

フィリピン保健医療制度の分権改革

福 島 浩 治

1. はじめに

フィリピンが民主化をとげてから、もうすぐ20年の歳月が経過しようとしている。フィリピンの民主化は、その後のアジア周辺諸国の民主化運動にも少なからぬ影響を与えたと言われる。本稿は、この新時代の幕開けとなったアキノ民主化政権によって法制化された地方分権に関する研究である。アキノ大統領は、それまでマルコス政権によって中央集権化されてきた行財政制度を転換し、地方分権化を進める方針を明確にした。1991年10月に新地方自治法（Local Government Code of 1991、以後 LGC 1991）を制定し、中央地方政府間の行財政関係や規制権限の変更・移譲、国家公務員の地方移管などを同法に基づき実施した。LGC 1991は、行財政システムの効率化を図るための再編・合理化という経済的側面と、マルコス権威主義体制からの決別という政治的意思表示でもあり、民主化の定着に向けた移行過程を広く内外にアピールするためにも重要な改革であった。地方分権化の推進は新憲法にも規定された政府の最重要課題の1つであった（第10章3項）。マルコス政権の打倒にともなった政治的民主化の実現が地方分権化を推進する原動力となり、同時に地域政策への住民参加をも制度化させるにいたったのである。その意味で地方分権化はフィリピン民主化の象徴的な改革であった。

フィリピンの地方分権化に関する先行研究は少なくない。例えば、財政調整機能の役割を果

たす IRA（Internal Revenue Allotment、内国歳入割当）の妥当性を経済学の立場から研究したもの[Capuno, 2003]や、その IRA の割当比率の決定過程が一部の国会議員により極めて政治的に行われたことを明らかにした研究[Diokuno, 2003]や、しばしば国会議員の地元利益誘導や汚職の源泉として批判されるポーク・バレル（国会議員に割当てられる開発資金）の検討から、実質的な地方分権化を推進しえない要因としてフィリピンの政治構造に着目する研究などがある[片山, 2001]。

ただし、これらの研究は主として中央から地方への権限や財源の移譲過程を制度的・総体的に扱うにとどまっており、地方分権化の焦点であった保健医療部門に絞った研究はいまだ多くない。本稿の目的は、政府や世界銀行などが論じるように中央集権的な行財政構造を地方分権化することで行政機能の効率と効果が増し、その結果として社会開発の推進に結びつき人々の健康回復と維持に結びつくのかどうかを検証することにある。政府による社会政策へのプライオリティが低い中で実施される地方分権化は、はたして想定通りの結果を生むのか否かをフィリピンを事例に検討する。

2. フィリピン地方分権化

2-1. LGC1991の概要

1991年10月、共和国法第7160号として制定された LGC1991は、全4編536項目から構成される。地方分権の対象となった主な中央省庁は、

農業省、環境天然資源省、保健省、社会福祉開発省、予算行政管理省であった。移管された中央省庁職員は7万人以上にのぼり、各地方自治体に分散配置された。農業・環境・保健・福祉などの行政機構は、いずれも住民生活に密着した重要な基礎的サービスである。

フィリピンにおいて地方分権化が実施されるのは今回が初めてのことはない。ただし、民主化後の分権改革が従来までと異なる決定的な点は、マルコス政権までは「権限の分散」(deconcentration) および「行政的分権化」(administrative decentralization) であったが、アキノ政権以後には「権限の移譲」(devolution) を伴った行財政構造改革であった点に特徴がある[片山, p.113]¹⁾。

LGC1991による行政権の移譲は、財政の分権化(fiscal decentralization)をともなった。地方自治体に割当てられる予算はIRA(内国歳入割当, Internal Revenue Allotment, 以下IRA)と呼ばれる。LGC1991の制定前後、このIRAの配分率は次のように改定された。現行IRAでは過去3年間さかのぼった内国歳入税の平均値を算出し、その40%を各レベルの自治体に割当てる。LGC1991以前の配分率は20%であったから2倍増の割当となった。各割当比率は州23%、市23%、町34%、バランガイ20%と法定基準が定められている。改定前には州27%、市23%、町40%、バランガイ10%であったから変化は一目瞭然である。住民に最も身近な自治体・バランガイへの配分率が倍増した一方で、市に変化はなく、州・町に対する配分率が減少した。また、各自治体への配分率の決定基準も見直された。現行では人口50%、面積25%、均等割25%となったが、改定前には人口70%、面積20%、均等割10%であった。主として人口を配分基準としていた改定前IRAが見直されたと言える。

しかし、例えば財政移転の分配率における公平性の問題は、人口や面積によってのみ判断されるべきではない。LGC1991により各レベルの自治体へ移譲された行政サービスの範囲、およ

表1 1980年代以降の自治体総数の変化

| | 1981 | 1991 | 1999 | 2001 | 2003 |
|---|-------|-------|--------|--------|--------|
| 州 | 75 | 76 | 78 | 79 | 79 |
| 市 | 60 | 66 | 83 | 113 | 115 |
| 町 | 1,497 | 1,540 | 1,536 | 1,496 | 1,497 |
| 村 | n.a | n.a | 41,940 | 41,943 | 41,959 |

出所) 1981, 1991, 2003年については, Diokno[2003], p.2, 1999年については Bureau of Local Government Supervision, National Barangay Operation Office, 2001年については <http://www.doh.gov.ph/data.stat/html/ptovincial.summary.htm>.

び各レベルの自治体総数が同時に考慮されねばならない。つまり中央政府から各地方自治体に拠出されるIRAの配分比率が公平性を担保するか否かは、この「移譲範囲」と「自治体総数」を総合して検討すべき問題である。

2003年現在における各自治体総数は、79州、115市、1,497町、41,959バランガイとなっている。前述したように、例えばIRA改定によりバランガイへの配分率が拡大されたことは、住民に最も身近な自治体を積極的に支援することを意味しており評価できるように思える。しかしバランガイ総数が全国に4万以上存在している点を考慮すれば「拡大」されたはずの財源規模はたちまち自治体総数により相殺されてしまう。同じことは他の自治体についても言える。改定IRAによる配分比率の変更・拡大は、移譲された行政サービスが円滑に実施されるよう設計されたと速断することは出来ない。また、経済成長過程にある大都市や都市化している地域と、地方農村地帯・山岳地・人口過少の離島などいわゆる条件不利地域とでは課税基盤に歴然たる格差が存在しており、しばしば地方行政職員の能力問題が指摘されるが、徴税率などは一概に能力問題に還元しうる問題ではなく、IRA配分の再検討をする上でも当該地域への視点は重要となろう。

ナショナル・ミニマムの達成段階にほど遠い途上国で、しかも7,000以上の島々から構成されるフィリピンのような群島においては、財源

の裏付けなき事務移譲はむしろ地方行政サービスの停滞ないし停止可能性を示唆する。

2-2. 分権化から合併化へ

表1に見るように、LGC1991制定前後における自治体総数の変化は注目に値する。とりわけ市の増加が目を引く。増加の理由は経済成長が全国規模で展開しており都市化が急速に進展しているからではない。この原因は、第1に市が責任を負うべく移譲された行政機能に比しIRA配分率が極めて高いこと、したがって市昇格へのインセンティブが強く働いていること、第2に上述したように町へのIRAが減少した結果、移譲権限に対する町財政が逼迫化していることが主要因である。言うまでもなく第1と第2の問題は裏表の関係にある。たしかに州や市と比べると町へのIRA配分比率は高いが、前述したように町自治体の絶対数が異なっている。

このような問題が浮上する背景を考えると、行政機能の移譲にともなった財政調整制度は、必ずしも自治体間で公平に配分されることを念頭に設計されたとはいえない。その結果、すでに財政難に直面していた町は、その動機が何であれ、近隣自治体との合併化の道筋を探らざるを得なくなるのはごく自然な成り行きである。したがって合併化は地方分権化にともなう制度設計ミスの結果なのか、政治的利害あるいは政策誘導的に行われたものなのかが問われる²⁾。

LGC1991にともなった一連の行政改革は、一方で地方分権化を推し進めたが財政調整機能の「未整備」から、他方では合併化に見るように行政の広域化が全国規模で展開しているのが実態である。フィリピンで移譲権限に見合ったIRAの再検討が議論される所以である。地方行政の広域化は行政効率の向上を第1の目的としている以上に、小規模自治体財政の逼迫化から合併を余儀なくされている面が否めない。

分権化にともなった制度や統治システムの見直しは、マルコス政権時に肥大化した官僚主義の弊害を克服し住民の視点からサービスを計

画・立案・実施し、生活の向上をはかるという目的から大きく遠ざかっている。そこで政府や国際機関は、地方財政の逼迫化や格差拡大にともなう諸問題を「政府間協力」の推進によって打開しようとしている。だが「協力」が意味するのは、自治体間の「痛み分け」の推進であって社会全体の是正措置ではない。こうした政策の軌道修正からも、分権改革にともなう社会経済的弊害への認識が、当初より政策立案者の側に不十分であったことが露呈されている³⁾。

