

フィリピン国

フィリピン国
外来手術センター・病院開発事業
準備調査（PPP インフラ事業）
ファイナル・レポート

平成 27 年 2 月
(2015 年)

独立行政法人
国際協力機構（JICA）

三菱商事株式会社
株式会社 梓設計
プライスウォーターハウスクーパース株式会社

民連
JR(先)
15-012

目次

パート1：プロジェクトのニーズと背景	5
1-1章 現状把握調査	5
1.1.1 事業の必要性と背景の確認	5
1.1.2 対象国及び事業対象地域の社会経済状況の確認	9
1.1.3 同国保健医療セクターの現状（フィリピン医療機関の種類・数、既存インフラ（ハード・ソフト）の状況、医療保険制度（PhilHealth）、関連統計等）と課題の確認	24
1.1.4 法制度調査	43
1-2章 事業環境調査	59
1.2.1 対象国政府が定める関連政策、計画、予算・財源動向の確認	59
1.2.2 民間投資、PPP方式によるインフラ整備の状況の確認（特に保健医療分野において）	67
1.2.3 本事業の同国内における位置づけ（開発計画等）の確認	68
1.2.4 本事業及び保健医療セクターの他国企業、ドナー等の取組状況、及び昨今の市場動向の確認	69

図表番号

図 1.1.1	フィリピンの地図	11
図 1.1.2	フィリピンの月間降雨量・気温の記録	12
図 1.1.3	フィリピンの人口	13
表 1.1.1	フィリピンにおける地方別予測人口	14
表 1.1.2	NCR の市別予想人口推移 (1990-2010 年)	15
表 1.1.3	フィリピンの 1994～2013 年の外国貿易	17
表 1.1.4	フィリピンの年間 GDP 成長率	18
表 1.1.5	国別成長率の推移	18
表 1.1.6	産業別成長率の歴史的趨勢	19
表 1.1.7	外国人およびフィリピン人の産業別合計投資承認額 (百万 PHP)	19
表 1.1.8	フィリピンの経済指標 (2014 年)	20
表 1.1.9	全所得家計の消費者物価指数 (CPI)	22
表 1.1.10	フィリピンのヘッドラインインフレ率 (CAGR は 2006 年比)	22
表 1.1.11	過去 20 年間の米ドル・フィリピンペソ為替相場	22
表 1.1.12	過去 20 年間の日本円・フィリピンペソ為替相場	23
表 1.1.13	10 大死因	24
表 1.1.14	10 大疾患	25
表 1.1.15	フィリピンの妊産婦死亡率	25
表 1.1.16	フィリピンの小児死亡率	26
図 1.1.4	総保健医療支出の推移および伸び率	27
図 1.1.5	総保健医療支出の資金の財源	27
表 1.1.17	アセアン諸国の人口 1000 人あたり病床数比較	28
図 1.1.6	民間・政府系病院数の推移	28
図 1.1.7	総病院数および人口 1 万人あたり病床数の推移	29
図 1.1.8	病床規模別病院数 (2007 年)	29
表 1.1.18	行政命令 (AO) 第 2005-0029 号による病院分類とレベル	30
表 1.1.19	行政命令 (AO) 第 2012-0012 号による病院・その他の医療施設分類	30
表 1.1.20	行政命令 (AO) 第 2012-0012 号による新たな総合病院分類	30
表 1.1.21	フィルヘルス通達 第 s.2013-0014 号による医療提供施設分類	32
表 1.1.22	フィリピンの公立および民間認可総合病院・専門病院数 (2013 年)	35
表 1.1.23	年次セクター別フィルヘルス総登録者数 (百万人)	39
表 1.1.24	公社運営予算 2013 (暦年)	40
表 1.1.25	フィルヘルス保険料拠出額一覧表 (単位: PHP)	41
表 1.1.26	建築基準法 (PD 1096) による病院関連規定の例	44

表 1.1.27	消防法 (RA 9514) IRR による病院関連規定の例	46
表 1.1.28	衛生法規 (PD856) による主な病院関連規定	49
表 1.1.29	2013 年国民健康保険法 (RA10606) による主な病院運営規定	50
表 1.1.30	2013 年国民健康保険法改正実施細則による主な病院運営規定	52
表 1.1.31	労働安全衛生基準 規則 1960 による雇用者の義務規定	53
表 1.1.32	フィリピンにおける会社形態	55
表 1.2.1	過去 5 年間の政府歳入の推移	59
表 1.2.2	セクター別歳出の傾向	60
表 1.2.3	2013 年省庁別政府予算 (上位 10 省庁)	60
表 1.2.4	政府債務対 GDP 比の推移	61
表 1.2.5	社会契約の 5 重点成果領域に基づく保健省プログラムおよび Universal Health Care (Kalusugan Pangkalahatan)	62
表 1.2.6	源泉別保健支出 (百万 PHP)	65
表 1.2.7	保健セクター予算配賦内訳 (2005-2013)	66
表 1.2.8	省庁別予算配賦内訳 (2013-2014)	67
表 1.2.9	保健セクターにおける PPP 案件一覧	68
表 1.2.10	援助機関等による案件一覧 (in PHP)	69

略語集

略語集	
AAB	認定代理銀行
ADB	アジア開発銀行
AHA	アキノ保健アジェンダ
AHMOPI	フィリピン健康維持機関協会
ASC	外来センター
ASEAN	東南アジア諸国連合
AZ	梓設計
BHFS	保健施設・サービス局
BHS	基本的ヘルスケア・サービス
BIR	内国税収局
BoC	関税局
BOD	生化学的酸素要求量
BPLO	事業許認可局
BSP	フィリピン中央銀行
BTr	財務局
CBD	中心商業地区
CCO	化学品管理命令
CEO	最高経営責任者
CF	キャッシュフロー
CFA	建設床面積
CHD	健康開発センター
CHT	コミュニティ・ヘルス・チーム
CON	必要性証明書
COR	登録証明書
CPI	消費者物価指数
CTC	住民税納付証明書
CTO	市財務官室
DA	農業省
DAO	DENR 行政命令
DENR	環境天然資源省
DepEd	教育省

DILG	地方内務省
DND	国防省
DOF	財務省
DOH	保健省
DOTC	運輸通信省
DOTS	直接監視下短期化学治療
DPWH	公共事業道路省
DSG	設計基準・指針
DST	印紙税
DSWD	社会福祉開発省
EBITDA	支払利息・税金・減価償却・償却控除前利益
ECA	環境脆弱地域
ECC	労災補償委員会
ECC	環境適合証明書
ECP	環境影響が懸念されるプロジェクト
NPO	非営利組織
EIS	環境影響表明書
EMB	環境管理局
EMS	電子機器製造サービス
EPC	エンジニアリング、調達、および建設
EPRMP	環境パフォーマンス報告・管理計画
ESR	事例ベースの監視および対応
GAIA	脱焼却グローバル連合
GDP	国内総生産
GEF	地球環境基金
GLA	賃貸可能総面積
HC	ヘルスケア
HCWH	ヘルスケア・ウィズアウトホーム
HFEP	保健医療施設高度化プログラム
HMO	保健維持機構
ICU	集中治療室
IDs	個人医師
IEE	初期環境評価

IP	利払い
JICA	国際協力機構
KP	フィリピン国家保健政策
KPI	主要パフォーマンス指標
KRA	主要成果領域
LGC	地方自治体条例
LGU	地方自治体
LRT	軽量軌道交通
LTO	事業許可
MC	三菱商事
MCH	母子保健
MERALCO	マニラ電鉄・電灯会社
MMDA	メトロ・マニラ開発局
MRF	資材回収施設
NCR	マニラ首都圏
NG	中央政府
NGOs	非政府組織
NHIP	国民健康保険制度
NSO	フィリピン国家統計局
O&M	運営および維持
ODA	政府開発援助
OEM	相手先商標製造会社
OSS	ワンストップ・ショップ
OY	営業年度
PCAHO	フィリピン医療施設評価協議会
PCD	印刷者の引渡証明書
PCO	公害管理者
PD	大統領命令
PD	プロジェクトの説明
PEIS	プログラム環境影響ステートメント
PEISS	フィリピン環境影響評価システム
PEPRMP	プログラム環境性能レポート及び管理計画
PHIC	フィリピン健康保険公社

PNR	フィリピン国有鉄道
POC	公害管理者
PPP	官民パートナーシップ
PSIF	民間セクター投融資
PTC	建設許可
PwC	プライスウォーターハウスクーパース
PWDs	障がい者
RA	共和国法
RGM	急成長市場
RHU	地方保健所
RVU	相対的価値単位
SATS	半導体組立・試験サービス
SEC	証券取引委員会
SHA	株主間契約
SPC	特別目的会社
SPEED	極度の緊急事態と災害の事後監視
SSS	社会保障制度
STP	下水処理場
TCT	権限譲渡証明書
TIN	納税者番号
TSP	全浮遊微粒子
UN	国際連合
UNDP	国連開発プログラム
UPMI	大学勤務医師医療センター
VAT	付加価値税
WACC	加重平均資本コスト
WHO	世界保健機関

パート 1：プロジェクトのニーズと背景

1 - 1 章 現状把握調査

1.1.1 事業の必要性と背景の確認

1.1.1.1 事業目的

本事業は、急増する中間所得者層に対し、アフォーダブルで効率的な医療サービスを提供することを目指している。本調査の対象事業は、メトロマニラに位置する 2 病院である。2 病院の選定理由は以下の通りとなっている。

1.1.1.2 海外投融資支援の必要性

本事業が、JICA の海外投融資 (PSIF) 支援を申請する理由としては以下 2 点があげられる。

- ・ 本プロジェクトの目的はフィリピン及び日本両国の開発政策およびパートナーシップ戦略に見合うものである。
- ・ 日本のノウハウを活かした民間病院の建設・運営・管理によって、急速に発展を遂げるフィリピンの中間所得者層に、手頃で効率的な医療サービスを提供することができる。日本のノウハウは、医療・運営面における JICA の技術協力支援や、調査団による設計、建設、調達、在庫管理並びに事業運営等から成り立つ。

以下に更なる詳細を述べる。

(1) フィリピン及び日本の開発政策及びパートナーシップ戦略

1) フィリピン

フィリピン政府が策定した「フィリピン開発計画 2011-2016」では、ユニバーサルヘルスケアの達成が目標の一つとして掲げられており、本目標を達成するべく、政府は Sin Tax 法の制定や Health Facility Enhancement Program (HFEP) の実施等様々な取り組みを実施している。しかしながら、高い人口成長率や、サービス供給・稼働率の地域間格差、不十分な医療財政及び供給といった課題を抱え、進捗は芳しくない。また、医療機関の整備を目指すための保健省予算が、予算管理省から要求通りに認められない¹など、国の医療制度は予算不足に悩まされており、中間所得者層人

¹ 例えば、2011 年に保健省が申請した 66 病院の設備等更新のための 96 億ペソの予算の内、予算管理省に認められたのは、約 7 分の 1 の 14 億ペソであった。

口が拡大を続ける中²、1995年の国民健康保険法により目指したすべての国民に手の届く医療サービスを実現する目標が達成できず、特に優先して取組むこととされた貧困層への対応に未だに目途が付けられない状況にある³。係る状況下、フィリピン政府は民間企業を開発、特にインフラ整備における投資パートナーとして認識しており、1987年憲法でも「民間企業は開発目的達成のため、なくてはならないパートナーである」として謳われている。また、社会インフラの整備が「フィリピン開発計画 2011-2016」においても喫緊の国家課題であると確認されている。また、フィリピンにおける人口あたり病床数はアセアン諸国対比で劣後している状況にあり、保健省や自治体による開発だけではこうした状況の改善が望めないと思われることから、民間セクターによる病院建設も望まれる状況にあり、Health Facility Enhancement Program (HFEP) においても公的病院と民間病院の両方を含む統一された計画の推進を目指している。

2) 日本

日本国外務省は、フィリピンに対する我が国の援助方針である「国別援助方針」を設定し、事業展開計画における重点分野（中目標）として、同国における「脆弱性の克服と生活・生産基盤の安定」を掲げている。その中には保健医療の分野における「セーフティネットの整備」が援助計画のスコープに含まれている。2013年6月に日本政府が発表した「国際保健外交戦略」では、その戦略目標の一つとして、「日本の健康医療産業及びその技術力を活かした貢献」が掲げられている。更に、東アジア地域の海上交通の要衝に位置し、豊富で安価な若年労働力に加え、国民全般に高い英語力を有しているフィリピンは、経済成長のための重要なパートナーであることも着目すべき点である。多くの日系企業が既にフィリピンに進出し、経済活動の重要な基盤を置いている中、2011年には、日本とフィリピンの間で「戦略的パートナーシップ」が締結された。

(2) 日本のノウハウを活かした中間所得者層向け民間病院の開発

フィリピンの医療システムは、国公立病院と民間病院により支えられているものの、民間医療支出が2012年GDPの2.85%と、政府支出よりも約65%近く多くなってい

2 フィリピンの中間層は、1988年の44%から2006年には54%、人口にして約4500万人まで増加している。ADB第47回総会でも強調されている通り、中間層の拡大は、経済成長にとって非常に重要である。

3 国民健康保険法の成立に続き、1999年に導入された保健セクター改革アジェンダ (HSRA) においては、Universal Health Careの実現、2005年から開始されたフォーミュラワンフォーヘルスにおいても医療ファイナンス改革が掲げられ、貧困層の医療費負担を担保する目標が掲げられ、更に2010年にアキノ大統領によるアキノヘルスアジェンダにおいても貧困層への医療費負担軽減策を謳っている。「1.1.3.5 医療保険改革」の項を参照。

る⁴。民間病院の施設は一般的により質の良いものと捉えられており⁵、DOHによると、入院治療が必要な患者数の半分以上が民間病院を利用している⁶。また、貧困層が公立病院を頼る中、貧困層以外の中間所得者層は、民間病院を好む傾向にあるとう結果が出ている⁷（2008年の統計によると、人口の約42%が民間病院を利用したと推計されている⁸）。

増加する中間所得者層および幅広い種類の病気、また、入院治療やICUといった専門治療・設備を求め民間病院から紹介転送される患者⁹に対応する上で、民間病院が重要な役割を果たす中、民間病院の数は1980年の1,194施設から2010年には1,082施設へと9.4%減少し¹⁰、また、人口に対するベッド数も減少している¹¹。日本のノウハウを活かした病院建設・運営、また、技術協力による技術面の強化によって、フィリピンの幅広い人口層、特に、国の発展を担う中間所得者層に対してより手頃な医療サービスを提供することが可能である。

1.1.1.3 PPP F/S 調査

本事業の社会的・経済的実行可能性を確認し、より良い事業スキームを策定・提案するため、フィリピン国事業者との協働の下、JICA調査団によって実現可能性調査（F/S）が実施されている。調査団の提案は、日本式医療サービスの仕組み等を輸出することでフィリピンに「フラグシップ病院モデル」を構築することを目指している。

(1) 調査期間

本件調査の契約期間は2014年5月から2015年2月である。

(2) 目的

本病院事業にかかる詳細な計画（需要予測、事業スコープ、事業費、資金調達方法、実施スケジュール、施工方法、事業実施体制、運営・維持管理体制、環境・社会面にかかる影響、事業効果等）を策定し、海外投融資の審査に必要な調査を行うこと

4 http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_philippines.pdf

5 同上

6 <http://dirp4.pids.gov.ph/ris/dps/pidsdps1105.pdf>

7 Financing Health Care For Poor Filipinos. Working Paper Series No. 2004-8 (World Bank Working Paper); Solon, Orville, Quimbo, S. A. and Panelo, C. I. A., 2003

8 http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/hits/series/phl_living_hits_2_5_2_health_facility_planning.pdf

9 http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_philippines.pdf

10 2004年以降、病院の新設に「必要性証明書」の添付が義務付けられた。この規制が民間病院の開設を阻害する大きな要因になったとの反省から、2013年に同規制は撤廃された。民間病院数減少の背景として、本規制の存在があったことも要因の一部であると考えられる。

11 http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/hits/series/phl_living_hits_2_5_2_health_facility_planning.pdf

を目的とする。

(3) 調査団の構成

調査は、代表者企業である三菱商事、構成企業の梓設計及びプライスウォーターハウスクーパース (PwC) の共同企業体によって実施されている。各社の役割、詳細については以下の通り。

1) 三菱商事: 三菱商事は、事業への投資を視野に入れ、事業性等について検討し、スキーム構築を担っている。三菱商事は、地球環境・インフラ事業、新産業金融事業、エネルギー事業や病院事業等、幅広い事業領域においてグローバルにビジネスを展開する総合商社である。

2) 梓設計: 梓設計は、病院の概略設計、施工計画、詳細計画を担当し、事業計画に基づいて事業費の積算を行っている。梓設計は建築設計から設計・監理業務まで幅広いサービスを提供している。国内外で多くの病院建設事業を担い、また、JICA の ODA 事業を通じ 40 カ国以上に専門家を派遣してきた経験を有する。

3) プライスウォーターハウスクーパース(PwC): 本調査では PPP チームとヘルスケアチームが事業検討及びスキーム構築において三菱商事をサポートする。PPP チームは病院事業及び JICA 案件を含む PFI/PPP 市場において豊富なアドバイザー経験を持ち、法務・財務・リスク分野の分析を行い、キャッシュフローモデルを作成する。一方、ヘルスケアチームは現状分析を実施し病院運営にかかるコンサルティングを提供する。PwC は、世界 157 カ国にオフィスを有し、高品質な監査、税務、アドバイザーサービスの提供を通じて、企業・団体や個人の価値創造を支援している。

(4) 調査工程

調査の工程及び成果品の提出予定は以下に示す通り。

年 月	2014								2015	
	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
事業の必要性と背景の確認	■									
具体的事業計画の検討	■									
複数拠点展開への検討							■			
環境社会配慮の検討		■								
報告書の提出		▲ IC/R				▲ IT/R		▲ DF/R		▲ F/R

出典: JICA 調査団

1.1.2 対象国及び事業対象地域の社会経済状況の確認

1.1.2.1 フィリピンの歴史

フィリピンの歴史は次のように分けられる。(1) スペイン植民地時代前、(2) スペイン植民地時代、(3) 米国植民地時代、(4) フィリピン共和国時代、(5) 戒厳令時代、(6) 戒厳令廃止から現在まで。

(1) スペイン植民地時代前

オーストロネシア語族は、東南アジアとオセアニアの大部分における先住民であり、域内のフィリピン、マレーシア、インドネシア、台湾、その他の国々の民族が含まれる。フィリピン諸島に人々が住み着くようになったのは30,000年以上前であると考えられている。当時の基本的な共同体はバランガイであり、これはダトゥ(首長)を長とする親族集団の名称であった。スペインの植民地になる前から、フィリピンはすでに盛況な社会経済システムを備えており、中国人や日本人と交易していた。また、イスラム教の商人たちによって近隣の島々から持ち込まれた¹²。

(2) スペイン植民地時代

1521年、フェルディナンド・マゼランが世界一周航海の途中、フィリピンに到着し、1565年、スペイン人は最初の定住地をセブ島に設けた。1571年、スペイン人はマニラに首都を築いた。スペインによる植民地支配の間、キリスト教が支配的宗教となった。また、ガレオン船貿易が1815年まで貿易の中心であった。その間、王立フィリピン会社がスペインとの間で関税免除の貿易を促進した。1834年には自由貿易が正式にフィリピンで確立し、マニラはアジア、欧州、北米の貿易業者が利用する賑やかな港になった。この時期、タバコ、マニラ麻、砂糖がフィリピンの主な輸出品目であった¹³。

