

フィリピン

(参考) 1ペソ=1.95円 (2010年期中平均)

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。社会福祉サービスの関係機関は、保健省、社会福祉開発省、内務自治省及び各地方政府である。

2 社会保険制度等

(1) 年金制度

主な公的年金制度には、民間企業等で勤務する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。以下、SSSとする。)、後者は公務員保険機構 (Government Service Insurance System。以下、GSISとする。)が運営している。なお、SSS及びGSISから、疾病、妊娠及び退職の際に支払われる給付金と年金は収入とは見なされないため、課税対象とはならない。

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。

a SSSによる年金制度

(a) 運営主体

SSSは、政府管轄下の機関である¹⁾。上位組織として社会保障委員会 (Social Security Commission : SSC) が、SSS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。

SSS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GSIS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 (Social Security/Insurance Contributions) 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。2008年の総収入約980億ペソ (約2,268億円²⁾) に対し、総支出約747億ペソ (約1,728億円) と黒字となっている。保険料のみの収支でも、会員からの保険料総額約689億ペソ (約1,594億円) に対し、給付総額約670億ペソ (約1,572億円) と9.6億ペソ (約22億円) の黒字となっている (表2-00)。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4-9-1〉 SSSの収支(2007年及び2008年)

	2008年	2007年
収入	97,968.32	79,699.06
保険料収入	68,879.27	61,829.08
投資・資産運用益	29,089.05	17,869.98
支出	74,662.99	67,565.85
給付費	67,917.36	60,746.59
事務費	6,745.63	6,819.26
純益	23,305.33	12,133.21

資料出所 社会保障機構(SSS)発行 2008年報

(c) 対象者

法律上、60歳以下の全ての民間労働者及びその雇用者、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 (自発的加入者) となっている。なお、SSSによると、2009年に海外に出稼ぎに出た労働者約110万人のうちSSSに加入しているのは約71万人にとどまっており、外国で働くフィリピン人の社会保障のために、2010年現在、自発加入ではなく強制加入とすることも検討しているとのことである。

■ 1) 根拠は、共和国法第8282号 (Social Security Act of 1997, Republic Act No.8282)

■ 2) 為替レートは、0.3919ペソ/円 (2007年)、0.4320ペソ/円 (2008年)、0.5099ペソ/円 (2009年) を使用 (出典: フィリピン中央銀行)。

SSS発行のパンフレットによると、加入者数は、2010年3月現在、雇業者865,229人、被雇業者19,900,322人、自営業者5,528,782人、自発的加入者2,955,950人（雇業者をのぞいた加入者総計は27,485,054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額の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。自営業者及び自発的加入者については申告収入額の10.4%となっている。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

給付には疾病や傷害を負った際に支払われる補償金以外に年金給付があり、年金給付には、退職年金、死亡年金、障害年金などがある。

〈表4-9-2〉フィリピンの年金等給付状況(2008年)

項目	金額
総給付	67,917.36
退職	32,679.73
死亡	24,676.87
障害	3,286.72
出産	3,274.00
疾病	1,705.54
葬祭	2,253.25
医療給付	41.13
療養給付	0.12

資料出所 社会保障機構(SSS)発行 2008年年報

ア. 退職年金

SSS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、雇業者と被保険者自身が支払った保険料及びその利息分の合計と同額の一括給付金が支給される。

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。

- ① 300ペソ（約600円）+ 平均報酬月額 × {0.2+0.02 × (支払い年数-10年)}
- ② 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。

イ. 死亡年金

36か月以上保険料を支払った加入者が年金受給開始前に死亡した場合、死亡した加入者の親族が給付を受ける。対象は、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、加入者の両親などが給付の対象となるが、この場合、60か月以内の給付となる。

給付月額は、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。

ウ. 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、SSS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(permanent total disability)は、生涯年金となり、軽度の場合(permanent partial disability)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。給付月額は、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。

工. 出 産

出産もしくは流産した女性に対する日常生活のための現金給付であり、対象者が出産もしくは流産の直前の1年間に3か月分以上の保険料を支払っている場合が対象となる。なお、始めの4回の出産もしくは流産までを対象としている。

オ. 疾 病

病気やけがにより4日以上働けない加入者(被保険者)に対する日常生活のための現金給付であり、対象者が当該疾病に罹患する直前の1年間に3か月以上保険料を支払っている場合が対象になる。一年間に最大で120日間給付が受けられ、翌年も最大120日間同じ疾病にて給付を受けることができる。240日以上疾病が続く場合、障害年金の手続きを行うという方法がある。

