

開発途上国の農村貧困層における生活習慣病対策の 検討：フィリピン ニエヴァ・ビスカヤ州バヨンボ ン市を事例に

著者	高橋 知雅
雑誌名	KGPS review : Kwansei Gakuin policy studies review
号	28
ページ	1-12
発行年	2021-03-31
URL	http://hdl.handle.net/10236/00029512

開発途上国の農村貧困層における生活習慣病対策の検討

ーフィリピンヌエヴァ・ビスカヤ州バヨンボン市を事例にー

高橋 知雅*

【要旨】

近年途上国では生活習慣病が増加しており、途上国政府にかかる負担に加えて貧困層の生活の困窮が懸念されている。貧困層の保護は世界保健機関（World Health Organization: WHO）の生活習慣病戦略である WHO PEN にも組み込まれており、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage: UHC）の視点を持って取り組まれている。フィリピンにおいても貧困層間で生活習慣病が蔓延しているが、特に農村部の貧困層は生活習慣病に対して脆弱な環境におり、早急に対策を取る必要がある。そうした中、同国は WHO PEN を基礎とした政策である Phil PEN を 2012 年に導入した。本研究は、貧困層に資する生活習慣病対策の構築を目指し、その第一歩として「フィリピンの農村部の貧困層の生活習慣病対策として、Phil PEN は機能する政策であるか」を検証するものである。その際、ヌエヴァ・ビスカヤ州バヨンボン市を取り上げ、農村部の貧困層を取り巻く生活習慣病の状況を把握し、更にこうした地域における Phil PEN のアプローチおよび実行性を高めるための提言を行う。

キーワード：生活習慣病、貧困層、UHC、フィリピン、農村部、Phil PEN

1. はじめに

近年途上国では、グローバル化や都市化、高齢化を背景に生活習慣病を中心とする非感染性疾患（Noncommunicable Diseases: NCDs）が増加し、主要な死亡要因となっている。途上国における生活習慣病の増加は、経済発展の阻害や財政圧迫など政府への影響が指摘されるのに加えて、生活習慣病と貧困の密接な関係から、貧困層の生活がより困窮することも懸念される。そのため、本研究は貧困削減の観点からも生活習慣病対策は重要であるという考えに立脚し、途上国の貧困層に資する生活習慣病対策を検討することを大きな目的としている。

その際、近年国際保健の分野で注目されているユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を基盤に考察する。中でも、UHC の重要な指標である Accessibility、Availability、Affordability、Acceptability の「4つのA」に着目する。このUHCの概念および「4つのA」の視点は、「貧困層の保護」を目的の1つに掲げるWHOの生活習慣病対策である“WHO PEN¹”にも取り入れられている。

* 関西学院大学大学院総合政策研究科博士課程前期課程（euj90699@kwansei.ac.jp）

フィリピンにおいても貧困層の間で生活習慣病が蔓延しているが、特に農村部の貧困層は貧困率の高さや医療環境の充足等の観点から生活習慣病に対して脆弱な環境にある。そうした中、同国が生活習慣病対策として導入している“Phil PEN²”はWHO PENを基礎としているため、農村部の貧困層の生活習慣病対策として効果を発揮する政策と考えられる。しかしながら、全国展開は未だ実現しておらず、課題も多い。

よって本論文は、「フィリピンの農村部の貧困層の生活習慣病対策としてPhil PENは機能する政策であるか」を検証することを目的としている。その為に、フィリピンの地方都市であるヌエヴァ・ビスカヤ州バヨンボン市を取り上げ、UHCの「4つのA」の視点から農村部の貧困層を取り巻く生活習慣病の状況を把握することから始める。

フィリピンの農村部の貧困層を取り巻く生活習慣病の実態は明らかになっておらず、またUHCの視点を持って総合的に捉えた研究や報告書は見当たらない。そして、Phil PENの効果についてはMartinezら(2015)の災害復興における分析のみである。そのため、農村部の貧困層における生活習慣病の実態をUHCの「4つのA」の視点で総合的に捉え明らかにするという点と、Phil PENの農村部の貧困層における有効性を考察するという点において、本研究分野および関連分野に新しい視点を加える研究となり得る。