イラストラドス(フィリピン人のエリートや知識階級)が文筆・宣伝活動を繰り返し、国の独立を目指す革命家が活動を活発化させた結果、ナショナリズムが高まったことにより、スペインの支配は弱まった。ホセ・リサールは著名なイラストラドスであり、フィリピンの国民的英雄であった。また、アンドレス・ボニファシオとエミリオ・アギナルドを指導者とするカティプナンは最も著名な革命家集団であった。1897年、スペイン軍が反乱軍に勝利した。336年間にわたるスペイン支配は米西戦争のあと終了し、スペインはパリ条約に署名してフィリピンを米国に譲渡した。1898年6月12日、アギナルドが独立宣言を発表し、1899年、マロロス革命議会がアギナルドをフィリピン共和国の初代大統領とする憲法を公布した¹⁴。

12 国のプロフィール：フィリピン。(2006年3月)。(議会連邦調査部)2014年10月に議会図書館より検索：

<http://lcweb2.loc.gov/frd/cs/profiles/Philippines.pdf>

13 フィリピン。(2006年3月)。(議会連邦調査部)2014年10月に議会図書館より検索：<http://lcweb2.loc.gov/frd/cs/profiles/Philippines.pdf>

14 フィリピン。(2006年3月)。(議会連邦調査部)2014年10月に議会図書館より検索：<http://lcweb2.loc.gov/frd/cs/profiles/Philippines.pdf>

(3) 米国植民地時代

米国がフィリピンの独立を認めなかったため、アギナルドを指導者とするフィリピン反乱軍と米国人の間にゲリラ戦が勃発した。1901年、アギナルドが捕らえられて米国への忠誠を誓った。この戦争でウィリアム・ハワード・タフトがフィリピンの米国初代統治者に任命され、彼の職務に立法と行政の権限が付与された。この時期、国と自治体の法律、警察、行政府を備えた司法制度がフィリピンで確立した。1916年、下院と上院から成る、選挙で選ばれたフィリピン議会を創設するジョーンズ法が米国で可決された。1934年、1946年の独立に向けて移行期間を設けるタイディングス・マクダフィー法が米国で可決された。これは、フィリピンに自治領を作るための手段でもあった。1935年、マニユエル・L・Quezonがフィリピン自治領政府大統領に任命された¹⁵。

米国の統治は第二次世界大戦中の日本による占領によって中断された。自治領政府は米国に亡命し、フィリピン軍と占領軍の間でゲリラ戦が起きた。1944年、米国とフィリピンの連合軍が戻り、国を解放した。1946年、フィリピンが独立し、フィリピン共和国が誕生した¹⁶。

(4) フィリピン共和国

1946年7月4日、米国はフィリピンの主権をフィリピンに譲渡し、マニユエル・ロハスがフィリピン共和国の初代大統領に選ばれた。それ以降、一般普通選挙が実施されており、次のフィリピン大統領が選出された：エルピディオ・キリノ、ラモン・マグサイサイ、カルロス・P・ガルシア、ディオスダド・マカパガル、フェルディナンド・マルコス（同氏は後になって戒厳令を敷いた）。

(5) 戒厳令時代

1972年、マルコスは布告第1081号に基づき戒厳令を宣言した。これによって人権が奪われ、議会と報道機関が閉鎖され、反対派の指導者が逮捕された。この時期、蔓延した腐敗と市民の不安が景気下降の原因になった。1983年には反対派の指導者であるベニグノ・アキノが暗殺され、同氏の未亡人、コラソン・アキノは選挙への出馬を決意した。戒厳令はピープルパワー革命、つまり民間人と軍人による無血暴動をもって終了した。その結果、1986年、コラソン・アキノがフィリピン大統領として就任した¹⁷。

15 フィリピン。(2006年3月)。(議会連邦調査部) 2014年10月に議会図書館より検索 : <http://lcweb2.loc.gov/frd/cs/profiles/Philippines.pdf>

16 同上

17 <http://www.philippine-history.org/>

(6) 戒厳令廃止から現在まで

コラソン・アキノ大統領は就任すると、1987年、大統領制政府と二院制議会を復活させる新憲法を承認した。彼女の後は、フィデル・ラモス、ジョセフ・エストラダ（後に弾劾された）、グロリア・マカパガル・アロヨ、ベニグノ・アキノ III（現大統領）が大統領に就任した。

1.1.2.2 地理

図 1.1.1 のとおり、フィリピンはフィリピン海と南シナ海の間、東南アジア多島海に位置する。7,107 の島々から成り、総面積は 300,000 平方キロメートル、陸地総面積は 298,170 平方キロメートル、水域総面積は 1,830 平方キロメートルである。これらの島々は3つの主要な群島、ルソン、ヴィサヤ、ミンダナオに分かれている。東京からマニラまで飛行機で4～4.5 時間である。この国の地理的特徴を理由に、様々な輸送方法が貨物や旅客の移動で互いに異なる役割を果たしている。水上輸送と道路輸送は、商品と旅客の流れをそれぞれ支配している。鉄道輸送と航空輸送は、それぞれが市場と地理的範囲を有している¹⁸。



図 1.1.1 フィリピンの地図

1.1.2.3 気候

フィリピンの気候は熱帯・海洋性である。雨季と乾季の二季に分かれており、比較的高温・多湿であり、雨が多い。雨季は6～11月、乾季は12～5月である。台風が気候や気象に大きく影響する。降雨、湿度、曇天は台風の影響が大きい。平均の年間降雨量は965ミリから4,064ミリの間で変化する¹⁹。マニラでの月間の温度と降

18 世界ファクトブック。フィリピンの地図。2014年10月次から検索 <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/rp.html>

19 フィリピンの気候。(日付不明) 2014年10月、フィリピン大気・地理・天文サービス局より検索:

<http://kidlat.pagasa.dost.gov.ph/cab/climate.htm>

雨量を以下の表と図に示す。

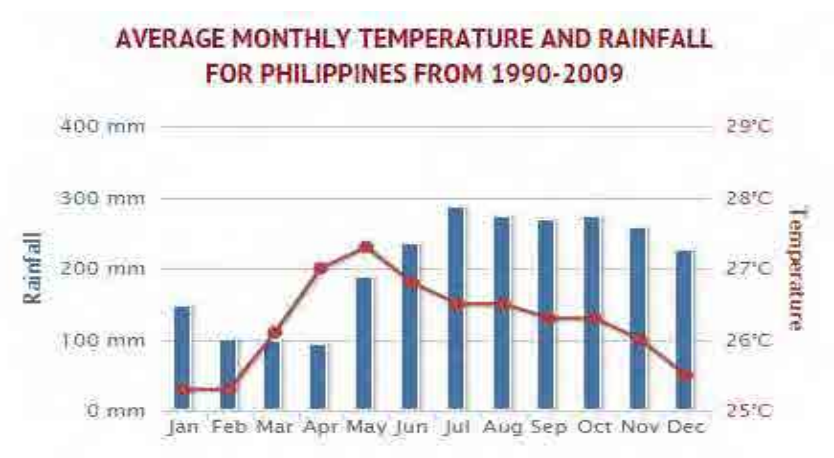


図 1.1.2 フィリピンの月間降雨量・気温の記録

出典：世界銀行気候変動知識ポータル（1990～2009年）²⁰

1.1.2.4 人口統計

(1) フィリピンの人口

国家統計局のデータによると、フィリピンの人口は 2014 年 7 月 27 日現在で 100,617,630 人と推定され、2000 年から 2010 年までの年間平均増加率は 1.9%であった。フィリピンは、2014 年時点世界で 12 番目に人口の多い国である²¹。国連世界人口予測の 2014 年のデータによると、フィリピンの人口の趨勢と見通しは下記グラフのとおりである。

20 世界銀行。(2014年)。フィリピンの平均月間気温・降雨(1990～2009年)。2014年10月検索

http://sdwebx.worldbank.org/climateportal/index.cfm?page=country_historical_climate&ThisRegion=Asia&ThisCCCode=PHL

21 フィリピンの人口 2014 年 (2014 年)。世界人口レビューより 2014 年 10 月検索:

<http://worldpopulationreview.com/countries/philippines-population/>

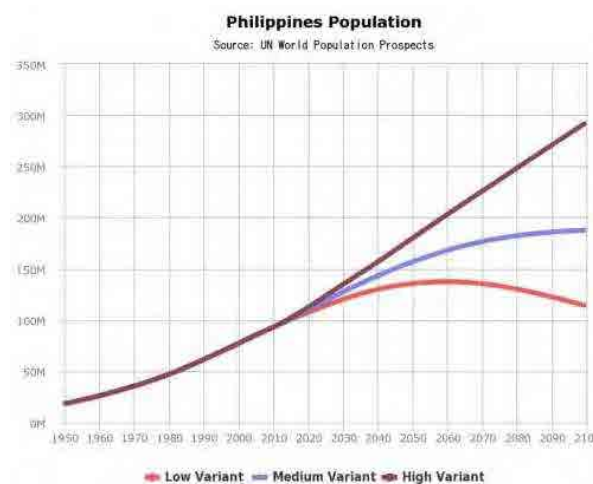


図 1.1.3 フィリピンの人口

出典：国連世界人口予測、2014年

(http://sdwebx.worldbank.org/climateportal/index.cfm?page=country_historical_climate&ThisRegion=Asia&ThisCCCode=PHL)

国連のデータによると²²、2010～2015年に生まれたフィリピン人の出生時平均余命は男性が66.0年、女性が72.6年であり、出生率は人口千人当たり24.24である(2014年の推定)²³。国の人口が増加するに伴い、中間所得者層の人口も増加してきた。アーンスト・アンド・ヤングによる報告書²⁴「急成長市場(RGM)予測」では、2014年までに6%の成長が予測される国の一つとして、フィリピンが、2013年と2014年の平均で6～7%のGDP成長率を達成するとされている。フィリピンは、労働年齢人口が増加し続け、与信格付けも更に高まることから、潜在力のある市場であると認識されている。本報告書によると、(フィリピンを含む)これらの国々では経済と政府が一層力をつけ、中間所得者層が人々の購買力増加を通じて更に拡大すると予想されている。これが実現すれば、中間所得者層の購買力は21兆ドルから2030年には51兆ドルに拡大し、世界の需要がその影響を受けることになる。その時、RGM諸国の中間所得者層(定義は一日の支出が一人当たり10～100ドルの家計)は世界経済の重要な推進力になると考えられる。

22 国連統計部(日付不明)。国のプロファイル：フィリピン。2014年10月国連のデータより検索：

<http://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Philippines>

23 中央情報局。(2014年10月)。世界ファクトブック。中央情報局より検索：

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/rp.html>

24 Cruz, C. (2013年)。世界の中間層の成長。2014年10月、SGVより検索：

<http://www.sgv.ph/the-growth-of-the-global-middle-class-by-j-carlitos-g-cruz-september-09-2013/>

(2) フィリピンの地方別人口

以下に、統計局、および他局間の人口予測ワーキンググループと協力して作成された 2000 年国勢調査ベースの人口予測に基づく地方別の予測人口を示す。期間は 2010 年を起点とした 5 年間である。

表 1.1.1 フィリピンにおける地方別予測人口

地方	予測人口 (千人)	
	2010 年	2015 年
ILOCOS	5,174	5,674
CAGAYAN VALLEY	3,365	3,651
CENTRAL LUZON	10,159	11,123
CALABARZON	11,905	13,143
MIMAROPA	3,018	3,417
BICOL	5,712	6,278
WESTERN VISAYAS	7,578	8,318
CENTRAL VISAYAS	7,029	7,741
EASTERN VISAYAS	4,447	4,912
ZAMBOANGA PENINSULA	3,809	4,197
NORTHERN MINDANAO	4,349	4,799
SOUTHERN MINDANAO	4,362	4,709
CENTRAL MINDANAO	4,080	4,524
NCR	11,552	12,221
ARMM	3,229	3,588
CARAGA	2,550	2,800
CAR	1,694	1,869
TOTAL	94,012	102,965

出典: Bureau of Health Facilities and Services 作成の List of Licensed Government and Private Hospitals as of December 31, 2013 より抽出.

(3) マニラ首都圏(NCR)の人口

NCR 地方の人口は、過去 20 年間で平均 2%以上の成長を遂げている。NCR には以下、17 の市が存在する：(北部) Quezon, Manila, Caloocan, Pasig, Valenzuela, Marikina, Malabon, Mandaluyong, Novotas, および San Juan ; (南部) Taguig, Paranaque, Las Pinas, Makati, Muntinlupa, Pasay, および Pateros。北部が南部より人口が多く、そのうち Quezon 市が 2010 年時点で想定 2.8 百万人と最大の人口を有する。以下に NCR の 17 市の人口推移を示す。

表 1.1.2 NCR の市別予想人口推移 (1990-2010 年)

市	人口 (人)			CAGR	
	1990	2000	2010	'90-'10	'00-'10
北部 NCR	5,925,061	7,279,590	8,624,807	1.89%	1.71%
1. Quezon 市	1,669,776	2,173,831	2,761,720	2.55%	2.42%
2. Manila 市	1,601,234	1,581,082	1,652,171	0.16%	0.44%
3. Caloocan 市	763,415	1,177,604	1,489,040	3.40%	2.37%
4. Pasig 市	397,679	505,058	669,773	2.64%	2.86%
5. Valenzuela 市	340,227	485,433	575,356	2.66%	1.71%
6. Marikina 市	310,227	391,170	424,150	1.58%	0.81%
7. Malabon 市	280,027	338,855	353,337	1.17%	0.42%
8. Mandaluyong 市	248,143	278,474	328,699	1.42%	1.67%
9. Navotas 市	187,479	230,403	249,131	1.43%	0.78%
10. San Juan 市	126,854	117,680	121,430	-0.22%	0.31%
南部 NCR	2,023,331	2,652,970	3,231,168	2.37%	1.99%
1. Taguig 市	266,637	467,375	644,473	4.51%	3.27%
2. Parañaque 市	308,236	449,811	588,126	3.28%	2.72%
3. Las Piñas 市	297,102	472,780	552,573	3.15%	1.57%
4. Makati 市	453,170	471,379	529,039	0.78%	1.16%
5. Muntinlupa 市	278,411	379,310	459,941	2.54%	1.95%
6. Pasay 市	368,366	354,908	392,869	0.32%	1.02%
7. Pateros 市	51,409	57,407	64,147	1.11%	1.12%

出典: Thomas Brinkhoff, <http://www.citypopulation.de/php/philippines-admin.php>

(4) 民族、宗教、および言語

フィリピンには多様な民族、宗教、および言語がある。フィリピンの最新の国勢調査によると、2000年時点において、国の人口のうち28%がタガログ族、13%がセブアノ族、9%がイロカノ族であった。これらがフィリピンの上位3大民族である。その後にビサヤス、ヒリガイノン、ビコールが続く。フィリピンの宗教は、その歴史と位置から強い影響を受けてきた。人口の80%がローマカトリック教、10%がキリスト教の宗派、5%がイスラム教であり、5%が他の宗教団体に属している。フィリピンの公用語はフィリピン語（タガログ語がベース）と英語の2つであり、他に多くの地域言語が使われている。フィリピンは世界で3番目に大きな英語使用国と考

えられている²⁵。

1.1.2.5 フィリピンの政治経済

(1) フィリピンの経済成長

2013年のフィリピン経済成長率は、この年、台風ハイヤン（ヨランダ）やその他の自然災害があったにもかかわらず7.2%へと上昇した。マクロ経済の強固なファンダメンタルズが国内需要を支え、世界経済の長引く低迷から経済を守り、堅調な送金とサービスによって力を得た旺盛な消費が、投資と製造の拡大に支えられながら成長を牽引したためである。民間消費が5.6%拡大し、他方で民間建設も、低金利と、業務プロセス外注産業の労働者による事務所と居住スペースへの需要が堅調であったことを理由に8%拡大している。

国際通貨基金の2013年の統計によると、フィリピン経済は世界で第38位の規模を有し、世界の新興市場の一つでもある。ゴールドマン・サックスは、フィリピン経済の規模は2050年までに世界で第14位になると予想しており、また、ネクストイレブン経済圏のリストにフィリピンを入れた。香港上海銀行によると、2050年までにフィリピン経済の規模は、世界で第16位、アジアで第5位、東南アジアで第1位になるとのことである。世界銀行総裁、Jim Yong Kimは、フィリピンは「次のアジアの経済奇跡」になりうると述べている。

2013年に比べるとテンポは緩やかになるものの、高めの経済成長率が今後も予想され、2014年は6.4%、2015年は6.7%が見込まれている。投資拡大の継続を示す明るい兆しが見られ、景況感の改善と外国直接投資の流入拡大が民間投資を支えると予想される。昨年、ソブリン格付けが投資適格に引き上げられ、いくつかの国際競争力指標が改善したため信頼感が補強された。例えば、世界銀行の「Doing Business」調査でのフィリピンのランクは、2013年に30段跳ね上がり189カ国中第108位となった。投資にとって肯定的な他の材料としては、対企業与信の拡大継続、機械・設備への投資の拡大、企業収益の増加に裏打ちされた株式相場の上昇などがあげられる。民間消費は、送金の流入と明るい消費者マインドが引き続き追い風になるものの、一方で、インフレ率と金利の上昇から消費支出の拡大が抑えられる可能性もある。政府支出も2013年から拡大ペースが低下すると見込まれる。

フィリピンの経済成長要因の一つは輸出入部門であり、これは、輸出入の5年間の傾向を部門別に示す下表によって明らかである。

25 観光省。(2009年)。フィリピンについて。2014年10月「フィリピンのほうが楽しい」より検索:

<http://www.tourism.gov.ph/sitepages/history.aspx>

表 1.1.3 フィリピンの1994～2013年の外国貿易
 (FOB 金額、100 万米ドル)

年	貿易総額	輸出	輸入	貿易黒字 (赤字)
2013	115,809.00	53,978.00	61,831.00	-7,853
2012	114,228.00	52,100.00	62,129.00	-10,029
2011	108,186.00	48,042.00	60,144.00	-12,102.00
2010	106,430.00	51,498.00	54,933.00	-3,435.00
2009	81,527.00	38,436.00	43,092.00	-4,656.00
2008	105,824.00	49,078.00	56,746.00	-7,669.00
2007	105,980.00	50,466.00	55,514.00	-5,048.00
2006	99,183.79	47,410.12	51,773.68	-4,363.57
2005	88,672.86	41,254.68	47,418.18	-6,163.50
2004	83,719.73	39,680.52	44,039.21	-4,358.69
2003	76,701.72	36,231.21	40,470.51	-4,239.30
2002	74,444.67	35,208.16	39,236.51	-4,028.35
2001	65,207.36	32,150.20	33,057.16	-906.96
2000	72,569.12	38,078.25	34,490.87	3,587.38
1999	65,779.35	35,036.89	30,741.46	4,294.43
1998	59,156.64	29,496.75	29,659.89	-163.14
1997	61,161.52	25,227.70	35,933.82	-10,706.12
1996	52,969.48	20,542.55	32,426.93	-11,884.38
1995	43,984.81	17,447.19	26,537.63	-9,090.44
1994	34,815.46	13,482.90	21,332.57	-7,849.67

出典：国家統計調査委員会資料をもとに調整 (http://www.nscb.gov.ph/secstat/d_trade.asp)

(2) 国内総生産 (GDP)

フィリピンの2013年のGDPは、2,720億1,800万ドルであった(現在の対米ドル)²⁶。2013年第4四半期における実質GDP成長への寄与は、サービス部門が3.6%ポイント、工業部門が2.8%ポイント、農業部門が0.1%ポイントであった。供給サイドでの第4四半期の成長は、主として製造業、貿易、金融、不動産によるものであり、需要サイドでは、家計消費(4.2%ポイント寄与)と純輸出(1.6%ポイント寄与)の拡大が際立っていた。この四半期に最も後退したのは建設部門であった。同部門は、健全性規制に従って厳格なルールが不動産貸付に適用されたため、0.8%縮小した。政府支出も5.2%縮小し、2012年第4四半期に記録した9.5%の拡大から低落し

