

**ヨルダン・ハシェミット王国
南部女性の健康とエンパワメントの
統合プロジェクト
終了時評価調査報告書**

平成 23 年 7 月
(2011 年)

独立行政法人国際協力機構
ヨルダン事務所

ヨル事
J R
11-002

**ヨルダン・ハシェミット王国
南部女性の健康とエンパワメントの
統合プロジェクト
終了時評価調査報告書**

平成 23 年 7 月
(2011 年)

**独立行政法人国際協力機構
ヨルダン事務所**

序 文

今回の調査では、2011年9月に本プロジェクトが終了するにあたり、これまでのプロジェクトの実績及び実施プロセスを確認し、評価5項目の観点から終了時評価を実施し、プロジェクト目標達成に必要な対応につき提言を行うとともに類似プロジェクトへの教訓を取りまとめ、合同評価者の間で協議を行い、その結果を協議議事録（M/M）に取りまとめ、署名しました。

本プロジェクトは、「対象地域におけるリプロダクティブヘルスサービスの利用促進の好事例に基づき、ヨルダン全国のリプロダクティブヘルスを改善するための政策提言を行う」ことを目的として、2006年9月から5年間の予定で技術協力プロジェクトとして実施されています。JICAは、ヨルダンにおいて1997年からリプロダクティブヘルス・家族計画・ジェンダーに関する支援を実施しており、本プロジェクトはその集大成とも言うべき案件であり、これまでのヨルダン・ハシェミット王国南部での取り組み・経験を全国レベルに引き上げることをめざしています。

本プロジェクトの対象地域は、ヨルダン南部4県という最も保守的で、地理的にも広大で人口密度も低いなど、保健医療支援を行うための条件が厳しい地域であり、リプロダクティブヘルス・家族計画・プライマリー・ヘルス・ケアにかかわる基礎的保健医療サービスを向上させるということは、非常にチャレンジングであると思います。このような状況に対応するため、本プロジェクトでは、ヘルス・エデュケーターという新しい地域保健人材制度を導入しました。終了時評価の結果、ヘルス・エデュケーターの活動が、対象地域の女性による避妊実行率の向上や、リプロダクティブヘルスサービスの受診向上など、具体的な数値として成果を現していることが確認されました。

今後、上位目標を達成するためには、1) プロジェクト対象地域でヘルス・エデュケーターによる村落でのリプロダクティブヘルスサービスが継続されること、2) ヘルス・エデュケーターが継続的なスーパービジョンを受け、また、追加研修や制度面での待遇改善などを通じ、更にエンパワーされること、3) ヨルダン・ハシェミット王国の他地域（中部、北部地域）にも、この活動を拡大すること、が必要となりますので、ヨルダン・ハシェミット王国側のコミットメントを強く望むとともに、JICAとしてもヨルダン・ハシェミット王国側の活動のモニタリングや必要に応じた技術的支援等を検討し実現していく必要があると考えます。また、本プロジェクトの対象地域のように保守的で且つ基礎的保健医療サービスへのアクセスが困難な僻地においてサービス向上をめざす場合のグッド・プラクティスとして、本プロジェクトで得た経験・知見・ノウハウが活かされることを期待し、本報告書がそのための一助となれば幸いです。

ここに本プロジェクト実施及び本調査の実施にあたり、ご協力を頂いた内外の関係者の皆様に深謝するとともに、引き続き一層のご支援をお願いします。

平成23年7月

独立行政法人国際協力機構

ヨルダン事務所長 田中 俊昭

目 次

序 文

プロジェクト対象地域

写 真

略語表

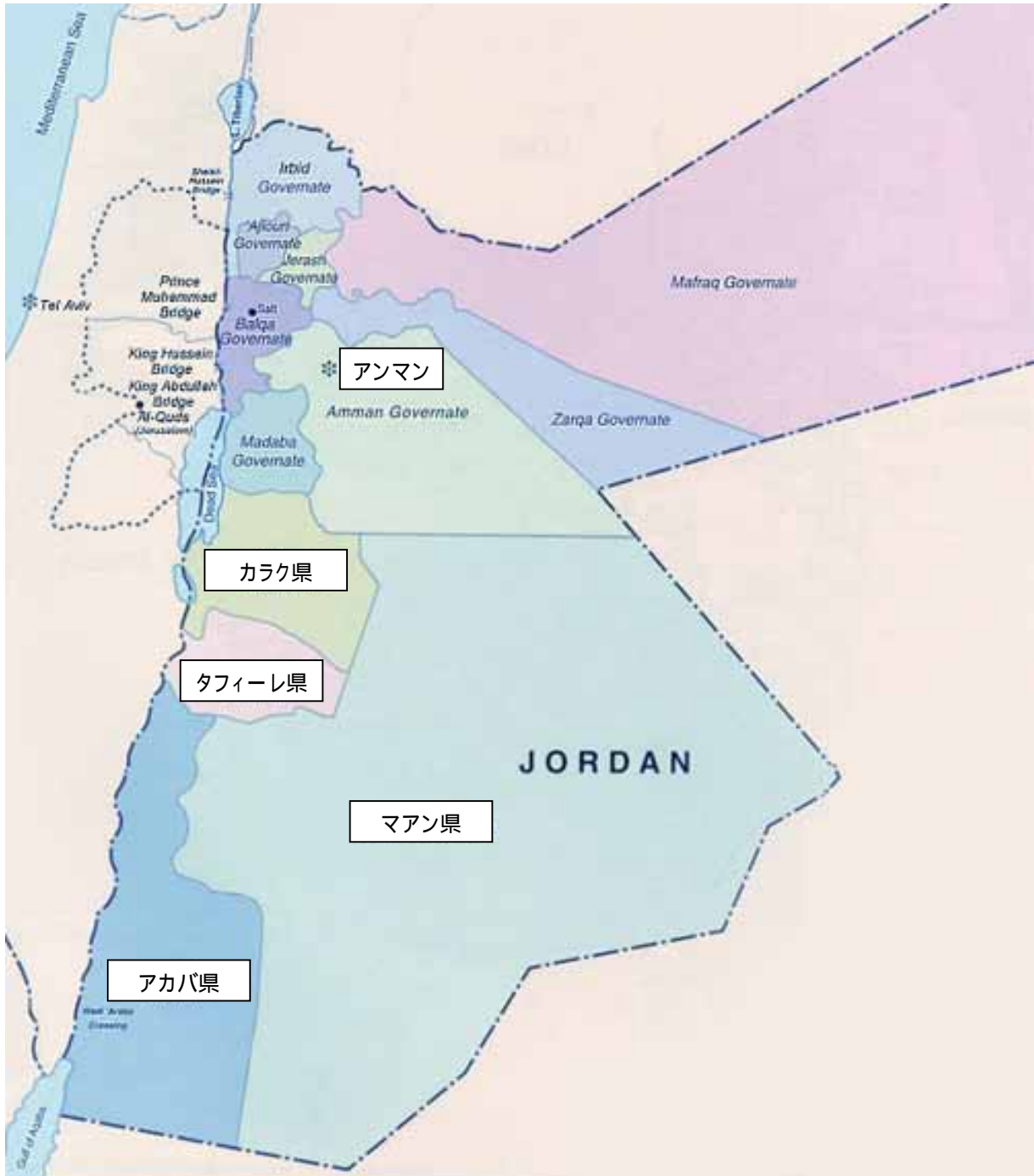
評価調査結果要約表

第 1 章 終了時評価の概要	1
1 - 1 調査団派遣の経緯	1
1 - 2 終了時評価の目的	2
1 - 3 合同評価調査団のメンバー	2
1 - 4 プロジェクトの枠組み	3
第 2 章 終了時評価の方法	4
2 - 1 評価手法	4
2 - 2 評価用PDM (PDMe) の作成	4
2 - 3 評価5項目	5
第 3 章 プロジェクトの実績と実施プロセス	7
3 - 1 投入	7
3 - 2 プロジェクトの実績	8
3 - 3 実施プロセスの検証	19
第 4 章 評価結果	22
4 - 1 妥当性	22
4 - 2 有効性	25
4 - 3 効率性	28
4 - 4 インパクト	31
4 - 5 持続性	34
4 - 6 結論	36
第 5 章 提言と教訓	38
5 - 1 提言	38
5 - 2 教訓	40
5 - 3 団長所感	41
付属資料	
1 . 調査日程	47
2 . PDM Version 8 (最新版)	48

3 . PDM for Evaluation (PDMe)	54
4 . 評価グリッド.....	58
5 . 主要面談者.....	66
6 . 日本側投入リスト	69
7 . ヨルダン側投入リスト.....	82
8 . ミニッツ (英文報告書の別添は上記と重複するため省略)	88

プロジェクト対象地域

(カラク県、タフィーレ県、マアン県、アカバ県)



写 真



写真1 キックオフ会議（於HPC）



写真2 HEのインタビュー（アカバ県）



写真3 HEの家庭訪問（マアン県ジャヒール村）



写真4 HEの月例会議（カラク県）



写真5 VHCの外観（トゥエッセVHC）



写真6 VHCに供与した機材の例



写真7 コミュニティメンバーのインタビュー
(アカバ県ガル村)



写真8 コミュニティ開発プロジェクトで供与
した幼稚園の家具・遊具(グレイン村)

略 語 表

略語	英文名	和文名
BCC	Behavior Change Communication	行動変容のためのコミュニケーション
CBO	Community-Based Organization	地域密着型組織
CHC	Comprehensive Health Center	総合保健センター
FP	Family Planning	家族計画
HE	Health Educator	ヘルス・エデュケーター
HPC	Higher Population Council	高等人口審議会
IEC	Information, Education and Communication	知識普及活動
JPSC	Joint Policy/Steering Committee	合同政策 / 運営委員会 (合同調整委員会)
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
JOHUD	Jordan Hashemite Fund for Human Development	ヨルダン人間開発基金
KAP	Knowledge, Attitude and Practice	知識・態度・行動
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
M/M	Minutes of Meetings	協議議事録
MOH	Ministry of Health	保健省
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
OVI	Objectively Verifiable Indicators	指標
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 Centers	プライマリ・ヘルスセンター
PO	Plan of Operation	活動計画表
R/D	Record of Discussions	討議議事録
TOT	Training of Trainers	トレーニング・オブ・トレーナーズ
TMC	Technical Management Committee	技術マネジメント委員会
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
VHC	Village Health Center	村落ヘルスセンター
WHO	World Health Organization	世界保健機関

評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：ヨルダン	案件名：南部女性の健康とエンパワメントの統合プロジェクト
分野：保健医療	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：ヨルダン事務所	協力金額：約3.9億円（2011年3月末時点）
協力期間 (R/D)： 2006年9月～2011年 9月19日	先方関係機関：保健省、高等人口審議会
	日本側協力機関：なし
	他の関連協力機関：ヨルダン人間開発基金
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>ヨルダン・ハシェミット王国（以下、「ヨルダン」と記す）におけるリプロダクティブヘルス・母子保健の状況は中東地域の他国との相対的比較で見ると良いものの、国内の地域差や、改善率に課題がある。国内の地域差に関しては、ヨルダン全国平均の合計特殊出生率（TFR）は3.6であるが、南部地域のうちカラク県を除いた他の3県の合計特殊出生率は全国平均より上回っている。特にアカバ県は4.1人と全国一の高さを示している。また、改善率に関しては、関連する指標の改善は過去20年緩やかであり、女性の健康向上を謳うミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）5が達成できないとの懸念がもたれている。合計特殊出生率及び避妊実行率（CPR）は2002年から2007年でほぼ横ばい（それぞれTFR：3.7 vs. 3.6、CPR：55.8% vs. 57.1%）であり、アンメット・ニーズ¹（それぞれ11.0% vs. 11.9%）解決の必要性も高い。ヨルダンの女性、特に出産可能年齢²の女性にはリプロダクティブヘルス／家族計画（RH/FP）や女性のエンパワメントの更なる向上が求められている。かかる状況のもと、わが国もまた、女性の健康の影響を及ぼす主な要因として示されているリプロダクティブヘルス、女性のエンパワメント、虐待などの問題に対する取り組み強化の重要性を強調している。</p> <p>ヨルダン政府は、これらの課題に対応するため、「リプロダクティブヘルス行動計画フェーズ1（2003年-2007年）」（ヨルダン高等人口審議会）を基に、リプロダクティブヘルスの改善、家族計画の推進に取り組んできた。フェーズ1では、情報システム開発、行動変容、政策開発に重点をおいて取り組んできたが、その成果を基にして、「リプロダクティブヘルス行動計画フェーズ2（2008年-2012年）」（ヨルダン高等人口審議会）では、サービス提供者の能力向上、若者を対象にした啓発や情報提供、民間セクターの強化等の活動を通じて、リプロダクティブヘルス/家族計画（RH/FP）に係る政策環境の改善、サービスへのアクセス向上をめざしている。</p> <p>かかる状況の下、国際協力機構（Japan International Cooperation Agency：JICA）は1997年以来、ヨルダンのRH/FP改善に向けて協力事業「ヨルダン家族計画・WIDプロジェクトフェーズI及びII（1997-2003）（技術協力プロジェクト）」及び「リプロダクティブヘルスに焦点をあてたカラク県の農村女性のセルフ・エンパワメント（開発福祉支援事業）」を実施してきた。この9年間の協力により、村落から選抜育成した女性地域保健員（コミュニティヘルスワーカー）による活動を核とした地域保健活動や、女性のみならず男性や若者も対象とした啓発活動が、女性のセルフ・エンパワメント³やヘルスサービス改善、ヘルスサービスの利用拡大に有効であり、ヨルダンのRH/FP向上に貢献することが示唆された。これに続いて、ヨルダン政府からわが国への</p>	

¹ 産む子供の数、出産間隔を調整したいと望んでいるにもかかわらず、避妊方法を知らない、避妊具などへのアクセスを持たないなど何らかの理由により、その望みがかなえられていない状態をいう。

² 統計的には15-44歳、もっと広くは15-49歳がこれまでの女性の生殖可能年齢の範囲。

³ 女性が自信／自己尊重（自尊心）を持ち、自らの意思決定能力や自己健康管理に対して気付きを得ること。

要請に基づいて、JICAは、リプロダクティブヘルスの改善や家族計画の推進に取り組んでいる保健省及び人口問題に係る政策立案・調整機関である高等人口審議会（Higher Population Council : HPC）を主要なカウンターパート機関として技術協力プロジェクト「南部女性の健康とエンパワメントの統合プロジェクト」を2006年から5年間の予定で開始した。本プロジェクトではこれまでのJICAの協力事業の経験（コミュニティや男性、若者の巻き込み、家庭訪問を通じた住民の行動変容など）を活用し、対象地域をヨルダン内でも保守的とされる南部地域4県に拡大して実施されている。また、本プロジェクトではRH/FPや女性のエンパワメントにかかわる活動から得られたエビデンスやグッド・プラクティスに基づいて保健省及び高等人口審議会を通じて政策提言を行うことを最終的な目標としている。

1-2 協力内容⁴

本プロジェクトはヨルダン内でも保守的とされる南部地域4県において、女性のエンパワメントと結びついた家族計画/リプロダクティブヘルス活動を展開するために、本プロジェクトを通じて新たにヘルス・エドゥケーター制度を構築し、これらの成果をもとに、リプロダクティブヘルス政策及び戦略の改善をめざし、政策提言を行い、将来的な自助努力による全国展開と政策環境の改善（上位目標）をめざすものである。

(1) 上位目標

- 1) ヨルダンにおけるRH/FPが改善する。
- 2) ヨルダンのRH/FPに係る政策環境が改善する。

(2) プロジェクト目標

対象地域において改善されたRH/FPサービス利用に関するグッド・プラクティスとエビデンスに基づき、RH/FP改善に向けた政策提言がなされる。

(3) 成果

- 1) フォーカルエリアで女性の健康とエンパワメントに関するプロジェクト活動に対する支援的環境が整備される。
- 2) フォーカルエリアで男性及び若者のRH/FP及び女性のエンパワメントに対する態度が改善する。
- 3) 対象地域で家族計画に関する女性の知識及びRH/セルフ・エンパワメントに向けた態度が向上する。
- 4) 対象となっている村落ヘルスセンターで質の高いRH/FPサービスが提供される。
- 5) プロジェクトの経験、成果の普及に向けた、RH/FP及び女性のエンパワメントに関する政策の作成、広報活動が実施される。

(4) 投入（2011年6月時点）（総投入額：4.2億円）

日本側

- 専門家派遣：約155 M/M
- ローカルコンサルタント雇上：1名（約58M/M）
- 機材供与：モニタリング・監督指導用車両4台、村落ヘルスセンター設置用医療機材、PC

⁴ 終了時評価調査団は、最新のPDM（version 8、2010年10月改訂）の表現上の曖昧な点を確認し、プロジェクトが何をめざしているのか、あるいは何をめざしていたのかを明らかにするために、関係者内での共通認識のもと評価用PDM（PDMe）を作成し、これを基に評価を実施した。ここでは、PDMeに記載されるプロジェクトの要約から抜粋して記載している。

及びプリンター、コミュニティ開発事業用機材（グリーンハウス及び灌漑設備、保育園遊具、コミュニティ・ミーティング用品）

- 村落ヘルスセンター改修工事：計24施設（38,857,500JD）（約443万円）
- ローカルコスト負担：約1,298,000 JD（約15万円）
- 本邦研修：6名、現地研修：15コース、第三国研修：計24名（シリア及びモロッコ）

ヨルダン側

- カウンターパート配置：42名
- 土地・施設提供：プロジェクトの事務所を含む土地及び施設の提供
- ローカルコスト負担：約2,150,000 JD（保健省から提出された金額。評価調査団によって内容を精査・確認された金額ではない。）

2．評価調査団の概要

調査者	団長／リプロダクティブヘルス	萩原 明子	JICA 国際協力専門員
	協力企画	大崎 光洋	JICAヨルダン事務所 所員
	評価分析	井上 洋一	(株)日本開発サービス調査部主任研究員
調査期間	2011年6月19日～2011年7月11日		評価種類：終了時評価

3．評価結果の概要

3-1 実績の確認

1. 成果1

指標1-1：「フォーカルエリアに住む15歳以上の人々の80%が、少なくとも1つ以上の女性の健康向上及びエンパワメントにかかわるプロジェクト活動に参加している。」については、3つのフォーカルエリアの平均は52%であり、本指標は達成されていない。

指標1-2：「2011年までに、それぞれのフォーカルエリアにおいて少なくとも1つのコミュニティ開発活動が計画される。」については、各フォーカルエリアに1つのコミュニティ開発プロジェクトが計画・実施され、本指標は達成された。

以上のことから、終了時評価時点の成果1の達成度は限定的である。

成果1では、当初RH/FPや女性のエンパワメントに向けた男性の巻き込みに関するプロジェクト活動を円滑に推進するため、フォーカルエリア内でのプロジェクト活動に対する支援的環境を醸成することを目的としていた。しかしながら、コミュニティの住民の保守性や複雑な部族構成などの様々な外部要因によって、地域密着型組織の構築や当該組織によるコミュニティ開発事業の実施に大きな遅延が生じた。また、活動の遅延により成果1以外の活動への影響が危惧されたことにより、中間レビュー時の提言に基づき、本成果の活動は縮小されている。したがって、本成果のプロジェクト目標達成への貢献度は限定的であったと言わざるを得ない。

他方、RH/FPや女性のエンパワメントを通じた女性の健康向上に対する男性の巻き込みの重要性、必要性は、国際的な共通認識となりつつある。「プロジェクト目標達成のための成果」との観点では、成果1は十分な貢献を認められなかったが、イスラム国家の地方部、特に貧困地域における女性の健康に向けた男性へのアプローチに関して、重要な前例、教訓を引き出したものと考えられる。

2. 成果2

指標2-1:「対象コホートの「男性の“女性の健康のためのRH/FP”に対する態度」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。」については、「男性の“女性の健康のためのRH/FP”に対する態度」の平均スコアは2008年と2011年で有意な低下を認めた (24.8 ± 3.0 vs. 19.8 ± 4.1 [range : 14-32] , paired sample t-test, $p < 0.001$, $n = 31$: スコアが小さいほど態度が向上していることを意味している)。

指標2-2:「対象コホートの「男性の“RH/FPにおける男性の巻き込み”に対する態度」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。」については、「男性の“RH/FPにおける男性の巻き込み”に対する態度」の平均スコアは2008年と2011年で有意な低下を認めた (38.4 ± 4.3 vs. 32.8 ± 3.7 [range : 26-44] , paired sample t-test, $p = 0.001$, $n = 31$: スコアが小さいほど態度が向上していることを意味している)。

指標2-3:「対象コホートの「男性の“女性のRH/FPサービス利用”に対する態度」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。」については、「男性の“女性のRH/FPサービス利用”に対する態度」を示すスコアは、2008年と2011年でそれぞれ 4.2 ± 1.5 及び 3.9 ± 1.3 (range : 3-8) であり、危険率5%での有意差は確認されなかった (paired sample t-test, $p = 0.221$, $n = 31$)。ため、本指標は達成されなかった。しかしながら、フォーカルエリア内の対象村落ヘルスセンター3カ所のうち2カ所はヘルス・エデュケーターが配置されていなかった。このことで、「男性の“女性の健康のためのRH/FP”に対する態度」が向上したにもかかわらず、女性のRH/FPサービス利用の態度が向上しなかった理由を説明できる。

指標2-4:「対象コホートの「若者“女性の健康のためのRH/FP”に対する態度」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。」については、「若者の“女性の健康のためのRH/FP”に対する態度」を示すスコアは、2008年と2011年でそれぞれ 19.2 ± 2.5 及び 18.3 ± 2.7 (range : 15-25) であり、危険率5%での有意差は確認されなかった (paired sample t-test, $p = 0.181$, $n = 35$) ため、本指標は達成されなかった。このことはサンプルサイズが小さかったことや、若者には女性の健康に対する認識の異なるグループ (男女) を含んでいることなども要因であると説明できる。

指標2-5:「対象コホートの「男性の“女性のエンパワメント”に対する態度」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。」については、「男性の“女性のエンパワメント”に対する態度」を示すスコアは、2008年と2011年でそれぞれ 9.4 ± 1.7 及び 9.2 ± 2.0 (range : 6-13) であり、危険率5%での有意差は確認されなかった (paired sample t-test, $p = 0.628$, $n = 31$) ため、本指標は達成されなかった。このことはサンプルサイズが小さかったことや、若者には女性の健康に対する認識の異なるグループ (男女) を含んでいることなども要因であると説明できる。

指標2-6:「対象コホートの「若者の“女性のエンパワメント”に対する態度」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。」については、「若者の“女性のエンパワメント”に対する態度」を示すスコアは、2008年と2011年でそれぞれ 4.7 ± 1 及び 4.6 ± 0.9 (range : 3-7) であり、危険率5%での有意差は確認されなかった (paired sample t-test, $p = 0.595$, $n = 35$) ため、本指標は達成されなかった。このことはサンプルサイズが小さかったことや、若者には女性の健康に対する認識の異なるグループ (男女) を含んでいることなども要因であると説明できる。

以上のことから、終了時評価時点において、成果2は部分的に達成している。

成果2では、フォーカルエリアにおいて男性及び若者のRH/FP及び女性のエンパワメントに対

する態度の向上をめざすものである。しかしながら、成果1での男性に対するアプローチに十分な進捗が認められず、男性や若者への直接的なアプローチに係る活動は限定的であった。また、フォーカルエリア内の対象村落ヘルスセンター3カ所のうち2カ所にヘルス・エデュケーターが配置されていないこともあり、男性や若者の女性の健康に対する理解について向上が確認されたものの、実際のサービス利用に向けた態度では向上が確認できなかった。

しかしながら、男性や若者の啓発活動に対する参加度が高かったガル村（94%）では、家庭訪問を受けた女性の避妊実行率が40%から80%に増加しており、家庭訪問対象全村の中、もっとも高い値を示している。このことから、男性や若者が女性の健康向上、エンパワメントにかかわる活動に参加することが、女性の避妊実行率の向上に貢献することが示唆される。また、本評価チームによるインタビュー調査でも、ヘルス・エデュケーターによる女性へのアプローチを通じた男性への間接的な影響（家族計画について夫婦間で話すようになった、妻の健康管理に関心を持つようになった等）も確認されており、村落ヘルスセンターや家庭訪問などでのヘルス・エデュケーターによるサービスの提供が男性の態度に正のインパクトをもたらしていることが確認されている。

3. 成果3

指標3-1:「2011年までに、家庭訪問を受けたすべての女性がヨルダンで利用可能なすべての避妊方法を知っている。」については、100%の達成目標との観点からは、本指標は達成されていない（達成度：70.7%）。すべての避妊方法に関する知識がある女性の比率は、プレテスト（2009年8月-2010年11月実施）に比較してポストテスト（2011年1月-3月実施）で有意な上昇が観察された（34.5% vs. 70.7%, $p < 0.001$: McNemar test, $n = 500$ ）。また、家庭訪問を受けた女性が知っている避妊方法の平均数は、プレテストに比較してポストテストで有意な上昇を認めた（ 7.1 ± 2.1 vs. 8.4 ± 1.2 [range : 0-9] , $p < 0.0001$: paired Student's t-test）。

指標3-2:「2011年までに、家庭訪問を受けたすべての女性が利用できる避妊方法を入手するための支援が受けられる保健施設または医療従事者を1つ（1人）知っている。」については、100%の達成目標との観点からは、本指標は達成されていない（達成度：99.2%）。しかしながら、利用できる避妊方法を入手するための支援が受けられる保健施設または医療従事者を1つ（1人）知っている女性の比率は、プレテストに比較してポストテストで有意な上昇が観察された（97.1% vs. 99.2%, $p < 0.05$: McNemar test, $n = 510$ ）。また、家庭訪問を受けた女性が知っている避妊方法を入手するための支援が受けられる保健施設または医療従事者の平均数は、スチューデントのt検定において有意な上昇を認めた（ 3.9 ± 2.5 vs. 5.7 ± 2.7 , $p < 0.0001$: paired Student's t-test）。

指標3-3:「2011年までに、家庭訪問を受けたすべての女性が、ヨルダンで利用できる避妊方法の有害作用を少なくとも2つ知っている。」については、100%の達成目標との観点からは、本指標は達成されていない（達成度：84%）。しかしながら、家庭訪問を受けた女性が知っている避妊方法の有害作用の平均は3以上となっている（平均： 3.4 ± 1.9 個）。プレテストでは調査対象の女性が当時使用している避妊方法で知っている有害作用の数を調査していたが、ポストテストでは避妊方法の一般的な有害作用について調査しているため、家庭訪問導入前後の知識の向上を直接比較することは出来ない。

指標3-4:「2011年までに、家庭訪問を受けた女性の90%がRH関連臨床検査（妊娠期間中の糖尿病/尿/貧血検査及び生殖管、尿路感染に関する検査）を受けることが重要であると感じる。」については、RH関連臨床検査を受けることが重要であると感じる女性の割合について、ポストテストでの達成度は99.4%であり目標値である90%を超えたことから本指標は達成されている

が、プレテストの時点で90%を超えている (97.5%)。したがって、評価チームは本指標は適切に成果3の達成度を反映していないと判断し、成果の達成度測定には使用しなかった。

指標3-5: 「2011年までに、家庭訪問を受けた女性の90%がRH関連サービス (FP、産前・産後ケア及び子供のケア) を受けることが重要であると感じる。」については、RH関連サービスを受けることが重要であると感じる女性の割合について、ポストテストでの達成度は99.4%であり目標値である90%を超えたことから本指標は達成されているが、プレテストの時点でほぼ目標値の90%に到達している (89.1%)。したがって、評価チームは本指標は適切に成果3の達成度を反映していないと判断し、成果の達成度測定には使用しなかった。

指標3-6: 「(心理的健康) 対象コホートの「自信/自己尊重 (自尊心)、自律性、環境の制御及び自己受容で表される心理的健康の4主要領域」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。」については、心理学的健康状態を示すスコアは2008年と2011年でそれぞれ24.4±2.4及び24.5±2.5 [range: 9-27] であり、危険率5%での有意差は確認されなかった (Wilcoxon signed ranks test, p=0.186, n=690) ため、本指標は達成されなかった。

指標3-7: 「(意思決定) 対象コホートの「彼女らの意思決定能力への気付き」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。」については、心理学的健康状態を示すスコアは2008年と2011年でそれぞれ25.8±4.6及び26.3±4.2 [range: 9-36] で、危険率5%で有意差が認められた (Wilcoxon signed ranks test, p=0.007, n=690) ため、本指標は達成されたと言える。しかしながら、上昇を示すスコアの平均値の差はわずか0.5であり、意思決定の状態が十分に上昇したかと判断するのは困難であると思料される。

指標3-8: 「(自己健康管理) 対象コホートの「自己健康管理の重要性への気付き」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。」については、心理学的健康状態を示すスコアは2008年と2011年でそれぞれ8.96±2.32及び9.10±1.82 [range: 0-15] で、危険率1%で有意差が認められた (Wilcoxon signed ranks test, p<0.001, n=690) ため、本指標は達成されたと言える。しかしながら、上昇を示すスコアの平均値の差はわずか0.04であり、意思決定の状態が十分に上昇したと判断するのは困難であると思料される。

以上のことから、いくつかの指標は達成されておらず、達成度測定に使用できないものもあったが、成果3はおおむね達成していると考えられる。

本成果では、女性のRH/FP及びセルフ・エンパワメントに対する態度の向上をめざしている。RH/FPに関してはいくつかの指標で100%の達成率が求められていたが、約500名の対象者のすべてについて知識や態度の向上を達成するのは、指標としての達成目標が高かったと言える。しかしながら、避妊方法や入手方法に関する知識は一定の向上が認められている。RH関連臨床検査を受けることの重要性や産前・産後ケア、子供のケアに関する指標については介入前の指標がすでに目標値に達成していたため評価には使用できなかったが、本評価チームによるフィールド調査では村落ヘルスセンターの利用者数は向上しているとの現状を確認している。

他方、女性のセルフ・エンパワメントに関しては指標の達成度からは統計学的に有意な向上が確認されたものの、その上昇は必ずしも十分なものではなかった。女性のセルフ・エンパワメントは男性との関係の中で醸成されていくものであり、女性の態度の変化だけである程度完結される避妊方法や避妊具の有害作用に関する知識と比較して、向上が数値として発現しにくいものと思料される。しかしながら、本調査チームによるフィールド調査では、意思決定能力や自己健康管理に対する気付きが向上したとの意見も多く聞かれており、女性のセルフ・エン

パワメントについても一定の向上が認められたものと考えることができる。

4. 成果4

指標4-1:「村落ヘルスセンターのヘルス・エデュケーターの90%が、ガイドラインに沿ったRH/FPサービスを提供している。」については、解析に供された43名中42名（98%）のヘルス・エデュケーターは、ガイドラインに従ったRH/FPサービスを村落ヘルスセンターで提供していたため、本目標は達成されている。

指標4-2:「2011年までに、村落ヘルスセンターを利用する対象女性の80%がサービスの質に満足している。」については、村落ヘルスセンターを利用する425名の女性のうち403名（95%）がサービスの質について満足していると回答しており、本指標の目標値「80%以上」を達成している（満点：61.2%、10-13ポイント：33.7%）。

以上のことから、終了時評価時点において、成果4の指標はおおむね達成されている。

村落ヘルスセンターに駐在するヘルス・エデュケーターの98%が、ガイドラインに沿ったRH/FPサービスを提供しており、95%の利用者がそのサービスに満足していると回答をしている。したがって、対象となっている村落ヘルスセンターでは一定レベルのRH/FPサービスが提供されているものと思料される。

また、ヘルス・エデュケーターはコミュニティ住民のRH/FPを含む保健医療サービスへのエントリーポイントとなっており、ヘルス・エデュケーターによる村落ヘルスセンターでのサービスや家庭訪問の有用性が確認されている。

他方、RH/FPや女性のエンパワメントを主要な業務内容とするヘルス・エデュケーター制度における男性エデュケーターの役割や円滑な活動のための役職名、雇用を含むヘルス・エデュケーターの村落ヘルスセンター配置に関する問題も惹起されている。

5. 成果5

指標5-1:「2011年までに、それぞれの成果から少なくとも1つずつの政策提言が作成される。」については、終了時評価実施時点でプロジェクトは各成果より最低1つ以上の政策提言案について作業中である。また、政策提言案は実現可能性を考慮して技術マネジメント委員会で絞り込まれ、最終的には3つ以上の政策提言がプロジェクト期間終了までに合同政策／運営委員会（Joint Policy/Steering Committee：JPSC）で承認される予定である。

以上のことから、成果5は、プロジェクト期間終了までに達成される見込みである。終了時評価時点で政策提言案はドラフト中であるが、最終的には3つ以上の政策提言案がJPSCで承認されることが見込まれている。

指標では「それぞれの成果から1つずつの政策提言案の作成」が条件づけられているが、成果1及び2では十分なエビデンスが得られていないため、同成果からは政策提言案を作成することは困難である。しかしながら、成果3及び4からはRH/FPや女性のエンパワメント、ヘルス・エデュケーター制度に係る有効性や知見が多く得られていることから、十分な数の政策提言案がプロジェクト成果に基づいて作成されるものと考えられる。

また、成果5としてアフガニスタン、インド、パレスチナ、スーダン、シリアなどのJICAリブロダクティブヘルスプロジェクトを招いた地域ワークショップなどを通じたプロジェクト経験の共有や成果普及に向けた活動が実施されており、将来的なプロジェクト成果の維持、発展に向けた基盤が構築されたものと考えられる。

6. プロジェクト目標

指標1：「2011年までに対象地域の避妊実行率（CPR）が2007年の44% から53% に上昇する。」については、対象地域全体のCPRは2007年の44.0%から50.4%へと有意な上昇を認めた（McNemar test, $p < 0.01$ ）が、目標値の53%には到達しなかった。しかしながら、家庭訪問の介入のあった既婚女性のCPRは介入のなかった既婚女性に比較して高い値を示しており（それぞれ55.6%、49.6%）、目標値である53%に到達している。

指標2：「2011年までに産後ケアの利用が2008年の25.0%から63.2%へ上昇する。」については、産後ケアの利用率は2008年に比較して2011年で一定の上昇を認めたが、目標値である63.2%には届かなかった。

指標3：「2011年までに、プロジェクト運営委員会からの承認を経て、本プロジェクトの成果に基づいて作成されたRH/FP政策提言のうち少なくとも3つがHPCまたは保健省に採用される。」については、プロジェクトは各成果より最低1つ以上の政策提言案について作業中である。

また、政策提言案は実現可能性を考慮して技術マネジメント委員会で絞り込まれ、最終的には3つ以上の政策提言がプロジェクト期間終了までにJPSCで承認される予定である。

以上のことから、プロジェクト目標は、プロジェクト期間終了までにおおむね達成されることが見込まれる。

プロジェクト期間終了までにプロジェクト成果に基づいた政策提言案がJPSCにて承認されることが見込まれている。また、CPRの向上は対象地域全体としては目標値に到達しなかったものの、家庭訪問を受けた女性では目標値に到達している。産後ケアの利用率については目標値の63.2%には大きく届かなかったが、25.0%から36.6%という着実な向上を見せ、パレスチナやシリアなどの近隣地域の平均的な産後ケア利用率である30%台に引き上げたことは大きく評価できる。

他方、RH/FPや女性のエンパワメントに関する男性の巻き込みについては十分な成果が認められなかったものの、多くの知見や教訓を引き出した。さらにヘルス・エデュケーターによる村落ヘルスセンターでのサービスや家庭訪問、コミュニティや学校での啓発活動によって対象女性におけるRH/FPの利用率やセルフ・エンパワメントに一定の向上が確認されていることも大いに評価できるものである。

現在の活動の維持、展開に向けていくつかの解決されるべき問題も残されているが、総合的に判断すれば、プロジェクト期間内にその目的はおおむね達成できるものと考えられる。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

ヨルダン政府はRH/FPへの取り組みを重要視しており、2010年12月発表の「Executive Development Program 2011-2013」でも「社会保障分野」の中の「ヘルスケア」に中期目標としてRH/FPサービス利用率の向上を第1番目に掲げている。また、HPCは「国家リプロダクティブヘルス行動計画」を発表し、RH/FP政策の支持と向上、サービス提供とサービス利用可能性向上、RH問題に関する啓発強化、行動計画実施強化を2011年の年間計画として発表している。加えて、保健省は「女性のための国家保健政策2006-2011」の中で、女性のエンパワメントをMDG 5（妊産婦の健康の改善）達成のための方策の1つとして示している。また、本プロジェクトでは、保健サービスへのアクセスが困難な地域が多い南部4県を対象とし、保守的であるとされる農村部、特に貧困ポケットでのサービス強化に力を入れている。以上のことから、RH/FPと女性のエンパワメントを統合した包括的アプローチにより女性の

健康向上をめざす本プロジェクトの目標は、ヨルダン保健政策のみならずターゲットグループのニーズとの一致性が非常に高く、終了時評価時点でも政策的観点からの妥当性は高く維持されていると判断できる。

また、日本の対ヨルダン別援助計画（2008年）では、重点分野として社会的格差の是正が掲げられており、貧困層が多く居住する地方部やコミュニティへの支援、宗教・伝統的な背景から社会参加の機会に恵まれない女性や障害者に対する支援を通じ「人間の安全保障」を実現するとしている。また、開発課題としてジェンダーを掲げ、南部地域におけるRHの改善と女性のエンパワメントという本プロジェクトのアプローチに言及している。さらに、JICA国別事業実施計画においても、RHや人口・家族計画に対する取り組みを通じた男女間格差の是正が重点課題とされている。

2010年9月に日本政府が発表した「国際保健政策2011-2015」において、「継続的な予防・治療ケアを可能にするリファラル・システムとアウトリーチの確立を通じた地域・施設相互連携が不可欠である。」と指摘している。本プロジェクトでは村落女性をヘルス・エドゥケーターとして養成し、出身村の村落ヘルスセンターに配置し、家庭訪問や村落ヘルスセンターでのカウンセリングを通して上位の医療機関での保健医療サービスへのエントリーポイントとしての役割を果たしていることから、わが国の国際保健政策との整合性も高い。また同政策は政策実施のためのアプローチとして、保健に関する課題の解決には保健施策だけではなく分野横断的アプローチが不可欠であると指摘し、「女子と女性が、適切な保健ケアや家族計画などのライフスキルを学ぶ機会を、ジェンダーや教育支援を通じて拡大することは重要である。」述べており、本プロジェクトが採用した女性の健康とエンパワメントを統合したアプローチは、このような方針に合致している。

(2) 有効性

想定以上の対象地域の住民の保守性やコミュニティ内の複雑な部族構成などが障害となり、男性の巻き込みに係る活動の成果は十分に確認することが出来なかった。特に成果1及び2にかかわる活動は当初プロジェクト活動の実施機関として想定されていたHPCが、本来業務である政策策定に係る業務を中心とした活動に特化することとなった。これに伴い、成果1及び2を実施するカウンターパート機関が存在せず、JICA専門家チームが直接実施する活動となっている。このような状況をかんがみ、中間レビュー以降はフォーカルエリアを6村から3村へ縮小し、集中的な活動を行うなどの軌道修正が行われている。このことにより成果1及び2はプロジェクト目標達成への貢献度が小さくなったものの、多くの教訓を引き出すとともに、他の成果達成のための活動の促進に繋がり、最終的にはプロジェクト目標がおおむね達成される見込みである。

また、プロジェクトで導入されたヘルス・エドゥケーターはRH/FPを中心とする地域女性の健康向上やエンパワメントに大きく貢献することが明らかにされた。特に、コミュニティ出身の女性がプロジェクトによりヘルス・エドゥケーターとして養成され、出身コミュニティに配属されたことにより、保守的な南部地域において地域差はあるものの、コミュニティの受け入れはおおむね良好であり、多くのヘルス・エドゥケーターが住民の信頼を獲得しており、2010年1月から2011年5月までにヘルス・エドゥケーターらが合計6,463回の家庭訪問を実施している。また、村落ヘルスセンターでのカウンセリング業務や家庭訪問などにより、RH/FPや女性のセルフ・エンパワメントに対する女性の知識、態度の向上が客観的に示され、女性の健康向上に対するヘルス・エドゥケーターの有効性が確認されている。これに加え、ヘルス・エドゥケーターによる男性のRH/FPに対する態度やRHを介したプライマリー・ヘルス・ケアに対する正のインパクトも確認されている（詳細は「インパクト」の項で述べる）。また、ヘルス・エドゥケーター自身が、村落における数少ない公務

員職に従事し、住民の健康管理を行うことを通じ、自己達成感や住民からの信頼を受け、「エンパワーされた」と認識していることも、地域住民女性の成功モデルとして意義がある。このようなヘルス・エデュケーターの活躍は、対象地域におけるRH/FPや女性のエンパワメント向上に係る成果達成に大きく貢献したとともに、多くのエビデンスやグッド・プラクティスを引き出し、プロジェクト目標達成に繋がったものと考えられる。

(3) 効率性

プロジェクト活動は活動計画表（Plan of Operation : PO）に沿って実施されたが、いくつかの要因によってその進捗に影響があった。特に、フォーカルエリアでの男性を対象にした活動について、地域密着型組織の組織化やコミュニティ開発事業の計画策定は、プロジェクトから多くの時間と労力をかけたにもかかわらず大幅に遅れた。このことにより他の成果達成への影響が危惧されたことから、中間レビュー時の提言に基づいて成果1にかかる活動は縮小されている。その結果、男性へのアプローチに係る活動については十分な効果が認められなかったが、ヘルス・エデュケーターを中心とした様々な活動は大きく進展し、最終的なプロジェクト目標の達成に繋がったものと判断される。

POで定められた期間内に予定どおりプロジェクト活動が進捗するとの観点では、プロジェクトの効率性はこれらの遅れによって阻害されたものとも考えることもできるが、時間資源そのものは適切に活用された。また、家庭訪問や村落ヘルスセンターでの業務に関するガイドライン3種は完成し、保健省の正式文書として関係機関に配布が完了しており、最終的な政策提言案の作成など、予定した活動はプロジェクト期間内に終了できる見込みであることから、上述した問題が最終的なプロジェクト目標の達成に重大な影響を及ぼさなかったと考えられる。

以上のことから、プロジェクト活動の進捗管理との観点からは、その効率性はおおむね保たれたものと考えられることができる。

(4) インパクト

プロジェクトの実施によって、以下に示す正負のインパクトが確認または期待されており、上位目標は達成される見込みである。

本プロジェクトにおいて保健サービスにアクセスの悪い農村部、特に貧困地域でのRH/FP向上及び女性のエンパワメントに対するヘルス・エデュケーター制度・概念の有効性が示されている。特に、プロジェクトからの強い働きかけにより、ヘルス・エデュケーターが公務員として正式採用されたことは、プロジェクト活動の持続性と、上位目標の達成に大きく貢献した。しかしながら、自己展開に向けた将来的の雇用者数増加は費用的な面からも、簡単に推進することは困難である。現在村落ヘルスセンターに配属され活動しているヘルス・エデュケーター43名については、村落ヘルスセンターでのカウンセリングや家庭訪問などが日常業務として定着しつつあり、業務指針となる各種ガイドラインの整備、支援型監督指導システムの構築、定期的モニタリング実施のための基盤整備がなされたことから、ヘルス・エデュケーターのサービス提供は一定の質を維持、または向上することが期待される。

他方、ヘルス・エデュケーターは原則的に管轄するコミュニティ出身者を採用しているため、地域住民の受け入れを容易にしたという背景も存在する。対象とするコミュニティに面識のない医療スタッフが新規に介入する際には、受入の面での困難さが生じる可能性も考慮しておくことが望ましい。また、現在のヘルス・エデュケーター制度を維持するためのコストはモニタリング費用が中心であり、ヨルダン側負担で継続されることが可能と思われるが、対象地域の拡大を考慮する際には上述のランニングコストだけではなく、ト

レーニング・オブ・トレーナーズ（Training of Trainers : TOT）も含む各種研修のための費用やモニタリング車両の確保、ガイドライン等の印刷費、村落ヘルスセンター改修などの初期投資が必要である。具体的な展開を考慮する場合は、政策提言が信頼性の高いエビデンスに基づいたものである必要があることに加えて、実現可能性の高い導入計画の策定に向けたリソース分析（導入に必要な人的リソース、導入及び運営コスト、導入に必要なスケジュール等）を合わせて示すことが必須であると思料される。

本プロジェクトで規定されるヘルス・エデュケーターの主な役割はRH/FPや女性のエンパワメントの啓発活動である。しかしながら、その活動の一環として、インタビューや観察、簡単な検査などによる家族の健康状態の把握や基礎的救急処置も含まれている。このような村落ヘルスセンターでのカウンセリングや家庭訪問の実施により、対象者の女性の性感染症だけでなく、家族の急性・慢性疾患について多くの地域住民が医療施設にリファーされ、疾患の治療開始に結びつけられている。詳細には、南部4県の合計で6,463件の家庭訪問が実施され、1,113件が医療機関へリファーされ、780件の受診が確認されている。したがって、ヘルス・エデュケーターは予防啓発だけではなく、プライマリー・ヘルス・ケアの観点からも地域住民の健康に大きく貢献していることが確認されている。また、ヘルス・エデュケーターはリファラルシステムに組み込まれ、最前線の保健システムとして機能していることが確認された。

(5) 持続性

ヨルダンには、「Executive Development Program 2011-2013」及びその具体的な施策となる「国家リプロダクティブヘルス行動計画」においてRH/FPを重視しており、今後もその優先性は維持されるものと表明している。また、「インパクト」でも述べているとおり、ヘルス・エデュケーター制度またはコンセプトのプロジェクト対象地域への展開を考慮する際には政策的裏付けが必要となるが、プロジェクト期間内に一定のエビデンスやグッド・プラクティスをもった政策提言が作成される見込みであるため、政策的持続性はある程度担保されたものと考えられる。

ヘルス・エデュケーターによる村落ヘルスセンターでのサービス提供や家庭訪問に対する上位機関からのモニタリング・支援型監督指導を継続するのに必要な体制は構築されている。ランニングコストとして想定される移動費などはヨルダン側により負担できるものと思料されることから、現在のプロジェクト活動を維持する観点からの財政的持続性はある程度担保されたものと判断できる。しかしながら、プロジェクトの非対象地域（県内、県外とも）への自己展開を進めるには研修費などの少なくない規模での初期投資が必要となり、その観点からの財政的持続性は現時点では予測できない。

村落ヘルスセンターでのヘルス・エデュケーターの業務や家庭訪問については、上位機関からの支援型監督指導も含めてガイドラインで規定されている。ヘルス・エデュケーターの現場での業務についてもおおむねガイドラインに沿って一定の質が担保されたサービスを提供が行われていることが確認されており、個人の能力にばらつきはあるものの、技術的持続性も一定程度期待できる。また、ヘルス・エデュケーターの月例会議では日常業務でおこる様々な問題点を県内の他のヘルス・エデュケーターや県保健局のスーパーバイザーと協議されており、同会議ではミニ研修等も実施されていることから、プロジェクト終了後もヘルス・エデュケーターの技術的向上が一定程度期待できる。また、上位機関からの支援型監督指導は実践的なサービス提供能力向上に大きく貢献しており、定期的なモニタリング・支援型監督指導が継続されれば、技術的な持続性はより強固なものになると考えられる。

以上のことから、プロジェクトによって生み出された便益の維持及び自己展開はある程

度期待できる。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

特になし。

(2) 実施プロセスに関すること

本プロジェクトでは、ヘルス・エデュケーターの村落ヘルスセンター配属後のOJTに「JICAヨルダン家族計画・WIDプロジェクトフェーズII」で養成されたカラク県CST（Community Support Team）である家庭訪問員をトレーナーとして活用しており、ヘルス・エデュケーターの家庭訪問技術の向上に貢献している。

3-4 問題点及び問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関すること

HPCが政策策定に係る役割に専念することとなり、直接的な実施機関として期待されていた成果1及び2の活動実施に影響が生じている。政策策定はHPCの本来業務であることから、そのこと自体を否定することはないが、プロジェクト開始時は想定されなかったプロジェクト実施体制の変更を余儀なくされたことは、「プロジェクト目標達成のための成果」との観点から本件は有効性に対する阻害要因として整理できる。この問題に関しては、中間レビュー以降はフォーカルエリアを6村から3村へ縮小し、集中的な活動を行うなどの軌道修正が行われている。

(2) 実施プロセスに関すること

対象としたコミュニティは複数の部族により構成されているところも多く、プロジェクト側からの働きかけにおいてコミュニティ全体としての協力関係や信頼関係の構築が困難であったケースが確認されている。また、地域によっても保守性などに差があり、プロジェクトの効果発現にも地域差が認められている。この問題に関しては、プロジェクト活動を紹介し、多くの地域イベントを実施することで、地域住民によるプロジェクトに対する理解を高めるよう努めた。

3-5 結論

調査団としては、上位目標に関する進捗は今後更に注視する必要があるが、成果はおおむね達成されており、また、プロジェクト目標は、プロジェクト期間終了までにおおむね達成される見込みであると結論できる。

プロジェクト関係機関、関係者、対象地域の間接・直接裨益者との面談、会議、聞き取り、アンケートなどを通じた調査活動を行った結果、プロジェクト活動は、ヨルダンのリプロダクティブヘルス向上のために、非常に重要な貢献をしたことが確認された。プロジェクトは、「対象地域におけるリプロダクティブヘルスサービスの利用促進の好事例に基づき、ヨルダン全国のリプロダクティブヘルスを改善するための政策提言を行う」ことを目的として、南部4県という最も保守的で、地理的にも広大で人口密度も低いなど、保健医療支援を行うための条件が厳しい地域を対象に、リプロダクティブヘルス・家族計画・プライマリー・ヘルス・ケアにかかわる基礎的保健医療サービスを向上させた。その結果、対象地域では女性による避妊実行率の向上や、リプロダクティブヘルスサービスの受診向上など、具体的な数値においても、女性の健康行動やエンパワメントの意識が改善されたことが確認されている。

今後、保健省が、南部地域にて「ヘルス・エデュケーター」という地域保健指導員を動員し

た地域保健活動や、そのスーパービジョン、追加研修や指導を継続することにより、また、HPCがプロジェクトにて作成する政策提言のアドボカシーを行い、国家政策として地域保健活動によるリプロダクティブヘルスサービスが他地域にも拡大することにより、「ヨルダン全域でのリプロダクティブヘルス家族計画の向上」というプロジェクト上位目標が達成されるものと期待される。

3-6 提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

<高等人口審議会>

1. プロジェクトが作成する政策提言を精査、承認すること。政策提言としては、以下の3点などが提出される予定である。
 - 家庭訪問プログラムをヨルダン全域の村落地域に普及させること。
 - RH/FPに係る啓発活動には、「女性のセルフ・エンパワメント」を必須項目として取り入れること。特に、RH/FPについて医療従事者や地域保健指導員を育成する際には、同項目を必須訓練項目とすること。
 - ヨルダン全域の村落ヘルスセンターにおいて、ピル、コンドームの配布を義務化すること。
2. RH/FPにかかわるステークホルダーを調整し、政策提言のアドボカシーを行うこと。
3. ヘルス・エドゥケーターによるRH/FPサービスやヘルス・エドゥケーターへの支援が自立的、持続的に継続されるよう、以下の指標を毎年モニターし、JICAなどステークホルダーに報告すること。
 - 全国の避妊実行率
 - リプロダクティブヘルス家族計画サービスの提供数
 - リプロダクティブヘルス家族計画サービスの利用数