2. 貧困層における生活習慣病

2.1 貧困と生活習慣病

生活習慣病と貧困は密接に関係している。村山(2014)は収入や学歴が低い層ほど喫煙や高エネルギーな食事になる傾向があることを指摘している。またWHO(2011)も、幼少期の社会・経済状況が将来の2型糖尿病発症や肥満に繋がるなど、貧困層は生活習慣病に罹患する可能性が高いことを示している。

これに加え、生活習慣病が更なる貧困をもたらすことも指摘されている。WHO(2011)によると、生活習慣病の慢性性と途上国における公的保険の未整備による長期的な医療費が、貧困家庭にとって深刻な負担となる。さらに生活習慣病の罹患者もしくは死亡者が一家の大黒柱の場合、就労が困難になり収入が減少することから、生活費や子どもの教育費の削減が発生し、さらなる貧困へと陥ることも指摘されている。このような事象は世界各国で起こり得るが、特に途上国においては深刻である。

2.2 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)

¹ 正式名称は“WHO Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions for primary care in low-resource settings”

² 正式名称は“Philippine Package of Essential NCD Interventions on the Integrated Management of Hypertension and Diabetes for Primary Health Care Facilities”

UHCは「すべての人が、基礎的な保健医療サービスを、必要な時に、負担可能な費用で享受できる状態」を指し（国際連合広報センター n.d.）、誰もが経済的に困難に直面することなく必要な医療を享受できるという健康への権利を意味している（オックスファム 2013）。UHCの課題を分析する際には、Accessibility（場・距離）、Availability（適切なサービスの存在）、Affordability（支払いの可否）、Acceptability（保健サービスへの受容の度合い）の「4つのA」の視点が重要である（外務省 NGO 研究会 2015）。

そしてこれらの視点は、貧困層の保護を目的の1つに掲げたWHOの生活習慣病戦略であるWHO PENにも取り入れられている。WHO PENは、「途上国の資源が乏しい一次医療においても提供できる許容可能な質で費用対効果の高い生活習慣病への介入策」を提示している。具体的には、一次医療において必要な医療機器・医薬品や診察等の保健医療サービスをリストアップし、ガイドラインにして発表している。WHO PENが重視する「一次医療」や「許容可能な質で費用対効果の高い対策」は、UHCの「4つのA」に通じており、貧困層の生活習慣病対策としてUHCが重要とされていることがわかる。

3. フィリピンにおける生活習慣病の状況

フィリピンでは現在生活習慣病が増加しており、死亡要因全体の約6割を占めている状況である（経済産業省 2020）。フィリピンにおいても貧困層の間で生活習慣病が蔓延しているが、彼らは経済的な障壁から必要な保健医療サービスを享受することが難しい。中でも、農村部の貧困層は都市部に比べて貧困率が高いことや、医療環境が充足していないことから、UHCのAccessibility、Availability、Affordabilityが欠如した脆弱な環境にいる。そのため、生活習慣病対策を講じる上で注視すべきグループである。

そうした中、同国では生活習慣病対策として、WHO PENを基とした政策であるPhil PENを2012年から導入している。Phil PENは25歳以上の国民を対象に、バラングアの保健所（Barangay Health Station: BHS）や市町保健所（Rural Health Unit: RHU）、一次病院といった一次医療において、高血圧症と糖尿病対策のための健康診断や健康教育、カウンセリング等を行うものである。必要な医療人材や機器、薬品なども定められたマニュアルも作成され、一次医療を管理するバラングアや市町を始めとする地方政府に実施が求められている（Municipality of Pateros 2011、Republic of the Philippines Department of Health 2012）。

4. バヨンボン市における調査概要および調査結果

バヨンボン市はルソン島北部に位置するヌエヴァ・ビスカヤ州の州都である。人口は約6万人で、農業を主産業とした農村地域で、貧困層が多く居住している（PhilAtlas n.d.）。また同市では生活習慣病が増加しており、主要死因となっている（Municipality of Bayombong 2017）。しかし、同市およびヌエヴァ・ビスカヤ州、カガヤン・バレー地方としてもPhil PENの実施は確認されていない。