以上、LGC1991制定および実施過程と、それに付随した新たな諸問題の浮上と、その背景要因となっているものを検討してきた。次に、構造改革のなかで進む中央地方政府間関係と地方行財政制度の変容をミクロな視点から分析する。地方に移譲された個別・具体的な行政機能の制度的変容と地域的・部門的影響に着目する。社会政策の中でもとくに保健医療部門に注目する理由は、分厚い貧困層を抱えるフィリピン社会にとって極めて重要性が高いためであるが、それにも増して分権改革の焦点がまさに保健医療部門にあったためである。

3. 分権改革と保健医療

3-1. 分権改革の焦点としての保健省

フィリピンにおける分権改革は、集権体制の弊害打開を目的に民主化政権が打ち出した政策であったが、逆に地方分権化することで新たな問題や課題が浮上してきたのも事実である。「地方分権の後押しをしたことが、重要な地方分権問題を解決する緊要性を増すことになったのである」[世界銀行、2003]。しかもLGC1991の焦点が保健省(DOH)であったことは、地方分権をめぐる検討事項をより複雑なものにしている。

保健医療業務の諸権限は中央政府から地方自治体へ移譲され、移管された全中央政府職員7万人のうち保健省からは約2万5千人以上が地方移管された⁴⁾。保健省職員は約3万5千人であったから7割近くの職員が移管されたことになる。

表2 LGC1991以後の国・各自治体の事務分担

| | |
|---|--|
| 村 | バランガイ・ヘルス・センター, デイケア・センターなど保健サービス |
| 町 | 基礎医療, 母子保健, 伝染病管理など保健医療サービス, 伝染病・非伝染病コントロール, 第2次・第3次医療, 薬・医療器具の購買 |
| 州 | 病院, 第3次医療サービス |
| 市 | 町と州が実施する全てのサービス |
| 国 | 保健情報・教育, 保健医療サービス供給の標準化, 規制権限(資格, 含む公務・民間), 研究調査・疾病監視, 疾病コントロールの部分的維持, 国立・管区病院の直接管理, 海外債務によるプロジェクト管理, 住民ニーズに対応し切れない自治体への財源増加責任 |

出所) 村・町・州・市については The Local Government Code of the Philippines, 国については Philippines: Devolution and Health Services, World Bank, 1994.

一方, 財政的側面から見た場合, 分権化によって移譲された行政機能に関わる経費総額(「分権機能費用」Cost of devolved functions, 以下略 CODEF)は約63億ペソである。そのうち保健医療部門(「保健医療分権機能費用」Cost of devolved health functions, 以下略 CDHF)が全体の65%をしめる。複数の省庁に渡り実施されたことを考慮すれば, 分権改革の焦点が保健医療部門にあったことが理解できるだろう。

先述したように民主化後の分権改革は従来までの行政機能の分権化の繰り返しではなく, 権限移譲をともなった分権化であった点に特徴がある。つまり「公衆衛生および病院の操業は, もはや国家の行財政による管轄事項ではなくなった」[World Bank, 1994, p.49~50]。各自治体の事務分担は表2の通りである。重要な点は, 分権改革に合わせ配分比率が変更されたIRAは, 必ずしも移譲された部門に充てることを義務づけていないことである。IRAは一般財源であり, 割当に関する最終的な決定権限は地方政府首長にある。その点を考慮すれば, 今後, 住民ニーズに応じた保健医療サービスが提供できるか否かは, 各地方自治体に依存する。換言すれば自治体および保健医療施設のパフォーマンス次第では, 社会サービスに従来以上の地域格差が生じるという以上に, 地域によっては保健医療システム自体が崩壊する可能性すら否定し切れない⁵⁾。

理論的には, 中央集権的な行政システムを分

権化することで多様な住民ニーズに応じたムダのない保健医療サービスが地方レベルで可能になる。保健省による全国画一ではない地域的特性に応じた適切で柔軟な資源配分とサービスの実施が住民の健康問題を改善し, 同時に逼迫化した財政の効率的利用にもつながり有効である。効率的かつ効果的な行政サービスの実施が地方財政問題の緩和と効率的行政の実現を同時に達成できるからである。住民の目に見える形でのサービス向上により, 住民と自治体の信頼関係を醸成し住民の納税率を高め自治体財政の自立化と予算の透明化がはかれる[Milwida M. Guevara, 2000]。これらの理論的想定が, 地方分権をして「効率」「効果」「説明責任」などの観点から論じられる所以となっている。Milwidaは, 今後の中央政府の役割は自治体の「監視役」から自治体能力形成の「推進役」へ変質させるべきだと主張する[同, p.282]。

地方分権化は「競争」という要素を内包させてもいる。権限移譲とは自治体独自の公共サービスの「あり方」を考案することが必然であるから, 独自性の創出に向けた自治体間での競争意識が発生し, より良い地方行政や地域医療システムが考案されるはずだからである。この競争関係は自治体間だけでは効果が半減するため, 官民の間で実施することから相乗効果が期待できる。保健医療という従来までは主として公的部門が担ってきた分野へ民間が新規参入できる規制緩和策が要請される。ここに地方分権

が、規制緩和と民営化の同時進行過程とならざるをえない理由がある⁶⁾。「官民パートナーシップ」(PPP, Public Private Partnership)の推進も、こうした政策の一環として行われているものである。

しかし保健医療業務を地方分権化することへの懸念も存在している。例えば地方行財政制度などの地方制度確立の有無、地理的環境の差異などによる福祉水準の格差拡大などは典型例である。先進国では全国的に栄養摂取量・医療水準・寿命などがほぼ平均化しているから、多様化する住民ニーズに中央政府が応え切れず、地方自治体に十分な税財源を移譲することで住民参加に基づく地域の特性に応じた福祉政策が有効となりうる。だが、フィリピンなどの開発途上国では状況は大きく異なる。地域の特性に応じたきめ細かな政策よりも、まずは全国的な保健医療水準の向上が最優先事項として求められているからである。

地方分権化に付随する事態への危惧は当初よりあった。フラヴィエール保健大臣(当時)は、制度改革の影響評価を依頼した世界銀行の内部資料のなかで次のように述べている。すなわち「LGC1991による急速かつ広範囲に及ぶ地方分権化が、保健医療システムに甚大な影響をきたし、その結果、業務量を急速に低下させてしまうのではないか」[World Bank, 1994]。保健医療という社会的性格を有した公的部門の改革は想定された結果とは裏腹に、むしろ逆効果となりかねない点を指摘している。社会の多方面に渡り歴然として存在している格差は縮小することなく逆に拡大し、自治体間のみならず個々人の間においても社会的な公平性の実現から遠ざかりかねない。しかも保健医療における「格差」は、生命に直結する問題であるだけに深刻である⁷⁾。

3-2. 保健医療財政システムの転換

図1は、1992年から2001年までの10年間に

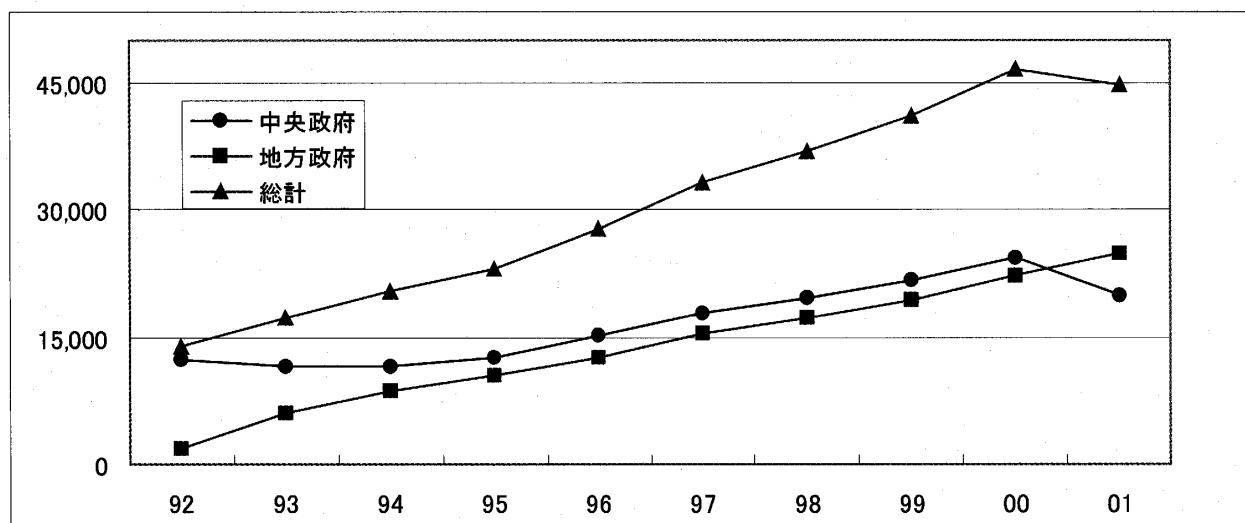
おける中央地方政府の保健医療財政支出の増減を表したものである。LGC1991により、それまで財政支出のなかった地方政府において年々増加していることを確認できる。一方、権限を移譲したはずの保健省でも支出増が見られ、地方政府支出の増加は中央政府支出の削減に必ずしも結びついていない。両者の支出増加により保健医療財政支出は90年代に3倍増となった。しかし2000年を境に中央と地方の支出総額が逆転しており、保健省支出の減少が保健医療財政全体の支出を押し下げる結果となった。いずれにせよフィリピン保健医療財政構造は歴史的な転換点を迎えることとなった。

