

フィリピン共和国 UHC 情報収集・確認調査

報告書

平成 28 年 12 月
(2016 年)

独立行政法人国際協力機構 (JICA)

グローバルリンクマネジメント株式会社

人間
JR
16-076

外国為替交換レート

1 米ドル=104.76円

1 フィリピン・ペソ=2.16円

(2016 年 11月 JICA 精算レート)

略語・用語集

略語	原語／英語	日本語／解説
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
ANC	Antenatal Care	産前健診
ANC01	Antenatal Care Package	産前健診給付パッケージ
ARMM	Autonomous Region in Muslim Mindanao	イスラム教徒ミンダナオ自治地域
BEmONC	Basic Emergency Maternal Obstetrics and Newborn Care	基礎的緊急産科・新生児ケア
BHS	Barangay Health Station	バラングアイ・ヘルス・ステーション
BHW	Barangay Health Worker	バラングアイ・ヘルス・ワーカー
BMC	Bicol Medical Center	ビコール・メディカル・センター
BRTTH	Bicol Regional Training and Teaching Hospital	ビコール地域教育病院
CCT	Conditional Cash Transfer	条件付き現金給付
CEmONC	Comprehensive Emergency Maternal Obstetrics and Newborn Care	包括的緊急産科・新生児ケア
CHT	Community Health Team	コミュニティー・ヘルス・チーム
CHTF	Common Health Trust Fund	自治体間保健連携ゾーンに設置される共同保健信託基金
CS	Camarines Sur	南カマリネス（ビコール地域の州）
DBM	Department of Budget and Management	予算管理省
DMO	Development Management Officer	開発管理オフィサー
DOF	Department of Finance	財務省
DOH	Department of Health	保健省
DSWD	Department of Social Welfare and Development	社会福祉開発省
EU	European Union	欧州連合
EVRMC	Eastern Visayas Regional Medical Center	東ビサヤ地域メディカル・センター
FHSIS	Field Health Service Information System	地域保健サービス情報システム
FIES	Family Income and Expenditure Survey	家族の収入と支出の調査
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GIDA	Geographically Isolated and Disadvantaged Areas	僻地
GNI	Gross National Income	国民総所得
GSIS	Government Service Insurance System	公務員保険機構
HMO	Health Maintenance Organization	健康維持機構
ILHZ	Inter-Local Health Zone	自治体間保健連携ゾーン
IRA	Internal Revenue Allotment	地方交付税交付金
I3QUIP	The Impact of Incentives and Information on Quality and Utilization in Primary Care	プライマリーケアの質と利用状況に与えるインセンティブと情報のインパクトに関する世界銀行の調査
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
KOICA	Korea International Cooperation Agency	韓国国際協力団
LCRO	Local Civil Registry Office	自治体内住民登録課
LGC	Local Government Code 1991	地方自治規定（1991年）
LGU	Local Government Unit	地方自治体
LHSD	Local Health Support Division	ローカル・ヘルス・サポート課
LIPH	Local Investment Plan for Health	保健分野における自治体の投資計画
MCP	Maternal Care Package	妊産婦ケアにかかる給付パッケージ
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MDR	Member Data Record	PhilHealthの医療データ記録（加入証明）

略語	原語／英語	日本語／解説
MNCHN/FP	Maternal, Neonatal, Child Health and Nutrition/ Family Planning	妊産婦、新生児、子どもの健康と栄養改善及び家族計画
MNDR	Maternal and Newborn Death Review	妊産婦・新生児死亡症例分析
MSW	Medical Social Worker	医療ソーシャルワーカー
NBB	No Balance Billing	PhilHealth の給付額と診療費との差額支払い免除（貧困者支援のための政策）
NBC	Newborn Care Package	新生児ケア給付パッケージ
NCR	National Capital Region	首都圏地域
NDHS	National Demographic and Health Survey	国家人口保健調査
NEDA	National Economic and Development Authority	フィリピン国家経済開発庁
NGO	Non Governmental Organization	非政府組織
NHIP	National Health Insurance Program	国民健康保険プログラム
NHTS-PR	National Household Targeting System for Poverty Reduction	貧困削減を目的とした貧困世帯特定のための国家システム
NSD	Normal Spontaneous Delivery	正常な自然分娩
PCB1	Primary Care Benefit 1	プライマリーケア給付パッケージ
PCPT	Per Capita Poverty Threshold	一人当たり貧困ライン
PhilHealth	The Philippine Health Insurance Corporation	フィリピン健康保険公社
PMRF	PhilHealth Member Registration Form	PhilHealth の加入申請用紙
PMT	Proxy Means Test	所得推定統計モデル
POC	Point of Care	ポイント・オブ・ケア（PhilHealth の貧困者支援制度）
PSPI	Population Services Philipinas, Inc.	フィリピンの民間企業
PRISM2	The Private Sector Mobilization for Family Health Project – Phase 2	家族保健への民間セクター参画プロジェクトのフェーズ 2
PSA	Philippine Statistics Authority	フィリピン統計機構
RHMPP	Rural Health Midwives Replacement Program	町保健センターの人員補強のため保健省から助産師等を派遣するプログラム
RHU	Rural Health Unit	村落保健所
SAEs	Small Area Estimates	小規模地区における見積もり
SBA	Skilled Birth Attendant	熟練出産介助者（医師、看護師、助産師）
SDGs	Sustainable Development Goals	持続可能な開発目標
SDN	Service Delivery Network	サービス・デリバリー・ネットワーク
SSS	Social Security System	民間被用者対象の社会保障機構
SSV	Supportive Supervision	支援的監督
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TCL	Target Client List	看護師や助産師が業務管理等のために用いる患者リスト
TseKaP	Tamag Serbisyo para sa Kalusugan ng Pamilya	PhilHealth のプライマリーケア給付パッケージ
UHC	Universal Health Coverage	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children’s Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	アメリカ合衆国国際開発庁
WHO	World Health Organization	世界保健機関
ZFF	Zuelling Family Foundation	フィリピンの非営利団体

フィリピン共和国 UHC情報収集・確認調査報告書

目 次

略語・用語集	i
目 次	iii
別添資料	v
図表 BOX	vi
要 旨	x
第1章 調査の概要	1
1-1 調査の背景	1
1-2 調査の目的	2
1-3 調査項目	3
1-4 調査対象地域	3
1-5 調査手法	4
(1) デスクレビュー	4
(2) 現地調査	4
1-6 調査団員	7
1-7 調査スケジュール	7
第2章 フィリピンの経済・社会情勢	9
2-1 地理、民族と宗教	9
2-2 人口統計と未来予測	9
2-3 貧困と経済格差	12
2-4 産業構造と労働市場	14
第3章 保健セクターの概況	15
3-1 母子保健を中心とした保健政策・システムと課題	15
(1) 保健行政	15
(2) 保健政策	16
(3) 医療財政	19
(4) 医療施設及び母子保健サービス提供	29
(5) 保健関連情報システム	31
3-2 母子保健指標	33
(1) 妊産婦に関する指標	33

