

フィリピン共和国保健医療制度改革

——新制度論のアプローチから——

細 野 ゆ り

はじめに

開発途上国の行政改革は、1980年代以降、先進諸国で急速に普及した新自由主義やニュー・パブリック・マネジメント（New Public Management: NPM）の改革手法を取り入れ、進められてきている。フィリピンもまた、この西欧から伝播した近代的改革手法により、1991年に地方自治法を制定し、政治的分権の一貫として、1993年に世界銀行の技術支援により、保健省所属職員の地方政府への移管を伴う保健行政の地方への権限移譲を実施した。これにより保健省の役割は「漕ぎ手から舵取りへ（steering rather than rowing）」つまり政策実施責任者から政策決定者へと移行し、保健サービスの実施責任は、公選首長を中心とする地方政府へと移管した。しかしながら、この「ビッグ・バン」改革は、公衆衛生をはじめとする保健サービスの地域格差や自治体内における病院や医師の偏在といった医療提供体制の分散化（fragmentation）等を招いた。

本研究は、フィリピン保健省が地方分権化の歪みを是正するため2005年から2010年に実施した保健医療制度改革「フォーミュラ・ワン・フォア・ヘルス（FOURmula One for Health: F1）」の実施過程を分析したものである。F1とは、保健指標の向上、国民の医療需要への応答性の高い制度構築、そして公正な医療財政整備という国家保健目標を実現するために、全国

的な公衆衛生体制の整備と健康保険制度による医療サービスの受診システムの整備を目指して推進されたフィリピンの国家プロジェクトである。改革内容は、保健医療システムの1)財政、2)規制、3)サービス・デリバリ、そして4)保健システムのグッド・ガバナンスという4つの主たる柱に基づき戦略的プログラムを実施することを意図していた¹⁾。しかし、改革はさほどの成果をあげられず、「全ての人への医療」という目的は達成できていない。その主たる理由は保健省や地方政府の政策実施過程に求められるとの観点から、保健医療行政組織内の内生的要因に焦点を当て、改革に関わる行政組織や官僚の行動を分析したものである。分析枠組とし

1) 財政の具体的な戦略内容は、(1)追加財源予算の活用、(2)中央・地方政府間における医療支出の調整、(3)優先的な医療プログラムへの直接補助金の投入、(4)成果主義に基づいた財政システムの採用、(5)国民健康保険プログラムへの加入拡大、である。規制の改革内容は、(1)医療機関の許認可制度の標準化、(2)医療サービスの質の保証、(3)低価格かつ品質の保証された医薬品の確保、である。サービス・デリバリに関する改革内容は、(1)全リージョンでの基本的医療サービス提供、(2)医療特区における専門サービス提供、(3)目標区域における公衆衛生プログラム実施強化、である。また、保健システムのグッド・ガバナンスは、(1)「地方政府間保健連携区域（Inter Local Health Zone）」の地方政府間の協調機能の確立、(2)保健省・地方自治体保健オフィスの業績アセスメント制度の開発、(3)保健人材の専門キャリア形成制度整備、(4)国家の保健部門管理能力の向上、である。

ては、新制度論アプローチのなかでも「制度」²⁾が組織内の個人の行動を制約するとする James G. March と Johan P. Olsen の「適切さの論理 (logic of appropriateness)」の概念に着目する。保健省内のインフォーマル・ルールや規範が官僚の行動に影響を及ぼし、滞りない政策実施を困難にしていることを指摘する (March and Olsen 1989)。

従来の政策実施研究では組織間の関係や行政活動に対する地方政治の影響力などが強調され、政策実施活動を規定するインフォーマルなルールにまで踏み込んだ研究はなかった。この点において、本研究は、政策実施研究に新しい局面をもたらすといえる。さらに、西欧で開花した新制度論の分析枠組をアジアの行政に適用した研究の蓄積は浅く、新制度論研究の裾野を拡げる意味合いで学術的貢献を成し得るといえよう。

1. 理論枠組と制度の定義

1-1 政策実施研究

本研究の新規性として、従来政策決定過程の分析上用いられてきた新制度論を、政策実施研究に適用している点が挙げられる。その前提理解のために本項において政策実施研究の鳥瞰図を改めて描き出しておく。政策実施研究は、政策目標が実施過程において期待した成果を達成しなかった際に、政策目的と実施の乖離を(1)「実施のギャップ (implementation gap)」または、(2)「実施の失敗 (implementation failure)」として分析する (Pressman and Wildavsky 1984) 研究手法である³⁾。政策実施

研究が脚光を浴びる契機となったのは、1974年に出版された Pressman and Wildavsky による *Implementation* である⁴⁾。彼らは、政策実施のギャップが生じる要因は、政策実施及び政策決定過程の双方にあり得るとして、分析を行った。彼らの主張は、政策実施過程は政策決定過程と同様に政治そのものであり、政策実施過程における様々なステークホルダー間の駆け引きから生ずる政治性により、政策決定過程により定められた政策目標が歪曲され、転用されることがあるというものである。具体的に、*Implementation* が指摘する実施のギャップが生じる要因は、次の3点である。第1に、欠陥のある実施、第2に高すぎる政策目標、第3に本来の目的達成とは異なる手段が用いられること、である。第1の欠陥のある実施とは、実施過程に関わる実施担当者の多さにより生じる実施のギャップを意味する。ここでは、実施担当者を決定ポイント (decision point) として捉える。定められた政策プログラムを実施する際に、決定ポイントが多ければ多い程、担当者間の交渉に基づいた同意 (clearance) を得ることが困難となる。そして、交渉過程で繰り返られる様々な政治的駆け引きにより、円滑な実施が妨げられるとする。彼らは、カリフォルニア州オークランド市の経済開発プログラムについて、実施に関わるアクター間の複雑な合意形成の過程を、それぞれ別個の「通過点 (clear point)」と呼び、それらを通過することができ

当初の目的が変容していった様が描かれている (Selznick 1949)。

4) Pressman and Wildavsky 以前の政策実施研究の先駆けとして、Martha Derthick による *New Towns In-Town: Why a Federal Program Failed* が挙げられる (Derthick 1972)。Derthick のアメリカの連邦制度・行政・政府間関係の研究業績については、Tim Conlan (2010) による論評がある。また、日本において、政策実施研究の概念やモデルを実施過程の管理とネットワークの関係からまとめた論文として、真山達志による「政策実施過程とネットワーク管理」が挙げられる (真山 1994)。

2) 本研究における「制度」は、「政治・行政制度におけるフォーマル・ルールすなわち憲法・制定法・大統領や保健大臣による行政命令・規制等及びインフォーマル・ルールで内在化された政府組織や省庁のパフォーマンスに影響を及ぼすルール・規範・伝統・価値」と、定義づける。

3) 1949年にまで遡ると、Philip Selznick により発表された *TVA and the Grass Roots* では、ルーズベルト大統領の下での国家による開発政策が実施段階の地方政府と NGO との協働の政治により

