnanは、5年前のプロジェクト時はカラク県保健局の副ダイレクターで、南ゴールの担当であったため、C/Pとしてプロジェクト活動の男性WSのレクチャーなども手伝った。またエジプトに佐藤リーダーとともに海外研修にも行っている。その経験が現在の新しいポジションで役に立っている。
- ・助産婦がFPのカウセンリングを実施しており（アウトリーチもあり）、適切な避妊具の選び方について指導している。質は着実に向上している。今後はすべてのMCHセンターの助産婦もIUDの研修を受けてIUD挿入できるよう研修の実施を要請している。
- ・しかし、スタッフにはもっと研修が必要である。われわれはほかの支援が開始されるまで待つてはいられないので、われわれの手ですでにマズラに南ゴール病院から医師を送り、研修を始めている。
- ・しかし、機材も不足している。車両もない（家庭訪問にも、予防接種キャンペーンにも車が必要である）。
- ・予防接種キャンペーンには、3人で1チームの予防接種班が、4チーム、キャンペーン中には全地域をアウトリーチする。キャンペーンでは5歳以下の全乳幼児の6,112人が対象となる。車がないと移動できない。
- ・われわれは学校保健（内科、歯科）も開始した。また4地区（サフィ、マズラ、タフィラ、？）において助産婦が妊婦・産後検診のために、家庭訪問を開始した（政策として、出産前後の家庭訪問制度が規定されている）。
- ・すべての課題は、機器（ハード）に関連するものである。たとえ研修を受けても、機器がなければサービスを提供できない。前述したように、車両も重要なアイテムである。

RHと収入創出の統合アプローチについて

- ・統合アプローチは非常に有効であったと思う。成功している。
- ・特に貧困地域においては、医療支出（医療費、交通費）が医療アクセスを低めている。収入向上によって貧困が緩和され、医療サービスへのアクセスを向上する。また、上位機関へのリファーを高め、RHの実行を高めるのに貢献しており、収入創出活動は非常に有効である。

他の地域、政府への波及効果・インパクト

- ・マーン、タフィラ、アカバの保健行政区から、プロジェクト終了セレモニーにも参加しており、JICAプロジェクトへの関心は高いと考えている。また直接カラク県にも視察に来て、同じようなサービス（MCH、FP、研修）を始めている県もある。

- ・プロジェクト終了セレモニーには、保健大臣をはじめ保健省官僚も参加しており、カラクモデルに強い興味を示していた。
- ・日本大使館の大使も強い関心を寄せており、このプロジェクト地域を視察に来たなど、国内におけるプレゼンスは高かった。
- ・外部要因も大きい。たとえば、国王が国家の主要課題としてこの分野に強い関心を持っており、RH分野・家族計画分野の取り組みが積極的に進められている。たとえば、すべての省庁へ関連活動の強化を促しているなどである。また国王は、2004年8月にPHC管轄の特別委員会（Special committee）を設置し、Dr. Adnanはそのメンバーの一人である。その委員会の下で、過疎地域においてモバイルクリニック計画（まだ実施されてないが）を作成した。さらにTV・新聞などによるマスカンペーンなどが実施されている。

同地域の実態と課題

- ・80～85%は病院で出産しているが、僻地（たとえば、ベドウィンが多い地域）などでは、自宅出産である。ベドウィンの出産状況は十分に把握できていない。

MCHセンター視察

- ・南ゴール病院の横に隣接。
- ・一般医（GP）4人、助産婦計2人。
- ・2003年7月より、125 IUDを実施。劇的に増加している。
- ・避妊具種類別の新規使用者の傾向は、たとえば2005年1月の実績では、ピル計101人、コンドーム22（6新規+16旧）人（440個）、IUD 5人、注射19人、ノープラント0人（使用停止）となっている。また2004年1月では、ピル計180人、コンドーム26人（520個）、IUD 8人、注射39人、となっている。
- ・避妊具の月別ストック記録簿がある。
- ・研修については、これまで助産婦が3つの研修（カウンセリング、家庭訪問、家庭での分娩、各3～5日間）を受講している。さらに1人の助産婦はPHCIによるIUDの研修を受講している。
- ・PHCIの研修とJICAの研修を比較すると、トピックは異なるが、JICAの研修はよりインテンシブでより有効である。プロジェクト期間中の5年間にわたり継続して研修が提供された。
- ・またエジプトでの海外研修（JICAプロジェクトを視察）では、家族計画、感染症予防について学んだ。（エジプトでは、1回の避妊具の提供数が、たとえばコンドームでは90個であるのに対して、ここでは20個と、量的に大きく異なった。死亡率（IMR、MMR）は、エジプトよりヨルダンのほうがいい状況である。出生力については、ヨルダンを取り組みを始めたばかりで、エジプトのほうが進んでいる。）
- ・超音波診断装置も設置。
- ・待合室がIECスペースになっており、最初は毎日、最近は2回/週、教育セミナーを開催している。IECスペースにはビデオを設置。JICAのIEC研修コースを受講したスタッフもあり、ピ

