

No. C02

# 国別医療協力ファイル フィリピン

平成9年3月

JICA LIBRARY



J 1141488 (5)

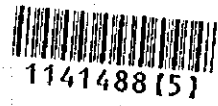
国際協力事業団  
医療協力部

|       |
|-------|
| 医 計   |
| J R   |
| 97-06 |

# 国別医療協力ファイル フィリピン

平成9年3月

国際協力事業団  
医療協力部



1141488 (5)

# 目次

|                      |    |
|----------------------|----|
| 1 国別概況               | 1  |
| 1.1 一般概況             | 1  |
| 1.2 一般行政             | 12 |
| 1.2.1 中央行政           | 12 |
| 1.2.2 地方行政           | 14 |
| 1.3 国家開発計画の概要        | 16 |
| 2 衛生行政               | 21 |
| 2.1 中央衛生行政と保健医療計画    | 21 |
| 2.1.1 中央衛生行政機構       | 21 |
| 2.1.2 中央保健医療計画       | 22 |
| 2.1.3 中央保健医療セクターの財政  | 25 |
| 2.2 地方衛生行政と保健医療計画    | 28 |
| 2.2.1 地方衛生行政機構       | 28 |
| 2.2.2 地方保健医療計画・予算    | 30 |
| 3 人口                 | 33 |
| 3.1 総人口・人口増加率・年齢別人口  | 33 |
| 3.2 地域別人口分布          | 34 |
| 3.3 出生率              | 36 |
| 3.4 死亡率              | 37 |
| 4 疾病・死亡              | 41 |
| 4.1 総論               | 41 |
| 4.2 死亡とその原因          | 41 |
| 4.3 疾病構造             | 43 |
| 4.3.1 乳幼児・子供の主な疾病・原因 | 43 |
| 4.3.2 女性の疾病・原因       | 45 |
| 4.3.3 成人・高齢者の疾患      | 46 |
| 4.4 感染症              | 47 |
| 4.4.1 予防接種で予防可能な感染症  | 47 |
| 4.4.2 下痢症疾患          | 49 |
| 4.4.3 急性呼吸器感染症       | 50 |
| 4.4.4 結核             | 50 |
| 4.4.5 ハンセン病          | 51 |

|          |                            |           |
|----------|----------------------------|-----------|
| 4.4.6    | マラリア                       | 52        |
| 4.4.7    | その他の寄生虫疾患                  | 54        |
| 4.4.8    | エイズ                        | 55        |
| 4.4.9    | その他の感染症                    | 56        |
| 4.5      | 非感染症                       | 57        |
| 4.5.1    | 栄養失調                       | 57        |
| 4.5.2    | 慢性病・成人病                    | 58        |
| 4.5.3    | 精神障害                       | 59        |
| 4.5.4    | 傷害・事故                      | 61        |
| <b>5</b> | <b>保健対策活動</b>              | <b>63</b> |
| 5.1      | 総論                         | 63        |
| 5.2      | プライマリー・ヘルス・ケア              | 63        |
| 5.3      | 予防接種対策(EPI)                | 64        |
| 5.3.1    | 現状と目標                      | 64        |
| 5.4      | 栄養                         | 66        |
| 5.5      | 母子保健                       | 67        |
| 5.6      | 家族計画                       | 70        |
| 5.7      | マラリア対策                     | 74        |
| 5.8      | エイズ対策                      | 76        |
| 5.9      | 下痢症対策                      | 81        |
| 5.10     | その他の感染症                    | 82        |
| 5.10.1   | 結核                         | 82        |
| 5.10.2   | 住血吸虫症                      | 83        |
| 5.10.3   | ハンセン病                      | 83        |
| 5.10.4   | デング熱                       | 84        |
| 5.10.5   | フィラリア                      | 84        |
| 5.10.6   | 狂犬病                        | 85        |
| 5.11     | その他の対策                     | 85        |
| 5.11.1   | 心臓血管系疾患                    | 85        |
| 5.11.2   | 痛                          | 85        |
| 5.11.3   | 失明                         | 86        |
| 5.11.4   | 地域リハビリテーション・プログラム          | 86        |
| <b>6</b> | <b>保健医療サービス供給システム</b>      | <b>89</b> |
| 6.1      | 保健医療施設                     | 89        |
| 6.1.1    | 公共医療部門                     | 91        |
| 6.1.2    | 民間医療部門およびミッション系・NGO 関連医療部門 | 94        |
| 6.1.3    | 主な病院                       | 95        |

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| 6.2 医薬品・医療機器・衛生材料.....            | 96         |
| 6.2.1 医薬品の製造.....                 | 96         |
| 6.2.2 医薬品政策.....                  | 97         |
| 6.2.3 公共部門における医薬品供給と課題.....       | 99         |
| 6.2.4 民間部門における医薬品供給と課題.....       | 99         |
| 6.2.5 病院内の薬局.....                 | 100        |
| 6.3 保健医療サービスの利用.....              | 101        |
| 6.3.1 住民側からみた利用の状況.....           | 101        |
| 6.3.2 公共および民間医療施設の利用.....         | 102        |
| 6.3.3 伝統医療.....                   | 103        |
| 6.4 医療情報システム.....                 | 105        |
| 6.4.1 医療情報システムの現状と問題点.....        | 105        |
| 6.5 医療保険制度.....                   | 106        |
| 6.6 救急医療システム.....                 | 109        |
| 6.7 試験研究機関.....                   | 110        |
| <b>7 医療従事者と医学研修.....</b>          | <b>113</b> |
| 7.1 各種医療従事者の状況.....               | 113        |
| 7.2 医療従事者の養成制度と養成機関.....          | 114        |
| 7.2.1 養成制度.....                   | 114        |
| 7.2.2 医療従事者の養成機関.....             | 115        |
| <b>8 環境衛生・労働衛生.....</b>           | <b>117</b> |
| 8.1 環境衛生.....                     | 117        |
| 8.1.1 飲料水.....                    | 118        |
| 8.1.2 衛生施設.....                   | 119        |
| 8.1.3 住宅環境.....                   | 121        |
| 8.1.4 公害.....                     | 122        |
| 8.1.5 労働衛生.....                   | 123        |
| <b>9 保健医療協力.....</b>              | <b>129</b> |
| 9.1 協力要請の仕組み.....                 | 129        |
| 9.2 国際機関、わが国を除く諸外国、NGO の協力動向..... | 130        |
| 9.2.1 国際機関.....                   | 133        |
| 9.2.2 わが国を除く二国間援助.....            | 137        |
| 9.2.3 NGO.....                    | 139        |
| 9.3 わが国の協力状況.....                 | 144        |
| 9.3.1 有償資金協力.....                 | 145        |
| 9.3.2 無償資金協力.....                 | 145        |



## 目次

|        |                                    |     |
|--------|------------------------------------|-----|
| 図 1-1  | マニラにおける降水量・年平均気温(フィリピン).....       | 4   |
| 図 1-2  | 民族分布図.....                         | 8   |
| 図 1-3  | 国家行政組織図(1995年7月現在).....            | 13  |
| 図 1-4  | 地方行政機構.....                        | 14  |
| 図 2-1  | 保健省の組織図(1996年9月現在).....            | 22  |
| 図 2-2  | 保健予算の推移.....                       | 26  |
| 図 2-3  | 保健省予算の主な目的別内訳(1995年).....          | 26  |
| 図 2-4  | 保健省予算財源別(1995年).....               | 28  |
| 図 2-5  | 地方衛生行政機構.....                      | 30  |
| 図 3-1  | 性別・年齢層別人口分布(1980、90年).....         | 34  |
| 図 3-2  | フィリピンの地方別地図.....                   | 35  |
| 図 3-3  | 人口関連の全国調査から推定される合計特殊出生率.....       | 37  |
| 図 4-1  | 感染症、心臓病、癌による死亡率の推移(1950~90年).....  | 42  |
| 図 4-2  | 乳児の主な疾病.....                       | 44  |
| 図 4-3  | 5歳未満児の主な死因.....                    | 45  |
| 図 4-4  | 5歳未満児の主な疾病.....                    | 45  |
| 図 4-5  | EPI関連疾患の症例数、予防接種率の推移.....          | 48  |
| 図 4-6  | 月別コレラ症例数.....                      | 50  |
| 図 4-7  | 結核の罹患数と死亡数の推移.....                 | 51  |
| 図 4-8  | ハンセン病有病率・患者発見率の推移.....             | 52  |
| 図 4-9  | フィリピンにおける年間マラリア発生率の推移.....         | 53  |
| 図 4-10 | マラリア流行の地理的分布.....                  | 53  |
| 図 4-11 | 住血吸虫症の症例数と罹患率(人口10万対)の推移.....      | 51  |
| 図 5-1  | 避妊普及率の推移.....                      | 72  |
| 図 5-2  | マラリア対策の保守・運営費の目的別支出割合(1995年度)..... | 75  |
| 図 5-3  | エイズ対策計画の組織体制.....                  | 78  |
| 図 6-1  | フィリピンの政府系および民間の病院数と病床数の年次推移.....   | 90  |
| 図 6-2  | 保健サービスへの支出額.....                   | 101 |
| 図 6-3  | 世帯の所得と利用する医療施設の関係.....             | 103 |
| 図 6-4  | 一般的なハーブの知識と使用の割合.....              | 104 |
| 図 9-1  | フィリピンにおける援助要請のための国内手続き.....        | 129 |
| 図 9-2  | フィリピンにおける援助要請のための国内手続き.....        | 130 |



## 表目次

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 表 1-1  | フィリピンの主な保健指標.....                               | 1  |
| 表 1-2  | フィリピン概況.....                                    | 2  |
| 表 1-3  | フィリピン略年表.....                                   | 3  |
| 表 1-4  | 主要経済指標の推移.....                                  | 7  |
| 表 1-5  | 教育概況.....                                       | 9  |
| 表 1-6  | 女性指数.....                                       | 10 |
| 表 1-7  | 男女別就学率(%).....                                  | 10 |
| 表 1-8  | 成人の識字率(%).....                                  | 10 |
| 表 1-9  | 家計所得の所得階層別分布.....                               | 11 |
| 表 1-10 | 絶対的貧困の割合.....                                   | 11 |
| 表 1-11 | 人材開発の主要数値目標.....                                | 16 |
| 表 1-12 | 農業・鉱工業分野の主要数値目標.....                            | 16 |
| 表 1-13 | インフラストラクチャー開発の主要数値目標.....                       | 17 |
| 表 2-1  | 保健分野の目標指標.....                                  | 23 |
| 表 2-2  | 国家保健計画における目標.....                               | 24 |
| 表 2-3  | 保健省の予算 (1991~95 年).....                         | 25 |
| 表 2-4  | 保健省の予算 (1,000 ペソ).....                          | 27 |
| 表 3-1  | フィリピンの主な人口関連指標.....                             | 33 |
| 表 3-2  | フィリピンの総人口・人口増加率の推移.....                         | 33 |
| 表 3-3  | フィリピンの都市人口比率および都市人口増加率の推移.....                  | 35 |
| 表 3-4  | 地方別人口・人口増加率・人口密度.....                           | 36 |
| 表 3-5  | 登録された出生数および出生率の推移.....                          | 37 |
| 表 3-6  | 登録された死亡数および死亡率の推移.....                          | 38 |
| 表 3-7  | 地方別の出生率・死亡率.....                                | 38 |
| 表 4-1  | 全国の 10 大死因.....                                 | 42 |
| 表 4-2  | 10 大疾病.....                                     | 43 |
| 表 4-3  | 乳児死亡の 10 大原因.....                               | 44 |
| 表 4-4  | 主な妊産婦死因.....                                    | 46 |
| 表 4-5  | 主要感染症の症例数と死亡数.....                              | 47 |
| 表 4-6  | EPI : 子供のポリオ症例数(人)と予防接種率(%).....                | 48 |
| 表 4-7  | EPI : 子供の麻疹症例数(人)と予防接種率(%).....                 | 49 |
| 表 4-8  | EPI : 子供の百日咳症例数(人)と予防接種率(%).....                | 49 |
| 表 4-9  | EPI : 子供のジフテリア症例数(人)と予防接種率(%).....              | 49 |
| 表 4-10 | EPI : 新生児破傷風症例数(人)と妊婦の破傷風トキソイド接種率(%).....       | 49 |
| 表 4-11 | 報告された HIV 感染者およびエイズ患者の数 (1981~95 年 11 月).....   | 55 |
| 表 4-12 | 報告された HIV/AIDS の感染経路 (1984~95 年 11 月 23 日)..... | 55 |
| 表 4-13 | フィリピンと近隣諸国の栄養指標.....                            | 57 |
| 表 4-14 | フィリピン全国保健調査による特定の慢性疾患の罹患率 (1992 年).....         | 58 |

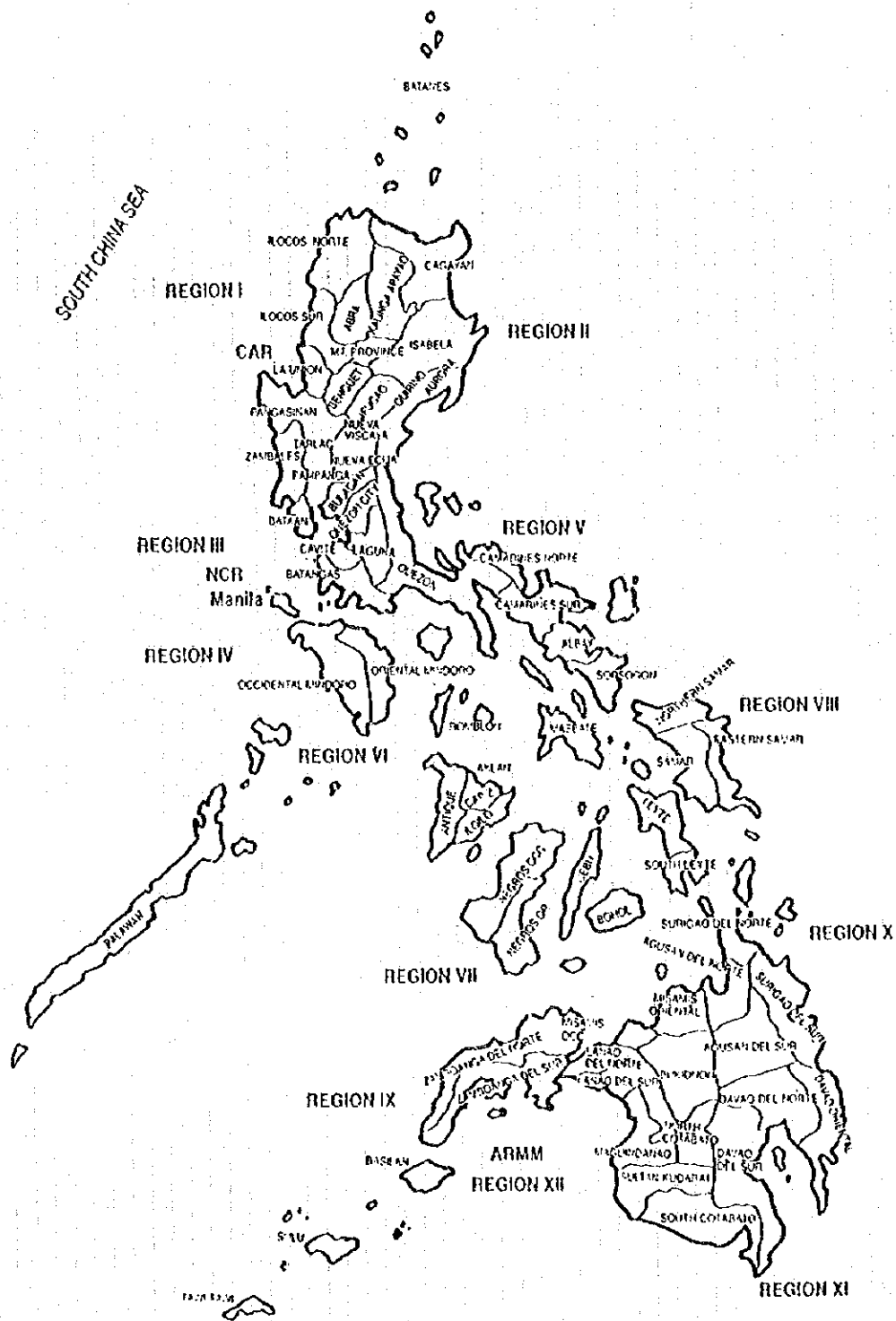
|        |  |     |
|--------|--|-----|
| 表 4-15 | 心臓病・血管系疾患のリスク・ファクターとなる高血圧、高コレステロール血症および喫煙の頻度 | 59  |
| 表 4-16 | フィリピンにおける男女別 10 大痛                           | 59  |
| 表 4-17 | 精神保健サービスを提供している公的病院                          | 60  |
| 表 4-18 | 精神疾患のベースライン・サーベイの結果 (1995 年)                 | 60  |
| 表 4-19 | 事故による死亡の主な原因 (1991 年)                        | 61  |
| 表 5-1  | 予防接種の接種率の推移 (%)                              | 65  |
| 表 5-2  | 妊産婦検診の 12 のコンポーネントと各測定・指導を受けた割合              | 68  |
| 表 5-3  | 分娩の場所と介助者の比率 (%)                             | 68  |
| 表 5-4  | 15~44 歳の既婚女性の避妊普及率                           | 72  |
| 表 5-5  | 方法別避妊普及率                                     | 72  |
| 表 5-6  | 近代的避妊法の供給源                                   | 73  |
| 表 5-7  | 主な家族計画・母子保健プロジェクトと関連保健プロジェクト                 | 74  |
| 表 5-8  | マラリア対策の予算と支出 (1995 年度)                       | 74  |
| 表 5-9  | 政府の HIV/AIDS 対策予算の推移                         | 78  |
| 表 5-10 | エイズ分野における国際機関からの援助                           | 80  |
| 表 5-11 | エイズ分野における二国間・多国間援助機関からの支援                    | 81  |
| 表 5-12 | 住血吸虫症対策の成果 (1987~92 年)                       | 83  |
| 表 6-1  | 政府系および民間の病院数と病床数の年次推移                        | 90  |
| 表 6-2  | 地方別/タイプ別病院数                                  | 91  |
| 表 6-3  | 種類別医療施設数および病床数                               | 93  |
| 表 6-4  | 地方別政府系医療施設の数 (1994 年)                        | 94  |
| 表 6-5  | 民間病院と病床の分布 (1990 年)                          | 95  |
| 表 6-6  | プライマリー・ヘルス・ケア用の医薬品: 67 成分                    | 98  |
| 表 6-7  | 保健サービスへの支出額                                  | 101 |
| 表 6-8  | 施設別の医療費の徴収状況                                 | 102 |
| 表 6-9  | 目的別の医療施設の利用割合 (%)                            | 103 |
| 表 6-10 | 利用した医療施設を選んだ理由 (複数回答, %)                     | 103 |
| 表 6-11 | メディケア・プログラムの補償割合                             | 107 |
| 表 7-1  | 地方別の 1 人当たり医療従事者に対する人口 (1987 年)              | 114 |
| 表 7-2  | 公的医療施設に勤務する医療従事者数(人)                         | 114 |
| 表 8-1  | 世帯の主な飲料水の水源 (1992 年)                         | 118 |
| 表 8-2  | 地方別衛生的なトイレの普及率                               | 120 |
| 表 8-3  | マニラ首都圏における大気汚染の測定結果 (1991 年)                 | 123 |
| 表 8-4  | 応急医療に関する使用者の義務                               | 124 |
| 表 8-5  | 産業別労働災害による負傷数 (1994 年)                       | 125 |
| 表 8-6  | 産業別労働災害による負傷の発生度数 (1994 年)                   | 125 |
| 表 8-7  | 産業別労働災害の度数率および強度率                            | 126 |
| 表 9-1  | 援助主体別 ODA 実績の推移 (百万 US ドル)                   | 131 |
| 表 9-2  | 援助形態別 ODA 実績(百万ドル)                           | 131 |

|        |  |     |
|--------|--|-----|
| 表 9-3  | 分野別 ODA 援助動向 (1991~93 年) (千 US ドル) .....     | 132 |
| 表 9-4  | ODA による保健分野への援助内訳 (1991~93 年) (千 US ドル)..... | 132 |
| 表 9-5  | 保健医療分野への国際機関による援助(百万 US ドル).....             | 133 |
| 表 9-6  | WHO による主な保健医療プロジェクト .....                    | 133 |
| 表 9-7  | UNICEF の保健に対する援助額 (1994~95 年) .....          | 134 |
| 表 9-8  | UNFPA による主な保健医療プロジェクト .....                  | 135 |
| 表 9-9  | アジア開発銀行の保健分野のプロジェクト .....                    | 136 |
| 表 9-10 | 保健医療分野への二国間援助機関による援助 .....                   | 137 |
| 表 9-11 | フィリピンで保健医療分野の活動を行っている DAC 諸国の NGO .....      | 140 |
| 表 9-12 | わが国の ODA 実績 .....                            | 145 |
| 表 9-13 | わが国による上水道整備事業に対する有償資金協力 .....                | 145 |
| 表 9-14 | わが国による保健医療分野における無償資金協力 .....                 | 146 |
| 表 9-15 | 保健医療分野におけるプロジェクト方式技術協力案件 .....               | 146 |

## 略語表

| 略語     |  |
|--------|--|
| AfDB   | アフリカ開発銀行<br>African Development Bank   |
| AsDB   | アジア開発銀行<br>Asian Development Bank  |
| AIDS   | エイズ(後天性免疫不全症候群)<br>Acquired Immunodeficiency Syndrome                          |
| ARI    | 急性呼吸器感染症<br>Acute Respiratory Infection  |
| AusAID | オーストラリア国際開発庁<br>Australian Agency for International Development                |
| BCG    | 結核予防ワクチン<br>Bacille de Calmette-Guerin   |
| BFD    | 食品医薬品局<br>Bureau of Food and Drugs   |
| BHS    | バランガイ・ヘルス・ステーション (村落保健所)<br>Barangay Health Station                            |
| CEC    | 欧州共同体委員会<br>Commission of the European Communities                             |
| CIDA   | カナダ国際開発庁<br>Canadian International Development Agency                          |
| DAC    | 開発援助委員会(OECD)<br>Development Assistance Committee                              |
| DOH    | 保健省<br>Department of Health  |
| DPT    | 三種混合(ジフテリア、百日咳、破傷風)ワクチン<br>Diphtheria, Pertussis, and Tetanus                  |
| EPI    | 予防接種拡大プログラム<br>Expanded Program on Immunization                                |
| FAO    | 国連食糧農業機関<br>Food and Agriculture Organization of the United Nations            |
| GTZ    | ドイツ技術協力庁<br>German Agency for Technical Cooperation                            |
| HIV    | ヒト免疫不全ウイルス<br>Human Immunodeficiency Virus                                     |
| IBRD   | 国際復興開発銀行(通称：世界銀行)<br>The International Bank for Reconstruction and Development |
| IDA    | 国際開発協会(通称：第二世銀)<br>International Development Association                       |
| IEC    | 情報・教育・コミュニケーション(普及)活動<br>Information, Education and Communication              |
| IMF    | 国際通貨基金<br>International Monetary Fund  |
| IUD    | 子宮内避妊具<br>Intrauterine Device  |
| MAI    | 対フィリピン多国間援助構想<br>Multiple Assistance Initiatives                               |
| NEDA   | 国家経済開発庁<br>National Economic and Development                                   |
| NGO    | 非政府機関<br>Non-Government Organization   |
| OECD   | 経済協力開発機構<br>Organization for Economic Cooperation and Development              |

| 略語     |   |
|--------|---|
| ORS    | 経口補水塩<br>Oral Rehydration Salts                               |
| ORT    | 経口補水療法<br>Oral Rehydration Therapy                            |
| OPV    | 経口ポリオワクチン<br>Oral Polio Vaccine                               |
| PHC    | プライマリー・ヘルス・ケア<br>Primary Health Care                          |
| POPCOM | 人口委員会<br>Commission on Population                             |
| RHU    | ルーラル・ヘルス・ユニット<br>Rural Health Unit                            |
| TBA    | 伝統的産婆<br>Traditional Birth Attendant                          |
| UNAIDS | 国連エイズ合同計画<br>Joint United Nations Program on HIV/AIDS         |
| UNDP   | 国連開発計画<br>United Nations Development Plan                     |
| UNFPA  | 国連人口基金<br>United Nations Population Fund                      |
| UNICEF | UNICEF<br>United Nations Children's Fund                      |
| USAID  | 米国国際開発庁<br>United States Agency for International Development |
| WHO    | 世界保健機関<br>World Health Organization                           |



フィリピン全図

# 1 国別概況

## 1.1 一般概況

表 1-1 フィリピンの主な保健指標

|   |                |
|---|----------------|
| GNPに占める保健支出の割合* <sup>1</sup>                      | 1% (1993)      |
| 1人当たりの保健支出* <sup>3</sup>                          | US\$5.0 (1995) |
| 医師1人に対する人口* <sup>4</sup>                          | 8,120 (1990)   |
| 1病床当たりの人口* <sup>4</sup>                           | 935 (1993)     |
| 乳児死亡率(出生千対)* <sup>1</sup>                         | 44 (1994)      |
| 5歳未満児死亡率(出生千対)* <sup>1</sup>                      | 57 (1994)      |
| 妊産婦死亡率(出生10万対)* <sup>1</sup>                      | 210 (1980~92)  |
| 合計特殊出生率* <sup>1</sup>                             | 4.8 (1980~94)  |
| Years Life Lost per 1000 population* <sup>2</sup> | 27 (1990)      |
| 保健医療施設での出産の割合* <sup>4</sup>                       | 30% (1993)     |
| 保健員の付き添う出産の比率* <sup>1</sup>                       | 53% (1983~94)  |
| 出生時の平均余命* <sup>1</sup>                            | 66 (1994)      |

出所 \* 1 : 『世界子供白書』 1996 UNICEF

\* 2 : World Development Report 1993 The World Bank

\* 3 : 「フィリピン国エイズ対策プロジェクト事前調査団及び実施協議調査団報告書」 1996 国際協力事業団

\* 4 : 1993 Safe Motherhood Survey 1994 National Statistics Coordination Board

表 1-2 フィリピン概況

|       |   |
|-------|---|
| 正式国名  | (和文)フィリピン共和国<br>(英文)Republic of the Philippines   |
| 独立年月日 | 1946年7月4日(ただし独立記念日は6月12日)   |
| 旧宗主国  | アメリカ合衆国   |
| 政体    | 立憲共和制   |
| 元首    | フィデル・V・ラモス大統領(1992年6月就任、任期6年)   |
| 位置・面積 | 北緯4.20~21.30度 東経117~127度<br>30万平方キロメートル   |
| 首都    | マニラ   |
| 総人口   | 6180万人(1993年)   |
| 民族等   | 新マレイ系(全人口の9割強)を中心に、少数民族として旧マレイ系、ネグリート系、他に中国人、ヨーロッパ人およびその混血  |
| 公用語   | ビリビノ語(ただし、ビリビノ語の内容は制定中)、英語  |
| 宗教    | ローマ・カトリック(83%)、プロテスタント(9%)<br>イスラム教(7%)   |
| 通貨    | 単位: フィリピン・ペソ、1ドル=26.324 フィリピン・ペソ (1997年1月平均)  |
| 暦     | [日本との時差] +1時間<br>[祝祭日] (1996年)<br>1月1日 新年<br>2月25日 自由の日(民衆革命記念日)<br>4月4日 聖木曜日<br>4月5日 聖金曜日<br>5月1日 メーデー<br>5月6日 Araw ng Kagitingan<br>6月12日 独立記念日<br>8月27日 英雄の日<br>9月11日 バランガイ記念日<br>9月21日 感謝祭<br>11月1日 万聖節<br>11月30日 ボニファシオ記念日<br>12月25日 クリスマス<br>12月30日 リサール記念日<br>12月31日 大晦日 |

出所 「国際協力情報ファイル フィリピン」 1995 国際協力事業団



表 1-3 フィリピン略年表

| 年    | 月  | 出来事   |
|------|----|---|
| 1521 |    | マゼラン、マクタン島に渡来、殺害される                           |
| 1574 |    | スペインの植民地となる                                   |
| 1898 |    | 米西講和条約で米国に割譲される                               |
| 1935 |    | 連邦政府樹立(総督制から高等弁務官制へ)                          |
| 1942 |    | 日本軍フィリピン完全制圧、占領統治開始(~1945年)                   |
| 1946 | 7  | 独立、ロハス政権の誕生                                   |
| 1950 |    | キリノ政権   |
| 1954 |    | マグサイサイ政権                                      |
| 1958 |    | ガルシア政権  |
| 1962 |    | マカパガル政権                                       |
| 1964 |    | マルコス政権  |
| 1968 |    | ミンダナオ独立運動、フィリピン共産党再建                          |
| 1969 |    | 新人民軍(NPA: 共産武装勢力)の創設                          |
| 1970 |    | 第2次マルコス政権、モロ民族解放戦線(MNLF)の結成、政府軍との武力衝突(8月コタバト) |
| 1972 |    | 戒厳令布告(9月21日~81年1月17日)                         |
| 1973 |    | 民族民主戦線の発足                                     |
| 1981 |    | 第3次マルコス政権                                     |
| 1983 | 8  | ベニグノ・アキノ暗殺、大統領批判が高まる                          |
| 1986 | 2  | 大統領選挙、2月革命決起、アキノ政権発足、マルコス大統領亡命                |
| 1987 | 2  | 新憲法発効   |
|      | 5  | 上下院選挙(7月27日成立)                                |
|      | 8  | ホナサン中佐反乱事件                                    |
| 1989 | 9  | マルコス前大統領死去                                    |
|      | 12 | 大規模クーデター、非常事態宣言(12月6日~90年6月)                  |
| 1990 | 7  | 中・北部ルソン大地震                                    |
|      | 10 | ノブレ元大佐反乱事件                                    |
| 1991 | 6  | ピナツポ火山噴火                                      |
|      | 11 | クラーク米空軍基地返還                                   |
| 1992 | 5  | 大統領選挙、総選挙                                     |
|      | 6  | ラモス政権発足                                       |
|      | 12 | スービック米海軍基地返還                                  |
| 1993 | 10 | 政府とMNLFが暫定停戦協定に調印                             |
|      | 12 | 政府軍と新人民軍(NPA)との間で17日間(クリスマス時期)の停戦が実現          |
| 1995 | 5  | 上下両院、統一地方選挙実施                                 |

出所 「国別協力情報ファイル フィリピン」 1995 国際協力事業団

### (1) 自然環境

フィリピンはアジア大陸の南東、台湾とボルネオ、スラウェシ島間の西太平洋上、北緯4度20分から21度30分、東経117度から127度に位置する。国土は大小合わせて約7,100の島々からなるが、うち面積が3平方キロメートル以上の島は500にも満たない。他の島々は無名の小島や珊瑚礁にすぎない。主要な島はルソン、ミンダナオの二大島、ビサヤ諸島の7島、それにミンドロ、パラワンの計11島で、これだけで全国面積(30万平方キロメートル)の92.5%に達する。

