


平成13年度
特別案件等調査団報告書
(中間評価)

—フィリピン・タガログ語圏平和開発特別地域
参加型包括的保健行政推進—

JICA LIBRARY

J1168958[5]

平成14年3月

国際協力事業団
中部国際センター

中部七
JR
01-04

117

序 文

この報告書は、1998年度から中部国際センターが実施している国別特設研修コース「フィリピンミンダナオ平和特別地域保健行政」についてフィリピン側関係機関との協議、帰国研修員の取り組み状況の調査、技術セミナーを開催するために派遣された調査団の調査、活動結果をまとめたものです。

調査団は2001年7月にフィリピンに派遣され、研修のより効果的な実施に向けた改善のための情報収集を行うと共に、本邦における研修終了後の研修員の取り組み状況の調査、技術セミナーの実施を通じて帰国研修員の継続的な保健行政強化に向けた取り組みを支援する仕組みの提案などを行ってきました。

この報告書は、本研修コースの実施のみならず、NGOとの連携、帰国後のフォローアップ方法、参加型評価手法などの点で他の研修コースの参考になるものと期待されます。

現地での調査、及び報告書の取りまとめにあられたアジア保健研修所佐藤光氏、中島隆宏氏をはじめ、多くの関係者の方々に謝意を表わすと共に、本研修コースの実施にあたって一層のご支援、ご協力をお願い申し上げます。

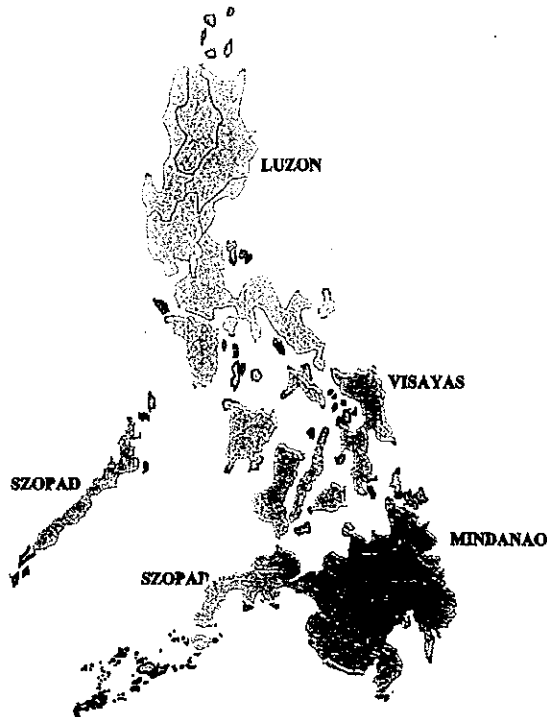
2002年3月

国際協力事業団
中部国際センター
所長 萩原久義

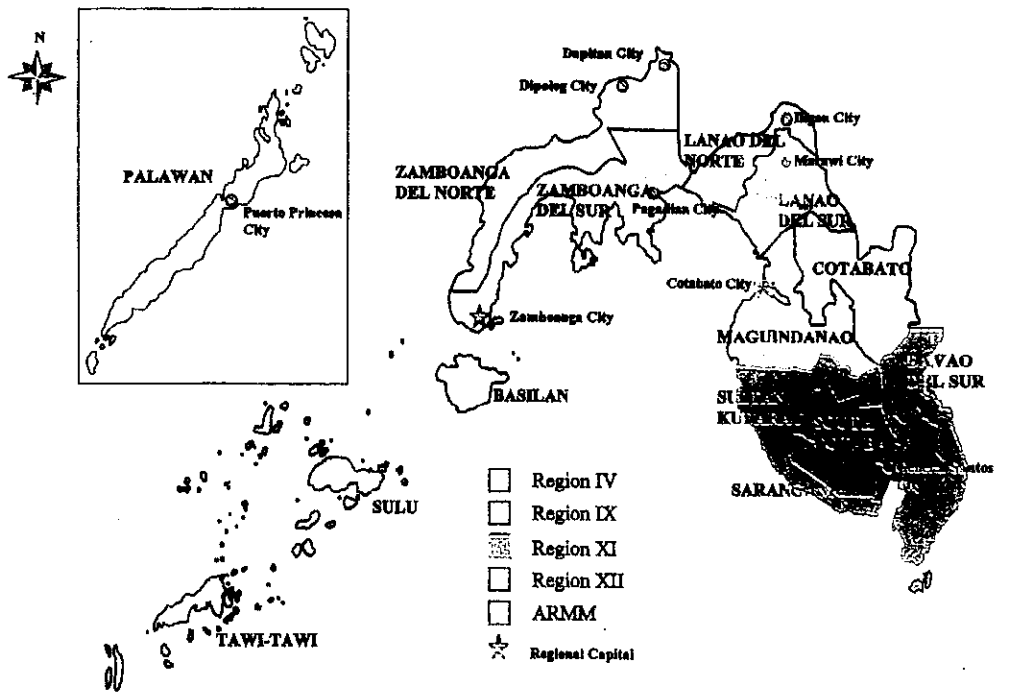


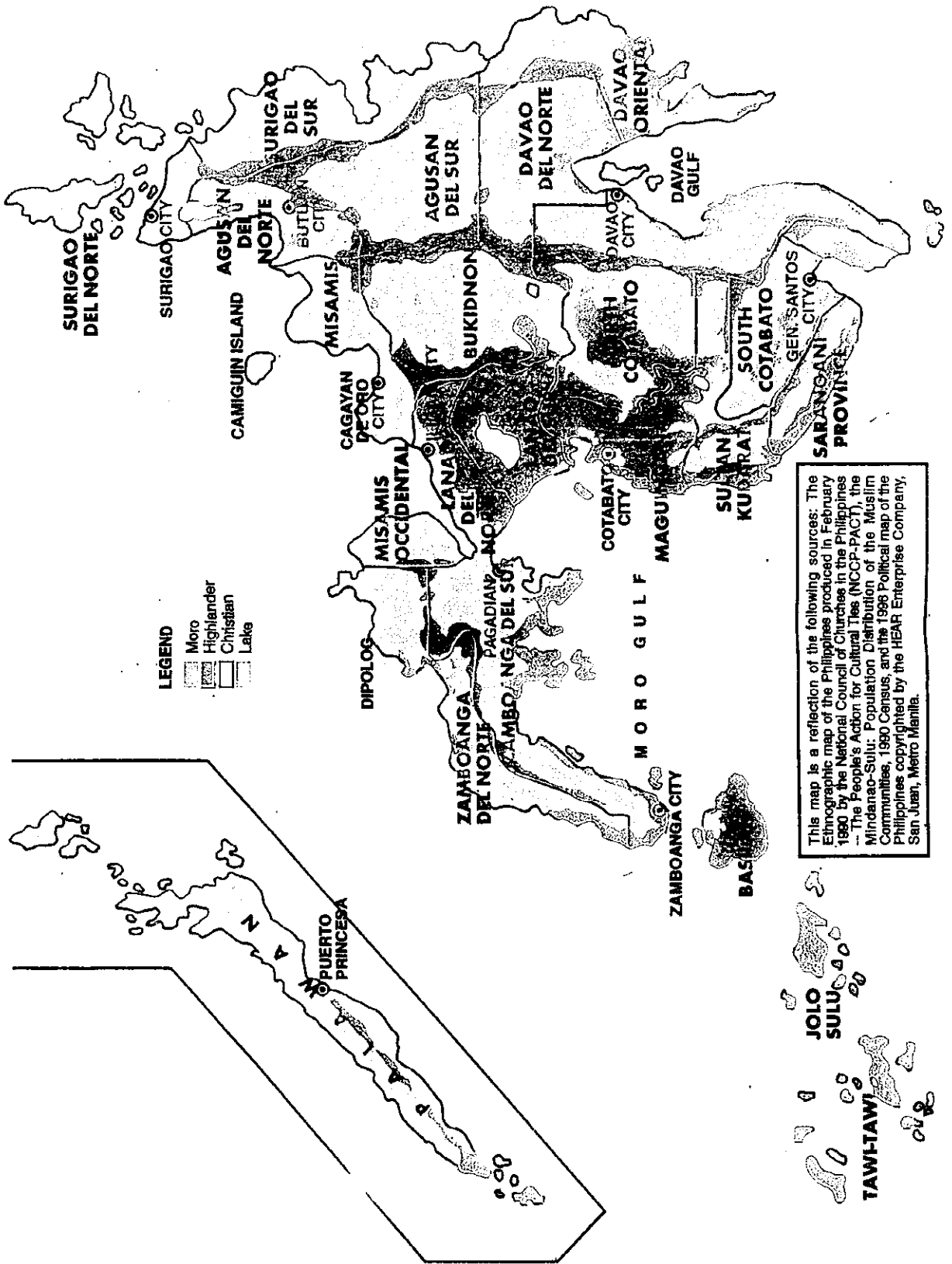
1168958[5]

**MAP OF THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES
(SHOWING MINDANAO AND THE SZOPAD)**



SZOPAD





This map is a reflection of the following sources: The Ethnographic map of the Philippines produced in February 1980 by the National Council of Churches in the Philippines -- The People's Action for Cultural Ties (NCCP-PACT), the Mindanao-Sulu: Population Distribution of the Muslim Communities, 1980 Census, and the 1986 Political map of the Philippines copyrighted by the HEAR Enterprise Company, San Juan, Metro Manila.

ダバオ市 Agudao ヘルスセンター(7月21日)

世帯ごとに予防接種状況、栄養状況などを色で表示

赤：危険、黄：注意、緑：正常



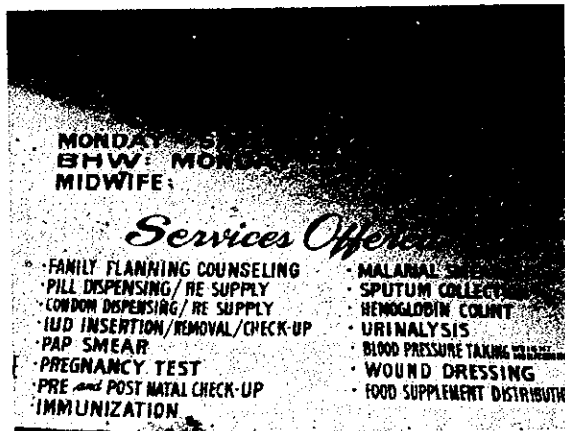
保管されている薬品類



地域ごとに整理されているカルテ



ダバオデルスール州マタナオ町マンガ<サテライトクリニック> (7月21日)



バランガイヘルスワーカー



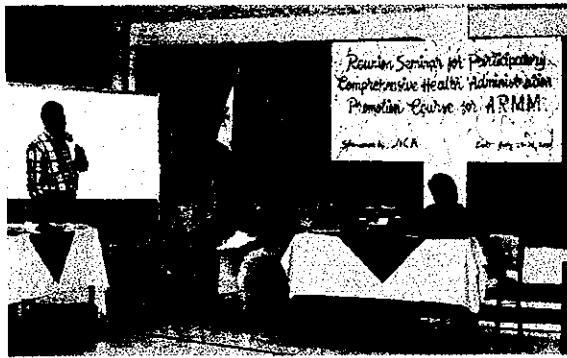
NEDA, Central



NEDA, Region XI



リユニオンセミナー (7月23日～26日)



フィリピン地域振興コース帰国研修員モニタリング (7月28日～30日)



1 段目左：帰国研修員ボホール州 PPDC

右：レイテ州政府

2 段目左：レイテ州副知事表敬

右：帰国研修員（右端サマール州、中央南レイテ州、左端レイテ州 PPDC）



3 段目：レイテ州貿易促進センター

4 段目左：レイテ州職業訓練センター（ホテル業）

右：職業訓練センター生徒の作品



目次

序文

I. 本編

1. 調査団派遣の概要	1
1) 派遣の経緯と目的	1
2) 調査団の構成	1
3) 調査日程	2
4) 主要面談者	3
2. 背景	5
1) 社会的背景	5
2) 本コースの背景	8
3. 中間評価活動	17
1) 評価活動概要	17
2) 内容与方法	18
4. 中間評価活動の結果と分析	23
1) PCHAP コース中間評価	23
2) 組織の再構築とその成果	27
5. 今後の展開	29
1) PHDF の役割	29
2) PCHAP コース	31
3) 他のスキームとの連携	35
4) 評価・モニタリングシステムの構築	36
6. 中間評価活動を終えて	38

II. 資料編

1. 評価結果	53
2. 事例発表	76
3. 訪問先面談内容	79
4. 参考資料	
平成13年度コース実施要領	83
Documentation, Reunion Seminar	101
Analysis of the Focus Group Discussion	135
Presentation of Best Practices	179
Framework for the Comprehensive Participatory Health and Development Program	207
Mindanao Health Development Plan	223

1. 本編

1. 調査団派遣の概要	1
1) 派遣の経緯と目的	1
2) 調査団の構成	1
3) 調査日程	2
4) 主要面談者	3
2. 背景	5
1) 社会的背景	5
2) 本コースの背景	8
3. 中間評価活動	17
1) 評価活動概要	17
2) 内容与方法	18
4. 中間評価活動の結果と分析	23
1) PCHAP コース中間評価	23
2) 組織の再構築とその成果	27
5. 今後の展開	29
1) PHDF の役割	29
2) PCHAP コース	31
3) 他のスキームとの連携	35
4) 評価・モニタリングシステムの構築	36
6. 中間評価活動を終えて	38

1. 調査団派遣の概要

1) 派遣の経緯と目的

<派遣の経緯>

国別特設「フィリピンミンダナオ平和開発特別地域保健行政強化」研修コースは平成10年度より財団法人アジア保健研修財団に委託して実施してきた。

本研修は平成10年度に第1回が実施され調査団派遣までに4回、合計約40名が研修に参加し、具体的な帰国後の行動のための枠組みと、それに即した各人の具体的な行動計画を定めて行動をおこしている。そこで、つぎの目的により調査団を派遣した。

<目的>

(1) 研修員の活動状況の把握と研修成果の評価

帰国研修員へのヒアリングを通して、本邦研修がどのように活かされ、帰国後どのような活動が展開されているかについて把握するとともに、今後の研修ニーズの聴取及び意見交換を行う。また、現地 JICA 関係者、フィリピン側関係機関 (NEDA/DOH) との意見交換を行い、今後の研修プログラムの改善に資する。

(2) 帰国研修員、周辺関係者を集めて、現地セミナーの実施

過去の研修参加者及びその行動を支援、促進する立場の関係者を一堂に集めてセミナーを実施し、新たなインプットを行うとともに、現地における組織的な保健行政推進の支援をする。また、現地尾国内研修のより充実した実施に向けて理解と協力を求める。

