

6 保健医療サービス供給システム

6.1 保健医療施設

フィリピンの保健医療施設は、公的医療機関と私的医療機関に大別される。一般に医療サービスレベルは私的医療機関の方が比較的高いといわれているが、都市部に集中し、診療費が有料であることから、富裕階級へのサービスが主体となっている。一方公的医療機関は、一部有料診療を行っているが、大半が無料診療であり、主に貧困層がサービス対象となっている。しかし、その運営は国家財政からの収入が主であり、フィリピンの長年にわたる経済不況は公的医療機関の施設あるいは機材の整備に重大な遅れをもたらしている。

1992年現在のフィリピンにおける病院数は合計で1,696、うち政府系が583(34%)、民間が1,113(66%)である。病床数は同年8万3330床、うち政府系が4万6051(55%)、民間が3万7279(45%)である。人口1万人当たりの病床数は12.7で、日本の約10分の1の水準にとどまっている。地理的には、特に第3次医療の病院は、公的病院、民間病院ともに首都圏に集中している。

表6-1 政府系および民間の病院数と病床数の年次推移

年	病院数			病床数			1万人 当たりの 病床数
	政府系	民間	合計	政府系	民間	合計	
1970-71	209	431	640	20,400	20,753	41,153	10.9
1975	363	606	969	41,692	28,082	69,774	16.5
1980	413	1,194	1,607	39,445	42,351	81,796	18.2
1985	624	1,190	1,814	48,395	41,113	89,508	15.5
1990	698	1,135	1,733	49,273	37,860	87,133	14.0
1993*	537	1,095	1,632	35,629	36,236	71,865	10.7

注 1993年の数字は最終のものではない。

出所 1994 Philippine Statistical Yearbook 1994 National Statistical Coordination Board

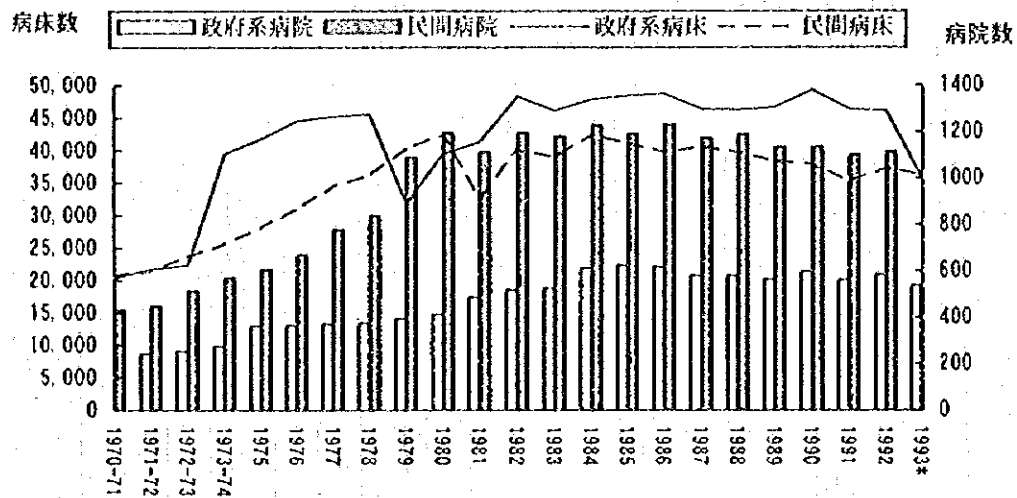


図6-1 フィリピンの政府系および民間の病院数と病床数の年次推移

表6-2 地方別/タイプ別病院数

地方	公的病院				民間病院				合計
	1次	2次	3次	小計	1次	2次	3次	小計	
首都圏	2	6	22	30	27	41	45	113	143
CAR(コルディジェラ 自治区)	6	21	2	29	16	12	-	28	57
R 1: イロコス	7	17	6	30	39	23	4	66	96
R 2: カガヤンバレー	10	22	3	35	33	10	1	44	79
R 3: 中央ルソン	7	34	5	46	48	55	10	113	159
R 4: 南タガログ	28	37	7	72	49	77	19	145	217
R 5: ビコル	17	23	4	44	61	23	8	92	136
R 6: 西ビサヤ	16	27	5	48	14	8	10	32	80
R 7: 中央ビサヤ	16	22	2	40	20	15	11	46	86
R 8: 東ビサヤ	14	29	2	45	11	12	1	24	69
R 9: 西ミンダナオ	16	18	1	35	33	15	2	50	85
R 10: 北ミンダナオ	17	16	4	37	69	24	7	100	137
R 11: 南ミンダナオ	13	14	4	31	134	20	10	164	195
R 12: 中央ミンダナオ	6	7	2	15	59	16	3	78	93
ARMM(モーロ・ミンダ ナオ自治区)				22*				4*	26*
全国	175	293	69	537	613	351	131	1,095	1,632

注 * : NSO の資料では、ARMM には 1992 年現在 26 の病院(政府系病院 22、民間病院 4)が存在しているが、保健省の 95 年のデータには記載されていない。

出所 "1995 Updates on Philippine Health Statistics" 1996 Department of Health

6.1.1 公共医療部門

フィリピンの公的医療部門は、第1次、第2次、および第3次医療サービスを提供する医療施設に大別される。この医療サービスの区分化の目的はプライマリー・ヘルス・ケアを推進することと、これらの医療施設の適切な利用による保健医療活動の強化である。第3次医療サービスは特別病院、専門病院、医療センター、地方病院および州立病院によって提供されており、第2次医療サービスは州立病院、地区病院、市立病院により、また、第1次医療サービスはルーラル・ヘルス・ユニット⁶⁰、バランガイ・ヘルス・ステーション⁶¹などによって提供されている。1993年の地方分権化以降、州レベル以下の病院や保健所は地方自治体⁶²が管轄することとなった。

(1) 第1次医療

第1次医療サービスは、主にルーラル・ヘルス・ユニットおよびバランガイ・ヘルス・ステーションが担当する。両施設ともに基本的に入院施設を持たず、外来のみを取り扱う。ルーラル・ヘルス・ユニットは人口約1万人に対して1カ所の割合で配置され、医師1人、保健婦(資格としては看護婦と同じ)、臨床検査技師、助産婦、歯科医師(常勤または非常勤)、衛生監視員(予防活動、サーベイランス等の公衆衛生の補助活動をする、専門の医学教育を受けていない

⁶⁰ Rural Health Unit : RHU

⁶¹ Barangay Health Station : BHS

⁶² Local Government Unit : LGU

職員)等が配属されている。予算不足または人材不足のため、ポストに欠員のあることも少なくない。ルーラル・ヘルス・ユニットは住民に身近な診療所であるとともに、町の公衆衛生活動(予防、環境衛生指導、衛生教育、法医学業務等)の中心でもある。このルーラル・ヘルス・ユニットの活動を補助する機関として行政区画の最小単位であるバランガイにバランガイ・ヘルス・ステーションが配置され、人口1,500人程度をカバーすることを目標に助産婦とヘルス・ワーカーが常駐している。これらの施設の主な活動は母子健康相談、家族計画、予防接種、公衆衛生指導、栄養指導、および簡単な医療サービスが挙げられる。

【具体例】

今回訪問したターラック州内のバランガイ・ヘルス・ステーション(BHS)は、4つのバランガイ(村落)を担当している。助産婦が午前中は毎日の一般患者の診療と並行して、曜日ごとのプログラムを実施する。水曜日が全国で統一された予防接種の日となっているほか、ここでは火曜・木曜を妊婦検診、月曜を乳児検診・体重測定の日と決めている。予防接種・体重測定の際は、村のボランティアであるバランガイ・ヘルス・ワーカーが毎日数人手伝いに来る。多い日には、午前中に40人以上の患者を診察をすることもある。午後は主に、午前中の患者診療・検診の記録(この記録はルーラル・ヘルス・ユニット、州保健局を経て保健省に集まり集計される)と担当地区の住民の家庭訪問を行う。患者は風邪・下痢・発熱・湿疹等の一般的なものから外傷・結核まで様々である。助産婦は、週に1回ルーラル・ヘルス・ユニットで行われるミーティングに出席し、患者診療・検診の記録を提出し、保健婦の指導を受ける。一般必須薬が不足がちな、在庫がないときは、処方箋を書いて患者に渡し、患者は薬局等で購入する。このBHSの場合、近くにコミュニティ薬局(6.2.4(2)コミュニティ薬局運動を参照)があるため、患者はそこで薬を購入することが多い。医師の診察、レントゲン撮影、尿・結核の喀痰検査等が必要な場合は、このBHSを管轄するルーラル・ヘルス・ユニットや州立病院に紹介する。患者の希望で、私立病院に紹介することもある。

(2) 第2次医療

第2次医療サービスは、地区病院および市立病院を中心に提供されている。これらの施設は感染症対策に関する中心的な医療機関であり、ここでは第1次医療施設で行われている家族計画、一般外来に加えて内科、外科、小児科、産科、歯科、眼科等の専門各科、入院施設、臨床検査室等を配備しており、結核の集団検診、マラリア検査、血液検査、検便、飲料水検査などのスクリーニングが行われている。

【具体例】

今回訪問したターラック州内の地区病院(District Hospital)は、3つの町(Municipality)から患者を受け入れ、救急診療も行う。病床数は実際には50床であるが、州からは25床分の予算しか受けていない。患者のおおむね7割はチャリティーと呼ばれる無料で治療を受ける患者、2割が有料の患者、1割が健康保健加入の患者である。診療科は内科、外科、小児科、産科の4つであり、1日当たり250人程度の外来患者を診療している。入院患者は1日当たり60~80人おり、病床が足りないため折り畳みベッド等で対応している。ベッド・シーツ等リネンが間に合わず、患者が入院の際に持参する場合もある。病院事務長によれば、病床に空きがなく、他の病院にリファーしたくても、地理的理由等で患者が行くことができない場合、入院を許可せざるを得ないとのことであった。無料の入院患者1人に対して州が病院に対して支払う額は、20ペソ(約90円)である。病院のスタッフは、医師4人(うち3人はレジデント)、

看護婦 8 人、助産婦 6 人を含む計 47 人である。スタッフは州の職員であるが、看護婦の 1 人は町の職員である。病院スタッフは予算の不足、医師・看護婦の不足、医薬品の不足等を訴えていた。

(3) 第 3 次医療

保健省が管轄する特別病院、専門病院、医療センター、各地方に 1 か所ずつ配置された地方病院(Regional Hospital)が第 3 次医療の主な担当施設である。地方病院は各地方における保健医療サービスの頂点に位置している。州立病院(Provincial Hospital)および地区病院(District Hospital)等の第 2 次レベルで施療できない疾患については第 3 次医療の担当施設にリファーされてくる。内科、外科、小児科、産科、眼科、耳鼻科、口腔外科、整形外科および放射線治療等の高度医療が提供されている。

州立病院は第 2 次医療施設からの初期リファラル施設として主に内科、外科、小児科、産科などの基本診療科目を有する。地方病院および医療センターはさらに複雑なケースを取り扱うため基本診療科に加えて一部の専門科目を有し、更に特別病院および専門病院は高度医療を含む専門的な医療を提供している。

表6-3 種類別医療施設数および病床数

管轄	種類	施設数	病床数	医療サービスレベル		
				第 1 次	第 2 次	第 3 次
保健省 ¹⁾	特別病院	4	985			◎
	専門病院	6	6,775			◎
	医療センター	16	5,400		○	◎
	地方病院	9	3,025		○	◎
	研究病院	2	75		○	◎
	サナトリウム	8	4,420		◎	
地方自治体 ²⁾	地区病院	2	150		◎	
	州病院	75	7,845	○	○	◎
	地区病院	275	10,235	○	◎	○
	市町病院	60	605	○	◎	
地方自治体 ¹⁾	メディケア病院	87	1,250	◎	○	
	ルーラル・ヘルス・ユニット	2,368	0	◎		
	バランガイ・ヘルス・ユニット	11,498	0	◎		

注 数字は 1991 年現在

◎主担当業務 ○補助業務

出所 1) 保健省提供資料 数字は 1995 年現在

2) 「フィリピン共和国ピセンテ・ソット記念医療センター外来棟拡充計画事前調査報告書」 1993 国際協力事業団

表6-4 地方別政府系医療施設の数(1994年)

地方	病院	RHU ¹⁾	BHU ²⁾
首都圏	31	366	2
CAR(コルディジェラ自治区)	24	96	496
R 1:イロコス	27	147	819
R 2:カガヤンバレー	29	98	544
R 3:中央ルソン	37	252	1,203
R 4:南タガログ	69	285	1,463
R 5:ビコル	31	129	742
R 6:西ビサヤ	41	144	1,282
R 7:中央ビサヤ	35	202	1,099
R 8:東ビサヤ	38	159	718
R 9:西ミンダナオ	17	99	617
R 10:北ミンダナオ	26	141	831
R 11:南ミンダナオ	22	106	822
R 12:中央ミンダナオ	12	54	508
ARMM(モーロ・ミンダナオ自治区)	0	90	352
国全体	452	2,368	11,498

注 1) :RHU(ルーラル・ヘルス・ユニット) 2) :BHS(バランガイ・ヘルス・ステーション)
出所 “1995 Updates on Philippine Health Statistics” 1996 Department of Health

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

フィリピンの民間医療部門は、数千の開業医の外来診療所、1,000を超える5~1,000床の様々な規模の病院、数千の薬局・薬店、いくつかのドラッグ・ストアのチェーン、数千とも言われる伝統的治療師、伝統的産婆(ヒロット)からなる。NGOは保健医療部門において重要な役割を果たしていると言われるものの、その正確な数は把握されていない。民間医療部門は公的(政府系)部門のように階層的機構があるわけではなく、その地理的位置、供給すべきサービスが規制されているわけではなく、インセンティブと競争原理の産物である。

民間医療部門は1人の医師による経営、家族経営、営利企業による経営によるものが大半を占め、教会、組合など非営利の経営の占める割合は小さい(非営利目的の医療機関の数は不明)。私立の医学系大学の中には、学生に地域医療の実習を与える目的と地域医療サービスの提供を目的とし、小規模の地域病院を運営しているケースもある。1992年現在でフィリピンには1,113の民間病院があるが(表6-1)、その50%以上は第1次医療を提供する平均病床数16の小規模病院と考えられている。

民間病院およびクリニックは全国に分散しており、第1次医療を提供する病院、病床は首都圏以外でより多い(表6-5)。マニラ首都圏にあるのは全体の11%である。しかし、第3次医療を提供する病院、病床は首都圏に集中している。世界銀行の資料によると、フィリピンの民間病院はかつては豊かな州や市に集中しており、より貧しい地域や農村部には公的部門の施設があるという構図があったが、1990年の調査では、その差は小さくなってきている。

表6-5 民間病院と病床の分布 (1990年)

(%)	首都圏	他の地方	合計
病院：1次	4.8	95.2	100.0
2次	15.5	81.5	100.0
3次	31.0	69.0	100.0
病床：1次	4.5	95.5	100.0
2次	16.6	4	100.0
3次	46.0	51.0	100.0

出所 The Private Medical Sector in the Philippines 1994 Health Finance Development Project

6.1.3 主な病院

(1) フィリピン総合病院⁶³

首都圏マニラ市に位置する保健省管轄の総合病院で、第3次医療機関としての役割をもつ。病床数は1,400床、このうち1,000床は低所得者層を対象とした無料のベッド(チャリティーと呼ばれる)、400床が有料のベッドである。医師632人、看護婦1,300人等合計約3,800人のスタッフにより運営され、ベッド稼働率は100%を超え、1日に約2,000~2,500人の外来患者と400~600人の救急患者を診療する。また、医療従事者の教育および訓練機能を有しており、医学4年次生150人、5年次生234人が研修を行っているほか、512人のレジデントがいる。外来部門には内科、外科、精神科、産婦人科、小児科、整形外科、家庭医学科、歯科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリ科、STD・アレルギーの各診療科がある。

年間予算は約8億ペソで、そのうち75%は政府から、9~10%は寄付金、15%は診療による収入でまかなわれる。予算の96%は人件費・運営に使われ、機材等投資に使われる資金はわずかである。医療機材の保守管理にあたる人材の不足、部品調達が困難であること、資金の不足が主な問題点として指摘されている。この病院には日本の外来棟整備および医療機材の無償援助が1987年度に実施されている。

(2) ビセンテ・ソット記念医療センター⁶⁴

セブ島、中部ビサヤ地方のセブ市に位置する保健省管轄の病院。1913年に設立され、セブ島およびミンダナオ島の北部および西部地域の第3次医療機関としての役割をもつ。フィリピン国南部の医療活動の要としての役割を担っている。病床数は549床、医師148人、看護婦190人等により運営され、ベッド稼働率が91年では97%、それ以前では100%を超え、年間約1万7000人の入院患者、14万人の外来患者、3,000件の分娩および600件の帝王切開を含む5,000件の手術をこなしている。また、医療従事者の教育および訓練機能を有しており、1991年には476人の医師、および2万2084人のパラメディカル・スタッフの研修を行っている。外来部門には内科、外科、精神科、産婦人科、小児科、整形外科、家庭医学科、歯科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリ科、家族計画の各診療科がある。この病院には日本の外来棟整備および医療機材の無償援助が1995年度に実施されているほか、ドイツGTZの医療機材保守管理のプ

⁶³ Philippine General Hospital : PGH

⁶⁴ Vicente Soto Sr. Memorial Medical Center

プロジェクトが現在進行中である。

(3) マカティ・メディカル・センター⁶⁵

マニラ首都圏マカティ市に位置する民間の総合病院。1969年に設立され、第3次医療機関としての役割をもつ。病床数は600床、1994年現在で1,715人のフルタイム・スタッフ、329人の契約スタッフより運営され、ベッド稼働率が88.7%、1日平均約700人の外来患者を受け入れている。また、医療従事者の教育及び訓練機関として、30の専門分野に300人の指導スタッフを有しており、年間72人の医学部卒インターンと130人前後のレジデントを受け入れている。また、付属の看護学校をもち、毎年150人が卒業する。

1987年にフィリピンで最初の救急救命医療の専門科ができたほか、放射線療法、心臓カテータイゼーション、腎臓移植手術等高度な医療も行われている。また、マカティ市と協定を結び、貧しい住民にも外来診療、入院治療を提供している。同病院のフォーレス副院長(Vice President and Medical Director)によれば、病床のうち100床はこのチャリティー・プログラムに充てられており、入院コストの35%をマカティ市が負担し、他は病院側の負担となる。

この病院では患者は原則として処方された医薬品を病院内の薬局で購入することになっている。これは、医薬品の販売による収入が病院の運営上重要であることと、患者がにせ薬などを使用することを防ぐためである。

このほか、第3次医療を提供する主な医療施設としては、保健省の特別病院(Speciality Hospital)である以下の4病院、

- フィリピン呼吸器センター(Lung Center of Philippines)
- 国立腎臓研究所(National Kidney Institute)
- フィリピン子ども医療センター(Philippine Children's Medical Center)
- フィリピン心臓センター(Philippine Heart Center)

そのほかに専門病院(SPECIAL HOSPITAL)として、以下の5病院がある。

- ホセ・ファベリヤ記念病院(Jose Fabella Memorial Hospital : 周産期専門)
- フィリピン子ども病院 (National Children's Hospital)
- 国立精神保健センター (National Center for Mental Health)
- 国立整形外科・リハビリテーション医療センター (National Orthopedic Hospital and Rehabilitation Medical Center)
- サン・ラザロ病院 (San Lazaro Hospital : 感染症専門)

6.2 医薬品・医療機器・衛生材料

6.2.1 医薬品の製造

1992年現在の製薬企業数は321社である。

現地製薬企業は輸入、製剤、包装の業務を主とし、原材料の90%以上は輸入に依存している。輸入原料による医薬品製剤の製造能力は十分であり、同国における最大の製薬企業である

⁶⁵ Makati Medical Center

Unilab の製品等は、国内はもちろん、他のアジア諸国へも輸出されている。なお、Unilab の保健省への年間販売額(政府納入額)は1億ペソ以上にのぼっている。