た。この減速の理由は、職員のサービス、保守、その他の業務での支出削減にあった。ただし、通年を見ると政府支出は 8.6%の急拡大であった。輸入も、2013 年の第 4 四半期は 1.9%へと前年同期の 8%から減速した。特定部門での減速とは別に、台風とその他の災害の複合的影響も、通年での実質 GDP 成長を 0.1%ポイント以上押し下げた可能性がある。2013 年の GDP 成長は 2012 年の 6.8%を上回っている。フィリピンの GDP 成長率は 2011 年が 3.7%、2010 年が 7.6%であった。

表 1.1.4 フィリピンの年間 GDP 成長率

年	年間GDP成長率(%)
2013	7.2
2012	6.8
2011	3.7
2010	7.6

出典：世界銀行

フィリピンを含む ASEAN 諸国の GDP 成長の趨勢を下表に示す。2013 年の時点で、フィリピンは依然としてアジアの最も成功している国の一つであり、その年間成長率 7.2%を超えた国は 7.7%の中国のみであった。

表 1.1.5 国別成長率の推移

GDP 成長率 (年率%)					
東南アジア諸国	2009	2010	2011	2012	2013
ブルネイ	-1.8	2.6	3.4	0.9	-1.8
カンボジア	0.1	6	7.1	7.3	7.5
東ティモール	12.8	9.5	12	8.3	8.1
インドネシア	4.6	6.2	6.5	6.3	5.8
ラオス	7.5	8.5	8	8.2	8.1
マレーシア	-1.5	7.4	5.1	5.6	4.7
シンガポール	-0.6	15.2	6.1	2.5	3.9
タイ	-2.3	7.8	0.1	7.7	1.8
ベトナム	5.4	6.4	6.2	5.2	5.4
フィリピン	1.1	7.6	3.6	6.8	7.2

出典：世界銀行資料より調整

(3) 産業構造

フィリピンの産業は、(1) 農業・狩猟・林業・漁業部門、(2) 工業部門、(3) サービス部門の 3 つに分かれ、これらの部門の下に各関連分野がある。GDP に占める比率は 2011 年の時点で、サービス部門が 55.81%、工業部門が 31.40%、農業・狩猟・林

業・漁業部門が 12.79%であった²⁷。次表では 2010～2013 年における各産業の成長率を示し、表 1.1.6 では 2004～2010 年における外国とフィリピンの産業別投資額を示す。医療分野はサービス部門（表 1.1.6）及び民間サービス部門（表 1.1.7）に含まれる。

表 1.1.6 産業別成長率の歴史的趨勢

部門	労働生産性 (2000 年価格による)				成長率(%)			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
フィリピン	158,222	158,911	167,877	177,487	4.7.	0.4.	5.6.	5.7.
農業・狩猟・林業・漁業	55,425	55,420	57,799	59,706	0.6.	**	4.3.	3.3.
工業	344,418	342,486	353,725	373,831	5.2.	(0.6.)	3.3.	5.7.
サービス	170,183	172,033	181,227	188,715	2.8.	1.1.	5.3.	4.1.

出典：雇用・労働統計局資料（2010～2013 年）を調整

<http://www.neda.gov.ph/wp-content/uploads/2013/09/CHAPTER-3.pdf>

表 1.1.7 外国人およびフィリピン人の産業別合計投資承認額（百万 PHP）

産業	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
農業	212	770	4,734	1,856	2,498	2,873	2,272
通信	-	2,079	47,042	14,222	2,186	6	-
建設	1,140	83	3,857	14,090	216	179	1,080
電力	8,564	21,659	45,403	139,078	131,923	32,296	189,920
金融・不動産	7,158	10,019	28,833	54,927	114,088	89,111	72,108
ガス	106,521	269	-	561	-	17	-
製造	54,330	150,161	151,984	94,667	75,518	106,300	215,153
鉱業	1,512	8,294	16,147	13,776	48,269	2,019	8,108
民間サービス	41,006	15,344	29,105	37,631	71,417	29,353	40,255
倉庫	388	26	35	1,340	1,059	-	-
貿易	517	357	26,332	780	531	2,155	1,461
輸送	467	22,172	3,530	10,329	16,516	2,830	12,248
水道	-	-	-	2,537	-	45,975	-
合計	221,815	231,233	357,002	385,804	464,221	314,114	542,605

出典：国家経済・開発局資料（2004～2010 年）をもとに作成

2014 年第 1、2 四半期におけるフィリピンの最新の経済指標を下表に示す。

27 経済勘定。(2014 年)。フィリピン統計局の国家統計調整委員会資料より 2014 年 9 月検索: http://www.nscb.gov.ph/secstat/d_accounts.asp

表 1.1.8 フィリピンの経済指標 (2014年)

経済指標	2014年第2四半期	2014年第1四半期
国民総所得成長率 (2000年価格)	7.3%	7.2%
国内総生産成長率 (2000年価格)	6.4%	5.6%
輸出	54億 6,100万米ドル	54億 8,300万米ドル
輸入	54億 9,400万米ドル	48億 2,100万米ドル
貿易収支	3,300万米ドル	6億 2,500万米ドル
国際収支	3億 4,000万米ドル	3億 4,500万米ドル
広義流動性債務	7,138兆 1,480億 PHP	7,088兆 1,660億 PHP
利子率	2.0%	2.0%
中央政府歳入	1,699億 8,000万 PHP	1,667億 3,000 PHP
中央政府債務残高	5兆 7,130億 PHP	5兆 6,830億 PHP
株式総合指数	7,050.9 PHP	6,6.8 PHP
消費者物価指数 (2006年=100)	140.9	140.8
ヘッドラインインフレ率 (2006年=100)	4.4	4.9
コアインフレ率 (2006年=100)	3.4	3.4

出典：国家統計調整委員会資料 (2014年) をもとに作成

(4) 国際収支

フィリピンの国際収支黒字は 2013 年、米国連邦準備理事会の経済刺激策取り止めに起因する懸念から縮小した。フィリピン中央銀行 (BSP) のデータによると、昨年の国際収支の黒字は 2012 年の 92 億 3,600 万ドルから 50 億 8,500 万ドルへと 45% 縮小し、中央銀行が 2013 年に設定した 53 億ドルという目標をわずかに下回った。12 月のみを見ると 4 億 1,900 万ドルであり、前月の 8 億 3,700 万ドルに対し半分であった。この黒字縮小の原因は、世界経済の行方についての不確実性と、先進国経済での金融緩和の段階的撤回が国際収支の見通しに対する外的リスクの高まりである。しかしながら、黒字を維持する経常収支にも見られるよう、ファンダメンタルズの影響を受ける外貨フローに支えられ、国際収支は引き続き黒字となり、フィリピン経済は、外部の逆風にも耐えうる回復力を築くだろう。なおも世界経済の脆弱性と課題が存在する中で、対外黒字の持続可能性は真の勝因であり続ける。

昨年の経常黒字が 36% 拡大したのは、副収入とサービスの正味受取が拡大し、商品での赤字が縮小したためであった。先進国経済、とくに米国、日本、および欧州の

いくつかの主要諸国で景気回復の安定的兆しが現れたため、2013 年後半になって世界の経済活動が力強さを増し貿易が上向いた。

商品貿易での赤字は、輸入が輸出を上回って減少したため 2.1%という緩やかな改善を示した。2013 年の商品輸出は、製造品の出荷が前年のレベルを下回ったことを主因に、前年の 464 億ドルから 447 億ドルへと 3.6%減少した。2013 年の商品輸入は、原材料、中間財、鉱物燃料、潤滑油の購入が減少したため 633 億ドルへと 3.1%減少した。

2013 年のサービス勘定での黒字は 68 億ドルへと、10.4%改善した。この理由は主に、通信、コンピュータ、情報サービスと、個人的、文化的、レクリエーションのサービスで正味受取が拡大したためである。資本勘定は、中央政府への資本移転が増加したことを主原因として 2013 年に 21.8%増加し、1 億 1,500 万ドルとなった。しかし金融勘定は、前年の純流入、67 億ドルから一転して 2013 年には 6 億 3,500 万ドルの純流出となった。その他の投資勘定で純流出が発生し、これはポートフォリオ投資や直接投資の流入により部分的に緩和された。2013 年の資本の不安定な流れは、国外の動きに対する金融市場の感受性を反映していた。特に、欧州地域の景気回復が芳しくなく、米国の通貨政策への期待が変化することが新興市場資産に対するリスク選好に負担となったため、ポートフォリオ投資の純流入が縮小した。

2014 年、フィリピン中央銀行は純流出 36 億ドル、資本勘定目標 1 億 3,500 万ドルという金融勘定目標を設定した。

(5) 価格

物価は許容可能なインフレの範囲内に収まると見込まれる。フィリピンの消費者物価指数 (CPI) は、2014 年 6 月の 139.60 から 2014 年 7 月の 140.40 に上昇した。CPI (消費者が実際に購入する段階での、商品の小売価格 (物価) の変動を表す指標) は 1957 年から 2014 年までの平均で 40.23、2014 年 7 月の最高記録で 140.40、1957 年 2 月の最低記録で 1.30 であった。この上昇要因は主に食品と非アルコール飲料のコスト上昇である。

前年同期比で見ると、食品と非アルコール飲料の上昇率は 6 月の 7.4%から 7 月の 8.2%へと上昇した。教育費は前月の 5.0%から 5.1%へとわずかに上昇し、光熱費は 5 月の 2.3%から 2.4%へとわずかに上昇した。7 月の医療サービスの価格は 6 月の 3.0%に対し 3.2%の上昇を記録し、交通費と文化・娯楽費は 6 月の 1.3%、1.2%から 7 月の 1.5%、1.3%に縮小した。表 1.1.9 は 2006~2013 年におけるフィリピンの消費者物価指数を示す。このデータはフィリピン国家統計局が報告している。2、3 番目の表は過去 20 年間のフィリピンペソの米ドル (USD) と日本円 (JPY) に対する為替相場を示す。

表 1.1.9 全所得家計の消費者物価指数 (CPI)

年	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
フィリピン	100	102.9	111.4	116	120.4	126.1	130.1	134.0
マニラ首都圏	100	102.7	109.1	112.1	116.3	120.9	124.4	126.4
NCR 外	100	103.0	112.0	117.3	121.7	127.8	131.9	136.3

Source: Adapted from National Statistics Office (2006-2013)

出典：国家統計局資料（2006～2013年）資料をもとに作成

7月のマニラ首都圏（NCR）のインフレ率は年率ベースで3.9%と記録されており、同月のNCR外の地区よりも高い。米、果物、野菜、肉、魚、ミルク、卵などウェイトの大きな食品項目で高めの価格調整があった。また、この月には、全国でガソリン価格が高騰し、多くの地域で医薬品と個人的ケアのための特定品目が値上がりした。

表 1.1.10 フィリピンのヘッドラインインフレ率 (CAGRは2006年比)

年	フィリピン全土		マニラ首都圏		マニラ首都圏外	
	インフレ率 (%)	CAGR	インフレ率 (%)	CAGR	インフレ率 (%)	CAGR
2013	3	-8%	1.6	-16%	3.3	-7%
2012	3.2	-9%	2.9	-10%	3.2	-9%
2011	4.6	-4%	4	-6%	5	-2%
2010	3.8	-9%	3.7	-9%	3.8	-9%
2009	4.1	-9%	2.8	-20%	4.6	-6%
2008	8.3	23%	6.2	6%	8.8	26%
2007	2.9	-47%	2.7	-51%	3	-45%
2006	5.5	n/a	6.2	n/a	5.3	n/a

出典：国家統計局資料をもとに作成 (http://www.nscb.gov.ph/secstat/d_price.asp)

表 1.1.11 過去20年間の米ドル・フィリピンペソ為替相場

年	平均 USD/PHP	最低 USD/PHP	最高 USD/PHP
2013	42.47	40.54	44.70
2012	42.22	40.79	44.20
2011	43.30	41.93	44.60
2010	45.08	42.28	47.12
2009	47.58	46.00	49.02
2008	44.46	40.22	50.04
2007	46.07	41.01	49.13
2006	51.29	49.01	53.58

2005	55.06	53.01	56.30
2004	56.08	54.84	58.18
2003	54.32	50.94	57.35
2002	51.58	49.28	54.04
2001	51.19	46.16	55.31
2000	46.43	42.29	51.79
1999	42.85	38.68	45.54
1998	40.34	37.25	42.20
1997	32.59	29.35	35.19
1996	27.14	26.15	27.84
1995	24.19	23.30	25.88
1994	24.83	22.95	26.71
1993	28.05	26.39	29.50

出典:

<http://fxtop.com/en/historical-exchange-rates.php?A=1&C1=USD&C2=PHP&YA=1&CJ=1&DD1=01&MM1=01&YYYY1=1993&B=1&P=&I=1&DD2=31&MM2=12&YYYY2=2013&btnOK=G0%21>

表 1.1.12 過去 20 年間の日本円・フィリピンペソ為替相場

年	平均 JPY/PHP	最低 JPY/PHP	最高 JPY/PHP
2013	2.27	2.50	2.13
2012	1.89	2.08	1.75
2011	1.85	2.00	1.75
2010	1.96	2.13	1.85
2009	1.96	2.13	1.82
2008	2.33	2.70	1.89
2007	2.56	2.78	2.38
2006	2.27	2.44	2.08
2005	2.00	2.27	1.82
2004	1.92	2.04	1.82
2003	2.13	2.33	1.92
2002	2.44	2.63	2.22
2001	2.38	2.63	2.13
2000	2.33	2.56	2.08
1999	2.63	2.94	2.22
1998	3.23	3.57	2.94

1997	3.70	4.00	3.33
1996	4.00	4.17	3.85
1995	3.85	4.35	3.45
1994	4.17	4.35	3.85
1993	4.00	4.76	3.45

出典:

<http://fxtop.com/en/historical-exchange-rates.php?A=1&C1=JPY&C2=PHP&YA=1&CJ=1&DD1=01&MM1=01&YYYY1=1993&B=1&P=&I=1&DD2=31&MM2=12&YYYY2=2013&btnOK=Go%21>

1.1.3 同国保健医療セクターの現状（フィリピン医療機関の種類・数、既存インフラ（ハード・ソフト）の状況、医療保険制度（PhilHealth）、関連統計等）と課題の確認

1.1.3.1 死亡者数および罹患数

フィリピンの人口は、死亡率および罹患率に影響を受ける。10大疾患のうち7つは、結核、マラリアなど感染性のものであり、HIVは感染症による死亡のかなりの数を占めている。保健省（DOH）は、主要な罹患原因と死因に関する統計を公表しており、下表のとおり最新のデータは、2009年と2010年のものである。

表 1.1.13 10大死因

順位	死因	5年平均 (2004-2008)		2009*	
		人数	比率**	人数	比率**
1	心疾患	82,290	94.5	100,908	109.4
2	血管系疾患	55,999	64.3	65,489	71.0
3	悪性新生物	43,185	49.6	47,732	51.8
4	肺炎	35,756	41.1	42,642	46.2
5	不慮の事故***	34,704	39.9	35,990	39.0
6	全ての結核	25,376	29.2	25,470	27.6
7	慢性下部呼吸器疾患	20,830	24.0	22,755	24.7
8	糖尿病	19,805	22.7	22,345	24.2
9	腎炎、腎炎症候群およびネフローゼ	11,612	13.4	13,799	15.0
10	周産期に発生した病態	12,590	14.5	11,514	12.5

注：明確に定義されない、若しくは不詳な要因による死亡率を除く

*比較年

**人口 10 万人に対する比率

*** 死亡率の外的要因

出典 右の URL 参照 <http://www.doh.gov.ph/node/198.html>.

表 1.1.14 10 大疾患

順位	原因	2010*	
		人数	比率**
1	急性呼吸器感染	1,289,168	1371.3
2	急性下気道感染や肺炎	586,186	623.5
3	気管支炎/細気管支炎	351,126	373.5
4	高血圧	345,412	367.4
5	急性水様性下痢	326,551	347.3
6	インフルエンザ	272,001	289.3
7	尿路感染症	83,569	88.9
8	呼吸器結核	72,516	77.1
9	傷害	51,201	54.5
10	心臓病	37,589	40.0

注: *比較年

**人口 10 万人に対する比率出典 右の URL 参照

<http://www.doh.gov.ph/kp/statistics/morbidity.html#>.

1.1.3.2 フィリピンにおける妊婦および小児の健康状態

妊娠時および出産後 42 日以内に死亡する女性の数に基づくフィリピンの妊産婦死亡率は、2010 年の年間出生数 10 万人に対し推定 100 であった。妊産婦死亡の主要因は、(1) 陣痛・出産・産褥期における合併症、(2) 高血圧を合併した妊娠、出産、産褥、(3) 産後出血、および (4) 死産につながった妊娠である。1993 年から 2010 年までの妊産婦死亡率に関するデータは以下の表で見ることができる。

表 1.1.15 フィリピンの妊産婦死亡率

年	妊産婦死亡率 (出生10万人あたり)	出所
2010	163	National Statistics Coordination Board
2006	162	2006 Family Planning Survey
1998	172	1998 National Demographic and Health Survey
1993	209	1993 National Demographic Survey

出典: . National Statistics Office, *Family Planning Survey 2006* および *National Objective for Health 2011-2016*.

右の URL 参照

<http://web0.psa.gov.ph/content/maternal-mortality-slightly-declined-mdg-target-may-not-be-achievable>

1 歳に達する前に死亡する乳幼児の数に基づく乳児死亡率は、2010 年に出生 1000 人あたり 23 であった。また、新生児死亡率は同 14、5 歳児未満死亡率は同 29 であ

った。フィリピン国家統計局 (NSO) の示す小児死亡率の推移は以下の表のようになっている。

表 1.1.16 フィリピンの小児死亡率

年	新生児死亡率	乳児死亡率	5歳児未満死亡率
2008	16	25	34
2003	17	29	40
1998	17.7	35.1	48.4
1993	17.8	33.6	54.2
1990	—	57	80

出典: *National Demographic and Health Surveys*.

右 URL 参照 <http://www.doh.gov.ph/sites/default/files/3%20Chapter1.pdf>.