主な調査項目は次のとおり。

<調査項目>

(1) 帰国研修員の活動状況のモニタリング、意見交換

(2) 現地セミナーの開催

(3) コースの今後の方向性に関する現地 JICA 関係者、フィリピン側関係者 (NEDA, DOH, IPHC 他) との協議

(4) 研修員選考過程の確認

(5) フィリピン地域振興コース帰国研修員の活動モニタリング

2) 調査団の構成

佐藤光 (総括/国際保健) : アジア保健研修財団アジア保健研修所事務局長

中島隆宏 (参加型開発) : アジア保健研修財団アジア保健研修所職員

石井加奈子 (研修計画) : 国際協力事業団中部国際センター業務課職員

3) 調査日程

日順	月日	曜日	訪問機関、面会者等	調査事項・内容
1	7/19	木	移動（名古屋→マニラ） 在フィリピン日本大使館 JICAフィリピン事務所 家族計画プロジェクト	<中島団員現地参団> 調査日程確認 表敬訪問 日程確認、打ち合わせ
2	7/20	金	DILG NEDA 移動（マニラ14:30→ダバオ16:35）	地域振興コース選考過程確認 研修評価、ニーズ聴取
3	7/21	土	Agdao ヘルスセンター Manga サテライトクリニック Institute of Primary Health Care	IPHCプロジェクトサイト視察 （帰国研修員も同行） セミナー開催準備会合
4	7/22	日	IPHC	セミナー開催準備
5	7/23	月	技術セミナー1日目	セミナー、研修評価、ニーズ聴取
6	7/24	火	技術セミナー2日目	セミナー、研修評価、ニーズ聴取
7	7/25	水	技術セミナー3日目	セミナー、研修評価、ニーズ聴取
8	7/26	木	技術セミナー4日目	セミナー、研修評価、ニーズ聴取
9	7/27	金	NEDA Region XI IPHC	研修評価、今後の方針についての協議 セミナー結果総括会議
10	7/28	土	移動（ダバオ→セブ） 地域振興コース帰国研修員 Juanito Cambangay	<佐藤団長帰国> 活動モニタリング、意見交換
11	7/29	日	移動（セブ→オルモック） レイテ島灌漑プロジェクト 移動（オルモック→タクロバン）	意見聴取 現地視察
12	7/30	月	レイテ州政府 レイテ投資促進センター レイテ職業訓練センター	副知事表敬、帰国研修員からのヒアリング 現地視察 現地視察
13	7/31	火	移動（レイテ7:35→マニラ8:40） 在フィリピン日本大使館 JICA事務所	草の根無償援助についての協議 調査結果報告
14	8/1	水	NEDA 地域振興コースに係る打ち合わせ 移動（マニラ→大阪）	調査結果報告、研修員選考過程の確認

4) 主要面談者

JICA フィリピン事務所	所長	小野秀男
	所員	吉田友哉 福田茂樹
	企画調査員	原田陽子
在フィリピン日本大使館	二等書記官	三宅邦明
	調査官	小西洋子
National Economic and Development Authority (NEDA)	Scholarship affairs Secretariat, Desk Officer	Editha S. Abergas Aurora T. Collantes
	NEDA, Region XI	
Department of Health, Mindanao Health Development Office	RSSC Coordinator	Vilma S. Amon
	Secretary	Lolita R. Estrada
Department of Health, Mindanao Health Development Office	Undersecretary	Fernandez
	Medical Specialist III	Hendry R. Plaza
ARMM-Department of Health	Secretary	Jai Hamad
ARMM	Regional Governor	Prof. Nur Misuari
Institute of Primary Health Care		Sony Chin
		Mariper
		Yokhito Kits Birondo
		Mario Aguja
	青年海外協力隊	藤田友子
Agdao Balangay	Barangay captain	Carlito T. Luayon
	Barangay Health Worker	Nilya S. Ugboc
		Alma T. Libnado
		Amie Casagan Marilym F. Dolian
	Barangay KGD Committee Health, Trade and Commerce	Lourdes C. Adraneda
Manga Health Center	Barangay captain	Carlos T. Candy
	Barangay Health Worker	Luzvisminda S. Canton
		Congzon A. Ricaplaza
		Autoria C. Manonaz
		Ricarda A. Lanzeza
		Editha S. Baselo
		Crestilute V. Camay
		Margarita Villae
		Arseria T. Cror
Dolores P Lasim		

フィリピン家族計画プロジェクト	リーダー	湯浅資之
インドネシア母子手帳プロジェクト	専門家	樋口 道代
地域振興コース関係		
Department of the Interior and Local Government (DILG)	OIC-Assistant Director, Bureau of Local Government Supervision	Manuel Q. Gotis
	JICA 個別派遣専門家	滝本勝
レイテ州	Vice Governor	Nestor P. Villasana
	Provincial Planning and Development Coordinator	Evelia Tata Martin
	STIDS, Department of Trade and Industry	Araen D. Larraga
	Leyte Development Promotion Center	Suan R. Carelo
	Leyte Productivity Training Center	Marissa F. Nuneg
	City Planning and Development Coordinator, City Government of Ormoc	Engr. Raoul E. Cam
	洪水対策プロジェクト専門家	賀来衆治
Province of Bohol	Provincial Planning and Development Coordinator	Atty. Juanito G. Cambangay
Province of Southern Leyte	PPDC	Virginia L. CRUZ
Province of Samar	PPDC	AFABLE Henry Montes

2. 背景

1) 社会的背景

(1) イスラム自治区の成り立ちとミンダナオ・イスラム社会の特殊性

フィリピンのミンダナオ島西部やスールー、タウィタウィ、パラワンなどの島嶼部に5～600万人のイスラム教徒が暮らしている。その社会の特性としては、イスラムとしての団結力・結束力よりも、独特の封建社会のもとで、部族ごとのまとまりの方が強く、集団間の争いも絶えないため、それぞれ私兵を擁して自分の財産を守る事が多い。また、ダトゥと呼ばれるごく一握りの伝統的な首長が、自治区への以降後もそのまま町長など地方政府の長の立場に移行することが多かった。結果として、大多数の住民は広大な農地を持つダトゥの農業労働者として使役されているなど、これら上層と地域住民との格差が大きい社会をつくり、維持している。カトリックが大多数を締めるフィリピンでは、スペイン植民地時代から、フィリピン人カトリック教徒が軍事的にも、経済的にもイスラム社会と対立、侵略、搾取を繰り返し、社会的な差別も根深い。現在、フィリピン全国78州において最低の人間開発指標を示しているのは、このイスラム自治区である。このように、中央からの遠隔地であり、イスラム地域で異なる歴史と文化をもって、周縁化されている。

1970年代初めから、政府の不正や圧制から自由と分離・独立を求める、モロ民族解放戦線(Moro National Liberation Front: MNLF)と、政府軍との内戦が勃発した。過去約30年間の戦いで12万人の犠牲者と、30～40万人難民を出した。一方で和平への努力も進められ、1976年、マルコス政権下にてモロ民族解放戦線(MNLF)との間で締結されたトリポリ協定に基づき、アキノ政権は、1989年にムスリム・ミンダナオ自治基本法を成立させ、1990年11月、同法に基づきイスラム自治区(Autonomous Region in Muslim Mindanao: ARMM)を設立した。1996年にはMNLFと政府の和平が成立し、イスラム自治区も含めたイスラム教徒が多く住む9市14州が「フィリピン・ミンダナオ平和開発特別地域」に指定され、最優先開発地域として社会経済開発が重点的にすすめられることになった。しかしながら、完全な独立を求めるモロ・イスラム解放戦線(Moro Islam Liberation Front: MILF)は、政府との間で未だに和平を結んでいないので、内戦が散発したり、過激な武装集団アブサヤフによるテロや誘拐など不安定要素が存在する現況である。

以上のようなフィリピンにおける周縁化、長年続いた紛争、独特の封建社会の中にあって、イスラム自治区(ARMM)の4州(現在は5州)は、PHC等の指標で全国平均を著しく下回っており、保健医療の充実は重要な課題である。NGOも他地域に比べ、少数で、十分に活動出来ない状況がある。

しかしながら、自治区の持つ可能性としては、独自の行政システムの構築が可能であることであろう。地域の特性やニーズにあった参加型のオルターナティブな仕組みが作りやすいし、それを他地域にも波及していける可能性をもっている。また、内外

の援助機関や ODA(JICA を始め、先進国のみならず、イスラム諸国)がこの地域の内戦後の復興と開発に、強い関心を抱いていることも、ポテンシャルの一つである。

(2) イスラム自治区、ミンダナオの保健状況

「お米を買うお金を削ってまでも銃を買っていた」というマギンダナオ州の村人たちの発言は、ショックであるが、開発や健康の前に平和がまず確立されるべきであることを、このことは語っていると思う。イスラム自治区の保健の課題は、開発の課題であり、その前提条件は平和が確立されることである。保健行政官たちの取り組みは、このように、広く多用で、住民のよりよい生活の実現にかかわるものである。

住民の健康の指標ではフィリピンの全国平均を大きく下回っており、保健医療の充実が重要な課題である。未だに治安が安定せず、NGO がほとんど活動していないイスラム自治区では地方政府の保健行政官を強めることが、住民の命を守り、健康を高めることにつながっていくと思う。

SZOPAD (ミンダナオ平和開発特別地域) ARMM(イスラム自治区)の保健指標

A. 推定寿命 (1995 年)

地 域	推定寿命
SZOPAD(ARMM を除く)	男 56.69 女 64.98
イスラム自治区	男 51.25 女 54.07
フィリピン全国平均	男 63.64 女 68.74

B. 乳児死亡率 (1995 年)

地 域	IMR
SZOPAD(ARMM を除く)	33.26 ~60.52
イスラム自治区	59.81 ~69.62
フィリピン全国平均	48.9

C. 妊産婦死亡率(1995 年)

地 域	MMR
SZOPAD(ARMM を除く)	138.17~267.00
イスラム自治区	278.32 ~346.01
フィリピン全国平均	180

D. 主な死亡原因 心臓血管病、肺炎、結核

E. 患者に対する病院のベッド数 4000 患者/ベッド(基準は 500/ベッド)

F. 水供給のアクセス可能な世帯数の率 61.8%

G. 看護婦の割合 看護婦一人あたり 17,000 患者 (基準は 10,000 人)

H. 助産婦の割合 助産婦一人あたり 35,000 患者 (基準は 5,000 人)

1. 貧困率(Incidence of poverty)

地 域	1994年	1997年
フィリピン全国	35.5%	31.8%
マニラ首都圏	8.0%	6.4%
ルソン地方	36.7%	29.8%
ビサヤ地方	38.2%	38.3%
ミンダナオ地方	47.6%	44.6%
イスラム自治区	60.0%	57.3%

(出展 SPCPD Development Framework Plan, NEDA 1997, 6.25, TWG on Income Statistics, NSCB)

(3) 組織特性、行政官の特性、その問題

MNLFの議長であるヌル・ミスアリ氏がムスリム自治地域知事も兼ねた自治政府は、20数年に亘る戦闘における手腕と、平和時における行政統治能力とは必ずしも一致しなかった。自治地域政府は、官僚機構の中で、さまざまな問題を抱えているが、とりわけ透明性がなく、非効率、汚職、縁故採用など縁者びいき、部族間、派閥間の争いなど指導者の問題などを抱えている。保健省以下の保健医療行政組織もその影響を受けている。保健省も民主的な組織とは言えず、官僚主義の下でトップダウンの命令システムの末端である町保健課の行政官は、自分の頭で考え、足で行動するのではなく、受身的に日常業務を遂行するものと思われていた。ここでは、業務・人事評価、モニタリングなどが充分行われておらず、給与遅配なども頻繁であり、政治家の介入による縁故雇用者が優遇されるなど、モラルをそぐような職場環境がある。また、イスラム自治区保健省との間には、各州保健局はあつれきがあり、保健省は4州を掌握しきれず、また、各保健局は保健省に対し、不信感があるようである。中央の保健省、その他の官庁による自治区に対する偏見や差別も見受けられ、結果として、情報や機会や資源などが、十分に届かず、政府内の周縁化も観られる。

地方政府の長(特に町長)の教育は一般的にイスラム自治区の外に比べ、あまり高くなく、ダトゥが多くの場合、その位置をしめている結果、保健・医療などへの優先順位が低く、保健局に協力的でない。

イスラム自治区内では、他の地域と異なり、地方分権化法が実施されていないが、自治区内では、旧来の縦割り行政が踏襲されており、他セクターとの協力、連携があまりとられていない。

また、保健予算の縮小により、以前は行われていた4州レベルの連絡調整会議や、保健行政官、特に町レベルを対象にした研修の機会が、減少しつつある。限られた予算は、慢性的な保健行政官、職員の数不足と質の低下を招いており、深刻な様相を呈しているが、その事態を招いた背後には、保健に優先順位をおかない、政治的な判

断や利害が存在している。

しかしながら、周縁化された地域で、自分たちが医師として働かなくては、住民の健康を高め、命を守ることができなくなるという状況で、住民と同じ背景の地元のムスリム医師を中心に、コミットメントをもつ、行政官が活躍している。彼らは、よく訓練されており、地域や組織の中で、変革のファシリテーターとして充分期待できる人材が予想以上に多いことがわかった。

2000年よりミンダナオ保健開発局(以下 MHDO - Mindanao Health Development Office)が設置され、ミンダナオ全体の保健・医療政策の方向付けと各リージョン(管区)の連携、調整、支援機能を持つことになったことは、中央保健省の分権化、分散化であり、より、保健政策がミンダナオの地域に適合したものになる可能性を持っている。その MHDO の設立目的の一つに、内戦で疲弊した ARMM 地域の保健医療分野の復興と開発という課題があることは、ARMM に焦点をあてた保健省、保健局が参加型包括的保健行政推進にとって、大きなプラスの環境になっている。

2) 本コースの背景

(1) 研修のなりたち

1996年のフィリピン政府と MILF との和平成立後、フィリピン政府は日本政府に政府開発援助の枠で、ミンダナオ平和開発特別地域のための日本での保健行政官の技術研修を要請してきたが、JICA 名古屋国際研修センター(現 JICA 中部国際センター)が実施事務局となり、NGO であるアジア保健研修所(以下 AHI、愛知県日進市)に委託することとなった。

①研修地域、研修対象の絞込み

- 1) 歴史的、社会的にもモロ社会であるミンダナオ平和開発特別地域は人間開発指数、PHC 等の指標で全国平均を著しく下回っており、社会開発分野特に、保健医療の充実が重要な課題である。その中でさらに ARMM は、全国78州中の最下位に位置するので、この地方を重点的に焦点をあてる。
- 2) ことに NGO も活動出来ない地方自治体の保健行政官を強めることが、住民の生命を守り健康を高めることにつながる。この組織のなかで、保健政策と保健サービスのインターフェイスを果たし、サービスが地域住民へ裨益するところまでの責任をもつのは、各層の中でも、町保健課レベルの保健行政官である。
- 3) また、フィリピンが1991年に発効した地方分権化法に基づき、保健医療行政は翌年から本格的に分権化されてきているが、ARMM 4州のそれは未だに分権化されておらず、以前のようにセクターごとの縦割り行政の組織をもっている。このことは、自治区保健省の下で、4州の各州保健局、郡病院・保健所、町保健課それぞれの担当者を研修すると各層の連携によるチームワークで、同じ戦略をもって事柄

に取り組める強みがある。

以上の理由から、ARMM保健省下の住民との直接的接点を持つ町レベルの保健行政官に焦点を当て、上位行政官である州レベルや、郡レベルの行政官の理解と協力が必要であることから各州毎にチームで招聘すること、また自治区4州を統括する地方レベルの行政官の協力も不可欠であるため研修の対象とし、更に町の現場レベルでは保健行政官の機能を代行している保健婦も視野に入れることとした。