ミンダナオ島中央高地南部には群島最高峰の活火山アポ山(2,954メートル)がそびえ、ルソン島南部からピコール半島にかけての火山地帯には二重カルデラで有名なタール湖、世界的なコニーデで知られるマヨン山(2,452メートル)がある。また、ルソン島のカガヤン谷、中部ルソン平野、ミンダナオ島のクタバト平野、プキドノン台地、パナイ島のイロイロ平野、ネグロス島西海岸平野などが重要な農業地帯を形成する。

フィリピンは気候的には熱帯モンスーン区に属し、年平均気温は27度である。気温の季節的变化はあまりないが、1日の気温差は10度以上になることもある。6月から10月には、ルソン島では台風が襲われることがしばしばある。台風は年間20回程度襲来するが、発生域に近いため十分発達しきっていないものもあり、必ずしも毎回激しい暴風雨を伴うものではない。

降雨の年間分布によって、4つの気候帯に分類される。第1のタイプは、乾期(11~4月)、雨期(5~10月)がはっきりしていて、西海岸型気候とも呼ばれ、群島の脊梁山脈西側ないし南側でこの気候型が広くみられる。バギオ、マニラ、イロイロの都市はこの気候帯に属する。第2のタイプは、一年中降雨があつて、はっきりした乾期はなく、11~1月に雨期がある地域で、特に1月、2月に最大降雨期をもつ。群島の東側、つまり太平洋側に沿ってみられ、東海岸型気候とも呼ばれる。レガスピ、タクロバンがこの気候帯に属する。第3のタイプは、1~4月に乾期があるが、明確な最大降雨期のない地域で、群島東海岸部と西海岸部の中間地帯西寄りにみられる。ツゲガラオ、セブ、ザンボアンガがこの気候帯に属する。第4のタイプは、一年中平均した降雨をもち、乾期や雨期が明確でない地域で、東海岸型に隣接して分布する。ダバオがこの気候帯に属する。

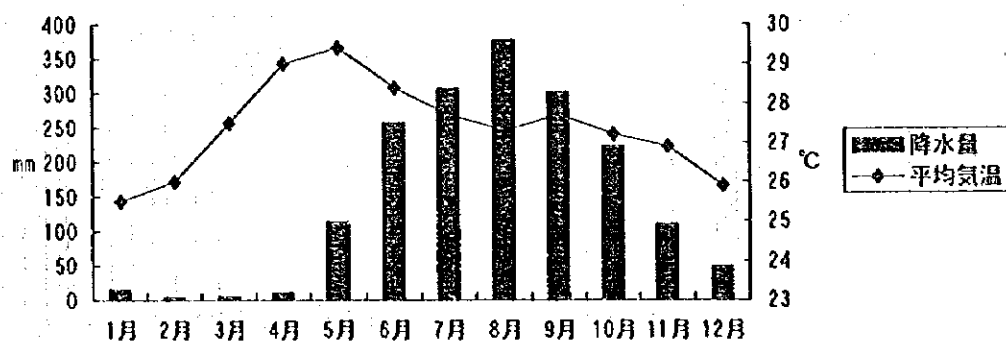


図1-1 マニラにおける降水量・年平均気温(フィリピン)

出所 『もっと知りたいフィリピン』 第二版 1995 弘文堂

## (2) 政治

フィリピンは1946年7月4日にアメリカ合衆国から独立した。以来ロハス、キリノ、マグサイサイ、ガルシア、マカバガル政権を経て、65年にマルコス政権が誕生した。72年、マルコス政権が戒厳令を発したが、79年以降、マルコス政権に対して戒厳令解除を求める反政府運動が盛り上がり、政府の弾圧が強まった。こうした中でマルコスの政敵ベニグノ・アキノ元上院議員が83年8月21日、亡命先の米国から帰国したが、マニラ空港で暗殺された。

予定を1年繰り上げて実施された1986年2月の大統領選挙は、暗殺されたアキノ元上院議員の妻だったコラソン・アキノ女史とマルコス大統領の一騎打ちとなった。この選挙では、中央選挙管理委員会と民間選挙監視団体が別々の選挙結果を発表し、国民議会はマルコス4選を宣言した。しかし、同年2月22日、エンリレ国防相とラモス参謀総長代行がマルコス政権に反旗を翻して決起し、コラソン・アキノが25日大統領就任を宣言した。米政府がこれを支持し、また民衆のアキノ支持も高まり、2月26日、マルコス大統領は国外に脱出した。

アキノ政権は、民主主義復活のために、新憲法制定、議会設置、地方選挙実施などを進めた。しかし、政府の活動に不満を持つ共産勢力は対決姿勢を強め、一方で国軍の反乱事件が頻発するなど、政府基盤は弱まった。1989年12月のクーデター未遂事件では、マニラの金融地区が一時占拠された。回復の兆しを見せた経済も再び悪化に向かい、農地改革も進まず、貧富の差は拡大した。

1991年10月、地方自治法が成立し、多くの機能やサービスが地方に委譲された。公務員は原則的に12の行政区の関係省庁に移管され、中央の公務員として残ったものもいるが、大半は地方公務員として地方政府予算から給料を受け取るようになった。これによって地方政府への歳入割り当ては漸次増加されることとなったが、同時に地方政府による歳入増加努力および地方政府の能力向上が強く求められるようになった。

1992年5月に実施された四半世紀ぶりの民主的大統領選挙の結果、フィデル・ラモス前国防長官がミリアム・サンチャゴ元農地改革長官を抑えて政権を獲得したが、その得票率は23.6%と極めて低いものであった。ラモス大統領は、経済再建と国民団結、治安回復を政策の重点に置き、主要な反政府勢力である、共産勢力、南部イスラム勢力、国軍反政府勢力との和平交渉に乗り出した。

1995年5月、上下両院、統一地方選挙が行われ、上下両院でラモス大統領率いるラカス・キリスト教民主主義国民連合<sup>1</sup>およびフィリピンの民主の戦い<sup>2</sup>の連立与党が安定多数を占めることとなった。

## (3) 経済

マルコス政権の経済政策の基本は輸出指向型工業化であり、70年代にはアメリカ系や日系などの多国籍企業が製造業やアグリビジネスに参入し、現地資本との合弁で輸出用工業製品や農産物を生産した。また、投資環境を整備するなどの目的で、世界銀行およびIMFがフィリピン政府に対し多額の借款を供与した。さらに、急速な工業化に対応するかたちで既存の農業セクターを再編するために「緑の革命」を旗印として新品種が導入され、コメやトウモロコシ畑が農地改革区に指定された。他方、伝統的輸出セクターである砂糖やココナツ産業が国家管理

<sup>1</sup> Lakas EDSA-National Union for Christian Democracy : Lakas-NUCD

<sup>2</sup> Laban ng Demokratikong Pilipino : LDP

下に置かれた。しかしながら、79年の第2次石油危機以後フィリピン経済は深刻な危機に見舞われ、マルコス政権下の経済政策は完全に失敗した。

1981年に政府はIMFの指導のもと緊縮政策へ転換するとともに構造調整プログラムを開始した。これにより製品輸出の拡大と製造業の活性化を目的として、輸入の自由化、関税の引き下げ、投資インセンティブの見直し、老朽化設備の更新などを実施した。しかし、83年の経済危機以降マイナス成長が続き、85年のGNP規模は79年の水準まで落ち込んだ。この経済不況の原因は財政赤字増大と対外債務増大、83年のアキノ元上院議員暗殺事件後の政情不安と大量の資本流出、IMF融資交渉の中断などの悪影響が重なったためである。

1986年に誕生したアキノ政権の経済政策は経済開放・自由化政策で、過大な保護の下で弱体化した国内工業の生産効率と対外競争力を高めることに目標が置かれた。これは基本的には前政権の政策を引き継いだものであった。具体的には輸入制限の廃止、関税の引き下げ等の対外開放政策と独占の排除、金融改革、政府系企業の民営化、価格統制の廃止等の国内経済の自由化政策が推進された。この経済政策は功を奏し、GNP成長率は86年以降プラスに転じ、89年までの年平均GNP成長率は予想を上回る回復を示した。

1989年末に始まった旱魃、電力不足、同年12月の国軍改革派によるそれまでの最大規模の反乱による政情不安、90年7月のルソン島大地震、同年8月の湾岸危機の発生、同10月のミンダナオ島の反乱、同11月の大型台風の襲来、91年6月のルソン島中部に位置するピナツボ火山の大噴火等、続発した天災・人災は経済に深刻な悪影響を及ぼした。

1992年の経済は慢性的な電力不足を主因として国内の経済が低迷しマイナス成長を記録した。製造業は断続的な停電の影響で生産活動に大きな支障を来したほか、農業も旱魃の影響によりコメ、トウモロコシ、サトウキビなどに大きな被害が出た。国内産業の不振にもかかわらず、海外で働くフィリピン人からの資金が多く流入したことにより、国内消費は活発であった。92年に発足したラモス政権は、人材育成と国際競争力強化等に重点を置いた「中期開発計画(1993~98年)」を策定し、フィリピン経済の再建に向けて経済政策ビジョンを打ち出した。その後、経済成長は電力事情の改善により工業部門が持ち直したことから、経済成長は1993年に2.1%、94年には4.3%と回復傾向にあるが、東南アジア諸国の中では低い伸び率となっている。政府財政赤字は続いており、自然災害対策や緊急災害対策への支出が恒常化しつつある。また、貧困の撲滅を最終目標とする中期計画を達成するための人的開発を最重要課題としているが、貧困層の減少には時間がかかるものと予想されている。

表 1-4 主要経済指標の推移

|                  | 1991    | 1992    | 1993    |
|------------------|---------|---------|---------|
| GNP(10億ペソ)       | 1,244.4 | 1,346.0 | 1,457.6 |
| 1人当たりGNP(USドル)   | 730     | 770     | 850     |
| 実質GDP成長率(%)      | -0.5    | 0.6     | 2.0     |
| 消費者物価上昇率(%)      | 18.7    | 8.9     | 7.6     |
| 失業率(%)*          | 9.0     | 8.6     | 8.9     |
| 貿易収支(100万USドル)   | -3,211  | -4,695  | -6,222  |
| 輸入額(FOB)         | 8,840   | 9,824   | 11,375  |
| 輸出額(FOB)         | 12,051  | 14,519  | 17,597  |
| 経常収支(100万USドル)   | -1,034  | -999    | -3,289  |
| 対外債務残高(100万USドル) | 32,454  | 32,102  | 35,269  |
| 債務返済比率(%)        | 23.1    | 24.5    | 24.9    |
| 外貨準備高(100万USドル)  | 4,436   | 5,336   | 5,934   |

| 会計年度        | 通貨(1997年1月平均)                           | 主要輸出入相手国                                   |
|-------------|---|--|
| 1月1日~12月31日 | 通貨単位: フィリピン・ペソ<br>1ドル = 26.324 フィリピン・ペソ | 輸出(1994年) 米国(38.2%)<br>輸入(1994年) 日本(22.8%) |

注 \* : 15歳以上。毎年10月の数値。

出所 「国別協力情報ファイル フィリピン」 1995 国際協力事業団

#### (4) 民族・言語

1974年発行のフィリピン国立博物館の言語・文化・人種分布地図によれば、フィリピン人は、134のグループに分けられる。原住民は中央アジアから渡来したと言われるネグリート族(現在2.5万人)で、その後全人口の9割強を占める南方モンゴロイドといわれる新マレイ系8グループ(セブアーノ、タガログ、イロカノ、ピコル、イロンゴ、ワライ、パンパンガ、パンガシナン)が流入し、多数民族を構成している。ほかにコーカソイドとモンゴロイド両方の形質を持つ旧マレイ系人種(ミンドロ島のマンヤン族、ルソン島のポントック、カリंगा、イフガオ等の部族)、中国人、ヨーロッパ人そしてメスティーソと呼ばれるスペイン人とマレイ系住民あるいは中国人との混血など1割強が少数民族である。イスラム教徒のモロ族にしても、人種的にはタガログ、セブアーノと同じ新マレイ系である。

フィリピン諸語は、言語学的にはいずれもアウストロネシア(マラヨ・ポリネシア)語族に属し、マレイ語、ジャワ語などと多くの共通点をもつ。その数は、134種とも186種とも言われるが、主要なものだけでもマレイ語系のセブアーノ語、(全人口の24.4%)、タガログ語(23.8%)、イロカノ語(11.1%)、サマル・レイテのピサヤ語、ピコール語、パンパンガ語、パンガシナン語など8種類を数える。1939年タガログ語を基礎として形成する「ビリピノ語」を国語とすることが制定されたが、英語は公用語として広く使用されている。

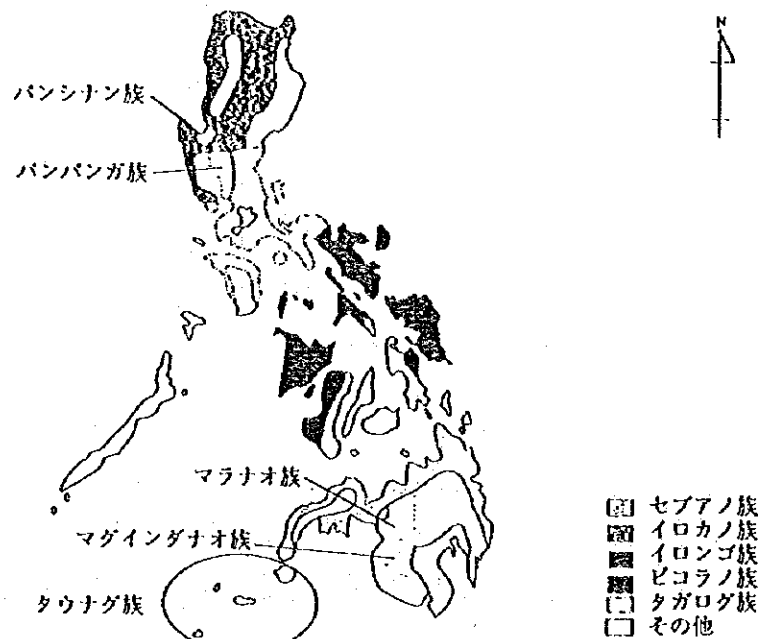


図1-2 民族分布図

出所 「国別協力情報ファイル フィリピン」 1995 国際協力事業団

### (5) 文化

フィリピン文化は社会の歴史的形成過程を反映して、地域差に富む。大別すると、カトリック文化圏、イスラム文化圏、山岳少数民族文化圏に分けられる。一方、フィリピン群島全体に共通した文化も見られる。

フィリピンで早くから発達した文化様式の一つは口承と叙事詩であり、スペイン体制期にはこの伝統から韻文の宗教詩や物語詩が盛んになった。記述された形で文学が盛んになるのは、19世紀末で、20世紀に入ると米国支配によりその影響を大きく受けたが、1960年代からピリピノ文学が受容され現在に至っている。物語詩と並び古くからフィリピン人に愛好されたのは演劇であるが、スペイン、米国の影響の下、土着化と大衆化を遂げた。しかしながら、最大の大衆文化となったのは映画である。絵画芸術が本格的に開始されたのは、19世紀末のことで20世紀中期にようやく現代絵画時代が幕開けした。彫刻もこの頃から開始された。スペイン文化の影響が色濃く残っているのが建築で、教会の多くは荘厳なバロック様式を伝えている。音楽、舞踏の世界では、混血とキリスト教化が著しい地域では、スペイン様式を基に新しいフィリピン様式というものを作り上げた。一方、地方では、伝統的なものが今も生き続けている。

### (6) 宗教

フィリピン住民のほとんどはキリスト教徒である。これはスペイン統治の遺産であるが、同じキリスト教でも、ローマ・カトリック(83%)、プロテスタント(9%)、フィリピン独立教会、イグレスシア・ニ・クリストなどの宗派に分かれる。残る7%がイスラム教徒で、ミンダナオ島南西部およびパラワン島南西部を中心に存在し、またそれぞれ土着の宗教を信仰する人々もいる。

**(7) 教育**

フィリピンの教育制度は6年間の初等教育、4年間の中等教育の後、高等教育機関として職業・技術専門学校、大学および大学院があり、7～13歳の初等教育が義務教育である。1987年から公立の小中学校が無償化されている。初等教育の就学率は100%を超え、中等教育でも70%を超えている。1992年の学校数は3万4570校、教員数は29万4485人である。

フィリピンの教育の特長として、高等教育進学率が高いこと、男女間格差が小さいこと、私立学校の割合が高いこと、初等教育から科目により英語で教育が行われること、政府支出に占める教育予算の割合が高いこと等が挙げられる。しかし、施設や教材の不足、中途退学者が多いなどの問題点もあり、教員待遇の改善、教員の再訓練、識字教育等の充実、高等教育修了者の海外流出対策等の課題もある。

識字率は東南アジア地域の中では高いレベルにあり、成人の非識字率は地域全体の24%に対してフィリピンでは10%、女性の成人非識字率は東南アジア34%に対してフィリピン11%である。

表 1-5 教育概況

|           |                   |
|-----------|-------------------|
| 義務教育*1    | 成人の非識字率*2         |
| 7～13歳の6年間 | 10%(女性11%)(1990年) |

| *2                       | 1970 | 1992 |
|--------------------------|------|------|
| 初等教育就学率                  | 108% | 109% |
| 中等教育就学率                  | 46%  | 74%  |
| 高等教育就学率                  | 28%  | 28%  |
| 小学校の教師・生徒の比(教師1人当たりの生徒数) | 29人  | 36人  |

注 総就学率が100%を超える場合があるのは、標準学齢を上下する生徒がいるためである。

出所 \*1: *Statistical Yearbook 1994* UNESCO

\*2: *World Development Report 1994* The World Bank

**(8) 女性の状況**

フィリピンでは文化・慣習面で男女の地位の差は少なく、法律や制度面でも性差別は少ない。そのため、女性の社会参加はアジアでは先進国である。しかし、このような状況もごく一部の上中流階級の女性に限られている。大多数を占める下層階級に属する女性の社会参加は困難である。

1975年の国際婦人年の国連婦人宣言に呼応して女性問題を扱う「フィリピン女性の役割委員会(NCRFW)」が大統領府内に設立された。また、社会福祉の面から女性問題を扱う女性福祉局<sup>3</sup>が社会開発局内に設置されている。女性に関する指数を見ると、余命、人口割合は東南アジア地域の平均的な数値であるが、識字に関しては地域平均を上回り、男女間の大きな格差は見られない。労働指数は地域平均を下回っているものの管理職の割合は高く、一部女性の社会的地位の高さを示している。

<sup>3</sup> Bureau of Women's Welfare

表 1-6 女性指数

|                        | フィリピン | 東南アジア | 途上国平均 |
|------------------------|-------|-------|-------|
| 女性の余命指数(1992年)         | 106   | 106   | 104   |
| 女性の人口指数(1992年)         | 99    | 101   | 96    |
| 女性の労働力指数(1990~92年)     | 59    | 72    | 58    |
| 管理職に占める女性の割合(1980~89年) | 25 %  | 13 %  | 9 %   |

(単位：指数は男性を100とした場合の女性指数、割合は%)

出所 Human Development Report 1994 UNDP

表 1-7 男女別就学率(%)

|        | 1960 | 1986~93 |
|--------|------|---------|
| 小学校(男) | 98   | 113     |
| 小学校(女) | 93   | 111     |
| 中学校(男) | 統計なし | 71      |
| 中学校(女) | 統計なし | 75      |

注 総就学率が100%を超える場合があるのは、標準学齢を上下する生徒がいるためである。

出所 『世界子供白書』 1996 UNICEF

表 1-8 成人の識字率(%)

|   | 1970 | 1990 |
|---|------|------|
| 男 | 84   | 94   |
| 女 | 81   | 93   |

出所 『世界子供白書』 1996 UNICEF

### (9) 環境

多量な降水量や熱帯性台風などの自然災害、森林伐採跡および高台の農地の侵食による地割れ、鉱物資源の採掘等が原因となって広範囲に及ぶ沿岸が土砂による影響を受けている。第二次世界大戦後まではフィリピンの半分が森林で覆われていたが、現在では国土の5分の1以下しか残っていない。人口増加と違法伐採などが原因となっており、1980年代には森林面積の約3%が伐採された。無計画な伐採は土壌汚染、土砂の沈積、河川の氾濫、旱魃を引き起こし、また、生態系への影響もある。

都市では、大気汚染、水質汚濁、土壌汚染が人体へ影響を及ぼす恐れがある。産業廃棄物、有害物質などが汚染問題となり、38カ所の河川の汚濁が報告されている。極度の人口集中が進んでいるマニラ首都圏ではゴミの発生量が1日当たり約1万4000立方メートル、3,600トンに上っており、そのうち10%が河川に投棄されたり空き地で野焼きにされており、残る90%が収集され、首都圏内および近郊の7カ所の埋立地に運ばれて埋め立て処理されている。そのうち5カ所はオープン式の埋立地で、悪臭、害虫、ガスの発生、ゴミの自然発火などの問題が生じている。また埋立地内および周辺には、廃棄物の中から有価物を回収して生計を立てている人々が小屋を建てて生活しており、特にかつてスモーク・マウンテンと呼ばれたバルート埋立地には約1万8000人が住み、東南アジア最大のスラムが形成されていた。

これらの環境問題に対し、政府は1989年に「フィリピン持続成長のための戦略(PSSD)」を策定、開発と環境保全の調和回復に努めている。また1992年には国連環境会議での討議結果



に基づき「フィリピン・アジェンダ 21」を策定し、これを開発計画に反映させるために「持続開発のための委員会」が設立された。しかし財政難・政策実行上の困難のためこれらの環境保全策が完全に遂行されるかどうかは疑問が残る。環境問題管轄省としては環境天然資源省がある。

#### (10) 所得格差、貧困

1988年の総所得に占める各階層の比率を見ると、所得層の上位20%が総所得の47.8%を得ているのに対して、下位20%は総所得の6.5%を得ているに過ぎず、所得格差が大きいことが分かる。絶対的貧困層の割合は国全体で50%を超えており、特に農村部では60%を超えている。

今までの開発重点地域はルソンが中心である、地方の開発は予算的にみても不十分なものであった。そのため地域間格差は拡大し、都市部への人口流入が増加、都市部でのスラム化が激しくなっている。政府はこれに対して、マニラ首都圏の開発が限界に達しているとの認識を示し、各地域の開発によって問題解決を図ろうとしている。しかし、財政難に加えて自然災害といった推進上の問題もあり、困難な状況である。

表 1-9 家計所得の所得階層別分布

| 総所得に占める各階層の比率(1988年)*1 | (%)    |
|------------------------|--------|
| (最高位10%)*2             | (32.1) |
| 最高分位20%                | 47.8   |
| 第4分位20%                | 21.2   |
| 第3分位20%                | 14.4   |
| 第2分位20%                | 10.1   |
| 最低分位20%                | 6.5    |

注 \*1: データは個人分位による所得シェア、1人当たり所得に分類

\*2: 「最高分位20%」の値は、「最高分位10%」の値を含む

出所 World Development Report 1995 The World Bank

表 1-10 絶対的貧困の割合

|     | 1980~90 |
|-----|---------|
| 全国  | 54%     |
| 都市部 | 40%     |
| 農村部 | 64%     |

出所 Human Development Report 1994 UNDP

## 1.2 一般行政

### 1.2.1 中央行政

フィリピン共和国は立憲共和制で、1987年に制定された憲法に基づき、三権は分立されている。元首は大統領で、正副大統領ともに直接選挙により任期6年で選出される。大統領の再選および副大統領の連続3選は禁止されている。次回の大統領選は1998年の予定である。内閣は、議会の承認を経て大統領が任命する。議会は上下両院からなる2院制で、議員は直接選挙制をとっている。上院議員の任期は6年、3選は禁止されており、定数は24議席以下となっている。下院議員の任期は3年で、4選が禁止されており、定数は250議席以下とされており、そのうち200議席は直接選挙で選出され、残り50議席は少数民族から大統領によって任命される。

司法制度は最高裁判所、中等控訴裁判所、地区裁判所の3審制である。最高裁判事は4年ごとに大統領によって任命される。他に公務員犯罪特別裁判所がある。公務員犯罪の捜査、起訴、公判維持は特別検察庁(クノドバヤン)が担当する。

政党は、ラカス・キリスト教民主主義国民連合(ラカス・NUCD)<sup>4</sup>およびフィリピンの民主の戦い(LDP)<sup>5</sup>が連立与党で、1995年5月の総選挙ではラカス・NUCDが上院5、下院142議席、LDPが上院4、下院35議席を獲得した。このほかの主な政党には、民族主義者国民連合<sup>6</sup>、マルコス政権時代に与党であった国民党<sup>7</sup>、自由党<sup>8</sup>、人民党<sup>9</sup>がある。また、反対勢力としては、フィリピン共産党<sup>8</sup>、新人民軍<sup>9</sup>、モロ民族解放戦線<sup>10</sup>、モロ・イスラム解放戦線<sup>11</sup>などがある。

図1-3に国家行政組織を示す。

<sup>4</sup> Nationalist People's Coalition : NPC

<sup>5</sup> Nationalist Party : NP

<sup>6</sup> Liberal Party : LP

<sup>7</sup> Partido Nacionalista Pilipinas : PNP

<sup>8</sup> Communist Party of the Philippines : CPP

<sup>9</sup> New People's Army : NPA

<sup>10</sup> Moro National Liberation Front : MNLF

<sup>11</sup> Moro Islamic Liberation Front : MILF

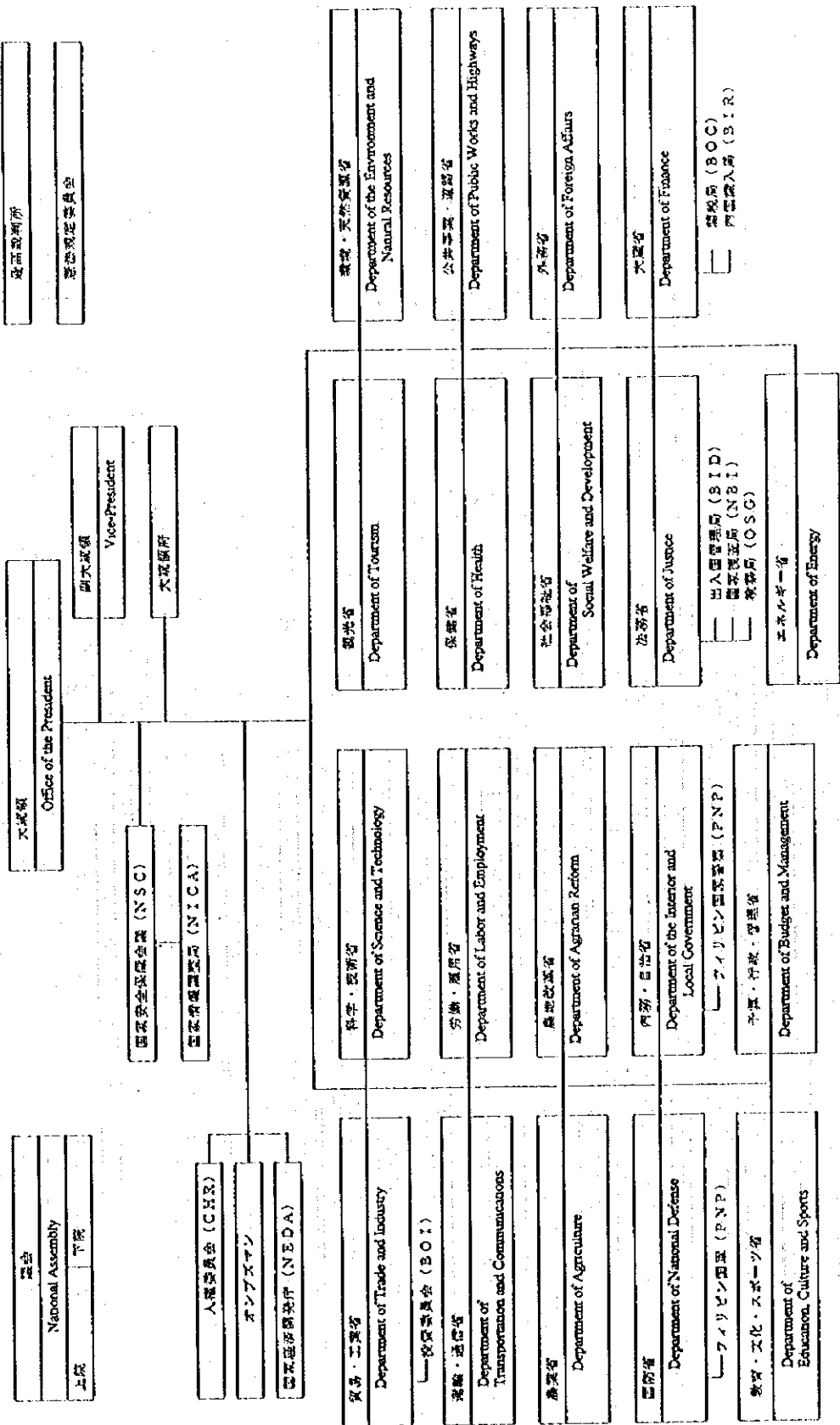


図1-3 国家行政組織図(1995年7月現在)

出所 「国際協力情報ファイル フィリピン」 1995 国際協力事業団

## 1.2.2 地方行政

### (1) 地方行政機構

フィリピンの地方行政機構は基本的に、広域地域である地方(Region、マニラ首都圏を含めて16)、州(Province、76)、市および町(CityおよびMunicipality、64および1,542)、バラングイ(Barangay、41,911)の4つの階層により構成される(数字は1994年現在)。

- ① 州は行政組織を有する最大の地方行政単位である。州は、人口25万以上、面積2,000平方キロ以上、歳入2000万ペソ以上を有するものとされている。州政府の長は知事(Governor)である。
- ② 市は日本の政令指定都市と同様に州と同レベルの権限を有する高度都市化市(Highly Urbanized City)と、通常の州の構成市とに分けられる。高度都市化市は、人口が15万以上、歳入が3000万ペソ以上あることが要件である。通常の構成市は、人口が10万以上、歳入が1万ペソ以上あることとされている。市政府の長は市長である。
- ③ 町は、州の下部組織であり、複数のバラングイからなる。町政府の長は町長である。
- ④ バラングイは、フィリピンの地方行政の最小単位である。バラングイは、同じ市または町内に住む1,000人以上の住民で構成され、バラングイ・キャプテンおよび選出役員によって活動が行われる。

州、市、町、バラングイにはそれぞれ議会(Sangguniang)が設置され、その議員は公選議員と職権上の任命議員により構成される。中央官庁はこれまでそれぞれに地方出先機関を有し、地方における政策展開をコントロールしてきたが、「新地方自治法」の制定以降、それらの権限は、組織、人材、財源等の資源とともに各地方自治体に段階的に委譲されている。