ない実施過程の構造に問題があると指摘し、実施の失敗の要因を説明したのである。第2の過剰な政策目標とは、政策実施過程における欠陥を論ずるのではなく、なぜその政策に実現不可能な高い政策目標が掲げられているのかを検討する。実施目標を定める政策担当者が、短期間に限られた資源を活用し、多大なる業績を残そうとする意図により、達成不可能な目標を立てる背景には、政策目標を設定した政策決定者の政策決定構造における地位が影響している。特に、政策決定に関わるアクターが限られている場合には、政策決定者は、自分の存在意義を高めるために高い成果を挙げようとし、高い目標を掲げることがある。そして、その目標が達成困難と判っていないながらも、政策プログラムの円滑な実施を担う中央政府官僚は、地方行政官の実施能力や政治的環境を考慮しないまま、政策目標を達成するための要求の高い実施戦略を策定してしまうこととなる。第3の本来の目標達成とは異なる手段が用いられることとは、政策決定における政策立案が不適切であり、政策実施の基盤となる理論構築が不整合であることを指摘している（Pressman and Wildavsky 1984: x iv～xv）。政策決定と政策の帰結を繋ぐのは、政策実施であり、「政策実施研究」への関心の欠如は、「失われた環（missing link）」（Hargrove 1975）と称されてきたにもかかわらず、今日の政策実施研究は未開の状態である。なぜならば、政策実施研究は、政策決定過程の研究の様に、利益団体・政党・関連省庁官僚等のアクターによる政治的な駆け引きにより国家間の政策の帰結の違いを示すようなダイナミクスな要素に欠けるからである。政策は、一旦決定すると、官僚により定められた政策プログラムに沿い、滞りなく実施されるのが当たり前であると捉えられているからである（小池 1990: 25）。また、政治家の行動に比べ、行政組織内の官僚の行動は、国民からは不透明であり、その過程を分析しにくいというのも理由の1つである。

次節においては、新制度論に関する理論的考察を詳説すると共に政策実施研究への適用についてさらに検討していくこととする。

1-2 新制度論

本研究において適用する新制度論は、社会学の分野で発展してきた組織理論から派生したいわゆる社会学的制度論に属すると捉えられる⁵⁾。マックス・ウェーバーは、彼の社会学理論の代表作の一つ『経済と社会』の第9章「支配の社会学」において、支配を、規則を根拠とする合法的支配、伝統を根拠とする伝統的支配、カリスマに依拠するカリスマ的支配の3つの類型に区分し、その内、合法的支配の最も純粋な型として官僚制的支配を位置づけた。行政機構で働く個人は、彼の持つ固有の権利のゆえに、服従されるのではなく、制定された規則の形式的で抽象的な規範に服従するとする。官僚の行う行政業務は、没主観的な官職義務に基づいた職業労働であって、この行政の理想は、「怒りも興

5) 新制度論が1つのアプローチとして、台頭していった契機となったのは、James March and Johan Olsenにより1984年に発表された*The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life*という論文による。彼らはそれまでの行動論的アプローチへの批判として、新制度論を提唱した（March and Olsen 1984）。その後、新制度論は様々な発展と進化を遂げてきており、政治学や行政学の有効なアプローチとなっている。極めて多様な内容を持つ新制度論ではあるが、Peter A. Hall and Rosemary C. R. Taylorは、これを3つの学派にまとめている（Hall and Taylor 1996）。すなわち、「歴史的制度論（Historical Institutionalism）」学派、「合理的選択制度論（Rational Choice Institutionalism）」学派そして「社会学的制度論（Sociological Institutionalism）」学派である。Hall and Taylorの論文では、MarchとOlsenにより提唱された新制度論は社会学的制度論の範疇として位置付けられている（Hall and Taylor 1996）。このように、新制度論には様々な特徴が加えられた理論が派生してきている。いずれも、政治制度に対する理解を深め、制度に対する理解の向上を目指している点に相違はない（March and Olsen 2006）。

奮もなく」個人的動機や感情的影響の作用を受けることなく、恣意や計算不能性を排除し、なにかんづく「人による差別をすることなく」、厳に形式主義的に、合理的規則に従って遂行されるとする(ウェーバー 1988: 33)。このような正当性のある合法的な支配と位置づけられる官僚制においては、組織の成員は、組織の目的に叶うように合理的合法的に最も効率的な方法を用い業務を遂行するものとされている。

これに対して、社会学における新制度論者は、官僚機構をはじめとする組織内のルールや手続きは、必ずしも法の規定による合法的支配に基づいていないとする。組織は、しばしば、新しい制度を援用するが、それは、組織の公式な目的、つまり目的合理性(ends efficiency)に合致しているからではなく、組織やその参加者の社会的な正当性に叶っているからであるとする。組織内の形式や手続きは文化的に特有な慣行であり、多くの社会で考案された神話や儀礼と同種のものであり、一般的な文化的慣行の伝播の過程である。このため、官僚の行動は文化的な側面から説明されなければならないと主張する⁶⁾。ある特定の制度における役割を社会的に適用した個人は、これらの役割と関連した規範を「内面化(internalize)」し、これが制度の「規範的側面(normative dimension)」として、行動に影響を及ぼすとする。その組織は制度の形式や慣行を、文化的に価値があるとみなし受け入れるが、このようにして制度化された慣行

は、公的な組織の目標を達成するには機能不全を起こしかねない(Hall and Taylor 1996)。こうした制度の影響の「規範的側面」について初めて指摘したのは、1989年に出版されたMarchとOlsenによる*Rediscovering Institutions*である。彼らは、1950年代頃からの政治理論を特徴づけた方法論的個人主義へのアンティテーゼとして新たな政治理論を提唱し、新制度論と称して提起したのである(March and Olsen 1989: 3)⁷⁾。

1-3 適切さの論理

MarchとOlsenの新制度論について、森田朗は、「歴史的に形成され、自律的であり、かつ重要な象徴的機能をもつもの」であり、「これまでの制度イメージと大いに異なり、制度の考察において非常に示唆的である」と言及している(森田 2007: 171)⁸⁾。ここで、彼らの意味する制度に関する解釈について俯瞰しておく。

MarchとOlsenの提唱した「適切さの論理」

7) 一方、Guy Petersは、社会学的制度論における規範的側面を強調するMarchとOlsenによる制度論を「規範的制度論」と再定義化している。その上で、歴史的制度論が「行動」を形成する「適切さの論理」を暗黙に受け入れるとすれば、歴史的制度論は単なる規範的制度論の一種に近くなると主張する。理念に注目し、また、「経路」を通じて理念が行動を形成するというのであれば、政策領域や特定の統治制度に「適切さの論理」が存在すると語っているのに等しいであろう。Petersは、歴史的制度論者の議論は時代を超えた持続力のある何らかの論理が存在するという事に尽きるとすれば、現実に1つの制度論アプローチとして存在するかは、明確ではないと主張する。その場合、歴史的制度論もまた、歴史に十分な関心があり、時を超えた制度の影響があるとしても、MarchとOlsenの規範的アプローチを構成する一要素に含まれるものだとしても不思議ではないであろう。Petersは、MarchとOlsenが歴史を重視していることを念頭におくと、歴史的制度論の変種はまさに規範的制度論の一つと考えられると指摘している(Peters 2001: 127)。

8) MarchとOlsenの指摘する制度の性質について森田朗は、次のような要約を著している。制

6) Bernard Silbermanは、フランス、日本、アメリカ、英国の4ヶ国では、政治的リーダーシップの不確実性という共通の事情から合理的官僚制を構築していったが、各国の歴史的経路の違いによって、各国の官僚制度はそれぞれ異なる機能と構造を持つことになったと指摘する(Silberman 1993, 小池 2001: 26, シルバーマン 2003)。また、Paul J. DiMaggio and Walter W. Powellは、「制度的同型化(institutional isomorphism)」の概念を提示し、各国の政府制度は、経済の発展に伴い同型化していくと論じた(DiMaggio and Powell 1991, 小池 2004: 113)。

という新しい概念は、ヨーロッパの公共政策改革を事例として改革を困難にしたインフォーマルな制度の制約について記述している。彼らは、政治制度は、適切な行動を定義づける相互関連性のあるルールやルーティーンの集合体であり、この集合体が、一定の状況下においてアクターが政治制度に参加する際の役割とその責務を規定するとする。個人は、制度への参加を通じて政策コミュニティ⁹⁾内のルールの存在に気づき学習し、新たな状況に遭遇すると、ルールが既に存在している状況と関連づけようとする。彼らは、このような政治におけるルールに沿った役割達成を目指す行動は、「適切さの論理」に基づいており、政治制度は、ルールと「適切さの論理」を通して、秩序・安定性・予測性に加えて、柔軟性と適応性を実現していくという。

