

「医療アクセス」とBOP市場

—フィリピンの農村地域を事例として—

Access to Healthcare and BOP Market:
Case Studies of Rural Areas in the Philippines

勅使川原香世子

Kayoko TESHIGAWARA

はじめに

本論文は、フィリピン農村地域低所得層が「保健医療アクセス推進政策」によって経済ピラミッドの底辺にいる層（Bottom of Pyramid: BOP）をターゲットにした市場¹（以下、BOP 市場）へ組み込まれ、生活基盤をいっそう崩壊させられている実態を、同国東ネグロス州の事例から明らかにするものである。

同国は1946年に設立された世界保健機関に加盟し、アキノ政権下制定された87年憲法では健康権を認め²、低所得層に対する保健医療保障³を明示した。健康改善のために、国連開発計画はアマルティア・セン（Amartia Sen）のケイパビリティ・アプローチに裏打ちされた入手可能な医療の有無を重要視したが、同国政府も「保健医療へのアクセス（access to health care services/health services）」（「」は筆者）⁴、すなわち、治療や疾病予防対策としての保健医療施設拡充⁵を推進してきた。

概念上の混乱を避けるために、ここで「保健医療（以下、医療）」と「保健医療アクセス（以下、「医療アクセス」）」という用語の使用に関して確認しておきたい。まず、同国政策における医療（health care services/health services）は、国家資格をもつ専門家や地方自治体のトレーニングを受けた伝統出産助産者などが提供する市場で売買される治療や疾病予防に関わるサービスを示

す。そこで本論では、医療を、「国家や自治体に認定されたものによって提供される市場化された治療や疾病予防に関連したサービス」とする。なお、ここでいう医療は、その時代や社会の文化・観念に支持され普遍的に存在していた営為⁶としての医療という概念とは、区別する。ことわりのない限り、本論における医療は同国政策における医療を意味する。次に、同国政府のいう「医療へのアクセス」は、代価を支払い医療を利用するチャンスであり、誰もが適切な医療を保証されていることを意味しない。同国政府が「医療アクセス改善」の是非を医療施設へ物理的に近づけるか否かによって分析していることから、このような判断が可能である。そこで、「医療アクセス」を、「医療を提供する施設や専門家の拡充」と定義する。

さて、上記「医療アクセス」は、これまで、さまざまな政策によって推進されてきた。1940年代後半から80年代中旬までは、もっとも住民の身近に設置されたバランガイ・ヘルス・ステーション（Barangay Health Station: BHS、バランガイはフィリピン最小自治単位）から高度医療を提供する国立病院にいたるまでの公的医療提供システムの構築が推進された。1980年代後半になると、後発医薬品法や地方自治法、国民健康保険法などが制定され、医療システムの充実が目指された。1990年代後半には、総合的な同システム改革のプログラムとして医療制度改革（health sector reform agenda）が開始された。こういった医療施設やシステムの拡充を目的とした一連の政策を、ここでは、「医療アクセス推進政策」とよぶこととする。

しかしながら、次にあげる2つの事実により、これまでの「医療アクセス推進政策」が、憲法に謳われたすべての人びとの医療機会を保障し、健康権を達成するとは考えにくい。

一つめの事実とは、「医療アクセス」では解決し得ない栄養や衛生の問題によって、農村地域低所得層の健康は蝕まれていると

いう点だ。たとえば、調査地東ネグロス州の2005年死亡原因第9位、同州ギフルガン市トリニダッド村2010年死亡原因の第1位は栄養失調⁷だった。栄養失調はそれ自体が死亡原因になるだけでなく、肺炎や肺結核、下痢、その他の感染症で死亡した人びとの根本的な健康問題として存在している可能性もある。

二つめは、医療施設に到着しても経済的な問題から適切な治療は受けられず、治療費のために多額の借金を背負おうといった農村地域低所得層の人びとの実態である。反体制勢力封じ込め政策の一環として医療に触れ、また、「医療アクセス推進政策」によって、農村地域低所得層は自ら医療や市販薬の購入を開始した。換言すれば、市場における医療の購入を選択肢のひとつとしたのだ。だが、受診や服薬を介して、農村地域低所得層は、後述する医療システム内権力者らが構築する収奪の仕組みに組み込まれ、高利で借りた現金を浪費させられている。

そこで本論において、つぎのことを明らかにする。

- ①センのケイパビリティ・アプローチの観点から、同国政府のいう「医療アクセス」は単なる利用可能な手段の提供にすぎなかったこと。
- ②人権としての医療機会から排除されてきた農村地域低所得層は、「医療アクセス推進政策」によって受診行動を変化させたこと。
- ③「医療アクセス推進政策」は人権としての医療機会を保証しなかっただけでなく、農村地域低所得層を医療システム内に構築された収奪システムに組み込んだ。そこで、彼らは高利で借りた現金を浪費させられていること。

第1章 「医療アクセス」の批判的検討

第1節 「医療アクセス」とケイパビリティ・アプローチ

東ネグロス州保健事務所は、医療施設までの距離や到着までの

所要時間、地理的配置などにもとづき「医療アクセス」を分析し⁸、同州人口の大部分がなんらかの公的医療施設へアクセス可能である⁹と評価した。

人間開発指数の指標のひとつである「医療や医薬品へのアクセス」の理論的背景にはセンのケイパビリティ・アプローチがある¹⁰。そこで、同州保健事務所の「医療アクセスはおおむね良好」という結論を、センの同アプローチの観点から検討してみよう。

まず、センの同アプローチの概念を概観する。

センは、「福祉」と「福祉を追求する自由」をケイパビリティ・アプローチの視点から評価し、個人の福祉は相互に関連した「ファンクショニング」の集合（生活）の質である¹¹と考えた。個人が達成していることは、「ファンクショニング」のベクトルとして表され、「適切な栄養を得ていること」「健康状態にあること」など多岐にわたる¹²。さらに、「ファンクショニング」の集合体が「ケイパビリティ」であり、それは「さまざまなタイプの生活を送る」という個人の自由を反映し¹³、その人の目的遂行の機会を意味している¹⁴。センのいう自由とは、個人が自分のしたい生活を選択できる¹⁵ということであり、開発とは人びとが享受する本質的自由を増大させるプロセスである¹⁶。よって、開発は人びとが持つ自由が強化されたか否かによって評価されるべき¹⁷と提案した。

そして、「ファンクショニング」の組み合わせである「ケイパビリティ」が、どのような生活を選択できるかという個人の自由を表している¹⁸ので、人の福祉の評価はこれら「ファンクショニング」の構成要素を評価する形をとるべきだ¹⁹と、センはいう。

センは、ケイパビリティ・アプローチを利用することによって、政策論の中で使われる等しく利用可能であるといった「機会均等」ではなく、多様性のある個人が同様の「ファンクショニング」をもつことができる「ケイパビリティの平等」²⁰の必要性を主張し

たのである。さらに、不平等分析が所得に焦点を当てることに対して問題提起し、私たちができることやできないことは、身体的・社会的特徴の違いにも依存している²¹ことを強調した。つまりセンは、たとえ利用可能性が均等にあっても達成できる「ケイパビリティ」には格差が生じることを問題視したのである。

この観点から同州の「医療アクセス」をとらえるとどのように評価しうるので、農村地域の人びとの事例から検討してみよう。

同州保健事務所によれば、同州の「医療へのアクセス」はおおむね良好だが、州最北部あるいは最南部の人びとが専門家による高度な治療を受ける場合、移動に長時間を要することが問題である²²。高度医療病院は州都ドゥマゲテに位置するが、州南部から北部にわたり中等度医療病院が散在しており、またその病院の隙間をうめるように、地域保健事務所や333のBHSが配置されている²³。それによって、人口の大部分がいずれかの医療施設にアクセス可能²⁴であるというのだ。