②研修目標の設定

ARMMにおいて草の根の健康を押し進めようとするとき、従来の保健行政や保健・医療サービスのみの取り組みでは応えられず、保健行政官といえども福祉や開発の領域にまで踏み込まざるをえないこと、つまり生活の改善や生計の向上があってこそ健康がつけられるのであり、そのための包括的・総合的な取り組みが必要であることがあげられる。

当該地域においては従来の保健省のトップダウンの保健医療サービス提供型ではなくそれ故、保健行政官に求められる役割は、保健行政の計画・実施・管理者のみならず、地域住民を組織し自主的な健康行動を促進するオーガナイザーであり、トレーナーであり、ファシリテーターとしての資質の向上であることも重要である。

以上2点から、以下の研修目標を立てた。

- 1) 研修員が保健医療行政官として、その指導性と資質（コミットメントと自信を含む）を高める。
- 2) 住民主体の保健活動の意義を理解し、その実現に向けて住民や他セクターと協働して具体的に立案実施するために必要な知識・手法を修得する。
- 3) 住民主体の保健医療活動に向けて所属行政機関をより有効な組織にする能力を身につける。

③研修方法論 -参加型研修

参加型研修の真髄は、参加者主体・学習者主体にある。学びの主体は学習者であり、学びは学習者が主体的に学び取り、実践に生かしていくのであって、他人がその学びに責任が取れるものではなく、他人が出来ることは学びの環境を整えたり、刺激したりして側面から支援することでしかない。このことを研修で体得するならば、保健行政官が地域で進める保健活動において、主体は誰かがより明確に意識され、主体である住民が自主的な健康行動を取るためには周りがどのような役割を取ればよいのか、真の住民参加を願うならどのように住民に働きかければよいのかが中心命題になる。

現場で保健行政官である参加型研修の参加者に求められるものは、サービス提供者と受益者という関係から、ファシリテーターと主体という関係に変えていくことである。そのためには、気づきによる態度の変化を自ら起こし、それを支える知識とスキ

ルを主体的に学ぶプロセスが必要になる。そこでは、講師と受講者という関係でなく、参加者一人一人が豊かな経験の持ち主であり、リソースとしてそれを他の参加者に分かち合い、学びの主体としての自己開発できることに信頼を置いている。参加者同志の相互の経験共有、対話とグループ学習プロセスによるところの止揚し合う関係を目指す。「考え」、「感じ」、「行動する」ことが自分の中で一体化し、グループの力を借りながら気づきの過程の中で、自己変革していくことを目標に置く。

このことを踏まえた上で、参加型研修にはもう一つ真髓がある。現社会は、貧困や差別の問題を抱え、グローバリゼーションの動きは貧富の格差を更に広げますます不公平な社会になっている。参加型研修は、同時代を共に生きる者が、それぞれの持ち場で何に、どのように「参加」して共にどのような社会をつくりだそうとするのかを各個人に、そしてグループに問うものであり、価値観と行動に密接にかかわるものである。参加型研修は、何をめざし現実をどのように動かすか、そのためにはどのような資質を高めるか、どのような態度変容をするのかに関わるのである。

具体的には、自分たちの組織や社会の問題分析、その問題の解決に向けてもつべきオルタナティブな保健開発の展望、それに向かつての組織のミッションを、参加者同志の中で共通認識をもち、そこにいたるまでの方法としてのアプローチを学び、学びの応用として、各自が、また、州ごとのグループが、実行可能な行動計画を作成していく。そこには、望ましい社会に向かうという共通の目的を共有し、変化を起こしていこうとする共通の意識が働く。その個一つ一つの意識の変革が、組織の変革、社会の変化に直接間接につながっていくことが想定される。ここに、参加型研修方法論と参加型保健開発活動の密接不可分の関係が見出されるのである。

(2) 研修の中身

①事前準備

事前の準備では、前回の研修員たちやファシリテーターたちによる評価に基づき、改善を重ねているが、特に、力を注いでいるのは、コース概要情報の各レベルへの適切な提供である。組織特性の項でも述べたが、中央の保健省、イスラム自治区保健省、各州保健局の各層で、周縁化やあつれきが見られ、それが、公正な情報の伝達を妨げている。

第二は、研修員選考にあたって、ボトムアップの選考のメカニズムづくりである。従来は、イスラム自治区保健大臣の目にとまる各州保健局長が選考されていた。それに対し、今後は、各州の州保健局長と卒業生の NGO である PHDF (Participatory Health Development Foundation) の各州支部による推薦委員会が、要件にあった候補者を推薦する仕組みを活用する。現状は、まだ、州保健局長による推薦によっているが、推薦委員会による推薦に移行していくことが、確認されている。また、各州の人数配分に関しては、中立的な立場で調整するという役割を、自治区保健省にとってもらい、毎回、

その割合についての合意を得て進めている。また、今後は MHDO(ミンダナオ保健開発局)に、この役割を移行していくことを考えている。

NEDA(国家経済開発庁)は最終的な選考に関する決定権をもつので、ミンダナオの研修員選考の要である第11管区 NEDA と連絡調整をし、上記の選考プロセスを経たもののみを、研修員としてパスさせるように要望している。また、中央の NEDA にも同様にこちらの優先課題と要件を担当者が変わるたびに確認している。

JICA フィリピン事務所は、実施機関である JICA 中部国際センターと、現地関連機関と密接に連絡をとり、判断するインターフェースの役割を果たしているため、事前の選考においても、ファシリテーター側の意向やねらいを十分に理解してもらい、選考の過程において重要な働きを担っている。

また、元研修員による州レベルの事前準備会合を実施し、研修参加候補者と話し合いをもち、これまでの到達点の把握と、実質的な準備の時を持っている。

②研修実施

研修の流れと内容は、全体をアジア保健研修所の研修担当者2名がファシリテーターとして関わり、研修員の期待をベースにして、住民主体の保健開発活動にむけて、必要な態度、知識、技術の参加者主体の学びのプロセスづくりに努めた。主にファシリテーターと研修員がワークショップなどを用いて進める部分、訪問研修の部分、外部講師による講義と討論の部分、そして、研修生自身による自分の地域や仕事の問題分析と計画づくりとに分かれている。研修活動の山はこの部分、すなわち研修生自身による批判的分析や計画であり、最終的にはこの実行可能な行動計画づくりであった。

また、前述の目標達成のためには、日本人講師による、日本の事例を通して日本から学ぶことに加えて、より直接的なフィリピン人講師によるフィリピンの事例を通してフィリピンから学ぶ機会を持つことの重要性が確認され、第二回コースからは、積極的に講師としてアレンジをした。

このように研修を動的なものにするためには、研修の本コースのみが研修でなく、そのための当該地域における事前の準備と事後の活動が大切であり、そこに投入されるエネルギーは1/3ずつであるべきといっても過言ではない。

毎回のコースは、イスラム自治区の保健行政官と、JICA と AHI の組み合わせ・出会いから、お互いが刺激しあい合意点を見いだしながら、協働行動としての研修(プログラム)が編み出されてきているのである。保健行政官を中心に据えながらもそれぞれの役割に於いて3者は対等である。三者の出会いならではの醍醐味と展開がある。

5年間プロジェクトであるということは、毎回改善するにせよ研修パッケージを5回行うというのではなく、5年目の研修成果を生み出すために、前年度の成果の上に毎年積み重ねていく発展的なものであることに心がけて来た。

(図参照)

(3) 研修の発展

当初は個人の行動計画を書くことから、発展していく過程をつくった。

<1998年度>

各自の行動計画が各州保健局の下で、各層間の統合と連携があるものに

- 自主グループづくり
- 地域保健委員会、町長、知事、他セクターと協働など地域資源の有効活用による自立発展性の向上

<1999年度>

- 既存組織（州保健局、自治区保健省など）の改善よりも元研修員を中核メンバーとする新たな NGO, PHDF (Participatory Health and Development Foundation) を発足させた。
- 「住民の健康を住民の手に」するイスラム自治区4州と各州内の各層にわたる住民主体の保健活動の枠組み（FCPHD-Framework for the Comprehensive Participatory Health and Development Program for ARMM-SZOPAD）を作成した。
(後述)

<2000年度>

- 第2回参加者が作成した住民主体の保健活動の枠組み（FCPHD）をもとに、その中身を具体的に詰めることを目標にした。

> PHDF に関して Vision, Mission, Goal と FCPHD を改善した。

> FPCPHD を包括的 PHC の概念と戦略や、フィリピン政府の保健政策との関連で客観的に分析し、妥当性を検証し、研修員たちが応用する過程が出来た。

> FPCPHD が単にイスラム自治区におけるオールタナティブな保健の枠組みになることのみならず、ミンダナオ全体の保健政策まで影響を及ぼす事を視野に入れたものになるべきことが、研修員の中で確認された。

<2001年度>

- 4回を経て、役割のシフト、すなわち、保健行政官がサービスプロバイダーから、住民主体の保健活動のファシリテーターへ移行していく所までの流れをコースの中で作ることができた。それは、AMDA のトレーニングコーディネーターをしているパンチョさん（元フィリピン保健省職員）が、この研修の評価に参加して、いみじくも、「このような参加型の研修がフィリピンの行政官にも有効であるとは、今まで思いもしなかった」と感想を述べたことにも表される。
- 住民の主体的参加（Community Participation）の一定の理解は達成している。（保健局中心でなく、住民中心であること）。
- 官僚的な組織の中で、民主的で参加型の組織のあり方に変えていくために、リ

リーダーシップ開発に力点が置かれているが、一人の力では限界もある。その点、PHDF がグループとして、組織改革の力になっていくことが、期待されているし、その役割をもつ。

- また、PHDF が内部改革のみならず、ミンダナオ保健開発局(Mindanao Health Development Office)、イスラム自治区の保健省に対し、包括的参加型保健行政の視点からアドボカシーしていく使命が確認されたことは、今回のコースの成果である。
- 孤独な改革者(Lonely fighters)である彼らが、人々による保健計画ができるまでの変化を起こすための持続的なコミットメントと創造性を植え付け、出来るところから行動を起こしていくコースとしての役割が明確になってきた。

(4) 研修を受けての自主的な動きとフォロースルー活動

この研修を受けてイスラム自治区保健省と4州の保健局職員が参加して、自主的に二つの活動を実施した。

①第一回イスラム自治区参加型保健行政推進会議の開催

- 元研修員を含む各州の保健行政官が一堂に会し、参加型保健行政推進をテーマにした会合の開催。
- 日時：2000年4月17日～18日
- 場所・主催：コトバト市イスラム自治区保健省
- 目的
 - 1998年度、1999年度研修員の実行計画のその後を中心にした本コースの評価とモニタリング
 - 2000年研修員グループの実行計画である枠組みをそれを進めるための組織についての四州全体での協議。
 - 2000年度以降の本コースの選考メカニズムづくり。
- 意義

研修員たちの意気込み

地理的、治安の課題、なによりも組織内の課題を乗り越えた努力の結果、今年度の研修員は100%の出席率(2000年、昨年度参加者も11人中9人の出席)

- 1998年度個別の行動計画実施状況の把握
 - 実行計画が州の保健活動のマスタープランに
 - ローカルNGOとの連携による研修や他の活動実施
 - バランガイ保健ワーカーの活性化と増員
 - 保健活動への住民の出席率の上昇
 - 町長、知事などLGUとの連携、それらの資源の活用

- 草の根中心の価値観、視点が与えられた。
- 住民の組織化が進んでいる
- 組織が参加型に変化してきている。
- 住民リーダー、組織のスタッフが強化成長してきていること
- 何よりも自分が民主的なリーダーに変化
- 村の薬局活動(Botika Sa Barangay)が、しっかりとしたメンバーの支払いもあって、順調に運営。
- 農業課、内務省、軍、教育課、バランガイ議員の協力を得て野菜の種を配布し、野菜組合を形成。販売に関しては婦人を組織化している。

報告の中で特に、ムスリムのコミュニティが健康なコミュニティになりつつあることが強調された。

- 1999年度研修員たちの PHDF(Participatory Health Development Foundation)がイスラム自治区保健省の新たなパートナーとして採用された。PHDF が提案するフレームワークも4州にまたがる新たな枠組みとして採用することを、各州保健局長、自治区保健責任者らが満場一致で決議した。(220万人の ARMM の人口にたいし、わずか、1600人の Public Health Workers という限界を打破するものとしてこの PHDF があることが背景にある)
- 過去2回の研修員たちが統合され、協力体制が出来た。
- 研修選考のメカニズムづくり
各州保健局長を長とし、元研修員がメンバーとなる選考委員会の設置が決議された。
- 住民参加が持続性の鍵であること、その関連で住民の中にまだまだ依存心があることの上で進めなければならないことが確認された。今後は TWG (Technical Working Group)を組織して最終化し、取り組んでいくことになった
- 州保健局、自治区保健省が住民主体の保健医療活動に向けて所属機関をより有効な組織にするため、PHAP コースを組織的に活用する方向性が打ち出された。
- * 第二回を6月下旬にラナオデルソール州で予定していたが情勢悪化のため延期した。

②PCHAP コースをめぐるステークホルダー会合

- 日時：2001年4月20日
- 場所：IPHC-DMSF (= Institute of Primary Health Care - Davao Medical School Foundation)

- 参加者:PHDF(2000年度を中心に1999年度も12名)、ミンダナオ保健開発局(アシスタントディレクター以下3名、コンサルタント)、国家経済開発庁第11管区(社会開発部長)、イスラム自治区保健大臣、IPHC-DMSF(AHIのミンダナオにおける協力団体NGO)、フィリピン事務所(2名)、AHI(担当者1名)
- 成果
 - > PCAHPコースにおける各機関、団体の役割が明確になった。
 - > MHDO, NEDA 画 PCHAP コースの意義について理解し、支援していく方向が得られた。
 - > 他の JICA スキーム(現地国内研修)による本コースのフォローアップの必要性の認識が深まり、その方策についてさらに検討していくことが確認された。

(5) 現地の NGO との連携による研修のフォローアップ

① AHI の現地協力団体の活用

(IPHC-DMSF = Institute of Primary Health Care - Davao Medical School Foundation 17年間の協働の実績あり、住民の組織化、住民組織運営、社会経済活動、インフォネットなど農村開発の専門家、トレーナーとして関わる可能性をもつ)

② AHI フィリピン国別コースへの参加者送り出し

AHI では IPHC と提携して、ミンダナオの町レベル、その下のバラングイレレベルで活動する NGO, 地方政府、住民組織の3者を同地域から招聘して、地域開発における参加型マネジメントコースを実施してきた。このコースに、マギンダナオ州保健局町保健課から、1999年より毎年、参加者を送り出してきている。PCHAP コース参加者を上司にもつ、保健士が、良い連携で住民の組織化を図っている。また、2001年 PCHAP の参加者は2000年の国別コースの参加者でもあり、役割のシフトと意識改革の研修と実際の現場での技術知識の研修とが、いい連携で働く前例を作っている。ちなみに、州保健局長は PCHAP コースの第一期生である。

③ PHC によるタウイタウイ州での CO-PAR 研修

タウイタウイ州保健局長も PCAHP 第一期生である。コース中にも紹介した住民参加型調査手法 (CO-PAR) を、州保健課に属する町保健課職員を中心に、習得させることを目的として、IPHC, AHI から3名の研修担当者を、自己予算で招き2000年7月10日から13日まで4日間の研修を開催した。これに、30名をこす州保健局からの参加があった。