従来までの保健医療システムは、保健省管轄の国立病院と民間の私立病院との2層構造であったが、LGC1991により国立病院・公立病院・私立病院に加え、90年代以降に増加している官民共同経営システムの導入により4層構造となった⁸⁾。官民共同経営への移行は、とりわけ首都圏を中心とした国立専門病院に見られる。

図2・3は、1992年から2001年の10年間に

おける中央地方政府の保健医療財政支出の諸変化を見たものである。比較して明らかな点は、第1に保健医療支出の増加を両者ともに確認できることである。特にLGC1991施行後の地方自治体の増額が顕著である。増加を用途別に見ると保健省では全支出額の60%以上が人件費に充てられており、地方自治体では20%前後で推移している。保健省支出の過半は人件費である一方、地方自治体は維持・管理費等に充てられ、その他を含めれば80%に達する。この統計から地方分権の実質的な進捗を確認できるが、他方では地方移管された3万人近くの医師・看護師などの給与を含めた雇用問題が懸念される。

(百万ペソ)



出所) Philippines National Health Accounts 2001, National Statistical Coordination Board [April, 2003]
p.16, p.21から作成.

図1 中央—地方政府の保健医療財政支出

によって財政移転量も違う。したがって複数の自治体を一律に平均化した政府統計データによっては、各自治体における LGC1991施行後の変化を推し量することは出来ない。

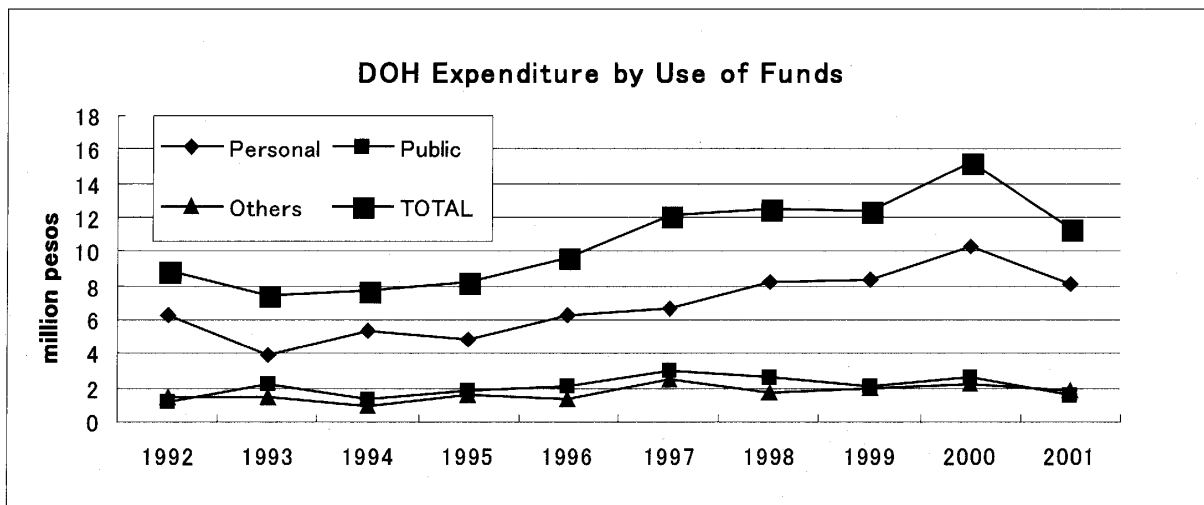
事実、国公立および官民共同へ移行した保健医療施設においては、一般的に大幅な予算削減が確認できる。1999～2001年までの3年間を見ても15～30%の削減が見られる。例えば、西サマール州では、対保健医療予算比率は人件費88%，維持・管理費55%となり、全体として76%に低下した [HSRA, 1999]。またセブ州の2003年度予算は11億ペソであったが、州内に18ヵ所存在する保健医療施設予算は1,500万ペソであり予算総額の1.36%を占めるにすぎなかった。その一方で公共事業予算は6,000万ペソもあり、およそ4倍の額となっている。「各地方自治体は保健医療分野以外の公共サービスを選好」している証左である⁹⁾。現在9つの州、10市、72町でその事実が認められ、さらに11州、15町では財源不足額を上回る保健医療費が削減されている [Capuno, 2001]。

こうした地方自治体による予算行動は、どのように説明がなされるべきだろうか。むろん保

健医療支出が自治体首長の裁量となった現在では、予算の増減は地方政府首長の政治判断に依存するところが大きい¹⁰⁾。しかし財政システムの観点からも検討がなされなければならないだろう。つまり、中央政府から地方政府に財政移転される IRA は権限移譲に見合った配分がなされているのか否かが問われる。不適切な IRA 使用は早急に見直されるべきだが、全国の自治体総数を考えた場合、上記のような事例が全ての自治体で見られるとは言い切れない。各自治体への移譲権限に見合った IRA 設計がなされていないこと、自治体によっては保健医療に対して十分な関心を寄せていないこと、自治体の財政能力に応じた IRA の制度設計になっていないことなど複数の要因が存在していると思われる。

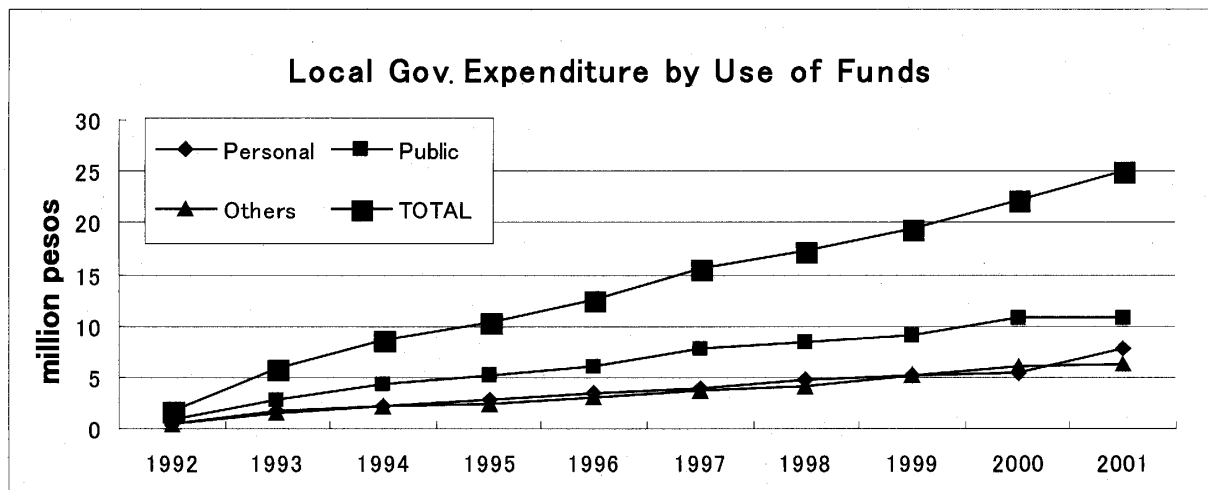
3-3. 保健医療財政システムの問題点

LGC1991施行後、州・市・町・バラングイの各自治体のうち、IRA は州と町とに不足していることが確認できる。とりわけ州財政が深刻である。その原因は IRA の法定基準が、州=23%、市=23%、町=34%、バラングイ=20%となっ



出所) Philippines National Health Accounts2001[April, 2003], p.20, 表2.11より作成.