次に、同保健事務所が分析するように、州内の医療施設数などに改善があったのか検討してみよう。

まず、人口が1990年の93万8,000人から2007年の123万2,000人、1.3倍に増加した他方で、BHS数は195箇所²⁵から333箇所へ増加し、1.7倍になった。また、公的病院は1990年に14箇所、530床で、2007年には14箇所、535床である。1病床に対する人口で比較すると、1990年は人口1,770人に対して1病床、2007年には2,300人に対して1病床ということになる。また、人口に対する医療施設数（BHSと病院）は、1990年の人口4,490人に対して1施設から2007年の3,550人に対して1施設へと増加した。これらより、1病床を分け合う人口は増加したものの、何らかの医療施設へ行きやすい人口は増加したものと考えられる。しかしながら、1病床に対する人口の増加は必ずしも病床不足を意味するわけではない。なぜなら、不足しているといわれる公的医療施

設の病床占有率平均は、わずか44%²⁶だからだ。

では、同州ギフルガン市トリニダッド村の事例から、「医療アクセス」が低所得層の人びとに与えた影響をみてみよう。同村は、市街地からオートバイで1時間半ほどの山中に位置する。もっとも近い公的医療施設はBHSであり、オートバイで1時間足らずの市街地に州立ウリアム・ビリー・ビリエガス記念病院(Gov. William “Billy” Villegas Memorial Hospital: 記念病院)や市立保健所がある。記念病院は1960年に設立されたが、村人たちが実際に医療施設を利用し始めたのは1970年代ころである。村人の話によれば、1970年代以前には、人が歩けるほどの幅の道路しかなく、また市街地の幹線道路での交通費や治療費のことを考慮すると受診は非常に困難だったという。現在でも同村約1,240世帯の8割以上を占める刈分け小作農民(作物を地代として治める)は現金収入をほとんどもたないため、治療費負担は依然大きな問題である。1日3食を摂ることが困難な世帯が多く、2010年村の死亡原因第1位は栄養失調²⁷だ。現金収入をもたない農民たちの治療費などにかかる臨時出費は、近隣者やコミュニティ有力者など非公式高利貸しからの借金によって賄われる。農民たちは多額の借金をして、あるいは財産である水牛や田畑を売り決死の覚悟で病院へ行くのだ。しかし費用が底をつけば、治療途中、最悪な場合には死亡したにもかかわらず、多額の借金だけを残して帰宅することになる。さらには、主に低所得層が利用する公的医療システム内に、医師や製薬企業らによって収奪システムが構築され、農民たちは高利で借りた現金を無駄に浪費させられているのが現状だ。

事例が示しているように、農村地域低所得層は医療の利用によって多額の借金を背負うといった不安から受診を躊躇する傾向にある。つまり、たとえ医療施設があっても適切な時期に利用できないのが現実なのだ。これは、前述したように、不足している

といわれる病床稼働率がわずか44%であることから理解できるだろう。さらに、多額の借金をして決死の覚悟で受診しても、低所得層は適切な治療を受けられるわけではない。彼らは借金した現金を使い果たした時点で治療を中止せざるを得ない。前述したセンのいう「ケイパビリティの平等」という観点においては、さまざまな状況に置かれた人びとが同様に「ファンクショニング」を利用できると想定されるが、実際には、「医療を利用できる」という「ファンクショニング」は代価を支払える場合にのみ有効となるのだ。すなわち、同州の「医療アクセス推進政策」は、医療施設へ行きやすい物理的環境を整備したが、単なる利用可能な手段の提供、「機会均等」にすぎなかったといえる。

以上から、同州における「医療アクセス」は、物理的・地理的に利用可能な医療施設や薬局から、費用負担が可能な場合に治療や医薬品を入手できる可能性にすぎず、適切な医療の保障とはまったく異なる実態が明白となる。

第2節 ケイパビリティ・アプローチでは見えなかったもの

地域経済論などを専門とする中村尚司がいうように、ケイパビリティ・アプローチの優れた点は、非経済的な社会関係から経済的な貧困が生まれる仕組みを解明できるようにしたこと²⁸である。つまり、所得だけでなく個人の生活を構成するさまざまな要素「ファンクショニング」に視点をずらすことを可能にした。

しかしながら、農村地域の人びとを取り巻く状況を分析する際、ケイパビリティ・アプローチにおいて3つの点が軽視されたと考えられる。それは、①奪われた「ファンクショニング」の分析、②市場における「医療アクセス」によって、経済ピラミッドの底辺にいる層（Bottom of Pyramid: BOP）をターゲットにした市場²⁹（以下、BOP市場）へ低所得層が組み込まれた事実、③一方の「ファンクショニング」拡大が他方の剥奪された「ファンク

ショニング」の回復を妨害・阻止している事実、である。

まずひとつめの問題について述べる。

ケイパビリティ・アプローチの意義は、個人の「ファンクショニング」の拡大を検討し吟味する方向へ私たちの注意を向かわせたことである³⁰とセン自身がいうように、同アプローチにおいては、すでにある「ファンクショニング」の分析に主眼が置かれる。センは、「開発には・・・何物かを奪われている状態を解消することが含まれていなくてはならない³¹」と指摘しているにもかかわらず、嶋原敦子の言葉を借りれば、資本主義市場経済を前提に、格差や従属性の問題を前面に押し出さない³²。すなわち、なぜ「ファンクショニング」が剥奪されたのか、その構造にまで分析視角を拡大することはない。

それに対して、潜在的実現可能性が阻害された状態を暴力ととらえる平和学的視点からは、たとえば「医療を受けられない」という事実は構造的暴力ととらえられ、その構造的暴力の構造解明が課題となる。つまり、奪われた「ファンクショニング」は何か、なぜ奪われたのかが検討の対象となる。そして、奪われた「ファンクショニング」に分析視角を拡大することは、前項の農村地域に住む人びとが、物理的にアクセス可能な医療施設をなぜ利用できないのか、その理由を明らかにする。理由にはたとえば、医療が商品であること、経済的な負担能力の欠如、医療扶助制度の不備、医療システム内で受ける差別的な扱い、1日休めばその日に必要な米も購入できなくなる日雇い農場労働者の苦境、治療継続の困難さ、などである。センのいう「ファンクショニング」は、それを獲得できない理由が解決されたうえで選択可能となっているものだ。それゆえ、こういった暴力のひとつひとつが解決されたうえで「医療を利用できる」という「ファンクショニング」が選択肢となっているはずである。しかしながら、ケイパビリティ・アプローチでは、「ファンクショニング」が欠落している事実が

クローズアップされるにとどまった。

だが、センは「ファンクショニング」が奪われた理由の検討をしなかったわけではない。嶋原によれば、センは飢餓の発生には食料を入手する手段や方法、権力関係などが影響していることを指摘した上で、それを市場の特徴として受け入れ、政府による社会保障や法的システム構築を提案する³³のだ。センは強者にとって都合のよい法がより強制力を持つことなどを問わない³⁴と嶋原がいうように、「ファンクショニング」を奪う構造自体を問うことなしに、法やシステムによって埋め合わせようとしたのだ。そのため結果的に、開発のもとでの不平等な力関係を隠蔽し、また、その不平等な力関係に抑圧されてきた人びとを開発に取り込み易くするといった理論的下地を、開発推進主体に提供することになった³⁵。また、センのいう「基礎的潜在能力」が観察主体の恣意性を排除できない³⁶ため、政策立案者によって想定されたニーズが「ケイパビリティ」として設定され、その達成に必要なだと想定される医療施設拡充などが「機会の均等」を目指して実施された。