- ④ コースのフィリピン人講師が現地でもリソースに
- > マリオ・アグハさん（ミンダナオ国立大学教授、イスラム自治区の保健省、PHDFのコンサルタントかつPHDFの理事をひきうける）
 - > アガリン・サラさん（ジェネラルサントス近郊で活動するNGO、モロ女性解放センターとつなぐ）

3. 中間評価活動

1) 評価活動概要

PCHAPコース4回を終了して、JICA-CBIC と AHI は、本コースについて、帰国研修員を対象に、中間評価と彼らによるコアグループの組織再構築のために、リユニオンセミナーを実施した。その概要は以下の通りである。

本来は、この活動の前後で、研修員の活動現場訪問調査活動を希望していたが、危険度3であるムスリム自治地域4州への日本人訪問団員の訪問は許可されなかった。従って、開催地を危険度数が出ていないダバオのIPHIC (NGOでAHI協力団体)を開催場所にした。また、中間評価活動と同じ比重で、PHDF(元研修生グループ)の組織再構築、今後の計画、戦略づくりにも力をいれた。

・評価活動目的

1. PHDF・元研修生グループの組織開発、組織強化
2. PCHAPコースのモニタリング、中間評価
3. PCHAPコースとそのフォローアッププログラム（現地国内研修）の計画策定

・セミナー参加者

帰国研修員：37名 — 過去4回のPCHAPコース参加者（コース全参加者40名中、病欠2名、他地域への移動1名、計3名を除く全員参加）
オブザーバー：2名 — ムスリム自治地域政府保健省大臣、ラナオデルソール保健局長
ファシリテーター：3名 Sony Chin (consultant, MHDP ミンダナオ保健開発局コンサルタント), Mario Aguja (Resource Person, PCHAP course), Mariper Mercader (Training and consultancy division, IPHC-DMSF, AHIのミンダナオの協力団体)
講師：Dr. USEC MILAGROS FERNANDEZ, (the Undersecretary in charge of Mindanao, Department of Health フィリピン保健省政務次官ミンダナオ担当)
ゲスト：Prof. Nur Misuari (MNLFC chairman, Governor of ARMM, スル・ミスアリ知事)
日本側参加者：佐藤光、中島隆宏 (AHI)、吉田友哉(JICAフィリピン事務所)、石井加奈子 (JICA,CBIC),

・会場

➤ MTRC (Mindanao Training Resource Center)

・日程

7月20日(土) 事前計画会合 参加者:Sammy Pahm (PHDF), Sony Chin,Mayong, Mariper, 石井, 佐藤, 中島)

7月20日 研修員によるIPHICプロジェクトサイト訪問

場所：アグダオ（ダバオ市内のスラムー主にマイクロファイナンス）、ダバオデ

ルスール州マタナオ町マンガ（サテライトクリニック）

7月23日（月）

午前9時：準備会合：セミナー目的、日程概要説明、自己紹介、タスクグループ組織化

PHDFのフレームワークと組織についての発表と討議

午後1時20分：オープニング

午後1時40分：PHDF組織再構築のためのワークショップ

：ファシリテーター：Sony Chin

午後6時終了

7月24日（火）

午前8時半：PHDF組織再構築のためのワークショップ

：ファシリテーター：Sony Chin

午後6時終了

7月25日（水）（ファシリテーター：Mario Aguja）

午前8時半：PHDF理事会内の役割に関する話し合い

午前9時半：中間評価ワークショップ

午後4時：Dr. Fernandez (MHDO)との対話とPHDFの認知

午後6時：中間評価ワークショップ

午後7時：終了

7月26日（木）（ファシリテーター：Mario Aguja）

午前8時：中間評価ワークショップ

同時並行で、現地国内研修コースの計画つめ

午後7時：ミスアリ知事を迎えてのクロージング

午後8時：フェアウェルパーティー

2) 内容と方法

(1) 評価の特徴

今回の評価は本コースという基本的には研修プロジェクト評価である。延長が望まれるが、一回に残されたコースの改善のみにとどまらない。中間評価とあるように、終了時評価でも事後評価でもなく、むしろモニタリングに近い。研修の意味、価値観の確認、成果や上位目標の達成度をはかり、今後の組織と地域へのインパクトを与えるため、他のスキームや、ステークホルダーとの連携、何よりも元研修員のNGOによる自律的、持続的な活動に結びつけて自立発展性につなげるところまでを、視野に入れた。このため、評価活動の一部として、PHDF(研修員がコアになって構成されたNGO)の再構築にも力点が置かれた。研修参加当事者とその組織を強化するプロセスを大切にした内部評価、参加型評価といえる。

組織再構築も重視した理由としては、第二回コース以降に形成された PHDF が、2000 年の ARMM 保健省主催の参加型保健行政推進会議で認知されたにもかかわらず、その後の内戦の激化や、上司や同僚の充分でない理解などを理由に、進展があまり見られなかったことによる。すでに、4 回を終え、保健省のクリティカルマスになりつつある 40 名の帰国研修員のうち、3 名が州保健局長であり、1 名は州保健局副局长であるので、彼らを巻き込むことが、PHDF の今後の展開に欠かせないという判断があった。また、オブザーバーとして研修には参加していない唯一の保健局長（ラナオデルスール州）、自治地域保健省大臣らを招き、彼らもこの組織へ参加していくこともねらった。そして、行政内 NGO という微妙な位置付けをもつこの組織が、ミンダナオ保健開発局長の理解と支援を得ることで、組織として公認されることが、前進のための重要な戦略であるという理解があった。

（２）事前のファシリテーター側の問題意識

実施前の課題として、ファシリテーター側の問題意識として挙げたものが、以下の項目であるが、実際の評価指標は、事前に当日のファシリテーターであるマリオ・アグハ氏、ソニー・チン氏、マリベール・メリカデル氏らとのメールの交信と、PHDF を含む各ステークホルダーの代表が参加した現地の事前準備会で、最終化された。

＜評価のポイント＞

- 進化した PHDF、POA ケーススタディの発表
- ステークホルダーに対する影響がどこまでのものか。（コース中に強調した概念、考え方、アプローチに関して、どこまで共通理解を広げることができたか？）
- POA や PHDF の実施を困難にしているもの、問題の分析
- コース中のセッション、マテリアルなどの現在、現場における有効性の評価

＜組織の再構築の中身＞

- PHDF の批判的分析
- PHDF が取り組む活動ごとのタスクグループ作りなど役割分担
- PHDF が持続性、自立発展性のために、元研修生たちの自己啓発、教育を継続していったり、評価モニタリングするメカニズム作り
- 前項に関連して、PHDF のフレームワークの中身をつくり、実施しながら、フレームワークをダイナミックに発展進化させる自律的なメカニズム作り

（３）何を評価するか？（評価指標）

- ① コースの事前、研修中、事後に分け、各ステークホルダー（JICA, AHI, ARMM 保健省、ミンダナオ保健開発局、NEDA - 国家経済開発庁、PHDF, その他）に対する改善提言
- ② 研修中に作成した各研修員の Plans of Action (以下 POA) の進捗状況評価

- その現在までの成果
- それを可能にしている要素、または障害になっている要素の分析
- POA の高い実施率のために、自己の経験から学んで必要と思われること、今までの教訓
- POA の実施を成功させるために必要な、他ステークホルダーの協力や支援について提言

③コース内容について

- コース中の内容、プロセス、モジュール、諸活動などの中で、現在の日常の仕事においても妥当で有効なものは何か。それが、どのように妥当で有効なのか。
- POA 実施以外で、PCHAP コースからの学びで組織の同僚や地域に共有できたものは何か。どのように共有したか。どのように影響を誰に与えたか。
- 参加型アプローチを実践、応用する機会があったか。それはどのようなようであったか(家庭で、職場、現場で)
- コース参加者(同期、他の期)とのネットワーキングについて
 - 帰国後、同期、他の期とのネットワーク構築にこのコースが貢献したか。その場合、どのようなネットワークを構築したか。ネットワーキングに貢献した要素は何か
 - このネットワーキングから得た収穫は何か
- 保健行政への政策提言、政策策定について
 - コースから学んで、自分の組織や現場のコミュニティで行い、影響を及ぼした政策提言や、政策策定、新規プログラム開発など
 1. その事実の有無
 2. その内容、対象
 3. 現在の状況

④リーダーシップと自己開発

- コース後、本人のリーダーシップスタイルの変化
 - 変化の有無
 - コース前後におけるリーダーシップの変化を独裁的から民主的までスケールによる自己アセスメント
 - どのようにリーダーシップがコースによって質的に変化したのか。
 - 同じ組織内の上司、同僚、部下のうちでコース参加者について、リーダーシップがコース前後でどのように、具体的に変化したか。(クロスチェック)
 - コース後に職場、現場から研修参加者本人への期待がどのように変化したか。その期待に対し、どのように応えたか。
 - 自信について - コース後どのように自信がついたか。

⑤事例発表

- POA に焦点をあてた成功事例の発表と討議(各州より 4 事例)

(4) 評価の方法

上記 1 はグループワークショップと全体討議、2, 3, 4 に関しては質問票とそれに基づく、フォーカス・グループ・ディスカッション (以下 FGD)、5 に関しては各州の代表、計 4 名からの事例発表と全体討議という形を取った。なお、質問票は、研修の成果と上位目標の達成度、POA の達成度、リーダーシップと自己開発の変化などに焦点をあて AHIC 側が作成した原案を、現地の事前計画会合にて、PHDF の代表者、MHDO、IPHC、JICA、AHI などの当事者とステークホルダーが、最終化したものである。

この 4 日間の会合のタイトルが、リユニオンセミナーとあるように、フォローアップ、特に次のアクションを生み出すための活動だったために、評価の時間が充分にとれてなかった。

2, 3 の FGD も、駆け足で各 1 時間くらい、4 については、当初の予定を変え、FGD でなく、各保健局長、保健大臣による参加した部下の変化についての口頭による公開評価コメントになった。

2 の POA 評価に関しては、各年度(1998 年度、1999 年度、2000 年度、2001 年度)ごとのグループ分けをし、3 のコースの内容と現在の仕事への影響に関しては、各州ごとにグループ分けをして FGD を行った。

この FGD のファシリテーターと記録は、研修参加者以外の IPHC など外部のものが担当し、記録の分析は AHI、JICA それぞれの担当者が行い、2001 年 10 月 29 日に現地のファシリテーターと AHI 中島氏がダバオに集まり、評価の分析とまとめ、その枠組みについて方向性を出した上で、最終化したものである。

(5) 評価の目的と枠組み (評価指標に基づいた評価目的の確認 - 評価データを何のために使うか)

① POA 実施に向けての改善

- ・研修コース中の POA 策定にあたってのガイドラインの改善
- ・研修コース改善強化のために、POA 実施に向けての促進要因を増進、阻害要因を解決する。それをコース・モジュールづくりに反映する。
- ・POA 実施、モニタリング、評価のためのメカニズム作り。

② コース全体評価とそのモジュールを改善し、研修の意義を知らしめる。

- ・より ARMM にフィットした研修内容に改善する。
- ・フォロースルー活動につなげる。
- ・JICA, AHI, DOH, NEDA などステークホルダーに対して、研修の意義を知らしめ、支援を得る。

③ コースから学んで応用している知識・技術は何か、また、それが組織や地域にどこ

まで浸透したか？

- ④ コースの研修員への態度の変化によるインパクト評価（実践による態度の変化が個人、家族、仕事、地域の各レベルで、どのように各レベルで影響があったか）
- ⑤ PHDFを中心としたネットワーキングの評価
- ⑥ 政策提言の実施とその評価

4. 中間評価活動の結果と分析

1) PCHAP コース中間評価

(1) POA に関して

① POA, その成果

各レベルごとに、POA実施によるプラスの影響が現れている。個のレベルでは、仕事に対するコミットメントが深まり、能力向上による自信が高まり、参加型の価値観、態度が身についている。また、研修による意識化を、組織や現場のコミュニティなどに適用したことが、成果としてあげられている。その結果、他のスタッフが献身的になり、住民や地方政府の意識が変わり、組織化、連携、アドボカシーが進んだ。地域への具体的なPOAによるインパクトとして、住民の組織化、地域振興、資源動員と運用、保健情報運営システムなどの分野、すなわち、PHDFが進めようとしている参加型包括的保健開発活動のそれぞれの要素が、実施されつつある。

② POA実施の促進要因

自己申告によるPOAの実施状況からもわかるように、この中間評価活動の4ヶ月前に研修を終えた3期と1ヶ月に満たない4期の実施率が低いのは当然として、最初の2期に関しては、50%以上の実施率である。これは高いほうだと思う。

その要因としては、まず、個のレベルにおいて、コース後に「態度」「リーダーシップ」「チームワーク」「マネジメントスタイル」「コミットメント」「自信」「決意」などにおいてプラスの変化があり、それがアドボカシーなどPOAの実施を可能にした。

組織レベルにおいては、上司からの、特に州保健局長からのサポートが大きいのが、これは、彼らがPCHAPコースの卒業生であることによる。やはり選考が、大切であることがわかる。また、態度や意識変革した彼らから、様々に影響を受けた同僚や部下たちが意識変革をして支援してくれている事もわかる。同様に他セクターの政府機関、NGOも、研修員たちの積極的な働きかけ、関係作りによって、意識が変化しつつある。

コミュニティのレベルでは、やはり、研修員たちの積極的な関係作り、また、研修やオリエンテーションなどの人づくりによって、住民が協力的になったり、リーダーの意識が高まったり、保健ボランティアや、村の開発委員会が活性化されている。そして、住民組織が形成された例も報告されている。

その理由の一つに、FGDの中で研修員は、「AHIがフォローアップで訪問するの」という発言があった。これ以外にも、今回のようなJICAによる評価や、自発的な集まりなども、結果として、モニタリングや評価の機会となり、POA実施率の高さに貢献していると思われる。

③ POA実施の阻害要因

個のレベルでは、POA実施のための具体的な知識や技術の欠如があげられている。

組織レベルにおいて、個のレベルの阻害要因と関連して、保健課スタッフの知識、技術の欠如が挙げられているが、これも、政府保健セクターの中では、住民主体のアプローチが重視されていないことの現れであろう。資源不足（人、物、金）については、国家の保健予算の削減から、イスラム自治区政府内の構造的腐敗、汚職などが背後にあると思われる。特に人に関しては、住民の組織化のための専従スタッフがないことが挙げられている。

また、リーダーシップ、マネージメントシステムに関し、保健局組織内の問題がある。官僚主義、各層（自治区保健省、州保健局、地区病院、町保健課）間のコミュニケーションギャップ、POAを実施に関しての上司の無理解（特にPCHAPコースを経ていない上司の場合）、組織としてのPOAのフォローアップがないこと、POAを書いた後に、配置転換の人事があったことなどがあげられる。また、国際援助機関の意向や優先順位に振り回されて、本来、保健局がやりたいこと、POAなどの実施がなかなか出来ないことも、組織としての阻害要因である。

