

## フィリピン

### 1 社会保障制度の概要

フィリピンでは、年金や医療保険といった社会保険制度が政府関係機関によって運営されているほか、障害者、高齢者、児童等を対象とした社会福祉サービスが主に地方自治体を通じて供給されている。

### 2 年金制度

主な公的年金制度には、一般国民(労働者)を対象とした年金制度と公務員を対象とした年金制度がある。前者は、社会保障機構(Social Security System; SSS)、後者は公務員保険機構(Government Service Insurance System; GSIS)が運営している。

このほか、軍人、警察関係者等職域別に個別の年金制度が存在する。

#### (1) 社会保障機構による年金制度

##### a 運営主体

社会保障機構は、政府管轄下の機関である(根拠法: 共和国法8282号)。上位組織として社会保障委員会(Social Security Commission: SSC)が、社会保障機構の管理監督を行っている。同委員会には雇用労働省長官が構成員として加わっており、委員長は大統領によって任命される。

社会保障機構は、年金給付サービスのほか、加入者に対し、傷病等による休業給付サービス、後述の公務員保険機構と共通の労災補償プログラム(The Employees' Compensation program)によるサービス、生活資金、教育資金等に対する貸付サービスも提供している。

##### b 財源

財源は、労使双方の負担による社会保険料と投資、貸付等の資産運用の収益から成り立っており、税金の投入等国庫からの支出はない。2006年の総収入約647億ペソ(約1,294億円<sup>(注1)</sup>)に対し、総支出約585億ペソ(約1,170億円)と黒字となっている。保険料のみの収支では、会員からの保険料総額約525億ペソ(約1,050億円)に対し、給付総額約521億ペソ(約1,042

億円)と4億ペソ(約8億円)の黒字となっている(表2-139)。今後の給付額の増大に対しては、積立基金(Reserve Funds)の充当も検討されている。

〈表2-139〉 フィリピン社会保障機構の収支(2006年)

(100万ペソ)	
収入	64,651.50
保険料収入	52,543.60
投資・資産運用益	12,107.90
支出	58,501.88
給付費	52,122.01
事務費	6,379.87
純益	6,149.62

資料出所 社会保障機構(SSS)

##### c 対象者

法律上、60歳以下の全ての民間労働者及びその使用者、月1,000ペソ(約2,000円)以上の収入を得ている家庭内使用人(メイド、運転手等)並びに月1,000ペソ(約2,000円)以上の収入を得ている自営業者(俳優、プロ・スポーツ選手、農漁業関係者等を含む)等は、社会保険機構への加入が義務付けられている。また、①離職した加入者、②外国で働くフィリピン人、及び③加入者の配偶者は任意の加入となっている。

加入者数は、2007年6月現在、2,775万2,182人(労働者2,127万2,839人、使用者79万6,430人、自営業者568万2,913人)である。

##### d 保険料

保険料は、2007年1月から労働者の標準報酬月額10.4%となっており、労使の負担比率は、それぞれ使用者7.07%、労働者3.33%である。標準報酬月額は、労働者が1か月に受け取る給与及び全ての手当(時間外労働手当、通勤手当、扶養手当、食費補助等)を合計した金額をもとに、1,000ペソ(約2,000円)から1万5,000ペソ(約3万円)まで、500ペソ(約1,000円)毎に29段階に区分されている。

##### e 給付内容

年金給付には、退職年金、死亡年金、障害年金など

がある。

〈表2-140〉 フィリピンの年金等給付状況(2007年)

項目	金額 (100万ペソ)
総給付	60,745.85
社会保険	59,664.58
退職年金	28,903.95
死亡年金	21,182.42
障害年金	3,104.16
出産一時金	2,873.32
疾病一時金	1,495.65
葬祭一時金	2,105.08
労災補償	1,081.27
死亡給付	791.38
障害給付	126.92
医療給付	111.91
葬祭給付	5.77
その他	46.84

資料出所 社会保障機構(SSS)

#### (a) 退職年金

社会保障機構加入者のうち、60歳以上の退職者であって120か月以上保険料を支払った者、又は65歳以上(就労の有無を問わない)で120か月以上保険料を支払った者が対象となり、加入者のうち保険料を120か月以上支払っていない退職者については、支払った保険料と同額の一時金とその利息分が一括給付される。