調査は UHC の「4つの A」に基づき、対象地域における生活習慣病に対する医療環境（Accessibility、Availability、Affordability）や、貧困層の生活習慣病に対する知識や意識（Acceptability）を調べることを主な目的として計 2 回実施した。医療環境については、現地の公立医療施設であるバランガイの保健所（BHS）、パヨンボン市保健所（RHU）、公立第三次医療施設である Veterans Regional Hospital（VRH）を訪問し、医師やスタッフへのインタビューを行った。貧困層の生活習慣病に対する知識や意識については、現地の住民に KAP 調査をアンケートにて行った。

調査の結果、対象地域の貧困層の間で生活習慣病が広がっているにも関わらず、貧困層が利用する上記 3 つの医療施設は、UHC の Accessibility、Availability、Affordability が満たされている施設はなく、生活習慣病に関する必要な医療を誰もが必要な時に享受できる環境ではなかった。BHS は各バランガイに設置されており、無料で保健医療サービスを楽しむことから経済的・地理的アクセスは良好であるが、生活習慣病に関する医療機器や医療人材の面から提供できる保健医療サービスには限りがあった。RHU は、BHS に比べて設備面・人材面の両方で拡充されているが、一次医療の範囲に留まり、サービス提供に課題も確認された。また BHS 同様、無料で保健医療サービスが享受できるが、地理的アクセスは対象地域内の誰にとっても良好とは言えない状況であった。そして、VRH は様々な高度な保健医療サービスが提供されているものの、医療費問題に直面する患者も多くおり、また地理的アクセスも良好でないという結果となった。

Acceptability として行った知識、態度、習慣については、著しく欠如しているという状況ではないが、それぞれ大いに課題がある状況であった。生活習慣病に関する知識は、広く知られているものとそうでないものがあり、知識にばらつきが見られた。態度については、生活習慣病や予防に対する興味・関心は高いものの、危機感は薄い状況であった。そして習慣は、自身の身体状態を把握していない人が多くみられ、また日々の生活習慣も改善の余地が十分にあった。

以上から、対象地域の貧困層は生活習慣病の波が到来している状況下にいるが、医療環境が整っておらず、また人々の知識や意識も不十分であるため、生活習慣病に罹患または重症化する可能性が非常に高い。

5. 対象地域の貧困層における Phil PEN の検証

5.1 検証方法

「農村部の貧困層の生活習慣病対策として Phil PEN は機能する政策であるか」を、対象地域を事例として、実地調査の結果を基に検証した。検証は、対象地域の貧困層の中でも特に生活習慣病リスクが高い人々を「ハイリスクグループ」とし、Phil PEN が彼らの課題にアプローチできるかによって判断する。その際、Project Cycle Management（PCM）手法を用いて、現状分析でハイリスクグループの課題や特徴を整理し、彼らの生活習慣病に罹患するリスクを減らすためのアプローチを問題分析・目的分析にて確認し

