

給付は現物給付方式であり、医療費のうち、傷病の程度や医療施設のレベルに基づいて定められた一定額が、フィルヘルスより医師又は病院に償還払いされ、同額を超える部分については患者の自己負担となる。

なお、保険は、適用者が、フィリピン医療委員会(Philippine Medical Care Commission: PMCC)から認定された病院又は手術施設(病院については、保健省の認証がある病院の約91%をカバーしている)及び保健所(Rural Health Unit: RHU。「貧困プログラム」のみに対して適用がある)において、保険指定医等による診療を受けた場合に適用される。

4 公的扶助制度

フィリピンには、日本のように、政府が生活困窮者に対し恒常的に経済的支援等を行う公的扶助制度はないが、一定の要件を満たす困窮者から成るグループ(構成員25名以上)に対し、融資を主体とした生計支援を行うプログラムが存在する。その他、帰郷援助(マニラ首都圏に出稼ぎに出たものの生活等が困窮し、帰郷を希望する者に対して1回限りの交通費を支援する制度)や葬祭扶助(自治体又は「フィリピン慈善くじ協会(PCSO)」による)等の制度がある。

5 社会福祉制度

(1) 社会福祉施策全般

社会福祉分野については、主に社会福祉開発省が貧困の解消を政策目標として掲げ、最貧困層の国民の生活環境、生活の質の向上を図る種々の施策及び高齢者福祉、障害者福祉に関する施策を行っている。

1992年以降の地方分権化により、直接の事業実施主体は各地方公共団体(Local Government Unit: LGU)が担うこととなり、社会福祉開発省は16の地域事務所を通じ、制度・各種プログラムの策定、パイロット事業の実施(最長2年間の資金援助)及び地方公共団体の指導・監督・支援を行うこととなった。

最近の傾向として、同省は、可能な限りコミュニティ(地域共同体)ベースでの相互扶助的なプログラムの推進を図ろうとしている。また同省は災害時の復興支援業務を担っており、災害時の女性、子供、老人、障害者等の社会的弱者への対応に向けた取組も進めてい

る。

(2) 高齢者福祉施策

2004年2月に新規制定された高齢者法(Senior Citizen Act, 共和国法第9257号)により、60歳以上の高齢者全てに対し、公共交通機関、宿泊施設、医薬品等の2割引、税控除、無料医療サービスなど様々な特権を付与することとなった(従来は、年収6,000ペソ(約12,000円)未満の高齢者に限られていた)。一時、保健省が医薬品に係る特権の廃止を狙いとした通達を発出したが、高齢者層の猛反発に会い、撤回を余儀なくされた。

また、福祉施設としては、1995年に制定された共和国法第7876号により、各市町に我が国の高齢者福祉センターに相当する高齢者センター(Senior Citizen Center)の設置が進められているほか、身寄りのない高齢者等のための入所施設(無料)がマニラ首都圏、ダバオ、ザンボアンガに設置されている。

(3) 障害者福祉施策

WHOの推計によれば、フィリピンの全国民の10%は何らかの障害を有しているといわれている。

障害者に関しては、障害者のためのマグナカルタ(共和国法第7277号)、アクセス法(国家法第344号)、職業リハビリ法(共和国法第1179号)等障害者の権利、支援を明確にした法律が整備されているが、実施面とのギャップから一部見直しの検討が進められている。

なお具体的な障害者施策は、10か年計画(2003-2012)(A Philippine Plan of Action for the Asian and Pacific Decade of Disabled Persons)に沿って行われている。2007年には、上記マグナカルタの一部修正案が可決され、高齢者と同じように、公共交通機関、宿泊やレジャー施設、医薬品購入の際の2割引などの様々な特権を得られることとなった。また障害分野に関わる機関を大統領府の下に位置づけ、各種施策における障害者視点の主流化の姿勢を示している。障害者福祉施設では、身体・知的・精神障害者のために医学的リハビリ、職業訓練等が行われている。これらの施設は、政府のほかキリスト教教会を中心にした民間ボランティア機関が運営している。

また脳障害等特別な障害を持った児童に対する入所施設がアラバン(マニラ首都圏モンテルパ市)に存在し、アヤラ財閥が理学療法士等専門職を含めた施設労働者の雇用に対し、資金提供している。