町長、地方政府、他セクターの政府出先機関、NGOとの関係においては、コーディネーションや支援が得られない、その原因としては、治安が悪く、地方政府関係者がその町に在住していない、また、町長のファミリーと保健行政官のファミリーが敵対関係であり、イスラム自治区内では、保健行政はまだ分権化していないなどの理由が挙げられている。また、町長など首長が保健を重要な政策課題ととらえていない、町長と副町長の間で、政治的対立があることも原因である。一方、他セクターの政府出先機関同士で、コーディネーションがなかったり、コミットメントがなく、村レベルまで下りていかないことも阻害要因である。あわせて、保健局自身の中に、政治家に頼るといふ依存心も自ら指摘している。多くの場合ARMMでは、NGOが治安などのために、活動していないことも要因になっている。

コミュニティレベルでは、人々の間に外部の援助に依存する気持ちがあり、健康問題の優先順位が低いなど、関心や意識の低さがある一方で、保健局の過去の介入が失敗したことで、人々が信頼をしていないこともあがっている。人々の文化、教育面で、迷信の存在や、教育や情報の欠如、貧困などが、人々の保健プログラムへの消極的姿勢を作りだしている。また、バランガイ（村）議会の不透明性や政治家・軍隊の介入や、内戦による住民の移動が阻害要因となっている。自然災害などもPOA実施を阻んでいる。

④ POA実施によって得られた教訓

リーダーシップ、住民参加、他セクター連携、包括的アプローチなどで、新しい学びや気づきがあった。研修ニーズとしては、新たに、技術習得もさることながら、参

加型研修を部下にも経験してもらいたい、というニーズがある。また、少ない保健医療資源の下で、アドボカシーによって、地域資源、国際的な資源などの動員と運用を図ることも、ニーズとしてあがった。モニタリングは、自律的にPHDFや保健省、保健局で行うもの、フォローアップも兼ねて、JICAやAHIやMHDOに期待するものがあげられた。

POAに関しては、最初に作ったPOAにこだわらず、状況の変化に応じてダイナミックかつ柔軟にあるべきことが、強調された。

最前線におけるバランガイ保健ワーカーについて、Local Governanceに彼女たちが、役割を持って参加していくことが、住民主体の保健活動の鍵であることの気づきがあった。

(2) POA 以外で、コースから学んで応用している知識・技術は何か、また、それが組織、地域にどこまで浸透したか？

特に、参加型アプローチの考え方や態度が、身についたことが、このデータの分析からわかった。それは、「夫との真の対話ができるようになった」(一期生)「フィーリングのレベルでも、夫と共有できるようになった」(四期生)からも分かるように、個人のレベルから、実践され、組織のレベル、コミュニティレベルでも、彼ら、彼女らのアプローチが変化していることが、分かった。POAの項でも述べたように、その共通理解としての、部下や同僚、地域の人々への共有についで、成果を挙げた研修員が多い。その原因として考えられることは、後述のリーダーシップで述べる。

(3) PHDF を中心としたネットワーキングの評価

研修員同士のネットワーキングにおいては、同期はもちろんのこと、期や州の違いを越えた交流があり、その結果、「自分たちは孤独なパイオニアではない」という連帯感や、結束が生まれている。

(4) 政策提言の実施とその評価

政策提言や新規プログラムの実施に関して、参加型マネジメントの自分の所属組織への応用が多く見られる。この取り組みの中身は、コミットメントや、透明性を高めるための態度の変容に力を入れた研修の実施、権限の部下への委譲があげられる。コミュニティにおいては、参加型研修の実施があった。政策提言では、タウイタウイ州の州開発計画の中に保健計画を統合する働きかけがあり、それが実現したことがあげられる。

(5) コースの研修員への態度の変化によるインパクト評価

(実践による態度の

変化が個人、家族、仕事、地域の各レベルで、どのように影響を与えたか。)

住民主体の視点へ変化した。特に、住民を保健開発活動の重要なパートナーとして見るようになった。

住民主体のアプローチを推進する保健行政官として、新しいリーダーシップ・役割のシフトがキーとなることが気づきとしてあった。民主的なリーダーを持つことがARMMにおいても、有効かつ重要な変革への一歩であること、Good Governanceは自分が出発点であること、サービス提供者からファシリテーター、イニシエーターへ、そして自らが他のスタッフ、人々へのロール・モデルとなることが大切であることが、強調されている。

多くの研修員が自信の高まりについて述べている。「エンパワーされた」「オープンでダイナミックになった」「自尊心がついた」「上司をパートナーとしてみる事が出来る」などがそれを、表している。

コミットメントについても、それが、「広く深くなった」「ムスリムの貧しい兄弟に対し」「エンパワーしていく」「POAの実施に情熱をもつ」などが、あげられた。

対人関係に関し、共感、責任、チーム一丸となって取り組むという、積極的な態度、協調する態度が生み出された。

リーダーシップに関して、New Public Managementの推進者としての意識、民主的リーダーシップと権威的リーダーシップのバランスの取れた使い分け、意思決定において、部下や同僚に相談をして決めるなどが、実践されている。

全体的に変化や成長に向けての強い欲求をこの分析から感じた。そして、態度の変容では、人々の友となる、保健行政官自身から変化は始まる、との気づきがあった。その変化を可能にする方法として、参加型研修によるスタッフ強化、人々のエンパワーメントと組織化が大事であることが、PCHAPコースのインパクトとして「個の変容」の項目で現れている。

研修員の役割認識のシフト

これまで	今後
医療・保健サービス提供 診療活動(医師 対 患者) トップダウンの命令系統の受動的伝達 住民の保健。医療統計の統括と上への伝達 第一線ワーカーの監督、指導 地域のエリート 縦割り組織の末端レベルのリーダー	住民主体保健開発活動 住民の意識化と組織化ファシリテーター 住民の声の代弁者、アドボケーター 上のレベルのリソースとの連携 横レベルのリソースとのネットワーク化 トレーナーズ・トレーナー 市民社会における変革者(NGO メンバー) 組織の改革者

2) 組織の再構築とその成果

(1) 戦略的な会合

このコースと、今後のフォロースループプロジェクト（JICA 現地国内研修）に関わる、主なステークホルダーが参加した戦略的な会合となった。リユニオンセミナーの計画段階では、PHDF・元研修員、MHDO のコンサルタント、本コースのフィリピン人講師、IPHC、AHI、JICA が、今の動きを後押しするために、最善の内容を絞って計画し、実施した。この会合の成功の影には、事前の根回しなど（必ずしも PHDF を支持しない MHDO スタッフの説得）の働きが、現地側で行われて来た。長年、ミンダナオの保健と開発に関わってきた AHI のネットワークが活用されシンクタンクとして機能した。

(2) 住民主体の保健活動の枠組みの理解と見直し

PHDF の枠組みと組織の Vision, Mission, Goal, Objectives の見直しのための参加型ワークショップによって、当初、一番の懸念であった行政機構内 NGO という、前例のあまりない組織のあり方に対し、法的な問題を解決しさえすれば、最終的には「人々のために」この形が望ましいことを、参加者全員の共通理解として持つことが出来た。

また、PHDF の枠組みとその Vision, Mission, Goal, Objectives が MHDO や保健大臣のコメントも得て、全員参加で改善し、理解を深めた。

(3) 各州保健局長の参加

当初 PHDF に参加しない研修員もいることを覚悟していたが、結果として、全員が PHDF を支持し、4 州の 4 人の保健局長とも、この PHDF の役員の任を何らかの形で負うことになった。

(4) PHDF 組織における参加型マネジメントの実践

その組織作りの過程自体が、上司も部下もない、話し合いとコンセンサス作り、選挙などの手続きなど、参加型民主主義に基づいたものであり、初代議長には町レベルの保健行政官になるなど、既存の保健局のトップダウン構造でない文化を創り出そうとしている。

(5) 持続性、自立発展性のための組織づくり

組織づくりの中身であるが、常任理事、専門委員などが活動ごとに作られ、役割分担がされた。また、PHDF が持続性、自立発展性のために、元研修生たちの自己啓発、教育を継続したり、各州レベルの活動の推進のために、PHDF の州ごとのチャプターができた。ここに、今まで、持っていたシードマネーが均等に分配され、基本的には緊急医療援助基金や、社会経済活動の回転資金に活用されることに決まった。

(6) 評価・モニタリング機能を持たせる

評価モニタリングするメカニズム作りが必要である。PHDF の枠組みに、モニタリング・評価もフレームの要素にあるので、現地国内研修コースとの兼ね合いで、トレーニングの機会を作りながら、内部でも進めていく方向が明確に出てきた。この理由として、現地国内研修のスキームでは、IPHC の職員（フィリピン人）ととも、JICA のプロジェクトでは現地モニタリング活動に入れないこともある。

5. 今後の展開

1) PHDF の役割

ARMM における参加型包括的保健行政推進のファシリテーターとして

「住民の健康を住民の手に」するイスラム自治区 4 州と各州内の各層にわたる住民主体の保健活動の枠組み (FCPHD-Framework for the Comprehensive Participatory Health and Development Program for ARMM-SZOPAD) を、PCHAP コースの 2 期生が生み出し、それ以降の研修員たちは、その枠組みの理解の上に、改善と発展を積み重ねてきた。(添付資料の FPCHD 参照)

具体的には次の 3 つの活動をすすめようとしている。

一つ目には、住民が主体となった保健活動がすすめられるよう、住民の社会的な能力の育成を図り、やがては、コミュニティでの住民によるサテライト診療所の自主運営・管理をめざす。

二つ目には、村の収入向上を図って、保健活動費を自分たちで賄い、また生活を改善するため、村の起業・経済活動を促進し、経済振興に努める。これを、住民レベルのみならず保健従事者レベルでもすすめて不足がちな保健活動費に当てる。

三つ目には、双方向保健データシステムづくりである。住民が、自分たちの保健状況を把握し、データにまとめ、具体的な数値を示して要請行動をおこし、予防活動をすすめる。一方、地方保健行政局は、各村から寄せられる保健データを収集して処理し、現実をより正確に反映する統計を各村に知らせると同時に、統計に基づいて保健活動計画を立て、住民とともにすすめるというものである。

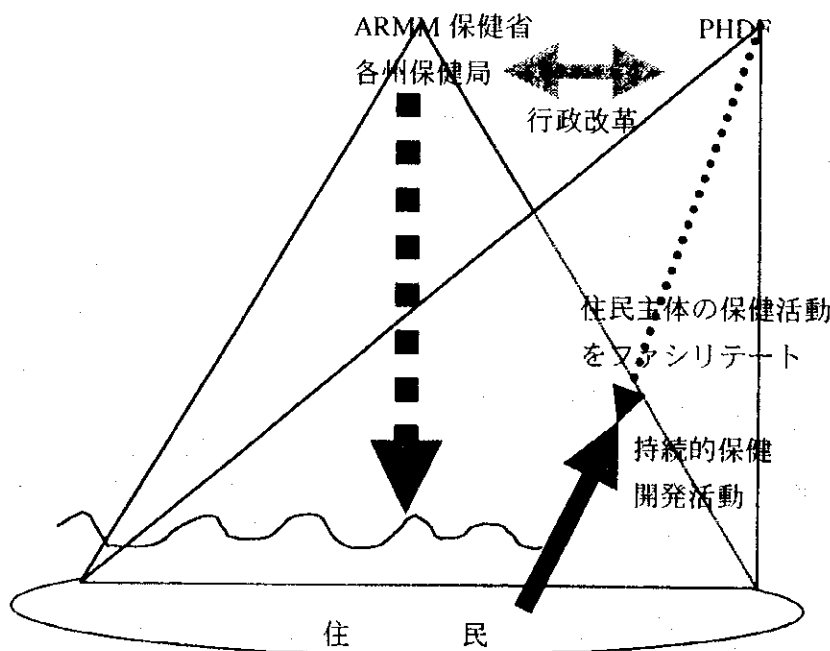
現在、フィリピン全国では、保健省が、保健・医療セクター改革 (Health Sector Reform Agenda - HSRA) を展開している。これは、あくまで中央が決め、地方の現場に下ろしていくプロセスをとっており、HSRA のミンダナオ全体への推進派 MHDO(ミンダナオ保健開発局)は、その重要な使命である。地方分権化した ARMM 以外のミンダナオでは、HSRA が適応できるかもしれないが、地方分権化しておらず、保健指標も全国最低水準で、社会的、文化的に異なる ARMM においては、ボトムアップのプロセスによって、独自の保健セクター改革の実施が必要である。PCHAP コース中においても、HSRA を批判的に検証し、かつ学びながら、FPCHD(参加型保健行政枠組み)を発展させてきた。幸いに ARMM 保健省は、中央から権限が委譲されているので、独自の HSRA を持つことも出来る。研修員たちが、積み上げてきたこの枠組みを、ARMM の HSRA に充実発展させる方向が期待されている。ここにおける参加型保健行政の成功例は、他の地域のモデルともなり得る。そのような、大きな展望をもって、PHDF という組織が、今後の参加型保健行政推進のファシリテーター的役割をはたすことが、強く望まれる。

NGO である PHDF は、実質的に NGO として活動を開始する一步を踏み出した。従来の行政では、官僚主義で通常のトップダウンの保健サービス提供型活動を実施しな

なくてはならない。これに加えて、PHDF は、住民主体の保健プログラムをファシリテートしながら、行政にも実施可能な参加型活動モデルをつくり、革新的で持続可能な保健アプローチを推進させていく使命がある。

また、州保健局、町保健課などの従来の組織を、民主的、参加型かつ開かれた組織運営に変え、それを ARMM 全体の保健行政改革の政策にも反映させていく。PHDF という NGO が、既存の保健局に新しい組織のモデルも示し、緊張関係をもった協働によって、内部の構造改革も目指す方向である。

PHDF が内部改革のみならず、Mindanao Health Development Office や中央やイスラム自治区の保健省に対し、包括的参加型保健行政の視点からアドボカシーしていかねければ、持続性、自立発展性をもつものにはなっていない。



PHDF の NGO としての動きが、今後どのような発展していくかの鍵になるのは、コースで高められた自信とコミットメントと新しいリーダーシップであろう。これらを維持し、相互学びあい、強めあい、他者に影響を与えて、PHDF のフレームワークの中身をつくり、実施しながら、フレームワークをダイナミックに発展進化させる自律的に運動として動いていけるか。どこまで本気で PHDF を自分たちのよりどころとするのか。それとも、一握りのリーダーたちが、コントロールして、しだいに衰えていくか。従来のサービス提供のあり方、官僚制の抱える問題の中で、埋没していくのか。研修員、一人一人が問われている。

2) PCHAP コース

(1) コース、モジュールづくりの改善 (POA 実施に向けて)

促進要因から言えることは、研修員たちが、POAを本気で実施しようと、組織、地域などに働きかけている姿である。結果として、PCHAPで学んだ知識、技術、態度の変化を、それぞれのレベルで共通理解として広げていることが分かった。各州保健局責任者の間、イスラム自治区保健省などにも、このコースをスタッフ研修、特に参加型アプローチとリーダーシップ研修の機会としてとらえて、位置付けをしている。今後の課題として、各保健局がそれぞれの研修員のPOA、特に参加型包括的保健活動を、保健政策や中長期計画の中に統合していくことと、POAの実施とPHDFの活動を通して、自らの組織を参加型に変えていく動きを創り出すことと思われる。