デオのメンテナンス、操作には問題はない。

- ・歯科治療室が新設され、本日着任したばかりのカラク出身の新任歯科医を配置。1日、30～40人の患者。患者の数は増加している。ただし機械は古い。ここの施設はJICAの供与を受けていない。治療費は有料で本人の入っている保険によって異なる。南ゴール郡には、マズラとここにしか歯科医がいない。
- ・最近、学校保健の一環で、内科と歯科による学校診断を始めた。
- ・薬はほぼそろっている。ヨーロッパ製（ヨルダン製より効きがよい）の薬も使用している。
- ・急患のための救急処置室もある。
- ・車両は、保健行政区をカバーするための1台で、兼用している。

地中海性疾患南地域センター（South Area Center for Thalasimia Diseases）視察

- ・全国の3つの拠点センター（北部、アンマン、南部）の一つ、南部センターである。
- ・地中海性疾患とは、近親結婚を繰り返すことによって起こる、血液の遺伝病。2003年に、妻と夫両方がポジティブの場合、結婚を禁止する法律を可決した。

日時	2005年2月2日（水）9：00 - 9：30	場所	カラクMCHセンター 兼MCH研修センター
ヒアリング対象者	Dr. Shoula Fund Amarin (MCH supervisor, MCH training center)		
参加者	Dr. Maha Amareen (MCH supervisor of Karak Health District) 駒澤牧子 / 駒澤大 (E&H)		

- ・MCHセンターの診察時間は、8～16時。金曜日以外は開業。
- ・医師（女医）1人、助産婦2人、看護婦3人の体制で、MCHおよびPHCサービスを提供。
- ・2月になってから2日間の診察者は、1日3～4人。
- ・Dr. Shoula（女医）は、カラク県内で7年、その後、カラク市内で3年勤務。現在、カラク研修センター（詳細不明）の研修員でもある。
- ・避妊法の一つ、ノンプラントは5年間有効、IUDは10年間有効。IUDは月1回の診察を奨励しているが不具合がなければ、とくに診察は必要ない。
- ・避妊施術の料金は、ノンプラントが1回135JD、IUD挿入が20JD、コンドームは市販価格が5個で2JDのものを、MCHセンターでは20個ずつ無料で提供。
- ・Dr. Maha Amaeen（MCH supervisor of Karak Health District）は、community medicineが専門で、カラク県内でずっと勤務してきた。最初の2年はPHC、次の11年はMCHセンター、現在カラク保健局のMCHスーパーバイザー（および統計センターの責任者）。IUD挿入研修の指導官を10年間勤める。
- ・JICAプロジェクトで、本邦研修（1ヵ月）を受講した。テーマは思春期RHであった。ヨルダンではFPへの取り組みが正式に始まったばかりの段階で、思春期RHはまだ時期尚早という印象（ある女子大生は高校で基本的なFPの授業を受けたことがあると聞いたが？との問いに、単発的な短い授業だけとの回答）。

- ・ Dr. Mahaによると、保健局にはJICA供与の車（ランドクルーザー）が2台あるのみで、MCH課では週2回使えるようになっているが、それも局長の緊急な用事があれば使えなくなる。カラク県は面積が広く、MCHセンターが40もあるため、それらを監督するには車が必要である。他方、タフィーラ県は人口も少なくMCHセンターも12しかないが2台も車があることと比べると、カラク県にはもっと車が必要である（因みに、タフィーラには現在ドナーは入っていないとのこと）。

日時	2005年2月2日(水) 9:30 - 10:30	場所	Comprehensive Postpartum Project Center (CPP: 総合産後ケアセンター) in Karak
ヒアリング対象者	Dr. Hiam Hamie (Director, manager of CPP center in Karak) Dr. Yousef Sarayreh (Technical assistant director of Karak hospital and head of obstetric and gynecology division)		
参加者	Dr. Maha Amareen (MCH supervisor of Karak Health District) 駒澤牧子 / 駒澤大 (E&H)		

