

II. 事前調査団

1. 事前調査団の派遣

1-1 調査団派遣の経緯と目的

フィリピン共和国（以下、フィリピン）の乳児死亡率は35%、妊産婦死亡率は280と、保健衛生指標はアセアンのなかでも中位～下位に位置している。人口増加率は2.0%と、UNDPによる人間開発中位国の平均値（1.6%）を大きく上回る水準にある。また、避妊実行率は40%（近代的避妊法は25%）、合計特殊出生率は3.57と社会文化的に人口家族計画を推進することの困難さを示唆するものとなっている。

表1-1 アセアンの保健衛生指標比較

国名	人口 (1996)	人口増加率 (1995-2000)	乳児 死亡率	妊産婦 死亡率	合計 特殊出生率	避妊実行率 (全方法)	同 (近代的避妊法)	1人当たり GDP
インドネシア	200.6百万	1.5	48	650	2.63	55	52	844\$
マレーシア	20.6百万	2.0	11	80	3.24	48	31	3,325\$
フィリピン	69百万	2.0	35	280	3.57	40	25	839\$
シンガポール	2.9百万	0.8	5	10	1.43	74	N.A.	20,486\$
タイ	59.4百万	1.0	34	200	2.10	66	64	2,157\$
ヴェトナム	76.2百万	2.1	37	160	3.51	65	44	181\$

(出所 世界人口白書 1996年版)

フィリピンでは1992年にラモス政権が発足して以来、アキノ政権とは一転し人口家族計画に積極的な政策をとるようになった。これに対して、カトリック教会は自然家族計画法(Natural Family Planning Method)のみを認め、人工避妊法については反対であるとの見解を改めて表明したため、両者間で激しい論争が生じた。その結果、ラモス大統領は1994年に両者間の妥協を図るために新たな人口政策を発表し、①人工妊娠中絶は認めない、②家族は人的資源の開発や国家の発展の最も基礎となる単位である、③男女間の結婚は神聖なる社会制度である、④政府の人口政策における家族へのサービスは信教の自由に基づいている、⑤国家はおのおのの夫婦に対してその宗教的信念に基づき家族を構成する権利を保証する、との骨子の方針を打ち出すに至った。この声明では、カトリック教会に配慮して伝統的な家族についての価値観を尊重する一方、カイロ人口会議の中心的コンセプトであるリプロダクティブヘルス/ライツ(rights)、すなわちこれまでややもすれば途上国の人口政策が、マクロ的視点からのみ行われ、出産調節を実行する女性の健康、権利、立場を軽視しがちであった反省に立ち、個人やカップルの権利を重視する考えも盛り込んだものである。

わが国はタラック州における家族計画・母子保健活動を改善することを目的に、1992年から5年間にわたり家族計画・母子保健プロジェクトを実施してきたが、フィリピン政府は、タラック州で実証された家族計画・母子保健にかかる成果をリージョンⅢの他の州に波及させ、同リージョン全体でリプロダクティブヘルス（家族計画・母子保健を含む）の向上を図ることを目的とする新たな協力を要請してきた。本調査団は、現行協力の評価作業を踏まえたうえで、次期協力実施に向けての詳細かつ具体的な諸事項について協議・確認を行うべく、調査を実施したものである。

1-2 調査団の構成

終了時評価調査団に同じ

1-3 調査日程

終了時評価調査団に同じ

1-4 主要面談者

終了時評価調査団に同じ

2. 総 括

フィリピンにおける家族計画・母子保健プロジェクトは1997年3月に終了するが、そのフェーズ2プロジェクトは、時間をあけることなく継続して実施し、その基本方針はフェーズ1の成果を活用しつつ、より拡大された地域に実施し、さらに将来はフィリピン全土へ広げていくことをめざすべきである。

この際重要なことは、限られた人員のなかで日本側のプレゼンスを示しつつ、いかに普及を図っていくかということであろう。日本側の存在感を住民および行政機構に示すことの重要性は、タラック州を含む6州の保健局長の会議でも指摘されたことである。すなわち、フィリピン側においても、タラックで行われたフェーズ1の活動を広げていくことの重要性は、保健局長レベルとはいえ、認識されているが、それをフィリピンの官僚機構のなかでフィリピン側のみで実施することは非常に困難であり、日本の国際援助活動の支えがなければならないことを強く認識している。したがって、目に見える援助である母子保健センターの建設やBHSの建設等を行いつつ、さらに各州に設定されたプロジェクトサイトの保健関係者に十分にプロジェクトの意義とその活動の具体的な方法等を指導する等、プロジェクトの円滑な実施への導入を行うとともに、日本人専門家による頻回の巡回指導・助言が必要となろう。また、フェーズ1の各活動は、それぞれ意義のあるものであったが、地域を拡大し、広域的な普及を図るためには、選択的な実施が望まれる。すなわち、各プロジェクトサイトの状況を把握したうえで、必要と思われる活動を重点的に実施することが重要であろう。また、このことにより費用対効果を向上させることができる。

プロジェクトの実施場所としては、タラック州を含むリージョンⅢの6州とし、そのなかからさらにプロジェクトサイトを選定するのが現実的であり、最もよい結果を生むと考えられる。すなわち、地域性や住民の感情等を考慮するならば、タラック州での成果を生かすことがより容易であるからである。また、保健省等マニラに所在する中央官庁との連携は重要である。フェーズ1においても保健省内のプロジェクト事務所は、重要な役割を果たしていたが、地方自治体法の施行により今後は保健省のみならず内務自治省との折衝も考えられ、さらに国家経済開発庁(NEDA)、人口委員会等との連携も重要となると考えられるからである。このことは本プロジェクトの成果をフィリピン全土に普及させていくという目標からも重要な点である。

プロジェクトの具体的な内容については、フェーズ1で多大の成果をあげた community-based な活動を実施すべきである。フィリピンの住民は、識字率も高く、地域に根ざし、住民生活にとって重要な保健活動には、よるこんで積極的に参加することは、タラック州での経験から理解し得るところである。リージョンⅢ内のプロジェクトサイトでは、当面トレーナーズ・トレーニン

グが優先される課題となろう。保健従事者に対しては、継続的な教育、技術交換活動、機材の供与等による、いわば人づくり活動が重要である。

フィリピンでは、NGOが地方自治体法でも行政機構のなかに位置づけられ、公式にその発展が図られており、NGOとの協力が本プロジェクトの成功へのひとつの鍵となろう。また、日本側でもNGOとの連携は強く意識されるべきである。さらに、他の援助との協調が重要である。すなわち、フェーズ1のプロジェクトでは当初から青年海外協力隊（JOCV）との連携が模索されており、フロントライン計画などと重複を避けつつ連携を深めるべきである。また、外国の援助機関との連携も重要であろう。当面すぐにでも可能なのはIEC教材の相互活用であるが、このほかについても連携の道を探ることは重要である。

3. 要請の内容

3-1 先方プロジェクト案

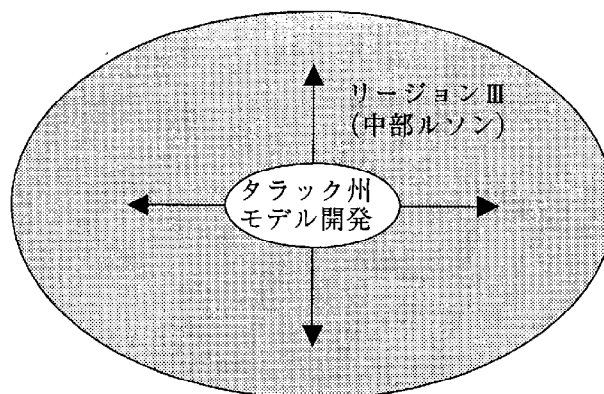


図 3-1

(1) プロジェクトの目的

1) 上位目標

タラック州で実施した家族計画・母子保健プロジェクトでの成果をリージョンⅢ全体に波及させ、地域全体のリプロダクティブヘルス（家族計画・母子保健を含む）の向上を図る。