<保健省本省>

1. ヘルス・エドゥケーターに対する支援型監督指導、追加訓練など、技術的、制度的な支援を継続的に提供することにより、ヘルス・エドゥケーターのモチベーションとサービスの質を確保すること。
2. ヘルス・エドゥケーターや村落ヘルスセンターのモニタリング、監督指導システムを自立発展的に継続すること。以下の指標を関係機関やJICAにも、四半期ごとに報告することが望ましい。
 - 南部4県におけるヘルス・エドゥケーターの月例会議の実施回数
 - ヘルス・エドゥケーターによる家庭訪問数、リファラル数、リファラル後の医療機関への受診者数
 - 南部4県で実施される支援型監督指導の実施回数
 - 南部4県における支援型監督指導において同定された主な課題と、その対応策
3. 保健省にとって、それが有益であると判断された場合において、全国各地において多様な関係機関が様々な形を試行している既存のモニタリング・支援型監督指導システムの統一を図り、中央レベルから末端医療施設である村落ヘルスセンターまで一貫した包括的なモニタリング・支援型監督指導システムを形成すること。
4. 村民から職務違反の誤解を受けないよう、ヘルス・エドゥケーターに対し、職務認定書を授与すること。ヘルス・エドゥケーターの現在の正式名称は、“Service Worker”となっており、雑役担当程度の職位である。中長期的には、職務内容を反映した正式名称が人事院に承認されることによって、地域社会でヘルス・エドゥケーターの役割が正しく理解され、また、社会的認知・評価が得られることが期待される。
5. 南部過疎地域の非対象地域への家庭訪問プログラムの拡大は、現在も進行中ではあるが、一

層の拡大を支援すること。

6. 村落ヘルスセンターでのサービス提供や家庭訪問プログラムの向上を、南部以外の地域（北部、中央部）にも拡大普及すること。そのためには、他地域にて他の医療職による家庭訪問技術の研修を行うための活動（監督指導技術の研修、月例会の支援など）とその単価も含めた企画書を準備することで、政策決定者による決済を促進すること。
7. ヘルス・エドゥケーターを新規採用することは、財政的負担の観点からも現実的ではないものの、新規委嘱の看護職や助産師などが配属できないいくつかの過疎村落においては、ヘルス・エドゥケーターの新規配属を検討すること。
8. 国家保健人材戦略の策定・改訂を行い、将来的には、有資格でやる気のある助産師や看護職をすべての村落に配置することをめざすこと。村落女性を雇用しヘルス・エドゥケーターとして訓練し、村落ヘルスセンターや家庭で村民の健康管理を行う責務を与えることは、有意義ではあるが、過疎地域の保健人材不足を解決するための根本的な解決策ではない。
9. 男性ヘルス・エドゥケーターが5名雇用されているが、地域プライマリー・ヘルス プログラムにおいて責務を果たせるよう、その効果的活用方法について検討すること。

<保健省県保健局>

1. ヘルス・エドゥケーターがその潜在的能力を発揮して効果的に働けるよう、月例会や支援型監督指導によって技術的、心理的、制度的な支援を継続して与えること、また、彼女らの職務を守り、職務満足度を向上させること。ヘルス・エドゥケーターに関するあらゆる問題に対し、対応策を講じること。
2. 「南部4県村落ヘルスセンター運営マニュアル」及び「モニタリング監督指導手順書」を順守し、また、JICAプロジェクトが供与した車両を活用して、モニタリング監督指導を継続すること。

<プロジェクト/JICA専門家>

1. 政策提言をHPCと保健省に提出すること。
2. 国レベル、南部4県レベルにて成果発表セミナーなどを実施し、プロジェクトの成果を広く共有すること。
3. ヨルダンの他地域において家庭訪問プログラムや村落ヘルスセンターでのサービス提供を導入するために必要な必須情報をまとめること。たとえば、保健省が看護師や助産師を対象に家庭訪問技術の研修を行うために必要な活動や初期投資などをまとめ、保健省などと共有すること。

<JICA本部>

1. JICAヨルダンリプロダクティブヘルス家族計画・ジェンダープロジェクト（1997-2003）はじめ、本プロジェクト（2006-2011）では、中東地域においてRH向上と女性のエンパワメントを促進するために必要な、実施上の知見、手法、ツール、人材、関係機関やキーパーソンとのネットワークなど、理論と経験値を蓄積してきた。保守的なイスラム教社会において、もっとも脆弱な女性に対し、RH情報やサービスを提供するための方法論については、文献として記録を残し、また、多くの関係機関や開発パートナーと共有されることが望まれる。WHOやUNFPAの地域事務所などが、本件に対し関心が高く、JICAとの共催事業などが企画されることが期待される。
2. HPCと保健省からは、プロジェクトの活動を南部4県にて自立的に継続し、また、政策提言としてヨルダン政府に働きかけ、全国展開をめざすことが表明されている。これら一連の活動を技術的に支援し、また、南部4県での活動が、自立的に継続されることをモニターする

ために、個別専門家の配置を検討することが望ましい。個別専門家の具体的な配置時期としては、来年度予算が執行され、来年度事業が始動する2012年1月を中心とした3カ月程度の配置が望ましい。派遣時期を確実にするためには、本プロジェクト予算内の追加事業として、フォローアップ専門家の配置を検討することを提言する。

3-7 教訓（当該プロジェクトから導き出された他の類似プロジェクトの発掘・形成、実施、運営管理に参考となる事柄）

1. 対象集団である女性にアプローチするためには、地域リーダーの承認を得たうえで地域全体を巻き込むことが必要である。特に保守的地域ではその必要性が高い。プロジェクトでは、プロジェクト活動を紹介し、地域住民によるプロジェクトに対する理解を高めるため、多くの地域イベントを実施した。
2. コミュニティ開発支援事業において村落全体を対象とすることは困難である。本プロジェクトでは、一部村落にて村落内の部族間の軋轢、内部抗争、極端な個人主義などもあり、村落全体に対する開発事業の提案が困難であった。しかしながら、フェーズ1、フェーズ2では、女性の収入創出活動として家庭内の事業を提案、支援し、男性や地域住民からプロジェクト活動に対する支援を受けることに成功している。
3. 女性の健康行動は、主に、1) 女性自身のセルフ・エンパワメントの意識、2) 女性医療従事者による保健サービスへのアクセスの有無、3) 男性や地域住民による同意、承認の有無、などによって影響を受ける傾向がある。
4. 保守的な地域では社会文化的規範による行動の規制が強く、女性の健康やエンパワメントに対する男性の態度を変容させることは困難であった。
5. このような保守的な地域で男性の意識調査を行う場合、「社会的望ましい回答 (social desirability)」によるバイアスを受ける可能性もあり、同地域での調査手法として妥当性が高かったとは言い難い。
6. ベースライン調査やエンドライン調査の条件設定（サンプルサイズ、調査期間、データ収集方法、調査対象、調査項目など）は、介入に先立って、1つの調査パッケージとして詳細にデザインすることにより、より説明力が高いエビデンスを得ることができる。しかしながら、実際のプロジェクトでは、より効率的な成果の達成が優先され、やむを得ず介入方法を変更する場合も回避できない。したがって、より精度の高い介入効果の検証のためには、調査を目的としたプロジェクトを別途設計する必要がある。
7. RHや家族計画に関連した態度や行動変容を図る際には、サービス需要側とサービス供給側の双方を巻き込むことが重要である。保守的な村落地域における女性のRH向上を図る際には、男性や若者に対し、RH/FPに関する啓発を行うことも必要であるが、保守的な地域では男性や若者にとってもRHや家族計画に関する情報が限られるため、男性や若者の意識行動変容を促進するためには、彼らを対象としたサービスの提供を合わせて考慮することが必要である。
8. 家庭訪問プログラムが有効であるためには、質の保証とともに、回数や頻度も重要な要素となる。地域住民のニーズに応え、また、保健省のガイドラインを順守し、一定の質を確保した形で家庭訪問を行うことなど、質の管理が重要であることは勿論のこと、家庭訪問の頻度、実施回数の規模によっても、効果が影響を受ける。プロジェクトでは、2010年1月から2011年5月の17カ月間に、6,434回の家庭訪問をガイドラインに沿った標準型として実施し、質、量、両面から、家庭訪問活動を集中的に実施してきた。

Evaluation Summary

1. Outline of the Project	
Country: the Hashemite Kingdom of Jordan	Project Title: Integrating Health And Empowerment of Women in the South Region Project
Issue/Sector: Healthcare and medical treatment	Cooperation Scheme: Technical Cooperation Project
Division in charge: Jordan Office	Total Cost : approx. 389 million JPY (as of end of March 2011)
Period of Cooperation	(R/D): September 2006 - September 2011
	Partner Country's Implementing Organization: The Ministry of Health, the Higher Population Council
	Supporting Organization in Japan: Nil
	Other Related Organization: Jordan Hashemite Fund for Human Development (JOHUD)
1-1 Background of the Project	
<p>Though the indicators of primary health care in the Hashemite Kingdom of Jordan (Hereinafter referred to as "Jordan") are in better situation in comparison with that in the neighboring countries, Jordan is still facing problems of regional gaps and a slow pace of improvement. Concerning the regional gaps, even though the national average of total fertility rate (TFR) is 3.6, the total fertility rate in three governorates in the south region of Jordan excepting the Governorate of Karak is higher than the national average. The rate of 4.1 in the Governorate of Aqaba is the highest in Jordan. As for the slow pace of improvement of indicators, the indicators over the last two decades was rather slow in Jordan, there was increasing concern about uncertainty of attainment of the Millennium Development Goals (MDGs), specifically MDG 5, which aimed at the improvement of women's health. TFR and contraceptive prevalence rate (CPR) in 2002 and 2007 demonstrated plateau (TFR: 3.7 vs. 3.6, CPR: 55.8 % vs. 57.1%, respectively) and high demands to solve unmet needs were recognized (11.0% vs. 11.9%, respectively). Jordanian women's health, especially for those in childbearing age, is still in needs of further improvement from the aspect of quality reproductive health and family planning (RH/FP) as well as women's empowerment. Under these situations, the Government of Jordan also emphasize the importance of the reinforcement of effort for the issues related to reproductive health, women empowerment, and marital abuse, which are recognized as major factors affecting women's wellness.</p> <p>To address the issues abovementioned, the Government of Jordan has been working in collaboration with national and international partners for the betterment of the level of wellbeing among Jordanian women, on the basis of "the Reproductive Health Action Plan 2003-2007 (Phase I)" for the improvement of reproductive health and the enhancement of family planning by developing information system, behavioral change and policy development. Subsequently to this, the second phase Action Plan 2008-2012 is focusing on the improvement of environment in reproductive health (RH), family planning (FP) and access to health services via capacity development in health service providers, awareness-raising activities and collaboration with private sector.</p> <p>Under the circumstances, Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") has been assisting the Government of Jordan to improve RH/FP since 1997 through "The Project for Family Planning and Gender in Development Phase I and II (1997-2003)" and "The Enhancing Self-Empowerment of Rural Women in Karak, Jordan with a Reproductive Health Focus (2003-2006)" under the JICA's assistance schemes of the Technical Cooperation Project and the Community Empowerment Program, respectively. This nine-year cooperation proved the effectiveness of promoting the self-empowerment of</p>	

women as well as improving health services for the enhancement of RH/FP in Jordan.

Subsequently to the assistances aforementioned, JICA launched the five-year technical cooperation project entitled “Integrating Health and Empowerment of Women in the South region Project” (hereinafter referred to as “the Project”) on the basis of the request of technical assistance by the Government of Jordan to the Government of Japan, in collaboration with the Ministry of Health (responsible for the improvement of environment in reproductive health (RH), family planning (FP)) and the Higher Population Council (responsible for policy making and coordination on population issues) in 2006. The Project was designed to utilize the experiences and lessons learned from the previous JICA’ assistances such as involvement of community as well as men and youth, behavior change through home visit, and has expanded the target areas to more remote area in the south region as target sites. Furthermore, the ultimate purpose of the Project is to prepare vital recommendations based on evidence and good practices from the project activities.

1-2 Project Overview¹

The Project is aiming to make policy recommendations for the improvement of RH/FP based upon the good practices and evidences of improved utilization of RH/FP services through recruitment, training and deployment of Health Educators in the conservative 4 regions in the south. The Project intendeds to establish the foundation of quality RH/FP and women’s empowerment in the south four regions as a pilot area for future betterment of policy environment and nationwide deployment by Jordanian self-reliant endeavor (Overall Goals).

(1) Overall Goal

- 1) Reproductive Health/Family Planning (RH/FP) in Jordan is improved.
- 2) RH/FP Policy Environment in Jordan is improved.

(2) Project Purpose

Policy recommendations for the improvement of RH/FP are made based upon the good practices and evidences of improved utilization of RH/FP services in the target area.

(3) Outputs

- 1) A supportive environment for project activities with regard to the improvement of women's health and empowerment is created in the focal area.
- 2) Men s and youth s attitudes toward RH/FP and women's empowerment are improved in the focal area.
- 3) Women's knowledge of FP and attitudes towards RH/self-empowerment are improved in the target area.
- 4) High quality RH/FP services are provided at the target VHCs.
- 5) Development of Policy recommendations and public relations activities with regard to RH/FP and women's empowerment are implemented for the dissemination of experiences and achievement of the Project.

¹ The Terminal Evaluation Team evaluated the Project based on the PDMe, which was prepared under a shared understanding among the relevant parties, to check ambiguous points in the expressions and logic used in latest version of PDM (version8, October 4, 2010), to make clear what goals the Project intends (or intended) to achieve, and to summarize these goals, outputs and/or activities. The Project Overview was described from the narrative summary of the PDMe.

(4) Input (as of the end of June 2011) (total input: JPY 420 million)

Japanese Side

- Dispatch of Experts: Approximately 155 M/M
- Hiring of Local Consultant: 1 personnel (approximately 58 M/M)
- Provided Equipment: Four vehicles for monitoring and supervision activity, Medical Equipment for VHCs, PCs and Printers, Equipment for community development project (Irrigation machinery and greenhouse, Play equipment in the kindergarten, Community meeting goods/tools)
- Renovation of VHCs: 24 VHCs (38,857,500JD) (approximately JPY 4.43 million)
- Local Cost: Approximately 1,298,000 JD (approximately JPY 0.15 million)
- Training in Japan: 6 counterpart personnel, Training in Jordan: 15 courses, Training in other countries: 24 counterpart personnel (Syria and Morocco)

Jordanian Side

- Counterparts: 42 personnel
- Land and Facilities: Provision of land and facilities including office for the Project
- Local Cost: Approximately 2,150,000 JD (These figures were submitted by the MOH. However, the Evaluation Team could not review and confirm these figures.)

2. Terminal Evaluation Team

Members	Dr. Akiko HAGIWARA	Leader/RH	Senior Advisor, JICA Headquarters
	Mr. Mitsuhiro OSAKI	Cooperation Planning	Representative, JICA Jordan Office
	Dr. Yoichi INOUE	Evaluation Analysis	Senior Consultant, Consulting Division, Japan Development Service Co., Ltd.
Period of Evaluation	June 18, 2011 – July 8, 2011		Study Type: Terminal Evaluation

3. Summary of Evaluation Results

3-1 Achievements

1. Output 1

OVI 1-1 “80% of people at age 15 and above living in the focal area have participated in at least one project’s activity with regard to the improvement of women health and/or empowerment.” is not achieved in terms of 80% fulfillment (Achievement: 52% on the average).

OVI 1-2 “At least one community development activity is planned in each focal area by 2011.” is achieved since three (3) community development projects were planned and implemented in each focal area.

Therefore the Achievement of Output 1 is limited at the time of the Terminal Evaluation.

Output 1 aimed at creating supportive environment for the project activities among community members in order to facilitate involvement of men in improvement of RH/FP and self-empowerment of women. However, as shown in the following column, delay in activities such as organizing CBOs and implementation of community development projects was caused by various external factors. Delay in these activities might also affect other activities and thus activities for Output 1 have been downsized following the Mid-Term Review team’s recommendation to minimize the activities for Output 1. Therefore, the contribution of Output 1 to the achievement of the Project Purpose was limited.

On the other hand, the importance and necessity of involving men in RH/FP and women's empowerment is getting to be an international consensus. Although the contribution of Output 1 to the achievement of the Project Purpose was limited, it brought important examples and valuable lessons regarding how to involve men in promotion of women's health in poor rural areas in the Islamic country.

2. Output 2

OVI 2-1 "'Men's attitudes toward RH/FP for women's health" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort." was fulfilled since the mean score of 'men's attitudes toward health benefits of RH/FP to women's health' was significantly decreased from 24.8 ± 3.0 to 19.8 ± 4.1 (range: 14-32) in respective year of 2008 and 2011 in the target cohort (paired sample t-test, $p < 0.001$, $n = 31$) (The lesser score, the better attitude).

OVI 2-2 "'Men's attitudes toward male involvement in RH/FP" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort." was fulfilled since the mean score of 'men's attitudes toward male involvement in RH/FP' was decreased from 38.4 ± 4.3 to 32.8 ± 3.7 (range: 26-44) in respective year of 2008 and 2011 (paired sample t-test, $p = 0.001$, $n = 31$) (The lesser score, the better attitude).

OVI 2-3 "'Men's attitudes toward RH/FP service utilization by women" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort." was not fulfilled since 'men's attitudes toward RH/FP service utilization by women' did not improve with statistical significance. However, Health Educators were not allocated at 2 out of 3 target VHCs in the focal area, which can explain the reason why men's attitude for RH/FP service utilization by women didn't improve, nevertheless men's attitudes toward RH/FP for women's health. (Mean scores of 'men's attitudes toward RH/FP service utilization by women' were 4.2 ± 1.5 and 3.9 ± 1.3 (range: 3-8) in 2008 and 2011, respectively. No significant difference was observed with p-value with less than 0.05 (paired sample t-test, $p = 0.221$, $n = 31$).

OVI 2-4 "'Youth's attitudes toward RH/FP for women's health" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort." was not fulfilled since 'youth's attitudes toward RH/FP for women's health' did not improve with statistical significance. (Mean scores of 'youth's attitudes toward RH/FP for women's health' were 19.2 ± 2.5 and 18.3 ± 2.7 (range: 15-25) in 2008 and 2011, respectively. No significant difference was observed with p-value with less than 0.05 (paired sample t-test, $p = 0.181$, $n = 35$.) This non-attainment can be explained by (1) Sample size was rather small for analysis, and (2) "Youth" is composed of 2 groups (male and female), which may have different perspectives for women's health.

OVI 2-5 "'Men's attitudes toward women empowerment" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort." was not fulfilled since 'men's attitudes toward RH/FP for women's health' did not improve with statistical significance. (Mean scores of 'men's attitudes toward health benefits of RH/FP to women's health' were 9.4 ± 1.7 and 9.2 ± 2.0 (range: 6-13) in 2008 and 2011, respectively. No significant difference was observed with p-value with less than 0.05 (paired sample t-test, $p = 0.628$, $n = 31$.) This non-attainment can be explained as the same reason with OVI 2-4.

OVI 2-6 "'Youth's attitudes toward women empowerment" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort." was not fulfilled since 'youth's attitudes toward women empowerment' did not improve with statistical significance. (Mean scores of 'youth's attitudes toward women empowerment' were 4.7 ± 1.1 and 4.6 ± 0.9 (range: 3-7) in 2008 and 2011, respectively. No significant difference was observed with p-value with less than 0.05 (paired sample t-test, $p = 0.595$, $n = 35$)) This non-attainment can be explained as the same reason with OVI 2-4.

Therefore the Output 2 is partially achieved at the time of the Terminal Evaluation.

Output 2 aimed at improving men's and youth's attitudes toward RH/FP and women's empowerment in the focal area. Since the achievement of Output 1 was limited, there were only limited direct approach toward men and youth for Output 2. While knowledge of men and youth toward women's health improved, attitude toward women' service utilization did not demonstrate significant improvement, which could be attributed to the fact that Health Educators were not assigned in two out of three Village Health Centers (VHCs) in focal areas.

It should be noted that, in Al Ghal, where higher participation of men and youth in awareness raising activities (94%) was observed, CPR of women who received home visit increased from 40% to 80%, which was the highest among all villages where home visit was conducted. This indicated that participation of men and youth in activities related to the improvement of women's health and empowerment might have contributed to the improvement of CPR of women. In addition, interviews conducted by the Team revealed that there was indirect impact to men's attitude toward women's health at the communities where Health Educators are providing services and counseling to women at home and at VHCs. Men's attitude improved such as in improvement spousal communication about FP, or in improvement of husbands' interest in wives' health.

3. Output 3

OVI 3-1 "All the women who have received home visits know all the types of contraceptive methods available in Jordan by 2011." was not achieved in terms of 100% fulfillment (Achievement: 70.7%). However, Ratio of women who knew all contraceptive method in post-test (January-March 2011) was significantly increased in comparison with that in pre-test (August 2009-November 2010) (34.5% vs. 70.7%, $p < 0.001$: McNemar test, $n=500$). Moreover average number of contraceptive that women under home-visit services know is significantly increased from pre-test to post-test by (7.1 ± 2.1 vs. 8.4 ± 1.2 [range: 0-9], $p < 0.0001$: paired Student's t-test).

OVI 3-2 "All the women who have received home visits know at least one health facility or one health professional to receive support for access to available contraceptive methods by 2011." was not achieved in terms of 100% fulfillment (Achievement: 99.2%). However, ratio of women who knew at least one health facility or one health professional to obtain contraceptive methods accessible in post-test was significantly increased in comparison with that in pre-test (97.1% vs. 99.2%, $p < 0.05$: McNemar test, $n=510$). Moreover, average number of facilities and providers to supply contraceptive method that women under home-visit services know is significantly increased from pre-test to post-test (3.9 ± 2.5 vs. 5.7 ± 2.7 , $p < 0.0001$: paired Student's t-test).

OVI 3-3 "All the women who have received home visits know at least two major adverse effects of contraceptive methods available in Jordan by 2011." was not achieved in terms of 100% fulfillment (Achievement: 84 %). However, women who received home visits know more than 3 major side effects of contraceptive methods on average (Mean= 3.4 ± 1.9). The statistical analysis of differences in post-test and pre-test in terms of knowledge of adverse effects of contraceptives could not be compared directly since the questions were asked differently in those tests. As many of the participants were not using contraceptives in the pre-test, it was not possible to ask knowledge of adverse effects of current contraceptive methods.

OVI 3-4 "90% of the women who have received home visits feel it important to take RH-related lab tests (diabetics/urine/anemia tests during pregnancy and tests for reproductive tract infection and urinary tract infection) by 2011." was achieved in terms of 90% fulfillment (99.4% at post test), however, ratio of women who have received home visits feel it important to take RH-related lab tests already exceeded 90 %

(97.5%) at pre-test Thus, the Team judged that this indicator doesn't reflect the achievement for Output 3 appropriately, and didn't use for measurement of Output.

OVI 3-5 "90% of the women who have received home visits feel it important to visit village health centers to receive RH-related services available at the centers (FP, antenatal and postnatal care and child care) by 2011." was achieved in terms of 90% fulfillment (93.9% at post test), however, ratio of women who have received home visits feel it important to visit village health centers to receive RH-related services almost reached to 90 % (89.1% at pre-test). Thus, the Team judged that this indicator doesn't reflect the achievement for Output 3 appropriately, and didn't use for measurement of Output.

OVI 3-6 "(Psychological Wellbeing) "Four major domains of psychological wellbeing represented by self-confidence/self-esteem, autonomy, environmental mastery and self-acceptance" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort." was not achieved since status of psychological wellbeing was not improved with statistical significance. (Mean scores that represent the status of Psychological Wellbeing were 24.4 ± 2.4 and 24.5 ± 2.5 [range: 9-27] in 2008 and 2011, respectively. No significant difference was observed with p-value of below 0.05 (Wilcoxon signed ranks test, $p=0.186$, $n=690$)).)

OVI 3-7 "(Decision-Making) "Perceiving their ability in making decisions" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort." can be said to be achieved since status of "Perceiving their ability in making decisions" was improved with statistical significance. (Means score of Decision Making were 25.8 ± 4.6 and 26.3 ± 4.2 [range: 9-36] in 2008 and 2011, respectively. Significant difference was observed with p-value of below 0.05 (Wilcoxon signed ranks test, $p=0.007$, $n=690$)).) However, since the difference in the scores was only 0.5, it is considered difficult to say that the status of decision-making was improved in sufficient level.

OVI 3-8 "(Self-Health Care) "Perceiving the importance of self-healthcare" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort." can be said to be achieved since status of "Perceiving the importance of self-healthcare" was improved with statistical significance. (Means score of Self-Health Care were 8.96 ± 2.32 and 9.10 ± 1.82 [range: 0-15] in 2008 and 2011, respectively. Significant difference was observed with P-value of below 0.01 (Wilcoxon signed ranks test, $p<0.001$, $n=690$)).) However, since the difference in the mean scores was only 0.04, it is considered difficult to say that the status of decision-making was improved in sufficient level.

Therefore Output 3 is comfortably achieved at the time of the Terminal Evaluation while some of the OVIs are not appropriate for measurement of OVIs and thus they are excluded from evaluation.

Output 3 aimed at improvement of women's attitudes toward RH/FP and self-empowerment. Some indicators concerning RH/FP required 100% achievement, which might have been too ambitious due to the large number of target population. It was not realistic to expect all target population (around 500 persons) improved their knowledge and attitude. Knowledge about types of contraceptive methods and how to obtain contraceptive methods showed firm improvement although the target (100%) was not met. Unfortunately indicators regarding importance of taking RH-related lab tests, utilizing antenatal and postnatal care and child care could not be used for measurement of Output 3 due to reasons described in the following column, yet, field survey conducted by the Team confirmed that the utilization of VHC actually increased.

On the other hand, self-empowerment of women has been achieved in terms of the achievement of indicators. Although there was a statistically significant improvement in women s empowerment scores, its actual improvement was not so sufficient. It could be interpreted that self-empowerment of women was structured with many factors such as interrelation with men and thus it was not so easy to demonstrate

substantial improvement in its scores while the other scores such as knowledge of contraceptive methods and their adverse effects were relatively independent from the influence of men. To confirm the improvement of women's self-empowerment, the Team conducted a field survey and encountered quite a few women who told that their capacity of decision making and perception of self-healthcare improved and the Team concluded that overall there was improvement in women's self-empowerment through the Project activities.

4. Output 4

OVI 4-1 "90% of Health Educators (HEs) at VHCs provides RH/FP services according to the guidelines." was achieved since forty-two (42) out of 43 Health Educators (98%) at VHCs provides RH/FP services according to the Guidelines.

OVI 4-2 "80% of target women who use VHCs are satisfied with the quality of services by 2011." was fulfilled since four hundred and three (403) out of 425 women using VHCs (95%) are satisfied with service quality at VHCs (full score: 61.2% and 10-13 point: 33.7%).

Therefore the Output 4 is generally achieved at the time of the Terminal Evaluation.

Most of Health Educators provided RH/FP services in line with the Guidelines. Ninety-five percent (95%) of users of VHCs were satisfied with the service. Therefore it can be concluded that RH/FP service was provided with a certain level of quality in targeted VHCs. And Health Educators acted as entry points to the healthcare services including RH/FP services at the community. The effectiveness of service provided by Health Educators at VHCs and at home visit was confirmed.

On the other hand, some problems such as (a) what is the role of male Health Educators in Health Educator system whose TOR covers RH/FP and empowerment of women, (b) what is suitable job title for Health Educators in order to facilitate their activities and (3) how to employ and assign Health Educators to VHCs have been raised.

5. Output 5

OVI 5-1 "At least one policy recommendation is prepared from each output by 2011." is anticipated to be achieved by the end of the project.

Policy Recommendations are being drafted as of the Evaluation Team is dispatched. It is expected that more than three recommendations would be approved by the Joint Policy/Steering Committee (JPSC).

Although "At least one policy recommendation is prepared from each output" is the Objectively Verifiable Indicator, it is not possible to prepare recommendations from Output 1 and 2 because these two outputs did not bring sufficient evidence. However, evidence regarding RH/FP, empowerment of women and Health Educator system were extracted from Output 3 and 4 and thus sufficient numbers of Policy Recommendations would be drafted based upon the Project outputs.

Furthermore, foundations to sustain Project outputs in the future has been established by conducting international regional workshop to share Project experience and disseminate Project outputs with the participation of Afghanistan, India, Palestine, Sudan and Syria.

6. Project Purpose

The Project Purpose is anticipated to be achieved in general by the end of the project period.

It is expected that draft version of policy recommendations based upon achievements of the Project will be approved by the JPSC within the project period. In terms of improvement of CPR, the target value was not achieved at the target area, while it was achieved among the women who received intervention. Utilization rate of postnatal care did not attain the target value of 63.2%. However, it should be noted that utilization

of postnatal care improved steadily from 25.0 % to 36.6 %, which indicated that the project interventions were effective in improving utilization of postnatal care to the similar level of neighboring countries/regions such as Syria and Palestine, could be praised.

On the other hand, though achievement regarding RH/FP and men's involvement in women's empowerment was insufficient, quite a few information and lessons have been extracted. Moreover, it was remarkable that certain improvements regarding the utilization of RH/FP and women's self-empowerment were demonstrated among target women through service provision at VHCs and home visits conducted by Health Educators, awareness-raising activities in the communities and schools.

It is expected that the Purpose of the Project would be generally achieved by the end of the Project and make significant contribution to the achievement of Overall Goal once the remaining challenges for sustainability and scaling-up were dealt with.

3-2 Summary of Evaluation Results

(1) Relevance

The Government of Jordan emphasizes RH/FP-related efforts. One prominent example is the top listing of raising the utilization rate of RH/FP services among the short-time objectives in the health care sector under the main pillar of social welfare in “the Executive Development Program (2011 - 2013)” announced in December 2010. Meanwhile, in “*the National Reproductive Health Action Plan*” for the year of 2011, the HPC calls for support for and upgrading of the RH/FP policies, wider offer of services and greater accessibility, intensive publicity of and education on RH/FP issues and strengthening of the implementation mechanism of the Action Plan. In “*National Health Policies for Women 2006-2011*”, the MOH has indicated that the empowerment of women is one measure to successfully achieve the MDG5 (improvement of maternal health). Moreover, the Project emphasizes the strengthening of health services in rural areas in Jordan, especially areas described as poverty pockets where it is said that a conservative attitude prevails. Against the background described above, the purpose of the Project of aiming to improve women's health through the comprehensive approach of integrating RH/FP and women's empowerment is truly consistent with not only the health policies of Jordan but also the needs of the target group. The Project emphasizes the strengthening of health services in rural areas in Jordan, especially areas described as poverty pockets where it is said that a conservative attitude prevails.

Japan's assistance policy toward Jordan (2008) places emphasis on minimizing social disparities through realizing “Human Security” by extending assistance to rural areas and communities where many poor people reside, helping women and persons with disabilities who are deprived of opportunities of social participation due to religious and traditional reason. The Policy also raises the issue of Gender and mentions the approach of this Project that is improvement of RH and empowerment of women in the south region. On top of that, minimizing gender gap through improving reproductive health and tackling the issue of population and family planning is regarded as priorities in JICA's Country Assistance Implementation Plan.

The Government of Japan has announced “Japan's Global Health Policy 2011-2015” in September 2010. Health Educator system, which has been introduced through this Project, can contribute to creating linkages between communities and facilities by establishing both referral and outreach systems for the continuum of preventive and clinical care, which is mentioned in the Policy. Health Educators are recruited from the community where they are assigned and they play a role of entry point to referral system as they conduct home visit and providing counseling service at VHC. Besides that, the Policy indicates that it is important to promote gender equality and education in order that women and girls can

have greater opportunities to gain knowledge as to seeking appropriate healthcare and life skills including family planning. This conforms to the approach of integrated women's health and their empowerment that the Project has adopted.

(2) Effectiveness

The expected outcomes of the activities designed to involve men were not fully achieved, partly because of the greater than expected conservatism of people in the target areas and partly because of the tribal complexity of local communities. In relation to the activities for Outputs 1 and 2, there was a change of the original arrangement in that the HPC assumed to become the body for the implementation of related activities would concentrate on policy making which is its principal field of work. This change meant the non-existence of a counterpart organization to pursue Outcomes 1 and 2, making the JICA's expert team directly responsible for these activities. In the light of this new situation, the focal areas were reduced from six villages to three villages after the Mid-term Review to enable the effective implementation of the planned activities. Accordingly, the scale of the contribution of Outputs 1 and 2 to the overall project purpose was rather reduced although many of the lessons learned from these activities actually led to the facilitation of activities to produce other outcomes to the extent that the overall Project Purpose was expected to be sufficiently achieved.

It has become clear through the Project that Health Educators can make a tangible contribution to improvement of the health, particularly related to RH/FP, and empowerment of rural women. Because local women were nurtured as Health Educators working at VHCs in their own communities, they are generally well accepted by their communities even in the conservative south region though the level of acceptance shows some variation from one community to another. Many of these Health Educators have gained the trust of their fellow villagers and as many as 6,463 home visits have been made by Health Educators and others health professionals from January 2010 to May 2011. The counseling at VHCs and home visits have improved women's knowledge of and attitude towards RH/FP and their self-empowerment. Such improvement is supported objectively, confirming the effectiveness of Health Educators to improve the health of women. Further evidence of the excellence of Health Educators is their positive impact on the attitude of men towards RH/FP and primary healthcare with an improved RH service (further details are given in the section describing "Impacts"). In addition, it is worth noting that female Health Educators seems to be empowered by self-fulfillment and earning of trust from communities through their duty work of providing healthcare services in the communities as civil servants, and this can be regarded as a success model of female community residents. The successful introduction of Health Educators is believed to have greatly contributed to not only the achievement of the planned outputs relating to improved RH/FP and women's empowerment in the target areas but also to the achievement of the Project purpose by means of the accumulation of positive evidence and the wide dissemination of good practice.

(3) Efficiency

The project activities have been implemented in accordance with the Plan of Operations (PO). However, the progress of individual activities has been affected by several factors. In the case of those activities featuring men in the focal areas, the formulation of a community development plan experienced a substantial delay despite the fact that a lot of time and labor were devoted by the members of the Project. Consequently, activities to follow the PO were also delayed to the extent that the implementation of other activities to produce other Outputs could have been jeopardized. In order to reduce this risk, the scale of the Output 1-related activities was cut back based on the recommendation made at the time of the Mid-term Review. This decision led to insufficient outcomes of the activities designed to involve men.

However, other activities, notably those focusing on the work of Health Educators, have made great progress to ultimately achieve the Project Purpose.

When emphasis is placed on the progress of project activities within a set period stipulated in the PO, it could be argued that the efficiency of the Project is adversely affected by these delays. The truth is that the available time has been used effectively and three sets of guidelines for home visits and service provision at VHCs have been distributed to the relevant organizations and facilities throughout the four governorates. The remaining activities, including the finalization of draft policy recommendations, are anticipated to be completed as scheduled within the project period. This prospect indicates that the various setbacks described above have had little adverse impact on the ultimate achievement of the Project Purpose.

In short, the efficiency of the Project has been generally maintained in terms of the progress management of the planned activities.

(4) Impact

The following positive and/or negative impacts are confirmed and/or expected by the implementation of the Project.

As has been described, the Project demonstrated the efficacy of system and/or concept of Health Educator for the enhancement of RH/FP and women's empowerment at rural areas, especially in the poverty pockets with difficulties in accessing health services. However, it is obvious the number of Health Educators cannot be easily increased since its financial aspect should be taken into account for future deployment of this system to other areas. As for 43 Health Educators at work in VHCs, counseling services at VHCs and home visit activities are nearly embedded, and foundation of the system itself is considered to be founded by setting up guidelines and manuals, supportive supervision system, and means for regular monitoring. Thus, it is expected that the quality of services provided by the Health Educators would be maintained or enhanced after the end of the Project.

Meanwhile, community residents were principally hired as Health Educators and that contributed to favorable acceptance of Health Educators from the communities. Thus, difficulties regarding acceptance from communities should be taken into consideration when unacquainted medical staff were allocated. Moreover, it is considered that Jordanian side can afford monitoring expenses that are major maintenance costs for the system of Health Educator. However, initial investment such as training costs including TOT, arrangement of vehicles for monitoring activities, printing and distributing costs of guidelines, manuals and other printed materials, costs for VHC renovation, etc. should be taken into account for the deployment of the system to other regions, in addition to running costs aforementioned. In particular, in order to expand the system and/or concept of Health Educator, policy recommendations should be based on evidences with high reliability, and analysis results of necessary resources such as human resource, introduction and recurrent costs, and a roadmap for introduction should be accompanied to the policy recommendations.

Predominant role of Health Educators stipulated in the Project is to provide awareness-raising services with regard to RH/FP and women's empowerment. However, understanding of health conditions of family members in addition of targeted women by interviews, direct observations and simple testing (e.g. blood pressure) as well as basic first aid are included to their designated work as a part. Through the counseling services at VHCs and home visits by Health Educators, many community residents, suspected health abnormality such as sexually transmitted diseases in targeted women as well as any acute and/or chronic illness in family members, were referred to health facilities including VHCs and led to the initiation of medical treatment and/or healthcare. In detail, a total of 6,463 home visits were conducted in 4 target

regions from January 2010 to May 2011, and 1,113 cases out of 6,463 visits that were referred. Amongst 1,113 referred cases, 780 actual visits to health facilities were confirmed. From these facts, Health Educators contribute health management of community residents from the perspective of primary healthcare in addition to awareness raising for prophylaxis. Moreover, Health Educators are functioning in the referral system as front line players.

(5) Sustainability

Importance of comprehensive RH/FP is clearly cited in “*Executive Development Program 2011-2013*” and “*Health Sector Strategic Plan 2010-2014*”, which prescribes the concrete measures and policies for achieving this, and the MOH expressed verbally that the importance and priority would be maintained for many years to come. Moreover, as was stated in the “Impact” section, political proof should be given for official deployment of the system and/or concept of Health Educators to untargeted areas of the Project. Since the political recommendations with certain evidences and good practices are anticipated to be prepared within the project period, it is considered that the political sustainability will be secured to some extent.

Certain mechanisms to sustain monitoring and supportive supervisions for the performance of Health Educators to provide counseling services at VHCs and home visit were established. Since it is expected that travel costs, envisaged as a main running cost, will be affordable by Jordanian side, it is considered that financial sustainability of the Project can be secured from the aspect of maintaining the current project activities even after the end of the project period. However, financial sustainability, from the perspective of self-deployment of current activities to untargeted areas in the southern regions and/or other central or northern regions, is unpredictable as of the time of the Terminal Evaluation, since certain amount of budget should be allocated as an initial investment for training costs, securing transportation, printing costs, etc. in advance.

Day-to-day activities of Health Educators, such as counseling services at VHCs and home visits, are stipulated in the Guidelines developed by the Project, and ditto with supervisory activities from superagency. And, the Team confirmed that the daily activities are conducted in accordance with the Guidelines. Thus, it is considered that sustainability from technical aspect will be secured to some extent, while the performance of each personnel varies. Furthermore, problems arising from daily duties are discussed amongst Health Educators and supervisors at monthly meetings, and complementary trainings are provided at the meetings, implying that it is expected to some extent that the performance of Health Educators will be enhanced even after the end of the project period. And, since the supportive supervision is highly contributing the reinforcements of practical service provision of Health Educators, sustainability from technical aspect will be consolidated if the supportive supervision were continued regularly.

3-3 Factors that promoted the attainment of the Project

(1) Concerning the project design

No major contributing factor has been observed as far as the project design is concerned.

(2) Concerning the implementation process of the Project

In the course of the Project, home visitors of the community support teams (CSTs) in the Karak Governorate who had been trained during “the Family Planning and GID Project in Jordan” were used as trainers for the OJT for Health Educators after the latter’s assignment to VHCs. This arrangement had the positive result of improving the home visit techniques of the Health Educators.

3-4 Factors that impeded the attainment of the Project

(1) Concerning the project design

The decision was taken to make the HPC solely focus on policy making as mentioned earlier. This affected the implementation of the activities designed to produce Outputs 1 and 2 as the HPC was originally expected to become directly responsible for these activities. Because of the fact that policy making is the essential work of the HPC, such work should not be denied for the sake of the Project. Nevertheless, it is a simple fact that this decision necessitated a change of the project implementation system, which was not anticipated at the beginning of the Project. From the viewpoint of producing Outputs to achieve the Project Purpose, this change was an inhibiting factor for the overall effectiveness of the Project. In the light of this new situation, the focal areas were reduced from six villages to three villages after the Mid-term Review to enable the effective implementation of the planned activities.

(2) Concerning the implementation process of the Project

Many of the target communities have a complicated tribal mixture and it was difficult in some of these communities to establish a community-wide collaborative and trustworthy relationship for the Project. Moreover, the level of conservatism varies from one area to another, resulting in different levels of output achievement. In order to tackle this issue, the Project conducted a series of community events to introduce the project activities and promoted better understanding of community people.

3-5 Conclusions

The Team concludes that Outputs are comfortably achieved and Project Purpose could be comfortably achieved by the end of the Project period though due consideration should be paid to the achievement of Overall Goal.

As a result of series of meetings, interviews and surveys involving beneficiaries, organizations, stakeholders, experts and other personnel related to the Project, it was found that the whole set of the results and impacts produced by the Project has been outstandingly valuable in the light of improving RH/FP in Jordan. The Project in the long run may contribute significantly to the improvement of RH/FP in Jordan.

The Project demonstrated the effectiveness of RH/primary health care services provided by community health workers (Health Educators) at VHCs and at home visits for the improvement of RH/FP and women's self-empowerment. Pre-and Post-test evaluation revealed that CPR significantly improved among the women at intervention villages where Health Educators are providing services at VHCs and home-visit counseling program compared with the pre-intervention rate; and particularly women who have received home-visit program increased their CPR from 43.7 to 55.6. The utilization of postnatal care was also improved among women of intervention areas and thus it was concluded that the services provided by Health Educators at VHCs or at home increased the access to basic RH/FP services and improved the RH/FP practices. It was also demonstrated that women with improved self-empowerment and/or when their husbands' attitude toward women's health is supportive, women's utilization of contraceptives and FP/RH services increases.

It was concluded that the RH and primary healthcare services provided by Health Educators in the rural health post (VHCs) or at home are effective in improving women's health particularly their contraceptive utilization and service utilization, and thus they can improve the RH situation in Jordan in the long run. Therefore, it is highly expected that Overall Goals, which are health outcomes, would be achieved later by sustaining and scaling up the project activities. To scale up, it is necessary 1) to sustain the community outreach RH/FP services at project target areas (73 villages in the southern region where MOH VHCs are

functioning), 2) to continue to empower Health Educators through continuous supervision, refresh training and provision of institutionalized support and 3) to scale it up to the other regions of Jordan (middle and north regions).

Moreover, community outreach RH/FP and primary healthcare approach may be applicable to many other Middle-East countries where the human and fiscal resources are limited, problems of inequity in access to the health services exist, and women's health are compromised with the socio-cultural norms. Therefore, the project's approaches and achievements should be fully documented and shared regionally and globally.

3-6 Recommendations

<The HPC >

1. Review and adopt the policy recommendations related to RH/FP programs. Tentative recommendations under preparation are followings:
 - Home visit program should be rolled out to other rural areas in Jordan, •
 - Self-empowerment of women should be integrated into the awareness-raising program of RH/FP. It should also be included in the training package for health providers and community health workers related to RH/FP, and •
 - VHCs should provide pill and condoms in other part of Jordan. •
2. Advocate the adopted policy recommendations by coordinating various stakeholders related to RH/FP.
3. Monitor the MOH to sustain the outreach RH/FP services and empowerment of Health Educators. Following indicators for overall outcomes should be monitored annually by National RH Steering Committee and shared among stakeholders including JICA:
 - National CPR,
 - Provision of RH/FP services, and
 - Utilization of RH/FP services.

< The MOH : Central Level >

1. Continue to provide technical and institutional support such as supportive supervision and refresher trainings for Health Educators to maintain their motivation and quality of services.
2. Sustain the monitoring and supervision system of Health Educators and VHCs. Following indicators should be monitored quarterly, and shared among stakeholders including JICA.
 - Number of monthly meetings conducted in four governorates in South, •
 - Number of home visit, referral cases, and actual visit cases reported by Health Educators, •
 - Number of supportive supervision conducted in 4 governorates in South, and
 - Major problems identified by the supervision and counter-measures taken by 4 governorates in South. •
3. As an option, if it is good for sustainability, consider integrating the existing monitoring and supervision systems piloted by various stakeholders in various areas in the country and develop a unified monitoring and supervision system from central level to the regional health directorates (CHC, PHC, and VHCs) in cooperation with other development partners.
4. Provide certificate of their job description for Health Educators since their current official job title of "Service Worker" does not reflect their certified responsibilities and cause misunderstanding among villagers. In the mid- and long-term, the MOH should continue to request other responsible parties to

change official job title of “Service Worker” to reflect their job description.

5. Support existing efforts to expand the coverage of home visit programs within the rural south region.
6. Scale up the improvement of services at VHCs and home visit programs adapted to the other regions of the country (north/middle). Unit cost for each activities, such as for training, supervision, monthly meetings...etc. should be added in the scale-up proposals so that the decision makers can make decisions.
7. Although it is not practical to recruit new Health Educators due to the financial burden, the MOH should consider it in case that newly graduated nursing carder and midwives are not available in some remote villages.
8. Prepare/Revise a strategy of health human resources development and plan to deploy qualified and motivated midwives and/or nurses fulltime in all the villages. It is meaningful to provide job opportunity for a village woman to be a Health Educator and give her a responsibility to take care of villager’s health. This contributed to the empowerment of both Health Educator and client women. However, the employment of the village women to be a Health Educator is not a solution to the shortages of health providers in rural areas.
9. Examine the roles of male Health Educators and guide them to perform effectively in community primary healthcare programs.

< The MOH: Regional Health Directorates >

1. Continue to support Health Educators to exert their maximum capacity by providing technical, emotional and institutional support to them through regular meetings, supportive supervision, protecting their roles and promoting their job satisfaction. Take necessary counter-measures to solve problems associated with Health Educators activities.
2. Comply with “Operational Manual for VHCs in the South Region” and “Handout of Monitoring and Supervision Process” and conduct monitoring and supervision by utilizing the vehicles procured by JICA.

< The Project / JICA Experts >

1. Submit the policy recommendations to the HPC and the MOH.
2. Disseminate the achievements of the Project through conducting dissemination seminars (national and local).
3. Compile essential information to introduce home visit activities and services at VHCs at other areas of Jordan, which include procedures and initial investment for introductory trainings to nursing carder and midwives in cooperation with the MOH.

< Headquarters >

1. “RH/FP and Gender in development Project (1997-2003)” together with this Project (2006-2011) have accumulated both theoretical and practical knowledge, methodologies, instruments, human resources and networks. Key essences of the Project, such as how to reach out to the most vulnerable women and provide them with reproductive health information and services in rural Muslim society, should be extracted into the document and widely shared with stakeholders including development partners in the region.
2. Consider assisting the HPC and the MOH in near future to facilitate advocating the policies adopted

and monitoring Health Educators activities in south region.

3-7 Lessons Learned

1. In order to reach the target population, community leader's approval and community's involvement was necessary in the rural areas. The Project conducted a series of community events to introduce the project activities and promoted better understanding of community people.
2. It may be easier to target women individually rather than the community as a unity in supporting the community development program. The community development project in this project was not easy to conduct because the needs and values of the community are not always unified due to the existence of tribalism, internal conflict and individualism. It was successful in Phase 1 and 2 in supporting women's income generation activities at home as an entry point to gain male's approval and community's approval.
3. Women's health behaviors were influenced by 1) women's self-empowerment, 2) availability of health services provided by female health workers and 3) approval from the males in the community.
4. It was not easy to change male's attitude towards women's health and empowerment at rural areas where the socio-cultural norms affect their behaviors.
5. Questionnaire survey may not be suitable to evaluate men's knowledge, attitude and practice in conservative rural areas because men do not express their honest feeling and opinion and their social-desirability is reflected in their answers.
6. Methodology of baseline and end-line survey (sample size, study schedule, data collection method, target population, indicators, and statistical analysis) is needed to be confirmed as a study package prior to the implementation of the interventions as well-designed study can produce stronger evidence. It cannot be helped, however, to make necessary adjustment in the course of implementation when the Project is designed to achieve the purpose. It may be necessary then to formulate a separate research project designed for testing the impact of the intervention.
7. Improvement of both demand side and supply side is important to promote changes in people's attitude and practice related to RH/FP. Men's and Youth's demands for RH/FP information and services are as important as women's and thus their demands should be taken into consideration when promoting women's health in rural areas.
8. Home visit program is effective when it is conducted with assurance of quality and intensity. While quality must meet the needs of the community and standard of MOH guideline, the frequency and intensity of visit is also important. The Project demonstrated the effectiveness of home visit program by conducting it both with quality and intensity (6,463 home visits conducted during January 2010 - May 2011.)