つぎに、市場における医療や医療品の購入によって低所得層がBOP 市場へと組み込まれたことについてみてみよう。

センは、市場機会を制限することは、本質的な自由の拡大、経済全体の繁栄をとおしてもたらされたであろう自由の拡大を抑制する³⁷とし、市場へのアクセスは自由の拡大、すなわち、それぞれの人が望む生活の選択肢を拡大すると考えている。たしかに農村地域の人びとは、いずれかの医療施設へ行くチャンスは増大し、不十分ではあるが医療を手にした。だが、農民たちは医療施設を利用しても適切な治療を受けられないばかりか、医療システム内に構築された収奪システムによって、ただでさえ不足している現金を将来分までごっそり収奪されているのである。つまり、医療市場へのアクセスは農村地域の人びとの自由を拡大していな

い。そればかりか、「病気を治すことができる」、「病気を予防できる」といった、奪われた「ファンクショニング」の回復からむしろ遠ざけられたのである。

最後に、一方の「ファンクショニング」拡大は他方の剥奪された「ファンクショニング」の回復を阻止している事実が看過されたことについて説明を試みよう。

前述したように、農村地域の人びとは、「医療アクセス」を介して医療システム内の収奪システムに巻き込まれ、耕作に必要な水牛や田畑を売却したり、借金したりして捻出した現金を浪費させられている。このとき、医療の提供をとおして市場へ参加する機会を得た医師や地元医薬品卸売業者、製薬企業などの所得中間層は、センがいうように市場から利益を得て、「ファンクショニング」を拡大させたと考えられる。だが、農村地域の人びとは、医療を購入することによって生活基盤をさらに崩壊させた。平和学的観点では、農村地域の人びとの犠牲の上に成り立つ医師や製薬企業などの利益を生み出す仕組みとそれを温存させる社会構造は構造的暴力ととらえられ、その暴力の克服を目指す。ところがセンは、他の誰かの自由を縮小させることなしに誰かの自由を増大させることはできないということは驚くにあたらない³⁸とし、鳴原が指摘するように、国家や法による補完が期待される³⁹のである。

こうして、センは意図しなかったかもしれないが、「医療アクセス推進政策」は利用可能な手段の提供、「機会均等」、選択肢を増やすことだけに主眼がおかれ、政策立案者は、農民たちが治療を受けられない理由や病気になりやすい原因、すなわち、奪われた「ファンクショニング」にまで切り込むことはなかった。そして、健康権を追求するための鍵、センのいう「個人の自由拡大」の「ファンクショニング」と信じられた「市場における医療の購入」は、「お金がないから治せない」「病院は金持ちのもの」とい

う認識と失望感を、農村地域の人びとに植えつけたのだ。

第2章 医療機会からの排除と「医療アクセス」推進

第1節 政治的道具としての医療

フィリピンでは、反体制勢力と国軍との間の抗争が1940年代以来続いており、農村地域の人びとの医療に大きく影響してきた。抗争による生命の危険や医療従事者の不足といった問題もさることながら、同国政府や米国の反共政策が農村地域の医療のあり方を決定してきた。冷戦下では、医療を含む、軍隊の「民間作戦」、ジェームス・イェン⁴⁰（晏陽初, Dr. Y. C. James Yen）主導のフィリピン地方再建運動、米国CIA主導のコミュニティ開発などが展開された。

このような農村開発事業は、国際関係史研究者中野聡の言葉をかりれば、政府への服従の見返りに、農民たちが彼らを見捨てた政府から資源を獲得する手段になってしまった⁴¹。また事業は、農村問題の根源にある土地制度や高利金融・市場の問題にあえて関与しない事業だった⁴²ために、農民たちの健康達成を阻害する飢えなどの問題を取り除くことはできなかった。つまり、同国政府は、農村開発事業を利用して、農民たちの不満の根源である農地問題などを放置したまま、農民たちを政府へ服従させることに成功した。

同様に、住民の政治的信条を操作するために、医療は政治家に公然と利用されてきた。たとえば、ギフルガン市の北部に位置するカンラオン市では、25年以上にわたり、市長反対派はいかなる医療支援も受けることができなかった。

1986年から2010年まで、パウティスタ家とその側近が同市市長職に就いていた。その間、反対派を支援した市役所職員はさまざまな理由によって解雇されたり、市長反対派の活動家が時折変死体として発見されたりするなど、市民を脅かす事件が多発して

いた。また、共産主義武装勢力を支援している地域として国軍からも暴力の標的にされ、カンラオン市民は国軍と市長の私兵、両方からの暴力にさらされていた。

2005年に実施した市民へのインタビューによると、20人のうち10人の回答者と数名の関係職員が「市長の反対派は医療支援を受けることはできない」とはっきり述べた⁴³。詳細は、拙稿「カンラオンの医療調査から フィリピンの人々の困難」を参照されたいが、人びとは個人の政治的な立場によって生命まで脅かされる状況なのだ。反対派だというのは医療へのアクセスを絶たれ、生命をつなぐために賛成派に転向することを強要されている。

しかしこのような権力者の職権乱用は遠隔地の山中で秘密裏に行われているというわけではなく、同市長による選挙時の集票などを期待する外部の権力者らによって支えられている。カンラオン市民権利活動（Canlaon People's Rights Movement）によれば、市長やその側近らは同地区から選出された下院議員一家に支援されている。たとえば、同市において、市長やその側近らがフィリピン開発銀行からの借り入れ600万ペソ（約1,200万円）を私的に流用した⁴⁴事実が、2004年2月内部告発者によって明らかにされた。借り入れの担保は、なんと、中央政府からカンラオン市へ充てられる内国歳入割当金である。カンラオン市民権利活動は、2006年2月にこの案件をセブ市にあるオンブズマン事務所へ申し立て、現在も審議が続いている。判決が下ったわけではないが、被告の1人である前副市長、現市長の配偶者は、借入金を受け取ったことを原告側のカンラオン市民権利活動のメンバーに告白している。また、同メンバーはその他の被告から告訴を取り下げるように依頼されたりしている。くわえて、前述のとおり前カンラオン市長は私兵を所有していたが、上記訴訟中案件に関わる弁護士によると、その私兵が所持する銃はカンラオン市を含む選挙区から立候補した下院議員候補者Pが提供している。同弁護士は銃

の提供者 P の甥である。アジア経済研究所の川中豪の言葉をかりれば、国家資源の独占的支配をとおして地方権力は維持されている⁴⁵のだ。

このように、農村地域低所得層のくびとは、権力者への服従の見返りに医療を与えられ、フィリピン憲法に謳われた人権としての医療機会からつねに排除されてきたのである。

第2節 「医療アクセス」推進の背景と政策

前項にて述べたように、農民は、国民の政治的立場を操作・動因するといった政治家の思惑のために医療支援を与えられ政府や医療への依存を強めていった。また同時に、医療を自ら市場で手に入れるように仕向けられていく。どのような背景の中でそれは進められたのだろうか。