同国における主要製薬企業の大多数は多国籍企業の現地子会社であり、それぞれの親会社の現地販売業務を担っており、製品は個人診療所、病院、専門医に販売されている。同国における主な多国籍医薬品企業は以下のとおりである。

- Abbott SK&K
- Astra Squibb
- Bristol/Mead Johnson Warner Lambert
- Ciba Geigy Winthrop Sterling
- Johnson & Johnson Wyeth Suaco
- Park Davis

フィリピン企業の多くは、外国企業のライセンスとして活動している。たとえば、Unilab は約20%のシェアを占めているが、英ICI、GD サール、US シェーリング等とタイアップしている。

同国製薬企業の3分の1はヨーロッパ系、5分の1は米国系、1割は同国以外のアジア中東系、同国企業のオーナーシップは全体の3分の1である。

6.2.2 医薬品政策

フィリピンでは医薬分業制を採用しており、医師は原則として投薬はせずに処方箋を発給し、患者自身が薬局で薬を購入するシステムとなっている。フィリピンでは、できるだけ国民に医薬品が円滑に行き渡るようにと国家医薬品政策の制定と実施、一般名法の制定と実施、国民医薬品集の制定、伝統薬の開発と製品化など、様々な政策を展開している。

(1) 国家医薬品政策⁶⁶

国家医薬品政策は医薬品のコストの高騰のため、必要とする人々に質のよい必須医薬品が行き渡らないという問題に応えたもので、1987年4月、アキノ前政権下で公布されたプログラムである。この政策は、

- ① 医薬品の品質確保
- ② 保健医療従事者および消費者による適正な医薬品の使用の推進
- ③ 医薬品の国内自給、および
- ④ 保健省の調達プログラムの合理化

の4つの柱からなる。

食品医薬品局⁶⁷が品質管理の基準の更新を行い、製品の登録、販売会社の認可を行っている。

(2) 一般薬品名法⁶⁸

一般薬品名法は、1988年9月に公布され90年1月から全面実施に移された。同法は高価なブランド薬品ではなく安価な一般薬品を消費者に普及させるという目的と、患者が薬局で予算にあわせて薬を選択できるようにするという目的を持ち、医師の処方箋や医薬品のラベルに一

⁶⁶ National Drug Policy : NDP

⁶⁷ Bureau of Food and Drugs : BFAD

⁶⁸ Generic Act

般薬品名を記入するよう義務づけている。しかし、一般名による処方については法施行時に比べてその遵守率が下がってきている(1990年の90%に対して92年には66%)と報告されている。

(3) フィリピン国家医薬品集⁶⁹

一般薬品名法を実効あらしめるため、政府によって作成されている必須医薬品のリストは四半期ごとに再検討され、毎年新版が出ることになっている。1993年に改定された第3版には、352のコア・リストと325の補足リストをあわせて合計636成分が22の薬効群別に収載されている。また、プライマリー・ヘルス・ケア(PHC)用にVital、Essential、Less Essentialに分類された医薬品67成分が再掲されており、すべての保健所が揃えるべき品目と、医師が駐在する保健所に置かれる品目とに分けられている。

表6-6 プライマリー・ヘルス・ケア用の医薬品：67成分

	Vital drugs 合計 41 成分	Essential drugs 合計 18 成分	Less essential drugs 合計 8 成分
全保健所対象品目	7 成分	10 成分	1 成分
医師駐在保健所対象品目	34 成分	8 成分	7 成分

出所 Philippine National Drug Formulary 1993. Department of Health

(4) 伝統薬の開発と製品化

国家医薬品政策の一つの柱として医薬品の国内自給が挙げられているが、実態は、いまなお欧米系の多国籍製薬企業が全市場の75%を占め、原料資材の90%を輸入に頼っている状況が続いている。一方これを補完し、国内の天然資源や伝統医療を最大限に活用しようとの動きがある。このため保健省、科学技術省、大学などが中心になって民間伝承薬の調査研究が行われてきた。現在では10の生薬について薬効、安全性が認められたとして、家庭や地域で活用することを推奨するとともに、保健省が全国4カ所で4種類の生薬製剤(錠剤、軟膏等)の製造に乗り出している。これらは公的病院や保健所などに無料で配布されるほか、廉価で一部市場にも供給されている。

(5) にせ薬特別法

「にせ薬法案」は、1996年8月フィリピン上・下院を通過し、9月に大統領の裁可を得た。にせ薬については、1992年から保健省食品薬品局(BFAD)がモニタリングをしてきているが、法制化によってこれまで特に郡部において顕著とされてきた「にせ薬」の対策に本格的に乗り出すことになった。本特別法では、にせ薬を以下のように定義している⁷⁰。

- ① 特許、商標、技術移転局に登録されている商標、ブランド名等を騙って使用した製品等
- ② 合法的なラベルや商標を用いても、正規の許可を受けていない者によって再包装された製品
- ③ 合法的な個人使用のものを除く、無承認輸入医薬品

⁶⁹ Philippine National Drug Formulary

⁷⁰ 医薬品の製造、医薬品政策については『アジア薬事情』1990 国際厚生事業団、「比国コミュニティー薬局運動について」、「フィリピン にせ薬特別法の精定について」(JICA 専門家の報告書、発行年不明) から内容を引用

- ④ 医薬品の内容に問題があるもの(有効成分を含有しない、異なる有効成分を含有する、表示量の80%以下の含有量しかない、など)

(6) 医療機材

国内生産されている医療機材は少なく、ほとんどが輸入に頼っている。病院用の医療機材は国内にあるメーカーの代理店を通じて購入されるが、部品の調達に時間がかかること、メンテナンスのための予算・人材が不足していることなど、メンテナンス上の問題が多い。ドイツのGTZは1989年から政府系病院の医療機材のメンテナンスの技術協力プロジェクトを行っている。

6.2.3 公共部門における医薬品供給と課題

抗マラリア薬、抗結核薬、ORSなど国家プログラムに使用される薬品は中央の保健省で公開入札により購入され、1995年度からは業者から各州に直接配達されるようになった。入札の値段にはこの配達料金も含まれている。また、地方保健局も医薬品、機材の購入の予算を与えられており、ここで購入された医薬品等が州、病院、バランガイ・ヘルス・ステーション、ルーラル・ヘルス・ユニットに配達される。地方保健局によって購入される種類、量は各医療施設からの申請書に基づいてなされることになっているが、病院側によると必ずしも申請した医薬品と量が届くわけではなく、また、必要な時までには届かないなどの問題がある。首都圏の大きな病院や、地方病院では、調達は各病院単位で行っている。州立病院、市立病院も独自に調達できるようにはなったが、まだ実施されていない。

ワクチンは、保健省管理部門室の管理下にある生物製剤部(BPS)で1993年までBCG、破傷風のワクチンが生産されていたが、生物製剤部移転のため、現在は生産が中断されている。EPIのためのワクチンは、保健省がUNICEFのワクチン計画¹¹を通じて購入しているほか、カナダ政府から支援を受けている(5.3 ワクチンの製造・調達の項を参照)。

6.2.4 民間部門における医薬品供給と課題

(1) 製造・流通に携わる民間企業

医薬品製造は技術レベル、財務面でほぼ十分な資質を備えている民間ベースで行われており、さらに外国の企業との提携が行われている。流通に関しては、国産品、輸入品共に最終消費者に渡る医薬品については、ドラッグストアにおいて最も多く販売され、全医薬品販売の78%にのぼっている。次いで政府系および民間病院、調剤専門薬局、各種企業向け販売となっている。

医薬品市場としては、首都圏が医薬品ビジネスの中心となっており、この地域で国内医薬品総販売額の約50%が販売されている。国全体のドラッグストアは9,000軒余り(1990年)あり、そのうち約2,600軒が首都圏に集中している。また、最終消費者への販売では、量販店および中規模店がドラッグストア・ビジネス全体の90%以上を占めている。流通面の問題としては、医薬品の価格の高騰が挙げられる。

歴史的には、同国におけるドラッグストアは薬剤師個人あるいはその家族の経営による“BOTIKAS”(ドラッグストア)として始まった。1970年代後半、都市部を中心としてマーキ

¹¹ Vaccine Independence Initiative

ユリー・ドラッグ(Mercury Drug)によりドラッグストア・チェーンが始められ、価格、信頼性、品揃えの各面において消費者のニーズに応えてきた。その他の一般的な業態としては、卸売業、小売業があり、直接消費者への販売、零細小売業者への卸売り、時には政府への納入が行われている。

民間の薬局は低所得層の人々によっては高価であり、いくつかの NGO は都市スラム地域や農村部で医薬品の共同売店を運営している。会員は一定の年会費を支払い、薬を購入する際に割引価格で購入できる。薬の購入は NGO の本部が一括して行い、売店に配布することによって仕入れ価格を抑えている。その代表例として、次に示す「コミュニティ薬局運動」が挙げられる。

(2) コミュニティ薬局運動⁷²

首都マニラのトンド地区にあるスモーキーマウンテンは廃品回収を生業とする人々の住むゴミの街(貧民街)であった。この貧民街で、1989年、一種の地域医薬品相互扶助制度としてコミュニティ共同薬局運動が開始された。会員から収入の1%(月1ペソ)を徴収し、製薬企業や卸業者から一般名で医薬品を購入する。会員に対しては医薬品を割引販売する。Seed of Health⁷³と呼ばれる NGO の創立者である一人の医師が始めた共同薬局運動は、フィリピン政府の支援を受け、現在76州中50州にこの共同薬局がある。この他にもスラム地域などで同様の薬局運動を行っている NGO がある。また、保健省主導のコミュニティ薬局もあるが、あまり広がってはいない。

6.2.5 病院内の薬局

政府系病院では医薬品に対する患者の負担は収入に合わせて全額負担、50%負担、15%負担、無料とに分けられるが、負担できない患者が多い。ルーラル・ヘルス・ユニットやバランガイ・ヘルス・ユニットでの医薬品は原則無料である。これらの医療施設における医薬品のストックはわずかであることが多く、また、病院等が必要に応じて不足分を購入することができないため、薬がないときには患者は処方箋をもって市中薬局で購入しなければならない。

病院によってはストックの不足を解消するため、ドラッグ・リポルピング・ファンドを設け、薬の販売収入によって再度薬を購入しているところもある。しかし、地方分権化後、地方政府の理解が得られず、やめてしまった病院もある。ストックの不足は医薬品に限らず、注射器、ガーゼなどの衛生材料でも同様である。

⁷² Community drug insurance program, 現地語で Botika Binhi

⁷³ 現地語で Samahang Manzgawa ng Binhing Kalusugai

6.3 保健医療サービスの利用

保健支出の観点から見てみると、公的セクターと民間セクターの占める割合は1980年代に公的セクターの占める割合が増加し、現在ではほぼ半々である。また、1987年の全国調査によると、公的部門の施設の利用の割合は世帯収入の少ない層で多いのに対し、民間部門の施設の利用は世帯収入の多い層で高くなっている。

表6-7 保健サービスへの支出額

	公的支出	(%)	民間支出	(%)	計(千ペソ)
1981	2,736	34.7	6,143	65.3	7,879
1982	3,309	35.5	6,014	64.5	9,323
1983	3,921	35.8	7,025	64.2	10,946
1984	3,596	29.1	8,760	70.9	12,356
1985	3,779	38.4	6,052	61.6	9,831
1986	4,870	44.3	6,116	55.7	10,986
1987	6,582	49.2	6,786	50.8	13,368
1988	6,874	50.4	6,771	49.6	13,645
1989	8,587	54.0	7,312	46.0	15,899
1990	9,085	53.7	7,823	46.3	16,908

注 1985、88年以外の民間の支出はNEDAおよび世銀スタッフの推測に基づいている。公的支出はOrville Solon, Alejandro Herrin 他のHealth Sector Financing in the Philippines, 1991による。
出所 "Philippines Devolution and Health Services: Managing Risks and Opportunities" 1994 The World Bank

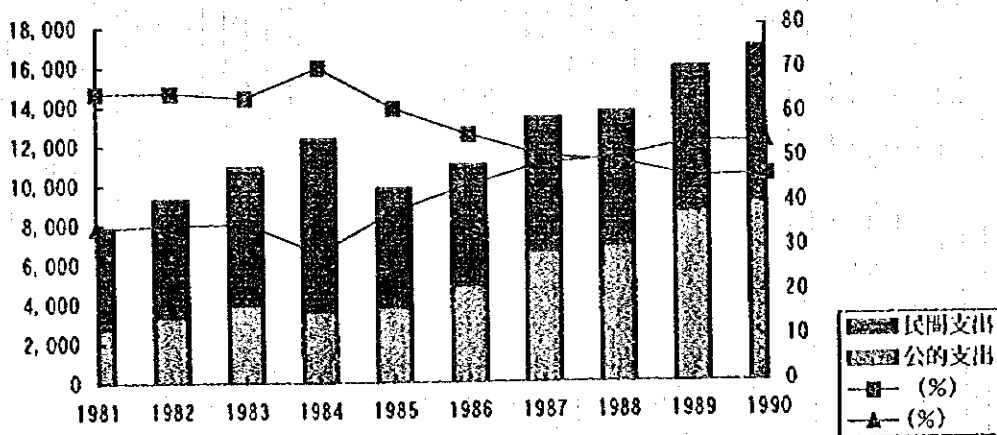


図6-2 保健サービスへの支出額

6.3.1 住民側からみた利用の状況

アジア開発銀行(AsDB)の資料によると、フィリピンでは保健医療サービスの利用は低い。病人の63%が医療サービスを受けず、全死亡の60%は医療サービスを受けることなく亡くなっていると推定されている。また、性病については、患者の7割が医療機関には受診せず、薬局

で薬剤を購入して自己治療していると推定されている。

1991年の全国家計調査によると、平均で家庭の全支出の2.3%を保健医療サービスにあてている。また、1992年の全国保健調査では、薬の購入について調査しているが、過去3カ月に薬を購入した人のうち、6割は処方箋をもって購入、4割は処方箋をもたずに購入している。

6.3.2 公共および民間医療施設の利用

一般的には低所得層は主に政府系保健医療施設による無料サービスを利用している。法律によって公共病院は入院ベッドの7割を無料ベッド、2割を健康保健の患者のベッド、1割を有料ベッドとすることとされている。また、民間病院は病床の少なくとも1割を無料ベッド、2割を健康保健の患者のベッド、7割を有料ベッドとすることが期待されている。

民間病院が低所得層にサービスを提供できるように、治療費を支払うことのできない救急患者に提供されたサービスに対して病院が税金控除を請求できるという規定はあるが、実施されていない。そのため、民間病院では一般的には救急患者にサービスを提供する前に何らかの前払い金を求めている。また、医療サービスが必要な際に公共病院にアクセスできない低所得層の患者が民間病院を利用する際に支払われる少額の公共予算があるが、実際には回収は困難であると言われている。医療費の徴収状況を表6-8に示す。

表6-8 施設別の医療費の徴収状況

(%)	全額患者負担	一部個人負担	保険による負担	政府負担
専門病院		50	20	30
メディカルセンター		30	20	40
国立病院		30	20	40
地方病院		10~25	20~25	50~80
州病院		10~25	10~25	50~80
地区病院		10	10~20	80~90
メディケア病院		10	10~20	80~90
サナトリウム		10~20		80
ヘルスユニット				90~100
私立病院	90		10	
私立診療所	90		10	
個人往診	80~100	10	10	
救急医療(車)		10		90~100
公共病院での入院費用		10		90~100
公共病院での医薬品		10		90~100

出所 「フィリピン共和国 ビセンテ・ソット記念医療センター外来棟拡充計画事前調査報告書」 1993
国際協力事業団

1992年に実施された全国保健調査では、過去12カ月に本人または家族が医療施設を利用した人のうち、74%は公共の医療施設を、26%が民間の医療施設を利用している。医療施設の目的別利用では、予防接種、家族計画、栄養改善、産前・産後のケアでは病院と比べてルーラル・ヘルス・ユニット、 balan gay・ヘルス・ステーションの利用の割合が高い。

表6-9 目的別の医療施設の利用割合 (%)

	BHS	RHU	政府系病院	民間病院
病気・けがの治療	67	77	76	58
健康診断	58	60	56	52
検査	10	28	31	5
予防接種	34	41	15	9
家族計画	25	29	8	5
栄養改善	28	32	10	6
産前・産後ケア	19	22	12	7

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

医療施設を選んだ理由としては、バランガイ・ヘルス・ステーションやルーラル・ヘルス・ユニットは薬が無料でもらえるからと答えた人の割合が高く、民間病院では機材・設備が整っている、医療従事者がいつもいるからと答えた人の割合が高い(複数回答)。

表6-10 利用した医療施設を選んだ理由 (複数回答、%)

	BHS	RHU	政府系病院	民間病院
薬が無料でもらえる	86	83	51	11
機材・設備が整っている	18	31	70	83
医療従事者がいつもいる	65	80	83	90
医療従事者が信頼できる	83	87	87	90
医療従事者が近づきやすい	88	88	82	87
その他	17	16	15	16

また、世帯の所得が高くなるほど民間の病院やクリニックを利用する割合が高くなっている(図6-3)。

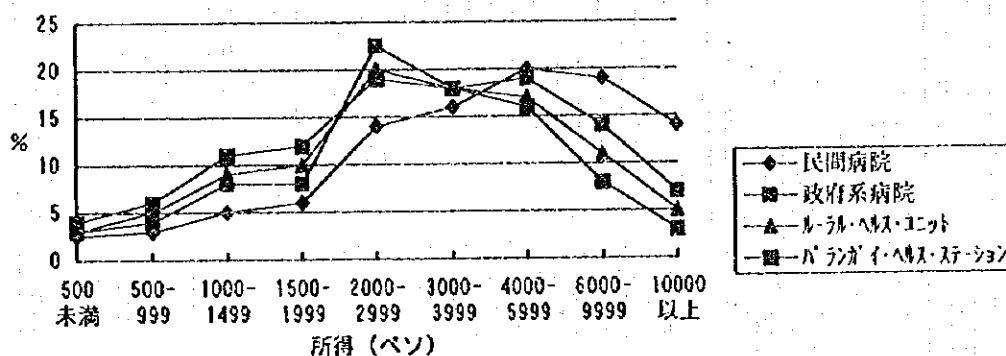


図6-3 世帯の所得と利用する医療施設の関係

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

6.3.3 伝統医療

フィリピンで薬用植物の医学応用に関する科学研究が行われているのはごくわずかの機関に限られているが、医薬品の価格の高騰により政府はこうした昔からの資源の医学応用を強調

せざるを得なくなっている。同国政府は薬用植物文献の作成に力を注ぎ、保健省は3つの大規模な薬草園と各州に小規模の植物標本室を設置した。さらに教育・文化・スポーツ省は地方の学校に植物標本室を設置することを全国的に奨励している。同国の10~20%の人々、とりわけ農村地帯の人々の間では、薬草商(Hilot および Herbolario)のような、いわゆる家庭医が活躍している。

政府は次の目的のため、総合薬用植物プログラムを設定した。

- ① 地方での軽度疾患に対する科学的薬草治療を促進する。
- ② 製薬産業として商業化し得る数種類の植物を選択し、さらに研究する。

また、科学技術省所管の衛生研究開発評議会(PCHRD)では、伝統薬を使用した新薬の開発に取り組んでいる。特に農村部では、何世紀にもわたり薬草を用いて病気治療を行う原住民のメディスマン(Herbolario)が病気治療を行ってきた。PCHRDでは、こうした伝統的な治療方法の研究を行い、その特性を綿密に分析している。何らかの治療法に効力が認められる場合は、大量生産に向けて開発し、商業ベースの医薬品に組み込み、あるいは輸入材料を同様の機能を持つ伝統薬で置き換えている。

保健省が効用があると判断した薬草の使用を推進していることもあって、ルーラル・ヘルス・ユニット、 balanガイ・ヘルス・ステーションで薬草を庭先で栽培しているのを見かける。前述の全国保健調査では、グアバの葉、バナバ、オレガノ、サンボン、イエルバ・ブエナ、ダモン・マリアの6種類の一般的なハーブについての知識、使用について調べている。これらのハーブは農村部で入手しやすいことから、農村部でより知られており、かぜ、頭痛、腸管寄生虫などの病気治療に利用されている。