3-8 State of the follow-up

第1章 終了時評価の概要

1-1 調査団派遣の経緯

ヨルダン・ハシェミット王国（以下、「ヨルダン」と記す）におけるプライマリー・ヘルス関連の指標は、近隣諸国との比較で見ると良いものの、ヨルダンの女性、特に出産可能年齢女性の健康は、女性のエンパワメント及びリプロダクティブヘルス・家族計画の質という観点からは、改善の余地がある。関連する指標の改善は過去20年間緩やかであり、ミレニアム開発目標（MDGs）、中でも女性の健康状態の改善をめざすMDG5の達成が危ぶまれている。2002年及び2007年の合計特殊出生率（TFR）及び避妊実行率（CPR）を比較すると大きな改善はみられず（TFRは2002年3.7に対して2007年3.6、CPRは同じく55.8%に対して57.1%）、また、アンメットニーズ（同じく11.0%に対して11.9%）改善に対する要求も強い。このような状況の下、ヨルダン政府は、女性の健康に大きな影響を与えると認識されているリプロダクティブヘルス、女性のエンパワメント、妻に対する夫の暴力に関する様々な問題を解決するための努力が重要であることを強調している。

ヨルダン政府は、これらの課題に対応するため、「リプロダクティブヘルス行動計画フェーズ1（2003年-2007年）」（ヨルダン高等人口審議会）を基に、リプロダクティブヘルスの改善、家族計画の推進に取り組んできた。フェーズ1では、情報システム開発、行動変容、政策開発に重点をおいて取り組んできたが、その成果を基にして、「リプロダクティブヘルス行動計画フェーズ2（2008年-2012年）」（ヨルダン高等人口審議会）では、サービス提供者の能力向上、若者を対象にした啓発や情報提供、民間セクターの強化等の活動を通じて、リプロダクティブヘルス/家族計画（RH/FP）に係る政策環境の改善、サービスへのアクセス向上をめざしている。

他方、家族計画を含めた女性の健康問題に対処する施設として保健省は、病院（29施設）、総合ヘルスセンター（64施設）、プライマリー・ヘルス・ケアセンター（377施設）、母子保健センター（416施設）を有しているが、これらすべて一定の人口を満たす地域にあるのが現状であり、地方の村落には要員も資機材も不足し、ほとんど機能していない村落ヘルスセンターが存在するのみで、同センター周辺地域の住民にとって保健医療サービスを受けることが困難な状況にある。また、実際の活動は、政府の財源不足のため援助機関に依存せざるを得ない状況を作り上げている。うえに、主な援助機関であるUSAIDの活動は政策レベルを中心とした活動と都会や地方の中心都市を対象とした活動を行うのみであり、ニーズが高い村落ヘルスセンターやその周辺地域の住民への支援は、ほとんど行われていないのが現状である。

かかる状況の下、JICAは1997年以来、ヨルダンのRH/F改善に向けて協力事業「ヨルダン家族計画・WIDプロジェクト フェーズI及びII（1997-2003）（技術協力プロジェクト）」及び「リプロダクティブヘルスに焦点をあてたカラク県の農村女性のセルフ・エンパワメント（開発福祉支援事業）」を実施してきた。この9年間の協力により、ヨルダンのRH/FP向上に対する女性のセルフ・エンパワメント並びにヘルスサービス改善の有効性が示されている。

これに続いて、ヨルダン政府からわが国への要請に基づいて、JICAは保健省及び高等人口審議会（HPC）を主要なカウンターパート機関として技術協力プロジェクト「南部女性の健康とエンパワメントの統合プロジェクト」を2006年から5年間の予定で開始した。本プロジェクトではこれまでのJICAの協力事業の経験（コミュニティや男性、若者の巻き込み、家庭訪問を通じた住民の行動変容など）を活用し、対象地域をヨルダン国内でも保守的とされる南部地域4県に拡大して実施されている。

今回実施する終了時評価調査は、2011年9月のプロジェクト終了を控え、プロジェクト活動の実績、成果を評価、確認するとともに、終了までのプロジェクト活動に対する提言及び今後の類似事業にあたっての教訓を導くことを目的として、本終了時評価調査団を派遣した。

1 - 2 終了時評価の目的

終了時評価の目的は以下に示すとおりである。

- (1) プロジェクトの進捗をレビューし、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性）の評価基準に従ってプロジェクトの成果を評価する。
- (2) プロジェクトの成果に対する促進要因及び阻害要因を同定する。
- (3) 上記の分析結果に基づいてヨルダン側と共同で残りのプロジェクト期間での活動方針について協議する。
- (4) 終了時合同評価報告書に調査結果を取りまとめる。

1 - 3 合同評価調査団のメンバー

終了時評価は、JICA及びヨルダン側と合同で実施した。終了時合同評価チーム（以下、評価チーム）の構成は以下のとおりである。

<日本側>

担当業務	氏名	役職及び所属	現地派遣期間
団長／リプロダクティブヘルス	萩原 明子	JICA 国際協力専門員	2011/6/26 ~ 2011/7/11
協力企画	大崎 光洋	JICA ヨルダン事務所 所員	2011/6/19 ~ 2011/7/11
評価分析	井上 洋一	(株)日本開発サービス 調査部 主任研究員	2011/6/19 ~ 2011/7/7

<ヨルダン側>

Name氏名	Title and Affiliation役職及び所属
Dr. Khawla Kawwa	Head of Family Planning Division, Woman and Child Health Directorate (WCDH) , the MOH
Ms. Asma Fashho	S.G. Assistant, Institutional Development & Strategic Planning Coordinator, the HPC
Ms. Rania Al-Abbadi	Director of Technical Support & Information Unit, the HPC

現地調査は2011年6月19日から2011年7月11日に実施し、サイト視察、インタビュー、プロジェクト報告書等の関連文書レビューを実施した（付属資料1）。

1 - 4 プロジェクトの枠組み

本プロジェクトはヨルダン内でも保守的とされる南部地域において、女性のエンパワメントと結びついた家族計画/リプロダクティブヘルス活動を展開するために、本プロジェクトを通じて新たにヘルス・エデュケーター制度を構築し、これらの成果をもとに、リプロダクティブヘルス政策及び戦略の改善をめざし、政策提言を行うことをプロジェクト目標としている。

- (1) フォーカルエリアで女性の健康とエンパワメントに関するプロジェクト活動に対する支援的環境が整備される。
- (2) フォーカルエリアで男性及び若者のRH/FP及び女性のエンパワメントに対する態度が改善する。
- (3) 対象地域で家族計画に関する女性の知識及びRH/セルフ・エンパワメントに向けた態度が向上する。
- (4) 対象となっている村落ヘルスセンターで質の高いRH/FPサービスが提供される。
- (5) プロジェクトの経験、成果の普及に向けた、RH/FP及び女性のエンパワメントに関する政策の作成、広報活動が実施される。

以上の取り組みを通じて、本プロジェクトでは南部4県をパイロットとして、将来的な自助努力による全国展開と政策環境の改善（上位目標）をめざすものである。

第2章 終了時評価の方法

2 - 1 評価手法

終了時評価は「JICA事業評価ガイドライン」(2010年6月)に沿って実施された。実績・実施プロセスの確認と5項目評価を行うための調査項目について、何をどのように実施したらよいのか具体的な方法を検討するため、評価設問、必要な情報・データ、情報源、データ収集方法について一覧表で示した評価グリッド(付属資料4)を作成した。

評価チームのメンバーは評価グリッドに基づき、カウンターパートや各関係機関、JICA専門家に対して質問票やインタビューによる調査を実施し、プロジェクトのレビューを実施した。

調査結果は日本-ヨルダン合同で、プロジェクト・サイクル・マネジメント(Project Cycle Management:PCM)の常法に則り、プロジェクト・デザイン・マトリックス(Project Design Matrix:PDM) version 8を基に調査団で作成したPDMeに基づいてプロジェクト成果の到達度の確認及び評価5項目での分析を実施し、合同評価報告書を取りまとめた。

2 - 2 評価用PDM(PDMe)の作成

終了時評価調査団は、最新のPDM(version 8、2010年10月改訂)(付属資料2)の表現上の曖昧な点を確認し、プロジェクトが何をめざしているのか、あるいは何をめざしていたのかを明らかにするために、関係者内での共通認識のもと評価用PDM(PDMe)(付属資料3)を作成し、これを基に評価を実施した。なお、PDMeでは、原則的にプロジェクトの計画時及び実施時に誰も考えなかった目標や活動が示されることはない。

調査団では関係者合意のもと、「プロジェクトの要約」部分の若干の構成の変更、並びに指標を含む書きぶりの修正を実施した。

最新のPDM(2010年10月4日改訂)に基づいて作成されたPDMe(付属資料3)

上位目標	1. ヨルダンにおけるリプロダクティブヘルス及び家族計画(RH/FP)が改善する。 2. ヨルダンのRH/FPに係る政策環境が改善する。
プロジェクト目標	対象地域において改善されたRH/FPサービス利用に関するグッド・プラクティスとエビデンスに基づき、RH/FP改善に向けた政策提言がなされる。
成果	成果1 フォーカルエリアで女性の健康とエンパワメントに関するプロジェクト活動に対する支援的環境が整備される。 成果2 フォーカルエリアで男性及び若者のRH/FP及び女性のエンパワメントに対する態度が改善する。 成果3 対象地域で家族計画に関する女性の知識及びRH/セルフ・エンパワメントに向けた態度が向上する。 成果4 対象となっている村落ヘルスセンターで質の高いRH/FPサービスが提供される。 成果5 プロジェクトの経験、成果の普及に向けた、RH/FP及び女性のエンパワメントに関する政策の作成、広報活動が実施される。
活動	活動1 1-1. 関係機関やフォーカルエリアの住民に対し、プロジェクト開始セレモニー、リーフレット配布、住民集会などを通じて活動の目的について説明する。 1-2. フォーカルエリア内のコミュニティが地域委員会を組織するのを支援する。 1-3. 地域委員会によるニーズ同定を支援する。

	<p>1-4. 地域委員会のコミュニティ開発の計画立案を支援する。 1-5. 地域委員会によるコミュニティ開発プロジェクトの実施を支援する。</p> <p><u>活動2</u></p> <p>2-1. プロジェクトのフォーカルエリアを選定するための調査を実施する。 2-2. RH/FP及び女性のエンパワメントに関するKAP（知識・態度・行動）ベースライン調査を実施する。 2-3. アドボカシー / BCC（行動変容のためのコミュニケーション）ガイドラインを作成する。 2-4. RH/FP及び女性のエンパワメントに関するIEC（知識普及活動）教材を入手する。 2-5. 男性及び若者を対象としたRH/FP及び女性のエンパワメントに関する啓発ワークショップを実施する。 2-6. 集団のKAPの変化を評価する。</p> <p><u>活動3</u></p> <p>3-1. 予備調査及びベースライン調査を実施する。 3-2. RH/FP及び女性のセルフ・エンパワメント向上のための家庭訪問ガイドラインを作成する。 3-3. 家庭訪問ガイドラインに従って、ヘルス・エドゥケーターを訓練する。 3-4. 訓練を受けたヘルス・エドゥケーターによる家庭訪問活動を導入する。 3-5. ヘルス・エドゥケーターの業務内容をモニタリング、監督指導する。 3-6. 対象集団における家庭訪問がRH/FP及び女性のエンパワメントに及ぼす影響についてエンドライン調査を実施して評価する。</p> <p><u>活動4</u></p> <p>4-1. 村落ヘルスセンターにおけるFP/RHサービスの現状とニーズを評価する。 4-2. FP/RHを含む保健サービスのガイドラインを作成する。 4-3. 保健省が村落ヘルスセンターでのRH/FPサービス提供に必要な人材を配置するよう働きかける。 4-4. 在庫表をアップデートすることにより、村落ヘルスセンター等の医療施設の人材、施設設備の現状を評価する。 4-5. 必要に応じて医療施設の改修、機材提供を行い、設備インフラを強化する。 4-6. ヘルス・エドゥケーター向けのRH/FPサービス提供研修システムを構築する。 4-6-1. 研修マニュアルを作成する。 4-6-2. 研修プログラムを準備する。 4-6-3. 県保健局職員などの適任者にTOTを実施し、研修トレーナーを養成する。 4-6-4. 養成されたトレーナーによるヘルス・エドゥケーター研修を実施する。 4-6-5. リフレッシュ研修を実施する。 4-7. 村落ヘルスセンターにおけるRH/FPサービス提供に係る監督指導及びモニタリング評価を強化する。</p> <p><u>活動5</u></p> <p>5-1. プロジェクトの経験、成果を取りまとめる。 5-2. 取りまとめ結果に基づき、合同政策 / 運営委員会にて政策提言をドラフトする。 5-3. 毎年、地域ワークショップを実施する。 5-4. メディアを通じて経験を伝播する。 5-5. 全国的なプロジェクト経験、成果普及に向けた国家フォーラムを開催する。</p>
--	--

2 - 3 評価5項目

本終了時評価に用いた評価5項目の概説を以下の表1に示す。また、評価5項目とPDM(上位目標、プロジェクト目標、成果及び投入)の関係についても表2に示す。

表1 評価5項目の概説

評価5項目	概説
妥当性	終了時評価時点での現状・実績に基づいて、プロジェクトの目標（PDMのプロジェクト目標、上位目標及びスーパーゴール）が、受益者のニーズと合致しているか、ヨルダン側の政策と日本の援助政策との整合性はあるかといった、「援助プロジェクトの正当性」を検討する。
有効性	終了時評価時点での現状・実績に基づいて、PDMの「プロジェクトの成果」の達成度合いと、それが「プロジェクト目標」の達成にどの程度結びついたかを検討する。
効率性	終了時評価時点での現状・実績に基づいて、プロジェクトの「投入」から生み出される「成果」の程度を把握する。各投入のタイミング、量、質の適切度を検討する。
インパクト	プロジェクトが実施されたことにより生じる直接・間接的な正負の影響を検討する。終了時評価でのインパクト評価は、評価の必要性・可能性に応じて検証作業を行う。
持続性	援助が終了した後も、プロジェクト実施による便益が持続されるかどうか、自立発展に必要な要素を見極めつつ、プロジェクト終了後の自立発展の見通しを検討する。終了時評価での持続性評価は、予測・見込みに基づいて検証作業を行う。

表2 評価5項目とPDMとの関係

	妥当性	有効性	効率性	インパクト	持続性
上位目標	プロジェクト目標、上位目標は、地域のニーズや政府の開発計画などに照らして、評価時においても目標として意味があるか。	プロジェクト目標は達成されたか。成果がその達成にどれだけ貢献したか。		プロジェクトを実施したことにより、どのような直接的、間接的な正、負の影響が現れたか。	プロジェクト終了後も、プロジェクトがもたらした便益は持続されるか。
プロジェクト目標					
成果			投入が成果にどれだけ効率的に転換されたか。より効率的に成果が達成される方法は他になかったか。		
投入					

第3章 プロジェクトの実績と実施プロセス

3 - 1 投入

(1) 日本側投入実績

以下に、2011年6月末現在のプロジェクトに対する日本側からの投入（見込み）を示す。詳細は付属資料6を参照のこと。

構成	投入
日本人専門家の派遣	約155M/M
ローカルコンサルタント雇上	1名
研修（本邦）	2010年5月にカウンターパート6名を招聘
研修（現地）	15種類の研修を実施
研修（第三国）	2008年10月にカウンターパート10名をシリアに派遣 2010年3月にカウンターパート14名をモロッコに派遣
資機材の提供	モニタリング・スーパービジョンのための車両を4台 VHC用の医療機材 パソコン及びプリンター コミュニティ開発プロジェクト用機材 <ul style="list-style-type: none"> ● 灌漑用機械とビニールハウス ● 幼稚園用遊具 ● 集会用機材
VHCs改修工事	24カ所のVHCの改修（38,857,500JD≒4,439,000円（2011年7月JICA統制レート））
現地活動費	約1,298,000JD（≒148,272,000円（2011年7月JICA統制レート））

(2) ヨルダン側投入実績

以下に、2011年2月現在のプロジェクトに対するヨルダン側からの投入を示す。詳細については付属資料7を参照のこと。

- － カウンターパートの配置
- － プロジェクトの事務所を含む土地及び施設の提供
- － 保健省が、研修経費、村落ヘルスセンター（Village Health Center : VHC）の改修、プロジェクトに関係する保健関係者の給与、印刷・製本、ガソリン代、光熱水料、電話代等の運営費用の歳出予算計上

中間レビュー調査の提言を受け、2009年10月に経常経費の負担についてJICA及び保健省間で合意文書を作成した。右合意内容は基本的に遵守されたが、保健省本省関係者の交通費はヨルダン側負担だったが、JICA側が負担することがあった。

3 - 2 プロジェクトの実績

(1) プロジェクト活動の実績

成果に係るプロジェクト活動実績を以下に示す。

成果1	
フォーカルエリアで女性の健康とエンパワメントに関するプロジェクト活動に対する支援的環境が整備される。	
活動	達成事項
1-1. 関係機関やフォーカルエリアの住民に対し、プロジェクト開始セレモニー、リーフレット配布、住民集会などを通じて活動の目的について説明する。	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト開始イベントを5回実施し、合計286名の参加者を得た。(2006.11-2007.2) プロジェクトの広報リーフレットを作成し、地域住民・団体に配布した。(2006.11-2007.2) プロジェクトを紹介するための市民集会を5回開催した。(2007.6-8)
1-2. フォーカルエリア内のコミュニティが地域委員会を組織するのを支援する。	<ul style="list-style-type: none"> 対象地域全73村のフォーカルエリア 6村において、各村男性4名、女性4名、若者4名の12名からなる地域諮問委員会 (local advisory committee) を設立した。(2007.10-2008.3)
1-3. 地域委員会によるニーズ同定を支援する。	<ul style="list-style-type: none"> 住民のニーズ同定にかかわる活動は、ヨルダン人間開発基金 (Jordan Hashemite Fund for Human Development : JOHUD) に委託された。 住民のニーズを同定することを目的に、地域諮問委員会が会合をもった。(2007.10-2008.3) コミュニティのニーズ同定を目的としたワークショップを開催した。(2008.6)
1-4. 地域委員会のコミュニティ開発の計画立案を支援する。	<ul style="list-style-type: none"> 地域諮問委員会が地域密着型組織 (Community-Based Organization : CBO) を設立した。 外部コンサルタント委託による実現可能性調査結果に基づいて、フォーカルエリア3村¹におけるコミュニティ開発プロジェクトの内容を決定した。(2010.6)
1-5. 地域委員会によるコミュニティ開発プロジェクトの実施を支援する。	<ul style="list-style-type: none"> CBOセンター2施設の改修を行った。(2008.10-2009.3) 地域開発事業計画・実施ワークショップを実施した。(2009.1-3) アカバで実施された「国際コンピューター操作資格研修」に若者12名を派遣した。(2009.2) Feasibility Study (2009年10月) の報告に基づき3村に機材供与を計画したが、供与時期が遅延し2010年12月-2011年3月となった。 Al Ghal CBOへ供与したグリーンハウスは10月から作付けがスタートする予定。Tassan CBO及びQraun CBOの供与機材は現在有効活用されている。

成果2	
フォーカルエリアで男性及び若者のRH/FP及び女性のエンパワメントに対する態度が改善する。	
活動	達成事項
2-1. プロジェクトのフォーカルエリアを選定するための調査を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> 住民へのインタビュー調査 (2006.9-2007.9) に基づいて、2007年9月までにHPCが作成した選定基準に従いフォーカルエリア6村を選定した。(2007.9)
2-2. RH/FP及び女性のエンパワメントに関するKAP (知識・態度・行動) ベースライン調査を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> HPCとJICA専門家がHPCと保健省の職員8名を対象に調査方法の研修を実施した。(2007.4-9) 「ヨルダン家族計画・WIDプロジェクト フェーズII (The Project on Family Planning and Gender in Development) 2000-2003」で養成された家庭訪問員11名をインタビュー調査員とし、彼女らと他のフィールドスタッフ (フィールドスーパーバイザー、質問票点検員) 計15名に対して調査手法に関する研修を実施した。(2007.10-2008.3)

¹ 中間レビュー直後のJPSC (2009年8月) において、フォーカルエリアの対象村を6村から3村とすることが合意されている。

	<ul style="list-style-type: none"> 2県6村の男性（結婚経験あり）及び若者対象（未婚男女）180名を対象に、RH/FP及び女性のエンパワメントに関するKAP調査を実施した。（2007.10-2008.3）
2-3. アドボカシー／行動変容のためのコミュニケーション（Behavior Change Communication：BCC）ガイドラインを作成する。	<ul style="list-style-type: none"> 2009年7月にアドボカシー／BCCガイドラインが最終確定した。
2-4. RH/FP及び女性のエンパワメントに関する知識普及活動（Information, Education and Communication：IEC）教材を入手する。	<ul style="list-style-type: none"> 他の保健関連プロジェクト（米国国際開発庁（United States Agency for International Development：USAID）、Johns Hopkins University、Save the children、UNICEF等）や保健省（Ministry of Health：MOH）、教育機関が作成したRH/FP及び女性のエンパワメントに関する教材を119種類入手した。 そのうち、プロジェクトのコンセプトに合致する内容の教材8種類（家族計画、女性の健康、女性虐待など）を選択し、入手元に承認を得たうえでプロジェクトの対象者に印刷、配布した。
2-5. 男性及び若者を対象としたRH/FP及び女性のエンパワメントに関する啓発ワークショップを実施する。	<ul style="list-style-type: none"> フォーカルエリア6村で啓発活動の一環として家族健康祭りを実施した。（2008.8） フォーカルエリアで男性対象の啓発ワークショップ（家族計画（Family Planning：FP）における男性の役割、RH/FP、女性のエンパワメントなど）を実施した。（全25回、参加者総数：436名） フォーカルエリアで男性対象の家庭訪問を実施した。（3村15名） フォーカルエリアで若者対象の啓発ワークショップ（健康的な生活スタイル、思春期と成熟、FP、女性のエンパワメントなど）を実施した。（全25回、参加者総数：女性164名、男性264名）
2-6. 対象集団の知識・態度・行動（Knowledge, Attitude and Practice：KAP）の変化を評価する。	<ul style="list-style-type: none"> 2011年1-3月にエンドライン調査の一環としてKAP調査を実施した。 調査結果は指標の達成度を参照のこと。

成果3 対象地域で家族計画に関する女性の知識及びRH/セルフ・エンパワメントに向けた態度が向上する。	
活動	達成事項
3-1. 予備調査及びベースライン調査を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ヨルダン南部地域4県でVHCのある74村より統計局が29村（カラク12村、タフィーレ4村、マアン9村、アカバ4村）を人口に基づいて無作為抽出した。その29村の住民から女性915名が無作為抽出により選出され、うち、結婚経験のある15歳から49歳であり調査協力を受諾した女性807名をKAP調査の分析対象とした。
3-2. RH/FP及び女性のセルフ・エンパワメント向上のための家庭訪問ガイドラインを作成する。	<ul style="list-style-type: none"> 家庭訪問ガイドラインは、VHCガイドラインの一部として作成した（2008.8）。 その後2009年7月に、単独での家庭訪問ガイドライン第1版を作成した。 家庭訪問ガイドライン改訂版は2010年10月に保健省公認となり、2011年4月に関係機関に配布された。
3-3. 家庭訪問ガイドラインに従って、ヘルス・エドゥケーターを訓練する。	<ul style="list-style-type: none"> 保健省主導のもと、対象4県で55名のヘルス・エドゥケーターに対し、家庭訪問を含むプライマリー・ヘルス・ケアに関する研修を実施した（理論1カ月、実習2カ月）（指導者研修や研修教材作成に係る活動の詳細は活動4-6を参照）。（2008.8、10-12） Johns Hopkins Universityのプロジェクトと共同でArab Women Speak Outワークショップが開催され、コミュニケーションスキルについての研修を実施した。（2009.5-2010.1、参加者90名） Queen Zein Al Sharaf Institute for Developmentに委託し、4県でジェンダー/RH研修を実施した。ヘルス・エドゥケーターのほか、既存の保健医療従事者も参加した（参加者131名）。（2009.2-3、6）

	<ul style="list-style-type: none"> ● 家庭訪問オリエンテーション：参加者76名（2009.8-2010.1） ● 避妊具ロジスティクスシステム研修：99名（2009.6-2010.1）
3-4. 訓練を受けたヘルス・エドゥケーターによる家庭訪問活動を導入する。	<ul style="list-style-type: none"> ● ヘルス・エドゥケーターは 村落ヘルスセンターに配属後、それぞれの村で家庭訪問を開始した。 ● 家庭訪問は、2009年7月より徐々に開始された。 ● 2010年1月から2011年5月までにヘルス・エドゥケーターらが合計6,463回の家庭訪問を実施している。 ● 家庭訪問では、家族状況や健康状態の把握のほか、女性のエンパワメント、RH、子供の健康についての情報及び家族計画についてのカウンセリングを提供している。 ● 対象女性や家族に異常が疑われる場合や希望のあった場合は、総合保健センター（Comprehensive Health Center：CHC）やプライマリー・ヘルスセンター（Primary Health Centers：PHC）などにリファーしている。また、2011年5月までのリファラル数は1,113件で、うち780件が医療施設への訪問が確認された。
3-5. ヘルス・エドゥケーターの業務内容をモニタリング、監督指導する。	<ul style="list-style-type: none"> ● 各村落ヘルスセンターを管轄するリファラルヘルスセンターの助産師が家庭訪問コーディネーターを勤め、家庭訪問ガイドラインに従って月1回程度の支援型監督指導を実施している。 ● プロジェクトが任用しているRHフィールド技術アシスタント（2010年12月まで）や「ヨルダン家族計画・WIDプロジェクト フェーズII（The Project on Family Planning and Gender in Development）2000-2003」で養成されたカラク県CST（Community Support Team）の家庭訪問員は、ヘルス・エドゥケーターの家庭訪問技術向上のためのOJTを提供した（2010年3月まで）。 ● フィードバックは毎月の定例会合で行われ、その機会を活用し、補完研修も行っている。
3-6. 対象集団における家庭訪問がRH/FP及び女性のエンパワメントに及ぼす影響についてエンドライン調査を実施して評価する。	<ul style="list-style-type: none"> ● 女性の態度の変化やエンパワメントに関するプロジェクト介入効果検証のためのエンドライン調査を南部4県、754名に対して実施した。（2011.1-3） ● RH/FPに関する知識、態度に対する家庭訪問の介入効果検証のためのエンドライン調査は、介入時に調査したサンプルから各県より150ずつのサンプル（計600）をランダム抽出して実施した。（2011.1-3）

<p>成果4 対象となっている村落ヘルスセンターで質の高いRH/FPサービスが提供される。</p>	
活動	達成事項
4-1. 村落ヘルスセンターにおけるFP/RHサービスの現状とニーズを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> ● RH/FPに関するニーズ調査を行った。（2007.4-9） ● 調査レポートを作成し、保健省、4保健局長と HPC に提出した。（2007.10-2008.3）
4-2. FP/RHを含む保健サービスのガイドラインを作成する。	<ul style="list-style-type: none"> ● 村落ヘルスセンターガイドライン第1版が2009年7月に完成した。 ● 村落ヘルスセンターでのサービス提供や家庭訪問サービスに関連する以下の3種のガイドライン（英語版、アラビア語版）が完成し、2011年3月に各VHC、CHC及びPHCに配布された。 “Operational Manual for Village Health Centers in the South Region” “Practical Guide for Health Educators and Nurses at Village Health Centers in the Southern Region” “Home- Visit Guidelines for Health Educators and Nurses in Village Health Centers in the South Region” ● 村落ヘルスセンター及びヘルス・エドゥケーターのモニタリングは、上述のガイドライン掲載のチェックリストを含む報告様式に沿って継続されている。

4-3. 保健省が村落ヘルスセンターでのRH/FPサービス提供に必要な人材を配置するよう働きかける。	<ul style="list-style-type: none"> 2008年4月に保健省は55名のヘルス・エドゥケーターを新規雇用²した。 VHC施設がある村に在住し、高卒程度の学歴以上の人材が雇用された。
4-4. 在庫表をアップデートすることにより、村落ヘルスセンター等の医療施設の人材、施設設備の現状を評価する。	<ul style="list-style-type: none"> 各VHC70カ所の人材及び機材リストを作成した。(2006.12-2007.5) VHC70カ所の機材リストをアップデートした。(2008.6-8) リファラルヘルスセンター48カ所の機材リストを作成した。(2006.9-2007.3)
4-5. 必要に応じて医療施設の改修、機材提供を行い、設備インフラを強化する。	<ul style="list-style-type: none"> 南部4県保健局とMOH本省の研修室に機材と家具を設置した。(2007.10-2008.3) VHCに医療機材と家具を設置した。(2008.10-2009.3) VHC24カ所を改修した。(2008.10-2009.3)
4-6. ヘルス・エドゥケーター向けのRH/FPサービス提供研修システムを構築する。	<ul style="list-style-type: none"> 2008年3-7月に研修マニュアル及びプログラムを作成した。 県保健局職員28名を対象としたトレーニング・オブ・トレーナーズ(TOT)を実施した。(理論：2008.7、実習：2008.10) 上記TOTで養成されたトレーナーが講師となり、ヘルス・エドゥケーター55名の研修を実施した(活動3-3参照)。 ヘルス・エドゥケーター及び既存の村落ヘルスセンタースタッフに向けたRH/プライマリー・ヘルス・ケア(PHC)研修が外部コンサルタントにより南部4県にて実施された(2010.4-7、参加者81名)。 家族計画カウンセリング研修、RH/PHC研修、健康教育をテーマとした研修が南部各4県で実施された(2010.7-9、各研修の参加者は、50名、49名、46名、43名。合計数は108名) ヘルス・エドゥケーター及び既存の村落ヘルスセンタースタッフに向けた赤新月社による基礎的応急処置研修が南部各4県で実施された。(2010.10、参加者61名) 南部4県のスーパーバイザー、家庭訪問コーディネーター、ヘルス・エドゥケーターを対象に、現場での経験共有を目的としたワークショップを開催した(2011.5、参加者60名)
4-7. 村落ヘルスセンターにおけるRH/FPサービス提供に係る監督指導及びモニタリング評価を強化する。	<ul style="list-style-type: none"> “Operational Manual for Village Health Centers in the South Region”で村落ヘルスセンターのサービスに対するモニタリング手順を規定した。 上述のマニュアルに従って、助産師・看護師スーパーバイザーや保健省女性子ども健康局・家族計画課主任により、2-3カ月に1回程度の支援型監督指導が実施されている。

成果5 プロジェクトの経験、成果の普及に向けた、RH/FP及び女性のエンパワメントに関する政策の作成、広報活動が実施される。	
活動	達成事項
5-1. プロジェクトの経験、成果を取りまとめる。	<ul style="list-style-type: none"> 他州への活動展開(ベストプラクティスのスケールアップ)を念頭に置いた文書作成(Draft Policy Brief)は、終了時評価調査以降に作業開始予定。 Dissemination Seminar実施予定の2011年7月21日までに第1稿が完成する見込みである。
5-2. 取りまとめ結果に基づき、合同政策/運営委員会にて政策提言をドラフトする。	<ul style="list-style-type: none"> 2011年6月開催の技術マネジメント委員会においてプロジェクトからの政策提言に関する検討がなされた。 技術マネジメント委員会での政策提言(Policy Brief)に関する協議を経て、2011年8月開催予定のJPSCにてプロジェクトとしての最終的な承認を受ける予定である。

² 公式な職位はサービスワーカーであるが、JPSCにおいてプロジェクト内の呼称を「ヘルス・エドゥケーター」とすることが合意されている。

5-3. 毎年、地域ワークショップを実施する。	<ul style="list-style-type: none"> • JICA/RHプロジェクトの専門家及びカウンターパートの出席を得て、アンマン及びアカバにおいて本プロジェクト主催で以下の近隣諸国（アフガニスタン、インド、パレスチナ、シリア及びスーダン）との地域ワークショップ（イスラムコミュニティ経験共有ワークショップ）を開催した。（2008.6） • “Strengthening Relationship and Communication between Health Centers and Communities – Home Visit Program”ワークショップが、南部各4県で実施された。（2010.3） • 2011年7月に南部4県で地域ワークショップを開催予定である。
5-4. メディアを通じて経験を伝播する。	<ul style="list-style-type: none"> • プロジェクト活動の紹介のためのプレスツアーを2010年3月に実施した。 • 2011年6月にヨルダンテレビによるプロジェクト活動紹介用のビデオ撮影が実施された。 • 本ビデオは国家フォーラムで上映される予定であり、テレビ放映も検討されている。
5-5. 全国的なプロジェクト経験、成果普及に向けた国家フォーラムを開催する。	<ul style="list-style-type: none"> • プロジェクト関係者のほか全県の保健局、開発パートナー機関等、150名程度の規模で、国家フォーラムを2011年7月21日に開催予定。

(2) 成果の達成度

本プロジェクトでは、成果やプロジェクト目標の達成度測定に統計学的有意差検定を採用している。このことにより、プロジェクトによる介入効果を客観的に示すことが可能となり、より精度の高いエビデンスを示すことが可能となる。

しかしながら、プロジェクト開始当初は統計学的有意差をもって指標の達成度を測定することは想定されていなかったこともあり、ベースライン調査やエンドライン調査の条件設定（サンプルサイズ、調査期間、データ収集方法、調査対象、調査項目など）が1つの調査パッケージとして詳細にデザインされていなかった。そのため、いくつかの項目については、調査結果にバイアスが生じていることが否定できない。また、有意差は「介入前後のデータの差は意味のある差であるか否か」を示しているに過ぎず、サンプルサイズや選択した統計手法などによって有意差の発現は大きく影響を受ける。言い換えれば、有意差が生じていても、必ずしも期待されるレベルの介入効果が発現していない場合があり、有意差が生じていなくとも、大きな効果を確認する場合もある。

本評価チームは、各指標の達成度に基づいて判断しつつも、これらの条件を想定に入れ、「目的とする成果が期待されるレベルで達成しているか」との観点で総合的に判断した。

1) 成果1

終了時評価時点の成果1の達成度は限定的である。

成果1では、当初RH/FPや女性のエンパワメントに係る男性の巻き込みに関するプロジェクト活動を円滑に推進するため、プロジェクト活動に対する支援的環境を醸成することを目的としていた。しかしながら、以下の指標の達成状況に示される様々な外部要因によって地域密着型組織の構築や、当該組織によるコミュニティ開発事業の実施に大きな遅延が生じた。また、活動の遅延により成果1以外の活動への影響が危惧されたことにより、中間レビュー時の提言に基づき、本成果の活動は縮小されている。したがって、本成果のプロジェクト目標達成への貢献度は限定的であったと言わざるを得ない。

他方、RH/FPや女性のエンパワメントを通じた女性の健康向上に対する男性の巻き込みの重要性、必要性は、国際的な共通認識となりつつある。「プロジェクト目標達成のための成果」との観点では、成果1は十分な貢献を認められなかったが、イスラム国家の地方部、特に貧困地域における女性の健康に向けた男性へのアプローチに関して、重要な前例、教訓を引き出したものと考えることができる。

成果1の指標の達成度を以下に示す。

【成果1】 フォーカルエリアで女性の健康とエンパワメントに関するプロジェクト活動に対する支援的環境が整備される。	
指標	達成状況
【1-1：支援的環境】 フォーカルエリアに住む15歳以上の人々の80%が、少なくとも1つ以上の女性の健康向上及びエンパワメントにかかわるプロジェクト活動に参加している。	<ul style="list-style-type: none"> 80%の達成目標との観点からは、本指標は達成されていない（達成度：3つのフォーカルエリアの平均は52%）。 3つのフォーカルエリアには参加度に差異が認められている（ガル村：94%、グレイン村：35%、タッサン村：66%）。 2つの村で目標値に到達できなかった理由は、コミュニティ内に複数の部族が存在による協力度合いの差や協力関係を構築してきたコミュニティ指導者が亡くなったことなどの外部要因が影響したことで説明できる。
【1-2：支援的環境】 2011年までに、それぞれのフォーカルエリアにおいて少なくとも1つのコミュニティ開発活動が計画される。	<ul style="list-style-type: none"> 各フォーカルエリアに1つのコミュニティ開発プロジェクトが計画・実施され、本指標は達成された。 実施に遅延があり、このことは、フォーカルエリア固有の問題ともあいまって、支援的環境の醸成に影響を及ぼす結果となった。他方、上述のとおりコミュニティ開発プロジェクトの実施が最も遅れたガル村が最も本プロジェクト活動の参加率が良好であったことから、コミュニティ全体としての協力関係構築には多くの要因が影響することが示唆される。

2) 成果2

終了時評価時点において、成果2は部分的に達成している。

成果2では、フォーカルエリアにおいて男性及び若者のRH/FP及び女性のエンパワメントに対する態度の向上をめざすものである。しかしながら、成果1での男性に対するアプローチに十分な進捗が認められず、男性や若者への直接的なアプローチに係る活動は限定的であった。また、フォーカルエリア内の対象村落ヘルスセンター3カ所のうち2カ所にヘルス・エドゥケーターが配置されていないこともあり、男性や若者の女性の健康に対する理解について向上が確認されたものの、実際のサービス利用に向けた態度では向上が確認できなかった。

しかしながら、男性や若者の啓発活動に対する参加度が高かったガル村（94%）では、家庭訪問を受けた女性の避妊実行率が、40%から80%に増加しており、家庭訪問対象全村の中、もっとも高い避妊実行率を示している。このことから、男性や若者が女性の健康向上、エンパワメントにかかわる活動に参加することが、女性の避妊実行率の向上に貢献することが示唆される。また、本評価チームによるインタビュー調査でも、村落ヘルスセンターにヘルス・エドゥケーターが配置されているコミュニティでは、ヘルス・エドゥケーターによる女性へのアプローチを通じた男性への間接的な影響（家族計画について夫婦間で話すようになった、妻の健康管理に関心を持つようになった等）も確認されており、村落ヘルスセンターや家庭訪問などでのヘルス・エドゥケーターによるサービスの提供が男性の態度に正のインパクト

をもたらしていることが確認されている。

成果2の指標の達成度を以下に示す。

【成果2】 フォーカルエリアで男性及び若者のRH/FP及び女性のエンパワメントに対する態度が改善する。	
指標	達成度
<p>【2-1：RH/FP-男性】 対象コホートの「男性の“女性の健康のためのRH/FP”に対する態度」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「男性の“女性の健康のためのRH/FP”に対する態度」の平均スコアは2008年と2011年で有意な低下を認めた (24.8 ± 3.0 vs. 19.8 ± 4.1 [range : 14-32] , paired sample t-test, $p < 0.001$, $n = 31$: スコアが小さいほど態度が向上していることを意味している)。 サンプルサイズは小さいものの、このことは「男性の“女性の健康のためのRH/FP”に対する態度」がプロジェクトの介入後に向上したことを伺わせる。
<p>【2-2：RH/FP-男性】 対象コホートの「男性の“RH/FPにおける男性の巻き込み”に対する態度」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「男性の“RH/FPにおける男性の巻き込み”に対する態度」の平均スコアは2008年と2011年で有意な低下を認めた (38.4 ± 4.3 vs. 32.8 ± 3.7 [range : 26-44] , paired sample t-test, $p = 0.001$, $n = 31$: スコアが小さいほど態度が向上していることを意味している)。 サンプルサイズは小さいものの、このことは「男性の“RH/FPにおける男性の巻き込み”に対する態度」がプロジェクトの介入後に向上したことを伺わせる。
<p>【2-3：RH/FP-男性】 対象コホートの「男性の“女性のRH/FPサービス利用”に対する態度」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「男性の“女性のRH/FPサービス利用”に対する態度」を示すスコアは、2008年と2011年でそれぞれ 4.2 ± 1.5 及び 3.9 ± 1.3 (range : 3-8) であり、危険率5%での有意差は確認されなかった (paired sample t-test, $p = 0.221$, $n = 31$)。 「男性の“女性のRH/FPサービス利用”に対する態度」は有意差を持った差は確認されなかったため、本指標は達成されなかった。しかしながら、フォーカルエリア内の対象村落ヘルスセンター3カ所のうち2カ所はヘルス・エドューケーターが配置されていなかった。このことで、「男性の“女性の健康のためのRH/FP”に対する態度」が向上したにもかかわらず、女性のRH/FPサービス利用の態度が向上しなかった理由を説明できる。
<p>【2-4：RH/FP-若者】 対象コホートの「若者“女性の健康のためのRH/FP”に対する態度」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「若者の“女性の健康のためのRH/FP”に対する態度」を示すスコアは、2008年と2011年でそれぞれ 19.2 ± 2.5 及び 18.3 ± 2.7 (range : 15-25) であり、危険率5%での有意差は確認されなかった (paired sample t-test, $p = 0.181$, $n = 35$)。 「若者の“女性の健康のためのRH/FP”に対する態度」は、有意差を持った差は確認されなかったため、本指標は達成されなかった。 このことはサンプルサイズが小さかったことや、若者には女性の健康に対する認識の異なるグループ(男女)を含んでいることなども要因であると説明できる。
<p>【2-5：エンパワメント-男性】 対象コホートの「男性の“女性のエンパワメント”に対する態度」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「男性の“女性のエンパワメント”に対する態度」を示すスコアは、2008年と2011年でそれぞれ 9.4 ± 1.7 及び 9.2 ± 2.0 (range : 6-13) であり、危険率5%での有意差は確認されなかった (paired sample t-test, $p = 0.628$, $n = 31$)。 「男性の“女性のエンパワメント”に対する態度」は、有意差を持った差は確認されなかったため、本指標は達成されなかった。 未達成であった理由はOVI 2-4に同じ。
<p>【2-6：エンパワメント-若者】 対象コホートの「若者の“女性のエンパワメント”に対する態度」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「若者の“女性のエンパワメント”に対する態度」を示すスコアは、2008年と2011年でそれぞれ 4.7 ± 1 及び 4.6 ± 0.9 (range : 3-7) であり、危険率5%での有意差は確認されなかった (paired sample t-test, $p = 0.595$, $n = 35$)。 「若者の“女性の健康のエンパワメント”に対する態度」は、有意差を持った差は確認されなかったため、本指標は達成されなかった。 未達成であった理由はOVI 2-4に同じ。

3) 成果3

いくつかの成果は達成されておらず、達成度測定に使用できないものもあったが、成果3はおおむね達成していると考えられる。

本成果では、女性のRH/FP及びセルフ・エンパワメントに対する態度の向上をめざしている。RH/FPに関してはいくつかの指標で100%の達成率が求められていたが、約500名の対象者のすべてについて知識や態度の向上を達成するのは、指標としての達成目標が高かったと言える。しかしながら、避妊方法や入手方法に関する知識は一定の向上が認められている。RH関連臨床検査を受けることの重要性や産前・産後ケア、子供のケアに関する指標については以下の指標の達成状況に示す理由により使用できなかったが、本評価チームによるフィールド調査では村落ヘルスセンターの利用者数は向上しているとの現状を確認している。

他方、女性のセルフ・エンパワメントに関しては、指標の達成度からはその向上は確認された。他方、有意ではあったが、その上昇は必ずしも十分なものではなかった。女性のセルフ・エンパワメントは男性との関係の中で醸成されていくものであり、女性の態度の変化だけである程度完結される避妊方法や有害作用の知識と比較して、向上が数値として発現しにくいものと思料される。しかしながら、本調査チームによるフィールド調査では、意思決定能力や自己健康管理に対する気付きが向上したとの意見も多く聞かれており、女性のセルフ・エンパワメントについても一定の向上が認められたものと考えられる。

成果3の達成度を以下に示す。

【成果3】 対象地域で家族計画に関する女性の知識及びRH/セルフ・エンパワメントに向けた態度が向上する。	
指標	達成度
【3-1：家族計画】 2011年までに、家庭訪問を受けたすべての女性がヨルダンで利用可能なすべての避妊方法を知っている。	<ul style="list-style-type: none"> 100%の達成目標との観点からは、本指標は達成されていない（達成度：70.7%）。 すべての避妊方法に関する知識がある女性の比率は、プレテスト（2009年8月-2010年11月実施）に比較してポストテスト（2011年1月-3月実施）で有意な上昇が観察された（34.5% vs. 70.7%, $p < 0.001$: McNemar test, $n = 500$）。 また、家庭訪問を受けた女性が知っている避妊方法の平均数は、プレテストに比較してポストテストで有意な上昇を認めた（7.1 ± 2.1 vs. 8.4 ± 1.2 [range : 0-9] , $p < 0.0001$: paired Student's t-test）。
【3-2：家族計画】 2011年までに、家庭訪問を受けたすべての女性が利用できる避妊方法を入手するための支援が受けられる保健施設または医療従事者を1つ（1人）知っている。	<ul style="list-style-type: none"> 100%の達成目標との観点からは、本指標は達成されていない（達成度：99.2%）。 しかしながら、利用できる避妊方法を入手するための支援が受けられる保健施設または医療従事者を1つ（1人）知っている女性の比率は、プレテストに比較してポストテストで有意な上昇が観察された（97.1% vs. 99.2%, $p < 0.05$: McNemar test, $n = 510$）。 また、家庭訪問を受けた女性が知っている避妊方法を入手するための支援が受けられる保健施設または医療従事者の平均数は、スチューデントのt検定において有意な上昇を認めた（3.9 ± 2.5 vs. 5.7 ± 2.7, $p < 0.0001$: paired Student's t-test）。

<p>【3-3：家族計画】 2011年までに、家庭訪問を受けたすべての女性が、ヨルダンで利用できる避妊方法の有害作用を少なくとも2つ知っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 100%の達成目標との観点からは、本指標は達成されていない（達成度：84%）。 しかしながら、家庭訪問を受けた女性が知っている避妊方法の有害作用の平均は3以上となっている（平均：3.4±1.9個）。 プレテストでは調査対象の女性が当時使用している避妊方法で知っている有害作用の数を調査していたが、ポストテストでは避妊方法の一般的な有害作用について調査しているため、家庭訪問導入前後の知識の向上を直接比較することは出来ない。
<p>【3-4：リプロダクティブヘルス】 2011年までに、家庭訪問を受けた女性の90%がRH関連臨床検査（妊娠期間中の糖尿病／尿／貧血検査及び生殖管、尿路感染に関する検査）を受けることが重要であると感じる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> RH関連臨床検査を受けることが重要であると感じる女性の割合について、ポストテストでの達成度は99.4%であり目標値である90%を超えたことから本指標は達成されているが、プレテストの時点で90%を超えている（97.5%）。したがって、評価チームは本指標は適切に成果3の達成度を反映していないと判断し、成果の達成度測定には使用しなかった。（評価チームによる指標の適切性の検証） 参考までに、RH関連臨床検査を受けることが重要であると感じている女性の割合はプレテストに比較してポストテストで有意な上昇を認めた（97.5% vs. 99.4%, $p < 0.01$: McNemar test, $n = 518$）。 家庭訪問を受けた女性の知っているRH関連臨床検査の数はプレテストに比較してポストテストで有意な上昇を認めている（2.5±1.0 vs. 3.1±1.0, $p < 0.0001$: paired Student's T-test）。
<p>【3-5：リプロダクティブヘルス】 2011年までに、家庭訪問を受けた女性の90%がRH関連サービス（FP、産前・産後ケア及び子供のケア）を受けることが重要であると感じる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> RH関連サービスを受けることが重要であると感じる女性の割合について、ポストテストでの達成度は99.4%であり目標値である90%を超えたことから本指標は達成されているが、プレテストの時点でほぼ目標値の90%に到達している（89.1%）。したがって、評価チームは本指標は適切に成果3の達成度を反映していないと判断し、成果の達成度測定には使用しなかった。（評価チームによる指標の適切性の検証） 参考までに、少なくとも1つ以上のRH関連サービスを受けることが重要であると感じる女性の割合は、プレテストに比較してポストテストで有意な上昇を認めた（89.1% vs. 93.9%, $p < 0.01$: McNemar test, $n = 514$）。 家庭訪問を受けた女性が重要であると感じているRH関連サービスの数は、プレテストに比較してポストテストで有意な上昇を認めている（2.5±1.6 vs. 3.1±1.5, $p < 0.0001$）。
<p>【3-6：セルフ・エンパワメント】 心理的健康 対象コホートの「自信／自己尊重（自尊心）、自律性、環境の制御及び自己受容で表される心理的健康の4主要領域」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 心理的健康状態は有意差をもった上昇は確認されなかったため、本指標は達成されなかった。 心理学的健康状態を示すスコアは2008年と2011年でそれぞれ24.4±2.4及び24.5±2.5 [range : 9-27] であり、危険率5%での有意差は確認されなかった（Wilcoxon signed ranks test, $p = 0.186$, $n = 690$）。
<p>【3-7：セルフ・エンパワメント】 意思決定 対象コホートの「彼女らの意思決定能力への気付き」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 心理学的健康状態を示すスコアは2008年と2011年でそれぞれ25.8±4.6及び26.3±4.2 [range : 9-36] で、危険率5%で有意差が認められた（Wilcoxon signed ranks test, $p = 0.007$, $n = 690$）。 「彼女らの意思決定能力への気付き」の状態は統計学的有意差をもった上昇が示されたので、本指標は達成されたと言えることが出来る。しかしながら、上昇を示すスコアの平均値の差はわずか0.5であり、意思決定の状態が十分に上昇したかと判断するのは困難であると思料される。

<p>【3-8：エンパワメント】 自己健康管理 対象コホートの「自己健康管理の重要性への気付き」が2008年から2011年に統計学的有意差をもって向上する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 心理学的健康状態を示すスコアは2008年と2011年でそれぞれ8.96±2.32及び9.10±1.82 [range: 0-15] で、危険率1%で有意差が認められた (Wilcoxon signed ranks test, p<0.001, n=690)。 「自己健康管理の重要性への気付き」の状態は統計学的有意差をもった上昇が示されたので、本指標は達成されたと言えることが出来る。しかしながら、上昇を示すスコアの平均値の差はわずか0.04であり、意思決定の状態が十分に上昇したと判断するのは困難であると思料される。
--	---

4) 成果4

終了時評価時点において、成果4の指標はおおむね達成されている。

以下に示すとおり、村落ヘルスセンターに駐在するヘルス・エドゥケーターがほとんどが、ガイドラインに沿ったRH/FPサービスを提供しており、95%の利用者がそのサービスに満足していると回答をしている。したがって、対象となっている村落ヘルスセンターでは一定レベルのRH/FPサービスが提供されているものと思料される。

また、詳細は「インパクト」の項で述べるが、ヘルス・エドゥケーターはコミュニティの住人のRH/FPを含む保健医療サービスへのエントリーポイントとなっており、ヘルス・エドゥケーターによる村落ヘルスセンターでのサービスや家庭訪問の有用性が確認されている。

他方、RH/FPや女性のエンパワメントを主要な業務内容とするヘルス・エドゥケーター制度における男性エドゥケーターの役割や円滑な活動のための役職名、雇用を含むヘルス・エドゥケーターの村落ヘルスセンター配置に関する問題も惹起されているが、詳細は「インパクト」の項で述べる。

成果4の達成度を以下に示す。

【成果4】 対象となっている村落ヘルスセンターで質の高いRH/FPサービスが提供される。	
指標	達成度
<p>【4-1：サービス】 村落ヘルスセンターのヘルス・エドゥケーターの90%が、ガイドラインに沿ったRH/FPサービスを提供している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 保健省に雇用されたヘルス・エドゥケーター55名のうち、これまでに2名が異動している。また、男性ヘルス・エドゥケーター5名は自己判断でRH/FPに係るサービスを行わず、プライマリー・ヘルス・ケア分野の業務を村落ヘルスセンターで実施している。さらに、5名のヘルス・エドゥケーターはやむを得ない理由にてCHCまたはPHCに勤務しており、解析には残りの43名が供された。 43名中42名（98%）のヘルス・エドゥケーターは、ガイドラインに従ったRH/FPサービスを村落ヘルスセンターで提供していた。 43名中35名（81.4%）のヘルス・エドゥケーターは、モニタリング用チェックリストで「良」と評価されている。
<p>【4-2：サービス】 2011年までに、村落ヘルスセンターを利用する対象女性の80%がサービスの質に満足している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 425サンプルが解析に供された。満足度は8つの項目についてスコアを測定して判断され、満点は14ポイントである。スコアが10ポイント以上であった場合を「満足している」と判断した。 村落ヘルスセンターを利用する425名の女性のうち403名（95%）がサービスの質について満足していると回答しており、本指標の目標値「80%以上」を達成している（満点：61.2%、10-13ポイント：33.7%）。 満足度スコアの平均は13.1±1.6 (range: 0-14) であった。

5) 成果5

成果5は、プロジェクト期間終了までに達成される見込みである。

以下に示すとおり、終了時評価時点で政策提言案はドラフト中であるが、最終的には3つ以

上の政策提言案がJPSCで承認されることが見込まれている。

他方、指標では「それぞれの成果から1つずつの政策提言案の作成」が条件づけられているが、成果1及び2では十分なエビデンスが得られていないため、成果1及び2からは政策提言案を作成することは困難である。しかしながら、成果3及び4からはRH/FPや女性のエンパワメント、ヘルス・エデュケーター制度に係る知見が多く得られていることから、十分な数の政策提言案がプロジェクト成果に基づいて作成されるものと考えられる。

