

第4節 フィリピン共和国（Republic of the Philippines）

社会保障施策

2018年のGDP成長率は6.2%と高成長率を維持している一方で、貧困率（1日100円程度で暮らす人の割合）は21.6%と所得格差は極めて大きく、公的年金制度や公的医療保険の支払い体制も充分ではない。

2019年2月には国民皆保険制度の導入等を目的とした「ユニバーサル・ヘルス・ケア法」が成立、同年10月に施行規則が策定され、今後の動向が注目される。

1 概要

年金や医療保険等の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

(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）、後者は公務員保険機構（Government Service Insurance System。以下、GSIS）が運営している。SSSは政府管轄下の機関であり、退職年金、死亡年金、障害年金といった年金給付サービスのほか、加

表 5-4-15 年金制度

名称	SSS	GSIS	
根拠法	共和国法第11199号 (Social Security Act of 2018, Republic Act No. 11199)	共和国法第8291号 (The Government Service Insurance System Act of 1997, Republic Act No.8291)	
制度体系	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。		
運営主体	SSS	GSIS	
被保険者資格	60歳以下の全ての民間労働者及びその使用者、月2,000ペソ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2,000ペソ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、SSSへの加入が義務付けられている。また、法改正により外国で働くフィリピン人も強制加入となった。なお、①離職した加入者、②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。	全ての公務員（国、地方）	
年金受給要件	支給開始年齢	鉱山労働者は50歳、それ以外は60歳	15年以上政府に勤務した加入者が、60歳に達したとき
	最低加入期間	120か月	15年
	その他	退職し、就業していないこと。（65歳以上であれば就業の有無は問わない。）	—
給付水準	給付月額は、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750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を扶養している場合には、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）が給付される。 物価スライドはないが、上記に加え、2017年1月以降一律月1,000ペソが加算給付されている。	給付月額:0.025×（平均報酬月額+700ペソ）×保険料支払期間（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。平均報酬月額は引退前36か月で算出。） 退職者は以下2つの支給方法から一方を選択する。 ①年金5年分の一括支給、5年経過後に月額支給開始 ②年金18か月分の現金支給、直後から月額支給開始	
繰上（早期）支給制度	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、使用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。	—	
年金受給中の就労	—	—	

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

（社会保障施策）
フィリピン

シンガポール

タイ

定例報告

[2019年の海外情勢]