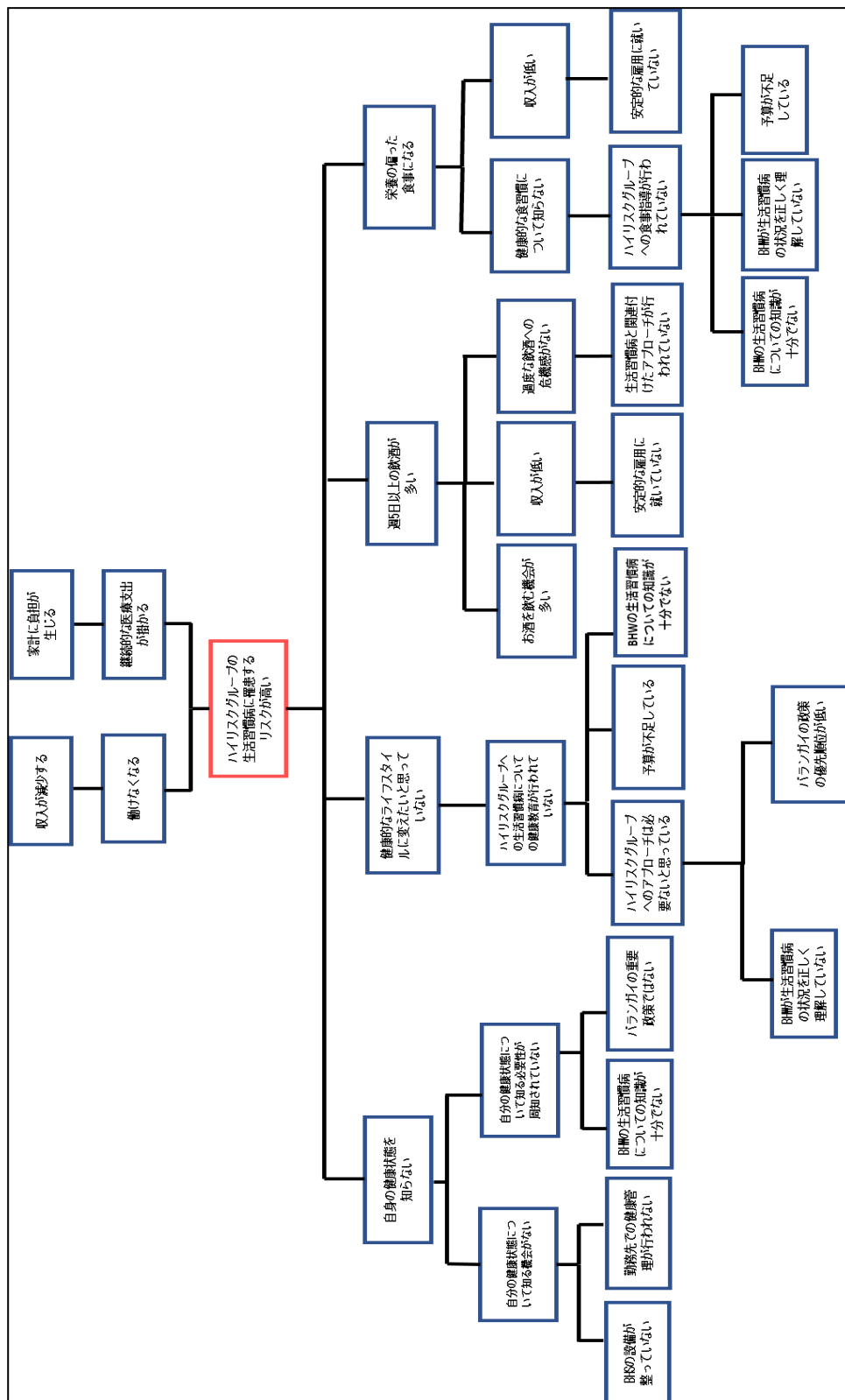
た。そして、PCM手法にて確認されたアプローチと Phil PEN を比較し、その親和性を確かめた。なお、ハイリスクグループは生活習慣病に関する Acceptability に特に課題がある貧困層とする。

5.2 PCM 手法による検証

現状分析の結果、「年齢が 40 歳以下かつ最終学歴が高校卒業以下」の人々が対象地域におけるハイリスクグループとなった。そしてハイリスクグループの特徴として、①自身の身体の状態を知らない、②週 5 日以上飲酒をする、③健康的なライフスタイルに変えたいと思わない、④安定的な有給雇用に就いておらず、健康管理がされていない可能性が高い、⑤BHS を利用する割合が高い、⑥ヘルスワーカーや家族・友人・近所の人・同僚といった「人」が保健・健康に関する情報を得る重要なチャンネルである、という点が挙げられた。これらハイリスクグループの特徴を基に、問題分析にて「ハイリスクグループの生活習慣病に罹患するリスクが高い」原因を体系的に整理したのが図 1 である。直接原因として、「自身の健康状態を知らないこと」「健康的なライフスタイルに変えたいと思っていないこと」「週 5 日以上飲酒が多いこと」「栄養の偏った食事になること」の 4 つが挙げられる。そして中心課題がもたらすものには、「働けなくなることによる収入減少」と「継続的な医療費による家計負担」の 2 点が挙げられ、さらに貧困を悪化させる恐れがある。