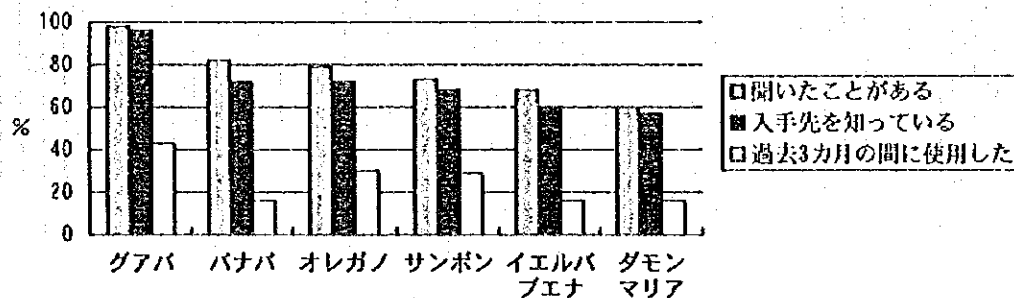


図 6-4 一般的なハーブの知識と使用の割合

出所：“1992 National Health Survey” (発行年不明) Department of Health

6.4 医療情報システム

6.4.1 医療情報システムの現状と問題点

(1) 出生、死亡、胎児死亡の統計

出生、死亡、胎児死亡に関する統計は、国家統計局⁷⁴が担当している。住民は、出生・死亡の届出を市町の住民登録担当課に提出する。死因の分類基準マニュアルは保健省が作成しているが、1992年の統計までは、WHOの国際疾病分類第9回修正版(ICD-9)が採用されており、現在は、同第10回修正版(ICD-10)が採用されている。

(2) 医療情報システム

フィリピンの医療情報システムはフィールド保健医療情報システム⁷⁵と呼ばれ、保健省の保健情報サービス部によって管理されている。1989年以来、定期的に各プログラムの活動をモニターするために必要な基本データを全国の末端レベルの保健医療施設から、州保健局、地方保健局を通じて中央の保健省まで集積している。

1992年の地方分権法の実施後簡素化が図られ、フォームの簡素化、報告回数の減少などが実施された。約40種類あった月間、四半期、年間のフォームは1つの四半期フォームと3種類の年間フォームにかわり、バランガイ・ヘルス・ステーションの助産婦用に月間フォームが作られた。また、報告が義務づけられている疾病については、別の報告システムを通じて報告される。

1) 月間フォーム

母子保健、家族計画、疾病対策(ハンセン病、マラリア、結核、住血吸虫症、狂犬病、フィラリア)に関する指標をバランガイ・ヘルス・ステーションの助産婦が記入し、ルーラル・ヘルス・ユニットまたは市町のヘルス・センターの保健婦(資格としては看護婦)に提出する。

2) 四半期フォーム

この四半期フォームは市・町のレポートであり、母子保健、家族計画、歯科衛生、疾病対策別の3カ月の合計指標が含まれる。これらの指標は前述の月間フォームから拾われ、さらにルーラル・ヘルス・ユニットまたは市のヘルス・センターにのみ該当する歯科衛生、性行為感染症などの指標が加えられる。この四半期フォームは州保健局に提出され、ここでデータがコンピューター入力される。フォームのコピー1枚はルーラル・ヘルス・ユニット、市のヘルス・センターに残され、もう1枚は市町の長に提出される。

3) 年間フォーム

年間フォームは3種類のフォームからなり、フォーム1には人口、環境、出生、死亡に関するデータが記入される。フォーム2は特定疾病とその市町ごとの発生状況が記入される。フォーム3は死亡の報告様式であり、年齢層・性別・死因が記入される。死亡のデータは市町の住民登録事務所または市町保健課に提出された死亡証明から転記される。

4) 報告が義務づけられている疾病の報告

報告が義務づけられている疾病は、32種類ある。

⁷⁴ National Statistics Office : NSO

⁷⁵ Field Health Services Information System : FHSIS

下痢症	肺炎	気管支炎	インフルエンザ
麻疹	呼吸器結核	結核髄膜炎	その他の結核
心臓病	悪性新生物	水痘	デング熱
マラリア	コレラ	チフス・パラチフス	ウイルス性肝炎
狂犬病	ジフテリア	新生児破傷風	破傷風
ポリオ	百日咳	淋病	梅毒
エイズ/HIV感染	ハンセン病	住血吸虫症	フィラリア
髄膜炎・脳炎	レプトスピラ症	食中毒・化学中毒	髄膜炎菌症

これらの疾病については、毎週の特定疾病のサマリー・レポートに基づいて RHU または MHC の保健婦が 4 週ごとの集積レポートを作成し、州の FHSIS コーディネーターに提出する。公的および民間病院は、これらの疾病の週間レポートを作成し、市町保健課に提出することになっており、病院から報告されたデータは市町保健課で 4 週ごとの集積レポートに加えられ、州の FHSIS コーディネーターに提出される。

問題点としては、決められた提出期限に下部組織からのフォームが上部組織に集まらないこと、対策のターゲットの設定の仕方が前回の国勢調査から出された推定人口になっており、その設定の仕方によって達成率が左右されること、末端のルーラル・ヘルス・ユニット、バランガイ・ヘルス・ステーションの担当者の熱意によってデータの精度が左右されること、死亡に関しては、約半数が医療従事者に診療を受けたに過ぎないことから、死因の精度に問題があることなどが挙げられる。

(3) 保健分野の全国調査

保健分野の主な全国調査としては、全国人口調査⁷⁶と全国保健調査⁷⁷がある。1993 年に実施された全国人口調査は、USAID の資金協力を受け、国家統計局および DHS(Demographic and Health Survey Macro International Inc.)が中心となって実施したものである。全国保健調査は、国家統計局が調査を実施し、保健省がデータの分析を行っているが、この調査結果は全国人口調査の結果ほど利用されておらず、信頼性についてはかなり差があると考えられている。

これらの調査は、そのサンプリングの粗さから、地方(リージョン)レベルより下位の地域レベルの実状を推定することは困難であり、地域レベルの保健計画に必要なデータには利用できないことが問題点として指摘されている。

6.5 医療保険制度

(1) メディケア・プログラム

フィリピンでは、1969 年共和国法 6111 号により、メディケア・プログラムが強制的な健康保険の枠組みとして制定され、72 年にフィリピン医療委員会⁷⁸の設立に伴い、実施に移された。同委員会は、保健省の付属機関として位置づけられた。

⁷⁶ National Demographic Survey : NDS

⁷⁷ National Health Survey : NHS

⁷⁸ Philippine Medical Care Commission : PMCC

メディケア・プログラムには、2つの段階があり、第1段階であるプログラムⅠは、当初公務員、民間労働者およびその扶養家族のみを対象としていたが、現在は退職者、自営業者(自営業者は任意加入)もその対象に含んでいる。第2段階であるプログラムⅡは、インフォーマル・セクターのために考案されたが、今日まで実施には移されていない。

プログラムⅠは、現在は入院した際にのみ補償が受けられるようになっている。入院費用(病室・食費)、薬代、手術費用、検査費用等は、病院のタイプ(第1次～第3次医療施設)によってフィリピン医療委員会が補償額の上限を定め、その額が医療施設からの請求に応じて支払われる。実際の費用との差額は、本人に請求される。メディケアによって支給される入院費用の割合は、発足当初70%を目標としていたが、1981～89年の平均支給割合は、32～49%であった(表6-11)。また、年間支給対象期間は、メンバーについては45日まで、法的扶養家族に45日まで、あるいは両者合計で年間90日までに限られている。外来診療、正常分娩の費用などは、補償の対象になっていない。

表6-11 メディケア・プログラムの補償割合

年度	第1次病院	第2次病院	第3次病院	全体
1981	48.4	33.8	23.6	39.8
1985	n.a.	n.a.	n.a.	31.5
1987	55.8	38.4	25.8	33.4
1989	66.2	46.1	45.8	48.9
(1989 政府系)	91.3	86.9	32.9	81.7
(1989 民間)	64.3	40.4	33.9	41.4

出所 Health Insurance in the Philippines 1993 Health Finance Development
(1989 第3次病院の値が政府系、民間のどちらの値よりも大きい、原典のとおり記載した。)

強制的に適用される雇用労働者の健康保険の保険料は、雇用者負担分・労働者負担分ともそれぞれ月収の1.25%(ただし、標準報酬月額2,500ペソ以上の者については一律31.25ペソ)である。任意加入者は、月収の2.5%を本人が負担する。

フィリピン医療委員会は、医療保険の政策策定、プログラムの実施を調整する役割をもつが、実際の実施機関は、公務員に対する公務員社会保険制度⁷⁹と民間労働者に対する社会保険制度⁸⁰の二つである。両者とも、健康保険のみならず、年金等社会保障制度全般を担う機関である。メディケアでカバーされるのは、GSIS および SSS の加入者とその扶養家族に限られている。1990年時点では、SSS にカバーされている人口が1680万人、GSIS にカバーされている人口が670万人で、合計2350万人であり、保険でカバーされている人口は総人口の約38%に過ぎなかった。また、現役の加入者は460万人で、全労働人口2180万人の約20%に過ぎなかった。GSIS と SSS の加入対象者は以下のとおりである。

1) 公務員社会保険制度 (GSIS)

GSIS の強制加入対象者は、60歳未満の国家および地方公務員であり、公務員として採用されたか、または選挙によって選ばれたかは問わない。

2) 社会保険制度 (SSS)

SSS の強制加入対象者は、

⁷⁹ Government Service Insurance System : GSIS

⁸⁰ Social Security System : SSS

- 個人または法人、フィリピン人または外国人を問わず、フィリピンにおいて経営行為を営む使用者
- 弁護士、公認会計士等の専門家、俳優、女優、監督、プロスポーツ選手、コーチ、トレーナーなどの年に1,800ペソ以上稼得する自営業者
- 60歳以下の公務員以外の労働者

である。ただし、借地小作人、賃金を支払われない労働者、1年に最低6カ月連続して働くことのない労働者、個人の家庭使用人、家族従業者、外国船舶のためにフィリピン外で雇用された労働者は対象外である。

任意加入対象者は、

- フィリピン人を雇用し、こうした労働者を SSS に加入させる協定をフィリピン政府との間で結んだ政府、国際機関の労働者、および
- 外国人使用者により、フィリピン国内で雇用され、海外で勤務するフィリピン人労働者、である。

(2) 国民健康保険法の制定とフィリピン医療コーポレーション

GSIS および SSS によって運営されている健康保険基金を統合し、医療保険システムを一本化する検討が行われてきた。1995年に国民健康保険法が公布されたことに伴い、フィリピン医療委員会が廃止され、フィリピン医療コーポレーション⁸¹が設立された。

現在健康保険にカバーされていない失業者、家内労働者、貧困層等に健康保険を広げることが第一の目的としている。貧困層は、現在は政府系の医療施設で無償で診療を受けることができるが、地方分権化以降、これらの負担が医療施設の財政状況を圧迫していること、患者が自分の居住地の市町以外の病院で診療を受けた場合、そのコストに対する地方自治体からの病院に対する補助が受けられないなどの問題が生じている。そこで貧困層を国民健康保険に組み込み、その財源はタバコ税などの特別税による税収や、地方自治体に負担を求めることが検討されているが、実施の見通しは立っていない。

(3) その他の医療保険

1) 健康維持組織⁸²

HMO には、利潤を目的とするメンバー投資型(investor-based)、利潤を目的としない地域の相互扶助型(community-based)、会社とその従業員を対象とした福利厚生型(employer-initiated)がある。基本的には加入者の支払う保険料によって運営されるが、福利厚生型は会社も財源を負担するため、保険料はメンバー投資型に比べて低額である。フィリピンには12~26のHMOがあると推定されているが、そのカバーする人口は、全人口の1%未満と言われている。

2) 生命保険会社・損害保険会社の健康保険

1988年時点で、102の会社が健康・傷害保険に関わっていたとされるが、高額な保険料を負担できる一部の富裕層に利用は限られている。

⁸¹ Philippine Medical Care Corporation : PMCC

⁸² Health Maintenance Organizations : HMO

6.6 救急医療システム

フィリピンでは、頻繁な自然災害や増加する事故に対応した救急医療体制の必要性が認められているものの、今後の整備が待たれる分野である。

(1) 病院の救急体制

公的病院では、地区病院・市立病院以上のレベルの病院は、24時間の救急医療体制を取っている。救急車は、地区病院には1台、州立病院、地方病院、国立病院には数台あることが一般的だが、その用途は、患者輸送の本来の目的のほか、医薬品・書類の輸送等、目的外の用途に使われることも多い。救急患者が病院に行く際には、家族等が車を手配し、病院に輸送するのが一般的である。フィリピンには日本のように消防署等に常時配置される公的救急車はない。

(2) フィリピン赤十字の活動

1) 災害対策・救助サービス

火災、洪水、台風、火山の噴火、地震などの自然災害の被災者に食糧、避難所、応急手当、医療等を提供する。平常時は、全国的に個人・グループを対象に災害対策の研修を行い、実際の災害の際に研修の参加者が救助に参加することを促している。また、国際赤十字と協力して、ミンダナオなどにおける武装蜂起の被災者に対する救助活動も行ってきた。

2) 安全サービス

緊急時に的確に対応できる人材を養成するため、応急手当、事故の防止、人命救助等の研修を全国的に実施している。

また、全国に89の安全サービス支部があるが、各支部のスタッフは1人のみであり、ほかにはボランティアの協力に頼っている。運営面では、ロータリー・クラブやフィリピン・チャリティーズウィープ・ステイク(Philippine Charity Sweep-stake)の支援を得ている。それぞれの支部には2～3台の救急車が配置されている。首都圏には5つの支部(マニラ市、リサール市、ケソン市、バサイ市、カルーカン市)があり、それらは本部と結ばれて24時間体制をとっているが、本部ですらごく初歩的な機材を搭載した救急車が1～2台、スタッフは7人、積極的なボランティアが70人という状態である。

(3) 保健省の災害時の対策

保健省の災害管理ユニットが、災害管理プログラムを管轄し、災害時に病院、クリニック、その他の保健医療施設における災害時の保健医療サービスの提供や災害対策グループの組織化を図っている。1995年度の達成事項としては、以下が挙げられている。

- ① 人的災害、自然災害 14 件の緊急事態に災害対策チームを派遣し、医療、心理社会的ケアを提供した。
- ② 他の中央省庁、地方自治体、NGO、国際機関との連携を構築した。
- ③ 第1回「自然災害について知る週間」を実施した。
- ④ 国家災害管理ワークショップを実施した。
- ⑤ 基本的災害管理に関する研修を実施した。
- ⑥ 爆竹による傷害の24時間モニタリングを実施した。
- ⑦ 災害への心構えを促すJEC教材を作成、配布した。

6.7 試験研究機関

フィリピン政府は、科学技術庁の下部組織である保健研究開発評議会⁸³を中心として、保健医療関連の研究開発を積極的に推進している。同評議会は、各研究機関で行われている研究開発活動の調整を図ることを目的とし、保健医療分野における研究開発計画を策定する。また、その活動は、バイオ技術研究開発、薬学・薬理学研究開発ならびに政策運営研究開発の3分野に大きく分けられる。

同国の代表的な試験研究機関としては、首都圏にある熱帯医学研究所、食品医薬品検定センター、食品栄養研究所、眼科研究所、公衆衛生研究所、フィリピン総合病院ラジオアイソトープ研究所が挙げられる。

(1) 熱帯医学研究所⁸⁴

熱帯医学研究所は、熱帯医学研究計画実施のため保健省管轄の研究施設として設立された。主要な機能は、熱帯病の予防、診断ならびに治療に関する研究であり、特に熱帯感染症対策として新診断技術ならびに予防法の開発に尽力している。研究分野は、微生物学、ウイルス学、免疫学、生物工学、寄生虫学、電子顕微鏡検査法、感染症の臨床管理法、地域医療、疫学、生物統計学、および保健経済学と多岐にわたる。

同研究所は、感染症に関する研修プログラムならびに地方の医療機関向けの研究セミナーも提供している。アジア太平洋諸国向けの研修ワークショップを開催し、研究および技術移転のために海外研究機関との交流を行っている。JICAをはじめ種々の国際機関、二国間援助機関、NGOから資金および技術協力を受けている。施設内には小規模の病棟があり、感染症および熱帯病の医療サービスを行っている。

(2) 食品医薬品検定センター⁸⁵

首都圏に位置する保健省基準・規制室食品医薬品局管轄の機関であり、食品および医薬品に関する安全性と品質確保を目的として、製品登録に必要な試験を実施する。同センターに対しては、実験動物の飼育・繁殖、動物実験、微生物学、食品および医薬品の理化学分析、ならびに監視・審査の分野について、わが国から技術協力が行われている。

(3) 食品栄養研究所⁸⁶

食品栄養研究所は、科学技術庁の附属機関であり、首都圏に位置する。主な事業としては、国家栄養開発目標達成のための食品および栄養に関する調査研究、栄養関連政策策定への勧告等を行っている。

(4) 眼科研究所⁸⁷

眼科研究所はフィリピン大学の附属機関であり、首都圏に位置する。同研究所は、国内における眼科保健および眼科疾患に関する調査研究の中心的機関である。

⁸³ Philippine Council for Health Research and Development : PCHRD

⁸⁴ Research Institute for Tropical Medicine : RITM

⁸⁵ Food and Drugs Laboratories

⁸⁶ Food and Nutrition Research Institute : FNRI

⁸⁷ Institute of Ophthalmology

(5) 公衆衛生研究所⁸⁸

公衆衛生研究所は、首都圏に位置するフィリピン大学の附属機関であり、公衆衛生分野における種々の訓練実施、予防医学および公衆衛生に関する知識の普及、公衆衛生改善の推進等をその事業とする。

(6) フィリピン総合病院ラジオアイソトープ研究所⁸⁹

ラジオアイソトープ研究所は、フィリピン総合病院の付属機関であり、保健医療分野における調査研究および教育機関として設立された。栄養に関する調査、ホルモンに関する調査等を実施している。その他、各地方(リージョン)にそれぞれ配置されている地方保健事務局の下に、地方保健研究所が置かれ、血液学、寄生虫学、化学、細菌学、細胞学、組織病理、免疫学、血清学に関する研究が行われている。

問題点としては、全体的に都市部への集中が目立ち、地方の試験研究機関の拡充が望まれる。

⁸⁸ Institute of Public Health

⁸⁹ Philippine General Hospital, Radioisotope Laboratory

「6 保健医療サービス供給システム」参考資料

1. 国際協力事業団 「フィリピン共和国ピセンテ・ソット記念医療センター外来棟 拡充計画事前調査報告書」 1993 国際協力事業団
2. 国際協力事業団 医療協力部 「医療協力拡充調査 フィリピン」 1993 国際協力事業団
3. 浜田 彰他 『アジア薬事情』 1990 国際厚生事業団
4. 浜田 彰 「比国コミュニティー薬局運動について」(JICA への報告書) (発行年不明)
5. 浜田 彰 「フィリピン にせ薬特別法 の制定について」(JICA への報告書) (発行年不明)
6. Department of Health "1995 Updates on Philippine Health Statistics" 1996 DOH
7. Department of Health 1992 National Health Survey DOH (発行年不明)
8. Department of Health Philippine National Drug Formulary 1993
9. Health Intelligence Service Department of Health "Disease Notification System in the Philippines" (発行年不明)
10. Health Intelligence Unit, Department of Health "Modified Field Health Service Information System" DOH & Department of Interior and Local Government (発行年不明)
11. Health Finance Development Project The Private Medical Sector in the Philippines 1994 HFDP
12. Health Finance Development Health Insurance in the Philippines 1993 HFP
13. National Statistics Office 1994 Philippine Yearbook 1995 NSO
14. National Statistical Coordination Board 1994 Philippine Statistical Yearbook 1994 NSO
15. The World Bank "Philippines Devolution and Health Services: Managing Risks and Opportunities" 1994 the World Bank
16. UNFPA Programme Review and Strategy Development Report: The Philippines 1996 UNFPA
17. 保健省提供資料