中国	財源	保険料	標準報酬月額（上限20,000ペソ）の12.0%（使用者8.0%、被用者4.0%）	標準報酬月額の21%（使用者12%、被用者9%）	
		国庫負担	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。		
韓国	障害給付	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、所定の期間中（注）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。永久的な全面労働不能（permanent total disability）は、生涯年金となり、永久的な一部労働不能（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。給付月額は保険料支払期間により決定し、最低給付額は①保険料支払期間が10年未満の場合1,000ペソ②10年以上20年未満の場合1,200ペソ③20年以上の場合2,400ペソである。 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%（最低額月250ペソ）が給付される。		給付対象者は、GSIS加入者のうち、障害発生時点で政府に勤務している者、及び一定の保険料支払期間（累計180か月以上、または障害発生前5年間で36か月以上）のある離職者が対象となる。給付は障害の程度に応じて以下①～③のとおり。 ①永久的な全面労働不能（permanent total disability） 老齢年金と同額の年金（月）額が生涯にわたって支給される。障害発生時点で政府に勤務しており、保険料支払期間が180か月以上ある場合には、給付月額×18が現金にて追加支給される。なお、3年以上従事し離職した者で、保険料支払期間が180か月に満たない場合は、保険料支払期間に応じて12,000ペソ以上の現金給付のみとなる。 ②永久的な一部労働不能（permanent partial disability） 給付対象と認定された無給休暇日数×年金（月）額の1/30が給付される。 ③一時的な全面労働不能（temporary total disability） 給付期間は1年で120日（240日まで延長可能）を上限に、給付対象と認定された無給休暇日数×日給の75%が給付される（日額は下限70ペソ、上限340ペソ）。	
		その他の給付（障害、遺族等）	死亡（遺族）給付	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歳未満の未婚の子で、給付月額は、配偶者に対し加入者の死亡時の年金基本月額額の50%が、子には5人までを限度として、1人当たり同10%が給付される。	
インドネシア	その他	【出産休暇手当】 所定の期間中（注）3か月以上の保険料を支払った加入者が出産した場合、本人に対して給付が行われる。 給付額は、標準報酬日額（標準報酬月額の1/30）と等しい額が105日分支給される。	【離職手当】 60歳になる前に離職した者は、勤続年数に応じて以下のとおり退職手当が支給される。 勤続年数が3年以上15年未満：60歳になるまで1年につき平均報酬月額（退職前3年で計算）と同額が支給される。 勤続期間が15年以上：離職にあたって0.025×（平均報酬月額+700ペソ）×勤続年数×18の一括給付金が支給され、60歳から年金が支給される。		
マレーシア		【疾病手当】 疾病・損傷により働けず、4日以上入院又は自宅療養している者について、保険料を所定の期間中（注）3か月以上支払っており、会社の有給病欠休暇をすべて使用している場合、平均報酬日額（直近12か月中金額の高い6か月より算出）の90%が年間最大120日支給される。（同一の疾病・損傷では最大240日まで。症状が240日を超過する場合は障害給付の申請とみなされる。） 以上の他、葬儀給付がある。	【失業給付】 加入期間が1年以上の者が組織再編等によって解雇された場合、平均月額報酬の50%が勤続年数に応じて2～6か月間支給される。 以上の他、強制加入の生命保険や葬儀給付がある。		
ミャンマー	実績	受給者数	2018年1月～12月の受給者数は被用者：3,627,682人（退職：1,500,986人、死亡：1,012,435人、障害：136,683人、出産：326,313人、疾病：428,296人、葬儀：174,456人）、雇用者報酬：44,761人。	2019年1月～9月：計497,184人（老齢年金：352,074人、遺族給付：132,984人、雇用者報酬障害給付：1,594人、雇用者報酬遺族給付：10,532人）	
フィリピン		支給総額	2018年：約1,801億ペソ	約1,044億ペソ（2018年）	
シンガポール		基金運用状況	2018年の総収入約2,126億ペソに対し、総支出約1,899億ペソと黒字となっている。	2018年の総収入約3,482億ペソに対し、総支出約2,842億ペソと黒字となっている。	

注) 発生時点の四半期末（3,6,9,12月）から6か月前を基準とし、
障害給付は当該基準までに36か月以上、出産給付及び疾病給付は当該基準直前の12か月中3か月以上の保険料支払期間が必要となる。

タイ

入者に対し、傷病等による休業給付サービス、GSISと共通の労災補償プログラム、失業保険（2019年8月より給付開始）¹⁾、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。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いる。

なお、2019年2月に成立した共和国法第11199号（2018年社会保障法）では、保険料率及び標準報酬月額の上限・下限を段階的に引き上げることとされた。

(2) 医療保険制度

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。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。以下、「フィルヘルス」という。）であり、一元的に国民健康保険プログラム（National Health Insurance Program、以下「NHIP」）を実施し、全国民を公的医療保険でカバーすることを目指している。フィルヘルスもSSSやGSIS同様、政府管轄下の機関となっている。

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。また、2012年に成立した共和国法第10351号（通称Sin Tax Law（悪行税法））による酒・たばこ税の税率の改定により増加した税収の一部も貧困層のNHIPの保険料に充てられている。

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。2011年9月からはケース払い方式が導入され、特定の疾病や特定の手術・治療に対しては、入院室料・給食費、医薬品費、医療材料費、医師の技術料も含め、予め定められた一定の金額（ケースレート）がフィルヘルスから償還されている。