フィリピン医療制度改革を研究した福島浩治によれば、構造調整プログラム (Structural Adjustment Programs: SAPs) をととして、保健医療や教育などの社会制度部門は財政逼迫要因としての部門から利益を生産する部門へと組み替えられている⁴⁶。これは、国際貿易機関 (World Trade Organization: WTO) やサービスの貿易に関する一般協定 (General Agreement on Trade in Service: GATS) の発足からも理解でき⁴⁷、この背景には、先進資本主義国における 1980 年から 90 年代の製造業からサービス業への産業構造転換がある⁴⁸。そして同国において、世銀やアジア銀行などに支援される保健医療制度改革が 1999 年に開始されて以来、保健省の合理化が進められる他方で、保健医療分野への投資自由化が進められてきた⁴⁹と福島はいう。2006 年のフィリピン投資委員会 (Board of Investment: BOI) による『2006 投資優先計画』では、保健医療市場を外国資本に初めて開放するとされた⁵⁰。そして、タイのバムルンラード社がマニラにあるアジア病院 (Asian Hospital and Medical Center) の 40% の株式を取得⁵¹

するといった変化が起こっている。

このように、同国医療は国家が保障する福祉政策として確立される前に、経済成長を牽引する有力な商品へと編制された。

他方、1987年憲法において健康権を認めた同国政府は、健康権達成のために「医療アクセス」を推進した。

農村地域の保健医療活動に携わってきた医師ハイメ・G. タン (Jaime G. Tan) によれば、同国政府の「医療アクセス」推進を目的とする主要な政策転換の時期は、1970年代の医療ボランティア バランガイ・ヘルス・ワーカー (Barangay Health Worker: BHW) の遠隔地への配置、1978年から98年のプライマリ・ヘルス・ケア普及、1993年地方分権化に伴う国立病院の地方自治体への移譲、1999年以降の医療制度改革⁵²といった時期に分類できる。1970年代の遠隔地へのBHW配置から、農村地域低所得層を市場における医療購入へと向かわせる対策がなされてきたのである。

1987年憲法には、病人や障害者、女性、子どもなどの弱い立場におかれた人びとの必要性を優先し、健康改善のための総合的アプローチを採用することが謳われ、入手可能な価格で医療を提供する⁵³と明示された。また、健康享受の機会 (Health Opportunity) や良質な医療の利用機会などにみられる低所得層と高所得層間の格差改善は、乳児死亡率や妊産婦死亡率のよりいっそうの改善のために必要である⁵⁴と考えられ、「医療アクセス推進」が医療制度改革の4本柱⁵⁵となっていた。そして、医療提供の方法が改善されるよう1988年ジェネリック法、1991年地方分権化、1995年国民健康保険法などが施行された⁵⁶。ジェネリック法は国民が入手可能な価格で医薬品を利用できるようにすること、地方分権化は地域の特徴に適応した政策を展開すること、国民健康保険法はすべての国民に入手可能な価格で医療を提供することが目的とされた。また、遠隔地においても入手可能な価格で安全な医薬品

にアクセスするために1996年バランガイ薬品店設立ガイドラインなども実施され、「医療アクセス」、つまり、医療施設や薬局などへ行きやすくする環境が整えられてきたとされる。

第3節 東ネグロス州の医療施設拡充

地方分権化の対象となった中央省庁は、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⁵⁷。移管された中央省庁職員は7万人以上⁵⁸で、保健省では約3万5千人の職員のうち2万5千人ほどが地方政府へ移管された⁵⁹。また、健康における実質的な責任は地方政府へ移譲され⁶⁰、政府が管轄する病院の83%⁶¹は地方政府へ委譲された。その後保健省は、1999年に医療制度改革（Health Sector Reform Agenda 1999～2004: HSRA）、つづいて、2005年に医療のためのフォーミュラ・ワン（FOURmula ONE for Health 2005～2010⁶²: F1）を立案した。医療制度改革では、公的病院が検査や治療施設を拡充し患者からの利益を増大させることによって、財政的自立を果たすことが求められている⁶³。

医療制度改革に則り、東ネグロス州政府は、市民参加や民間セクターとの協働を推進し、基幹病院である東ネグロス州州立病院（Negros Oriental Provincial Hospital: NOPH）内に検査センターや透析センターを1998年に設置した⁶⁴。

検査センターへ設置した医療機器は、CTスキャン、マンモグラフィ、超音波、移動式レントゲン、トレッドミル⁶⁵、数種類の血液検査機器などだ。2008年7月にインタビューした同州運営監理官補佐ジョセフィーナ・コルムナ（Josefina C. Columuna）によると、これらの機器を設置したことによって、検査センター運営が開始された1998年から2008年までに、約10万人の患者がネグロス島以外の島から来院し、病院の収益は増加しているという。

さらに同検査センターは、2011年1月にリニューアルされた。センター長の医師テレシート・オルベータ（Dr. Teresito V. Orbeta）によると、2011年から同センターは、国内で日立の製品を取り扱っている医療機器会社 HIMEX と共同で運営されている。HIMEX が出資し、以後7年間収益を折半する契約である。

また、医療施設拡充以外にも、「医療アクセス」推進のための対策がたてられた。

たとえば、同州では、州政府が管理する病院と市・町行政が管理する地方保健センター（Rural Health Unit: RHU）と BHS、2つの私立病院が、相互医療地域の中で紹介体制をとる。州内の医療施設が連携体制をとり、住民は分散して配置されたいずれかの施設へアクセスできるように想定されている。さらに、低所得層への健康保険証の無料配布をとおして、低所得層が医療施設へアクセスしやすい環境を整備している。

しかしながら現在のところ、国民健康保険証保有者数は、東ネグロス州人口の11%（2008年）で、保険料を支払っていない、事実上健康保険を利用できない保有者は登録者の約3%⁶⁶にのぼる。また、2009年のNOPH入院患者のわずか30%⁶⁷が健康保険証保有者だった。

第3章 農村地域の人びとの受診行動の変化と医療システムにおける収奪

第1節 医療施設拡充と受診行動の変化

2011年8月に実施した、トリニダッド村での聞き取り結果を統合すると、1970年代ころから村人たちの体調不良への対処方法にある変化がうかがえる。たとえば、1940年代から50年代には、自宅でハーブを飲んだりマナナンバル（Mananambal⁶⁸：お祈りや自生のハーブを利用して病気の治療をする人）に相談したりして対処しているが、1960年代から80年代にはハーブやマナナン

バルの利用とともに、聖フランシスコ修道会が運営する慈善診療所ハンチントン・ビーチ・マウンテン・クリニック⁶⁹（Huntington Beach Mountain Clinic、以下、マウンテン・クリニック）や最寄りの前述の州立記念病院受診など、医療施設を利用した対処が見られるようになる。また、このころになると、患者本人が費用を心配したために受診にはいたらなかったものの、年老いた両親が死亡する前に家族が受診を勧めたという証言が聞かれるようになる。そして、1990年代以降になると、自宅での処置にもハーブではなくパラセタモール（解熱剤）などの市販薬を市場から調達するようになり、子どもの下痢や発熱にも医療施設を利用、さらに、70歳代、80歳代の両親が死亡するかもしれないと想定される場合には、家畜を売ったり借金をしたりして病院へ連れて行くという傾向がみられるようになった。

このような医療施設を利用するタイミングの変化、つまり、受診行動の変化はどのようにして生じたのだろうか。

1971年から東ネグロス州の地域医療に携わっている医師フェ・ワリ（Dr. Fe Wale）は、農村地域の人びとが医療施設を利用するようになった理由は、村に配置されたミッドワイフ⁷⁰やBHWが病気の知識を普及したり、医療施設を受診するように勧めたりして、村人たちが知識を身につけたためだろう⁷¹という。ワリ医師によると、同州では1971年から1972年ころにかけて、世界保健機関（World Health Organization: WHO）の支援によって積極的にBHWのトレーニングが実施された⁷²。トリニダッド村にも1970年代初旬からBHWが配置され、病気や病気の予防に関する知識の普及や受診したほうがよいタイミングなどを村人にアドバイスしてきた。1995年になると、BHSが設立され、週2日ミッドワイフが配置された。