2) プロジェクトの目標

- ① リージョンⅢにおけるリプロダクティブヘルス（家族計画・母子保健を含む）サービス提供体制の改善
- ② 住民参加促進による地域保健活動の活性化
- ③ リプロダクティブヘルス（家族計画・母子保健を含む）に携わる行政職員の能力向上

(2) プロジェクトの内容

1) リージョンⅢにおけるリプロダクティブヘルス（家族計画・母子保健を含む）サービス提供体制の改善

- ・公的医療機関（州立病院、RHU、BHS）の施設と設備の改善
- ・公的医療機関（州立病院、RHU、BHS）のサービス提供体制の改善（他援助機関と連携し、各機関がこれまで行った投入の有機的活用を図る）
- ・IEC 活動（研修および啓蒙用教材開発・業務マニュアル開発・一般大衆向けの視聴覚教材開発）

- 各州間、各州とタラック州間の連携体制の確立
 - 各州当局の積極的な関与
 - 上記活動にかかる調査・評価・モニタリング
- 2) 住民参加促進による地域保健活動の活性化
- 定期的な住民集会の開催の促進
 - 住民団体（母親のグループ等）の活用（男女の平等な参加を促進する）
 - IEC 活動（研修および啓蒙用教材開発・業務マニュアル開発・一般大衆向けの視聴覚教材開発）
 - NGO との連携
 - 各州間、各州とタラック州間の連携体制の確立
 - 上記活動にかかる調査・評価・モニタリング
- 3) リプロダクティブヘルス（家族計画・母子保健を含む）に携わる行政職員の能力向上
- 中堅技術者養成のための研修（家族計画・母子保健の基礎知識、視聴覚教育、地域開発、情報伝達技能等）
 - IEC 活動（研修および啓蒙用教材開発・業務マニュアル開発・一般大衆向けの視聴覚教材開発）
 - 各州間、各州とタラック州間の連携体制の確立
 - 上記活動にかかる調査・評価・モニタリング

4. 保健セクター開発計画

4-1 保健省の組織

フィリピンの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1991年地方自治法、いわゆる新地方自治法施行により大きく変化した。新地方自治法では、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っ

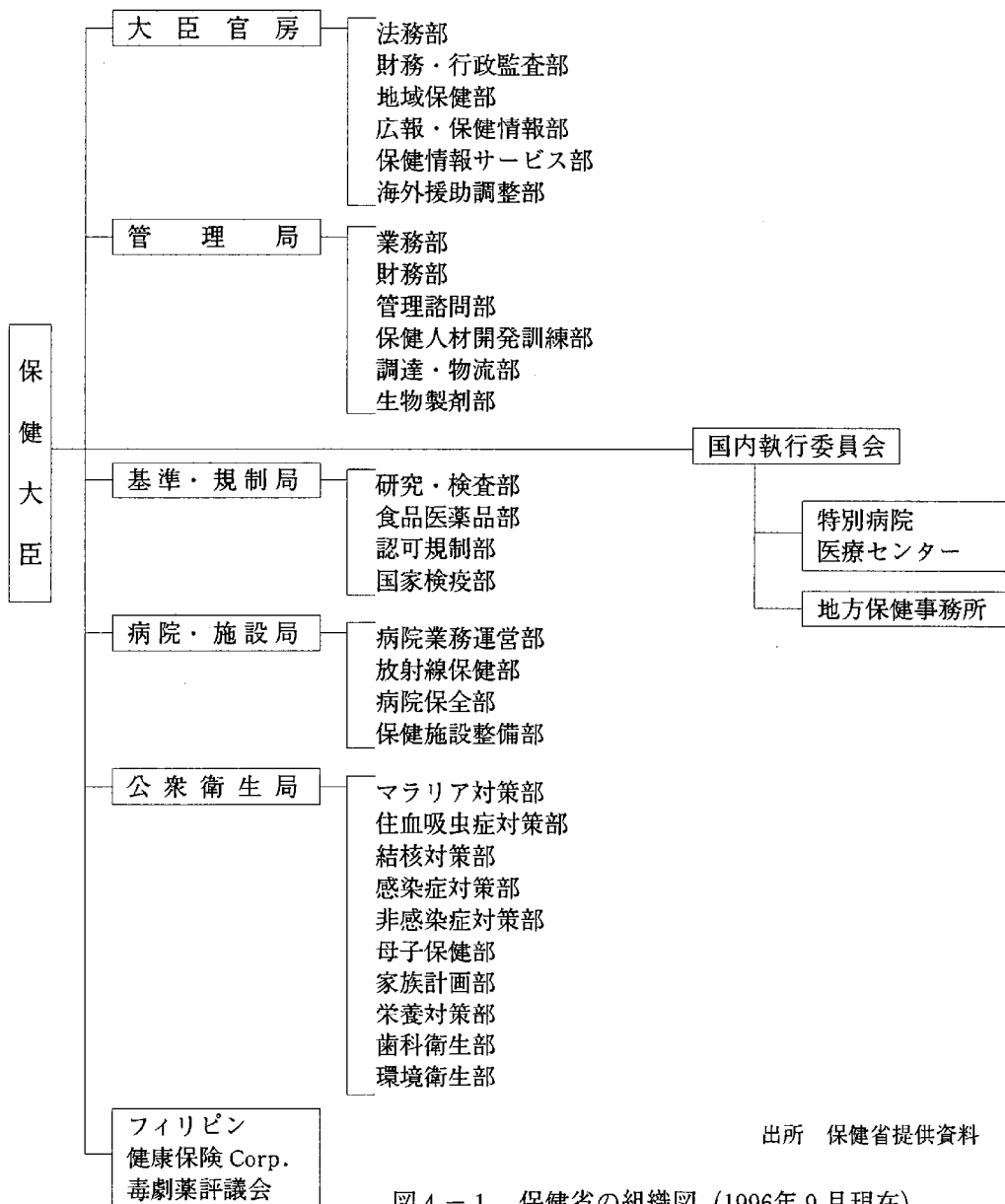


図 4-1 保健省の組織図 (1996年9月現在)

た。

保健・医療に関する全体の計画立案を担当するのは大臣官房であるが、個々のプログラムの計画立案、実施、指導は公衆衛生局の各対策課が担当する。

4-2 国家保健開発計画の概要

アキノ前政権は1987年から1992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」の一部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・技術の活用をあげている。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。

表4-1 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1,000対）	47.7	43.9	48.9 *	40.1
粗死亡率（出生1,000対）	7.0	6.7	n.a.	6.4
粗出生率（出生1,000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

国家保健開発計画（1995～2020年）では、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かかわるものとし、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あげ、次の目標は後に定めるものとしている。

表4-2 国家保健計画における目標（抜粋）

2000年までの目標	
平均寿命（歳）	67.4（1995年）→70
乳児死亡率（出生1,000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1,000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。	

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

4-3 保健省の予算

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4-3 保健省の予算（1991～95年）

	1991	1992	1993	1994	1995
保健省の予算額 （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

表4-4 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	87,846	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	308,756
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 対策プログラム	—	35,623	60,887
地方保健委員会との調整	—	14,984	15,136
病院における女性の保健相談	—	8,890	6,890
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

なお、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。

（本章は JICA 国別医療協力ファイルから抜粋）

5. 家族計画・母子保健分野の現状と問題点

1992年の保健行政の地方分権化以来（地方分権法の施行）、政策実施責任が Region（地方）の下での Province（州）の下にある Municipality（市／町）に移行された。その後、家族計画・母子保健の分野において量および質の格差、すなわち個々の町によって大きな差異がみられるようになり、それが一段と拡大している。

以上の理由のひとつとして、町長の保健分野への関心があげられる。関心度が薄い場合には、この分野への予算化がほとんどなされないこともある。その結果、町によっては RHU、BHS に配分される基本薬剤、医療機器、医療材料（消耗品）などが極度に不足している。