阻害要因に関して、個のレベルでは、POA実施のための具体的な知識や技術の欠如があげられている。これについては、PCHAPコースの目的から考えて、日本で行うコースでは、ここまでをカバーすることよりも、住民主体の保健開発活動を如何に包括的に進めるか、そこにむけての、基本的な姿勢や、視座を与えることを第一の目的と考えている。よって、日本のコースで変えられた役割を実際に担うところまでの責任、と役割を担ってPOAを実施するところからの責任を分けて考えている。

すなわち、後者の責任については、本年度から始まる予定の現地国内研修コースにおいて、AHI現地協力団体のIPHCとPHDFによるコースがこれをカバーする予定である。従って、本コースの目的として住民主体の包括的保健開発活動が、保健局の革新的で持続性をもつアプローチとし、かつ、その活動を可能にする保健局、保健省の参加型行政への改革を、研修員が確信するところまでの、気づきを与え、それを実施可能な革新的なPOAに集約し、表現することを、範囲とすることを確認したい。このPOAはFCHPD(住民主体の保健活動の枠組み)を土台とし、各州保健計画に統合されてゆくことが期待される。

このコースと現地国内研修コースが戦略的に、PHDFとIPHCそして保健省、保健局とで、計画され、有機的に連携していく仕組み作りが必要である。

また、阻害要因の中にもあるように、保健省、保健局が、参加型アプローチにまだ優先順位を置いていない中では、PHDFが率先してそのモデルをつくり、先導したり、政策提言していく役割を担う。そのため、コースの中身は、アドボカシー、地域の社会資源の動員(Social Mobilization)、多セクターとの協働、New Public Managementなど行政改革に関わるものも重要になってくる。すなわち、意識変革した一人一人の研修員が、今度は組織全体として変革に取り組むようになるまでの方法論が、研修の強調点になるべきであろう。また、この参加型包括的保健行政の主たるファシリテーターとなる町保健行政官の組織における可能性と限界についての実態調査も、よりARMMの実情にフィットしたモジュールづくり、POAガイドライン作りのかぎとなる。

以上のためには、ARMMの状況によりフィットした、ARMMの保健行政官が実施

可能な、参加型包括的保健活動、参加型組織運営に関する内容の研究と充実が望まれる。また、このコースで作成されたPOAをパイロット的に町、バランガイレベルで実施し、モデルとして他地域に広げることが可能なPOAガイドライン作りが必要である。具体的な内容としては、特に、ARMMの地方分権法、保健スタッフや住民のLocal Governanceへの参加、特に、保健委員会、開発委員会を通じての地方議会への保健ボランティアやスタッフの保健政策策定への参加などの研究が必要である。

また、教訓の項にもあったように、日本で作成するPOAは、実施可能なものであるが、ブループリント型ではなく、持ち帰って、組織や、住民の参加を得て、つめていくものであり、状況の変化にダイナミックに柔軟に対応するものでなくてはならないであろう。POAの土台となる枠組み(FCHPD)も、同様である。

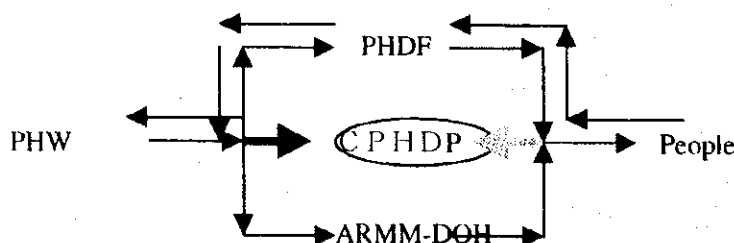
FCHPD(住民主体の保健活動の枠組み)が、どこまで有効なものとなるか、その実績を蓄積することと中身の充実が問われている。

イスラム自治区以外の地域では、分権化が進んでいるが、十分な準備のない分権化だったため、さまざまな課題を抱えている。しかしながら、基本的に分権化は住民の参加を保証し、地方政府レベルにおける包括的な他セクターの協働を促すものであり、望ましい方向である。この方向を見据えながら、イスラム自治区が望ましい分権化の事例をこのコースなどを通して準備していく必要を感じる。分権化に十分な備えをして向かえることが、このコースの使命にもなりうる。ARMMで実施可能な Local Health Board (LHB)の研究はその一つである。(ARMM 以外の全国では、分権化が急激に行われ、保健行政にも様々な問題が起こっているため。)

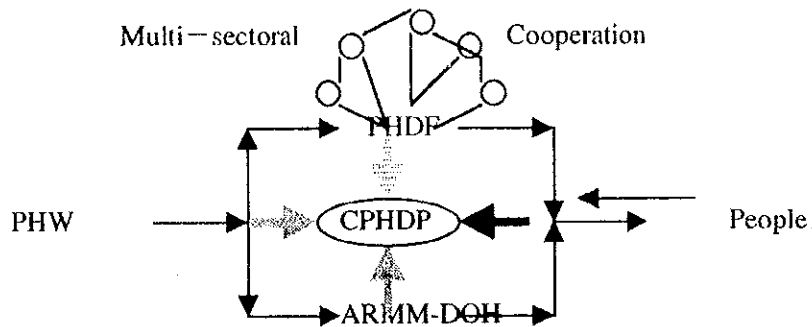
Lonely fighters である彼らが小さいところからでも、人々による保健計画ができるまでの変化を起こすための持続的なコミットメントと創造性を植え付けるためのコースとしての役割を認識している。

持続性、自立発展性に向けて Expert Initiative のボトムアップから、Stakeholder Initiative のボトムアップにまでこのコースでもっていかなければならない。

CPHDP = Comprehensive Participatory Health Development Programs



Institutionalization of participatory governance



(2) PCHAP コース期間延長の提言と理由

①研修員、保健局など現地からの声に応える

今回のリユニオンセミナーで、研修員、そして各州保健局、自治区保健省は PCHAP コースの各保健行政における意義を改めて確認し、彼らの提言として、PCHAP コースをさらに、3～5年延長するべきことが上げられた。(添付資料参照)

以下に延長を提言する理由を述べる。

②クリティカル・マスの形成：

現在、当初予定期間5年のうちの4年を終えて、イスラム自治区4州から40名の研修生が当コースを終了した。われわれの研修対象者は、町レベルの保健担当官 (Municipal Health Officer、以下MHO) である。

その理由としては、組織を改革し、地域住民の保健にまでインパクトを及ぼそうとしているこのコースにおいては、現場の住民と州保健局、イスラム自治区保健省とのインターフェースとしての町保健課課長が重要な役割を担う。すなわち、現場における住民参加型保健開発活動のアプローチのファシリテーター役、所属組織を民主的、参加型に変革していくためのミドルレベルマネージャーとしての役割がある。

しかしながら実際は、参加者のうち、ほぼ半数は町よりも上のレベルの参加者である。これは、MHOがあくまでもこの研修の直接的な対象であり、参加型包括的保健行政を推進するキーであるが、この努力を支援する上のレベルの行政官もチームで呼ぶことで、組織内における理解と支援を得、ひいては組織全体の改革も目指しているからである。参加型保健行政を推進するには、第一線のリーダー的役割を果たすMHOの意識改革と知識/技術の習得は、不可欠である。

その一方で年々、保健/医療予算が減少しているフィリピンにおいて、MHO対象の研修など自己研鑽の機会が減少している。

イスラム自治区保健省と4州の保健局で600-700人の保健局員、100以上の町保健事務所がある中で、同じ想いをもって働くワーカーが、参加型包括的保健行政推進のために、コミュニティーと保健局との間に立ってインターフェースの役割をとることが求められる。そのミッションと同時に、組織の改革者として、インパクトを与える十分なグループになるには、質的な向上とあわせ、量的な増加も大切である。5年で招聘できる人数は50名であるが、もし、継続可能とすれば、さらにこの人数にプラスされ、各州の保健局職員の1割が研修を受けることとなり、組織全体のあり方を変える事になると思う。

また、研修員たちの卒業生全員が会員となり、PHDF (Participatory Health and Development Foundation)という参加型アプローチ、マネージメントを ARMM、また各州、各町、各バランガイで推進する NGO が組織され、今回のリユニオンセミナーでは、この、再組織化、組織強化活動が実施された。このような自律的な動きをさらにサポートしていくためにも、さらなる4州から同じオリエンテーションをもった保健課職員が増し加えられることが、社会と組織でさまざまな問題を抱える ARMM では必要と思われる。

③ ARMM という枠組みの拡大

本年8月15日に実施された、SZOPAD (ミンダナオ平和開発特別地域)におけるイスラム自治区帰属に関する住民投票により、ARMM が従来の4州に、2地域(バシラン州、マラウィ市)が加わった。特にバシランは長年のアブサヤフ(ピンラディン氏から支援を受けている反政府勢力)の本拠地で、保健を始めとする社会開発の面で、大きな遅れをとっている。この2地域も対象に新たな研修を通して人材の育成と投入が必要である。

④ 現地国内研修との連携の必要性

本年度から現地国内研修が始まり、その目的は PCHAP コースのいわばフォローアップ活動である。具体的には、卒業生たち自身と、その同僚、部下など町保健課レベルとバランガイ保健ワーカーなどの住民レベルの2層を対象に PCHAP で紹介した参加型保健開発活動に必要な技術・知識を習得することにある。また、そこには PHDF の組織強化とコースの計画、実施、モニタリング、評価への参加を通して、力量を高め、活動を活性化することも含まれている。実施機関はミンダナオ保健開発局で、この機関が IPHC に委託をするという形をとる。これは5年間プロジェクトであるが、この実践的技術・知識の研修と、日本における参加型研修方法論による意識改革、リーダーシップ研修とが上手に連携することによって、組織、地域へのインパクトをより効果的に現せるものと思う。そのため、この現地国内研修と並行する形で少なくとも、2005年度まで延長する方向が望ましいと考える。

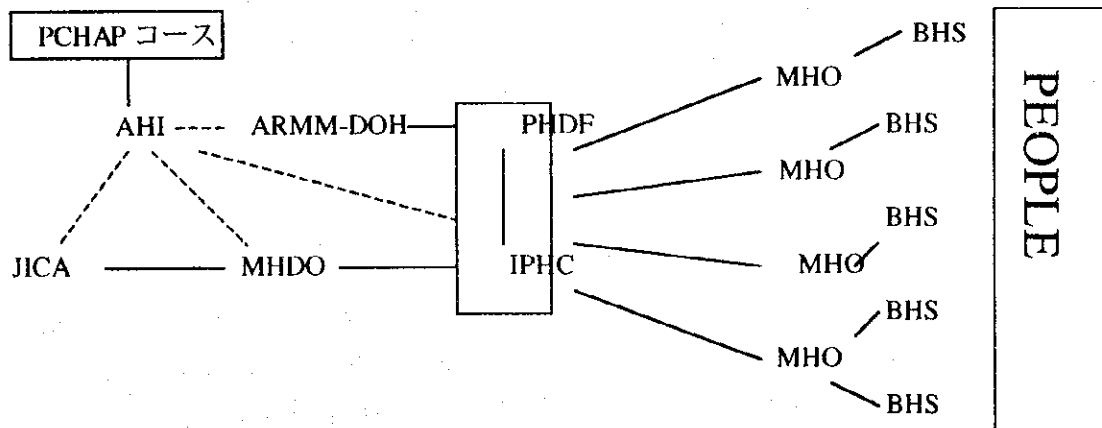
⑤MHDO（ミンダナオ保健開発局）の優先課題

MHDO は上記にあるように、PCHAP コースと平行して行われる現地国内研修の実施団体になるなど、重要な PCHAP の活動にとって重要なステークホルダーである。この MHDO 設立の目的の柱に、内戦で疲弊した ARMM 地域の保健医療分野のリハビリテーションと開発という課題がある。このように ARMM に焦点をあてたこの研修は、フィリピンの保健省の優先課題とも合致している。

3) 他のスキームとの連携

(1) 現地国内研修

このスキームは、本来、日本で実施された JICA コースを、元研修員が中心となって伝達研修をし、日本の学びを波及させるというものであるが、このスキームの活用について、JICA フィリピン事務所と1年前から協議を進めてきた。当初から念頭にあったのは、AHI と18年間協働してきた、ミンダナオの参加型保健開発活動に実績のあるダバオ医科大学プライマリーヘルス研修所(以下 IPHC)を実施主体とした現地国内研修であった。これに PHDF が計画、実施、モニタリング、評価で協働するというものであった。しかしながら、現地国内研修スキームの主に財政負担の部分に問題があり、形式的、かつ戦略的に MHDO (ミンダナオ保健開発局) を実施主体とし、ここから IPHC に委託する形をとることになった。



注)MHO=Municipal Health Office BHS =Barangay Health Station

ここでのAHIの働きは、PHDFを生み出してきたPCAHPコースのファシリテーターとして、その後のフォロースルーとしてこの動きにも、全体のコーディネーターとして関わることがのぞましい。

この研修は、対象を元研修員たちも含めた町レベルとバランガイ（村）レベルの研修である。目的としては、

- ①住民民主体の保健活動の推進にあたり元研修員がトレーナーズトレーナーに、また、全体コーディネーターとして必要な、実践的技術、知識を身に付ける。あわせて、その同僚である町レベルの担当者も研修を受ける。
- ① バランガイレベルの第一線保健ボランティアが、包括的なPHCプロジェクトの推進と住民の意識化、組織化で重要な役割を果たすので、ここに必要な研修をする。
- ② また、他セクターとの包括的なアプローチをとるため、町レベル、バランガイレベルともに他セクターのキーになる担当者なども合わせてトレーニングする。(Municipal Planning Development Officer, Barangay Council members etc.)
- ③ あわせてMunicipal Development Council, Barangay Development Council など住民が保健行政の参加を保証する仕組みを強めるための研修も実施する。
- ④ 全体でPHDFの目指す住民主体の保健活動を推進するための、人づくりを進める。
- ⑤ PHDFの組織開発、人材開発を進める。(参加型マネージメント、研修手法、相互経験交流など)

(2) 草の根無償援助

このスキームに最近、研修活動も含まれることになった。JICAのスキームでは契約スタッフは危険度3のような地域には入れない規定があるが、草の根無償にはこの制限は適用されないので、ARMMのような地域にも活用できる。研修の成果を後押し、PHDFの枠組み(参加型包括的保健行政推進)に連携したプロジェクトの起案をする方向である。

4) 評価・モニタリングシステムの構築

このコースと現地国内研修コースが戦略的に、PHDF と IPHC そして保健省、保健局とで、計画され、有機的に連携していく仕組み作りが必要である。あわせて、POA 実施、モニタリング、評価も PHDF を中心にしたメカニズム作りが求められる。

今回、PCHAPコースに関しては、中間評価を実施したが、終了時評価、事後評価に備えて、今から、評価とモニタリングのための指標の設定、それらのための仕組み作りが求められている。

今回、PCHAPコースのその後のフォローアップとしてのPHDFの活動や、ICTP(現地国内研修プログラム)との連携などを計画する中で、まず、PHDFがモニタリングの中心になるべきことが確認された。今年度実施が予定されているICTPの研修活動の中に、モニタリングも含めた、参加型プログラム運営管理 (PIME-

Planning, Monitoring, Implementation, Evaluation) が、元研修員を含む、町保健課職員を対象に予定されているのは、PHDFこそが、評価・モニタリングの主体であるという認識による。