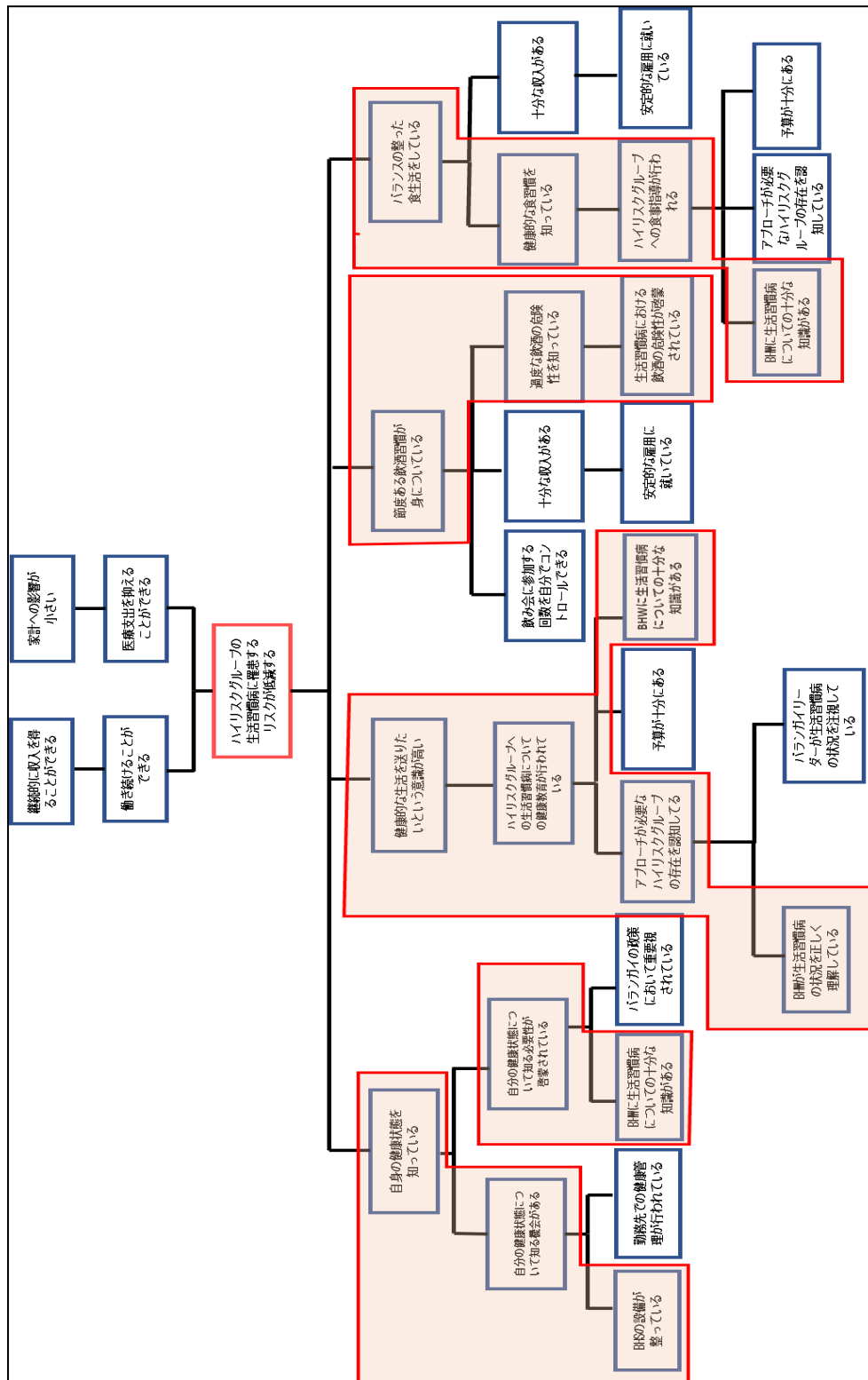
問題分析を基に、ハイリスクグループの生活習慣病に罹患するリスクが低減する手段を整理したのが図 2 である。罹患リスクを減らすには「自身の健康状態を知っていること」「健康的な生活を送りたいという意識が高いこと」「節度ある飲酒習慣が身に着いていること」「バランスの整った食生活をしていること」の 4 つ全てが必要であり、ハイリスクグループの生活習慣病に罹患するリスクが低くなることで、働き続けることおよび医療費を抑えることができ、貧困を予防することができる。そして図 2 の中でも網掛け部分は Phil PEN のアプローチと一致する部分である。再度の記述となるが、Phil PEN は 25 歳以上の国民を対象に、 balan g ai の保健所 (BHS) や市町保健所 (RHU)、一次病院といった一次医療において、高血圧症と糖尿病対策のための健康診断や健康教育、カウンセリング等を行うものである。図中の 4 つのアプローチの中でも、予算等の金銭的・政治的な部分を除いた部分は、Phil PEN のアプローチと一致するものである。したがって、Phil PEN は対象地域のハイリスクグループの生活習慣病対策として妥当であり、農村部の貧困層の生活習慣病対策として機能する政策であると言える。