また、成果5として近隣国との地域ワークショップなどを通じたプロジェクト経験の共有や成果普及に向けた活動が実施されており、将来的なプロジェクト成果の維持、発展に向けた基盤が構築されたものと考えられる。

成果5の達成度を以下に示す。

【成果5】 プロジェクトの経験、成果の普及に向けた、RH/FP及び女性のエンパワメントに関する政策の作成、広報活動が実施される。	
指標	達成度
【5-1：政策】 2011年までに、それぞれの成果から少なくとも1つずつの政策提言が作成される。	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクトは各成果より最低1つ以上の政策提言案について作業中である。 政策提言案は実現可能性を考慮して技術マネジメント委員会で絞り込まれ、最終的には3つ以上の政策提言がプロジェクト期間終了までにJPSCで承認される予定である。

(3) プロジェクト目標の達成度

プロジェクト目標は、プロジェクト期間終了までにおおむね達成されることが見込まれる。

成果5の達成度で示したとおり、プロジェクト期間終了までにプロジェクト成果に基づいた政策提言案がJPSCにて承認されることが見込まれている。また、CPRの向上は対象地域全体としては目標値に到達しなかったものの、家庭訪問を受けた女性では目標値に到達している。産後ケアの利用率については目標値の63.2%には大きく届かなかったが、25.0%から36.6%という着実な向上を見せ、パレスチナやシリアなどの近隣地域の平均的な産後ケア利用率である30%台に引き上げたことは大きく評価できる。

他方、RH/FPや女性のエンパワメントに関する男性の巻き込みについては十分な成果が認められなかったものの多くの知見や教訓を引き出した。さらにヘルス・エデュケーターによる村落ヘルスセンターでのサービスや家庭訪問、コミュニティや学校での啓発活動によって対象女性におけるRH/FPの利用率やセルフ・エンパワメントに一定の向上が確認されていることも大いに評価できるものである。

現在の活動の維持、展開に向けていくつかの解決されるべき問題も残されているが、総合的に判断すれば、プロジェクト期間内にその目的はおおむね達成できるものと考えられる。

プロジェクト目標に対する指標の達成度を以下に示す。

【プロジェクト目標】	
対象地域において改善されたRH/FPサービス利用に関するグッド・プラクティスとエビデンスに基づき、RH/FP改善に向けた政策提言がなされる。	
指標	達成度
【1】2011年までに対象地域の避妊実行率（CPR）が2007年の44% ³ から53% ⁴ に上昇する。	<ul style="list-style-type: none"> 対象地域である南部4県の地方部に在住する既婚女性711名（家庭訪問の介入あり：288名、介入なし：423名）が解析に供された。 対象地域全体のCPRは2007年の44.0%から50.4%へと有意な上昇を認めた（McNemar test, $p < 0.01$）が、目標値の53%には到達しなかった。 しかしながら、家庭訪問の介入のあった既婚女性のCPRは介入のなかった既婚女性に比較して高い値を示しており（それぞれ55.6%、49.6%）、目標値である53%に到達している。
【2】2011年までに産後ケアの利用が2008年の25.0%から63.2%へ上昇する。	<ul style="list-style-type: none"> 2歳未満の子供を持つ既婚女性の産後ケア利用率について、2008年と2011年で比較した（それぞれ$n=336$、$n=298$）。 産後ケアの利用率は2008年に比較して2011年で一定の上昇を認めたが、目標値である63.2%には届かなかった。
【3】2011年までに、プロジェクト運営委員会からの承認を経て、本プロジェクトの成果に基づいて作成されたRH/FP政策提言のうち少なくとも3つがHPCまたは保健省に採用される。	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクトは各成果より最低1つ以上の政策提言案について作業中である。 政策提言案は実現可能性を考慮して技術マネジメント委員会で絞り込まれ、最終的には3つ以上の政策提言がプロジェクト期間終了までにJPSCで承認される予定である。

3 - 3 実施プロセスの検証

(1) プロジェクト活動の進捗

プロジェクト活動は活動計画表（PO）に沿って実施されたが、いくつかの内部・外部条件によってその進捗に影響があった。特に、フォーカルエリアでの男性を対象にした活動については対象コミュニティの状況やコミュニティ開発事業の計画策定遅延のため、それに引き続いて実施される活動も大きく遅延し、他の成果達成への影響が危惧されたことから、中間レビュー時の提言に基づいて成果1に係る活動は縮小されている。その結果、男性へのアプローチに係る活動については十分な効果が認められなかったが、ヘルス・エドューケーターを中心とした様々な活動は大きく進展し、最終的なプロジェクト目標の達成に繋がったものと判断される。

また、本格的な保健分野の活動は2008年にヘルス・エドューケーターが雇用された後に実施されたため、それまでの間は実質的な活動は十分でなかった。しかしながら、ヨルダンにおいて計画外の新規職員の採用は容易でなく、実際の雇用につながったことは画期的であると言える。雇用された人員の職位については議論の余地があるところではあるが（後述）、新規雇用に向けた関係者の努力、ヨルダン側のコミットメントは大いに評価できるものである。

(2) プロジェクトマネジメント

本プロジェクトは、事前調査時に双方で合意されたPDM ver. 0（2003年3月29日に討議議事録（R/D）で最終合意）に基づいて、同年9月より5年間の予定で実施された。PDMは指標の具体的数値目標設定や本終了時評価までにプロジェクトを取り巻く現状に則した必要な改訂が

³ プロジェクトで実施したベースライン調査結果より。

⁴ 2007年の南部地域の既婚女性のCPR（ヨルダン全体のCPRは57.1%）：出典：ヨルダン人口家族健康調査2007。

なされ、第7回JPSC（2009年9月）ににおいてPDM version 8として承認されている。

PDMの改訂では書きぶりや論理修正も実施されている。しかしながら、本調査団によるPDMの検証によってもいくつかの理論修正や書きぶりの修正が必要であるカ所が散見されたため、終了時評価用のPDM（PDMe）を関係者確認の上作成し、その基づき実績の確認、指標の達成度測定を実施している（詳細は「第2章 2-2 評価用PDM（PDMe）の作成」を参照のこと）。PDMはプロジェクトの方向性を示すとともに、関係者の共通認識に重要なツールである。したがって、その書きぶりは初見であっても十分に理解できるような内容である必要あり、本プロジェクトにおいてもマネジメントの観点からカウンターパートにプロジェクト活動が理解に十分に理解されていない可能性が危惧される。しかしながら、おおむね半年毎に実施されるJPSCや四半期で開催される技術マネジメント委員会においてPDMに則した活動実績や成果が共有されている。

他方、直接住民に対してRH/FPや女性のエンパワメントの向上を担うヘルス・エドゥケーターは毎月のヘルス・エドゥケーター会議において活動状況の共有や問題解決に向けた協議が実施されているとともに、CHCやPHCなどの家庭訪問コーディネーターによる支援型監督指導も月1回受けている。村落ヘルスセンターに対しては、各県に配置されているスーパーバイザーによって四半期の支援型監督指導を受け、保健省からも四半期の監督指導を受けている。

プロジェクトの運営管理上の問題として、当初プロジェクト活動の実施機関として想定されていたHPCが、本来業務である政策策定に係る業務を中心とした活動に特化することとなった。これに伴い、プロジェクトはHPCが中心的な実施機関となることを想定した成果1及び成果2及びその活動の実施に影響が生じている。本件の詳細は、以下の「効率性」の項で述べる。

(3) 関係者間のコミュニケーション

本プロジェクトは対象地域として南部4県を選定し、そこでの介入効果検証に基づいて中央レベルでの政策提言作成を行うものである。したがって、必然的にヨルダン側の関係機関は多くなり、日本側はJICA専門家チーム、ヨルダン側は活動の責任を担う保健省、政策提言の責任機関であるHPC、プロジェクトサイトでの実際の運営管理を担う4県の保健局と、合計7つの組織がプロジェクト運営の責任機関となっている。このように多くの機関が関係していることにより、活動実施にあたっては各種承認手続きや関係機関間の合意形成に一定の時間と労力を要している。これに加え、プロジェクト事務所がある首都アンマンから各プロジェクトサイトまでは距離的にも遠く、中央と地方の間のコミュニケーションの問題も中間レビュー時に指摘されていた。このことは、終了時評価時点においても課題として残されている。

しかしながら、より精度の高いエビデンスを得るためにはより広い対象地域での活動が必要であると考えられ、活動地域をよりニーズの高い南部4県と設定したことは妥当であるものと考えられる。また、プロジェクトの便益が将来的にヨルダン全体に裨益するためには政策的裏付けが必要であることから、多くの関係機関を巻き込んだ活動は必然とも考えられる。これらの必要性に関してはヨルダン側からも受け入れられており、円滑なコミュニケーションに困難さはあれども、必要なコミュニケーションをとる努力は双方なされていた。県保健局とのコミュニケーションについても、上述したとおり、保健省と県保健局のスーパーバイ

ザーとの間で四半期毎に開催される会議では支援型監督指導の結果が共有されている。また、現場レベルにおいても、スーパーバイザーと県内ヘルス・エドゥケーターで実施される月例会議において、情報共有や問題点解決のための協議、補足的な研修などが実施されており、現時点での関係者間のコミュニケーションは維持されている。

(4) オーナーシップ及び自主性

プロジェクト開始当初は、上述したとおり、多くの関係者のコミュニケーションやプロジェクト実施体制の変更、プロジェクト活動の遅延などの問題から、必ずしもヨルダン側のオーナーシップや自主性が示されていなかった。しかしながら、中間レビュー以降は本邦研修や第三国研修によってよりRH/FPや女性のエンパワメントの重要性、必要性が再確認され、また、徐々に活動成果が目に見えて現れるにつれてヨルダン側のオーナーシップ、自主性とも高まってきている。プロジェクト関係者間で密に協議した結果、ヨルダン側は徐々に運営費用を負担するようになった。

第4章 評価結果

4 - 1 妥当性

以下に示す理由から、プロジェクトの妥当性は、終了時評価時点でも高く維持されている。

(1) ヨルダンにおける保健政策プロジェクト目標の一致性

ヨルダンにおけるリプロダクティブヘルス・母子保健の状況は、妊産婦死亡率41（出生10万対）、避妊実行率42%、合計特殊出生率3.6、人口増加率2.3%（「リプロダクティブヘルス行動計画」（2008年、ヨルダン高等人口審議会）と報告されており、中東地域の比較で見ると良いものの、国内に地域差や、改善率に課題がある。妊産婦死亡率は、1990年に10万に当たり48人と報告されていたので、過去20年での減少率は緩慢であり、2015年までにミレニアム開発目標値である12人/10万人に達成できないとの懸念がもたれている。また、合計特殊出生率も、ヨルダン全国平均では3.6人であるが、南部地域のうちカラク県を除いた他の3県の合計特殊出生率は全国平均より上回っている。特にアカバ県は4.1人と全国一の高さを示している⁵。出産可能年齢女性の約65%が性感染性疾患に罹っているとの報告⁶もあり、女性の健康の質という観点から見ると、ヨルダン女性は、自身の健康に不安を抱えつつ生活しているといえる。

かかる状況のもと、ヨルダン政府はRH/FPへの取り組みを重要視しており、2010年12月発表の「Executive Development Program 2011-2013」でも「社会保障分野」の中の「ヘルスケア」に中期目標としてRH/FPサービス利用率の向上が第1番目に掲げられている。また、HPCは「国家リプロダクティブヘルス行動計画」を発表し、RH/FP政策の支持と向上、サービス提供とアクセシビリティ向上、RH問題に関する啓発強化、行動計画実施強化を2011年の年間計画として発表している。加えて、保健省は「女性のための国家保健政策2006-2011」の中で、女性のエンパワメントをMDG 5（妊産婦の健康の改善）達成のための方策の1つとして示している。1994年のカイロ国際人口開発会議においても、RH/FP向上に向けて女性のエンパワメントを統合した包括的なアプローチをとることが全179の参加国で合意されている。

以上のことから、RH/FPと女性のエンパワメントを統合した包括的アプローチにより女性の健康向上をめざす本プロジェクトの目標は、ヨルダン保健政策のみならず国際的な合意事項との一致性が非常に高く、終了時評価時点でも政策的観点からの妥当性は高く維持されていると判断できる。また、本プロジェクトではRH/FPや女性のエンパワメントにかかわる活動から得られたエビデンスやグッド・プラクティスに基づいて政策提言を作成することを最終的な目標としている。このことは本プロジェクトの活動に政策的裏付けを与えるだけでなく、将来的なヨルダンのRH/FPに係る政策環境の向上に直接的に資するものである。

(2) ターゲットグループのニーズとプロジェクト目標の一致性

ヨルダン農村部のコミュニティには村落ヘルスセンターが設置されているが、原則的に常駐職員はおらず、CHCやPHCの医師が週2回程度の診療サービスを提供しているのみである。また、地理的にも村落ヘルスセンターを含む医療施設へのアクセスが非常に悪いコミュニティも多く存在する。このため基本的医療サービスを受ける機会が少ないコミュニティも多く

⁵ 「人口家族保健動態調査」（2007年）ヨルダン統計局/米国マクロインターナショナル

⁶ 「97年疾患調査」（ヨルダン保健省/WHO）

存在している。特にコミュニティの女性は家事や子育てのためにコミュニティから出る機会も少なく、自身の基本的健康管理やRHに触れる機会は著しく少ない。同時に、コミュニティでは保健情報へのアクセスも非常に限定的であり、自己健康管理のための一般的な病気だけでなく、RHやFP、女性のエンパワメントに関する正確な知識を得ることが困難な場合も多い。加えて、社会文化的な因習により、若年妊娠や多産の傾向が強く、女性の健康改善のための大きな障害となっている。このような状況が、高い妊産婦死亡率や合計特殊出生率、性感染症罹患率の一因と考えられることから、RH/FP及び女性のエンパワメント促進への住民のニーズも高い。

このような状況下、本プロジェクトでは、保健サービスへのアクセスが困難な地域が多い南部4件を対象とし、保守的であるとされる農村部、特に貧困ポケットでのサービス強化に力を入れている。具体的な活動として村落ヘルスセンター常駐のヘルス・エデュケーターによるRH/FPを中心とした保健サービスの提供、家庭訪問を通じたRH/FPへのアクセス向上、ワークショップなどを通じたRH/FP及び女性のエンパワメントの促進を行うものであることから、本プロジェクトの活動は対象地域の住民のニーズに合致するものである。

(3) 日本の援助方針とプロジェクト目標の一致性

① 日本の対ヨルダン援助政策

日本の対ヨルダン国別援助計画（2008年）では、重点分野として社会的格差の是正が掲げられており、貧困層が多く居住する地方部やコミュニティへの支援、宗教・伝統的な背景から社会参加の機会に恵まれない女性や障害者に対する支援を通じ「人間の安全保障」を実現するとしている。また、開発課題としてジェンダーを掲げ、南部地域におけるRHの改善と女性のエンパワメントという本プロジェクトのアプローチに言及している。

さらに、JICA国別事業実施計画においても、RHや人口・家族計画に対する取り組みを通じた男女間格差の是正が重点課題とされている。

② 日本の保健分野の援助政策

2010年9月に日本政府が発表した『国際保健政策2011-2015』において、「継続的な予防・治療ケアを可能にするリファラル・システムとアウトリーチの確立を通じた地域・施設相互連携が不可欠である。」と指摘している。本プロジェクトは配置先のコミュニティ出身者をヘルス・エデュケーターとして養成し、家庭訪問や村落ヘルスセンターでのカウンセリングを通して上位の医療機関へのエントリーポイントとしての役割を果たしていることから、本プロジェクトはわが国の国際保健政策との整合性も高い。また同政策は政策実施のためのアプローチとして、保健に関する課題の解決には保健施策だけではなく分野横断的アプローチが不可欠であると指摘し、「女子と女性が、適切な保健ケアや家族計画などのライフスキルを学ぶ機会を、ジェンダーや教育支援を通じて拡大することは重要である。」述べており、本プロジェクトが採用した女性の健康とエンパワメントを統合したアプローチは、このような方針に合致している。

また、日本政府が発表した上記政策を受けてJICAが作成した保健分野のポジションペーパーである『JICAの保健分野の協力－現在と未来－』では、母子保健や保健医療従事者の充実に保健協力の重点内容として位置づけている。

以上のことから、本プロジェクトは、わが国の保健分野の援助政策と整合性が保たれていると言える。

(4) 実施方法の適切性

① 女性の健康向上のためのアプローチとしてRH/FPと女性のエンパワメントの統合を選択した適切性

上述のとおり、MDG 5達成に向けた取り組みとして、ヨルダン政府の開発計画やRH/FP分野の具体的な施策となる「国家リプロダクティブヘルス行動計画」でもRH/FPは重要視されている。また、RH/FP向上に向けた女性のエンパワメントの統合は女性の健康向上に対する国際的なコンセンサスを満たすものであり、本プロジェクトの活動アプローチの適切性は高い。

また、本プロジェクトでは、先行プロジェクトにてカラク県にて男性住民、女性住民、それぞれに対し、参加型啓発活動を行ったことで、村全体が女性のRH/FP、エンパワメントに肯定的な環境が構築された結果を踏まえ、RH/FP及び女性のエンパワメント促進のために男性の巻き込みに係る活動を実施している。様々な要因により活動が思うように進捗せず、男性の巻き込みは本プロジェクトの中で十分な成果を上げられなかったが、RH/FPや女性のエンパワメントにおける男性の巻き込みの重要性、必要性は国際的にも共通認識となっており、男性の巻き込みを活動の1つとして採用したこと自体に誤りはない。

② プロジェクトの規模の妥当性

本プロジェクトでは、南部4県にわたる対象地域において、男性や若者、女性それぞれの対象群に対してRH/FPや女性のエンパワメントへの態度の向上を5年間のプロジェクト期間内に達成することを成果として設定している。しかしながら、対象群の数や活動内容の数も多く、南部4県に広域点在する対象地域を3名のJICA専門家（うち1名は業務調整員）と1名のローカルコンサルタントでカバーするには多くの困難が生じていたため、プロジェクトの投入に対して活動の規模に齟齬があることが示唆されていた。

特にプロジェクト期間の前半では、地域密着型組織の設立、それに引き続いたコミュニティ開発事業の実施などの男性の巻き込みに係る活動に十分な進捗が見られなかったが、中間レビュー時に活動の整理を行ったことによって他の活動は大きく進展し、最終的にはプロジェクト目標をおおむね達成できている。

③ 社会的配慮

本プロジェクトはRH/FPを含む保健サービスへのアクセスが困難である南部地域、特に貧困地域を対象地域としており、直接的な地域住民へのサービス提供を行うだけでなく、農村部を想定した村落ヘルスセンターや家庭訪問のガイドライン、マニュアルなどを作成している。

④ 日本の技術の比較優位性

本プロジェクトの前に実施された「家族計画・WIDプロジェクト」のフェーズ1及びフェーズ2により、本プロジェクトの対象地域でもあるカラク県において、ヨルダンのRH/FPや

女性のエンパワメントに長年の経験を有しており、特にカラク県での成果や知見、育成された人材は本プロジェクトでも有効に活用されている。

また、チーフアドバイザー／RH政策専門家はヨルダンのRH/FPや女性のエンパワメントに長年の経験を有しており、関連政策についても熟知している。保健医療／家庭訪問専門家は2名ともヨルダンのRH/FPの経験を有しているとともに、看護師、助産師としての専門性を有しており、RH/FPや家庭訪問のみならず、基礎的ヘルスケアについても十分な知識、経験を有している。

4 - 2 有効性

以下の理由から、プロジェクトの有効性は、おおむね高いと考えられる。

(1) プロジェクト目標の達成度

本プロジェクトでは、将来的なヨルダンのRH/FPの向上やそれに係る政策環境の改善に向けて、南部4県で以下の5つの成果達成をめざしている。

1. コミュニティでのプロジェクト活動に対する支援的環境の構築
2. 男性及び若者のRH/FP及び女性のエンパワメントに対する態度の向上
3. 家族計画に関する女性の知識及びRH/セルフ・エンパワメントに向けた態度の向上
4. 村落ヘルスセンターで質の高いRH/FPサービスが提供
5. プロジェクトの経験、成果の普及に向けた、RH/FP及び女性のエンパワメントに関する政策の作成、広報活動が実施

これらの成果達成のための具体的な活動として、ニーズの異なる対象群（男性、若者、女性）に対してそれぞれのニーズに応じた活動を実施するとともに、ヘルス・エデュケーターを通じた現場レベルでのRH/FP及び女性のエンパワメントに係るサービスの提供、村落ヘルスセンターにおけるRH/FPを中心とした保健サービスの質の維持・向上のための支援型監督指導システムの構築、均一なサービス提供のための各種ガイドライン、マニュアルの作成などを行っている。これらの活動は一定のサービスの質を担保した形で対象地域のRH/FPや女性のエンパワメント向上を実現するために必要な内容が過不足無く網羅されており、手段-目的関係に論理的破綻はない。

しかしながら、前述のとおり、想定以上の対象地域の住民の保守性やコミュニティ内の部族構成などにより、男性の巻き込みに係る活動の成果は十分に確認することが出来なかった。特に成果1及び2にかかわる活動は当初プロジェクト活動の実施機関として想定されていたHPCが、本来業務である政策策定に係る業務を中心とした活動に特化することとなった。これに伴い、成果1及び2を実施するカウンターパート機関が存在せず、JICA専門家チームが直接実施する活動となっている。このような状況をかんがみ、中間レビュー以降はフォーカルエリアを6村から3村へ縮小し、集中的な活動を行うなどの軌道修正が行われている。このことによって成果1及び2はプロジェクト目標達成への貢献度が小さくなったものの、多くの教訓を引き出すとともに、他の成果達成のための活動の促進に繋がり、最終的にはプロジェクト目標がおおむね達成される見込みである。

他方、成果1及び成果2に係る活動としてプロジェクト紹介のための市民集会やリーフレットの配布、男性及び若者を対象とした啓発ワークショップに関しては精力的に実施されてい

た。特に成果2の指標の達成度からは、男性のRH/FPに対する態度の向上が示唆されたことから、これらの活動は一定の成果があったものと思料される。他方、本プロジェクトでは対象群に対してKAP調査を実施し、態度の変化を統計学的に明らかにするようにデザインされているものの、上述のように男性の巻き込みに数値として十分な成果が見られなかった。しかしながら、知識の向上が態度の変化に繋がるには一般的には長い時間を要すると考えられており、現時点で成果が数値として表現されなくとも、効果がなかったとは言い切れない。また、このような保守的な地域で男性の意識調査を行う場合、「社会的望ましい回答(social desirability)」によるバイアスを受ける可能性もあり、同地域での調査手法として妥当性が高かったとは言い難い。したがって、より効果的な女性の健康向上に向けた取り組みを行うためには、男性に対する何らかの介入を継続し、またその効果測定の方法にも部分的な修正が必要があるものと考えられる。

また、プロジェクトで導入されたヘルス・エデュケーターはRH/FPを中心とする地域女性の健康向上やエンパワメントに大きく貢献することが明らかにされた。特に、配属される村落ヘルスセンターのあるコミュニティ出身の女性がプロジェクトによりヘルス・エデュケーターとして養成されたことにより、保守的な南部地域において地域差はあるもののコミュニティの受け入れはおおむね良好であり、多くのヘルス・エデュケーターが住民の信頼を獲得しており、2010年1月から2011年5月までにヘルス・エデュケーターらが合計6,463回の家庭訪問を実施している。また、村落ヘルスセンターでのカウンセリング業務や家庭訪問などにより、RH/FPや女性のセルフ・エンパワメントに対する女性の知識、態度の向上が客観的に示され、女性の健康向上に対するヘルス・エデュケーターの有効性が確認されている。これに加え、ヘルス・エデュケーターによる男性のRH/FPに対する態度やRHを介したプライマリー・ヘルス・ケアに対する正のインパクトも確認されている（詳細は「インパクト」の項で述べる）。また、ヘルス・エデュケーター自身が、村落における数少ない公務員職に従事し、住民の健康管理を行うことを通じ、自己達成感や住民からの信頼を受け、「エンパワーされた」と認識していることも、地域住民女性の成功モデルとして意義がある。このようなヘルス・エデュケーターの活躍は、対象地域におけるRH/FPや女性のエンパワメント向上に係る成果達成に大きく貢献したとともに、多くのエビデンスやグッド・プラクティスを引き出し、プロジェクト目標達成につながったものと考えられる。

(2) 成果及びプロジェクト目標達成のための外部条件

① 「人口戦略とRH行動計画の方向性が変更されない」の状況

人口戦略及びRH行動計画はプロジェクト期間内に改訂が行われたが、RH/FPや女性のエンパワメントに関する方向性、優先性は維持されており、本プロジェクトの実施に負の影響は生じていない。

② 「他のドナーがプロジェクトを予定どおりに実施する。」の状況

他ドナーによるプロジェクトに実施状況による本プロジェクトへの影響は観察されていない。

③ 「医療環境が現状より悪化しない。」の状況

ヨルダンの医療状況は、本プロジェクト開始時と同程度に維持された。

(3) その他の外部条件

① カウンターパートの離職・異動

本プロジェクトは開始当初よりヘルス・エドゥケーターの雇用に向けた働きかけを継続して来た結果、前保健大臣により保健省が新規に人材雇用を行うことが口頭で合意されたが、新規雇用の正式な承認手続きまでの間に保健大臣の交代があり、承認プロセスに想定以上の時間を要している。しかしながら、新規に人材が雇用された2008年以降はヘルス・エドゥケーターを監督する人材のTOT、ヘルス・エドゥケーター養成のための研修が集中的に実施され、村落ヘルスセンターへの実際の導入が実現している。

また、プロジェクト期間内に保健省や県保健局のプロジェクト運営に係るカウンターパートの異動があり、改めて協力関係や信頼関係を構築するのに一定の時間を要したが、プロジェクト活動の進捗に伴い、協力関係、信頼関係は構築されている。

② 対象地域のコミュニティの状況

上述のとおり、対象としたコミュニティは複数の部族により構成されているところも多く、プロジェクト側からの働きかけにおいてコミュニティ全体としての協力関係や信頼関係の構築が困難であったケースが確認されている。また、地域によっても保守性などに差があり、プロジェクトの効果発現にも地域差が認められている。しかしながら、全体的にはRH/FPや女性のエンパワメントに一定の向上が確認され、プロジェクト目標はおおむね達成されることが見込まれている。

(4) 有効性への促進要因

① 保健省や県保健局のカウンターパートに特に高いオーナーシップを持って活躍した人材があり、プロジェクト運営や現場でのプロジェクト活動の推進に大きく貢献している。また、HPCは本来業務である政策策定に係る業務に特化したこともあり、プロジェクトの実質的な活動に対して関与はなかったが、定期的な会議での必要なインプットは効果的になされており、現在はプロジェクト作成の政策提言案の承認に向けた取り組みに中心的な役割を果たしている。

② 本プロジェクトでは、ヘルス・エドゥケーターの村落ヘルスセンター配属後のOJTに「ヨルダン家族計画・WIDプロジェクト フェーズII」で養成されたカラク県（Community Support Team : CST）の家庭訪問員をトレーナーとして活用しており、ヘルス・エドゥケーターの家庭訪問技術の向上に貢献している。

(5) 有効性に対する阻害要因

① プロジェクトで養成したヘルス・エドゥケーター55名のうち5名は男性であったが、5名の男性ヘルス・エドゥケーターは実際には家庭訪問を含むRH/FPや女性のエンパワメントに係る業務を実施していないことが明らかとなり、全体に対する割合は小さいものの、ヘル

ス・エドゥケーターの成果達成への貢献度を若干阻害する結果となった。この原因として、男性から女性の住民に対して直接アプローチすることが困難であることや、指導内容として男性がRH/FPを取り扱うことが困難である社会的背景などが挙げられる。とは言え、男性の地域住民や学校などの集団に対するアプローチは可能であると考えられるが、保守的な地域では男性にとってもRH/FPの情報が限られるため、男性の意識行動変容を促進するためには、男性に向けたサービスの提供を合わせて考慮することが必要である。現時点でのヘルス・エドゥケーターの職務内容が男性ヘルス・エドゥケーターの役割について特別に示されていない。男性ヘルス・エドゥケーター向けの職務内容を規定することには議論の余地があると思われるが、将来的にはRH/FPにおける男性ヘルス・エドゥケーターの役割について何かしらの方向性を示すことも必要と考えられる。

- ② 上述のとおり、HPCが政策策定に係る役割に専念することとなり、直接的な実施機関として期待されていた成果1及び2の活動実施に影響が生じている。政策策定はHPCの本来業務であることから、そのこと自体を否定することはないが、プロジェクト開始時は想定されなかったプロジェクト実施体制の変更を余儀なくされたことは、「プロジェクト目標達成のための成果」との観点から本件は有効性に対する阻害要因として整理できる。

他方、上述のとおり、HPCが政策策定の役割を強化したことは、今後の政策提言案作成などに大きく貢献するものと考えられ、有効性に対する阻害要因であると同時に促進要因としても整理されている。

4 - 3 効率性

以下の示す理由により、本プロジェクトの効率性は中等度と考えられる。

(1) プロジェクト活動の進捗管理

「実施プロセスの検証」の「プロジェクト活動の進捗」で述べたとおり、プロジェクト活動はPOに沿って実施されたが、いくつかの要因によってその進捗に影響があった。特に、フォーカルエリアでの男性を対象にした活動については対象コミュニティの状況やコミュニティ開発事業の計画策定は、プロジェクトから多くの時間と労力をかけたにもかかわらず大幅に遅れ、それに引き続いて実施される活動も大きく遅延し、他の成果達成への影響が危惧されたことから、中間レビュー時の提言に基づいて成果1に係る活動は縮小されている。その結果、男性へのアプローチに係る活動については十分な効果が認められなかったが、ヘルス・エドゥケーターを中心とした様々な活動は大きく進展し、最終的なプロジェクト目標の達成に繋がったものと判断される。

また、プロジェクト開始当初は予期せぬ事情によりチーフアドバイザー／RH政策専門家の着任が半年ほど遅れたため、日本側スタッフは業務調整を兼務する保健医療／家庭訪問専門家の1名体制であった。プロジェクト開始後の関係機関の調整による活動基盤造りをしながら専門家としての活動も実施する必要があり、相対的に業務過多となっていた。その後、チーフアドバイザーの着任、南部4県を対象に実施するプロジェクト活動の業務量や研修事業の本格開始をかんがみた業務調整専門家の投入（2008年8月）後は、ヘルス・エドゥケーターの採用も相まって、保健関連のプロジェクト活動が本格化している。中間レビュー以降、2010年3

月に保健医療／家庭訪問専門家の交代があったが、専門家の交代によりプロジェクト活動の進捗に重大な影響は生じなかった。

しかしながら、POで定められた期間内に予定どおりプロジェクト活動が進捗するとの観点では、プロジェクトの効率性はこれらの遅れによって阻害されたものとも考えることができるが、時間資源そのものは有効に活用された。また、家庭訪問や村落ヘルスセンターでの業務に関するガイドライン3種は完成し、関係機関に配布が完了しており、最終的な政策提言案の作成など、予定した活動はプロジェクト期間内に終了できる見込みであることから、上述した問題が最終的なプロジェクト目標の達成に重大な影響を及ぼさなかったと考えられる。

以上のことから、プロジェクト活動の進捗管理との観点からは、その効率性はおおむね保たれたものと考えることができる。

(2) 提供された資機材の有効利用

プロジェクトで作成したガイドラインやマニュアル、リーフレットは、ヘルス・エドゥケーターなど現場レベルのサービス提供者に有効に活用されていることを確認している。また、啓発教材であるフリップチャートなどは、先行プロジェクトにて開発したものを有効利用している。他ドナーが作成した教材についてもプロジェクトにて精査し、活用できるものを選択してプロジェクトにて増刷したことから、効率性を高めた。また、ヘルス・エドゥケーター配置に先立ってヨルダン側、日本側双方の投入によって24カ所の村落ヘルスセンターは必要な改修が実施され、日本側投入として必要な医療機材、冷蔵庫、キャビネット、家具類が供与されている。改修された村落ヘルスセンターや供与機材はヘルス・エドゥケーターによって有効活用されている。

プロジェクトでは養成したヘルス・エドゥケーターの能力や村落ヘルスセンターでの適切なサービス提供の維持・向上に向けて、保健省や県保健局による支援型監督指導システムを構築している。定期的な支援型監督指導（モニタリング）を継続するためには移動手段の確保が問題となるが、2010年第4四半期（JFY）までに対象の各県保健局に1台ずつモニタリング用車両が供与された。これにより、実施システム及び実施手段の両面から体制が整い、定期的な支援型監督指導の実施に大きく貢献している。保健省もおおむね四半期毎の直接モニタリングを実施している。しかしながら、プロジェクト活動用に現在している車両（携行機材）はプロジェクト期間終了後に保健省女性と子供の健康局に供与される予定であり、保健省による定期的なモニタリング活動の継続も見込まれている。

(3) 既存リソースとの連携

① 日本のその他援助との協力活動

アカバ県CHCに配属された青年海外協力隊員（保健師）は同施設で妊婦・乳児検診、家族計画サービスの実施支援を行うとともに、週2日サルフィーエ村落ヘルスセンターでヘルス・エドゥケーターの活動支援を行っており、ヘルス・エドゥケーターの技術向上に貢献したとともに、地域住民による村落ヘルスセンター利用向上のための取り組みも行われていた。また、マアン県に配属された保健師も短期間ではあるが、ヘルス・エドゥケーターの家庭訪問への同行などが行われており、裨益対象は限定的ではあるものの、本プロジェクトの効率性向上に貢献している。

② 他のリソースとの連携

ジョンスホプキンス大学の技術支援を受けているUSAIDプロジェクト「Communication Partnership for Family Health Program」と合同で、2009年12月から2010年2月にかけて南部各県のヘルス・エドゥケーターに対して、「Arab Women Speak Out」をテーマとする参加型グループセッションを学習するワークショップを実施した。

また、他のUSAIDが支援するプロジェクト「The Private Sector Project for Women's Health」及び「The Jordan Health Systems Strengthening project」とは活動の棲み分けがなされるとともに、研修教材が共有されるなど相互補完的な協力関係が維持されている。USAIDをはじめとする関係機関とは、RH行動計画委員会会議において定期的な情報共有を行うとともに、必要に応じた面談、協議などが行われている。

(4) 効率性に対する促進要因

① ローカルリソースの有効活用

「有効性」で述べたとおり、本プロジェクトでは、ヘルス・エドゥケーターの村落ヘルスセンター配属後のOJTに「ヨルダン家族計画・WIDプロジェクト フェーズII」で養成されたカラク県CST (Community Support Team) の家庭訪問員をトレーナーとして活用しており、ヘルス・エドゥケーターの家庭訪問技術の向上に貢献している。JICAプロジェクトで養成したローカルリソースの有効活用との観点から、本プロジェクトの効率性向上に対する促進要因としても整理できる。

また、上述のJICAプロジェクトのカウンターパートであったHPC職員が本プロジェクトのローカルコンサルタントとして活躍している。

② 本邦研修

日本のRH/FPシステムや改善に向けた取り組みを視察することにより、プロジェクト運営レベルのカウンターパートが、村落ヘルスセンターで提供される基本的サービスやRH分野の人材育成を推進するための目標や道筋が具体化した。また、本邦研修にてOperational Manualの最終案を作成した結果、ヘルス・エドゥケーターの役割や位置づけ、モニタリング・支援型監督指導システムが明確となり、成果達成に大きく貢献したものと考えられる。

(5) 効率性に対する阻害要因

① 男性や若者に対する活動の遅延、縮小

上述のとおり、成果1及び2に関して、男性の巻き込みに関する活動が縮小されている。特に、プロジェクトは多くの時間や労力を投入したにもかかわらず、コミュニティにおける地域密着型組織の設立は大きく遅延し、中間レビュー時には同組織によるコミュニティ開発事業の計画も進んでいなかった。これを受けて、中間レビュー以降は評価チームの提言に従い活動を縮小している。この結果として、他の活動は順調に進捗した結果となったが、準備を進めてきたコミュニティ開発事業の中断は対象地域の信頼を損ねる可能性もあったため、フィージビリティ・スタディ（2009年10月）後にフォーカルエリア3村に機材供与を行っている。このように、地域密着型組織の構築やコミュニティ開発事業の実施は、プロジェクトに対する支援的環境を構築するとともに、男性や若者に向けた啓発活動の受

け皿となることも期待されていたものの、実際の事業開始（機材供与）は2010年12月から2011年3月のプロジェクト最終年に実施されており、これらの投入が直接的にプロジェクト成果の創出に貢献しているとは言い難い。また、供与機材の内容もコミュニティ・ミーティング用品や幼稚園遊具、グリーンハウス及び灌漑システムと、住民のニーズの優先性には合致しているものの、本プロジェクトでめざすRH/FPや女性のエンパワメント向上への直接的な貢献は限定的であり、「時間資源も含めた投入が成果達成に転化されたか」との観点では、プロジェクトの効率性を阻害したものと考察される。

② 供与機材納入遅延

村落ヘルスセンターへの供与機材納入遅延により研修後のサービスデリバリーに影響が生じたケースがあったが、最終的な成果達成には大きな影響は生じなかった。

③ プロジェクト活動実施のための費用分担（経常経費）

プロジェクト期間前半は討議議事録（Record of Discussions：R/D）で示されている経常経費負担について日本側とヨルダン側に認識の齟齬が生じており、効率的な経費支出が実施できていなかった。その後、保健省が負担すべき経常経費と日本側がR/Dの解釈から譲歩して支出できる経常経費についての協議が行われ、2009年10月に協議議事録（Minutes of Meetings：M/M）に取りまとめ、双方合意している。しかしながら、M/M合意後も保健省からの支出は必ずしもタイムリーではなく、保健省負担分の経常経費の一部を日本側で負担している。

また、R/D上は村落ヘルスセンターの改修は保健省の負担事項とされていたが、実際の改修に遅れが生じていた。日本側はヘルス・エドゥケーターの村落ヘルスセンター配置前に必要な改修を完了させ、機材を供与・据え付けする必要があったため、保健省から要請を受ける形で改修工事の一部を負担している。

これらのことはプロジェクト活動に必要な経費を適切に支出できなかったものと考えられ、効率性を若干阻害したと評価される。

4 - 4 インパクト

プロジェクトの実施によって、以下に示す正負のインパクトが確認または期待されている。

(1) 上位目標の達成見込み

終了時評価調査団による理論的検証において、本プロジェクトの目標である、「対象地域において改善されたRH/FPサービス利用に関するグッド・プラクティスとエビデンスに基づいたRH/FP改善に向けた政策提言」を経て、「ヨルダンにおけるリプロダクティブヘルス及び家族計画（RH/FP）が改善する。」及び「ヨルダンのRH/FPに係る政策環境が改善する。」を上位目標とすることに理論的破綻はなく、最終的な到達目標が明確に示されていると考えられる。

これまで述べて来たように、本プロジェクトにおいて保健サービスにアクセスの悪い農村部、特に貧困地域でのRH/FP向上及び女性のエンパワメントに対するヘルス・エドゥケーター制度・概念の有効性が示されている。特に、プロジェクトからの強い働きかけにより、ヘルス・エドゥケーターが公務員として正式採用されたことは、プロジェクト活動の持続性と、

上位目標の達成に大きく貢献した。しかしながら、自己展開に向けた将来的の雇用者数増加は費用的な面からも、簡単に推進することは困難である。現在活動しているヘルス・エドゥケーター43名については、村落ヘルスセンターでのカウンセリングや家庭訪問などが日常業務として定着しつつあり、業務指針となる各種ガイドラインの整備、支援型監督指導システムの構築、定期的モニタリング実施のための基盤整備がなされたことから、ヘルス・エドゥケーターのサービス提供は一定の質を維持、または向上することが期待される。

政策環境の観点からも、ヘルス・エドゥケーターによるRH/FPや女性のエンパワメントに対する貢献から、多くのエビデンスやグッド・プラクティスが引き出され、一定の実現可能性をもった政策提言がなされることが期待されることから、将来的なRH/FP政策環境が向上することが一定程度期待できる。

他方、現在村落ヘルスセンターで活動するヘルス・エドゥケーターは43名であり、彼女らの活動の有効性は示されたものの、対象地域内においても直接的な裨益は限定的であり、州内外への拡大が強く望まれるところである。南部4県の非対象地域や他州への展開を考慮した場合、ヘルス・エドゥケーターを新規雇用することは財政的な観点からも必ずしも現実的ではない。ただし、ヨルダンでは看護師による家庭訪問が数年前まで実施されており、既存の看護師による家庭訪問の再開や、新規雇用看護師のTORに家庭訪問を追加するなどのことが考慮されている。本プロジェクトでは村落ヘルスセンターでのサービスや家庭訪問に関するガイドラインやマニュアル、各種フォーム類、啓発用リーフレットなど多くの成果品を残しており、また、ヘルス・エドゥケーター養成のための研修カリキュラム、研修モジュールの作成やトレーナーの養成も行われていることから、対象地域の拡大にあたってはこれらのリソースを有効に活用することが可能である。他方、ヘルス・エドゥケーターは原則的に管轄するコミュニティ出身者を採用しているため、地域住民の受け入れを容易にしたという背景も存在する。対象とするコミュニティに面識のない医療スタッフが新規に介入する際には、受入の面での困難さが生じる可能性も考慮しておくことが望ましい。

現在のヘルス・エドゥケーター制度を維持するためのコストはモニタリング費用が中心であり、ヨルダン側負担で継続されることが可能と思われるが、対象地域の拡大を考慮する際には上述のランニングコストだけではなく、TOTも含む各種研修のための費用やモニタリング車両の確保、ガイドライン等の印刷費、村落ヘルスセンター改修などの初期投資が必要である。このような展開は政策に基づいて実施されるものであるため、今般作成され政策提言に大きな期待がかかるものである。つまり、具体的な展開を考慮する場合は、政策提言が信頼性の高いエビデンスに基づいたものである必要があることに加えて、実現可能性の高い導入計画の策定に向けたリソース分析（導入に必要な人的リソース、導入及び運営コスト、導入に必要なスケジュール等）を合わせて示すことが必須であると思料される。本プロジェクトに対しては、プロジェクトの残りの期間を活用し、活動の展開に必要な実績を整理し、リソース分析と合わせたシンプルなパッケージを作成することが期待される。

また、村落ヘルスセンターでのサービスや家庭訪問の質を維持・向上するには、上位機関からの定期的な支援型監督指導の継続が必要である。これが主要なランニングコストとなるものと考えられるため、より継続性を強固なものにするためには支援型監督指導をより効率的に実施されることが期待される。ヨルダン側では既存の他の保健分野の監督指導との統合を検討している段階であるが、他ドナーのプロジェクトの監督指導なども含めた包括的な支

援型監督指導システムの構築なども、継続性のある効率的な監督指導の実現のための一策であると考えられる。

(2) 上位目標への外部条件

① 「人口戦略とRH行動計画の方向性が変更されない」が維持される見込みについて

ヨルダンでは保健政策の中で、RH/FPや女性のエンパワメントを重要視しており、今後も方向性、優先性は維持される見込みである。

② 「医療環境が現状より悪化しない。」が維持される見込みについて

現時点でヨルダンの医療状況が大きく悪化することは想定されていない。

(3) その他の正のインパクト

① ヘルス・エデュケーターが世界保健人材連盟等を中心に国際的に議論されている保健人材の量・質拡充に与える影響

ヨルダンでは保健人材不足も大きな問題となっており、特に広大な面積を管轄する南部地域では深刻である。前述のとおり、農村部の住民は医療従事者に一定レベルの質をもった保健サービスを受ける機会が少なく、保健人材不足の解消は急務である。本プロジェクトで導入したヘルス・エデュケーターは一定の質を持ったRH/FPサービスを提供しており、地域住民の保健サービスのエントリーポイントとして大きな役割を果たしている（後述）ことから、人材不足の解消に一定の貢献をするものと思料される。他方、ヘルス・エデュケーターは保健サービスへのエントリーポイントとして大きく地域医療に貢献しているが、本来であればコミュニティにおいて一定の医療サービスが提供できることが望ましく、長期的には看護師等の有資格医療従事者の配置が必要となるものと考えられる。有資格医療従事者の養成や雇用等には財政的問題もあるため、短中期的措置としてヘルス・エデュケーター制度は有効であると考えられる。

また、南部の広大でアクセスの悪い土地に点在するコミュニティをカバーするだけの急速な保健人材育成は困難であり、また、保守性の高い地域では見知らぬ人の受入や異性の医療従事者からの保健サービス提供は困難である場合も少なくない。RH/FPに関する話題もセンシティブと捉えられることも多く、今後、ヨルダンや近隣アラブ諸国で同様のアプローチを採用するにあたっては、これらの点について留意する必要がある。

② 対象地域の男性や若者等に対する働きかけやコミュニティ・レベルの活動が、男女の意識の変化や女性のエンパワメントの向上等に与えた影響

前述したとおり、地域住民の保守性など社会的背景やコミュニティ内の部族構成などの影響が想定以上であったため、男性や若者に対する働きかけやコミュニティでの活動の成果として、男女の意識の変化や女性のエンパワメントに与えた影響を本プロジェクトの中で十分に確認することは出来なかった。

しかしながら、集団に向けた啓発活動は数多く実施されたものの、比較的保守性の高い農村部で活動が実施されたこともあり、一般的にも知識向上から態度の改善が目に見えて現れるのには比較的長期間を要すると考えられている。国際的にも男性の巻き込みがRH/FP

向上には必要であると共通認識されていることから、正確な効果判定を行うためには、何らかの働きかけが継続されることが必要であると考えられる。

③ ヘルス・エデュケーターの地域住民の保健サービスへのエントリーポイントとしての役割

上述のとおり、本プロジェクトで規定されるヘルス・エデュケーターの主な役割はRH/FPや女性のエンパワメントの啓発活動である。しかしながら、その活動の一環として、インタビューや観察、簡単な検査などによる家族の健康状態の把握や基礎的救急処置も含まれている。このような村落ヘルスセンターでのカウンセリングや家庭訪問の実施により、対象者の女性の性感染症だけでなく、家族の急性・慢性疾患について多くの地域住民が医療施設にリファーされ、疾患の治療開始に結びつけられている（表3）。この表では、南部4県の合計で6,463件の家庭訪問が実施され、1,113件が医療機関へリファーされ、780件の受診が確認されている。したがって、ヘルス・エデュケーターは予防啓発だけではなく、プライマリー・ヘルス・ケアの観点からも地域住民の健康に大きく貢献していることが確認されている。また、ヘルス・エデュケーターはリファラルシステムに組み込まれ、最前線の保健システムとして機能していることが確認された。

表 3

Table 1 Effect of Home Visit Activity on Referral for Health Facilities

Governorate	Health staff (n)	Implementation of Home Visit (Jan 2010 - May 2011)			Referral Cases including counselling services by Health Educators at VHCs		Rate of referral and actual visit to health facilities by home visit	
		Scheduled (n)	Implemented (n)	Executing rate (%)	Referral (n)	Actual visits (n)	Referral (%)	Actual visits (%)
Karak	16	2,519	1,922	76.3	434	277	22.6	14.4
Tafileh	11	1,849	1,656	89.6	228	166	13.8	10.0
Ma'an	19	2,821	2,374	84.2	302	218	12.7	9.2
Aqaba	8	611	511	83.6	149	119	29.2	23.3
Regional Total	54	7,800	6,463	82.9	1,113	780	17.2	12.1

(4) その他の負のインパクト

本プロジェクトの活動が原因となる負のインパクトは、終了時評価時点で特に観察されていない。

4 - 5 持続性

プロジェクトによって生み出された便益の維持及び自己展開はある程度期待できる。

(1) 政策的、制度的側面

「妥当性」の項でも述べているが、ヨルダンは、「Executive Development Program 2011-2013」及びその具体的な施策となる「国家リプロダクティブヘルス行動計画」においてRH/FPを重視しており、今後もその優先性は維持されるものと表明している。また、「インパクト」でも述べているとおり、ヘルス・エデュケーター制度またはコンセプトのプロジェクト対象地域への展開を考慮する際には政策的裏付けが必要となるが、プロジェクト期間内に一定のエビデンスやグッド・プラクティスをもった政策提言が作成される見込みであるため、政策的持続性はある程度担保されたものと考えられる。

他方、ヘルス・エデュケーターは既存の公務員制度の中で採用されたため、公式の職種は“Service Worker”となっており、雑役担当程度の職位である。職務内容を反映した新規職種として人事院に承認されることによって、地域社会でヘルス・エデュケーターの役割が正しく理解され、また、社会的認知・評価がえら得ることが期待される。また、この職種が承認されれば、結婚・転居等による異動の際に同等の業務への従事が保証されることを期待することもできる。しかしながら、職位を引き上げることは給与等に係るヨルダン側のコスト増となることから、現在は、「ヘルス・エデュケーター」はプロジェクト関係者内の呼称に過ぎない。ヘルス・エデュケーターの能力や職務に対する姿勢はばらつきがあり、一様に職位を挙げることは議論の余地があると考えられるが、認定試験による認定制度など、能力の高いヘルス・エデュケーターに対しては、何かしらのインセンティブを付与できるような制度的支援が望まれる。

(2) 財政的側面

「インパクト」の項で述べたとおり、ヘルス・エデュケーターによる村落ヘルスセンターでのサービス提供や家庭訪問に対する上位機関からのモニタリング・支援型監督指導を継続するのに必要な体制は構築されている。ランニングコストとして想定される移動費などはヨルダン側により負担できるものと思料されることから、現在のプロジェクト活動を維持する観点からの財政的持続性はある程度担保されたものと判断できる。

しかしながら、プロジェクトの非対象地域（県内、県外とも）への自己展開を進めるには研修費などの少くない規模での初期投資が必要となり、その観点からの財政的持続性は現時点では予測できない。これらの展開を行うには上述に示したような政策的な裏付けが必要となるため、展開を政策として採用するため、また、実際の展開を行う際のレファレンスとして活用できるよう、展開に必要な人材リソースやコストなどを予めパッケージ化しておくことが望まれる。また、モニタリングについては他の既存のモニタリング活動との統合も可能であり、将来的には他ドナーのプロジェクトなども含めた包括的なモニタリング体制の構築なども考慮し、財政的持続性を強固なものにするために一層の効率化や合理化が図られることが期待される。

(3) 技術的側面

村落ヘルスセンターでのヘルス・エデュケーターの業務や家庭訪問については、上位機関からの支援型監督指導も含めてガイドラインで規定されている。ヘルス・エデュケーターの現場での業務についてもおおむねガイドラインに沿って一定の質が担保されたサービスを提供が行われていることが確認されており、個人の能力にばらつきはあるものの、技術的持続性も一定程度期待できる。また、ヘルス・エデュケーターの月例会議では日常業務でおこる様々な問題点を県内の他のヘルス・エデュケーターや県保健局のスーパーバイザーと協議されており、同会議ではミニ研修等も実施されていることから、プロジェクト終了後もヘルス・エデュケーターの技術的向上が一定程度期待できる。また、上位機関からの支援型監督指導は実践的なサービス提供能力向上に大きく貢献しており、定期的なモニタリング・支援型監督指導が継続されれば、技術的な持続性はより強固なものになると考えられる。