このような状況下、リージョンⅢにあるタラック州の州都タラックにおいてわが国による約5年間の家族計画・母子保健プロジェクトが開始された。その現状と成果は以下に示すとおりであった。この間の過程からリージョンⅢの他の5州へも本プロジェクトを拡大する計画、すなわちフェーズ2の際に参考となる今後の対策も浮かび上がってきた。

(1) 地方自治体間における保健サービス格差

現 状：設備、基本薬剤の備蓄、保健従事者の質などの格差。

今後の対策：町長などへ保健サービスの重要性を認識してもらう運動が必要である。わが国の果たす役割は保健省と地方自治体間との橋渡しの機能であろう。

(2) 保健従事者間の質の格差

現 状：とりわけ村落で実際に保健サービスにあたっている助産婦は、助産に関する教育しか受けていない。村落で活動する場合には、保健全般の知識が必要となる。わが国によって助産婦活動改善プログラムが実施され成果をあげてきたタラック州以外の州においては、このようなプログラムが必要となろう。

また、保健水準の向上のためには助産婦の指導のもとで働く地域保健ボランティアに対する保健教育も必須である。

今後の対策：タラック州において実施された助産婦活動改善プログラムを順次拡張し、助産婦、地域保健ボランティアに対する教育、再教育のシステムを構築する必要がある。すでにこういった教育によって能力の向上したタラック州の保健従事者が積極的に他の州の活動に参加することによって、リージョン全体の保健水準の向上が期待される。また、他の州の保健従事者がタラック州の経験豊かな保健従事者のもとで研修することも有効な方法であろう。

(3) 地方自治体と NGO との協力体制の推進

現 状：政府は保健医療分野において NGO の積極的関与を推奨している。全国に約2,000あるといわれている保健分野の NGO を十分活用する方向を模索すべきであろう。NGO の基本的戦略は住民参加を基礎としており、村落レベルにおける啓発、自立に対する潜在能力を有している。

今後の対策：タラック州においてわが国は NGO との協力のもと共同薬局開設活動、家族計画自然法などのプロジェクトを実施し成果をあげている。フェーズ2プロジェクトにおいても積極的に NGO を登用し、地方自治体と NGO との協力体制を構築・強化することにより、将来、自立継続性のある活動が展開されると期待される。

(4) リージョンⅢへの拡大

現 状：全6州に拡大するには、マンパワー、予算上などの制約があり、相当な工夫が必要である。

今後の対策：タラック州をモデルとした人材、設備、啓発活動などを十分参考にし、州間の相互扶助を図る (Echo effect)。

NGO の人材・潜在能力を積極的に活用するとともに、フェーズ1で経験した住民の組織化を他の5州にも適応する。

行政官が政策提言へ関与できるよう、能力の向上に照準を合わせる。

(5) プロジェクト施行における宗教の問題

現 状：約83%のカトリック教徒のいるこの国においては、教会の影響は非常に大きい。特に自然法を除く家族計画には困難がある。しかしながら、保健省をはじめとする政府は家族計画の重要性を認めており、積極的に推進しているようである。また、住民も避妊手術、ピルの服用、IUD などの避妊法に対する嫌悪感を有しておらず、弾力的に利用しているようである。

今後の対策：宗教的問題に十分配慮しつつ、積極的な技術支援が必要であろう。地方自治体職員の自主的な活動を裏側からサポートすることが成功する鍵になるであろう。

(6) IEC 教材の開発・普及

現 状：タラック州での実践においてパンフレット、フリップチャート、ミニライブラリー、ビデオなどを開発し IEC 教材として教育用に配布した。それらがヘルスワーカーの手により住民の啓発に有効に使用され成果をあげた。さらに、衛生教育のためのフィルム上映会も定期的実施された。

以上のこととは対照的に、他の州の RHU、BHS においては基本的な IEC 教材などの設置もみられず、啓発・教育もなされていないようであった。

今後の対策：開発した IEC 教材を有効に活用し、各州、町のヘルスワーカーを啓発・教育することによって、自律的に、保健広報活動のシステム構築を支援していくことが必要であろう。その際、各州、町の事情にあった新教材の開発も必要になると思われる。

(7) 母子保健キャンペーン

現 状：タラック州のラジオ、テレビを通じて功を奏した「火曜日は妊産婦の日」という統一キャンペーンなどのメディア活動は他の州ではみられないようである。

今後の対策：リージョンⅢへの拡大に際して、統一キャンペーンは有効であろうと思われる。早くに「火曜日は妊産婦の日」の全国展開がなされることが望まれる。

(8) 助産婦などヘルスワーカーの交通手段の確保

現 状：昨今、助産婦などが家庭訪問をする際の交通費の削減が取りざたされている。これは保健活動に支障を来すものであり、由々しき事態である。保健水準の向上の第一線にいる助産婦活動のために足の確保が必須である。

今後の対策：権限を有する個々の町長に家庭訪問活動の重要性を認識してもらい交通費の予算化を図る。

タラック州で有効であったことに鑑み、今後、各 RHU、BHS に対して、モーターバイクの供与が成果をあげるために重要なことであろう。

(9) 留意点

タラック州での経験からフェーズ 2 を立ち上げようとする際に、上述の今後の対策の多くが留意事項として浮かび上がってくる。リージョンⅢといってもかなり広範囲であり、したがって風俗や習慣の違いは当然のこと存在するであろう。さらに、ピナツボ火山の爆発による後遺症は州によって異なっており、豪雨になれば地域全体が喪失しかねない町を抱える州もあって、財政の投入先の優先順位も区々であると思われる。

留意点を以下にあげる。

① タラック州から他の 5 州へ波及させるための手段を講じる

タラック州での成果を、考え得る手段を駆使して他の 5 州へ宣伝すると同時に、他の州の関係者がタラック州を視察し、さらには研修の機会を設ける。

② 保健婦活動の工夫

保健婦の役割は、日本とは異なり、行政官のようであると聞く。教育がそうである限り、むしろ積極的に認めていく。それでは保健婦と地域住民とを結ぶ人材は誰であろうか。そこにはヘルスワーカー、地域保健ボランティアが介在している。保健婦がしっかりと彼らを教育・訓練できるシステムを構築すべきであろう。そのためにも、ややもすれば助産に関する知識しかない助産婦に対し助産婦活動改善プログラムを引き続き強化・拡張し、保健全般にわたる知識を身につける機会を多くする必要があろう。

③ 財源もマンパワーも不足している場合の方策

地域住民の潜在能力を引き出す。このことは容易ではないが、その地域におけるキーパーソンを若干名育てることで、その地域に適った、しかも効率のよい活動が展開できるはずである。言ってみればNGOの活用である。

④ 学校教育への組み込み

「火曜日は妊産婦の日」でなくとも、「火曜日は赤ちゃんとお母さんの日」ならば、小学校の低学年からでも教育可能であろう。身体的、生理的現象についての教育も適齢期が存在するはずであり、学校教育、学校保健のなかへ家族計画・母子保健を組み込む可能性について検討する必要がある。保健婦の役割である。

⑤ 共同薬局について

タラック州で視察した共同薬局を預かるNGOの人に対して保健教育研修を強化・拡充する計画は一考に値する。他の州へも広げることも可能であろう。

⑥ 御用聞きヘルスワーカーの養成

彼らに必要なのは足である。自転車よりもモーターバイクの方がカバーできる範囲が広がる。

拠点となるいくつかのRHU、BHSに配備できないものであろうか。あるいは、活発に活動している拠点から、予算の範囲で、配備できないものであろうか。

6. 日本の保健医療分野協力状況

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 位の供与額受取国となっている。また、フィリピンからみても、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（1993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。

保健医療分野協力は、わが国の対フィリピン援助方針の重点項目のうち、「貧困対策および基礎的生活環境改善」の重要な部分を構成し、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などについて協力を進めていくこととなっている。

(1) 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置いているが、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。

(2) 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6-1 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

(本章は IICA 医療協力国別ファイルから抜粋)