各ステークホルダーに対する改善提言にあるように、このコースのモニタリングと評価は、PHDF当時者以外では、それぞれ研修員所属する上位の組織、州保健局、ARMM保健省、MHDOなどが実施することが期待されている。ことに、MHDOはその役割と専門性から、モニタリング、評価の中核を担う。

外部者として、JICAとAHIにはモニタリング、評価の役割が期待されている。前述の「評価の目的と枠組み」の中でもあったように、「AHIがフォローアップで訪問するので」という発言があった。これ以外にも、今回のようなJICAによる評価や、自発的な集まりなども、結果として、モニタリングや評価の機会となり、POA実施率の高さに貢献していると思われる。

PHDFによる内部の参加型モニタリング・評価活動により、持続性、自立発展性を高め自らの能力強化、プログラム改善、エンパワメントにつなげる。外部によるモニタリング・評価活動によって、インパクトや妥当性などをはかり、JICAやAHIのアカウンタビリティを明確にし、アドボカシーにもつなげる方向が考えられる。

6. 中間評価活動を終えて

佐藤光(アジア保健研修所事務局長)

JICA 中部国際センターと AHI の連携、もしくは官民連携の実際と今後 (とくに民側 NGO の立場から)

1. はじめに：

今回、JICA 中部国際センター(以下 CBIC)によるアジア保健研修所 (以下 AHI)への当委託事業 (以下 PCHAP 研修) を評価するにあたり、とくに本稿では両者の連携を通して、二つの違う組織が協力して事業 (以下連携事業) を行うことの意義、課題また展望について、実際の経験を踏まえて述べたい。

連携事業を行う場合、一つの事柄についても、関係者ごとに異なる解釈、見解があるかと思われる。しかしその相違点また共通点を双方が確認した上で連携が進めることが今後の JICA,NGO 双方にとって、さらには連携事業一般を意味あるものにするために重要であり、本稿がその一助になれば幸いである。

なお、ここに記された意見などは AHI を代表するものではなく、筆者個人のものであることをお断りしておく。

2. AHI 側の背景：

1989年、外務省による NGO 事業補助金制度が始まったとき、その利用を巡って AHI 内部で議論が行われた。賛否両論が出されたが、最終的に利用しないという結論に達した。その主な理由としては、財政の独立性が脅かされる可能性があること、また当時の日本の ODA が AHI の目指す一番困窮しているアジアの草の根の人々の健康、福祉に役だてられていると言い難い部分があるということが挙げられた。以後、公的資金を受けることに批判的、もしくは消極的な態度が主流となっていた。しかしその後、JICA を含む ODA の大きな潮流が経済開発から社会開発に変わろうとする力が ODA 内に生まれ、政府以外のセクター (NGO も含む) との協力を視野に入れる方向が打ち出された。一方、ちょうどこの頃、NGO 側も単に批判、または政府援助と別個の活動を勝手に行うだけでは、願う社会開発が達成されていかないことに気づき始めた。

そのような状況の中、1998年に CBIC から PCHAP 研修の委託打診があったときは、AHI は上記のような過去の判断は踏まえつつも、そして事業内容が AHI が専らそれまで行ってきた研修事業であること、地域が18年間現地協力団体と活動をしてきたフィリピンミンダナオであることから、受託することを決定した。

3. 連携事業のプロジェクトレベルでの成果：

4回コースを実施し、AHIがJICAと連携して事業を行ったために初めて可能になった成果として以下の点があげられる。

- (1) 大きな規模のプロジェクトの実施
- (2) 日本国内、現地のプロジェクトを繋ぐこと
- (3) フィリピンの行政組織からの信頼を得たこと

(1) プロジェクトの規模

それまで AHI が実施するプロジェクトは、その地域、また実施期間において PCHAP 研修よりは小さいものだった。アジア各地の現地 NGO 職員の能力向上をめざす研修プログラム（実施地 日本）では、アジア 8 - 9 カ国から各 1 - 2 人招くという構成のため、特定地域に焦点を当てることは困難であった。またアジア各国で行われる研修では、相手団体（現地 NGO、現地中央政府）が実施を中心的に担うため、AHI 職員が直接研修実施の包括的責任をもつことはなかった。

それに対し、PCHAP 研修では、イスラム自治区という広域地域全体を対象地域とし、その対象者の半数をカバーするような集中的人材育成を 5 年間にわたり直接担当するという AHI にとっては初めての経験であった。

これにより、AHI が単独では、財政的のみならず、展望としても持ち得なかった大きさが、この事業で与えられることとなった。

一般的に、JICA との連携事業を考えると、NGO にとってのメリットはまずその事業規模の大きさにあるということが言えるだろう。JICA の各事業と比べると、NGO 諸事業の予算規模は 10 分の一、100 分の一であろう。もちろん少額であっても良い事業が行えることは当然であり、また多額であるためにかえって事業の適切さを欠くこともある。しかしながら、NGO の事業がある実績を持つとき、必要十分な予算を持ちながら実施された場合には、その地域でプラスの波及効果をさらにもたらすであろうことも、また事実である。

(2) 国内、現地 JICA プロジェクトの連携化

当初、日本での研修のみであった PCHAP 研修が、帰国後の研修員の再研修のために設定されている「現地国内研修」を日本の研修の実施期間中から開始する展開を見せた。

これは JICA 現地事務所の助言提案によって構想が生まれたものであった。これにより、研修終了者が日本で学んだ事柄を現地で利用可能な形で展開することができるようになり、さらにはそのフィードバックを次の日本での研修に活かす形となった。双方の研修が、車の両輪のように、イスラム自治区の保健行政官のための総合研修デザインとして機能しつつある。このような、「車の両輪」構造の研修は、JICA の現地国内研

修制度を柔軟に連結させることで初めて可能となった。このような有機的つながりは、AHI もこれまで望んではきたがなかなか実施することは出来なかった。

一般に、NGO はいくつかのプロジェクトを連結させた総合プロジェクトという方式をとることが少ない。多くの NGO は、課題別の具体的な個別プロジェクトから誕生していることが多い。そして、同じ個別プロジェクトを同じ方式を展開することで精一杯ということが多く見られる。そのような中で、JICA では、既存の2つのプロジェクトを有機的に繋ぎあわせることが出来た。これも現時点では JICA が持ち、NGO が持ち合わせないポテンシャルの一つといえよう。

(3) フィリピンの行政組織からの信頼

研修員委員会のあるフィリピン経済企画庁(NEDA)に選抜についての提案を行い合意ができたこと、またミンダナオ開発庁長官が研修員が中心になって作った NPO に対して一定の距離を持ちながらも賛意を表したことなどは、一日本 NGO である AHI が単独では決して行いえなかった、関係省庁への働きかけであった。日本政府、および JICA マニラ事務所のフィリピン政府との日常の関係構築の上であって、初めてこれらの働きかけが功を奏したといえる。

これまで、住民サイドに立つという立場を表明してきた NGO であるが、これからますます（中央、地方）政府との関係を作りながら社会開発をせざるをえない状況の中で、政府へ働きかけようにも NGO だけでは接触することも困難なことが想像される。JICA（日本政府）との連携事業であればこそ、これらの信頼関係構築も相手へのアクセスがより容易となる。

ここで、これらの(1)、(2) および (3) の諸成果が、CBIC 職員と、AHI 担当職員との忌憚のない意見交換、また現地 JICA 事務所職員の助言、参与によってなされたことを特記しておきたい。

4. 連携事業のプロジェクトレベルでの留意点：

上記の三点は、AHI が連携事業を通してこそ得られたと成果と考えられるが、これらは同時に、多くの NGO がこれまで意図的、無意識的に持っていた特色を危うくさせる可能性も内包しているとも言える。

これは一言でいえば、NGO の運営能力を超えた規模まで拡大するということである。とくに日本の NGO は、小さな個別協力プログラムから誕生し、その時々々の共感を集めながら少しずつ規模を拡大してきた。これが、連携事業という形で、予算規模、事

業展開の展望も、それまでの事業をはるかに越える規模になったとき、NGO 運営の方法をその規模に合わせたものに変化させることなしには、真の展開は困難となるどころか、団体そのものの存在理由を危うくさせる。これは端的には財政の依存という形で生ずる可能性もあるが、また同時に事業内容が粗雑になり本来 NGO のもつ個別対応を丁寧にかつ機動的に行うという特色を殺すことにもなりうる。

PCHAP 研修の委託費用として入る事業収入は、実質総収入の約8%（約600万円）である。これらの財源規模、また研修実施能力も含め、現在の状態が健全な AHI の運営能力を超えているとは考えていない。しかし、同様規模の連携事業をさらにもう一つ実施するという能力は現時点では持ち合わせていないということが正直な感想である。

事業拡大は、前項（2）で述べた、いくつかの研修プロジェクトを繋ぎ、総合的研修デザインを作ることも言える。PCHAP 研修の場合、現地に信頼の置ける地元研修 NGO が存在し、20年近く AHI が当該 NGO との関係を培ってきたことが土台にあって初めて、総合デザインを描き、実施することが出来たといえる。単独の NGO が個別プロジェクトから複数の統合プロジェクトへ展開することは困難であるし、直ちに能力を超える危険があるといえよう。

5. 連携事業の基本計画および政策（理念）レベルでの課題：

前項3. では具体的なプロジェクトレベルでの連携の成果について述べた。では、もう一つ上位の、プログラム（基本計画）レベル、さらには政策レベルでの連携による成果はあっただろうか。

ここで気づくのは、双方にとって、少なくとも AHI 側にとって自己の基本計画レベル、政策レベルでの判断が明文化されたものがないという事実である。自己組織内で完結する事業では、時にはなぜこの事業をするかという理由、目的を議論することはあってもあえて文章化をせずに実施に至ることがままある。しかし、異なる基盤を持つ組織同士が具体的な事業で連携する場合、この高次レベルでの理由が明示され、お互い相違点を明確にすることが良い連携を行うために必要と考えられる。

これを、PCHAP 研修に当てはめれば、ARMM 地域、フィリピンミンダナオ地域に JICA が、AHI が、または連携事業としてなぜ関わるのか、その基本計画、基本的態度はどのようなものか、さらにいえば、双方の、社会開発ビジョンの内容の理解という理念的な議論レベルに至るまで明らかにしないままに来てしまったということである。

しかし連携当初からこの議論をすべきだったというより、実施する途中経過の中で、常にこの基本的理念の議論に戻る仕組みを作ることが必要だと考えられる。

5. 今後の JICA-NGO 連携事業に向けて：

PCHAP 研修を考えると、JICA、AHI に加えて、現地研修担当の現地 NGO、元研修員グループ組織、またミンダナオ行政など、複数の実施計画立案のアクターたち、そして本来一番の当事者と目される住民がすでに存在している。

当初、二つの組織の連携事業という形お互いが一つの事業を行うというところから、3 者以上の複数の関係者が一つの事業を行う形へ移行していくのだろう。ここでも、プロジェクトレベル、基本計画レベル、政策（理念）レベルでの対話がさらに行われ、そのなかで具体的な連携事業の内容が関係者の合意で進められることが望まれる。

中島隆宏（アジア保健研修所職員）

中間評価活動を終えて（各ステークホルダーにとっての意義）

この中間評価活動は、1) PHDF・元研修生グループの組織開発、組織強化、2) PCHAP コースのモニタリング、中間評価、3) PCHAP コースとそのフォローアッププログラム（現地国内研修）の計画策定、を目的に実施された。

準備段階においては、JICA と AHI の協働の成果があげられる。AHI が参加型研修コースの中で、その前後のフォローアップの活動で、コース目標の達成のみならず、その後の現実の動きを作り出すことに貢献し、それを JICA（中部国際センター、東南アジア課、フィリピン事務所）が評価してこの会合が実現した。JICA と協働する AHI、現地の元研修員グループである PHDF、それをサポートする保健局、現地 NGO、現地リソースパーソンなど長年、ミンダナオの保健と開発に関わってきた AHI のネットワークが活用されシンクタンクとして機能した。実施段階においても、AHI、現地のリソースパーソンが中心になって参加型ワークショップで、運営した。また、評価においても、その分析などの過程で、日本側の分析とフィリピン側のそれとをすり合わせて最終化した。この戦略的かつトータルに参加型のプロセスがあって、上記の3つの目的を達成したことは、すでに述べた通りである。

この参加型の評価活動によって、エンパワーされたのは、まず、何と行っても、PHDF であろう。彼らがこれから ARMM において、ミンダナオにおいて、参加型包括的保健行政の中身を創り出し、実施し、モニタリング、評価していくファシリテーターを果たしていくための、初めの大きな一歩になったことは、疑いもない。

JICA にとって研修が一つの地域を変える事例づくりの意義を JICA-CBIC が重視し主体になって延長の方向で進めていくことが望ましい。AHI-JICA による NEDA や DOH へのアドボカシーを進めながら、（特にイスラム自治区に於ける社会開発活動に優先順位をおき、有効な介入を行うこと - 分離独立派に肩入れするという政治的なものとしてとらえるのではなく、最も人間開発指標が悪い地域の人々の社会的問題解決として捉える視点で）紛争地域に於ける課題（緊急援助からリハビリテーションへ）への取り組みを協働で探る。実際の成果を上げることで JICA の今後のプロジェクト、研修に参加型研修のモデルを示し、改善に貢献することを期待されている。

JICA-NGO の協働関係の評価であるが、JICA のもつリソースとネットワークと AHI がもつリソースとネットワークが、研修活動というプロジェクトとその前後の活動において、有機的に連携した結果、研修員たちの POA、とくに PHDF という NGO を生み出すようなダイナミックなプロセスがあった。特定地域の保健行政、サービスのみならず、保健セクター行政改革まで視野に入れた研修とその後のフォローアップ活動が、研修員たちの自主的な動きと連携し、相乗効果をあげて、ひいては住民の保健状況へもインパクトを与えることが、今望まれる。フィリピンで最も保健指標の悪い特定地域の

保健セクターへの、継続的、戦略的人づくりを入り口にして、官僚的な組織と封建的な社会が、住民主体をキーワードに、変化のきっかけを与える関わりをしてきたと思っている。

AHI にとってであるが、リユニオンセミナーという ARMM の保健行政の歴史の中で一つの節目となるであろう会合の中で、PHDF や協力団体である IPHC、MHDO のコンサルタントである Sony Chin、PHDF のコンサルタントの Mayong らとともに、全体の調整者としての役割がとれたことは、一つの貢献であり、経験の蓄積になった。今後は、さらに PCHAP コース延長、現地国内研修コースや草の根無償援助などとの連携によるところの、POA や PHDF の活動のフォロースルーにおいても、全体を見渡せる外部者としての位置で、調整者やネットワークャー、ファシリテーターの役割を果たしたい。