(2) 子供の死亡率.....	33
(3) 十代の妊娠と出産.....	34
3-3 ドナーの支援動向	35
(1) フィリピン保健セクターにおける支援ドナー	35
(2) フィリピン保健セクターにおけるドナー支援の変遷.....	36
(3) ドナーによる支援内容.....	36
第4章 国民健康保険プログラムの概要と活用状況	47
4-1 現行の国民健康保険プログラム制度.....	47
4-2 PhilHealth	47
4-3 国家保健政策（Philippine Health Agenda）への貢献	48
4-4 メンバーシップ・カテゴリー	48
4-5 加入手続き	50
4-6 保険料の支払い	51
4-7 医療費の支払い方式	51
4-8 給付パッケージ	53
(1) 入院診療給付パッケージ.....	53
(2) 外来診療給付パッケージ.....	53
(3) Zベネフィット	54
(4) MDG 関連給付パッケージ	56
4-9 給付申請の手続き	57
4-10 PhilHealth 認証（Accreditation）手続き	58
(1) 医療施設.....	58
(2) 医療従事者.....	59
4-11 PhilHealth の財源	59
4-12 メンバー間の財源補完	60
4-13 加入率と利用率	60
(1) 加入率.....	60
(2) 利用率.....	61
4-14 貧困者支援	61
(1) 貧困者メンバーの国民健康保険プログラム加入支援.....	61
(2) 差額支払い免除政策（No Balance Billing Policy）	63
(3) ポイント・オブ・ケア加入プログラム	63
(4) 条件付き現金給付（コンディショナル・キャッシュ・トランスファー: CCT） 65	

第5章	ビコール地域及び東ビサヤ地域における母子保健サービスの状況.....	67
5-1	ビコール地域 (Region V)	67
	(1) 地域概要.....	67
	(2) 対象州の概要.....	70
	(3) 聞き取り調査結果.....	70
5-2	東ビサヤ地域 (Region VIII)	83
	(1) 地域概要.....	83
	(2) 対象州の概要.....	86
	(3) 聞き取り調査結果.....	89
第6章	JICA 案件のグッドプラクティスと課題.....	101
6-1	調査対象案件	101
6-2	聞き取り調査地	101
6-3	調査結果	102
	(1) グッドプラクティス.....	102
	(2) 課題.....	105
第7章	JICA の今後の支援に関する提案.....	107
7-1	案件形成のポイント	107
7-2	支援活動の提案	107
	(1) 質の良い基本的な保健サービスへのアクセス向上.....	107
	(2) 財政的リスクの回避.....	109
7-3	支援対象サイト	111
7-4	プロジェクト成果を政策に反映させるメカニズム.....	112
参考文献	114

別添資料

1.	第一回現地調査スケジュール (マニラ)	A-1
2.	第二回現地調査スケジュール (ビコール地域)	A-2
3.	第二回現地調査スケジュール (コーディレラ地域、東ビサヤ地域)	A-3
4.	第三回現地調査スケジュール (マニラ)	A-5
5.	地方自治体スコアカード.....	A-6
6.	貧困世帯特定システム Family Assessment Form	A-8

図表 BOX

第1章

図 1-1	調査対象地域.....	3
図 1-2	フィリピン共和国 UHC 情報収集確認調査における業務の流れ.....	8
表 1-1	調査項目.....	3
表 1-2	調査対象地域選定基準.....	4
表 1-3	調査項目の詳細と調査方法.....	5
表 1-4	主要な聞き取り先.....	7
表 1-5	調査団員.....	7

第2章

図 2-1	2015 年フィリピンの人口ピラミッド (千人)	9
図 2-2	フィリピン及び各地域の人口 (2000-2015)	10
図 2-3	東南アジア諸国の貧困率の推移 (パーセント) 1997-2014.....	13
図 2-4	東南アジア諸国の貧困ギャップの推移 (パーセント) 1997-2012.....	13
図 2-5	東南アジア諸国のジニ指数の推移 (世界銀行推計) 1981-2012.....	14

第3章

図 3-1	フィリピン保健行政の構造.....	15
図 3-2	総医療費の GDP 比 (パーセント)	20
図 3-3	総医療費に占める患者の自己負担の割合 (パーセント)	20
図 3-4	2014 年 医療費の内訳.....	21
図 3-5	2014 年 医療費の使途と負担者 (百万ペソ)	21
図 3-6	2012-2014 年 所得五分位階級別医療費の支出 (百万ペソ)	22
図 3-7	2014 年 所得 5 分位グループの医療財源 (百万ペソ)	22
図 3-8	2014 年 疾病カテゴリー別医療費とその財源 (百万ペソ)	23
図 3-9	2014 年 疾病別医療費とその財源 (百万ペソ)	24
図 3-10	2011-2015 年 フィリピン保健省の予算と内訳 (ペソ)	25
図 3-11	フィリピンにおける医療資金の流れ.....	29
図 3-12	1973 年から 2013 年におけるフィリピンの 合計特殊出生率と十代の出生率の傾向.....	34
図 3-13	2015 年フィリピン保健セクターにおける各ドナーの拠出額の割合	35
図 3-14	2015 年フィリピン保健セクターにおけるドナーの支援分野	35
図 3-15	フィリピン保健セクターにおける保健省予算及びドナー支援額の変遷 (1998-2016)	36

表 3-1	優先的に取り組むべき貧困 20 州 (High Poverty Sites)	18
表 3-2	フィリピンの医療財政 (2012 - 2014 年)	19
表 3-3	Sin Tax 増税による 2016 年度保健予算の使途細目と配分額.....	25
表 3-4	地方交付税交付金の地方自治体間分配比率と 地方自治体に委譲された公共サービスの割合	27
表 3-5	地方自治体における地方税の種類.....	27
表 3-6	地方自治体予算の内訳 (パーセント)	28
表 3-7	フィリピンの公立保健医療施設.....	29
表 3-8	主な医療施設の基準.....	30
表 3-9	施設ごとの母子保健サービス	30
表 3-10	USAID が支援する MNCHN/FP プロジェクトの対象地域・州.....	39
BOX 3-1	国家保健政策 (Philippine Health Agenda) 2016-2022	17
BOX 3-2	ドゥテルテ大統領の社会経済 10 課題 (10-point Socioeconomic Agenda of President Duterte)	18

第 4 章

図 4-1	PhilHealth の組織図.....	47
図 4-2	肺炎 II (高リスク) における給付支払いの配分	53
図 4-3	2008 年-2015 年メンバーシップ・カテゴリー別 PhilHealth 保険料総額の推移 (ペソ)	59
表 4-1	PhilHealth のメンバーシップ・カテゴリー	49
表 4-2	メンバーシップ・カテゴリー毎の PhilHealth 加入手続き方法.....	50
表 4-3	保険料の支払い者及び支払い方法.....	51
表 4-4	2011 年に包括払いが導入された診療の種類と給付額 (2011 年当時)	52
表 4-5	TSeKaP プログラムで提供されている一次医療サービス.....	54
表 4-6	TSeKaP 以外外来患者向けの給付パッケージ.....	54
表 4-7	Z ベネフィット対象診療の導入年と給付額 (ペソ)	55
表 4-8	Z ベネフィットを活用した冠動脈バイパス移植手術が可能な病院.....	55
表 4-9	妊産婦向け保健医療サービス給付額 (ペソ) の一覧.....	56
表 4-10	新生児ケア給付パッケージ (ペソ)	57
表 4-11	その他の MDG 関連給付パッケージ (ペソ)	57
表 4-12	PhilHealth の認証を受けた医療機関の数.....	58
表 4-13	PhilHealth 給付パッケージの認証を受けた外来クリニックの数、 同クリニックのある市町の数とその割合	59