March と Olsen は、「適切さの論理」と対比する概念として、「結果の論理 (a logic of consequentiality)」を示している。「結果の論理」においては、行動は、結果への選好と期待により駆り立てら

れ、「意志的 (willful)」であり、可能な限り成果を達成しようとする主観的な願望を充足する試みを映し出している。この論理的構造下における正気の間人は、行動と、その行動が及ぼす結果への現実的な期待との間に一貫性を保持する「現実認識の高い人間」であるという。一方、「適切さの論理」における行動は、「意図的 (intentional)」ではあるが、意志的ではない。行動は、ある状況下で役割の責務を果たしたり、ある地位を維持したりするために行われるのであり、選好よりもむしろ必要性という概念から生ずる。「適切さの論理」により行動する者は、行動と、社会的役割における自己認識との間に一貫性を保持する、「アイデンティティに通じている人間」である。通常、ルールの曖昧さや矛盾は、「結果の論理」と合理的計算によっては解決できず、ルールを明確化し、分類し、状況を見極め、適切さの範囲を決定することによって解決できる。

他方で March と Olsen は、政治におけるルールに沿った役割達成を目指す行動を決定する「適切さの構造」は、ある特定の行動を正当化するルールも導く上で、イデオロギー的な問題を包含すると指摘する。適切さの論理による行動は、現代文化においてはしばしば、合理性や「結果の論理」、そして個人の意志によって正当化される。この行動と正当化の構造は、政治における意思決定行動後に跡づけで理由づけをするという政策決定行動の規則性に結びつく。理由づけは重要であり説明されるべきではあるが、理由の結果に対する影響はあいまいである。政策決定における選択の過程は、それ自体よりももっぱら選択を正当化・合法化するためのものにみえることがある。また、近年「結果の論理」と「適切さの論理」を必ずしも対立概念として捉えない見方もある。それは、March と Olsen の指摘する「結果の論理」と「適切さの論理」の対比に見るような、利得関係に基づく行動か、規範に従った行動かの二者択一ではなく、両者は

度の性質として第1にその自律性 (autonomy)、つまりそれが外在的な要素によって形成され規定されているのではなく、それ自体の論理に従って展開し、むしろその論理が外部社会に影響を与えるという性質である。制度の第2の性質は、制度が、ある目的のための単なる手段とか道具ではなく、我々の政治生活に必要な一定の意味を付与するという機能をもっているという性質である。制度は、その解釈を通して意味を付与し、人々の認知構造を形成する。我々は、制度が付与する意味に基づいて、ものごとを見、理解し、制度が期待することをしようとするのである。制度のもつ第3の性質は、それが歴史的に少しずつ形成されてきたものであり、必ずしも合理的な内容をもっているわけではないということである (森田 2007: 169-171)。

9) 政策コミュニティ (policy community) とは、特定の政策分野を専門とする政府を取り巻く組織や個人を示す。多元的政治システムにおける一般的な政策コミュニティは、官僚と官僚組織、個人の政治家や政党、組織化された利益団体とそのリーダーとスタッフ、そして、政府内、高等教育機関、その他の政策研究に関わる組織等である (Campbell et al. 1986)。

相互補完的なものと、主張する。特定の社会環境の中で、アクターが自らの目的を達成するための行為の論拠を正当化するために社会的にふさわしいとみなされる規範をどのように援用しているのかが議論されるようになっていく(阿部 2011: 105)。「適切さの論理」を政策分析理論として用いる際、政策決定・実施に関わるアクターが、ある規範を「ふさわしい」と学習し、そして受容する過程を詳細に記述する手法がある。しかしながら、規範とは目には見えない要因であるため、「ある規範が存在する」と政策決定者が発言したとしても、またインタビューで述べたとしても、本当にそう思っているのか、それがどう現実の政策に影響を及ぼしているのかを明示的に論じることは困難がつきまとうとの主張もある(阿部 2011: 104)。アクターが規範を内在化し、その信条変化が政策に及ぼす過程を辿ることは困難である。しかしながら、March と Olsen は、個々のアクターの動きでは政治的現象は説明できないため、ルール・規範・制度のコミュニティとしての政体という政治観で補足すべきであると、主張している(March and Olsen 1989: 164)。このため、本研究においては、実施過程に関わる政策コミュニティを特定し、客観的にも可視化が可能なそのコミュニティ内の規範の存在と「適切さの論理」を指摘することで、アクターの政治的決定の根拠を同定する。アクターの所属する政策コミュニティと組織とを識別した上でのインタビュー調査により、彼らの発言の意図を分析する。次項においては、この March と Olsen の主張する「適切さの論理」を開発途上国の保健医療制度改革実施へ適用することの意義について検討する。

1-4 新制度論のフィリピン保健医療行政への適用

フィリピンの保健医療行政改革における政策実施は、前述のように、近年の開発途上国

での行政改革の基礎となる新自由主義の言説や NPM の手法により、選択された過程である。この選択に関わり政策決定に従事したのは保健省官僚であるが、彼らの行動は、規範やイデオロギーといった「制度」の影響を受け規定されていると、考えられる。新制度論は、政策決定過程における政治的に形成されてきたインフォーマルな規範が、経路依存性を示し固定化し、その後の改革の方向性をも左右するという理論的考察を示す。前述の *Implementation* で指摘されているように、政策実施過程は政策決定過程と同様に政治そのものであり、政策実施過程における様々なステークホルダー間の駆け引きから生ずる政治性により、政策決定過程により定められた政策目標が歪曲され、転用されることがある。このことから、本研究においては、従来政策決定過程の分析上用いられてきた新制度論の応用として、政策実施過程における官僚の行動においても、制度の制約により改革の成果への影響がであることを明らかにする。

小池治は、政策実施研究において政策実施をめぐるアクター間の多様なネットワーク関係や、ネットワークを規定している制度の影響に関する研究の可能性を示唆している(小池 1995: 46)¹⁰⁾。Rod Rhodes によれば、前述の政策コミュニティは、政策ネットワークの一種と位置づけられる。政策実施に携わる政策コミュニティには、保健省に加え地方政府の首長や保健行政官もアクターとして存在する。この政策コミュニティ内に政治上の駆け引き(bargaining)等が存在し、官僚は合理的自立

10) 小池治は、「政策コミュニティ」の排他性を示す典型的な例として、日本における医師会と開業医、厚生労働省、「厚生族」と呼ばれる議員の関係を挙げている(小池 1989: 150)。フィリピンについても、政策決定過程において、医師会、保健省、国会議員が同様の政策コミュニティを形成しているかを検討することにより、保健改革の方向性を決定づける制度の制約が明らかになるといえる。

性に基づいた政策実施における行動が困難であることを新制度論により示せれば、行政改革が進まない要因を同定することができる¹¹⁾。但し、新制度論と政策ネットワーク論の観点から政策コミュニティ内のアクター間の動きを分析するという意味においては、理論の精緻化が十分な段階とはいえ、今後の政治・行政学分野における新制度理論研究の進展に沿った事例研究を別稿に譲ることとする¹²⁾。

本研究においては、地方政府を実施主体としながら、サービス提供主体として民間セクターが参入している状態である地方での実施過程におけるガバナンスが機能しているのか、実施過程のアクターの動きを限定している「政策コミュニティ」のネットワークは、どのような制度による制約を受けているのか、等を検討することで、実施のギャップの要因を明らかにすることに焦点を絞ることとする。

2. 研究の手順・仮説

本研究においては、F1 保健改革の政策実施過程及び政策決定過程の問題点の仮説を4点掲

げる。行政文書に基づいた官僚の行動や臨地調査によるインタビュー結果に基づいてそれらを検証したうえで、新制度論の分析軸に当てはめて考察し、結論を導き出す。ここでの仮説は、以下の通りである。