7 医療従事者と医学研修

7.1 各種医療従事者の状況

一般的には、フィリピンは歯科医師を除いては必要な医療従事者がいると言われている。保健省で把握しているのは公的医療施設に従事するスタッフのみであるため、全国の医療従事者の総数は、調査の行われた年次のものが入手できるのみである。

1987年の推定では全国の公的および民間の病院、ヘルス・センターで雇用されている医師は1万8293人であり、1人の医師に対する人口は3,135人であった。このうち、58%が民間病院に、38%が保健省、残りが軍や学校など他の政府機関に勤務する医師であった。歯科医師の総数は同年8,500人と推定され、そのほとんどが民間部門で従事しているとされている。看護婦の総数は2万2413人、助産婦の総数は1万4609人と推定され、医師や歯科医師の場合とは異なり、看護婦の53%、助産婦の73%が政府系の保健医療施設に勤務している(以上数字は1991年のHealth Finance Development Projectの資料による)。同年のフィリピン看護婦協会の推定では、全国に5万人の看護婦がいるものとしているが、この大きな差は特に民間で看護婦の賃金が低く、看護婦として働かない者が多いこと、海外での雇用の機会を待っている者が多いことによって説明されている。

フィリピンの医師で海外で医療活動に従事しているものは非常に多く、海外のフィリピン人に関する委員会(Commission on Filipinos Overseas)の記録によると、1988年から91年にかけて1,289人の医師が海外へ移住し、医師として働いており、その大部分の移住先は米国、カナダ、およびオーストラリアである。1991年単年では350人の医師が移住した。同年に国内で新しく医師免許を取得した者は1,415人であった。現在では医療従事者のアメリカでの就業は難しくなったと言われるが、約2万8000人のフィリピン人看護婦がアメリカで就業していると言われている。また、保健省人材開発課の担当官によると、近年ではサウディ・アラビアなど中東で就業する医師や看護婦が増加している。

リージョン別の1人当たり医療従事者に対する人口を見ると(表7-1)、マニラ首都圏に対して1人の医師、看護婦に対する人口は、地方では多くなり、特に1人の歯科医師に対する人口は地方では首都圏の4~17倍近くである。末端の保健医療サービスの担い手である助産婦の分布は他の医療従事者とは異なっている。地理的分布については、医師および看護婦の3分の1と歯科医師の3分の2が全人口の約4分の1が居住しているマニラ首都圏および南部タガログで従事しており、この傾向はあまり変わっていないと言われている。医師は人口が多く、高収入が期待できる、より都市化の進んだ州で従事する傾向がある。

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)

地方	医師	看護婦	助産婦	歯科医師
マニラ首都圏	1,256	1,319	4,167	2,533
R 1:イロコス	2,806	1,907	3,222	15,088
R 2:カガヤン・バレー	4,703	2,959	3,408	19,241
R 3:中央ルソン	3,812	3,092	4,093	10,718
R 4:南タガログ	3,833	3,655	4,977	13,495
R 5:ビコル	5,005	3,437	4,183	31,096
R 6:西ビサヤ	4,673	2,902	4,526	39,413
R 7:中央ビサヤ	2,747	2,508	3,991	32,941
R 8:東ビサヤ	5,674	3,169	3,060	33,433
R 9:西ミンダナオ	8,703	5,725	4,371	28,877
R 10:北ミンダナオ	3,764	2,575	3,175	47,096
R 11:南ミンダナオ	4,098	2,829	4,267	24,743
R 12:中央ミンダナオ	4,244	3,071	2,939	40,029
全国	3,135	2,559	3,926	10,799

注 病院、ヘルス・センターに勤務している公的・民間の医療従事者

出所 The Private Medical Sector in the Philippines 1994 Health Finance Development Project

表7-2に公的医療施設に勤務する医療従事者の数を示す。1992年における公的病院に勤務する医師数は6,748人であり、1990年の7,431人より減少している。これに対して看護婦の数は増加している。これは、90年代に入ってから、病院数が抑えられているのに対して、ルーラル・ヘルス・ユニットなど末端保健医療施設の数が増加しているのに対応しているものと思われる。

表7-2 公的医療施設に勤務する医療従事者数(人)

職種	1989年	1990年	1991年	1992年
医師	7,270	7,431	7,328	6,748
看護婦	10,239	10,270	10,117	14,853
助産婦	12,529	11,604	12,403	12,339
歯科医師	1,673	1,550	1,523	1,614
薬剤師	595	565	562	531
衛生検査技師	2,552	2,380	2,362	2,442
医療技	1,512	1,562	1,567	1,441
栄養士	684	666	669	795
保健教育	123	109	157	96
衛生工学師	125	127	124	111

出所 保健省提供資料

7.2 医療従事者の養成制度と養成機関

7.2.1 養成制度

(1) 医師の養成

医師になるためには、6年間の初等教育、4年間の中等教育(ハイスクール)卒業後、4年間の前医学課程(pre-medical courses)、医学課程4年、インターン1年、合計9年の後国家試験を

受験し、合格すれば医師となる。かつて医学校卒業生に義務づけられていた1年間の農村部での社会奉仕活動は1986年に廃止になった。専門医になるには、さらに2～4年間地方病院、医療センター、専門病院等で各専門分野ごとにレジデントとして実習を受ける必要がある。

(2) その他の医療従事者の養成

1) 歯科医師の養成

歯科医師になるためには、4年間の中等教育の後、大学で2年間の前歯科課程、4年間の歯科課程を受けた後、国家試験を受験する。

2) 看護婦の養成

看護婦になるためには、4年間の中等教育の後、大学で4～5年間の課程を受けた後、国家試験を受験する。国家試験に合格した者は、保健婦、看護婦のどちらの仕事にも就くことができる。

3) 助産婦の養成

助産婦になるためには、4年間の中等教育の後、専門学校で1.5～2年間の実地研修を伴うコースを受け、国家試験を受験する。日本で看護婦の資格を取得してから助産婦のコースに進むのとは異なる。フィリピンの助産婦は、日本の准看護婦に類似しているとも言えるが、その活動は、母子保健が中心である。

4) 薬剤師・検査技師・作業療法士・理学療法士の養成

それぞれ4年間の中等教育の後、大学で薬剤師・理学療法士は5年、検査技師・作業療法士は4年の課程を受け、国家試験を受験する。

7.2.2 医療従事者の養成機関

フィリピンの医師養成学校は1975年の10校から90年に26校に、看護婦養成学校は75年の73校から90年に126校と増加した。26校の医師養成学校のうち4校が国公立であり、7校が首都マニラに位置する。私立の医師養成学校の授業料は国公立の約2倍、私立の看護婦養成学校の授業料は国公立の約4倍と言われており、高い授業料は卒業生が民間セクターや国外で従事することを望む一因になっていると言われている。

1986から88年にかけて年間平均で医師316人、看護婦4,897人、助産婦6,062人、歯科医師1,573人が卒業している。また、入学者が卒業まで残る割合は、医学で98.4%、看護で94.7%、歯科で53.7%と歯科を除いては高いが、国家試験に合格する割合はそれぞれ75.6%、70.5%、54.9%、助産婦で65.3%と低い。

「7 医療従事者と医学研修」参考資料

1. 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
2. 国際協力事業団 企画部 「国別協力情報ファイル フィリピン」 1995 国際協力事業団
3. 国際協力事業団 「フィリピン共和国ピセンテ・ソット記念医療センター外来棟拡充計画事前調査報告書」 1993 国際協力事業団
4. Health Finance Development Project The Private Medical Sector in the Philippines 1994 Health Finance Development Project
5. The World Bank "Philippines Devolution and Health Services: Managing Risks and Opportunities" 1994 The World Bank
6. WHO World Directory of Medical School 1996 WHO
7. 保健省提供資料

8 環境衛生・労働衛生

8.1 環境衛生

他の開発途上国と同様、フィリピンでも環境衛生の不備に起因する下痢症などの水系感染症や栄養失調が乳児・5歳未満児の死亡の重要な原因となっている。このような状況を改善するため、フィリピン政府は1987年に「水供給・下水・衛生施設マスタープラン1988～2000年」を策定し、その中で2000年までの整備目標と、目標達成に必要な投資額を示している。マスタープランに示された2000年までの目標は、以下のとおりであった。

- ① 安全な飲料水の普及率を63%から94%に上げる。
- ② 農村部における衛生的なトイレの普及率を62%から92%に上げる。
- ③ 下水道の普及率を1.5%から3.9%に上げる。

このマスター・プランにかかわる政府機関は、以下のとおりであるが、水供給・衛生施設の関連機関セクターにおいても地方分権化への過渡期にあり、地方政府により責務が委譲されつつある。

- 自治省⁹⁰
農村部水供給システムの実施上、地方政府の業務遂行に必要な能力開発の責務を負う。
- 保健省⁹¹
水質検査・衛生施設の検査などの役割を担う。これらは地方政府に移管されつつある。
- 公共事業道路省⁹²
農村部水供給システムの実施および地方政府への技術的指導を行う役割を担う。
- 国家経済開発庁⁹³
経済開発計画の政策策定を行い、インフラ・プロジェクト案の検討等を行う。
- 首都圏上下水道公社⁹⁴
首都圏とその周辺地域の上下水道サービスを所管している。
- 地方水道公社⁹⁵
地方都市の水供給を管轄する。水道組合(Water District : WD)と呼ばれる準公共団体に対して資金・技術・経営面から支援する。

⁹⁰ Department of Interior and Local Government : DILG

⁹¹ Department of Health : DOH

⁹² Department of Public Works and Highways : DPWH

⁹³ National Economic and Development Authority : NEDA

⁹⁴ Metropolitan Waterworks and Sewerage System : MWSS

⁹⁵ Local Water Utilities Administration : LUWA

8.1.1 飲料水

(1) 現状と目標

フィリピンにおける給水事業は、レベル I (単純な井戸で、深井戸は 40~100 戸ごとに 1 個、浅井戸は 5~40 戸ごとに 1 個の割合で設置される)、レベル II (数戸ごとの集合配水)、レベル III (パイプラインによる各戸ごとの水道配水) に分けて実施されている。

1992 年の全国保健調査によると、レベル I の設備から飲料水を得ている人口の割合は国全体で 33% と最も高く、特に農村部では 41% と高い。レベル III の設備から飲料水を得ている人口の割合は首都圏で 76%、都市部では 45% であるが、国全体ではまだ 29% と低い。安全な水源から水を得ている人口の割合は国全体で 85%、都市部で 93%、農村部では 76% である。

「水供給・下水・衛生施設マスタープラン 1988~2000 年」では、首都圏ではレベル III の普及率を 97% に、他の都市部ではレベル II と III により 95% に、農村部ではレベル I により 93% に引き上げることが目標としている。

表8-1 世帯の主な飲料水の水源 (1992 年)

水源	首都圏	都市	農村	全国	備考
レベル I	9%	26%	41%	33%	開発された湧水(5%) 私有の井戸(18%) 公共の井戸(10%)
レベル II	13%	21%	20%	21%	地域水供給システムの公共蛇口(17%) 私有井戸からの配管(4%)
レベル III	76%	45%	14%	29%	地域水供給システムで各戸配水
安全でない水源	2%	7%	24%	15%	開架手掘井戸(10%) 未開発の湧水(4%) 雨水(1%)

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

また、アジア開発銀行の資料によると、1995 年時点で、フィリピンにおいて公的な飲料水の供給システムへのアクセスがある人口は約 4500 万人、すなわち全人口の約 69% であったが、その内訳は、以下のとおりである。

- 首都マニラとその周辺地域の人口の 62% にあたる約 650 万人が首都圏上下水道庁(MWSS) からサービスを受けている。
- 首都圏以外の都市部人口の 70% にあたる約 1850 万人が LWUA および地方自治体によるサービスを受けている。
- DPWH および地方自治体の責任下にある農村部の人口の 70% にあたる約 2000 万人がサービスを受けている。

(2) マニラ首都圏

首都圏上下水道公社⁹⁶のデータによると、同公社のネットワークにより直接給水を受けている家庭は 63.4%、公共水栓から給水を受けている人口が 7.7% で、合計 71.2% である。1992 年の保健調査によると、首都圏における安全な水の給水率は 98% になっているが、MWSS から水の供給をうけている人口割合が 71.2% に過ぎないことと比べて高すぎ、スラム地域の実態

⁹⁶ Metropolitan Water Works and Sewerage System : MWSS

を反映していないように思われる。

MWSS による水供給の問題点としては、漏水などにより料金未徴収の水の割合が 60%にも
のぼること、また、水道の給水管が適切に埋め込まれていないために、給水管の亀裂部分など
から水道水が汚染され、コレラの流行の原因となった例が報告されていることなどが挙げられ
る。

(3) 地方の都市部

地方においては、地方給水サービス局⁹⁷が人口 2 万人以上の規模の都市の給水計画を実施し
ている。比較的大きな都市では水質の管理が行われているが、中小都市では塩素消毒も不十分
である。地方都市での給水率は、水道設備建設(レベル III)が進められているにもかかわらず、
人口増加により普及率は伸びていない。

(4) 農村部

農村部では公共事業省⁹⁸がレベル I システムの建設を積極的に進めた結果、安全な飲料水の
普及率は 70%にまで伸びている。また、NGO も農村部の水供給・衛生施設の普及に関しては、
重要な役割を果たしている。

8.1.2 衛生施設

(1) 現状

フィリピン下水道はマニラ首都圏およびバギオ、サンボアンガ、セブの一部地域だけが整
備されており、普及率は 1987 年時点では、全国で 1.5%、首都圏でも 9%に過ぎない。政府は
本格的な下水道建設よりも衛生的なトイレの普及に力を入れている。

1992 年の全国保健調査では、全戸数の 73%は衛生的なトイレをもっていたが、27%は非衛
生的であった。都市部での衛生的トイレの普及率は 82%であるのに対して、農村部では 64%
である。また、リージョン別ではマニラ首都圏、リージョン 2、3では衛生的トイレの普及率
が 80%を超えているのに対して、ARMM では 21%と低い(表 8-2)。

⁹⁷ Local Water Utilities Administration : LWUA

⁹⁸ Department of Public Works and Highways : DPWH

表8-2 地方別衛生的なトイレの普及率

リージョン	%
首都圏	96
CAR(コルディジェラ自治区)	66
R 1: イロコス	91
R 2: カガヤンバレー	89
R 3: 中央ルソン	84
R 4: 南タガログ	78
R 5: ビコル	61
R 6: 西ビサヤ	62
R 7: 中央ビサヤ	71
R 8: 東ビサヤ	66
R 9: 西ミンダナオ	65
R 10: 北ミンダナオ	79
R 11: 南ミンダナオ	83
R 12: 中央ミンダナオ	77
ARMM(モーロ・ミンダナオ自治区)	21
国全体	73

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

アジア開発銀行の資料によると、1995年時点では、約5000万人、すなわち全人口の76%が衛生的なトイレへのアクセスが可能であった。都市部では80%、農村部では70%であった。都市部では個々の糞尿槽付きトイレが一般的であり、農村部では素堀のトイレが最も一般的である。

農村部においては個人および公共用ともに衛生的なトイレが不足し、これが非衛生的な生活環境を招来し、伝染性疾患の発生と拡散の原因となっている。また、農村部においては、素堀のトイレが最も一般的であることから、特に雨期の洪水によって地表に流失した汚物が不適切に建設された防護施設のない飲料水源を汚染することから衛生状況を悪化させる原因となっている。

(2) 水供給および衛生施設に関する主な援助

1) 世界銀行

フィリピンの給水事業に対する援助では中心的な役割を果たしており、総額26,700万ドルの5つの融資を行っている。1988～92年に農村部における安全な水の利川と適正環境の提供を目的とした政府プロジェクトに対し、技術援助および研修を含む8500万ドルの融資を行った。最近では、MWSSのマニラ首都圏給水プロジェクト(第2フェーズ)に対し、4000万ドルの資金拠出を行っており、これらはAsDB(1億3000万ドル)、OECDとの協調融資である。技術協力では、水供給セクター改革調査、水供給・衛生施設の民間セクター参加への支援を行っている。

2) 日本

OECDは3つの地方水供給プロジェクト、バギオの下水道プロジェクト、上記のマニラ首都圏給水プロジェクトに対する世界銀行、AsDBとの協調融資で、8000万ドルを拠出している。JICAは、1987年よりパナイ島地下水開発計画、1990年よりマニラ首都圏地下水開発計画、1991年のバララ浄水場修復計画などの開発調査事業を行っている。また、現在MWSSで2人の専門家が首都圏における料金徴収の向上のため技術協力を行っている。

3) アジア開発銀行(AsDB)

AsDB はマニラ給水修復計画 I (1984~90 年)に対し、3853 万ドルを、同計画 II(1988~92 年)に対して 2640 万ドルを拠出している。また、1990 年から 91 年にかけて、MWS S のマニラ南部給水計画に対する資金拠出、セブ水供給(フェーズ 2 追加)への融資などを行っている。また、1996 年に 20 の貧しい州における地方給水計画に対する総額 3700 万ドルの融資を決定している。

4) その他の援助機関

このほか、UNDP が 1990 年から LWUA の地下水による給水プロジェクトを支援しているほか、UNICEF がパラワン州で地域の給水計画支援、AusAID が中部ビサヤにおいて地域に根差した給水計画の支援を行っている。また、USAID、デンマーク国際開発庁 (DANIDA)、フランス政府、GTZ もこの分野で支援を行っている。

8.1.3 住宅環境

1992 年の全国保健調査によると、家庭でのゴミを市町村の収集によって処分している家庭は 19%に過ぎず、個別に燃やす処理方法が 45%で最も多く、個別に決まった場所に捨てる、埋めるなど個々の家庭での処理が多い。

(1) マニラ首都圏におけるゴミ処理の現状

現在マニラ首都圏では 1 日当たり 5,000~6,000 トンのゴミが発生していると推定されている。そのうち 85%以上が回収されているが、その他のゴミは川に投棄されたり、空き地で燃やされたり、家畜のえさとなったりしている。マニラ首都圏のゴミ処分場は、大きなものが 3カ所あり、そのうちリサール州サン・マテオとカピテ州カルモテの 2カ所の処分場は衛生処分場である。ケソン市カヤタスにある処分場はオープン・ダンピング方式で、かつてのスモーキー・マウンテンと同様の問題が発生しており、約 3,000 世帯のスガベンジャーが売れるものを回収し、生計を立てている。これらの世帯の間では健康問題が多く、結核、幼児の破傷風、消化器系の感染症が問題となっており、1994 年には 704 人のチブス患者が発生し、7人が死亡している。ここでも開発計画はあるが、スモーキー・マウンテンと異なって公有地ではなく私有地であるため、住民を退去させることが困難である。

(2) マニラ首都圏以外のゴミ処理の状況

中央政府は地方分権法により、環境衛生も含めた数々の権限を地方政府に委譲した。このため、大多数の地方自治体は自己の責任において固形廃棄物処理を行うものとされている。大都市といわれているメトロ・セブ、カガヤン・デ・オロ、バギオでは、すでにゴミ問題が深刻化しており、早急に問題にとりかかる必要性に迫られている。

(3) スラム地域

マニラ首都圏のスラムは 1960 年代から拡大を続け、1990 年には首都圏人口の 30.5%、240 万人がスラム地域に居住していると推定されている。また、メトロ・セブなど地方の大都市にもスラム地域が拡大している。これらの地域では安全な水、衛生施設などが欠けている地域がほとんどで、住民の健康に深刻な影響を及ぼしている。

フィリピン政府は退去もしくは再定住プログラムによって解決を図ろうとしたが、この試み

は失敗に終わった。1983年、政府は地区向上プログラム⁹⁹を導入し、安全な水、電気、衛生施設など基本的サービスを提供するなど、試みがなされ、1985年には世界銀行が一部援助を行っている。

また、セブ市のスラムにおいては、NGOが世界銀行の資金によって、スラム地域に飲料水の共同水栓と共同トイレを設け、住民委員会が管理運営し、利用者から低額の料金を徴収して運営コストに回すなどの試みがなされている。飲料水については、共同水栓が設置されることにより、飲料水をその都度購入する必要がなくなった、近くに水栓があることで、飲料水の確保に費やす時間が短縮された、水系感染症が減少したなどのメリットが住民から挙げられている。トイレについては、管理上夜は閉鎖されており、住民すべてが常時利用しているわけではない。