表 4-14	国民健康保険プログラムメンバーの保険料支払額と給付額.....	60
表 4-15	2010-2015 年における PhilHealth 加入者数（百万人）及び加入率（%）.....	61
表 4-16	2012-2015 年の国民健康保険プログラム利用率.....	61
表 4-17	支払い能力に応じた患者のカテゴリーと支払い義務.....	64

第 5 章

図 5-1	ビコール地域の妊産婦死亡者数及び死亡率.....	67
図 5-2	南カマリネス州の町保健センター.....	72
図 5-3	ビコール地域教育病院.....	74
図 5-4	Bicol の PhilHealth 地域事務所.....	75
図 5-5	Camarines Sur のバランガイ保健センター.....	77
図 5-6	妊婦、授乳中の女性によるフォーカス・グループ・ディスカッション.....	79
図 5-7	ビコール地域における MCH パッケージ支払い額（2016 年は 6 月まで）.....	80
図 5-8	南カマリネス州の家屋.....	80
図 5-9	東ビサヤ地域の妊産婦死亡率と乳児死亡率.....	84
図 5-10	東サマール州 Can-avid 町の 保健センタースタッフ.....	90
図 5-11	台風ルビーで破壊された バランガイ保健センター.....	92
図 5-12	北サマール州 San Roque 町長 とのインタビューの様子.....	92
図 5-13	東サマール州と北サマール州における妊産婦ケア給付支払額.....	94
図 5-14	PhilHealth 北サマール州事務所.....	95
図 5-15	聞き取り調査を行った農家の一例.....	97
表 5-1	ビコール地域の州別人口.....	67
表 5-2	レベル 3 病院での妊産婦死亡者数.....	68
表 5-3	州・市別の施設分娩率（パーセント）の経緯.....	68
表 5-4	州別の乳児死亡率（死亡数/1000 出生）.....	69
表 5-5	公立・民間病院の数（2015-2016 登録機関）.....	70
表 5-6	調査対象地区及び住民インタビュー対象者.....	71
表 5-7	ビコール地域の州別国民健康保険プログラム加入状況.....	80
表 5-8	東ビサヤ地域の州別人口.....	83
表 5-9	東ビサヤ地域の州別施設分娩率（パーセント）の経緯.....	84
表 5-10	東ビサヤ地域の州別医療施設の内訳（2016 年 8 月 2 日現在）.....	85
表 5-11	EVRMC における分娩数と妊産婦死亡者数.....	85
表 5-12	北サマール州の母子保健指標.....	87
表 5-13	北サマール州の町別施設分娩率（2012 年-2016 年 6 月）.....	87
表 5-14	東サマール州の母子保健指標.....	88

表 5-15	東サマール州の町別施設分娩率（2012 年－2016 年 6 月）	88
表 5-16	現地対象地区及び住民インタビュー対象者	89
表 5-17	東ビサヤ地域の州別国民健康保険プログラム加入者数（2016 年 6 月現在）	94
BOX 5-1	CASILI 地区外のある町保健センター医師の話	73
BOX 5-2	ビコール地域教育病院のリーダーシップ（保健省地域事務所の話）	74
BOX 5-3	州政府関係者の話	76
BOX 5-4	防ぐことのできた自宅分娩	79
BOX 5-5	経産婦（35 歳）の話①	99
BOX 5-6	経産婦（35 歳）の話②	100
BOX 5-7	経産婦（19 歳）の話③	100

第 6 章

図 6-1	JICA 支援を受けたバランガイ保健センター	102
図 6-2	インタビューを行ったバランガイ保健センタースタッフ	103
図 6-3	妊産婦ケア給付認証のバランガイ保健センターの様子	106
表 6-1	現地インタビュー対象者	102
表 6-2	コーディレラ地域保健強化プロジェクト目標達成状況	103
表 6-3	東ビサヤ地域母子保健サービス強化プロジェクト目標達成状況	104

第 7 章

図 7-1	Household Profiling	110
図 7-2	次期案件の提案とプロジェクト成果を政策に反映させるメカニズム	113

要 旨

近年、フィリピンの母子保健指標は全体に改善されているが、妊産婦死亡率と早期新生児死亡・死産率は依然高く、地域間格差が存在する。2016年7月に発足したドゥテルテ新政権は、国家保健政策（Philippine Health Agenda）2016-2022において、すべてのライフステージで国民が必要とする医療を提供できるよう、医療サービス提供ネットワークを確立し、医療保険を保障するとしている。

1995年に公的医療保険が国民健康保険プログラム（National Health Insurance Program）に統合され、2016年6月末時点で国民の90パーセントが同プログラムに加入している。しかし、フィリピンにおける患者の医療費¹自己負担率は医療費²総額の5割を超えており、他の東南アジア諸国に比べても高い。また、医療保険に関する国民の認知度は未だ低く、利用率も12パーセントに留まる。2012年のSin Tax改定法によって、政府の保健医療予算³が大幅に増加したことを受け、貧困層及び貧困に近い層である人口の約4割が公費で保険加入できるようになった。しかし、富裕層と貧困層の総医療費には二倍以上の開きがある。フィリピンにおける対GDP総医療費は、東南アジアでは平均的であるが、先進国に比べると低い。

フィリピンの保健行政は地方分権化が進んでおり、公的医療サービスの提供主体は地方自治体である。公的医療サービスは主に国庫負担金と自治体予算で賄われている。自治体の収入源は地方交付税交付金、地方税、診療費、保険者からの支払い等である。保健医療サービスの質は、自治体の財政状況と自治体首長のリーダーシップに依るところが大きい。産科医療の適切な提供には機能的な医療サービス提供ネットワークが不可欠であるが、分権化したフィリピンの保健行政において、責任範囲を超える医療機関の連携は容易ではなく、患者が三次医療施設に集中するなどの問題も発生している。

フィリピンでは近年施設分娩が普及されつつあるが、未だ自宅分娩を好む女性も多い。その背景には地理的、文化的な要因も存在するが、最も大きいのが経済的要因である。施設分娩を行う場合、国民健康保険プログラムに加入していても、自己負担しなければならない医薬品、検査料、医療施設までの交通費、付き添い家族や子守りに対する費用等が発生する。また入院中の収入喪失も相まって、貧困家庭の経済的負担は大きい。

JICAの次期プロジェクトでは、これまでの経験を活かし、1) 質の良い基本的な保健サービスへのアクセス向上と（2）高額医療費による家計の経済的リスク回避という2つのアプローチから、母子保健サービスにおけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジを目指す活動及びその成果を政策に反映させるためのメカニズムの構築を行うことを提案する。

¹ 医療従事者が診察や治療などを行った際に支払う費用

² 保健および医療に投じた費用の合計

³ 収入や支出の計画、一会計年度における（中央政府や地方政府の）歳入・歳出の計画

第1章 調査の概要

1-1 調査の背景

2010年12月に前アキノ政権が掲げた国家保健政策「ユニバーサル・ヘルス・ケア」(Kalusugan Pangkalahatan)では、「すべての国民、とりわけ貧困層や僻地の住民など不利な状況におかれた人々が、過大な経済的負担をこうむることなく保健サービスを公平に受けられること」を目標に、3つの柱(①高額医療費による家計の経済的リスクの回避、②質の高い病院や医療施設へのアクセス向上、③保健医療関連のミレニアム開発目標達成)に沿ったプログラムが実施されてきた。特に1つ目の柱である「高額医療費による家計の経済的リスクの回避」については、1995年に設立されたフィリピン健康保険公社(Philippine Health Insurance Corporation: 以下、「PhilHealth」という。)を実施機関として、一元的に国民健康保険プログラム(National Health Insurance Program: NHIP)が実施されており、全国民を公的医療保険でカバーすることを目標とした。