2010年の乳児死亡率の主要10原因は以下の通りである。(1) 新生児の細菌性敗血症、(2) 肺炎、(3) 新生児の呼吸困難、(4) 先天性心臓奇形、(5) 他に分類されない早産や低出生体重に関連する障害、(6) 先天性肺炎、(7) 新生児吸引症候群、(8) 子宮内低酸素症および新生児仮死、(9) その他の先天奇形、および(10) 下痢と推定される感染起源の胃腸炎 (保健省、2010年)。

1.1.3.3 フィリピンの総保健医療支出の状況

病院に罹患し、医療機関において医療サービスを受けた結果が国の保健医療支出となる。その金額は、毎年10%を越す増加を示している。

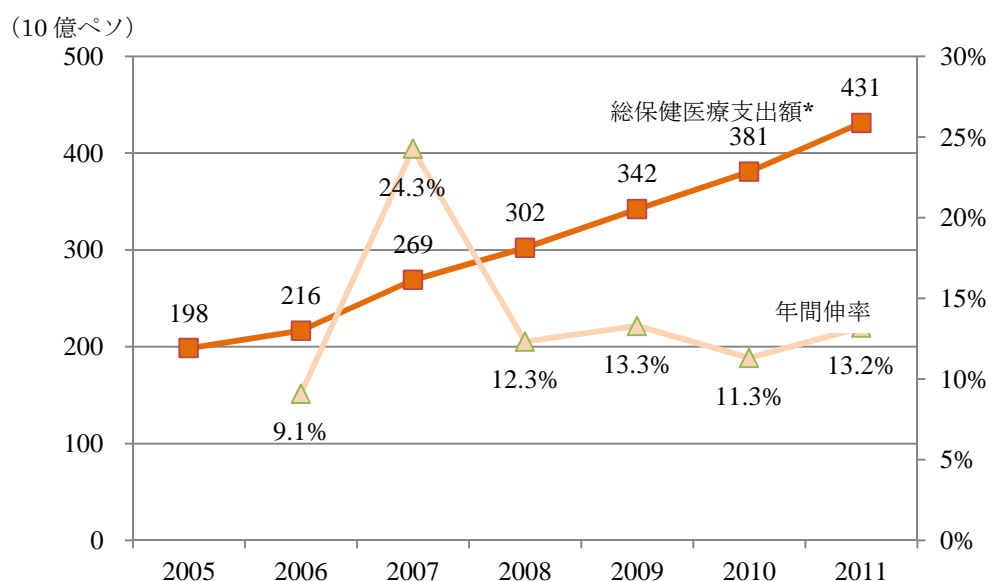


図 1.1.4 総保健医療支出の推移および伸び率

* : 各年時点の価格

出典: Philippine National Health Accounts 2005-2011

右 URL 参照 http://www.nscb.gov.ph/stats/pnha/publication/NSCB_PNHA%202005-2011.pdf

総保健医療支出の財源を見てみると、個人自己負担分が 50%を超えたまま推移していることが分かる。政府による負担は 20%台の後半、国民健康保険による負担が 9%程度、残りが 11%前後となっている。

Health Sector Reform Agenda (HSRA) においては、政府の負担率目標が 40%、社会保険による負担が 30%、個人自己負担が 20%、その他 10%という目標を置いているが、未だこれに遠く及ばない状況である。

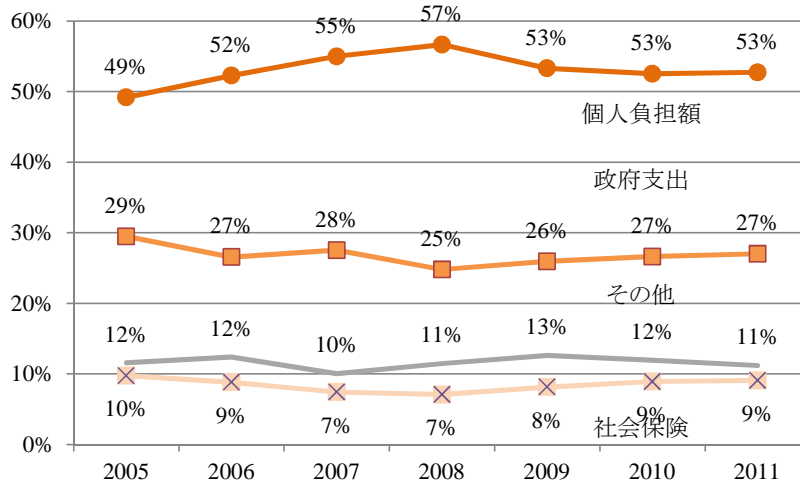


図 1.1.5 総保健医療支出の資金の財源

出典: Budget Facts and Figures, by the Legislative Budget Research and Monitoring Office.

右の URL 参照 <https://www.senate.gov.ph/publications/LBRMO%202013-02%20Budget%20Facts.pdf>

1.1.3.4 フィリピンにおける病院インフラ

フィリピンにおける病床数を人口 1000 人当たりの数値で ASEAN 諸国と比較すると、大きく劣後していることが分かる (下表参照)。

表 1.1.17 アセアン諸国の人口 1000 人あたり病床数比較

国	病床数/人口 1000 人	備考
ブルネイ	2.8	2012 年
タイ	2.1	2010 年
シンガポール	2.0	2011 年
ベトナム	2.0	2010 年
マレーシア	1.8	2011 年
ラオス	1.5	2012 年
フィリピン	1.0	2011 年
インドネシア	0.9	2012 年
カンボジア	0.7	2011 年

出典: The World Bank、Hospital Bedds (per 1000 people)

右 URL 参照 <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>

フィリピンにおける公的および民間病院数の推移を下表に示す。2010 年までの約 10 年間に於いて、公的病院は年率約 1.1% の増加をみせてきた。一方、民間病院は、1999 年から 2000 年台前半にかけて漸減し、その後横ばい状態が続いている。

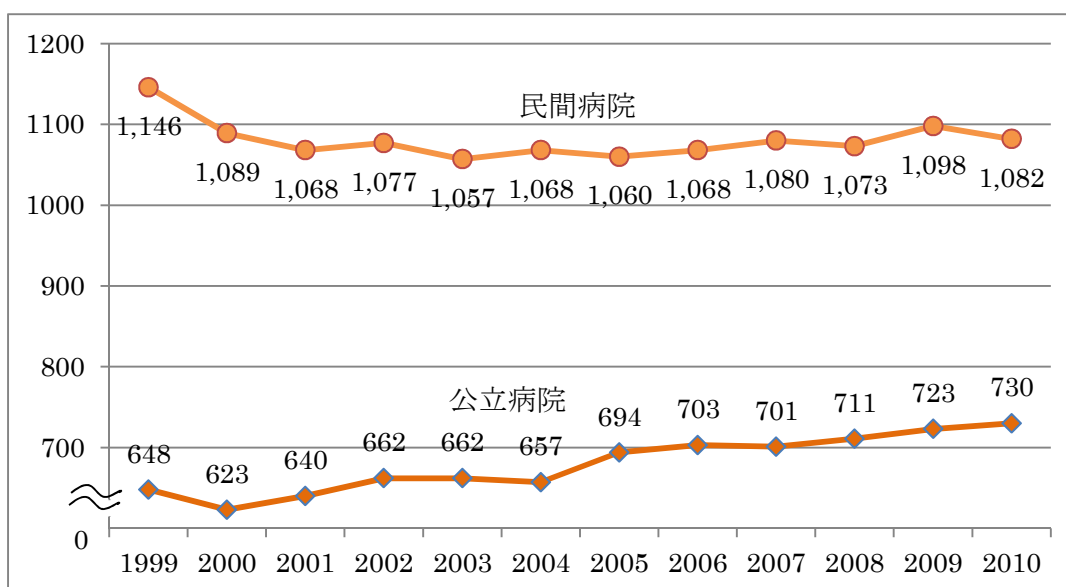


図 1.1.6 民間・政府系病院数の推移

出典: National Statistical Coordination Board、Philippines in Figures 2005～2014.

右 URL 参照 http://www.nscb.gov.ph/secstat/d_vital.asp

民間および公立病院数を合計すると、下図の通り 2001 年以降、公立病院数の増加を背景に、総病院数は年率約 1% 弱の伸びを見せたが、人口 1 万人あたりの病床数で見ると、人口増加を背景に、数値は横ばいにとどまっている。

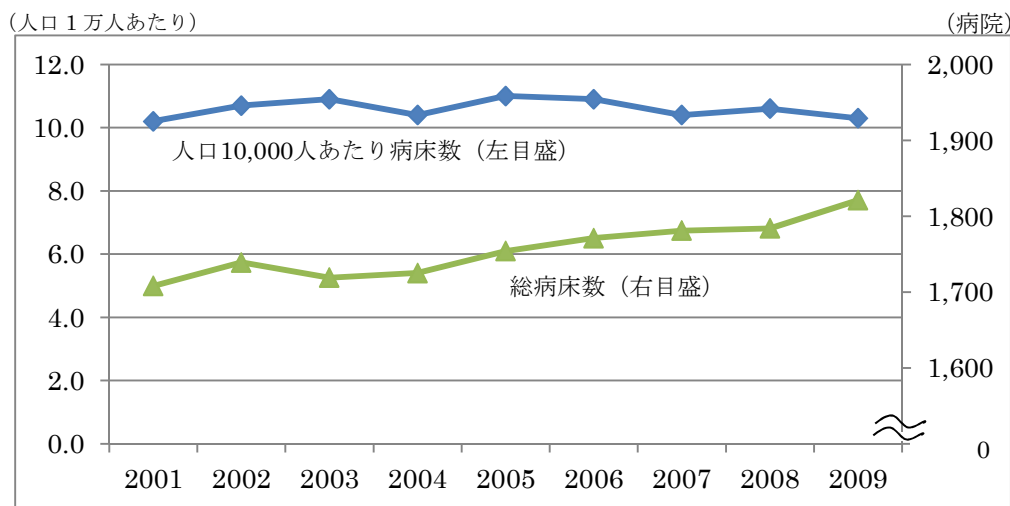


図 1.1.7 総病院数および人口 1 万人あたり病床数の推移

出典: National Statistical Coordination Board, *Philippines in Figures 2005~2014*.

また、病院別の規模で見ると、フィリピンの病院は比較的小規模の病院が多く、250 床以上の大規模病院が非常に少ないことが分かる (下図参照)。

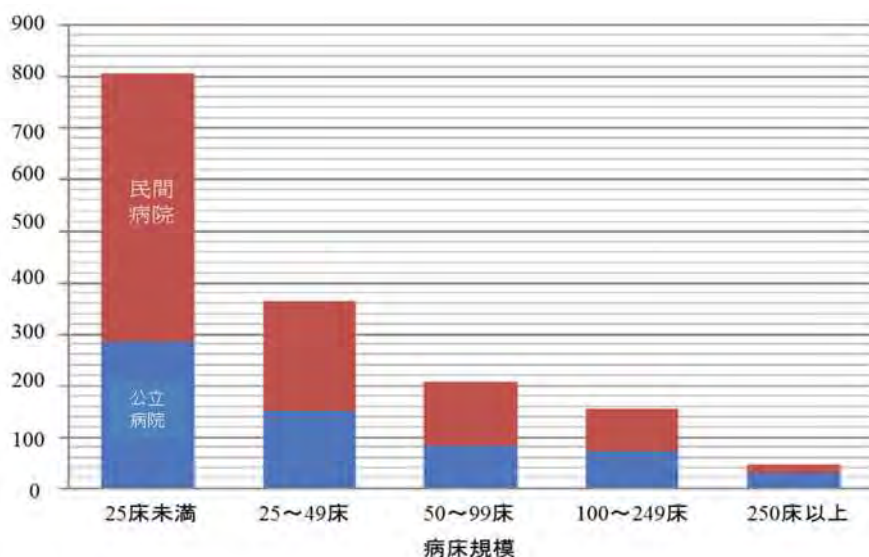


図 1.1.8 病床規模別病院数 (2007 年)

出典: *How Are Government Hospitals Performing? A Study of Resource Management in Government-Retained Hospitals*. 右 URL 参照 <http://www.eaber.org/node/22807>

保健セクターインフラ全般に関する主要な課題は、(1) 近代的で先進的な病院施設・設備への投資に対する財政的制約、(2) 農村部における保健医療への限定的なアクセス、(3) 保健サービスに関する非効率的な管理、および (4) 高度な情報技術 (IT) への投資の欠如である。これらの課題を踏まえ、中央政府は官民パートナーシップ (PPP) プロジェクトに対する投融資を行うことを決定した。

1.1.3.5 医療機関分類/サービス

保健省による病院の公式分類と、それに対応するサービスと能力に基づいた特徴は、保健省行政命令 2005-0029 により定義されていた。

表 1.1.18 行政命令 (AO) 第 2005-0029 号による病院分類とレベル

フィルヘルス病院分類	病院のレベル
一次	Level 1
二次	Level 2
三次	Level 3
	Level 4 (教育・訓練病院)

出典: Amendment to Administrative Order No. 147 s. 2004: Amending Administrative Order No. 70-A series 2002 re: Revised Rules and Regulations Governing The Registration, Licensure And Operation Of Hospitals And Other Health Facilities In The Philippines, 2005.

右の URL 参照: http://www.doh.gov.ph/system/files/ao2005-0029_0.pdf.

病院で提供され医療費が支払われる医療的な状態や処置の中には、医療の質を損なうことなく、プライマリケア施設で取り扱うことができるものもあることが明らかになってきたことから、この定義は 2012 年に再編成された。こうした認識の変化と保健省によって行われた研究により、当局は病院や医療施設の分類改訂を行った。

表 1.1.19 行政命令 (AO) 第 2012-0012 号による病院・その他の医療施設分類

病院	その他の医療施設
総合病院 <ul style="list-style-type: none"> • Level 1 • Level 2 • Level 3 (教育/訓練) 	A. プライマリケア施設
	B. 保護施設
	C. 診断/治療施設
専門病院	D. 専門外来施設

表 1.1.20 行政命令 (AO) 第 2012-0012 号による新たな総合病院分類

病院	Level 1	Level 2	Level 3
入院患者に対	以下の専門医師による	Level 1 に加え、以下の	Level 2 に加え、以下の

する医療サービス	診療: 内科 小児科 産婦人科 外科	すべて: 部門制診療サービス	すべて: 4つの主要診療領域における認定研修訓練プログラムによる教育/訓練
	救急及び外来サービス	呼吸器部門	物理療法およびリハビリテーション部門
	隔離施設	一般 ICU	
	外科/産科施設	ハイリスク妊娠部門	外来手術クリニック
	歯科クリニック	NICU	透析クリニック
付随サービス	2次検査部門	3次検査部門	3次検査部門および病理部門
	血液ステーション	血液ステーション	血液ステーション
	1次放射線	2次放射線部門 (移動式検査を含む)	3次放射線部門
	薬局		

改訂後の分類に従い、フィルヘルスによる医療提供施設用分類も見直された。

表 1.1.21 フィルヘルス通達 第 s.2013-0014 号による医療提供施設分類

保健省による 新医療機関分類 (行政命令 2012-0012)	旧病院分類 (行政命令 2005-0029)	フィルヘルスによる 新医療提供機関分類	フィルヘル ス給付表
病院			
Level 1	Level 2 (2次)	Level 1 病院	2次
Level 2	Level 3 (3次)	Level 2 病院	3次
Level 3	Level 4 (3次)	Level 3 病院	
その他の医療施設			
プライマリケア施設 (入院病床あり) – 医務室/診察室	Level 1 (1次)	プライマリケア施設 (入院病床あり) – 医務室/診察室	1次
プライマリケア施設 (入院病床なし) – 産院		プライマリケア施設 (入院病床あり) – 産院	
プライマリケア施設 (入院病床なし) – 外来医療クリニック		外来医療クリニック	1次
専門外来施設 – 透析クリニック	注: 独立透析クリニ ック (2次) に分類さ れる	専門外来施設 – 透析クリニック	2次
専門外来施設 – 外来手術クリニック	注: 外来手術クリニ ックに分類される (2次)	専門外来施設 – 外来手術クリニック	

病院のレベルは以下のように定義される:

(1) 業務範囲 (行政命令 (AO) 第 2012-0012 号 V.B.1.b.条)

1. 総合病院 – 疾患、病気、奇形による傷害のすべての種類のサービスを提供する病院。総合病院は、病気や傷害、出産、新生児や小児に対する、医療および外科的なケアを提供しなければならない。以下の診療科 (これらに限定されない) における委員会認定/適格の医師や他の認定医師を支援するために必要なサービス機能を配備していなければならない。

a. 診療サービス

- ・ 家庭医療科
- ・ 小児科
- ・ 内科
- ・ 産婦人科
- ・ 外科

- b. 救急サービス
- c. 外来サービス
- d. 付随支援サービス：検査科、画像診断施設および薬局

(2) 総合病院の機能的能力（行政命令（AO）第 2012-0012 号 V..B.1.c.条）

1. 総合病院

a. Level 1 総合病院:

Level 1 病院は、行政命令（AO）第 2012-0012 号 V..B.1.b.1.条に規定された最低限のサービス機能（以下に限定されない）を持たなければならない。：

1. 職業規制委員会（Professional Regulation Commission）によって正式に免許を受けた医師により率いられた有資格の医療者、医療関連職員、事務職員
2. 病院計画設計段階において、保健省のガイドラインに沿って認可された病床規模に応じた病床面積
3. 以下に沿った機器・供給品の滅菌の為の標準機器や準備を備えた手術室:
 - a. 手術室の計画・設計に関する保健省参照プラン
 - b. フィリピンの病院施設における再利用医療機器に対する清掃、消毒、滅菌に関する保健省ガイドライン
4. 術後回復室
5. 産科患者および新生児専用の、病棟、病室、分娩室により構成される産科施設
6. 伝染病および交叉感染療養管理のために適切な手続を準備した隔離施設
7. 独立した歯科部門/クリニック
8. 血液ステーション用設備
9. 病理医によるサービスを備えた保健省認可の 2 次検査施設
10. 放射線科医のサービスを備えた保健省認可の 1 次画像診断設備
11. 保健省認可の薬局

b. Level 2 総合病院:

Level 2 病院は、Level 1 病院が持つすべてのサービス機能の他を含む以下の機能（但し、以下に限定されない）を、最低限持たなければならない。

1. 病院長/診療部門長と、適切な委員会公認診療部門長を含む有資格の十分な人員により組織された職員
2. 委員会公認/適格専門医とその他の免許医が、内科、小児科、産婦人科、外科その他の専門領域と付随サービスを提供するのに必要な支援を行う

に足る部門構成と設備

3. 重篤な患者に対する一般的な集中治療設備
4. NICU 設備
5. HRPU 設備
6. 呼吸器治療サービス設備
7. 保健省認可の 3 次検査設備
8. 保健省認可の 2 次画像検査設備（移動式 X 線検査と造影検査を行う能力を備えること）

c. Level 3 総合病院:

Level 3 病院は、Level 2 病院が持つすべての機能の他以下の機能（但し、以下に限定されない）を、最低限持たなければならない。

1. 4 つの主要診療領域（すなわち内科、小児科、産婦人科および外科）における医師のための認定研修訓練プログラムを備えた教育/訓練病院
2. 理学療法およびリハビリテーション部門用設備
3. 外来手術クリニック用設備
4. 透析施設
5. 血液バンク用設備
6. 病理検査を行うのに必要な、標準的機器/試薬/供給品を備えた、保健省認可 3 次検査部門
7. 侵襲的放射線検査を実施できる保健省認可 3 次画像検査施設

以下に、2013年時点における、フィリピンの地域・レベル別公立および民間認可医療機関を示す。

表 1.1.22 フィリピンの公立および民間認可総合病院・専門病院数(2013年)

地方	Level 1		Level 2		Level 3		合計	
	病院数	病床数	病院数	病床数	病院数	病床数	病院数	病床数
ILOCOS	54	1,454	24	1804	3	536	81	3,794
CAGAYAN VALLEY	62	1,821	7	765	1	500	70	3,086
CENTRAL LUZON	124	4,300	35	2893	9	1,891	168	9,084
CALABARZON	149	4,698	56	4807	7	1,368	212	10,873
MIMAROPA	58	1,608	5	175	0	0	63	1,783
BICOL	64	985	43	2372	3	850	110	4,207
WESTERN VISAYAS	38	2,035	13	1298	8	2,200	59	5,533
CENTRAL VISAYAS	23	994	13	1478	9	2,760	45	5,232
EASTERN VISAYAS	31	1,455	9	835	2	290	42	2,580
ZAMBOANGA PENINSULA	30	1,319	8	754	1	300	39	2,373
NORTHERN MINDANAO	79	2,494	23	2503	3	560	105	5,557
SOUTHERN MINDANAO	82	1,826	17	1724	6	1,430	105	4,980
CENTRAL MINDANAO	33	1,568	13	1517	3	516	49	3,601
NCR	88	3,521	26	3155	59	22,220	173	28,896
CAR	31	574	22	1212	2	644	55	2,430
ARMM	32	705	5	225	0	0	37	930
CARAGA	11	614	7	675	0	0	18	1,289
PHILIPPINES	989	31,971	326	28,192	116	36,065	1,431	96,228