8.1.4 公害

(1) 大気汚染

大都市における大気汚染の原因は、自動車等の移動発生源と、発電所・工場などの固定発生源の2種類に大別される。特にマニラ首都圏の幹線道路沿線では自動車による大気汚染が深刻であり、沿線住民や歩行者、通勤者の健康に悪影響を及ぼしている。自動車からの排気ガスについては、老朽化した自動車がかかり使用されていること、ディーゼルエンジンを使用しているバス、タクシー、ジブニー(乗合自動車)が大量に走行していること、交通渋滞が慢性化していること、自動車台数が毎年増加していることなどから、排出量は今後さらに増加するものと予想されている。また、火力発電所や工場等の固定排出源には十分な大気汚染対策装置が設置されておらず、硫黄酸化物(SO_x)の最大の排出源となっている。

マニラ首都圏には11カ所のモニタリング・ステーションが設置されているが、定期的なモニタリングは行われておらず、大気汚染防止行政に結びつけるための汚染データの収集と蓄積、分析など現状把握が急務となっている。また、汚染物質の排出量削減のために、発電所や工場等の固定排出源への脱硫装置の設置指導や工場立入検査の強化、自動車等の移動排出源への自動車検査制度の徹底、中古自動車の輸入規制および排出ガス基準違反者の取り締まりなど、現在導入されている施策の徹底が課題として挙げられる。

⁹⁹ Zonal Improvement Program : ZIP

表8-3 マニラ首都圏における大気汚染の測定結果 (1991年)

測定地点	浮遊粉塵 ($\mu\text{g}/\text{Nm}^3$)				硫酸化物 (ppm)			
	m/n	最小	最大	平均	m/n	最小	最大	平均
バレンスエラ	26/32	124	359	257	0/29	0.001	0.083	0.012
ナボタス	20/79	52	311	150	-	-	-	-
ケソン	21/59	66	292	167	0/59	0.001	0.039	0.010
エルミタ	37/68	65	329	188	0/51	0.001	0.045	0.016
パッシング	32/61	61	373	187	0/79	0.001	0.091	0.014
マカティ	28/61	50	823	188	0/199	0.0002	0.075	0.013
バラニャケ	12/41	43	508	143	0/49	0.0002	0.036	0.010
ラス・ピニャス	0/20	50	174	107	-	-	-	-
環境基準	180 $\mu\text{g}/\text{Nm}^3$ (24時間値)				0.14ppm (24時間値)			

注 m: 環境基準値を超える検体数 n: 総検体数

出所 「フィリピン共和国セクター別基礎資料」 1993 JICA フィリピン事務所

(2) 水質汚濁

下水道施設や排水施設が不十分ななかでの人口の都市集中と工業の発展は、深刻な水質汚濁をもたらしている。特にマニラ首都圏では、主として生活排水、工業排水および廃棄物の不法投棄による河川水質の悪化が進んでおり、これに伴う湖、マニラ湾の富栄養化も問題となっている。水質汚濁の主汚染源は生活排水などの生物系汚濁であるが、ほとんど未処理で放流されている工場排水中に重金属が検出されており、赤潮の発生とそれによる貝毒の被害も慢性化しているため、その発生メカニズムの研究と対策が科学技術庁により開始されている。マニラ以外の都市においては、前述の原因以外に、森林減少による土壌流出により河川、海洋の水質が悪化している。農山村地域では、農業、化学肥料、鉱山排出などが河川の水質低下をもたらしている。大気と同様、水質においてもモニタリングは不十分である（水質汚濁についての測定データは得られなかった）。

8.1.5 労働衛生

労働安全衛生を所管するのは主として労働雇用省の内局として労働条件局、外局として労働者補償委員会およびその付属機関としての労働安全衛生センター、さらに地方組織として各地方に地方労働事務所がある。また、保健省公衆衛生サービス室には、労働保健を担当する課がある。フィリピンの労働安全衛生に関する規定としては、職場の安全衛生管理に関するものと、労働者が職場で災害にあたり、発病した場合の応急処置に関するものの2つが定められている。

(1) 職場の安全衛生管理

労働安全衛生に関しては、労働法典第4編第1部第2章に基本的な事項が規定され、強制的で具体的な安全衛生基準については、労働雇用長官により定められることとなっている。この労働安全衛生基準に各事業所が従っているか否か確認するため、すべての事業所は少なくとも年1回、労働雇用省より監督されなければならないと規定されている。しかし、労働基準監督官数は全国で250人程度に過ぎず、労働安全衛生面に関して、1990年に臨検したのは8,000企業、1万7,000事業所に過ぎない。このうち労働安全委員会の未設置など違反のあった事業所

は2割に上っている。

(2) 応急処置に関する使用者の責務

応急処置に関する規定は、営利、非営利を問わず、政府および公社等を含む1人以上の労働者を雇用するすべての使用者が適用対象とされる。

職場で労働者が被った障害または疾病に対して、それが業務に関連した災害や疾病であっても、業務に関連していなくても、適切かつ迅速な医療および歯科治療を与えることは、すべての使用者の義務であるとされている。すなわち、ここで規定されているのは、あくまでも応急処置に関することであり、労働災害または労働疾病に関して規定されているのではない。フィリピンの労働法典には、業務上の負傷または疾病の責任を使用者に負わせるような規定は存在しない。その職場において労働者が負傷したり、発病した場合、業務上か否かにかかわらず、職場内の診療所等で応急処置を施すか、または最寄りの病院にその労働者を運ぶことが使用者の責任であるとされているに過ぎない。

フィリピンにも労働災害保険制度はあり、その保険料は使用者が負担しているが、労働災害保険の補償額は上限額が定められており、通常すべての治療費が労働災害保険から支給される訳ではない。その場合、保険給付金でカバーされない治療費を負担するのは労働者ということになるのが現状である。

このように業務上災害および疾病に対する使用者の責任が法律上不明確であり、実際上もその治療費について免除されているもとので、フィリピンの使用者に職場の安全衛生を改善しようとするインセンティブが働くとは考えにくい。応急医療に関する使用者の義務を表8-4に示す。

表8-4 応急医療に関する使用者の義務

事業所規模	義務の内容
1人以上	・救急用の医薬品と器具の設置
10～50人	・応急処置訓練受講者の配置
51～200人以下	・常勤の看護婦の配置、 (ただし、有害危険な事業でない場合は応急処置訓練受講者でよい)
201～300人以下	・常勤の看護婦、非常勤の医師および歯科医の配置 ・緊急診療所の設置
301人以上	・常勤の医師、歯科医、看護婦の配置、 (ただし、有害危険な事業でない場合は、医師、歯科医は非常勤でよい) ・従業員100人につき1床のベッドを持つ診療所または緊急病院の設置

注 最寄りの病院または歯科診療所がある場合には、職場内に診療所、歯科診療所を設置する必要はない。ただし、使用者はこの病院等と緊急の場合の使用について書面による協定を行わなくてはならない。
出所 『フィリピンの労働事情』 1994 日本労働研究機構

(3) 労働安全衛生の現状

フィリピンにおける労働災害による死傷者数および職業性疾病発生数に関する全体的統計は存在しない。産業別に労働災害に関する調査が行われているが、労働者数10人以上の事業所を対象にしているに過ぎず、約90%を占める10人未満の事業所は対象になっていない。

1994年の労働災害の発生状況を表8-5、8-6に示す。1994年には、24万9640件の労働災害による負傷が報告されており、そのうち、約59%は製造業が占めている。負傷のうち身体的障害を伴うものは4万5840件(18.4%)であった。また、致命的および恒久的な重度の身体障害を

残す負傷は1%、それ以外の恒久的身体障害を残す負傷は2%であった。一般的に用いられる労働災害の度数率、強度率のデータは91年までのものしか得られなかった(表8-7)。JICAフィリピン事務所の「フィリピン共和国セクター別基礎資料」によれば、日本と度数率、強度率の算出方法と対象の範囲が異なるため、直接比較はできない。

表8-5 産業別労働災害による負傷数(1994年)

産業(企業規模 10人以上)	障害を伴う		負傷数合計
	負傷数	障害を伴わない負傷数	
農林水産業	1,670	3,060	4,730
鉱業	230	1,210	1,440
製造業	30,690	116,400	147,090
電気・ガス・水道業	360	2,100	2,460
建設業	2,440	16,860	19,300
卸売・小売業	2,560	13,070	15,630
運輸・倉庫・通信業	1,450	4,250	5,700
金融・保険・不動産・事業所サービス業	790	7,940	8,730
地域・社会・個人サービス業	5,660	38,890	44,550
全産業	45,840	203,800	249,630

出所 “1994 Occupational Injuries Survey: Survey Highlights” 1996 Department of Labor and Employment, Bureau of Labor and Employment Statistics

表8-6 産業別労働災害による負傷の発生日数(1994年)

産業(企業規模 10人以上)	身体障害を残す負傷の発生日数 (対常勤労働者 500人)				
	死亡	重度障害	中軽度障害	一時的傷害	合計
農林水産業	0.02	0.03	0.07	4.82	4.94
鉱業	0.14	0.03	0.14	2.84	3.15
製造業	0.01	a/	0.23	11.07	11.32
電気・ガス・水道業	0.10	0.02	0.10	2.94	3.16
建設業	0.05	0.00	0.21	6.80	7.06
卸売・小売業	0.07	0.01	0.08	2.19	2.39
運輸・倉庫・通信業	0.02	0.01	0.08	2.83	2.93
金融・保険・不動産・事業所サービス業	0.01	a/	0.01	0.75	0.80
地域・社会・個人サービス業	0.01	0.01	0.04	2.93	2.99
全産業	0.03	0.01	0.12	5.56	5.72

注 a/は 0.01未満

出所 “1994 Occupational Injuries Survey: Survey Highlights” 1996 Department of Labor and Employment, Bureau of Labor and Employment Statistics

表8-7 産業別労働災害の度数率および強度率

産 業	1989		1990		1991	
	度数率	強度率	度数率	強度率	度数率	強度率
鉱業・採石業	1.92	0.04	4.9	2.78	3.2	1.89
製造業	6.09	0.81	12.7	0.88	12.3	0.22
電気・ガス・水道業	2.47	2.90	2.6	0.99	1.9	0.41
建設業	3.07	1.51	2.9	1.48	5.7	0.57
卸・小売業	0.27	0.13	0.2	0.03	10.0	0.12
運輸・倉庫・通信業	23.15	2.14	6.8	3.82	5.7	0.14
金融・保険業	1.61	1.99	0.4	0.83	1.2	1.78
サービス業	2.91	0.71	1.9	1.44	3.2	0.18
全産業	5.23	0.99	7.1	1.13	7.6	0.54

度数率：100万延べ労働時間数当たりの労働損失を伴う労働災害の数（人）

強度率：100万延べ労働時間数当たりの労働損失日数

出所 “Occupational Injuries Survey by Bureau of Labor and Employment Statistics”（発行年不明）
Department of Labor and Employment

(4) 労働安全衛生センター¹⁰⁰

労働安全衛生に関する調査研究、教育訓練、技術サービスおよび広報活動の中核施設として「労働安全衛生センター」が日本の無償協力により1988年に設立され、それ以降この施設を拠点として技術協力が実施されている。労働安全衛生センターは、健康管理部、環境管理部、安全管理部、研修広報部の4つの部と管理部により構成されており、約100人のスタッフが活動している。健康管理部においては、労働者の一般健康診断や塵肺検診、有機溶剤等の特殊健康診断などのサービス業務のほか、職業病に関する研究を行っている。環境管理部門においては、粉じん、有機溶剤等の職場の環境測定を行い、それに基づく生産設備の改善のほか、局所排気装置など各種設備の適正な整備についてアドバイスを行っている。安全管理部においては、安全靴、プレス機械、ボイラーなどの検査サービスを行うほか、これらの機械の安全性の監督技法の開発などを行っている。研修広報部においては、職場の安全担当者、産業医、産業看護婦や労働雇用省の監督官などに対して研修を行うほか、広報用ビデオ、ポスター、パンフレットの作成、全国安全衛生大会の開催などを通じて経営者や労働者の労働安全意識を高めるための活動を行っている。

(5) 保健省の労働保健プログラム

水銀サーベイランスがリージョン5、7、9、10、11で実施されている。対策活動としては安全な水銀の取り扱いと使用に重点を置いたIEC、患者発見とリファラル、治療を推進している。1992年にはリージョン5、9、10、11の小規模鉱山の労働者に対して知識・行動に関する調査¹⁰¹を行い、また、北カマリンで水銀の健康、環境に対する影響について調査を行った。

また、地熱プラントの増加による労働者の健康への影響についての調査、化学・ガス中毒の診断、管理についての保健要員を訓練などを実施している。

¹⁰⁰ Occupational Safety and Health Center : OSHC

¹⁰¹ Knowledge, Attitude and Practice : KAP

「8 環境衛生・労働衛生」参考資料

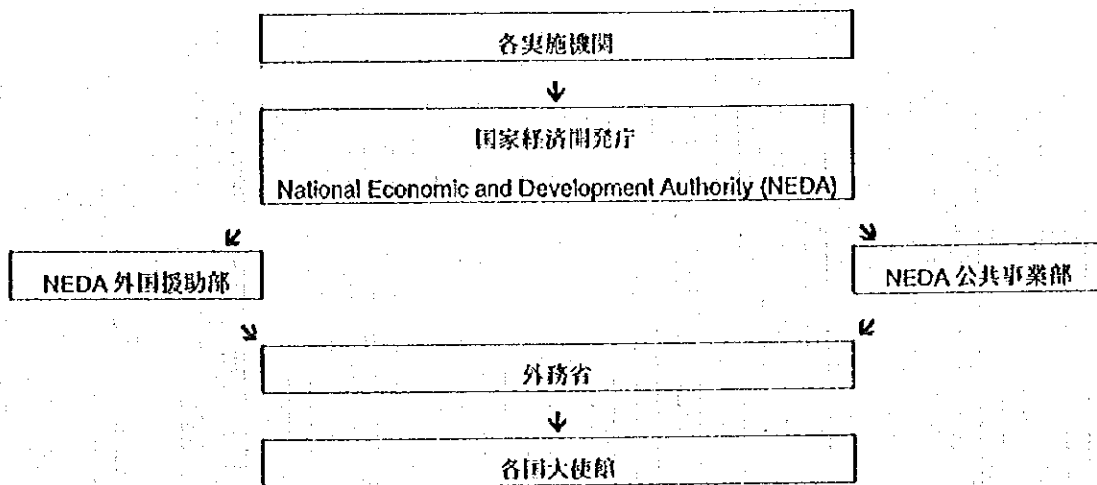
1. 宗像朗, 他 「フィリピン国別援助研究会(第2次)資料(現状分析)」 1994 国際協力事業団
2. 国際協力事業団 企画部 「国別協力情報ファイル フィリピン」 1995 国際協力事業団
3. 国際協力事業団 「フィリピン国地方水供給・下水・衛生セクター計画調査事前調査報告書」 1994 国際協力事業団
4. 日本労働研究機構 「フィリピンの労働事情」 1994 日本労働研究機構
5. 国際協力事業団フィリピン事務所 「フィリピン共和国セクター別基礎資料」 1993 国際協力事業団フィリピン事務所
6. Department of Health National Health Survey 1992 (発行年不明) DOH
7. 首都圏上下水道公社提供資料
8. 労働安全衛生センター提供資料
9. "1994 Occupational Injuries Survey: Survey Highlights" 1996 Department of Labor and Employment, Bureau of Labor and Employment Statistics

9 保健医療協力

9.1 協力要請の仕組み

(1) 一般無償資金協力・食糧増産援助

一般無償資金協力・食糧増産援助の援助要請は、各実施機関から取りまとめ官庁である国家経済開発庁¹⁰²に提出され、案件の内容によっては、NEDA 外国援助部、または公共事業部で審査された後、外務省(対日要請に関してはアジア・太平洋局)を経て、在フィリピン各国大使館に提出される。



(1) 一般無償資金協力・食糧増産援助

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

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

(2) 文化無償

文化無償の援助要請は、各実施機関より、取りまとめ官庁である外務省(対日要請に関してはアジア・太平洋局)に提出され、審査の後、在フィリピン各国大使館に提出される。

(3) 技術協力

開発調査については各実施機関より、取りまとめ官庁である NEDA に提出された案件は、特

¹⁰² National Economic Development Authority : NEDA

に緊急なものを除いては、各年度はじめに一括して優先度を付した上で NEDA より在フィリピン各国大使館に提出される。NEDA では外国援助部が主管であるが、公共事業に関連するものは、公共事業部で内容の審査を行っており、場合によっては NEDA が各実施機関に要請書の修正を指示することもある。

(4) 青年海外協力隊

青年海外協力隊の要請は、各実施機関より、取りまとめ機関であるフィリピン国家サービス調整事業団¹⁰³に提出され、審査の後、在フィリピン各国大使館に提出される。

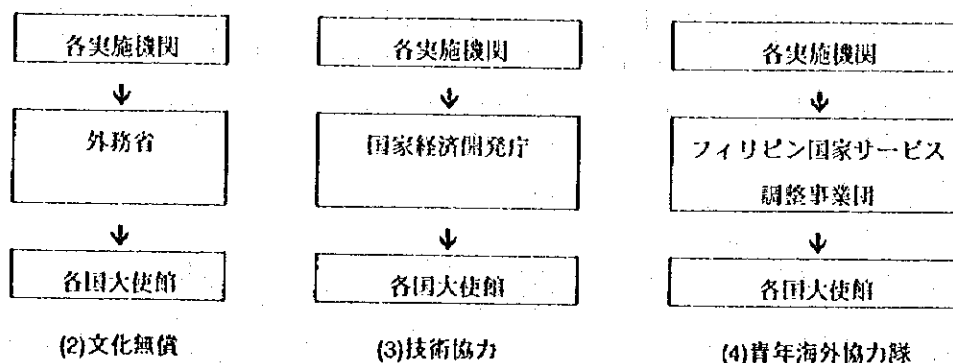


図9-2 フィリピンにおける援助要請のための国内手続き

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

9.2 国際機関、わが国を除く諸外国、NGO の協力動向

(1) 最近の援助動向

1994 年の国際機関の援助額は 1 億 1120 万ドル、二国間の援助額は 9 億 4250 万ドルとなった。援助形態別には有償資金協力と贈与がそれぞれ約半分を占めている。贈与の中では技術協力の比率が高まる傾向が見られる。

国際機関の動向としては、1994 年の最大援助機関はそれまでに引き続きアジア開発銀行 (AsDB; 5500 万ドル) であった。以下、CEC(2280 万ドル)、UNICEF(880 万ドル)、UNHCR(670 万ドル)と続いている。

二国間では、1994 年はそれまでに引き続いて日本がトップ・ドナーとなっており、その ODA 実績は他の援助国を大きく引き離して 5 億 9160 万ドルであった。以下米国(1 億 1600 万ドル)、ドイツ(5640 万ドル)と続いている(表 9-1、表 9-2)。

¹⁰³ Philippine National Service Coordination Agency : PNVSCA

表9-1 援助主体別 ODA 実績の推移 (百万 US ドル)

	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年
国際機関 (計)	171.9	193.6	174.8	151.8	111.2
AsDB	127.5	100.5	83.1	100.2	55.0
CEC	10.6	16.0	17.7	20.1	22.8
UNHCH	13.0	12.5	11.9	7.9	6.7
UNICEF	7.4	9.3	10.6	7.7	8.8
その他	13.4	55.3	51.5	18.9	17.9
DAC 加盟国(計)	1,105.1	860.1	1,538.6	1,327.1	942.5
日本	617.5	458.9	1,030.7	758.1	591.6
米国	248.0	221.0	229.0	262.0	116.0
ドイツ*	44.0	47.5	75.1	88.4	56.4
イタリア	14.9	7.7	43.8	71.8	4.5
その他	150.7	122.0	160.0	146.5	174.0
アラブ諸国 (計)	0.1	-0.7	2.6	2.7	3.8
ODA 純額 (計)	1,277.4	1,053.0	1,716.0	1,486.9	1,057.5