支給額は日額平均給与額の90%、かつ10ペソ以上200ペソ以内となる。

カ. 葬 祭

死亡前に少なくとも1か月以上保険料を支払った加入者が死亡した場合、葬祭費用として20,000ペソが喪主に対して支払われる。

b 公務員保険機構(GSIS)による年金制度

(a) 運営主体

GSISもSSSと同様、政府管轄下の機関である³⁾。上位組織として、管理委員会(Board of Trustees of the GSIS)が、GSIS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SSSの管理監督とほぼ同様である。

(b) 財 源

財源は、SSSと同様、労使双方の負担による保険料収入から成り立っている。

2009年の総収入は約934億ペソ(約1,833億円)と、総支出約448億ペソ(約879億円)を大きく上回って黒字である。保険料収入は約537億ペソ(約1054億円)であり、年金の支払いによる支出額は約397億ペソ(約779億円)である。

(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。GSISによる口頭説明では、加入者数は、2010年6月現在、1,370,596人とのことである。

(d) 保険料

GSISの保険料は、標準報酬月額の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。

■ 3) 根拠は、共和国法第8291号(the Government Service Insurance System Act of 1997, Republic Act No.8291)

ア. 退職年金

いわゆる高齢者年金に当たる。

15年以上政府に勤務した加入者が、希望退職年齢(60歳)若しくは退職年齢(65歳)に達したときに、退職年金を受け取ることができる。

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の90%を超えるときは、平均報酬月額の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。

イ. 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、給付額は、配偶者に対し加入者の死亡時の平均報酬月額の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。

ウ. 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。

(2) 医療保険制度

フィリピンの医療制度概要

基本データ

人口約8,900万人、人口増加率約2%、15歳未満人口33.8%、65歳以上人口4.4%と人口増加中。平均寿命67歳、乳幼児死亡率1000出生対24、妊産婦死亡率10万出生対162。結核高蔓延国(WHO試算によると10万人のうち500人の罹患率)、大気・水汚染、衛生環境の不十分さに伴う疫病負荷も高い。三大死因は、心疾患、血管系疾患、悪性新生物。

地方分権

1991年の地方自治法に基づき保健省は権限を地方自治体に委譲し、現在は保健省直轄のいくつかの病院等の管理を行う他は、ガイドライン、規制、評価、計画の策定に当たるのが中心で、実際の州立や町立の病院等の管理はすべて各地方自治体が実施している。

医療セクター改革

保健サービス包括的な体制改善として2005年から“FOURmula One for Health”という名称で保健省は保健セクター改革を実施。(1)財政(医療保険制度等)、(2)規制(質の確保、必須薬品の低価格化)、(3)最低限の医療サービスへのアクセス改善、(4)ガバナンス(マネジメント強化、医療人材育成)の4本柱を中心にして強化を計っている。

公的医療保険制度

公的年金制度としては、民間企業等で勤務する者を対象とする年金は社会保障機構(Social Security System。以下、SSSとする。)、公務員を対象とする年金は公務員保険機構(Government Service Insurance System。以下、GSISとする。)が運営しており、公的医療保険制度は、SSSとGSISを統合したフィリピン健康保険公社(Philippine Health Insurance Corporation (PHIC)：フィルヘルス)が運営している。SSS、GSIS及びPHICともに政府管轄下の機関である。いずれも財源は基本的に労使からの保険料による(PHICは保健省や地方自治体からも収入あり。)

法律上は、公的医療保険制度に全国民の加入が求められているものの、実際には十分ではなく、加入率は明確ではないものの(60~90%)、貧困層が保険制度の恩恵を十分に受けているとは言い難い状況であり、加入率の増加は政府の重点取組事項である。また、PHICから支払われる医療費の額は傷病の程度や医療施設のレベルに応じて上限が決まっており病院側に償還払いされ、それを超える部分は患者の自己負担となる。



医療人材

看護師や医師の海外流出の多い国であるが、医師看護師不足が特に地方で顕著である。また地方では人手が足りないにもかかわらず医療従事者の失業率も高い。WHOの統計では、2004年時点で医師93,862人(人口千人当たり1.14人)、看護師352,398人(人口千人当たり4.26人)であり、人口当たりでは日本の約半分。

a 運営主体、財源

医療保険制度は1995年2月、前述のSSS、GSIS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SSSやGSIS同様、政府管轄下の機関であ

る⁴⁾。

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、2007年で保険料収入23,726,746,649ペソ⁵⁾（約605億4,286万円）、給付費18,450,891,889ペソ（約470億8,061万円）であり、現在のところ良好な経営状況である。

b 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、選挙期間だったこともあり、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）となっていた。これは加入者の更新が十分になされなかったことなどによると考えられている。その後、議会決定による各自治体からの予算措置により、推定カバー率が再度上昇し、2008年に約68.67百万人（人口の約76%）、2009年6月現在は約81百万人（人口の約90%）まで到達した（表2-00）。