7. プロジェクト実施計画

7-1 協力の方針

新たなプロジェクトは、以下の2点を基本的なコンセプトとして実施することを確認した。

(1) プロジェクト対象地域における「Echo effect」の促進

フェーズ1協力が実施されたタラック州が、フェーズ2において中心的役割を果たすこと。すなわち、タラック州がこれまでの協力の成果として獲得した知識や技術をエコーのように近隣各州に波及させ、それを受けた各州は各州のニーズにあった施策を実施し、ひいてはリージョンⅢ全体の状況改善をめざすものとする。

(2) リプロダクティブヘルスの推進

フェーズ2協力は、カイロおよび北京会議で合意されたリプロダクティブヘルスのフレームに沿って活動を行うこととする。女性の人生の全サイクルを視野に入れて、リプロダクティブシステムにかかわる健康上のすべての問題に対応していくこととする。また、ジェンダーや女性の役割などに十分な配慮を払ってプロジェクトを実施する。

7-2 実施計画概要

(1) 目的

タラック州で実施したフェーズ1協力の成果をリージョンⅢ全体に波及させ、地域全体のリプロダクティブヘルスの状況改善をめざすこと。

(2) 活動の目標

1) パイロット地区における活動目標

- ① 住民が保健、プライマリー・ヘルスケア、IEC活動、また行政サービスに積極的に参加することで、対象地域の健康状態を改善する。
- ② 研修活動によりヘルスワーカーの能力を向上する。
- ③ 機材供与、中堅技術者養成対策事業、啓発活動、保健サービス提供者間の協力関係の構築を図る。

2) 保健省における活動目標

- ① プロジェクトで開発したIECの成果をより広範な地域に波及させる。

(3) 活動地域

リージョンⅢ（中部ルソン地域）の6州

(4) 協力期間

5年間

(5) フィリピン側プロジェクト実施責任者

- ① 保健省公衆衛生担当次官
- ② 保健省公衆衛生局長補佐
- ③ 保健省リージョンⅢ局長
- ④ リージョンⅢ内各州衛生部長
- ⑤ その他必要に応じて

(6) 運営委員会の構成

委員長 保健省公衆衛生担当次官
委員 保健省公衆衛生局長補佐
保健省リージョンⅢ局長
内務省リージョンⅢ局長
フィリピン人口委員会理事長
日本人専門家
JICA フィリピン事務所長
その他必要に応じて
オブザーバー 在フィリピン日本国大使館員

(7) 日本人専門家の構成

- ① チーフアドバイザー
- ② 業務調整員
- ③ 公衆衛生の専門家
- ④ 家族計画の専門家
- ⑤ IECの専門家
- ⑥ その他必要と認められる分野の専門家

(8) 供与する機材

- ① 医療資機材
- ② IEC 資機材
- ③ 運搬・通信機材
- ④ 調査・モニタリング・評価用機材
- ⑤ 家族計画の推進に必要な機材
- ⑥ その他必要と認められる機材

(9) カウンターパート研修

- ① 家族計画・母子保健担当者
- ② IEC 担当者
- ③ その他必要と認められる分野の担当者

(10) 留意点

- 1) プロジェクトの計画作成、モニタリング、評価を外部研究機関等と共同で実施すること。
- 2) 中堅技術者の養成および再研修を通じ、地域での保健活動を活性化すること。
- 3) 施設や機材の更新、技術指導、IEC 活動への支援等を通じて、家族計画にかかる行政サービスの質を改善すること。
- 4) 母子手帳プログラムのいっそうの推進等を通じて、住民参加を促進すること。またその過程において、保健活動における男女の平等な参加に配慮すること。
- 5) IEC 教材の開発を通じて、健康に対する意識やコミュニティの主体的取り組みを推進すること。同時に、地域住民の保健に対する認識を促進するための手段として、セミナーやワークショップの開催を通じて、地域の有力者の支持を獲得することも考える。

8. 相手国側との協議内容

8月16日、保健省会議室において、フィリピン側と、フェーズ1の評価調査のミニッツおよびフェーズ2事前調査のミニッツについての協議を行った。

最初に、フィリピン側より、フェーズ1の背景、目的、活動内容、評価についての発表が行われた。その後、日本側の作成した評価調査ミニッツ案に基づいて協議を行った。このなかで、フィリピン側より、当初の目的を達成し、高い成績をあげたことの指摘、JICA およびプロジェクトチーム、国内委員会への深い感謝の意が表明された。評価調査ミニッツに関しては、案どおりで合意した。

引き続き、フィリピン側より、フェーズ2の具体的な提案が行われた。その後、日本側作成の事前調査ミニッツの案に基づいて協議を行った。事前調査に関しては、リージョンⅢを対象地域とし、フィリピン側が主役となり、日本側はフィリピン側をバックアップするというやり方で、リプロダクティブヘルスの観点も取り入れた家族計画・母子保健活動を行うことで合意した。

9. 専門家の生活環境

9-1 概 要

1996年8月現在、6名の専門家が家族計画・母子保健プロジェクトのために長期派遣されている。

6名は、タラック州にある現地事務所（一戸建の住宅）とマニラ首都圏の保健省内にあるマニラ事務所をベースに活動している。

主に現地事務所をベースに活動している3名の専門家のうち、1名はアンヘレス市内の一戸建住宅に居住し、2名はマニラ首都圏のコンドミニアム（高級マンション）に居住したうえで、月～金曜日は現地事務所での宿泊している。

また、主にマニラ事務所をベースに活動し適宜パイロットエリアへ出張している残り3名の専門家は、いずれもマニラ首都圏のコンドミニアム等に居住している。

家族計画・母子保健フェーズ2プロジェクトが実施された場合に、プロジェクトエリアとなる予定のリージョンⅢとマニラ首都圏では生活環境が異なるので、ここではできる限り分けて報告するが、タラック市やアンヘレス市、保健省や人口委員会の地域事務所があるサンフェルナンド市、さらにはリージョンⅢ内の他の主要都市とマニラ首都圏の間にはおおむね道路が整備されており、通常であれば車で2～3時間の距離となっている。

しかしながら、ピナツボ火山の爆発の後遺症等から頻繁にある道路工事等のため、しばしば大渋滞に遭遇することがあり、特にサンバレス州、バターン州といったリージョンⅢのなかでも西側の地域への陸路は長時間を要することがある。

マニラ首都圏における生活環境については、日本並みの治安は期待できないものの、後述するように日常生活上大きな困難はないと思われるが、リージョンⅢ、特にタラック州およびその周辺の都市における生活環境については、日本食の入手が困難であること、時々突発的な停電や断水があること等マニラ首都圏と比べると劣っている。

なお、サンフェルナンド市をはじめ、ピナツボ火山周辺の都市は、現在もラハールと呼ばれる土砂の影響が続いている。

9-2 住 宅

(1) マニラ首都圏

コンドミニアムやビレッジ（塀で囲まれた住宅街）内の一戸建住宅が利用可能である。

これらを借りる場合には、1年程度の家賃前払いが普通である。

高級ビレッジ内の一戸建住宅の家賃は、ここ10年来急速に値上がりしており、プール付き

の平均的な一戸建住宅の家賃は月に10万ペソ以上にもなっており、時にマカティ市内で適当な値段の物件を見つけることは非常に困難になりつつある。

一方、コンドミニアムは近年次々と建設されており、この家賃も値上がりしつつあるものの、値段や安全性を考慮すると、一般的にはコンドミニアムに居住する方が得策と思われる。

また、短期専門家や単身の長期専門家のためには、ホテルやアパートメントホテルは値段も月に2～3万ペソと利用しやすくなっている。

(2) タラック市、アンヘレス市

適当なコンドミニアムがないため、ビレッジ内の適当な一戸建住宅を借りることとなるが、家賃はその大きさにもよるが4寝室で3～4万ペソ（1年程度の前払い）となっている。