図2 保健省・LGC1991制定後10年間の使途別保健医療財政支出の推移

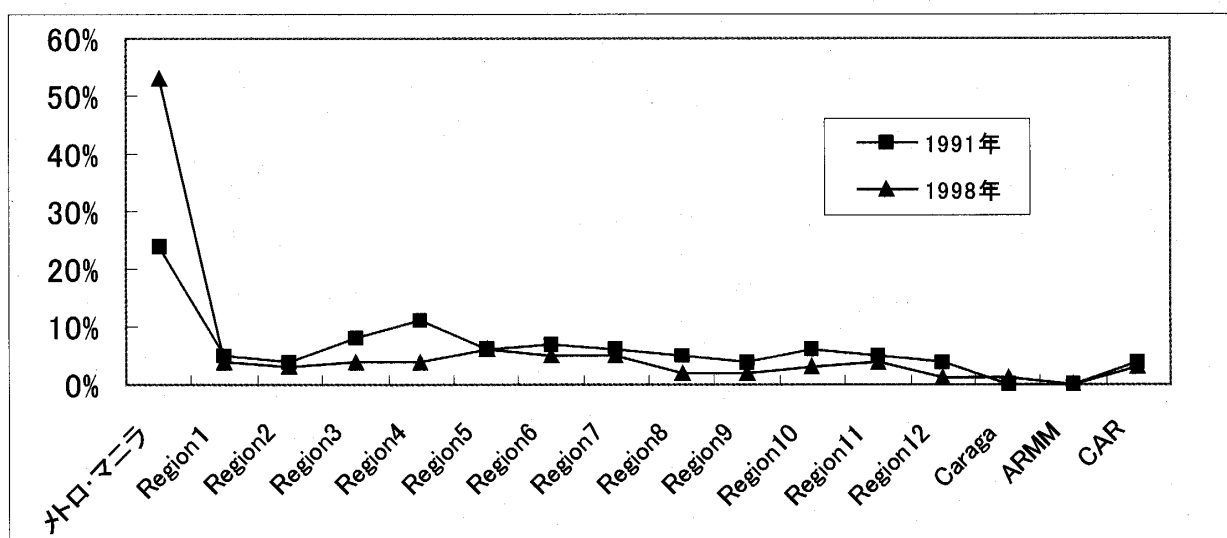


出所) Philippines National Health Accounts2001[April, 2003], p.21, 表2.12より作成.

図3 地方自治体・LGC1991制定後10年間の保健医療財政支出の推移

ているにも関わらず、IRA の65%を占めるCDHF（「保健医療分権機能費用」）は、州（＝59.7%）と町（＝37.7%）で全体の97.4%を占めていることにある。市の負担は2.6%である。CODEF の65%をしめるCDHF（歳出）とIRA（歳入）を比較対照すれば、例えば州と市政府へのIRA 配分総額は23%で「公平」だが、実質的な業務負担は州政府が59.7%と極めて重く、

市は2.6%となっており明らかに不釣り合いである。さらに行政区の観点から見れば、LGC1991制定時には、全国に州政府が76に対して市政府は60であった。この点からも当初から市政府に有利、州政府に不利な財政移転制度であったことが理解できる。「合併化」でも指摘したように、町合併が急速に進展し市政府が10年間で倍増した背景にはこのような制度上の原因がある。町レ



出所) Health Sector Reform Agenda, Philippines 1999-2004 [1999], p.14, Table9.より作成。

図4 LGC1991施行前後のDOH保健医療支出の地域比較

ベルでの合併はありえても、州レベルで合併を進めることは容易ではなく、その意味でも州財政の逼迫化による州行政の役割低下は避けられない。下位自治体間の調整役を担うべき州政府の機能不全は多くの問題を惹き起こす可能性がある¹¹⁾。

さらに指摘されるべき点は、法定基準に従えば州政府には市政府と同じIRA (23%)が財政移転されるはずだが、実際には18%で基準に及んでいないことである。同様に町に対しては34%を基準としているが、実際には26% (92年)、29% (93年)と遠く及ばない¹²⁾。その結果、全国の30~36の州政府、35~102の町で深刻な財政難となっている[Capuno, 同上]。最も困難な状況にある州政府はPangasinan (5,175万ペソ)、Leyte (4,697万ペソ)、ILOILO (3,750万ペソ)の3州である。

保健医療財政の偏在は自治体間だけではなく、首都圏とその他の地域との間においても拡大している。図4は、LGC1991施行前後における保健省の地域別に見た支出比の変化である。図からはマニラ首都圏に立地している施設への支出額は倍増以上の伸びを示しているが、その他のほぼ全ての地域では減少している。支出の

50%以上が首都圏で使用されている。これは首都圏に国立病院・専門病院・研究所等の施設が集中しているためだが、全国の地域別人口構成や乳幼児死亡率・妊産婦死亡率など、いわば「必要性」に鑑みれば、必ずしも首都圏に限定されるべきものではない。むしろ医師・看護師などのスタッフ・治療薬・医療器具など医療全般において不足しているのは地方農村地帯・山岳地域・離島など首都圏以外の地域である。地方分権化は、首都中心型の保健医療体制を克服しえなかったと言う以上に、そのことが逆に強化されてしまった感が否めない。

フィリピン地方分権化の検討には、中央地方政府間における行財政関係の制度的変化への認識を基調に、保健医療は役所内ではなく保健医療施設で行われるというごく当然のことから保健医療現場への視点が不可欠である。すなわちカネの流れから見た中央政府→地方自治体における一方向的な検討ではなく、現場から見た政府間関係の変容という分析視角こそが重要となるはずである。

3-4. 保健医療現場へのインパクト

3-4-1. 財政システム転換の影響

Capuno の研究によれば、権限移譲前（91年）と移譲後（93年）の保健医療支出は、純 IRA 増額がマイナスだった22州、23町で減少が確認できる。しかし注目すべき点は22州の中には Cebu, Cavite, Pangasinan のような比較的経済発展の進んだ州から、Southern Leyte, Quezon, Romblon のような経済的に未発展の州まで幅があることである。保健医療に対する政策的優先性は、かならずしも地方の財政状況には依存しないという事実は重い。Capuno が指摘しているように「IRA の不足が少なくとも州の2/3、町の1/4で支出減少を説明する重要な要素の一つ」となっているが、他方では地域医療の行方は地方政府首長の政治判断に大きく左右されることを如実に示している。

1999年に保健省がアメリカ国際開発庁（USAID）の支援によって作成し公表した「保健医療部門改革のアジェンダ」（Health Sector Reform Agenda, 以下略 HSRA）の焦点は、LGC1991制定後の保健医療財源問題にあった。その緩和策とは保健医療施設の収入増加の要請である。すなわちサービス料金の厳格な設定と定期的な見直し、円滑な料金徴収システムの考案を通じた施設収入の増額が求められている。この「増額」が意味するのは単に予算不足の補てんではない。施設の財政的自立化にある。つまり国公立施設を財政的に政府・自治体から切り離す点に意図がある。LGC1991制定後、保健医療システムの行き詰まりを政府自身が認めざるをえない状況の中で出されたアジェンダは、政府や自治体の新たな役割を模索するのではなく、むしろ問題を現場に転嫁する方針が出された。そのことが入院・治療・薬剤費などを高額化させている要因であることは言うまでもないが、問題は社会の多数派である貧困層にとって支払不可能な料金体系にまで高額化していることである。

フィリピン中部に位置するボホール島

（Bohol）に所在する Gov. Celestino Gallares Memorial Hospital（G.C.G.M.H.）は、島の中心都市タグビララン（Tagbilaran）にある市立総合病院（第3次医療施設）である^{13）}。女性院長の Nenita Moraga によれば、病院予算が近年に至り毎年のように削減されている。G.C.G.M.H. の『2002年度中期予算報告』によれば1億1066万4567ペソであった1999年度予算は、翌年には1億1598万3784ペソに微増したが、2001年には1億1356万450ペソに減少し、2002年には1億1111万6660ペソとなった。2000年以降、毎年200万ペソずつ予算を削減されている。今後もこの傾向は続くはずだと同院長は話す。予算が削減されれば病院規模・維持管理費・人件費などの諸経費を縮小・削減するか、外来・入院患者が受ける診療・治療などから料金を徴収して施設の維持・存続を図るか、その両方を同時に実施するかを選択となる。

入院費用は1日あたり567.19ペソ（2000年）、564.98（01年）、602.03（02年）と変化しており、診療・治療費をのぞく入院費用だけで600ペソもの高額料金を課されるようになった。これは Philippine General Hospital や民間資金を導入し経営形態が国立から官民共同へ移行した National Kidney Hospital など、大都市に立地し充実した医療設備と人材を有した専門病院とほぼ同額の料金体系である。2005年10月現在のフィリピンにおける最低賃金は、最も高いマニラ首都圏で288-325ペソ、最も低いムスリム・ミンダナオ自治区（ARMM）で180ペソである。平均的な治療薬代金は、129.47ペソ（00年）、189.21ペソ（01年）、256.18ペソ（02年）と3年間に倍増し、同じく治療費も244.05ペソ（00年）、199.56ペソ（01年）、303.93（02年）と増加している。入院患者用の食事代も26.01ペソ（00年）、29.07（01年）、40.49（02年）と高まる一方である。それでも経営困難な同病院では増改築工事を実施して個室を増やすことで収入増をはかる予定だと言う。フィリピンを代表する保健医療 NGO の 1つ HEAD（Health Alliance for