図 1. 問題分析



出所：筆者作成

図 2. 目的分析および Phil PEN との親和性の確認



出所：筆者作成

6. 対象地域の貧困層に対する Phil PEN のアプローチおよび実行性を高めるための提言

6.1 提言の概要

Phil PEN は対象地域のハイリスクグループを中心とした貧困層に対して機能する生活習慣病対策と言えるが、ここではよりそのアプローチと実行性を高めるための提言を行う。1点目は、BHS でのサービスを重視し、BHS において実施する項目を拡充することである。Phil PEN は BHS においても利用可能であるが、RHU と比べて実施できる項目が少なく、健康診断の結果が良くない場合は RHU にレファラルされるため、現在の Phil PEN は RHU に比重があると言える。しかし、ハイリスクグループは BHS を利用する傾向にあり、加えて対象地域における RHU の Accessibility は良好ではない。そのため、BHS における Phil PEN の実施を重視することで、ハイリスクグループがより利用でき、よりアプローチできる形となる。

2点目は、バランガイやバヨンボン市ではなくヌエヴァ・ビスカヤ州政府が主導し州内全域で導入・実施することである。本来一次医療を管理し、Phil PEN を実施するバランガイおよびバヨンボン市は、慢性的な予算不足の問題を抱えており、これが RHU・BHS の Availability の不十分さの原因となっている。このような状況の中、Phil PEN 導入に掛る設備等の費用を捻出できるかは疑問である。加えて、フィリピン特有の地方分権³の影響による地方政府の能力不足や、地方首長への権限の集中が、Phil PEN の確実な実施や広範囲への被益を損なうことも懸念される。そのため、州政府が Phil PEN の実施に掛る費用も含めて主導することで、バランガイや市が抱える予算問題による実施不可を避けることができる。また分権化が進んでいる状況下では、州政府が主導するとしても各地方首長の合意を得ることは必須であるが、州政府が費用を請け負うことで各首長の合意を得やすくし、より実施の可能性と広範囲での実施に繋がることが見込める。加えて、州政府は市やバランガイと比して保健省地域事務所⁴との連携が取りやすい位置にある。そのため、Phil PEN の実施に必要な技術支援も得やすいため、各地方政府の技術面の負担を軽減し、より実行性を高めることができる。

6.2 BHS において実施する Phil PEN の項目の検討

³ 1991年の地方政府法により、中央政府から地方政府への権限の委譲が行われ、地方政府は政策の実施責任者となった。しかし、これまで中央が行ってきた行政サービスの質や量を維持できない地方政府が続出している。そして、フィリピンの地方分権では地方首長に権限が集中しており、開発や予算計画には地方首長の政治意思が反映される（佐久間 2011）。

⁴ 地方政府への技術ガイダンスの提供や、本省の政策策定のサポートを行っている。Phil PEN においても、地方政府に対する Phil PEN の促進や技術支援等を行うこととなっている。（国際協力機構・グローバルリンクマネージメント株式会社 2016、Advancing Partners Communities 2015 Republic of the Philippines Department of Health 2012）

提言の実行性を高めるべく、BHSにて実施する項目について、Phil PENの実施に必要な医療機器を対象に、初年度およびその後毎年の継続的な実施に必要な費用の概算により検討する。その際、1) 州内の全バラングイ（275）にBHSがある、2) Phil PENの対象となる25歳以上の人口（225,374人）が州内の各バラングイに均等に分布している、3) 対象者全員が年に1度BHSにて受診する、という3つの前提条件を設定した。そして、Phil PENの健康診断の項目から、腹囲、血圧、BMI値、血糖値、脂質、尿蛋白、尿ケトン体を対象項目とし、各項目の実施にかかる費用を概算した。計算の結果が表1である。

