

ける HIV/AIDS 患者の発生は比較的抑えられているとされている。なお保健省統計によると、1984年から2001年までは年平均100例発生で推移していたが、2002年からは200例に増加している。

(b)結核：結核による死亡人数は、WHO によると2002年で11万8,408人となっており、世界で第9位の結核の蔓延国といえる。

(c)マラリア(寄生虫)：マラリアは、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。2003年の死亡数(マラリア確定例)は62人であった。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、人口の半分が罹患しているとされる。

d 人口

2000年国勢調査によれば、2000年の人口は7,650万人で、その増加率は、2.03%(1995年から2000年)と、ASEAN 地域においても人口増加率最大国の一つとなっている。このまま推移すると2010年には9,000万人に達する見通しである。

(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15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、全国約1,500の各市・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1,880か所(2002年)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)が約1万5,000か所設置されており、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が中央政府から独立して保健医療行政を行っている。

(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、私的機関に分類される。私的な保健医療機関には、病院(1,057施設(2003年))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(病院は2003年には663施設。保健所、バラングイ保健支所は2001年にそれぞれ1,879施設、1万5,107施設整備されている)。

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約70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2-108〉 フィリピンの公的な保健医療提供施設

| 分類 | 運営主体 |
|--|------------|
| 中央病院(16) 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) | 保健省(DOH) |
| 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

国家統計調整委員会によると、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、医師2,957人、

看護師4,819人、助産師1万6,612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、バランガイ・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)の海外流出については、正確な統計は存在しないものの、一部報道によると、約30万人のフィリピン看護師が、121か国で就労しているという推計がある。

保健省当局によると、国内では数的には看護師は足りているものの、熟練した看護師が不足しているとのことである。

7 近年の動き・課題・今後の展望等

(1) 保健改革(HSRA)

保健省では、1991年から進められている地方分権化に伴って、1999年から5か年の計画でHealth Sector Reform Agendaを策定し、以下の5分野について、包括的なサービス体制の改善を図ることとしている。

- ①保健財政(国民皆保険の実現)
- ②地域保健システム(良質な医療アクセスの改善)
- ③公衆衛生(拡大予防接種計画、家族計画、健康増進活動)
- ④病院システム(施設・機材・人材の改善)
- ⑤保健行政・規制(基準策定、医薬品審査制度の強化、迅速化)

(2) 新保健長官の就任

2005年6月1日より、マヌエル・ダイリット長官に代わり、フランシスコ・デュッケ前フィリピン健康保険公社社長が保健長官に就任し、上記保健改革の流れを踏襲しつつ、以下のとおり4大重点分野(4 point agenda

又はFormula One)を掲げた。うち医薬品の低価格化については、既に法的対応も含め着手しつつある。

- ①財政部門(健康保険制度の拡充、効果的な予算の活用)
- ②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)
- ③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)
- ④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)

(3) 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) 全国の各村落。フィリピンの最小行政単位で、全国に約4万2,000か所あり、人口数千程度。日本の市又は区に相当するが、自治体としての機能を有し、バランガイの首長は公選制である。