また、村人からの聞き取りによると、つぎにあげる事柄が村人の受診行動に影響を与えた。たとえば、中央政府や市、町によっ

て村に配属されたミッドワイフやBHWなどからのアドバイス、受診して回復した人の経験、道路や交通手段の改善、ラジオからの医療・健康関連情報などである。さらに、病院分娩が推進されることも、村人たちの受診行動に影響を与えていると考えられる。トリニダッド村BHSのミッドワイフは、リスクのある妊婦に対して病院分娩を勧めている。また、70歳代男性の熟練したマナナバン（Mananabang：地域で分娩介助の技術を身につけてきた伝統産婆）は、BHSの妊産婦検診を受けるようアドバイスし、分娩は病院へ行くよう勧めることが多いという。こうして、2010年には50%の分娩⁷³がギフルガン市保健所や私立のクリニックなどにおける病院分娩である。

第2節 公的医療施設利用者の変化

これまでみてきたように、東ネグロス州では、医療施設拡充やシステム向上といった「医療アクセス推進」が目指された。その政策によって、人びとの医療施設利用状況に変化はあったのだろうか。

同州保健事務所によれば、前述したように、同州の「医療へのアクセス」はおおむね良好で、何らかの医療施設へ行きやすい人口は増加したものと考えられる。

同州7箇所 of 州立病院と1箇所の基幹病院の外来患者総数の変化をみてみると、1996年から2007年の間に減少した⁷⁴。他方、入院患者総数は増加した⁷⁵。つぎに、同州基幹病院であるNOPHの患者数をみると、1.3倍の人口増加があったにもかかわらず、1990年と2007年の外来患者数は減少し⁷⁶、他方、同年入院患者数は2.1倍⁷⁷に達した。また、同州病院分娩の割合が1990年から2009年までに46%⁷⁸へと増加した。

病院分娩の割合や入院患者数の増加から、医療施設を利用する機会は増大しているといえる。医療施設利用機会の増大には、患

者が受診時期を遅らせ重症化した結果入院していること、あるいは、臨終の前に受診するという習慣が一般化したことなどが関与していると想定される。なぜなら、外来患者数の増加がみられないにもかかわらず、入院患者数と検査を受けた入院患者数が増加⁷⁹しているからである。また、前述のように、公的医療施設の病床占有率平均がわずかに44%である事実から、経済的理由から病院があっても利用できない人口が多いこと、あるいは、ある程度経済的余裕がでてきた家庭は公的医療施設ではなく私立の医療施設を選択していることが考えられる。

だが、病院分娩の割合が増加したにもかかわらず、妊産婦死亡率は1997年の81（出生10万対）から2009年の111⁸⁰まで悪化しており、同国政府が健康権達成の鍵と信じる「医療アクセス」が必ずしも健康を改善するという確証は今のところない。

第3節 医療システムにおける収奪

医療機会から排除されてきた農村地域低所得層の人びとは、1990年代以降、病院を利用し始めた。しかし、彼らは医療施設へたどりついて適切な治療を受けられないばかりか、医療システム内に構築された収奪システムに組み込まれた。

筆者はこの収奪システムを、「高額医薬品・サプリメント販売システム」「腐敗システム」「非公式高利貸しシステム」とよぶこととする。病気になった低所得層から医療関連事業者や医師らが高利益を得る中心的なシステムは「高額医薬品・サプリメント販売システム」だが、これはその他の公務員や地域の有力者らのための利益産出システム「腐敗システム」「非公式高利貸しシステム」と共存している。

第1項 「腐敗システム」

構造調整プログラムや一連の医療制度改革によって政府の医療

費支出は削減された。他方で、ただでさえ少ない医療費予算は「腐敗システム」によってさらに横領されている。

米国メリーランド大学経済学研究センターのオマール・アズファー（Omar Azfar）らが、フィリピンはサービス提供における腐敗の影響を調査するために恰好の場所である⁸¹というほど、同国内の腐敗は常態化している。彼らによれば、特に多くの腐敗は地方レベルで明らかになっている⁸²。

東ネグロス州があるネグロス島に位置する、ある国立病院における不正入札を内部告発したC氏もまた、不正入札や汚職はフィリピンの他の病院でも行われているだろう⁸³と推察する。C氏は、この内部告発によって同病院を解雇され、現在も審議中である。

C氏によれば、同院では、院内のシンジケートによって20年以上不正な入札や汚職が繰り返されてきた。汚職シンジケートの頂点に立つのは、同院院長と保健省不正防止開発委員会（Integrity Development Committee: IDC）のトップで、その下には同院内3組のアクターがいる。不正な入札によって、契約された物品と異なる物品が納品されることが多く、洗濯場からは石鹸の質が悪い、小児科看護師長や医師からは消毒剤の効果が低いなどの苦情が相次いだ。実際に、新生児室で何人かの新生児が敗血症で死亡したが、この消毒剤と新生児死亡の因果関係は不明である。高額な汚職として、酸素ボンベに関するものがある。C氏が告発した当時、同国立病院は酸素ボンベ購入に年間2,000万ペソ（約4,000万円）を費やしていた。この酸素ボンベ消費量は、フィリピンで最も大規模な大学病院であるフィリピン総合病院をしのぎ国内一の消費量で、毎月4,000本の酸素ボンベが同院に届けられた計算になる。さらに、同院薬局の医薬品や検査用試薬などは、職員が経営するドラッグ・ストアや検査クリニックへ持ち出され、患者は病院外の私立のドラッグ・ストアや検査クリニックで必要なものを調達する必要にせまられているのである。

また、東ネグロス州のNOPHにおいても、入札担当部署の管理者が卸値の約30%を受け取ることを条件にして、入札業者募集前に取り引き業者がすでに決定されている⁸⁴。談合のためであるとは断言できないが、同州では、州立病院で使用される医薬品仕入れ価格が年々上昇傾向にある。たとえば、2009年8月に落札されたアモキシシリン500mg（Amoxicillin：抗菌剤）100錠144ペソは、12月に287ペソへ上昇した。また、2009年8月に235ペソだったセフレキシシン500mg（Cefulexin：抗菌剤）100錠は12月には393ペソへ上昇した⁸⁵。このように、短期間に仕入れ価格が上昇している。

「腐敗システム」は、低所得層の患者へ無料で提供される医薬品の不足などをひき起こしている。換言すれば、医療従事者や企業の利益の影で、低所得層の患者は不必要な支出を強いられるといえる。腐敗と医療提供システム悪化の相関関係を調査した前述のアズファーが、腐敗はワクチン接種率減少や病院待ち時間延長などと関連する⁸⁶と報告するように、「腐敗システム」は低所得層の生命そのものを脅かしているのである。

第2項 「高額医薬品・サプリメント販売システム」

フィリピン医薬品・保健医療組合（Pharmaceutical & Healthcare Association of the Philippines: PHAP）は、製薬企業は自社の医薬品を処方してもらうことと引き換えに、医療従事者に対して個人的な献金や品物や旅行などを提供することはない⁸⁷というが、より高価な医薬品がより売れる仕組みが保健医療システム内に作られているのは現地調査から明らかである。

製薬企業、卸売業者、ドラッグ・ストア、医師によって構築された「高額医薬品・サプリメント販売システム」によって、患者は高額な医薬品やサプリメントを購入するよう仕向けられている。