また、本プロジェクトでは村落ヘルスセンターでのヘルス・エデュケーター業務や家庭訪

問などのガイドライン、マニュアルなどを作成しており、対象県外への展開の際にも応用できる。また、ヘルス・エデュケーター養成のために県保健局職員などはTOTにより研修トレーナーとして養成されており、他県への展開を実施する際にはこれらの人材を活用できる。

(4) 総合的持続性

以上のとおり、ガイドラインに基づいたヘルス・エデュケーターによる村落ヘルスセンターでのサービス提供や家庭訪問は、RH/FP向上や女性のエンパワメントのみならず、地域住民のプライマリー・ヘルス・ケア向上に大きく貢献している。ガイドラインによる業務規定、モニタリング・支援型監督指導等により質の維持・向上が見込まれ、現在の活動の維持の観点からは、政策的、財政的、技術的持続性が一定程度期待できる。

しかしながら、非対象地域への展開を考慮した場合、政策的、財政的、技術的持続性を明言することは困難である。展開に向けた本プロジェクトの経験のパッケージ化や政策策定に係る技術支援が何らかの形で得られれば、本プロジェクトの持続性をより強固なものに出来ると考えられる。

4 - 6 結論

プロジェクト関係機関、関係者、対象地域の間接・直接裨益者との面談、会議、聞き取り、アンケートなどを通じた調査活動を行った結果、プロジェクト活動は、ヨルダンのリプロダクティブヘルス向上のために、非常に重要な貢献をしたことが確認された。プロジェクトは、「対象地域におけるリプロダクティブヘルスサービスの利用促進の好事例に基づき、ヨルダン全国のリプロダクティブヘルスを改善するための政策提言を行う」ことを目的として、南部4県という最も保守的で、地理的にも広大で人口密度も低いなど、保健医療支援を行うための条件が厳しい地域を対象に、リプロダクティブヘルス・家族計画・プライマリー・ヘルス・ケアにかかわる基礎的保健医療サービスを向上させた。その結果、対象地域では女性による避妊実行率の向上や、リプロダクティブヘルスサービスの受診向上など、具体的な数値においても、女性の健康行動やエンパワメントの意識が改善されたことが確認されている。

プロジェクトでは、村の女性から選出、研修、配置したヘルス・エデュケーターという新しい職種を保健省公務員としてヨルダン政府に採用させた。（当初55名採用、うち2名が転出。）この新しい地域保健人材の開拓と制度化は、プロジェクトの大きな貢献であった。プロジェクトの事前・事後の調査を行ったところ、ヘルス・エデュケーターが配置された村では、避妊実行率が上昇していた。とくに、ヘルス・エデュケーターによる家庭訪問を受けた女性に、避妊実行率の上昇が顕著であった（43.7%→55.6%）。産後ケアの受診率についても、着実な向上（25.0%→36.6%）を見せた。これらのエビデンスにより、ヘルス・エデュケーターによる家庭訪問や村落ヘルスセンターでの保健指導やサービスは、女性のリプロダクティブヘルス向上に貢献することが確認された。また、セルフエンパワメントの意識が高い女性や、夫が女性の健康管理により肯定的な態度である女性は、避妊方法やその他のリプロダクティブヘルスサービスをより多く利用することが確認されている。

上位目標達成のためには、1) プロジェクト対象地域である南部4県73村にて、ヘルス・エデュケーターによる村落でのリプロダクティブヘルスサービスが継続されること、2) ヘルス・エデュケーターが継続的なスーパービジョンを受け、また、追加研修や制度面での待遇改善などを通じ、

更にエンパワーされること、3) ヨルダンの他地域（中部、北部地域）にも、この活動を拡大すること、などに取り組む必要がある。

合同評価委員会にて合同評価レポートの内容を確認した際、保健省次官は、南部地域で村落リプロダクティブヘルスサービスと家庭訪問を次年度も保健省直営の活動として継続実施するため、「2012年保健戦略計画」において、同活動の実施計画と予算を盛り込み、正式に承認したことを明らかにした。また、保健省にて現在作成中の「家族計画推進計画」でも、ヘルス・エドゥケーターによる村落での家族計画の普及拡大を盛り込むことを計画している。一方、同委員会において、HPC次官からは、プロジェクトによる「政策提言」のアドボカシーを行い、内閣へも働きかけることにより、プロジェクトの成果を国家政策に発展させるために尽力することが表明された。ヘルス・エドゥケーターの名称変更など待遇改善についても、HPCから直接内閣総理大事に働きかける所存であることが表明され、両カウンターパート機関によるこれらの取り組みにより、「ヨルダン全域でのリプロダクティブヘルス家族計画の向上」というプロジェクト上位目標が達成されるものと期待される。

プロジェクトの提案した村落女性を活用したリプロダクティブヘルスサービスモデルは、人的物的資源に乏しい、途上国の僻地保健医療において、村落にてリプロダクティブヘルス家族計画サービスを提供するために有効である可能性が高い。特に医療サービスへのアクセスに格差がある地域や、社会文化的要因のため女性がリプロダクティブヘルス家族計画サービスを利用することが制限される中近東諸国の保守的地域では、本プロジェクトの知見が共有できる可能性が高い。したがって、プロジェクトの成果、経験、教訓は、広く中近東地域、グローバルヘルスにおいても共有されることが望まれる。

第5章 提言と教訓

5 - 1 提言

< 高等人口審議会 >

1. プロジェクトが作成する政策提言を精査、承認すること。政策提言としては、以下の3点などが提出される予定である。
 - ・ 家庭訪問プログラムをヨルダン全域の村落地域に普及させること。
 - ・ リプロダクティブヘルス家族計画に係る啓発活動には、「女性のセルフエンパワメント」を必須項目として取り入れること。特に、リプロダクティブヘルス家族計画について医療従事者や地域保健指導員を育成する際には、同項目を必須訓練項目とすること。
 - ・ ヨルダン全域の村落ヘルスセンターにおいて、ピル、コンドームの配布を義務化すること。
2. リプロダクティブヘルス家族計画にかかわるステークホルダーを調整し、政策提言のアドボカシーを行うこと。
3. ヘルス・エドゥケーターによるリプロダクティブヘルス家族計画サービスやヘルス・エドゥケーターへの支援が自立的、持続的に継続されるよう、以下の指標を毎年モニターし、JICAなどステークホルダーに報告すること。
 - ・ 全国の避妊実行率
 - ・ リプロダクティブヘルス家族計画サービスの提供数
 - ・ リプロダクティブヘルス家族計画サービスの利用数

< 保健省 >

1. ヘルス・エドゥケーターに対する支援型監督指導、追加訓練など、技術的、制度的な支援を継続的に提供することにより、ヘルス・エドゥケーターのモチベーションとサービスの質を確保すること。
2. ヘルス・エドゥケーターや村落ヘルスセンターのモニタリング、監督指導システムを自立発展的に継続すること。以下の指標を関係機関やJICAにも、四半期ごとに報告することが望ましい。
 - ・ 南部4県におけるヘルス・エドゥケーターの月例会議の実施回数
 - ・ ヘルス・エドゥケーターによる家庭訪問数、リファラル数、リファラル後の医療機関への受診者数
 - ・ 南部4県における支援型監督指導において同定された主な課題と、その対応策
3. 保健省にとって、それが有益であると判断された場合において、全国各地において多様な関係機関が様々な形を試行している既存のモニタリング支援型監督指導システムの統一を図り、中央レベルから末端医療施設である村落ヘルスセンターまで一貫した包括的なモニタリング支援型監督指導システムを形成すること。
4. 村民から職務違反の誤解を受けないよう、ヘルス・エドゥケーターに対し、職務認定書を授与すること。ヘルス・エドゥケーターの現在の正式名称は、“Service Worker” となっており、雑役担当程度の職位である。中長期的には、職務内容を反映した正式名称が人事院に承認されることによって、地域社会でヘルス・エドゥケーターの役割が正しく理解され、また、社会的認知・評価が得られることが期待される。

5. 南部過疎地域の非対象地域への家庭訪問プログラムの拡大は、現在も進行中ではあるが、一層の拡大を支援すること。
6. 村落ヘルスセンターでのサービス提供や家庭訪問プログラムの向上を、南部以外の地域(北部、中央部)にも拡大普及すること。そのためには、他地域にて他の医療職による家庭訪問技術の研修を行うための活動(監督指導技術の研修、月例会の支援など)とその単価も含めた企画書を準備することで、政策決定者による決済を促進すること。
7. ヘルス・エドゥケーターを新規採用することは、財政的負担の観点からも現実的ではないものの、新規委嘱の看護職や助産師などが配属できないいくつかの過疎村落においては、ヘルス・エドゥケーターの新規配属を検討すること。
8. 国家保健人材戦略の策定・改訂を行い、将来的には、有資格でやる気のある助産師や看護職をすべての村落に配置することをめざすこと。村落女性を雇用しヘルス・エドゥケーターとして訓練し、村落ヘルスセンターや家庭で村民の健康管理を行う責務を与えることは、有意義ではあるが、過疎地域の保健人材不足を解決するための根本的な解決策ではない。
9. 男性ヘルス・エドゥケーターが5名雇用されているが、地域プライマリー・ヘルス・プログラムにおいて責務を果たせるよう、その効果的活用方法について検討すること。

< 県保健局 >

1. ヘルス・エドゥケーターがその潜在的能力を発揮して効果的に働けるよう、月例会や支援型監督指導によって技術的、心理的、制度的な支援を継続して与えること、また、彼女らの職務を守り、職務満足度を向上させること。ヘルス・エドゥケーターに関するあらゆる問題に対し、対応策を講じること。
2. 「南部4県村落ヘルスセンター運営マニュアル」及び「モニタリング監督指導手順書」を順守し、また、JICAプロジェクトが供与した車両を活用して、モニタリング監督指導を継続すること。

< JICA専門家 >

1. 政策提言をHPCと保健省に提出すること。
2. 国レベル、南部4県レベルにて成果発表セミナーなどを実施し、プロジェクトの成果を広く共有すること。
3. ヨルダンの他地域において家庭訪問プログラムや村落ヘルスセンターでのサービス提供を導入するために必要な必須情報をまとめること。たとえば、保健省が看護師や助産師を対象に家庭訪問技術の研修を行うために必要な活動や初期投資などをまとめ、保健省と共有すること。

< JICA本部 >

1. JICAヨルダンリプロダクティブヘルス家族計画・ジェンダープロジェクト(1997-2003)はじめ、本プロジェクト(2006-2011)では、中東地域においてリプロダクティブヘルス向上と女性のエンパワメントを促進するために必要な、実施上の知見、手法、ツール、人材、関係機関やキーパーソンとのネットワークなど、理論と経験値を蓄積してきた。保守的なイスラム教社会において、もっとも脆弱な女性に対し、リプロダクティブヘルス情報やサービスを提供するための方法論については、文献として記録を残し、また、多くの関係機関や開発パートナーと共有されることが望まれる。世界保健機関(World Health Organization: WHO)やUNFPAの地域事務

所などが、本件に対し関心が高く、JICAとの共催事業などが企画されることが期待される。

2. HPCと保健省からは、プロジェクトの活動を南部4県にて自立的に継続し、また、政策提言としてヨルダン政府に働きかけ、全国展開をめざすことが表明されている。これら一連の活動を技術的に支援し、また、南部4県での活動が、自立的に継続されることをモニターするために、個別専門家の配置を検討することが望ましい。個別専門家の具体的な配置時期としては、来年度予算が執行され、来年度事業が始動する2012年1月を中心とした3カ月程度の配置が望ましい。派遣時期を確実にするためには、本プロジェクト予算内の追加事業として、フォローアップ専門家の配置を検討することを提言する。

5 - 2 教訓

1. 対象集団である女性にアプローチするためには、地域リーダーの承認を得たうえで地域全体を巻き込むことが必要である。特に保守的地域ではその必要性が高い。プロジェクトでは、プロジェクト活動を紹介し、地域住民によるプロジェクトに対する理解を高めるため、多くの地域イベントを実施した。
2. 地域開発支援事業において村落全体を対象とすることは困難である。本プロジェクトでは、一部村落にて村落内の部族間の軋轢、内部抗争、極端な個人主義などもあり、村落全体に対する開発事業の提案が困難であった。しかしながら、フェーズ1、フェーズ2では、女性の収入創出活動として家庭内の事業を提案、支援し、男性や地域住民からプロジェクト活動に対する支援を受けることに成功している。
3. 女性の健康行動は、主に、1) 女性自身のセルフ・エンパワメントの意識、2) 女性医療従事者による保健サービスへのアクセスの有無、3) 男性や地域住民による同意、承認の有無、などによって影響を受ける傾向がある。
4. 保守的な地域では社会文化的規範による行動の規制が強く、女性の健康やエンパワメントに対する男性の態度を変容させることは困難であった。
5. このような保守的な地域で男性の意識調査を行う場合、「社会的望ましい回答(social desirability)」によるバイアスを受ける可能性もあり、同地域での調査手法として妥当性が高かったとは言い難い。
6. ベースライン調査やエンドライン調査の条件設定(サンプルサイズ、調査期間、データ収集方法、調査対象、調査項目など)は、介入に先立って、1つの調査パッケージとして詳細にデザインすることにより、より説明力が高いエビデンスを得ることができる。しかしながら、実際のプロジェクトでは、より効率的な成果の達成が優先され、やむを得ず介入方法を変更する場合も回避できない。したがって、より精度の高い介入効果の検証のためには、調査を目的としたプロジェクトを別途設計する必要がある。
7. リプロダクティブヘルスや家族計画に関連した態度や行動変容を図る際には、サービス需要側とサービス供給側の双方を巻き込むことが重要である。保守的な村落地域における女性のリプロダクティブヘルス向上を図る際には、男性や若者に対し、リプロダクティブヘルスや家族計画に関する啓発を行うことも必要であるが、保守的な地域では男性や若者にとってもリプロダクティブヘルスや家族計画に関する情報が限られるため、男性や若者の意識行動変容を促進するためには、彼らを対象としたサービスの提供を合わせて考慮することが必要である。
8. 家庭訪問プログラムが有効であるためには、質の保証とともに、回数や頻度も重要な要素とな

る。地域住民のニーズに応え、また、保健省のガイドラインを順守し、一定の質を確保した形で家庭訪問を行うことなど、質の管理が重要であることは勿論のこと、家庭訪問の頻度、実施回数の規模によっても、効果が影響を受ける。プロジェクトでは、2010年1月から2011年5月の17カ月間に、6,434回の家庭訪問をガイドラインに沿った標準型として実施し、質、量、両面から、家庭訪問活動を集中的に実施してきた。

5 - 3 団長所感

村の女性に、「私の人生を変えた出来事だった。」と言われた。ヨルダン南部女性の健康とエンパワメントプロジェクトは、1997年からJICAが協力を続けてきたヨルダンのリプロダクティブヘルス・家族計画・女性のエンパワメントプロジェクトの総決算である。第3フェーズにあたる本プロジェクトでは、保健指標に格差のあるヨルダン国内においても、もっとも貧しく、広大で、気象条件も厳しく、しかも多くの遊牧民を含む超保守層が散在するヨルダン南部地域（カラク、タフィーレ、マアン、アカバ）4県を対象に、リプロダクティブヘルス・家族計画・女性のエンパワメントに対する意識改革と、サービスの普及、サービス利用の拡大を図った。

ユニバーサルアクセスという言葉は、MDG5の指標としても示され、女性の健康改善をめざす誰もが共有する目標ではあるが、実際の取り組みとして、最も脆弱な弱者を選ぶことは少ない。ユニバーサルアクセスの掛け声のもと、効率性やより多くの裨益対象を志向し、人口の集中した、成果が比較的得られやすい地方都市部に支援が集まりがちである。他方、NGOや人道支援の観点からは、弱者に対する支援の優先度は高いものの、このような草の根の支援は、国全体の政策や施策として拡大普及することが稀である。ヨルダン南部女性の健康改善エンパワメントプロジェクトは、ユニバーサルアクセスという課題に真正面から取り組み、最もニーズの高い、脆弱な女性を対象として、しかも、公的医療機関のしくみを改善するため県保健局や、中央保健省の能力強化を図り、ヨルダン政府自身が持続的にこれらの最難関の地域でリプロダクティブヘルスサービスを提供できる体制を整えた。末端の地域保健の改善を対象としつつ、公的医療のシステムの改善の中で、それを成し遂げ、ひいては、国の政策レベルへの提言まで行い、プロジェクトのスコープ内で全国への裨益も視野に入れるという、非常に挑戦的なプロジェクトであった。

冒頭でも紹介した15年間の支援から蓄積された知見を総動員して、本プロジェクトでは、プロジェクト目標を達成し、ヨルダン全域に、リプロダクティブヘルス・家族計画・女性のエンパワメントに関する情報とサービスを提供できるしくみを提言するに至った。村落部には、村落女性を地域保健員として活用した家庭訪問や、村落ヘルスセンターでの保健指導を中心に（本プロジェクト）また、一定の都市部には、家庭訪問に加え女性グループや女性の収入創出活動などへの働きかけを通じ、より多くの女性に、リプロダクティブヘルスの情報とサービスが提供できることを示した（第2フェーズ）。また、イスラム圏では、文化・社会的慣習から女性の権利や、リプロダクティブヘルスサービスへのアクセスが極端に制限される場合もあるが、このような地域において女性へのアプローチをする場合には、宗教指導者や村のリーダーへの働きかけ、男性や若者に対する働きかけを行うなど、包括的アプローチによって、村全体が女性のリプロダクティブヘルスを支援する環境を整え、女性自身がリプロダクティブヘルスや家族計画に取り組むことを支援する環境を醸成することの重要性をプロジェクトは示し続けた。このような、経験値とエビデンスに基づく政策提言を行うことで、また、南部地域での活動を継続し、他地域への拡大することで、プロジェクト上位目標である「ヨルダン全域でのリプロダクティブヘルス向上」にも貢

献することが期待されている。

イスラム圏でのユニバーサルアクセスのモデルが長年のJICAによるヨルダン国リプロダクティブヘルス支援事業の中で形成されたことは、第2フェーズにおいて専門家としてこのプロジェクトにかかわった者として、非常に誇らしく感じる。しかし、まだ、達成感には至らない。これらの築き上げた知見と教訓は、確実にイスラム圏全体のリプロダクティブヘルス向上に、ひいてはすべての途上国の村落部、過疎地域の女性に対し、裨益するものであると確信するからこそ、広く世界と共有したいと考えるからである。プロジェクトは終了を迎え、もはやヨルダンという国に対しては、技術協力は成立しないのかもしれないが、ヨルダンで生まれたユニバーサルアクセスを志向した粘り強い協力の成果やその知見を広く共有し、リプロダクティブヘルスのサービスギャップ(アンメットニーズ)を埋めていくのは、JICAに課せられた使命ではないかとさえ感じる。そのためのスキーム、モダリティについて、今一度、JICA全体で検討すべきではないか。

「私の一生を変えたできごと」について、もう少し紹介しよう。「毎年子どもを産まなくてよいことを初めて知った。私の姉や妹、義妹にも、皆、伝えてあげたい。」「夫と家族計画について話し合えるようになり、子育てについても相談しています。次は、夫に、地域のボランティア活動にも参加したいことを伝えようと思っています。」「母にこれから伝えます。幼い妹たちを早く結婚させることより、学業を続けさせることの方が重要であることを。」これらの言葉は、第2フェーズにカラク県で、女性を対象として啓発活動に参加した女性の言葉だ。彼女たちの「人生が変わった」という言葉に動かされ、私自身も2001年来、ヨルダン、パレスチナ、スーダン、UNRWA難民へと、中東の女性のリプロダクティブヘルス支援の活動を続けている。情報とサービスが行き渡れば、女性は、女性自身で生き方を変えられる、そして、女性の生き方が変われば、それは、家族の、そして地域社会全体の生き方が、少しずつ変わることを意味している。本プロジェクトでは、ヘルス・エデュケーターという地域保健指導員を村民から育成し、村落ヘルスセンターに配置し、また、家庭訪問などを行い、保健指導や基礎的保健サービスを提供することで、対象女性の避妊実行率をプロジェクト前後の比較において43.7%から55.6%に向上させ、また、産後ケアの利用率も、25%から36.6%に上させた。女性自身の生き方が変わったことを、これらの数字も示している。MDG5を達成するために、「エビデンスが確認された介入」として、「望まない妊娠を防ぐこと」が挙げられているが、どのようにして「望まない妊娠を防ぐ」のか、ユニバーサルアクセスは、どのように確保するのか、明確な方法論は確立していない。ヨルダンのリプロダクティブヘルス分野への支援の経験は、「望まない妊娠を防ぐこと」への取り組みとして一石を投じる成果を示している。

調査活動最終日、ヨルダン計画省に参上し、プロジェクト終了時評価の結果を報告した。ヨルダン政府としても、このプロジェクトが南部地域でリプロダクティブヘルスと女性のエンパワメントに取り組んできたことを大きく評価していた。また、最近、南部地域の女性が、投票にも参加する傾向が高まり、地域全体の開発にも変化が見られるとのことであった。プロジェクトが投げた「石」の影響は、保健セクターを越えたところにも波及している様子である。

プロジェクトは、ヨルダンのリプロダクティブヘルスを支える保健システムや政策にも影響力を及ぼしている。保健省次官は、南部地域で村落リプロダクティブヘルスサービスと家庭訪問を次年度も保健省直営の活動として継続実施するため、「2012年保健戦略計画」にて同活動の実施計画と予算を盛り込み、正式に承認したことを明らかにした。また、保健省にて現在作成中の「家族計画推進計画」でも、ヘルス・エデュケーターによる村落での家族計画の普及拡大を盛り込む

ことを計画している。一方、HPC次官からは、プロジェクトによる「政策提言」のアドボカシーを行い、内閣へも働きかけることにより、プロジェクトの成果を国家政策に発展させるために尽力することが表明された。このような国レベルでの組織が、協力してリプロダクティブヘルスサービスのユニバーサルアクセスに取り組む体制が整えられたことが、プロジェクトの大きな成果である。今後、ヨルダン政府自身がユニバーサルアクセスに取り組むことを、JICAとしても注意深く見守っていきたいものである。

本部、事務所、関係者の皆さま、専門家チームの皆さま、特に、チームリーダーの佐藤都喜子専門員には、調査活動にご協力いただきありがとうございました。そして、佐藤専門員においては、1997年よりヨルダンにおけるリプロダクティブヘルス協力事業のほぼすべての期間にわたり、精力的に活動に取り組まれたことに対し、深く敬意を表します。

最後に、この調査活動と報告書が、私以外は男性により構成された調査団員と、事務所、本部の協力を得てまとめられたことを心強く感じています。リプロダクティブヘルスへの支援者として、男性側の理解がまた一步深まったことを心から歓迎します。

付 属 資 料

- 1 . 調査日程
- 2 . PDM Version 8 (最新版)
- 3 . PDM for Evaluation (PDMe)
- 4 . 評価グリッド
- 5 . 主要面談者
- 6 . 日本側投入リスト
- 7 . ヨルダン側投入リスト
- 8 . ミニッツ (英文報告書の別添は上記と重複するため省略)

1. 調査日程

Schedule of Terminal Evaluation

		Dr. Akiko HAGIMARA	Dr. Yoichi INOUE	Airplane
6	18 Sat		20:00 Dep. Tokyo (EK319)	
	19 Sun		03:50 Arr. Dubai 07:25 Dep. Dubai (EK901) 09:20 Arr. Amman 11:00 Mtg. w. JICA Office 12:00-14:00 Interview w MOH 15:00 Mtg. w. Project	Amman
	20 Mon		10:00-11:30 Interview w JICA Data Collection and Interview w Project	
	21 Tue		13:00 Move to Aqaba 10:00 Interview at Aqaba Health Directorate 13:45 Site Survey at Tweste VHC 14:30 Site Survey at Al Ghal CBO 16:00-17:00 Interview w Dr. Sato	Aqaba
	22 Wed		09:30 Site Survey at Al Salihiyah VHC 13:00 Interview at Tarfiah Health Directorate	Aqaba
	23 Thu		08:30 Site Survey at Dana village & Qadisyah CHC	Dana
	24 Fri		09:30 Site Survey at Um Sarab	Wadi Mousa
	25 Sat	20:50 Dep. Tokyo (EY871)	Data analysis and report drafting	Wadi Mousa
	26 Sun	04:05 Arr. Abu Dhabi 08:30 Dep. Abu Dhabi (EY513) 10:40 Arr. Amman Mtg. w JICA Office	10:00 Site Survey at Grain VHC and Grain CBO 11:30 Site Survey at Tassan CBO 12:30 Site Survey at Abu Lusan VHC 10:00 Interview at Main Health Directorate 11:30 Site Survey at Mogarrah PHC 12:30 Site Survey at Jahir VHC Move to Amman	Wadi Mousa
	27 Mon	09:00-12:00 Kick-off Mtg. w Project/MOH/JICA (incl. presentation on the progress) @JICA Conference Room		Amman
	28 Tue	09:30 Interview at Karak Health Directorate 11:00 Observing Monthly Meeting 14:00 Site Survey at Sarma VHC Mtg w JICA Office and Project		Amman
	29 Wed			Amman
	30 Thu	Interview to Project Experts 10:00 Mtg. w USAID (HSS, PSP) 13:30 Mtg. w WHO 14:30 Mtg. w UNFPA Mtg. w JICA Office		Amman
7	1 Fri		Data analysis and report drafting	Amman
	2 Sat		Data analysis and report drafting	Amman
	3 Sun		Mtg w JICA Office and Project	Amman
	4 Mon		Mtg w JICA Office and Project	Amman
	5 Tue		09:00-13:00 Mtg with the Joint Evaluation Team (incl. discussion on M/M) @JICA Conference Room	Amman
	6 Wed		09:00-13:00 Mtg with the Joint Evaluation Team (incl. discussion on M/M) @JICA Conference Room	Amman
	7 Thu		09:00-09:30 Signing M/M @MOH Conference Room 11:30-12:00 Report to JICA	Amman
	8 Fri		Report writing	Amman
	9 Sat		Report writing	Amman
	10 Sun		09:00 Report to MOJ/IC 10:00 Report to ECU	Amman
	11 Mon			Amman
	12 Tue			Amman
	13 Wed	16:20 Dep. Amman (EY516) 20:20 Arr. Abu Dhabi 21:45 Dep. Abu Dhabi (EY876)		Amman
	14 Thu	12:55 Arr. Tokyo		Amman

Project Name: Integrating Health and Empowerment of Women in the South Region Project
Duration: Sep. 2006- Sep. 2011

Target Area: 73 villages in the southern region (Aqaba, Ma'an, Tafieleh and Karak governorates) where MOH village health centers are functioning

Focal Areas: Grain, Tasan in Ma'an and Al Ghal in Aqaba.

Target Group:

- 1) MOH midwife/nurse supervisors and staff serving for village health centers in the southern region,
- 2) Married women at the age of 15 years old and above in the target area,
- 3) Married men in the focal areas
- 4) Youth (15- 24 year-old unmarried men and women) in the focal areas

PDM Version 8 (Oct, 2010)

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
1-Overall Goal			
1-1 RH/FP in Jordan is improved	1-1-1 Total Fertility Rate (TFR) will decrease from 3.6 (2007) to 2.8 by 2015 ⁴⁾ 1-1-2 Contraceptive Prevalence Rate (CPR) will increase from 57.1% (2007) to 62.41% by 2012 ²⁾ 1-1-3 (Utilization of) Postnatal care will increase from 68% (2007) to 75% by 2017 ³⁾ .	DHS report (2018) DHS report(2013) DHS report (2018)/	
1-2 RH/FP Policy Environment in Jordan is improved	1-2-1	At least two RH/FP policies recommended by the Project are adopted either through HPC or by MOH by 2015.	HPC and/or MOH documents/ HPC and/or MOH
2-Project Purpose			
2 To make policy recommendations of RH/FP based upon good practices of improved utilization of RH/FP services in the target area.	2-1 2-2 2-3	Contraceptive Prevalence Rate (CPR) in the target area will increase from 44.0% ⁴⁾ (2007) to 53.0% ⁵⁾ by 2011. (Utilization of)Postnatal care will increase from 25.0% ⁶⁾ (2008) to 63.2% ⁷⁾ by 2011. At least three RH/FP policy recommendations which are approved by the Project Steering Committee are submitted either to HPC or MOH by 2011.	Project's baseline survey report / end-line survey report for the target area / Project Project's progress report/ Project
1. Population Strategies and Reproductive Health Action Plan will not change in direction. 2. Other donors implement the projects as scheduled. 3. Medical environment will not deteriorate than now.			

3- Outputs					
3-1 A supportive environment for the project is created in the focal area	Supportive Environment 3-1-1	80% of people at age 15 and above living in the communities have participated in at least one project's activity.	Project's progress report/ Project		
	Supportive Environment 3-1-2	At least one community development activity is planned in each focal area by 2011.			
	Men 3-2-1	"Men's attitudes toward health benefits of RH/FP to women's health" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).	Project's baseline survey report / end-line survey report for the focal area/ Project		
	Men 3-2-2	"Men's attitudes toward male involvement in RH/FP" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).			
	Men 3-2-3	"Men's attitudes toward using RH/FP services" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).			
	Youth 3-2-4	"Youth's attitudes toward health benefits of RH/FP to women's health" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).	Project's baseline survey report / end-line survey report for the focal area/ Project		
	Men 3-3-1	"Men's attitudes toward women empowerment" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).			
	Youth 3-3-2	"Youth's attitudes toward women empowerment" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).	Report of pre- and post-tests of home visit/yearly assessment report of home visit/ Project		
	Home Visits 3-4-1	All the women who have received home visits will know all the types of contraceptive methods available in Jordan by 2011.			
	Home Visits 3-4-2	All the women who have received home visits will know at least one health facility or one health professional to obtain contraceptive methods accessible to them by 2011.			

	Home Visits 3-4-3	All the women who have received home visits will know at least two or three major side effects of contraceptive methods available in Jordan by 2011.		
3-5 (a) Women's attitude towards RH is improved in the target area	RH 3-5-1	90% of the women who have received home visits will feel it important to take at least one type of RH-related lab tests (diabetics/urine/anemia tests during pregnancy and tests for reproductive tract infection and urinary tract infection) by 2011.	Report of pre- and post-tests of home visit/yearly assessment report of home visit/ Project	
3-5 (b) Women's attitude towards self-empowerment is improved in the target area.	RH 3-5-2	90% of the women who have received home visits will feel it important to visit village health centers to receive at least one type of RH-related services available at the centers (FP, antenatal and postnatal care and child care) by 2011.	Project's baseline survey report / end-line survey report for the target area/ Project	
3-6 High quality RH/FP services are provided at the target village health centers	Empowerment 3-5-3	<i>Psychological Wellbeing</i> ⁸ – "Four major domains of psychological wellbeing represented by self-confidence/self-esteem, autonomy, environmental mastery and self-acceptance" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).	Supervisory sheets for health assistants/ Southern Health Directorates/MOH Interview report/ Project	
3-7 RH/FP Policies are recommended	Empowerment 3-5-4	<i>Decision-Making</i> ⁹ – "Perceiving their ability in making decisions" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).		
	Empowerment 3-5-5	<i>Self-Health Care</i> ¹⁰ – "Perceiving caring own health important" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).		
	Services 3-6-1	90% of Health Educators at VHCs provides RH/FP services according to the guidelines.		
	Services 3-6-2	80% of target women who use village health centers are satisfied with the quality of services by 2011.		
	Policies 3-7-1	At least 1 policy recommendation is prepared from each output by 2011 ¹¹ .		

Activities	Input	Preconditions
<p>3-1 Outputs</p> <p>Supportive Environment of Communities</p> <ul style="list-style-type: none"> - Advocate the project's objectives - Conduct public meetings - Set up a local committee - Conduct meetings with the committee. - Support the committee to specify the needs. - Assist the committee in setting up a plan. - Assist the committee in implementing the projects. <p>3-2 and 3-3 Outputs</p> <p>Change in Attitude and Behavior among Men and Youth</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduct a survey to select the project's focal areas. - Conduct a KAP baseline survey - Prepare an advocacy/ BCC guideline. - Obtain IEC materials for use - Conduct workshops for men - Conduct awareness-raising workshops for youth - Assess the change in KAP among the target population <p>3-4 and 3-5 Outputs</p> <p>Change in Attitude and Behavior among Women</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduct a preliminary and baseline survey - Prepare a guideline of home visits. - Train the aid nurses 	<p>Japan</p> <p>Personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Long-term experts from Japan: - Chief Advisor / RH Policy (1 person) - Project Coordinator / Health & Home Visit (1) <p>Jordanian long-term consultant:</p> <p>Community Coordinator / Community Development and Communication (1)</p> <p>Short-term experts and consultants:</p> <p>As required</p> <p>Project Coordinator Assistant (+ translation) (1)</p> <p>Secretary (+ translation) (1)</p> <p>Drivers</p> <p>Equipment</p> <p>Cars for transportation and supervision</p> <p>Medical equipment</p> <p>IEC production equipment</p> <p>Office items (e.g. computers, furniture)</p>	<p>Jordan</p> <p>Counterparts</p> <p>Long-term:</p> <p>Headquarters Level</p> <p>Population and RH Policy Advisors (General Secretary / HPC, Secretary General / MOH) (2 persons)</p> <p>Reproductive Health Manager (HPC) (1)</p> <p>Project Manager / RH (MOH) (1)</p> <p>Project Manager / Population / Communication (HPC) (1)</p> <p>Project Deputy Manager / Health and Home Visit (MOH) (1)</p> <p>Reproductive Health Specialist (HPC) (1)</p> <p>Assistant HPC Project Manager (HPC) (1)</p> <p>Project Community Coordinator Assistant (HPC) (1)</p> <p>Field Supervisors (MOH) (2)</p> <p>Health Directorate level</p> <p>Health Directors (MOH) (5 persons)</p> <p>Midwife Supervisors (MOH) (5)</p> <p>Healthy Village officers (MOH) (2)</p> <p>Allocation of one female aid nurse to each village health center</p> <p>Renovation of village health centers</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Conduct home visit by trained aid nurses - Monitor and supervise their performance - Assess the impact survey among the target population <p><u>3-6 Outputs</u></p> <p>High Quality RH Services</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assess the current status and needs of FR/RH services - Set up a guideline of health services inclusive FP/RH - Provide adequate personnel by MOH - Update the inventory list - Strengthen infrastructure by providing necessary equipment - Provide equipment necessary for selected referral centers - <input type="checkbox"/> Prepare a training manual - <input type="checkbox"/> Arrange a training program - <input type="checkbox"/> Implement training - <input type="checkbox"/> Provide refresh training - Strengthen supervision and M&E <p><u>3-7 Outputs</u></p> <p>Policy Development</p> <ul style="list-style-type: none"> - Set up a project steering committee - Write up a progress report - Discuss, assess and recommend issues with the committee - Conduct a regional workshop every year. - Present policy recommendations to the cabinet - Disseminate experiences through media - Conduct a national forum 			
--	--	--	--

NOTES:

Overall Goal

*1 2.8: Wanted Total Fertility Rate in 2015 -- source in *Reproductive Health Action Plan: 2008-2012*, p.19.

*2 62.41%: Projection - source in *Reproductive Health Action Plan: 2008-2012*, p.19.

*3 75%: Postnatal care from a health professional (% of women for most recent birth) – Projection by following the Jordan's national trend

Project Purpose

*4 44.0%: Project's baseline survey result (currently married women)

*5 53.0%: Contraceptive Prevalence Rate (CPR) of the southern region (currently married women) (2007) cf. national CPR=57.1% (2007)

*6 25.0%: Project's baseline survey result

*7 63.2%: Figure of the southern region (2007) - Postnatal care from a health professional (% of women for most recent birth)

Scores

*8 Psychological wellbeing is the composite result of questions generated to measure women's 1) self-confidence, 2) self-acceptance, 3) autonomy and 4) environmental mastery.

Self-Confidence/Self Esteem is measured by 3 questions and the scores range from 3 (lowest) to 9 (highest) with the mean score of 8.54 (baseline survey).

Self-Acceptance is measured by 2 questions and the scores range from 3 (lowest) to 6 (highest) with the mean score of 5.50 (baseline survey).

Autonomy is measured by 2 questions and the scores range from 3 (lowest) to 6 (highest) with the mean score of 5.08 (baseline survey).

Environmental mastery is measured by 2 questions and the scores range from 3 (lowest) to 6 (highest) with the mean score of 5.30 (baseline survey).

*9 Decision Making is measured by 9 questions and the scores range from 9 (lowest) to 27 (highest) with the mean score of 25.77 (baseline survey).

*10 Self-health Care is measured by 15 questions and the scores range from 0 (lowest) to 15 (highest) with the mean score of 8.96 (baseline survey).

3. PDM for Evaluation (PDMe)

Date: July 7 2011
 Project Duration: 5 years, from September 2006

Project Design Matrix for Evaluation (PDMe) based on the latest PDM ver.8
 Project Title: Integrating Health and Empowerment of Women in the South Region Project
 Target Area: 73 villages in the southern region (Aqaba, Ma'an, Tafelieh and, Karak governorates) where MOH village health centers are functioning
 Focal Areas: Grain, Taseen in Ma'an and Al Ghul in Aqaba.
 Target Group:
 1) The Ministry of Health (MOH) midwife/nurse supervisors and staff serving for village health centers (VHCs) in the southern region
 2) Married women at the age of 15 years old and above in the target area
 3) Married men in the focal areas
 4) Youth (15- 24 year-old unmarried men and women) in the focal areas

Narrative Summary Overall Goal	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
1 Reproductive Health/Family Planning (RH/FP) in Jordan is improved.	1-1. Total Fertility Rate (TFR) will decrease from 3.6 (2007) to 2.8 by 2015 ¹ . 1-2. Contraceptive Prevalence Rate (CPR) will increase from 57.1% (2007) to 62.41% by 2012 ² . 1-3. (Utilization of Postnatal care will increase from 68% (2007) to 75% by 2011. At least two RH/FP policies recommended by the Project are adopted either through the Higher Population Council (HPC) or by the MOH by 2015.	DHS report (2013 and 2018)	
2 RH/FP Policy Environment in Jordan is improved. Project Purpose To make policy recommendations of RH/FP based upon good practices of improved utilization of RH/FP services in the target area.	[1] Contraceptive Prevalence Rate (CPR) in the target area will increase from 44.08 ³ (2007) to 53.0% ³ by 2011. [2] (Utilization of Postnatal care will increase from 25.0% ⁴ (2008) to 63.2% ⁴ by 2011. [3] At least three RH/FP policy recommendations which are approved by the Project Steering Committee are submitted either to HPC or MOH by 2011.	HPC and/or MOH documents/HPC and/or MOH Project's baseline survey report / end-line survey report for the target area / Project Project's progress report/ Project	

Outputs		
<p>1 A supportive environment for the project is created in the focal area.</p>	<p>[1-1: Supportive Environment] 80% of people at age 15 and above living in the communities have participated in at least one project's activity.</p> <p>[1-2: Supportive Environment] At least one community development activity is planned in each focal area by 2011.</p>	<p>Project's progress report/ Project</p>
<p>2 Men's and youth's attitude toward RH/FP is improved in the focal area.</p>	<p>[2-1: Men] "Men's attitudes toward health benefits of RH/FP to women's health" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).</p> <p>[2-2: Men] "Men's attitudes toward male involvement in RH/FP" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).</p> <p>[2-3: Men] "Men's attitudes toward using RH/FP services" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).</p> <p>[2-4: Youth] "Youth's attitudes toward health benefits of RH/FP to women's health" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).</p>	<p>Project's baseline survey report / end-line survey report for the focal area/ Project</p>
<p>3 Men's and youth's attitude toward women's empowerment is improved in the focal area.</p>	<p>[3-1: Men] "Men's attitudes toward women empowerment" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).</p> <p>[3-2: Youth] "Youth's attitudes toward women empowerment" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).</p>	<p>Project's baseline survey report / end-line survey report for the focal area/ Project</p>
<p>4 Women's knowledge of FP is improved in the target area.</p>	<p>[4-1: Home Visits] All the women who have received home visits will know all the types of contraceptive methods available in Jordan by 2011.</p> <p>[4-2: Home Visits] All the women who have received home visits will know at least one health facility or one health professional to obtain contraceptive methods accessible to them by 2011.</p> <p>[4-3: Home Visits] All the women who have received home visits will know at least two or three major side effects of contraceptive methods available in Jordan by 2011.</p>	<p>Report of pre- and post-tests of home visit/yearly assessment report of home visit/ Project</p>

<p>5 (a) Women's attitude towards RH is improved in the target area.</p>	<p>[5-1: RH] 90% of the women who have received home visits will feel it important to take at least one type of RH-related lab tests (diabetics/urine/anemia tests during pregnancy and tests for reproductive tract infection and urinary tract infection) by 2011.</p> <p>[5-2: RH] 90% of the women who have received home visits will feel it important to visit village health centers to receive at least one type of RH-related services available at the centers (FP, antenatal and postnatal care and child care) by 2011.</p> <p>[5-3: Empowerment] Psychological Wellbeing⁴⁸ "Four major domains of psychological wellbeing represented by self-confidence/self-esteem, autonomy, environmental mastery and self-acceptance" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).</p> <p>[5-4: Empowerment] Decision-Making⁴⁹ "Perceiving their ability in making decisions" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).</p> <p>[5-5: Empowerment] Self-Health Care⁴¹⁰ "Perceiving caring own health important" shows the statistical difference between the two group means (2008 and 2011).</p>	<p>Report of pre- and post-tests of home visit/ yearly assessment report of home visit/ Project</p>	<p>Population Strategies and Reproductive Health Action Plan will not change in direction.</p> <p>Other donors implement the projects as scheduled.</p> <p>Medical environment will not deteriorate than now.</p>
<p>6 High quality RH/FP services are provided at the target village health centers.</p>	<p>[6-1: Services] 90% of Health Educators at VHCs provides RH/FP services according to the guidelines.</p> <p>[6-2: Services] 80% of target women who use village health centers are satisfied with the quality of services by 2011.</p>	<p>Supervisory sheets for health assistants/ Southern Health Directorates/MOH</p> <p>Interview report/ Project</p>	
<p>7 RH/FP Policies are recommended.</p>	<p>At least 1 policy recommendation is prepared from each output by 2011⁴¹¹.</p>	<p>Not indicated</p>	

Activities		Inputs	
		Japan	Jordan
1	Supportive Environment of Communities Advocate the project's objectives. Conduct public meetings. Set up a local committee. Conduct meetings with the committee. Support the committee to specify the needs. Assist the committee in setting up a plan. Assist the committee in implementing the projects. 2&3 Change in Attitude and Behavior among Men and Youth Conduct a survey to select the project's focal areas. Conduct a KAP baseline survey. Prepare an advocacy/BCC guideline. Obtain IEC materials for use. Conduct workshops for men. Conduct awareness-raising workshops for youth. 4&5 Change in Attitude and Behavior among Women Conduct a preliminary and baseline survey. Prepare a guideline of home visits. Train the aid nurses. Conduct home visit by trained aid nurses. Monitor and supervise their performance. 6 High Quality RH Services Assess the current status and needs of FR/RH services. Set up a guideline of health services inclusive FP/RH. Provide adequate personnel by MOH. Update the inventory list. Strengthen infrastructure by providing necessary equipment. Provide equipment necessary for selected referral centers. ○ Prepare a training manual. ○ Arrange a training program. ○ Implement training. ○ Provide refresh training. Strengthen supervision and M&E. 7 Policy Development Set up a project steering committee. Write up a progress report. Discuss, assess and recommend issues with the committee. Conduct a regional workshop every year. Present policy recommendations to the cabinet. Disseminate experiences through media. Conduct a national forum.	JICA Experts (1)A Chief Advisor / RH Policy as a Long-term Expert (2)A Project Coordinator / Health & Home Visit as a Long-term Expert (3) Short-term Experts as required (4)A local consultant as Community Coordinator / Community Development and Communication Project staff (1)Project Coordinator Assistant (+ translation) (2)Medical equipment (3)Drivers Training in Japan (1) Equipment and materials (1) Cars for transportation and supervision (2) Other equipment mutually agreed upon as necessary. (3) IEC production equipment (4) Office items (e.g. computers, furniture) Local cost (1)	Counterpart personnel Headquarters Level (1) Population and RH Policy Advisors (General Secretary / HPC, Secretary General / MOH) (2 persons) (2) Reproductive Health Manager (HPC) (1 person) (3) Project Manager / RH (MOH) (1) (4) Project Manager / Population / Communication (HPC) (1 person) (5) Project Deputy Manager / Health and Home Visit (MOH) (1 person) (6) Reproductive Health Specialist (HPC) (1 person) (7) Assistant HPC Project Manager (HPC) (1 person) (8) Project Community Coordinator Assistant (HPC) (1 person) (9) Field Supervisors (MOH) (2 persons) Facility, equipment and materials (1) Local cost (1) Allocation of one female aid nurse to each village health center (2) Renovation of village health centers
		Pre-conditions The parties concerned cooperate with each other.	