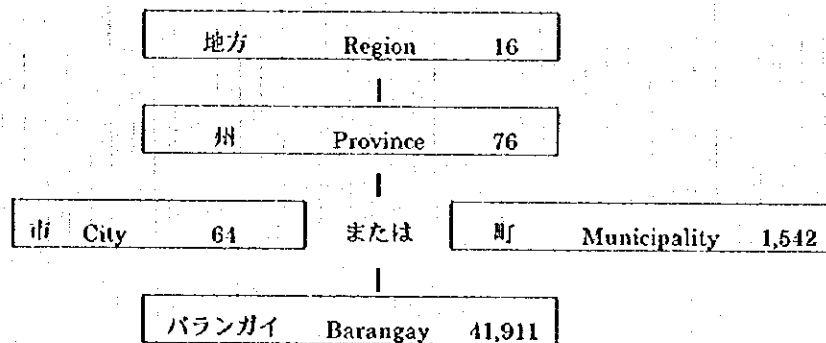


図1-4 地方行政機構

出所 "Philippine Health Situationer" 1994 Department of Health

## (2) 新地方自治法

地域格差を解消し、国家としてバランスのとれた発展を図るためにアキノ政権下で1991年、地方自治法<sup>12</sup>、いわゆる新地方自治法が制定された。1991年1月より施行された同法は、旧地方自治法、地方税法、固定資産税法、バランガイ訴訟法を統合したものであり、国家公務員の移籍(7万人以上)、施設や資・機材の移転(5200億ペソ以上)を伴う幅広い事業の自治体への移管を軸とし、地方開発協議会<sup>13</sup>の地域化および徴税システムの更新・刷新を通じた自治体による税収入の向上を通じて地方開発計画ならびに地方予算計画の安定化、定着を促進し、また、これらの地方開発システム全体の変化に伴う中央政府-地方自治体関係の新たな制度化を実現しようとするものである。

新地方自治法の施行は、大統領府に設置させている地方自治法包括実行委員会<sup>14</sup>によって統括されており、内務自治省自治体局自治体開発部が事務局を担当している。施行の全体は、転換期(Change Over Phase : 1992~93)、移行期(Transition Phase : 1994~96)、安定期(Stabilization Phase : 1997~)の3期で構成されている。

<sup>12</sup> The 1991 Local Government Code

<sup>13</sup> Local Development Council : LDC

<sup>14</sup> Oversight Committee on Local Government Code of 1991

### 1.3 国家開発計画の概要

フィリピンでは独立直後の1947年からアキノ前政権までの46年間に18の開発計画が策定されている。現行の国家開発計画であるフィリピン中期開発計画(Medium Term Philippine Development Plan: 1993~98)は1992年12月ラモス現政権が議会に提出し、93年7月に上・下院を通過した。開発の目標としては、アキノ政権と同様に貧困の緩和、不平等の是正、生産的雇用の拡大、持続的な成長を挙げ、具体的には、1998年までのマクロ経済目標として1人当たりGNP1,000ドル以上、GNP成長率10%以上、貧困人口の割合30%以下という数値を設定している。また、同計画のゴールを民衆の力の向上を通じた「すべてのフィリピン国民の生活水準の向上」であるとし、上記の目標、ゴールを達成するための戦略として、人材の育成、国際的競争力の強化、持続的な発展を挙げている。開発計画の主要分野として次の5つを挙げ、それぞれの分野の実績評価およびゴールを目的が述べられるとともに、各個別分野のターゲットが設定されている。

#### (1) 人材開発

表 1-11 人材開発の主要数値目標

|                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| 貧困層世帯割合              | 39.2%(91年)→30%(中期計画終了時点) |
| 平均寿命                 | 68.3歳(94年)→69.7歳(98年)    |
| 標準体重に達しない就学前児童の割合    | 11.2%(94年)→8.4%(98年)     |
| 識字率                  | 93.5%(94年)→96.5%(98年)    |
| 絶対貧困家庭に対する基礎福祉サービス提供 | 61%(94年)→89%(98年)        |
| 失業率                  | 11.8%から6.6%に低下させる        |
| 人口増加率                | 1.9%にまで低下させる             |

出所 「フィリピン国別援助研究会(第2次)資料(現状分析)」1994 国際協力事業団

#### (2) 農業・鉱工業分野の開発

表 1-12 農業・鉱工業分野の主要数値目標

|                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| コメ自給の達成                | 計画期間中のコメ生産年平均増加率3.4%       |
| 鉱工業分野の年平均成長率(総付加価値ベース) | 7~5.7%(94年)→8.9~11.4%(98年) |
| GDPに占める製造業の割合          | 25.0%(94年)→25.8~26.9%(98年) |
| 輸出増加率                  | 14.7%(94年)→18.7%(98年)      |
| 輸入増加率                  | 11.0%(94年)→16.7%(98年)      |
| 訪比外国人増加率               | 年平均16.5%                   |
| 地方旅行者数                 | 790万人(93年)→1760万人(98年)     |
| 総雇用者数に占める農業従事者の割合      | 45.1%(94年)→39.9%(98年)      |

出所 「フィリピン国別援助研究会(第2次)資料(現状分析)」1994 国際協力事業団

## (3) インフラストラクチャー開発部門

表 1-13 インフラストラクチャー開発の主要数値目標

|                     |                               |
|---------------------|-------------------------------|
| 輸入エネルギー割合           | 71.7%(92年)→60.08%(98年)        |
| 送電線新規敷設             | 5,178km                       |
| 配電線新規敷設             | 16,776km                      |
| 全天候利用可能道路割合(国有幹線道路) | 80%(92年)→100%(98年)            |
| (国有2級道路)            | 73%(92年)→89%(98年)             |
| 電話普及率(100人当たり)      | 1.4回線(92年)→約4回線(98年)          |
| 郵便局密度               | 1:28,800人(92年)→1:27,000人(98年) |
| 灌漑設備供給地域            | 155万ha→193万ha                 |
| 教室の建設               | 小学校34,512室、高校14,407室          |

出所 「フィリピン国別援助研究会(第2次)資料(現状分析)」1994 国際協力事業団

## (4) マクロ経済および金融

中期的には持続的成長と雇用拡大、物価の安定、健全な対外収支バランスの確保を、長期的には貧困の撲滅と公正な所得配分を図ることを目標とする。以下に主要マクロ経済指標を示す。

GNP実質成長率は1993年で4.5%、98年には10%、6年間の計画期平均で7.5%を目指す。経済成長の原動力は投資と輸出の拡大である。1人当たりGNPでは、年平均で4.5%の成長を達成し、1998年には実質で1,180ドルとする。分野別GDPでは、計画期平均の成長目標を農業4.0%、鉱工業9.3%、サービス業7.8%とする。地域別GDPでは、マニラ首都圏以外のGDPが全体に占める割合を1991年の68.8%から98年には71.2%まで上昇させる。特に、第7地方(セブ地方)、第11地方(ダバオ地方)では、それぞれ期間平均9.4%、9.2%の高い成長率が見込まれている。インフレ率はひとケタ台に抑え、98年には5.5%に低下させる。

投資の対GDP比は、1987~91年平均の20.2%から98年には30.5%にまで増加させる。これを賄う国内貯蓄は、対GDP比17.3%から27.1%に増加させる。公共投資の対GDP比は4.2%から9.3%に増加が図られるものの、投資増大の主体は民間部門であるとされている。金融政策では、国内流動性を1993年の前年度比13.8%増から98年には19.5%にまで増加させる。中央銀行の改革を推進するとともに、金融部門一般への競争原理の導入を促進し、金融部門構造調整を完遂する。金利はできる限り市場原理に委ねる。財政政策では、均衡的な政策を継続し、中央政府財政赤字を対GNP比1.6%から1.3%にまで減少させる。公共企業を含めた公共部門全体の赤字幅も対GNP比2.8%から1.3%に減少させる。同時に、税収を中心に政府歳入の拡大を図り、98年には政府支出を対GNP比20%に高める。

対外政策では、期間平均の輸出の伸び率を15.3%、輸入の伸び率を12.9%とする。輸出成長率を輸入成長率より高くすることで、従来の輸入への過度の依存という経済体質を改め、恒常的な貿易赤字の解消を図る。政策的には貿易・投資の自由化、弾力的な為替政策を推し進める。アセアン自由貿易構想(AFTA)の実現を積極的に推進する。対外債務問題は危機的な状態からは脱したと考えられ、なお一層の債務軽減策を採用すると同時に、健全な対外債務管理を継続する。

#### (5) 開発管理

開発管理では、公共サービスの効率化、信頼性回復が目標とされる。基本的な政策としては、政府の規模縮小、政策・計画実施能力の向上、組織管理改善策の実施等が挙げられている。この中には、地方分権化を更に実のあるものとするために、地方自治体の行政能力向上も重点事項として強調されている。

また、ラモス政権は上記開発計画と並行して「フィリピン 2000」計画を推進中である。同計画は、フィリピンの 2000 年までの NIEs への仲間入りと、フィリピン国民の真の繁栄の享受を狙ったラモス大統領のビジョン表明であると同時に、フィリピン経済の発展の方向性を国民に提示したものである。「フィリピン 2000」の中でラモス大統領は、長期間にわたり保護され続けたために旧態依然とした産業、独裁的政治権力と政高資本主義によって引き起こされたカルテルや独占体制、インフラストラクチャーの未整備などの問題点を挙げ、計画的な自由主義市場経済への参入、貯蓄率引き上げ、輸出産業の育成、人材開発など、目標を達成するための 7 つの成長戦略を示している。



## 「1 国別概況」参考資料

1. 企画調査員赤松志郎「フィリピンにおける地方開発促進のための企画調査 1991年 自治体法と自治体財政力」1995 在フィリピン JICA 事務所
2. 「フィリピン国エイズ対策プロジェクト事前調査団及び実施協議調査団報告書」(印刷中) 国際協力事業団
3. 1993 Safe Motherhood Survey 1994 National Statistics Coordination Board
4. 宗像朗他「フィリピン国別援助研究会(第2次)資料(現状分析)」1994 国際協力事業団
5. 『開発途上国 国別経済協力シリーズ フィリピン』1996 (財)国際協力推進協会
6. 「国別協力情報ファイル フィリピン」1995 国際協力事業団
7. 『世界子供白書』1995 UNICEF
8. 『世界子供白書』1996 UNICEF
9. Situation of Children and Women in the Philippines 1992 UNICEF
10. 枝部恒雄・石井米雄編『もっと知りたいフィリピン』第二版 1995 弘文堂
11. "Philippine Health Situationer" 1994 Department of Health
12. Statistical Yearbook 1994 UNESCO
13. Human Development Report 1993 UNDP
14. Human Development Report 1994 UNDP
15. World Development Report Oxford 1993 The World Bank
16. World Development Report Oxford 1994 The World Bank
17. World Development Report Oxford 1995 The World Bank



## 2 衛生行政

### 2.1 中央衛生行政と保健医療計画

#### 2.1.1 中央衛生行政機構

フィリピンの保健医療サービスは、政府、民間機関の2つの形態に分けられ、保健省<sup>15</sup>によって管轄されている。公的医療機関の組織とそのサービス供給システムは、1992年1月の91年地方自治法<sup>16</sup>いわゆる新地方自治法施行により大きく変化した。新地方自治法は、マルコス政権下の行き過ぎた中央集権化の反動としてアキノ政権下に立法化・施行された法案であり、行政の決定権・施行権・予算を地方自治体に委譲し、各地方自治体がそれぞれの現状に合った独自の行政を行えるようにすることを目的としている。新地方自治法施行前は、公的医療機関はすべて保健省の中央集権体制の下にあったが、施行後は保健省の管轄(命令権)は地方保健局までとなり、その役割は次のようになった。

- 国外から援助を受けている国家的プログラム(予防接種・結核・ハンセン病対策・幼児の呼吸器感染症と下痢症対策・家族計画・栄養改善)の実施
- 試験的に行われている、または開発中の国内資金によるプログラムの実施
- 重要疾患の予防・治療・対策に関する国家基準の作成
- 法に基づいた規制、許認可等の役割
- 保健分野での他省庁との調整
- 保健省の管轄下に残された専門病院、医療センター、地方病院の管理

新地方自治法施行に伴い、保健省から地方政府に委譲された責務とともに保健省のスタッフ、施設、機材が委譲された。1990年時点では11,662人の看護婦、12,500人の助産婦、8,865人の医師を含む68,061人いた保健省職員のうち、約45,000人の職員が地方政府に委譲された。

保健省の組織図を図2-1に示す。

<sup>15</sup> Department of Health

<sup>16</sup> Local Government Code of 1991 : LGC

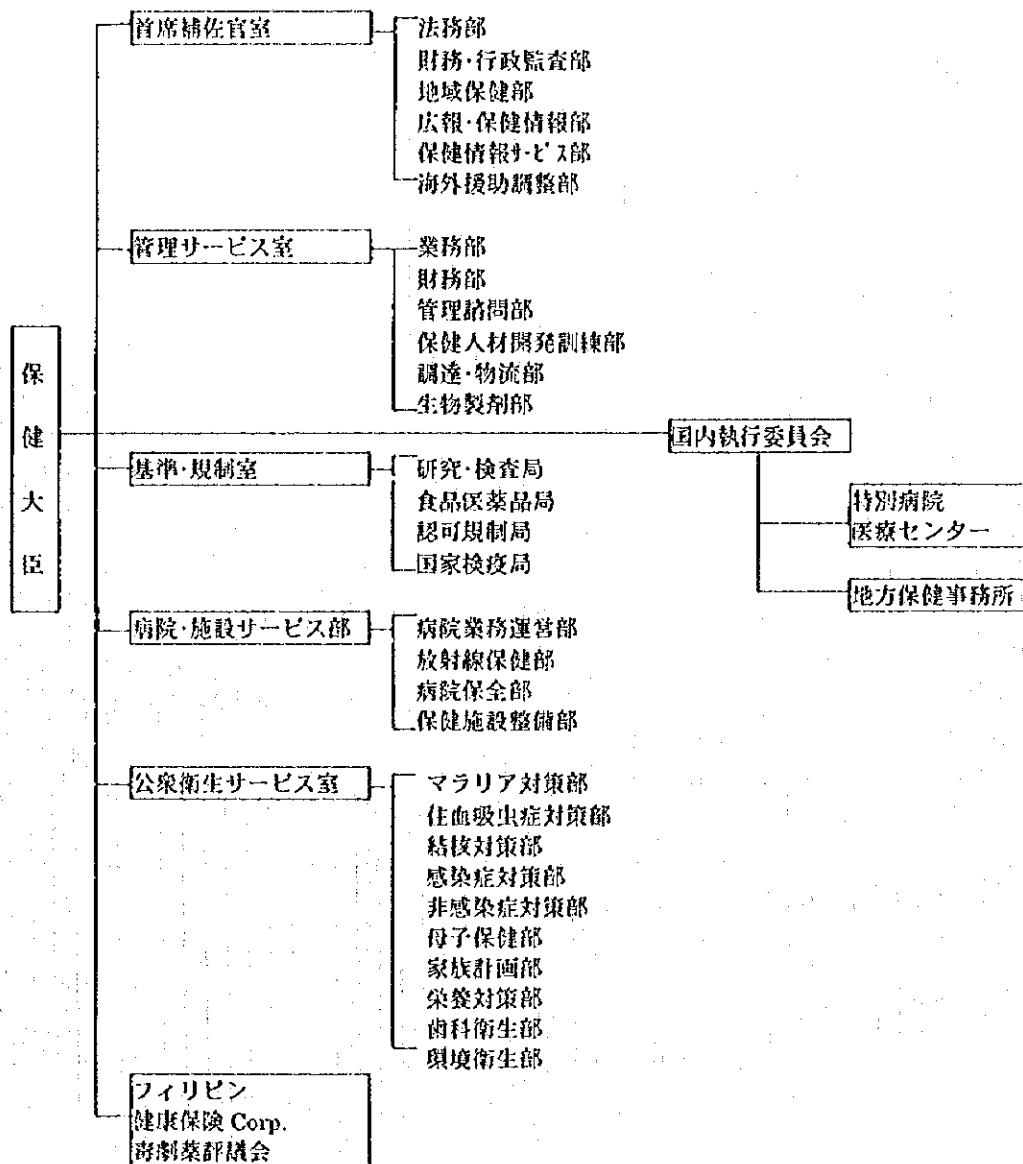


図2-1 保健省の組織図 (1996年9月現在)

出所 保健省提供資料

保健・医療に関する全体の計画立案を担当するのは首席補佐官室企画部であるが、個々のプログラムの計画立案、実施、指導は公衆衛生サービス室の各対策課が担当する。

## 2.1.2 中央保健医療計画

### (1) 中期開発計画における保健医療計画

アキノ前政権は1987年から92年を対象とした中期開発計画に対応させる形で、国民の保健、衛生、福祉の向上、地域保健衛生の改善、疾病率の減少、医療設備・システムの拡充、衛生環境

の整備、医療従事者の増強等を図ってきた。この方針はラモス政権によって基本的に踏襲されている。

現政権の中期開発計画(1993～98年)における保健医療政策は、「総合的な人間開発」<sup>17)</sup>の一部分として言及されている。保健医療分野の目標は、「すべてのフィリピン人に健康を」とし、これを達成するための基本政策としては、予防・保健サービスの充実、治療に関する民間部門の役割増大、地域に根ざした包括的な栄養・母子保健・家族計画の実施、伝統医薬・土着資源・技術の活用を挙げている。また、保健医療関連のインフラ開発に関しては、新規の病院建設を必要最小限にとどめて、外来サービスに的を絞った病院の整備を行う費用効果の高い基礎的なものに重点を置く方針である。中期開発計画に示された保健分野の主な目標指標と実績を示す(表2-1)。

表2-1 保健分野の目標指標

|                           | 1992 実績 | 1995 までの目標 | 1995 実績 | 1998 までの目標 |
|---------------------------|---------|------------|---------|------------|
| 〈保健・保健〉                   |         |            |         |            |
| 出生時平均余命(歳)                | 65.2    | 66.1       | 67.4*   | 67.0       |
| 乳児死亡率(出生千対)               | 47.7    | 43.9       | 48.9*   | 40.1       |
| 粗死亡率(出生千対)                | 7.0     | 6.7        | n.a.    | 6.4        |
| 粗出生率(出生千対)                | 28.6    | 26.9       | 29.7*   | 25.1       |
| 妊産婦死亡率(出生10万対)            | n.a.    | 70         | 70*     | 60         |
| 〈栄養〉                      |         |            |         |            |
| 就学前児童における標準体重の75%以下の割合(%) | 14.0    | 10.5       | n.a.    | 8.4        |
| 7～10歳児の標準体重の75%以下の割合(%)   | 13.9    | 10.5       | n.a.    | 8.4        |
| 1人当たりのエネルギー摂取量(カロリー)      | 1,753   | 1,910      | n.a.    | 1,969      |
| 栄養基準達成家庭の割合(%)            | 30.8    | 42.6       | n.a.    | 47.1       |
| 〈家族計画〉                    |         |            |         |            |
| 合計特殊出生率                   | 3.86    | 3.44       | n.a.    | 3.18       |
| 避妊普及率(%)                  | 37.2    | 47.8       | 50.7*   | 51.6       |

出所 「フィリピン国別援助研究会(第2次)資料(現状分析)」 1994 国際協力事業団

\* : "National Health Plan 1995～2020" 1995 Department of Health

\*\* : Family Planning Survey 1995 National Statistics Office

## (2) 国家保健計画(1995～2020年)

健康を基本的人権としてとらえ、開発の手段であるとともに目的でもあるとしている。2020年までに平均余命の向上、乳児死亡率および妊産婦死亡率の低下、障害の減少を図るものとする。また、健康の向上と住宅、教育、生活全般の向上は相互に関わるものとし、住民参加、セクター間の調整、保健および他の資源の公平な配分、効果的・適正な技術の使用、健全な運営、必要な保健人材の開発を行うものとしている。西暦2000年までに達成すべき目標値を挙げ、次の目標は後に定めるものとしている。

<sup>17</sup> Total Human Development

表2-2 国家保健計画における目標

| 2000年までの目標  |                     |
|---|---------------------|
| 平均寿命(歳)   | 67.4 (1995年) → 70   |
| 乳児死亡率(出生千対)                                       | 48.9 (1995年) → 41.2 |
| 妊産婦死亡率(出生10万対)                                    | 70 (1995年) → 60     |
| 人口増加率(%)  | 2.4 (1995年) → 2.0   |
| 粗出生率(人口千対)  | 29.7 (1995年) → 18.0 |
| 急性呼吸器感染症、下痢症、コレラ、A型肝炎、エイズなどの性行為感染症の罹患率と死亡率を低下させる。 |                     |
| ポリオ、新生児破傷風、麻疹等予防接種によって予防可能な疾患を減少・撲滅する。            |                     |
| 結核、ハンセン病など慢性感染症を減少させる。                            |                     |
| デング熱、マラリア、住血吸虫症、フィラリアなどの熱帯病を減少させる。                |                     |
| 非感染症の罹患率、死亡率を低下させる。                               |                     |
| 喫煙率を低下させる。  |                     |
| 身体・精神障害を減少させる。                                    |                     |
| 栄養状態(熱量不足、蛋白不足、微量栄養素欠乏)を改善させる。                    |                     |
| 歯科衛生を推進する。  |                     |
| 精神保健と健康的なライフ・スタイルを推進する。                           |                     |
| 労働安全衛生を推進する。                                      |                     |
| 環境衛生を推進し、環境汚染を最小限にする。                             |                     |

出所 “National Health Plan 1995~2020” 1995 Department of Health

### (3) 保健医療セクターへの公共投資計画(1994~2004年)

保健省が立案し、国家経済開発庁 (NEDA) 評議会の投資調整委員会が承認したもので、次の6つのパッケージからなる。1995~99年の5年間に必要な投資コストは総額で約252億ペソと見込まれている。

#### 1) 安全な母性と女性の健康<sup>18</sup> : 約81億ペソ

家族計画に関する情報とサービスが必要とするカップルすべてに行き渡ることと、妊産婦死亡率の低下を目標とする。地方自治体が委譲された機能を効率的に実行できるよう能力開発することも含んでいる。

#### 2) 子供の保健<sup>19</sup> : 約50億ペソ

5歳未満児の保健対策としての予防接種、急性呼吸器感染症対策、下痢症対策、栄養改善を含む。地方自治体の責務の遂行と住民参加を重視している。

#### 3) 労働力人口に影響を及ぼしている疾患への対策<sup>20</sup> : 約20億ペソ

結核、マラリア、住血吸虫症、エイズ等性行為感染症への対策、心血管系疾患および痛対策の開始を含む。予防と早期治療、サーベイランス、モニタリング・システムの強化を重視する。

#### 4) 保健医療サービス能力の向上<sup>21</sup> : 約91億ペソ

将来の保健医療施設、人材開発への資本投資を含む。病院への公共財政の政策改革の第一歩として、支払い能力のある患者からは診療費を徴収する方向とする。

<sup>18</sup> Safe Motherhood and Women's Health

<sup>19</sup> Child Survival and Development

<sup>20</sup> Control of Prevalent Diseases Affecting the Workforce

<sup>21</sup> Health Service Capacity Improvement

5) 安全な水と健康的な環境<sup>22</sup>: 約 10 億ペソ

安全な水と衛生的なトイレの普及、地域衛生の向上、環境汚染の減少などを含む。

6) 国民健康保険<sup>23</sup>

既存のメディケア・プログラムを改革し、保険をすべての国民に広げるため、フレーム・ワークをつくらうとするもの。見込まれる投資コストは記載されていない。

## 2.1.3 中央保健医療セクターの財政

## (1) フィリピンにおける保健支出

フィリピンにおいて保健支出が GNP に占める割合は 1~2% (世銀資料では 1%、保健省資料では 2%) と発表する機関によって数字に幅がある。保健省の保健セクター 10 年公共投資計画によると、保健支出の 55% は家計からの直接支出であり、そのほとんどは薬や病院の診療費にあてられると考えられている。政府の支出は保健支出全体の約 36% であり、ほかは雇用主、民間の保険、メディケア (賃金労働者を対象とした医療保険) からの支出とされており、予防など公衆衛生プログラムに対する財源が不足していると考えられている。

## (2) 保健省の予算・支出

1980 年以降保健省の支出は実質で微増してきているが、マクロ経済動向の影響を受けて上下している。保健省の支出はほぼ GNP の 0.4~0.6% の間で推移してきている。また、保健省の支出が政府予算に占める割合は、1980 年以降 3% 前後を推移してきたが、1993 年以降は 2.3% 前後である。これは 1992 年に施行が始まった地方分権化に伴い、保健省から地方政府に委譲された施設、人員とともに予算も委譲されたことが影響している。1995 年度の国民 1 人当たりの保健予算は 123 ペソ (約 5 ドル) で、インフレの影響を考慮すると、近年はほぼ横ばいで推移している。また、保健支出の内訳を見ると、従来人件費および保守・運営費が占める割合が高く、施設・設備など資本支出の占める割合は低く抑えられていたが、上昇傾向にある (表 2-3)。保健予算の主な目的別内訳を図 2-2 に、プログラム・プロジェクト別の予算を表 2-4 に示す。

表 2-3 保健省の予算 (1991~95 年)

|                       | 1991      | 1992       | 1993      | 1994      | 1995      |
|-----------------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|
| 保健省の予算額<br>(1,000 ペソ) | 7,465,164 | 10,628,244 | 7,262,829 | 7,418,233 | 8,647,889 |
| 対前年度伸び率 (%)           | -2.50     | 42.40      | -31.70    | 2.14      | 16.58     |
| 社会セクターに占める<br>割合 (%)  | 20.82     | 23.09      | 17.01     | 15.48     | 17.07     |
| 政府予算に占める割合 (%)        | 4.49      | 5.46       | 2.35      | 2.30      | 2.23      |
| GNP に占める割合 (%)        | 0.59      | 0.78       | 0.48      | 0.42      | 0.45      |
| 1 人当たりの予算 (ペソ)        | 118       | 164        | 110       | 108       | 123       |
| 保健支出の内訳               |           |            |           |           |           |
| 人件費 (%)               | 40.18     | 48.23      | 31.07     | 31.19     | 33.75     |
| 保守・運営費 (%)            | 55.54     | 47.63      | 57.56     | 50.23     | 42.26     |
| 資本支出 (%)              | 4.28      | 4.14       | 11.37     | 18.58     | 23.99     |

<sup>22</sup> Safe Water and Healthy Environment<sup>23</sup> National Health Insurance

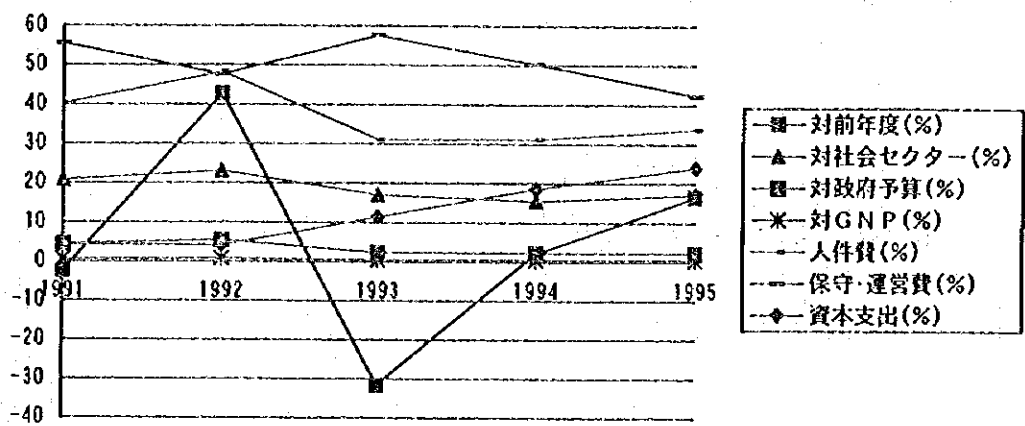


図2-2 保健予算の推移

出所 保健省提供資料

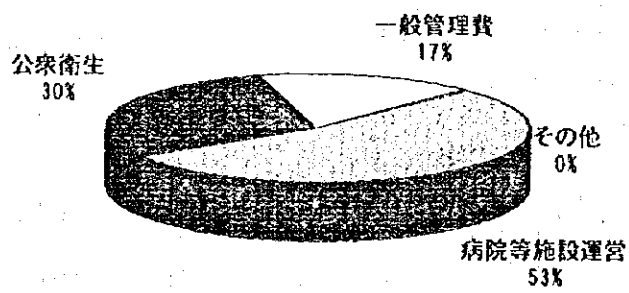


図2-3 保健省予算の主な目的別内訳 (1995年)

出所 保健省提供資料



表2-4 保健省の予算 (1,000 ペソ)

|                           | 1995      | 1996      | 1997       |
|---------------------------|-----------|-----------|------------|
| A. プログラムの合計               | 7,519,935 | 8,036,057 | 11,165,244 |
| I. 一般管理費                  | 1,340,084 | 1,227,835 | 3,193,473  |
| II. オペレーション支援費            | 135,411   | 205,143   | 234,202    |
| 保健情報・教育                   | 58,385    | 87,816    | 95,171     |
| 保健人材開発                    | 14,658    | 22,566    | 39,853     |
| 保健政策開発プログラム               | 3,000     | 4,232     | 4,907      |
| 国会との連携                    | 1,480     | 1,345     | 1,345      |
| 連携・調整                     | 100       |           |            |
| 国際関係                      | 100       | 20,998    | 20,807     |
| 国家医薬品政策                   | 20,000    | 23,574    | 19,800     |
| 全国必須保健調査                  | 2,800     | 35,496    | 43,459     |
| 地方保健研修センター支援              | 30,888    | 9,086     | 8,860      |
| 地方政府への支援およびモニタリング         | 4,000     |           |            |
| III. オペレーション              | 6,044,440 | 6,603,079 | 7,737,570  |
| 公衆衛生サービス                  | 1,348,419 | 1,243,866 | 1,364,682  |
| プライマリー・ヘルス・ケア             | 101,700   | 51,700    | 54,450     |
| 保健医療施設・運営                 | 3,980,742 | 4,314,057 | 5,702,751  |
| 規制・許認可等                   | 200,571   | 676,187   | 308,766    |
| 医薬品・医療機材・ワクチン等            | 41,329    | 64,806    | 30,991     |
| 地方自治体のプライマリー・ヘルス・ケア・プログラム | 122,870   | 123,870   | 123,931    |
| 州・市町病院の医薬品の地方予算           | 156,000   | 50,000    | 50,000     |
| 地方病院・特別病院予算               | 20,803    | 19,096    | 19,096     |
| 緊急事態対策プログラム               | 8,890     | -         | -          |
| 22の優先的な州の保健開発予算           | 63,116    | -         | -          |
| マラリア・フィラリア・住血吸虫症          | -         | 35,623    | 60,887     |
| 対策プログラム                   | -         | 14,984    | 15,136     |
| 地方保健委員会との調整               | -         | 8,890     | 6,890      |
| 病院における女性の保健相談             | -         | -         | -          |
| B. プロジェクトの合計              | 1,014,141 | 1,201,496 | 1,851,610  |
| I. 国内予算によるプロジェクト          | 161,602   | 485,913   | 676,064    |
| II. 国外からの援助によるプロジェクト      | 852,539   | 715,583   | 1,175,546  |
| A・B合計                     | 8,534,076 | 9,237,553 | 13,016,854 |

出所 保健省提供資料

## (3) 保健省予算の財源

1995年の保健省予算の財源の92.74%はフィリピン政府から、他は世銀グループの国際開発協会(IDA)から6.31%、国際復興開発銀行(IBRD)から0.74%、アジア開発銀行(AsDB)から0.21%が調達されている(図2-4)。