- ・ センター長の女性医師Dr. Hiam Hamieは、カラク県のMCH関連の最初の女性医師として1985年に着任して以来、ずっとカラク県で働いている。JICAプロジェクトによって、1997年、日本において3週間の指導者研修（Training of Trainers: TOT）の研修を受けた。
- ・ CPPセンターは、USAIDの支援によって、1998年（？）に開設した。JICAからは一度も支援を受けていない。現在はUSAIDのプロジェクトも終わり、どこからも支援を受けていない。
- ・ スタッフは、助産婦2人、看護婦1人、実践的看護婦（practicing nurse）3人、受付2人。産婦人科医は、1人が常勤、ほか4人が国立カラク病院より定期的に派遣されている。国立カラク病院、軍病院と連携している。救急車は、これらの2つの病院のものを利用している。ただしCPPセンターには車両がなく、日常の交通手段には不便を感じる。
- ・ 出産前（月1回、最低全5回）、出産後（40日以内の新生児健診）、家族計画のサービスを有料で提供している。1日のクライアント数は、50人以上である。
- ・ MCHサービスにおける、カラク県全体のレファラルセンターでもある。ほかのMCHセンターへの技術指導も実施している。
- ・ スタッフミーティング（ケースカンファレンス）を週1回実施し、問題の提議・解決案の議論を行っている。センター内でも、医師などによるin-service trainingが実施されている。
- ・ 過去10年間におけるFPにおける行動変容の変化については、MCHサービスを受けるために施設を訪れる女性は増加しており、一人の女性が訪問する回数も増加していると感じる。しかし、一部ではまだ伝統的避妊法が好まれているのも事実。
- ・ 5台の超音波診断器がある。1台はJICAより供与され、ほかの中国製のもの（USAID支援）と比べると明らかに性能がよい。
- ・ 国立カラク病院から派遣されている産婦人科医師から日本で研修を受けたいとの要望がでた。また、助産婦からさらなる知識を得たい、最新のFPに関する情報を研修で提供して欲しいとの要望が示された。

日時	2005年2月2日(水) 11:00 - 12:00	場所	ラベールCPP & MCHセンター
ヒアリング対象者	センター長		
参加者	Dr. Maha Amareen (MCH supervisor of Karak Health District) 駒澤牧子 / 駒澤大 (E&H)		

- ・ Comprehensive Health Center (CHC) の方は、訪問時ちょうど建物を改修中で、MCHセンターを間借りして営業中であった。USAIDの支援で建物の改修費は予算がついたものの、資器材は対象外で、廃棄した機材の整備のめどはたっていない。機材整備について、現在、保健省に嘆願中であるが、あてはない。2週間以内に開業する予定とのことであるが疑問。
- ・ 一般医の部屋2、歯科医室1、救急処置室1、薬局、X線室（ただしレントゲンは故障していたので廃棄）・その暗室などがある。
- ・ MCHセンターは、朝8時から夜8時までの12時間開業で、スタッフは2シフト制で対応。
- ・ 現在、医師はおらず、助産婦2、実践的看護婦（practicing nurse）1の要員。助産婦のうち1人はJICAの研修（3ヵ月、テーマはRH、FP、授乳、乳幼児保健）を受けているが、訪問時は休暇中で会えず。
- ・ PHCとMCHを合わせた、1日のクライアント数は100人以上。うちMCHは20人程度。クライアント数はとくに増加傾向にはない。
- ・ 待合室にプロジェクト供与のテレビ、ビデオセットがあるが、使われているかどうか不明。メンテナンス状態はあまりよくない印象である。

日時	2005年2月2日(水) 13:00 - 13:30	場所	カセールMCHC
ヒアリング対象者	女性医師、助産婦2人、看護婦1人（名前未確認）		
参加者	Dr. Maha Amareen (MCH supervisor of Karak Health District) 駒澤牧子 / 駒澤大 (E&H)		