4. 評価グリッド

4-1

[Verification of Implementation Process] Integrating Health and Empowerment of Women in the South Region Project

Subsisting Item	Evaluation Classification		Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Small				
Probability of achievement of the Project	Overall Goal	Whether "Reproductive Health/Family Planning (RH/FP) in Jordan is improved" is logically correct as the Overall Goal.	Verification of logical relationship	Verification by the Evaluation Team	① Project documents ② Views of related players	① Document review ② Interview
		Whether "RH/FP Policy Environment in Jordan is improved" is logically correct as the Overall Goal.	Verification of logical relationship	Verification by the Evaluation Team	① Project documents ② Views of related players	① Document review ② Interview
		Whether it is expected that the benefits derived from the Project is autonomously deployed or disseminated to other health facilities after the termination of the Project.	Verification of sustainability	Information indicating their sustainability	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Project Purpose	Whether the Project Purpose of "Health improvement and empowerment of women are realized in the south regions" is expected to be achieved by the end of the project period.	① Degree of achievement of Objectively Verifiable Indicators (OVIs) ② Comprehensive analysis	① Achievements of OVIs ② Views of related players	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Outputs	Whether the Output 1 of "A supportive environment for project activities with regard to the improvement of women health and empowerment is created in the focal area" is achieved or expected to be achieved by the end of the project period.	Degree of achievement of OVIs	① Achievements of OVIs ② Views of related players	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
		Whether the Output 2 of "Men's and youth's attitudes toward RH/FP and women's empowerment are improved in the focal area" is achieved or expected to be achieved by the end of the project period.		① Achievements of OVIs ② Views of related players	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
		Whether the Output 3 of "Women's knowledge of FP and attitudes towards RH/self-empowerment are improved in the target area" is achieved or expected to be achieved by the end of the project period.		① Achievements of OVIs ② Views of related players	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
		Whether the Output 4 of "High quality RH/FP services are provided at the target VHCS" is achieved or expected to be achieved by the end of the project period.		① Achievements of OVIs ② Views of related players	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
		Whether the Output 5 of "Development of Policy recommendations and public relations activities with regard to RH/FP and women's empowerment are prepared for the dissemination of experiences and achievement of the Project" is achieved or expected to be achieved by the end of the project period.		① Achievements of OVIs ② Views of related players	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Inputs	Inputs from Japan Side	Whether JICA Experts were dispatched as scheduled.	Comparison of plan with actual result	Results of Input	① Input records ② Project reports
Whether equipment for project activities was provided as planned.			Results of Input (incl. Information for status of utilization)		① Input records ② Project reports	① Document review ② Direct observation
Whether C/Ps' training in Japan and/or third countries were implemented as planned.			Results of acceptance of trainees		① Input records ② Project reports	Document review
Whether local cost from JICA side were implemented as scheduled.			Budget and implementation result		① Input records ② Project reports	Document review
Inputs from Jordanian Side		Whether C/Ps were appropriately allocated enough to implement project activities.		① Achievement of Input ② Views of related players	① Input records ② Experts, C/P	① Document review ② Interview
		Whether office space for JICA experts was provided.		Achievement of Input	① Input records ② Experts, C/P	① Document review ② Interview

[Verification of Implementation Process] Integrating Health and Empowerment of Women in the South Region Project

Evaluation Item	Evaluation Classification		Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Small				
Implementation Process		Whether local cost from Jordanian side were implemented appropriately.		① Achievement of Input ② Views of related players	① Input records ② Experts, C/P	① Document review ② Interview
	Planned activities	Whether the project activities were implemented as scheduled.	Comparison of plan with actual result	Accomplishment of project activities	Project reports	① Document review ② Questionnaire
		Whether the PDM was updated in accordance with surroundings of the Project under the agreement amongst relevant parties.		Vicissitude of PDMs and its reasons for modification	Meeting minutes of the Joint Policy/Steering Committee (JPSC)	① Document Review ② Questionnaire ③ Interview
	Technical transfer	Whether methods and/or approaches of technical transfer were appropriate.		Methods and contents of technical transfer	① Project reports ② Experts, C/P	① Document review ② Interview
	Management system	Who, how and how often the progress of the Project was monitored, and consequent findings were reflected to the operation of the Project.		① Progress monitoring system ② Feedback system	① Project reports ② Experts	① Document review ② Questionnaire
		How the decision-making process for modification of the project activities, assignment of personnel, etc was.		Process for decision-making	① Project reports ② Experts	① Document review ② Questionnaire
		How the communication and cooperative relationship amongst players in the Project was.		JPSC and other meeting	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire
		Whether Project information was effectively shared.		JPSC and/or other meetings	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire
	Ownership and Autonomy	How ownership and autonomy of implementing bodies including C/Ps and beneficiaries were.		Contribution, attitude, etc. for the project activities.	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Follow-up status	Follow-up status of recommended issues at the Mod-term review and JICA advisory visit		Countermeasures to fulfill the recommendations	① Project reports ② Views of related players	① Document Review ② Questionnaire ③ Interview
	Problems on implementation process	Whether there were obstacles or problems for the implementation of the project activities.		Contributing and inhibitory factors	① Project reports ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview

[Five Criteria] Integrating Health and Empowerment of Women in the South Region Project

Five Criteria	Evaluation Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification	
	Major	Middle	Small					
Relevance	Priority	Consistency of the Project Purpose with Jordanian policies with regard to reproductive health/Family planning (RH/FP) and women's empowerment		Comparison with Jordanian health related policies	Jordanian related policies	① Document for related policies ② MOH	① Document review ② インタビュー Interview	
		Consistency with Japan's ODA policies and JICA's aid policies	Relativity with prioritized area in Japan's ODA policies	Comparison with Jordanian health related policies	Prioritized area in Japan's ODA policies for Jordan	① Japan's ODA policies for Jordan ② 2011-2015 Japan's Global Health Policy 2011-2015	Document review	
			Relativity with prioritized area in JICA's aid policies	Comparison with Jordanian health related policies	Place of health assistance in the JICA's aid policies	JICA aid policy for Jordan	Document review	
	Necessity	Relevance of target group	Consistency of needs of target group with the Project Purpose		① Experiences /performances of C/Ps ② Status of RH/FP and women's empowerment in south regions	① Project documents ② JICA Experts, C/P ③ Health statistics	① Document review ② Interview ③ Direct Observation	
	Appropriateness of implementation method	Appropriateness of adoption of "improvement of RH/FP and women's empowerment" to realize women's health			Background and/or process for selection of assistance approach	① JICA ex-ante evaluation report ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
		Special consideration	Special assiduties for gender issues, social grades, environment, ethnic groups, etc.		Views of related players	① JICA Experts ② JICA Jordan	① Document review ② Questionnaire	
		Japan's technical superiority			① Assistance history of Japan for health sector ② Skills and experiences of experts	① Project documents ② JICA Jordan ③ JICA Experts	① Document review ② Interview	
	Effectiveness	Achievements	Status of the achievements of Outputs	Status of the achievements of OVIs for Outputs		① Status of achievements of OVIs ② Project activities and its accomplishments	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview
				Whether supportive environment for project activities with regard to the improvement of women health and empowerment is created.	Comprehensive confirmation of actual status	Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview ③ Direct observation
Whether men's and youth's attitudes toward RH/FP and women's empowerment are improved.					Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview ③ Direct observation	
Whether women's knowledge of FP and attitudes towards RH/self-empowerment are improved.					Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview ③ Direct observation	

[Five Criteria] Integrating Health and Empowerment of Women in the South Region Project

Five Criteria	Evaluation Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Middle	Small				
			Whether high quality RH/FP services are provided at the target VHCs.		Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview ③ Direct observation
			Whether development of Policy recommendations and public relations activities with regard to RH/FP and women's empowerment are implemented.		Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview ③ Direct observation
		Probability of the achievement of the Project Purpose	Whether Health improvement and empowerment of women are realized in the south regions.	Systematic judgment	① Status of achievements of OVIs ② Outputs other than the scope of the project activities	① Project reports ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview ③ Direct observation
		Cause-and-effect relationship	Whether the Project Purpose was attained as a result of the achievements of Outputs	Whether there was no logical error from the aspect of cause-and-effect relationship.	Verification of logical relationship	Verification by Evaluation Team	① Project documents ② JICA Experts, C/P
Whether there was any other effective approaches for the achievement of the Project Purpose	Verification of implementation approaches			① Verification by Evaluation Team ② Views of related parties	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
Whether equipment and materials provided by the Project are appropriately utilized.				① Utilization status of materials ② Input records and operational status	① Project reports ② Input records	① Document review ② Questionnaire ③ Direct observation	
Contributing and inhibitory factors	Appropriateness of the important assumptions	Whether important assumptions are appropriate from aspects of current situation.	Confirmation current situation	Verification by Evaluation Team	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview	
		Whether important assumptions are appropriate from aspects of current situation and logical relationship	Verification of logical relationship	Verification by Evaluation Team	① Project document ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview	
	Whether important assumptions are fulfilled.	Confirmation of the current status of "Population Strategies and Reproductive Health Action Plan will not change in direction".		① Policy status for population and RH ② Views of related players	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
		Confirmation of the current status of "Other donors implement the projects as scheduled".		① Implementation of projects by other donors ② Views of related players	① Project documents ② JICA Experts, C/P ③ Other donors	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
		Confirmation of the current status of "Medical environment will not deteriorate than now".		① Status of medical environment ② Views of related players	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	

[Five Criteria] Integrating Health and Empowerment of Women in the South Region Project

Five Criteria	Evaluation Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Middle	Small				
			Other unexpected factors		① Views of related players ② Other expected and/or unexpected external factors	① JICA Experts, C/P ② Project documents	① Interview ② Questionnaire ③ Document review
Efficiency	Time resource	Whether Outputs were attained as scheduled.			Progress control of the project activities	① Project documents ② Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Quality, quantity and timing of inputs	Whether quality, quantity and timing of inputs were appropriate.	Whether the number and period, areas of expertise and timing of dispatch of JICA expert were appropriate.	Comparison of results and plan	① Record of dispatch of experts ② Attitude and performance of experts	① Input records ② Project documents ③ JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
			Whether types, quantity and timing of installation were appropriate.		① Record of equipment provision ② Utilization status of equipment	① Input records ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Direct observation ④ Interview
			Whether timing, contents and duration of training in Japan and/or third countries were appropriate, and how the training contributed for the achievement of Outputs.		① Acceptance of trainees ② Views of related parties	① Input records ② Trainees ③ JICA Experts	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
			Whether timing, contents, duration follow-up of on-site trainings were appropriate.		① Records of on-site trainings ② Accomplishments of trainings	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
			Whether the budget for local costs was appropriate.		Local costs from Japan side	① Input records ② JICA Experts	① Document review ② Interview
			Whether allocation of Jordanian C/Ps and budget for the Project were appropriate.		Local costs from Jordan side	① Input records ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
			Collaboration with existing resources		Utilization of Japanese resources	Whether recommendations from JPSC contributed for the achievement of Outputs.	
	Whether there were any collaboration with other Japanese resources contributed for the achievement of Outputs.			Accomplishment of the project activities		① Project documents ② JICA Experts ③ JOCV, etc.	① Document review ② Questionnaire
	Collaboration with other development partners	Whether there were any collaboration with other development partners contributed for the achievement of Outputs.			Benefits derived from collaborative activities with other development partners.	① Project documents ② JICA Experts ③ Other development partners	① Document review ② Questionnaire
Contributing and inhibitory factors	Whether there were any contributing factors to efficiency.			Views of related parties	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview	

[Five Criteria] Integrating Health and Empowerment of Women in the South Region Project

Five Criteria	Evaluation Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification	
	Major	Middle	Small					
		Whether there were any inhibitory factors to efficiency.			Views of related parties	① Project documents ② JICA Experts, C/P	① Document review ② Interview	
Impact	Cause-and-effect relationship	Whether there are any discrepancy between Overall Goal and Project Purpose. (OVIs for Super Goal will be verified.)		Verification of logical relationship	Jordanian health related policies, etc.	① Jordanian health related policies ② Verification by Evaluation Team	Document review	
	Probability of achievement of the Overall Goal	Whether improved RH/FP in the south regions is disseminated to other regions by Jordanian self-help endeavor after the cessation of the Project.		Exploration based on the current status	① Degree of achievement of the Project Purpose ② Verification of Sustainability	① Project documents ② Jordanian health related policies ③ Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
		Whether at least two RH/FP policies recommended by the Project are adopted either through the Higher Population Council (HPC) or by the MOH after the cessation of the Project.		Exploration based on the current status	① Degree of achievement of the Project Purpose ② Verification of Sustainability	① Project documents ② Jordanian health related policies ③ Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview	
		Contributing and inhibitory factors for the achievement of the Overall Goal	Whether the important assumption of "Population Strategies and Reproductive Health Action Plan will not change in direction" is appropriate at the time of the Terminal Evaluation, and expected to be fulfilled in 3 to 5 years time.		Verification of logical relationship	Possibility of unfulfillment of the assumption	① Views of related players ② Verification by Evaluation Team	① Document review ② Interview
			Whether the important assumption of "2. Other donors implement the projects as scheduled" is appropriate at the time of the Terminal Evaluation, and expected to be fulfilled in 3 to 5 years time.		Verification of logical relationship	Possibility of unfulfillment of the assumption	① Views of related players ② Verification by Evaluation Team	① Document review ② Interview
			Whether the important assumption of "Medical environment will not deteriorate than now" is appropriate at the time of the Terminal Evaluation, and expected to be fulfilled in 3 to 5 years time.		Verification of logical relationship	Possibility of unfulfillment of the assumption	① Views of related players ② Verification by Evaluation Team	① Document review ② Interview
		Other impacts	Whether there are any positive and/or negative impacts confirmed and/or expected to be generated other than Overall Goal	Effects of Health Educator (Health Assistants) on human resource development from aspects of quality and quantity		Performances of Health Assistants	① Project documents ② JICA Experts, C/P ③ Report of endline survey	① Document review ② Questionnaire ③ Interview

[Five Criteria] Integrating Health and Empowerment of Women in the South Region Project

Five Criteria	Evaluation Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Middle	Small				
Sustainability			Effects of involvement of male and youth groups and activities at community level on improvement in mindset of men and women as well as women's empowerment, from perspectives gender and women's empowerment.		Effects of male and youth involvement and activities at community level	① Project documents ② JICA Experts, C/P ③ Report of endline survey	① Document review ② Questionnaire ③ interview
			Positive impacts		Other necessary information	① Project reports ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
			Negative impacts		Other necessary information	① Project reports ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
	Probability of maintaining the benefits derived from the Project	Political and institutional aspects	Whether the policies related to RH/FP and women's empowerment would be maintained and/or enhanced.		Jordanian related policies	① MOH ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	Interview
			Whether political assistance to enhance the benefits derived from the Project will be discussed for the dissemination of them to other area in Jordan.		① Jordanian related policies ② Disposition and policies of MOH	① MOH ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	Interview
		Financial aspect	Whether the budget for health and empowerment of women will be maintained in the south regions.		Health related policies and budget allocation at national level and regional level	① MOH ② regional health directorate ③ JICA Experts, C/P ④ Views of related players	Interview
			Whether the budget and personnel for the enhancement of the benefit will be allocated.		Health related policies and budget allocation	① MOH ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	Interview
		Technical aspect	Whether the improved RH/FP services will be maintained and enhanced autonomously.		① Presence of maintenance mechanism for of technical benefits ② Opportunities to update technical skills	① Project reports ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
			Whether personnel for the deployment of the benefits are nurtured.		Administrative ability for deployment of the benefits	① Project reports ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	① Document review ② Questionnaire ③ Interview
Contributing and inhibitory factors	Whether the important assumptions for sustaining the benefits will be maintained.		Views of related players	① Project reports ② JICA Experts	① Document review ② Interview		

[Five Criteria] Integrating Health and Empowerment of Women in the South Region Project

Five Criteria	Evaluation Classification			Criteria	Necessary data and Information	Data Source	Means of Verification
	Major	Middle	Small				
			Whether countermeasures against contributing and inhibitory factors for sustainability were discussed by the Project and C/Ps.		Views of related players	① Project reports ② JICA Experts	① Document review ② Interview
	Comprehensive sustainability	Whether the comprehensive sustainability is secured or not, in the view of above-mentioned aspects.			Analytical evaluation by the Evaluation Team	① Project documents ② JICA Experts, C/P ③ Views of related players	① Document review ② Interview

**【ヨルダン側】
保健省(本省)**

Dr. Daefall' a Al-louzi
Dr. Bassam Al Hijawi
Dr. Zakaria Al-Omari
Dr. Khawla Kawwa

Secretary General
Director of Primary Health Care Administration
Director of Woman and Child Health Directorate(WCHD)
(Project Manager)
(Head of Family Planning Section
(Project Deputy Manager)

高等人口審議会

Prof. Dr.Ra'eda Al-Qutob
Ms. Asma Fashho
Ms. Rania Al-Abbad

Secretary General
S.G. Assistant, Institutional Development & Strategic Planning Coordinator
Director of Technical Support & Information Unit

アカバ県保健局

Dr. Damen Al Abadi
Ms. Khitam Qasem
Ms. Kawthal Al Rawashdeh
Ms. Amani Bani Esa
Ms. Nihad Alnjadat
Ms. Khatmeh Alswilheen
Mr. Zaid Alswilheen
Ms. Fatima
Ms. Nawar

Health Director
Midwife supervisor
Nurse supervisor
Home-visit coordinator
Health educator, Twesse VHC (Al Salhiah)
Health educator, Al Salhieh VHC
Health educator, Al Salhieh VHC
Nurse
Nurse

アカバ県ガール村

Mr. Mahmoud Al-Meznah
Mr. Moawad Al-Meznah
Mr. Awwad Al-Meznah

Sheikh/ Head of Al-Ghal Association
Member of Al-Ghal Association
Member of the community

タフイーレ県保健局

Dr. Gazi Marayat
Ms. Eidah Alhraishat
Mr. Haloon Al Etiwi
Ms. Awatef Alnithami
Ms. Zakieh AlKhlifat
Ms. Rehab Al Sawalqa

Health Director
Midwife supervisor
Nurse supervisor
Home-visit coordinator, Ean Albeada PHC
Health educator, Dana VHC/ Qadissiah CHC
Health educator, Um Sarab VHC

マアン県保健局

Dr. Abdel Alirahman Mahmood Al-Maani
Ms. Alia Al Rkaibat
Ms. Tharwat Aldarawsheh
Ms. Zain Altawara
Ms. Sumia Altawareh

Health Director
Health educator, Grain VHC
Health educator, Abu Lusan VHC
Health educator, Mogaraieh PHC
Health educator, Jahier VHC

マアン県グレイン村

Mr. Hussain Abu Nwayer
Ms. Amani Faleh Abu Nwayer
Mr. Hussam Abu Nwayer

Member of Grain Association, Grain Association
Teacher, Grain Kindergarten
Member of the community

マアン県タサン村

Mrs. Hasna Maraeya
Mr. Tayseer Maraeya
Mr. Salim Maraeya

Headmaster of Tassan school / Head of Tassan association
Member of the community
Member of the community

カラク県保健局

Dr. Soltan Al- Tarawneh
Ms. Fatina Al Sarayreh
Ms. Samah Mdanat
Ms. Mahasen Obisat

Health Director
Midwife supervisor
Midwife supervisor
Health educator, Samra VHC

【日本側】
在ヨルダン日本国大使館
藪井 陽子

経済・経済協力班 二等書記官

JICAヨルダン事務所

田中 俊昭
後藤 信二
森本 康裕

所長
次長
次長

プロジェクト

佐藤 都喜子
大石 博子
金ヶ江 洋子

リーダー／リプロダクティブ・ヘルス政策
保健医療／家庭訪問による啓発活動
業務調整／モニタリング・評価
Local Technical Expert

Mr. Abdel Monem Malkawi

【その他】

USAID

Ms. Laura Slobey
Dr. Basma Lhraisat
Ms. Ansam Bizzari

Team Leader, Population & Family Health
Project Management Specialist, Population & Family Health
Outreach Program Manager, Private Sector Project for Women's Health (PSP)

WHO

Dr. Hashim A. Elzein Elmoussaad

WHO Representative for Jordan & Head of Mission

UNFPA

Ms. Muna M. Idris

Assistant Representative

6. 日本側投入リスト

6-1

1. Long term Experts

No.	Names	Designations	Duration	JFY					Comments
				2006	2007	2008	2009	2010	
1	Dr.Sato Tokiko	Chief Technical Advisor/Team Leader	27th Feb., 2007 - 4th Sep., 2011	Jul. Oct. Jan. Apr. Jul. Oct. Jan. Apr. Jul.	Oct. Jan. Apr. Jul.	Oct. Jan. Apr. Jul.	Oct. Jan. Apr. Jul.	Oct. Jan. Apr. Jul.	
2	Ms.Imoto Atsuko	Expert in Health	4th Sep., 2006 - 31st Mar., 2010						*Before Mr.Masuda's arrival, Ms.Imoto worked as a health expert & a Project coordinator.(Period:4th Sep.,2006-11th Aug.,2008)
3	Mr.Masuda Ryochiro	Project Coordinator	12th Aug., 2008 - 30th Sep., 2010						
4	Ms. Hiroko Oishi	Expert in Health	6th Mar., 2010 - 4th Sep., 2011						
5	Ms. Yoko Kanagae	Project Coordinator / Monitoring & Evaluation	1st Sep., 2010 - 4th Sep., 2011						

2.Short term Experts (N/A)

3.Consultation team & Evaluation team

	Names	Designations	Duration	JFY					Comments	
				2006	2007	2008	2009	2010		2011
1	Consultation team	Devising training plan & curriculum for Health Assistants	19th Nov. - 4th Dec., 2008	Jul. Oct. Jan. Apr. Jul. Oct. Jan. Apr. Jul.						Ms.Ito, Japan Red Cross Hospital
2	Evaluation team	Mid-term Review	22nd Jun. - 11th Jul., 2009				☆			Mr. Uchi & Dr. Hagiwara, JICA HQ. Ms. Serizawa, Consultant
3	Consultation team	Finalizing Guidelines for Village Health Center	10th Feb. - 2nd Mar., 2010				☆			Prof.Kawabata, Kitayuki-shu Japan Red Cross College
4	Consultation team	Progress Review	14th Mar. - 19th Mar., 2010				☆			Dr. Hagiwara, JICA HQ
5	Consultation team	Advise for data analysis and evaluation	4th Sep. - 23rd Sep., 2010					☆		Prof.Takagi, Toho University
6	Consultation team	Progress Review	10th Oct. - 15th Oct., 2010					☆		Dr. Kitabayashi & Mr.Tekemura, JICA HQ
7	Evaluation team	Final Evaluation	18th Jun. - 9th Jul., 2011						☆	Dr. Hagiwara, JICA HQ, Dr. Inoue, Consultant

1. Training in Japan

No.	Names	Designations	Duration	JFY 2006		JFY 2007		JFY 2008		JFY 2009		JFY 2010		JFY 2011		Comments
				Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.					
1	Dr. Zakaria Omani	Director, MOH HQs	6th May - 21st May, 2010									☆				
2	Dr. Sultan Tarawneh	Director, MOH Karak	6th May - 21st May, 2010									☆				
3	Dr. Ghazi Al-Mrayat	Director, MOH Tafleh	6th May - 21st May, 2010									☆				
4	Dr. Abdelrahman Al-Ma'ani	Director, MOH Ma'an	6th May - 21st May, 2010									☆				
5	Dr. Taiseer Kraisha	Director, MOH Aqaba	6th May - 21st May, 2010									☆				
6	Dr. Raleda Al-Qutob	Secretary General, HPC	9th May - 19th May, 2010									☆				

2. Training in Jordan

No.	Names	Target	Duration	JFY 2006		JFY 2007		JFY 2008		JFY 2009		JFY 2010		JFY 2011		Comments
				Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.					
1	[ToT] ToT workshop (for theoretical training)	Supervisors (17)	Jul, 2008 2 days					☆								Trainer: WCHD
2	[ToT] Orientation of practical training	Supervisors and Home-visit coordinators (9)	Oct, 2008 1 day					☆								Trainer: WCHD
3	[ToT] ToT workshop (for practical training)	MOH Trainers (36)	Oct, 2008 2 days					☆								Trainer: Supervisors in 4HD
4	[HE Training] HE Theoretical Training	HE (55)	Aug, 2008 1 month					☆								Trainer: Supervisors in 4HD
5	[HE Training] HE Practical Training	HE (55)	Oct - Dec, 2008 2 months					☆								Trainer: Supervisors and Home-visit Coordinators in 4HD

No.	Names	Designations	Duration	JFY 2006		JFY 2007		JFY 2008		JFY 2009		JFY 2010		JFY 2011		Comments
				Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.					
6	[HE Training] Gender and RH Training	HE, VHC Staff and MW (131)	Feb - Mar, 2009 4 days					☆								Trainer: Consultant
7	[HE Training] Arab Women Speak Out(AWSO)workshop	HE, VHC Staff and MW (90)	May, 2009 - Jan, 2010 4 days						☆	☆						In cooperation with USAID project (Johns Hopkins)
8	[HE Training] Home-visit Orientation	HE and Health Staff (76)	Aug, 2009 - Jan, 2010 3 days						☆	☆						Trainer: WCHD, 4 HD and CST
9	[HE Refresher Training] FP logistic system	HE and VHC Staff (99)	Jun, 2009 - Jan, 2010						☆	☆						Trainer: WCHD and 4 HD
10	[HE Refresher Training] RH/PHC	VHC Staff (81)	Apr - Jul, 2010 12 days							☆	☆					Trainer: Consultant
11	[HE Refresher Training] FP Counseling	HE (50)	Jul - Aug, 2010 2 days									☆				Trainer: WCHD and 4 HD
12	[HE Refresher Training] RH/PHC	HE (49)	Jul - Aug, 2010 2 days									☆				Trainer: WCHD and 4 HD
13	[HE Refresher Training] Health Education	HE (46)	Sep, 2010 2 days										☆			Trainer: WCHD and 4 HD
14	[HE Refresher Training] First Aid (Basic)	HE and VHC Staff (61)	Oct, 2010 4 days										☆			Trainer: Consultant
15	[HE Refresher Training] FP Counseling (Add)	HE (43)	Sep, 2010 1 day											☆		Trainer: WCHD and 4 HD

3. Training in Other Countries

No.	Names	Designations	Duration	JFY 2006		JFY 2007		JFY 2008		JFY 2009		JFY 2010		JFY 2011		Comments
				Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.					
1	Ms. Fatima Attallah Alsarayreh	MOH Karak	18th Oct. - 22nd Oct. 2008						☆							Syria

No.	Names	Designations	Duration	JFY 2006		JFY 2007		JFY 2008		JFY 2009		JFY 2010		JFY 2011		Comments
				Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.					
2	Ms. Taghreed Odeh Mustafa Al-Ja'afreh	MOH Karak	18th Oct. - 22nd Oct. 2008					☆								Syria
3	Ms. Aida Abcailah Alhraishat	MOH Tafleeh	18th Oct. - 22nd Oct. 2008					☆								Syria
4	Mr. Haroon Mohammad Al Etiwi	MOH Tafleeh	18th Oct. - 22nd Oct. 2008					☆								Syria
5	Mr. Khaled Ahmed Almahameed	MOH Maan	18th Oct. - 22nd Oct. 2008					☆								Syria
6	Ms. Nisreen Salamah Gamoh	MOH Aqaba	18th Oct. - 22nd Oct. 2008					☆								Syria
7	Ms. Kawthar Salamah Al Rawashdeh	MOH Aqaba	18th Oct. - 22nd Oct. 2008					☆								Syria
8	Dr. Khawia Samin Kawa'	WCHD, MOH	18th Oct. - 22nd Oct. 2008					☆								Syria
9	Ms. Amal Mousa Abu Shawish (Zarka)	WCHD, MOH	18th Oct. - 22nd Oct. 2008					☆								Syria
10	Ms. Fadia Moh'd Al Jaber	WCHD, MOH	18th Oct. - 22nd Oct. 2008					☆								Syria
11	Dr. Khawia Samih	MOH HQs	7th Mar. - 13th Mar., 2010								☆					Morocco
12	Ms. Amal Mousa	MOH HQs	7th Mar. - 13th Mar., 2010								☆					Morocco
13	Ms. Fadia Mohd	MOH HQs	7th Mar. - 13th Mar., 2010								☆					Morocco
14	Dr. Hiam Hasan	MOH Karak	7th Mar. - 13th Mar., 2010								☆					Morocco
15	Ms. Fatena Atallah	MOH Karak	7th Mar. - 13th Mar., 2010								☆					Morocco

No.	Names	Designations	Duration	JFY 2006		JFY 2007		JFY 2008		JFY 2009		JFY 2010		JFY 2011		Comments
				Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.	Apr. Jul. Oct. Jan.					
16	Ms. Samah Fahad	MOH Karak	7th Mar. - 13th Mar., 2010							☆						Morocco
17	Dr. Issam Khalil	MOH Tafleeh	7th Mar. - 13th Mar., 2010							☆						Morocco
18	Mr. Haroon Mohammad	MOH Tafleeh	7th Mar. - 13th Mar., 2010							☆						Morocco
19	Ms. Eidah Abdallah	MOH Tafleeh	7th Mar. - 13th Mar., 2010							☆						Morocco
20	Mr. Khaled Ahmad	MOH Ma'an	7th Mar. - 13th Mar., 2010							☆						Morocco
21	Ms. Balqees Ibrahim	MOH Ma'an	7th Mar. - 13th Mar., 2010							☆						Morocco
22	Dr. Basem Fouad Hamati	MOH Aqaba	7th Mar. - 13th Mar., 2010							☆						Morocco
23	Ms. Kawthar Salameh	MOH Aqaba	7th Mar. - 13th Mar., 2010							☆						Morocco
24	Ms. Nisreen Salameh	MOH Aqaba	7th Mar. - 13th Mar., 2010							☆						Morocco

Equipment List in JFY2006 (N/A)

*JFY: Japanese Fiscal Year 2006 (1st April, 2006 – 31st March, 2007)

Equipment List in JFY2007

No.	Equipment	Specifications	Model No.	Manufacturer	Quantity	Price (JOD)
1	Advertisement Cork Boards	90cm x 120 cm	BC-126(Kalboard)	n.a.	6	JOD 162.000
2	Flipchart Boards with stand	70cm x 100 cm	FC-107(Kalboard)	n.a.	5	JOD 345.000
3	White Board with stand	120cm x 90 cm	SMW/CR(Kalboard)	n.a.	5	JOD 675.000
4	Wooden Table	H x W X D : 750cm x 1600cm x 800cm	n.a.	n.a.	4	JOD 272.000
5	Wooden Table	H x W X D : 750cm x 1500cm x 600cm	n.a.	n.a.	14	JOD 784.000
6	Wooden Table	H x W X D : 750cm x 1400cm x 600cm	n.a.	n.a.	3	JOD 168.000
7	Wooden Table	H x W X D : 750cm x 1200cm x 600cm	n.a.	n.a.	2	JOD 100.000
8	Wooden Table	H x W X D : 750cm x 1100cm x 600cm	n.a.	n.a.	2	JOD 100.000
9	Wooden Table	H x W X D : 750cm x 1000cm x 600cm	n.a.	n.a.	2	JOD 100.000
10	Wooden Table (Half moon type)	Half moon type 750 (H) x ø800	n.a.	n.a.	2	JOD 88.000
11	Wooden Table (quarter round)	quarter round 750 (H) x ø600	n.a.	n.a.	4	JOD 128.000
12	Wooden Table (Round)	750 (H) x ø1050	n.a.	n.a.	2	JOD 164.000
13	Chair with wheee	H x W : 900cm x 900cm x 900cm	n.a.	n.a.	92	JOD 2.392.000
14	Chair	H x W : 900cm x 900cm x 900cm	n.a.	n.a.	13	JOD 273.000
15	Chair with table	H x W X D : 900cm x 600cm x 800cm,color/red ,foldable table size:170 cm x 230 cm	n.a.	n.a.	22	JOD 550.000
16	Table for Projector	H x W X D : 750cm x 400cm x 550cm	n.a.	n.a.	1	JOD 37.000
17	Office desk	H x W X D : 750cm x 1500cm x 800cm	n.a.	n.a.	7	JOD 658.000
18	Office chair	H x W : 900cm x 530cm,color/black	n.a.	n.a.	8	JOD 208.000
19	wooden cabinet	H x W X D : 1800cm x 840cm x 400cm	n.a.	n.a.	12	JOD 1,272.000
20	File cabinet	H x W X D : 1400cm x 48.02cm x 500cm	n.a.	n.a.	6	JOD 672.000
21	High speed copy machine	with Automatic reversing document feeder	MP3350AD	RICOH	4	JOD 11,140.000
22	Laptop computer	Thinkpad R-61 with Windows	Thinkpad R-61 with Windows	Lenovo	7	JOD 8,120.000
23	Desktop PC	Think centre M-57,2-33	Think centre M-57,2-33	n.a.	2	JOD 1,990.000

24	Printer (black & white)	HL-5240	HL-5240	n.a.	n.a.	6	JOD 960,000
25	Colour printer	C-530 DN	Lexmark	n.a.	n.a.	1	JOD 335,000
26	Scanner	n.a.	n.a.	Canon	Canon	1	JOD 75,000
27	Projector	View sonic PJ-678	View sonic PJ-678	n.a.	n.a.	5	JOD 4,245,000
28	Fax & Telephone	n.a.	n.a.	Canon	Canon	4	JOD 1,200,000
29	Projection Screen	180cm x 180cm	n.a.	n.a.	n.a.	5	JOD 380,000
30	Female Pelvis Model	n.a.	PF-16	Simuplast	Simuplast	4	JOD 664,000
31	Torso Neutro Model	n.a.	00TN	Simuplast	Simuplast	1	JOD 718,000
32	Breast Model	n.a.	SB32869	Simuplast	Simuplast	1	JOD 1,560,000
33	Blood Pressure Apparatus	n.a.	300-1	ITO	ITO	8	JOD 176,000
34	Stethoscope	n.a.	601-3	ITO	ITO	10	JOD 80,000
35	Forceps Ovum, spong holding forceps	n.a.	11.2411, spong holding forceps	Fazzini	Fazzini	5	JOD 70,000
36	Weighing Scale	n.a.	M10312	ADE	ADE	4	JOD 600,000
37	Weighing & Height Measuring Scale	n.a.	M20313	ADE	ADE	4	JOD 1,220,000
38	Forceps, dressing	n.a.	08-020-200	Allgaier	Allgaier	5	JOD 40,000
39	Forceps, dressing, Thumb & Tissue Forceps	n.a.	11.2000	Fazzini	Fazzini	5	JOD 35,000
40	Scalpel	n.a.	08-149	Fazzini	Fazzini	5	JOD 105,000
41	Scissors, surgical standard Straight	n.a.	11.1007	Fazzini	Fazzini	5	JOD 60,000
42	Scissors, surgical standard CUV	n.a.	11.05	Fazzini	Fazzini	5	JOD 45,000
43	Stainless Steel Bowl	n.a.	73-251-250	73-251-250	73-251-250	5	JOD 50,000
44	Stainless Steel Covered pan	n.a.	03.5262.10	Fazzini	Fazzini	5	JOD 125,000
45	Stainless Steel Bowl	n.a.	03.5253.000	Fazzini	Fazzini	5	JOD 100,000
Total							JOD 43,241,000

*JFY:Japanese Fiscal Year 2007 (1st April, 2007 -31st March, 2008)

Equipment List in JFY2008

No.	Equipment	Specifications	Model No.	Manufacturer	Quantity	Total Price (JOD)
1	Refrigerator for medicine	190 liters, Freezer & Refrigerator, One Door, chlorofluorocarbon-free	SJ-19T	Sharp	53	JOD 7,685,000
2	Desk	H x W : 90cm x 51cm x 150cm, 2 drawers with lock on the 1st drawer	n.a.	n.a.	69	JOD 4,899,000
3	Chair for VHC staff	H x W : 90cm x 51cm	n.a.	n.a.	77	JOD 2,156,000
4	Chair for clients	H x W X D : 77cm x 53cm x	n.a.	n.a.	207	JOD 3,726,000
5	File cabinet	H x W X D : 140cm x 48cm x 50cm, 4 drawers	n.a.	n.a.	58	JOD 5,829,000
Total						JOD 24,295,000

*JFY: Japanese Fiscal Year 2008 (1st April, 2008 – 31st March, 2009)

Equipment List in JFY2009

No.	Equipment	Specifications	Model No.	Manufacturer	Quantity	Price (JOD)
1	Vehicle (4 wheel drive pick-up)	2.5 L Diesel Engine with intercooler and turbo-charger,5-Speed Manual transmission,5passengers,roof/cover for load deck	Pickup L200 (4*4)	Mitsubishi Co.	1	JOD 14,700,000
2	Examination Bed	n.a.	02.358.00	Fazzini	24	
3	Examination Table Pediatric	n.a.	C150100	Fazzini	40	
4	Pole	n.a.	02.694.70,02.702.00 (hock)	Fazzini	54	
5	Electrical Nebulizer	n.a.	F-201	Fazzini	52	
6	Stethoscope	n.a.	08.131.00	Fazzini	71	
7	Blood Pressure Apparatus	n.a.	08.302.00	Fazzini	71	
8	Weight Scale for infant	n.a.	6410	Fazzini	30	
9	Height measuring board for infant	n.a.	416	Seca	46	
10	Weight scale for adult	n.a.	S7350HR	Fazzini	60	
11	Height scale for adult and child	n.a.	202	Seca	68	
12	Measure Tape for infant head circumference	n.a.	212	Seca	45	
13	Instrument Trolley	n.a.	816026	Fazzini	63	
14	Electronic hot air oven	n.a.	35621 GIMETTE21	GIMA	46	
15	Fetal heart detector	n.a.	29503 GIMA FETAL DOPPLER D2003 with display	GIMA	6	JOD 124,990,000
16	Dressing jar	n.a.	03.9020.10	Fazzini	70	
17	Forceps jar	n.a.	03.7329.10	Fazzini	70	
18	Round Drum (small size Ø15-20 cm)	n.a.	03.1007	Fazzini	68	
19	Forceps	n.a.	11.7003	Fazzini	69	
20	Diagnostic set	n.a.	682055	Fazzini	54	
21	Suction machine	n.a.	New Askir 230/12V	Ca-Mi	12	
22	Exam Light mobile	n.a.	02.736.00	Fazzini	60	
23	Screen	n.a.	02.826.00	Fazzini	69	
24	Forceps, Ovum	n.a.	11.2411	Fazzini	153	
25	Forceps for dressing	n.a.	11.2005	Fazzini	153	
26	Forceps for dressing	n.a.	11.2000	Fazzini	153	
27	Scalpel handle	n.a.	08.161 F-3	Fazzini	153	
28	Scissors, surgical	n.a.	11.1007	Fazzini	153	
29	Scissors, surgical	n.a.	11.105	Fazzini	153	
30	Stainless steel bowl (kidney shape)	n.a.	03.5281.20	Fazzini	62	
31	Stainless steel covered pan	n.a.	03.5262.10	Fazzini	67	
32	Stainless steel bowl (round shape)	n.a.	03.5253.00	Fazzini	153	
33	Needle holder	n.a.	11.4003	Fazzini	134	
Total						JOD 139,690,000

*JFY:Japanese Fiscal Year 2009 (1st April, 2009 – 31st March, 2010)

Equipment List in JFY2010

No.	Equipment	Specifications	Model No.	Manufacturer	Quantity	Price (JOD)
1	Plastic chair	Plastic chair without hands 26x 28cm	n.a.	Napoli	200	JOD 700,000
2	Square table	Small plastic square table 120 x 50 cm	n.a.	Napoli	50	JOD 125,000
3	Wooden table 80 x 60 x hight 90 cm	size (80x60), height(90);;Foldable wooden table	n.a.	n.a.	10	JOD 220,000
4	Sink	Hand washing sink which contains 3 taps on the right & 3 taps on the left, width 80cm length 120m, height 1m, barrel shaped, and iron tube. The sink is subject to removal and installation	n.a.	n.a.	2	JOD 240,000
5	Wooden stage	Wooden stage covered by red carpet, Thick: 18 size: 175x120, height: 35cm	n.a.	Latech	1	JOD 120,000
6	Gas heater	Gas heater Height 2.15m, warranty : 1 year.	n.a.	n.a.	4	JOD 480,000
7	Bride and broom chairs	A set of decorative chairs	n.a.	n.a.	2	JOD 200,000
8	Stove for kitchen	3 Burners	n.a.	n.a.	1	JOD 35,000
9	Manager desk	150* 50cm x 76cm (hight), wood, 3 drawers	n.a.	n.a.	1	JOD 74,000
10	Manager chair (leather)	leather, color: black	n.a.	n.a.	1	JOD 29,000
11	File cabinet 38 x 90 x 180 cm	Local metal file cabinet with two doors, size 38*90cm, hight 180cm	n.a.	n.a.	1	JOD 90,000
12	Tables	Round classroom table, diameter 100cm or more, hight 50cm,	n.a.	n.a.	2	JOD 80,000
13	Chairs	small cahir made of heavy plastic, size: 26*28cm, hight 50cn	n.a.	n.a.	40	JOD 240,000
14	Wooden shelves	wood, 2*2m, 16 boxes	n.a.	n.a.	5	JOD 150,000
15	Swing and slide set	Heavy plastic, easy instalation # 803699	# 803699	Step2	1	JOD 118,400
16	Toy house	Heavy plastic, easy instalation # 796700	# 796700	Step2	1	JOD 194,800
17	Seesaw	Heavy plastic, easy instalation # 796700	# 796700	Step2	3	JOD 78,000

18	Green house including irrigation system	Dimension: 56.5m x 9 m x 3.2m Area total: 508.5 square meters Irrigation system (pump, filter and injector)	Rayyan Tunnel Greenhouse	Rayyan	1	JOD 4,300,000
19	Brouchue stands	size: 1/3 A4	#77501	Deflect Cooperation	450	JOD 877,500
20	Mirror	Mirror with moving stand	n.a.	n.a.	77	JOD 1,848,000
22	Vehicle	4 wheel drive pick-up truck 5 seats Double Cab, 4x42, 2.5L Diesel Engine	Pickup (4*4) FORD RANGER	Ford	3	JOD 42,285,000
Total						JOD 52,484,700

*JFY: Japanese Fiscal Year 2010 (1st April, 2010 – 31st March, 2011)

Equipment List in JFY2011 (N/A as of 7th July, 2010)

*JFY: Japanese Fiscal Year 2011 (1st April, 2011 - 31st March, 2012)

GRAND TOTAL	JOD 259,710,700
--------------------	------------------------

6-4

Renovation of Village Health Center (VHC)

	Names of building	Place	Place (JOD)
1	Al-Ghwibieh "VHC"	Karak	1,470.000
2	Al-Khaldieh "VHC"	Karak	505.000
3	Al-Naqe'a "VHC"	Karak	260.000
4	Wadi Al-Bayad "VHC"	Karak	500.000
5	Areeha and abo Toraba "VHC"	Karak	540.000
6	Al-Baqea' "VHC"	Karak	470.000
7	Hmood "VHC"	Karak	305.000
8	Madien "VHC"	Karak	2,540.000
9	Sad Al Sultani "VHC"	Karak	460.000
10	Samra "VHC"	Karak	420.000
11	Shehan "VHC"	Karak	280.000
12	Hashmieh "VHC"	Karak	430.000
13	Al Sala'a "VHC"	Tafileh	790.000
14	Al-Namateh "VHC"	Tafileh	450.000
15	Irhab "VHC"	Tafileh	200.000
16	Ras Al-Naqab "VHC"	Maan	1,515.000
17	Abo Allasan "VHC"	Maan	6,090.000
			3,236.000
18	Sweemrah "VHC"	Maan	2,204.000
			3,705.000
19	Qrain "VHC"	Maan	3,222.000
			4,450.000
20	Dlaghah "VHC"	Maan	246.000
21	Abo-Daneh "VHC"	Maan	1,099.500
22	Mohamadieh "VHC"	Maan	403.000
23	Jaheer "VHC"	Maan	1,102.000
24	Tassan "VHC"	Maan	1,965.000
Total			JOD 38,857.500

Activity Cost

		(Currency Unit: JOD)										
		JFY2006	JFY2007	JFY2008	JFY2009	JFY2010	JFY2011	Total				
1	General & Administration	32,087,565	52,469,798	162,947,982	107,433,149	102,183,699		457,122,193				
2	Honorarium	2,813,016	70,695,269	138,039,440	141,480,457	133,116,085		486,144,267				
3	Meeting	4,007,310	6,744,977	19,424,110	10,704,440	10,704,440		51,585,277				
4	Travel Expense (Air fare)	51,450	0,000	850,000	17,020,000	17,020,000		34,941,450				
5	Travel Expense (non-Air fare)	1,344,740	16,679,570	45,925,780	57,080,300	57,082,300		178,112,690				
	Total	40,304,081	146,589,614	367,187,312	333,718,346	320,106,524	90,461,600	1,298,367,477				

*JFY: Japanese Fiscal Year (1st April-31st March)

*Figure for JFY2011 is estimated based on the operation plan.

7. ヨルダン側投入リスト

7-1

List of Counterpart

Names and Designations	JFY 2006		JFY 2007		JFY 2008		JFY 2009		JFY 2010		JFY 2011		Counterpart visit/training in Japan year	Comments
	Jul.	Oct.	Jan.	Apr.	Jul.	Oct.	Jan.	Apr.	Jul.	Oct.	Jan.	Apr.		
Dr.Zuhair Al-Kayed (Ex Secretary General)				March, 08										
Prof. Dr.Raeda Al-Qutob (Secretary General)				April, 08									2010	
Mr. Abdul Monem Malkawi (Communication Manager / Ex Project Manager)														
Mr.Abdul Rahim Maayta (Project Manager)														
Dr.Ahmad Qutaibat (Reproductive Health Manager)														
Dr. Iman Shhadeh (Reproductive Health Specialist)														
Ms. Suha Qual (Assistant Project Manager)														
Mr. Monammad Noor (Community Coordinator Assistant)														
Ms. Asma Fash'ho (Assistant Secretary General & Coordinator Institutional Development & Strategic Planning)														
Ms. Hana'a Al Sooub/ Unit Manager of Information & Communication														
Ms. Rania Al Abadi (Manager of Technical Support Unit & Information-Project Manager)														
Ms. Mayadah Al Sheekh Ali (Acting Administration Manager)														
Ms. Najwa Al Askar (Office Manager of the Secretary General)														
Ms. Etanf Al Hadeed (Researcher)														

HPC

Names and Designations	JFY 2006			JFY 2007			JFY 2008			JFY 2009			JFY 2010			JFY 2011			Counterpart visit/training in Janan year	Comments	
	Jul.	Oct.	Jan.	Apr.	Jul.	Oct.	Jan.	Apr.	Jul.	Oct.	Jan.	Apr.	Jul.	Oct.	Jan.	Apr.	Jul.	Oct.			Jan.
Dr. Janiet Merza (Secretary General)																					
Dr. Deif Allah Al louzi (Secretary General)					May, 2008																
Dr. Bassam Al-Hijawi (Director of Primary Health Care Administration)								?													
Dr. May Hadid (Director Maternal & Child Health Directorate / Project Manager)						Dec, 07															
Dr. Ruwaida Rasheed (Director Woman & Child Health Directorate / Project Manager)						Dec, 07															
Dr. Zakaria Al Omari (Director Woman & Child Health Directorate / Project Manager)																					
Dr. Khawla Kawia (Deputy Director - Woman & Child Health Directorate / Deputy Project Manager)																					
Ms. Anai Abu Shaweesh (Midwife Supervisor at WCHD)																					
Ms. Fadia Ayesh Al Jaber (Nurse Supervisor at WCHD)																					

WCHD

Names and Designations	JFY 2006		JFY 2007		JFY 2008		JFY 2009		JFY 2010		JFY 2011		Counterpart visit/training in Japan year	Comments
	Jul.	Oct.	Jan.	Apr.	Jul.	Oct.	Jan.	Apr.	Jul.	Oct.	Jan.	Apr.		
Ministry of Health (Karak)													2010	
	Dr. Sultan Al-Tarawneh (Director)					May, 08								
	Dr. Saiah Al-Qatawneh (Director)													
	Ms. Fatina Attallah Albarayreh (Midwife supervisor) Dr. Maha Amareen (Supervisor for MCHC) Dr. Hiam Hasan Hamie (woman and child health head division)													
*Ministry of Health (Southern Ghor)														
	Dr. Adel Khatawneh (Director)													
	Ms. Sullane Al Saar (Midwife supervisor)													* Southern Ghor Directorate was merged into Karak Directorate in Aug.
Ministry of Health (Tafleth)														
	Dr. Ahmad Al-Sabayeh (Director)													
	Dr. Ghazi Almarayat (Director)													
	Mr. Haroon Mohammad Al Ethwi (Nurse supervisor) Ms. Aida Abdallah Alhraishtat (Midwife supervisor)													

	Names and Designations	JFY 2006		JFY 2007		JFY 2008		JFY 2009		JFY 2010		JFY 2011		Counterpart visit/training in Japan in year	Comments
		Jul.	Oct.	Jan.	Apr.	Jul.	Oct.	Jan.	Apr.	Jul.	Oct.	Jan.	Apr.		
Ministry of Health (Maan Health Directorate)	Dr. Abde Alrahman Mahmood Al Maatji (Director)													2010	
	Mr. Khaled Ahmad Almahameed (Nurse, nurse supervisor)													2010	
	Ms. Barqees Al Qataweh (Midwife supervisor)														
Ministry of Health (Ataba)	Dr. Damen Abadi (Director)														
	Dr. Tayseer Krishan								July, 09						
	Ms. Kawther Salameh Al Rawashdeh (Nurse supervisor)								July, 09						
	Ms. Nisreen Salameh Gamouh (Midwife supervisor)														
	Ms. Kham Qasem (Midwife supervisor)														

7-2

1. Office & training room

No.	Names	location
1	Project office in Amman*	Higher Population Council, Amman
2	Project liaison office in Amman**	Directorate of Woman & Child Health, MOH, Amman
3	Project liaison office in Aqaba	Aqaba Health Directorates
4	Project liaison office in Maan	Maan Health Directorates
5	Training room in Maan	Maan Health Directorates
6	Training room in Karak	Karak Health Directorates
7	Training room in Tafleh	Tafleh Health Directorates

Water and electricity for these offices and training rooms are also provided by the Jordanian

* Part of the Project Office is provided by HPC without charge but some part (two rooms) is leased from JOHUD with charge.

** Project Liaison Office in MOH used to be available until MOH moved to new building.

7-3

Financial contribution*

No.	FY	Item	Amount
1	2008-	Salaries for Health Educators	396,000.000
2	2008- 2011	Salaries for Nurses and Midwives contributed to the project activities	45,000.000
3	2006-	Rental Village Health Centers	114,200.000
4	2006-	Electricity, Water, & Phone Bills	31,785.000
5	2009-	Preparing Guidelines	15,000.000
6	2010-	AL-Karak Driver Salary	7,200.000
7	2006-	Renovation of VHCs in Ma'an	800,000.000
8	2006-	Renovation of VHCs in Tafleh	4,000.000
9	2006-	Renovation of VHCs in Aqaba	721,000.000
10	2006-	Field Visits, Meetings,	8,000.000
11	2008-	Training TOT & Supervision of all training courses	5,000.000
12	March/ 2010 June -2011	Fuel	3,114.930
TOTAL			2,150,299.930

* These figures were submitted by the MOH. However, the Evaluation Team could not review and confirm these figures.

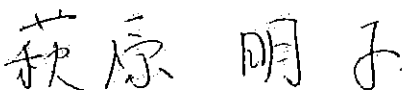
MINUTES OF MEETING
AMONG
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
MINISTRY OF HEALTH
AND
HIGHER POPULATION COUNCIL
ON
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT
FOR
“INTEGRATING HEALTH AND EMPOWERMENT OF WOMEN
IN THE SOUTH REGION PROJECT”

The Japanese Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as “the Team”) organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) visited the Hashemite Kingdom of Jordan (hereinafter referred to as “Jordan”) from June 19th to July 7th, 2011 for the purpose of reviewing the implementation process and the achievements of “Integrating Health and Empowerment of Women in the South Region Project” (hereinafter referred to as “the Project”).


During its stay in Jordan, the Team exchanged their views and had a series of discussions with the Project personnel of the Ministry of Health (hereinafter referred to as “MOH”) and Higher Population Council (hereinafter referred to as “HPC”) and other relevant parties.

As a result of discussions, both Japanese and Jordanian sides agreed to the matters referred to in the document attached hereto.

Amman, July 7th, 2011

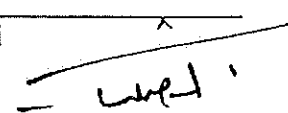


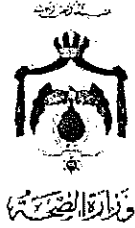
Dr. Akiko Hagiwara
Leader
Japanese Terminal Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Dr. Rae'da Al-Qutob
Secretary General
Higher Population Council
Hashemite Kingdom of Jordan

Dr. Daefall'a Al-louzi
Secretary General
Ministry of Health
Hashemite Kingdom of Jordan





JOINT TERMINAL EVALUATION REPORT
ON
INTEGRATING HEALTH AND EMPOWERMENT OF WOMEN
IN THE SOUTH REGION PROJECT

Japan International Cooperation Agency (JICA)

and

Ministry of Health

and

Higher Population Council

The Hashemite Kingdom of Jordan

M

7 July 2011

TABLE OF CONTENTS

CHAPTER 1 SCOPE OF EVALUATION STUDY	1
1.1 BACKGROUND OF THE TERMINAL EVALUATION	1
1.2 OBJECTIVES OF THE TERMINAL EVALUATION	2
1.3 JOINT EVALUATION TEAM	2
1.4 FRAMEWORK OF THE PROJECT	2
CHAPTER 2 EVALUATION PROCESS	4
2.1 METHODOLOGY OF EVALUATION	4
2.2 PREPARATION OF PDM FOR EVALUATION (PDME)	4
2.3 FIVE EVALUATION CRITERIA	5
CHAPTER 3 PROJECT PERFORMANCE	7
3.1 INPUTS	7
3.2 ACHIEVEMENTS OF THE PROJECT	7
3.3 IMPLEMENTATION PROCESS	18
CHAPTER 4 EVALUATION RESULTS	21
4.1 RELEVANCE	21
4.2 EFFECTIVENESS	24
4.3 EFFICIENCY.....	27
4.4 IMPACT	30
4.5 SUSTAINABILITY	33
4.6 CONCLUSION	35
CHAPTER 5 RECOMMENDATIONS AND LESSONS LEARNED	36
5.1 RECOMMENDATIONS.....	36
5.2 LESSONS LEARNED.....	38

ANNEX

- Annex 1: Schedule of Terminal Evaluation
- Annex 2: PDM Version 8 (Latest version)
- Annex 3: PDM for Evaluation (PDME)
- Annex 4: Evaluation Grid
- Annex 5: List of Inputs from Japanese side
- Annex 6: List of Inputs from Jordanian side

M

ABBREVIATIONS

BCC	Behavior Change Communication
CBO	Community-Based Organization
CHC	Comprehensive Health Center
FP	Family Planning
HE	Health Educator
HPC	Higher Population Council
IEC	Information, Education and Communication
JPSC	Joint Policy/Steering Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
JOHUD	Jordan Hashemite Fund for Human Development
KAP	Knowledge, Attitude and Practice
MDGs	Millennium Development Goals
M/M	Minutes of Meetings
MOH	Ministry of Health
ODA	Official Development Assistance
OVI s	Objectively Verifiable Indicators
PCM	Project Cycle Management
PDM	Project Design Matrix
PHC	Primary Health Centers
PO	Plan of Operation
R/D	Record of Discussions
TOT	Training of Trainers
TMC	Technical Management Committee
USAID	United States Agency for International Development
VHCs	Village Health Centers
WHO	World Health Organization
WCDH	Woman and Child Health Directorate

M

led

ER

CHAPTER 1 SCOPE OF EVALUATION STUDY

1.1 Background of the Terminal Evaluation

Though the indicators of primary health care in the Hashemite Kingdom of Jordan (hereinafter referred to as “Jordan”) are in better situation in comparison with that in the neighboring countries, Jordanian women’s health, especially for those in childbearing age, is still in needs of further improvement from the aspect of quality reproductive health and family planning (RH/FP) as well as women’s empowerment. Since the pace of improvement in the indicators over the last two decades was rather slow in Jordan, there was increasing concern about uncertainty of attainment of the Millennium Development Goals (MDGs), specifically MDG 5, which aimed at the improvement of women’s health. Total fertility rate (TFR) and contraceptive prevalence rate (CPR) in 2002 and 2007 demonstrated plateau (TFR: 3.7 vs. 3.6, CPR: 55.8 % vs. 57.1%, respectively) and high demands to solve unmet needs were recognized (11.0% vs. 11.9%, respectively). Under these situations, the Government of Jordan also emphasize the importance of the reinforcement of effort for the issues related to reproductive health, women empowerment, and marital abuse, which are recognized as major factors affecting women’s wellness.

To address the issues abovementioned, the Government of Jordan has been working in collaboration with national and international partners for the betterment of the level of wellbeing among Jordanian women, on the basis of “the Reproductive Health Action Plan 2003-2007 (Phase I)” for the improvement of reproductive health and the enhancement of family planning by developing information system, behavioral change and policy development. Subsequently to this, the second phase Action Plan 2008-2012 is focusing on the improvement of environment in reproductive health (RH), family planning (FP) and access to health services via capacity development in health service providers, awareness-raising activities and collaboration with private sector.