なお、2019年2月に成立したユニバーサル・ヘルス・ケア法（共和国法11223号）では、全国民が自動的に公的医療制度によってカバーされ、貧困層など保険料を支払っていない者も基本的な治療等を差額請求なしで受け取ることが可能となる予定である（詳細は5参照）。

表 5-4-16 医療制度

概要	フィリピン健康保険公社（フィルヘルス）により全国規模の公的医療保険が運営されており、フィリピン政府はすべての国民をフィルヘルスの被保険者とすることを目指している。公的医療機関及び民間医療機関（フィルヘルスの指定医療機関のみ）ともフィルヘルスが提供する公的医療保険の対象であるが、フィルヘルスの診療報酬は医療機関が患者に請求する価格のすべてをカバーするものではない。また、フィルヘルスの給付は入院給付が中心となっている。	
名称	フィルヘルス（Philhealth）	
根拠法	共和国法第7875号（National Health Insurance Act of 1995, Republic Act No.7875）	
運営主体	フィリピン健康保険公社（Philippine Health Insurance Corporation: PHIC）	
被保険者資格	全国民	
給付対象	本人及びその被扶養者（配偶者、就業しておらず未婚の21歳未満の子、保険未加入の60歳以上の親）	
給付の種類	入院給付（包括払い：ケースレート、出来高払い） 高額療養費制度 外来給付	
本人負担割合等	包括払いが規定されている疾患に関しては、規定額を超えた部分に関して自己負担となる。また、包括払いの対象とならない場合には、各医療行為毎の規定額を超えた部分に関して自己負担となる。	
財源	保険料	保険料は収入の2.75%（労使折半）となっている。（2019年1月時点）
	政府負担	先住民の保険料は政府負担、低所得者の保険料は地方自治体等が負担している。
実績	加入者数	1億46万人（うち被保険者5,380万人、被扶養者5,067万人）（カバー率98%）（2018年）
	支払総額	1,210億ペソ（2018年）

■1) 労災補償プログラムについては労働施策3（5）、失業保険については労働施策2（9）参照。

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

（社会保障施策）
フィリピン

シンガポール

タイ

3 公衆衛生施策

(1) 現状

イ 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い。

表 5-4-17 ASEAN 諸国の保健指標比較

	平均寿命 (歳)		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)		
	2000	2016	1990	2000	2015	1990	2000	2017	1990	2000	2017
マレーシア	72.5	75.3	79	58	40	14.3	8.7	6.7	16.6	10.2	7.9
タイ	70.6	75.5	40	25	20	30.2	18.6	8.2	36.9	21.8	9.5
フィリピン	66.9	69.3	152	124	114	40.5	29.4	22.2	57.6	38.7	28.1
インドネシア	66.1	69.3	446	265	126	61.8	40.9	21.4	84.0	52.1	25.4
ベトナム	73.3	76.3	139	81	54	37	23.4	16.7	51.5	29.7	20.9
日本	81.3	84.2	14	10	5	4.6	3.3	1.9	6.3	4.5	2.6

(資料出所) WHO "Global Health Observatory (GHO) data"

ロ 死因

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 5-4-18 10大死因

死亡原因 (人口10万対)		
	2016年	日本 (2016年)
1. 虚血性心疾患	126.1	(注)
2. 悪性新生物	70.0	298.3 (1位)
3. 肺炎	56.3	95.4 (3位)
4. 脳血管疾患	54.9	87.4 (4位)
5. 高血圧症	43.9	-
6. 糖尿病	31.7	-
7. その他の心疾患	25.1	(注)
8. 結核 (呼吸器)	25.0	-
9. 慢性下気道感染症	15.4	-
10. 暴行	10.2	-

資料出所: 「2018 Philippine Statistical Yearbook」及び「平成28年厚生労働省人口動態調査」より作成

注: 日本は合わせて「心疾患」として計上されている。死亡率は158.4 (2位)。

ハ 持続可能な開発目標 (SDGs)