- ・ USAID支援による改修工事が2日前に終わったばかりで、まだ開業していない。
- ・ 建物は新しくなったが、壁にひびなど工事不良の箇所も見られる。備品は以前のものを使用。暖房はなく寒い。
- ・ 同センターで10村をカバーしている。8時から4時までの8時間営業で、1日のクライアント数は、約25人。
- ・ センター長は女性医師で、その他助産婦2人、看護婦が数人配置。助産婦は3回JICAの研修を受けている。女性医師、助産婦ともに、さらなる最新情報を得るための研修（FP、乳幼児ケア）を望んでいる。
- ・ 超音波診断器は日本製が供与されており、非常に性能がよく、コンディションもよいので満足している。活用において技術的な問題はない。
- ・ 助産婦の部屋に配布用の避妊具があるが、整頓状態はあまりよくない。
- ・ JICAプロジェクトのCST（ボランティア）との関係はない。

添付資料7 簡易アンケート調査概要・集計結果

概要

現地調査時に、本事例によって女性たちがどの程度エンパワーメントされたのかをみることを目的として、聞き取りによる簡易アンケート調査を実施した。簡易アンケート調査は、プロジェクトが直接支援した「直接裨益者」(ファシリテーター、CST、収入創出活動裨益者)と、プロジェクトの最終的な裨益者として想定される一般のリプロダクティブ世代の既婚女性「最終裨益者」に対して行われた。最終裨益者は、主にMCHセンター来訪者を対象とした。

結果

採集したサンプル数は、直接裨益者20、最終裨益者43、計63であった。協力時期による分布は、フェーズ 実施地域で24%、フェーズ 実施地域で62%、CEP実施地域で14%であった。

サンプルの分布

フェーズ	15 24%	ゴール・サーフィ	15 24%	最終裨益者	12 19%	最終裨益者	43 68%
				直接裨益者	3 5%		
フェーズ	39 62%	アイ	4 6%	最終裨益者	24 38%	直接裨益者	20 32%
		ファクア	1 2%				
		カラク	18 29%				
		マザール ^注	1 2%				
		ムタ	11 17%	直接裨益者	15 24%		
		ラベ	1 2%				
		不明	3 5%				
CEP	9 14%	マザール	7 11%	最終裨益者	7 11%		
		タイベ	2 3%	直接裨益者	2 3%		
合計							63 100%

注：フェーズ のCSTである。

サンプルの基本属性に関しては、年齢、職業、教育レベル、自分の兄弟の数、理想の子ども数、実際の子ども数について、以下のような結果となっている。

年齢

	最終裨益者	直接裨益者	合計
20-29歳	20 47%	3 15%	23 37%
30-39歳	16 37%	9 45%	25 40%
40歳以上	7 16%	8 40%	15 24%
合計	43 100%	20 100%	63 100%

職業

	最終裨益者	直接裨益者	合計
主婦	35 81%	15 75%	50 79%
教員	8 19%	0 0%	8 13%
医療従事者	0 0%	3 15%	3 5%
その他	0 0%	2 10%	2 3%
合計	43 100%	20 100%	63 100%

教育レベル

	最終裨益者	直接裨益者	合計
なし	2 5%	2 10%	4 6%
小学校卒	6 14%	2 10%	8 13%
中学校卒	4 9%	5 25%	9 14%
高校卒	11 26%	8 40%	19 30%
短大卒	10 23%	1 5%	11 17%
大学以上	10 23%	2 10%	12 19%
合計	43 100%	20 100%	63 100%

自分の兄弟の数（平均）

	最終裨益者	直接裨益者	合計
20-29歳	9.4	8.3	9.3
30-39歳	9.7	10.3	9.9
40歳以上	6.1	9.6	8.0
合計	9.0	9.7	9.2

理想の子ども数（平均）

	最終裨益者	直接裨益者	合計
20-29歳	3.8	3.3	3.7
30-39歳	4.0	3.9	3.9
40歳以上	4.8	3.8	4.2
合計	4.0	3.8	3.9

実際の子どもの数（平均）

	最終裨益者	直接裨益者	合計
20-29歳	2.6	-	2.6
30-39歳	4.9	5.0	4.9
40歳以上	7.0	6.8	6.9
合計	4.2	5.6	4.6

エンパワーメントについての自己評価結果は以下のとおりである。

質問 1 ～ 10 の回答

1. 自分自身に自信がありますか、自分に価値があると思いますか。

	最終裨益者	直接裨益者	合計
はい	43 100%	20 100%	63 100%
いいえ	0 0%	0 0%	0 0%
合計	43 100%	20 100%	63 100%