2016年6月に発足したドゥテルテ政権は、「健康がすべてに繋がるよう、すべてを健康のために捧げよう」をスローガンとして、新国家保健政策Philippine Health Agenda 2016-2022を発表した。同政策では、保健に関連する持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals: 以下、「SDG」という。)の達成、医療による財政リスクの回避、国民の健康及び政府の誠意ある対応を目指し、①すべてのライフステージ⁴における三重疾病負担⁵(感染症、非感染性疾患に加え、グローバル化や都市化に伴う交通事故や精神疾患等を含む新興傷病)疾患への対策、②サービス・デリバリー・ネットワーク⁶の構築及び③国民皆保険を保障するとしている。

PhilHealthによると、2016年6月末時点で9,262.5万人、人口⁷の90パーセントが国民健康保険プログラムに加入しており、加入率は概ね増加傾向で推移している⁸。2012年12月にはSin Tax Lawが改定されたことで、増加した税収の大部分が貧困層の国民健康保険プログラム保険料減免に充てられている。

一方、フィリピンにおける医療費の自己負担は2000年から2012年にかけて実質150パーセント増加しており⁹、近年では総医療費に占める自己負担の割合が減少傾向にあるものの、

⁴ 妊婦、子供、青少年、成人、高齢者を含む。

⁵ (1)感染症と顧みられない熱帯病、(2)非感染性疾患及び(3)事故による外傷や精神疾患を含む、グローバルイゼーション、都市化、工業化に伴う傷病を指す。

⁶ サービス・デリバリー・ネットワークでは(1)基礎医療施設が三次医療機関とつながっており、(2)保健医療施設には機材と人材が整い(3)診療ガイドラインに沿った医療サービスが提供され、(4)専門医療拡大のため、リファーマルの徹底と電子医療の利用が推進されている。

⁷ 2015年の国勢簡易調査結果を基にした2015年8月1日のフィリピンの人口は100,981,437人である。<http://www.フィリピン統計機構.gov.ph/>

⁸ PhilHealth. (2016). Stats and Charts, December 31, 2015.

⁹ Bredenkamp C. & Buisman L. R. (2016).

2015年末時点においても44パーセントと依然として高い¹⁰。また、家計破たんをもたらす保健支出を経験した世帯の割合は2012年には2000年の約3倍である7.7パーセントに増えたと報告されている¹¹。他方、2015年末の時点においても全人口の国民健康保険プログラム利用率¹²は12パーセントと限定的である¹³。以上のことから、フィリピンでは国民健康保険プログラムへの加入が必ずしも保健医療サービスへのアクセス改善や医療による財政リスクの回避につながっているわけではないことがわかる。

日本政府は2013年に「国際保健外交戦略」において、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage：以下、「UHC」という。）の推進を打ち出した。また、2015年に開発協力大綱の保健分野の課題別政策として策定された「平和と健康のための基本方針」において、UHCの達成を政策目標として掲げ、日本の経験をもとに我が国が世界の保健医療を牽引していくべきことを強調している。

国際協力機構（Japan International Cooperation Agency：以下、「JICA」という。）は、フィリピンにおいてこれまで特に母子保健指標の悪い地方部や貧困地域を対象に協力を実施してきた。JICAの支援によって、対象地域においては母子保健サービスへのアクセス状況が確実に改善されているものの、フィリピン全土においては、未だ個人、家族、コミュニティ、保健システム等に起因する問題によって、必要なサービスへのアクセスが阻まれ、妊産婦が亡くなっていることが報告されている¹⁴。JICAは、引き続き妊産婦・新生児死亡率の削減とリプロダクティブ・ヘルスケアへのアクセス向上に向けたSDG3の達成を目指し、母子保健サービスの改善に向けた協力を行う一方で、新規プロジェクトでは、新国家保健戦略に対して貢献すべく、貧困層の母子保健サービスへのアクセスに影響を与える要因を分析し、母子保健分野におけるUHCを推進するための方策について検討するため、本件調査を実施することとした。

1-2 調査の目的

本調査は以下の2点を目的として2016年7月から12月まで実施された。

- 1) フィリピン国民健康保険プログラムの現況及び貧困層の母子保健を中心とした基礎保健サービスへのアクセスを阻む要因について分析する。
- 2) フィリピンの母子保健サービスを強化しつつ、同国のUHC達成に向けてJICAが貢献できる分野や方法を提案する。

¹⁰ PhilHealth. (2016). Stats and Charts, December 31, 2015.

¹¹ Bredenkamp C. & Buisman L. R. (2016).

¹² 利用率は、請求に応じて給付した件数／国民健康保険プログラム給付対象者数

¹³ PhilHealth. (2016). 2015 Stats and Charts.

¹⁴ Saniel, O. P. & Bermudez, A. N. C. (2016, August). Why do mothers die? A Maternal Death Review in Camarines Norte.

1-3 調査項目

フィリピンの母子保健サービス及びUHCの推進状況に関する課題分析結果と調査の目的に鑑み、本調査は表1-1の範囲において実施された。

表 1-1 調査項目

① 保健セクター概況の整理
母子保健を中心とした保健セクター全体の状況と課題の抽出
地域別母子保健関連指標の達成状況
地域別保健システム状況
ドナー支援動向
新政権における保健セクター優先事項の確認
② 国民健康保険プログラムによる貧困層の基礎的保健医療サービス提供体制及びアクセス状況の調査
国民健康保険プログラムに関する基本情報
国民健康保険プログラムでカバーされる人口の大きさに関する調査
国民健康保険プログラムでカバーされる保健サービスの範囲に関する調査
国民健康保険プログラムでカバーされる費用の割合に関する調査
③ 経済的アクセスに影響を与える要因の分析
妊産婦の病院へのリファールの際の交通手段の状況及び交通費負担の実態
妊産婦の病院へのリファールの際の心理的障壁
現場での経済的アクセスの問題に対処する保健省及び PhilHealth の体制
妊産婦の医療費自己負担の状況
保険給付額と診療費の差額支払い免除政策（No Balance Billing Policy）の実施状況
患者・医療従事者の母子保健サービスパッケージ及びプライマリーケアベネフィットに対する認知度
④ 今後の母子保健サービス強化及び UHC 推薦のための JICA の取組内容の検討

1-4 調査対象地域

首都圏において母子保健サービスとUHCの推進状況に関する基本情報を収集した後、以下の地域において詳細調査を実施した。

- ◆ ビコール地域
- ◆ 東ビサヤ地域
- ◆ コーディレラ地域

ビコール地域と東ビサヤ地域は、新規プロジェクトの対象地域候補であることに加え、以下の基準に基づき選定した（次頁表1-2参照）。

- ◆ 施設分娩率、医療従事者による産前健診受診率、産後2日以内の産後健診受診率などの母子保健指標の悪い地域
- ◆ 新政権で優先的に取り組むことが推奨された貧困20州のある地域
- ◆ 僻地（GIDA）指定の比率が高い地域（保健省データ参照）
- ◆ 人口が多い地域
- ◆ マニラから比較的アクセスの良い地域
- ◆ JICAのセキュリティ基準による活動制約が少ない地域