国際連合が2030年までの国際的な目標を定めた「持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs)」²の達成が「フィリピン保健アジェンダ2016-2022」³の目指すゴールの1つとされている。

5歳未満の死亡率や乳幼児死亡率は近年改善傾向にあるものの、依然として高い水準にある。また、感染症分野では、結核の有病者数が高止まりしており、WHOが定める高蔓延国のひとつとなっている。

表 5-4-19 持続可能な開発目標 (SDGs) (暫定版、2018年4月時点)

目標3.2 (新生児・5歳未満の死亡率引き下げ)

	基準	目標
	(基準年)	(目標年)
5歳未満児の死亡率 指標3.2.1	27.0 (2017)	25.0 (2030)
新生児死亡率 指標3.2.2	14.0 (2017)	12.0 (2030)

資料出所: フィリピン統計機構 (PNA)

目標3.3 (HIV/エイズ、結核、マラリア等の根絶)

		基準	目標
		(基準年)	(目標年)
HIV/エイズ	年間新規有病者数 指標3.3.1.p1	9,264 (2016)	0.0 (2030)
結核	有病者数 (人口10万人対) 指標3.3.2	434.0 (2016)	0.0 (2030)
マラリア	有病率 (人口1,000人対) 指標3.3.3	6.50 (2016)	0.0 (2030)

資料出所: フィリピン統計機構 (PNA)

<https://psa.gov.ph/sdg>

ニ 人口上昇及び抑制施策

2018年現在の人口は108,274,300人 (国家統計局発表⁴)で、人口増加率は、1.72%と、ASEAN 地域においても人口増加率の高い国のひとつとなっている。2016年の出生数は、1,731,289人である。

急激な人口増加に対処するため、2012年末に緊急法案にされ、議会の承認及び大統領の署名を経て成立した「親としての責任とリプロダクティブ・ヘルスに関する法律 (Responsible Parenthood and Reproductive Health Act of 2012)」が2013年1月に施行、3月に施行

■2) 2015年9月の国連サミットにて採択され、17のゴール、169のターゲットからなる。

■3) フィリピン保健省ホームページ
https://www.doh.gov.ph/philippine_health_agenda

■4) 「2017 Philippine Statistical Yearbook」による。

細則が制定された（同年3月に最高裁判所が本法律の合憲性を検討するために120日間の執行停止命令を出し、2014年4月に施行を承認）。同法律は避妊を選択する権利の保障、母体の保護等を定めており、順次法律に基づいた施策が導入されている。同法律はドゥテルテ新政権でも取組を強化するとされており、保健省において避妊具の配布などの普及啓発を行っている。2016年12月現在、現代的避妊法の普及率は45%である⁵⁾。

(2) 保健サービスの内容・組織・財源

イ 行政組織等

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2,591か所（2018年）設置されている。

また、全国のバラングイ⁶⁾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2017年現在20,241か所設置されており、1995年から1.5倍以上増加している⁷⁾。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。

保健省の予算は酒・たばこ等に対する課税強化後に2017年度952.7億ペソ、2018年度は1,061億ペソと一時増加していたが、2019年度は976億ペソと減少しており、ユニバーサル・ヘルス・ケア法（2019年2月成立）に基づく施策の財源が不足しているため、今後さらなる酒・たばこ等に対する増税や保険料の増額が見込まれている。

なお、バンサモロ・ムスリム自治政府地域（BARMM）については、バンサモロ暫定自治政府（BTA）が中央政府から独立して保健医療行政を行っている。

2017年の医療費は1人あたり6,791ペソであり、約3割程度が公費によりまかなわれている。

表 5-4-20 医療費の財源割合（2014年）

機関等		割合 (%)
政府		17.3
	中央政府	10.6
	地方政府	6.7
社会保険		14.2
	健康保険	14.2
私費		67.5
	個人支出	55.8
	民間保険	1.7
	健康維持機構（HMOs）	6.9
	使用者	2.2
	私立学校	0.9
その他		0.9
合計		100