2. 自分のこと（進学すること、仕事につくこと、病院に行くことなど）については、最終的に自分自身で決めますか。

	最終裨益者	直接裨益者	合計
はい	23 53%	17 85%	40 63%
いいえ	20 47%	2 10%	22 35%
無回答	0 0%	1 5%	1 2%
合計	43 100%	20 100%	63 100%

3. 人生に目標を持って努力していますか。

	最終裨益者	直接裨益者	合計
はい	39 91%	20 100%	59 94%
いいえ	4 9%	0 0%	4 6%
合計	43 100%	20 100%	63 100%

4. 夫婦でいろいろなこと（家庭内の問題など）をよく話し合いますか。

	最終裨益者	直接裨益者	合計
はい	41 95%	19 95%	60 95%
いいえ	2 5%	1 5%	3 5%
合計	43 100%	20 100%	63 100%

9. 自分自身の健康について、未婚時代、母親時代、また老年期について、考えるようになりましたか。

	最終裨益者	直接裨益者	合計
はい	40 93%	19 95%	59 94%
いいえ	3 7%	1 5%	4 6%
合計	43 100%	20 100%	63 100%

5. 家族、地域、社会からのいろいろな支援を受けていると思いますか。

	最終裨益者	直接裨益者	合計
はい	29 67%	17 85%	46 73%
いいえ	14 33%	3 15%	17 27%
合計	43 100%	20 100%	63 100%

10. 最後に、将来の夢があれば、教えてください。

	最終裨益者	直接裨益者	合計
ある	40 93%	19 95%	59 95%
ない	3 7%	1 5%	4 6%
合計	43 100%	20 100%	63 100%

6. 欲しい子どもの数について、自分で考える。

	最終裨益者	直接裨益者	合計
はい	41 95%	19 95%	60 95%
いいえ	2 5%	1 5%	3 5%
合計	43 100%	20 100%	63 100%

7. 家族計画や避妊について、ご主人と話し合った上で、家族計画を実践するかどうか決めていますか。

	最終裨益者	直接裨益者	合計
はい	38 88%	16 80%	54 86%
いいえ	5 12%	4 20%	9 14%
合計	43 100%	20 100%	63 100%

8. ほかに人とも家族計画や避妊について意見を交換することがありますか。

	最終裨益者	直接裨益者	合計
はい	30 70%	14 70%	44 70%
いいえ	13 30%	6 30%	19 30%
合計	43 100%	20 100%	63 100%

夢の内容

子どもの教育	15	25%
子どもの幸せ	18	31%
自分の教育・勉強の持続	8	14%
自分の仕事を得る・仕事が持続する	8	14%
家族の幸せ	12	20%
お金・ものを得る	2	3%
女性のFP知識向上	2	3%
平和	2	3%
その他	2	3%
合計	69	117%

添付資料 8 簡易アンケート調査質問票

Quick Survey for Married Women
By JICA research team

Your age	
Your Occupation	
Education level you completed	
Number of your brothers/sisters	
Ideal number of your children	

Please answer the following questions by checking Yes or No.

	Questions	Yes	No
1	Do you have confidence in yourself? Or Do you think that you have value?		
2	Do you finally decide your things, such as entering a school, taking a job, seeing a doctor etc. by yourself?		
3	Do you have future target/dream in your life?		
4	Do you often discuss various things, such as family matter, with your husband?		
5	Do you think that you have received various supports from your family and your community?		
6	Do you consider an ideal number of children and having timing by yourself?		
7	Do you discuss practicing family planning or contraception with you husband?		
8	Do you exchange opinions about family planning or contraception with other people?		
9	Have you considered your own life-long health, in the unmarried age, wife and mother days, and older the age?		
10	Supposing you have a future dream, please let me know.		

Thank you so much for your cooperation!