図 1-1 調査対象地域

表 1-2 調査対象地域選定基準¹⁵

地域	2015年人口 ¹	施設分娩 ²		産前健診 ²		産後健診 ²		GIDA比率(%) ³	貧困20州 ⁴
		%	順位	%	順位	%	順位		
1. Mimaropa - 4B	2,963,360	37	15	91	15	50	15	7	—
2. Soccksargen - 12	4,545,276	49	13	92	14	54	14	14	○
3. Zamboanga Peninsula - 9	3,629,783	43	14	94	13	55	13	14	○
4. Northern Mindanao - 10	4,689,302	53	10	95	12	58	12	12	○
5. Caraga - 13	2,596,709	56	9	97	9.5	63	11	24	—
6. Cagayan Valley - 2	3,451,410	51	12	97	7	67	10	20	—
7. Bicol Region - 5	5,796,989	51	11	97	9.5	74	7	19	○
8. Eastern Visayas - 8	4,440,150	62	7	96	11	77	5	9	○
9. Davao Region - 11	4,893,318	63	6	98	5	73	9	14	○
10. Western Visayas - 6	4,477,247	61	8	98	3	73	8	21	○
11. Calabarzon - 4A	14,414,774	66	5	97	8	77	4	2	○
12. Ilocos Region - 1	5,026,128	67	4	97	6	78	3	16	○
13. Central Luzon - 3	11,218,177	68	3	98	4	76	6	11	—
14. Central Visayas - 7	6,041,903	72	2	98	1	83	2	5	○
15. CAR	1,722,006	75	1	98	2	83	1	42	○

出所：¹国勢簡易調査（2015）、²National Demographic and Health Survey（2013）、

³保健省地域保健システム開発局、⁴保健省

以上の2地域に加え、JICA技術協力「コーディレラ地域保健システム強化プロジェクト」が実施されているコーディレラ地域も調査対象とし、同プロジェクトの好事例、課題、教訓を新規プロジェクトへの提案に役立てることとした。

1-5 調査手法

本件調査では、デスクレビューと現地調査を通じて現状分析とフィリピンにおけるJICAの支援内容に関する提案を行った。

(1) デスクレビュー

上述した調査項目について、調査期間を通じて、政府、ドナー、Non Governmental Organization（以下、「NGO」という。）などによる既存の学術論文や報告書のレビュー・分析を行った。

(2) 現地調査

フィリピンにおいて、相手国政府（特に保健省本省・地域事務所及び地方自治体）、開発パートナー、NGO並びにその他関連機関に対する定性的聞き取り調査を実施した。また、調査対象地域（ビコール、東ビサヤ、コーディレラ）では、医療従事者、患者、住民に対する定性的聞き取り調査（キー・インフォーマント・インタビュー及びフォーカス・グループ・ディスカッション）を行い、サプライサイド（医療提供側）とデ

¹⁵ 首都圏（NCR）と ARMM は新規プロジェクトの対象地域とする可能性が低く、ネグロス島地域（NIR）は2015年に分離したため含まれていない。

マンドサイド（受益者側）の両面から母子保健サービスへのアクセスの状況を明らかにした。このほか、必要に応じて様々なレベルの関連医療機関の視察を行った。それぞれの調査項目に必要なデータとその収集方法は表1-3の通りである。

表 1-3 調査項目の詳細と調査方法

調査大項目	調査小項目	情報ソース	調査方法	
1. 母子保健分野を中心とした保健セクター全体の状況と課題の抽出 地域別母子保健関連指標の達成状況 地域別保健システム状況 ドナー支援動向 次期政権における保健セクター優先事項の確認	保健セクターの概況	・ インターネット ・ 各種統計資料 ・ 日本側有識者	・ デスクレビュー ・ 関係者聞き取り	
	母子保健分野の成果と課題			
	妊産婦死亡率 子供の死亡率	・ インターネット ・ 各種統計資料		
				母子保健サービス利用率
	保健サービス提供体制 保健人材 保健予算 国民健康保険プログラム 認証施設数	・ インターネット ・ 各種統計資料 ・ 日本側有識者		
				保健システム分野の動向
				母子保健分野の動向
	母子保健に関する優先事項 母子保健以外の保健セクター優先事項	・ インターネット ・ 日本側有識者		
				保健システム分野の動向
	2. 国民健康保険プログラムに関する基本情報 国民健康保険プログラムでカバーされる人口の大きさに関する調査 国民健康保険プログラムでカバーされる保健サービスの範囲に関する調査 国民健康保険プログラムでカバーされる費用の割合に関する調査	組織・体制		・ インターネット ・ 保健省 ・ PhilHealth ・ 有識者
財源・予算				
支払いメカニズム				
認証制度				
啓発活動				
プログラム毎のカバー率		・ 保健省 ・ PhilHealth		
			地域毎のカバー率	
貧困層の国民健康保険プログラム加入・利用率		・ インターネット ・ 保健省 ・ PhilHealth ・ 貧困者	・ デスクレビュー ・ FGD ・ 関係者聞き取り	
国民健康保険プログラム未加入の理由		・ 国民健康保険プログラム未加入者	・ FGD ・ 聞き取り	
国民健康保険プログラムカバー人口の特性		・ PhilHealth	・ 聞き取り	
各プログラムの給付内容	・ インターネット ・ PhilHealth	・ デスクレビュー ・ 関係者聞き取り		
自己負担の内容 自治体による費用負担の内容 貧困層の国民健康保険プログラム未加入者の扱い	・ 保健省 ・ PhilHealth ・ 国民健康保険プログラム加入者	・ デスクレビュー ・ 関係者聞き取り		
			・ 保健省/地方自治体 ・ PhilHealth ・ 医療機関	
	・ 医療機関 ・ PhilHealth ・ 国民健康保険プログラム未加入者		・ デスクレビュー ・ FGD ・ 関係者聞き取り	