筆者の調査からいくつかのシステムが明らかになっているが、ここでは、医薬品売り上げの一部が医師へ現金で支払われるシステムを紹介する。

まず、A 薬販売に関して卸売業者が医師と医師の取り分 (Commission) や学会参加費などの資金提供 (Sponsorship) などに関して契約を結び、卸売業者は A 薬をドラッグ・ストアへ納品する。5 種類の有効成分、27 種⁸⁸の医薬品以外に販売価格の制限はないので、売れることが確実な A 薬にはより高い価格を設定することができる。低所得層の患者ほど処方箋どおりに医薬品を購入する傾向⁸⁹があるといわれるように、卸売業者 A 氏が契約している医師の患者の 80 ～ 90% は、処方箋に記載された医薬品を可能な分だけ購入する。このシステム内で製薬企業の取り分は卸値の 50%、医師は 20 ～ 40%、卸売業者は 10% ～ 30% (医師の取り分によって異なる) である。インタビューした卸売業者 A 氏が契約している医師の取り分は、毎月平均 2 万ペソ (約 4 万円) から 3 万ペソ (約 6 万円) に達する。ちなみに、公的医療施設の医師の月給は約 1 万 3,000 ペソ (約 2 万 6,000 円) である。

公的医療施設の管理者として 30 年以上勤務してきたある医師によれば、1970 年代から秘密裏に行われていたこの慣習が拡大した理由は、1991 年の地方分権化によって減額された賃金の埋め合わせのため⁹⁰である。

このように、製薬企業、卸売業者、ドラッグ・ストア、医師の間での利益を維持するために、持ちつ持たれつの関係が構築されている。

つぎに、処方箋によるサプリメント販売促進システムをあげる。

東ネグロス州が運営する数箇所の病院では、2006 年ころから医師がサプリメントや栄養ドリンクなどのいわゆる食品を処方箋に記載する慣習が横行している。医師は自らサプリメントやメンテナンスのためのハーブ薬を製造する会社を興したり、企業と協

働したりすることによって売り上げの40%を得たりしている。もはや、同州立病院で働く医師の賃金はサイド・ラインであり、主要な収入源は医薬品やサプリメント、メンテナンスのためのハーブ薬処方からのキックバックだという。

公的病院を退職した看護師Aによれば、C州が運営する数箇所の病院で働く医師の多くは、点滴薬や数種類の抗生剤の他にサプリメントや栄養ドリンクを処方箋に記載し、中にはサプリメントと栄養ドリンクを優先して購入するよう指導している医師もいる。同看護師は、低所得層の患者やその家族が田畑や家畜を売ったり、高利で借りたりして捻出した現金を、医師らに無駄に浪費させられているのを見ることにたえられず、退職した。

第3項 「非公式高利貸しシステム」

患者やその家族は、「腐敗システム」によって医薬品などを無料で受けられる可能性が奪われ、さらに前項にて述べた「高額医薬品・サプリメント販売システム」の中で価格を高止まりにされた医薬品を購入するよう仕向けられている。そして、患者やその家族は「非公式高利貸しシステム」へ入る。銀行融資を受けるための土地などの担保をもたない低所得層の農民は、食料や肥料購入のために高利貸しからの借金が常態化している。ひと月20%ほどの利息が一般的だ。調査地ギフルガン市では、人権団体KARAPATANによると、2つの農作物貿易商が地元の農作物売買をコントロールし高利貸しも営んでいる⁹¹という。農民への貸し付けと農作物取引の両方をコントロールすることによって、彼らは農民から非常に低い価格で農作物を買い取ることに成功している⁹²。

病気になったときにまず問題になることが、医療施設の有無ではなく、治療費である。教育費などと大きく異なる点は、治療費は突然必要になること、また、直接生命を左右するということだ

ろう。これは、フィリピンの医療システムのあり方にも起因する。フィリピンでは、診察のあとに検査指示書、処方箋などを医師から受け取り、その検査料金や医薬品、医療器材の購入あるいは支払いを済ませてから初めて治療が始まるのである。それゆえ、受診時には現金を持っていることが必須条件となる。病院から病院へ転送する場合に必要な救急車の利用にも、ガソリン代、運転手への謝礼を準備する必要がある、特に緊急の場合は所持金の有無は生命とりになる。

第4項 トリニダッド村B氏の場合

農村地域低所得層の患者が、医療システム内に構築された収奪システムに組み込まれ多額の借金を背負わされる実態を、東ネグロス州ギフルガン市トリニダッド村B氏の事例から提示する。

B氏(35歳・女性)は夫と4人の子どもと両親と暮らしていた。経済的理由から、高血圧と糖尿病の持病は治療していなかったB氏は、2010年1月、脳出血の疑いで州立病院へ2回(4泊)入院した。1回目の入院中、頭部コンピュータ断層撮影(頭部CT)の、検査料2,500ペソ(約5,000円)を支払えず、B氏の母親は検査中止を決意した。脳出血や高血圧、糖尿病に対する治療は一切始まっていなかったが、このときまでに、複数の人から利息なしでした借金は11,500ペソ(約2万3,000円)に達した。

そして、2週間の自宅療養のあと再度受診させたが、病院到着時にB氏の呼吸は停止し、翌日死亡した。

2度目の入院に際し、心臓マッサージや人工呼吸などが行われ、高価な注射薬が大量に処方された。家族はさらに親戚や村長などから数万ペソの借金を余儀なくされたが、それでも必要なすべての医薬品購入はかなわなかった。たとえば、B氏が1日6管(5mlの小瓶)処方された抗痙攣薬ダイランチン(DILANTIN)は1管1,320ペソ(約2,640円)で、筆者は病院周辺の薬局すべてあたっ

たが、それより低価格のものを見つけられなかった。1,320 ペソは小作農民がサトウキビ大農場で得る日当の実に 22 日分に相当する。しかし、米国などで販売されているダイランチンは、日本ではアレビアチンという商品名で販売されており、その薬価は 1 管わずか 137 円だ。日本では、多くの健康保険証保有者が 137 円の 3 割を負担するだけなので約 45 円が自己負担額である。同州での患者負担額とこんなにも違うのだ。

2 回目の入院の際、親戚や村長などから総額 22,000 ペソ（約 4 万 4,000 円）の借金をした。2011 年 3 月までに、すべての借金のうち 500 ペソを返済できただけだ。そのうえ、親戚から借りた 15,000 ペソ（約 3 万円）の元金を返済できるまで、その親戚が B 氏の夫が借りていた農地を利用するため、B 氏の夫は耕作地を失ったままである。

B 氏死亡から 1 年が経過した現在も、B 氏を失った悲しみや借金などの重責から夫は押し黙ったままである。B 氏の母親は、1 回目の入院の際治療を中止せざるを得なかったことを後悔し、「お金があれば娘はまだ生きていただろう」、「孫の顔を見ると自分が十分な治療を受けさせてやれなかったと自責の念に駆られる」といって自らを責めていた。

B 氏の事例から明らかなように、低所得層の人びとは生活基盤である農地まで失ったのに適切な医療を受けられなかった。そればかりか、高利、あるいは、農地を手放してまで借りた現金は、「高額医薬品・サプリメント販売システム」の中で無駄に浪費させられている。

健康改善の鍵として推進された「医療アクセス」だったが、結果的に、それで利益を得たのは、医療関連事業者と医師だけだったのである。

おわりに

農村地域における医療は、反政府武装勢力を制圧するため、また、農民たちの政治的信条を操作するために政府や政治家によって与えられている。1987年憲法に健康権が人権として謳われたにもかかわらず、農村地域低所得層は医療機会からつねに排除されてきたのだ。

だが、その低所得層の農民たちも、「医療アクセス推進政策」によって、「病院へ行けば治るかもしれない」、「子どもの下痢が続いたら病院へ連れて行かなければならない」といった回復への期待や家族への義務感を植え付けられ、市場における医療の購入を選択肢とするようになった。前述したように、農村地域低所得層の人びとの健康は、「医療アクセス」では解決し得ない栄養失調や衛生環境の問題によって蝕まれているにも関わらず、である。