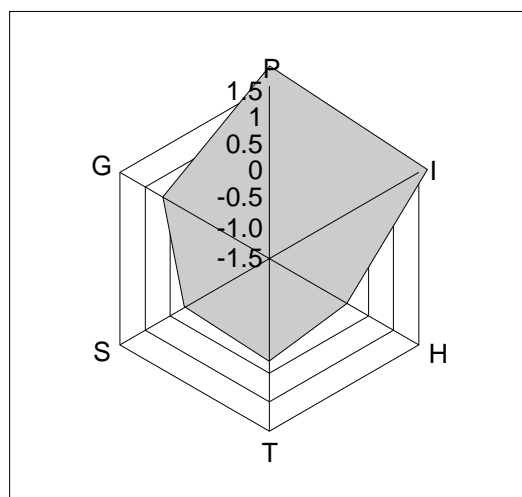
添付資料9 制度の六角形

経済発展に重要な役割を果たすものは、資金ではなく、経済の成長を可能とする制度や政策環境が備わっているかどうかであるとの見方が最近クローズアップされているが、石井³はそうした考えかたにおける一つの有効な分析的枠組みを提示している。まず持続的成長に欠かせない一そろいのセット（「制度のミニマムセット」と呼ばれる）を、産業革命の勃興と伝播の過程をたどることにより、以下の6つに特定した。すなわち、「技術革新力を培う制度」、「人的資本育成のための制度」、「物的インフラ構築のための制度」、「私的所有権を保護する法制度」、「社会的結合力を構築する制度」、「ガバナンス向上のための制度」である。次に世界の75ヵ国・地域を対象に、これら6つの制度で経済の持続的成長を分析することの妥当性を検証したところ、「現在の所得水準をきわめてよく説明し、また長期成長率についても相当程度説明することがわかった」との結論を得ている。さらに、これら6つの制度の成熟度を数値化し六角形ダイアグラムの形で表した「制度の六角形」を、75ヵ国・地域について作成している。社会レベルのCDを考えるうえで有用な材料であると考えられるので、次頁にヨルダンを含む数ヵ国の「制度の六角形」を示す。

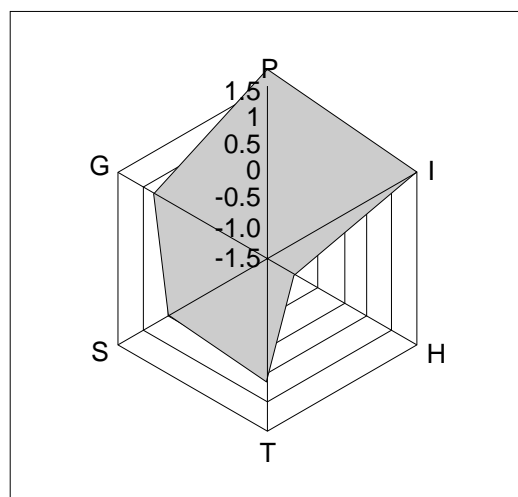
一般に所得の高い国は概して制度の成熟度も高いが、こうした所得の高低による制度の成熟度は補正してある。したがって目盛りのゼロはその制度の成熟度が、当該国と同じ所得水準の国の平均であることを、プラスは平均水準より高いことを、マイナスは低いことを表している。「制度の六角形」が円形に近ければその国の制度は概してバランスよく発達しており、大きくへこんだ部分があればその制度が持続的成長のボトルネックになり得ると考えることができるという。ヨルダンは制度が比較的バランスよく発達しており、所得水準が同程度の国々との比較において制度の成熟度が高いといえよう。