表1. 各実施項目に掛る想定初期費用と実施ランニングコスト

検査項目 (必要機器)	想定初期費用	想定ランニングコスト
腹囲・血圧 (メジャー、血圧計)	911,350ペソ (約191万円)	—
BMI値 (身長・体重計)	1,237,500ペソ (約260万円)	—
血糖値 (測定器、測定用チップ、穿刺針、 穿刺器具)	7,381,000ペソ (約1,550万円)	6,340,200ペソ (約1,331万円)
脂質(コレステロール) (測定器、測定用チップ、穿刺針、 穿刺器具)	31,652,500ペソ (約6,647万円)	30,611,700ペソ (約6,428万円)
尿蛋白質 (検尿容器、測定用チップ)	919,325ペソ (約193万円)	919,325ペソ (約193万円)
尿ケトン (検尿容器、測定用チップ)	3,141,875ペソ (約660万円)	3,141,875ペソ (約660万円)

(注) 1ペソ=2.1 (2021年1月4日時点)

出所: Philippine Medical Supply, Shopee を基に筆者作成

計算結果を基に、以下3点からBHSにおける実施項目を検討する。1点目は保健開発における政策の優先度である。保健行政上、Phil PENに加えその他の保健開発プロジェクトも同時に実施されると想定でき、それらとの兼ね合いからどれだけの予算を割り当てることができるか考慮しなければならない。ヌエヴァ・ビスカヤ州の保健予算は、2018年時点で6,570万ペソ（約1億4000万円）が割り当てられている。そしてその主な用途としては、病院設備のアップグレードや子どものデイケアセンターの建設等が挙げられている（Ebreo 2018）。このような予算配分の中で、Phil PENに多額の費用を当てることは容易ではない可能性がある。Phil PENには医療機器に加えて、ヘルスワーカーのトレーニングやマニュアル作成、医薬品やその他消耗品の調達など、様々な費用が掛かることが想定される。そのため、医療機器に大きな予算を割くことは難しいと考えられる。

2点目は、政策の持続可能性である。Phil PENを継続的に実施するには、州政府が毎年かかるランニングコストを負担し続けなければならない。しかし、フィリピンでは3年に

1 度地方首長の選挙があるため、州の首長が交代する可能性があり、首長の意思により Phil PEN を中止する可能性もある。そのような場合、多額のランニングコストを必要としない項目は、各 BHS で継続的に測定を実施し続けることができるため、生活習慣病対策として持続性が見込めると考える。そのため、ランニングコストが掛る項目の実施はリスクが高いと言える。

3 点目は、現場キャパシティへの配慮である。実地調査より、各 BHS におけるスタッフの人数にはばらつきがあり、中には 3~4 人しかいない箇所もあった。BHS のスタッフには毎月バランガイから給料が支払われているが、額が小さいという声が多く聞かれた。そのため、BHS にて多くの項目を実施することは現場の過度な負担となり、さらなるインセンティブの支払いが発生し、経費がかかる可能性がある。

以上から、州政府主導のもと BHS において実施する項目は、導入の費用が比較的小さく、毎年のランニングコストを必要としない腹囲、BMI 値、血圧の 3 つが妥当であると結論づける。これらに加え、健康教育や問診が行われる想定となる。

7. おわりに

本研究は、フィリピンの農村部の貧困層の生活習慣病対策として Phil PEN が機能する政策であるかを検証することを目的に、ヌエヴァ・ビスカヤ州バヨンボン市を事例に考察を行った。具体的には、実地調査を通じて UHC の「4 つの A」の観点から農村部の貧困層における生活習慣病の状況を把握し、PCM 手法を用いてハイリスクグループに必要なアプローチと Phil PEN の親和性を確認した。検証の結果、Phil PEN は対象地域のハイリスクグループの生活習慣病対策として妥当であり、農村部の貧困層の生活習慣病対策として機能する政策であると言える。しかし、よりハイリスクグループにアプローチできる実行性の高い方策として、第一に BHS でのサービスを重視し、BHS において実施する項目を拡充すること、第二にヌエヴァ・ビスカヤ州政府が主導して、州内全域で導入・実施することを提案した。そして、より具体的な提言として、腹囲、血圧、BMI 値を BHS において実施することを提案した。これにより、ハイリスクグループの生活習慣病に罹患するリスクの提言と貧困の予防が目指される。