Democracy) の調査によれば、病院にかかる料金は1ヶ月の平均所得の3倍となっている。

治療薬の高額化との関連で受ける影響は小さい。フィリピンで罹患者数に対する死亡率が高いのは結核である。政府に報告された全国の結核罹患者数は、11万9,181人(95年)、16万5,453人(96年)、24万509人(97年)と増加傾向にある。同年の死亡者数は2万7,053人(95年)、2万7,368人(96年)、2万3,056人(97年)であった。罹患者数の増加に比べ死亡率の高止まりが明らかである [Philippines National Health Accounts 2001]。結核患者が増加している要因の1つに治療薬の高額化があることは間違いない¹⁴⁾。いまや結核は治療可能な時代であるが、治療薬の高額化が罹患者のアクセスを拒んでいるのである。

HSRA は、保健医療施設に経営効率・組織のスリム化・料金徴収システムの考案などを求め、いわば現場の自助努力によって改善するよう要請したものだ。それは結局のところ利用者負担原則に帰結し、料金体系が支払能力を大きく上回り人々のアクセスを拒むことにつながっている。例えば国立の伝染病専門病院 San Lazaro Hospital は料金制導入後、来院患者総数が2万2,774人から1万7,444人に急減した(2001～2002)。貧困層にとっては「政府が実施する保健医療サービスは役立っており、公共部門における料金の値上げには慎重でなければならない」と警鐘を鳴らしていた Wilfred G. Nuqui の指摘は重いものであった [Nuqui, January 1991, UNICEF]。

LGC1991および HSRA にともなう中央地方の財政変化による現場へのインパクトは様々であるが、とりわけ貧困層への影響が懸念される。「持たざる者」が多数をしめる社会の中で「持てる者」を基準にした制度導入の結末ほど明らかでない。政府は貧困層のアクセス問題を回避するため国民健康保険 (NHIP) への加入促進が重要だと主張する。だが日常生活にさえゆとりがない中で継続的な保険料金の支払い

が可能な者は多くない。予算を充実化すべき状況の中で逆に予算は削減され、しかも財政依存からの離脱方針が打ち出されたことは施設毎の自主採算制への道を開くことを意味しており、施設の維持・存続問題や医師・看護師など医療専門家の空洞化・不在問題が従来以上に深刻化せざるをえない。HSRA には国公立施設と民間との「協力」関係構築、財政自立化後には公営企業へ転換することなどが明記されており制度改革の基本姿勢がよくあらわれている [HSRA, p.58]。

懸念事項の1つである統廃合問題は今後予測される事態ではなく現在進行中の問題である。イサベラ州では州内に存在する全37病院、224 バランガイ・ヘルス・センターのうち、すでに10施設が閉鎖された¹⁵⁾。これにより18町、164 バランガイ住民の約30万人に影響が及んでいる。閉鎖された地域住民は20～30kmの移動を余儀なくされることになった。フィリピンなどの途上国では、とりわけ道路が舗装されていない地方農村地帯や山岳地帯では1kmの移動さえ困難をきわめる。川を渡らなければならなかった地域では、増水しやすい雨季には船が運行中止となりやすく移動そのものが不可能となる。採算の見込みのない病院や診療所は統廃合されていく。診療・治療費を値上げしなければ施設の維持・存続は出来ず、上げれば低所得者層のアクセスは拒まれ来院数は減少し、遅かれ早かれ採算が取れなくなる。統廃合化は採算ベースに基づいた経営方針の帰結であって、住民ニーズの希少性を物語るものではない。さらに問題となっているのは都市部に立地している病院の混雑化である。都市周辺部での統廃合化により都市部の病院に利用者が流れ込む結果である。第一次医療を求める患者が都市部の第3次医療施設に殺到する。そのため救急治療が必要な患者にさえ手が回らなくなり非効率性を助長する結果となっている。

このように統廃合化される保健医療施設が存在する一方で、他の自治体では維持・管理が困

難となり、移譲された権限を中央政府に返上する事例も増加している。2003年12月現在、全国72施設が返上されている。しかし政府は増え続ける権限返上を問題視し、地方政府による返上を一時停止すべきだとした〔HSRA, p.58〕。あくまで当該部門の地方分権化を維持し、地方の実施義務とする姿勢を崩していない¹⁶⁾。

保健医療制度の分権改革は、当初の想定通りに行行政効率を高め社会サービスの向上に結びついてはいない。むしろ保健医療をとりまく環境は切迫化している。「権限」に相応する財源の確保が困難である以上、中央政府にとっても地方政府にとっても権限はコストである。分権改革は中央地方政府間における財政負担の「押し付け合い」という側面が強く現れていることは明らかであろう。

3-4-2. LGC1991以後の労働問題

このような政府間の「調整」による被害者は患者や住民など利用者であることは言うまでもないが、現場で働く労働者にとっても影響は無縁でない。医療専門家への影響は患者・利用者への影響にもつながる。

労働現場における深刻な問題として医療専門家の海外就労がある。2001年度に海外渡航した医療専門家は1万人を超えて1万3,536人に上った。この人数は対前年度比で倍増した計算になる。翌年の1～8月の間には7,855人の看護師が出国している。フィリピン海外移民労働者総数800万人のうち、30万人は医療専門家である。主たる渡航先はサウジアラビア、イギリス、アメリカ合衆国などとなっている。むろんフィリピン人の海外就労の増加は昨今に始まったことではない。海外雇用庁（POEA）の存在を指摘するまでもなく、労働者の送出しは70年代から一貫とした国家の政策である。しかし注目すべきことは、これら海外渡航した医療専門家30万人のうち約40%（12万人）が95～2000年までの短期間に出国している点である。これは分権改革が本格的に始動し影響が現場に現れ始めた時期と重なる。つまり賃金・労働時間・雇用関係な

どの労働条件がこれまで以上に悪化しているのである。先述したように施設の統廃合化が進むなかで、国内就労がこれまで以上に困難となっていることは想像に難くない¹⁷⁾。

これまで医療関係者の雇用主は公的機関と民間部門とに大別されてきたが、LGC1991を通じて前者は国家公務員と地方公務員とに分かれた。一方、民間の労働者は独立開業医と私立病院勤務とに分かれている。前者についてはLGC1991によって地方移管する基準の不明確さや給与の減額（Social Watch Philippinesの調査によれば平均1/5～1/3に減少）などから不公平感が高まっており医療現場での職務意識の低下が懸念されている。保健省職員には教育機会や昇進機会などの特権が維持されており対立構図に拍車をかけている。また給与格差は中央と地方の間にのみ存在している訳ではない。自治体間にもある。これらの是正策として政府はマグナ・カルタや給与平準化法などを制定したが、財源不足を理由に十分に実施されないまま今日にいたっている〔ILO, 2000〕¹⁸⁾。「低下」は給与面だけの問題ではない。奨学金制度など人材育成のための予算も削減されている。その結果、中途退学を余儀なくされる医学生が増加が問題となっている。予算削減の理由は従来までは政府・保健省によって行われていた同制度が、LGC1991により地方自治体の管轄事項となったためである。既存の施設を統廃合せざるを得ない中で人材養成にまで予算が回らないのは当然である。ドロップ・アウトした学生の中には、バラングイ・ヘルス・ワーカーとして末端の自治体で医療行為以外の分野で住民の健康維持活動に携わる者もいる。

海外就労を促している経済的要因は内外賃金格差であることは言うまでもない。平均的な看護師給与がフィリピンで月額170～300ドルなのに対して、例えばアメリカでは約3,000ドルであることが流出の促進要因となっている。しかし一般的に説明されるように国内雇用の喪失を海外労働市場で補いかつ高給を得るのだから問

題なしと言えるのか¹⁹⁾。このような見方には医療専門家の流出が国内医療環境に及ぼす影響への認識が十分でない。例えばセブ市の国立病院では平均90~100名の患者を1人の看護師がケアしなければならなくなっている。マニラでは1人の看護師が200名もの患者を世話する国立病院が存在している。このような環境のなかで看護師1人のもつ力には限界があって当然である。1人1人の患者に目が行き届かないことと、医療や治療ミスの可能性の高まりは相関関係にある。救急患者に手が回らず生命の危険さえ否定できない。それは看護師などスタッフの未成熟性にあるのではなく、長時間・過密重労働をはじめ「人材不足」に根本原因がある。

一般的にフィリピン人看護師は内外の賃金格差によって海外就労すると論じられるが、たしかにそれ自体に間違いはない。しかし国家の保健医療への政策的プライオリティが低いなかでLGC1991の制定が従来以上に労働環境を悪化させたという認識は重要であろう。図2・3でも見たように地方での保健医療予算は全体の約8割が施設の維持・管理費等に充てられ、残りの予算が人件費となっている。このわずかな予算で地方移管された者たちの給与を完全に賄うのは困難である。保健医療の現場は患者にとっても不利益な条件が制度化されたが、同時に働く者にとっても過酷な労働環境が合法的に創出されたのである。看護師の国際労働力移動は医療専門家の海外就労が増加する国内背景要因と、海外就労の増加にともなう送り出し国の社会的影響に配慮した検討が必要ではないだろうか。第3次保健医療施設で働く看護師の50%がすでに海外に渡ったという調査すらある²⁰⁾。