注 * : 1990年までは旧西ドイツ

出所 Geographical Distribution of Financial Flows to Aid Recipients 1995 OECD

表9-2 援助形態別 ODA 実績(百万ドル)

	1990年	1991年	1992年	1993年
有償資金協力	671.6	427.7	1,042.5	761.5
贈与	605.8	625.3	675.5	729.2
(内 技術協力)	(244.2)	(332.0)	(467.8)	(449.5)
ODA 純額 (計)	1,277.4	1,053.0	1,718.1	1,490.7

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
 (「国別協力情報ファイル」は Geographical Distribution 1994 年版から引用しているが、95 年版とは数値が若干異なる。)

(2) 援助国会議

1) 対フィリピン多国間援助構想(MAI)

1988年6月のトロント・サミットにおいてフィリピンに対する国際的支援を目的として米国から提案された。その後、フィリピン政府は世界銀行・IMFの指導のもと、MAIの前提となる中期経済計画(1989~92年)を作成した。これを受け89年7月東京で第1回会議を開催し、日米など西側19カ国と世銀・IMFなど7つの国際機関は、89年分として約35億ドルの資金供与(日本10億ドル、米国5億ドル、EC3.5億ドルなど)を約束した。

世銀主催の第2回会議は1991年2月香港で開催された。6つの国際機関と17カ国が参加し、91年から2年間33億ドルの援助が表明された。内訳は、世銀7億、AsDB6.5億、日本13億、米国1.57億などであった。第3回援助国会議は1992年3月香港で開催された。18カ国と6つの国際機関が参加し、15億~17億ドルの新規援助を約束した。日本は5.07億ドルの援助を約束した。

2) 対フィリピン援助国会合

1994年7月、パリにおいて開催され、8つの国際機関と16のドナー国が参加した。会議では冒頭、前回92年3月のMAI以降のフィリピン経済状況の順調な回復と、経済開発促進のた

めの諸改革についてフィリピンから発表された。そこでは特に①中央銀行の改組を通じて金融政策が改善されたこと、②法律の改正によって民間資本の投資が容易になったこと、③ GATT 批准により貿易自由化が促進されたこと、などによる民営セクターの育成が強調された。さらに今後の開発計画では、経済・社会インフラ改善、人材育成、地方の開発促進、貧困緩和、人口対策、環境問題対策に取り組むことが表明された。1994年度分として有償・無償協力合計 28 億ドルが表明された。

(3) 分野別 ODA 援助

1993年度の分野別援助は、エネルギー分野への支援が最も多く、ODA 総額の 21%を占めており、経済管理への支援 17%、運輸への支援 13%がこれに続いている。保健分野への援助は、3%である(表 9-3)。保健分野の内訳では、政策・計画立案、家族計画への援助が増加してきている(表 9-4)。

表9-3 分野別 ODA 援助動向 (1991~93年) (千 US ドル)

分野	1991		1992		1993	
	金額	%	金額	%	金額	%
経済管理	91,706	6.65	103,150	5.00	317,336	17.04
開発行政管理	72,764	5.11	22,893	1.11	28,691	1.54
天然資源	183,201	12.86	225,094	10.92	109,879	5.90
人材開発(教育・訓練)	79,753	5.60	107,414	5.21	77,447	4.16
農林水産	247,593	17.38	154,311	7.48	181,918	9.77
地域開発	155,982	10.95	367,920	17.81	78,020	4.19
工業	36,246	2.54	219,684	10.65	160,696	8.63
エネルギー	162,872	11.43	218,893	10.61	383,648	20.60
国際貿易	28,734	2.02	13,631	0.66	16,303	0.88
国内貿易	1,456	0.10	11,549	0.56	8,888	0.48
運輸	151,460	10.63	312,685	15.16	249,647	13.41
通信	44,616	3.13	76,757	3.72	27,458	1.47
社会開発	59,981	4.21	92,274	4.47	40,308	2.16
保健	58,873	4.13	63,109	3.06	56,006	3.01
災害対策	22,604	1.59	53,376	2.59	77,104	4.14
人道的援助・救助	23,509	1.65	29,450	1.43	48,964	2.63
合計	1,424,350	100.0	2,062,190	100.00	1,862,313	100.00

出所 Development Co-operation Philippines 1993 Report 1995 UNDP

表9-4 ODA による保健分野への援助内訳 (1991~93年) (千 US ドル)

内訳	1991		1992		1993	
	金額	%	金額	%	金額	%
政策・計画立案	2,093	3.56	9,811	18.47	23,969	42.80
プライマリー・ヘルス・ケア	45,086	76.58	28,435	53.54	15,645	27.93
予防接種・疾患対策キャンペーン	3,167	5.38	5,453	10.27	2,769	4.93
家族計画	8,017	13.62	9,055	17.05	13,565	24.22
病院・診療所	510	0.87	355	0.67	68	0.12
合計	58,873	100.00	53,109	100.00	56,006	100.00

出所 Development Cooperation Philippines 1993 Report 1995 UNDP

9.2.1 国際機関

保健分野への国際機関による援助額を表9-5に示す。

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)

	1986~92	1993~1994*	合計
世界銀行	70.10	70.00	140.10
WHO	17.50	0.01	17.51
UNFPA	15.60	35.00	50.60
UNICEF	4.50	25.61	30.11
AsDB	0.60	65.00	55.60
その他	0.10	0.00	0.10
	108.40	185.62	294.02

注 * : 1994年12月現在のコミットメント

出所 "Report and Recommendation of the President to the Board of Directors on a Proposed Loan and Technical Assistance Grant to the Republic of the Philippines for the Integrated Community Health Service Project" 1995 AsDB

(1) 世界保健機関 (WHO)

1996~97年におけるWHOの援助は家族計画を含んだ母子保健、保健医療施設の拡充に重点を置いている。主な援助プロジェクトを表9-6に示す。

表9-6 WHOによる主な保健医療プロジェクト

機関 (実施機関)	内容	期間	援助額(千 US ドル)	
			公約	93年実績
WHO (WHO)	国家結核対策プログラムの強化、短期化学療法の実施、および医療従事者への研修。	1984~93年	17	2
(WHO)	国家ハンセン病対策プログラムの強化、複数療法実施へのサポートおよび医療従事者への研修	1988~93年	46	14
(保健省)	環境保健と持続的開発：国家開発計画に保健および環境に関する配慮を取り入れる指針を作る。	1993~94年	10	10
(保健省)	急性呼吸器感染症：5歳未満児の肺炎による死亡を減少させる。	1986~94年	175	0
(WHO)	地域に根ざした地域保健・薬物依存予防プログラム	1992~94年	18	0
(WHO)	プライマリー・ヘルス・ケアの強化、州・地区レベルの情報管理能力の開発	1992~94年	195	88
(WHO)	医薬品とワクチンの品質・安全性・効用：生物製剤生産サービスと基本的ワクチンの生産機器の保守管理、食品医薬局の薬品規制運用の強化。	1992~94年	80	23
(WHO)	エイズ予防と対策のプログラム・マネジメント	1992~93年	293	87
(WHO)	心血管疾患と痛の地域対策：心血管疾患・痛の国家対策プログラムの開発・実施への支援	1992~93年	86	46
(WHO)	労働保健プログラムと地域に根ざしたリハビリテーション・プログラムの開発	1992~93年	10	10

出所 Development Co-operation Philippines 1993 Report 1995 UNDP

(2) UNICEF

フィリピンにおける UNICEF の活動は、特に子供の生存、発達、子供の保護とプログラムへの子供自身の参加に重点を置いている。

フィリピン政府と UNICEF の子供のための協力プログラム(Programme of Cooperation for Children: CPC)は第4期(1994~98年)に入っている。これは子供のための活動計画世界宣言を受けて、フィリピン政府が1990年に策定したフィリピン行動計画(Philippine Plan of Action for Children: PPAC)に示された2000年までの目標達成を支援するものである。協力計画は、PPACの目標達成、特に乳児死亡率、5歳未満児死亡率、妊産婦死亡率の低下を主な目的とし、5つのコンポーネントからなっている。

- ① 女性の健康と安全な母性
- ② 母乳育児・離乳食・発育モニタリング
- ③ 予防接種
- ④ 下痢症対策
- ⑤ 急性呼吸器感染症対策

特に27の州と18の都市を重点地域とし、そのうち15州では AusAID と協力している。重点地域にはピナツボ火山の噴火によって被害を受けた3つの州と2つの市が含まれている。

UNICEF の活動は人材のトレーニング、IEC教材の開発・制作、基本的な器材・医薬品等の供給、ソーシャル・モビライゼーション活動の支援、地域の能力開発、プログラムのモニタリング、研究、評価等である。

UNICEF の1994~95年の保健活動に対する援助額は6百万ドルで、61%は物品の形で、39%は資金の形で支出された。また、支出の79%は地方レベルの活動費に投入されている。

表9-7 UNICEF の保健に対する援助額 (1994~95年)

活動コンポーネント	援助額(USドル)	
	金額	%
①女性の健康と安全な母性	2,229,883	37.29
②母乳育児・離乳食・発育モニタリング	236,657	3.96
③予防接種	2,484,762	41.55
④下痢症対策	637,032	10.65
⑤急性呼吸器感染症対策	391,240	6.54
合計	6,979,574	100.00

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

(3) UNFPA

UNFPA のフィリピンに対する援助は、1972~79年の第1次プログラムにはじまり、第2次プログラム(1980~88年)、第3次プログラム(1989~93年)と継続され、この間家族計画・母子保健サービス、研修および研究、IEC活動に4200万ドルを投入した。第4次プログラム(1994~98年)では、3500万ドルの予算で、従来のリプロダクティブ・ヘルスと家族計画サービスの拡大に留まらず、ジェンダー、貧困、環境等の問題を取り込み、人口政策やプログラムを開発計画に統合するアプローチをとっている。

政府機関、特に国家経済開発庁(NEDA)を通じて人口政策策定に必要なデータ収集を支援し、

保健省を通じて家族計画プログラムの実施を支援している。フィリピン大学人口研究所等の研究機関や、NGO に対しても支援を行っている。また、援助機関の支援がプライオリティの高い地域に対して行われ、重複が避けられるよう調整役としての役割も果たしている。

表9-8 UNFPA による主な保健医療プロジェクト

実施機関	内容	期間	援助額(千 US ドル)	
			公約	93 年実績
DTCP	フィリピンの人口と開発に関する国会議員の委員会を支援する。	1989~93 年	116	2
保健省	UNICEF に支援を受けている都市部の基本的サービス・プログラムに参加している 6 市の 25 地区の PHC サービスに家族計画と妊産婦サービスを統合する。	1991~94 年	399	130
WHP	リプロダクティブ・ヘルス推進のための女性のプログラムの強化	1991~94 年	400	135
MASC	NGO の家族計画サービスの質、自立性とアクセスを向上する。	1989~94 年	6,240	1,224
フィリピン大学人口学部	フィリピン家族計画プログラムのオペレーション・リサーチ	1989~94 年	283	33
保健省	フィリピン家族計画プログラムの IEC マネジメントを強化し、知識と実行のギャップを埋める。	1989~94 年	2,039	990

注 DTCP : Development Training Communication & Planning

WHP : Womenhealth Philippines, Inc.

MASC : Margaret Sanger Center

出所 Development Co-operation Philippines 1993 Report 1995 UNDP

(4) アジア開発銀行(AsDB)

民間部門の参加と持続的な発展を通じた経済成長に主眼を置き、雇用機会の拡大と、より開かれた市場経済の導入を目指している。中期的にはインフラの改善に取り組んでおり、農業生産の拡大、天然資源の開発、環境保護、保健・教育の改善に重点を置いている。1994 年には運輸、農業、保健の各分野に計 4 件、1 億 3600 万ドルの借款を行ったほか、10 件、計 490 万ドルの技術援助を承認している。

保健分野においては、地域保健サービスおよび保健サービスの地方分権化によって生じた構造的、機能的問題を解決するため、フィリピン政府を支援することに重点を置いている。特に社会サービスへのアクセスがほとんどない貧困層に焦点をあて、母子保健、地域保健、初期の子供の発育・発達(Early Childhood Development)、感染症対策、保健分野の管理・財政学の強化を支援している。プログラムの開発にあたっては、世界銀行や二国間援助機関等と相互補完し、重複を避けるため協調を図っている。関連分野として地方の水供給・衛生施設プロジェクトを行っている。

表9-9 アジア開発銀行の保健分野のプロジェクト

プロジェクト	タイプ	援助額(USドル)	承認年月
全国病院サービス開発計画	AO	470,000	1989年2月
保健医療サービスの地方政府への権限移管	AO	100,000	1992年10月
地域保健サービス	PP	541,000	1993年6月
保健分野における地方自治体法の実施	AO	300,000	1993年8月
女性の健康と安全な母性	PP	100,000	1993年8月
セブにおける長期保健・栄養調査	AO	100,000	1993年12月
女性の健康と安全な母性	借款	54,000,000	1994年11月
初期の子供の発育・発達	PP	600,000	1995年4月

注 AO: Advisory and operational technical assistance(技術協力)

PP: Project preparatory technical assistance(プロジェクト準備の技術協力)

出所 "Report and Recommendation on a Proposed Loan and Technical Assistance Grant to the Republic of the Philippines for the Integrated Community Health Services Project" 1995 AsDB

(5) 世界銀行グループ

世界銀行は保健セクターへの支援を経済成長と貧困緩和政策の一環として位置づけ、保健省の公共投資計画策定に対する支援、地方分権化が公的保健医療サービスに及ぼす影響についてのアセスメント・スタディに対する援助などを行っている。保健分野のプロジェクトを以下に示す。

1) フィリピン保健開発プロジェクト

政府の公的保健サービス、PHCの拡大・向上のため、保健省の効率を高め、中央政府、地方自治体、NGO間の協調を推進し、将来の保健政策、プログラム開発の能力向上を目的とする。期待される成果としてはマラリア、結核、住血吸虫症の有病率の低下、乳幼児の疾病・死亡の減少、出生率、妊産婦死亡率の低下を挙げている。(援助額 7010万USドル、期間 1990~96年)

2) 都市保健・栄養プロジェクト

マニラ首都圏、セブ市圏およびカガヤン・デ・オロ市の都市スラム地区住民の健康・栄養状態を改善することを目的とする。同プロジェクトによって期待される成果としては、①対象地域の90万人の住民にサービスを提供し、②地方政府の保健局組織を強化するとともに、③地域住民の保健計画、サービス・プログラムの策定・実施への参加を促し、④保健省の地方政府に対する支援能力を高めることが挙げられている。(援助額 7000万USドル、期間 1994~2002年)

3) 女性の健康と安全な母性プロジェクト

女性、特に出産可能年齢にある女性の健康状態の改善を目的とする。そのため、女性全般、特に妊産婦に対するサービスの向上、地方政府のサービス提供能力の向上、保健省の政策面・技術面・財政面における地方政府に対する支援体制の強化を図り、地域住民およびNGOの参加を促進することによって効率性、持続性を確立する。(援助額 1800万USドル、期間 1995~2001年)

(6) その他の国際援助機関

その他の国際援助機関による保健分野の援助では、UNDPがエイズ分野でプログラム開発、地方政府およびNGOの能力開発に50万ドルを拠出している(1996~97年)ほか、地方都市の水

供給プロジェクトを支援している。IEAEA は低レベル放射性廃棄物の管理プロジェクトに 29 万ドル(1991~94 年)を拠出している。また、国連食糧農業機関(FAO)は街頭で売買される食品の栄養・安全性を向上するため、食品栄養研究所に 15 万ドル(1992~94 年)を拠出している。

9.2.2 わが国を除く二国間援助

保健医療分野への二国間援助機関による援助額を表 9-10 に示す。

表9-10 保健医療分野への二国間援助機関による援助

(単位：百万 US ドル)	1986~92	1993~94*	合計
USAID	129.30	110.00	239.30
JICA	67.30	3.40	70.70
イタリア	15.10	0.00	15.10
GTZ	4.80	4.00	8.80
CIDA	4.30	0.00	4.30
AusAID	3.00	10.21	13.21
オランダ	2.40	0.00	2.40
その他	-	0.19	0.19
合計	226.20	127.80	354.00

注 * : 1994 年 12 月現在のコミットメント

出所 "Report and Recommendation of the President to the Board of Directors on a Proposed Loan and Technical Assistance Grant to the Republic of the Philippines for the Integrated Community Health Service Project" 1995 AsDB

(1) 米国(USAID)

1995 年会計年度は、6165 万 2000 ドルの援助を行う方針であり、援助分野は広範な経済成長支援(1550 万 4000 ドル)、民主制度構築支援(733 万 4000 ドル)、人口(2613 万 1000 ドル)、環境保護支援(1268 万 3000 ドル)で、家族計画推進、技術援助、職業訓練、再植林などのプログラムを行う。

USAID は保健医療分野では第 1 位のドナーである。特に家族計画・母子保健に対する支援に力を入れており、1994~2000 年の期間で 1 億 US ドル規模のプロジェクトが進行中である。このプロジェクトは 3 つのパッケージ(Resource Package : RP)に分けられ、RP 1 では 75 の地方自治体への支援、RP 2 では保健省への支援、RP 3 では民間セクターへの支援によって、リプロダクティブ・ヘルス・サービスへのアクセス向上、地域レベルの EPI、急性呼吸器感染症および下痢症対策、微量栄養素補給の向上を図っている。RP 3 ではジョン・スノー¹⁰⁴が 19 の NGO グループの活動を取りまとめており、多くの NGO およびバランガイ・ヘルス・ワーカーの協会が参加しているほか、ケア¹⁰⁵が 11 の民間会社のカウンセリング、避妊薬・避妊具の配布・リファラルなどの活動を取りまとめている。また、エイズ/HIV 予防対策に関しては、サーベイランスと IEC 活動に重点を置いたプロジェクトを行っている。

(2) ドイツ(GTZ)

ODA 純額は 1990 年から 93 年まで増加傾向で推移し、94 年に減少しているが、主要先進国

¹⁰⁴ John Snow, Inc. - Research and Training, Inc. : JSI/RTI

¹⁰⁵ Cooperative for American Relief Everywhere : CARE/Phils.