出典: Bureau of Health Facilities and Services 作成、List of Licensed Government and Private Hospitals as of December 31, 2013 より抽出。

右 URL 参照 http://bhfs.doh.gov.ph/images/listing/distribution/2013distribution_pg_specialty_hosp.pdf

1.1.3.6 医療保険制度

疾病は増加し、進化しているため、多くのフィリピン人にとっての脅威である。それに対する対策は、フィリピン人全体の健康状態を守り、維持改善するために、保健サービスに財源を投じることである。

(1) 国民健康保険

質の高い医療へのアクセス支援のため、フィリピン政府は、フィリピン人への Universal Health Care の提供を企図し、1995 年に共和国法第 7875 号 (National Health Insurance Act of 1995, Republic Act No. 7875²⁸) を成立させることにより、国民健康保険制度 (NHIP) を制定した。フィリピンでは、NHIP は、適用範囲と給付支払いの面で最大の保険制度である。

NHIP の設立以前には、政府はメディケアプログラムとして知られている、正規採用労働者に対する強制健康保険制度を運営していた。

(2) フィルヘルス

共和国法第 7875 号は、一般にフィルヘルスとして知られる政府管轄下のフィリピン健康保険公社 (Philippine Health Insurance Corporation, PHIC) も創設した。フィルヘルスには NHIP を管理する権限が与えられ、フィリピン人が毎月の保険料支払いを通じて保健サービスへの資金的なアクセスを確実にする役割が求められている。フィルヘルスは、1997 年に公務員保険機構 (Government Service Insurance System, GSIS) から公務員の、1998 年には社会保障機構 (Social Security System, SSS) から民間部門の労働者の、各メディケアプログラムの管理責任を継承した。これらの正規採用された個人は、フィルヘルスの「標準プログラム」を構成する。1996 年には、「貧困プログラム (Sponsored Program, SP) が、貧困世帯のカバレッジを加速するために開始された。これ以降、特定の人口集団のフィルヘルス登録を拡大するため、その他の 3 つのプログラムが開始された。まず、フィルヘルスは 1999 年に、主にインフォーマルセクターやその他の届きにくい社会セクターをターゲットに、個人支払プログラム (Individually-Paying Program, IPP) を立ち上げた。IPP は、自営業者や、正規雇用から分離される人々、国際機関の従業員、およびその他のプログラムに分類することができない個人 (例えば貧困層に分類されていない失業者) などが含まれる。次いで 2002 年には、「無償プログラム」が、年金受給者や退職者を対象として導入された。最後に、フィルヘルスは、2005 年に、海外労働者福祉庁 (Overseas Workers Welfare Administration, OWWA) から海外フィリピン人労働者 (Overseas Filipino Workers, OFWs) のためのメディケアプログラムの管理を継承した。²⁹

²⁸ 共和国法第 7875 号の表題は、“An Act instituting a National Health Insurance Program for All Filipinos and Establishing The Philippine Health Insurance Corporation for the Purpose”である。

²⁹ The Philippines Health System Review, The Asia Pacific Observatory on Health Systems and Polity

(3) アキノヘルスアジェンダ (AHA) と Universal Health Care (Kalusugan Pangkalahatan、KP) 政策

フィリピンの保健医療改革は、1995年の国民健康保険法の成立に続き、1999年には保健セクター改革アジェンダ (Health Sector Reform Agenda、HSRA) が、1999年から2004年の期間にターゲットを絞り、以下を目標として導入された。

- 1) 医療分野の財政改革 (Universal Health Careの実現)
- 2) 地域医療システムの改革 (良質な医療アクセスの改善)
- 3) 公衆衛生改革 (疾病コントロール、乳児死亡率減少等のプライマリヘルスケアの推進)
- 4) 病院システム改革 (施設・機材・人材の改善)
- 5) 保健・医療制度改革 (基準策定、薬局サービス、免許制度の改善)

また、このHSRAの実行計画としてフォーミュラワンフォーヘルス (FOURmula ONE for Health、F1) が、2005年から2010年の期間に推進された。F1は、重要な改革領域を以下の4つの領域に整理し、特に貧困層に対する保健医療サービス提供を拡大することを目指した。

- 1) 財政改革
- 2) 医療規制
- 3) 医療提供体制
- 4) ガバナンス

F1の実施期間中においては、共和国法第9502号 (Universally Accessible Cheaper and Quality Medicines Act of 2008、RA9502)、および、共和国法第9711号食品医薬品管理法 (Food and Drug Administration Act of 2009、RA9711) が制定されるなどの成果があったが、国民健康保険制度への加入率は62%にとどまり (2010年時点³⁰)、国の総医療支出の内の自己負担比率は依然として54.3%と高く (2007年時点^同)、フィルヘルスの支出は国の総医療支出額の9% (2007年時点^同) にとどまるなど、特に貧困層が必要な医療サービスを受けられないという不公平問題が解消されるには至らなかった。

こうした状況を背景に、2010年6月に就任したアキノ大統領は、就任演説において国民と約束した政策を推進するため、同年12月に行政命令第2010-0036号アキノヘルスアジェンダ (Aquino Health Agenda、AHA) を公表し、全フィリピン国民のための Universal Health Care (UHC) を推進することとなった。本行政命令には、Kalusugan Pangkalahatan

30 National Objective for Health 2011-2016

(KP) と呼ばれる実施戦略が盛り込まれている。KPは、質の良い保健医療サービスをすべてのフィリピン人に公平に提供することをめざし、まず貧困層から取り組む方針となっている。(1.2.1.2. (1)参照)。

AHAの目標は以下の3点である。

- 1) 金銭的リスクからの保護
- 2) より良い医療の成果実現
- 3) 責任のある医療システム

AHAの戦略的推進事項は、上記の目標に対応して3項目が設定されている。それぞれ達成手段が細目として示されている。

- 1) 国民健康保険への加入と給付の拡大による金銭的リスクからの保護
 - a. フィルヘルスの運営を給付の拡大に振り向け
 - b. 国民健康保険制度への貧困層の加入拡大
 - c. スポンサープログラムメンバーへの残額支払不可制度などを通じた認定医療機関における質の良い入院・外来医療へのアクセス推進
 - d. 情報システムの機能向上を通じたフィルヘルスの請求処理の迅速化による貧困層への医療保険の支援価値向上
 - e. 特定のサービス範囲に関する給付セグメントの特定と、総費用額に占めるべき給付費率に関する継続的研究
- 2) 保健領域のMDG達成による、より良い医療の成果実現
 - a. 地域医療チーム (Community Health Team、CHT) の展開による、家庭に対する医療ニーズのアセスメント
 - b. ライフサイクルアプローチによる、家族計画、必要なサービスの提供、出生前のケア、医療機関における出産、新生児および出産直後のケア、0~14歳児童用パッケージ
 - c. 非感染症疾病削減のための健康なライフスタイルの積極的奨励
 - d. 公衆衛生施策の確保による感染症予防と管理、再発疾病に関する適切な調査と準備
 - e. 文部省、社会福祉省および自治省にまたがる、保健医療に関する局間、セクター間アプローチによる協力
- 3) 公的医療機関の改修・規模拡大による、質の良い医療へのアクセス確保
 - a. 外傷を含む最も多い死因および疾患に対し適切に対応するための特定の施設に対する改善プログラム
 - b. PPP方式による資金供給の仕組みによる、優先度の高い施設の修繕、改修および建設

- c. 公立病院・医療施設における財政自治権と収入留保の仕組み
- d. 病院・医療機関における、保健省免許とフィルヘルス認証の統一と効率化
- e. サービス断片化への対策としての、集患区域に基づいた医療機関の連携ネットワークと地域群の形成
- f. 質の良い医薬品へのアクセス
- g. 医療専門職の展開

(4) 国民健康保険法の改正

2013年に共和国法第7875号を改訂し導入された共和国法第10606号 (National Health Insurance Act of 2013, Republic Act No. 10606) は、社会健康保険プログラムを通じ、すべてのフィリピン人への総合的なヘルスケアサービスを提供する権限を国に与えた。この健康保険制度の下では、恵まれない人々、病人、高齢者、障害者 (PWDs)、女性と子供のヘルスケアニーズに優先順位を付け、低所得者層に対しては無料の医療サービスを提供する。しかし実際には、貧困層のための保険料は、中央政府が完全にまたは部分的に負担し、差額が地方政府によって賄われている。従来法との大きな違いは、国のすべての州、市、地方自治体において、地方自治体による医療保険制度の有無にかかわらず、制度への加入を強制したことである。

表 1.1.23 年次セクター別フィルヘルス総登録者数(百万人)

セクター	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1. 公務員	7.41	7.55	1.90	6.58	5.90	6.43	5.91
2. 民間企業労働者	24.89	23.35	7.01	22.63	18.10	19.51	20.43
3. 貧困プログラム (SP)(active)	13.67	16.48	5.38	22.10	38.45	36.68	31.38
4. 個人支払プログラム (IPP)	11.09	12.36	3.33	10.92	9.91	11.82	11.99
5. 無償プログラム (登録)	0.58	0.69	0.46	0.85	0.95	1.25	1.32
6. 海外労働者プログラム (登録)	6.90	8.24	2.10	6.90	5.09	5.23	5.86
合計	64.5	68.67	20.18	69.98	78.39	80.92	76.89

出典: フィリピン健康保険公社 Stats And Charts.

2013 年のフィルヘルス予算は以下の通り。

表 1.1.24 公社運営予算 2013 (暦年)

項目	2013 (百万 PHP)
給付支払	76,420
事務的費用	5,914
a. 個人サービス	3,665
b. 保守その他の営業費用	2,249
資本支出	3,777
a. インフラ	3,559
b. 非インフラ	218
合計	86,111

出典: フィリピン健康保険公社 Corporate Operating Budget CY 2013.
 右 URL 参照 http://www.philhealth.gov.ph/about_us/transparency/COB_CY2013.pdf.

上述のように、NHIP は 6 つのセクターをカバーし、加入者のために提供されている。(1) 公務員、(2) 民間企業労働者、(3) 貧困プログラム、(4) 個人支払プログラム、(5) 無償プログラム (毎月 120 の保険料を拠出する年齢 60 歳の年金生活者。給付範囲には、60 歳以上である親、21 歳未満の子供、並びに精神的&身体的障害者も含まれる)、および (6) 海外フィリピン人労働者。スポンサープログラムは、以下の加入者に対して提供される。³¹

- 1) スポンサープログラムの加入者は、その保険料が他の個人、政府機関、または民間企業によって支払われているフィルヘルス加入者である。この加入者は、DSWD の資力調査ルールの下では全額補助の対象とならない低所得セグメントで、インフォーマル経済に属する人々である。保険料は地方公共団体から補助されるか、地方公共団体、立法機関スポンサー、政府を含むその他のスポンサー若しくはメンバー間の費用分担メカニズムを通じて補助されなければならない。
- 2) 孤児、放棄された子 (世話をする意思と能力を持つ既知の家族を持たず、DSWD、孤児院、教会やその他の機関の世話の下にある子供)、被虐待未成年者、学校外の若者、ストリートチルドレン、障害者 (PWD)、高齢者、DSWD または認定 NGO または任意の非営利民間団体の保護下にある被虐待女性などで、その保険料が DSWD によって拠出されなければならない者。
- 3) バランガイヘルスワーカー、栄養学者、バランガイ警察官、および他のバランガイ労働者やボランティアで、その保険料拠出全額が当該地方公共団体により負担される者

31 Sponsored Members (n.d.). Retrieved October 7, 2014, from <http://www.philhealth.gov.ph/members/sponsored/>

4) フィルヘルス未加入かつ出産間近の女性で、資力調査により貧困層に分類されるため、その保険料拠出が国、地方公共団体、立法スポンサーや DSWD により全額負担される者。

フィルヘルス加入者は、以下の条件に適合する場合に給付を受けることができる。

(1)入院前の直近6か月間で少なくとも3ヶ月連続で保険料を納めていること、(2)病室と食事のための45日間の支給限度額がまだ消費されていないこと、(3)フィルヘルスが定める救急症例の場合を除き、認定病院で24時間以上入院し、患者が死亡し別の病院に移された場合。

入院医療においては、病室と食事、医薬品、検査、手術室設備の使用、および24時間以上の入院のための専門家報酬に対する補助金など、入院患者のケアのための指定給付がある。外来では、認定病院や独立クリニックでの日帰り手術、透析、化学療法や放射線療法などが給付対象となる。

また、特定の医療および外科的処置のために特別給付パッケージが利用可能であるほか、小児および成人における肺および肺外結核の新たな症例の治療は、結核(TB)のための、最も早く効果的で国際的に認められた治療プロトコルである直接監視下短期化学療法治療(DOTS)によりカバーされ、SARS や鳥インフルエンザ、および新型インフルエンザA(H1N1)にも保険適用がある。

しかし、認定給付サービスに付随する以下の費用は、保険数理調査を経て給付対象とする旨の推奨が理事会で承認を得られた場合を除いて含まれない：(a) 非処方薬および装置、(b) アルコール乱用・依存の治療、(c) 美容外科、(d) 検眼サービス、(e) 5回目以降の通常分娩、(f) 費用対効果のない処置。非認定病院における入院は、一定の条件下で可能となる(例：救急である場合、当該病院が保健省認可病院である場合、およびフィルヘルス認定病院への転送や紹介が物理的に不可能な場合。) 海外における入院は、適切な文書要件を満たせば請求可能である。

給与階層ごとのフィルヘルスへの保険料支払額は以下の通り。

表 1.1.25 フィルヘルス保険料拠出額一覧表(単位：PHP)

給与階層	給与月額	標準報酬月額	月額総保険料	事業主負担割合	本人負担割合
*本人負担割合は、月額総保険料の半額であり、残額は事業主により支払われる。					
1	8,999.99 以下	8,000.00	200.00	100.00	100.00
2	9,000.00 - 9,999.99	9,000.00	225.00	112.50	112.50
3	10,000.00 - 10,999.99	10,000.00	250.00	125.00	125.00
4	11,000.00 - 11,999.99	11,000.00	275.00	137.50	137.50
5	12,000.00 - 12,999.99	12,000.00	300.00	150.00	150.00
6	13,000.00 - 13,999.99	13,000.00	325.00	162.50	162.50
7	14,000.00 - 14,999.99	14,000.00	350.00	175.00	175.00

8	15,000.00 - 15,999.99	15,000.00	375.00	187.50	187.50
9	16,000.00 - 16,999.99	16,000.00	400.00	200.00	200.00
10	17,000.00 - 17,999.99	17,000.00	425.00	212.50	212.50
11	18,000.00 - 18,999.99	18,000.00	450.00	225.00	225.00
12	19,000.00 - 19,999.99	19,000.00	475.00	237.50	237.50
13	20,000.00 - 20,999.99	20,000.00	500.00	250.00	250.00
14	21,000.00 - 21,999.99	21,000.00	525.00	262.50	262.50
15	22,000.00 - 22,999.99	22,000.00	550.00	275.00	275.00
16	23,000.00 - 23,999.99	23,000.00	575.00	287.50	287.50
17	24,000.00 - 24,999.99	24,000.00	600.00	300.00	300.00
18	25,000.00 - 25,999.99	25,000.00	625.00	312.50	312.50
19	26,000.00 - 26,999.99	26,000.00	650.00	325.00	325.00
20	27,000.00 - 27,999.99	27,000.00	675.00	337.50	337.50
21	28,000.00 - 28,999.99	28,000.00	700.00	350.00	350.00
22	29,000.00 - 29,999.99	29,000.00	725.00	362.50	362.50
23	30,000.00 - 30,999.99	30,000.00	750.00	375.00	375.00
24	31,000.00 - 31,999.99	31,000.00	775.00	387.50	387.50
25	32,000.00 - 32,999.99	32,000.00	800.00	400.00	400.00
26	33,000.00 - 33,999.99	33,000.00	825.00	412.50	412.50
27	34,000.00 - 34,999.99	34,000.00	850.00	425.00	425.00
28	35,000.00 以上	35,000.00	875.00	437.50	437.50

出典 フィルヘルス Premium Contribution 表

右 URL 参照 http://www.philhealth.gov.ph/partners/employers/contri_tbl.html.

(5)民間健康維持組織 (Health Maintenance Organizations、HMOs)

HMO は、前払い方式の保健医療サービス提供業者で、病院、医師その他の医療専門家とサービス契約を締結し、加入者に包括的な健康保険を提供する事業者である。HMO は、その共通ファンドを通じて、利用された医療サービス費用を負担することにより、加入者の金銭的損失を最小化することを主目的とするリスク・シェアリングの考え方に基づき運営されている。保健省の保健施設・サービス局は、フィリピンにおける HMO の事業を規制している。2012 年 12 月 31 日時点で、フィリピンの HMO 業界は、国内で営業する 22 の正式認可 HMO により構成され、これらは投資家ベース、コミュニティベースまたは協同組合として設立されたものに分類される。業界の進歩には、政府の介入が役立っている。現在政府の介入は、HMO への条件賦課に限定されており、いくつかの要件の提出の際に許可が発行される。フィリピンにおける HMO 協会である AHMOPI (フィリピン健康維持組織協会) は、経済情勢の変化に対処するために設立された。AHMOPI 所属企業に対して提起される苦情は、関係政府機関に上申される前に協会により精査される。こうした苦情処理制度などが AHMOPI 所属企業のみ限定されていなければ、制度としては十分であったと考えられるが、実際は非所属企業の大部分が規制されていないため不十分である。現在の AHMOPI 所属企業は、以下の通り。Blue Cross Health Care, Inc.、Caritas Health Shield, Inc.、Cocolife Health Care、Fortune Medicare, Inc.、Health Maintenance, Inc.、

Health Plan Philippines, Inc.、Insular Health Care, Inc.、Intellicare、Maxicare Healthcare Corporation (フィリピンにおける業界のリーダー企業)、Medicaid Philippines, Inc.、Medicare Health Systems, Inc.、PhilHealthCare, Inc.、Star Healthcare Systems, Inc.、Value Care Health Systems, Inc.