- (1) 中央・地方間に保健医療行政の連携体制が確立されていないために、政策の実施が確保されていなかった。
- (2) 地方の保健医療行政と執行者である公選首長との間にパトロン-クライアント関係が生じていたため、実施が地方の政治環境によって影響を受けざるを得なかった。
そして、その原因として、
- (3) 政策決定過程において、政策コミュニティのアクターが固定化されていたため、貧困層中心の政策決定に影響を及ぼすアクターが欠落していた。
- (4) 政策コミュニティの既得権益が守られた上での改革内容であった。

3. 事例検討

F1 は、国際機関の援助により州政府が策定する保健投資計画に基づき保健投資を実施する戦略的プログラムであった。改革は世界保健機関（World Health Organization: WHO）や国連開発計画（United Nations Development Programme: UNDP）といった国際機関との協調により行われ、16州拠点の財政基盤カウンターパートとなった国際援助機関による資金援助及び技術援助によって実施されている。F1 政策実施の中核機関として、保健大臣が議長を務め、全事務次官及び副事務次官、フィルヘルズ理事長及び最高経営責任者、保健省官僚（選任されたディレクター）から成る F1 の執行委員会（Executive Committee）が結成された。保健省は、保健大臣率いる執行委員会の下に3委員会を設けている。それらは、セクター・マネジメント&コーディネーション・チーム、政策と基準の開発チーム、フィールド実施とコーディネーション・チームである。これらの委

11) R. A. W. Rhodes は、「政策ネットワークは、政策過程と政策実施において交渉に基づく信条と利害の共有により構築された、政府及び非政府のアクターによる、フォーマル及びインフォーマルな制度による結びつき」と定義する（Rhodes 2006: 426）。Rhodes は、政策ネットワークを互いの資源に依存する複雑な組織の関係またはクラスターと捉えているが、強固に統合された政策コミュニティ（Policy Communities）から柔らかいイシュー・ネットワークに至るまで5種類のタイプに分類している。これらのタイプは、また、メンバー及びメンバー間の資源の分配によっても区別される。その5種類の分類とは、①政策コミュニティ/領域コミュニティ、②専門的ネットワーク、③政府間ネットワーク、④生産者ネットワーク、及び、⑤イシュー・ネットワーク（Issue Network）、である（Rhodes 1997）。

12) 新制度論と政策ネットワーク理論の分析枠組について近年の動向をまとめた論文として、風間規男による「新制度論と政策ネットワーク」が挙げられる（風間 2013）。

員会の下に、共同アセスメント委員会 (Joint Assessment Committee) と共同評価計画イニシアティブ (Joint Appraisal and Planning Initiative) があり、前者は州保健投資計画 (Province-wide Investment Plan for Health) と年間作業計画 (Annual Operation Plan) を承認し、後者は年2回進捗状況をモニターする¹³⁾。

まず保健省が、州に対し投資の前提として、州内の保健施設の合理化に向けた州保健投資計画を準備するように依頼した。これは新たな投資を、効率的で持続可能性のある病院運営と一致させ、州内のサービス・デリバリー計画の合理化を図るためである。具体的には、州立病院の合併や閉院計画、人材開発計画、モニタリング・評価を含む合理化計画の策定を促した。各州は、地域独特の医療ニーズと財源に応じた保健投資計画の作成を実施し、共同アセスメント委員会と共同評価イニシアティブによりその計画内容が承認された上で、保健省は、保健省地域局を通じ、助成金を州へと配分する仕組みであった。4つの改革目標を各州で実現するために、パイロット・プログラムとしてまず第1に2005年に16州において実施された。第1の実施州は、医療需要、改革の能力に基づき、EU・世界銀行というF1改革の2大援助機関と、保健省との間で、州のF1改革を追求する政治的意思と財政能力に基づき、効果が期待しうる州が優先して選ばれている。選ばれた16州における州保健投資計画は、EUの技術支援により作成された¹⁴⁾。第2に、2007年に15州とイスラム教徒ミンダナオ自治地域 (Autonomous Region of Muslim Mindanao: ARMM) の5州、

次いで2008年に44州が追加となり、80州へと拡大した。第2の実施州についても、16州と同様に、医療の需要、改革の能力、保健省と共にF1改革を追求する政治的意思等に基づき、選ばれた (WB 2011a: 50-59)。

F1は、中央政府及び地方政府におけるセクター・ワイド・アプローチ (Sector Wide Approaches: SWAs)¹⁵⁾ による投資計画策定を盛り込んだ。中央政府においては、2007年に保健省が保健セクター全体への投資に関するガバナンスの指針として、保健セクター開発アプローチ (Sector Development Approach for Health: SDAH) を適用し、政府のリーダーシップの強化、システムとプロセスの政府間におけ

15) 近年、援助国、国際機関及び開発途上国政府は、国連ミレニアム開発目標等の国際的な開発目標を共有し、この達成に向け、必要な開発資金量を確保し、関係国の援助協調の下に、より効果的な開発援助の在り方を追求するようになってきた。このような流れの中で、2005年3月、パリで開催された第2回援助効果向上に関するハイレベル・フォーラムにおいて、援助の質の改善を目指し、援助が最大限に効果を上げるために被援助国と援助機関が履行すべき具体的措置について「援助効果向上に係るパリ宣言 (パリ宣言)」が採択された。「パリ宣言」は、援助効果向上の5原則として、1) 自助努力 (Ownership)、2) 被援助国の制度・政策への協調 (Alignment)、3) 援助の調和化 (Harmonization) 4) 援助成果管理 5) 相互説明責任を、挙げている。同宣言は現在、111カ国の援助国及び被援助国、26国際機関及び14民間団体が参加し、良い援助を実施するための規範として広く認知され、OECDのDACを中心に、実施が促進されている。2) の制度政策への協調とは、援助国・援助機関等による支援は、被援助国の開発戦略に沿い、可能な限り被援助国の財政・調達等の制度と手続きを利用して実施することを、示す。3) の援助の調和化とは、援助国・機関等は、可能な限り援助の計画、実施、評価、報告等に関する制度・手続きを共通化すること、を示す (外務省 2007)。フィリピン政府はこのパリ宣言への署名国であり、調和化プロセスへの強いコミットメントを示している。F1で実施されたSWAsは、援助協調の具体的な手法である。SWAsでは、1) 受益国が特定セクター (保健、教育等) の戦略を策定し、2) そのセクター戦略に基づき、複数の援助国が、個別プロジェクトではなく、セクター全体を支援す

13) JICAを含むドナーは共同アセスメント委員会 (Joint Assessment Committee) と共同評価計画イニシアティブ (Joint Appraisal and Planning Initiative) のメンバーとなっていた。

14) 保健省 Bureau of Local Health Development, Officer-in-Charge, F1 政策実施時 EC 技術支援責任者である Dr. Juan Antonio Perez III とのインタビュー (2012年3月3日)。

る協調を明文化した行政命令（AO）を発令した。SDAHは、SWApsのフィリピン適用版である（World Bank 2011: 59）。更に、F1のモニタリングのツールとしてスコアカードと呼ばれる成績表が各種作成された。地方自治体（Local Government Units: LGU）スコアカード、ドナースコアカード、病院スコアカード、保健省地域局スコアカード、保健省中央スコアカード等、改革に関わる組織のパフォーマンスや現場での保健指標を数値化して評価する仕組みであった。