そのうえ、医療施設や医薬品の利用を介して、農村地域低所得層は、医療関連事業者や医師らが医療システム内に構築する収奪システムへと組み込まれた。「医療アクセス推進政策」は、医療システムの中で、低所得層の人びとが不適切な治療のために現金を浪費させられるといった事態をまねいたのだ。この収奪システムは、遠隔地に住み、医療に関する知識に乏しく、経済的理由から公的医療施設しか利用できない低所得層患者を、まさにターゲットにしているのである。

さらに、「医療アクセス推進政策」は、低所得層の人びとにさらなる疎外感をもたらした。農村地域低所得層は、政策に誘導され医療施設の利用を始めた。それにもかかわらず、低所得層は医療システム内の収奪システムに包摂されなすぎなかった。医療システム内に包摂されながらにして、代価を支払えない彼らは依然、適切な医療を保証されないままだったのだ。医療施設の利用をとおして低所得層が抱く疎外感と絶望感の根源が、ここにある。

低所得層は「医療アクセス推進政策」を介して病院利用をはじ

め、BOP 市場へ取り込まれた。そこで彼らは適切な治療を受けられないばかりか、生活基盤をいっそう崩壊させられている。他方で、「医療アクセス推進政策」によって送り込まれてくる低所得層から、医療関連事業者や医師らは収奪システムを利用し多大なる利益を得ているのだ。

「医療アクセス推進政策」はいったい誰のためだったのだろうか。

医療制度改革においてなされた低所得層の現状分析をみてもわかるように、政策立案者は、低所得層が高利の借金をしない限り医療を購入できないこと、借金をしても十分な治療をうけられないことなどを正確に把握している。だが、同国政府はセンのいう「機会均等」のみを追求し、医療の購入が健康の鍵、それを与えることが家族の義務であるという認識を人びとの中に植えつけてきた。低所得層に、ただ単に、医療の購入を促したのだ。そして結果的に、低所得層が生活基盤をいっそう崩壊させる他方で、医療関連事業者や医師らが多大なる利益を創出し続けるという結果をまねいた。「医療アクセス推進政策」は BOP 市場において医療関連事業者や医師らが最大の利益を創出するためのものだったという批判に、反論できる政策立案者がいるのだろうか。

世銀や政府開発援助供与国の政策を背景に同国が進めてきた「医療アクセス推進政策」では、健康権は達成されない。それどころか、その政策が農村地域低所得層の人びとの生活基盤をさらに崩壊させ、彼らの健康をいっそう蝕んでいるのである。

【注】

- 1 コインバトレ・ブラハラード (Coimbatore K. Prahalad) は、貧困を解決するために、保護すべきものとみなされ無視され続けた貧困層という消費者を積極的に市場へ参加させ、企業と貧困層がともに貧困撲滅を目指すことを提案した。(C. K. ブラハラード、スカイライトコンサルティング)

- ング訳『ネクスト・マーケット「貧困層」を「顧客」に変える次世代ビジネス戦略』英治出版、2005年、11～13頁)
- 2 Department of Health, *National Objective for Health Philippine 2005-2010*, 2005, p.15 [以下、DOH 2005-2010 とする]
 - 3 The LAWPHIL Project <http://www.lawphil.net/> 閲覧日 2011/10/29
 - 4 DOH 2005-2010, *op. cit.*, p.iv
 - 5 Department of Health, *Health Sector Reform Agenda 1999-2004*, 1999, pp.43-52
 - 6 佐藤純一「第五章医療原論構築のためのメモー近代医療のイデオロギーをめぐって」中川米造編者『講座人間と医療を考える 第1巻 哲学と医療』弘文堂、1997年、113頁
 - 7 東ネグロス州ギフルガン市トリニダッド村バランガイ・ヘルス・ステーション統計資料
 - 8 2011年8月、エリー・ベリアパンド医師（前東ネグロス州保健オフィサーⅡ・現州立病院運営コンサルタント）、パレード医師 Dr. Barredo（現副東ネグロス州保健オフィサーⅡ、公衆衛生担当）、フィデンシオ・オウレリア医師 Dr. Fidencio Aurelia（前バヤワン市保健コンサルタント）らのインタビューより
 - 9 Negros Oriental Provincial Health Office, *Rationalization Plan of the Health Care Delivery System Based on Health Needs*, 2008, p.40（以下、NOPH 2008 とする）
 - 10 鳴原敦子「第3章 潜在能力アプローチの批判的検討」郭洋春、戸崎純、横山正樹編『サブシステムの危機にどう立ち向かうか 環境平和学』法律文化社、2005年、50頁
 - 11 アマルティア・セン、池本幸生、野上裕生、佐藤仁訳『不平等の再検討 潜在能力と自由』岩波書店、2005年、59頁 [以下、不平等の再検討とする]
 - 12 同
 - 13 同書、59～60頁
 - 14 同書、10頁
 - 15 同書、60頁
 - 16 アマルティア・セン、石塚雅彦訳『自由と経済開発』日本経済新聞社、2005年、1頁 [以下、自由と経済開発とする]
 - 17 同書、2頁
 - 18 セン、不平等の再検討、60頁
 - 19 同書、59頁

-
- 20 セン、不平等の再検討書、10 頁
- 21 同書、36 頁
- 22 NOPHO 2008, *op. cit.*, p. 40
- 23 *Ibid.*
- 24 *Ibid.*
- 25 東ネグロス州保健事務所統計資料、1990 年
- 26 NOPHO 2008, *op. cit.*, p. 38
- 27 トリニダッド村バランガイ・ヘルス・ステーション統計資料
- 28 中村尚司「第 8 章 人間開発指数とセンの経済思想—指ではなく月を観る指標—」絵所秀紀、山崎幸治編著『アマルティア・センの世界—経済学と開発研究の架橋—』晃洋書房、2005 年、201 頁
- 29 コインバトレ・プラハラード (Coimbatore K. Prahalad) は、貧困を解決するために、保護すべきものとみなされ無視され続けた貧困層という消費者を積極的に市場へ参加させ、企業と貧困層がともに貧困撲滅を目指すことを提案した。(C. K. プラハラード、スカイライトコンサルティング誌『ネクスト・マーケット「貧困層」を「顧客」に変える次世代ビジネス戦略』英治出版、2005 年、11～13 頁)
- 30 セン、不平等の再検討、200～201 頁
- 31 セン、自由と経済開発、39 頁
- 32 鳴原、前掲書、58 頁
- 33 同書、54 頁
- 34 同
- 35 同書、58 頁
- 36 同書、58～59 頁
- 37 セン、自由と経済開発、26 頁
- 38 セン、不平等の再検討、33 頁
- 39 鳴原、前掲書、54 頁
- 40 中国遠隔地に住む農民たちに識字教育をした中国人学者
- 41 中野聡『歴史経験としてのアメリカ帝国—米比関係史の群像』岩波書店、2007 年、267 頁
- 42 同
- 43 勅使川原香世子「カンラオンの医療調査から フィリピンの人々の困難」東北芸術工科大学東北文化研究センター『季刊東北学 第 8 号』2006 年、169～177 頁
- 44 2006 年 2 月にカンラオン市民権利活動によってセブ市オンブズマン事務所へ提出された供述書より