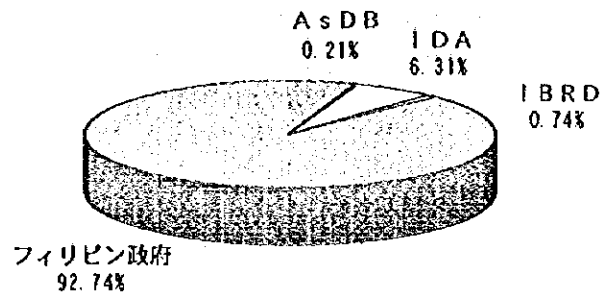


図2-4 保健省予算財源別 (1995年)

出所 保健省提供資料

## 2.2 地方衛生行政と保健医療計画

### 2.2.1 地方衛生行政機構

#### (1) 新地方自治法施行による変革

フィリピンの地方自治体は、第1編で述べたとおり、末端からバランガイ (Barangay=村落：人口数千)、町 (Municipality：人口数万人) または市 (City：人口10万～数十万人)、州 (Province：人口数十万人) と呼ばれる。

衛生行政機構と公的保健医療サービス供給システムは、新地方自治法法の施行により大きく変化した。新地方自治法による地方分権化以前は、フィリピンの公的医療機関はすべて保健省の中央集権体制の下にあった。すなわち、保健省の権限は国全体の保健医療政策決定・基準基準策定、指導等にとどまらず、指示・物資の供給に至るまで、中央からその出先機関である地方保健局<sup>24</sup>、州保健局<sup>25</sup>、市または町の保健課<sup>26</sup>を通じて末端の公的保健医療施設であるルーラル・ヘルス・ユニット (Rural Health Unit) やバランガイ・ヘルス・ステーション (Barangay Health Station) まで届けられるシステムであった。そして、これらの施設のスタッフは保健省の職員であった。

1991年の新地方自治法 (施行は92年) によって、地方自治体は以前は中央の保健省が管轄していた重要な公衆衛生サービスの責務を委譲され、委譲された権限に伴ってスタッフ、医療施設が地方自治体に移管された。

新地方自治法施行後は、保健省が直接管轄するのは地方保健局までとなり、各州・市・町における保健行政は地方自治体 (州・市・町) が責任をもって執行することになり、その政策も必要に応じてその長が独自のものを策定することができるようになった。

<sup>24</sup> Regional Health Office

<sup>25</sup> Provincial Health Office

<sup>26</sup> City Health Office または Municipal Health Office

## (2) 新地方自治法施行後の地方自治体の役割

### 1) 州政府の役割

州政府は①州保健局、②州立病院および市立病院、③数個の町(Municipality)をカバーする地区病院(District Hospital)および町病院(Municipal Hospital)における第1次、第2次、第3次の医療サービスおよびその他の支援サービスの責務を負う。プライマリー・ヘルス・ケア(PHC)システムにおいては、州保健局がその頂点をなし、第1次～第3次医療を担当することになっている。

### 2) 市の役割

市は①市保健局(City Health Office)、②大きな都市部の市立病院、③都市部のルーラル・ヘルス・ユニット(RHU)、④都市部の balan gai・ヘルス・ユニット(BHU)の施設における第1次、第2次、第3次の医療サービスおよびその他の支援サービスの責務を負う。

### 3) 町の役割

町は①町保健課(Municipal Health Office)、②町のルーラル・ヘルス・ユニット(RHU)、③町の balan gai・ヘルス・ステーション(BHS)を管轄し、第1次医療サービス、その他のフィールド・サービス、および住民が第2次、第3次の医療サービスへアクセスできるようにその責務を負う。町保健課長は、ルーラル・ヘルス・ユニットの所長を兼ねていることが多い。

## (3) リファラル・システム

地区病院および市立病院は、第2次医療機関と位置づけられており、ここで対応できない専門的な医療行為を必要とする患者は第3次医療機関である州立病院に出向く。なお、地方分権化に伴い地区病院がリファラルによりルーラル・ヘルス・ユニットからの患者を受け入れるようになってきている。

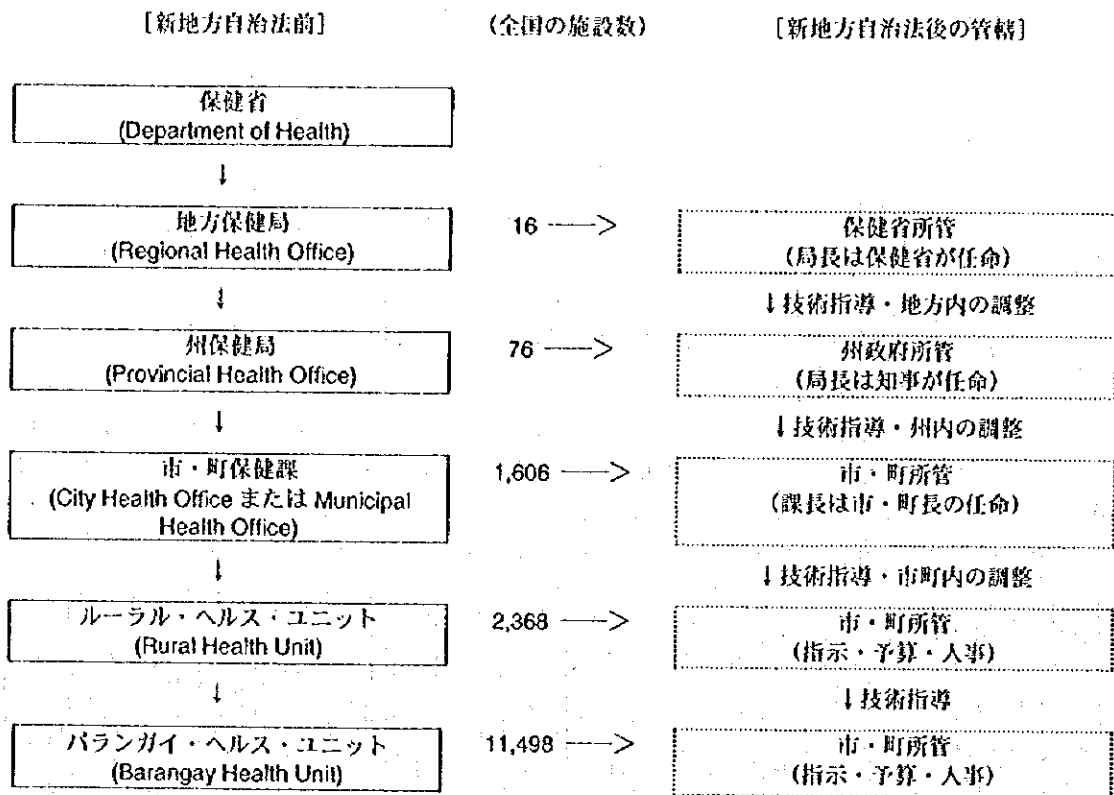


図2-5 地方衛生行政機構

出所 「開発途上国における母子保健に関する研究班 最終報告書」 1996 厚生省

## 2.2.2 地方保健医療計画・予算

### (1) 地方保健医療計画

保健省が地方自治体に 1993 年に配布したガイドラインによれば、1991 年の「新自治体法」施行以前に、保健省は保健計画手法としてプログラムに基づいた地域保健計画手法<sup>27</sup>によって、地域の保健医療サービスの行政官、末端の保健要員の自律性を高め、国家保健計画を地域の実情に合ったものに調整するアプローチが採られてきた。自治体法施行以後もこのアプローチが引き継がれるが、施行後の違いは、自治体が財政面での責任も負うようになったことである。しかし、一般的には地方自治体は基本的な計画策定・管理の経験が不足している。その上、州、市、町と責任が分割されているため、新たな統合的な計画手法が必要とされている。

町レベルでは、町保健担当官<sup>28</sup>、保健婦、村落助産婦および町予算担当官が地域保健協議会<sup>29</sup>と協議してプログラムに基づいた地域保健計画策定を行うこととなっている。この計画はその

<sup>27</sup> Area Program-Based Health Planning : APBHP

<sup>28</sup> Municipal Health Officer : MHO

<sup>29</sup> Local Health Board

地域のバランガイ・ヘルス・ステーションの計画の基礎となるとされている。

新地方自治法による地方分権化後の問題点としては、以下の点が指摘されている。

- 州知事や市長・町長は病院経営を通じた社会サービスの提供事業に優先度を低く置いており、必要な予算が確保されにくい。
- 豊かな財源をもつ大都市と、貧しい自治体の間に保健財源・保健医療サービスの格差が広がっていることが指摘されている。
- 保健分野への支出抑制が行われている自治体では、基礎的医薬品の購入費、職員が担当地域を巡回するのに必要な交通費、技術向上の研修費等が削減され、これまで無料配布されていた医薬品の不足、ルーラル・ヘルス・ユニットやバランガイ・ヘルス・ステーションのスタッフによる家庭訪問等の医療サービスの削減等が指摘されている。
- 医薬品・資機材等の調達に州政府の下に集権化されたシステムを通じて実施されるが、各医療施設レベルへの供給が遅れがちである。
- 州知事等に医療行政への理解が薄く、予防医療、PHC等に従事する職員の士気の低下を招いている。
- 州と市・町との権限が分けられたことにより、リファラルや指導のシステムに支障をきたし、上位医療機関への転職や研修の機会が減少した。
- 地方に移管された多くの医療従事者は給与等労働条件が低下したため、従来の地位(保健省職員)への復帰を希望している。

## (2) 予算

世界銀行のレポートによると、地方自治体の保健支出が国全体の公共の保健支出に占める割合は、1981～90年で平均9.9%と小さなものであった。

1992年には保健省の予算の約39%(約42億ペソ)が地方自治体に委譲された機能とともに移管されたが、これは委譲された保健省のスタッフの人的費や施設のオペレーション・コストがほとんどである。

地方分権化後の地方自治体の保健支出は把握が困難であるが、各自治体の支出の5～20%を保健支出に充てている。一般的には地方自治体は道路等の経済インフラなど目に見える分野により多くの予算を配分し、保健医療に大きな予算を割り当てることには消極的であると言われている。また、世銀などの資料によると保健医療部門予算は都市部の病院など治療活動に偏って予算が配分され、予防活動にはあまり予算が配分されない傾向がある。

## 「2 衛生行政」 参考資料

---

1. 企画調査員 赤松志郎 「フィリピンにおける地方開発促進のための企画調査 1991年 自治体法と自治体財政力」 1995 在フィリピンJICA事務所
2. 宗像朗、他 「フィリピン国別援助研究会(第2次)資料(現状分析)」 1994 国際協力事業団
3. Department of Health "National Health Plan 1995~2020" 1995 Department of Health
4. Department of Health "Public Investment Plan in Health Sector 1994~2004" 1994 Department of Health
5. The World Bank "Philippines Devolution and Health Services: Managing Risks and Opportunities" 1994 The World Bank
6. アジア開発銀行提供資料
7. 「開発途上国における母子保健に関する研究班 最終報告」 1996 厚生省

### 3 人口

フィリピンの主な人口関連指標を示す(表3-1)。全般に、開発途上国の平均レベルよりは良好で、先進工業国の平均とはまだかなりの隔りがある。

全体的な傾向としては、どの指標においても、この30年間で国民の健康状況はめざましく向上しているが、東アジアと太平洋地域全体の平均と比べると、1960年にはフィリピンの方が乳児死亡率、5歳未満児死亡率が低かったのに対して、1994年にはほぼ同レベルになっており、フィリピンの改善のスピードが鈍っている。

また、妊産婦死亡率、合計特殊出生率はフィリピンの方が東アジアと太平洋地域全体より高く、妊産婦ケア、家族計画の実施状況の差が表れているものと思われる。

表3-1 フィリピンの主な人口関連指標

| 年                     | 粗出生率* |      | 粗死亡率* |      | IMR** |      | U5MR** |      | MMR*** | LE   |      | TFR  |
|-----------------------|-------|------|-------|------|-------|------|--------|------|--------|------|------|------|
|                       | 1960  | 1994 | 1960  | 1994 | 1960  | 1994 | 1960   | 1994 | 80~92  | 1960 | 1994 | 1994 |
| フィリピン                 | 46    | 31   | 15    | 6    | 73    | 44   | 102    | 57   | 210    | 54   | 66   | 3.8  |
| 東アジアと太平洋地域<br>後発開発途上国 | 39    | 21   | 19    | 7    | 133   | 42   | 200    | 56   | 165    | 49   | 66   | 2.3  |
| 開発途上国                 | 48    | 43   | 25    | 15   | 171   | 108  | 282    | 170  | 603    | 40   | 51   | 5.7  |
| 先進工業国                 | 42    | 29   | 20    | 9    | 138   | 68   | 216    | 101  | 346    | 47   | 61   | 3.5  |
| 先進工業国                 | 20    | 13   | 10    | 9    | 31    | 7    | 37     | 9    | 7      | 70   | 77   | 1.7  |

IMR：乳児死亡率、U5MR：5歳未満児死亡率、MMR：妊産婦死亡率、LE：出生時平均余命、TFR：合計特殊出生率、\*：人口千対 \*\*：出生千対 \*\*\*：出生10万対  
出所 『世界子供白書』1996 UNICEF

#### 3.1 総人口・人口増加率・年齢別人口

フィリピンの総人口等の推移を示す(表3-2)。他の開発途上国と同様、高い出生率と徐々に低下している死亡率が特徴である。国際的人口移動が及ぼす影響は小さい。よって、人口増加は自然増加、すなわち出生が死亡を上回ることによる。

第二次世界大戦後、最初の国勢調査が実施された1948年の人口は1920万人であったが、1990年の国勢調査では6070万人、1995年の国勢調査では6861万人であった。1990年代前半の人口増加率は年間平均2.32%で、約30年で人口が倍増する水準である。

表3-2 フィリピンの総人口・人口増加率の推移

|          | 1960年 | 1970年 | 1980年 | 1990年 | 1995年  |
|----------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 総人口(万人)  | 2,709 | 3,668 | 4,810 | 6,070 | 6,861* |
| 人口増加率(%) | 2.89  | 3.08  | 2.71  | 2.35  | 2.32*  |

注 \*：“1995 Census of Populations Highlights” 1996 National Statistics Office  
出所 1994 Philippine Yearbook 1995 National Statistics Office

1980年と1990年の国勢調査に基づく性別・年齢層別人口分布を比べると、大きな変化は見られない(図3-1)。フィリピンの人口は比較的若く、総人口を3区分別に見ると、1990年では年少人口(0~14歳)が39.6%、生産年齢人口(15~64歳)が57.0%、老年人口3.4%となっている。しかし、年齢の中央値は1960年の17.1歳から1990年に18.7歳と、緩やかな加齢化傾向が見られる。従属人口指数(dependency ratio: 生産年齢(15~64歳)100人に対する15歳未満および65歳以上の人口)は1990年に75.5で、1980年の83.3に比べて低くなっている。

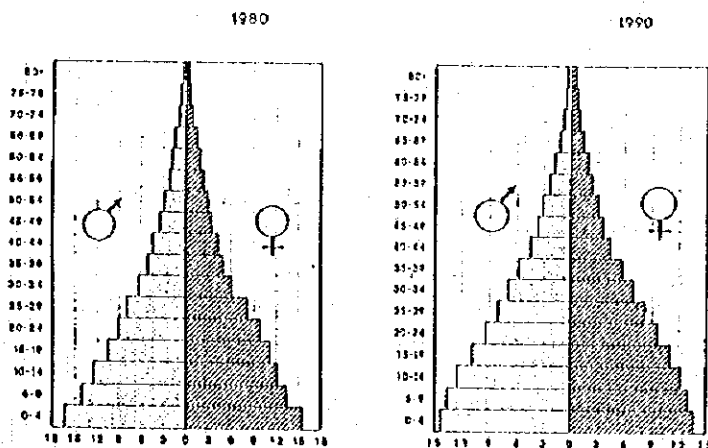


図3-1 性別・年齢層別人口分布(1980, 90年)

出所 ASEAN Women: A Statistical Factbook 1995 National Commission on the Role of Filipino Women and NSO

### 3.2 地域別人口分布

フィリピンの都市部人口は1990年の国勢調査によれば48.8%であり、70年の31.8%、80年の37.5%と比較すると都市部人口の割合が増加してきている(表3-3)。

1995年の国勢調査では、総人口の38%を超える人口がマニラ首都圏、ルソン中部(リージョン3)、タガログ南部(リージョン4)に集中している。また、タガログ南部は全国で最も人口増加率の高い(3.52%)リージョンである。一方、人口の少ないリージョンはコルディジェラ自治区(CAR)、カガヤンバレー、ピサヤ東部であり、3つのリージョンで総人口の10%程度に過ぎない。人口増加率が全国平均より高いのはマニラ首都圏とタガログ南部、ミンダナオのリージョン9、11、12である(表3-4)。



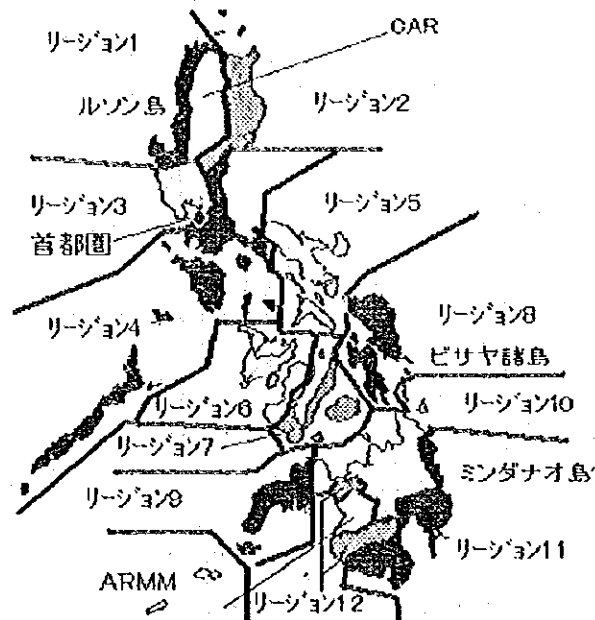


図3-2 フィリピンの地方別地図

また、人口密度を見ると、マニラ首都圏とその他の地方では大きな差がある(表3-4)。

フィリピンで問題となっている国内の人口移動には2通りある。一つは大都市への人口移動であり、もう一つは農地の劣化による、高地への移動である。

表3-3 フィリピンの都市人口比率および都市人口増加率の推移

|            | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 |
|------------|------|------|------|------|
| 都市人口比率(%)  | 29.8 | 31.8 | 37.5 | 48.8 |
| 都市人口増加率(%) | 4.1  | 4.1  | 4.4  | 5.1  |

出所 「開発途上国における母子保健に関する研究班最終報告書：フィリピン共和国」 1996 厚生省

表3-4 地方別人口・人口増加率・人口密度

| 地方                 | 人口<br>(1995年)<br>(人) | 人口増加率<br>(1990~95年)<br>(%) | 人口密度<br>(1990年)<br>(人/km <sup>2</sup> )* |
|--------------------|----------------------|----------------------------|--|
| 首都圏                | 9,454,040            | 3.30                       | 12,497.5                                 |
| CAR(コルディジェラ自治区)    | 1,254,838            | 1.71                       | 62.7                                     |
| R 1: イロコス          | 3,803,890            | 1.30                       | 276.5                                    |
| R 2: カガヤンバレー       | 2,636,035            | 1.51                       | 87.2                                     |
| R 3: 中央ルソン         | 6,932,570            | 2.12                       | 340.0                                    |
| R 4: 南タガログ         | 9,940,722            | 3.52                       | 176.1                                    |
| R 5: ビコル           | 4,325,307            | 1.91                       | 221.7                                    |
| R 6: 西ビサヤ          | 5,776,938            | 1.30                       | 266.7                                    |
| R 7: 中央ビサヤ         | 5,014,588            | 1.65                       | 307.3                                    |
| R 8: 東ビサヤ          | 3,366,917            | 1.84                       | 142.5                                    |
| R 9: 西ミンダナオ        | 2,794,659            | 2.42                       | 169.0                                    |
| R 10: 北ミンダナオ       | 2,483,272            | 2.32                       | 123.9                                    |
| R 11: 南ミンダナオ       | 4,604,158            | 2.64                       | 140.7                                    |
| R 12: 中央ミンダナオ      | 2,359,808            | 2.83                       | 136.2                                    |
| ARMM(モーロ・ミンダナオ自治区) | 2,020,903            | 1.80                       | **                                       |
| カラガ                | 1,942,687            | 1.82                       | **                                       |
| 国全体                | 68,614,162           | 2.32                       | 202.3                                    |

注 R: リージョン

\*: 1994 Philippine Yearbook 1995 NSO

\*\* : 1990年時点ではリージョンは14であり、ARMM、カラガの両リージョンはなかった。

出所 "1995 Census of Population Highlights" 1996 National Statistics Office

### 3.3 出生率

人口動態のデータは10年ごとに行われる国勢調査(95年には中間国勢調査が行われている)、人口関連の調査、住民登録から取ることができる。住民登録における出生・死亡の登録には登録漏れも多く、登録された出生・死亡数に基づく出生率・死亡率と人口関連の調査から推定される出生率・死亡率には差があり、国際比較には後者が用いられるのが一般的である。

1990、91年および92年の登録された出生数はそれぞれ1,631,069件、1,643,296件、1,454,657件であり、これに基づいた出生率は、90年に26.9(人口千対)、91年に26.1、92年に22.9であるが、特に地理的アクセスの悪い地域では登録漏れの問題がある。国家統計局は、1990~95年の粗出生率を31.9と推定している。

人口関連の全国調査から推定される合計特殊出生率(一人の女性が一生の間に産む平均の子供の数)の推移を図3-3に、地方(リージョン)別合計特殊出生率を表3-7に示す。

出生率は低下傾向にはあるが、近隣のタイ、インドネシア、中国などと比べると緩やかな低下である。UNICEFによれば1994年のフィリピンの合計特殊出生率は3.8で、近隣のインドネシアの2.8、タイの2.1などよりも高い。

表3-5 登録された出生数および出生率の推移

| 年    | 出生数       | 出生率(人口千対) |
|------|-----------|-----------|
| 1970 | 966,762   | 26.4      |
| 1975 | 1,223,837 | 29.1      |
| 1980 | 1,456,860 | 30.3      |
| 1985 | 1,437,154 | 26.3      |
| 1990 | 1,631,069 | 26.5      |
| 1991 | 1,643,296 | 26.1      |
| 1992 | 1,454,657 | 22.9      |

出所 1994 Philippine Statistical Yearbook 1995 National Statistical Coordination Board  
92年の数字は“1995 Updates on Philippine Health Statistics” 1996 DOH

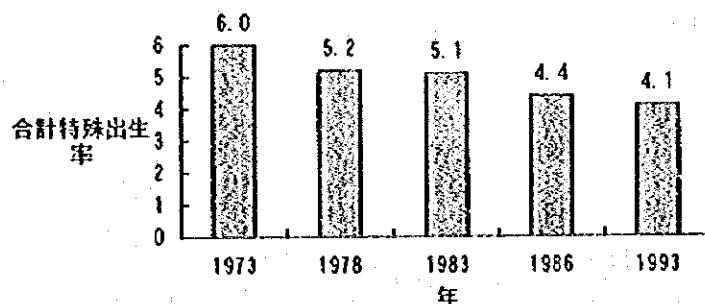


図3-3 人口関連の全国調査から推定される合計特殊出生率

出所 National Demographic Survey 1993 1994 National Statistics Office, Demographic and Health Surveys & Macro International Inc.

### 3.4 死亡率

登録された死亡数と死亡率の推移を示す(表3-6)。粗死亡率(人口1,000人当たりの年間死亡数)、乳児死亡率(出生千対)、5歳未満児死亡率(出生千対)、妊産婦死亡率ともに低下傾向にはあるが、出生率同様人口関連の全国調査から推定される値とは隔たりがある。

UNICEFによれば、粗死亡率は1960年の15から94年には6と低下した。1994年時点での乳児死亡率は44(出生千対)、5歳未満児死亡率は57(出生千対)と、東アジアと太平洋地域の平均とほぼ同じレベルである。1980~92年の妊産婦死亡率は210(出生10万対)と、東アジアと太平洋地域の平均より高い(表3-1)。

地方(リージョン)別の別の死亡率を表3-7に示す。

表3-6 登録された死亡数および死亡率の推移

| 年    | 死亡数     | 死亡率(人口千対) |
|------|---------|-----------|
| 1970 | 234,038 | 6.4       |
| 1975 | 271,136 | 6.4       |
| 1980 | 298,006 | 6.2       |
| 1985 | 334,663 | 6.1       |
| 1990 | 313,890 | 5.1       |
| 1991 | 298,063 | 4.7       |
| 1992 | 241,841 | 3.8       |

出所 1994 Philippine Statistical Yearbook 1995 National Statistical Coordination Board  
 92年の数字は“1995 Updates on Philippine Health Statistics” 1996 DOH

表3-7 地方別の出生率・死亡率

| リージョン              | 粗出生率     | 粗死亡率     | 乳児死亡率  | 5歳未満児死亡率 | 妊産婦死亡率   |
|--------------------|----------|----------|--------|----------|----------|
|                    | 人口千対*    | 人口千対*    | 出生千対** | 出生千対**   | 出生10万対** |
|                    | 1990~95年 | 1990~95年 | 1995年  | 1995年    | 1995年    |
| 首都圏                | 25.6     | 5.3      | 32.2   | 38.5     | 119      |
| CAR(コルディジェラ自治区)    | 34.4     | 8.5      | 54.9   | 76.9     | 193      |
| R 1: イロコス          | 29.3     | 8.1      | 45.7   | 61.4     | 161      |
| R 2: カガヤンバレー       | 34.3     | 7.8      | 53.7   | 74.6     | 191      |
| R 3: 中央ルソン         | 29.8     | 6.0      | 40.4   | 52.6     | 171      |
| R 4: 南タガログ         | 29.6     | 6.3      | 44.9   | 60.0     | 139      |
| R 5: ビコル           | 36.4     | 7.7      | 58.3   | 82.3     | 166      |
| R 6: 西ピサヤ          | 31.6     | 7.6      | 55.2   | 77.4     | 184      |
| R 7: 中央ピサヤ         | 31.8     | 7.0      | 47.3   | 64.0     | 158      |
| R 8: 東ピサヤ          | 37.3     | 9.5      | 64.3   | 92.6     | 190      |
| R 9: 西ミンダナオ        | 36.5     | 7.7      | 58.6   | 82.8     | 200      |
| R 10: 北ミンダナオ       | 34.2     | 7.5      | 53.7   | 74.6     | 225      |
| R 11: 南ミンダナオ       | 35.7     | 6.8      | 51.8   | 71.6     | 160      |
| R 12: 中央ミンダナオ      | 36.8     | 7.4      | 53.5   | 74.0     | 187      |
| ARMM(モーロ・ミンダナオ自治区) | 34.3     | 10.8     | 63.4   | 91.1     | 320      |
| 国全体                | 31.9     | 7.1      | 48.9   | 66.8     | 180      |

注 \* : 国家統計局データからの推定値

\*\* : 1993年実施の National Demographic Survey からの推定値

出所 保健省提供資料

**「3 人口」参考資料**

---

1. 『世界子供白書』 1996 UNICEF
2. 「開発途上国における母子保健に関する研究所最終報告書：フィリピン共和国」 1996 厚生省
3. 1994 Philippine Yearbook 1995 National Statistics Office
4. “1995 Census of Population Highlights” 1996 National Statistics Office
5. 1994 Philippine Statistical Yearbook 1995 National Statistical Coordination Board
6. Health Intelligence Unit “1995 Updates on Philippine Health Statistics” 1996 Department of Health
7. ASEAN Women: A Statistical Factbook 1995 National Commission on the Role of Filipino Women And National Statistics Office
8. National Demographic Survey 1993 1994 National Statistics Office, Demographic and Health Surveys & Macro International Inc.
9. 保健省提供資料



## 4 疾病・死亡

### 4.1 総論

フィリピンでは感染症が重要な保健問題であり続けている。感染症による死亡は減少してきているものの、主要疾病の上位には肺炎、下痢症、気管支炎、結核などの感染症が依然として占めている。また、栄養失調も子供や妊産婦を中心に重要な問題であり続けている。一方、心臓病、血管系疾患、悪性新生物など成人病による死亡や、事故による死亡は増加する傾向にある。

フィリピンの国家保健計画(1995～2020年)では、現状を以下のように表現している。

- 多くの乳幼児、女性、成人の生命が予防可能、治療可能な病気で失われている。
- 保健医療サービスへのアクセスがなかった、遅れた、または処置が効果的でなかったために起こっている障害がある。
- 治療が遅れたためにコストが高くなっているケースがある。
- 毎月30人の新生児が破傷風で亡くなっている。
- 毎日54人の子供が肺炎で亡くなっている。
- 毎日34人の子供が下痢症で亡くなっている。
- 毎時7人のフィリピン人が心臓病で亡くなっている。
- 毎時4人のフィリピン人が癌で亡くなっている。
- 毎日43人のフィリピン人が結核で亡くなっている。
- 毎日16人のフィリピン人が腎臓病で亡くなっている。
- 毎日180人のフィリピン人がマラリアに罹っている。
- 250万人の子供が栄養失調である。
- 妊婦および授乳している母親の2人に1人は貧血である。
- 1万5000～2万人のフィリピン人がHIVに感染していると推定される。

### 4.2 死亡とその原因

フィリピンの主要死因には感染症が重大な位置を占めている。特に肺炎は1991年まで第1位の死因であった。一方、心臓病は92年に第1位の死因に上がってきており、心臓病と血管系疾患で全死亡に占める割合が26.4%となっている。悪性腫瘍が第4位に上がってきており、成人病の重要性が増してきている。また、事故も死因の第6位に上がっている。感染症、心臓病、癌による死亡率の推移を図4-1に、10大死因を表4-1に示す。感染症による死亡率が低下し、心臓病、癌などの成人病の重要性が徐々に高まってきている。

フィリピンでは保健医療サービスが十分に行き届いていない、あるいは利用されていないという問題があることから、死因統計を見る際にはその点に留意する必要がある。保健省の資料によると、1992年に報告された死亡のうち、直接の死因となった疾病のために医療を受けた割合は43.68%で、半分以上は死因となった疾病の治療を受けることなく亡くなっている。そのため、死因別統計には限界がある。

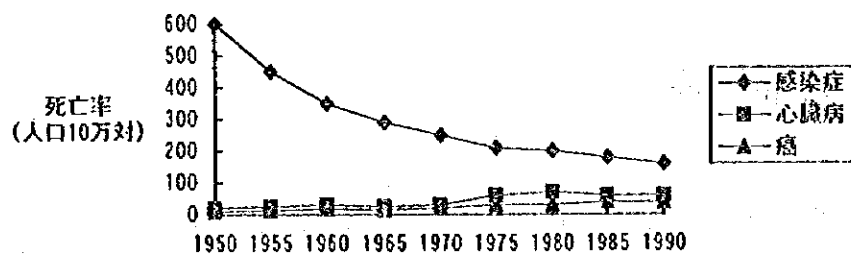


図4-1 感染症、心臓病、癌による死亡率の推移 (1950~90年)