(4) 児童福祉施策

a 児童保育

法律により、全ての balan-gai^(注6) は、両親が働いており、かつ、祖父母や親戚が世話をすることができない就学前(6歳未満)の児童に対する保育施設(day care center)を設けることとされており、このため、地方自治体が必要な補助を行うこととしている。また、労働法により、女性が働いている職場には保育施設を設けることが求められている。

また、3歳から6歳児を対象とした早期児童発育プログラム(Early Child Development Program)が、保健省、教育省、社会福祉開発省の3省庁によって進められており、デイケア・センターを活用して、早期児童の発育強化が行われている。

b 児童保護

家族関係の問題や病気、極度の貧困状態などが原因で両親が児童を扶養することが不可能又は不適切な場合に、その児童を両親に代わって扶養するため養子制度、里親制度、法的後見人制度等の制度が整備されており、里親による家族的扶養サービス、施設保護等が行われている。里親による家族的扶養サービスは、養子、里親、法的後見人による扶養に先立つ準備として行われる。

施設保護は、社会福祉開発省の定める基準の下、NGOが運営する施設で行われる保護事業であり、棄児、孤児、ストリートチルドレン等の保護施設、虐待、性的虐待などを受けた少女の保護施設等がある。

6 公衆衛生及び保健医療

(1) 公衆衛生の現状

a 保健指標

平均寿命、妊産婦死亡率(Maternal Mortality Ratio)、乳児死亡率(Infant Mortality Rate)及び5歳児未満死亡率(Under-5 Mortality Rate)はいずれも、改善傾向

にあるとはいえ、ASEAN近隣諸国と比較しても状況は悪く、依然、改善の余地がある。これらは、1990年と比較して妊産婦死亡率を4分の1に減少させること及び5歳未満児死亡率を3分の1に減少させることといったミレニアム開発目標(MDGs)のターゲットであるが、2015年までの達成は危ぶまれる。

〈表2-127〉 ASEAN 諸国の保健指標比較

指標 国名	平均寿命			妊産婦死亡率 (十万出生対)	乳児死亡率 (千出生対)			五歳未満児死亡率 (千出生対)		
	1990	2000	2006	2005	1990	2000	2006	1990	2000	2006
マレーシア	70	71	72	62	16	11	10	22	14	12
タイ	69	70	72	110	26	11	7	31	13	8
フィリピン	65	67	68	230	41	30	24	62	40	32
インドネシア	60	66	68	420	60	36	26	91	48	34
ベトナム	66	70	72	150	38	23	15	53	30	17
日本	79	81	83	6	5	3	3	6	5	4

資料出所 世界保健機構(WHO)ホームページ

b 10大死因

2004年の主な死亡原因は下記のとおり。結核などの感染症がまだ問題となっている一方で、生活習慣病による死亡率も高い。

〈表2-128〉 フィリピンの10大死因

死亡原因(人口10万対)	2004年	2003年	日本(2004年度)
1. 心疾患	84.8	83.5	126.5
2. 血管系疾患	61.8	64.0	-
3. 悪性新生物	48.5	48.5	253.9
4. 不慮の事故	41.3	41.9	30.3
5. 肺炎	38.4	39.5	75.7
6. 結核	31.0	33.0	1.8
7. 死因不詳	25.5	-	-
8. 慢性肺疾患	22.7	23.3	8.4
9. 糖尿病	19.8	17.5	10.0
10. 周産期に発生した病態	15.8	17.4	-

資料出所 「2008 Philippine Statistical Yearbook」及び「厚生労働省人口動態調査」より作成

c 3大感染症の状況

3大感染症であるHIV/AIDS、結核、マラリアの状況は「(表2-129) 三大感染症のWHO西太平洋地域における比較」のとおりである。

(a) HIV/AIDS: HIV陽性者数3,061人(1984年1月～2007年12月) 保健省(DOH)登録者数(HIV and AIDS Registry)、HIV陽性者推計9,000人(最大1万