³ 石井菜穂子（2003）『長期経済発展の実証分析 - 成長メカニズムを機能させる制度は何か』日本経済新聞社

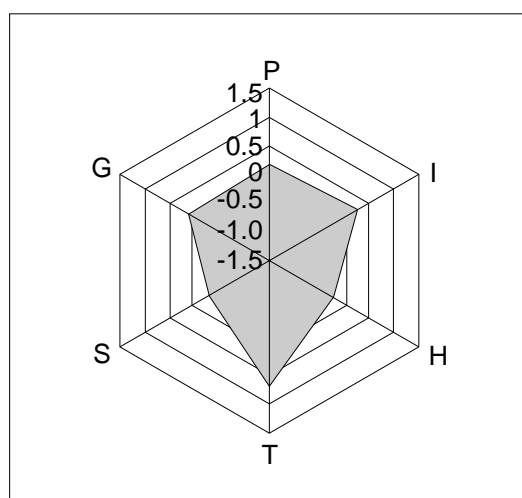
制度の六角形



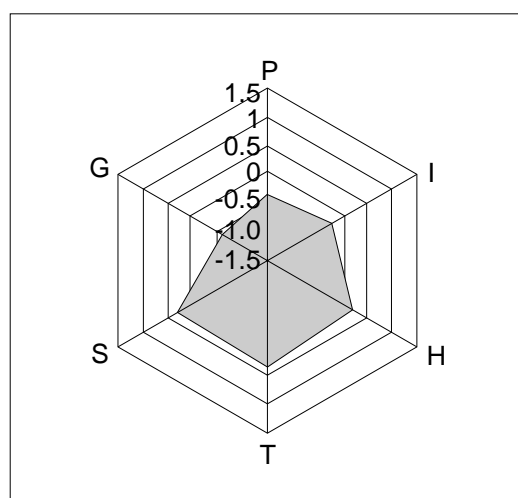
ヨルダン



エジプト



トルコ



日本

注： P私的所有権を中核とする法整備体系

I物的インフラストラクチャー

H教育水準を含む人的資源

T技術的な革新性

S社会的な結合力

G発展戦略の適切さを含む、国のガバナンス

出所：石井菜穂子（2003）『長期経済発展の実証分析 - 成長メカニズムを機能させる制度は何か』日本経済新聞社

添付資料10 技術協力の3つの類型

図1 「コミュニティ・地域社会のエンパワーメント型」アプローチ概念図

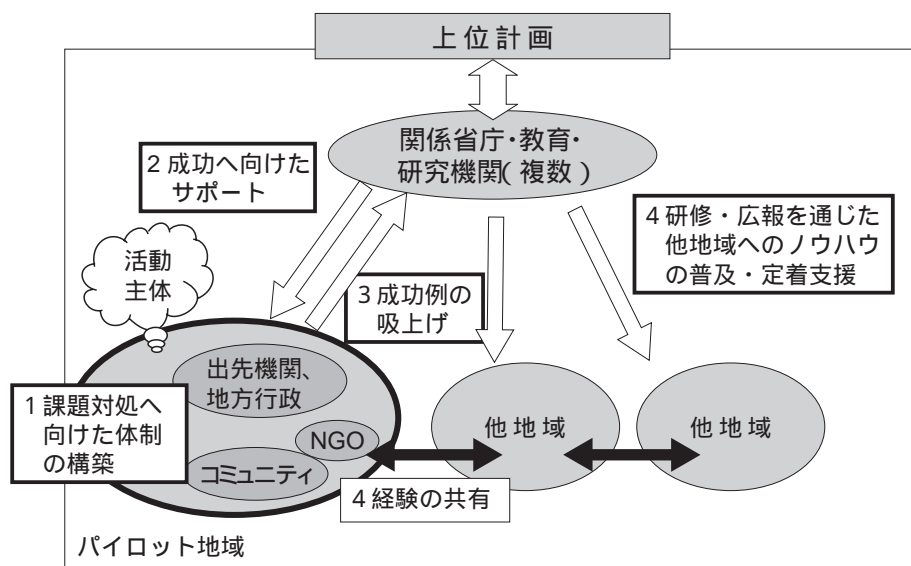


図2 「拠点機能形成型」アプローチ概念図

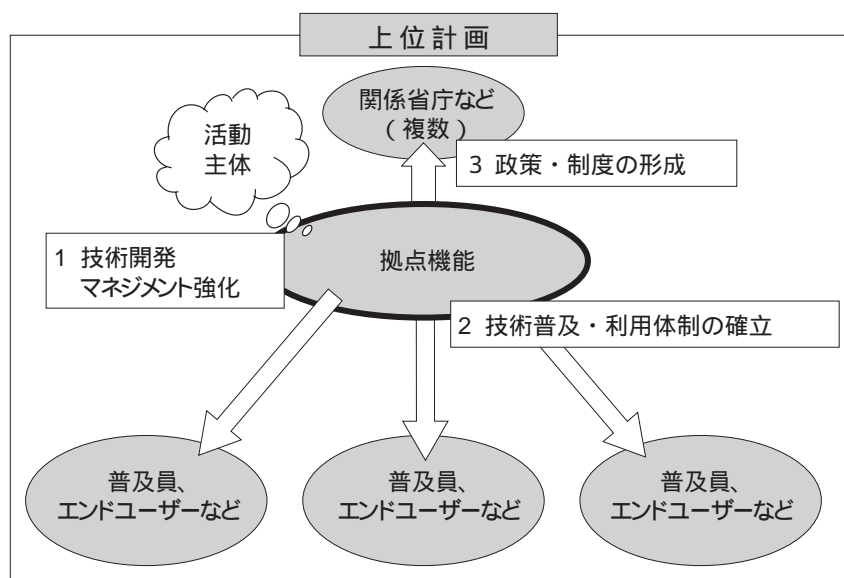
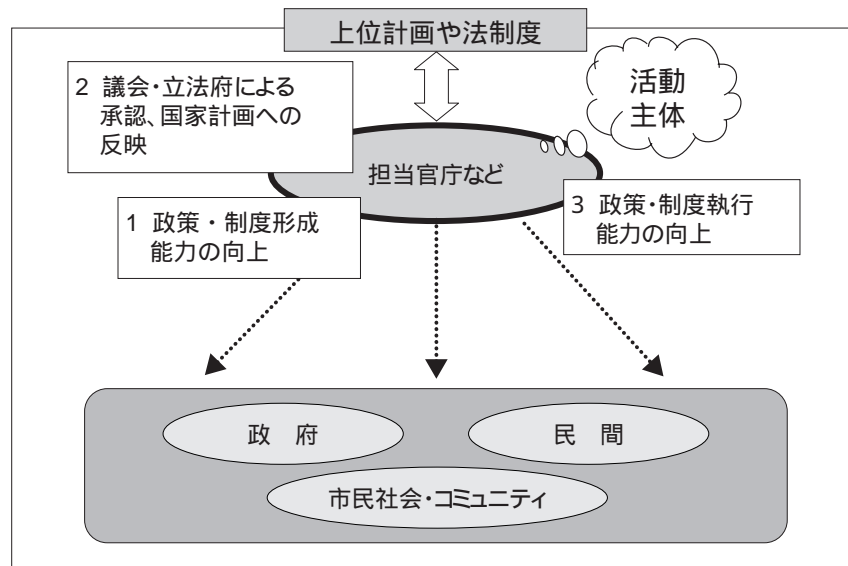


図3 政策・制度構築・強化型アプローチ



出所：国際協力機構 国際協力総合研修所（2005）

略語表

用語・略語	英語表記	概要
BCC	Behavior Change Communication	行動変容コミュニケーション
CB	Capacity Buiding	キャパシティ・ビルディング
CD	Capacity Development	キャパシティ・ディベロップメント
CDC	Community Development Center	地域開発センター
CDP	Community Development Promotor	地域開発推進員
CEP	Community Empowerment Programme	旧開発福祉支援事業
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
CPPC	Comprehensive Postpartum Project Center	総合産後ケアセンター
C/P	Counterpart	カウンターパート
CST	Community Support Team	地域啓発普及員
Facilitator	Facilitator	参加型啓発活動員（ファシリテーター）
FP	Family Planning	家族計画
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GID	Gender in Development	ジェンダーと開発
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
HPC	Higher Population Council	上級人口審議会
ICPD	International Conference on Population and Development	国際人口開発会議