中第3位であった。保健医療分野では1993～94年に400万ドルの援助を行っている。1989～95年に450万ドル規模の政府系病院システムの病院機器保守管理プロジェクトを、同じ1989～95年に523万ドル規模の保健医療情報管理システムのプロジェクトを行っている。現在実施しているプロジェクトを以下に示す。

1) 病院機器保守管理プロジェクト

1989～98年に約1億9000万ペソを投入し、保健省の病院保守管理サービスを分権化することによって政府系保健システムの病院機材管理を向上することを目標としている。マニラ、セブ、ダバオの3カ所に保守管理サービス・ワークショップを設置し、それぞれルソン、ビサヤ、ミンダナオの各地方の病院を対象とし、研修センターとしての役割も果たしている。各ワークショップには20人のフィリピン人医療工学士および技師が勤務している。同プロジェクトでは、フィリピン人の工学士・技師を新聞紙上等で募集し、2～3年間雇用し、その間に勤務しながらのトレーニングを行う。契約終了後はほとんどが政府系病院等政府機関に雇用されている。

2) 保健医療情報管理システム・プロジェクト

1989～98年に約1億5200万ペソを投入し、保健省の保健医療情報管理システムを支援する。保健医療サービスの地方分権化によって、地域レベルでの意志決定、管理がより求められるようになった。地方分権化された保健医療サービスを情報面からサポートしようとするものであり、ニーズに合った、コスト効率の良い情報管理システムの構築を目指しており、以下の活動を実施している。

① 公的保健医療データの分析

- 保健省のフィールド保健医療サービス情報システム(FHSIS)のデータのフィードバック
- 第1回保健医療情報管理システム(HAMIS)コンテストを開催し、NGOの活動など、草の根レベルの保健医療活動データの発見の機会とした。

② 社会経済的情報のファイル化

③ 病院の入退院情報のコンピューター化

④ コスト・財源に関する情報確保

⑤ 医薬品・機材等のロジスティックスの情報および金銭管理の情報確保

⑥ 管理に関する情報確保

このほか、1996年から10年間の社会健康保健¹⁰⁶、1996～98年に周産期学¹⁰⁷の質的確保¹⁰⁷のプロジェクトを支援・実施する予定である。

(3) オーストラリア(AusAID)

フィリピンの保健医療分野に対する援助額は、1986～92年には総額300万ドルであったが、1993～94年では1021万ドルと大きく増加している。

1990～97年の期間で、総額329万3000ドルの国家医薬品政策プロジェクトは、政府の国家医薬品政策を支援し、医薬品の品質確保・適正な使用を推進しようとするものである。

また、UNICEFと共同の母子保健サービス・プロジェクトでは、1990～95年に569万9000ドルを、都市部保健・栄養プロジェクトでは、93～98年に325万7000ドルを支援する計画で

¹⁰⁶ Social Health Insurance - Networking and Empowerment : SHINE

¹⁰⁷ Informed Quality Assurance in Perinatology : CIM

ある。

(4) イタリア

UNDP の資料によると、1993 年には保健医療分野で 14 万 4000 ドルの援助を行っている。1989～93 年に 40 万ドル規模のマニラ首都圏の基本的衛生機構強化のため、保健省に対する援助を行っている。また、1992～94 年に、結核対策・治療における基本的薬剤供給と保健要員のトレーニングを行うことを目的とし、グラナダ財団に対して 65 万ドル規模の援助を行っている。

(5) カナダ(CIDA)

UNDP の資料によると、ダバオ市のプライマリー・ヘルス・ケア研究所とカルガリー大学との間の連携強化、および南部ミンダナオ地方の 100 のコミュニティにおける自立性の強化を目的として、1988～93 年に 311 万ドル規模の援助を行っている。また、EPI 支援のため、1986～93 に 361 万ドル規模のプロジェクトを行っており、保健省に対して DPT と麻疹のワクチンを供給している。

このほか、フランス、オランダ、ベルギーが保健医療分野での援助を行っている。

9.2.3 NGO

(1) 国際 NGO

1993 年の OECD 資料によると、フィリピンでは DAC 諸国 19 カ国の NGO72 団体がプロジェクトを行っている。主要参加国の内訳は、米国(16 団体)、日本(6 団体)、ベルギー(6 団体)、オランダ(6 団体)などとなっている。主な活動分野は農業開発、難民支援、人権、保健医療である。フィリピンで保健医療分野の活動を行っている DAC 諸国の主要 NGO を表 9-11 に示す。

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*

国名	NGO 名	活動内容
ノールウェー	Caritas Norge	水供給、ストリート・チルドレン支援
フランス	Enfantes et Development	保健衛生、ストリート・チルドレン支援、災害に対する緊急援助
米国	Handicap Internationale	医師の育成
	Food for the Hungry International	農業開発、水資源開発、保健医療、人権
	Interaid International	教育、水資源開発、農業開発、保健医療、人権
	World Medical Relief	保健医療、人権
日本	World Vision International	保健医療、人権、難民支援
	24時間テレビチャリティ委員会	保健医療、人権
	日本カトリック IJU 協議会	保健医療、農業開発
	(財) 家族計画国際協力財団 (JOICFP)	保健医療、家族計画
イタリア	Caritas Italiana	保健医療
	Jesuit Refugee Service, Italy	女性に対する職業訓練等の社会事業の支援、難民キャンプにおける保健医療プロジェクト
オランダ	Stichting Zoa Vluchtelingen zorg	食糧供給、保健医療
デンマーク	Dansk Rode Kors	ストリート・チルドレン支援、災害対策、保健医療
カナダ	Canadian Red Cross Society	保健医療
	Emmanuel Relief and Rehabilitation International	緊急復興援助、保健医療、衛生
ドイツ	Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe	農業、職業訓練
	Medico International	共同体開発、教育、環境、保健医療 人権 保健医療、人権

注 OECD 資料に記載されている NGO は、当該国で活動しているすべての NGO を網羅したものではない。

出所 Human Rights, Refugees, Migrant and Development Directory of NGOs in OECD Countries 1993 OECD

また、UNDP の資料によると、1993 年度に保健医療分野での援助を行っている NGO として、以下の団体が挙げられている。

■ フォード財団 (Ford Foundation : FORD)

女性の健康・リプロダクティブ・ヘルス分野のプロジェクト、1994 年の「第 7 回国際女性と健康の会議」へのフィリピンの参加、95 年の「世界女性会議」へのフィリピンの参加、エイズ教育・予防対策プロジェクトに対して、1993 年度に総額 59 万 2000 ドルを拠出している。これらの資金は、国内の NGO や研究機関の活動に充てられている。

■ ケア¹⁰⁸

1993 年度に食糧援助として 48 万 3000 ドルを拠出している。

■ このほか、1993 年度にカトリック・リリーフ・サービス¹⁰⁹が 10 万 5000 ドル、国際開発研究センター¹¹⁰が 2 万 1000 ドル、ドイツのボランティア団体¹¹¹が 2 万 1000 ドル、カナダ赤

¹⁰⁸ Cooperative for American Relief Everywhere, Inc. : CARE

¹⁰⁹ Catholic Relief Services

¹¹⁰ International Development Research Center : IDRC

¹¹¹ Withius Volontariaat : WV

十字¹¹²が2,000ドル規模の援助を行っている。

(2) ローカル NGO

フィリピンでは NGO が政府の政策実施において重要な役割を担っており、その機能は 1991 年の新地方自治法施行以来ますます重要になってきている。フィリピンには数多くの NGO が存在しており、それぞれ地域に根ざした活発な協力活動を行っている。協力活動の多くは貧困層を対象にした生活向上プログラムであり、各機関が独自に開発したプログラムを豊富なスタッフのもとに実施している。地方レベルでの NGO も含めるとその実数および実態を明らかにすることは困難であり、法人格を得るために証券為替委員会¹¹³に登録している NGO もごく一部である。全国で現在 2 万を超える NGO が活動していると言われているが、そのうち SEC に登録されているのは約 3,000 団体にすぎない。

NGO には全国規模で活動する NGO、特定の地域で活動する NGO、国際機関や援助国から資金を得ているもの、企業から資金を得ているもの、私立大学などが運営しているものなど、規模、能力とも様々である。また、都市貧困層団体、農民団体、労働組合、その他の分野に基づく「草の根」組織は、人民組織¹¹⁴と呼ばれる。PO は通常、NGO 活動の直接の受益者と考えられている。

1980 年代から、NGO のネットワーク化や NGO 活動のインパクトを高めるための組織¹¹⁵の必要性が考えられるようになり、90 年前後から様々な分野の UO が結成されている。

保健医療分野で活動している NGO に関する資料として、“Philippine Directory of NGOs in Health”(1990 年版)がある。また、人口・家族計画で活動する NGO のネットワークに Philippine NGO Commission があり、1996 年 9 月時点で 56 の NGO が会員になっている。

(3) ローカル NGO の具体例

1) フィリピン家族計画組織¹¹⁶

IPPEF 系の家族計画の NGO であり、フィリピンにおいて政府が家族計画を公的プログラムとして開始する以前の 1960 年代から家族計画の推進活動を行っている老舗的 NGO である。設立は 1969 年で、50 年代、60 年代に活動を開始した 2 つの NGO が合併したものである。現在ルソン島、ビサヤ、ミンダナオの 27 州で活動を行っている。中産階級およびやや低所得の層が主なサービスの利用者である。全国で 35 のクリニックを運営しており、そのうち 4～5 カ所はライング・イン・クリニック(正常分娩を介助し、通常 1 晩、最長 48 時間まで入院が可能である)を併設している。UNFPA、IPPF から主な資金や避妊具の供与を受けており、このほかフォード財団、USAID、AusAID から支援を受けている。一部のクリニックは運営予算の 80% を診療収入など内部でまかなっているものの、全体的には 20～30% を内部調達しているに過ぎず、自立率の向上が今後の課題となっている。

2) 健康の種¹¹⁷

1989 年にマニラのスモーキー・マウンテンを活動拠点としてスタートした。第 6 編の医薬品

¹¹² Canadian Red Cross : CANRC

¹¹³ Securities and Exchange Commission : SEC

¹¹⁴ People's Organization : PO

¹¹⁵ Umbrella Organization : UO

¹¹⁶ Family Planning Organization of the Philippines : FPOP

¹¹⁷ Seed of Health, 現地語で Samahang Manzawaga ng Binhi ng Kalusugan

に関する章で述べた、コミュニティ薬局活動が主な活動であり、現在この薬局活動は全国 76 州のうち 50 州において行われている。草の根活動であるが全国規模となり、管理運営、薬の仕入れ、民間薬局との摩擦など課題・問題はある。代表者は JICA の母子保健・家族計画プロジェクトとコンサルタント契約を締結しており、同プロジェクト・サイトであるターラックにもコミュニティ薬局がある。この NGO は、コミュニティ薬局活動によって第 1 回保健医療情報管理システム(HAMIS)コンテストで金賞を受けている。

3) ラモン・アボイトイス財団(Ramon Aboitis Foundation)

企業がバック・アップしている NGO の例。1966 年に設立され、セブ市に本拠地を置いてい
る。開発、農業、工学、心理学、海洋生物学、社会学、社会人類学の専門家を含む約 70 人の
スタッフを抱える。科学技術庁からは科学研究財団として、NEDA からは開発の NGO として認
定を受けている。年間予算は、約 1500 万ペソである。保健分野における主な活動は以下の
とおりである。

■ 地域保健プログラム

1987 年に 22 の貧しい地域において、女性を PHC の担い手として訓練し、住民を組織化
して飲料水・トイレの設置、保健センターの設置に住民が参加するプログラムを開始した。

■ セブ環境管理集合システム企画¹¹⁸

1990 年に開始され、52 のプロジェクト地区において、バランガイ・ヘルス・ワーカーへの
トレーニングおよび医療キットの配布、保健省がカバーしていない山間部へのヘルス・ポ
ストの設置、深井戸や共同水栓、各戸配水による飲料水の供給、トイレの設置等を行って
いる。地方政府から物品、人材面で支援を受けているほか、USAID、GTZ の支援を受けて
いる。

■ 癌センター

セブ市内の 8 つの病院と提携し、保健省の関与も得ている。スクリーニング、治療、癌予
防のための広報活動、研究を行っている。同センターは、セブにおいて癌による死亡の中
で、肝臓癌が最も多いことを研究によって見出し、マクタン島のラブラブ市で実験的に B
型肝炎の予防接種を開始した。この研究成果が保健医療情報管理システム(HAMIS)コンテ
ストで銅賞を得て評価されたことが、B型肝炎の集団予防接種が行われるきっかけになっ
たとされている。

4) カウスワガン地域病院(Kauswagan Community Hospital)

カウスワガンは、「前進」という意味を持つ現地語である。セブの私立医学大学(Cebu Doctors
College of Medicine)が地域住民にプライマリ・ヘルス・ケアを提供すると同時に医学生、看護
科学生等に地域保健の実習の場を提供するために運営している NGO で、セブ市郊外のタラン
バンに 10 床の病床をもち、内科、外科、産婦人科、リハビリテーション科の診療科がある。病
院のほかには社会センター、婦人の健康センターがあり、一つのコンパウンドを形成している。
病院での診療は原則として有料であるが、入院費は 1 日当たり 20 ペソ(約 90 円)と安価である。
第 3 次医療が必要な場合は、患者は前述の医学大学にリファーされる。また、病院内での診療
のほか、村々での家庭訪問を行っている。予防接種、地域の衛生改善、ボランティアを通じた
保健教育などは家庭訪問を通じて行われる。家庭訪問活動の担い手として住民を訓練し、ヘル

¹¹⁸ Enterprise in Collective System for Environment Management in Cebu, Ecosystem-Cebu 通称「エコシステム」

ス・ボランティアとし、5人のボランティアに1個の割合で医療キットを配布している。

また、カウズワガンは、プログラムの財政的持続性を支えるため、村落生活協同組合活動を行っている。会員に資金を貸し付け、その利子の50%は地域保健、30%が協同組合、20%はカウズワガン病院の維持のために使われる。会員が融資を受けるためには、衛生的なトイレを持っていること、家族全員がすべての予防接種を受けていること、家族計画を実施していること、住居の周りの環境が衛生的に保たれていること、生活協同組合の活動や会合に積極的に参加していることなどが必要とされている。この財政的枠組みの導入によって、カウズワガンは第1回保健医療情報管理システム(HAMIS)コンテストの銀賞を受けている。また、USAID、UNFPA、フォード財団等から支援を受けている。

5) ビドリシウ財団(Bidlisiw Foundation, Inc.)

セブ島のセブ市およびマンドラウエ(Mandaue)市で草の根レベルの活動をしている NGO である。1989年に設立され、証券為替委員会(SEC)に登録し、法人格を得ている。都市部の貧しい家庭、地域、バラングイ(村落)を主な対象としており、「家庭・地域総合開発プログラム」と称するプログラムにより、保健、教育、職業訓練、雇用斡旋、子供・女性に対する家庭内暴力からの保護、エイズ・性感染症に関する教育、水供給・衛生施設の設置を支援している。

保健分野のスタッフは医師2人、看護婦5人、助産婦1人、ヘルス・ボランティア12人からなる。さらに家庭・地域開発の分野に26人、教育分野に35人のスタッフがいる。保健分野ではプライマリー・ヘルス・ケア・プログラムを6つの貧しい地域の815世帯を対象に実施している。同プログラムは、以下のコンポーネントからなっている。

- 栄養失調の子供、家族に対するミルク等食糧補給と教育
- 結核予防対策

大人に対しては、保健省と調整し、患者発見、保健省施設へのリファラルを行う。保健省の薬の調達が遅れた時に薬を一時供給し、治療の中断を防いでいる。また、スラム街の密集した環境では、家庭内での子供への感染も懸念されることから、監視を行っている。

■ 家族計画

教育、研修、カウンセリング、家庭訪問を行い、保健省の施設や他の NGO へのリファラルも行う。対象には夫婦のほかに未婚の若者、コマーシャル・セックス・ワーカーを含む。

■ エイズ・サーベイランスと教育

NGOのPATH(Program for Appropriate Technology in Health)、JICAのエイズ・プロジェクト、保健省、市保健課等と連携している。フリーランスのコマーシャル・セックス・ワーカーとその顧客を対象に、クリニックにおける治療・カウンセリング、街頭での教育活動などを行っている。

■ 水供給・衛生施設

セブ市水道組合と協力し、スラム地域における共同水供給システムを推進している。30世帯を組織し、1つの協同水組合とする。同様に共同トイレを推進している。これらは、環境衛生の改善と同時に、以前は飲料水を業者から購入しなければならなかったことによる経済的負担を軽減し、家計補助をすることを目的としている。

この NGO は、UNICEF、世界銀行、AusAIDなどのプロジェクトから資金を受けているが、これらの資金は地方自治体を通して交付されるため、プロジェクトの承認から6カ月から2年かかってようやく資金が支払われることもあり、この点が問題として指摘された。

6) その他のローカル NGO

- The Women's Health Movement of the Philippines
女性の健康とリプロダクティブ権利を支援している個人、機関、団体のネット・ワークである。
- The Pro-Life Philippines
家族計画の自然法と妊婦の診療を推進している。
- The Women's Health Care Foundation(WHCF)
女性へのリプロダクティブ・ヘルス・ケアの質の向上を支援している。
- Institute for Social Studies and Action(ISSA)
すべての人々の健康、特に女性、若者、子供の健康推進のための研究、教育、支持を行っている。
- The Health Action Information Network(HAIN)
コミュニティや支援グループとともに様々な保健関連の仕事を学術的研究手法と地域に根ざした視点を取り入れて行っている。

9.3 わが国の協力状況

わが国との緊密な関係、経済・地理的重要性などにより、フィリピンはわが国の最重点援助国の一つとして位置づけられている。また、同国の政治的安定と経済的困難の克服は、アジア・太平洋地域の安定と繁栄のためにも極めて重要であり、アキノ政権誕生後は同政権による自主的な経済再建努力を積極的に支援してきている。特に、現在同国が旱魃、地震、火山噴火及び湾岸危機等により大きな経済困難に直面する中で、わが国は緊急援助等適時適切な支援を行ってきている。

わが国はフィリピンに対して、1994年に支出純額で5.92億米ドルを供与しており、フィリピンはわが国二国間ODAの第4位の受取国供与額となっている。また、フィリピンから見ても、わが国は近年最大の援助国となっており、同国が受け取る二国間ODAの5割以上(93年シェア56.8%)を供与しており、他の援助国を大きく引き離している。わが国は、フィリピン援助方針として以下を重点分野としている。

- ① 経済インフラ整備
輸出指向型経済の持続的成長に重要な役割を果たす外国投資を導入するための環境づくりとして、引き続き経済インフラの整備を進めていく必要がある。
- ② 産業構造の再編成に対する支援
雇創出や国際収支改善に寄与すると期待されるサポーター・インダストリーや輸出産業などを継続的に支援する。また、農地改革の進行状況を踏まえながら、農業や農業関連産業の育成・強化支援を行う。
- ③ 貧困対策および基礎的生活環境の改善
貧困対策は、ラモス政権の重要課題の一つである。具体的には、裨益効果が大きい地域密着型の基礎医療分野や人口・エイズ分野における協力、初等・中等などの教育分野や都市の居住環境整備などについて協力を進めていく。
- ④ 環境整備
森林など天然資源の保全、公害対策、災害対策、環境行政支援に重点を置き、環境分

野への援助を積極的に行っていく。

表9-12 わが国のODA実績

年	政府貸付		贈与		計	合計
	支出総額	支出純額	無償資金協力	技術協力		
1990	616.95	494.31(76)	91.15(14)	61.98(10)	153.14(24)	647.45(100)
1991	333.42	285.30(62)	110.19(24)	63.43(14)	173.62(38)	458.92(100)
1992	1,200.13	845.01(82)	112.34(11)	73.32(7)	185.66(18)	1,030.67(100)
1993	798.99	512.96(68)	158.23(21)	87.19(11)	245.42(32)	758.39(100)
1994	586.85	342.78(58)	138.41(23)	110.41(19)	248.82(42)	591.60(100)
累計	6,306.05	4,806.84(69)	1,350.88(19)	821.61(12)	2,172.48(31)	6,979.33(100)

単位：百万ドル、()内はODA総額に占める各形態の割合で%

累計は、1954年から94年までの累計

出所 「我が国の政府開発援助ODA白書 下巻」 1995 国際協力推進協会

9.3.1 有償資金協力

有償資金協力については、電力などのエネルギー分野および道路、港湾などのインフラ整備に関わる案件が中心となっている。また、従来からフィリピンの国際収支支援のための商品借款の供与や、フィリピンの産業政策や中小企業支援などに資するツー・ステップ・ローンの供与も行ってきている。保健医療分野の有償資金協力は無いが、関連分野として上水道整備事業に対するものがある。

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

年度	案件名	供与額(億円)
1978	第7次円借款II 地方上水道整備事業	45.55
1980	第8次円借款 地方上水道整備事業II	18.60
1985	第13次円借款 地方上水道整備事業III	25.55
1987	第14次円借款 地方都市上水道整備計画	12.72
1989	第16次円借款 地方上水道整備事業IV	50.80
1990	第17次円借款 地方都市上水道整備計画II	10.94

出所 「国際協力事業団年報 資料編」 1995 国際協力事業団

9.3.2 無償資金協力

無償資金協力については、従来から、教育・人材養成および国民の福祉向上に直接投資する基礎生活分野や農業分野に重点をおいているが、特に近年は、地方農村地域における経済・社会インフラ整備に資するプロジェクトやピナツボ火山噴火や大型台風などの被災地復興など幅広い協力を実施している。

保健医療分野では、地方環境衛生計画、国立心臓病センター機材整備計画、フィリピン総合病院外来棟建設計画、地域中核病院機材整備計画、労働安全衛生センター建設計画、熱帯医学研究所拡充計画、食品医薬品試験所設立計画、国立小児病院用機材整備計画等に対する援助を実施してきた。