調査大項目	調査小項目	情報ソース	調査方法			
3. 妊産婦の医療施設へのアクセスの際の交通手段の状況及び交通費負担の実態	balanガイ保健センター/町保健センターから病院までの距離・インフラの状態	<ul style="list-style-type: none"> 保健省/地方自治体 医療従事者/ balanガイ・ヘルス・ワーカー 妊産婦授乳婦 balanガイ関係者 援助機関/NGO PhilHealth 一般市民 	<ul style="list-style-type: none"> デスクレビュー 関係者聞き取り FGD 			
	交通手段の選択肢と要する時間					
	交通費、家庭の収入源とレベル					
	交通手段・費用への支援の有無					
	妊産婦の医療施設へのアクセスの際の心理的障壁	病院・病院関係者に対するイメージ	<ul style="list-style-type: none"> 保健省/地方自治体 医療従事者/ balanガイ・ヘルス・ワーカー 妊産婦授乳婦 伝統的産婆 伝統的リーダー 援助機関/NGO 			
		病院での実体験・感想(家族・友人の体験を含む)				
		病院へのリファーマル決断の決定要因				
		病院へのリファーマルの決定権者				
	現場での経済的アクセスの問題に対処する保健省及び PhilHealth の体制	病院に行かない場合の対処	<ul style="list-style-type: none"> インターネット 保健省 PhilHealth 一般市民 			
		保健省・PhilHealth の経済的アクセス問題への対処				
		保健省の国民健康保険プログラム以外の社会保障・貧困対策制度等による医療サービスへの経済的アクセス対策			<ul style="list-style-type: none"> インターネット 保健省 PhilHealth 	<ul style="list-style-type: none"> デスクレビュー 関係者聞き取り
		保健省のリファーマル・救急搬送等に関する制度・体制			<ul style="list-style-type: none"> 保健省/地方自治体 	<ul style="list-style-type: none"> 関係者聞き取り
地方自治体による交通費負担制度の内容						
妊産婦の医療費自己負担の状況	PhilHealth の給付パッケージ内容(経済的アクセス関係)	<ul style="list-style-type: none"> PhilHealth 	<ul style="list-style-type: none"> デスクレビュー 関係者聞き取り 			
	産前健診・出産・PNC に係る医療施設での支払額	<ul style="list-style-type: none"> 過去 1 年以内に出産した女性 保健省 医療機関 PhilHealth 	<ul style="list-style-type: none"> 関係者聞き取り FGD (PNC 受診時、コミュニティー) 			
医療施設での No Balance Billing Policy の実施状況	産前健診・出産・PNC に係る医療費に対する国民健康保険プログラムからの還付金	<ul style="list-style-type: none"> 過去 1 年以内に出産した女性 PhilHealth 	<ul style="list-style-type: none"> 関係者聞き取り FGD (PNC 受信時、コミュニティー) 			
	医療関係者の No Balance Billing Policy の認知度	<ul style="list-style-type: none"> 医療従事者 	<ul style="list-style-type: none"> 関係者聞き取り 			
患者、医療従事者の母子保健サービスパッケージ及びプライマリーケアベネフィットに対する認知度	No Balance Billing Policy の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関 保健省/地方自治体 患者 	<ul style="list-style-type: none"> 関係者聞き取り FGD 			
	妊産婦、医療従事者の母子保健サービスパッケージに対する認知度	<ul style="list-style-type: none"> 医療従事者/ balanガイ・ヘルス・ワーカー 妊産婦授乳婦 患者 balanガイ関係者 援助機関/NGO 				
	患者、医療従事者のプライマリーケアベネフィットに対する認知度					

現地調査における主要な聞き取り先は表1-4の通りである。

表 1-4 主要な聞き取り先

	聞き取り先
政府関係	保健省 (Family Health Office、Bureau of Local Health Systems Development、Health Policy Development and Planning Bureau、Bureau of Local Health Systems Development、Health Human Resources Development Bureau、Health Facility Development Bureau、Bureau of International Health Cooperation、ピコール地域事務所、東ビサヤ地域事務所)
	地方自治体 (州市町)
	保健省・州・市・町の病院、市・町・バランガイ保健センターの医療従事者
	バランガイ・ヘルス・ワーカー
	バランガイチェアマン及び議員
	コミュニティー・ヘルス・チーム (Community Health Team: CHT)
	PhilHealth (中央及び地方自治体レベル)
	社会福祉開発省 (中央・地域・州・町レベル)
開発パートナー	WHO、UNICEF、UNFPA、World Bank、ADB、EU、USAID
	NGO
コミュニティー	妊産婦授乳婦
	伝統的産婆
	伝統的・宗教リーダー
	医療施設の患者
	コミュニティー組織 (Community-based organization) や女性グループ
その他	PhilHealth 取扱民間病院やクリニック
	民間保険会社
	JICA 事務所、JICA 専門家、日本大使館
	救急車サービスの運営公社
	大学やシンクタンク

1-6 調査団員

本調査は、表1-5の団員構成で実施した。

表 1-5 調査団員

氏名	担当分野	会社名
中村 治代	総括/UHC	グローバルリンクマネージメント株式会社
平野 明子	母子保健 1/保健システム	グローバルリンクマネージメント株式会社
高志 名美	母子保健 2/受益者ニーズ	グローバルリンクマネージメント株式会社
横沢 静磨	保健財政	デロイトトーマツファイナンシャルアドバイザー合同会社

1-7 調査スケジュール

本調査の全体工程は2016年7月から12月であり、この間フィリピンにおける現地調査を3回実施した。全三回の調査日程については、別添資料1から4を参照されたい。調査における業務の流れは次頁図1-2に示す通りである。