また移動の新たな現象として医師が看護師免許に切り換え海外へ渡るという流れも急増している。ピコール地方だけでも医師の約20%が看護師資格の取得に向けて専門学校に通っており、ドゥケ保健省長官は2005年8月現在およそ6,000人の医師が看護師資格の取得を目指していると報じた²¹⁾。2004年度の調査では約2,000人

であったから1年間に3倍増したことになる。看護師とともに看護師となった元医師の海外就労問題にも注目しなければならない。フィリピン国内での医師の平均給与が月額800ドルなのに比べて、米国では看護師の月額給与が3,000ドルと4倍近いことが移動の決定要因であろう。しかし国内労働環境の行き詰まりが海外就労を目指さざるをえなくなっている要因である点は、やはり確認しておく必要がある。

フィリピン人看護師の受入国の視点から見れば、高所得国における少子高齢化・夫婦共働き・長時間労働などによる家事・介護・看護職の社会的ニーズの高まりが労働市場を開放する要因となっている。これらの国々では福祉国家財政の再編が政治的焦点となるなかで、コスト削減の一貫として低賃金労働力に依存せざるを得ない構造的問題がある。しかし高所得国ニーズの高まりは、フィリピンにおける社会的ニーズの低下を意味しないことは言うまでもない。それでもフィリピン政府が看護師などの専門・技術職の海外就労を積極支援し、社会的ニーズ以上に労働力輸出を奨励するのは、在外フィリピン人からの外貨送金がフィリピン経済にとって決定的な重要性をもっているからである。LGC1991以後の医師・看護師の労働条件の悪化は、一方では社会的ニーズに応じることから後退せざるをえないが、他方では労働力輸出の圧力要因となっており、皮肉にも政府の海外雇用政策に合致する結果となっている²²⁾。

3-5. 地方分権化と参加

政府は医療専門家の空洞化に対応するかのよう「参加」と称してNGOなどボランティア募集を奨励している。ボランティアの存在価値を否定しないまでも、医療という専門的な知識と技術が問われる世界でボランティアの役割には限界がある。空洞化の穴埋めとしての住民参加であれば、参加型社会の実現に向けた地方分権化の趣旨から遠ざかることになる。

この「制度としての参加」と「実態としての

参加」がどのように展開しているかは、民主化と地方分権化の深まりを見る上で重要な要素となろう。制度としてみた場合、LGC1991では法的に地域保健医療委員会（Local Health Board）の設置が認められ、各地域における保健医療政策に NGO などの住民参加を義務づけている。これは住民を政府・自治体が実施するサービス事業の一方的な受益者から、地域の保健医療のあり方に直接関与するという住民の主体的・積極的な位置付への見直しであり、行政と住民の双方向的な関係を制度化した画期的な仕組みである。

こうした社会制度が整ったこと自体に民主化と分権化の成果を見るべきだが、問題はその実態である。委員会の設置理由は「分権化が民主化を進める制度的な枠組みを提供するという理解に基づいて、より民主的な地方政府運営を指向するなかで採用」[川中, 2003] したものである。だが、委員会へ参加する NGO など住民代表者の選出決定過程の不透明性や、委員会は形式だけのもので政策決定過程には無力であるという批判が既に出ている。こうした問題の背景には制度が生かされにくい地方政治の問題点が指摘できる。住民参加問題のみならず、医療専門家を巻き込む環境もこの地域的特質に依存している。LGC1991は地方首長の果たす役割を高めたが、例えば医療専門家の雇用条件や採用枠、選抜と昇進は首長の情実的・政治的判断により左右されているとの調査がある [ILO, 2000]。こうした事実は中央政府レベルで生じていた問題が分権化によっては克服されることなく、そのまま地方へ「移譲」されたことを物語る。

地方分権化の象徴的意味をもつ参加制度は、現地 NGO などからも厳しい評価が下されている。空洞化対策としての「参加」ではなく、また形式的な住民参加でもなく、伝統的な地域基盤をも掘り崩すような制度への発展と活用が今後の大きな課題である²³⁾。

4. むすび

地方分権化を遠心力とすれば、フィリピンにおける民主化後のそれには2つの意味がある。すなわち60年代以降の開発政治に対する民主化運動の結実として積極的に把握される側面と、歴史的に形成された社会経済構造の変革なき分権化は人々の生活向上には結びつかないという消極的ないし否定的な解釈である。同じ地方分権化ではあっても遠心力への着眼点により把握のされ方が異なる。この両者の認識格差は地方分権に対する理論的な想定から生じているものではなく、主として新たな統治政策を導入した場合の政治社会的反応に対する歴史観の差によるものである。

この地方分権化の焦点とされた保健医療部門は、地域保健医療委員会を設置し地域住民の参加をともなった政策づくりを推進するなど民主化以前には想像できなかったような画期的制度が整った。地方分権化と参加の制度化が中央集権体制のもとでの非効率的な行財政構造を改善し、人々の健康回復に効果を発揮することが期待された。ところが政府の保健医療に対するプライオリティが低い中での分権化は、当該部門の崩壊過程を導くことになった。すなわち保健医療施設の民営化、統廃合化、医療専門家の海外流出化などがそれである。統廃合した地域医療施設の周辺住民は遠く離れた都市部の大病院まで移動を余儀なくされ、医療専門家は悪化し改善される見込みのない労働環境に見切りをつけ、より良い環境と高所得を求めて海外へと向かう。

保健省がアメリカ国際開発庁（USAID）の支援を受けて作成した HSRA は LGC1991を徹底化させた内容となっており、料金制導入の本格的始動を推進させた。保健医療施設は予算削減に対応する方法として自主採算制が促されており料金制導入に踏み切っているが、その影響として負担の出来ない患者・利用者はアクセスから排除される傾向が強まっている。治療費負担

が家計に与える影響も小さくなく、1人の家族構成員の医療費が家族全体の生活にも波及しかねない状況となっている。政府はそうした事態を回避するため低迷している国民健康保険の加入率を引き上げようと懸命だが、満足に日々の生活さえ送れない者たちには保険料を支払い続ける余裕はない。保健医療制度の分権化は民営化、統廃合化、人材の流出化に帰結しており、格差は地域間で拡大しているのみならず、料金制導入が個人間にも「アクセス格差」を浸透させている。国民健康保険制度が十分に機能していない状態での民営化や料金制導入の結末である。地方自治体は権限に見合った予算確保が困難となり権限を中央政府に「返上」する事態が増加している。しかし保健省はHSRAの中で、これ以上の返上は受け入れられないと言明し、あくまで地方分権を維持・推進する姿勢を示した。このように LGC1991制定後の10年間で振り返れば、民営化と統廃合化が足元で進行しつつ、地方政府による権限返上と中央政府による返上阻止という流れから、中央と地方の財政負担の「押し付け合い」という構図を浮き彫りにしていると言えよう。

労働問題も深刻である。分権化の影響が現場に現れ始めた90年代なかば以降、労働環境の悪化が引き金となり医師・看護師など専門・技術職の海外就労化に拍車がかかっている。都市部の病院では、患者は増加するがスタッフが減少しているため分権化以前よりも非効率性が助長されている。看護師の海外就労は2001年には年間1万3千人を超えており、政府は国内医療環境への危機から賃金を引き上げるなどの対応を検討している。しかし専門・技術職の海外就労化傾向は、皮肉にも政府が推進する外貨送金を念頭にした国際労働戦略と一致する結果ともなっており政策的矛盾がある。この矛盾は社会資本整備を始めとした国内問題と債務返済や構造調整という国際問題との間で揺れる、フィリピンなど途上国が置かれた複雑な状況をよくあらわしていると言えよう。

今後の課題として残された点は、国際情勢との関連で論じることである。地方分権化の時代はグローバル化の時代でもあり、市場の地理的拡張と超部門的な拡大・深化とが同時に進んでおり、専ら国内領域問題として扱うには限界がある。世界の潮流から見ても保健医療や福祉分野は地方分権化とグローバル化という同時代トレンドの結節点として位置付けることが出来る。先進国では福祉国家の再編が言われて久しいが、途上国ではおよそ福祉国家の成立以前の段階で「再編成」が推進されている点を見逃してはならない。同じ再編成でも両者の意味するところはまるで異なっている。しかも途上国の再編成には世界銀行やアメリカ国際開発庁に代表される国際機関の関与が認められ、その意図がどこにあるのかは検討に値する。フィリピンの保健医療制度改革は、アジア周辺諸国の中でも先行して実施されてきた経緯があり、それだけにフィリピンの事例は他の諸国にとっても重要となろう。