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

年度	案件名	援助額(億円)
1978	栄養改善計画	2.50
1979	熱帯医学研究所施設設立計画	17.50
1983	地方病院機材整備計画	7.90
1984	地方環境衛生パイロット計画	9.65
	国立癌センター医療機材整備計画	5.92
1985	食品医薬品試験所設立計画(1/2期)	10.81
1986	食品医薬品試験所設立計画(2/2期)	4.17
	労働安全センター設立計画	19.69
	国立小児病院機材整備計画	3.43
	マニラ首都圏環境衛生改善計画	8.50
1987	フィリピン総合病院外来棟建設計画	29.88
	熱帯医学研究所拡充計画	14.79
	国立心臓病センター機材整備計画	4.27
1989	都市環境衛生整備計画	10.72
1990	地方環境衛生整備計画(1/2期)	10.01
1991	地方環境衛生整備計画(2/2期)	6.49
	都市環境衛生整備計画	11.36
1992	都市環境衛生整備計画	11.30
1993	ピセンテ・ソット記念医療センター外来棟拡充計画	14.78

出所 「国際協力事業団年報 資料編」 1995 国際協力事業団

9.3.3 技術協力

技術協力では、従来から、農業、産業、医療、教育、職業訓練など幅広い分野における人材養成協力を進めている。

保健医療分野では、コレラ対策、ポリオ対策、住血吸虫症対策、結核対策、家族計画・母子保健、熱帯医学研究所、食品医薬品検定センターおよび労働安全衛生センター等に援助を実施してきている。1994年度までに実施済みおよび実施中のプロジェクト方式技術協力案件28件のうち、9件が保健医療分野である。

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

案件名	協力期間(年月)
コレラ対策	1967.11 ~77.3
ポリオ対策	1967.5 ~74.3
住血吸虫症研究対策	1972.8 ~81.3
家族計画	1974.7 ~89.3
熱帯医学研究所	1980.10 ~88.3
食品医薬品検定センター	1986.7 ~93.7
労働安全衛生センター	1988.4 ~95.3
家族計画・母子保健	1992.4 ~97.3
公衆衛生	1992.9 ~97.8
エイズ対策	1996.7 ~2001.6

出所 「国際協力事業団年報 資料編」 1995 国際協力事業団

現在実施中のプロジェクト方式技術協力は、家族計画・母子保健プロジェクト、公衆衛生プロジェクト、エイズ対策プロジェクトの3つである。

(1) 家族計画・母子保健プロジェクト

ターラック州を中心に地域保健活動の推進と母子保健サービス・デリバリー・システムの強化を図ることを目標としている。協力活動内容としては、以下が挙げられている。

- ① 家族計画・母子保健サービス推進に携わる人材に対する広報活動(IEC)
- ② 人口情報管理・母子保健に携わる人材育成のための技術指導
- ③ 家族計画・母子保健に関する地域住民活動・啓蒙活動への支援
- ④ 上記分野の協力実施に必要な機材の供与

(2) 公衆衛生プロジェクト

セブ州を対象地域とし、結核対策の強化を通じてフィリピンの公衆衛生活動のモデル的なあり方を開発しようとするもの。協力活動内容としては、以下が挙げられている。

- ① 結核有症状者の受診促進、喀痰検査の励行、菌検査体制と患者指導の拡充
- ② 記録・報告、監督、評価および要員の研修などの実施体制の強化
- ③ 情報教育活動(IEC)の強化と資機材の供給・管理システムの確立
- ④ サーベイランス体制の確立
- ⑤ 結核菌のリファレンス検査施設機能の確立
- ⑥ オペレーショナル・リサーチの実施
- ⑦ 当該分野の医療関係者を対象にした各種セミナー、研修の計画的な実施

(3) エイズ対策プロジェクト

エイズ分野に対する具体的な協力としては、以下の3点に重点を置いている。

- ① 日米協調のもとに行う HIV 感染状況などの把握のためのサーベイランス体制の強化
- ② エイズ・他の性行為感染症のリファラル検査試験場の機能の強化をはじめとした検査・研究体制の強化
- ③ 輸血血液の HIV 検査体制の強化

具体的には、現在感染症の第三国研修が実施されている熱帯医学研究所の機能強化、同研究所における国内の医療従事者の研修を行う。また、現在は、保健省研究検査局(BRI)が HIV 検査の中央リファラル・センターとなっているが、ここから一部機能を移し、感染症の専門病院であるサン・ラサロ病院の中に HIV/STD のリファラル検査所を設置する予定である。

「9 保健医療協力」 参考資料

1. 国際協力事業団 「同別協力情報ファイル フィリピン」 1995 国際協力事業団
2. 国際協力事業団 「メキシコ家族計画母子保健プロジェクト事前調査報告書」 1991 国際協力事業団
3. 国際協力事業団 「国際協力事業団年報 資料編」 1995 国際協力事業団
4. 外務省経済協力局 「我が国の政府開発援助 ODA 白書 下巻」 1995 国際協力推進協会
5. Asian Development Bank "Report and Recommendations of the President to the Board of Directors on a Proposed Loan and Technical Assistance Grant to the Republic of the Philippines for the Integrated Community Health Service Project" 1995 AsDB
6. OECD Geographical Distribution of Financial Flows to Aid Recipients 1995 OECD
7. UNDP Development Co-operation Philippines 1993 Report 1995 UNDP
8. UNICEF Forth Programme of Cooperation for Child Survival, Protection and Development in the Philippines 1994~98, Vol.3.1 Health 1996 UNICEF
9. GTZ 提供資料
10. USAID 提供資料
11. UNFPA 提供資料
12. NGO 提供資料
13. Human Rights, Refugees, Migrant and Development Directory of NGOs in OECD Countries 1993 OECD

索引

- アルコール 60
医学校 115
医師 1,21,68,69,81,84,91,92,94,95,97,98,100,
113,114,115,124,143
医師会 81
医療保険 25,106,107,108
インフルエンザ 43,47,106
飲料水 92,117,118,119,120,122,142,143
ウイルス 47,55,56,106,110
エイズ 1,19,24,46,55,56,71,76,77,78,79,80,81,87,
106,120,121,133,136,137,140,143,144,146,
147,149
栄養改善 21,24,63,66,102,103,146
栄養失調 41,43,48,57,66,67,117,143
外来 23,91,92,93,94,95,96,102,107,112,116,145,
146
家族計画 21,22,23,24,33,63,64,68,89,70,71,73,74,
79,80,87,92,95,102,103,105,132,133,134,135,
137,140,141,142,143,144,146,147,148
家族保健
肝炎 24,47,56,64,65,79,106,142
看護学校 96
看護婦 21,68,69,81,91,93,95,105,113,114,115,
124,126,143
感染症 21,22,24,41,43,46,47,50,52,56,57,63,67,
71,76,77,79,82,84,85,92,96,105,110,117,121,
122,133,134,135,137,143,147
喫煙 24,59
救急 60,92,95,96,102,109,124
経口避妊薬
経口補水塩 50,81
経口補水療法 81
血液銀行 55,79
結核 21,22,24,41,42,43,45,46,47,50,51,58,63,64,
82,83,92,99,105,106,121,133,136,139,143,
146,147
血清 56,65,76,77,79,111
下痢症 21,24,41-44,47-50,57,64,66,67,81,82,106,
117,134,137
献血 79
合計特殊出生率 1,23,33,36,37,70
高血圧 46,58,59
公衆衛生 22,25,27,28,55,67,74,75,76,77,79,82,83,
84,85,87,91,92,110,111,146,147
甲状腺腫 57,58
高度医療 93
呼吸器疾患 42,64
国勢調査 33,34,36,45,106
5歳児未満死亡率 1,33,37,38,134
子供の生存 134
コレラ 24,50,63,106,119,146
コンドーム 71,72,73,79,81
歯科医師 91,113,114,115
事故 41,42,43,46,61,109
ジフテリア 47,49,64,65,106
社会保障 107
住血吸虫 22,24,27,46,54,63,83,105,106,136,146
出生率 1,23,24,33,36,37,38,57,70,136,
死亡率 1,23,24,33,36,37,38,41,42,44,45,46,50,52,
57,58,61,70,82,83,84,85,134,136
住民参加 23,24,63
瘰癧 23,24,41,58,59,60,69,86,124,125
傷害 61,108,109,125
心血管系疾患 24
人件費 25,31,67,74,95
人口増加率 16,24,33,34,35,36
新生児破傷風 24,44,49,106
髄膜炎 106
精神保健 24,59,60,96
製菓企業 96,97,98,100
世界銀行 5,31,63,66,73,80,81,94,120,122,131,133,
135,136,143,
世銀 25,27,31,101,131
短期化学療法 82,133
地域保健 22,30,79,80,133,135,136,142,143,147
腸チフス 47
帝王切開 95
デング熱 24,56,84,106
伝統医療 98,103
トイレ 25,50,117,119,120,122,142,143
糖尿病 68
入院 50,60,69,91,92,95,96,102,107,141,142
乳児死亡率 1,23,24,33,37,38,57,70,134
妊娠 45,46,57,67,68,69
妊娠中絶 69
肺炎 41-44,47,50
破傷風 24,41,44,47,49,64,65,67,68,99,106,121
ハンセン病 21,24,47,51,52,64,83,84,106,133
非感染症 22,24,57,85
ビタミンA欠乏 58
必須医薬品 97,98
避妊具 70,71,73,81,137,141
避妊普及率 23,72
避妊法 70,71,72,73
避妊薬 70,71,73,137
百日咳 47,49,64,65,106
病院 21,22,23,24,25,27,29,31,55,58,59,60,69,73,
77,79,82,85,86,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,
99,100,102,103,106,107,108,109,110,111,113,
114,115,124,132,136,138,142,143,145,146,147
貧血 41,45,54,57,68,67
プライマリヘルスケア 27,29,49,52,63,91,98,
132,133,139,142,143
分娩 63,68,69,95,107,141
ヘルスセンター 105,113,114

暴力 60,61,143
保健医療政策 23,28
保健所 77,79,82,91,98
保健省 13,21,22,24,25,26,27,28,30,31,38,39,41,
42,44,45,47,49,50,51,52,55,56,58,59,60,62,63,
65,66,67,68,69,70,71,74,75,76,77,79,81,82,83,
84,85,87,91,92,93,95,96,97,98,99,100,104,
105,106,109,110,112,113,114,116,117,123,
126,133,135,136,137,138,139,142,143,147
母子保健 22,23,30,35,39,45,63,66,67,70,71,73,74,
79,87,105,115,133,134,135,137,138,142,146,
147,148
ボリオ 24,47,48,64,65,106,146

麻疹 24,44,47-49,64,65,81,106,139
マラリア 22,24,27,41,43,46,47,52-54,58,62,63,
74-76,79,92,99,105,106,136
慢性疾患 58,63

薬物依存 133
輸血 55,56,79,147
ヨウ素欠乏 58
予防接種 21,24,47,48,49,63,64,65,66,67,68,69,81,
85,92,102,103,132,134,142,143

リハビリテーション 66,81,86,96,133,142
リファラル 29,31,45,67,85,93,126,137,143,147
流行 43,48,50,52,53,54,56,75,84,119
リユーマチ 58
労働衛生 117,123,127
労働組合 141

ワクチン 27,56,64,65,99,133,139

CIDA 137,139
GTZ 73,74,81,95,99,121,137,142,148
IMF 5,6,131,149
IUD 72,73
NGO 66,71,77,80,81,94,100,109,110,119,122,130,
135,136,137,138,139,140,141,142,143,148
ODA 130,131,132,137,144,145,148
OECD 131,139,140,148
OECF 120
PATH 143
UNDP 10,11,19,80,121,132,133,136,139,140,148
UNFPA 73,74,80,112,133,134,135,141,143,148
UNICEF 1,10,19,33,37,39,48,49,50,57,62,64,65,
66,69,74,80,87,99,121,130,131,133,134,135,
138,143,148,149,
USAID 70,71,73,74,76,77,79,80,81,121,137,141,
142,143,148
WHO 51,54,55,56,60,64,65,68,76,77,79,80,81,82,
83,84,85,87,105,116,133

DALY

1993年版の「世界開発報告」(世銀)は「保健医療セクターは経済・社会開発のための良好な投資」という観点から、具体的に社会が負っている死亡や疾病による負荷(BOD: Burden of Disease)を測るための単位として、「障害調整生存年(DALY: Disability Adjusted Life Year)」を提案した。DALYは「早死損失年数(YLL: Years of Life Lost)」と「障害共存年数(YLD: Years of Life Lived with a Disability)」の和として表現される。YLLは死亡の数を数える代わりに、平均余命に対して失われた期間を年数で表している。したがって同じ1件の死亡も若死は高齢者の死亡よりも多くの年数を失ったこととして計測される。YLDは、死亡にいたらない疾患を、障害の程度に応じて重み付けして、同じように損失年数で数える。世界開発報告1993年版には、全世界を8つの地域に分け、人類が背負っている病気の重みを計算した結果が掲載されている。引き続き、国単位でDALYによる「疾病負担(BOD: Burden of Disease)」を測定する試みがいくつかの国で始まっている。

疾病負担を測るために開発されたDALYは、その後傷害の重み付けを決める手法に変更が加えられるなどして、1996年夏に総合的な報告書が世界銀行、世界保健機構、ハーバード大学によって出版された。今後、世界各国で保健医療政策立案の重要な資料として情報が整備されていくことが期待されている。当「医療協力ファイル」では、1995年に世界銀行が実施した東アフリカの調査に際して開発された、スプレッドシートを用いたコンピューター・プログラムを使い、入手可能な範囲のデータで、DALYから始まる一連の保健医療分野の状況分析を試みる。プログラムの主要な構成は以下のとおりである。

(Burden of Disease)-(Cost for Interventions)-(Program Budgeting)-(Policy Strategies)

現状として、YLDの計算に必要な国別データの入手はほとんど不可能なので、このプログラムはYLLによる分析のみにとどまっている。また伝統的にある程度整備されている疾病・死亡統計に比べて、プログラム費用の情報が薄いであろうことは十分予想される。これらの決して小さいとは言えない欠陥があることを承知した上で、なおこの手法を取り上げる理由は、前述したように、限りなく増大する保健医療需要に対して、資源の制約の中で社会が優先順位付けの合理的な判断を下すにはほかに適当な代替案はないということをご理解いただきたい。

疾病負担 (Burden of Disease: BOD) 分析の試み

今回、対象国の疾病負担 (BOD) の分析を試みるために用いたのは、1995 年に行われた東アフリカの保健医療セクター調査 (世界銀行) で開発されたスプレッドシートを用いたコンピューター・プログラムである。このプログラムは、YLD に関する統計データの入手可能性が低いことから分析対象を YLL に限っているが、BOD から始まって、費用効果、予算計画、政策・戦略へと意思決定に関する一連の過程をカバーしている。今回は、その入り口である BOD の部分を用いた。途上国を含め世界中に広く普及している EPIINFO、EPIMAP と同様に、現場レベルでも利用しやすい保健医療分野でのツールとして、更なる改良と将来性に期待したい。

プログラムの詳細に関しては以下の文献を参照されたい。

- Manual for Burden of Disease, Cost Effectiveness & Resource Allocation Study; Andrew C. Follmer, Tamara C. Fox, February 28, 1996
- Volume II of Health Policy in Eastern Africa: A Structured Approach to Resource Allocation

死亡数に関する情報は、本文 4.2 「死亡とその原因」、表 4-1 「全国の 10 大死因」に掲載された数値をベースとした。

死因分類も国際標準に則っていないので曖昧な部分は残されているが、保健省から入手した英文の表現にできるだけ準じた。

関連する対象人口の設定 (主に年齢階級区分) は、BOD のアジア太平洋地域のデータをガイドにして、また人口サイズ、平均死亡年齢は人口ピラミッドのグラフから読み取れる範囲で推定した。

Philippines

This Sheet Requires Data Input in All Shaded Areas

1. Discount and Exchange Inputs

	Percent
Discount Rate	3.0%
Exchange Rate (Currency/\$US)	25.80
Local Currency	Peso

The discount rate will be used to calculate the present value of life years in the future. (Manual p.x)
 The exchange rate used should be an average rate for the period under consideration (Manual p.x)
 The local currency is the denomination of subsequent cost inputs (i.e. dollars, francs, etc.)

2. Total Death Inputs

Crude Death Rate	0.006	Population	68,614,162	Life Expectancy At Birth	66.0	Approx Annual Deaths	411,685
------------------	-------	------------	------------	--------------------------	------	----------------------	---------

These inputs will be used to calculate various mortality data. The crude death rate, population size and life expectancy should all be for the entire population of the country being examined. (See Manual p. x)

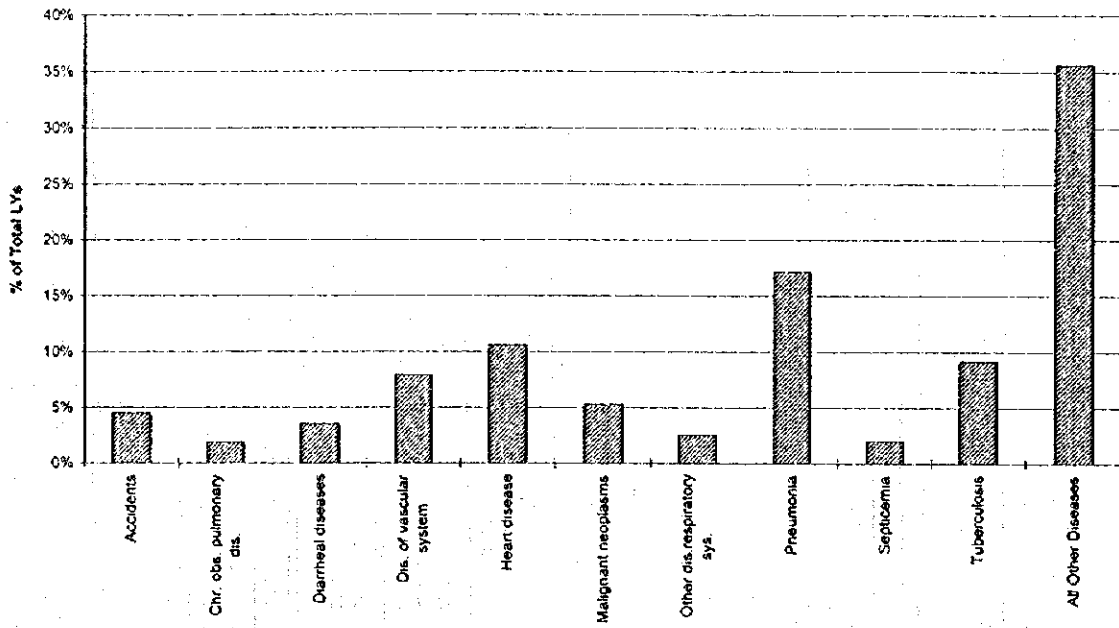
3. Disease Specific Inputs

Disease	Relevant Population	Population Size	Mortality Rate	Untreated CFR	Avg Age Death
Accidents	All	68,614,162	0.000170		20.0
Chr. obs. pulmonary dis.	over 45	9,794,073	0.000770		55.0
Diarrheal diseases	under 5	9,627,129	0.000880		3.0
Dis. of vascular system	over 45	9,794,073	0.003300		55.0
Heart disease	over 45	9,794,073	0.004430		55.0
Malignant neoplasms	over 45	9,794,073	0.002210		55.0
Other dis.respiratory sys.	All	68,614,162	0.000095		20.0
Pneumonia	All	68,614,162	0.000650		20.0
Septicemia	All	68,614,162	0.000075		20.0
Tuberculosis	over 15	41,374,395	0.000620		30.0

The ten diseases selected for the analysis should be listed in alphabetical order under disease. The relevant population for the specific diseases should then be listed under relevant population, with the corresponding population size in the appropriate space. (for more detailed instructions, see Manual p.x)

The mortality figure should be population- and disease-specific (see manual p.x) The case fatality rate (CFR) is the percentage of cases which will result in death within one year without treatment. (See manual p.x) Finally, the Average Age of Death for victims of the specific disease is used to calculate lost life years (Manual p.x)

Chart 1:
% of Total LYs Lost By Disease



JICA