給付月額、保険料支払い期間と引退前60か月の平均報酬月額により、以下の①又は②のうちより大きい額が支給される。

ア 300ペソ(約600円) + 平均報酬月額 × {0.2 + 0.02 × (支払い年数 - 10年)}

イ 平均報酬月額 × 0.4

なお、最低給付額として、120か月以上保険料を支払った者に対し月1,200ペソの給付が、20年以上保険料を支払った者に対し月2,400ペソ(約4,800円)の給付が保障されている。なお、毎年12月には第13月の年金として1月分多く支給される。

また、最低年金受給者が21歳未満で未婚の就労していない子供を扶養している場合には、子供5人までを限度とし、1人当たり年金(月)額の10%(最低額月250ペソ(約500円))が給付される。

原則、加入者が指定する銀行に毎月振り込まれるが、最初の18か月分について、一定の減額の下、一括して受け取ることができるオプションもある。

年金受給者が死亡した場合は、法律上の配偶者等に年金が全額支払われる。

#### (b) 死亡年金

年金受給開始前に加入者が死亡した場合、死亡した加入者の親族が給付を受ける。対象は、36か月以上保険料を支払った加入者の配偶者(ただし、再婚した場合はこの限りでない。)又は21歳未満の未婚の子供である。該当者が存在しない場合、加入者の両親が給付の対象となるが、この場合、一括して給付されることになる。

給付月額、保険料支払期間により決定し、①保険料支払期間が10年未満の場合1,000ペソ(約2,000円) ②10年以上20年未満の場合1,200ペソ(約2,400円) ③20年以上の場合2,400ペソ(約4,800円)である。

また、死亡した加入者が、死亡時点で21歳未満で未婚の就労していない子供を扶養していた場合には、更に、5人までを限度とし、1人当たり年金(月)額の10%(最低額月250ペソ(約500円))が給付される。

受取人が指定する銀行への毎月の入金によるか、又は、限度額の下、一括給付による。

#### (c) 障害年金

主として身体の障害のため日常生活に支障を来す者に対し給付されるものである。

給付対象者は、社会保障機構の加入者のうち、障害発生時点までに36か月以上保険料を支払っていた者で、主として治癒見込みのない身体障害を有する者である。重度の場合は、生涯年金となり、軽度の場合はその程度により支給年数が決まる。なお、36か月以上の支払いという要件を満たしていない者については、一括給付がなされる。本人が就労した場合や障害から回復した場合、給付は停止される。給付額は、以下のとおり保険料支払期間により決定し、①保険料支払期間が10年未満の場合1,000ペソ(約2,000円)以上 ②10年以上20年未満の場合1,200ペソ(約2,400円)以上 ③20年以上の場合2,400ペソ(約4,800円)以上であ

る。

また、障害年金受給者が21歳未満で未婚の就労していない子供を扶養している場合には、更に、5人までを限度とし、1人当たり年金(月)額の10%(最低月額250ペソ(約500円))が給付される。

受取人が指定する銀行への毎月の入金によるか、又は、限度額の下、一括給付による。

## (2) 公務員保険機構による年金制度

### a 運営主体

公務員保険機構も社会保障機構と同様、政府管轄下の機関である(根拠法:共和国法8291号)。上位組織として、管理委員会(Board of Trustees of the GSIS)が、公務員保険機構の管理監督を行っている。同委員は大統領によって任命される。

サービスも、年金給付サービスのほか、各種保険サービス、労災補償プログラム(The Employees' Compensation program)によるサービス、貸付サービス等社会保障機構の管理監督とほぼ同様である。

### b 財源

財源は、社会保障機構と同様、労使双方の負担による保険料収入と主に投資活動による資産運用から成り立っており、税金の投入等国庫からの支出はない。

2006年の総収入(運営費除く)は約756億ペソ(約1,512億円)と、総支出約357億ペソ(約741億円)を大きく上回っている。

### c 対象者

全ての公務員(国、地方)に対し加入が義務付けられている。加入者数は、2005年末現在、150万271人となっている。

### d 保険料

公務員保険機構の保険料は、標準報酬月額額の21%と定められており、労使の負担比率は、それぞれ使用者12%、労働者9%となっている。

### e 給付内容

退職年金、死亡年金、障害年金等があり、かなり恵ま

れた内容となっている。

### (a) 退職年金

いわゆる高齢者年金に当たる。

要件は、15年以上勤務した加入者で定年(60歳)を迎えた者が対象となる。

給付月額、勤務年数と平均報酬月額(過去3年間の報酬より算定)により以下の額が支給される。

$0.025 \times (\text{平均報酬月額} + 700\text{ペソ(約1,400円)}) \times \text{勤務年数}$ (ただし、この計算による額が平均報酬月額額の90%を超えるときは、平均報酬月額額の90%を給付月額とする。)