資料出所：「2018 Philippines Statistical Yearbook」より作成

ロ 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。

全国の主要都市に70か所の国立病院（National Hospital, Retained Hospital）があり、保健省が直接管理している。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。公的病院は476施設である。

また、公立の施設として、市町村の保健所及びバラングイ保健支所がそれぞれ2,598施設及び20,241施設整備されており、前述のとおり一定の医療行為を行っている。原則として、保健所については町が、バラングイ保健支所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。

■5) 「DOH Annual Report 2016」による。

■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、ひとつの人口数千人数度。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。

■7) 「2017 Philippine Statistical Yearbook」による。

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン
(社会保障施策)

シンガポール

タイ

中国

その他、民間保健医療機関には、病院960施設と診療所312施設がある。(施設数は2017年現在)

なお、公私立合わせて人口1万人当たりの病床数は2014年現在、9.9床⁸⁾(2015年現在、日本の人口1万人当たり病院病床数は123.2床⁹⁾)である。

韓国

八 医療従事者

2014年時点で、医師は人口千人当たり1.2人、看護師は7.6人である。なお、年間の国家試験合格者数(2016年)は、医師3,382人、歯科医師965人、看護師13,019人、となっている。

また、公的部門に所属する主な医療従事者の人数は、2016年時点で医師3,177人、歯科医師1,953人、看護師6,009人、助産師1万7,200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。フィリピン海外雇用庁(POEA)によると、2012年から2016年の5年間で約9万人のフィリピン人看護師が、より高額報酬を求めるとして海外に流出している。このような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。

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

(社会保障施策)
フィリピン

シンガポール

タイ

4 社会福祉施策

(1) 概観

主に社会福祉開発省(DSWD)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・支援を行っている。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、子ども、老人、障害者等の社会的弱者への対応も実施している。

(2) 高齢者福祉施策

2004年2月に制定された高齢者法により、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が実施されている。また、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無料の入所施設が設置されている。

なお、保健省において高齢者を対象に肺炎球菌、インフルエンザウイルスの無料予防接種を実施している。

(3) 障害者福祉施策

2010年の国勢調査によれば、フィリピンの障害者人口は1,442,586人で全人口の1.57%となっているが、実際はそれ以上と言われている。WHOの推計では5~10%であり、そのうち3分の2が地方に居住している。障害者の権利は、1992年公布の共和国法第7277号(通称「障害者のマグナカルタ」)や1984年発効のBatas Pambansa Bilang 344(通称、「アクセス法」)によって保証されている。

(4) 児童福祉施策

イ 児童保育・教育

法律により、全てのバラングイは、両親が働いており、

■8) 「2017 Philippine Statistical Yearbook」による。

■9) 厚生労働省平成27年医療施設調査による。

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、6歳児未満を対象としたECCD（Early childhood care and development）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、特に貧困層にある児童の保育と初等教育への橋渡し¹⁰を目指している。2019年の時点で54,116のECCD施設があり、177万人の児童が入所している。同プログラム下では休み時間に軽食を支給する補助給食（Supplementary Feeding Program）が実施されており、2018年度は11月時点で52,949の保育所で1,543,903人が支給を受けている。また、2018年6月に成立した法律では、政府の定める栄養基準を超えた補助給食の支給を年間最低120日間実施することが定められた。

□ 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、扶養者と児童のマッチングや扶養に先立つ準備等の支援、施設保護等が行われている。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。

(5) 条件付き現金給付（CCT）

社会福祉開発省は、貧困削減に向けた包括的な支援に取り組むために、子どものワクチン接種や就学¹¹、妊婦の保健検診などを条件に、定額の手当てを貧困世帯向け

に給付する、条件付き現金給付（Conditional Cash Transfer: CCT¹²）を実施している。CCTはドゥテルテ政権経済政策10項目に盛り込まれ、2017年からは新たに米の購入補助が加えられた。