(3) マニラ首都圏で居住し、平日は現地事務所に宿泊

現在の現地事務所は、7室の一戸建住宅であり、5～6人は宿泊可能である。

また、月曜日および金曜日等の通勤についても、前述のとおりハイウエーが完備していることから、現地事務所が現在のところであれば、可能である。

9-3 食生活

(1) マニラ首都圏

マニラ首都圏には、大規模なスーパーマーケットや日本食レストランが多数あり、また日本食材料店も数軒ある。

慣れてくれば、ローカルマーケットで安価で新鮮な魚や野菜を入手することも可能である。

(2) アンヘレス市、タラック市

スーパーマーケットが数軒あり、日常の食生活に困ることはない。日本の食材や日本食レストランはマニラほどではないが数軒ある。

9-4 衣料品

一般的に、日本よりかなりやすく購入できる。種類も日常困らない程度には豊富である。

また、洗濯については、一般的にはメイドにやらせることとなるが、ドライクリーニング店もある。

9-5 電気、水道等

(1) マニラ首都圏

マニラ首都圏では、一時しばしば停電が起こっていたが、現在はほとんど停電することはない。また、ガス、水道も適切に供給されている。

電話についても、地方への電話が時につながりにくくなることもあるものの、市内電話および国際電話については、ほとんど問題ない。

(2) アンヘレス市、タラック市

月に数回、一時的に停電があるが、長時間にわたるものはほとんどない。断水することもそれほど頻繁にはなく、電話も順調である。

9-6 医療

マニラ首都圏にはマカティメディカルセンター等、日本人や欧米人が利用している医療機関もあり、少なくとも日本の地方都市以上の医療レベルは確保されている。しかしながら、マニラ首都圏以外の医療レベルはマニラ首都圏と比べてかなり落ちる。

10. 協力実施にあたっての留意事項

(1) 現地事務所の設置場所

フェーズ1では、タラック州のみがプロジェクトエリアであり、タラック州政府を実質上のカウンターパートとしていたことから、タラック州病院内にオフィスを構えるとともに、タラック市内の一戸建住宅を現地事務所としていた。

フェーズ2においては、リージョンⅢ全体がプロジェクトエリアになることから、現地における実質上のカウンターパートも保健省等の地域事務所となり、さらにリージョンⅢ内の他州との連絡調整も必要となってくる。

保健省および人口委員会の地域事務所は、現在サンフェルナンド市におけるラハール等ピナツボ火山爆発の後遺症を懸念している。今後フェーズ2を開始する際には、現在派遣している長期専門家の意見を踏まえて、現地事務所の設置場所を検討する必要がある。

(2) リージョンⅢ内のタラック州以外の州とのかかわり方

フェーズ2では、フェーズ1と異なり、原則として保健省の地域事務所を介して各州にかかわることになる。その場合、タラック州については、引き続き直接かかわることとするのかという点、またその他の州にどの程度直接かかわるのかという点等、保健省の地域事務所と役割分担について協議しておく必要がある。なお、カウンターパートはあくまで保健省の地域事務所であり、各州への介入についてはすべて地域事務所を介して行うという原理原則に沿った対応のみでは、円滑なプロジェクト運営は困難と思われる。

(3) 無償資金協力との関係

一般にプロジェクト方式技術協力と無償資金協力の関係は、無償資金協力案件の設置後の運営についてプロジェクト方式技術協力を実施するのが通例であるが、今回の場合は、プロジェクト方式技術協力の支援として無償資金協力が実施される。この場合の連携方策については、前例が少なくフェーズ1で派遣されている専門家と十分な協議を行うことが肝要である。また、このような技術協力が先行した形式の無償資金協力案件の場合、交換公文（E/N）の締結前および締結後に関係業者等のアプローチが専門家に対して執拗に行われることもあり得るので、現地 JICA 事務所および大使館の担当者の指導や支援が期待される。さらに、無償資金協力供与先の選定にあたっては、選定から漏れた首長等の恨みを日本側が買うことがないように、フィリピン側のイニシアティブを期待するが、この点についても現地 JICA 事務所および大使館の役割が重要である。

附 属 資 料

- ① ミニッツ (Minutes)
- ② フィリピンにおける公的医療サービスシステム

① ミニッツ (Minutes)

**THE MINUTES OF DISCUSSIONS
BETWEEN THE JAPANESE PRELIMINARY STUDY TEAM
AND THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES
ON THE FAMILY PLANNING AND MATERNAL AND CHILD HEALTH
PROJECT**


The Japanese Preliminary Study Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Toshitaka Nakahara, Director, Department of Public Health Administration, National Institute of Public Health, visited the Republic of the Philippines from August 11-20, 1996 for the purpose of conducting a study on the request by the Government of the Republic of the Philippines for technical cooperation for Phase II of the Family Planning and Maternal and Child Health Project (hereinafter referred to as "the Project").

The Joint Committee composed of the Team and the Philippine Authorities concerned had a series of discussions with respect to the Cooperation, and agreed to the contents in the document attached hereto.

Manila, August 16, 1996



TOSHITAKA NAKAHARA, MD, MPH, PhD.
Leader,
Preliminary Study Team
Japan International Cooperation Agency
JAPAN



ANTONIO S. LOPEZ, MD, MPH
Assistant Secretary & Officer-in-Charge
Office for Public Health Services
Department of Health
The Republic of the PHILIPPINES

ATTACHED DOCUMENT

TITLE OF THE PROJECT

Family Planning/Maternal and Child Health Project - Phase II

- I. Both sides confirmed the conceptual framework of the Project as follows:

Conceptual Framework

The project shall utilize two (2) major concepts in the implementation of Phase 2 activities. These are:

1. ***Promotion of the "Echo Effect" within the project area*** - Since the Phase 1 project covered Tarlac, one of the provinces in Region 3, it is expected to play a key role in the implementation of Phase 2 activities. The idea is for Tarlac to "echo" or transfer to the other provinces in the region the knowledge, skills and technology which it learned in the past five years of phase 1. With the project's assistance, the Tarlac experience can then stimulate the other five provinces to implement activities according to their individual needs which can consequently lead to a region-wide improvement of FP/MCH status.
2. ***Support for the Promotion of Reproductive Health*** - Phase 2 shall be guided by the Reproductive Health Framework, as universally agreed upon in international population and women's conferences in Cairo and Beijing. Reproductive health is defined as a state of complete physical, mental and social well-being in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. This takes into account the entire life cycle of a woman from infancy, through adolescence and motherhood, and on to middle and old age. FP and MCH are also major concerns under this framework. Moreover, in keeping with the universal concern over gender issues and the role of women, gender sensitivity shall be a guiding principle in planning and conducting project activities.

II. Both sides confirmed the objectives, area of implementation and duration of the project as follows:

1. **Objectives**

1.1 **General Objective:**

To disseminate the gains from the FP/MCH Project in Tarlac to the rest of the provinces in Region III (Central Luzon) in order to achieve region-wide improvements in reproductive health status

1.2 **Specific Objectives:**

At the Pilot Area:

1.2.1 To improve the health status of community people in the project areas through the people's active participation in health activities, primary health care, information, education, and communication (IEC) activities and a revitalized service delivery system

1.2.2 To promote manpower resource development through formal and informal skills training, mutual exchange of information with other health workers and technical transfer by experts in relevant fields

1.2.3 To improve the capacity of local governments to manage health programs through project support in terms of equipment, trainor's training, advocacy and the improvement of the interaction/cooperation within the service delivery network

At the DOH Level:

1.2.4 To promote nationwide dissemination of IEC materials pilot-tested in the project area, support Inter-organizational Networking in the field of family planning and reproductive health.

2. **Area of implementation**

All provinces in Region III (Central Luzon), namely:

- 2.1 Bataan
- 2.2 Bulacan
- 2.3 Nueva Ecija
- 2.4 Pampanga
- 2.5 Tarlac
- 2.6 Zambales

3. **Duration**

The duration of the technical cooperation under the Project is expected to be for five (5) years.