注

- 1) フィリピン地方行政システムは、州、市・町（ムニシパリティ）、村（バランガイ）の3層構造である。市は構成市・独立構成市・高度都市化市の3種類に区分され、独立構成市と高度都市化市は州と同格であり、州の下層に位置付けられる構成市とは区別される。
- 2) 地方分権が本来の制度変革の道から逸脱し、政治的な取引材料となった可能性は否めない。そのことはIRA配分率の決定過程についても言える。IRA配分率は最終的に40%で法制化されたが、当初の政府案では内国歳入税の20%を一般財源とし、自治体の徴税努力に応じ5%を特定財源とし全体として25%が配分される計画であった。しかし上下両院議長が配分比率を巡り対立し、政治的妥協の結果、最終的に40%となった経緯がある。なお上院議長 Jovito Salonga、下院議長 Ramon Mirta（いずれも当時）は1992年の大統領選に出馬している。またIRAに関して議論となった最近の事例では、IRAとして配分された1,117億ペソのうち100億ペソ分を保留したエストラダ前大統領の決定に対し最高裁判所が違法判決を下した。モラレス裁判長によ

- れば「憲法は行政府に地方自治体の取り分を自動的に拠出する権限を与え、拠出を妨げる法律の制定を議会に禁止している」というものであった[Inquirer, 2005. 6. 22].
- 3) World Bank: *Rethinking Decentralization*, Washington, D. C., [1997]. 世界銀行は97年に出版した「地方分権化の再考」と題する論文の中で、各国各地域に固有な制度の存在に十分な関心を寄せず改革を実施したことを率直に反省している。
 - 4) 1997年現在までに地方移管された職員の分類・人数は次の通り（カッコ内は保健省残留数）。医師3,123（4,232）、歯科医師1,782（179）、看護師4,882（4,837）、助産婦15,647（241）の計25,434人（9,489）。Personal Division, Department of Health, Field Health Service Information Systemより。
 - 5) 先進国 ODA や国際機関が「自治体の能力形成」に注目し、財政・技術支援を始めとした制度形成・人材育成に力点を置いているのはこのためである。「自治体を機能させる」(making local government work), 「社会サービスを機能させる」(making social services work) 体制作りが喫緊の課題となっている。
 - 6) 国連開発計画 (UNDP) とドイツ経済協力開発省 (BMZ) の共同調査報告書 [2000] には「政治と経済の分権化が共通した枠組みの中で実施されるよう、政治プロセスの分権化と民間企業の促進の間に、より緊密な連関性をもたせること」の重要性が指摘されている。UNDP/German Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ): *The UNDP role in decentralization and local governance*, New York, UNDP Evaluation Office [2000]. 分権化と民営化の関係については次の論文参照。ILO: *The impact of decentralization and privatization on municipal services* [2001].
 - 7) 住民生活にとっては保健医療が全てではない。生活環境の向上には雇用創出から上下水道・住宅・環境・教育までもろもろの諸課題に取組まねばならない。これら基礎的な社会資本整備は選択的であってはならず、全てが整備されて初めて効果的たりうる。しかし人間の成長や発達、あるいは貧困克服の条件としての「経済発展」の基底には健康維持が不可欠である。かりに健康を犠牲とした雇用創出・所得向上・経済発展がありえたとしても、それは一時的なもので生活や経済の持続的向上には結実しない。人々の健康なき成長には自ずと限界があるのではないか。
 - 8) 官民共同病院の経営組織（理事会）には、保健省と民間の双方から代表者を選出し経営にあ
- たる。だが病院の警備・門番から看護師まで契約社員へと労働契約が変更されるなかで、官民共同は「別の形の民営化である」と言われている [ILO, 2000]。なお経営移行対象となった病院は次の通り。Philippines Heart Center (PHC), Philippines Heart Center (PHC), National Kidney and Transplant Institute (NKT), Lung Center of the Philippines (LCP), Philippines Children's Medical Center (PCMC)。
- 9) ムニシパリティ（村）連合代表の Celestino Martinez（当時）は、「（保健医療予算は）少なすぎるが、全く無いよりまし」と話す。だが何百万ペソもの予算をメガドームや道路建設費に充てる一方で「病院は医薬品や医療器具さえ入手困難な状況で、どうして新しい道路が必要なのか」と批判する [地元紙 SUN STAR, 2002. 11. 1]。また保健医療制度改革を研究する前 HEAD (Health Alliance for Democracy) 代表の Joseph M. Carabeo は、教育・保健医療予算が急速に削減される中で、軍人病院・軍人学校の予算の増加を指摘する（2003年度予算は対前年度比21%増、保健医療予算の9%以上を占める）。筆者インタビュー、2003.11.13.
 - 10) これまで地方行財政活動は中央地方間の政治的パトロネージにより左右されてきたと言われる。しかし LGC1991 は地方公務員の合理化、施設維持・管理費、統廃合、民営化などを自治体の意思決定権の範囲内としたことから、伝統的政治構造に与える地方分権化の影響力が注目される。
 - 11) LGC1991 制定以後における自治体財政の特徴は、中央依存率が高まり地方税収が減少していることである。平均的な財政依存率は州75%、町65%であり、とくに州財政の依存度が目立つ。市は事業税を主とする税収により58%が自主財源。自治体歳入の対 GDP 比 [1998] 平均値は1.75%で、同じく地方税収は1.07%である。詳しくは Milwida M. Guevara [2000.1] を参照。
 - 12) 財政移転量が法定基準を満たさないのは目新しいことではない。Diokuno によれば、改定前 IRA の財政移転量は3/4未満であった。ただし氏は、新 IRA は LGC1991 を通じて配分基準が形式的かつ義務的なものとなった結果、大統領の裁量と政治交渉によって配分されてきた従来型の IRA とは異なると指摘する。そのことは注2) で示したエストラダ前政権に対する最高裁判決にも見られる通りである [Diokuno, 2003]。
 - 13) 調査はフィリピンの首都マニラ、第2の都市セブ、セブ島の東側に位置するボホール島の3地域で実施した。調査は2003年11月に実施したものである。以下のデータは、特記しない限り本調査時に得たものである。
 - 14) 結核治療薬の製造コストは321.30ペソだが販

売価格はその3倍以上の1,055.60ペソである。抗生物質は1.40ペソの製造コストに対し、22ペソと20倍以上の販売価格となる。内訳は次の通り。
 ①50.7% (実質価格) ②39.2% (操業販売) ③4.74 (税)、残りの5.34%が利益になる。Joseph M. Carabeoによれば、他にも価格上昇の理由がある。例えば①ロイヤリティ、②移転価格、③固定費、④法外な課税、⑤広告宣伝、⑥医者接待費などである。フィリピン市場の70%以上が海外製薬会社によって抑えられているため、ロイヤリティ・移転価格が上昇し、同時に企業淘汰も進行するので、固定費は上昇する。輸入税は10~30%、付加価値税は10%である。さらにエストラダ前大統領が Biological Promotion Service を売却したこと、新薬開発に必要な知的所有権の喪失が懸念されると言う。15年ほど前まではフィリピン地場企業で生産可能だった破傷風・ジフテリア・毒液・狂犬病などのワクチンは、今では外国製薬会社から買い求めなければならなくなっている。

- 15) 統廃合対象の病院は次の通り (なお、カッコ内の数字は、各病院が主に対象としているバランガイの数)。Elvin Masigan Municipal Hospital (20) Quezon Emergency Hospital (15) Quirino Medicare and Community Hospital (15) San Antonio Municipal Hospital (20) Faustino Dy Memorial Hospital (25) San Guillermo Emergency Hospital (26) Jones Medicare and Community Hospital (42) Tumauini District Hospital (46) Dinapigue Emergency Hospital (18)。ちなみに、全国に約4万1,000存在するバランガイのうち、バランガイ・ヘルス・ステーション (BHS) を維持・管理しているのは全体の約1/4である。だが、BHSがあってもスタッフ・薬剤・医療器具等はどれも徹底的に不足しているのが現状である。
- 16) Cielo Magno [2001]によれば、権限の返上は自治体予算の逼迫化によるものだが、その他の理由として政治的理由に基づいた「返上」も存在している。すなわち地方政府首長や選出された担当職員が、当該地域選出の国会議員と異なる党派に所属している場合、国会議員が地方に分権移譲された権限を再び中央に戻すことがある。こうした実態からもフィリピン政治構造に意識的な地方分権論が展開されない限り、現実的な政策論争は出来ないと考えてよいだろう。
- 17) こうした状況は A. センによる「裕福な国よりも貧しい国の方が公衆衛生・医療サービスや基礎教育制度を提供するコストがはるかに安い」との説明は十分な説得力を持たないことになる。先進国と途上国を比較した場合に、人件費を始めとした諸費用が先進国で高く途上国で