HMO ごとに、様々なプログラムレベルに分類されており、一定のペソ建て保障限度額がそれぞれ設定されている。加入者に対してカードが発行され、通常救急受診の際に、このカードと、署名と写真付身分証明書とを一緒に提示する。HMO の中には、非認定 HMO 施設に加入者を誘導することもあるが、この場合、受療費用の償還は、加入プログラムの償還規定に基づき償還払いとなる。外来患者の場合は、通常医療機関に常駐する医師である医療コーディネーターが対応し、患者のために必要な評価と治療を処方する。非緊急的入院については、通常医療施設に入院する前に医師による入院指示が確保されなければならない。年次の健診や予防ケアに対する給付は、加入プログラムにより含まれている場合がある。

一般的に HMO は、実験、治験、または美容整形処置以外で、医学的に必要とされるあらゆる保健サービスを対象としている。また、多くの HMO は、加入前に存在する既存の慢性疾患や、重篤な病気はカバーしない。既存の状態とは、保険プラン加入前に出現したあらゆる病気で、高血圧症、喘息、関節炎などである。重篤な病気とは、深刻な病気で、ライフスタイルや寿命に影響をもたらす、高コストな治療費が生じるものである。こうした病気には、癌および心臓疾患が含まれる。

ほとんどの HMO は、非 HMO の医師、特殊またはプライベート看護サービス、保養、検疫およびリハビリテーション医学、就業前検診、医療機器の調達、外来患者の薬や消耗品、再建手術、臓器移植、レーザー眼科手術、割礼、不妊治療、人工授精、性転換、先天性異常、発達の遅れ、神経発達障害、性感染症、ギラン・バレー症候群、妊娠に関連する処置、病的肥満、睡眠障害や摂食障害、戦争・疫病・旅行関連の怪我などの外力によるものをカバーしない。但し、場合によっては、事前承認によりこれらの除外項目を免除することができる（「PamilyaCare Health Services Plan」の例）。

1.1.4 法制度調査

本項では、フィリピンにおける病院建設・運営、従業員健康診断、会社設立、外国投資に関する法制度の概要を記載する。

1.1.4.1 病院建設及び運営

(1) 病院建設

病院の計画および設計に関しては、以下の法令を参照し設計慣行を適切に遵守する

よう計画、設計がなされなければならない。³²

- ・ 建築基準法（大統領令第 1096 号）およびその実施細則
- ・ 消防法（大統領令第 1185 号）およびその実施細則
- ・ 衛生法規（大統領令第 856 号）およびその実施細則
- ・ アクセシビリティ法（法律第 344 号）およびその実施細則
- ・ 配管法規（共和国法第 1378 号）およびその実施細則
- ・ 電気法規（共和国法第 184 号）

以下に主な法令の内容（抜粋）を示す。

1) 建築基準法

病院は、大統領令第 1096 号 フィリピン建築基準法（National Building Code of the Philippines, Presidential Decree No. 1096）およびその実施細則（Implementing Rules and Regulations）により、まず建物としての建築に関し規制される。

表 1.1.26 建築基準法（PD 1096）による病院関連規定の例

関連条文	概要
第 3 章許可および検査 第 301 条	建設許可。 政府の部局や機関を含む何人、事務所、企業も、建築物の建設が行われる場所を担当する建設事務官より、最初に建築許可を得ずに、建物を建て、建設し、変更し、修繕し、動かし、変更し取り壊すことをし、またはさせてはならない。
第 7 章建物用途による建物の区分 第 701 条	建物使用分類 (a)建設を企図する建物は、建物用途または特徴に応じて以下の通り区分される。 (1)～(3)略 (4)グループ D（施設用途建築物） グループ D の建物用途には、以下を含む： Division 1. 精神病院、精神療養所、(略) Division 2. (中略)、病院、(略) (5)グループ E（事業および商業）

³² Guidelines in the Planning and Design of a Hospital and Other Health Facilities, Department of Health, November 2004

	<p>グループ E の建物用途には、以下を含む：</p> <p>Division 1. (略)</p> <p>Division 2. 卸および小売店、オフィスビル (略)</p>
<p>第7章建物用途 による建物の 区分 第 702 条</p>	<p>用途変更</p> <p>建物用途変更のうち、同一グループの異なる Division または異なるグループに用途が変更となるものは、変更後の用途のグループまたは Division に合致するものでなければ、これを行ってはならない。</p> <p>建物用途の変更は、建設事務官の許可の後、新たな建物用途の規定に沿って行うことができる。但し、新たな用途は、従前の用途よりも、耐久性と防火リスクの観点から、より危険度が少なくなる必要がある。</p>
<p>第7章建物用途 による建物の 区分 第 703 条</p>	<p>複数用途。</p> <p>(a)一般要件</p> <p>建物が複数の用途または一つ以上の用途に利用される場合、建物全体は、最も厳しい用途に合致する必要がある。但し、以下を除く (略)。</p>
<p>第 12 章総合設 計建築要件 第 1207 条(b)(3)</p>	<p>出口の配置。</p> <p>2 か所の出口を配置する場合、両者の位置間隔は、直線で測定し、建物周囲の長さの 5 分の 1 を下回ってはならない。3 か所以上の出口を配置する場合、一つが使用不可となった場合、他方が使用不可とならないよう、それぞれは適切な間隔で配置すること。</p>
<p>第 12 章総合設 計建築要件 第 1207 条(b)(4)</p>	<p>出口への距離。</p> <p>スプリンクラー未設置施設においては、建物内のどの地点からも外部に続く出口、水平出口、出口に至る通路もしくは周囲を囲まれた階段までの通行線による距離が 45 メートルを超えてはならない。自動火災消火システムを完全装備した建物においては、その距離を 60 メートルにまで延長することができる。</p>
<p>第 12 章総合設 計建築要件 第 1207 条(d)(4)</p>	<p>廊下および外部出口バルコニーにおける行き止まり。</p> <p>行き止まりのある廊下および外部出口バルコニーは、行き止まりまでの距離が 6 メートルを超えない範囲で認められる。</p>

出典: National Building Code of the Philippines

右 URL 参照 http://ray.dilg.gov.ph/files/national_building_code_of_the_philippines.pdf.

建築基準法に基づき、工事を着工するにあたり、事前に地方自治体などから建設許可 (Building Permit) と呼ばれる許可を取得する必要がある。Building Permit は土木、電気、内装工事など、必要な工事に対して出される許可の総称であり、工事現場を管轄する市役所、自治体で取得する。

許可に関する規則は、国が発効している大統領令第 1096 号 (National Building Code, PD No.1096) に基づいて地方自治体が定めているが、それぞれの自治体によって規則が異なるため各市役所への確認が必要である。Building Permit は市役所の担当技術者 (City Engineer) によって査定後発給され、この許可を取得していないと工事を開始することはできない。通常、請負業者が必要書類を作成し、施主に署名をしてもらう。³³

2) 共和国法第 9514 号 2008 年改正フィリピン消防法 (Revised Fire Code of the Philippines 2008) およびその実施細則 (IRR)

改正消防法の第 2 条においては、公共の安全確保と、すべての破壊的な火災を防止、鎮圧することを通じて経済成長を促進し、更に消防活動に従事する職務の専門職業化を図ることが目的とされている。この目的達成のため、国は、消防および安全確保のためのあらゆる法およびその実施細則を定め、この遵守を強制し、消防サービスにおける説明責任を果たすこと、としている。

本条の内容を実現するため、改正消防法実施細則が、より詳細な内容を定めており、病院に関する関連規定が具体的に定められている。

表 1.1.27 消防法 (RA 9514) IRR による病院関連規定の例

関連条文	概要
規則第 9 第 4 節	防火安全措置の執行および管理 防火安全検査証書
第 9.0.4.1 条	許可/免許発行の前提としての防火安全検査証書 本 IRR 規則第 10 による防火安全要件の遵守に基づき BFP により防火安全検査証書 (Fire Safety Inspection Certificate, FSIC) が発行される。FSIC は、事業許可 (Business Permit) または市長許可 (Mayor's Permit)、事業許可、用途許可、フィルヘルスによる病院認定、保健省による事業許可 (LTO) およびその他の政府当局により発行される許可または免許の前提条件である。

³³ フィリピンにおける建設工事の制度 (p8)、2014 年 3 月日本貿易振興機構

<p>規則第 10 第 2 章 第 3 節</p>	<p>防火安全措置 建物、構造および設備における防火安全 用途分類 建物および構造は、以下の分類とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 集会所 (略) 2. 教育 (略) 3. ヘルスケア <ol style="list-style-type: none"> a. ヘルスケア施設は、人に対し医療またはその他の治療またはケアを提供するために利用される施設であり、その使用者のほとんどは、年齢、身体的または精神的障害、または安全措置により自衛ができない者である。 b. ヘルスケア施設とは、以下のものをいう：病院、介護施設、助産所、幼稚園や高齢者住居などの住居型保護センター等。 4. 以下略
<p>同第 10 節 第 10.2.10.1 条</p>	<p>ヘルスケア用途 一般要件 A 定義 1. 病院 医療、精神、出産または外科的ケアを 24 時間体制で行い、4 名以上の入院患者のために用いる建物またはその一部をいう。本章でいう病院とは、総合病院、精神病院、結核病院、小児病院、および入院の世話を提供するすべての病院をいう。</p> <p>2. 介護施設 (以下略)</p> <p>B 基本要件 1. すべてのヘルスケア用建物は、利用者の避難を伴う火災による緊急事態の可能性を最小限とするように設計、建設、維持、および運営がなされなければならない。(以下略)</p> <p>C 救急用諸室、手術室、集中治療室、産室、および類似設備 救急用諸室、手術室、集中治療室、産室、および類似の設備は、退出出口から 1 階を上下に超えて設置してはならない。(以下略)</p>
<p>第 10.2.10.2 条</p>	<p>出口詳細 A 数および種類 1. 出口は以下の種類とする。</p>

	<p>a. 建物の外部と直接つながるドア b. 階段および防煙囲い c. 傾斜路 d. 水平出口 e. 出口廊下</p> <p>2. 少なくとも上記種類の2つ以上の出口が、建物の各階もしくは防火区域毎に、それぞれ離れて設けられなければならない。</p> <p>3. エレベーターは補助設備を構成するが、出口としては見做さない。</p> <p>略</p> <p>C 出口へのアクセス</p> <p>1. 略</p> <p>2. 移動距離は、以下を満たさなければならない。</p> <p>a. 出口に至るためのすべてのドアと出口との距離は、30メートルを超えてはならない。</p> <p>b. 室内のすべての地点と出口との距離は、46メートルを超えてはならない。</p> <p>c. 病室やスイートルーム内のすべての地点と出口に至るドアとの距離は、15メートルを超えてはならない。</p> <p>d. 移動距離の測定は、本 IRR 第 10.2.5.2 条による。</p> <p>e. 本項 a. および b. の距離は、自動消火装置を完全装備した建物においては、それぞれ 15メートルずつ延長することができる。</p> <p>以下略</p>
<p>第 10.2.10.3 条</p>	<p>保護</p> <p>A 建物空間の区分</p> <p>1. 防煙区画の必要：建物建設の種類に関わらず、防煙区画の設置が必要である。</p> <p>a. 入院患者が寝るまたは治療するための階、または利用者が 50 名以上となる階のすべてにおいて、最低 2 以上に区画しなければならない。</p> <p>b. すべての階における防煙区画の面積は 2,100 平方メートルを超えてはならず、かつその長さとは幅は、それぞれ 46メートルを超えてはならない。</p> <p>以下略。</p>

出典: Revised Fire Code of the Philippines of 2008
 右 URL 参照 http://www.lawphil.net/statutes/repacts/ra2008/ra_9514_2008.html

3) 大統領令第 856 号衛生法規 (Code on Sanitation, PD856)

公衆衛生に関する法規が散在していたものを取りまとめる形で、マルコス政権下の 1975 年に制定された。保健省に関する機能と権限を定めているほか、飲料水供給、飲食施設、公衆洗濯施設、学校衛生と健康サービス、産業衛生、公衆浴場・宿泊施設・空港などの公衆施設、害虫、排水・ごみ処理、生活妨害関連職業、環境汚染、および死体の処分などが定められている。

病院に関連する主な規程としては以下のものがある。

表 1.1.28 衛生法規 (PD856) による主な病院関連規定

関連条文	概要
第 5 章 公衆洗濯施設 第 39 条	特別措置：以下の措置が強制されなければならない。 (a) 病院および感染源からの洗濯用物品は、すべて十分な量の熱湯と洗濯剤または有効な消毒方法により取扱わなければならない。 (b) 放射能に接したすべてのリネン、ベッド敷布、寝間着、タオル、ベッドシーツ、枕カバー等は、洗濯のために運び出す前に、放射能安全要員が、一定の場所に隔離し監視しなければならない。もし放射能汚染が発見された場合、汚染された物品は隔離し、洗濯のために運び出す前に、放射能を完全に衰微させなければならない。 (略)
第 17 章 汚水回収と処理、排泄物処理と排水 第 80 条	入院患者の放射性排泄物と尿に対する特別な注意 (a) 治療のために放射性同位体を高い分量で投与された患者は、放射性同位体を投与されない患者用の便所から隔離された便所をあてがわれなければならない。 (b) 放射性同位体を投与された患者は、同じ便器を使うことが求められ、用後少なくとも 3 回水を流さなければならない。

出典: Code on Sanitation
 右 URL 参照 http://www.doh.gov.ph/sites/default/files/code_on_sanitation_phils.pdf

(2) 病院運営

1995 年制定の国民健康保険法 (共和国法第 7875 号) は、共和国法第 9241 号および同 10606 号により 2 度にわたり改正され、現在では 2013 年国民健康保険法 (National Health Insurance Act of 2013) となっており、病院運営については、同法の以下の規

定を適切に遵守することが求められるほか、関連法令による規定が制定されている。

1) 2013 年国民健康保険法およびその改正実施細則 (The Revised Implementing Rules and Regulations of the National Health Insurance Act of 2013) による規定

表 1.1.29 2013 年国民健康保険法 (RA10606) による主な病院運営規定

関連条文	概要
第 4 章フィリピン健康保険公社 第 16 条	権限および機能： 公社は、以下の権限と機能を有する。 (略) m. 営業時間外において検査を行う必要性が合理的に認められる場合以外において、医療機関およびその職員に対し、営業時間内において訪問し、立ち入り、施設内を検査し、必要な場合においては、医療記録、財務記録その他の記録、ならびに、請求、認証、保険料納入、および国民健康保険制度の加入者たる患者または従業員のデータに関してその写しを保存すること。 (略) t. 医療機関により提供されたサービス品質に関する事後監査を行うこと。 (以下略)
第 8 章医療機関 第 31 条	認証付与権限 公社は、医療機関に対し、国民健康保険制度に参加する特典を与えるべき認証付与の権限を有する。
第 33 条	認証のための最低条件 医療機関に対する最低限の認証条件は以下の通り： a. 保健省の定めるところにより、人的資源、機器および物理的構造が、対応する施設の基準に合致すること。 b. 品質保証および利用率評価に関する正式プログラムを受け入れること。 c. 条文に明記する支払手順を受け入れること。 d. 紹介手順と医療資源分配の取り決めを採用すること。 e. 患者の権利を認めること、および f. 情報システム要件と標準的情報移転を受け入れること。

<p>第 34 条</p>	<p>医療機関支払方法</p> <p>国民健康保険制度においては、公的および民間医療機関に対する支払は、以下の方法が認められる：</p> <p>a. 出来高払い：医療機関との取り決めにより、専門職報酬または医療機関報酬、若しくはその両方について、公社から行われる支払い</p> <p>b. 医療専門職と医療施設もしくはそのネットワーク（HMO、医療協同組合およびその他の法的に設立された医療サービスグループを含む）の頭割り報酬</p> <p>c. 包括払い</p> <p>d. グローバルバジェット方式、および</p> <p>e. 公社により決定し採用されるその他の医療機関報酬方法</p> <p>理事会承認を条件とし、公社は、公社および加入者にとって最も便益のあるその他の支払方法を採用することができる。（以下略）</p>
<p>第 34 条の A</p>	<p>その他の医療機関支払ガイドライン</p> <p>公社が発行するガイドラインに基づき、貧困層の患者に対しては、その他の料金および費用を請求することはできない。（以下略）</p>
<p>第 35 条</p>	<p>報酬請求および請求提出期間</p> <p>サービス提供に関するすべての報酬および支払の請求は、医療機関からの患者の退院日から 60 日以内に提出しなければならない。（以下略）</p>
<p>第 37 条</p>	<p>品質保証</p> <p>公社および関連事務所との協力により承認されたガイドラインに基づき、医療機関は、以下の目的を持つ品質保証、利用率調査、および技術アセスメントなどのプログラムに参加しなければならない。（以下略）</p>
<p>第 38 条</p>	<p>超過利用および利用不足に対するセーフガード</p> <p>公社は、医療機関との契約により、以下に対するセーフガードとしてのモニタリング制度を導入する義務を有する。</p> <p>a. サービスの利用超過</p> <p>b. 不必要な診断および治療手順および侵襲</p> <p>c. 不合理な投薬および処方</p>

	<p>d. サービスの利用不足、および</p> <p>e. 不適切な紹介慣行</p> <p>公社は、誤ったもしくは不正な情報に基づく請求、および本法の規則および規定に基づく合理的な理由を欠く請求者に対して、請求を否定もしくは減額することができる。</p>
--	---

出典: National Health Insurance Act of 2013

右 URL 参照 http://www.philhealth.gov.ph/about_us/irr_nhia2013.pdf

表 1.1.30 2013 年国民健康保険法改正実施細則による主な病院運営規定

関連条文	概要
<p>第 3 章 医療機関の実績モニタリング</p> <p>第 64 条</p>	<p>医療機関に対する実績モニタリングシステム</p> <p>公社は、すべての医療機関に対する実績モニタリングシステムを開発し実行しなければならない。モニタリングシステムにはその他を含む以下を提供するものとする。</p> <p>a. 必要かつ適切な場合の、定期的な施設および事務所の実地検査</p> <p>b. 公社によって定められる、必須の月次病院報告その他の報告要件に関する分析</p> <p>c. 医療機関の品質、コスト効率性、および業務ガイドライン適合性医療施設データの定期的評価と患者諸表の評価</p> <p>d. 利用率評価</p> <p>e. ピアレビュー、不利益報告および関連情報</p> <p>f. 患者満足度調査</p> <p>g. 実績公約および基準に基づくすべての医療機関の定期的な実績評価</p> <p>h. 帳簿、記録、請求書、医療諸表、医師のノート、およびその他の書面および手順について、公社が完全な評価を行うにあたり重要と認めるもの</p> <p>i. 会計帳簿、会計元帳、送り状、領収証およびその他の会計用書式のうち公社が必要と認めるもの</p> <p>j. その他の方法や類似の手順のうち、公社が完全な監査および調査を行うために必要と認めるもの</p>

出典: National Health Insurance Act of 2013

右 URL 参照 http://www.philhealth.gov.ph/about_us/irr_nhia2013.pdf

1.1.4.2 労務管理

(1) 労働法

大統領令第 442 号 改正フィリピン労働法 (Labor Code of the Philippines) の第 2 章において、労働衛生と安全について定められている。第 162 条において、具体的に安全および健康基準が以下のように定められている。

「労働雇用相は、労働安全衛生に対する危険性をすべての職場から排除または削減し、すべての職場における安全で衛生的な労働環境を確保するための新たなプログラムや既存のプログラムを刷新するため、適切な命令により、義務としての労働安全衛生基準を制定、施行しなければならない。」

(2) 労働安全衛生基準

改正労働法第 162 条に基づき、労働安全衛生基準 (1989 年改正、Occupational And Health Standards) が定められており、規則 1960 において労働衛生業務として雇用者による、被雇用者に対する健康診断の実施義務が、以下の通り定められている。

表 1.1.31 労働安全衛生基準 規則 1960 による雇用者の義務規定

関連条文	概要
1961 一般規定	(1)すべての雇用者は、その雇用場所において、本規則の規定とガイドラインに準拠した労働衛生業務を制定しなければならない。 (略)
1961.01 適用範囲	(1)本規定は、営利非営利を問わず、政府およびすべての下部組織、および政府により設立または管理される企業を含む、すべての組織に適用される。 (略)
1966	労働衛生プログラム
1966.01	雇用者は、以下の目的を達成するため、労働衛生プログラムを組織し、維持しなければならない (略)
1966.02	衛生プログラムは、以下の活動を含まなければならない： (1) 略 (2) 健康診断 a) 入職時

	<ul style="list-style-type: none"> b) 定期 c) 特別診断 d) 異動時診断 e) 離職時診断 <p>(略)</p>
1967	<p>健康診断</p> <p>(1) すべての労働者は、年齢および性別に拘わらず、健康診断を受けなければならない</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 初めて雇用される前 b. 定期的、若しくは、仕事における状況やリスクに応じ必要な間隔ごと c. 異動時もしくは雇用から離職したとき d. 怪我をし、または病気となったとき <p>(2) すべての診断は、以下でなければならない</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 完全で徹底していること b. 労働者にとって無料であること c. 雇用に特有な性質により必要である場合には、X線または特別な検査室診断を含めること <p>(略)</p>
1967.01	<p>雇用前／配置前健康診断</p> <p>(1) 雇用前健康診断は行わなければならない</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 採用時点において雇用予定者の身体状況を把握するため b. 身体的または精神的欠陥により、同僚やその財産に危険を与えることを防止するため <p>(2) 雇用前健康診断は以下でなければならない</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 一般的な医療的検査であり、想定業務に特有な性質により必要である場合には特別な検査室診断を含めること b. 胸部 X線検査を含むこと。以下の場合には、X線検査は無料で実施される (略)
1967.03	<p>年次定期健康診断</p> <p>年次定期健康診断は、従前の指摘事項のフォローアップ、労働疾病および非労働疾病の早期発見、および健康上の危険にさらされている状態の把握を目的として行わなければならない。これらの</p>