III. Both sides have discussed and agreed to the following:

1. Project Implementation Activities

- 1.1 Conduct of survey, monitoring and research activities, for planning, monitoring and evaluation of project activities, in collaboration with research and academic institutions.
- 1.2 Implementation of a continuing training/re-training program to improve and update the knowledge and skills of health workers to make them more responsive to the needs of the community. This will be made possible through a training program for a core group of middle-level health workers who shall later serve as trainers.
- 1.3 Strengthening of the service delivery system through upgrade of facilities and equipment, technical and IEC support, etc., to promote the delivery of quality FP/MCH services
- 1.4 Promotion of innovative approaches to encourage community participation in health-related activities, such as the MCH Handbook utilization program. Measures shall be taken to ensure adequate consultation of

community members as well as equal participation of men and women in the planning, monitoring and conduct of community-based family health and welfare activities.

- 1.5 Promotion of health awareness and community responsibility for health through the development and production of IEC materials. Advocacy activities, such as the conduct of seminars, workshops and/or dialogues, for community influentials will likewise be promoted to gain their support and cooperation in raising public consciousness for health concerns.
2. Philippine Counterparts responsible for the implementation of the Project
 - 2.1 The Undersecretary for Public Health will take overall responsibility
 - 2.2 Assistant Secretary, Office of Public Health Services, DOH
 - 2.3 Regional Director, Regional Health Office No. 3
 - 2.4 Provincial Health Officers and staff in the provinces under Region 3
 - 2.5 Others mutually agreed upon as necessary
 3. Creation of a Joint Coordinating Committee
 - 3.1 Functions of the Joint Coordinating Committee
 - 3.1.1 Formulates policies to strengthen project implementation;
 - 3.1.2 Develops implementing guidelines/ general directions for project planning;
 - 3.1.3 Formulates the annual plan of the Project within the framework of the Record of Discussions;
 - 3.1.4 Monitors project implementation;
 - 3.1.5 Coordinates the participation of all cooperating agencies.
 - 3.1.6 Discusses other matters relevant to the Project.



3.2 Composition of the Joint Coordinating Committee

3.2.1 Chairman: Undersecretary for Public Health Services, Department of Health

3.2.2 Members

Philippine-side:

- Assistant Secretary, Office of Public Health Services, Department of Health
- Regional Director, Regional Health Office No. 3
- Regional Director, Department of the Interior & Local Government, Region 3
- Executive Director, Commission on Population
- Representatives from other government offices, as necessary

Japanese-side:

- Experts
- Other personnel to be dispatched by JICA, as necessary
- Resident Representative of JICA in the Philippines

NOTE: Officials of the Embassy of Japan may attend meetings of the Joint Coordinating Committee as observers

IV. The Philippine side mentioned that the following assistance from JICA shall be necessary for project implementation

1. Japanese Experts
 - 1.1 Chief Advisor
 - 1.2 Coordinator
 - 1.3 Experts in the following fields:
 - 1.3.1 Public Health
 - 1.3.2 FP/MCH
 - 1.3.3 IEC
 - 1.3.4 Other related fields
2. Equipment
 - 2.1 medical equipment and supplies



- 2.2 IEC equipment and materials
- 2.3 equipment for transportation and communication
- 2.4 equipment for research, monitoring and evaluation activities
- 2.5 equipment for promotion of FP/MCH activities
- 2.6 other related equipment

3. Counterpart Training in Japan

- 3.1 FP/MCH
- 3.2 IEC
- 3.3 other related fields

V. The Philippine-side agreed to take the following measures for the successful implementation of the Project:

- 1. To provide an adequate number of personnel necessary for implementing the Project, including administrative and clerical staff.
- 2. To provide sufficient office space exclusively for JICA experts and staff in each of the following offices -- DOH-Central Office, DOH-Regional Office No.3, POPCOM and local government units, as necessary;
- 3. To provide utilities such as electricity, water supply, sewerage system, telephone and furniture and other facilities mutually agreed upon as necessary for project activities;
- 4. To make necessary arrangements to secure an adequate budget for implementing the Project
 - 4.1 Expenses necessary for transportation of the equipment within the Philippines as well as installation, operation and maintenance thereof
 - 4.2 Running expenses necessary for the implementation of the Project
- 5. To make necessary arrangements to exempt customs duties, internal taxes, and any other duties imposed in the Philippines on the equipment provided by JICA

VI. Both sides agreed that a further detailed plan of the project such as the Tentative Schedule of Implementation shall be formulated with mutual cooperation.

② フィリピンにおける公的医療サービスシステム

フィリピンにおける公的医療サービスシステム

1. フィリピンの地方自治システム

公的医療サービスのデリバリーシステムについて説明する前に、フィリピンの地方自治体について簡単に述べる。地方自治体 (Local Government Unit; LGU と呼ぶ) は末端より、

1) barangay (バラングイ; 村)

2) municipality (町) または city (市)

3) province (州)

と呼ばれる。

現在の地方自治体法 (Local Government Code、1992年1月施行)によると、

(1) バラングイは、人口2000人以上で、直接選挙で選ばれる村長・収入役等の役職と村議会を持つ行政の最小単位である。農村部のみでなくマニラなどの都市部等すべての地域に置かれ、その人口はところにより大きく異なり、2千人に満たないところも少なくない。農村部では、地理的にかたまったひとつの集落よりなることが多いようであり、さらに小さなブロックと呼ばれる地区に分けられる。

2) municipality (町) は、バラングイの上部機構でバラングイが数個から数十個集まってできる行政単位。人口25,000人以上、面積50平方キロ以上で、一定以上の歳入をもつ。バラングイ同様、直接選挙で選ばれる町長以下の役職/町議会を持ち、行政官のなかにはmunicipal health officer (MHO; 町保健局長) と呼ばれる保健行政を行う医師が1-数名おり、町の保健所 (RHU) 所長も兼ねている。city (市) は、町と同じくバラングイの上部機関であり、町より都会化した地域をさす。フィリピン全土に、人口は15万以上、面積100平方キロ以上で一定以上の歳入を持つ。その機構は町と同様である。

(3) province (州)

municipality (町)、city (市) のさらに上部機構であり、人口は25万人以上、面積は2000平方キロ以上、2000万ペソ以上の歳入を持つ。直接選挙で選ばれた知事/副知事/州議会がおかれ、そのもとにprovincial health officer (州保健局長、日本の都道府県の衛生部長・環境保健部長に相当) が置かれる。

2. 公的医療サービスのフロントライン----- 地域のBHSとRHS／村落助産婦と保健婦・保健所

途上国では、日本の様に発達した健康保険制度は通常存在しないが、そのかわりに公的医療サービスは無料で支給されるのが普通で、この点フィリピンも同様である。地域住民にとって公的医療サービスの窓口となるのが、

1) BHS (Barangay Health Station ; バランガイ保健所=保健所の管轄下のバランガイ支所)

2) RHU (Rural Health Unit ; 市／町保健所)

で、住民が病気になったときは、まず身近なこれらの施設を受診する事になる。つまり日本の保健所とは異なりこれらの施設は治療部門を主な機能として持っており、それ以外に医療統計基礎データの集計／予防接種／衛生教育等、地域の公衆衛生活動の第一線機関でもある。以下それぞれ詳述する。

(1) BHSと村落助産婦 (Rural Health Midwife) / 保健婦

BHSは全国で一万数百ヶ所あり、通常4～6つのbarangayに一つ置かれている。市／町保健所に勤務する助産婦は村落助産婦と呼ばれ、BHSの一つを担当する。一つのBHSには村落助産婦より他に職員は居らず、助産のほか全てのプライマリーヘルスケアを住民に提供する。また、村落助産婦は一つのバランガイ支所を拠点として3-5ヶ所のバランガイを受け持つ。

助産婦の資格は、10年の基礎教育の上に1.5年から2年の専門教育を経て国家試験をパスすれば与えられる。看護婦は10年の上に4年の大学教育の後で与えられるので助産婦より地位が高い。助産婦の資格を得たものは、公的／私的病院勤務、郡保健所勤務、開業などの道をとる。

村落助産婦は月曜から木曜までは担当のバランガイ支所で各種保健医療サービスを提供し、金曜には記録報告を兼ねた全スタッフミーティングが行われる。BHSで村落助産婦が実施する保健医療サービスは以下のものが挙げられる。