8,000人～最少3,000人) (UNAIDS, 2003年末) となっている。なお、15歳以上での有病率 (WHO, 2007年) は日本よりも高いが、西太平洋地域の中では、フィリピンにおける HIV/AIDS 患者の発生は比較的抑えられている。

(b) 結核：結核による死亡人数は、保健省によると2002年で28,507人、死亡率35.9 (人口10万対) となっている。WHOの統計 (2009年発行) によれば有病率は500 (人口10万対) であり、結核蔓延国である。

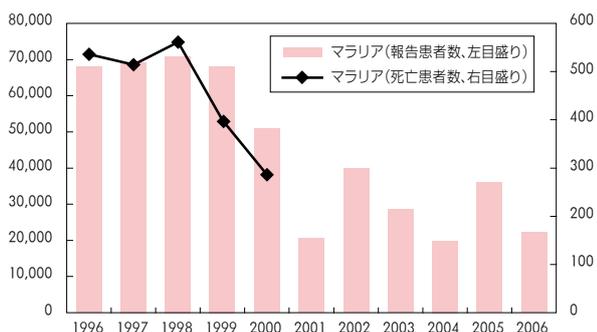
(c) マラリア (寄生虫)：「(図2-9) フィリピンにおけるマラリア感染状況」のとおり、2000年頃から大幅な減少をみせ、現在においては、国家的に重要な疾患ではなくなったものの、ミンダナオ、パラワン、北部ルソン等の地域においては、発生が多い。また、土壌媒介性寄生虫 (鞭虫、回虫等) は小児の貧血、栄養不良、発達遅延の原因となるが、未だに多くが罹患しているとされる。

〈表2-129〉三大感染症のWHO西太平洋地域における比較

疾患	項目	年度	フィリピン	WHO西太平洋地域	日本
HIV/AIDS	15歳以上での有病率 (人口10万対)	2007年	14	89	9
	HIV/AIDSによる死亡率 (人口10万対)	2007年	<10	4	<10
	5歳未満での死亡における HIV/AIDSの内訳 (%)	2004年	0.0	0.3	0.0
結核	死亡率 (人口10万対)	2004年	31.0	-	1.8
	有病率 (人口10万対)	1990年	799	320	62
		2007年	500	197	28
マラリア	死亡率 (人口10万対)	2006年	<1	<1	-
	5歳未満での死亡におけるマラリアの内訳 (%)	2004年	0.1	0.3	0.0

資料出所 「World Health Statistics 2009」, 「2008 Philippine Statistical Yearbook」及び「厚生労働省人口動態調査」より作成

〈図2-9〉フィリピンにおけるマラリア感染状況

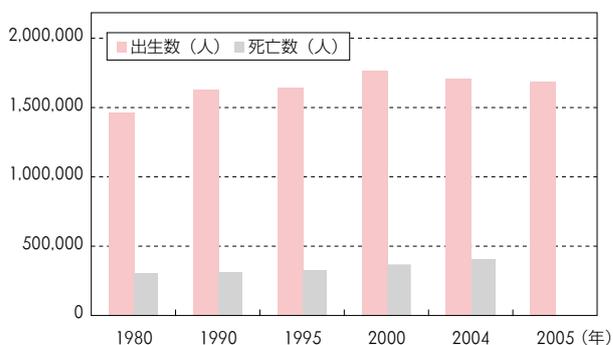


資料出所 「World Health Statistics 2009」より作成

d 人口

「(図2-10) フィリピンにおける人口動態」のとおり、出生数が死亡数を大幅に上回り続けており、2007年8月1日現在の人口は88.5百万人 (国家統計局発表^(註7)) で、人口増加率は、2.04% (2000年から2007年) と、人口増加傾向はやや減速してきた「(表2-130) 人口上昇率」がASEAN地域においても人口増加率の高い国の一つとなっている。2005年から2010年にかけての人口増加率は1.95%と推計されており、このまま推移すると2010年には9,400万人程度に達する見通しである。

〈図2-10〉フィリピンにおける人口動態



資料出所 「World Health Statistics 2009」より作成

〈表2-130〉人口上昇率

期間	人口上昇率(平均) (%)
1960-1970	3.01
1970-1980	2.75
1980-1990	2.35
1990-2000	2.34
2000-2007	2.04