出所 “Facts and Figures on Cardiovascular Diseases in the Philippines” 1994 Department of Health

表4-1 全国の10大死因

| 順位      | 死因      | 1987~91 平均 |               |              | 1992    |               |              |
|---------|---------|------------|---------------|--------------|---------|---------------|--------------|
|         |         | 死亡数        | 死亡率<br>人口10万対 | 全死亡に占める割合(%) | 死亡数     | 死亡率<br>人口10万対 | 全死亡に占める割合(%) |
| 1       | 心臓病     | 43,383     | 71.9          | 13.6         | 49,022  | 75.0          | 15.3         |
| 2       | 肺炎      | 44,871     | 74.3          | 14.0         | 42,074  | 64.4          | 13.2         |
| 3       | 血管系疾患   | 32,363     | 53.6          | 10.1         | 35,414  | 54.2          | 11.1         |
| 4       | 悪性腫瘍    | 21,609     | 35.8          | 6.8          | 23,946  | 36.6          | 7.5          |
| 5       | 結核      | 25,828     | 42.8          | 8.1          | 23,356  | 35.7          | 7.3          |
| 6       | 事故      | 11,560     | 19.1          | 3.6          | 11,292  | 17.3          | 3.5          |
| 7       | 慢性肺疾患   | 7,521      | 12.5          | 2.4          | 9,391   | 14.4          | 2.9          |
| 8       | 他の呼吸器疾患 | 6,511      | 10.8          | 2.0          | 6,973   | 10.7          | 2.2          |
| 9       | 下痢症     | 8,443      | 14.0          | 2.6          | 6,742   | 10.3          | 2.1          |
| 10      | 敗血症     | 5,160      | 8.5           | 1.6          | 5,774   | 8.8           | 1.8          |
| 上位10位合計 |         | 207,249    | 343.3         | 64.8         | 213,984 | 327.4         | 66.9         |

出所 保健省提供資料 (国家統計局からのデータを基にしている)



### 4.3 疾病構造

表 4-2 に 10 大疾病を示す。肺炎、気管支炎などの呼吸器感染症、下痢症が上位を占めている。

表 4-2 10 大疾病

| 順位 | 原因        | 1987~91 平均 |                   | 1992      |                   |
|----|-----------|------------|-------------------|-----------|-------------------|
|    |           | 罹患数        | 罹患率<br>(人口 10 万対) | 罹患数       | 罹患率<br>(人口 10 万対) |
| 1  | 肺炎        | 1,900,504  | 3,178.41          | 2,762,145 | 4,344.85          |
| 2  | 下痢症       | 953,466    | 1,594.58          | 1,101,411 | 1,732.57          |
| 3  | 気管支炎      | 741,152    | 1,239.50          | 609,203   | 958.27            |
| 4  | 栄養失調      | 347,429    | 581.01            | 537,965   | 846.24            |
| 5  | インフルエンザ   | 585,947    | 979.94            | 477,587   | 751.27            |
| 6  | 寄生虫症      | 119,634    | 200.08            | 273,789   | 430.68            |
| 7  | 事故        | 62,713     | 104.88            | 147,196   | 231.54            |
| 8  | 皮膚疾患      | 97,243     | 162.62            | 127,347   | 200.32            |
| 9  | 結核        | 169,259    | 283.05            | 111,272   | 175.03            |
| 10 | 心臓血管系疾患   | 59,737     | 99.90             | 49,865    | 78.44             |
|    | 上位 10 位合計 | 5,037,084  | 8,424             | 6,197,760 | 9,749.21          |

出所 “1995 Updates on Philippine”, 1996, Health Intelligence Service, Department of Health (フィールド保健情報システムからのデータを基にしている。詳細は 6.4 医療情報システムを参照)

#### 4.3.1 乳幼児・子供の主な疾病・原因

乳幼児の重要な疾患と死因を表 4-3、図 4-2、図 4-3 に示す。乳児(1 歳未満児)、幼児(1~5 歳未満児)ともに肺炎が重大な死因である。死因としての下痢症の重要度は地域によって異なっており、サマール州など衛生施設や水の供給が整備されていない州では、乳幼児の死因の約半分を下痢症が占めている。

乳幼児の主な疾病を見ると、悪化すると肺炎につながる気管支炎、インフルエンザが報告された疾病の半分以上を占めている。下痢症はそれに続いて重要な疾患である。マラリアは全国規模の問題ではないものの、流行地域では主要疾患である。また、栄養失調も乳幼児の重要な保健問題である。

表4-3 乳児死亡の10大原因

| 順位 | 死因       | 1987~91 平均 |               | 1992   |               | 全死亡に占める割合(%) |
|----|----------|------------|---------------|--------|---------------|--------------|
|    |          | 死亡数        | 死亡率<br>(出生千対) | 死亡数    | 死亡率<br>(出生千対) |              |
| 1  | 肺炎       | 11,400     | 8             | 9,620  | 7             | 34.1         |
| 2  | 敗血症      | 2,328      | 2             | 2,481  | 2             | 8.8          |
| 3  | 未熟児・低体重児 | 3,192      | 2             | 2,257  | 2             | 8.0          |
| 4  | 下痢症      | 2,409      | 2             | 1,816  | 1             | 6.4          |
| 5  | 先天異常     | 1,718      | 1             | 1,479  | 1             | 5.2          |
| 6  | 呼吸器病態    | 1,189      | 1             | 1,053  | 1             | 3.7          |
| 7  | 新生児低酸素   | 954        | 1             | 654    | 0             | 2.3          |
| 8  | 心臓血管系疾患  | 291        | 0             | 544    | 0             | 1.9          |
| 9  | 麻疹       | 602        | 0             | 430    | 0             | 1.5          |
| 10 | 新生児破傷風   | 481        | 0             | 318    | 0             | 1.1          |
|    | 上位10位合計  | 24,564     | 17            | 20,652 | 14            | 73           |

出所 保健省提供資料（国家統計局のデータを基にしている）

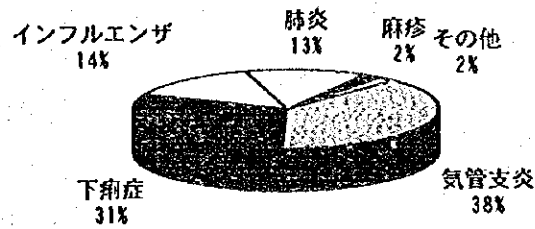


図4-2 乳児の主な疾病 (1990年)

出所 保健省データ（保健省のフィールド保健医療情報システムからの統計）

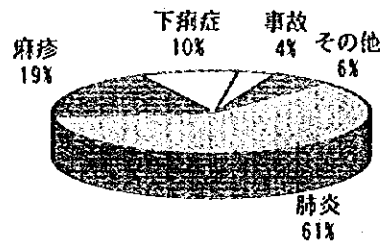


図4-3 5歳未満児の主な死因 (1990年)

出所 保健省データ (保健省のフィールド保健医療情報システムからの統計)

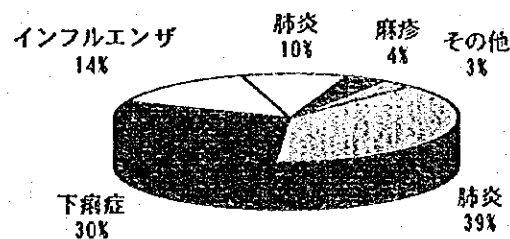


図4-4 5歳未満児の主な疾病 (1990年)

出所 保健省データ (保健省のフィールド保健医療情報システムからの統計)

#### 4.3.2 女性の疾病・原因

1990年の国勢調査によると、約3087万人の女性の人口のうち、約50%が出産可能年齢(15～49歳)にあった。保健省の資料によると、出産可能年齢の女性の主要死因は、心臓病、結核、癌、妊娠に関連するものである。40～59歳の年齢層では、乳癌が増加している。

妊産婦死亡の主な原因は、出産後の出血多量、胎盤停滞、妊娠中毒症である。妊娠中に一度は産前ケアを受ける妊婦の割合は約81% (5.5 母子保健の項を参照) と高いものの、ハイ・リスク妊婦の発見・管理、リファラルが適切に行われていない、患者の輸送設備が欠如しているなどの問題点が高い妊産婦死亡率の要因となっている。また、妊娠中および授乳期間中の女性の約半分に鉄欠乏性貧血が見られる。

表4-4 主な妊産婦死因

| 順位       | 死因       | 1987～91 平均 |                   | 1992 |                   | 全死亡に<br>占める割合(%) |
|----------|----------|------------|-------------------|------|-------------------|------------------|
|          |          | 死亡数        | 死亡率<br>(出生 10 万対) | 死亡数  | 死亡率<br>(出生 10 万対) |                  |
| 1        | 出産後の出血多量 | 338        | 24                | 280  | 19                | 23.43            |
| 2        | 胎盤停滞     | 116        | 8                 | 111  | 8                 | 9.29             |
| 3        | 妊娠中毒症    | 141        | 10                | 96   | 7                 | 8.03             |
| 4        | 高血圧      | 34         | 2                 | 43   | 3                 | 3.60             |
| 5        | 敗血症      | 87         | 6                 | 41   | 3                 | 3.43             |
| 6        | 中絶       | 46         | 3                 | 40   | 3                 | 3.35             |
| 上位 6 位合計 |          | 762        | 53                | 611  | 43                | 51.13            |

注 リージョン7を除く

出所 “1995 Updates on Philippine” 1996 Health Intelligence Service, Department of Health

### 4.3.3 成人・高齢者の疾患

成人の死因で最も多いのは心臓病・血管系疾患であり、これに結核、癌、事故が続いている。保健医療セクターへの公共投資計画では、労働人口に影響を及ぼしている疾患として、結核、マラリア、住血吸虫症、エイズおよびその他の性感染症、心臓血管系疾患、癌が挙げられており、これらの疾患への対策が重視されている。

## 4.4 感染症

表 4-5に主要な感染症の近年の動向を示す。

表4-5 主要感染症の症例数と死亡数

|         | 1990    |        | 1991    |        | 1992      |        |
|---------|---------|--------|---------|--------|-----------|--------|
|         | 症例      | 死亡     | 症例      | 死亡     | 症例        | 死亡     |
| 下痢症     | 927,860 | 6,396  | 984,713 | 4,552  | 1,045,615 | 4,799  |
| 気管支炎    | 980,557 | 1,008  | 891,562 | 562    | 770,396   | 378    |
| インフルエンザ | 544,768 | 605    | 462,915 | 496    | 510,190   | 401    |
| 肺炎      | 235,947 | 41,181 | 275,513 | 36,705 | 401,025   | 36,626 |
| 結核      | 152,688 | 24,307 | 123,281 | 22,814 | 136,981   | 20,132 |
| 水痘      | 33,177  | 20     | 42,909  | 12     | 62,327    | 29     |
| 麻疹      | 42,938  | 3,499  | 35,582  | 2,228  | 54,570    | 3,193  |
| マラリア    | 73,625  | 913    | 48,761  | 924    | 46,614    | 864    |
| 腸チフス    | 15,720  | 1,045  | 13,844  | 1,076  | 16,497    | 962    |
| ウイルス性肝炎 | 14,709  | 936    | 12,972  | 401    | 14,269    | 826    |
| 住血吸虫症   | 14,781  | 272    | 26,702  | 249    | 9,194     | 235    |
| デング出血熱  | 4,836   | 363    | 11,317  | 401    | 9,108     | 441    |
| 百日咳     | 4,135   | 9      | 4,829   | 9      | 3,792     | 8      |
| 破傷風     | 2,286   | 989    | 2,312   | 1,022  | 2,216     | 892    |
| ハンセン病   | 2,827   | 65     | 2,028   | 68     | 1,887     | 50     |
| フィラリア   | 286     | 1      | 1,026   | 2      | 1,423     | 2      |
| ジフテリア   | 921     | 115    | 1,028   | 62     | 680       | 62     |
| ボリオ     | 98      | 23     | 362     | 14     | 444       | 22     |
| 淋病      | 6,374   | 0      | 4,112   | 2      | 198       | 0      |
| 梅毒      | 151     | 3      | 232     | 2      | 60        | 8      |

出所 保健省提供資料(保健省によって報告が義務づけられている疾病の統計)

### 4.4.1 予防接種で予防可能な感染症

図 4-5 に子供における EPI 関連疾患の症例数、予防接種率を示す。フィリピンでは EPI 活動が強化された 1985 年から EPI 関連疾患の飛躍的な改善が見られ、1989 年には予防接種率 85% 以上という UCI 目標(Universal Child Immunization)をほぼ達成した。しかし、地方分権化の影響もあり、1993 年以降接種率が低下してきており、憂慮されている。

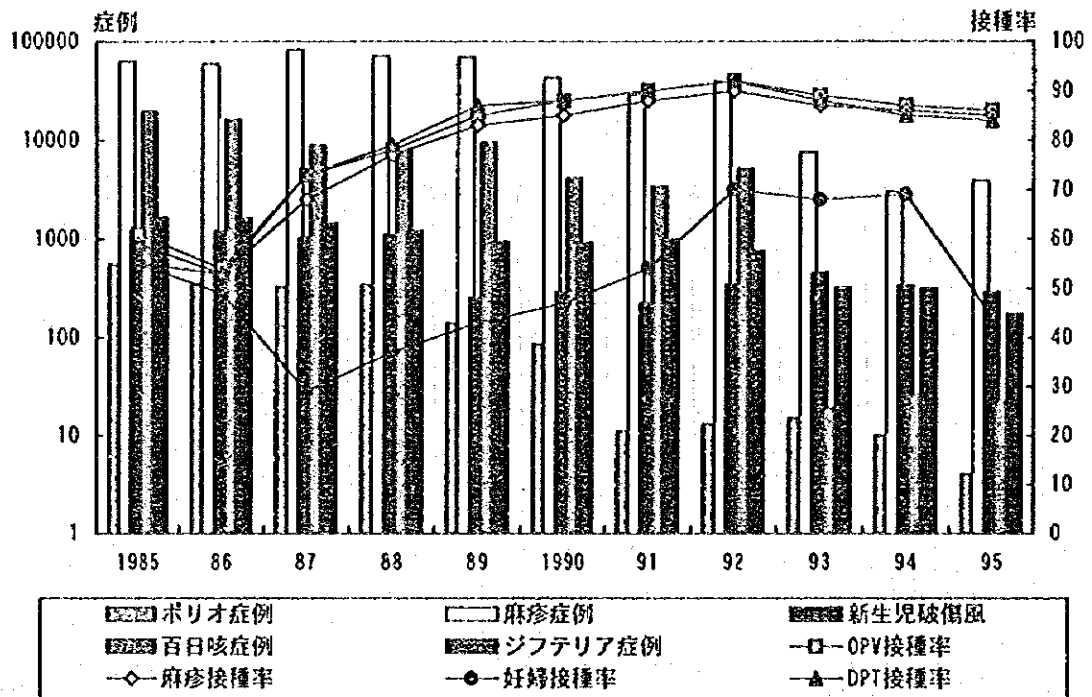


図4-5 EPI 関連疾患の症例数、予防接種率の推移

出所 Forth Programme of Cooperation for Child Survival, Protection and Development in the Philippines, 1994-98, Vol. 3.1. Health 1996 UNICEF

(1) ポリオ

ポリオ撲滅の目標達成は近づいていると言われている。ポリオ患者の減少は、1990年代のルーティンの接種率の向上と1993年に開始された全国予防接種デー・キャンペーンによるものと言われている。しかし、1993年から乳児のルーティン接種率が下がってきていることが憂慮されている。

表4-6 EPI：子供のポリオ症例数(人)と予防接種率(%)

| ポリオ | 1985 | 86  | 87  | 88  | 89  | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----|------|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|
| 症例数 | 557  | 357 | 327 | 344 | 139 | 85 | 11 | 13 | 15 | 10 | 4  |
| 接種率 | 61   | 54  | 73  | 78  | 85  | 88 | 90 | 92 | 89 | 87 | 86 |

出所 Forth Programme of Cooperation for Child Survival, Protection and Development in the Philippines, 1994-98, Vol. 3.1. Health 1996 UNICEF

(2) 麻疹

予防接種活動開始前の1983年と比べると、1995年には90%減少したと報告された。しかし、予防接種率の低い州や市ではいまだ流行が起きている。1988~91年の調査では、麻疹の致命率は18%であった。麻疹が下痢症など他の疾患や栄養失調、医療サービスへのアクセスが難しいことによる治療の遅れなどと重なった時に致命率が高くなっている。

表4-7 EPI: 子供の麻疹症例数(人)と予防接種率(%)

|     | 1985   | 86     | 87     | 88     | 89     | 90     | 91     | 92     | 93    | 94    | 95    |
|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|
| 麻疹  |        |        |        |        |        |        |        |        |       |       |       |
| 接種率 | 55     | 53     | 68     | 77     | 83     | 85     | 88     | 90     | 87    | 86    | 85    |
| 症例数 | 62,959 | 59,375 | 81,896 | 70,801 | 68,986 | 42,938 | 29,037 | 39,304 | 7,541 | 3,006 | 3,913 |

出所 Forth Programme of Cooperation for Child Survival, Protection and Development in the Philippines, 1994-98, Vol. 3.1. Health 1996 UNICEF

### (3) ジフテリア、百日咳

いずれも症例数は大きく減少してきている。

表4-8 EPI: 子供の百日咳症例数(人)と予防接種率(%)

|     | 1985   | 86     | 87    | 88    | 89    | 90    | 91    | 92    | 93 | 94 | 95 |
|-----|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|----|----|
| 百日咳 |        |        |       |       |       |       |       |       |    |    |    |
| 接種率 | 59     | 53     | 73    | 79    | 87    | 88    | 90    | 92    | 88 | 85 | 84 |
| 症例数 | 19,628 | 16,139 | 8,856 | 7,814 | 9,466 | 4,135 | 3,377 | 5,128 | 19 | 26 | 22 |

出所 Forth Programme of Cooperation for Child Survival, Protection and Development in the Philippines, 1994-98, Vol. 3.1. Health 1996 UNICEF

表4-9 EPI: 子供のジフテリア症例数(人)と予防接種率(%)

|       | 1985  | 86    | 87    | 88    | 89  | 90  | 91    | 92  | 93  | 94  | 95  |
|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-----|
| ジフテリア |       |       |       |       |     |     |       |     |     |     |     |
| 接種率   | 59    | 53    | 73    | 79    | 87  | 88  | 90    | 92  | 88  | 85  | 84  |
| 症例数   | 1,669 | 1,630 | 1,443 | 1,202 | 940 | 921 | 1,001 | 759 | 323 | 316 | 173 |

出所 Forth Programme of Cooperation for Child Survival, Protection and Development in the Philippines, 1994-98, Vol. 3.1. Health 1996 UNICEF

### (4) 新生児破傷風

年間の新生児破傷風症例数は1993年の455から1995年には288と減少し、罹患率が出生千に対して0.14となり、出生千に対して1未満とする目標を達成している。しかし、妊婦への破傷風トキソイド接種率が下がってきていることが憂慮されている。

表4-10 EPI: 新生児破傷風症例数(人)と妊婦の破傷風トキソイド接種率(%)

|        | 1985  | 86    | 87    | 88    | 89  | 90  | 91  | 92  | 93  | 94  | 95  |
|--------|-------|-------|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 新生児破傷風 |       |       |       |       |     |     |     |     |     |     |     |
| 接種率    | 55    | 49    | 29    | 37    | 43  | 47  | 54  | 70  | 68  | 69  | 44  |
| 症例数    | 1,244 | 1,210 | 1,042 | 1,115 | 254 | 291 | 224 | 347 | 455 | 336 | 288 |

出所 Forth Programme of Cooperation for Child Survival, Protection and Development in the Philippines, 1994-98, Vol. 3.1. Health 1996 UNICEF

## 4.4.2 下痢症疾患

フィリピンでは下痢症疾患は大人・子供に共通する主要疾患であり、プライマリー・ヘルス・ケアの重要課題ともなっている。乳児の3大死因および3大疾患の一つであり、5歳未満児の10大死因および10大疾患の一つである。下痢症による死亡の約75%は5歳未満児に起こっており、この年齢層において重大な保健問題である。保健省の統計によると、1993年には69万、

91年には42万の症例が報告されている。また、小児科に入院する子供の30~50%が下痢症によるものと言われている。しかし、下痢症による死亡は1985年の21.1(人口10万対)から1991年に8.6と59%減少した。

コレラの症例は1986年以降報告されていなかったが、94年に流行が見られた。特に6月、7月には月間900人前後の症例が報告された。95年には3月~6月の情報・行動キャンペーンによって安全な水の供給設備の建設、衛生的なトイレの普及、経口補水塩のバック(Oresol)の配布が促進されたことにより、この年にはコレラの流行は起こらなかった。

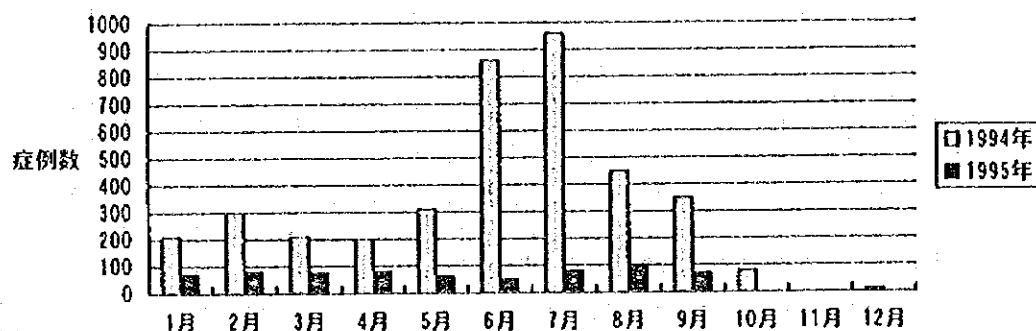


図4-6 月別コレラ症例数(1994、95年)

出所 保健省環境衛生サービス課提供資料

#### 4.4.3 急性呼吸器感染症

肺炎およびその他の呼吸器感染症はフィリピンの子供の主要疾患であり、死因である。保健省の急性呼吸器感染症対策が開始された1989年には、乳児死亡の28%、1~5歳未満児の死亡の60%が肺炎によるものであった。1993年に実施された全国人口調査によると、呼吸器感染症に罹患するリスクが高い子供は、生後6~23カ月、第6子以上、農村部に居住する子供、母親が学校教育を受けていない子供であった。

肺炎と診断される症例は増えているが、これは実際に肺炎が増加しているためであるのか、あるいは保健要員の研修の成果によって急性呼吸器感染症の診断・管理能力が向上したことによるためかははっきり結論づけることはできない。しかし、対策プログラムによって保健医療従事者や教育関係者に急性呼吸器感染症に関する知識が高められたことも一つの要因になっていると考えられている (UNICEFによる)。

#### 4.4.4 結核

フィリピンは東南アジア地域では結核が最も多い国と言われ、1992年には死因の第5位に位置している。結核の罹患率は1992年で175(人口10万対)、死亡率が35.7で20年前に比べて改善しているが、年間約13万の新患者が報告され、年間2万人を超える人々が結核によって死亡している。結核の罹患数と死亡数の推移を示す。



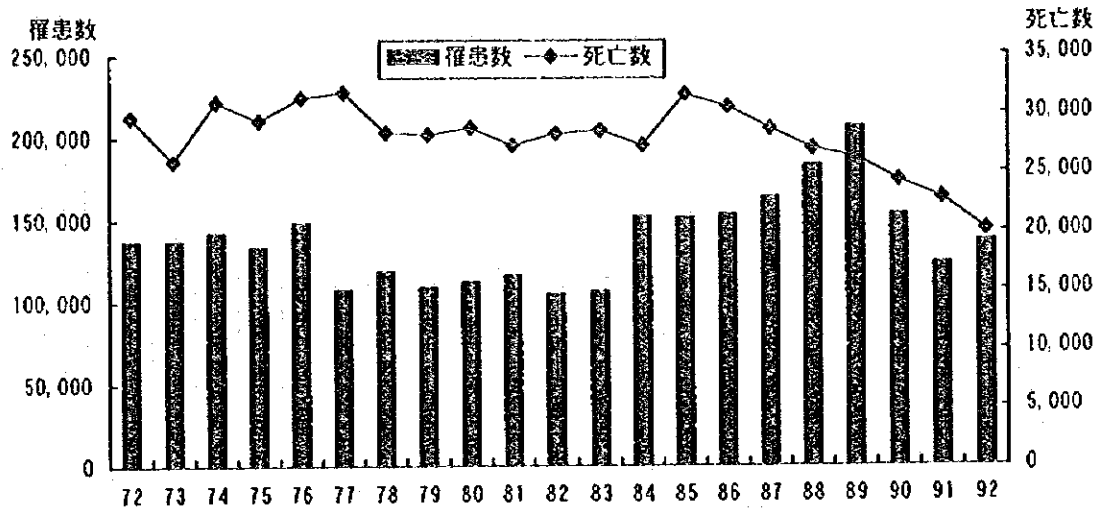


図4-7 結核の罹患者数と死亡数の推移

出所 Health Intelligence Service, Department of Health

#### 4.4.5 ハンセン病

フィリピンは西太平洋地域で最もハンセン病患者数の多い国である。有病率は熱帯、亜熱帯諸国の中では高いものではないが、1995年12月時点で1万1410人の患者が登録されている。

WHOが推奨する多剤併用療法(Multidrug Therapy, MDT: ダブソンにリファンピシンおよびクロファジミンを併用する療法)が1985年に初めて2つの州で導入され、1989年までに全国に拡大された。以来有病率、患者数ともに減少しており、1989年の有病率6.2(人口1万対)、患者数3万6972人に対して、1995年には有病率1.5、患者数1万1410人となっている(図4-8)。

患者発見率(Case Detection Rate, CDR)は1988年から91年にかけて上昇しているが、これは保健省によれば研修プログラムの徹底によって保健要員の間でハンセン病に関する知識が向上したためであると考えられている。91年以降は患者発見率は減少し、95年には6.0(人口10万対)、同年4,202人の新たな患者が報告されている。新たに発見された患者のうち、15歳未満児の占める割合は8%未満であるが、この割合が下降する傾向は見られず、いまだハンセン病の感染があることを示唆している。分布には地域差があり、ミンダナオ島西部、ルソン島北部、セブ島に集中している。

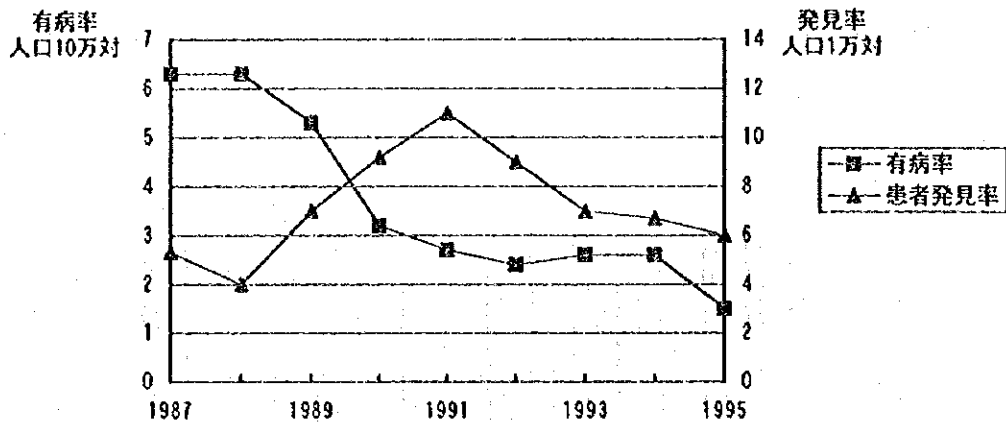


図4-8 ハンセン病有病率・患者発見率の推移

出所 保健省提供資料より作成

#### 4.4.6 マラリア

##### (1) 流行と分布

マラリアはフィリピン農村部において最も重要な感染症の一つである。

1946年マラリアの発生率は1,000.7(人口10万対)、死亡率は91.0(人口10万対)であり、他の疾病と比較して発生率は第1位、死亡率は第5位を占めていた。その後のマラリア抑制・撲滅運動を経て、1966年には発生率100.8、死亡率4.1にまで下降した。1982年までは中央政府指導型によるマラリア対策により、発生率は60~80、死亡率は2.0前後を維持したが、1982年からのプライマリー・ヘルス・ケアを中心とする地方分散型によるマラリア対策計画に移行してからは、発生率が200を超える数値を1989年に至るまで示し、その後1990年からは下降している。死亡率は1989年に1.6にまで下降し、マラリアはフィリピンにおける死亡率20位以内の疾病には入っていない。しかし、過去5年間平均で、マラリアに罹患する患者の数は1日当たり150人から200人と推定されており、その多くは15歳から29歳の若い生産年齢層に属することから、社会経済的影響が大きい疾患であると言われている。マラリア流行度指標の一つである年間マラリア発生率<sup>30)</sup>の年次推移を示す(図4-9)。

フィリピンにおけるマラリア流行の地理的分布を示す(図4-10)。保健省の1995年の年次報告によれば、農村部人口の25%、すなわち全国77州のうち68州の1千万人を超える人口がマラリア流行地域に居住している。特にマラリアが多いのは、カガヤン・バレーとミンダナオの一部のリージョンである。マラリアの流行がないのはセブ、ボホール、カタンドゥアネス州の3州だけであり、さらに6州(ギマラス、イロイロ、カピス、ピラン、シキホル、南部レイテ)については既に流行がないことを確認するため、調査が行われている。

<sup>30)</sup> Annual Parasite Incidence : API

人口千対

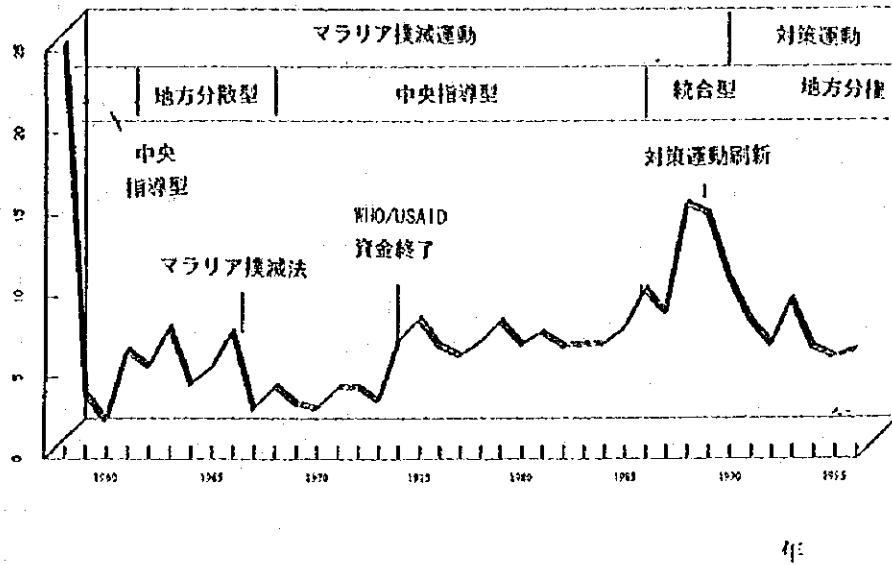


図4-9 フィリピンにおける年間マラリア発生率の推移 (1957~95年)