妊産婦検診

分娩介助

新生児ケア

予防接種 (ポリオ、三種混合、麻疹、破傷風、BCG)

疾病治療 (下痢症、急性呼吸器疾患、結核、らい、肝炎)

栄養指導 (食料補助プログラムを含む)

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 (疾患・けがの簡単な応急処置)

このほか、訓練を受けた地域のヘルスポランティア (Brangay Health Worker; BHW) が村落助産婦の指導の元に、協力者となって業務の介助、情報の地域への伝達等を行っている。

92年の地方分権法施行により、RHUの予算 (医療従事者の給与を含む) は保健省から

ではなく、市・町レベルから割り当てられることになった。この結果より出てきたのは保健所への予算の配分減少であり、医薬品の不足や給与の遅配、通勤費の不支給もあり職員の勤労意欲低下を招いている。保健省によって統括されていたときでも多少の薬品不足は存在したが、地方分権化以降はそれが顕著になった。

卒後教育の不足も助産婦にとって大きな問題である。元々助産婦は専門教育では助産以外の教育はカリキュラムに入っていない。村落助産婦として職を得たものは、過去（地方分権化以前）には助産以外の求められているサービスについてトレーニングを時々受けていた。しかし、最近ではトレーニングは行われなくなり、新人は手探りの状態で勤務し、古い者は新しい知識技術や改訂された法律を学ぶ機会を失っている。

BHSでの助産婦の活動の指導監督をするのが保健婦である。4年間の看護学の大学教育を終え国家試験に合格すると看護婦の資格が与えられる。病院や個人のクリニックに勤務するものは看護婦と呼ばれ、郡保健所に配属されたものが保健婦と呼ばれる。郡保健所に勤務する保健婦は、保健所にて医師の診療介助、予防接種等の保健医療サービス、助産婦の指導監督、各種報告書の州衛生局への提出等の業務を負う。保健婦も業務上、助産婦と同様の問題点を持っている。卒後教育に関しては、リーダーシップを強化するようなトレーニングが不足している。

(2) R HUとその業務

R HUは、全国で約2000ヶ所あり、ひとつの市／町にその規模により1-数ヶ所置かれる。(通常管轄人口は2-3万人であるが、ところにより1万以下6万以上のところもある)ここには常勤医師(通常general practitionerと呼ばれる、広く浅く全ての科の診療を行う医師がいるのみで、各科の専門医はいない)、保健婦、臨床検査技師、助産婦、歯科医師(常勤／非常勤)、sanitary inspector(予防活動、サーベイランス等の公衆衛生の補助業務をする、専門の医学教育を受けていない職員)等の職員がいる。予算不足または人材不足のため、どれかのポストに欠員のあるところも少なくない。通常外来診療施設のみであり、入院施設はもたない。R HUは、住民にもっとも身近な診療所であるとともに、市／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。患者はまず最寄りのBHSで助産婦の診療を受け、医師の診察／治療の必要があればR HUへ紹介され、入院の必要なときには地区病院(District Hospital)または公立／私立の総合病院(通常、各州の州都または大きな町のみにはしかない)へ紹介されてゆくのが、保健省の望む患者紹介経路(Referral system)である。しかし実際には、BHSを経ずにR HU・地区病院・州立総合病院(これらについては後述する)へ直接患者が来ることが少なくなく、一次医療機関から三次機関への紹介システムは日本と同様確立されてはいない。

R HUでの診療は医師が行うのが原則であるが、診療以外の業務も多く医師が不在のことも多いので、かわりに保健婦／助産婦が診療し処方することがふつうに行われている。(人的資源の乏しい途上国では、医師以外の医療スタッフが診療／処方することはきわめて一般的である。)R HUの医師の中には長い経験を持つものも多いが、大学を卒業して直後の若い医師も少なくない。医師の技術／仕事への意欲／事務処理能力は、個人差が非常に

大きく、それにより他のRHUスタッフの活動、ひいてはその地区の保健活動の質と量は大きな影響を受けるといえよう。

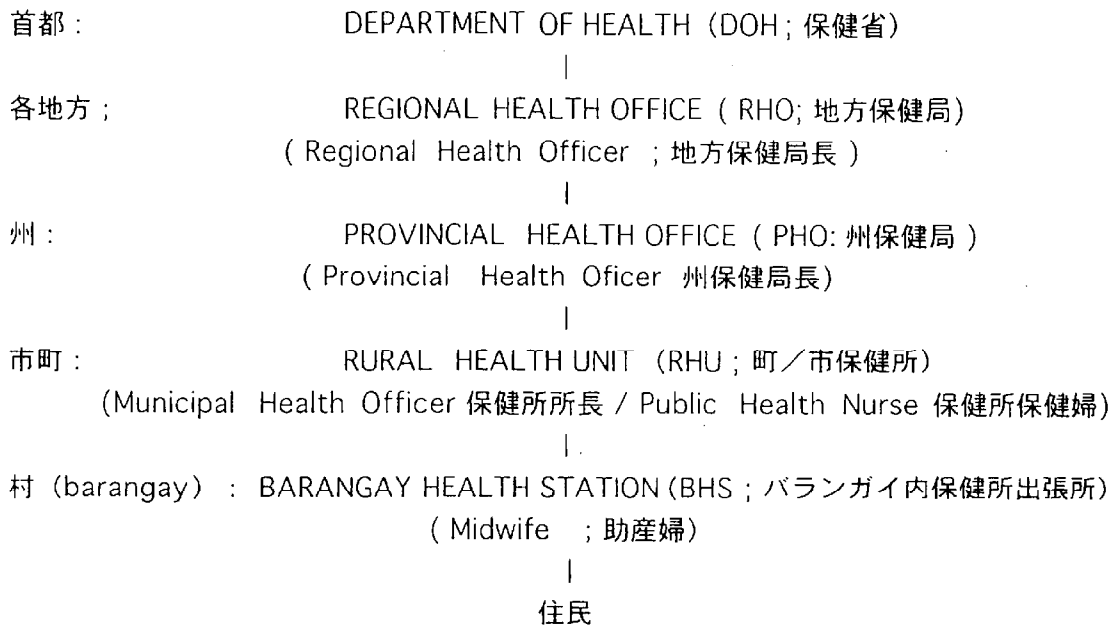
地区病院は、RHUのすぐ上位の入院施設を持つ州立の病院で、ターラック州には2カ所ある。各25ベッド、4人の医師を持つ。専門医は院長のみで、他の医師はMHOと同様general practitioner である。医師職員のみが主治医になるのではなく、近郊の開業医も施設を使用できるオープン制度も併用しており、その場合患者は施設使用料を病院へ、技術料を開業医へ支払うことになる。ターラックでは地区病院以外に、community hospital とよばれる病院が1カ所ある。これは以前フィリピンメディケア（政府の運営する保健組合）が所有し運営していた病院で、日本の各種健康保険組合の持つ病院に相当するものであったが、現在は州政府の所属となり上記の地区病院と同機能となっている。15ベッド、2人の医師を持ち、専門医はいない。州立中央病院は公立病院唯一の総合病院で、200ベッド、常勤非常勤を含めた専門医35名、研修医四十数名を持つ。診療科は内科・外科・小児科・産婦人科・麻酔科・放射線科・精神科で病理の専門医もいる。診療形態は地域病院と同じである。病棟には生活困窮者のための無料棟と有料棟に分かれている。

中規模以上の町では町の中心地に私立病院があり、患者がその費用を払える場合は公立医療機関ではなくそちらへ行くこともある。住民が私立医療機関へゆくのは、公立医療機関より質の良い医療を求めているときである。逆に言えば、住民が公的医療サービスの質（特にBHS/RHUにおける）にかならずしも満足していないといえる。風邪・熱発、腹痛等簡単な病気の場合は、日本と同様医療機関を受診せず、売薬で経過をみることが多い。そのためか、薬名とその使用適応についての知識は（ある程度の教育を受けた人ならば）、平均的日本人より多い印象を受ける。抗生剤・鎮痙剤等日本では処方箋が無いと入手できない薬も、町の薬局では簡単に購入できる。これは厳密に言えば違法であるが、フィリピン全土（マニラもふくめた都市部でも）で一般におこなわれている。

