

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要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・エドゥ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。」については、解析に供された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・エドゥケーターの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・エドゥ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。

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・エドゥ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リブド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・エドュー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・エデュ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、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、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・エドゥケーターの活躍は、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。

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な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。

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。また、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、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。