出所 保健省提供資料

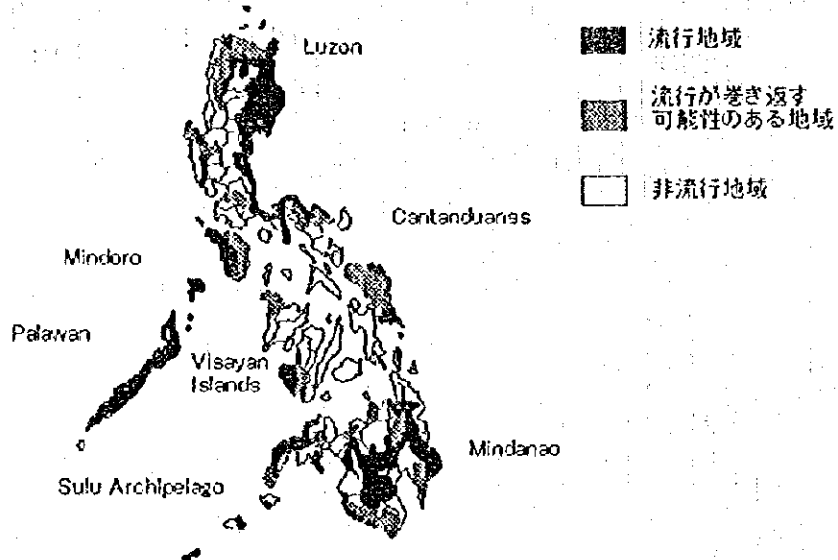


図4-10 マラリア流行の地理的分布

出所 『熱帯』第26巻「フィリピンのマラリア疫学特性」1993

## (2) マラリアの種別の頻度と薬物耐性

1995年の種別のマラリア頻度は、致命の恐れのある熱帯熱マラリア<sup>31</sup>が71.12%、三日熱マラリア<sup>32</sup>が28.03%である。四日熱マラリア<sup>33</sup>は稀であり、0.03%、混合感染が0.82%であった。

薬物耐性は1986年に初めてアモジアキン<sup>34</sup>に対するものがパラワン島より報告されたが、以来アモジアキンは1982年から90年までにおよそ36%の耐性度を示している。またクロロキン耐性も1974年から1991年にわたってマラリア対策サービスで調べられているが、28%から89%の頻度で軽中程度の耐性が報告されている。1995年から一部地域で開始された試験結果からもクロロキン耐性が広がっていることが示唆されている。

## 4.4.7 その他の寄生虫疾患

### (1) 住血吸虫症

フィリピンに分布する住血吸虫は、日本住血吸虫<sup>35</sup>で、水棲巻貝の体内で成長する住血吸虫幼虫を介して感染者から感受性者に伝播される。痛みを伴う肝臓および脾臓の肥大、腹水、じんま疹、進行性貧血などを引き起こし、致命的になることがある。この疾病はダム工事や灌漑計画などの水資源開発プロジェクトに伴って発生することがしばしばある(WHO 熱帯病 1990年)。

フィリピンでは国土面積の10分の1が流行地域で、400万人が危険地帯に住み、65万人が感染していると推定されている。レイテ島やサマル島では、部落の住民の60~80%が感染している地域もある。東ビサヤ(レイテ北)、ミンダナオの4つのリージョンに集中している。住血吸虫症の症例数と罹患率の推移を図4-11に示す。

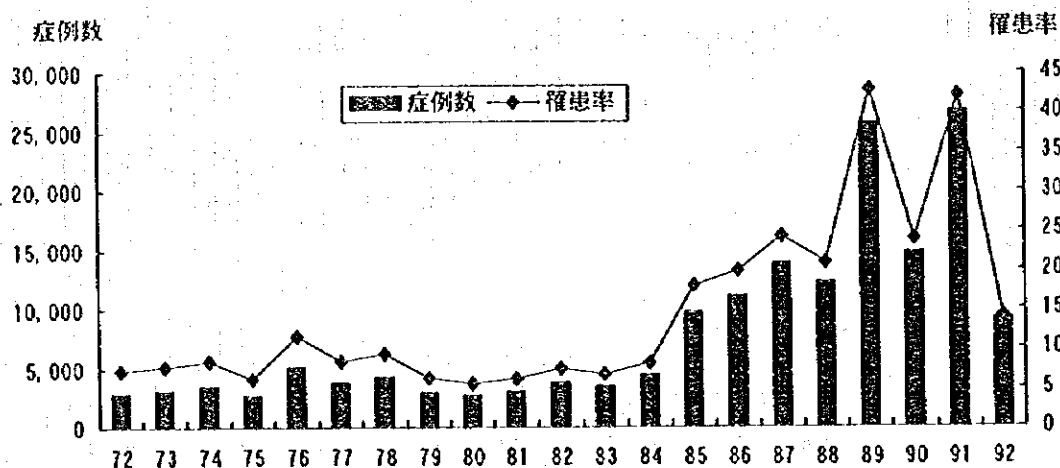


図4-11 住血吸虫症の症例数と罹患率(人口10万対)の推移

出所 Health Intelligence Service, Department of Health

<sup>31</sup> *Plasmodium falciparum*

<sup>32</sup> *P. vivax*

<sup>33</sup> *P. malariae*

<sup>34</sup> amodiaquine

<sup>35</sup> *Schistosoma japonicum*

## 4.4.8 エイズ

保健省の発表によれば、フィリピンにおけるエイズウイルスの感染は1984年2人の患者発生以来1995年11月までに累計でHIV感染者679人が報告されている。そのうちエイズ患者325人、死者は105人に達している。

表4-11 報告された HIV 感染者およびエイズ患者の数 (1984~95年11月)

| 報告期間      | 1984~95年11月の累計 | 1993年合計 | 1994年合計 | 1995年合計(11月まで) |
|-----------|----------------|---------|---------|----------------|
| HIV感染者数   | 679            | 100     | 119     | 91             |
| エイズ患者数    | 325            | 32      | 56      | 142            |
| エイズによる死亡数 | 105            | 11      | 14      | 7              |

出所 「フィリピンエイズ調査団収集資料」 1996 国際協力事業団

フィリピンでは1986年1月からエイズに関して保健省への報告義務が課せられ、1987年2月には保健省内にエイズ登録担当課が設置された。現在のフィリピンの保健省のHIV感染の統計は、①全国の15カ所の地方病院・検査所 (Regional Hospital/Clinical Laboratory/Regional Laboratory)、②8カ所以上の公衆衛生クリニック (Social Hygiene Clinic)、③赤十字血液センターおよび商業血液銀行、④個人開業医からの情報に基づいている。しかし、エイズ感染の特質上、感染者の正確な把握は困難であり、公表された数字は氷山の一角に過ぎない。1995年のWHOと保健省の推定では、HIV感染者は18,000人としている。この推定は、1)受動的推定(病院、検査所から保健省への報告)、2)積極的推定(保健省が売春婦等感染のリスクが高いと考えられているグループを対象に調査)によってなされる。

HIV感染者の男女比は1.34対1で、男性の方が多。男性では20~39歳の年齢層に感染者の61%が集中しており、特に30~39歳の年齢層の感染者が多い。女性では20~29歳の年齢層に感染者の55%が集中している。若い生産年齢層に感染者が多く、社会経済発展に与える影響の大きさが危惧される。

地理的には全国のすべての地方(リージョン)で感染が報告されているが、大きな都市に特に集中している。感染経路は性行為による感染が約70%で最も多く、麻薬注射針による感染は0.5%、母子感染1.2%と少ない。感染経路が不明のものが約26%と多い。

表4-12 報告された HIV/AIDS の感染経路 (1984~95年11月23日)

| 感染経路     | 件数    | 割合(%)  |
|----------|-------|--------|
| 性行為      | 481   | 70.9   |
| (異性間)    | (348) | (51.3) |
| (同性間)    | (102) | (15.0) |
| (両性間)    | (31)  | (4.6)  |
| 血液製剤・輸血  | 10    | 1.4    |
| 麻薬常習・注射針 | 4     | 0.5    |
| 母子感染     | 8     | 1.2    |
| 不明       | 176   | 25.9   |
| 合計       | 679   | 100.0  |

出所 「フィリピンエイズ調査団収集資料」 1996 国際協力事業団

フィリピンのエイズ感染率は全人口の0.1%未満と推定されており、近隣のタイなどに比べて低い。エイズの危険因子が存在していることから、政府は楽観視してはいない。危険因子には、売春、輸血血液検査の不備が挙げられる。さらに、同国の特徴として、200万人を超える海外労働者を抱えること、法律上の売春規制はあるものの、多数のコマーシャル・セックス・ワーカー(登録された者とフリーランスと2通りある)が存在し、性行為を介した流行が今後急増する可能性があることも危険因子として挙げられる。

#### 4.4.9 その他の感染症

##### (1) デング熱

フィリピンにおけるデング熱の流行は1年間を通じて起こるが、特に8月から12月にかけて多発することがある。デング熱の病原体であるアルボウイルスを保有する媒介蚊は主として *Aedes aegypti* で、フィリピンではマニラをはじめとして各地の人家周辺に見られるヤブカの一環である。媒介蚊の発生源は家屋周辺の水溜まりで、水瓶、空缶、古タイヤなどに幼虫が発生する。都市部で多く見られ、0歳から15歳未満の年齢層により多く見られる。血清型は1型~4型すべてが報告されているが、首都圏およびリージョン3(中央ルソン)で多く見られるのは、2型および3型である。デング出血熱は、1992年に14,269件の症例および826件の死亡が報告されている(表4.5)。

##### (2) フィラリア

フィリピンには蚊が媒介するバンクロフト系状虫(夜間強周期型で、マイクロフィラリアが夜中に血液中に出てくるタイプ)およびマレイ系状虫(夜間弱周期型)に起因するリンバ系フィラリア症(象皮症とも呼ばれる)が分布している。バンクロフト系状虫は主として農村地方に分布し、インドやインドネシアに多い都市型の流行と異なっている。マレイ系状虫はパラワン、スルー、ミンダナオ、サマルの4島の一部に見いだされ、沼沢地性の流行地と見なされる。43の州に流行が見られる。感染率は1994年の3.02%から95年に2.49%に下がったが、まだフィラリア感染がまったくないと宣言された市町村はない。年間200から300人の患者が報告されている。

##### (3) ウイルス肝炎

熱帯医学研究所のレポートによれば、フィリピンの人口の12~15%がB型肝炎ウイルスのキャリアであり、WHOがB型肝炎のワクチンを推奨している「8%感染」のボーダーラインを超えている。現在7番目のワクチンとして保健省がB型肝炎ワクチンの新生児への接種を推進しており、非公式ではあるが、接種率は50~60%と言われている。また、1~5%がC型肝炎ウイルスのキャリアと推定されている。B型肝炎やC型肝炎は肝硬変、肝臓癌との関連が認められており、特に肝臓癌はフィリピンにおける男性の癌による死亡の第2位を占めていることから、関心が高まっている。

## 4.5 非感染症

### 4.5.1 栄養失調

フィリピンと近隣諸国の栄養指標を示す。フィリピンの平均的な食事は主食の米、魚と若干の野菜からなっている。低所得世帯では、穀類・イモ類などエネルギー源となる食物が摂取食物の半分以上を占め、微量栄養素が不足しがちである。

表4-13 フィリピンと近隣諸国の栄養指標

| 国名             | 乳児死亡率<br>(出生千対)* | 低出生体重<br>児出生率<br>(%)** | 中・重度の低<br>体重(0-4歳) | 中・重度の<br>消耗症<br>(0-4歳) | 中・重度の<br>発育阻害<br>(0-4歳) | 甲状腺腫の<br>罹患率<br>(6-11)*** |
|----------------|------------------|------------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|---------------------------|
| フィリピン          | 44               | 15                     | 34                 | 6                      | 37                      | 15                        |
| 中国             | 35               | 9                      | 17                 | 4                      | 32                      | 9                         |
| タイ             | 27               | 13                     | 26                 | 6                      | 22                      | 12                        |
| ヴィエトナム         | 35               | 17                     | 42                 | 6                      | 51                      | 20                        |
| 東アジアと<br>太平洋地域 | 42               | 11                     | 23                 | 4                      | 33                      | 13                        |

注 \* : 1994年、\*\* : 1990年、\*\*\* : 1980~92年、それ以外は1980~94年  
出所 「世界子供白書」 1996 UNICEF

#### (1) 蛋白質カロリー栄養失調

低出生体重児(出生時の体重が2.5kg未満)出生率は約15%である。低出生体重児にとっては蛋白質カロリー栄養失調が出生前に既に始まっており、これは母親の妊娠中の栄養状態が適切でないことが要因となっている。妊娠中の女性の栄養状態に関するデータはないが、貧困によって食糧が十分確保できないこと、保健に関する知識が不足しているために、妊娠中に胎児が大きくなり過ぎて難産になることを恐れて食物摂取量を必要なだけ増加しないこと、妊娠が頻繁に繰り返されることなどが妊婦の低栄養状態の要因として考えられている。

出生前に始まった栄養不良は、2歳に達するまでに悪化する。フィリピンでは途上国一般よりも授乳育児の行われている割合が低いと言われている。1993年の人口関連の全国調査によると、3カ月未満児で母乳栄養のみを与えられている割合は、3分の1に過ぎず、全く母乳を与えられていない3カ月未満児は17%であった。さらに不十分あるいは不適切な離乳食や、汚染された食物や飲み物の摂取が原因となる下痢症、急性呼吸器感染症などによる体重減少が栄養状態を悪化させる。

#### (2) 微量栄養素の欠乏

微量栄養素の欠乏の主な原因は穀物を中心としたバランスのとれていない食事、特に離乳食の栄養バランスが悪いことによるものであり、これに寄生虫感染や、土壌の影響が加わる。アジア開発銀行の資料によると、フィリピンで最も頻度の高い栄養素の欠乏は、鉄欠乏性貧血である。報告された貧血の頻度は乳児の約49%、1~6歳児の約26%であった。乳児における高い貧血の頻度は、妊婦および授乳中の女性の約43%が貧血症であることの反映である。母体の貧血は胎児の成長に影響を及ぼし、乳幼児の鉄欠乏症は、知能低下や身体的機能の低下をも

たらずことが知られている。鉄欠乏の原因としては、鉄分の摂取量が少ないことに加えて、鉄分の吸収を促進するビタミンCを含む果物、野菜の摂取量が少いことも指摘されている。バランスの取れていない食物摂取に加えて、マラリア、住血吸虫症、腸管寄生虫症などの疾患も鉄欠乏の原因となっている。

ヨウ素欠乏症も深刻な問題であり、乳幼児のクレチン症、知的発達遅れ、聴覚障害をもたらす。以前はヨウ素欠乏は甲状腺腫の患者の割合で計られ、その下ではフィリピンの西部ピサヤ(リージョン6)における限定的問題と捉えられていたが、最近の研究によって、症状が現れないレベルのヨウ素欠乏でも深刻な子供の肉体的・精神的な発達障害を引き起こすことが分かってきた。1993年のマニラのある病院で行われた新生児の調査では、30%にヨウ素欠乏が見られ、一つのリージョンの問題ではなく、全国的な問題として捉える必要性が提言された。

ビタミンA欠乏は、失明だけでなく免疫機能を低下させ、致命の危険性を30%増加させる。ビタミンA欠乏症も全国的な問題であるが、ダバオ市などで特に多い。

#### 4.5.2 慢性病・成人病

1992年に実施された全国保健調査(サンプル数2万5000世帯)の結果から、特定の慢性疾患の中で罹患率の高かったものを挙げる。性別では甲状腺腫、貧血、心臓病は女性の方が罹患率が高く、胃潰瘍、高血圧症は男性の罹患率の方が高い(表4-14)。

表4-14 フィリピン全国保健調査による特定の慢性疾患の罹患率(1992年)

| 疾患          | 罹患率(人口10万対) |
|-------------|-------------|
| リウマチ、関節炎    | 4,621       |
| 高血圧症        | 3,807       |
| 消化性潰瘍または胃潰瘍 | 2,724       |
| 肺結核         | 2,354       |
| 貧血          | 1,532       |
| 心臓病         | 1,300       |
| 糖尿病         | 488         |
| 甲状腺腫        | 444         |

出所 "National Health Survey 1992" (発行年不明) Department of Health

##### (1) 心臓病・血管系疾患

心臓病および血管系疾患による死亡は徐々にその重要度を増している。1990年に呼吸器系疾患にかわって死因の第1位となった。1990年には心疾患による死亡が4万6000、血管系疾患による死亡が3万4000あり、すべての死亡の25.4%を占めている。心臓病による死亡率は、1970年の34.0から90年に74.4(人口10万対)と2倍以上になっている。心臓病・血管系疾患による死亡は主に冠状動脈の疾患、脳血管疾患、高血圧症によるものであり、1965~90年の間に2倍以上になっている。

心臓病・血管系疾患は1984年から保健省への報告が義務づけられるようになった。いくつかの調査からの推定では、全人口6千万人とした場合、

- 2万人の先天性心疾患の患者があり、
- 2万人のリウマチ性心疾患の患者があり、
- 300万人の高血圧症の患者があり、その20%が服薬による治療を必要とし、



- 75万人の冠状動脈疾患の患者がいると推定される。

心臓病・血管系疾患のリスク・ファクターとなる疾患および行動の頻度を表4-15に示す。

表4-15 心臓病・血管系疾患のリスク・ファクターとなる高血圧、高コレステロール血症および喫煙の頻度

|            | 1977~83年 |     | 1988~89年 |     |
|------------|----------|-----|----------|-----|
|            | 男        | 女   | 男        | 女   |
| 高血圧        |          |     |          |     |
| 都市部        | 13%      | 11% | 16%      | 10% |
| 農村部        | 9%       | 6%  | 7%       | 8%  |
| 高コレステロール血症 |          |     |          |     |
| 都市部        | 8%       | 10% | 24%      | 23% |
| 農村部        | 2%       | 5%  | 3%       | 5%  |
| 喫煙         |          |     |          |     |
| 都市部        | 60%      | 21% | 51%      | 13% |
| 農村部        | 58%      | 12% | 42%      | 14% |

出所 “Facts and Figures on Cardiovascular Diseases in the Philippines” 1994 Department of Health & Philippine Heart Center

## (2) 癌

悪性腫瘍は主要死因の4位を占めており、全死亡の7.5%がこの死因によって亡くなっている。男性では肺、肝臓、前立腺の癌が多く、女性では乳癌、子宮癌、肺癌の順に多い(表4-16)。

表4-16 フィリピンにおける男女別10大癌

|      | 男性    |       | 女性    |       | 全体    |       |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|      | 症例数   | 割合(%) | 症例数   | 割合(%) | 症例数   | 割合(%) |
| 肺癌   | 6,897 | 24.6  | 2,287 | 6.6   | 9,184 | 14.7  |
| 乳癌   |       |       | 8,321 | 23.4  | 8,421 | 13.5  |
| 肝臓癌  | 3,449 | 12.3  | 1,293 | 3.7   | 4,742 | 7.6   |
| 子宮頸癌 |       |       | 4,376 | 12.7  | 4,376 | 7.0   |
| 白血病  | 1,506 | 5.4   | 1,425 | 4.1   | 2,931 | 4.7   |
| 胃癌   | 1,641 | 5.8   | 1,160 | 3.4   | 2,801 | 4.5   |
| 大腸癌  | 1,205 | 4.3   | 1,193 | 3.5   | 2,398 | 3.8   |
| 甲状腺癌 |       |       | 1,823 | 5.3   | 2,292 | 3.7   |
| 直腸癌  | 1,105 | 3.9   |       |       | 2,000 | 3.2   |
| 鼻咽腔癌 | 1,272 | 4.5   |       |       | 1,869 | 3.0   |
| 前立腺癌 | 1,708 | 6.1   |       |       |       |       |
| リンパ腫 | 871   | 3.1   |       |       |       |       |
| 口腔癌  | 670   | 2.4   |       |       |       |       |
| 卵巣癌  |       |       | 1,823 | 5.3   |       |       |
| 子宮体癌 |       |       | 994   | 2.8   |       |       |

出所 保健省提供資料

## 4.5.3 精神障害

フィリピンで精神保健サービスを提供している公的病院は22カ所で6,260床。そのうち4,200床(67%)は首都圏にある国立精神保健センターにある。その他の病床は9つのリージョンに不均等にあり、6リージョンには精神科の病床が全くない。民間の病院は10カ所未満で計500

床を有し、そのほとんどは首都圏にある。

表4-17 精神保健サービスを提供している公的病院

|   | 施設数      | 病床数      |
|---|----------|----------|
| 国立精神保健センター<br>(National Center for Mental Health, NCMH)     |          | 4,200床   |
| メディカル・センターの精神科  | 8        | } 2,060床 |
| 地方病院の精神科  | 6        |          |
| 州立病院<br>(Mariveles mental Ward, Trece Martires Mental Ward) | 2        |          |
| 救急ケアユニット  | 5        |          |
| 民間の病院   | 10未満(不明) | 500床     |

出所 “The Philippine Country Report - Seminar for Senior mental Health Officers” 1995  
Department of Health

WHO の推定では、人口の1%が入院治療を必要とする精神障害をもつと言われ、これに基づけば、フィリピンには約680,000床が必要とされるが、現状ではその1%程度しかないことになる。また、精神科医協会に登録されたメンバーは308人、そのうち精神科の認定専門医は108人のみである。

公的病院の精神科には年間平均で約15,000の入院と退院があるが、その60%は国立精神保健センターにおける入退院である。

精神障害の原因となるファクターである、災害、急速な都市化、貧困、海外での雇用、暴力、その他の社会的問題などが増加している。また、若い年齢層に精神障害の原因となりうるリスクにさらされるケースが増加している。ストリート・チルドレン、家庭の崩壊、生活のために働く子供、紛争、自然災害、売春、虐待、暴力、薬物・アルコール乱用などである。

1995年の保健省精神保健プログラムの報告書によれば、リージョン4のアンティーク、イロイロ、西ネグロスの3州で精神疾患のベースライン・サーベイが5,211人(成人3,044人、子供および思春期の若者2,167人)を対象に行われ、次のような結果が得られた。

表4-18 精神疾患のベースライン・サーベイの結果(1995年)

|            | 有病率          |
|------------|--------------|
| 不安         | 14.3% ± 2.2% |
| パニック障害     | 5.6% ± 1.8%  |
| うつ病        | 5.3% ± 0.9%  |
| 精神障害の中の精神病 | 4.3% ± 1.3%  |
| 薬物・アルコール乱用 | 0.7% ± 0.4%  |
| 強迫神経症      | 0.6% ± 0.4%  |

注: 95%信頼区間だと推定されるが、原典に説明がない。

出所 “The Philippine Country Report - Seminar for Senior mental Health Officers” 1995  
Department of Health

## 4.5.4 傷害・事故

事故の件数、死亡数ともに1983年以降増加している。1991年に報告された事故による患者数は全国で63,028人、死亡は26,605人であった。原因別では、事故か故意によるか不明の傷害、車両事故が多い(表4-19)。

表4-19 事故による死亡の主な原因 (1991年)

| 原因             | 性別死亡数  |       | 死亡数    | 合計<br>死亡率 |
|----------------|--------|-------|--------|-----------|
|                | 男性     | 女性    |        |           |
| 事故か故意によるか不明の傷害 | 13,463 | 1,649 | 15,112 | 23.8      |
| 車両事故           | 2,037  | 795   | 2,832  | 4.5       |
| 溺死、窒息          | 1,629  | 762   | 2,391  | 3.8       |
| 頭蓋内傷害          | 761    | 265   | 1,026  | 1.6       |
| 骨折、脱臼          | 637    | 199   | 836    | 1.3       |
| 自然災害           | 486    | 325   | 811    | 1.3       |
| 落下             | 361    | 136   | 497    | 0.8       |
| 自殺、自虐          | 277    | 138   | 415    | 0.7       |
| その他            | 2,057  | 628   | 2,685  | 4.5       |
| 事故・中毒・暴力合計     | 21,708 | 4,897 | 26,605 | 45.3      |

注 単位：死亡数は人、死亡率は人口10万対

出所 Philippine Health Statistics 1991 Department of Health

#### 「4 疾病・死亡」参考資料

---

1. 竹野繁之 他 『熱帯』 第26巻 1993 「フィリピンのマラリア疫学特性」
2. 『世界子供白書』 1996 UNICEF
3. Richard A. Heaver and Joseph M. Hunt, Improving Early Childhood Development, An Integrated Program for the Philippines 1995 Asian Development Bank
4. National Health Survey 1992 Department of Health
5. "Facts and Figures on Cardiovascular Diseases in the Philippines" 1994 Department of Health and Philippine Heart Center
6. "The Philippine Country Report - Seminar for Senior mental Health Officers" 1995 Department of Health
7. "1995 Updates on Philippines" 1996 Health Intelligence Service, Department of Health
8. 1994 Philippine Statistical Yearbook 1995 National Statistics Office
9. "Situation Analysis on AIDS in the Philippines" 1994 The Philippine Population Association, Inc.
10. Forth Programme of Cooperation for Child Survival, Protection and Development in the Philippines 1994-98 Vol.3.1. Health 1996 UNICEF
11. Situation of Children and Women in the Philippines 1992 UNICEF
12. 保健省提供資料

## 5 保健対策活動

### 5.1 総論

フィリピン政府は、1980年代から90年代はじめにかけてプライマリー・ヘルス・ケアの戦略によって予防接種プログラム、母子保健、マラリア、住血吸虫症、結核など重要な感染症対策の基本的サービスをコミュニティに届けることを重視してきた。90年代に入ってから、これらを強化し、さらに栄養改善、家族計画の推進の強化が加えられている。また、安全な水の供給、衛生施設の向上、環境汚染対策、慢性疾患および感染症の予防対策が加えられ、プライマリー・ヘルス・ケアを補足するものとしている。

現行の保健医療セクターへの公共投資計画は次の6つのパッケージからなり、それらに保健予算の多くが分配されている(2.1.2(3)参照)。

- ① 安全な母性と女性の健康
- ② 子供の保健
- ③ 労働人口に影響を及ぼしている疾患への対策
- ④ 保健医療サービス能力の向上
- ⑤ 安全な水と健康的な環境
- ⑥ 国民健康保険

### 5.2 プライマリー・ヘルス・ケア

フィリピンにおいてプライマリー・ヘルス・ケアは1981年に全国的に実施に移され、国家保健医療計画の主要なコンポーネントともなっている。プライマリー・ヘルス・ケアは、保健医療活動を社会・経済開発の一部と位置づけ、地域社会との協調、住民参加による保健医療サービスへのアクセス拡大、低コストによる持続可能性の確保を目的とした政策であり、これによりフィリピンの保健医療制度は従来の政治依存型から個人、家庭および地域社会の自助努力に重点が移行してきている。

末端での鍵となる保健要員は助産婦<sup>36</sup>であり、全国で約1万1500カ所(1994年現在)のバラングイ・ヘルス・ステーションに駐在する。助産婦の資格は、中等教育の後、1.5から2年の専門教育を経て国家試験に合格すれば与えられる。RHMは人口5,000人に対して1人、3~5のバラングイ(村落)に1人の割合で配置されている。世界銀行の援助によって保健省は2,500人のRHMを増加させ、最も貧しい県に配置することができた。これらの貧しい県ではRHMは人口2,000人から3,000人に1人の割合で配置されるようになった。RHMの業務を以下に示す。

- 妊産婦検診
- 分娩介助

<sup>36</sup> Rural Health Midwife : RHM

- 新生児ケア
- 予防接種
- 疾病治療（下痢症、急性呼吸器疾患、結核、ハンセン病、肝炎）
- 栄養指導（栄養補給プログラムを含む）
- 家族計画（指導、避妊用品の配布）
- 5歳未満児検診
- 家庭訪問（産婦、結核患者等）
- ファースト・エイド
- 記録・報告

RHM は訓練を受けた地域のボランティアであるバランガイ・ヘルス・ワーカー<sup>37</sup>によって補佐される。バランガイ・ヘルス・ワーカーは週に2～3時間、バランガイ・ヘルス・ステーションもしくはルーラル・ヘルス・ユニットで働き、RHMの指導の下に、協力者となって業務の補助、情報の地域への伝達等を行っている。政府は農村部で20世帯に対して1人、都市部で50世帯に対して1人の割合でこのBHWを配置し、効果的なネットワークを築こうとしている。平均的な人口1,500人のバランガイにはだいたい10人のBHWが配置されている。

地方分権化後は、全国的に助産婦の家庭訪問のための交通費の支給が削減、廃止されるようになり、家庭訪問が実施され難くなったことが問題点として指摘されている。

## 5.3 予防接種対策(EPI)

### 5.3.1 現状と目標

1976年に始まったWHO/UNICEFのEPIにフィリピンも参加してきたが、86年以降は特にWHO/UNICEFの強力な援助の下、アメリカ、カナダ、オーストラリアとの二国間、あるいはロータリー・インターナショナルによるワクチン供与が開始され、新たな国家的キャンペーンが開始された。

予防接種プログラムは1980年代半ばまでに6つの標準接種(ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、麻疹、結核)を含むように広げられたが、1986年に実施された評価調査の結果では、すべての予防接種を受けた子供の割合は21%にすぎなかった。80年代の半ばにUNICEFの支援によって世界的に予防接種に対する注目が高まり、予防接種拡大の大統領宣言が出され、すべての予防接種を受けた子供の割合は1989年までには80%に、93年までには91%まで上がった。この成功はコールド・チェーン・システムの強化、研修プログラム、効果的な口コミおよびマスメディアを使った啓蒙活動<sup>38</sup>を含む多くの活動が同時になされたことにより達成された。また、国家予防接種デーが年に2回設けられ、1993年、94年には大きな成果を上げた。

表5-1に予防接種の接種率の推移を示す。

<sup>37</sup> Barangay Health Worker : BHW

<sup>38</sup> Information, Education and Communication : IEC

表5-1 予防接種の接種率の推移(%)

|                 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1995目標 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|--------|
| 全ワクチンを接種した1歳未満児 | 75   | 86   | 91   | 91   | 88   | 86   | 90     |
| BCG             | 96   | 97   | 94   | 91   | 89   | 89   |        |
| ポリオ3回           | 88   | 90   | 92   | 90   | 88   | 85   |        |
| DPT三種混合*3回      | 88   | 90   | 92   | 89   | 86   | 83   |        |
| 麻疹              | 85   | 88   | 90   | 86   | 87   | 83   |        |
| 破傷風2回(妊婦)       | 47   | 54   | 70   | 70   | 69   | 56   | 80     |

注 \* : DPT三種混合はジフテリア、百日咳、破傷風の混合ワクチン

出所 Forth Programme of Cooperation for Child Survival, Protection and Development in the Philippines, (CPCIV) 1994-1998 Vol.3.1 Health 1996 UNICEF

接種率は、1992年、93年にほぼ目標に達したが、その後は地方分権化の影響もあって、やや低下の傾向にあるのが懸念される点である。地方分権化後もワクチン、接種に必要な注射器や針、コールド・チェーン機材は中央政府から支給されるが、コールド・チェーン機材の保守管理費はこれを引き継いだ地方政府が責任をもつことが求められている。予防接種活動は地方政府から出張手当が支給されないなどの理由から、アウトリーチの接種サービスが減少し、センターでの接種が主となった。また、EPI関連のサプライの供給も遅れがちで、モニタリングや指導のための訪問も地方分権化前に比べて減少している。