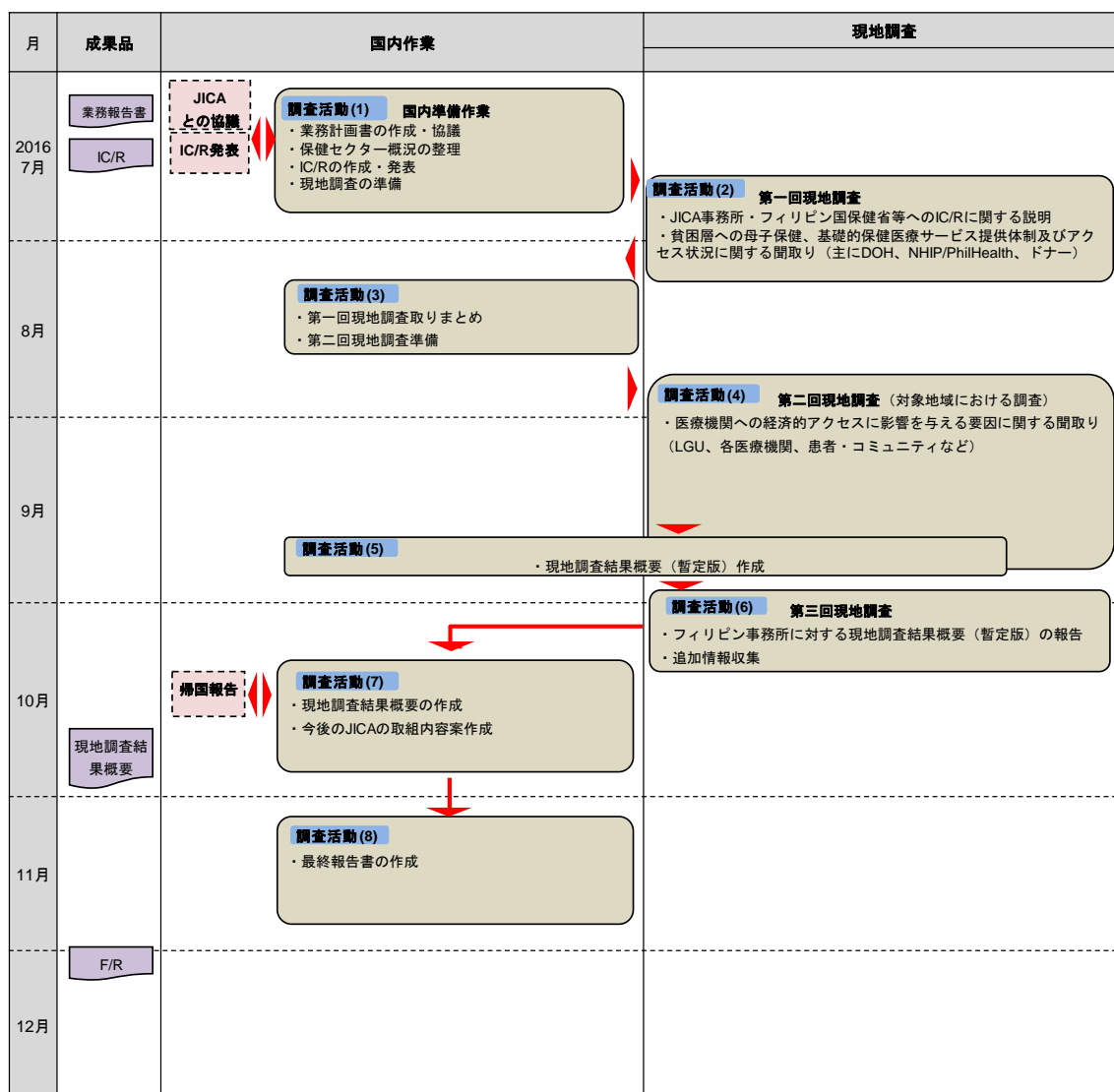


図 1-2 フィリピン共和国 UHC 情報収集確認調査における業務の流れ

第2章 フィリピンの経済・社会情勢

2-1 地理、民族と宗教

フィリピンは東南アジアの7,107の島から成る群島である。その地形はほとんどが山岳地帯と沿岸の低地であり、高温多湿、多雨という特徴の熱帯海洋性気候である。西太平洋の台風地帯にあるため、フィリピンは毎年6月から11月の雨季になると、平均20件もの台風に見舞われる。加えて、多くの地震と火山の噴火が起きる環太平洋火山帯の一部であるため、フィリピンは最も災害の多い国の一つになっている¹⁶。

2010年の国勢調査¹⁷によると、フィリピン国民の92.6パーセントがキリスト教徒であり、そのうち80.6パーセントがカソリック教徒、5.6パーセントがイスラム教徒、0.05パーセントが仏教徒である。約180もの民族が存在し、それぞれが独自の言語を使用する。最も広く使用されている言語は国民の24.4パーセントが使用しているタガログ語である。その他、セブアノ語、イロカノ語、ヒリガイノン語（イロンゴ語）、ビサヤ語、ビコール語、レイテ・サマール語（ワライ語）等がある。フィリピンの公用語はタガログ語と英語に由来するフィリピン語である。

2-2 人口統計と未来予測

2000年に76,506,928人であったフィリピンの人口は、2010年に92,337,852人、2015年には100,981,437人に増加している。図2-1に見られる通り、フィリピンの人口は未だ非常に若く、ピラミッド型を維持している。

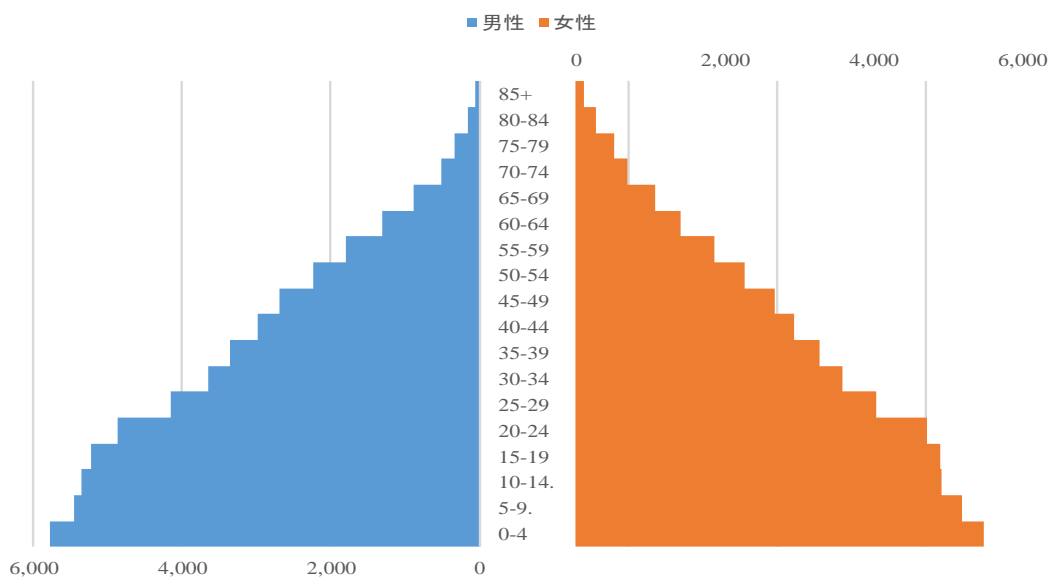


図 2-1 2015 年フィリピンの人口ピラミッド（千人）

出所：Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations

¹⁶ Kwon S. & Dodd R. (Eds.). (2011). The Philippines Health System Review, WHO Health Systems in Transition.

¹⁷ Philippine Statistics Authority (2011). The 2010 Census of Population and Housing.