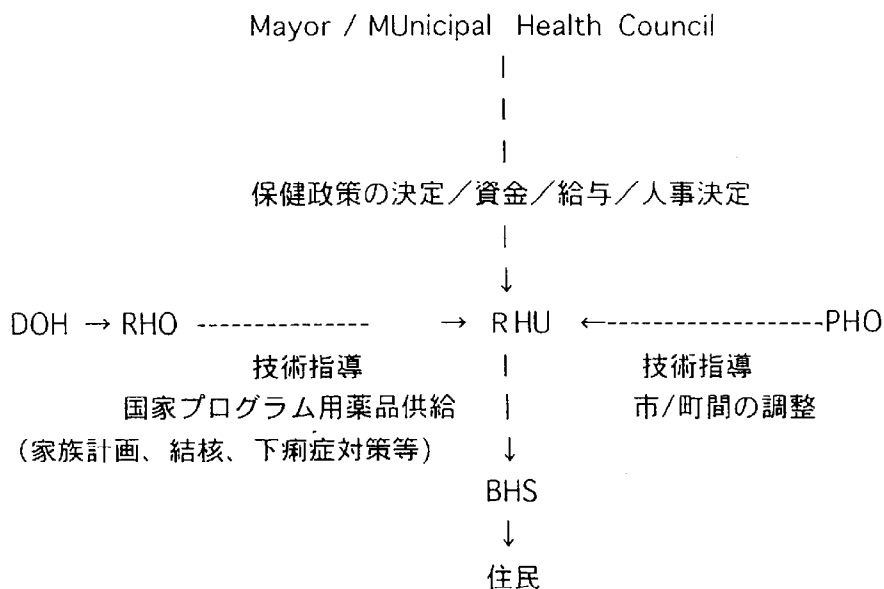
3. 医療行政組織とその地方分権による変化

公的医療機関の組織とそのサービスデリバリーシステムは、1992年1月のLGC（Local Government Code；地方分権法）施行により大きく変化した。地方分権法は、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／施行されたもので、行政の決定権／執行権／予算を市町へ移行させ、各市町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制定された。

(1) LGC施行前は、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もとにあった。すなわち国の医療政策は中央の保健省で決定され、その方針指示／物資の補給は次図の様に、最末端のBHS/Midwife まで直接とどけられるシステムであった。



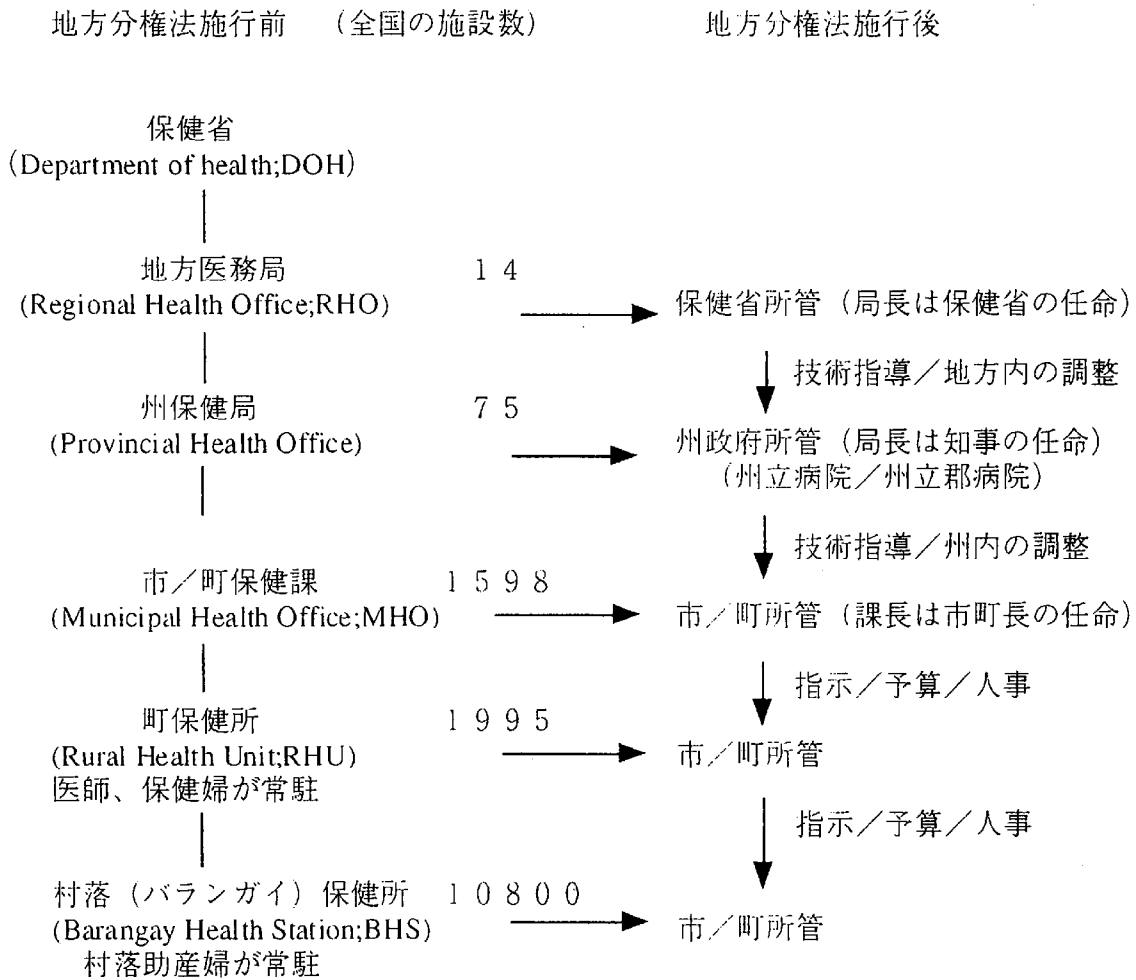
(2) LGC 施行後は、各市／町の保健行政は市／町が責任をもって執行することになり、その政策も希望するなら市町長 (mayor) が独自のものを作ることができるようになった。保健省の職員であった RHU の医師は mayor のもとで各市／町庁の保健部長となり、各市町の保健政策の決定／執行に係わることとなった。同様に州保健局／州立中央病院、州立地区病院は州知事の管轄となった。保健省の管轄 (指揮権) は地方保健局 (日本では厚生省地方医務局に相当) までとなり、その役割は、いくつかの国家的プログラム (結核らい対策／下痢症対策／家族計画促進等) の実施／州保健局とともに市町への保健技術指導、重要疾患への予防治療対策のナショナルスタンダードの作成／保健分野での他省庁との調整等のみとなった。



住民／公的機関の職員の声を聞くかぎり、保健分野の地方分権には否定的な意見が多い。主な理由は、予算の配分をおこなう市町長が、主にインフラ整備等への出費を優先し、保健分野への出費抑制を行うようになったからである。分権後、日常使用頻度の高い基礎的医薬品の購入費、職員がその担当地域を巡回するのに必要な交通費、研修トレーニング費等は多くの市町で大きく削減され、これまで無料配付されていた基礎的医薬品の不足、BHS／RHUスタッフの担当地区の家計訪問／医療サービスの質の向上の困難化等多くの弊害が指摘されている。同様の現象は、分権後知事の管轄となった州保健局でもみられ、通常予算の削減がおこなわれ、三次医療機関である州立中央病院でも、これまで無料であった診察料／薬代を徴収するようになっている。

付属資料

フィリピン医療行政機構図



地方分権法施行前、医療行政は完全な中央集権体制にあり末端の村落助産婦まで保健省職員であり保健省の指揮下にあった。地方分権法の施行後、保健省地方医務局と州保健局、州保健局と市/町保健課の間に直接の命令系統はなくなり、前者は后者への技術指導/調整業務を行うのみとなった。