また、B型肝炎のワクチンは第7番目のEPIとして接種が行われている。非公式な数字では、B型肝炎ワクチンの接種率は50~60% (50%はWHO、60%は保健省EPI担当課で聞き取り)であるとされている。

## (1) 課題

### 1) ワクチンの製造・調達

ワクチンは全量を政府がUNICEFのワクチン計画<sup>39</sup>を通じて調達しており、カナダ政府の援助も受けている。また、B型肝炎ワクチンは、韓国製などを輸入している。

かつて保健省の生物製剤部<sup>40</sup>でBCG、破傷風トキソイドが生産されていたが、1995年から移転のため生産を中止している。BPSは組織として植民地時代から種痘ワクチンや蛇毒に対する抗血清製造の長い歴史をもっているが、政府の直営製造所となってからは生産管理や技術革新の分野で遅れが目立つようになり、生産再開のためには、資金的・技術的問題が解決されなければならないとも言われている。

### 2) コールド・チェーン

ほとんどのコールド・チェーンの機器が1985年に設置され老朽化していることによりコールド・チェーン・システムの信頼性低下が懸念されている。1994年に5つのリージョンで実施された調査では、20%のルーラル・ヘルス・ユニットが8年以上前に購入された冷蔵庫を使用していた(計画耐用年数は5年間)。また、温度管理を行っていたルーラル・ヘルス・ユニットは24%、ワクチンの在庫状況を記録していたのは17%に過ぎないといった問題があわせて指摘された。

<sup>39</sup> Vaccine Independence Initiative

<sup>40</sup> Biological Products Service : BPS

## 5.4 栄 養

政府は「フィリピン食糧栄養計画」を策定し、貧困地域および被災地域を中心に国民の栄養改善に取り組んでいる。計画の活動としては、

- ① 食糧補給
- ② 栄養に関連する保健医療サービス（微量栄養素欠乏症の予防と対策、重度の栄養失調の子供のリハビリテーション、予防接種、下痢症対策、母子保健対策など）
- ③ 飲料水の供給
- ④ 家庭菜園、家庭での離乳食作りなど家庭での食糧供給の増加促進
- ⑤ 啓蒙活動

の5つの活動が実施されており、民間セクター、NGO、援助機関が支援を行っている。

### (1) 栄養問題対策の関係機関

栄養対策プログラムに関わる主な機関は以下のとおりである。

#### 1) 国家栄養評議会<sup>41</sup>

農業省に帰属する国家栄養評議会が全体の政策決定、調整、モニタリングを行っている。

#### 2) 保健省

プログラムの主たる実施機関として微量栄養素のプログラム、成長モニタリング、栄養教育、妊産婦、授乳期の女性4歳未満児への食糧補給を管轄している。

#### 3) 社会福祉開発省<sup>42</sup>

社会福祉開発省は保健省と並ぶプログラムの主たる実施機関として4～6歳児を対象に、食糧補給を含む栄養プログラムを実施している。

#### 4) 農業省

農業生産の向上、家庭菜園の推進などを行っている。

#### 5) NGO

NGOではケア(CARE)、カトリック・リリーフ・サービス(Catholic Relief Services)、教会が食糧補給プログラムを行っている。また、援助機関では、世界銀行、UNICEF、FAOなどが支援を行っている。

地方分権化後は、栄養問題においても地方政府が中心的役割を果たすことが期待されている。地方政府レベルでは、社会開発委員会の下部組織である栄養委員会が栄養関連活動を管轄し、民間セクターもこの栄養委員会に代表を送って参加している。末端では助産婦や balan-gai・ヘルス・ワーカーなどの保健要員が栄養についても診ている。彼らを支援する要員として、 balan-gai 栄養識者<sup>43</sup>があり、全国に約1万4000人、3つの balan-gai につき1人が配置されている。BNSは1日2時間程度を食糧補給や成長モニタリングの補助、栄養教育などの活動に従事し、健康保険と月2ドル程度の報酬を受けている。

### (2) 微量栄養素の欠乏症

保健省は、地方政府の支援を受けて、ビタミンAとヨウ素の補給キャンペーンを実施してい

<sup>41</sup> National Nutrition Council

<sup>42</sup> Department of Social Welfare and Development : DSWD

<sup>43</sup> Barangay Nutrition Scholars : BNS



る。ビタミンAは全国予防接種デーに補給剤が配布されており、1995年には12カ月以上5歳未満児の約9割が配布を受けたという保健省の調査報告がある。鉄分の補給については、妊産婦プログラムの一環として、貧血症の妊婦に鉄剤を配布を行っている。特定の微量栄養素補給プログラムは成果を上げているが、一方で食生活全般の改善のための教育活動が進んでいないことが問題として指摘されている。

### (3) 蛋白質・エネルギー栄養失調

フィリピンの蛋白質・エネルギー栄養失調は重度よりも中程度が多く、訓練を受けていない者にとっては、判断が困難である。対策としては成長モニタリングや短期の栄養補給が効果的であるが、フィリピンでは成長モニタリングの頻度・質が十分でないために、成果が上がっていない。最も栄養失調のリスクの高い0歳から24カ月までの年齢層に十分重点が置かれていない、栄養失調の子供のために支給される補給食品が家族の間で分けられている、一人の子供が6カ月～24カ月と長期間栄養補給プログラムにとどまっており、依存的な体質を促しているなどの問題点が指摘されている。

## 5.5 母子保健

保健省公衆衛生サービス部母子保健対策課が、母子保健対策を担当しているが、人件費以外の予算は少なく(1995年で1182.6万ペソ、約473,040ドル)、ドナーからの援助を受けたプロジェクトの運営が大きな部分を占める。

フィリピンの母子保健プログラムは、

- ① 予防接種対策
- ② 下痢症対策
- ③ 急性呼吸器感染症対策
- ④ 妊産婦ケア
- ⑤ 母乳育児・離乳食・成長モニタリング

の5つの国家プログラムからなるが、ここでは妊産婦ケアと母乳育児・離乳食・成長モニタリングの2つについて述べる。

### (1) 妊産婦ケア

母親の妊娠中、出産、授乳中の健康の向上を目的とする。出産前のケア、破傷風トキソイドの予防接種、出産ケア、出産後のケアと早期リファラルのためのリスク・ファクターや危険な兆候の発見が主な活動である。

#### 1) 出産前ケア

出産前ケアによって妊婦のリスクの発見、妊娠合併症の予防・早期発見・治療、妊婦や家族への指導を行うことが可能である。保健省は妊娠中に少なくとも3回、妊娠前期、中期、後期に各1回ずつ出産前ケアを受けることを推奨している。

1993年に実施された全国調査<sup>44</sup>によると、フィリピンの出産前ケアを受ける女性の割合は比較的高く、84%が妊娠中に一度は公的保健医療施設で出産前ケアを受けていた。しかし、ほとんどの妊婦が最初の出産前ケアを受けるのは、妊娠後期に入ってからであるとされている。誰

<sup>44</sup> National Safe Motherhood Survey : SMS

から出産前ケアを受けたかに関しては、助産婦が最も多く 58%、医師が 35%、ヒロット(伝統的産婆)が 28%(複数回答可)であった。

保健省が血圧・身長体重・胎児の位置などの測定、予防接種(破傷風トキソイド)、妊娠中の食事指導、危険な徴候を自分で判断するための指導、母乳栄養、家族計画、出産後ケアに関するアドバイスなど 12 のコンポーネントを WHO の在宅妊産婦記録(Home Based Mother's Record, HBMR: 妊産婦検診のチェック・リスト)を使って妊娠中に受けることを推奨している。しかし、すべてについてケアを受けたと回答した回答者は皆無であり、危険な徴候についてのアドバイスを受けた妊婦は 3 分の 1 に過ぎなかった。

表5-2 妊産婦検診の 12 のコンポーネントと各測定・指導を受けた割合

| コンポーネント         | 測定・指導を受けた割合 (%) |
|-----------------|-----------------|
| 体重測定            | 65              |
| 身長測定            | 35              |
| 血圧測定            | 72              |
| 臍囲測定            | 41              |
| 胎児音のチェック        | 63              |
| 胎児位置のチェック       | 60              |
| 破傷風トキソイドの接種     | 63              |
| 妊娠中の食事に関する指導    | 46              |
| 危険な徴候を判断するための指導 | 34              |
| 母乳育児に関する指導      | 60              |
| 家族計画に関する指導      | 52              |
| 産後検診に関する指導      | 47              |

出所 Philippines National Safe Motherhood Survey 1993 Summary Report 1995 National Statistics Office & DHS, Macro International Inc.

## 2) 出産時ケア

1993 年に実施された妊産婦保健の全国調査によると、フィリピンでは 3 分の 2 を超える分娩が自宅で行われており、ヒロットと呼ばれる伝統的産婆が全分娩の 51.5% を介助している。医師の介助を受ける割合は 26.4%、看護婦による介助が 14.5% であり助産婦による介助が 34.7% (調査では介助者の複数解答可)、都市部での出産や妊婦の教育程度の高いほど保健医療従事者から介助を受ける割合が高くなっている (表 5-3)。

表5-3 分娩の場所と介助者の比率 (%)

| 分娩の場所  | 分娩介助者 (複数解答可) |      |      |       |      |     |     | 全分娩中の比率 |
|--------|---------------|------|------|-------|------|-----|-----|---------|
|        | 医師            | 看護婦  | 助産婦  | 伝統的産婆 | 親戚   | その他 | 不明  |         |
| 自宅     | 0.7           | 1.0  | 32.0 | 73.2  | 38.4 | 6.7 | 0.1 | 69.9    |
| 公的医療施設 | 84.0          | 45.3 | 49.3 | 1.2   | 4.3  | 3.8 | 0.1 | 19.1    |
| 民間医療施設 | 90.8          | 46.9 | 26.7 | 1.4   | 2.5  | 4.8 | 0.0 | 11.0    |
| 合計     | 26.4          | 14.5 | 34.7 | 51.5  | 27.9 | 5.0 | 0.2 | 100.0   |

出所 National Safe Motherhood Survey 1993 1994 National Statistics Office & Macro International Inc.

保健省は1970年代からヒロットのトレーニングを実施しており、全国で約80%のヒロットがトレーニングを受けたと報告されていた。しかし、最近になって保健省に登録されたヒロットの中にはまだトレーニングを受けていない者も多い。1992年の助産婦法改正によって、法律上は助産婦だけが出産を介助できるものとされ、この影響でヒロットのトレーニングは全国的には行われなくなったが、一部の州や市では外国からの援助や地方政府の資金によってトレーニングが実施されてきた。このような現実には制度が歩み寄る形で1994年の保健省省令によって、助産婦や医師・看護婦が常駐していないところでは、ヒロットが正常な自宅分娩を介助することが合法化された。

### 3) 産後のケア

1993年の人口調査によると、産後のケアを受ける女性の割合は全国で32%、都市・農村別では都市部で38%、農村部で27%と報告されている。

### 4) 人工妊娠中絶

フィリピンでは人工妊娠中絶は法的に認められていないため公的な情報は手に入らないが、年間140万の出生に対して15万件から75万件の中絶が非合法に行われていると推定されている。(平成3年日本、出生120万、人工妊娠中絶44万)フィリピン大学人口研究所<sup>45)</sup>の調査によれば、マニラ首都圏の既婚女性のうち17%が人工妊娠中絶の経験があるとのことであった。非合法であるため実態は闇に閉ざされており、無資格な施術者、不衛生な手術等による術後の障害の問題の大きさが危惧されている。違法であることを理由に人工妊娠中絶に伴う障害の診療を拒む医療施設もある。

## (2) 母乳育児・離乳食・成長モニタリング

保健省は、新生児に初乳を与えること、生後6カ月までは母乳育児を続けること、産後の不妊期間を延ばすために授乳を続けることを推進している。その主な戦略として、UNICEFと保健省は共同で「母子にやさしい病院<sup>46)</sup>プログラム」を推進している。これは、出産による入院期間中に母乳育児・離乳食・家族計画を含む指導を母親に対して行うことを目的としている。1996年までに政府系病院の95%、98年までに民間病院の80%が「母子にやさしい病院」の認定を受けることを目標としている。1995年までに政府系486病院、民間319病院、合計805病院(産科のある病院全体の46%)が既に認定を受けている。

「母子にやさしい病院プログラム」のほかに、病院スタッフ、末端の助産婦およびバランス・ヘルス・ワーカーに対する母乳育児のカウンセリングおよび授乳管理に関して研修、一般の人々に対する啓蒙活動を行っている。

成長モニタリングは予防接種活動と統合され、予防接種の際に教育・活動が組み込まれるよう図られているが、実際には末端の助産婦等の負担増加となり、現存のスタッフで実施することは困難である。

<sup>45)</sup> University of Philippine Population Institute : UPPI

<sup>46)</sup> Mother-Baby Friendly Hospital

## 5.6 家族計画

フィリピンにおける人口問題への取り組みは、マルコス政権下の1964年にフィリピン大学人口問題研究所が設置されたことに始まる。フィリピン政府は67年に国連の人口宣言に署名し、69年には大統領府内に人口委員会<sup>47</sup>が設置され、人口問題への政府の対応、政策立案を担当することとなった。また、人口・家族計画政策の実施機関として1968年には保健省内に母子保健プロジェクト・オフィスが設置され、以降、人口・家族計画問題には人口委員会と保健省が主な対応を行うことになった。1971年には出生率の低下を目的とした国家人口政策が策定され、本格的な人口政策・家族計画プログラムが確定することとなった。1976年からは、USAIDの支援を受けて、全国家族計画アウトリーチ・プロジェクトが開始された。このプロジェクトでは地域社会をベースとする情報・サービス供給システムの確立が企図され、地方自治体の人口・家族計画問題に果たす役割が強化されるとともに、全国にアウトリーチ・ワーカー、村内避妊具供給員が配置された。

アキノ政権の発足に伴い、1987年には新人口政策(New Population Policy)が発表されたが、近代的避妊方法を否定するカトリック教会の強い影響を背景に、妊産婦死亡や乳児死亡の減少など、健康問題に中心が移された。

1992年にフィリピン初のプロテスタントの大統領であるラモス政権が発足した。同政権は環境も含めたより多角的・総合的な方向で人口問題を捉え、緩やかな人口増加の重要性を強調し、避妊法を選択するのはカップルの権利としており、カトリック教会とは一線を画している。

フィリピンの人口・家族計画分野に3つの特徴がある。

- ① 社会経済的指標に比較して合計特殊出生率が高いレベルにある。

この原因として、一般的に以下の3点が指摘されている。

- カトリック教会の強い影響
- マチズム(子供の数が男らしさの象徴となる)
- 流言、迷信、副作用に対する避妊への過度の恐怖心

- ② 乳児死亡率の低下が合計特殊出生率の低下につながらない。

地域による差は大きいですが、農村部での比較的豊かな食糧事情が口減らしの必然性を少なくしている。

- ③ 避妊の需要はあるが、避妊薬・避妊具が入手できない。

### (1) 中央(保健省・人口委員会)の役割

フィリピンの家族計画は、複数のセクターにまたがった全国的プログラムであり、人口委員会(POPCOM)が全体的な政策・計画策定、関係機関の調整業務・学校等での普及活動を行い、保健省が避妊具の配布や避妊に関する情報の提供等の公的医療機関でのサービスの提供を行っている。プログラムは、すべての結婚したカップルが家族計画の情報やサービスにアクセスできることを目標としている。その政策は、①母子保健を重視した家庭の福祉の向上、②選択の自由、③家族の連帯と親としての責任の推進であり、地方間の社会文化的多様性を尊重し、参加的・相談的アプローチ、人々のエンパワメント、公的・民間セクターのパートナーシップを強調

<sup>47</sup> Commission on Population : POPCOM

する。

地方分権化後は、保健省の役割は政策策定、スタンダードの設定、資材の配置、モニタリング・評価、研究、データ管理、技術支援に重点が置かれるようになり、プログラムの実施は、地方政府、NGO、その他の政府機関、商業・産業セクターによって行われることになった。

### (2) 地方政府の役割

1991年の地方分権化法によって、家族計画や母子保健を含む基本的な保健サービスの供給は、保健省から地方政府にその権限と責任が委譲された。また、地方政府は家族計画・母子保健サービス供給において民間セクター、NGOと協調することが期待されている。しかし、現時点では地方政府と民間セクター・NGOのパートナーシップに関する情報はない。

### (3) NGOの役割

NGO活動の歴史は古く、国家家族計画プログラムが開始される以前から家族計画を推進し、サービスを供給してきた。NGOは直接的なサービス供給のほか、啓蒙活動(IEC)、宣伝(advocacy)、地域組織の育成、研修などの幅広い活動を行っている。NGOには政府や海外のドナーの支援も受けている組織もある。1995年12月現在36のNGOが(政府の)フィリピン家族計画プログラムに参加している。

### (4) 産業セクターの役割

従業員200人以上の企業は企業内のクリニックで家族計画を含む家庭福祉サービスを行うことが法律によって規定されている。フィリピン家族計画プログラムは労働雇用省を通じて従業員の福利厚生サービスに家族計画を含むよう企業を支援してきた。累積で602カ所の企業内クリニックに無料で避妊薬・避妊具の供給による支援が行われた。

### (5) 商業セクターにおけるソーシャル・マーケティング

主に中産階級を対象に良質な避妊法へのアクセスを、無料サービスとしてではなく適正な料金を徴収しながら推進しようとするもので、宣伝によって販売を促進し消費者や保健医療従事者に情報を提供する。その一例として、USAIDが支援している「カップルの選択プログラム」は3種類のブランドのピルと1種類の注射を家庭避妊法として、また、エイズ、その他の性行為感染症予防の手段としてのコンドームを推奨している。

### (6) 家族計画の現状

過去に行われた全国人口調査の結果から、家族計画の実施状況を表5-4に示す。

表5-4 15～44歳の既婚女性の避妊普及率

| 調査実施年および調査名                                       | 近代的避妊法 | 伝統的避妊法 | 合計(単位: %) |
|---|--------|--------|-----------|
| 1968 National Demographic Survey                  | 2.9    | 11.5   | 15.4      |
| 1973 National Demographic Survey                  | 10.7   | 6.7    | 17.4      |
| 1978 Republic of the Philippines Fertility Survey | 17.2   | 21.3   | 38.5      |
| 1983 National Demographic Survey                  | 18.9   | 13.1   | 32.0      |
| 1988 National Demographic Survey                  | 21.6   | 14.5   | 36.1      |
| 1993 National Demographic Survey*                 | 24.9   | 15.1   | 40.0      |
| 1995 Family Planning Survey*                      | 25.5   | 25.2   | 50.7      |

注 \* : 15～49歳の既婚の女性を対象に調査

出所 Family Planning Survey 1995 1996 National Statistics Office

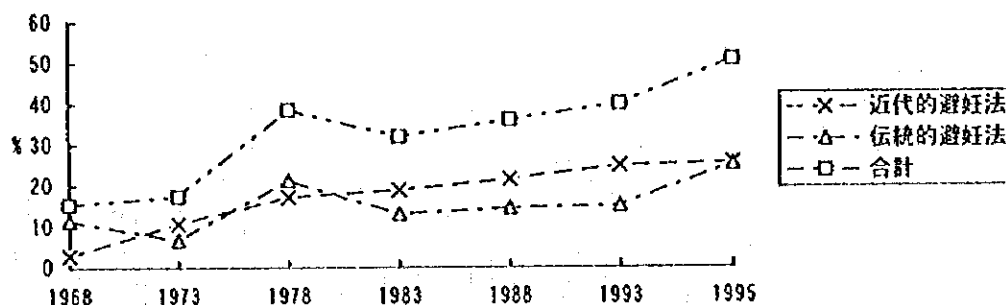


図5-1 避妊普及率の推移

避妊普及率は伸びているものの、80年代以降の近代的避妊法の利用の伸びは緩やかであり、95年の調査では、近代的避妊法（ピル、IUD、ホルモン注射、コンドーム、不妊手術）と伝統的避妊法（リズム・禁欲など自然法、膈外射精）の使用率はほぼ半々である。

表5-5 方法別避妊普及率

| 避妊法(%)   | 1988 NDS* | 1993 NDS** | 1995 FPS** |
|----------|-----------|------------|------------|
| 近代的避妊法合計 | 21.6      | 24.9       | 28.3       |
| ピル       | 6.9       | 8.5        | 11.4       |
| IUD      | 2.4       | 3.0        | 3.7        |
| ホルモン注射   | 0.2       | 0.1        | 0.7        |
| コンドーム    | 0.7       | 1.0        | 1.1        |
| 女性不妊手術   | 11.0      | 11.9       | 11.3       |
| 男性不妊手術   | 0.4       | 0.4        | 0.1        |
| 伝統的避妊法合計 | 11.8      | 14.7       | 24.8       |
| 自然法      | 6.5       | 7.3        | 19.3       |
| 膈外射精     | 5.3       | 7.4        | 5.5        |
| 合計       | 33.4      | 39.6       | 53.1       |

注 \* : 15～44歳の既婚の女性を対象に調査

\*\* : 15～49歳の既婚の女性を対象に調査

出所 "National Family Planning and Maternal and Child Health Status Report July 1994-June 1995" 1995 Office for Public Health Service, DOH

近代的避妊法の供給源は、1995年に公的セクターが78.1%と93年の71.4%に比して伸びているが、これはバランガイ・ヘルス・ステーションでの供給が25.0%から32.6%に伸びているこ

とによる(表5-6の全避妊法を参照)。避妊法別では、ピルおよびIUDは約8割が公的セクターで供給されており、特にバランガイ・ヘルス・ステーションとルーラル・ヘルス・ユニットが主な供給源である。コンドームはまだ使用率自体が低い、民間セクターが4割前後を供給している。

表5-6 近代的避妊法の供給源

| (%)      | ピル   |       | IUD   |      | コンドーム |      | 女性不妊手術 |      | 全避妊法 |      |
|----------|------|-------|-------|------|-------|------|--------|------|------|------|
|          | 1993 | 1995  | 1993  | 1995 | 1993  | 1995 | 1993   | 1995 | 1993 | 1995 |
| 公的セクター合計 | 73.4 | 82.9  | 78.1  | 81.0 | 55.6  | 58.8 | 70.4   | 73.5 | 71.4 | 78.1 |
| 政府系病院    | 2.7  | 3.2   | 17.7  | 18.4 | 4.0   | 4.4  | 59.2   | 63.2 | 32.6 | 27.7 |
| BHS      | 63.7 | 58.1  | 30.7  | 27.8 | 34.9  | 39.8 | 3.3    | 3.2  | 25.0 | 32.6 |
| BSO      | 2.6  | 4.0   | 2.4   | 0.7  | 2.2   | 1.7  | 0.4    | 0.2  | 1.5  | 1.9  |
| RHU      | 14.2 | 17.7  | 28.0  | 34.2 | 14.5  | 12.9 | 7.5    | 7.0  | 12.4 | 15.9 |
| 民間セクター合計 | 25.6 | 15.8* | 20.1* | 16.0 | 43.3  | 36.8 | 29.3   | 22.1 | 27.7 | 19.2 |
| 病院・クリニック | 3.6  | 17.7  | 12.8  | 13.6 | 3.8   | 1.5  | 26.8   | 19.5 | 16.4 | 10.3 |
| 薬局       | 17.4 | 10.8  | 0.0   | 0.2  | 36.0  | 25.1 | 0.0    | 0.0  | 7.3  | 5.6  |
| 開業医      | 2.4  | 1.0   | 1.0   | 2.2  | 0.8   | 1.3  | 1.7    | 1.9  | 2.6  | 1.6  |
| その他の民間   | 2.2  | 2.1   | 0.6   | 0.1  | 2.7   | 8.9  | 0.8    | 0.8  | 1.4  | 1.7  |
| 不明       | 1.1  | 1.3   | 1.1   | 3.0  | 1.1   | 4.3  | 0.3    | 4.3  | 0.9  | 2.7  |

注 \* : 合計と明細の数字が合わないが、原典のとおり記載した。

出所 "National Family Planning and Maternal and Child Health Status Report July 1994-June 1995" 1995 Office for Public Health Service, DOH

### (7) 家族計画プログラムの予算

家族計画および母子保健のプロジェクトに対する国外からの支援として1995~99年にドナーから310億ペソ(約12.4億ドル)を受けることが見込まれている。これに比べてフィリピン政府が家族計画対策に拠出する予算は少なく、1994、95年に各2000万ペソ(約80万ドル)を支出したに過ぎない。1994年にはフィリピンの家族計画の総予算は約55600万ペソであり、95年には少なくとも62700万ペソであったと推定されるが、このうち前述の2000万ペソを除いてはドナーから支出されており、財源のほとんどを国外からの援助に依存している。家族計画分野における自立が今後の課題である。

### (8) 家族計画における国際協力

前述のとおり、フィリピンの家族計画予算はドナーからの資金に依存している。また、避妊具・避妊薬のほとんどはUSAIDとUNFPAによって供給されている。

この分野でのわが国の援助は、1974、78年に機材供与を行ったことに始まり、1981年から1988年まで「人口・家族計画プロジェクト方式技術協力」が行われ、1992年にはターラック州をモデル地区とする「母子保健・家族計画プロジェクト」が開始された。

現在実施中の家族計画および関連分野の主なプロジェクトを表5-7に示す。主な援助機関には前述のUSAID、UNFPAのほか、オーストラリア(AusAID)、世界銀行(WB)、ドイツ(GTZ/KfW)、アジア開発銀行(AsDB)がある。

表5-7 主な家族計画・母子保健プロジェクトと関連保健プロジェクト

| プロジェクト  | 援助機関                    | 期間        | 金額<br>(千ドル) |
|---|-------------------------|-----------|-------------|
| 家族計画・母子保健プロジェクト   |                         |           |             |
| Integrated FP/MCH                                       | USAID                   | 1994～2000 | 100,000     |
| Forth Country Programme of Assistance                   | UNFPA                   | 1995～1999 | 22,628      |
| Community-based FP/MCH with special focus on women      | UNFPA/JOICFP            | 1993～1995 | 227         |
| FP/Safe Motherhood and Women Enhancement                | UNFPA/AusAID            | 1994～1996 | 600         |
| Barangay IEC Team                                       | AusAID                  | 1995～1996 | 457         |
| ICS Training for Community Volunteer Health Workers     | AusAID                  | 1995～1996 | 457         |
| FP/MCH in Tarlac  | JICA                    | 1993～1997 | 3,384       |
| 家族計画・母子保健のコンポーネントをもつ他の保健プロジェクト                          |                         |           |             |
| Urban Health and Nutrition Project                      | WB/AusAID               | 1994～1999 | 74,775      |
| Women's Health and Safe Motherhood                      | WB/AusAID<br>KfW/AsDB   | 1995～2001 | 109,788     |
| Country Programme for Children IV                       | UNICEF/AusAID<br>Others | 1994～1998 | 41,570      |
| Family Health Management by and for Urban Poor Settlers | GTZ/KfW                 | 1993～1997 | 6,180       |

出所 “National Family Planning and Maternal and Child Health Status Report July 1994-June 1995” 1995 Office for Public Health Service, DOH

## 5.7 マラリア対策

マラリア対策の担当部局は保健省公衆衛生サービス室のマラリア対策部であり、ここで政策、計画、基準等が策定され、プログラム実施に関連する研修、指導を担当している。また、熱帯医学研究所はマラリア研究の中心的役割を果たしている。1995年度のマラリア対策の予算および保守・運営費の目的別支出割合を表5-8、図5-2に示す。

表5-8 マラリア対策の予算と支出(1995年度)

| 項目     | 予算(ペソ)     | 支出(ペソ)     | 予算使用率(%) |
|--------|------------|------------|----------|
| 人件費    | 2,242,000  | 2,242,000  | 100      |
| 保守・運営費 | 25,612,750 | 25,412,750 | 99       |
| 合計     | 27,754,750 | 27,654,750 | 99       |

出所 保健省公衆衛生サービス室マラリア対策部提供資料



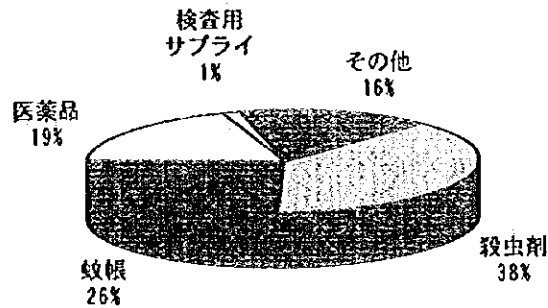


図5-2 マラリア対策の保守・運営費の目的別支出割合(1995年度)

出所 保健省公衆衛生サービス室マラリア対策部提供資料

### (1) 主な対策活動

#### 1) 早期発見・早期治療

顕微鏡での確定診断(血液検査)ができないところでは、臨床症状・兆候からフロー・チャートに照らし合わせて診断し、48時間以内に治療・投薬を開始する。

#### 2) 殺虫剤含浸ネット(蚊帳)の供給

フェニトロチオンのような残留性の殺虫剤を繊維に染み込ませた蚊帳を用いる。家屋に蚊が自由に侵入できる隙間があり、殺虫剤散布が効果的でない場合、および殺虫剤散布が受け入れられない地域に推奨され、各世帯で最低1個のネットを使うようにする。媒介蚊の活動が最も高まるのは夕方から早朝にかけてであり、夕方や早朝も蚊帳の中ですごせるのはほとんど乳幼児や病人に限られるため、一般の大人や児童に対する予防効果には限界がある。殺虫剤の効果を維持するために定期的に薬液に含浸する手入れが必要である。南京虫のようなベッドバグにも効果がある。

#### 3) 家屋への殺虫剤散布

媒介蚊は吸血後一定時間を壁などに停まって休む習性がある。流行地域では、年2回、残留性の殺虫剤を家屋の壁や家具に吹き付けておく。効果は約6カ月間持続し殺虫剤を塗布した面に止まった蚊を殺すことができる。

#### 4) 環境対策

地域住民の参加によって、水場にボウフラを食べる魚を放す、空き缶や古タイヤの水溜まりをなくすなどの媒介蚊駆除対策を行う。

#### 5) 地域住民への啓蒙活動

マラリアの病態、感染源、予防法などの知識を普及し、活動への参加を促進する。

## (2) 問題点

### 1) 技術的制約

- クロロキンなど薬剤に耐性を持つマラリアが増えている。
- 殺虫剤に対する媒介蚊の感受性・耐性に関する定期的な情報が不足している。

### 2) 地域的な制約

- 山間部に点在するアクセスの難しい地域では、治療のフォロー・アップや媒介蚊対策の実施が困難である。
- 少数民族の間で、生活習慣の違いから、対策活動が理解され難い。
- 戦闘・武装蜂起などの危険のある地域では、活動の実施が難しい。