州保健投資計画は、地方政府の保健財源の有効活用を目指したF1のガバナンス戦略の1つとして取り組まれてきた。保健のニーズと、様々

る段階を踏む（木原 2003: 43-44）。

WHOのWebサイト（2012年12月2日現在）によれば、SWApsの主たる特徴は、1) 開発途上国政府が明確にプログラムの主導権を握り、オーナーシップを担うこと、2) 外部のパートナーは、開発途上国による一貫性のある政策・支出プログラムを支援するために、セクターへの資金供給を行うこと、としている。SWApsは、徐々に、開発途上国政府による行政手続きによりプログラムの実施や資金支払いがなされるようになりつつある。実際に、多くのプログラムは多様な経路から資金を調達し、より包括的にセクター全体を網羅するようになり、セクターの優先順位に沿ったプログラムを実施できるようになりつつある。一般的な行政手続きを導入して、開発途上国政府による運営はより信頼性を増しつつある。SWApsの適切な運営は、開発途上国政府の政策決定・実施過程への地方からのアクター参加や、政府の行政職員の説明責任や能力向上に資する。しかしながら、SWApsは、あらゆる事例に適用可能な訳ではなく、開発途上国のマクロ経済環境や政治制度において、一定の前提条件が満たされていなければならない。

一方、SWApsにおいては、被援助国は援助国に十分な「オーナーシップ」を確保せねばならないが、受益国援助管理能力が乏しいときに援助国国民への説明責任をどう確保するかというジレンマに直面する。SWApsにみられるような援助協調の手法は、複数の援助国の資金が1セクターの改革に投入されるため、「タイド援助機会の喪失」により、個々の援助国の国益を実現する「顔の見える援助」を阻害し、援助国から感謝されなくなるという政治的利益の喪失を懸念する声もあるという（木原 2003: 38）。

な財源¹⁶⁾を把握した上で、複数年の投資計画を通じ、州内で分散化していた資源を動員し、協調・強化する基本的な手段となった。更に末端地方行政においては、市保健投資計画（City-wide Investment Plans for Health）が作成されるようになった。しかしながら、これらの地域保健投資計画によるイニシアティブにより、追加の医療財源が生み出され、適切に分配され、合理的で効率的なサービス・デリバリ・システムが構築されるか否かは、未だに定かではない。また、F1戦略において予定されていた州の医療支出を評価するための、「地域保健統計（Local Health Account）」が11州でパイロットとして実施された（World Bank 2011: 109）。

保健省は、州保健投資計画の作成とLGUスコアカードによる評価を通じ、最小限のサービス・デリバリ基準を標準化するために、地方政府の説明責任を確立しようと、F1を通じたインクリメンタルな改革を実施してきた。各機関に置いて必要な保健指標等のスコアカードの数値を回収する流れは確立されつつあるが、実際の数値の正確性は検証されていないのが実情である¹⁷⁾。保健省は、次の段階として、LGUスコアカードを、インフラストラクチャーの向上と、行政による公衆衛生への介入強化のインセンティブとし、業績に基づいた財政介入実施に利用しつつある。医療施設の独立採算性が重要視されつつあり、これらの改革は、保健省内の小規模グループと、州病院においてパイロット的に実施されている。

策定された計画は財務省、保健省及び援助国・援助機関代表等により組織された共同評価委員会の承認を経なければならず、予算承認のアクターの多さと初めての試みに対する行政手

16) 内国歳入割当金、地方政府の歳入に基づいたコミュニティ自治計画、フィルヘルス償還金、追加の中央政府補助金、地方政府独自の貸与金、商品や現物支給による支援、外部からの援助等。

17) 保健省国際協力課 Dr. Mar.Wynn C. Bello とのインタビュー（2011年1月27日）。

続きの煩雑さから州保健投資計画に基づき16州に支払われる基金の支給は大幅に遅れ、結果としてプログラムの実施を遅らせた (World Bank 2011)。さらに、最初の16州に比べ、後の15州及びMMRAの5州、44州は援助機関による技術支援が十分行き渡らず、各州の保健行政官の行政能力の脆弱さから地域保健投資計画策定能力に差がでている¹⁸⁾。また、州政府が策定する州保健投資計画は、州内の市を視野に入れておらず、同様に市と市の協力や連携強化にも目を向けていない事例が多く、州内の市保健行政の画一的な運営・サービス提供水準向上という視点に欠ける傾向があった (EC-TA 2010)。さらに、医療サービスが不足する地域の地方政府は保健部門が財政困難に陥ったままであった。保健省の予算策定は、地方政府の予算策定には活かされずに、地方政府の予算編成もまた、保健省の予算策定に活かされなかった。国全体の保健財政は、フィルヘルス、保健省、地方政府の独立した予算編成制度により、予算配分の分散化や重複が問題となっている (World Bank 2011: 107)。保健省は、保健改革における地方政府の政策決定・実施支援を担っているが、実際には実施支援の部分が弱い。保健省地域局の能力もリージョン毎に格差があり、多くの州政府はF1という新しい戦略概念にどう対応してよいか判らず苦慮したという。未熟な地方政府を支援する保健省の能力強化が

追いついていなかったといえる^{19)、20)}。

4. 仮説の検証・理論の適用

4-1 政策実施過程における仮説の検証と考察

4-1-1 中央・地方政府間の保健医療行政の連携体制の未確立

第1の仮説「中央・地方政府間に保健医療行政の連携体制が確立されていなかった」ことについては、中央・地方政府の保健行政に関わる行政官の内的行政構造 (intra-administrative structure) が確立しておらず、F1改革のスムーズな実施が困難であることがわかった。地方分権化以降、保健省の役割は、政策実施責任者から政策決定者へと移行した。このため、中央—地方政府間における行政の結びつきは分断してしまったのみでなく、地方政府間の州知事や市長間の連携をも希薄にした (Grundy et al. 2003)。このように分断された政府間関係を是正し包括的な保健改革を実施するのがF1の意図するところであった。F1における政策プログラムの実施には、保健省・リージョン・州・市・町・バラングイという行政区分において、政策内容を保健省から州以下に周知し、その評価・モニタリングを実施する機関として、保健省地域局が期待されていた。しかし、F1における保健省地域局の管理責任は明確には規定されておらず、保健省は同局に規制の役割を担うよう促しつつあるが、同局は法的拘束力のある

18) 保健省 Bureau of Local Health Development, Officer-in-Charge, F1政策実施時EC技術支援責任者 Dr. Juan Antonio Perez IIIとのインタビュー (2012年3月3日)。

19) JICA保健プログラム・コーディネーターからのEmailによるインタビュー回答 (2010年10月7日)。

20) 逆に、F1政策決定当時のDr. Francisco T. Duque III前保健大臣の評価としては、F1の改革実施に困難はなく、地方政府との連携により、効率的に成功裡に終わったという。定期的に州保健投資計画に取り組んだ州知事と会合を設け、医薬品・医療設備・病院運営・フィルヘルスに関する

資金提供を受けるためには、州及び市保健投資計画 (Community Investment Plan for Health) を策定し、承認を受けなければならないと説明してきた、という。これにより、F1修了時までには全80州の保健投資計画が作成されることとなったという。Duque保健大臣は、保健投資計画の作成により、保健大臣の最終承認により、病院・フィルヘルス・医療設備・公衆衛生等へと資金が支出される仕組みが整ったと、述べている (人事院 (Civil Service Commission) のChairmanであり、2005年から2010年にかけて保健大臣を務めたDr. Francisco T. Duque IIIとのインタビュー (2012年2月29日))。