事業は全国の主要都市をカバーしており、対象となる世帯は貧困削減のための国民の家計ターゲットシステム（NHTS-PR¹³）を介して、約517万の貧困世帯（2016年末時点）のデータベースから、妊婦や0歳～14歳の子を持つ世帯が選択される。給付の種類として①健康面の補助として月500ペソ、②教育補助¹⁴として1学年度あたり、小学生に3,000ペソ、中学生に10,000ペソ、③米の購入補助として月600ペソがある。世帯における最年少の子どもが中学校を卒業するか、学校の新年度前に19歳となるまで受給することができる。世界銀行、アジア開発銀行、AusAIDの支援を受け実施した事業評価によると、学校への出席率の向上、健康増進、妊婦ケアの向上などが認められている。

2018年10月時点で約395万世帯がCCTを受給している¹⁵。

5 最近の動き・今後の課題……………

政府はユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現に向けて、全国民を公的医療保険でカバーすることを目的に「国民健康保険プログラム（National Health Insurance Program）」を推進している。政府管轄下の機関であるフィルヘルスが医療保険の運営を行っており、2018年時点で98%の国民がフィルヘルスに加入している。フィルヘルスの取組により、健康保険加入率は大幅に向上しているものの、給付の対象となる医療行為や疾患に限られていること、給付額が少なく、それを超える部分の差額請求の規制も部分的にしか存在しないため、自己負担が大きいことが課題として挙げられていた。

このような状況のなか、2019年2月20日に大統領の署名により「ユニバーサル・ヘルス・ケア法（共和国法11223号）」が成立し、同年10月に施行規則が策定され

■ 10) 教育制度は小学校（6年）、中学校（4年）高校（2年）に加え、6歳児を対象とした初等教育（1年）がある。
 ■ 11) 学校への出席率が月85%以上。
 ■ 12) “Pantawid Pamilyang Pilipino Program (4Ps)”とも呼ばれている。また、通常のCCTの他、ホームレス家族や孤立・条件不利地域の先住民、災害被害者などを対象としたMCCT（Modified Conditional Cash Transfer）がある。
 ■ 13) “Listahanan”とも呼ばれている。
 ■ 14) 1世帯あたり3人が上限。
 ■ 15) MCCTの受給数は約23万世帯。

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

（社会
保障
施策）
フィリピン

シンガポール

タイ

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

(社会保障施策)
フィリピン

シンガポール

タイ

た。施行後は、全国民が自動的に公的医療制度によってカバーされ、貧困層など保険料を支払っていない者も基本的な治療等を差額請求なしで受けることが可能となる。また、保険適用範囲が拡大するだけでなく、政府として医師患者比率の改善や病院機能の改善などにも取り組むこととしているが、初年度となる2019年だけでも2,570億ペソ、2024年までに1兆5,000億ペソの資金が必要とされており、完全な実現には数年を要するとされている。これらの資金確保のため酒・たばこ等に対する増税や保険料の増税が見込まれている。なお、2020年には保険料負担率が2019年時点の2.75%から3.00%に、適用される収入の上限額は5万ペソから6万ペソにそれぞれ引き上げられる。その後も、2024年まで1年ごとに、負担率は0.5%、上限額は1万ペソずつ引き上げが行われる。

資料出所

- 保健省 (Department of Health (DOH))
<https://www.doh.gov.ph/>
・2015, 2016, 2017DOH Annual Report
- フィリピン統計機構 (Philippine Statistics Authority)
<https://psa.gov.ph/>
・2015, 2017 Philippine Statistical Yearbook
- 専門職規制委員会
(Professional Regulation Commission (PRC))
<http://www.prc.gov.ph/>
- 厚生労働省「平成28年厚生労働省人口動態調査」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei16/index.html>