### 3) 運営上の制約

財政上の制約や、殺虫剤調達の遅れなど、ロジスティックスの問題から、対策活動の運営が円滑に行われていない。

### 4) 人員の制約

- 予算の削減により、人員削減が余儀なくされている。
- 短期契約のスタッフの雇用がスムーズに行われない。
- フィールド・スタッフの賃金が低く、勤労意欲が低い。
- フィールド・スタッフに対する研修が十分に行われていないため、適切な運営が行われていない。

(出所 保健省公衆衛生サービス室マラリア対策部提供資料)

## 5.8 エイズ対策

1984年にフィリピンで最初のエイズ患者が発見された後、保健省は熱帯医学研究所(RITM)および研究検査局<sup>48</sup>を通じて、米海軍研究班の協力を得て血清サーベイランスを開始した。87年に政府は公衆衛生次官室に、国家エイズ予防対策委員会<sup>49</sup>を設立し、同委員会は88年に国家エイズ予防対策諮問委員会<sup>50</sup>に替わり、国家中期エイズ予防対策計画<sup>51</sup>(89～93年)が承認された。この計画は当初 USAID の技術協力を受け、88年には WHO エイズ・プログラムから協力を受け、同年10月正式発表された。1993年にそれまで感染症対策課で行ってきた性感染症対策が組み込まれ、フィリピン国家エイズ/性感染症対策計画<sup>52</sup>と変更された。現在は第2次中期計画(1993～99年)が進行中である。

フィリピン国家エイズ/性感染症対策計画の主な戦略は、次の4つからなっている。

- ① 性行為による感染の予防
- ② 血液を介した感染の予防
- ③ 母子感染の予防
- ④ 個人、家庭、地域、社会への影響の軽減

<sup>48</sup> Bureau of Research and Laboratory : BRI,

<sup>49</sup> National AIDS Prevention & Control Committee

<sup>50</sup> National Advisory Committee for AIDS Control

<sup>51</sup> National Medium-term Plan for the Prevention and Control of AIDS : NAPCP

<sup>52</sup> National AIDS/STD Prevention and Control Program : NASPCP

## (1) 国家エイズ/STD対策計画の運営体制

同対策計画の運営体制を図 5-3 に示す。国家的な調整機関としては、フィリピン国家エイズ委員会と国家エイズ・STD 諮問委員会がある。フィリピン国家エイズ委員会は、13 の省庁、上院・下院の各保健委員会および7つの NGO から構成される。

| 省庁                | NGO                                    |
|-------------------|--|
| 保健省               | Institute of Social Studies and Action |
| 文化スポーツ省           | the Library Foundation                 |
| 教育省               | Kabalikat ng Pamilyang Pilipino        |
| 社会福祉開発省           | HIV/AIDS Network                       |
| 観光省               | Pinoy Plus                             |
| 予算財政省             | Women's Health Care Foundation         |
| 労働雇用省             | the Health Action Information Network  |
| 内務省               |  |
| 経済開発庁             |  |
| 自治省               |  |
| フィリピン情報庁          |  |
| 法務省               |  |
| 上院保健委員会および下院保健委員会 |  |

フィリピン国家エイズ委員会の役割は、エイズ・性感染症の予防・対策活動に関する政策策定の上で、大統領に助言し、国家エイズ対策の実施上の法律的問題を解決し、偏見を克服することにある。

国家エイズ諮問委員会は、保健省の担当部署と熱帯医学研究所、サン・ラサロ病院から構成され、その役割は、保健省レベルで予防対策活動を監視することにある。また、諮問委員会には、エイズ・STD の専門家の委員からなる技術的支援グループがある。

実際の計画の推進力となっているのは、エイズ・ユニット、サン・ラサロ病院、研究基準局、熱帯医学研究所の4者である。エイズユニットは、エイズ/STD のモニタリング、キャンペーン等の IEC 活動、セミナー、研修等の開催、性感染症治療ガイドラインの策定等の業務を実施している。血清サーベイランスは、USAID、WHO の資金援助、技術協力を得て、研究検査局が実施し、サンラサロ病院が協力している。また、研究検査局は、HIV 検査機関のライセンスを発行している。

地方においては、公衆衛生保健所<sup>53</sup>がフィリピン各地方に配置され、STD の予防、治療にあたっている。フィリピンでは NGO の活動が活発に展開されており、その活動の一部として SHC において本来非合法的な売春婦の啓蒙を熱心に行っており、USAID の支援を受けている。

<sup>53</sup> Social Hygiene Clinic : SHC

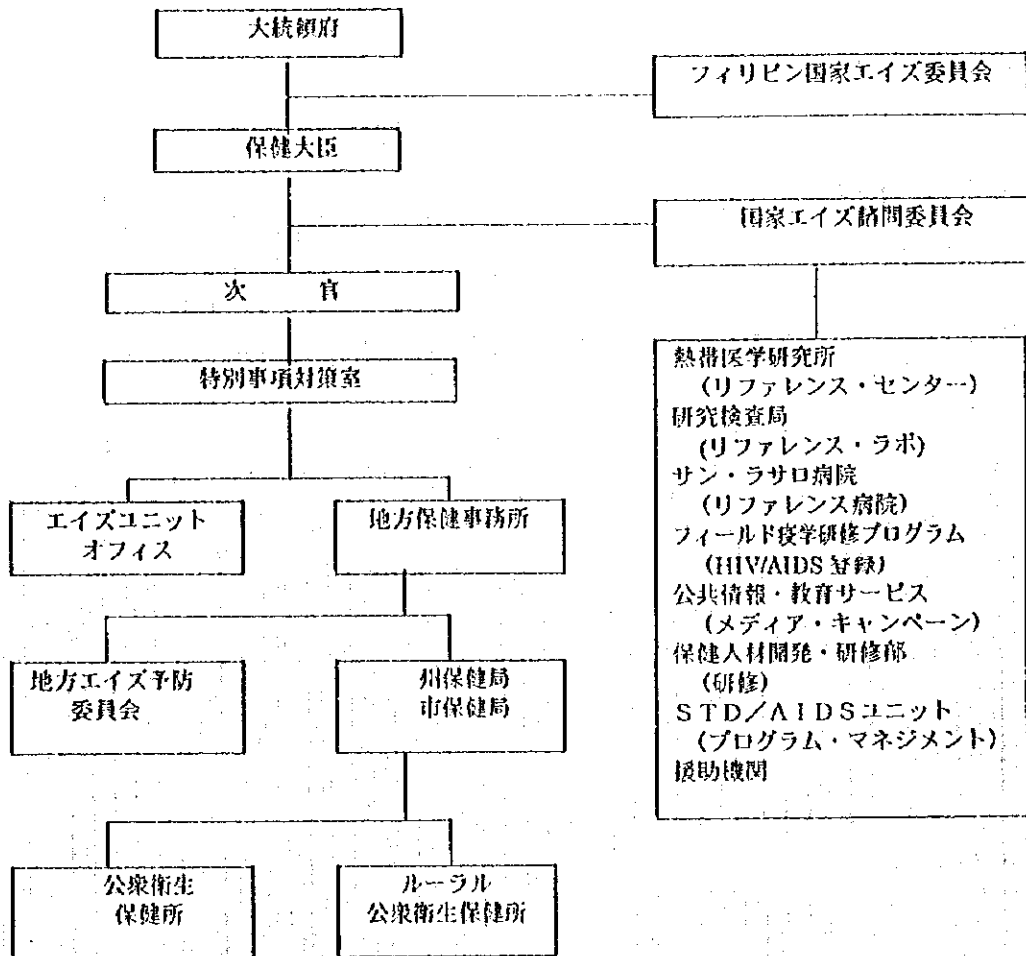


図5-3 エイズ対策計画の組織体制

出所 「フィリピン国エイズ対策プロジェクト事前調査団及び実施協議調査団報告書」 (印刷中) 国際協力事業団 より作成

## (2) 政府のエイズ対策予算

政府のエイズ対策予算の推移を表5-9に示す。

表5-9 政府の HIV/AIDS 対策予算の推移

| 年    | 予算額(USドル) |
|------|-----------|
| 1994 | 1,588,000 |
| 1995 | 1,381,600 |
| 1996 | 1,661,300 |
| 1997 | 1,655,300 |

出所 "UNAIDS Country Profile HIV/AIDS/STD and the Response in the Philippines" 1996  
UNAIDS

### (3) 主な活動

#### 1) IEC活動

IECは政策決定者・政治家、保健医療従事者、宗教的リーダー、エンターテイナーなど、影響力のあるグループ、教師、市民団体等メッセージの窓口となりうる人々、リスク・グループの人々を対象に含み、サーベイランスの結果から、優先的地域を決定する。また、マスメディアを使ったキャンペーンやインター・パーソナル・コミュニケーションも展開されている。1990年から実施されているコンドームのソーシャル・マーケティングが成果を上げており、月間のコンドームの売り上げが全国で100万個に達している。

#### 2) センチネル・サーベイランス

保健省は、フィールド疫学研修プログラム<sup>51</sup>を中心としてUSAID/WHOの協力の下、公衆衛生保健所(SHC)を接点に使った全国レベルでのエイズ感染の監視体制を1993年に設置した。1993年9月にケソン市とセブ市で開始され、1996年9月現在10カ所のサーベイランス・サイトで、6カ月ごとに感染のリスクが高い行動をとっていると考えられているグループを対象に検査が実施されており、1997年半ばまでにサイトを16カ所に増加する計画である。

- サイト：10カ所 (Quezon City, Pasay City, Cebu City, Davao City, Angeles City, Iloilo City, Cagayan de Oro City, General Santos City, Zamboanga City)
- 検査対象：登録している男女のコマーシャル・セックス・ワーカー、未登録の男女のコマーシャル・セックス・ワーカー、男女の同性愛者、男女の性感染症患者、麻薬常用者
- 対象数：各対象原則100人ずつ
- 検査項目：性行動聞き取り調査、HIV抗体検査、梅毒検査
- 検査体制：HIV検査は各サイトの市立病院の検査室がスクリーニングを行い、確認検査はRITMで行っている。検査済みの血清の10～20%を熱帯医学研究所が、残りは研究検査局が保存している

#### 3) 安全な血液供給

輸血用血液は赤十字、国立病院付属血液センターおよび商業血液銀行(売血)でまかなわれており、供給量の約7割が売血に頼っている。1993年に実施されたフィリピン血液銀行システムの安全性の評価調査によると、調査された血液銀行のうちスクリーニングが義務づけられている4つの疾患(マラリア、B型肝炎、梅毒、HIV)について検査を実施していた機関は24%に過ぎなかった。HIVのスクリーニングを実施していた血液銀行は37%であった。また、検査された血液ユニットの3%が4つの疾患のいずれかに感染していた。さらに同調査によって、売血に関してはスクリーニングが確立しておらず、品質管理にも問題があることが指摘された。政府は血液の安全性を向上するため、全国献血戦略を1995年に策定し、1996年末までにすべての血液を献血によってまかなう計画である。

#### (4) 援助機関からの支援

エイズ分野における援助機関からの支援プロジェクトを表5-10、表5-11に示す。これらには、家族計画・母子保健分野や地域保健のプロジェクトで、エイズ予防対策をコンポーネントの一つとしているものも含まれている。国連のエイズ専門グループ(United Nations Theme

<sup>51</sup> Field Epidemiological Training Program : FETP

Group on HIV/AIDS : UNAIDS)は UNICEF、UNDP、UNFPA、UNESCO、WHO、世界銀行の6つの国際機関およびフィリピン国家エイズ委員会の代表から構成され、国際機関の間で活動の調整を行っている。二国間機関では、USAID が従来 IEC 活動に力を入れてきている。また、USAID および AusAID は NGO の活動に多くの資金を提供している。JICA は 1996 年よりエイズ・プロジェクトをスタートしているが、特にエイズ中央ラボラトリーの確立支援、検査技術の技術移転などを中心に協力していく予定である。

表5-10 エイズ分野における国際機関からの援助

| 機関     | 援助額(ドル)                                  | 期間        | 協力内容  |
|--------|--|-----------|---|
| UNAIDS | 150,000                                  | 1996~97   | 指導  |
| UNDP   | 500,000                                  | 1996~98   | プログラム開発、地方政府、NGO の能力開発  |
| UNICEF | 142,000                                  | 1996      | 若者、ストリート・チルドレン対象<br>balan gay・ヘルス・ケア、TBA マニュアルへの<br>HIV 事項導入等 |
| UNESCO |  |           | 学校のカリキュラムへの技術的助言  |
| UNFPA  | 1,000,000                                | 1996~97   | IEC、リプロダクティブ・ヘルス<br>家族計画への HIV 事項導入等                          |
| WHO    | 2,100,000<br>(資金は<br>USAID<br>AusAID から) | 1996~2000 | HIV サーベイランス・システム<br>地域保健、STD クリニックのモデル開発、STD<br>の管理、血液の安全性    |
| 世界銀行   | 3,700,000                                | 1996~2000 | 女性の健康と安全な母性プロジェクト<br>(AusAID、AsDB、KfW、EU との共同)                |
| 世界銀行   | 70,000,000                               | 1994~98   | 都市部保健・栄養プロジェクト<br>(AusAID との共同)                               |

出所 "UNAIDS Country Profile HIV/AIDS/STD and the Response in the Philippines" 1996  
UNAIDS

表5-11 エイズ分野における二国間・多国間援助機関からの支援

| 機関             | 援助額(ドル)    | 期間        | 支援内容   |
|----------------|------------|-----------|--|
| EU             | 960,000    | 1996~98   | STD患者の管理強化、地方エイズ委員会の開発等                                  |
| USAID          | 7,900,000  | 1992~2000 | サーベイランス・教育、フリーランスのセックス・ワーカー、顧客へのSTDサービスの向上               |
| AusAID         | 1,550,000  | 1995~97   | NGOへの支援、HIV/AIDSの研修、NGO開発                                |
| AusAID         | 10,000,000 | 1995~2000 | 10州における女性の健康・安全な母性プロジェクト                                 |
| AusAID         | 3,100,000  | 1994~98   | 都市部保健・栄養プロジェクト<br>(世界銀行と共同)                              |
| AsDB           | 7,000,000  | 1995~2000 | 女性の健康・安全な母性プロジェクト  |
| GTZ/<br>SEAMEO | 36,000     | 1996~97   | アジア地域におけるAIDS/HIV対策での協調、<br>NGO活動のデータベース                 |
| JICA           | 14,000,000 | 1996~2001 | USAIDのASEPへの機材支援<br>NGOへのIEC機材供与<br>検査体制の強化、フィリピン赤十字への支援 |
| KfW            | 4,900,000  | 1995~2000 | 女性の健康と安全な母性プロジェクト<br>(母子感染対策)                            |
| KfW            | 8,840,000  | 1995~2000 | 貧しい地域への避妊具・コンドームの供給                                      |

出所 “UNAIDS Country Profile HIV/AIDS/STD and the response in the Philippines” 1996  
UNAIDS

## 5.9 下痢症対策

下痢症対策プログラムは1980年代はじめに開始された。下痢を予防するための母乳栄養の推進と衛生的な行動、脱水による死亡を防ぐための経口補水療法の使用の2つを中心に推進された。下痢症による死亡の4分の3が5歳未満児に起こることから、この年齢層にターゲットが置かれた。プログラムは1986年から92年にかけて拡大され、下痢症研修ユニットが国レベル、地方レベルで助産婦(RHM)や他のフィールドの保健要員のトレーニングのために設置された。下痢症の処置が医師、看護婦、助産婦の就業前のカリキュラムに組み込まれ、プライベート・セクターの医師や看護婦も医師会、看護婦会を通じて処置の仕方が伝えられた。

保健省の1993~98年国家下痢症対策プログラムでは、家庭での下痢症の管理と治療に重点を置き、水分摂取を増やすこと、母乳および食事の摂取を続けること、改善が見られないときには保健医療機関に受診することを強調している。さらに、保健医療施設で経口補水塩(ORS)の使用、薬の適切な使用による適切な患者管理がなされることを推進している。母乳育児と麻疹の予防接種の推進(麻疹と下痢症が重なった時に致命率が高くなることから)も下痢対策として維持されている。

経口補水療法(ORT)の使用率は1992年のWHOの家庭調査による25%から、1994年の保健省の調査によると55%と向上した。1995年の中間目標としては、ORTの使用率を80%に上げることとしており、その内容は以下のとおりである。

- ① 5歳未満児で下痢になった子供の80%がORTを即座に受けること。
- ② 5歳未満児で下痢になった子供の70%が下痢の間食事を続けること。
- ③ 60%の家庭で、生後6カ月間は母乳のみの育児を行い、適切な離乳食を使用し、衛生的習慣を身に着けること。

④ 子供の治療にあたる末端の助産婦および病院スタッフの 80%が下痢症の管理の仕方についてトレーニングを受け、ORS を支給されること。

⑤ 80%の家庭がORSの入手が可能となること。

また、2000年までに5歳未満児の下痢症による死亡率を8.6から4.3(出生千対)に、ORTの使用率を80%以上にすることを目標にしている。

1995年には、国産のORSであるオレソル(Oresol)762万パックと60万の脱水症状予防剤を被災地域や避難センターに配布している。また、ボーイスカウト、ガールスカウトと協力も図っている。

## 5.10 その他の感染症

### 5.10.1 結核

フィリピンの結核対策の歴史は古く、1910年に民間組織であるフィリピン結核予防会<sup>55</sup>の設立と、最初の療養所の開設(後のケソン研究所)以来の歴史を持つが、1954年の結核予防法や76年のBCGの義務化、82年以降の地方への顕微鏡整備計画以外、特に大きな成果が見られなかった。

1968年には、結核対策の一般保健サービスへの統合が行われ、喀痰塗末検査を中心とした患者発見と、ストレプトマイシンとヒドラジドを中心とした12カ月間の標準化学療法が全国の保健所に導入された。この標準化学療法は、1985年では約4割の治療完了率を示した。

1987年に保健省公衆衛生局に結核対策課が設置され、喀痰塗抹検査による患者発見と塗抹陽性ならびに空洞例に対する短期化学療法を柱とする、国家結核対策計画が作成された。それ以後、保健省の最重要計画の一つに位置づけられ、外国の援助も得ながら多大な予算を投入し、患者発見のための巡回チームの編成、要員の研修、顕微鏡センターの拡充などを重点的に行ってきた。しかし、当時は喀痰採取の数値目標があったため、目標達成のために症状のはっきりしない人からも痰を集め、診断の質はかなり低かった。また、発見患者の管理が悪く、不規則治療や治療中断が多かったため、薬剤耐性菌の出現を許してしまう治療失敗が多く見られた。

1993年、WHO結核対策本部は主としてアフリカ等の先進的な結核対策プログラムの経験をもとに、広く途上国に適用できるように郡レベル要員訓練モジュール<sup>56</sup>を作成、公表した。フィリピン保健省はこれに伴い「国家結核対策新指針」を策定したが、大きな変革は、従来の患者発見重視から治癒率の向上を重視する点であった。結核対策を既存の保健医療サービス供給システムに統合して行う方式をとり、ルーラル・ヘルス・ユニット、バランガイ・ヘルス・ユニットで咳や痰その他結核を疑わせる症状をもって訪れる患者から痰を採って検査し、陽性患者にヒドラジド、リファンピシン、ピラジナマイドの3剤による短期(6カ月間)化学療法を行う。患者教育と規則的な治療の監視システムにより、治療完了を図り、治療終了後の菌検査によって治癒の有無を判定し、治癒率によって結核対策の効果を評価する。そのために効率的な記録および報告様式を作成した。菌検査の質が診断と経過判定の鍵となるため、塗抹標本のダブルチェックによる精度管理を図っている。

<sup>55</sup> Philippine Tuberculosis Society

<sup>56</sup> Managing Tuberculosis at District Level



日本は 1992 年からセブ州において結核対策を中心とした公衆衛生プロジェクトを行っており、菌検査の精度の向上および治癒率の向上のため、技術指導、機材供与を行っている。

また、WHO は地方政府による結核対策の効果的実施のため、ロジスティックス、ローカルコストの支援を行っている。

現在の結核対策の目標は、以下のとおりである。

- ① 年間感染危険率を 1%以下にする。
- ② 喀痰塗抹陽性有病率を 1(人口千対)以下にする。
- ③ 結核の死亡率を 10(人口 10 万対)以下にする。

### 5.10.2 住血吸虫症

住血吸虫症はフィリピン<sup>51</sup>の 8 地方(リージョン 4、5、7、9、10、11、12 および ARMM)の 24 州で蔓延しており、これらの州で対策プログラムが実施されている。

中央レベルでは、保健省公衆衛生サービス室の住血吸虫症対策が対策プログラムの中期計画(1993~98 年)および年間予算の策定、同疾患が蔓延している地方・州における運用計画の検討、モニタリング、技術支援、対策活動のガイドラインの作成を行っている。目標としては、以下を挙げている。

- ① 住血吸虫症が蔓延しているすべてのバランガイ(村落)で、有病率を 5%未満にする。
- ② 2000 年までに、ボホール州およびシアルガオ島において住血吸虫症を撲滅する。

主な活動は、検便による患者の発見と治療、媒介巻貝の駆除である。対策活動の成果を示す。

表5-12 住血吸虫症対策の成果 (1987~92 年)

| 活動     | 5 年間の平均<br>(1987~91 年) | 1992 年    |
|--------|------------------------|-----------|
| 検便件数   | 798,424                | 1,402,356 |
| 患者発見件数 | 52,803                 | 74,253    |
| 治療件数   | 47,706                 | 51,773    |
| 有病率(%) | 6.6%                   | 4.2%      |

出所 保健省提供資料

### 5.10.3 ハンセン病

#### (1) ハンセン病対策の概要

公的なハンセン病対策プログラムは 1955 年に開始された。WHO が推奨する多剤併用療法(Multidrug Therapy, MDT: ダブソンにリファンピシンおよびクロファジミンを併用する療法)が 1985 年に初めて 2 つの州で導入され、1989 年までに全国に拡大され、1993 年にはカバー率が 100%に到ったと言われている。病気の再発は年間 1%未満、長期的にも 10%未満と見込まれている。外科的、理学的リハビリが長期的目標である。

国家ハンセン病対策<sup>52</sup>はフィールド・ヘルス・ユニットの参加による全国規模のサーベイランス、患者発見、治療、ソーシャル・リハビリテーションプログラムをコンポーネントとし、1998

<sup>51</sup> National Leprosy Control Program : NLCP

年までにハンセン病の患者の新規発生をなくすことを目標としている。

国家ハンセン病対策は、中央レベルでは、保健省の感染症対策部にハンセン病対策課が置かれており、感染症対策部が療養所や皮膚科診療所の技術指導を行っている。地方保健局レベルでは、NLCP コーディネーターが各一名が配置されている。州レベルでは医師、看護婦各1名、合計各州2名のNLCP コーディネーターが配置されている。患者の大半はルーラル・ヘルス・ユニット、バランガイ・ヘルス・ステーションなど身近な保健医療施設で多剤併用療法を受けている。これらの保健医療施設は地方自治体の管轄の下にあり、地方、州のコーディネーターは保健医療施設に対して権限はもっていない。ハンセン病対策活動は現在では一般の保健医療サービスの中に組み込まれている一方、臨床専門家は全国の8つの療養所と21の皮膚科診療所に集中している。

NLCP の資金の大半はハンセン病対策協会国際連盟<sup>58</sup>から受けており、フィリピン・ハンセン病ミッション<sup>59</sup>が管理運営している。1993年には皮膚病のスクリーニング・キャンペーンが開始され、毎年新たな患者が発見されている。NLCP では多剤併用療法の薬剤の確保が重要であるが、日本財団がWHOに西暦2000年まで同療法薬剤の購入に必要な資金を供給することを決定している。

## (2) 問題点

多剤併用療法が全国的に導入された当時には研修プログラムが集中的に行われたが、スタッフの変更に伴う研修が行われていない。熟練したスタッフの有無は州によって隔たりがある。また、対策プログラムの管理能力にも地方、州によって差がある。

### 5.10.4 デング熱

デング熱予防対策プログラムは1984～89年にかけてデング熱の感染が増加したことに対応して1992年11月に実施が承認された新しい対策プログラムである。保健省の公衆衛生サービス室伝播性疾患対策部が管轄している。感染の危険のある地域における流行の予防と季節的な流行への対策のための試験的段階にあり、デング熱の罹病率、死亡率を下げることを目標としている。1998年からは全国プログラムとして実施される予定である。

1995年には、プログラム指針ガイドライン、研修マニュアルのドラフトを作成し、リージョン7、NCR(首都圏)のドゥマゲテ市、東ネグロス、マニラ市、ナボタス郡で対策プログラム・パッケージをテストした。デング熱の流行が報告または確認された6つのリージョンの特定地域で住民、NGOを巻き込んだ媒介蚊対策(Rapid Response Mosquito Control)プロジェクトを実施した。

### 5.10.5 フィラリア

フィラリア対策プログラムは、1963年に開始された。現在は、流行地域を抱えるリージョン4、5、8、11で実施されている。目標は、フィラリアの罹患率を下げることで、2000年までに12の町(Municipality)でフィラリア撲滅を達成することとしている。主な活動は、患者発見と治療、情報資料の作成と配布である。治療は、ジエチルカルバマジン(DEC)を12日間投与

<sup>58</sup> International Federation of Anti-Leprosy Associations : ILEP

<sup>59</sup> Philippine Leprosy Mission : PLM

する。問題点としては、検査や治療に必要な医薬品・機材の調達が円滑に行われておらず、プログラムが効果的に実施されていないこと、顕微鏡の保守管理が悪いこと、患者発見に必要な車両などの手段が不足していること、予算不足により、適切な人材が確保できないことなどが挙げられている。

### 5.10.6 狂犬病

フィリピンにおける狂犬病の罹患率は0.5~0.7(人口10万対)で、年間平均で326の症例が報告されている。主な媒介動物は犬である。国家狂犬病対策プログラムは1991年、感染症対策部の中に設置された。2000年までに人の狂犬病をなくすることが目標である。

主な活動は、IEC(ポスターおよびリーフレットの作成と配布)、保健要員に対する研修、サーベイランス・データの分析である。また、1992年にはセブ島で犬の狂犬病予防接種キャンペーンが実施された。

## 5.11 その他の対策

### 5.11.1 心臓血管系疾患

心臓血管系疾患予防対策プログラムは保健省公衆衛生サービス室の非感染症対策部およびフィリピン心臓病センターが実施している。目的は心臓血管系疾患の罹患率、死亡率を低下させ、同疾病が個人、家族、地域に及ぼす経済的影響を減少し、患者の生活の質を向上することとしている。対策プログラムは次の10のコンポーネントからなる。

- ① コミュニティに根ざした知識向上などの活動
- ② 学校における保健教育、知識の普及
- ③ 職場における健康的な生活様式の推進、治療の提供
- ④ 病院における発見・診断・管理・リファラルの向上
- ⑤ 保健要員の研修
- ⑥ 公的情報、教育プログラム
- ⑦ 法的整備
- ⑧ 食生活の見直し・禁煙などの環境整備
- ⑨ 研究活動
- ⑩ WHOのガイドラインに沿ったモニタリング・システムの導入

1995年度には5098万ペソ(約204万ドル)を対策プログラムに支出している。

### 5.11.2 癌

癌対策プログラムは、保健省公衆衛生サービス室の非感染症対策部が管轄している。開発段階のプログラムであり、ベンケット、リサール、セブ、ダバオの諸州で実施されている。目標は、癌の罹患率、死亡率を下げ、癌患者の生活の質(QOL)の向上を図ることとしている。活動としては、肺癌、子宮頸癌、乳癌の予防のための情報提供・教育活動、早期発見のための検査を行っている。

1995年からは、フィリピン癌対策プログラム調整委員会の会員との協力で、「癌について知

る週」が設けられ、ラジオやテレビ、リーフレットなどにより、情報提供を行っている。また、95年には第1回癌患者ホスピス・ケアの全国大会が開催され、390人が参加した。同年には110万人の女性が乳癌検診、50万人の女性が子宮癌検診を受け、25万人の男女が肺癌検診を受けた。

### 5.11.3 失明

失明予防プログラムは、28の州で実施されており、活動としては白内障の手術、6歳以下のハイ・リスクの子供に対するビタミンAの補給、目の健康管理の推進を行っている。1992年度には一部のルーラル・ヘルス・ユニットから4,043人のヘルス・ワーカーおよび一部の病院から489人のスタッフを目のプライマリー・ケアに関して訓練した。8つの病院に白内障手術のための機器が支給され、6,151件の手術が行われた。

### 5.11.4 地域リハビリテーション・プログラム

リハビリテーションにPHCのアプローチを取り入れ、地域で既存のリソースを利用して、地域レベルでリハビリテーション・サービスを行おうとするもの。アリモディン、イロイロ、ロクス、南サンボアンの約40の balanガイでパイロット的に活動が行われている。主な活動は障害の早期発見、リハビリテーション・サービスの提供である。1992年度には、パイロットエリアの763人の障害者がサービスを受けた。また、地域のボランティアに言語、理学、作業、心理療法の初歩的な研修を行った。

## 「5 保健対策活動」参考資料

1. 厚生省開発途上国における母子保健に関する研修班「開発途上国の母子保健」1996 厚生省
2. 国際協力事業団医療協力部「フィリピン公衆衛生プロジェクト事前調査団報告書」1992 国際協力事業団
3. 国際協力事業団医療協力部「フィリピン共和国エイズ対策基礎調査団報告書」1994 国際協力事業団
4. 国際協力事業団医療協力部「フィリピン共和国エイズ対策追加調査専門家チーム報告書」1994 国際協力事業団
5. 国際協力事業団医療協力部「海外医療協力委員会エイズ協力専門部会報告書」1995 国際協力事業団
6. 「熱帯病」1990 WHO
7. 「フィリピン国エイズ対策プロジェクト事前調査団及び実施協議調査団報告書」(印刷中) 国際協力事業団
8. フィリピン母子保健家族計画プロジェクト提供資料 国際協力事業団
9. フィリピン公衆衛生プロジェクト提供資料
10. "Early Childhood Development: Addressing the Needs of Preschool Children in the Philippines" 1994 Asian Development Bank
11. "Malaria Control Service Annual Report" 1995 Department of Health
12. Facts and Figures on Cardiovascular Diseases in the Philippines 1994 Department of Health, Philippine Heart Center
13. Family Planning Survey 1995 1996 National Statistics Office
14. Marco International Inc. National Demographic Survey 1993 1994 NSO & MI
15. National Statistics Office Demographic and Health Surveys, Mothers' and Children's Health in the Philippines: Regional Patterns 1994 National Statistics Office, Demographic and Health Surveys
16. "National Family Planning and Maternal and Child Health Status Report July 1994-June 1995" 1995 Office for Public Health Service, Department of Health
17. Richard A. Heaver, Joseph M. Hunt Improving Early Childhood Development: An Integrated Program for the Philippines 1995 AsDB
18. "UNAIDS Country Profile HIV/AIDS/STD and the Response in the Philippines" 1996 UNAIDS
19. Forth Programme of Cooperation for Child Survival, Protection and Development in the Philippines, (CPC IV) 1994-1998 Vol.3.1. Health 1996 UNICEF
20. Situation of Children and Women in the Philippines 1992 UNICEF
21. 保健省提供資料
22. Philippines National Safe Motherhood Survey 1993 Summary Report 1995 National Statistics Office & DHS, Macro International Inc.