州・市・町の保健行政実施に対する監督責任はない。このため、実施における重要な役割を担えなかった（World Bank 2011: 59）。保健省地域局は、地方分権化以降も保健省の管轄ではあるが、リージョン・レベルの保健省の州に対する監督・管理能力は脆弱であるという²¹⁾。保健省地域局は、リージョン内管轄区域の保健大臣とも称される役割を担っており、例えば、保健省からの交付金は、保健省地域局を通じて州に配布される。しかしながら、権限移譲により保健省は州保健職員への管理・監督権限を失ったために、中央—地方政府間の保健行政職員のネットワークが失われたまま、F1改革は実施されたのである。中央—地方内の行政構造が構築されていなかったために、保健省職員は、政策決定過程を経た政策プログラムの実施を地方政府に指示する権限がなかったという²²⁾。各地方政府の保健指標評価システムとして整備されたLGUスコアカードは、保健省による末端行政のデータ収集の監督が行き届かないために、統計数値の信憑性は定かではない。このように、行き過ぎた地方分権により中央・地方保健行政間における内的行政構造の分断が生じたために、中央・地方行政は連携関係を構築しにくくなり、情報の伝達も困難になっている。州保健オフィスのなかには、保健省地域局と地方政府の政策決定機関である地域保健委員会との連携が確立されており、F1政策実施内容の情報共有が整いつつある州もあった²³⁾が、全国レベルの保健行政構造の再構築は確立していない。現状では、保健省で政策決定された政策を地方

保健行政官が実施する権限が弱くなっているといえる。中央—地方関係の保健行政の結びつきをどのように構築するかは、長期的な課題である。

4-1-2 公選首長と地方保健医療行政とのパトロン—クライアント関係

第2の仮説「地方の保健医療行政と執行者である公選首長との間にパトロン—クライアント関係が生じていたこと」については、F1実施は、州知事や市長の保健行政への取組み姿勢により左右されることがわかった。本来ならば、決定された戦略プログラムが非政治的な行政の行為によって滞りなく実施されるのであれば、実施のギャップは生じにくい。しかしながら、現実には、実施過程は、様々なアクターによる政治そのものであり、計画通りの改革を困難にしている。地方分権法は、地方政府の必須任命職（州保健管理官、市保健管理官、町保健管理官）は、それぞれ州・市・町の公選首長の任命と議会の承認により選抜されることと定めている。これらの保健行政管理官は、地方分権により地方へと身分が移管されたため、自らの政治的任命権者である州知事や市長の意向に沿って保健行政を進めなければならなくなった。地方首長のなかには、万人への医療の整備に真摯に向き合わずに貧困層への医療保険に貧窮状態ではない親戚縁者を加入させるといった既得権益を利用する恣意的な行動にでるものもあった。医師は自らの保健管理官としての身分を守るために、このような倫理に反する行動を制することが困難になった²⁴⁾、²⁵⁾。恣意的・政治的な相互依存関係は癒着を生み、パトロン—クライアント

21) フィルヘルスの Executive Vice President and Chief Operating Officer であり、前保健省事務次官の Alexander A. Padilla とのインタビュー（2012年3月2日）。

22) 保健省国際協力局 Dr. Mar.Wynn C. Bello とのインタビュー（2011年1月27日）。

23) JICA「ベンゲット州地域保健システム強化プロジェクト」専門家チームの副チーフ・アドバイザー（当時）戸辺誠からの email によるインタビュー回答（2011年3月15日）。

24) 保健省職員の地方への移管により地方保健行政官の倫理観が低下しているとの調査結果もできている（Grundy et al. 2003）。

25) 保健省職員は、地方首長と地方保健行政官との間に恣意的・政治的な相互依存関係が起きていることを指摘している（保健省国際協力局 Dr. Mar.Wynn C. Bello とのインタビュー（2011年1月27日））。

ント関係が強化されていることが判った。州知事や市長の保健医療制度改革に対する理解と積極性により、リーダーシップを発揮してF1改革に関わる支援を行うかが左右され、実施過程にも影響を及ぼすことが多い²⁶⁾。F1政策実施の成功の鍵を握るのは政治的コミットメントや政策実施者の改革に対する受容性である²⁷⁾。政策実施過程では、チームとして地方保健行政官のみならず様々な地方のアクターも関わっている。しかしながら、州知事や市長に保健省が政策決定をした保健医療制度改革に理解を示す意思がない場合は、実施は困難になる。

4-2 政策決定過程における仮説の検証と考察

4-2-1 F1政策決定におけるトップ・ダウン方式の政策過程

第3の仮説「貧困層中心の政策決定に影響を及ぼすアクターが欠落していたこと」については、F1政策プログラム作成時の保健省におけるトップ・ダウン方式の政策決定過程が明らかになった。大統領制による執政制度の下では、保健大臣は大統領の政治的任命職として選出される。大統領は、政策決定者として能力の高い医師を保健大臣として任命するという慣習があり、過去の保健大臣経験者は、いずれも医師であり、事務次官等の保健省官僚経験やWHO等の国際機関における政策決定経験のある人物も多い²⁸⁾。このために、政策決定過程において強い影響力を持ち、保健官僚は「従属的立場」に置かれる。地方分権化は、法的改正を伴った「ビッグ・バン改革」ではあったが、その後の

保健医療行政改革は、保健大臣による行政命令として発令されている。行政命令は、法律に基づかない行政の裁量範囲が比較的広く、議会の介入なしに官僚が活動する領域を見出すことが可能な領域である(川中1996:113-114)。F1政策決定時は、地方分権化以前からの保健大臣と保健省幹部を中心とした限られた政策コミュニティによるトップ・ダウン形式の政策決定・実施という政策スタイルが習慣化されていた²⁹⁾。医師資格保有の技術官僚である保健省事務次官及び行政官が政策決定の核となっていた。事務次官は改革に対する政策立案意欲や独自のアイデアを有していても、トップ・ダウン形式の政策決定システムを尊重し、保健大臣に従う方向にある。また、保健大臣は、国内唯一の保健省附属健康保険運営機関フィルヘルスの理事会メンバーも担うことが、1995年国民健康保険法により定められている。このため、保健政策の方向性は必然的にフィルヘルスとの協調関係が保たれることとなる。一方、地方分権化による地方自治の原則と中央—地方政府間の内的保健医療行政構造の分断により、保健省による行政命令は、地方での適用拘束力がない。地方政府は、保健省の責任により政策決定されたF1保健改革の実施義務を負わずに、戦略プログラムに従わなくても罰則規定はない。このような形骸化した保健医療制度改革は、行政による公衆衛生や医療サービスを一度も受けずに生涯を閉じる貧困層に医療を行き渡らせる仕組みには容易には結びつかない。F1政策決定時のFrancisco T. Duque前保健大臣は、地方政府の首長は必ずしもコミュニティの発展に目を向けるとは限らず、全国画一の地方行政による市民への基本的な公衆衛生サービスの提供は困難であると、認識していた。それでも、政策目標

26) コーディレラ (Cordillera) 地域保健局所属ベンゲット (Benguet) 州保健チームリーダー Dr. Mercedes Calpito からの email によるインタビュー回答 (2011年3月31日)。

27) コーディレラ地域保健局所属ベンゲット州保健チームリーダー Dr. Mercedes Calpito からの email によるインタビュー回答 (2011年3月31日)。

28) 保健省国際協力局 Dr. Mar.Wynn C. Bello とのインタビュー (2011年1月27日)。

29) フィルヘルスの Executive Vice-President and Chief Operating Officer であり、前保健省事務次官の Alexander A. Padilla とのインタビュー (2012年3月2日)。

を高く定めることにより、その実現に向けて邁進していくことができるとの期待から、F1 戦略構想を打ち立てた³⁰⁾。一般的に保健システムが発展している先進国では、医師専門職団体の組織力が利益団体として政策決定へ強い影響力を示す。しかしながら、フィリピン医師会・看護師会は、F1 政策決定のアクターとして招かれることはなかった³¹⁾、³²⁾。また、地方政府の政策決定に関わるアクターは、公聴会や研修には招かれるが、政策決定には関与していない。貧困層の利益最大化を図る非営利組織のアクター等の参加によるボトム・アップ形式の政策決定は、形式・儀式的であった。F1 は保健省管轄病院の改革であり、地方保健医療行政官には政策実施のアクターであるという認識が浸透していなかった³³⁾。大統領中心のトップ・ダウン方式による執政制度は、政策決定というゲームに貧困層の医療の充実を追及するアクターが介入不可能なインフォーマル・ルールが制度として安定していることが判った。政策決定過程は、ゲームに参加するアクターが固定化し、制度 (institutions) 化しており、政策目標達成にむけて実施可能なプログラム作成を困難にしている。医師・看護師等の保健従事者は、組織化した専門職コミュニティとして、保健医療制度改革の政策コミュニティのアクターに加わることができない。保健省特有の行政命令に基づいた政策決定及び政策実施の特徴は、行政改革を困難にしている。