本研究ではバヨンボン市およびヌエヴァ・ビスカヤ州のみを事例として取り上げたが、フィリピン全体で生活習慣病が増加する中、Phil PEN 実施の必要性は高まると考える。その際、本研究で示した農村部の貧困層の特徴や地方分権化を考慮した提言は、同国の他の地域も参考にできると考える。国内の他の地域に拡大することで、国家レベルでの生活習慣病対策や生活習慣病対策における UHC の達成、そして貧困削減に貢献できるものになると考える。

謝辞

本研究を進めるにあたり、終始熱心なご指導を頂いた西野桂子教授に深い謝意を表します。また、お忙しいところ副査を引き受けて下さった村田俊一教授、坂口勝一教授に感謝申し上げます。そして関西学院大学総合政策学部の大村華子教授、三道弘明教授からは、本研究を進めるにあたりご助言を賜りました。感謝致します。

調査にご協力いただいたバヨンボン市役所・市議会議員の皆様、バヨンボン市保健所の皆様、各バラングイのリーダーおよび保健所の皆様、Veterans Regional Hospital の皆様、アンケート調査にご回答下さりましたバヨンボン市の皆様に感謝致します。そして、調査にあたり準備段階から実施まで協力をいただいたコーディネーターの皆様に感謝致します。

【参考文献】（引用文のみ。その他の参考文献については修士論文を参照されたい。）

<英語>

Advancing Partners & Communities. (2015). Country Profile: Philippines Community Health Program. Arlington, VA: Advancing Partners & Communities.

Elbreo Benjamin Moses M. (2018). “Nueva Vizcaya allots over P 1.4B as 2018 budget.” Bayombong: Philippine Information Agency. <https://pia.gov.ph/news/articles/1004987> (January 9, 2021).

Martinez RE, Quintana R, Go JJ, Villones MS, Marquez MA. (2015). “Use of the WHO Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions after Typhoon Haiyan.” *Western Pacific Surveillance and Response Journal*. Vol 6. Suppl 1. pp.18-20.

Municipality of Bayombong. (2017). “Office of the Municipal Health Officer”. 2017 State of Local Government Report & Annual Report. Municipality of Bayombong. pp.200-228.

Municipality of Pateros (2011). *Manual on the PEN Protocol on the Integrated Management of Hypertension and Diabetes*. Manila: Republic of the Philippines Department of Health.

PhilAtlas (n.d.). “Bayombong Province of Nueva Vizcaya.” PhilAtlas.

<https://www.philatlas.com/luzon/r02/nueva-vizcaya/bayombong.html#:~:text=Its%20population%20as%20determined%20by,of%20the%20Cagayan%20Valley%20region.> (November 20, 2020).

Philippine Medical Supply (n.d.). <https://philmedicalsupsplies.com/> (January 4, 2021)

Republic of the Philippines Department of Health. (2012). *Implementing Guidelines on the Institutionalization of Philippine Package of Essential NCD Interventions (Phil PEN) on the Integrated Management of Hypertension and Diabetes for Primary Health Care Facilities*. Manila: Republic of the Philippines Department of Health.

Shopee (n.d.) <https://shopee.ph/> (January 4, 2021)

World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.

<日本語>

- オックスファム（2013）『ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ 健康保険制度から貧困層が排除される構造的理 由』 オックスファム
- 外務省 NGO 研究会（2015）「第 1 部ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」を「腑に落とす」 アフリカ日本協議会編 『NGO のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）ハンドブック すべての人に健康を届けるためには』 外務省国際協力局民間支援連携室 5-22 頁
- 経済産業省（2020）『平成 31 年度国際ヘルスケア拠点構築促進事業（国際展開体制整備支援事業）医療国際展開カントリーレポート 新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報フィリピン編』 経済産業省
- 国際協力機構・グローバルリンクマネジメント株式会社（2016）『フィリピン共和国 UHC 情報収集・確認調査報告書』 国際協力機構
- 国際連合広報センター（n.d.）「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）すべての人に健康を」 国際連合広報センター <https://www.unic.or.jp/activities/economic_social_development/social_development/universal_health_coverage/>（2021 年 1 月 4 日）
- 佐久間美穂（2011）「フィリピンにおける地方分権の現状と課題」 株式会社国際開発センター
- 村山伸子（2014）「社会経済的要因と健康・食生活 日本における実態と今後の生活保護受給者支援に向けて」 厚生労働省 <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000064273.pdf>>（2020 年 11 月 20 日）