年金受給者が死亡した場合は、法律上の配偶者等に遺族年金が支払われる。

### (b) 死亡年金

死亡した加入者の親族が給付を受けられるものである。対象は、15年以上勤務した加入者の配偶者(ただし、再婚した場合はこの限りでない)又は18歳未満の未婚の子供で、給付月額は、配偶者に対し加入者の死亡時の平均報酬月額額の50%が、子供には5人までを限度として、1人当たり同10%が給付される。

### (c) 障害年金

主として身体の障害のため日常生活に支障を来す者に対し給付されるものである。15年以上勤務した加入者と15年未満の加入者それぞれに対し、給付制度が存在する。

## 3 医療保険制度

### (1) 運営主体、財源

同制度は1995年2月、前述の社会保障機構、公務員保険機構両制度のうち医療保険部分(メディケイド)を統合し設立されたものである。公的医療保険制度を運営しているのは、フィリピン健康保険公社(Philippine Health Insurance Corporation(PHIC):フィルヘルス)である。フィルヘルスも社会保障機構や公務員保険機構同様、政府管轄下の機関である(根拠法:共和国法第7875号)。

財源は、労使双方の負担による社会保険料、投資活

動による資産運用に加え、公的支出(保健省及び地方自治体)から成り立っている。

収支については、2006年で保険料収入225億7,959万ペソ、給付費172億88万ペソであり、現在のところ良好な経営状況である。

## (2) 加入者

法律上は、全国民の加入が求められている。保険料徴収の主な対象者は、被雇用者(公私)、自営業者である。また、「貧困プログラム」があり、フィルヘルスより「貧困」の指定を受けた者については、保険料を国と地方自治体が分担している。

保険適用者は、加入者、貧困プログラム対象者、無償対象者(退職者、保険料支払満了者)及びこれら対象者の扶養家族である。

保険適用者の推定カバー率は、2004年2月から6月にかけて、貧困プログラム対象者に対し、1年間医療費が無料になる「健康保険カード」が配布され一時期約84%まで上昇したものの、「健康保険カード」失効後は64.1%(2005年12月)となっている(表2-141)。

また2005年3月より海外労働者(Oversea Filipino Workers:OFW)の医療保険制度がDOLE(労働省)傘下のOWWA(海外労働者福祉庁)からフィルヘルスへと移管された(対象者:約50万人)。

〈表2-141〉フィリピンの医療保険の対象者・カバー率

	(人)		
	加入者数	被扶養者	合計保険適用者数(見積り)
公務員	1,845,995	5,646,849	7,492,844
民間企業労働者	6,449,632	16,738,410	23,188,042
貧困プログラム対象者	2,492,356	9,947,722	12,440,078
自営業者	1,889,114	6,581,665	8,470,779
無償対象者 (退職者又は保険料 支払満了者)	196,650	137,655	334,305
海外労働者	545,429	2,127,173	2,672,602
合計	13,419,176	41,179,474	54,598,650

2005年推計人口	85,236,913
カバー率 (対2005年推計人口)	64.10%

資料出所 フィリピン健康保険公社(2005年12月現在)

## (3) 保険料

労働者の標準報酬月額に基づいて定められている。なお、標準報酬月額は、労働者が1か月に受け取る給与及び全ての手当を合算した金額を元に、5,000ペソ(約1万円)未満から3万ペソ(約6万円)以上まで、1,000ペソ(約2,000円)毎に27段階に分けられている。

保険料は標準報酬月額の2.5%と定められており、労使の負担比率は、それぞれ使用者1.25%、労働者1.25%の折半となっている。

## (4) 給付内容

基本的に、入院医療に係る費用(室料、食費、薬剤費、検査費、診療料など)及び外来医療(薬剤費、検査費、診療費、予防サービス、救急・移送サービスなど)に対して適用がある。2006年からは、新生児ケアや、マラリア・AIDS患者に対する外来診療等も保険適用となっている。