また、同じミンダナオにある協力団体の NGO、IPHC のもつリソースや経験と交流させ、相互に学び合い、支援し合う関係を作り出す中間媒介者としての役割をもつ。

AHI が実施している国際研修コース (ILDC) との比較でいうと、一特定地域、その保健省、保健局、という組織への継続的な働きかけであり、そこには、現地国内研修や草の根無償など、他のスキームの連携による実行計画、卒業生組織 (PHDF) へのフォローアップとして、当事者も参加しながら、計画が進められている。行政のアプローチを住民主体のものに変えるため、行政改革を、キーになる町レベルを中心にした保健行政官の意識改革と参加型アプローチの知識、技術の修得、さらに行動計画を可能にする資源の動員までを視野に入れ、総合的に地域の保健行政を変革しようとしている点は ILDC ではその範疇としていなかった。ILDC ではなかなか、研修とその効果、インパクトなどの因果関係がつかみにくかったが、この事例は、戦略としての参加型研修が一特定地域に変化を与える事例になると思う。また、

この行政にも実施可能な参加型保健開発活動の事例を、他のフィリピン、また、アジアの NGO や地方政府関係者などと、共有し、参加型研修活動によって、創り出すダイナミズムを他の地域でも展開していくことが期待されている。

石井 加奈子 (JICA 中部国際センター業務課)

NGO-JICA 連携の一例としての PCHAP コース

本研修コースは 1998 年度よりアジア保健研修財団に委託して計 4 回実施してきた。本稿では NGO-JICA の連携で実施してきた本コースの特徴について、今後の展望も含め述べていきたい。

1. 本コースの特徴

コース実施前の段階では、通常 GI の流れは現地 JICA 事務所→援助窓口→関係機関となり研修実施側が把握することは困難である。本コースでは、AHI が要請書の流れを現地でモニタリングすることにより、対象地域から資格要件に合致した研修員の要請書を取り付けることができています。研修は参加型で実施され、AHI のスタッフが全期間ファシリテーターを努めることにより一貫した研修が可能となっている。

フォローアップとして AHI は年に 3~4 回スタッフを現地に派遣し、研修員の活動状況モニタリング、指導、研修員同窓会 (PHDF) のモニタリング、などを行ってきている。ARMM という非常に孤立し、外からのサポートの乏しい地区においては「日本に自分達の活動を理解し、応援してくれている人がいる」という事実が精神的な支えになっているものと思われる。また、危険度 3~4 の ARMM 地区へ現地調査を行うことは JICA の調査団では不可能であり、AHI の独自調査によって、ARMM 地区の住民からのヒアリング、視聴覚情報などを得ることができている。

2. NGO との連携によるメリット

上述した特徴からも明らかのように、AHI との連携の大きなメリットは NGO のもつ「機動性」である。通常 JICA の研修コースでは、設立時に事前調査を行い、コースによっては中間評価、終了時評価を行うが、予算の制約のため、近年は新規コースの事前調査が主となってきている。研修員は帰国後、研修中に作成したアクションプランの実現に向けて、努力するが、帰国後の活動は研修員に任されており、JICA としてのフォローアップ事業は確立されていない。

「日本で学んだこと」「気づいたこと」を自国の状況にあわせて適応しようという心意気も、日本との経済的・社会的状況の違い、上司や同僚の無理解、資金・時間・人的制約などに直面していくなかで弱まってしまふ。研修終了時の評価会でも、「立案したアクションプランをフォローして欲しい」、「継続して学びの場を提供して欲しい」といった声が頻りに聞かれる。

AHI による年に 3~4 回のフォローアップは研修員の精神的な支えとなり、また研修内容を再確認し、アクションプランの実行につなげてきた。研修員は AHI が研修終了後も継続してフォローアップ、支援を実施することを知っているので研修に望む態

度、アクションプランの作成にも真剣に取り組むようになる。結果、本邦研修の効果が続く、実際に現地の活動につながる事が可能となっている。

3. 協働が機能した理由

本コースで NGO-GO 連携が機能した理由としてはまず、AHI が基盤のしっかりした NGO であり、AHI 内に同様の研修コース実施に関する十分な経験、ノウハウの蓄積があったことが挙げられるであろう。そして、研修の対象を ARMM という狭い範囲に絞ったことで、NGO の得意とする協力ができた。ミンダナオ全島、若しくはフィリピン国全体という大きな範囲を対象とすると、前述した対象者の設定やモニタリング、また帰国研修員の組織化が困難になる事が予想される。

また、AHI と JICA との信頼関係が必要であることは言うまでもない。ARMM 地区の住民の健康のために、ヘルスワーカーの能力を高める、という共通の目標に向かい、JICA と AHI はそれぞれの役割を果たしてきたと言える。アプローチの仕方や、事業の進め方など異なる点は多々あるが、大きな目標を共有し、互いの信頼があれば、相互に補完し、違いをプラスの方向に生かすことが可能であると思う。筆者も今回の評価活動を通して、研修員がどれだけ AHI のサポートを頼りにし、感謝し、自信の仕事に対するコミットメントを高めてきたか目の当たりにした。

4. NGO との連携による留意点と今後の方向性

これまで NGO が独自の事業の一環として研修コース実施時のみならず事前、事後の活動を行うことで研修の効果が高まってきたと述べたが、NGO の主体性が強くなることで、JICA は資金の提供のみを行い、NGO の活動に対して補助金を支払うような形になる恐れがある。

JICA としては相手国全体の開発の方向性を見極めた上で、援助方針に基づいて具体的事業の計画を行い、個々の研修については機動性、柔軟性に優れた NGO の協力を得るなど、双方の役割分担を考えていくべきである。ODA の効果が問われる中、本コースは本邦研修が現地へインパクトを与え、具体的な活動に結びついている好例と言えるであろう。JICA としては地域部、フィリピン事務所、中部国際センターがそれぞれの役割を的確に果たし、AHI とよりよい連携を図り本コースを充実させると共に、このような効果的なコースを増やしていく努力をすべきである。

Mr. Mario Aguja (PCHAP コース講師、セミナー時ファシリテーター)

“A Look into the Participatory Health Development Framework and the PHD Foundation in Context of the ARMM”

This paper aims to highlight the significance, challenges and prospects of the Participatory Health Development Framework (PHDF) and the PHD Foundation in the context of the Autonomous Region for Muslim Mindanao (ARMM). It traces the beginning of PHDF, looks at its significance and analyzes its trajectory vis-à-vis the newly expanded autonomous region. This is my personal and professional assessment as a scholar interested in peace and development in Mindanao and an active practitioner of participatory development in the Southern Philippines.

In 1999, I had the opportunity to be invited to interface with the participants of PCHAP course in Nagoya. Since then, I became a regular feature of the succeeding PCHAP courses. As a Filipino and a Mindanaoan, I had the opportunities to interact with the course participants beyond my lectures. We had informal discussions on the problems of peace and development in the ARMM, and their crucial role as health professionals and the limitations and opportunities of their being part of the government. While convinced about the importance of participatory development in the provision of health services in the ARMM, the participants were, at the same time, aware of the constraints of the rigid government bureaucracy in the region.

Inspired by the new concepts learned during the course about participatory development in the health sector, it was a fine resolve among the participants to make a difference – to pursue the path of participatory integrated health administration in the ARMM. Their inspiration paved the way for the evolution of what is now known as the Participatory Health Development Framework (PHDF). Likewise, the participants believed that to make their contributions significant, participatory health administration should be a region-wide initiative. To realize it, the participants believed that they need to organize themselves in order to pull their energies together and share their expertise and experiences to collectively pursue their common vision of participatory health administration in the ARMM. This commitment gave way to the organization of the PHD Foundation.

The second batch of PCHAP participants held the distinction of being the originator of the PHD Framework and the organizer of the PHD Foundation – the concept and the mechanism to pursue participatory health administration in the autonomous region. After they completed the

course and returned to the ARMM, the advocacy work started. PHDF was formally presented to the leadership of the DOH-ARMM during the first joint meeting of the participants of batch one and two. Heated debates ensued between and among participants and DOH-ARMM officials. Batch 2, the progenitor of PHDF, remained steadfast and composed. For them, the debates were reminiscent of the ones they went through among themselves in Nagoya. Issues ranges from resistance to explore participatory development, to the fear of the bureaucracy being undermined in its role as health provider in the region, to conflict of interest being part of the government and civil society at the same time. At the end of the day, the issues raised were clarified and the PHDF was officially accepted by DOH-ARMM. The advocacy for PHDF was integrated in the PCHAP curriculum of Batch 3 and 4. During these two batches, PHDF was not only re-validated; it was as well enhanced by the participants.

The re-union of PCHAP course alumni is considered as another important milestone in the development of PHDF. Collectively, the alumni discussed and revalidated the PHD framework. Moreover, the mechanism to implement it was put in place. PHD Foundation was formally organized. Officers were elected. Provincial chapters were established. Organizational processes were put in place. Ideas were brainstormed to make organization responsive to the challenges of the ARMM.

The PHD Foundation is still in its infancy stage. However, the processes it went through, coupled by the commitment of the PCHAP alumni, provide a certainty that it will make a significant contribution in the ARMM in the years to come. The institutional support provided by Japanese government through JICA and the Asian Health Institute (AHI) contributed to its evolution and remains crucial in its development.

Significance

Despite the many challenges of the ARMM, it failed to dampen the enthusiasm of the participants to make a difference in the ARMM through participatory development. During the PCHAP course, instead of using their evening for leisure activities, many nights were spent to brainstorm the concept of participatory health administration and its possible mechanism for implementation in the ARMM. It was not without debates among themselves. They often have to take time to level off. As one of those privies to the processes they underwent, I could say that they went beyond what was demanded by the PCHAP course. However, without the opportunity provided by the PCHAP course of bringing them together to reflect, and to be inspired by the concept of participatory health administration, they would have not tried to make

a difference in the ARMM. For me, this is one of the most significant contributions of the course.

The PHDF as a concept and as an initiative remains significant in a region that is lacking with creativity and wanting of development. The PHDF, as a framework and as a vehicle to harness collective initiative, remains a revolutionary idea, given the way things are done in the ARMM. The current political situation in the ARMM is neither participatory, nor developmental. Peace and development remains problematic, if not absent, in this region. It is also the region where political decisions remain an exclusive privilege of those who wield political powers. The continuing advocacy of the PHDF by the members of the foundation is in itself a contribution. However, it is not easy and not without danger. The framework challenges not only the existing development paradigm in the ARMM but also the traditional politicians. Its advocacy is in a way a contribution towards a development paradigm shift in the region, especially in the area of public health administration.

The PHDF members now serve as a core of health professionals in the ARMM committed to participatory development. Majority of them now holds important position in the DOH-ARMM bureaucracy. As such, they do not only serve as a moving force within the health sector but could also serve as a model for other agencies in the ARMM. Most agencies in the autonomous region are notoriously known for its poor performance in delivering public goods. This is attributed to the lack of recognition of mobilizing people's participation towards effective governance. Armed by the PHD framework, the newly organized health workers in the ARMM, if continuously motivated and their capabilities harnessed, hold the potential of improving the system of health deliveries in the region. The advocacy and the pursuit for participatory health administration, to my mind, is the only way to improve the health conditions in the region.

Challenge

The ARMM, since its establishment is plagued by numerous challenges. While endowed with rich natural resources, the current socio-economic situation in the region reflects a state of widespread poverty and the lack, if not the absence, of basic social services compared to the rest of the regions in the country. Moreover, while misery and destitution afflict a great number of people in the region, the Muslims, are far more marginalized compared with the rest of its constituents. As such, peace and order condition remains a major concern in the area. Political leadership in the region is notoriously known to be clannish and traditional and failed to respond to the development needs of the majority especially in enhancing human capital. Good governance remains to be

realized in the ARMM. For many, the ARMM is the best example of how not to run an autonomous region.

Recently, the ARMM was expanded, with the inclusion of the City of Marawi and the province of Basilan, where a new set of leaders was installed/elected. As a newly expanded region, it means an increase in demand for public health, as these two newly added political subdivisions are in no way better than the rest of the ARMM provinces. This means an additional demand for a work-force trained in participatory health administration for the newly incorporated political subdivisions, on top of the great demand for additional advocates and practitioners of participatory health administration in the former ARMM provinces. With its newly elected ARMM leaders, there is again the challenge for PHDF members to vigorously advocate the PHD framework within the bureaucracy to gain popular support, and to facilitate grassroots initiatives in the region. There remains a huge demand for PHDF members to help build the capacities of various communities in the ARMM if it is to ensure better delivery of health services.

The PHD framework and foundation, while considered promising and undeniably an investment in the right direction, is still in its infancy stage. There is a great need for skills upgrading, continuing coaching and field exposure for former PCHAP participants. It aims to enhance their capability and to sustain their commitment to participatory development collectively.

In a region where overseas development assistance is badly needed, it is also where most donors are hesitant to invest due to the problem of peace and the perceived inefficiency and corruption of the ARMM bureaucracy. The way the PCHAP course is done is an innovation in the implementation of overseas development assistance or ODA. The investment in the course directly contributes in building the "social capital" of the region, not the pockets of the few. The PCHAP course as a contribution for peace and development in the SZOPAD remains the only and the most significant program for the training of advocates of participatory health administration in the ARMM. Given the complex challenges of the ARMM, and the successes attained by the PCHAP course since its inception, and the commitment of PCHAP alumni to advocate for participatory health administration in the region, the continuation of the program remains more relevant than ever. The program is a significant investment in building the "social capital" of the ARMM. It is attuned with the development doctrine of giving a man/woman not a fish, but teach him/her how to fish for a lifetime. The empowering, challenging, and creative approaches used by the Asian Health Institute in running the program is not only worthy of

praise, but also of support.

By supporting the PCHAP course, the Japanese government has not only supported the cause of the 1996 peace agreement signed between the Philippine government and the Moro National Liberation Front (MNLF). More importantly, it has enhanced the capacities of local people, provided an opportunity for social reflection and forged local partnership in the region. To continue to contribute to the quest of the people of Mindanao for peace and development, the Japanese government is in the best position to help in contributing to the development the social capital of the region. Given what the program has achieved, the continuation of the PCHAP course, the provision of support for the continuing development of PCHAP alumni, and their local initiatives geared towards the realization of participatory health development in the region remain worthy of social investment. By doing so, international cooperation has been effectively forged.

Dr. Samuel A. Pahm (PHDF 議長)

**"PHDF - A New Health Dimension in the Autonomous Region in Muslim Mindanao,
Philippines"**

The PCHAP Training Course sponsored by JICA in Nagoya, Japan brought about the concept of participatory Health and Development Framework for Autonomous Region in Muslim Mindanao (ARMM). This framework contains different components that can be used to carry-out health programs at the grass-roots level in the region. It also envisions to complement the regular health program of the Department of Health (DOH) - ARMM. The development of a more comprehensive primary health program using participatory management methodology and principles towards a more sustainable health care system within ARMM is very appropriate not only in the ARMM, but also in other regions, and which can hopefully be achieved by this framework.

The institutionalization of this framework into a Foundation/PHDF (an organization that would serve to represent the health sector in ARMM in other avenue of health development) is of great importance to achieve its basic objectives.

It is very evident that the efforts of JICA and AHI brought about new models of program management that resulted to greater impact in terms of human resource development among the participants of PHCAP Course. The proposed follow - through In Country Training Program (ICTP) based on the framework will surely be a breakthrough in the context of Health Reform Agenda in the Philippines as a whole.

The need for deeper understanding and validation by the different stakeholders (both from JICA-AHI, DOH-ARMM, IPHC, and the members of PHDF) and the full acceptance, adaptation and implementation of this framework will surely bring new directions on health development in ARMM.

SAMUEL A. PAHM, M.D.

PHDF Chairman