資料出所 2008年4月16日国家統計局発表(ホームページ)

(2) 行政組織等

公衆衛生のうち、保健医療については保健省を中心に、ごみ問題等の環境衛生については環境・天然資源省を中心に、各関係政府機関が取り組んでいる。

保健省は、本省及びその下に17の地域事務所を設置している。地方行政機関としては、全国79の各州に州政府保健局が設けられている。また、全国の113の市・1,496の町には、それぞれ市・町保健事務所が設けられるとともに、医師、保健師・看護師、検査技師等が

常勤する保健所 (Rural Health Unit : RHU) が全国約 2,266か所 (2005年^(注8)) 設置されている。

また、全国のバラングイには、助産師 (midwife) 等が常駐しているバラングイ保健支所 (Barangay Health Station : BHS) が2006年現在16,191か所設置されており、この15年で1.5倍近くに増えている^(注8)。バラングイ保健支所において、分娩介助、家族計画教育、避妊薬・避妊具の配布、母子保健教育、乳幼児検診、予防接種、結核治療、栄養失調児へのビタミン剤支給等の簡単な治療や保健指導が行われている。

なお、ミンダナオ・ムスリム自治地域 (ARMM) については、同自治区政府の保健省 (ARMM-DOH) が中央政府から独立して保健医療行政を行っている。

医療費は、約4割程度が公費によりまかなわれていてるとともに、GNPの3%程度を占めている。

〈表2-131〉 医療費の財源割合 (2005年)

		(%)
政府		28.7
中央政府		15.8
地方政府		12.9
社会保障機構		11.1
メディケア		10.7
被用者保険		0.4
私費		59.1
個人会計		48.4
私立保健		2.4
健康維持機構 (HMOs)		3.9
雇用者		3.2
私立学校		1.2
その他		1.2

資料出所 「World Health Statistics 2009」より作成

(3) 施設

保健医療提供施設は、運営主体によって、大きく公的機関、民間機関に分類される。民間保健医療機関には、病院 (1,202施設45,286床 (2006年)^(注8)) と診療所がある。

公的な保健医療機関については、以下のとおり分類される。なお、公的病院は2006年には719施設47,897床^(注8)である。(なお、公私立合わせて人口1万人当たりの病床数は2006年現在、11.7床^(注8)であり、同じ2006年現在、日本の病院病床数が人口1万人当たりになると127.31床、総病床数人口1万人当たり

139.83である^(注9)ことを考えると、その少なさが分かる。)その他、保健所及びバラングイ保健支所は前述のとおり、それぞれ2,266施設 (2005年現在) 及び16,191施設 (2006年現在) 整備されており、一定の医療行為を行っている。

保健省が直接管理しているのは、全国の主要都市に存在する72か所の国立病院 (National Hospital, Retained Hospital) であり、州立病院 (Provincial Hospital) 及び地区病院 (District Hospital) については、人件費、医薬品を含む消耗品の購入費及び施設の維持管理費を含め州政府が管理している。

また、原則として、保健所 (Rural Health Unit ; RHU) については町が、バラングイ保健支所 (Barangay Health Station ; BHS) については町又はバラングイが、それぞれ管理しており、地域住民に対するより基礎的な保健医療サービスの提供については、各自治体が責任を負っている構造となっている。

〈表2-132〉 フィリピンの公的な保険医療提供施設

分類	運営主体	
中央病院 (16)	保健省 (DOH)	
肺センター		
腎センター		
小児センター		
心臓センター		
マニラ首都圏特別病院 (12)	保健省 (DOH)	
地域病院 (Regional Hospital) (56)		
州病院 (Provincial Hospital)		州政府
地区病院 (District Hospital)		州政府
保健所 (RHU)		町政府
バラングイ保健支所 (BHS)	町政府又はバラングイ	

(参考：大学病院232 (高等教育委員会Ched))

(4) 医療従事者

フィリピンの公的部門に所属する主な医療従事者の人数は、2004年時点で医師2,969人、看護師4,435人、助産師1万6,967人となっている。一方、1991年から2000年までの累計登録者ではそれぞれ医師9万5,016人、歯科医師4万1,484人、看護師33万7,939人、助産師12万9,532人となっている。