30) 人事院の Chairman であり、2005 年から 2010 年にかけて保健大臣を務めた Dr. Francisco T. Duque III とのインタビュー (2012 年 2 月 29 日)。

31) フィリピン医師会会長 Oscar D. Tinio とのインタビュー (2011 年 2 月 2 日)。

32) フィリピン看護師会会長 Dr. Teresita R. Irigo-Barcelo (PhD, Residence Nurse) とのインタビュー (2011 年 2 月 1 日)。

33) ラグナ州サンタ・ローザ市保健行政官 (City Health Officer), Dr. Rosanna Saledad Cunanan とのインタビュー (2011 年 8 月 22 日)。

4-2-2 政策決定に関わるアクターの既得権益が守られた改革内容

第 4 の仮説「政策コミュニティの既得権益が守られた上での改革内容であったこと」については、保健医療制度改革の経緯の分析から、保健省アクターの既得権益の保持を優先する政策決定構造が明らかになった。保健医療制度改革は、法改正による抜本的な構造改革でなければ全国に統一の保健医療行政を敷くことは困難である。しかし、保健医療行政の一部再集権化がフィデル・ラモス大統領の拒否権によって廃案となった (Atienza 2003)。このために、保健省官僚は、州や市へと権限委譲された保健医療行政を所与のものとして受け入れ、法改正による行政組織の再構築への動きを止めてしまった。Duque III 前保健大臣は、全国 80 州の内、20 の財政能力が脆弱で貧困層が多い州の保健行政を再集権化し、保健省の責任により基本的な公衆衛生を提供する政策実施を提案したが、議会は地方自治の維持を支持した。F1 保健改革には改革実施のルールが定められており、SWAps に基づいた州政府への保健投資は、選抜された 16 州重点拠点から始まった。16 州の選抜は、財政運営能力があるか、中央—地方政府間、地方政府間、官民ネットワークによる保健資源共有の準備に入る意思があるか、そして改革の実行可能性は高いか、という基準により選抜された。保健大臣は全国で展開し得る一律の保健パッケージの展開を目指していたが、その前段階として、16 州を選出することにより、効率的に成果が出ることを期待した³⁴⁾。政策決定に関わった官僚は、このような選抜的でインクリメンタルな改革では、「全ての人への医療」は実現できずに、全国一律の改革パッケージの実現は困難であると認識しつつも F1 政策

34) 人事院の Chairman であり、2005 年から 2010 年にかけて保健大臣を務めた Dr. Francisco T. Duque III とのインタビュー (2012 年 2 月 29 日)。

実施を担った³⁵⁾。保健部門の地方への権限移譲と同規模の抜本的な改革がなければ、全国一律の保健サービス提供に向けた構造改革は困難である。しかしながら、法改正を伴う改革は、議会での議論と承認を経なければならず、利害関係の交錯するステークホルダーの調整は困難であるため、行政命令に基づいた改革実施への妥協が致し方なかった³⁶⁾。保健省予算の公衆衛生配分はF1実施5年間で増加したものの、依然として政府管轄病院への支出割合が多く、保健省所属職員の給与確保と既得権益を守ることを優先させた政策決定であった³⁷⁾。

また、フィデル・ラモス政権時の保健大臣 Jamie Galvez Tan 博士は、1995年国民健康保険法は2010年までに健康保険加入率100%達成を目標としているにも関わらずに、F1は加入率85%を目標として定めているために、そもそも国民皆保険を目指していなかったと指摘する。さらに、彼は、フィルヘルスは積立金を過剰に保持しているにも関わらず、サービス拡大のために支出する政策に踏み切っていないとする³⁸⁾。法改正により、保健省予算を地方保健行政官の安定した給与確保に再分配する仕組みや、フィルヘルスの積立金をサービス充実にむけて支出する等の、抜本的な保健改革が実施されると、地方分権化により既得権益が保持された保健省職員も影響を受けることとなる。保健省アクターは、自らの既得権益が損なわれることがないように、行政命令による法的拘束力のない政策実施を容認し続けていると考えられる。

5. 新制度論アプローチの適用—保健省官僚に内在化された「適切さの論理」—

前項で検証された保健省の政策決定に関わるアクターの行動を、新制度論の分析枠組みに当てはめてみる。これにより、彼らは、保健官僚組織内の、政策目的に照らし合わせた合理性よりも、その場でふさわしいか否かに基づいて政策決定・実施を行う「適切さの論理」という非合理的な「規範」を「内在化」し行動していることが分かる。

March と Olsen は、制度化された状況のもとでは、アクターが、行動の帰結としての損得の合理的計算よりも、何がその場においてふさわしい行動であるかを基準にして自らの行動を決定する、と主張する。そして、ルールや規範によって形成される「制度」が個人の行動を制約し、行政改革の方向性や内容に影響を与えると論じたのである (March and Olsen 1989)³⁹⁾。より規範的な見解から組織を考察すると、制度の論理的機能は、組織の構成員間において共通の価値を創造して維持することである。制度内における内在的な社会化の過程は、政策決定を方向づけるのみではなく、価値とそれに続く構成員の行動をも方向づけるのである。

March と Olsen の主張は、どのようにして最初にそれらの価値が創造されたのかに関する納得の行く説明をするものではないが、政策の方向性を維持する制度の可能性について説明する事が出来る。F1政策決定事例の検討により、保健改革に携わる保健省官僚は、行政命令による「全ての人への医療」の実現は困難であると認識していたが、その場でふさわしいとされる「適切さの論理」に基づいた保健省内の政策決定ルールに忠実に業務をこなしている。地方分権化以降、保健省所属の官僚は、地方分権化に

35) 前保健省事務次官 Dr. Mario C. Villaverde とのインタビュー (2012年3月2日)。

36) 前保健省事務次官 Dr. Mario C. Villaverde とのインタビュー (2012年3月2日)。

37) フィルヘルスの Executive Vice-President and Chief Operating Officer であり、前保健省事務次官の Alexander A. Padilla とのインタビュー (2012年3月2日)。

38) Jaime Galvez Tan 前保健大臣とのインタビュー (2012年3月1日)。

39) March と Olsen による新制度論の分析枠組を用い日本で理論検討を行った事例研究としては、真淵勝の『大蔵省統制の政治経済学』が挙げられる (真淵勝 1994)。

よって地方へと移管された地方保健行政官とは異なり、自らの既得権益は損なわれることなく、行政命令という実施の拘束力の低い保健改革を続けている。改革の基本方針が保健大臣により定められた後に、「全ての人への医療」を達成するための行政改革であることを正当化するために、政策目標に沿った実施戦略プログラムを作成していったのである⁴⁰⁾。このために、F1の実施戦略は形骸化しており、地方分権化以降の地方保健医療行政の実情に即した政策プログラム内容が形成されていない。

6. おわりに

March と Olsen はまた、「規範」という「制度」からの制約を受けた行政改革は、歴史の非効率性に縛られ改革が進まないとも指摘している⁴¹⁾。「適切さの論理」に基づいた官僚の行動規範は、歴史的に形成されたものであり、合理的な意思決定プロセスのなかに「ロック・イン」され⁴²⁾、抜本的な保健行政改革を困難にしていると考えられるのである。歴史的制度論に関しては、Jacob Hacker による分析が検討し得るが紙幅の関係から他稿に譲ることとする（細野 2013）。