	検査は、以下の通り： <ul style="list-style-type: none"> a. 雇用前診断と同様に一般的な医療的検査を含まなければならない b. 労働者が健康上の危険にさらされた場合、それらの疾病に関する診断が必要である場合には、特別検査を無料で実施しなければならない c. 可能である場合には必ず、1年に最低1回胸部 X 線検査を無料で行わなければならない (以下略)
--	---

出典: Occupational Safety and Health Standards (As Amended, 1989)

右 URL 参照 http://www.oshc.dole.gov.ph/UserFiles/oshc2010/file/OSH_Standards_Amended_1989_Latest.pdf

1.1.4.3 会社法

(1) 会社形態

国内における主な会社形態は「個人事業 (Single Proprietorship)」、「合名・合資会社 (Partnership)」、「株式会社 (Corporation)」の3形態ある。

表 1.1.32 フィリピンにおける会社形態

形態	概要
個人事業 (Single Proprietorship)	個人事業は、その事業に関する全ての権限を有する個人が所有する事業体で、全ての資産はその個人に帰属し、事業の負債や損失も全て個人の責任となる一方、利益も全てその個人のものとなる。
合名・合資会社 (Partnership)	フィリピンの民法(Civil Code)では、合名会社・合資会社は構成するメンバー個人（出資者）の法的人格とは異なる法人格が認められている。合名会社 (General partnerships) は、出資者全員が無限責任を負い、合資会社(Limited Partnerships)は1人以上の無限責任の出資者とその他の有限責任の出資者が存在する。有限責任の出資者の責任は、出資額を上限とする。合名会社・合資会社は2人以上の出資者が必要で、合計の資本金額が 3,000 ペソ以上の場合には、証券取引委員会(SEC)への登録が必要になる。
株式会社 (Corporation)	株式会社は、会社法(Corporation Code)に基づいて組織された法人で、証券取引委員会(SEC)による規制の管轄下となる。出資者の責任は、出資額を上限とした有限責任である。 最低 5 人から最大 15 人までの取締役を選出する必要があり、各

	<p>自最低 1 株を保有しなければならない。又、その過半数がフィリピンに居住している者でなければならないため、最低でも 3 名はフィリピン居住者から選出する必要がある。</p> <p>株式会社は証券取引委員会への登録が必要で、最低払込資本金は 5,000 ペソである。なお、フィリピン資本 60%以上、外国資本 40%以下の会社は、フィリピン企業とみなされ、外国資本が 40%を超える場合には国内の外資企業とみなされる。</p>
--	---

出典：JBIC「フィリピンの投資環境」2013年6月

(http://www.jbic.go.jp/wp-content/uploads/inv-report_ja/2013/06/2986/jbic_RIJ_2013002.pdf)

(2) 会社設立手続き

フィリピンにおける会社設立手続きについては 2.2.4.1 に記載している。

1.1.4.4 外国投資法

(1) 外国投資に係る制限

外国資本の投資が規制・禁止される業種は、1991年外国投資法（共和国法第 7042号、1996年改正）の規定に従い、必要に応じ、定期的に変更される『ネガティブリスト』に記載される。ネガティブリストはリスト A とリスト B に分類される。

リスト A：外国人による投資・所有が憲法および法律により禁止・制限されている業種。

リスト B：安全保障、防衛、公衆衛生および公序良俗に対する脅威、中小企業の保護を理由として、外国人による投資・所有が制限される業種。

(2) 投資家へのインセンティブ

1987年オムニバス投資法(the Omnibus Investment Code, Executive Order No. 226)では、各種の優遇措置の他、外国人投資家の権利が定められている。優遇措置を受けるには、投資委員会 (Board of Investment) が毎年発表する投資優先計画 (Investments Priorities Plan) に記載された業種・事業であること、投資委員会の承認を受けることが必要であり、4～8年の法人税免除等の優遇措置を受けられる場合がある。

(3) 外国人による土地所有

憲法により、土地の所有はフィリピン人のほか、フィリピン人が資本の最低 60%を所有する株式会社などに限定されている。

一方、外国人投資家は、投資目的のみに利用される土地をリースすることができ、リース期間は最長 50 年、更新期間は 1 回限りの 25 年である。また、外国人投資家が投資のみを利用目的としない土地をリースする場合、リース契約の期間は最長 25 年、更新期間は 1 回限りの 25 年である。

1.1.4.5 外国借入、外貨交換、外貨送金関連法

外貨の借入に伴う、元本返済及び利払いにフィリピン市中銀行を経由した外国為替を利用する場合、中央銀行の事前許可、登録が必要となる。

また、配当、利益送金、投下資本の引き揚げにフィリピン市中銀行を経由した外国為替を利用する場合も中央銀行への事前の許可等が必要となる。

1.1.4.6 税制

(1) 法人税

- 適用税率

フィリピン法のもとで設立された法人は、課税所得に対して基本的には30%の税率で課税される。

- 最低法人所得税 (Minimum Corporate Income Tax)

当該法人が事業の4年度目以降にあり、算出される課税年度末時点で総所得の2%が課税所得の30% (通常所得税) の金額よりも大きい場合に最低法人所得税が適用となる。

(2) 送金税

日本とフィリピン間には租税条約が締結されており、フィリピンから日本への送金にはそれぞれ以下の税率が適用される。

- ・ 利子送金課税：10%
- ・ 配当金送金課税 出資比率10%以上：10%、出資比率10%未満：15%
- ・ ロイヤルティー送金課税：10～15%

(3) 付加価値税

付加価値税は12%である。

(4) 固定資産税

固定資産税は以下の方法で計算される。

$$\text{固定資産税} = \text{固定資産税率} \times \text{評価価値}$$

固定資産税率は地域によって異なり、基本税率に教育ファンド (Special Education Fund) 向けに1%を上乗せしたものとなる。最大の基本税率は以下の通りである。

対象地域	税率
メトロマニラに属する市・自治体	2%

その他州	1%
------	----

評価価値は以下の方法で計算される。

$$\text{評価価値} = \text{公正市場価格} \times \text{評価水準}$$

公正市場価格は固定資産税法にて以下の通り定義されており、不動産取引市場において一定期間売却に出された場合の高値とされている。

“Market value — is defined as “the highest price estimated in terms of money which the property will buy if exposed for sale in the open market allowing a reasonable time to find a purchaser who buys with knowledge of all the uses to which it is adapted and for which it is capable of being used.” It is also referred to as “the price which a willing seller would sell and willing buyer would buy, neither being under abnormal pressure.”

Sec.3(n) “The Real Property Tax Code of Presidential Decree No. 464”³⁴

病院資産に係る評価水準は固定資産税法にて以下の通り定義されており、15%が適用となる可能性がある。

*“Special Classes — The assessment level for all lands, buildings and other improvement thereon, actually, directly and exclusively used for educational, cultural or scientific purposes, as well as hospitals not owned and operated by the government or by any of its instrumentalities shall be **fifteen per cent** of the market value of such property and for those exclusively used for recreational purposes, thirty per cent of their market value.”*

Sec.18(d) “The Real Property Tax Code of Presidential Decree No. 464”

(5) 関税

関税税率は品目によって異なるが、医療機器の輸入には3%の関税及び10%の付加価値税が課税される可能性がある。³⁵

34 <http://www.chanroble.com/presidentialdecreeno464.htm#.VJjwjLVfmBo>

35 http://www.ita.doc.gov/td/health/philippines_meddev05.pdf

1 - 2 章 事業環境調査

1.2.1 対象国政府が定める関連政策、計画、予算・財源動向の確認

1.2.1.1 政府財政

2013年の中央政府財政赤字は2,380億PHPと予測されていたが、同年12月には526億PHPの財政赤字を記録したものの歳出水準を現状維持しつつ歳入が改善された結果、2013年全体としては1,641億PHPの財政赤字に留まり、対2012年比で32%の財政赤字縮小、つまり788億PHPの財政赤字縮減となった。2012年の財政赤字はGDP比で2.3%であったが、2013年の財政赤字はGDP比1.4%と同年目標値2%も下回っている。

2013年の歳入は1兆7,161億PHPであり、2012年の12.9%及び2013年の13.3%の税収成長率を源泉とし、年率12%の成長、1,812億PHPの歳入増加となった。歳入全体の89%を占める1兆5,353億PHPは税収収入であり、その他歳入1,800億PHPは非税収歳入である。内国税収局による2013年徴収税額は1兆2,167億PHP、関税局による2013年徴収税額は3,046億PHPであり、それぞれ前年比15%、5%の伸び率を記録している。2013年12月単体では内国税収局徴収税額は967億PHP、関税局徴収税額は238億PHPである。一方、財務局及びその他政府機関はそれぞれ810億PHP、1,139億PHPの歳入に貢献しており、財務局の歳入は国営企業の配当減少を背景とし前年比4%の減少、その他政府機関の歳入は前年比10%の増加であった。

表 1.2.1 過去5年間の政府歳入の推移

歳入の内訳 (百万 PHP)	2009	2010	2011	2012	2013
I. 税収	981,631	1,093,643	1,202,066	1,361,081	1,535,698
内国税収局徴収分	750,287	822,623	924,146	1,057,916	1,216,661
関税局徴収分	220,307	259,241	265,108	289,866	304,925
その他政府機関徴収分	11,037	11,779	12,812	13,299	14,112
II. 非税収歳入	141,389	113,877	157,621	173,752	180,074
財務局歳入	69,912	54,315	75,236	84,080	81,013
料金及びその他手終了収入	19,253	22,820	26,048	27,793	30,541
民営化による収入	1,390	914	930	8,348	2,936
その他収入	50,834	35,828	55,407	53,531	65,584
III. 補助金	191	406	255	99	321
合計	1,123,211	1,207,926	1,359,942	1,534,932	1,716,093

出典: 財務局 (2013)

中央政府の2013年歳出額は1兆8,802億PHPであり、12月は対前年比換算で16%減であったものの、2013年全体としては対前年比6%、1,024億円の増加となった。

歳出のうち 3,234 億 PHP は国債への利払いであったが、予算未計上であった 2012 年発行小口国債利払いの支払を行った上でもなお、同年計画値を 88 億 PHP 下回る 3,322 億 PHP の利払いを実現した。このうちペソ建国債への利払額は 2,223 億 PHP であったが、ペソ建国債増加により国内金融マーケットの流動性を高め、為替リスクを減少させる政府の政策を受け、前年比では 10% の増加となっている。一方、2013 年の外貨建国債への利払額は前述の政府金融政策を受け 9% の減少となり 1,011 億 PHP となっている。2012 年国債利払額は歳入の 20.4% を占めていたが、政府債務減少を受け 2013 年には 18.8% に減少している。同様に歳入に占める利払額の割合も 2012 年の 17.6% から 2013 年では 17.2% に減少し、歳出がより生産的な活動へ移行していることを表している。

利払歳出を控除すると、2013 年の中央政府財政は 1,594 億 PHP の黒字であり、2013 年の 700 億 PHP の黒字から 942 億 PHP への改善を見せている。2012 年から 2013 年までのセクター別歳出の傾向は表 1.2.2、2013 年の省庁別予算額は表 1.2.3 で示すとおりである。各省庁の歳出の過半は社会経済政策、残りは政府債務の返済、防衛予算に使われている。

表 1.2.2 セクター別歳出の傾向

分野	2011		2012		2013		2014	
	金額	%	金額	%	金額	%	金額	%
(金額単位：10億PHP)								
社会サービス	521,445	31.99	567.9	31.3	698.8	34.8	842.8	37.2
経済政策	361,926	22.20	439.5	24.2	511.1	25.5	590.3	26.2
行政サービス	288,090	17.27	338.1	18.6	346.1	17.3	364.5	16.1
政府債務	357,090	21.91	356.1	19.6	333.9	16.6	377.6	16.6
防衛	101,449	6.22	114.4	6.3	89.7	4.5	92.9	4.1

出典: 予算管理省 (2011-2014)

セクター別予算は、社会サービス予算、経済政策予算、行政サービス予算、政府債務予算及び防衛予算に大別される。社会サービス予算はとりわけ貧困者層を対象とし教育、医療、社会保障その他政策を通じた国民生活の改善のために支出され、経済政策予算は農業、交通、生活インフラ、観光その他分野における経済成長を後押しするための支出であり、行政サービス予算は行政活動上の経費（予算の執行、外交、立法活動等）や公安・治安維持のための経費に利用される。政府債務予算はペソ建・外貨建国債の返済及び利払い、防衛予算は国家安全保障の維持のため支出される予算である。

表 1.2.3 2013 年省庁別政府予算 (上位 10 省庁)

省庁	略語	予算 (10億PHP)
教育省	DepEd	292.7

公共事業道路省	DPWH	152.9
国防省	DND	121.6
地方内務省	DILG	121.1
農業省	DA	74.1
保健省	DOH	56.8
社会福祉開発省	DSWD	56.2
運輸通信省	DOTC	37.1
財務省	DOF	33.2
環境天然資源省	DENR	23.7

出典: 予算管理省 (2012-2014)

長期に亘りフィリピンのソブリン格付は投資不適格であったが、2013年にフィッチ、S&P、Moody'sの順に投資適格に変更された。フィッチは2013年3月に長期外貨建て発行体デフォルト格付及び長期自国通貨建て発行体デフォルト格付をそれぞれ“BBB-”、“BBB”に変更し、S&Pは2013年5月に外貨建て及び自国通貨建ての長期ソブリン格付とともに“BB+”から“BBB-”に変更し、主要3格付機関の中で最も保守的とされるMoody'sも2013年10月に“Baa3”から“Ba1”にノッチ変更を行った。フィリピンの政府債務対GDP比は改善を続けており、国内の主要経済誌である「the Philippine Star³⁶」も政府の効率的な歳出が政府債務の対GDP比率の低下をもたらしていると評している。2014年3月時点の政府債務は4.49兆PHPであり、対GDP比38.1%となっており、前年同月の38.5%を下回っている。下表は2006年から2012年までの政府債務対GDP比の推移を示している。

表 1.2.4 政府債務対GDP比の推移

部門	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
自国通貨建て債務対GDP比	24.5%	22.3%	20.8%	20.4%	21.3%	20.6%	22.7%
外貨建て債務対GDP比	27.2%	22.0%	23.4%	24.0%	22.2%	20.8%	17.9%
総政府債務対GDP比	51.6%	44.2%	44.2%	44.3%	43.5%	41.4%	40.6%

出典: 財務省

1.2.1.2 保健省の主要計画およびプロジェクト

(1) 社会的契約と Universal Health Care (Kalusugan Pangkalahatan) による5つの重点成果領域 (KRA) に基づく、保健省の主要計画およびプロジェクト

不平等は、保健セクターを含めフィリピン国に蔓延する問題である。不平等による

36 Dela Pena, Z. (2014, September 24). Debt-to-GDP ratio continues to improve. Retrieved October 2014, from Philstar.com:

<http://www.philstar.com/business/2014/09/24/1372404/debt-gdp-ratio-continues-improve>

ギャップに対処するため、行政命令第 2010-0036 号「アキノ健康アジェンダ (AHA)」が施行された。これには保健省の Universal Health Care (Kalusugan Pangkalahatan, KP) 戦略が含まれる。KP の実行は、金銭的リスクからの保護、よりよい健康的成果、および対応する保健システムの実行に向けられることとなった。KP は、フィリピン国民とベニグノ・アキノ大統領との社会契約の履行手段となっている。³⁷

2011 年、ベニグノ・アキノ、フィリピン大統領は、「内閣クラスター組織を通じてフィリピン国民と私たちの社会契約を追求する」とした大統領令第 43 号を發表し、政府部門別に KRA を設定した。保健省 (DOH) の重点成果領域は、(1)透明で説明責任がある参加型ガバナンス、および、(2) 貧困の削減と、貧困層と弱者に対する権利付与である。これらの重点成果領域が、以下の表に示す通り、DOH の主要計画やプロジェクトを決定付けている。

表 1.2.5 社会契約の 5 重点成果領域に基づく保健省プログラムおよび Universal Health Care (Kalusugan Pangkalahatan)

KRA 1: 透明で説明責任のある参加型ガバナンス	
ISO 認証	保健省は、フィリピンにおいて省の全組織で ISO9001 の認証を受けた初めての政府機関である。これにより、省内の品質管理システムの制度化を目指している。
Kalusugan Pangkalahatan モニタリングと評価 (Universal Health Care)	KP モニタリングと評価により、Universal Health Care 目標と目的に対する進捗状況とパフォーマンスが、定義が明確で信頼性の高いデータに基づくことが担保される。 このモニタリングにより、プログラムの進捗状況や有効性及びインパクトが評価され、情報に基づく意思決定が促進される。KP モニタリングと評価は、KP ダッシュボード、キャビネット支援システム (CAS)、LGU スコアカード、CHD スコアカード、ドナースコアカードは、パフォーマンスガバナンスシステム、支出追跡システム、などのシステムから構成される。
KRA 2: 貧困の縮小と、貧困層や弱者に対する権利の付与	
Kalusugan Pangkalahatan 戦略推進事項 1: 金銭的リスクからの保護	
国民健康保険 (NHIP)	全てのフィリピン人、特に貧困層が、予防や治療サービス利用による金銭的負担から保護されることを目的とする。NHIP は、人々の保健サービス支払いに関する支援手段として機能するように設立された。また、すべてのフィリピン人、特にこれらのサービスに対し支払う余裕のない人口セグメントに優先して保健サービスを提供し、これを加速する目的も持つ。
Kalusugan Pangkalahatan 戦略推進事項 2: 質の高い保健施設とサービスへのアクセスの改善	
保健施設強化プログラム (HFEP)	新しい施設建設や既存の公的保健施設 (バラングアイ保健支所 (Barangay Health Station)、保健所 (Rural Health Unit) や保健センター、地方公共団体 (Local Government Unit) や保健省立病院) の能力改善などにより、すべてのフィリピン人の、質の高い保健施設へのアクセス改善を目的とする。これにより、公衆衛生関連のミレニアム開発目標 (MDGs)