低いのは当然だとしても、そのことを理由に途上国では教育や保健医療の実施可能性が高まるとは言えない。確かにセンの分析視角は費用面にあり制度確立の「可能性」を論じるものだが、フィリピンでは国・自治体を問わず医師・看護師に給与を支払う財政的ゆとりは既になく、正規から非正規職員や短期契約職員に労働契約の変更が迫られている。こうした中で医療専門家が、先進国の給与に惹かれ、続々と国境を越え移動するのである。皮肉なことに「コストがはるかに安い」からこそ先進国への労働力移動が増えるのであって、かならずしも低コストが社会政策の拡充に結びつく訳ではない。この費用格差は、専門・技術職の労働力移動に関する重要な説明変数の1つとなろうし、逆に「移動」不在の人件費問題や公共政策論は、少なくともフィリピンの当該部門に関しては、決して現実味のある議論にはなりえない。「講演 飢餓撲滅のための公共行動」, p. 255, 『貧困と飢餓』岩波書店, 2000年。

- 18) 医療専門家の給与は民間より公務員が高く、その他の特別手当などの面でも優遇されている。その民間医療従事者は独立開業医と私立病院勤務医とに大別されるが、最近ではHMOとの契約医が増加しているのが特徴。レジナ E. ヘルツリンガー [2000]によれば「会員制医療保険団体」と呼ばれる HMO (Health Maintenance Organization) の会員は、「HMO が指定する医療機関からのみ医療サービスを受けることができ、指定外の開業医・病院等で治療を受けても保険金給付は行われない」。その目的は、①医療費抑制効果、②利用者の選択肢の制限にある。フィリピンでは2000年現在、20以上の HMO が存在し最大の HMO には30万人以上の会員登録がある。また HMO 指定開業医となる医師の多くは新卒者が多く、給与は通常1人当たりの診療報酬が300~1,000ペソなのに対し100~200ペソと低報酬である。HMO の普及と拡大は民間企業による保険者および医療専門家と医療施設の囲い込みともなりかねず、国民健康保険制度が未成熟な社会での影響が問われる [ILO, 2000]。
- 19) 荒川洋平はフィリピン人看護師・介護士の受入は「日本の国際化を進展させるうえ、外国の経済発展にも寄与できる」と指摘している [朝日新聞 (朝刊), 2004. 10. 13]。
- 20) HEAD 代表 Ms. Emma S. Manuelによれば、海外へ渡った看護師の多くは、現地斡旋業者や就職先の契約違反に直面している。例えば、カナダの中高所得層の家庭で働くフィリピン人女性看護師の中には、掃除・洗濯・料理・子守りなどをして看護師として働く機会はない。こうした事例に学び、労働市場を開放する政府は斡

- 旋業者や就職先の契約違反行為に対する罰則規定を含む諸制度を構築するべきだろう。
- 21) STAR 紙[2005. 8. 5]. 途上国から先進国への労働力移動は労働の付加価値化をとまなう。医師が看護師として働くように、看護師資格を有する者が介護士や家政婦として働き、教師だった者が家政婦として働くことがある。途上国で医師であった者が、先進国で看護師として労働すれば数倍数十倍の給与取得が可能なので問題なしと言えるのか否かは、単なる受入是非をめぐる議論をこえた重要な論点である。
- 22) 看護師や介護士の移動問題は、FTA や WTO 協定にみるように、従来までの個人ベースではなく2国間・多国間ベースなど政府間での調整が進んでおり、単純労働者ではなく有資格専門家に焦点が当てられているのが近年の特徴である。そこには急速に進展する自由貿易と国際分業に基づいた労働戦略があり、政治的駆け引きが存在する。受入には言語・資格・在留期間など法的・経済的・社会的な体制づくりはもちろんのこと、送出し国への社会的影響を十二分に考慮した政治判断がなされなければならない。このような認識不在による政府間交渉には自ずと限界があると言ってよいし、仮に先進国側が受入枠を拡大したとしても、両国がそれぞれ直面する経済問題や福祉問題の根本的な建て直しに寄与することはないのではないだろうか。
- 23) 保健医療の地方分権化を「参加」の視点から政治学的分析を行ったものに次の論文がある。Maria Ela L. Atienza[2004], *The politics of Health Devolution in the Philippines: Experiences of Municipalities in a Devolved Set-up*, Philippines Political Science Journal 25 (48)。

参考文献

- 絵所秀紀「開発経済学と貧困問題」, 国際協力研究 Vol.13 No. 2 (通巻26号) 1997. 10.
- 片山裕「フィリピンにおける地方分権について」第2章 途上国の地方分権化の現状把握 (ケーススタディ), 『地方行政と地方分権』報告書, 国際協力事業団 (現国際協力機構) 国際協力総合研修所2001. 3.
- 金子勝『市場と制度の政治経済学』東京大学出版会, 1997 (とくに第7章第3節国際労働力移動と「自由主義」)
- 川中豪編『民主化後のフィリピン政治経済資料集』独立行政法人 日本貿易振興機構 アジア経済研究所2004. 3.
- 神野直彦, 森田朗他「共同報告 分権はなぜいま必要か」, 特集一分権自治革命, 『世界』岩波書店 1996. 8.
- J. E. スティグリッツ, G. M. マイヤー共編『開発経済学の潮流 将来の展望』シュプリンガー・フェアーク東京, 2003. (原文はWORLD BANK, *Frontiers of Development Economics: The Future Perspective*, Washington, D. C., 2000.)
- テマリオ C. リベラ「援助の政治経済学 —フィリピンにおける日本のODA1971~1999」, 第14章, 池端雪浦, リディア・ユー・ホセ編『近現代日本・フィリピン関係史』岩波書店2004.
- 藤原帰一「フィリピン政治と開発行政」, 福島光丘編『フィリピンの工業化—再編への模索』アジア経済研究所, 1990.
- 毛利良一「債務危機・構造調整・社会開発」第3章, 西川潤編『社会開発 経済成長から人間中心型発展へ』有斐閣選書1997.
- Bach Stephen “Decentralization and Privatization in Municipal Services: The Case of Health Sector”, Nov.2000, SECTORAL ACTIVITIES PROGRAM, ILO, Geneva.
- Benjamin E. Diokno, Decentralization in the Philippines After Ten Years, Paper Presented at the Asian Development Conference 2003 on the theme: Development and Decentralization in Asia, International Conference Hall, Kitakyushu City, Fukuoka Prefecture, Japan, November 10 and 11, 2003.
- Department of Health “Health Sector Reform Agenda”, 1999.
- Ebel Beth, *Patterns of Government Expenditure in Developing Countries During The 1980s: The Impact On Social Services*, Innocenti Occasional Papers, July. 1991, Economic Policy Series, No18, Florence, Italy.
- Isidoro, Sia, et al., “Country Study Philippines” in *PUBLIC SERVICE REFORMS and their Impact on Health Sector Personnel*, Berlin2000, German Foundation for International Development[DSE], Public Administration Promotion Center.
- James Manor, *The Political Economy of Democratic Decentralization: Direction in Development*, Mar. 1999, World Bank, Washington, D. C.
- Lieberman Samuel S., Joseph J. Capuno and Hoan Van Minh “Decentralizing Health: Lessons from Indonesia, The Philippines, and Vietnam” in *East Asia Decentralizes, Making Local Government Work*, 2005, World Bank, Washington, D. C.
- Litvack, Jennie, Junaid Ahmad, Richard Bird, *Rethinking Decentralization in Developing Countries*, Sep. 1998, SECTOR STUDIES

- SERIES, Poverty Reduction & Economic Management, Washington, D. C.
- Magno, Cielo, The Devolution of Agricultural and Health Services, 2001 Report, Social Watch Philippines, 2002.
- Milwida M. Guevara "Decentralization and Economic Development: The Philippines Experience" in Decentralization and Economic Development in Asian Countries, Preceedings of an International Symposium, Asian Tax and Public Policy Program, Graduate School of International Corporate Strategy, Public Policy Group, Graduate School of Economics, Hitotsubashi Univ., Jan7-8, 2000.
- National Statistical Coordination Board "Philippines National Health Accounts 2001", April 2003.
- Samuel S. Lieberman "Redesigning Government's Role In Health: Lessons For Indonesia From Neighboring Countries", 1996. Indonesia Discussion Paper Series, Washington, D. C.
- WORLD BANK "Philippines, Social Expenditure Priorities", Nov13, 1998. Report No.18562-PH, Managing Unit: Philippines Country Managing Unit, East Asia and Pacific Region.
- Philippines, Devolution and Health Services: Managing Risks and Opportunities*, May23, 1994. Report No: 12343-PH, Country Department, Population and Human Resources Operation Division, East Asia and Pacific Region Office.
- The Philippines, Fiscal Decentralization Study*, Jan7, 1993. Infrastructure Operations Division, Country Department1, East Asia and Pacific Region [Unpublished] .
- [ふくしま こうじ 横浜国立大学大学院国際社会科学研究科博士課程後期]