IEC	Information, Education and Communication	情報・教育・コミュニケーション活動
IG	Income Generation	収入創出
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
JOHUD	Jordanian Hashemite Fund for Human Development	ジョルダン・ハシェミット人間開発基金
LAC	Local Advisory Committee	プロジェクト地域支援委員会
LCC	Local Credit Committee	地域ローン委員会
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MOH	Ministry of Health	保健省
NPC	National Population Commission	国家人口委員会
PAC	Performing Arts Center	パフォーミングアートセンター
PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Care	プライマリー・ヘルスケア
PHCC	Primary Health Care Center	一次医療センター (またはプライマリーヘルスセンター)
PHCI	Primary Health Care Initiative	プライマリー・ヘルスケア・イニシアティブ
RBA	Results Based Approaches	成果主義アプローチ
R/D	Record of Discussions	討議議事録
RH	Reproductive Health	リプロダクティブ・ヘルス
Sida	Swedish International Development Cooperation Agency	スウェーデン国際開発協力庁
TFR	Total Fertility Rate	合計特殊出生率
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Foundation	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WB	World Bank	世界銀行
WBI	World Bank Institute	世界銀行研究所
WID	Women in Development	開発と女性

略 歴

駒澤 牧子（こまさわ まきこ）

学歴：オレゴン大学都市計画・公共政策学部・修士課程修了（1992年）（都市計画学修士）

現在：株式会社アース アンド ヒューマン コーポレーション主任研究員、東京大学大学院医学系研究科国際保健計画学教室客員研究員

経歴：民間企業、社団法人エイジング総合研究センターなどを経て、2001年より現職。研究テーマは、ODA事業における評価手法、日本の保健医療経験の国際協力への適用、地域保健における行動変容メカニズム。