なお、年間の国家試験合格者数 (2000年) は、医師2,316人、歯科医師1,354人、看護師4,228人、助産師1,138人となっている。

また、これらの従事者のほか、バラングイ・ヘルス・

ワーカー(BHW)と呼ばれるボランティア職員が存在しており、施設にもよるが各村落に数名程度勤務している。これら医療従事者のうち、医師、看護師については、地域偏在により地方におけるマンパワー不足が指摘されている。

昨今、看護師(医師が看護師の資格を取り直す場合も含む)の海外流出が問題となっている。毎年約15,000人の医療従事者が海外へ流出しており、約30万人のフィリピン人看護師が121か国で就労しているという推計がある。看護師を含めた医療従事者の海外流出により国内(特に地方部)での人材不足が進み、保健医療システムを維持する上での大きな問題となっている。

7 近年の動き・課題・今後の展望等

(1) 保健セクター改革戦略(FOURmula One for Health 2005-2010)

1991年から進められている地方分権化に伴い、基礎的保健医療サービスの提供は州や市町村に移管されている。多くの地方自治体(州・市町村)において保健医療予算は予算の大きな割合を占め(3~5割)自治体財政を圧迫し、医療従事者確保や薬剤調達等に困難を来している。このため保健財政の強化は全国的に大きな課題となっている。

保健省では2005年からFOURmula One for Health 施策を開始し、保健サービスの包括的な体制改善を進めている。FOURmula One政策は以下の4本柱から構成される。

- ア 財政部門(医療保険制度の拡充、効果的な予算の活用)
- イ 規制部門(市場メカニズムの活用による医薬品の低価格化)
- ウ 保健医療サービス部門(地域における必須サービスのパッケージ化、各次医療機関におけるサービス内容の定義化による保健サービスの質の向上)
- エ ガバナンス部門(保健医療関連人材の海外流出の防止、ODA の受入も含めた調達、マネジメント能力の強化)

現在、保健省は各州に指示し、州毎の保健医療投資計画(Provincial Investment Plan for Health)の策定

を進めている。本計画に沿った効率的な保健医療サービス運営によりアクセスの改善とサービスの質の向上を目指している。

(2) 国内の健康水準格差

フィリピンにおける人々の健康水準については、他の多くの途上国同様、地域間格差及び社会経済階層間格差が極めて大きく、全国平均値による分析のみでは実態を十分に捉えることはできない。

例えば、合計特殊出生率を、所得階層別に見ると、最貧困層20%に属する世帯では、未だに6.5と高水準に留まっているのに対し、最富裕層20%では2.1までに低下している。

また、5歳未満児死亡率については、地域別に見ると、マニラ首都圏(NCR)では、出生千対38.6に対し、ムスリム・ミンダナオ自治地域(ARMM)では、同97.6となっている。その他、地域別には、ベッド数対人口10万人(NCR26.9、ARMM1.8)(2002年)、保健医療従事者数の比(医師(NCR7.1、中央ミンダナオ2.3)、看護師(NCR10.1、中央ルソン4.3))(2000年)についても格差の存在が見られる。

- (注1) 根拠は、共和国法第8282号(Social Security Act of 1997, Republic Act No.8282)
- (注2) 為替レートは、0.3919ペソ/円(2007年)を使用(出典:中央銀行)。
- (注3) 根拠は、共和国法第8291号(the Government Service Insurance System Act of 1997, Republic Act No.8291)
- (注4) 根拠は、共和国法第7875号(National Health Insurance Act of 1995, Republic Act No.7875)。
- (注5) Philippine Health Insurance Corporation Annual Report 2007より。
- (注6) フィリピンにおける最小行政単位で、全国に約4万2,000か所あり、ひとつの人口数千程度。日本の町内会に相当する規模であるが、自治体としての機能を有し、首長は公選制であり議会も有する。
- (注7) 2008年4月16日 発表(<http://www.census.gov.ph/data/pressrelease/2008/pr0830tx.html>)
- (注8) 「2008 Philippine statistical yearbook」による。
- (注9) 厚生労働省平成18年度医療施設調査による。