-
- 45 川中豪「フィリピン地方都市における権力メカニズムーナガ市の事例ー」
日本貿易振興機構アジア経済研究所『アジア経済 No. 41 (1)』2000 年、
7 頁
- 46 福島浩治「フィリピン保健医療制度の行財政構造改革に関する批判的研究ーグローバル医療資本と人間開発の対抗ー」2006 年福島 2006、8～9
頁（以下、福島 2006 とする）
- 47 同
- 48 同書、10 頁
- 49 同書、122～123 頁
- 50 同書、121 頁
- 51 同書、122 頁
- 52 ハイメ・ガルベス・タン医師とのインタビューより（2011 年 8 月実施）
- 53 LAWPHiL Project <http://www.lawphil.net/> 閲覧日 2011/07/01
- 54 DOH 2005-2010, *op cit.*, p. iv
- 55 FOURmula ONE for Health の 4 大目標は、医療財源管理、医療調整、
医療提供体制、医療面での良い統治である。
- 56 DOH 2005-2010, *op cit.*, p.15
- 57 福島 2006、前掲書、22 頁
- 58 福島 2006、前掲書、22 頁
- 59 同
- 60 A. Bautista, Victoria, E. Legaspi, Perla, et al., *National and Local
Government Roles in Public Health Under Devolution*, University of
the Philippines Press, 2002, p.9
- 61 *Ibid.*, p. X III
- 62 Department of Health, Fourmula one for Health, [http://www2.doh.gov.
ph/flprimer/F1-Page.htm](http://www2.doh.gov.ph/flprimer/F1-Page.htm)
- 63 DOH 2005-2010, *op. cit.*, p. iii - iv
- 64 同
- 65 トレッドミルとは、ベルトコンベアの上を歩く器械。医療機関では、こ
の上を歩き同時に血圧や心電図をとる。
- 66 NOPH 2008, *op. cit.*, p.18
- 67 Negros Oriental Provincial Hospital, Hospital Statistical Report 2009
- 68 Mananambal という言葉はビサヤ語圏の東ネグロス州やシキホール州で
使われる。東ネグロス州やシキホール州と同様のビサヤ語圏であるボ
ホール州やセブ州では、「Mananambal」ではなく「Tambalan」という
言葉が使われる。

- 69 1974年に聖フランシスコ修道会によってトリニダッド村に設立された診療所。現在、ミッドワイフ（国家資格を有する助産専門家で看護師免許はもたない）とコミュニティ・ヘルス・ワーカー（同クリニックでトレーニングを受けた地域の医療ボランティア）が運営にあたる。
- 70 フィリピンのミッドワイフ（助産師）は、日本と異なり、看護師資格をもたない。高等学校を卒業後、2年間の専門課程を経て国家試験に合格したものである。
- 71 フェ・ワリ医師とのインタビューより（2011年8月に実施）
- 72 同
- 73 トリニダッド村バランガイ・ヘルス・ステーション統計資料 2010年
- 74 Negros Oriental Provincial Hospital, Hospital Accomplishment Report by Provincial-District Hospital 内部資料
- 75 同
- 76 Negros Oriental Provincial Hospital, Hospital Record
- 77 同
- 78 東ネグロス州保健事務所統計資料 1998年～2009年
- 79 同
- 80 同
- 81 Omar Azfar and Tugrul Gurgur, Local-level corruption hits health service delivery in the Philippines, Transparency International, *Global Corruption Report 2006*, Pluto Press, 2006, p.37
- 82 *Ibid.*
- 83 2010年8月東ネグロス州において行ったある関係者とのインタビューより（2007年、国立西ビサヤ地区病院において長年行われていた不正入札を内部告発した1人の職員が解雇された。このような事態を避けるため、本論において情報源を明らかにすることはできない）
- 84 同
- 85 東ネグロス州立病院薬局資料 2010年1月入手
- 86 Omar Azfar and Tugrul Gurgur, *op. cit.*, p. 37
- 87 Pharmaceutical and Healthcare Association of the Philippines, *Philippine Pharmaceutical Factbook 2008*, p.37
- 88 5種類の有効成分は、Amlodipine（降圧剤）、Atorvastatin（抗コレステロール剤）、Azithromycin and all its salt form（抗菌剤）、Cytarabine（抗がん剤）、Doxorubicin and all its salt form（抗がん剤）である。一錠100ペソから2200ペソの高額な医薬品が多い。（Republic Act No.9502, Universally Accessible Cheaper and Quality Medicines Act of 2008）

-
- 89 World Bank, Philippines Health Policy Note, *On Improving the Poor's Access to Affordable Drugs*, 2002, pp.8-9
- 90 2010 年 1 月に実施したインタビューより
- 91 KARAPATAN, Militarization in Guihulngan (2010 年 9 月 KARAPATAN ドゥマゲテ事務所にて入手した資料)
- 92 同
-

【参考文献】

- A. Bautista, Victoria, E. Legaspi, Perla, et al., National and Local Government Roles in Public Health Under Devolution, University of the Philippines Press, 2002
- Department of Health, National Objective for Health Philippine 2005-2010, 2005 Omar Azfar and Tugrul Gurgur, Local-level corruption hits health service delivery in the Philippines, Transparency International, Global Corruption Report 2006, Pluto Press, 2006
- Pharmaceutical and Healthcare Association of the Philippines, *Philippine Pharmaceutical Factbook*, 2008
- World Bank, Philippines Health Policy Note, *On Improving the Poor's Access to Affordable Drugs*, 2002
- アマルティア・セン、池本幸生、野上裕生、佐藤仁訳『不平等の再検討 潜在能力と自由』岩波書店、2005 年
- アマルティア・セン、石塚雅彦訳『自由と経済開発』日本経済新聞社、2005 年
- 川中豪「フィリピン地方都市における権力メカニズム—ナガ市の事例—」日本貿易振興機構アジア経済研究所『アジア経済 No. 41 (1)』2000 年
- C. K. プラハラード、スカイライトコンサルティング訳『ネクスト・マーケット「貧困層」を「顧客」に変える次世代ビジネス戦略』英治出版、2005 年
- 嶋原敦子「第 3 章 潜在能力アプローチの批判的検討」郭洋春、戸崎純、横山正樹編『サブシステムの危機にどう立ち向かうか 環境平和学』法律文化社、2005 年
- 勅使川原香世子「カンラオンの医療調査から フィリピンの人々の困難」東北芸術工科大学東北文化研究センター『季刊東北学 第 8 号』2006 年
- 中野聡『歴史経験としてのアメリカ帝国—米比関係史の群像』岩波書店、2007 年

中村尚司「第8章 人間開発指数とセンの経済思想—指ではなく月を観る指標—」絵所秀紀、山崎幸治編著『アマルティア・センの世界—経済学と開発研究の架橋—』晃洋書房、2005年
福島浩治「フィリピン保健医療制度の行財政構造改革に関する批判的研究—グローバル医療資本と人間開発の対抗—」2006年

【現地にて入手した資料】

KARAPATAN, Militarization in Guihulngan (2010年9月KARAPATANドゥマゲテ事務所にて入手した資料)
Negros Oriental Provincial Hospital, Hospital Accomplishment Report by Provincial-District Hospital 内部資料
Negros Oriental Provincial Hospital, Hospital Statistical Report 2009
Negros Oriental Provincial Health Office, Rationalization Plan of the Health Care Delivery System Based on Health Needs, 2008
東ネグロス州立病院薬局資料 2010年1月入手
東ネグロス州保健事務所統計資料 1998年～2009年
東ネグロス州ギフルガン市トリニダッド村バランガイ・ヘルス・ステーション統計資料

【参考 HP】

The LAWPHiL Project <http://www.lawphil.net/> 閲覧日 2011/10/29
Department of Health, Fourmula one for Health, <http://www2.doh.gov.ph/flprimer/F1-Page.htm>