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4-9-3〉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）

c 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。

d 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。

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

■ 4) 根拠は、共和国法第7875号（National Health Insurance Act of 1995, Republic Act No.7875）

■ 5) Philippine Health Insurance Corporation Annual Report 2007より。

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。

〈表4-9-4〉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。

3 公衆衛生施策

(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4-9-5〉ASEAN諸国の保健指標比較

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)			5歳未満児死亡率 (千出生対)		
	調査年	1990	2000		2006	2005	1990	2000	2006	1990
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い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4-9-6〉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
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2-00 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2004年死亡率31.0(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。

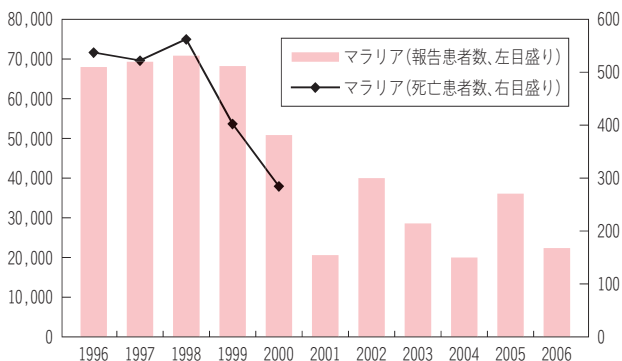
(c) マラリア（寄生虫）：「図4-9-8 フィリピンにおけるマラリア感染状況」のとおり、2000年頃から大幅な減少をみせ、現在においては、国家的に重要な疾患ではなくなったものの、ミンダナオ、パラワン、北部ルソン等の地域においては、発生が多い。また、土壌媒介性寄生虫（鞭虫、回虫等）は小児の貧血、栄養不良、発達遅延の原因となるが、未だに多くが罹患しているとされる。

〈表4-9-7〉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 2007年	799 500	320 197	62 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4-9-8〉フィリピンにおけるマラリア感染状況



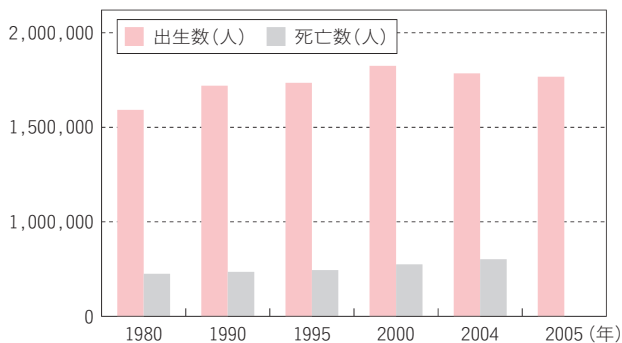
資料出所 「World Health Statistics 2009」より作成

d 人口

「図4-9-9 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⁶⁾）

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4-9-10 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、2010年第一四半期時点における人口推計は約9,330万人である⁷⁾。

〈図4-9-9〉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4-9-10〉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、福祉問題については社会福祉開発省を中心に、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⁸⁾）設置されている。

また、全国のパランガイ⁹⁾には、助産師（midwife）

6) 2008年4月16日発表（<http://www.census.gov.ph/data/pressrelease/2008/pr0830tx.html>）

7) 出典 “National Accounts of the Philippines(1st quarter 2010)” (National Statistical Coordination Board)

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。

保健省の予算は2008年から急増しており、(2007年 : 11,398,771,000ペソ、2008年 : 18,912,010,000ペソ) 2009年には23,666,655,000ペソとそれまでの10年間に比べ2倍に増えている。

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るとともに、GNPの3%程度を占めている。

〈表4-9-11〉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)⁹⁾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⁹⁾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⁹⁾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¹⁰⁾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4-9-12〉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

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、WHOの統計によると2004年時点で医師93,862人 (人口千人当たり1.14人)、看護師352,398人 (人口千人当たり4.26人)で

■ 8) 「2008 Philippine statistical yearbook」による。

■ 9) 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。

■ 10) 厚生労働省平成18年度医療施設調査による。

あり、日本の半分ほどしか居ない。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。

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 社会福祉施策

(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。

2010年2月に拡大高齢者法（Expanded Senior Citizens Act of 2010, 共和国法第9994号）が承認され、60歳以上の高齢者へのサービスが拡大されることが決定し、同法は同年7月6日に施行開始された。

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、全世界の人口の10%は何らかの障害を有しているといわれている。

フィリピンにおいては、障害者に関して、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-gay 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 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（医療保険制度の拡充、効果的な予算の活用）
- イ 規制（質の確保、市場メカニズムの活用による必須医薬品の低価格化）
- ウ 保健医療サービス（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による最低限の医療サービスへのアクセス改善）
- エ ガバナンス（医療人材育成、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)についても格差が見られる。