On the other hand, the number of health facilities that can take care of women’s health including PF is limited and insufficient to cover all the Jordanian residents. Moreover, the Village Health Centers (VHCs), primary health facilities in the rural areas, are mal-functioning due to the shortage of human resource as well as materials and equipment. Though the international development partners provided several assistances in the area of RH/FP, activities were targeted to policy level and urban areas whereas rural areas such as south region receive lesser benefit especially in VHCs and surrounding communities.

Under the circumstances, Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) has been assisting the Government of Jordan to improve RH/FP since 1997 through “*The Project for Family Planning and Gender in Development Phase I and II (1997-2003)*” and “*The Enhancing Self-Empowerment of Rural Women in Karak, Jordan with a Reproductive Health Focus (2003-2006)*” under the JICA’s assistance schemes of the Technical Cooperation Project and the Community Empowerment Program, respectively. This nine-year cooperation proved the effectiveness of promoting the self-empowerment of women as well as improving health services for the enhancement of RH/FP in Jordan.

Subsequently to the assistances aforementioned, JICA launched the five-year technical cooperation project entitled “*Integrating Health and Empowerment of Women in the South region Project*” (hereinafter referred to as “*the Project*”) on the basis of the request of technical assistance by the Government of Jordan to the Government of Japan, in collaboration with the Ministry of Health (hereinafter referred to as “MOH”) and the Higher Population Council (hereinafter referred to as “HPC”) in 2006. The Project was designed to utilize the experiences and lessons learned from the previous JICA’ assistances such as involvement of community as well as men and youth, behavior change through home visit, and has expanded the target areas to more remote area in the south region as target sites.

As the Project is scheduled to be terminated within two (2) months, JICA dispatched the Terminal Evaluation Study Team with the mission objectives to evaluate performances and achievements of the Project by the “*Five Evaluation Criteria*” (Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact and Sustainability), as a joint evaluation with Jordanian authorities concerned. On the basis of the evaluation results, recommendations will be made to confirm future challenges and direction of the Project for the rest of the project period. Lessons learned of the Project will be drawn from the evaluation results of the Project.

1.2 Objectives of the Terminal Evaluation

The objectives of the Terminal Evaluation were:

- 1) To review the progress of the Project and evaluate the achievement in accordance with the five evaluation criteria (Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact, and Sustainability),
- 2) To identify the promoting factors and inhibitory factors of achievements of the Project,
- 3) To discuss the plan for the Project for the rest of the project period together with Jordan side based on the reviews and analysis results above, and
- 4) To summarize the results of the study in Joint Terminal Evaluation Report.

1.3 Joint Evaluation Team

Evaluation of the Project was jointly conducted with Jordanian and Japanese members. The members of Joint Evaluation Team (hereinafter referred to as "the Team") were listed below.

<Japanese Side >

Name	Designation	Title and Affiliation	Duration of Survey
Dr. Akiko HAGIWARA	Leader/RH	Senior Advisor, JICA Headquarters	26/6/2011 ~ 11/7/2011
Mr. Mitsuhiro OSAKI	Cooperation Planning	Representative, JICA Jordan Office	19/6/2011 ~ 11/7/2011
Dr. Yoichi INOUE	Evaluation Analysis	Senior Consultant, Consulting Division, Japan Development Service Co., Ltd.	19/6/2011 ~ 7/7/2011

<Jordanian side>

Name	Title and Affiliation
Dr. Khawla Kawwa	Head of Family Planning Division, Woman and Child Health Directorate (WCDH), the MOH
Ms. Asma Fasho	S.G. Assistant, Institutional Development & Strategic Planning Coordinator, the HPC
Ms. Rania Al-Abbadi	Director of Technical Support & Information Unit, the HPC

The on-site evaluation survey was conducted from the June 19 to July 11, 2011. The investigation period was used for site visits, interviews and scrutinizing various documents and data related to planning, implementation and monitoring processes of the Project (Annex 1).

1.4 Framework of the Project

The Project is aiming to make policy recommendations for the improvement of RH/FP based upon the good practices and evidences of improved utilization of RH/FP services in the target area. In particular, the Project is expected to achieve the five (5) Outputs described below towards the achievement of the Project Purpose;

- 1) To create a supportive environment for project activities with regard to the improvement of women's health and empowerment,
- 2) To improve men's and youth's attitudes toward RH/FP and women's empowerment,
- 3) To improve women's knowledge of FP and attitudes towards RH/self-empowerment,
- 4) To provide high quality RH/FP services at village health centers, and

- 5) To disseminate the experiences and achievement of the Project through the policy recommendation as well as public relations activities with regard to RH/FP and women's empowerment.

Through the achievement of these Outputs and the Project Purpose, the Project intended to establish the foundation of quality RH/FP and women's empowerment in the south four regions as a pilot area for future betterment of policy environment and nationwide deployment by Jordanian self-reliant endeavor (Overall Goals).

M

لعل

RR

CHAPTER 2 EVALUATION PROCESS

2.1 Methodology of Evaluation

The Terminal Evaluation was conducted in accordance with the latest “JICA Guidelines for Project Evaluations” issued on June 2010. Achievements and implementation process were assessed based on the investigation results, which are consolidated in the evaluation grid (Annex 2), from the aspects of the five evaluation criteria of relevance, effectiveness, efficiency, impact, and sustainability, as well as the Verification of Implementation Process.

The Team conducted surveys at the project sites through questionnaires and interviews to counterpart personnel, other related organizations, and the JICA experts involved in the Project to review the Project on the basis of the evaluation grid.

Both Jordanian and Japanese sides jointly analyzed and reviewed the Project, based on the Project Cycle Management (PCM) concept. The evaluation was performed on the basis of PDMe, which was prepared by the Team on the basis of PDM version 8 (October 4, 2010). Both sides jointly analyzed the achievements of the Project, evaluated the Project based on the Five Criteria for Evaluation. Finally, both Jordanian and Japanese side compiled this Joint Evaluation Report.

2.2 Preparation of PDM for Evaluation (PDMe)

The Team evaluated the Project based on the PDMe (Annex 3), which was prepared under a shared understanding among the relevant parties, to check ambiguous points in the expressions and logic used in latest version of PDM (version 8, October 4, 2010) (Annex 4), to make clear what goals the Project intends (or intended) to achieve, and to summarize these goals, outputs and/or activities. Meanwhile, while the Evaluation Team prepares the PDMe, purpose and activities that were not intended when the Project was planned or implemented are not included in the PDMe.

Through the discussions among the relevant parties, minor modification of the structure of the narrative summary in accordance with the logical relationship, and emendation of sentences including the objectively verifiable indicators (OVIs) were made for the preparation of the PDMe. The narrative summary of the Project in the PDMe described below.

Narrative Summary of the latest PDMe (based on PDM version 8, Revised Date: October 4, 2010) (Annex 4)

Overall Goal	1. Reproductive Health/Family Planning (RH/FP) in Jordan is improved. 2. RH/FP Policy Environment in Jordan is improved.
Project Purpose	Policy recommendations for the improvement of RH/FP are made based upon the good practices and evidences of improved utilization of RH/FP services in the target area.
Outputs	<p><u>Output 1</u> A supportive environment for project activities with regard to the improvement of women's health and empowerment is created in the focal area.</p> <p><u>Output 2</u> Men's and youth's attitudes toward RH/FP and women's empowerment are improved in the focal area.</p> <p><u>Output 3</u> Women's knowledge of FP and attitudes towards RH/self-empowerment are improved in the target area.</p> <p><u>Output 4</u> High quality RH/FP services are provided at the target VHCs.</p> <p><u>Output 5</u> Development of Policy recommendations and public relations activities with regard to RH/FP and women's empowerment are implemented for the dissemination of experiences and achievement of the Project.</p>
Activities	<p><u>Activities under Output 1</u></p> <p>1-1. Advocate the objectives of project activities to relevant parties and residents in the focal area through launching ceremonies, distribution of leaflets and public meetings.</p>

	<p>1-2. Assist the communities in the focal area to set up local committees.</p> <p>1-3. Support the committee to specify the needs.</p> <p>1-4. Assist the committee to plan for community development.</p> <p>1-5. Assist the committee to implementing the planned projects for community development.</p> <p><u>Activities under Output 2</u></p> <p>2-1. Conduct a survey to select the project's focal areas.</p> <p>2-2. Conduct a KAP (Knowledge, Attitude and Practice) baseline survey with regard to RH/FP and women's empowerment.</p> <p>2-3. Prepare an advocacy/BCC (Behavior Change Communication) guideline.</p> <p>2-4. Obtain IEC (Information, Education and Communication) materials for RH/FP and women's empowerment. R</p> <p>2-5. Conduct workshops for awareness-raising of RH/FP and women's empowerment aimed at respective group of men and youth.</p> <p>2-6. Assess the change in KAP among the target population.</p> <p><u>Activities under Output 3</u></p> <p>3-1. Conduct a preliminary and baseline survey.</p> <p>3-2. Prepare guidelines of home visits for the improvement of RH/FP and self-empowerment of women.</p> <p>3-3. Train the Health Educators (HEs) in accordance with the Guidelines.</p> <p>3-4. Introduce home visit activities by trained HEs.</p> <p>3-5. Monitor and supervise HEs' performance.</p> <p>3-6. Assess the impact of home visits on RH/FP and women's empowerment by implementing endline-survey in the target population.</p> <p><u>Activities under Output 4</u></p> <p>4-1. Assess the current status and needs of FR/RH services at Village Health Centers (VHCs).</p> <p>4-2. Prepare and publish guidelines of health services including FP/RH for VHCs.</p> <p>4-3. Encourage the MOH to provide necessary personnel for RH/FP service provision at VHCs.</p> <p>4-4. Grasp the current status of human resources and facilities and equipment at health facilities such as VHCs by updating the inventory lists.</p> <p>4-5. Strengthen infrastructure by renovating the health facilities and providing equipment as needed basis.</p> <p>4-6. Construct a training system for HEs with regard to RH/FP service provision.</p> <p>4-6-1. Prepare a training manual.</p> <p>4-6-2. Set up a training program.</p> <p>4-6-3. Nurture trainers by conducting Trainings for Trainers (TOT) for eligible personnel such as staff members in Regional Health Directorates.</p> <p>4-6-4. Implement trainings for HEs by the nurtured trainers.</p> <p>4-6-5. Provide refresher trainings.</p> <p>4-7. Strengthen supervision and M&E for RH/FP service provision at VHCs.</p> <p><u>Activities under Output 5</u></p> <p>5-1. Compile experiences and achievements of the Project.</p> <p>5-2. Draft policy recommendations at the Joint Policy/Steering Committee on the basis of the compilation results.</p> <p>5-3. Conduct regional workshops every year.</p> <p>5-4. Disseminate experiences through media.</p> <p>5-5. Conduct a national forum for nationwide dissemination of experiences and achievement of the Project.</p>
--	--

M

2.3 Five Evaluation Criteria

Description of the five evaluation criteria as that were applied in the analysis for the Terminal Evaluation is given in Table 1 below. Relationship between the Five Criteria and PDM (Overall Goals, Project Purpose,

[Handwritten signatures]

Outputs and Input) are also described in the following matrix (Table 1).

Table 1: Description of Five Evaluation Criteria

Five Criteria	Description
Relevance	Relevance of the Project is reviewed by the validity of the Project Purpose, Overall Goal and Super Goal in connection with the government development policy and the needs in the Jordan, on the basis of facts and achievements as of the Terminal Evaluation.
Effectiveness	Effectiveness is assessed to what extent the Project has achieved its Project Purpose, clarifying the relationship between the Project Purpose and Outputs, on the basis of facts and achievements as of the Terminal Evaluation.
Efficiency	Efficiency of the Project implementation is analyzed with emphasis on the relationship between Outputs and Inputs in terms of timing, quality and quantity, on the basis of facts and achievements as of the Terminal Evaluation.
Impact	Impact of the Project is assessed in terms of positive/negative, and intended/unintended influence caused by the Project. Impact of the Project is verified in accordance with the necessity and possibility as of the Terminal Evaluation.
Sustainability	Sustainability of the Project is assessed in terms of political, financial and technical aspects by examining the extent to which the achievements of the Project will be sustained after the Project is completed. Sustainability of the Project is verified on the basis of extrapolation and expectation as of the Terminal Evaluation.

Table 2: Relationship between the Five Criteria and PDM

	Relevance	Effectiveness	Efficiency	Impact	Sustainability
Overall Goal	The degree to which the project can be justified in relation to local and national development priorities.	The extent to which the purpose has been achieved; Whether this can be expected to happen on the basis of the outputs of the project.	How economically inputs are converted into outputs. Whether the inputs same results could have been achieved in another better way.	The changes and effects positive and negative, planned and unforeseen of the project, seen in relation to the target group and others who are affected.	The extent to which the positive effects of the project will continue after external assistance has been concluded.
Project Purpose					
Outputs					
Input					

M

[Handwritten signature]

RA

CHAPTER 3 PROJECT PERFORMANCE

3.1 Inputs

1) Input from Japanese Side

The following are (estimated) inputs from Japanese side to the Project as of the end of 2011. See Annex 5 for more information.

Components	Inputs
Dispatch of Japanese Experts	Approx. 155M/M
Hiring of Local Consultant	1 personnel
Training in Japan	6 counterparts in May 2010
Training in Jordan	15 different types of training conducted
Training in other countries	10 counterparts to Syria in Oct. 2008 14 counterparts to Morocco in Mar. 2010
Provision of Equipment	Four vehicles for monitoring and supervision activity Medical Equipment for VHCs PCs and Printers Equipment for community development project <ul style="list-style-type: none"> ● Irrigation machinery and greenhouse ● Play equipment in the kindergarten ● Finitudes and materials for ceremonies
Renovation of VHCs	24 VHCs renovated with total cost of 38,857,500JD
Local costs	Approx. 1,298,000JD

2) Input from Jordanian side

The followings are inputs from Jordanian side to the Project as of February 2011. See details on the Annex 6.

- Allocation of Counterparts
- Provision of land and facilities including office for the Project
- Appropriation of costs for trainings, renovation of VHCs, salaries for health personnel involved, printing and binding, fuel for transportation, bills for electricity, water and phone, etc by the MOH

JICA and the MOH agreed on the cost sharing for Project activities on October 2009 in line with the recommendations made by the Mid-term Review team. Both sides, in principle, followed the agreement; however, transportation fee for MOH WCHD staff, which should have been born by the MOH, was covered by JICA sometimes.

3.2 Achievements of the Project

1) Performances of the Project Activities

Performances of the Project Activities under Outputs are as indicated below.

Output 1 A supportive environment for project activities with regard to the improvement of women's health and empowerment is created in the focal area.	
Activities	Performances
1-1. Advocate the objectives of project activities to relevant parties and residents in the focal area through launching ceremonies, distribution of leaflets and public meetings.	<ul style="list-style-type: none"> ● Five launching ceremonies of the Project were conducted with 286 participants from November 2006 to February 2007. ● Leaflet for introducing the Project were distributed to community residents and organizations from November 2006 to February 2007. ● Five public meetings for introducing the Project were conducted from June to August 2007.

1-2. Assist the communities in the focal area to set up local committees.	<ul style="list-style-type: none"> Local Advisory Committees were organized at six villages in the focal area from October 2007 to March 2008. The Committee consists of four male, four female and four youth members.
1-3. Support the committee to specify the needs.	<ul style="list-style-type: none"> Activities for identification of local need were entrusted to the Jordan Hashemite Fund for Human Development (JOHUD). Local Advisory Committees held meetings for identification of local needs with the support from JOHUD from October 2007 to March 2008. A workshop was held for identification of local needs on June 2008.
1-4. Assist the committee to plan for community development.	<ul style="list-style-type: none"> The Local Advisory Committees established Community-Based Organizations (CBO). Feasibility Study was conducted by an external consultant under entrustment of the Project. Three CBOs¹ determined the framework of their projects for community development on the basis of the results from the feasibility study on June 2010.
1-5. Assist the committee to implementing the planned projects for community development.	<ul style="list-style-type: none"> Two (2) CBO centers were renovated by the support of the Project from October 2008 to March 2009. Workshops for planning and implementation of community development projects from January to March 2009. Twelve (12) youths were dispatched to the international training course for computer operations on February 2009. Though the Project planned provision of equipment for three CBOs on the basis of the feasibility study conducted on October 2009, installation of the equipment was delayed. The equipment was provided from December 2010 to March 2011 eventually. It is confirmed that the provided equipment for CBOs in Tassan and Qrain were utilized, and the Green House provided to Al Ghal was about to use for planting from October 2011.

Output 2 Men's and youth's attitudes toward RH/FP and women's empowerment are improved in the focal area.	
Activities	Performances
2-1. Conduct a survey to select the project's focal areas.	<ul style="list-style-type: none"> Six (6) villages were selected as target villages in the focal area in accordance with HPC criteria by September 2007, based upon interview survey for community residents.
2-2. Conduct a KAP (Knowledge, Attitude and Practice) baseline survey with regard to RH/FP and women's empowerment.	<ul style="list-style-type: none"> HPC, in collaboration with JICA Experts, provided trainings for 8 personnel in HPC and MOH with regard to the survey methodology of the survey from April to September 2007. The Project assigned 11 Community Support Team (CST) members nurtured by "The Project on Family Planning and Gender in Development (2000-2003)" and provided 5-day training for survey methodology to a total of 15 field staff members (11 CST members, 2 questionnaire inspectors and 2 field supervisors). KAP survey in the areas of RH/FP and women's empowerment was conducted to 180 community residents consisting of men with marriage experience and unmarried youths at 6 villages in 2 regions from October 2007 to March 2008.
2-3. Prepare an advocacy/BCC (Behavior Change Communication) guideline.	<ul style="list-style-type: none"> The Guidelines for advocacy/BCC was finalized on July 2009.
2-4. Obtain IEC (Information, Education and Communication) materials for RH/FP and women's empowerment.	<ul style="list-style-type: none"> The Project obtained 119 IEC materials for RH/FP and women's empowerment from MOH, educational institutions and other international aid agencies such as USAID, John Hopkins University, Save the Children and UNICEF. Eight (8) materials concerning family planning, Women's health, abuse of

¹ Both Japanese and Jordanian sides agreed to narrow down the target villages from six to three at the JPSC meeting held on August 2009.

	women, etc. that match the concept of the Project were printed and distributed to the target population after obtaining permissions from publishers.
2-5. Conduct workshops for awareness-raising of RH/FP and women's empowerment aimed at respective group of men and youth.	<ul style="list-style-type: none"> ● Family Health festivals were held at the 6 focal areas as part of awareness raising activities on August 2008. ● Twenty-five (25) male-oriented workshops covering the themes of men's role in RH/FP and women's empowerment, RH/FP, women's empowerment, etc. were held with 436 participants. ● Male-oriented home visit activities were conducted to a total of 15 residents in 3 villages in the focal area. ● Twenty-five (25) youth-oriented workshops covering the themes of healthy lifestyle, adolescence and maturity, FP, women's empowerment, etc. were held with 264 male and 164 female participants.
2-6. Assess the change in KAP among the target population.	<ul style="list-style-type: none"> ● KAP survey was conducted as part of end-line survey from January to March 2011. ● See following "Achievements of the Outputs" section

Output 3 Women's knowledge of FP and attitudes towards RH/self-empowerment are improved in the target area.	
Activities	Performances
3-1. Conduct a preliminary and baseline survey.	<ul style="list-style-type: none"> ● The Department of Statistics provided 29 randomly selected villages as study areas out of 74 villages in the southern Jordan where VHC was operated. Twelve (12) villages from Karak, 4 villages from Tafieleh, 9 villages from Ma'an and 4 villages from Aqaba were chosen according to the governorates' population size. ● A total of 915 women have been recruited using random sampling from randomly selected 29 villages in 4 governorates in the south region of Jordan, and were subject to the baseline survey. ● Eight hundred and seven (807) with ever-married women between 15 and 49 year-old who agreed to participate in the KAP survey were subject to analysis.
3-2. Prepare guidelines of home visits for the improvement of RH/FP and self-empowerment of women.	<ul style="list-style-type: none"> ● The Guidelines for home visits was developed as a part of the Guidelines for village health centers on August 2008. ● Subsequently, first version of the Guidelines for Home Visits was developed independently to other Guidelines on July 2009. ● The MOH authorized the revised version of the Guidelines for Home Visits, and the Guidelines was distributed to relevant organizations and facilities on April 2011.
3-3. Train the Health Educators in accordance with the Guidelines.	<ul style="list-style-type: none"> ● Training courses for primary healthcare including home visit activities were provided to 55 Health Educators at 4 target regions (1 month for theory on August 2008, and 2 months for practice from October to December 2008) (see activity 4-6 for more information on Trainings of Trainers (TOT) and development of training materials). ● A total of 90 health personnel including Health Educators participated in workshops for Arab Women Speak Out hosted jointly with John Hopkins University, and the trainings for communication skills were provided to the participants from March 2009 to January 2010. ● Training courses for Gender and RH were provided to a total of 131 health personnel including Health Educators by the Queen Zein Al Sharaf Institute for Development under the entrustment of the Project at 4 target regions from February to June 2009. ● Home Visit Orientations were conducted from August 2009 to January 2010 with 76 participants. ● Training courses for logistic system of contraceptives were provided from June 2009 to January 2010 with 99 participants.
3-4. Introduce home visit activities by trained HEs.	<ul style="list-style-type: none"> ● After their posting to Village health Centers (VHCs), Health Educators started home visit activities. ● The home visit activities were gradually commenced from July 2009. ● A total of 6,463 home visits were conducted from January 2010 to May 2011.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Health Educators provides information for women's empowerment, RH and child health as well as counseling with regard to FP, in addition to grasp of family status and their health condition. ● In cases that abnormal signs were observed in target women and/or their family members, Health Educators refer them to CHC or PHC. The same goes for the cases they asked Health Educators to refer them to. The number of referral cases was 1,113, and 780 cases actually visited health facilities from January 2010 to May 2011.
3-5. Monitor and supervise HEs' performance.	<ul style="list-style-type: none"> ● Midwives in the referral health centers assigned as the Home Visit Coordinators provide supportive supervisions monthly to Health Educators in accordance with the Guidelines for Home Visit. ● RH field technical assistants to whom the Project appointed and Community Support Team members nurtured in "the Project on Family Planning and Gender in Development (2000-2003)" provided on-the-job trainings for Health Educators in home visit skills until December and March 2010, respectively. ● Feedback from the Coordinators to Health Educators has been made at monthly meetings, and complementary trainings were provided as needed basis by utilizing the monthly meetings.
3-6. Assess the impact of home visits on RH/FP and women's empowerment by implementing endline-survey in the target population.	<ul style="list-style-type: none"> ● End-line survey with sample size of 754 at 4 target regions was conducted to confirm intervention effect of the Project with regard to women's attitude and empowerment from January to March 2011. ● End-line survey was conducted by random sampling of 600 community residents who participated the baseline survey (150 for each region) to verify intervention effect of home visit on knowledge and attitude for RH/FP concurrently.

Output 4 High quality RH/FP services are provided at the target VHCs.	
Activities	Performances
4-1. Assess the current status and needs of FR/RH services at Village Health Centers (VHCs).	<ul style="list-style-type: none"> ● Survey for Needs assessment was conducted from April to September 2007. ● Needs assessment survey report was submitted to MOH, HPC and Regional Health Directorates by March 2008.
4-2. Prepare and publish guidelines of health services including FP/RH for VHCs.	<ul style="list-style-type: none"> ● First version of the guidelines for Village Health Centers was developed on July 2009. ● Following three (3) Guidelines with regard to service provision and home visit activities at VHCs, both English and Arabic languages versions were developed and distributed to VHCs, Comprehensive Health Centers and Primary Health Centers on March 2011. <ul style="list-style-type: none"> ✓ "Operational Manual for Village Health Centers in the South region" ✓ "Practical Guide for Health Educators and Nurses at Village Health Centers in the Southern Region" ✓ "Home- Visit Guidelines for Health Educators and Nurses in Village Health Centers in the South region" ● Monitoring activities were continued in accordance with the reporting formats including the checklists stipulated in the Guidelines.
4-3. Encourage the MOH to provide necessary personnel for RH/FP service provision at VHCs.	<ul style="list-style-type: none"> ● Fifty-five (55) Health Educators were newly hired² by the MOH on April 2008. ● Selection criteria were as follows; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Residents in the communities with VHC facilities ✓ Academic status of secondary school graduation
4-4. Grasp the current status of human resources and facilities and equipment at health facilities such as VHCs by updating the inventory lists.	<ul style="list-style-type: none"> ● Staff list and inventory for equipment were developed at each 70 VHCs from December 2006 to May 2007. ● Inventories of 70 VHCs were updated during June to August 2008. ● Inventories for equipment were developed at 48 referral health centers during September 2006 to March 2007.

² Official job title for the Health Educators is "Service Worker". Jordanian and Japanese side mutually agreed that address term of the Service Workers in the Project as "Health Educators" at the JPSC.

4-5. Strengthen infrastructure by renovating the health facilities and providing equipment as needed basis.	<ul style="list-style-type: none"> ● Necessary equipment and furniture for project activities was installed at training rooms in the MOH and 4 target Regional Directorates by March 2009. ● Medical equipment and furniture were provided to VHCs during October 2008 to March 2009. ● Twenty-four (24) VHCs were renovated during October 2008 to March 2009.
4-6. Construct a training system for IIEs with regard to RH/FP service provision.	<ul style="list-style-type: none"> ● Manuals and program for Health Educator trainings were developed by July 2008. ● Trainings of Trainers (TOT) was provided for 28 staff members of Regional Health Directorates (Theory: July 2008, Practice: October 2008). ● Trainers nurtured at TOT provided trainings for 55 Health Educators (see 'activity 3-3' for more information). ● External consultants provided RH/PHC trainings for 81 Health Educators and existing staffs in total in VHCs in the 4 target regions during April to July 2010. ● Training courses were provided to abovementioned trainees in the themes of FP counseling, RH/PHC and health education with a total of 108 participants during July to September 2010 in the 4 target regions. The number of each training course was 50, 49 and 43, respectively. ● External consultants provided RH/PHC trainings for 81 Health Educators and existing staffs in total in VHCs in the 4 target regions during April to July 2010. ● The Red Crescent provided basic first aid trainings for 61 staff members in VHCs including Health Educators in the target 4 regions on October 2010. ● An experience-sharing workshop was held for VHC Supervisors, Home Visit Coordinators and Health Educators on March 2011. And the number of participants was 60 in total.
4-7. Strengthen supervision and M&E for RH/FP service provision at VHCs.	<ul style="list-style-type: none"> ● The monitoring procedure for VHC service provision was defined in "Operational Manual for Village Health Centers in the South Region". ● The WCHD FP head division and Midwife/Nurse Supervisors are providing supportive supervisions for VHCs in accordance with the Operational Manual with 2-3 months interval.

Output 5	
Development of Policy recommendations and public relations activities with regard to RH/FP and women's empowerment are implemented for the dissemination of experiences and achievement of the Project.	
Activities	Performances
5-1. Compile experiences and achievements of the Project.	<ul style="list-style-type: none"> ● Drafting of Policy Brief for deployment of project outcomes (Scaling up of best practice) will be started after the Terminal Evaluation. ● It is expected that first version of draft Policy Brief will be compiled by the Dissemination Seminar (July 21, 2011).
5-2. Draft policy recommendations at the Joint Policy/Steering Committee on the basis of the compilation results.	<ul style="list-style-type: none"> ● Discussions with regard to the contents of policy recommendation from the Project were made at the Technical Management Committee on June 2011. ● Policy recommendations from the Project are anticipated to be authorized by the JPSC on August 2011 via previous discussions.
5-3. Conduct regional workshops every year.	<ul style="list-style-type: none"> ● The Project organized an regional workshop "Sharing Experiences and Learning from Good/Successful Practices in the Islamic Communities Workshop", held at Amman and Aqaba on June 2008, and RH experts and counterparts of JICA projects from Afghanistan, India, Palestine, Sudan and Syria) participated the workshop. ● Workshop for "Strengthening Relationship and Communication between Health Centers and Communities – Home Visit Program" were held at each target regions. ● Regional workshop is scheduled to be held in each 4-target region on July 2011.
5-4. Disseminate experiences through media.	<ul style="list-style-type: none"> ● A press tour was organized on March 2010 as a public relations (PR) activity of the Project. ● A video broacher was prepared by the Jordan TV on June 2011 as a PR activity. ● The video broacher will be used at the National Forum, and is under

	consideration to be televised.
5-5. Conduct a national forum for nationwide dissemination of experiences and achievement of the Project.	<ul style="list-style-type: none"> The National Forum, aimed at counterpart organizations, representatives from all the health directorates, other international and domestic development partners, etc., is scheduled to be held on July 21, 2011, and the number of participants is anticipated as around 150.

2) Achievements of the Outputs

The Project attempted to demonstrate its achievement of the Project Purpose and Outputs by statistical significance test. It can demonstrate the intervention effect with higher evidence theoretically.

However, the conditioning of baseline and end-line survey (such as sample size, survey duration, data collection procedure, target population and contents of survey) was not precisely planned as one independent cohort study because it was not planned to use statistical significance test when the Project started. Therefore it was unavoidable to some extent to contain biases in some statistical results and thus the caution should be paid when interpreting the statistic results. Also it should be noted that the statistical significance only demonstrates if differences between pre-intervention and post-intervention have any significance or not and the level of significance depends upon the sample size and applied statistical method. In other words, it might be possible to have statistical significance while the magnitude of intervention is negligible and it might be also possible to show no statistical significance while the magnitude of intervention is substantial.

The Team evaluated the achievement of outputs from the viewpoint of "achievement of output with the expected level" while taking consideration of interpretation of statistical significance mentioned hereinbefore.

a) Output 1

The Achievement of Output 1 is limited at the time of the Terminal Evaluation.

Output 1 aimed at creating supportive environment for the project activities among community members in order to facilitate involvement of men in improvement of RH/FP and self-empowerment of women. However, as shown in the following column, delay in activities such as organizing CBOs and implementation of community development projects was caused by various external factors. Delay in these activities might also affect other activities and thus activities for Output 1 have been downsized following the Mid-Term Review team's recommendation to minimize the activities for Output 1. Therefore, the contribution of Output 1 to the achievement of the Project Purpose was limited.

On the other hand, the importance and necessity of involving men in RH/FP and women's empowerment is getting be an international consensus. Although the contribution of Output 1 to the achievement of the Project Purpose was limited, it brought important examples and valuable lessons regarding how to involve men in promotion of women's health in poor rural areas in the Islamic country.

Achievements of the Objectively Verifiable Indicators (OVIs) for Output 1 are as indicated below.

[Output 1] A supportive environment for project activities with regard to the improvement of women's health and empowerment is created in the focal area.	
Objectively Verifiable Indicators	Achievements
[1-1: Supportive Environment] 80% of people at age 15 and above living in the focal area have participated in at least one project's activity with regard to the improvement of women health and/or empowerment.	<ul style="list-style-type: none"> Not achieved in terms of 80% fulfillment (Achievement: 52% on the average). There is a variation in the participation rate among the three focal areas: Al Ghal (94%), Qrain (35%), and Tassan (66%). Reasons why 2 communities could not attain the target value can be explained by unexpected external factors such as difference in supportive environment by each tribe in one community and demise of the community leader to whom the Project established a relationship.

<p>[1-2: Supportive Environment] At least one community development activity is planned in each focal area by 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Achieved: Three (3) community development projects were planned and implemented in each focal area. ● It is considered that delay in the implementation of the community development activities affected to foster a supportive environment as expected. On the other hand, the community where there was a big delay in implementation of community development project demonstrated highest participation rate of activities in the Project. This contrarily suggests that establishment of supportive environment in the whole community can be affected by various factors.
--	--

b) Output 2

The Output 2 is partially achieved at the time of the Terminal Evaluation.

Output 2 aimed at improving men's and youth's attitudes toward RH/FP and women's empowerment in the focal area. Since the achievement of Output 1 was limited, there were only limited direct approach toward men and youth for Output 2. While knowledge of men and youth toward women's health improved, attitude toward women's service utilization did not demonstrate significant improvement, which could be attributed to the fact that Health Educators were not assigned in two out of three VHCs in focal areas.

It should be noted that, in Al Ghal, where higher participation of men and youth in awareness raising activities (94%) was observed, CPR of women who received home visit increased from 40% to 80%, which was the highest among all villages where home visit was conducted. This indicated that participation of men and youth in activities related to the improvement of women's health and empowerment might have contributed to the improvement of CPR of women. In addition, interviews conducted by the Team revealed that there was indirect impact to men's attitude toward women's health at the communities where Health Educators are providing services and counseling to women at home and at VHCs. Men's attitude improved such as in improvement spousal communication about FP, or in improvement of husbands' interest in wives' health.

Achievements of the OVI for Output 2 as indicated below.

<p>[Output 2] Men's and youth's attitudes toward RH/FP and women's empowerment are improved in the focal area.</p>	
Objectively Verifiable Indicators	Achievements
<p>[2-1: RH/FP-Men] "Men's attitudes toward RH/FP for women's health" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● This OVI was fulfilled since the mean score of 'men's attitudes toward health benefits of RH/FP to women's health' was significantly decreased from 24.8±3.0 to 19.8±4.1 (range: 14-32) in respective year of 2008 and 2011 in the target cohort (paired sample t-test, p<0.001, n=31) (The lesser score, the better attitude). ● Even though sample size was rather small, it is implied that men have less negative attitudes toward health benefits of RH/FP to women's health after the intervention of the Project.
<p>[2-2: RH/FP-Men] "Men's attitudes toward male involvement in RH/FP" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● This OVI was fulfilled since the mean score of 'men's attitudes toward male involvement in RH/FP' was decreased from 38.4±4.3 to 32.8±3.7 (range: 26-44) in respective year of 2008 and 2011 (paired sample t-test, p=0.001, n=31) (The lesser score, the better attitude). ● It is implied that men have less negative attitudes toward male involvement in RH/FP after the intervention of the Project.
<p>[2-3: RH/FP-Men] "Men's attitudes toward RH/FP service utilization by women" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mean scores of 'men's attitudes toward RH/FP service utilization by women' were 4.2±1.5 and 3.9±1.3 (range:3-8) in 2008 and 2011, respectively. No significant difference was observed with p-value with less than 0.05 (paired sample t-test, p=0.221, n=31). ● This OVI was not fulfilled since 'men's attitudes toward RH/FP service utilization by women' did not improve with statistical significance. However, Health Educators were not allocated at 2 out of 3 target VHCs in the focal area, which can explain the reason why men's attitude for RH/FP service utilization by women didn't improve, nevertheless men's attitudes toward RH/FP for

<p>【 2-4: RH/FP-Youth 】 "Youth's attitudes toward RH/FP for women's health" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort.</p>	<p>women's health.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mean scores of 'youth's attitudes toward RH/FP for women's health' were 19.2±2.5 and 18.3±2.7 (range: 15-25) in 2008 and 2011, respectively. No significant difference was observed with p-value with less than 0.05 (paired sample t-test, p=0.181, n=35). ● This OVI was not fulfilled since 'youth's attitudes toward RH/FP for women's health' did not improve with statistical significance. ● This non-attainment can be explained as following reasons; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sample size was rather small for analysis, and ✓ "Youth" is composed of 2 groups (male and female), which may have different perspectives for women's health.
<p>【 2-5: Empowerment-Men 】 "Men's attitudes toward women empowerment" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mean scores of 'men's attitudes toward health benefits of RH/FP to women's health' were 9.4±1.7 and 9.2±2.0 (range: 6-13) in 2008 and 2011, respectively. No significant difference was observed with p-value with less than 0.05 (paired sample t-test, p=0.628, n=31). ● This OVI was not fulfilled since 'men's attitudes toward RH/FP for women's health' did not improve with statistical significance. ● This non-attainment can be explained as the same reason with OVI 2-4.
<p>【 2-6: Empowerment-Youth 】 "Youth's attitudes toward women empowerment" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mean scores of 'youth's attitudes toward women empowerment' were 4.7±1.1 and 4.6±0.9 (range: 3-7) in 2008 and 2011, respectively. No significant difference was observed with p-value with less than 0.05 (paired sample t-test, p=0.595, n=35) ● This OVI was not fulfilled since 'youth's attitudes toward women empowerment' did not improve with statistical significance. ● This non-attainment can be explained as the same reason with OVI 2-4.

c) Output 3

Output 3 is comfortably achieved at the time of the Terminal Evaluation while some of the OVIs are not appropriate for measurement of OVIs and thus they are excluded from evaluation.

Output 3 aimed at improvement of women's attitudes toward RH/FP and self-empowerment. Some indicators concerning RH/FP required 100% achievement, which might have been too ambitious due to the large number of target population. It was not realistic to expect all target population (around 500 persons) improved their knowledge and attitude. Knowledge about types of contraceptive methods and how to obtain contraceptive methods showed firm improvement although the target (100%) was not met. Unfortunately indicators regarding importance of taking RH-related lab tests, utilizing antenatal and postnatal care and child care could not be used for measurement of Output 3 due to reasons described in the following column, yet, field survey conducted by the Team confirmed that the utilization of VHC actually increased.

On the other hand, self-empowerment of women has been achieved in terms of the achievement of indicators. Although there was a statistically significant improvement in women's empowerment scores, its actual improvement was not so sufficient. It could be interpreted that self-empowerment of women was structured with many factors such as interrelation with men and thus it was not so easy to demonstrate substantial improvement in its scores while the other scores such as knowledge of contraceptive methods and their adverse effects were relatively independent from the influence of men. To confirm the improvement of women's self-empowerment, the Team conducted a field survey and encountered quite a few women who told that their capacity of decision making and perception of self-healthcare improved and the Team concluded that overall there was improvement in women's self-empowerment though the Project activities.

Achievements of the Output 3 are as indicated below.

<p>【Output 3】 Women's knowledge of FP and attitudes towards RH/self-empowerment are improved in the target area.</p>	
<p>Objectively Verifiable Indicators</p>	<p>Achievements</p>
<p>【3-1: FP】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Not achieved in terms of 100% fulfillment (Achievement: 70.7%).

<p>All the women who have received home visits know all the types of contraceptive methods available in Jordan by 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● However, Ratio of women who knew all contraceptive method in post-test (January-March 2011) was significantly increased in comparison with that in pre-test (August 2009-November 2010) (34.5% vs. 70.7%, $p < 0.001$: McNemar test, $n=500$). ● Moreover average number of contraceptive that women under home-visit services know is significantly increased from pre-test to post-test by $(7.1 \pm 2.1$ vs. 8.4 ± 1.2 [range: 0-9], $p < 0.0001$: paired Student's t-test).
<p>[3-2: FP] All the women who have received home visits know at least one health facility or one health professional to receive support for access to available contraceptive methods by 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Not achieved in terms of 100% fulfillment (Achievement: 99.2%). ● However, ratio of women who knew at least one health facility or one health professional to obtain contraceptive methods accessible in post-test was significantly increased in comparison with that in pre-test (97.1% vs. 99.2%, $p < 0.05$: McNemar test, $n=510$). ● Moreover, average number of facilities and providers to supply contraceptive method that women under home-visit services know is significantly increased from pre-test to post-test (3.9 ± 2.5 vs. 5.7 ± 2.7, $p < 0.0001$: paired Student's t-test).
<p>[3-3: FP] All the women who have received home visits know at least two major adverse effects of contraceptive methods available in Jordan by 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Not achieved in terms of 100% fulfillment (Achievement: 84 %). ● Eighty-four (84) percent of women know at least two major side effect of contraceptive method. ● However, women who received home visits know more than 3 major side effects of contraceptive methods on average (Mean=3.4 ± 1.9). ● The statistical analysis of differences in post-test and pre-test in terms of knowledge of adverse effects of contraceptives could not be compared directly since the questions were asked differently in those tests. As many of the participants were not using contraceptives in the pre-test, it was not possible to ask knowledge of adverse effects of current contraceptive methods.
<p>[3-4: RH] 90% of the women who have received home visits feel it important to take RH-related lab tests (diabetics/urine/anemia tests during pregnancy and tests for reproductive tract infection and urinary tract infection) by 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Achieved in terms of 90% fulfillment (99.4% at post test), however, ratio of women who have received home visits feel it important to take RH-related lab tests already exceeded 90 % (97.5%) at pre-test Thus, the Team judged that this indicator doesn't reflect the achievement for Output 3 appropriately, and didn't use for measurement of Output. (<i>Verification of appropriateness of the Objectively Verifiable Indicators by the Team</i>) ● Just for reference, ratio of women who feel it important to take at least one type of RH-related lab tests in post-test was significantly increased in comparison with that in pre-test (97.5% vs. 99.4%, $p < 0.01$: McNemar test, $n=518$). ● And, average number of RH related lab tests that women under home visit services know is significantly increased from pre-test to post-test (2.5 ± 1.0 vs. 3.1 ± 1.0, $p < 0.0001$: paired Student's t-test).
<p>[3-5: RH] 90% of the women who have received home visits feel it important to visit village health centers to receive RH-related services available at the centers (FP, antenatal and postnatal care and child care) by 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Achieved in terms of 90% fulfillment (93.9% at post test), however, ratio of women who have received home visits feel it important to visit village health centers to receive RH-related services almost reached to 90 % (89.1% at pre-test). Thus, the Team judged that this indicator doesn't reflect the achievement for Output 3 appropriately, and didn't use for measurement of Output. (<i>Verification of appropriateness of the Objectively Verifiable Indicators by the Team</i>) ● Just for reference, ratio of women who feel it important to take at least one type of RH-related services in post-test was significantly increased in comparison with that in pre-test (89.1% vs. 93.9%, $p < 0.01$: McNemar test, $n=514$). ● However, average number of RH related services that women under home visit services feel it important is significantly increased from pre-test to post-test (2.5 ± 1.6 vs. 3.1 ± 1.5, $p < 0.0001$).
<p>[3-6: Self Empowerment] Psychological Wellbeing: "Four major domains of psychological wellbeing represented by self-confidence/self-esteem, autonomy, environmental mastery and self-acceptance" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Not achieved since status of psychological wellbeing was not improved with statistical significance. ● Mean scores that represent the status of Psychological Wellbeing were 24.4 ± 2.4 and 24.5 ± 2.5 [range: 9-27] in 2008 and 2011, respectively. No significant difference was observed with p-value of below 0.05 (Wilcoxon signed ranks test, $p=0.186$, $n=690$).

<p>[3-7: Self Empowerment] Decision-Making: "Perceiving their ability in making decisions" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Means score of Decision Making were 25.8±4.6 and 26.3±4.2 [range: 9-36] in 2008 and 2011, respectively. Significant difference was observed with p-value of below 0.05 (Wilcoxon signed ranks test, p=0.007, n=690). ● This indicator can be said to be achieved since status of "Perceiving their ability in making decisions" was improved with statistical significance. However, since the difference in the scores was only 0.5, it is considered difficult to say that the status of decision-making was improved in sufficient level.
<p>[3-8: Empowerment] Self-Health Care: "Perceiving the importance of self-healthcare" demonstrates improvement with the statistical significance from 2008 to 2011 in the target cohort.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Means score of Self-Health Care were 8.96±2.32 and 9.10±1.82 [range: 0-15] in 2008 and 2011, respectively. Significant difference was observed with P-value of below 0.01 (Wilcoxon signed ranks test, p<0.001, n=690). ● This indicator can be said to be achieved since status of "Perceiving the importance of self-healthcare" was improved with statistical significance. However, since the difference in the mean scores was only 0.04, it is considered difficult to say that the status of decision-making was improved in sufficient level.

d) Output 4

The Output 4 is generally achieved at the time of the Terminal Evaluation.

As explained below, most of Health Educators provided RH/FP services in line with the Guidelines. Ninety-five percent (95%) of users of VHCs were satisfied with the service. Therefore it can be concluded that RH/FP service was provided with a certain level of quality in targeted VHCs.

And Health Educators acted as entry points to the healthcare services including RH/FP services at the community. The effectiveness of service provided by Health Educators at VHCs and at home visit was confirmed. Details will be elaborated in "Impact".

On the other hand, some problems such as (a) what is the role of male Health Educators in Health Educator system whose TOR covers RH/FP and empowerment of women, (b) what is suitable job title for Health Educators in order to facilitate their activities and (3) how to employ and assign Health Educators to VHCs have been raised. Details will be elaborated in "Impact" section.

Achievements of the Output 4 are as indicated below.

<p>[Output 4] High quality RH/FP services are provided at the target VHCs.</p>	
Objectively Verifiable Indicators	Achievements
<p>[4-1: Services] 90% of Health Educators (HEs) at VHCs provides RH/FP services according to the guidelines.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Two (2) out of 55 Health Educators hired by the MOH were transferred so far. And 5 male Health Educators are working mainly for primary healthcare, instead of providing RH/FP services on their own judgment. In addition, 5 Health Educators are currently working at CHC or PHC because their VHCs became upgraded to be CHC or PHC. Thus, remaining 43 Health Educators working at VHCs were used for analysis. ● Forty-two (42) out of 43 Health Educators (98%) at VHCs provides RH/FP services according to the Guidelines. ● Thirty-five (35) out of 43 Health Educators (81.4%) are evaluated by the checklist for monitoring as "Good" for providing RH/FP services at VHCs.
<p>[4-2: Services] 80% of target women who use VHCs are satisfied with the quality of services by 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Four hundred and twenty five (425) samples were used for analysis. Satisfaction was measured by scoring for 8 subjects, and full score is 14. Ten (10) or more was evaluated as "Satisfied". ● Four hundred and three (403) out of 425 women using VHCs (95%) are satisfied with service quality at VHCs (full score: 61.2% and 10-13 point: 33.7%). Thus, this indicator was fulfilled. ● The average score for satisfaction was 13.1±1.6 (range: 0-14).

e) Output 5

The Output 5 is anticipated to be achieved by the end of the project period.

As described below, Policy Recommendations are being drafted as of the Evaluation Team is dispatched. It is expected that more than three recommendations would be approved by JPSC.

Although "At least one policy recommendation is prepared from each output" is the Objectively Verifiable Indicator, it is not possible to prepare recommendations from Output 1 and 2 because these two outputs did not bring sufficient evidence. However, evidence regarding RH/FP, empowerment of women and Health Educator system were extracted from Output 3 and 4 and thus sufficient numbers of Policy Recommendations would be drafted based upon the Project outputs.

Furthermore, foundations to sustain Project outputs in the future has been established by conducting international regional workshop to share Project experience and disseminate Project outputs with the participation of Afghanistan, India, Palestine, Sudan and Syria.

Achievements of the Output 5 are as indicated below.

[Output 5] Development of Policy recommendations and public relations activities with regard to RH/FP and women's empowerment are implemented for the dissemination of experiences and achievement of the Project.	
Objectively Verifiable Indicators	Achievements
[5-1: Policies] At least one policy recommendation is prepared from each output by 2011.	<ul style="list-style-type: none"> ● The Project is currently drafting policy recommendations on the basis of at least 1 for each Output. ● Draft policy recommendations will be subject to concentration by taking into account its feasibility at the Technical management Committee, and at least 3 policy recommendations from the Project are anticipated to be authorized by the JPSC by the end of project period.

3) Achievements of the Project Purpose

The Project Purpose is anticipated to be achieved in general by the end of the project period.

As described in the achievement of Output 5 above, it is expected that draft version of policy recommendations based upon achievements of the Project will be approved by the JPSC within the project period. In terms of improvement of CPR, the target value was not achieved at the target area, while it was achieved among the women who received intervention. Utilization rate of postnatal care did not attain the target value of 63.2%. However, it should be noted that utilization of postnatal care improved steadily from 25.0 % to 36.6 %, which indicated that the project interventions were effective in improving utilization of postnatal care to the similar level of neighboring countries/regions such as Syria and Palestine, could be praised.

On the other hand, though achievement regarding RH/FP and men's involvement in women's empowerment was insufficient, quite a few information and lessons have been extracted. Moreover, it was remarkable that certain improvements regarding the utilization of RH/FP and women's self-empowerment were demonstrated among target women through service provision at VHCs and home visits conducted by Health Educators, awareness-raising activities in the communities and schools.

It is expected that the Purpose of the Project would be generally achieved by the end of the Project and make significant contribution to the achievement of Overall Goal once the remaining challenges for sustainability and scaling-up were dealt with.

Achievements of the OVIs for the Project Purpose are as indicated below.

[Project Purpose] Policy recommendations for the improvement of RH/FP are made based upon the good practices and evidences of improved utilization of RH/FP services in the target area.	
Objectively Verifiable Indicators	Achievements

<p>[1] Contraceptive Prevalence Rate (CPR) in the target area will increase from 44.0%³ (2007) to 53.0%⁴ by 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Seven hundred and eleven (711) samples from rural area of the target 4 regions were used for analysis including women with (n=288) and without (n=423) home visit intervention. ● As a whole, CPR of married women is significantly increased from 44.0% in 2007 to 50.4% in 2011 (McNemar test, p<0.01). Though good progress was observed in CPR, target value of 53% was not achieved. ● However, CPR of married women with home visit intervention demonstrated greater increase in comparison with that without home visit intervention (49.6% vs. 55.6%, respectively), and those with intervention was attained the target value of 53%.
<p>[2] Utilization of Postnatal care will increase from 25.0%⁵ (2008) to 63.2%⁶ by 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Utilization rate of postnatal care by married women with under 2-year-old children in 2008 (n=336) and in 2011 (n=298) was compared. ● Certain increase was observed in utilization rate of postnatal care from 2008 to 2011 (25.0% vs. 36.6%), but target value of 63.2% was not attained.
<p>[3] At least three RH/FP policy recommendations based on the achievements of the Project are submitted either to HPC or MOH via approval from the Joint Policy/Steering Committee by 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● The Project is currently drafting policy recommendations on the basis of at least 1 for each Output. ● Draft policy recommendations will be subject to concentration by taking into account its feasibility at the Technical management Committee, and at least 3 policy recommendations from the Project are anticipated to be authorized by the JPSC by the end of project period.

3.3 Implementation Process

1) Progress of Activities

Though the project activities were implemented in accordance with the Plan of Operation (PO), several internal and external factors affected its progress. It is particularly worth noting that project activities targeting men in the focal areas with regard to planning of community development and subsequent activities for actual implementation, delayed significantly due to different settings of the target communities. These delays shadowed some concerns that project activities under other Outputs might be affected; therefore the Project downsized its activities related with Output 1 in accordance with the recommendations in the Mid-term Review. As a result, it can be summarized that other activities such as ones related with Health Educator made great progress and this led to the successful attainment of the Project Purpose even though activities with regard to the approach to men did not generate sufficient effect.

Core activities of the Project related with health promotion for women in the target 4 regions started after Health Educators were employed in 2008, which means there were not sufficient substantive activities implemented before that. However, it is not easy to employ staffs for brand new positions, which did not exist before in Jordan, so it is a great achievement that Health Educators were actually employed. Though it is controversial that their job title does not reflect their job description (as will hereinafter be described in detail), great efforts made by concerned parties and commitment of Jordanian side should be valued.