37 Department of Health (2012). National Objectives of Health 2011-2016. Retrieved October 10, 2014, from

<http://www.doh.gov.ph/content/national-objectives-health-2011-2016.html>

	の達成、外傷や他の救急への対応、非伝染性疾患とその合併症の管理を支援する。
保健省完全治療パック (ComPack) プログラム	国で最も数の多い、一般的な疾病に対する完全な治療計画を用いて、最貧困層に医薬品を利用させるプログラム。
保健展開のための人材	医師、看護師、および助産婦を、第4から第6クラスの地方自治体または、特定の条件付き現金給付実施地域に展開する。
ドクター・トゥー・ザ・バリオプログラム; RNHeals プログラム、農村助産婦配置プログラム	保健サービスを提供できる保健分野の人材は限られていることから、医師、看護師、助産婦などをこれらの人材不足地域に派遣し、保健サービスをより効率的かつ効果的に提供することにより、よりよい母子保健に貢献し、ミレニアム開発目標 (MDGs) を達成する。
コミュニティ・ヘルス・チーム (CHTs)	地域保健チーム (CHT) はバランガイヘルスワーカー、コミュニティのボランティア、バランガイ関係者や医療提供者で構成され、貧しい家庭と直接連絡を取り、家族の健康問題の早期発見、質の高い認証医療機関や設備への効果的なアクセス保証、そして、健康水準を改善するために、必要な保健サービスのタイムリーな利用を確保することを目的とする。CHTs は、最貧世帯による高品質な保健サービスへのアクセスを制限する障壁を破るために決定的に重要な存在である。
国家テレヘルスサービスプログラム	特に地理的に孤立した不便な地域における ICT の使用を通じた保健サービスへのアクセス改善を支援する。
Kalusugan Pangkalahatan 戦略推進事項 3: 保健関連のミレニアム開発目標 (MDGs) の達成	
予防接種拡大プログラム	ワクチンにより防止可能な病気による、1歳未満の乳児の死亡率および罹患率の低下を目的とする。具体的目標は、(1) ポリオの存在しない国の状態の維持、(2) はしかの撲滅、(3) 母、新生児の破傷風の撲滅、(4) B型肝炎感染、ジフテリア、百日咳、肺外結核、髄膜炎/侵襲性細菌感染、ロタウィルスによる重症の下痢などのコントロール、などである。
成年保健プログラム	国、地方、州/市、町の複数の段階で、若者に親しみやすい総合的医療とサービス提供を通じ、青年全体の健康と福祉の促進を目的とする。
女性の健康と安全母性プロジェクト	女性の健康改善に関する国の目標に貢献する： 1. 持続可能で費用対効果の高いモデルとして、いくつかの地域において、恵まれない女性向けに、受け入れやすく高品質な生殖保健サービスを提供し、これらの女性が、望む数の子供を安全にもうけることができるようにする。 2. 「Kalusugan Pangkalahatan」の枠組における生殖医療における主たるアプローチとして、プロジェクト経験を国中に水平展開することを可能とする中核的知識ベースと支援システムを確立する。
微量栄養素栄養失調プログラム	栄養失調や微量栄養素欠乏リスクに影響を受け、若しくはリスクの高い人口グループ・地域に焦点をあて、ビタミンA、鉄分・ヨウ素サプリメントを提供し、特定のミクロン栄養不足治療または防止による栄養格差の縮小を目的とする。
家族計画プログラム	公衆衛生に関する優先的強制国家プログラムとして、国民の健康の進展を実現するプログラムである。これは健康介入プログラムであるとともに、母子や家族の健康と福祉向上のための重要なツールである。また、生殖年齢にあるカップルが法的および医学的に許容される家族計画手法を通じて自身の信念や状況に応じて家族計画を立案するための情報、サービス提供を行う。
国家結核管理プログラム	高品質な結核サービスを提供し、結核医療に起因する自己負担医療費の削減を目標とし、DOTS 実施率の向上と維持により、結核の罹患率と死亡率の減少を目指す。
国家 HIV・エイズ・性感染症予防管理プログラム	最もリスクが高く、影響も受けやすい、HIV と共存する人々のための予防プログラムの適用範囲拡大と品質向上により、HIV 感染のさらな

	る拡大を防止し、個人・家族・セクター・地域社会に対する病気の影響軽減を目指す。
マラリア管理プログラム	マラリア流行地域において、個人・家族の社会的・経済的活躍が侵されることのないよう、マラリア罹患による「負担」軽減を目指す。
国家デング熱管理プログラム	本プログラムにより、流行地域におけるコミュニティを基礎としたデング熱の予防と管理を行う。
国家狂犬病予防管理プログラム	狂犬病プログラムは、保健省と、農業省（犬の予防接種の主導・担当機関）、教育省、および内務地方政府省（DILG）が共同で実施しており、2020年までに国内における狂犬病の撲滅を目指す。
国家フィラリア管理プログラム	質の高い保健サービスの包括的アプローチと、誰もがアクセスできる環境を整え、公衆衛生上の問題であるフィラリア症撲滅を目指す。
住血吸虫症管理プログラム	地域ごとの住血吸虫症発見と治療のプログラムである。環境工学に基づき、媒介者の管理を同時に行う。
タバコ管理プログラム	タバコ管理に関する政策や規制を通じ、喫煙とタバコによる全体的な負の影響の減少を目指す。
健康的ライフスタイルプログラム	健康的なライフスタイルを実践するために、身体活動、適切な栄養摂取、喫煙・飲酒の防止・中止に対する個人的コミットメントを行うことを、フィリピン人の全階級に周知し、奨励することを目指す。
がん予防と管理プログラム	医療従事者、ハイリスクな患者予備群や患者に対し、意識、情報および継続的な教育を向上させるための、包括的アプローチや治療方法の開発を目指す。
慢性呼吸器疾患予防管理プログラム 心血管疾患予防管理プログラム 糖尿病予防管理プログラム	医療従事者、ハイリスク患者予備群や患者に対し、意識、情報および継続的な教育を向上させるための、包括的アプローチや治療方法の開発を目指す。 また、適切な医療/治療管理能力を備えた一次、二次、および三次レベルの施設におけるリスクアセスメントを通じ、早期発見につなげる。
高齢者のための健康開発プログラム	高齢者のための基本的な健康サービスの確立と提供、高齢者に関する政策とガイドラインの制定、公共に対する情報と健康教育の提供、高齢者に貢献する人材に対する基本的で必須の教育、ならびに基本・応用研究の管理などを通じて、質の高い高齢者の生活を促進し改善することを目指す。
障害者施策	すべての種類の障害状態を減少させ、また、障害者とその介護者の人権と尊厳の増進と保護を目指す。
環境衛生プログラム	本プログラムの主たる役割は、健康で安全な地域社会に向けたすべての環境衛生における試みを主導・調和させることである。主たる目標は、様々な環境的危険にさらされた状況を減少させ、水や衛生状態に起因した疾病発生率を減少させることである。
暴力と傷害予防プログラム	本プログラムは、交通事故による傷害、火傷や花火等による傷害、溺水、転落、スポーツやレクリエーションによる傷害、対人暴力による傷害、いじめ、動物咬傷と刺傷、自傷、労災または関連傷害、中毒および薬物毒性などに起因する身体障害や死傷の減少を目指す。
産業衛生プログラム	本プログラムの主たる役割は、健康で安全な労働環境につながるすべての試みを主導し調和させることである。主たる目標は、劣悪な労働条件に起因する疾患および傷害の発生率を減少させることである。

イベントベースのサーベイランスと回答 (ESR)	<p>ヒトの病気や、ヒトへのリスクがあるイベントの発生を含む、公衆衛生への潜在的リスクとなるイベントに関する情報の組織的かつ迅速な収集を行うもの。これは、指標を元にしたサーベイランスを補完する目的で設計されている。</p> <p>「2005 国際保健規則 (IHR)」の改訂版では、加盟国は IHR のための国際保健規則フォーカルポイントの指定が求められた。また、加盟国は、サーベイとその回答に対する能力を維持・改善することが推奨された。IHR に対応し、厚生長官は、「行政命令 2007-002」により、国立疫学センター (NEC) をフィリピン国の国際保健規則フォーカルポイントとして指定している。</p>
非常事態および災害時におけるサーベイランス(SPEED)	<p>本プログラムは、病気 (伝染病および非伝染病の双方) と保健の趨勢を監視することができる早期警告システムとして開発された。緊急事態や災害発生時に、衛生緊急管理者が適切かつタイムリーに対応するための重要情報を収集する上で、強力なツールとして利用することができる。</p>

出典: *Major Programs and Projects*.

右 URL 参照: <http://www.doh.gov.ph/Major%20Programs%20and%20Projects.html>.

1.2.1.3 保健セクターの予算及び財源

2005～2011 年における保健セクターの予算と支出の推移を以下の 2 表に示す。

表 1.2.6 源泉別保健支出 (百万 PHP)

資金の源泉	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
政府	58,474	57,475	74,036	74,875	88,722	101,378	116,433
中央政府	30,416	27,001	32,749	36,554	36,949	43,375	53,069
地方政府	28,058	30,475	41,288	38,320	51,773	58,003	63,364
社会保険	19,360	19,098	19,972	21,434	27,897	33,925	39,126
国民健康保険	19,270	19,005	19,838	21,345	27,791	33,799	39,022
被雇用者補償	90	93	134	88	107	126	104
民間	118,293	135,376	173,987	202,054	217,865	239,139	272,009
自己負担	97,562	113,087	147,873	171,116	182,370	199,983	227,215
民間保健	4,112	3,924	4,175	5,108	6,083	6,401	7,222
HMO	8,853	10,097	13,123	15,638	18,199	21,170	24,570
雇用者提供保険 /民間企業	5,699	5,813	5,996	7,043	7,809	7,937	9,297
私立学校	2,068	2,455	2,820	3,148	3,404	3,649	3,706
その他	2,271	4,463	933	3,682	7,681	6,384	3,478
補助金	2,271	4,463	933	3,682	7,681	6,384	3,478
総合計	198,398	216,413	268,928	302,043	342,164	380,826	431,047

出典: *Budget Facts and Figures*, by the Legislative Budget Research and Monitoring Office.

右の URL 参照 <https://www.senate.gov.ph/publications/LBRMO%202013-02%20Budget%20Facts.pdf>.

表 1.2.7 保健セクター予算配賦内訳 (2005-2013)

Health Sector Budget Allocation Breakdown per year									
PARTICULARS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Department/Agencies	12,080,177	12,175,623	15,085,999	15,653,482	22,203,383	26,348,159	31,924,642	44,901,259	42,473,715
Department of Health	10,431,864	10,557,562	13,424,090	14,551,499	21,153,725	25,170,053	30,618,385	43,471,914	40,969,880
Office of the Secretary	10,320,960	10,397,759	13,062,005	13,962,645	20,345,660	24,359,796	30,041,718	42,847,536	40,324,535
Commission on Population	110,904	113,118	184,835	282,507	438,008	327,462	303,522	299,455	313,867
National Nutrition Council		46,685	177,250	306,347	370,057	482,795	273,145	324,923	331,478
Other Executive Offices	172,846	122,517	160,154	185,340	138,500	145,727	172,034	170,842	181,946
Dangerous Drugs Board	172,846	122,517	160,154	185,340	138,500	145,727	172,034	170,842	181,946
Department of Agriculture	45,928								
National Nutrition Council	45,928								
Department of National Defense	1,327,347	1,394,351	1,367,358	686,606	746,631	792,156	863,981	836,767	861,827
Armed Forces of the Philippines Medical Center	753,170	816,547	710,747						
Veterans Memorial Medical Center	574,177	577,804	656,611	686,606	746,631	792,156	863,981	836,767	861,827
Department of Science and Technology	102,192	101,193	134,397	230,037	164,527	240,223	270,242	421,736	460,062
Food and Nutrition Research Institute	62,774	63,900	81,445	165,227	98,992	117,200	169,132	159,448	221,260
Phil. Council for Health Research and Development	39,418	37,293	52,952	64,810	65,535	123,023	101,110	262,288	238,802
Budgetary Support to Government Corporations	1,772,891	3,893,007	3,128,342	2,912,019	1,189,078	4,649,796	8,584,270	1,294,360	948,265
Local Water Utilities Administration							52,800		
Lung Center of the Philippines	211,510	210,810	222,440	191,230	169,583	184,205	288,083	257,560	173,400
National Kidney and Transplant Institute	268,371	244,591	232,045	498,996	305,164	305,341	337,282	264,800	202,865
Philippine Children's Medical Center	238,025	236,825	242,120	272,600	251,650	269,920	640,858	445,000	345,000
Philippine Heart Center	210,423	200,438	325,709	464,314	291,915	303,557	631,511	287,000	187,000
Phil. Inst. for Traditional and Alternative Health Care	40,000	40,000	40,000	30,000	40,000	40,000	37,000	40,000	40,000
Philippine Health Insurance Corporation	804,562	2,960,343	2,066,028	1,454,879	130,766	3,546,773	6,596,736		
Other Special Purpose Funds	10,451	5,143	23,904	75,743	22,305			4,363,205	16,958,062
Allocation to Local Government Units	10,451	5,143	23,904	75,743	22,305				
Municipal Development Fund	10,451	5,143	23,904	75,743	22,305				
Premium Subsidy for Indigents under the NHIP									
Miscellaneous Personnel Benefits Fund								2,513,825	1,612,047
Calamity Fund								150,000	150,000
Tax Expenditure Fund								330,430	269,000
Priority Development Assistance Fund								1,368,950	1,368,950
Health Facilities Enhancement Program*									13,558,065
TOTAL HEALTH SECTOR ALLOCATION	13,863,519	16,073,773	18,238,245	18,641,244	23,414,766	30,997,955	40,508,912	50,558,824	60,380,042

出典: *Budget Facts and Figures*, by the Legislative Budget Research and Monitoring Office.

右 URL 参照 <https://www.senate.gov.ph/publications/LBRMO%202013-02%20Budget%20Facts.pdf>.

国家統計調整委員会編「フィリピン国民健康勘定 (Philippine National Health Accounts)」によると、総医療費は年々漸増している。総医療費の大部分は民間により賄われており、これらは、個人自己負担、民間事業所、私立学校、民間保険と健康維持組織 (HMO) により負担されている。

民間医療支出のほとんどは個人の自己負担により支払われたが、ほとんどのフィリピン人は、自身の健康上の懸念に対処するための蓄えを持たない。様々な医療問題に関する意識の高まりを踏まえると、これらの問題緩和のために医療サービスを普及させる努力は、実を結んだとは言えない。受診費用の増加も、事態改善につながらない原因となっている。

1.2.1.4 Universal Health Care 実現のための財源確保

2012年12月に共和国法第10351号、「アルコールおよびたばこ製品にかかる物品税再構築法 (An Act Restructuring the Excise Tax on Alcohol and Tobacco Products)」(いわゆる SinTax 法) がアキノ大統領により署名され、翌2013年1月から発効した。本法は、物品税の総税収に占める割合が2002年の14.4%から2010年に8.2%と6.2ポイント下がり、このうちアルコールとたばこからの比率が、同8.4%から6.5%と1.9%下がっていたこと、若者や男性の喫煙が多いこと、また、低所得者層がその他の層よりアルコール摂取や喫煙の比率が高く、この層の健康に着目したものである。本法により、フィリピン政府は追加的に年間340億ペソの税収を得ることが見込まれる。この金額の内15%は、たばこ農家のためのセーフティネットのために支出され、残る85%のうち、8割が国民健康保険の財源として割り当てられ、2割が医療施設の向上に使われる(第8条(C)項)。

この結果、2014年の省庁別の予算配分において、保健省は、2013年の6位から、農業省を抜いて5位にランクアップしている。

表 1.2.8 省庁別予算配賦内訳 (2013-2014)

単位：10億 PHP

	2013年		2014年		差分	
	順位	金額	順位	金額	金額	伸率(%)
教育省	1	293.400	1	336.900	43.500	14.83
公共事業・道路省	2	152.400	2	213.500	61.100	40.09
内務自治省	3	121.800	3	135.400	13.600	11.17
国防省	4	121.600	4	123.100	1.500	1.23
保健省	6	59.900	5	87.100	27.200	45.41
農業省	5	75.000	6	80.700	5.700	7.60

出典: *Budget Facts and Figures, September 2013, by the Legislative Budget Research and Monitoring Office.*
 右 URL 参照 <https://www.senate.gov.ph/publications/LBRMO%200913%20Budget%20Facts.pdf>

1.2.2 民間投資、PPP方式によるインフラ整備の状況の確認 (特に保健医療分野において)

1995年に the Philippine Hospital Development Plan (PHDP) (2008年に the Philippine Health Facility Enhancement Program (HFEP) に改名) を策定して以来、保健省は、フィリピンの病院システムを改善しようと取り組んできた。2012年、公立病院整備のための PPP フレームワーク策定のため、行政命令(AO) 4 Series of 2012 が施行された。

ユニバーサルヘルスケア及び他目標の達成のため、本行政命令に基づき保健省は PPP を積極的に実施している。DOH の Center of Excellence for Public-Private Partnerships を通じ、Philippine Orthopedic Center の近代化等、DOH は各種 PPP 案件に着手し始めた。下表は、2014 年 10 月時点のフィリピンにおける PPP 案件一覧表である。

表 1.2.9 保健セクターにおける PPP 案件一覧

案件名	予算(PHP)	機関	民間担当	場所	現状
Philippine Orthopedic Center Modernization (700 床の整形に特化した第三次医療病院)	56 億 9 千万	DOH	Megawide -World Citi 共同 体	Quezon 市	契約締結済み。 2017 年完工予定
Trimedical Complex (トライメディカルコンプレックスの近代化及び DOH の Tayuman 施設に位置する 3 医療施設の統合)	未定	DOH	未定	マニラ	コンサルタント 調達中
Vicente Sotto Memorial Medical Center Modernization (施設改築および病床の拡大)	未定	DOH	未定	Cebu 市	コンサルタント 調達中
Rehabilitation of National Center for Mental Health (National Center for Mental Health の移転および近代化)	未定	DOH	未定	マニラ	案件形成中
PhilHealth IT Project (PhilHealth の IT 化)	未定	PhilHealth/DOH	未定	未定	案件形成中

出典: Adapted from List of PPP Projects by Public-Private Partnership Center (Public-Private Partnership Center – Status of PPP Projects as of 27 Aug 2014.pdf)

1.2.3 本事業の同国内における位置づけ（開発計画等）の確認

前述のとおり、フィリピン政府が策定した「フィリピン開発計画 2011-2016」では、ユニバーサルヘルスケアの達成が目標の一つとして掲げられており、本目標を達成すべく、政府は Syntax 法の策定や Health Facility Enhancement Program (HFEP) の実施等様々な取り組みを実施している。しかしながら、高い人口成長率や、サービス供給・稼働率の地域間格差、断片的な医療財政及び供給といった課題を抱え、進捗は芳しくない。また、国の医療制度は予算不足に悩まされており、中間所得者層

人口が拡大を続ける中、貧困層への対応で手一杯となっている。かかる状況下、フィリピン政府は民間企業を開発、特にインフラ整備における投資パートナーとして認識しており、1987年憲法でも「民間企業は開発目的達成のため、なくてはならないパートナーである」と謳われている。また、社会インフラの整備が「フィリピン開発計画 2011-2016」においても喫緊の国家課題であると確認されていることから、民間セクターによる病院建設も推進されている。

1.2.4 本事業及び保健医療セクターの他国企業、ドナー等の取組状況、及び昨今の市場動向の確認

「WHO Country Cooperation Strategy for the Philippines (2011-2016)」によると、中期開発計画 (2005-2010) 達成を目指し、保健セクターにおける国際機関や二カ国間援助機関による ODA 拠出額は 7 億 4,780US ドルに達した。現在進行中のものも含め保健セクターの主要な案件を以下に表に示す。

表 1.2.10 援助機関等による案件一覧 (in PHP)

支援機関	案件名
ADB	The Health Sector Development Project
世銀	National sector support for Health Reform Project and the Second Women's Health and Safe Motherhood Project
EU	The health sector policy support
KOICA	Development of the Lung Center of the Philippines as the National Referral Center for Multi Drug Resistant-Tuberculosis (MDR-TB) (2008-2011, Quezon city)
KOICA	Improving Disease Prevention and Control in Cavite through the Construction of a Public Health Collaboration Center; Korea-Philippine Friendship Hospital (2010-2012, Cavite)
世銀	Pilot interventions that improve the health status, particularly maternal and reproductive health, of poor populations
The Global Fund	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
MDG-Fund	Ensuring Food Security and Nutrition for Children 0-24 months in the Philippines
国連ジョイントプログラム	Reducing Maternal and Neonatal Mortality (supported by the Australian Agency for International Development, AusAID)
Bloomberg	The tobacco free initiatives
KFW, USAID, GIZ, JICA, AECID, KOICA	各国機関による各種 Health Sector Reform Projects

出典: KOICA website and World Bank website, 及び WHO Country Cooperation Strategy for the Philippines (2011-2016)