〈表2-142〉フィリピンの医療保険給付一覧

給付内容	病院の種類		
	1次病院	2次病院	3次病院
室料及び食費(45日まで)	200	300	400
薬剤費(1回の入院につき)			
a.一般診療	1,500	1,700	3,000
b.集中診療(ICU対象疾患等。以下同じ)	2,500	4,000	9,000
c.重度特別診療(癌転移等重篤な疾患。以下同じ)	-	8,000	16,000
X線、検査費等(1回の入院につき)			
a.一般診療	350	850	1,700
b.集中治療	700	2,000	4,000
c.重度特別診療	-	4,000	14,000
診察料(1回の入院につき) (ただし、一般医の場合、1日150ペソ、専門医の場合、1日250ペソを上限とする)			
a.一般診療			
一般医	600	600	600
専門医	1,000	1,000	1,000
b.集中診療			
一般医	900	900	900
専門医	1,500	1,500	1,500
c.重度特別診療			
一般医	900	900	900
専門医	1,500	1,500	2,500
その他			
手術室料(1回の入院につき)			
a.RVU*30点以下	385	670	1,060
b.RVU31点から80点まで	0	1,140	1,350
c.RVU81点以上	0	2,160	3,490
外科医(1回の入院につき)	上限1万6,000ペソ		
麻酔科医(1回の入院につき)	上限5,000ペソ		

資料出所 フィリピン健康保険公社(2005年2月)

(注) RVU(Relative Value Unit)は、外科手術の難易度等によって付けられた点数であり、1点につき、40ペソが加算される。

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 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と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<sup>(注2)</sup> 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、里親による大家族的扶養サービス、施設保護等が行われている。里親による大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

フィリピンの代表的な指標をASEAN近隣諸国と比較すると、乳幼児死亡率(IMR)、5歳児未満死亡率(U5MR)は1970年代に比べ改善しているとはいえ、

かつては大きく差の開いていたベトナムやインドネシアに追いつかれつつある状況にある。また、妊産婦死亡率は高く、依然、改善の余地がある。これらは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ている。

〈表2-143〉 ASEAN 諸国の保健指標比較

国名	平均寿命		乳児死亡率		5歳未満死亡率		妊産婦死亡率
	1970-75	2005	1970	2005	1970	2005	1990-2005
調査年			出生千対		出生千対		対人口10万
マレーシア	63.0	73.7	46	10	63	12	30
タイ	61.0	69.6	74	18	102	21	24
<b>フィリピン</b>	<b>58.1</b>	<b>71.0</b>	<b>60</b>	<b>25</b>	<b>90</b>	<b>33</b>	<b>170</b>
インドネシア	49.2	69.7	104	28	172	36	310
ベトナム	50.3	73.7	55	16	87	19	170
日本	73.3	82.3	14	3	21	4	8

資料出所 国連開発計画(UNDP) "Human Development Report 2007-2008"

#### b 10大死因

2002年の主な死亡原因は下記のとおり。全体では感染症と生活習慣病の両方が共存する構造となっている。悪性新生物が増加し、第4位(1998年)から第3位になった点に注目すべきであろう。感染症では結核が依然として最大の疾患である。

〈表2-144〉 フィリピンの10大死因(成人及び乳児)

成人死亡原因(人口10万対)		乳児(1歳未満)死亡原因(出生千対)	
1. 心疾患	88.2	1. その他の周産期障害	6.1
2. 脳血管障害	62.3	2. 肺炎	1.6
3. 悪性新生物	48.8	3. 新生児敗血症	0.7
4. 肺炎	43.0	4. 感染由来の下痢・胃腸炎	0.7
5. 不慮の事故	42.3	5. 先天性心疾患	0.7
6. 結核	35.9	6. 先天性肺炎	0.4
7. 慢性肺疾患	24.3	7. その他の先天性奇形	0.3
8. 周産期に発生した病態	17.9	8. 早産・低体重に伴う障害	0.3
9. 糖尿病	17.5	9. 敗血症	0.3
10. 腎臓系疾患	11.6	10. はしか	0.3

資料出所 保健省「フィリピン保健統計(2002年)」

#### c 3大感染症の状況

3大感染症であるHIV/AIDS、結核、マラリアの状況は以下のとおりである。

(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

なっており、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とされている。近年は年300人程度の新規感染者が報告されており、やや増加傾向にある。

(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の第9回結核対策年次報告(2005年)によれば推定罹患率は296(人口10万対)であり、世界で第9位の結核蔓延国である。

(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年の患者発生数は36.5(人口10万対)であり死亡数(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

2007年の推計人口は8,871万人(国家統計局推計)で、その増加率(推計)は、2.05%(2000年から2005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9,400万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1万5,600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(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。

### (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(1,136施設(2005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2005年には702施設。保健所、バラングイ保健支所はそれぞれ2,266施設、1万5,436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、各自自治体が責任を負っている構造となっている。

〈表2-145〉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) 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、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) 為替レートは、2.00円/ペソ(2005年)を使用(出所:内閣府経済財政分析統括官付海外担当「月刊海外経済データ」)。

(注2) 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。