2) Project Management

The Project has been carried out since September 2006 for the period of five years based on the PDM Version 0 with mutual agreement at the Ex-ante Study and (final agreement was made on March 29, 2006 by signing on the Record of Discussions). As of the time of the Terminal Survey, the PDM has been subject to as-needed modifications in complying with actual circumstances surrounding the Project, as well as setting of quantitative indicators. The revised PDMs were authorized at the Joint Policy/Steering Committee, and the latest PDM was mutually agreed at the Committee held on October 2010 as version 8.

³ Project's baseline survey result (married women)

⁴ CPR of married women in the southern region in 2007 (cf. national CPR=57.1%) Data source: Jordan Population and Family Health Survey 2007.

⁵ Project's baseline survey result

⁶ Figure of the southern region (2007) - Postnatal care from a health professional (% of women for most recent birth)

M

KA

Though strain and logical corrections have also been implemented at the Joint Policy/Steering Committee (JPSC), the Team pointed out the remaining logical and strain errors in the latest version of PDM. Thus, the Team made clarifications and amendment in accordance with the original intension of PDM explained by the Project, and confirmation of project performances and measurement of degree of the Objectively Verifiable Indicators (OVIs) (see Chapter 2, 2.2. Preparation of PDMc). Since the PDM not only offer a direction of the Project but also utilized as an important tool for common view of the Project amongst players of the Project. Thus, description of the PDM should be simple and just enough to be understood by anyone who is at initial overview. If not, it is concerned that the counterparts including service providers understand the project activities with diversity. Having said that, the project performances and achievements of OVIs were shared at biannual JPSC meetings and quarterly technical management committee meetings.

On the other hand, Health Educators, bearing responsibility of RH/FP and women's empowerment for residents in communities, have opportunities to share information and discuss issues arisen in their daily activities amongst Health Educators at monthly meetings. In addition, Health Educators receive monthly supportive supervision from coordinators in primary health centers. VHCs also receive supportive supervision from supervisors in Regional Health Directorates quarterly, and from the FP division, WCHD, the MOH quarterly.

One of problems related with the project management is the withdrawal of the HPC, which was expected to be one of implementing organizations, from project activities on the ground and diversion of their official function to the original one (policy advocacy and coordination). This affected the activities and achievement of Output 1 and Output 2 because the HPC was regarded and embedded in the Project design as the main implementing organization for them. Details will be mentioned in Chapter 4.3 "Efficiency".

3) Communication amongst parties concerned

The Project chose four Governorates in the south region as target areas and intended to make policy recommendations at central level based on the evidences from verification results of intervention effects. Therefore it is quite natural that many stakeholders be involved in the Project such as the MOH responsible for overall activities, the HPC responsible for policy recommendations, four regional health directorates in the south region responsible for management and operation at the project site, and JICA experts and project staff. All these seven stakeholders are regarded as equally-responsible entities for the Project management. This multi-organizational administrative body requires more time and effort to organize the Project, for instance, the approval process and consensus building among concerned parties. In addition to that, the distance between Amman where the Project Office is located and the Project sites in the South region is rather far and the Mid-term Review team pointed out the communication problem between central level and the implementing bodies at target sites. These circumstances remain as challenges since the physical conditions are unchanged at the time of the Terminal Evaluation.

However, it is appropriate indeed that the Project chooses highly needed area in the south region as its target because it is necessary to cover wider target area in order to gain more accurate evidence. It is also necessary to involve many entities because the policy corroboration is essential for assuring that the benefit of the Project would be expanded to all over Jordan in the future. Jordanian side understands and accepts these circumstances thus both Japanese and Jordanian sides enact efforts to enhance necessary communication among them though they face some difficulties in smooth communication. As far as the communication between the WCHD and Regional Health Directorates in the south region is concerned, the FP division, the WCHD and supervisors of Regional Health Directorates share information on the results of supportive supervision in the quarterly meeting as mentioned above. At the site level, supervisors and Health Educators hold monthly meeting for information sharing, have discussion how to solve problems they are facing and conduct complementary training. Through these efforts, communication among stakeholders is currently maintained well.

4) Ownership and Autonomy

At the beginning of the Project, Jordanian side did not necessarily show high level of ownership and sense of independence due to aforementioned issues such as complicated communication among stakeholders, unexpected change on the project implementation structure and delay of project activities. However, the ownership and the sense of independence of Jordanian side have been gradually improving thanks to the

following possible reasons. After the Mid-term Review, Japanese side provided Jordanian counterparts with opportunities to join the training in Japan and other countries and they reconfirmed the importance and necessity of RH/FP and women's empowerment and some achievement of the project activities got more visible. Jordanian side gradually dominated the portion of operational cost of the Project after the close discussion amongst stakeholders of the Project.

M

led

RP

CHAPTER 4 EVALUATION RESULTS

4.1 Relevance

The relevance of the Project is highly maintained at the time of the Terminal Evaluation for the following reasons.

1) Consistency of the Project Purpose with the Jordanian Health Policies

The actual indices for RH in Jordan, including the maternal mortality of 41 (per 100,000 live births), CPR of 42%, total fertility rate of 3.6 and population growth rate of 2.3%⁷, fare positively compared to other countries in the Middle East although Jordan is still facing problems of regional gaps and a slow pace of improvement. Given the fact that the maternal mortality was 48 per 100,000 live births in 1990, its improvement in 20 years was rather slow, causing concern that the target value of MDG 5 of 12 maternal deaths per 100,000 live births by 2015 would not be achieved. In the case of the total fertility rate, even though the national average is 3.6, the fertility rate in three governorates in the south region of Jordan excepting the Governorate of Karak is higher than the national average. The rate of 4.1 in the Governorate of Aqaba is the highest in Jordan⁸. Another survey⁹ has reported that some 65% of women of childbearing age suffer from sexually transmitted diseases. From the viewpoint of the quality of women's health, it can be summarised that women in Jordan have some concern regarding their own health.

Under these circumstances, the Government of Jordan emphasises RH/FP-related efforts. One prominent example is the top listing of raising the utilization rate of RH/FP services among the short-time objectives in the health care sector under the main pillar of social welfare in "*the Executive Development Program (2011 - 2013)*" announced in December 2010. Meanwhile, in "*the National Reproductive Health Action Plan*" for the year of 2011, the HPC calls for support for and upgrading of the RH/FP policies, wider offer of services and greater accessibility, intensive publicity of and education on RH/FP issues and strengthening of the implementation mechanism of the Action Plan. In "*National Health Policies for Women 2006 ~ 2011*", the MOH has indicated that the empowerment of women is one measure to successfully achieve the MDG5 (improvement of maternal health). At the International Health Conference on Population and Development held in Cairo in 1994, 179 participating countries agreed to adopt a comprehensive approach to the improvement of RH/FP, for which the empowerment of women is an integral part and the key.

Against the background described above, the purpose of the Project of aiming to improve women's health through the comprehensive approach of integrating RH/FP and women's empowerment is truly consistent with not only the health policies of Jordan but also the international consensus on RH/FP. This strong relevance of the Project from the policy viewpoint is still maintained at the time of the Terminal Evaluation. The ultimate purpose of the Project is to prepare vital recommendations based on evidence and good practices from the project activities. Such commitment not only provides policy grounds for activities under the Project but also directly contributes to improvement of the policy environment for RH/FP in Jordan.

2) Consistency of the Project Purpose with the needs of target group

While there are VHCs in rural areas in Jordan, these commonly lack full-time staff. The health services at these centers are provided by a doctor from the CHC or PHC approximately two days a week. Many communities suffer from extremely poor access to a VHC or other medical facilities because of their geographical conditions. This poor access means that many communities have few opportunities to receive even basic healthcare services. As rural women tend to be unable to travel outside their own communities because of their domestic and child rearing duties as well as socio-cultural norms, they have hardly any opportunity to learn about and improve their own basic as well as reproductive health. The limited access

⁷ "*Reproductive Health Action Plan 2008-2012 (Stage II)*", HPC 2008

⁸ Population and Family Health Survey 2007 by the Department of Statistics and Macro International Inc.

⁹ Department of Health and the WHO in 2007

to health information in rural areas makes it difficult for rural people, especially women, to develop a proper understanding of common illnesses for better personal health management. Access to accurate information on women's empowerment is equally difficult. In addition, high tendency of adolescent pregnancy and high productiveness under socio-cultural convention of Jordan constitute barriers for the improvement of women. This situation is believed to constitute one factor for the high maternal mortality rate, high total fertility rate and high ratio of women suffering from sexually-transmitted diseases and has led to a strong need for the promotion of appropriate RH/FP and women's empowerment policies in rural communities.

Under these circumstances, the Project emphasizes the strengthening of health services in rural areas in Jordan, especially areas described as poverty pockets where it is said that a conservative attitude prevails. The target area is the south region, which consists of four governorates. The Project is highly consistent with the needs of the residents of the project area as it is designed to promote RH/FP and women's empowerment through such activities as the provision of health services focusing on RH/FP by means of introducing full-time Health Educators at VHCs, improved access to RH/FP based on home visits and the facilitation of RH/FP and women's empowerment at workshops and other events.

3) Consistency of the Project Purpose with Japan's Aid Policy

① Japan's assistance policy toward Jordan

Japan's assistance policy toward Jordan (2008) places emphasis on minimizing social disparities through realizing "*Human Security*" by extending assistance to rural areas and communities where many poor people reside, helping women and persons with disabilities who are deprived of opportunities of social participation due to religious and traditional reason. The Policy also raises the issue of Gender and mentions the approach of this Project that is improvement of RH and empowerment of women in the south region.

On top of that, minimizing gender gap through improving reproductive health and tackling the issue of population and family planning is regarded as priorities in JICA's Country Assistance Implementation Plan.

② Japan's assistance policy for the health sector

The Government of Japan has announced "*Japan's Global Health Policy 2011-2015*" in September 2010. Health Educator system, which has been introduced through this Project, can contribute to creating linkages between communities and facilities by establishing both referral and outreach systems for the continuum of preventive and clinical care, which is mentioned in the Policy. Health Educators are recruited from the community where they are assigned and they play a role of entry point to referral system as they conduct home visit and providing counseling service at VHC. Besides that, the Policy indicates that it is important to promote gender equality and education in order that women and girls can have greater opportunities to gain knowledge as to seeking appropriate healthcare and life skills including family planning. This conforms to the approach of integrated women's health and their empowerment that the Project has adopted.

JICA has drafted a position paper for the health sector titled "*JICA's Operation in Health Sector -Present and Future-*" following the aforementioned Policy of the Government of Japan. "Maternal and child health" and "addressing the shortage of human resources for health" are categorized as priorities of JICA's health sector cooperation. M

Therefore, the Project is in line with Japan's assistance policy for the health sector.

4) Appropriateness of implementation method

① Appropriateness of integrating RH/FP and women's empowerment as the approach to improving women's health

As described above, RH/FP is considered to be important in the development plans of Jordan in general and "*the National Reproductive Health Action Plan*", which provides concrete measures to facilitate RH/FP, particularly for the purpose of achieving the MDGs. The integration of women's empowerment w

with health issues to improve the quality of RH/FP measures is in line with the international consensus on how to improve women's health. The type of approach adopted for the Project is, therefore, highly appropriate.

While activities involving men were also implemented to facilitate RH/FP and women's empowerment, the actual progress of these activities was less than hoped for due to various reasons. However, the decision to involve men was a correct decision as positive environment for RH/FP and women's empowerment was created in the whole communities by conducting participatory awareness-raising activities for each different group of male and female group in the foregoing JICA project of "*RH/FP and Gender in development Project (1997-2003)*" in Karak. The importance and necessity of involving men are also commonly recognized by the international community.

② Relevance of project scale

The intended outcome of the Project was the achievement of an improved attitude towards RH/FP and women's empowerment among such target groups as men, youth and women in the project period of five years in the four target governorates in the south region of Jordan. Because of the large number of target groups along with the large number of planned activities at the target communities widely scattered in these four governorates, it was suggested at the Mid-term Review that it would be difficult for three JICA experts (one of which would act as a coordinator) and one local consultant to cover all of the target communities.

In the first half of the project period in particular, the progress regarding involvement of men and youth was rather slow with the establishment of CBOs and subsequent activities for planning and implementation of their community development project. However, the re-arrangement of the activities at the time of the Mid-term Review greatly accelerated the progress of other activities and the purpose of the Project was mostly achieved at the end of the project period.

③ Social Considerations

The Project targeted the south region where access to healthcare services, including RH/FP services, is difficult in general and so-called poverty pocket in particular and not only established a system to directly provide such services for local residents but also prepared the Guidelines and the manual for the operation of VHCs and home visits in rural areas.

④ Comparative Superiority of Japan's Technique

Japan has many years of experience of issues relating to RH/FP and women's empowerment in Jordan through the earlier Phase I and Phase II of the Family Planning and WID Project in the Karak Governorate, which was also one of the target governorates of the Project. The outcomes, knowledge and developed human resources from these earlier projects in the Karak Governorate were effectively utilized for the Project.

The chief advisor/RH policy expert for the Project had a wealth of experience acquired over the year of RH/FP and women's empowerment in Jordan and was also familiar with the related national as well as Japanese policies. The other two experts assigned to address healthcare and home visit issues also had first-hand experience of RH/FP and home visits in Jordan and expert knowledge of basic healthcare and the necessary skills as qualified nurse and midwife.

4.2 Effectiveness

The effectiveness of the Project is considered to be high on average at the time of the Terminal Evaluation for the following reasons.

1) Achievement of Project Purpose

The Project aimed at achieving the following five outputs in four governorates in the south region to achieve the enhancement of RH/FP as well as the related policy environment for the future:

1. Creation of a supportive environment for the Project,
2. Improvement of the attitude of men and youth towards RH/FP and women's empowerment,
3. Improvement of women's knowledge of FP and attitude towards RH/self-empowerment,
4. Provision of quality RH/FP services at VHCs, and
5. Development of policy recommendations and public relations activities with regard to RH/FP and women's empowerment for the dissemination of the experiences and achievements of the Project.

The concrete activities under the Project to produce these outputs included those specially designed to meet the needs of different target groups (men, youth and women), provision of front-line services to facilitate RH/FP and women's empowerment through Health Educators, establishment of a supportive supervision system to maintain and improve RH/FP and other health services at VHCs and preparation of guidelines and a manual to ensure the provision of uniform services. With these activities, all of the necessary issues to realize high quality RH/FP and women's empowerment in the target areas were covered with arrangements designed to ensure a certain level of service quality. In this sense, there was good logical consistency between the means employed and the objectives.

As mentioned earlier, however, the expected outcomes of the activities designed to involve men were not fully achieved, partly because of the greater than expected conservatism of people in the target areas and partly because of the tribal complexity of local communities. In relation to the activities for Outputs 1 and 2, there was a change of the original arrangement in that the HPC assumed to become the body for the implementation of related activities would concentrate on policy advocacy which is its principal field of work. This change meant the non-existence of a counterpart organization to pursue Outcomes 1 and 2, making the JICA's expert team directly responsible for these activities. In the light of this new situation, the focal areas were reduced from six villages to three villages after the Mid-term Review to enable the effective implementation of the planned activities. Accordingly, the scale of the contribution of Outputs 1 and 2 to the overall project purpose was rather reduced although many of the lessons learned from these activities actually led to the facilitation of activities to produce other outcomes to the extent that the overall Project Purpose was expected to be sufficiently achieved.

Meanwhile, some of the activities designed to produce Outputs 1 and 2 were energetically implemented. These were public meetings and the distribution of leaflets introducing the Project and awareness-raising workshops for men and youth. The degree of achievement of Output 2 in particular suggests that the attitude of men towards RH/FP has improved, illustrating some positive gains by the related activities. In contrast, the numerical values designed to statistically (quantitatively) clarify changing attitudes through the KAP survey featuring the target groups do not indicate the sufficient involvement of men. The slow progress shown in terms of the numerical values does not necessarily mean the ineffectiveness of the activities in question, however, as it is commonly understood that a long time is generally required for improved knowledge to actually change prevailing attitudes. In addition, the KAP survey may not have been relevant in assessing men's attitude in conservative areas since answers by men might have been biased in terms of social desirability. This suggested that interventions targeting for men should be continued for improving women's health more effectively. At the same time, methodology of measurement for intervention effects among men should be modified to deal with social desirability.

It has become clear through the Project that Health Educators can make a tangible contribution to improvement of the health, particularly related to RH/FP, and empowerment of women in conservative areas. Because Health Educators were recruited, trained and assigned to VHCs in their own villages, they were generally well accepted by the communities even in the conservative south region though the level of acceptance showed some variation from one village to another. Many of these Health Educators have gained the trust of their fellow villagers and as many as 6,463 home visits have been conducted by Health Educators and other health professionals from January 2010 to May 2011. During

the same period, a total of 39 VHCs were supervised by the WCHD, and at least 448 supervisions were conducted by supervisors and/or home visit coordinators assigned by the Regional Health Directorates. The counseling at VHCs and home visits have improved women's knowledge of and attitude towards RH/FP and their self-empowerment. Such improvement is supported objectively, confirming the effectiveness of Health Educators to improve the health of women. Further evidence of the excellence of Health Educators is their positive impact on the attitude of men towards RH/FP and primary healthcare with an improved RH service (further details are given in the section describing "Impacts"). In addition, it is worth noting that female Health Educators seems to be empowered by self-fulfillment and earning of trust from communities through their duty work of providing healthcare services in the communities as government employee, and this can be regarded as a success model of female community residents. The successful introduction of Health Educators is believed to have greatly contributed to not only the achievement of the planned outputs relating to improved RH/FP and women's empowerment in the target areas but also to the achievement of the Project purpose by means of the accumulation of positive evidence and the wide dissemination of good practice.

2) Important assumptions for the achievement of Outputs and Project Purpose

- ① Confirmation of the current status of "*Population Strategies and Reproductive Health Action Plan will not change in direction*".

Although the population strategies and the RH Action Plan were revised during the project period, their directions and emphasis on RH/FP and women's empowerment remained unchanged, causing no negative impacts on the implementation of the Project.

- ② Confirmation of the current status of "*Other donors implement the projects as scheduled*".

The impacts of projects of other development partners on the Project were not observed.

- ③ Confirmation of the current status of "*Medical environment will not deteriorate than now*".

The overall medical environment was maintained at approximately the same level throughout the project period with no negative development affecting the Project being observed.

3) Other Assumptions

- ① Departure or Transfer of Counterparts

At the early stage of the Project, efforts were continually made with the MOH to recruit Health Educators and the former Minister of Health verbally expressed his understanding that the MOH would newly employ appropriate personnel. Because of the change of the Minister before the official approval of such recruitment, the approval process took much longer than anticipated. Since 2008 when new personnel were finally recruited, a series of TOT and Health Educator training sessions was held, resulting in the actual introduction of Health Educators to the VHCs.

The transfer of some counterparts at the MOH and Regional Health Directorate during the project period also delayed the progress of the Project to some extent, as some time was required to establish a collaborative and trustworthy relationship with the newly appointed counterparts. Such a relationship has been, however, firmly established through the successful implementation of various activities under the Project.

- ② Conditions of Communities in the Target Areas

As described earlier, many of the target communities have a complicated tribal mixture and it was difficult in some of these communities to establish a community-wide collaborative and trustworthy relationship for the Project. Moreover, the level of conservatism varies from one area to another, resulting in different levels of output achievement. The overall picture is, however, that the attitude to as well as practice of RH/FP and women's empowerment have generally improved and the Project Purpose is expected to be achieved in general.

4) Contributing Factors to Effectiveness

- ① Some of the counterparts at the MOH and Regional Health Directorate displayed a very high level of ownership, greatly contributing to the project management and facilitation of project activities in the field. In the case of the HPC, its contribution to the Project was limited because of the re-direction of its efforts to policy advocacy, which is its essential work. Nevertheless, the HPC personnel made effective inputs at regular meetings and the HPC is currently playing a central role in the efforts to have the policy recommendations put forward by the project team approved by the Government of Jordan.
- ② In the course of the Project, home visitors of the community support teams (CSTs) in the Karak Governorate who had been trained during "*the Family Planning and GID Project in Jordan*" were used as trainers for the OJT for Health Educators after the latter's assignment to VHCs. This arrangement had the positive result of improving the home visit techniques of the Health Educators.

5) Inhibitory Factors for Effectiveness

- ① Of the 55 Health Educators trained under the Project, five were men. It was later revealed that these five male Health Educators were not involved in the work related to RH/FP and women's empowerment, including home visits. As a result, the scope of the contribution by Health Educators to the achievement of the planned project outputs was impaired albeit slightly. There can be several social reasons for the ineffectiveness of male Health Educators, including the general difficulty of men to directly approach women on health issues and the specific difficulty for men to provide guidance on primarily women's issues, such as RH. Nevertheless, it should be possible for male Health Educators to approach local residents in groups, schools and other target places, and RH/FP services for men should be taken into consideration to promote changes in their attitude and practice since RH/FP-related information is limited also for men in the communities with high conservatism. At present, the job description for a Health Educator does not specifically address the roles to be performed by male Health Educators. Even though efforts to define the roles of male Health Educators may prove to be somewhat controversial, this may be necessary in the coming years to at least show the general direction of their roles in RH/FP services.
- ② The decision was taken to make the HPC solely focus on policy advocacy as mentioned earlier. This affected the implementation of the activities designed to produce Outputs 1 and 2 as the HPC was originally expected to become directly responsible for these activities. Because of the fact that policy advocacy is the essential work of the HPC, such work should not be denied for the sake of the Project. Nevertheless, it is a simple fact that this decision necessitated a change of the project implementation system, which was not anticipated at the beginning of the Project. From the viewpoint of producing Outputs to achieve the Project Purpose, this change was an inhibiting factor for the overall effectiveness of the Project.

4.3 Efficiency

The efficiency of the Project is considered to be intermediate for following reasons.

1) Progress Management of the Project Activities

As mentioned in the section describing the progress of the project activities in 3.3 under “*Implementation Process*”, these activities have been implemented in accordance with the Plan of Operations (PO). However, the progress of individual activities has been affected by several factors. In the case of those activities featuring men in the focal areas, the formulation of a community development plan experienced a substantial delay despite the fact that a lot of time and labor were devoted by the members of the Project. Consequently, activities to follow the PO were also delayed to the extent that the implementation of other activities to produce other Outputs could have been jeopardized. In order to reduce this risk, the scale of the Output 1-related activities was cut back based on the recommendation made at the time of the Mid-term Review. This decision led to insufficient outcomes of the activities designed to involve men. However, other activities, notably those focusing on the work of Health Educators, have made great progress to ultimately achieve the Project Purpose.

There was an unexpected setback at the beginning of the project implementation process in that the dispatch of the chief advisor/RH policy expert to Jordan was delayed for nearly six months. As a result, only one Japanese expert specializing in healthcare and home visits and also responsible for project coordination was stationed in Jordan. The work was sometimes overwhelming because of the need to fulfill the duties of an expert while trying to build the foundations for the forthcoming activities through the coordination of all stakeholders after the commencement of the Project. The healthcare-related activities eventually got into full swing with the arrival of the chief advisor, the introduction of a project coordinator in August 2008 in anticipation of the full-scale commencement of the planned activities and training sessions and the recruitment of Health Educators. Even though the healthcare/home visit expert was replaced in March 2010 after the Mid-term Review, this had little effect on the actual progress of the activities.

When emphasis is placed on the progress of project activities within a set period stipulated in the PO, it could be argued that the efficiency of the Project is adversely affected by these delays. The truth is that the available time has been used effectively and three sets of guidelines for home visits and service provision at VHCs have been distributed to the relevant organizations and facilities throughout the four governorates. The remaining activities, including the finalization of draft policy recommendations, are anticipated to be completed as scheduled within the project period. This prospect indicates that the various setbacks described above have had little adverse impact on the ultimate achievement of the Project Purpose.

In short, the efficiency of the Project has been generally maintained in terms of the progress management of the planned activities.

2) Effective utilization of provided equipment and materials

It has been confirmed that the guidelines, the manual and leaflets prepared in the course of the Project have been effectively utilized by the Health Educators and other front-line service providers. Some educational tools, such as flip charts used for the training under the Project, were, in fact, developed by earlier JICA projects. The materials developed by other donors were also carefully examined and some have been printed for renewed use under the Project. This selective use of existing training tools without doubt improved the efficiency of the Project. Prior to the deployment of the Health Educators, 24 VHCs underwent the necessary renovation funded by both the Jordanian and Japanese sides. The Japanese inputs included the provision of essential medical equipment, refrigerators, cabinets and other items of furniture. The renovated VHCs are now actively utilized along with the medical equipment to benefit villagers.

New supportive supervision systems have been established by the MOH and the Regional Health Directorate with a view to maintaining and upgrading (i) the capacity of the Health Educators trained under the Project and (ii) the provision of appropriate services by VHCs. The continuation of regular monitoring to provide supportive supervision for local operations demands the availability of a reliable means of transportation and one vehicle each has been provided for each directorate as of the fourth quarter of FY 2010 (Japanese FY) for monitoring purposes. Both the system and means of continual

monitoring are now in place with these vehicles, greatly contributing to the actual implementation of monitoring and supervision of the work of Health Educators and VHCs. Although the MOH also conducts its own monitoring, this monitoring is conducted on a quarterly basis at present generally. Because of the planned transfer of the vehicle (as accompanying equipment) currently used for project activities to the Woman and Child Health Department (WCHD) of the MOH on completion of the Project, there is a prospect of regular monitoring by the MOH.

3) Collaboration with Existing Resources

① Collaborative activities with other Japanese resources

A member of Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCV) (health nurse) assigned to the CHC in the Aqaba Governorate provided assistance for the implementation of prenatal/childcare and F/P services at this CHC while assisting the Health Educators working at the VIIC in Salhiah. Such assistance made a tangible contribution to improvement of the technical capability of the Health Educator and prompted efforts to encourage villagers to use their VIIC. Another JOCV member (health nurse) assigned to the Ma'an Governorate briefly accompanied the Health Educator on her home visits. As such, the collaboration with other Japanese resources contributed to the improvement of the project efficiency even though the scope of the beneficiaries was limited.

② Collaboration with Other Resources

A series of workshops featuring the theme of "Arab Women Speak Out" was held from December 2009 to February 2010 to teach Health Educators working in the governorates in the south region how to organize and manage participatory group sessions. These workshops were held jointly with a USAID project of "*Communication Partnership for Family Health Program*" assisted by the John Hopkins University.

Arrangements have been made with other USAID projects of "*Private Sector Project for Women's Health*" and "*Jordan Health Systems Strengthening Project*") to develop and maintain a collaborative as well as complementary relationship to avoid the duplication of aid activities and to share training equipment and tools. Information on various aspects of RH/FP has been regularly exchanged and shared with the USAID and other stakeholders at meetings of the RH Action Plan Committee. Interviews as well as specific consultation meetings have also been held when found to be necessary.

4) Contributing Factors for Efficiency

① Effective Utilization of Local Resources

As already described in 4.2 -- Effectiveness, home visitors of the community support teams (CSTs) in the Karak Governorate who were trained during "*the Family Planning and GID Project in Jordan*" have been used as trainers for the OJT for Health Educators after the latter's assignment to VHCs. This arrangement has made a positive contribution to improving the home visit techniques of the Health Educators. This use of local personnel can be viewed as a factor contributing to the improvement of the project efficiency as the resources trained by another JICA project have been actually mobilized.

Moreover, a HPC staff member who acted as a counterpart for the Family Planning and GID Project has been involved in the present Project as the local consultant.

② Trainings in Japan

A visit to Japan to observe the RH/FP system and approaches to further improve the system provided the opportunity for the counterparts involved in project management to set clear targets and a course of actions to enhance the basic service provision at VHCs and to develop highly capable RH-related personnel in Jordan. The compilation of the final draft of the Operation Manual as part of the training in Japan clarified the roles and status of Health Educators and the contents of the proposed monitoring and supportive supervision system, greatly contributing to the achievement of the intended project outputs.

5) Inhibitory Factors against Efficiency

① Delay and Scaling-Down of the Activities Targeting Men and Youth

It has already been mentioned that the activities designed to involve men in connection with Outputs 1 and 2 were scaled down. Even though much time and labor were spent by the members of the Project, the establishment of CBOs was considerably delayed. The Mid-term Review team found that the planning of community development projects by CBOs hardly existed. In response to recommendations made by the Mid-term Review team, these activities were cut back. One beneficial outcome of this decision has been the steady progress of other activities. Because of concern in regard to the development of mistrust in the target area with the abrupt termination of community development projects despite preparations at the village level, equipment was provided for three villages in the focal areas after the feasibility study conducted in October 2009. There was originally high expectation for the establishment of CBOs and the launch of community development projects to create a supportive environment for the Project while providing physical bases to facilitate educational activities for men and youth. In reality, however, this component (provision of equipment) was only implemented in the period from December 2010 to March 2011 in the final year of the Project and it cannot be said that such input has directly contributed to producing the intended outputs of the Project. The actual contents of the provided equipment ranged from ceremonial goods/tools and infant toys to greenhouses and simple irrigation systems. Although these items matched the needs of local residents, their direct contribution to the project purpose of facilitating RH/FP and women's empowerment has been limited. From the viewpoint of effectively using the inputs, including the time resource, to achieve the intended outputs, it can be argued that the provision of these items inhibited the efficiency of the Project.

② Delay of Equipment Delivery

There are cases where the delay of equipment delivery to the VHCs subsequently delayed the service delivery after training. However, these delays have hardly affected the ultimate achievement of the intended outputs in the project period.

③ Cost sharing for implementation of project activities (recurrent cost)

In the first half of the project period, the payment of expenses was not particularly smooth because of the different perceptions of the Japanese and Jordanian sides regarding the sharing of the recurrent cost stipulated in the R/D. Agreement was subsequently reached through a series of consultations on the recurrent cost to be borne by the MOH and the part of such cost which Japan could contribute through accommodating interpretation of the relevant wording in the R/D. This agreement was formalized in the Minutes of Meetings (M/M) signed in October 2010. Despite this agreement, however, disbursement by the MOH has not been necessarily prompt, making it necessary for the Japanese side to pay part of the recurrent cost to be borne by the MOH.

In the R/D, the cost of renovating the VHCs was supposed to be borne by the MOH. As the actual work was slow to progress, the Japanese side paid part of the renovation cost on the grounds that it was specifically requested by the MOH. This disbursement was essential for the completion of the work together with the provision and installation of equipment in time for the deployment of Health Educators at the VHCs.

These facts suggest that some of the project costs were not adequately disbursed, slightly damaging the efficiency of the Project.

4.4 Impact

The following positive and/or negative impacts are confirmed and/or expected by the implementation of the Project.

1) Probability of achievement of the Overall Goal

In the logical examination conducted in the Terminal Evaluation, the Team found no logical errors on the story to achieve the Overall Goals of “RH/FP in Jordan is improved” and “RH/FP Policy Environment in Jordan is improved” via achieving the Project Purpose of “Policy recommendations for the improvement of RH/FP are made based upon the good practices and evidences of improved utilization of RH/FP services in the target area”, and clearly stated the final goal of this technical cooperation.

As has been described, the Project demonstrated the efficacy of system and/or concept of Health Educator for the enhancement of RH/FP and women’s empowerment at rural areas, especially in the poverty pockets with difficulties in accessing health services. However, it is obvious the number of Health Educators cannot be easily increased since its financial aspect should be taken into account for future deployment of this system to other areas. As for 43 Health Educators at work in VHCs, counseling services at VHCs and home visit activities are nearly embedded, and foundation of the system itself is considered to be founded by setting up guidelines and manuals, supportive supervision system, and means for regular monitoring. Thus, it is expected that the quality of services provided by the Health Educators would be maintained or enhanced after the end of the Project.

From the aspect of policy environment, many evidences and good practices were extracted from the Health Educators’ contribution to quality RH/FP and women’s empowerment. Therefore, future improvement of RH/FP policy environment is anticipated to some extent since policy recommendations with certain feasibility will be developed on the basis of the project experiences. It is highly expected that the HPC review and adopt the policy recommendations related to RH/FP programs and make significant contributions to the attainment of the Overall Goal.

On the other hand, though Health Educators allocated to VHCs demonstrated the effectiveness of their performances, the direct benefits from Health Educators are rather limited due to the small number of Health Educator (43) in the target 4 regions, and thus, it is strongly desired to expand the concept and/or system of Health Educator to untargeted areas in south region as well as other regions. It is not feasible to hire new Health Educators to expand the target areas in southern region and other regions from the financial aspect. Having said that, nursery staff had provided home visit services up until a few years ago in Jordan, and recommencement of home visit activity by existing nursery staff and/or addition of home visit activity to duty of newly hired nursery staff are currently under consideration. The Project developed several guidelines, manuals and formats regarding service provision at VHCs and home visits, materials for awareness rising, and curriculums and modules for training courses. Additionally, the Project nurtured trainers who can provide lectures for Health Educator trainees. These human and material resources can be beneficially utilized to expand the target areas. Meanwhile, community residents were principally hired as Health Educators and that contributed to favorable acceptance of Health Educators from the Communities. Thus, difficulties regarding acceptance from communities should be taken into consideration when unacquainted medical staff were allocated.

It is considered that Jordanian side can afford monitoring expenses that are major maintenance costs for the system of Health Educator. However, initial investment such as training costs including TOT, arrangement of vehicles for monitoring activities, printing and distributing costs of guidelines, manuals and other printed materials, costs for VHC renovation, etc. should be taken into account for the deployment of the system to other regions, in addition to running costs aforementioned. Since the expansion of the system and/or concept of Health Educator is implemented in accordance with policies, great expectation is placed on policy recommendations developed by the Project. In particular, in order to expand the system, policy recommendations should be based on evidences with high reliability, and analysis results of necessary resources such as human resource, introduction and recurrent costs, and a roadmap for introduction should be accompanied to the policy recommendations.

Regular supportive supervision should be continued in order to sustain or improve the quality of services at VHCs and home visits. Thus, monitoring and supportive supervision, recognized as one of major recurrent

costs, should be continued in an efficient manner to consolidate its sustainability further more. Integration of supervisory activities in health sector is currently under consideration by Jordanian side. The team also considers that comprehensive supportive supervision system, which integrates existing supervisory activities in Jordanian health sectors and that in other projects by international aid arms, can be one option for realization of efficient supervision with high continuity.

2) Important Assumption for Overall Goal

- ① Probability of maintenance of *“Population Strategies and Reproductive Health Action Plan will not change in direction”*.

Since the Government of Jordan places emphasis on the importance of RH/FP and women’s empowerment in the health policies, it is highly expected that strategic direction and priority be maintained.

- ② Probability of maintenance of *“Medical environment will not deteriorate than now”*.

Deterioration of medical environment is not anticipated in future years.

3) Other Positive Impacts

- ① Effect of Health Educator system on improvement of quality and quantity of human resources for health, discussed internationally at the Global Health Workforce Alliance and other related platforms.

Jordan is facing problems regarding shortage in human resources for health, particularly serious in the Regional Health Directorates in south that exercise jurisdiction over broad territories. Community residents in rural areas have less opportunity to receive healthcare services with certain level of quality, and thus, there is an urgent need to alleviate the shortage. Health Educators, introduced in the framework of the Project, provide a certain quality of RH/FP services at communities, and simultaneously, are playing an important role as an entry point to healthcare services for community residents (as will hereinafter be discussed below). Thus, it is suggested that the system of Health Educator make a certain contribution to alleviate human resource shortage for health. Having said that, it must be desirable that medical care services be provided at community level originally, and licensed health professionals such as nursing staff should be allocated at VHCs as resident staffs in the long run. However, the system and/or concept of Health Educator seems to be effective as a short and medium term prescription since it is not realistic to nurture and/or hire licensed health professionals from the financial aspect.

Moreover, it is considered difficult to raise the number of health personnel for health rapidly enough to cover all the communities dotted around large southern regions, and sometimes, unacquainted and/or opposite-sex health personnel might face obstacles to provide healthcare services, including RH/FP especially that is recognized as a sensitive topic to discuss, in the areas with high conservativeness. Therefore, these issues should be taken into consideration when same approach will be taken in Jordan as well as other neighboring Arab countries.

- ② Effects of approach for male and youth groups and activities at community level on changes in their mindsets and improvement of women’s empowerment

As was stated before, socio-cultural backgrounds such as conservativeness of community residents as well as multi-tribal communities were beyond expectations, and affected the smooth progress of the project activities. As the results, effects of approach for male and youth groups and activities at community level on changes in their mindsets and improvement of women’s empowerment could not be fully confirmed in the Project

However, since the Project provided many awareness-raising activities such as seminars and workshops in rural areas with high conservativeness, it is considered reasonable that the attitude change in men and youth was invisible in 5-year project, and it is a common understanding that it takes certain amount of time to observe visible changes in attitude and/or mindset via knowledge

improvement. Moreover, since importance of male involvement is also a common understanding for RH/FP improvement, continuous efforts should be made for male and youth to exert real and visible attitude change as well as to determine the effect accurately.

③ Health Educators' role as an entry point to healthcare services for community residents

As abovementioned, predominant role of Health Educators stipulated in the Project is to provide awareness-raising services with regard to RH/FP and women's empowerment. However, understanding of health conditions of family members in addition of targeted women by interviews, direct observations and simple testing (e.g. blood pressure) as well as basic first aid are included to their designated work as a part. Through the counseling services at VHCs and home visits by Health Educators, many community residents, suspected health abnormality such as sexually transmitted diseases in targeted women as well as any acute and/or chronic illness in family members, were referred to health facilities including VHCs and led to the initiation of medical treatment and/or healthcare (Table 2). Table 1 shows that a total of 6,463 home visits were conducted in 4 target regions from January 2010 to May 2011, and 1,113 cases out of 6,463 visits that were referred. Amongst 1,113 referred cases, 780 actual visits to health facilities were confirmed. From these facts, Health Educators contributes health management of community residents from the perspective of primary healthcare in addition to awareness raising for prophylaxis. Moreover, Health Educator is functioning in the referral system as front line players.

Table 2. Effect of Home Visit Activity on Referral for Health Facilities

Governorate	Health staff (n)	Implementation of Home Visit (Jan 2010 - May 2011)			Referral Cases including counselling services by Health Educators at VHCs		Rate of referral and actual visit to health facilities by home visit	
		Scheduled (n)	Implemented (n)	Executing rate (%)	Referral (n)	Actual visits (n)	Referral (%)	Actual visits (%)
Karak	16	2,519	1,922	76.3	434	277	22.6	14.4
Tafileh	11	1,849	1,656	89.6	228	166	13.8	10.0
Ma'an	19	2,821	2,374	84.2	302	218	12.7	9.2
Aqaba	8	611	511	83.6	149	119	29.2	23.3
Regional Total	54	7,800	6,463	82.9	1,113	780	17.2	12.1

4) Other Negative Impact

No negative impact attributed to the activities of the Project is observed as of the time of the Terminal Evaluation.

M

W

RP

4.5 Sustainability

Self-sustainability and self-deployment of the benefits provided by the Project can be expected in some degree.

1) Political and Institutional Aspects

As was described in the section on "Relevance", importance of comprehensive RH/FP is clearly cited in "Executive Development Program 2011-2013" and "Health Sector Strategic Plan 2010-2014", which prescribes the concrete measures and policies for achieving this, and the MOH expressed verbally that the importance and priority would be maintained for many years to come. Moreover, as was stated in the "Impact" section, political proof should be given for official deployment of the system and/or concept of Health Educator to untargeted areas of the Project. Since the political recommendations with certain evidences and good practices are anticipated to be prepared within the project period, it is considered that the political sustainability will be secured to some extent.

On the other hand, official job title of "Health Educator" is "Service Worker", since they were hired in the existing governmental personnel system in Jordan. However, "Service Worker" (□ cleaning staff) is not reflecting their job contents of "Health Educator" who provides awareness-raising activities of RH/FP and counseling services at VHCs. If the service workers were given an appropriate job title that explain their job contents correctly such as "Health Educator" as a new sub-professional position, it is anticipated that they can achieve social cognition and appraisal by gaining a correct understanding of their roles in the communal society. And also, it can be lead to having large opportunity for them to obtain an equivalent post at health facilities, in cases that they move to other places. However, official up grading of the job title is inevitably accompanied with cost increase in terms of salary, and "Health Educator" is only an address term with the stakeholders of the Project currently. In addition, there is a variation in their capacity from the aspects of skills and attitudes. Thus, though unique promotion of their job grade can be controversial, it is anticipated to give any kind of incentives for "Service Workers" with high performance, such as giving certification and so on.

2) Financial Aspects

As was stated in "Impact" section, certain mechanisms to sustain monitoring and supportive supervisions for the performance of Health Educators to provide counseling services at VHCs and home visit were established. Since it is expected that travel costs, envisaged as a main running cost, will be affordable by Jordanian side, it is considered that financial sustainability of the Project can be secured from the aspect of maintaining the current project activities even after the end of the project period.

However, financial sustainability, from the perspective of self-deployment of current activities to untargeted areas in the southern regions and/or other central or northern regions, is unpredictable as of the time of the Terminal Evaluation, since certain amount of budget should be allocated as an initial investment for training costs, securing transportation, printing costs, etc. in advance. Therefore, experiences of the Project such as human resource and costs necessary for the deployment are expected to be packaged in documents and/or other appropriate format to be utilized as a reference source for making decisions to adopt the policy recommendations to national policies as well as to consider a practical introduction plan. Meanwhile, monitoring activities in the Project can be integrated with other existing monitoring activities in health sector, including that in other projects implemented by other development partners. Therefore, it is expected to seek further efficiency and rationalization to consolidate the financial sustainability of the Project in consideration of developing a comprehensive monitoring system by unifying on-going monitoring systems.

3) Technical Aspects

Day-to-day activities of Health Educators, such as counseling services at VHCs and home visits, are stipulated in the Guidelines developed by the Project, and ditto with supervisory activities from superagency. And, the Team confirmed that the daily activities are conducted in accordance with the Guidelines. Thus, it is considered that sustainability from technical aspect will be secured to some extent,

while the performance of each personnel varies. Furthermore, problems arising from daily duties are discussed amongst Health Educators and supervisors at monthly meetings, and complementary trainings are provided at the meetings, implying that it is expected to some extent that the performance of Health Educators will be enhanced even after the end of the project period. And, since the supportive supervision is highly contributing the reinforcements of practical service provision of Health Educators, sustainability from technical aspect will be consolidated if the supportive supervision were continued regularly.

The Guidelines and the operational manual for Health Educators and Nurses that stipulate the services at VHCs and home visits can be adapted to untargeted areas of the Project including other regions. And the supervisors and home visit coordinators nurtured at 'TOT' can be also utilized for expansion of the concept of Health Educators to other regions.

4) Comprehensive Sustainability

As has been described, counseling services at VHCs and home visits provided by Health Educators, which are based on the Guidelines, significantly contribute to not only RH/HP and women's empowerment but also the enhancement of primary healthcare for community residents. Moreover, definition of operation rules by the Guidelines as well as monitoring and supportive supervisions enable them to sustain and improve the quality of performances. Therefore, it is considered that political, financial and technical sustainability is secured to some extent from the perspective of maintenance of on-going activities.

However, the Team cannot state clearly about the political, financial and technical sustainability of the Project from a viewpoint of the self-deployment of the project experiences to untargeted areas. Greater sustainability could be secured if continuous technical support with regard to policy development and packaging of project experiences were obtained by any means.

AM

led

RP

4.6 Conclusion

As a result of series of meetings, interviews and surveys involving beneficiaries, organizations, stakeholders, experts and other personnel related to the Project, it was found that the whole set of the results and impacts produced by the Project has been outstandingly valuable in the light of improving RH/FP in Jordan. The Project in the long run may contribute significantly to the improvement of RH/FP in Jordan.

The Project demonstrated the effectiveness of RH/primary healthcare services provided by community health workers (Health Educators) at VHCs and at home visits for the improvement of RH/FP and women's self-empowerment. Pre-and Post-test evaluation revealed that CPR significantly improved among the women at intervention villages where Health Educators are providing services at VHCs and home-visit counseling program compared with the pre-intervention rate; and particularly women who have received home-visit program increased their CPR from 43.7 to 55.6. The utilization of postnatal care was also improved among women of intervention areas and thus it was concluded that the services provided by Health Educators at VHCs or at home increased the access to basic RH/FP services and improved the RH/FP practices. It was also demonstrated that women with improved self-empowerment and/or when their husbands' attitude toward women's health is supportive, women's utilization of contraceptives and FP/RH services increases.

It was concluded that the RH and primary healthcare services provided by Health Educators in the rural health post (VHCs) or at home are effective in improving women's health particularly their contraceptive utilization and service utilization, and sense of self-empowerment, and thus they can improve the RH situation in Jordan in the long run. Therefore, it is highly expected that Overall Goals, which are health outcomes, would be achieved later by sustaining and scaling up the project activities. To scale up, it is necessary 1) to sustain the community RH/FP services at project target areas (73 villages in the southern region where MOH VHCs are functioning), 2) to continue to empower Health Educators through continuous supervision, refresh training and provision of institutionalized support and 3) to scale it up to the other regions of Jordan (middle and north regions).

Moreover, community RH/FP and primary healthcare approach may be applicable to many other Middle-East countries where the human and fiscal resources are limited, problems of inequity in access to the health services exist, and women's health are compromised with the socio-cultural norms. Therefore, the project's approaches and achievements should be fully documented and shared regionally and globally.

M

W

RP

CHAPTER 5 RECOMMENDATIONS AND LESSONS LEARNED

5.1 Recommendations

The order of recommendations within each organization reflects its priority.

<The HPC>

1. Review and adopt the policy recommendations related to RH/FP programs. Tentative recommendations under preparation are followings:
 - Home visit program should be rolled out to other rural areas in Jordan,
 - Self-empowerment of women should be integrated into the awareness-raising program of RH/FP. It should also be included in the training package for health providers and community health workers related to RH/FP, and
 - VHCs should provide pill and condoms in other part of Jordan.
2. Advocate the adopted policy recommendations by coordinating various stakeholders related to RH/FP.
3. Monitor following indicators for overall outcomes annually and share it among stakeholders including JICA in order to sustain the RH/FP services and empowerment of Health Educators:
 - National CPR
 - Provision of RH/FP services
 - Utilization of RH/FP services

<The MOH: Central level>

1. Continue to provide technical and institutional support such as supportive supervision and refresher trainings for Health Educators to maintain their motivation and quality of services.
2. Sustain the monitoring and supervision system of Health Educators and VHCs. Following indicators should be monitored quarterly, and shared among stakeholders including JICA.
 - Number of monthly meetings conducted in four governorates in South;
 - Number of home visit, referral cases, and actual visit cases reported by Health Educators,
 - Number of supportive supervision conducted in 4 governorates in South, and
 - Major problems identified by the supervision and counter-measures taken by 4 governorates in South.
3. As an option, if it is good for sustainability, consider integrating the existing monitoring and supervision systems piloted by various stakeholders in various areas in the country and develop a unified monitoring and supervision system from central level to the regional health directorates (CHC, PHC, and VHCs) in cooperation with other development partners.
4. Provide certificate of their job description for Health Educators since their current official job title of "Service Worker" does not reflect their certified responsibilities and cause misunderstanding among villagers. In the mid- and long-term, the MOH should continue to request other responsible parties to change official job title of "Service Worker" to reflect their job description.
5. Support existing efforts to expand the coverage of home visit programs within the rural south region.
6. Scale up the improvement of services at VHCs and home visit programs adapted to the other regions of the country (north/middle). Unit cost for each activities, such as for training, supervision, monthly meetings...etc. should be added in the scale-up proposals so that the decision makers can make decisions.
7. Although it is not practical to recruit new Health Educators due to the financial burden, the MOH should consider it in case that newly graduated nursing carder and midwives are not available in some remote villages.
8. Prepare/Revise a strategy of health human resources development and plan to deploy qualified and motivated midwives and/or nurses fulltime in all the villages. It is meaningful to provide job

opportunity for a village woman to be a Health Educator and give her a responsibility to take care of villager's health. This contributed to the empowerment of both Health Educator and client women. However, the employment of the village women to be a Health Educator is not a solution to the shortages of health providers in rural areas.

9. Examine the roles of male Health Educators and guide them to perform effectively in community primary healthcare programs.

<The MOH: Regional Health Directorates>

1. Continue to support Health Educators to exert their maximum capacity by providing technical, emotional and institutional support to them through regular meetings, supportive supervision, protecting their roles and promoting their job satisfaction. Take necessary counter-measures to solve problems associated with Health Educators' activities.
2. Comply with "*Operational Manual for Village Health Centers in the South Region*" and "*Handout of Monitoring and Supervision Process*" and conduct monitoring and supervision by utilizing the vehicles procured by JICA.

<The Project / JICA Experts>

1. Submit the policy recommendations to the HPC and the MOH.
2. Disseminate the achievements of the Project through conducting dissemination seminars (national and local).
3. Compile essential information to introduce home visit activities and services at VHCs at other areas of Jordan, which include procedures and initial investment for introductory trainings to nursing carcer and midwives in cooperation with the MOH.

<JICA Headquarter>

1. "*RH/FP and Gender in development Project (1997-2003)*" together with this Project (2006-2011) have accumulated both theoretical and practical knowledge, methodologies, instruments, human resources and networks. Key essences of the Project, such as how to reach out to the most vulnerable women and provide them with reproductive health information and services in rural Muslim society, should be extracted into the document and widely shared with stakeholders including development partners in the region.
2. Consider assisting the HPC and the MOH in near future to facilitate advocating the policies adopted and monitoring Health Educators' activities in south region.

5.2 Lessons Learned

1. In order to reach the target population, community leader's approval and community's involvement was necessary in the rural areas. The Project conducted a series of community events to introduce the project activities and promoted better understanding of community people.
2. It may be easier to target women individually rather than the community as a unity in supporting the community development program. The community development project in this project was not easy to conduct because the needs and values of the community are not always unified due to the existence of tribalism, internal conflict and individualism. It was successful in Phase 1 and 2 in supporting women's income generation activities at home as an entry point to gain male's approval and community's approval.
3. Women's health behaviors were influenced by 1) women's self-empowerment, 2) availability of health services provided by female health workers and 3) approval from the males in the community.
4. It was not easy to change male's attitude towards women's health and empowerment at rural areas where the socio-cultural norms affect their behaviors.
5. Questionnaire survey may not be suitable to evaluate men's knowledge, attitude and practice in conservative rural areas because men do not express their honest feeling and opinion and their social-desirability is reflected in their answers.
6. Methodology of baseline and end-line survey (sample size, study schedule, data collection method, target population, indicators, and statistical analysis) is needed to be confirmed as a study package prior to the implementation of the interventions as well-designed study can produce stronger evidence. It cannot be helped, however, to make necessary adjustment in the course of implementation when the Project is designed to achieve the purpose. It may be necessary then to formulate a separate research project designed for testing the impact of the intervention.
7. Improvement of both demand side and supply side is important to promote changes in people's attitude and practice related to RH/FP. Men's and Youth's demands for RH/FP information and services are as important as women's and thus their demands should be taken into consideration when promoting women's health in rural areas.
8. Home visit program is effective when it is conducted with assurance of quality and intensity. While quality must meet the needs of the community and standard of MOH guideline, the frequency and intensity of visit is also important. The Project demonstrated the effectiveness of home visit program by conducting it both with quality and intensity (6,463 home visits conducted during January 2010 - May 2011.)

M

RD