F1 は、官僚制の特徴や健康保険制度の歴史の成立過程を踏まえた制度分析がなされずに、目標達成可能な構造改革への議論がされないま

ま、既存の健康保険制度の仕組みと地方分権化された保健行政構造に、選択的に NPM 理論に基づく改革が取り入れられ実施された。保健官僚組織内におけるインフォーマルな規範は、新自由主義の理念や NPM による改革手法との間に対立関係を生んでいる。この西欧から伝播した近代的な行政改革の手法は、フィリピンという深い歴史の文脈を受け継いだ政治・行政構造のもとでの「全ての人への医療」という目標達成には不整合であったといえよう。

最後に、本研究の課題として、新制度論の分析枠組を政策実施過程の分析に応用することの有効性について、他の国々における事例研究を通じてさらに検証される必要がある。また、保健医療行政に絞った研究が他の政策分野とどれほど共通するものなのかについても検討の余地が残されている。

引用文献

邦語文献（五十音順）

- 阿部悠貴（2011）。「国際政治における「変化」をめぐるコンストラクティヴィズムの議論」『政策研究』97, 97-108.
- 荒川博人・若林仁（2005）。「財政支援と援助効果向上—東アジアの経験から」『開発金融研究所』26: 23-36.
- ウェーバー、マックス（1988）. 世良晃志郎訳『支配の社会学 1「経済と社会」第2部 第9章 1節—4 節』創文社.

40) これは、「適切さの論理」に基づいた行為を「結果の論理」に基づいて正当化していく過程であった（March and Olsen 1989: 162）。

41) 歴史的制度論の観点から先進国の保健医療制度を分析した研究として Jacob Hacker（1998, 2004, 2005）が挙げられるが、この分析枠組は、開発途上国への適用は困難であるといえよう。

42) Paul Pierson は、歴史的制度論のキーワードを、経路依存に加えて「正のフィードバック (positive feedback)」、「ロック・イン (lock-in)」として説明している。ある時点の政策決定は、その決定が効率的か合理的かに関わらず、正のフィードバックとして同一方向の政策が選択されるようになり、やがてロック・イン、つまり固定化され、経路依存の連鎖が慣性として働いていくとする（Pierson 2004）。や

がて、固定化した制度は歴史の非効率性を生み出す歴史の非効率性の典型例として広く語られているのが、パソコンの QWERTY 式キーボードの並びの発展である。これは、より効率的なタイピングの並びがあったとしても、一旦普及したために、このキーボードの並びが一般化したため、これが定着し、他の並び方が普及しなくなったという事例に基づいている。政治制度や公共政策においては、制度が法の支配を受けようになると、既得権益を生みだしてゆき、やがて既得権益を享受するアクターの行動は、それを保全する形態をとるようになる。このため、特定の時期の政策決定は、その制度を維持しようとするアクターの力学が影響し、後の政治の帰結に影響を与えるようになる（March and Olsen 1989: 169）。

- 風間規男 (2013). 「新制度論と政策ネットワーク論」『同志社政策科学研究』14(2): 1-14.
- 川中豪 (1996). 「フィリピンの官僚制」岩崎育夫・萩原宣之編『ASEAN 諸国の官僚制』アジア経済研究所: 79-120.
- 木原隆司 (2003). 「援助協調 (International Aid Coordination) の理論と実際」『開発金融研究所法』17: 23-65.
- 小池治 (1989). 「政策ネットワーク分析試論—政策共同体とイシュー・ネットワーク」『日本の公共政策—その基準と実際』行政管理研究センター: 147-161.
- (1990). 『アメリカの政策過程と政府間関係』第一法規.
- (1995). 「政策ネットワークと政府間関係」『中央大学社会科学報告』16: 27-46.
- (2001). 「開発途上国のガバナンスと行政改革」『季刊行政管理研究』96: 24-39.
- (2004). 「開発と政治・行政・公共政策」森川俊孝・池田龍彦・小池治編著『開発協力の法と政治』国際協力出版会: 104-129.
- シルバーマン, B. S. (2003). 武藤博己・小池治・辻隆夫・新川達郎・西尾隆訳『比較官僚制成立史—フランス, 日本, アメリカ, イギリスにおける政治と官僚制』三嶺書房.
- 細野ゆり (2013). 「フィリピン共和国 FOURmula One for Health 改革における実施ギャップに関する研究—新制度論アプローチから—」横浜国立大学博士学位論文.
- 真淵勝 (1994). 『大蔵省統制の政治経済学』中央公論社.
- 真山達志 (1994). 「政策実施過程とネットワーク管理」『法学新報』100 (5・6): 181-201.
- 森田朗 (2007). 「「制度」に関する一考察」『制度設計の行政学』: 145-241.
- Administration Review*. 70 (5): 811-816.
- Derthick, Martha (1970). *New Towns In-Town: Why a Federal Program Failed*. Washington, DC: Urban Institute.
- DiMaggio, Paul J. and Walter W. Powell (1991). "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organization Fields." in Powell J. DiMaggio and Walter W. Powell eds. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: The University of Chicago Press: 63-82.
- European Commission—Technical Assistance (EC-TA) to the Health Sector Policy Support Programme in the Philippines (2010). *Report to the Delegation of the European Commission to the Philippines — Final Report Covering the Period 1st February 2007 to 31st December 2010*. An European Commission—Government of the Philippines Joint Programme Implemented by the Department of Health and F1 Provinces. Contract No. 2006/32479 (Unpublished Document).
- Grundy, J., Healy V., Gorgolon L. and Sandig E. (2003). "Overview of Devolution of Health Services in the Philippines." *Rural and Remote Health*. 3: 220.
- Hacker, Jacob (1998). "The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy." *Studies in American Political Development*. 12(1): 57-130.
- (2004). "Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States." *The American Political Science Review*. 98(2): 243-260.
- (2005). "Policy Drift: The Hidden Politics of US Welfare State Retrenchment." In Wolfgang Streeck and Kathleen A. Thelen eds. *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*. Oxford: Oxford University Press: 40-82.
- Hargrove, Ervin C. (1975). *The Missing Link: The Study of the Implementation of Social Policy*. Washington: Urban Institute.
- March, James G. and Johan P. Olsen. (1984). "The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life." *American Political Science Review*. 78: 734-749.
- (1989). *Rediscovering Institution*. Collier

英語文献 (アルファベット順)

- Macmillan Publishers.
- Hall, Peter and Taylor Rosemary C. R. (1996). "Political Science and the Three New Institutionalisms." *Political Studies*. 44: 936-57.
- Peters, B. Guy (2001). *Institutional Theory in Political Science: The 'New Institutionalism'*. New York: Continuum.
- Pierson, Paul (2004). *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*, Princeton: Princeton University Press. Pineda, Virginia S. (1998). "Health Management: Strategies from Selected Cities." *The Discussion Paper Series*. 36: 1-21.
- Pressman, Jeffrey L. and Aaron Wildavsky (1984). *Implementation: Third Edition Expanded*. The Oakland Project, California: University of California Press.
- Rhodes, R. A. W. (1997). *Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. Open University Press: 38.
- (2006). "Policy Network Analysis." In Michael Moran, Martin Rein and Robert E. Goodin, eds. *The Oxford Handbook of Public Policy*. Oxford: Oxford University Press: 425-447.
- Selznick, Philip (1949). *TVA and the Grass Roots: A Study in the Sociology of Formal Organization*. University of California Press.
- Silberman, Bernard S. (1993). *Cages of Reason: The Rise of the Rational State in France Japan, the United States, and Great Britain*. Chicago: The University of Chicago Press.
- World Bank (2011). *Philippine Health Sector Review Transforming the Philippine Health Sector: Challenges and Future Directions*.
- [ほその ゆり 横浜国立大学大学院国際社会科学科博士課程修了, 横浜国立大学成長戦略研究センターリサーチャー]