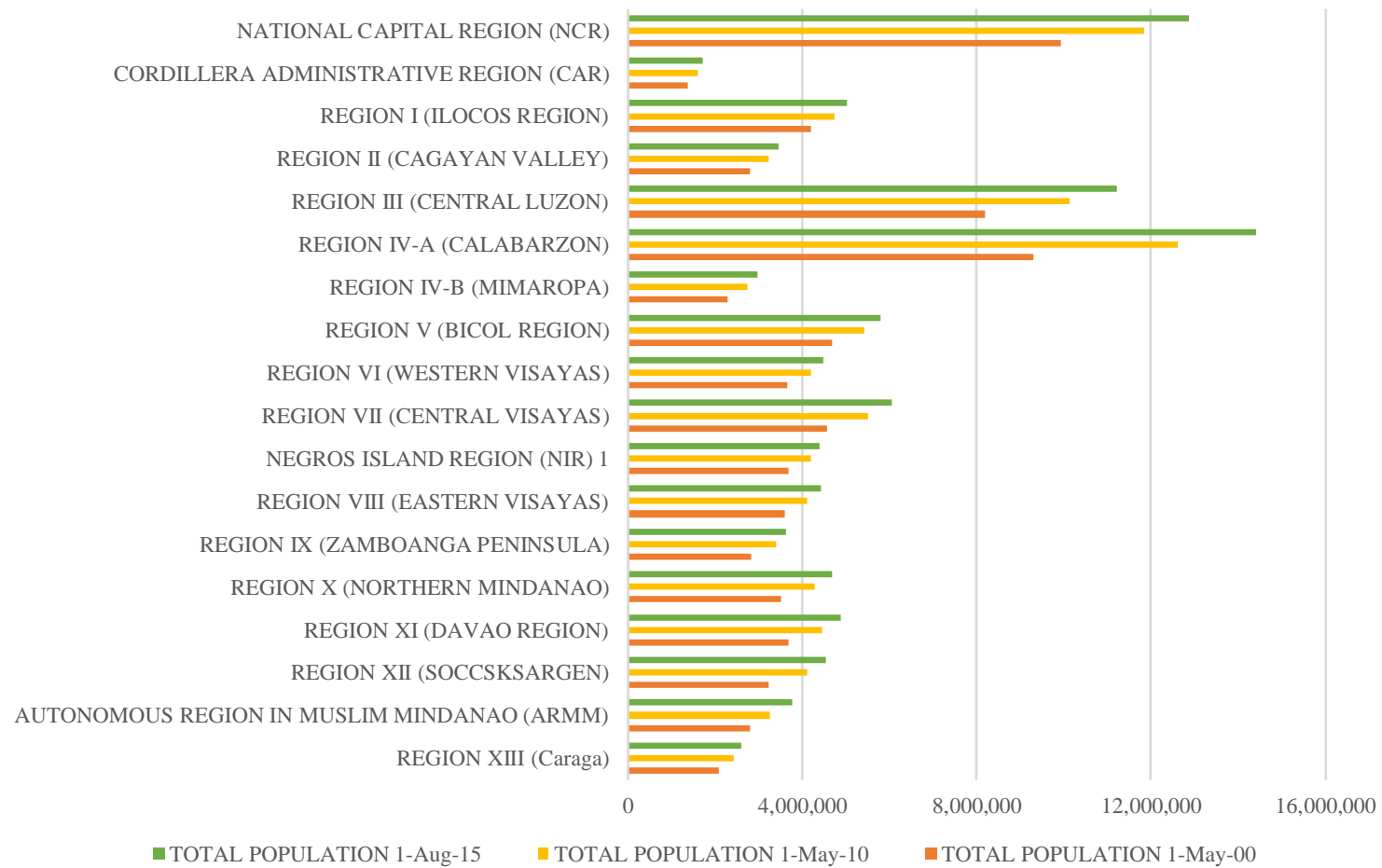


図 2-2 フィリピン及び各地域の人口 (2000-2015)

出所 : The Philippine 2015 Population Census. <https://psa.gov.ph/content/highlights-philippine-population-2015-census-population>.

前頁図2-2は、同じく2000年、2010年、2015年の各地域における人口であるが、この間の平均人口増加率は最も高いカラバルソン地域の 2.85パーセントから最も低いネグロス島地域の1.14パーセントまで地域差がある¹⁸。2016年の人口は102,250,133人、人口増加率1.54パーセント、人口密度1 km²あたり343人と推計されている。フィリピンの人口はこのまま増加し続け、2050年には148,260,478人になると予想されている¹⁹。

2015年の年齢3区分の人口構成：0～14歳、15～64歳、65歳以上の総人口比はそれぞれ31.9パーセント、63.5パーセント、4.6パーセント、従属人口指数²⁰は57.5（年少人口指数²¹は50.3、老年人口指数²²は7.2）である。また2010年から2015年における女性一人あたり合計特殊出生率は3.04、5歳未満児死亡率は出生1,000人当たり30人、出生時平均余命は68年と見込まれている²³。

合計特殊出生率は日本の1951年から1952年頃に近く²⁴、従属人口指数、年少人口指数、老年人口指数共に日本の1960年代に近い。また、出生時平均余命²⁵、0～14歳の人口比率及び15～64歳の人口比率は1960年の日本とほぼ同様である。しかし、65歳以上の人口比率は、すでに5.7パーセントであった日本の1960年の水準よりも低い²⁶。

高齢化はフィリピンにおいて問題になりつつあるが、近い将来の問題ではない²⁷。フィリピンが、65歳以上の人口比率が7パーセントを超える「高齢化社会」となるのは2030年から2035年の間、14パーセントを超える「高齢社会」となるのは2070年から2075年の間だと予測される。倍加年数²⁸は35年から45年ということになり²⁹、24年という日本の倍加年数よりもかなり長い³⁰。

¹⁸ The Philippine 2015 Population Census.

<https://psa.gov.ph/content/highlights-philippine-population-2015-census-population>.

¹⁹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Worldometers. www.Worldometers.info. 及び World Population Prospects: 2015 年改訂版（中位予測）

²⁰ 年少人口と老年人口が生産年齢人口に対して占める比率。働き手である生産年齢人口 100 人が年少者と高齢者を何人支えているかを示す。従属人口指数 = (年少人口 + 老年人口) ÷ 生産年齢人口 × 100

²¹ 年少人口指数は生産年齢人口（15～64 歳）に対する年少人口（15 歳未満）の比率。

²² 老年人口指数は生産年齢人口に対する老年人口（65 歳以上）の比率。

²³ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision. Volume II: Demographic Profiles.

²⁴ 国立社会保障・人口問題研究所. (2016). Population Statistics.

http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2016.asp?fname=T04-03.htm.

²⁵ 厚生労働省. 簡易生命表. <http://kaiwa-kouza.com/contents/sub/statistics/longevity.html>.

²⁶ 日本の統計 2016. (2016) 総務省統計局 <http://www.stat.go.jp/data/nihon/02.htm>

²⁷ ここで表す人口推計は、すべて中位推計である。

²⁸ 65 歳以上の人口が 7 パーセントの状態からその倍の 14 パーセントになるのにかかる年数。通常、各国の高齢化のスピードを表す目安となる。

²⁹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Interactive data of World Population Prospects, the 2015 Revision. <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.

³⁰ 国立社会保障・人口問題研究所. (2012). Population Statistics.

http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2012.asp?fname=T02-18.htm

労働力人口（15～64歳）の比率は、2055年の66.7パーセントをピークに低下に転じる一方で、従属人口指数は同年の33.3を底に上昇に転じることが予測されている³¹。日本では、この労働力人口と従属人口の転換期を1990年代前半に迎えている³²。また、現在のフィリピンの従属人口指数は、老年より年少の方が格段に高いが（老年7.2、年少50.3）、2090年には年少と老年が共に31.1となり、その後はゆっくりと老年の従属人口指数の方が高くなる³³。日本ではこの転換期を1990年代後半に迎えている³⁴。

2-3 貧困と経済格差

2015年におけるフィリピンの国民総所得（以下、「GNI」という。）³⁵は3,570億米ドル、一人当たりGNI³⁶は3,540米ドルであり、実質国内総生産（以下、「GDP」という。）の成長率は2010年から2015年の間、6パーセント台を維持した。フィリピンは世界銀行によって低所得国と定義されている^{37,38}。

フィリピン統計機構（Philippine Statistics Authority: PSA）は、2015年7月と2016年1月に実施された家計調査（Family Income and Expenditure Survey: FIES）を基に、2015年のフィリピンの貧困率³⁹は21.6パーセントであると発表した。貧困率については、カンボジア、タイ、ベトナム、ラオス等の東南アジア諸国が改善を見せている中、フィリピンでは過去10年間変化が見られない（次頁図2-3参照）。今日、フィリピンの貧困率は、東南アジアの中で最も高くなっている。

³¹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Interactive data of World Population Prospects, the 2015 Revision. <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.

³² 日本の統計 2016. (2016). 総務省統計局. <http://www.stat.go.jp/data/nihon/02.htm>

³³ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Interactive data of World Population Prospects, the 2015 Revision. <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.

³⁴ 日本の統計 2016. (2016). 総務省統計局. <http://www.stat.go.jp/data/nihon/02.htm>

³⁵ 当時の米ドルの市場価格に換算。

³⁶ 世界銀行の Atlas Method を用いた計算（当時の米ドルに換算）。

³⁷ 世界銀行の所得レベルによる国の分類は毎年7月に行われるが、その基準となるのが前年度の一人当たりGNI。2017年度は一人当たりGNIが1,026米ドルから4,035ドルの場合、低所得国に分類される。

³⁸ World Bank Open Data. <http://data.worldbank.org/>

³⁹ 全人口に占める貧困線以下（フィリピンの場合、貧困線は食料と食料以外の消費を基に定義される）で生活する者の割合。2015年の貧困線は5人家族で9,064ペソ/月であった（出所：Philippine Statistics Authority. <https://psa.gov.ph/poverty-press-releases>）。

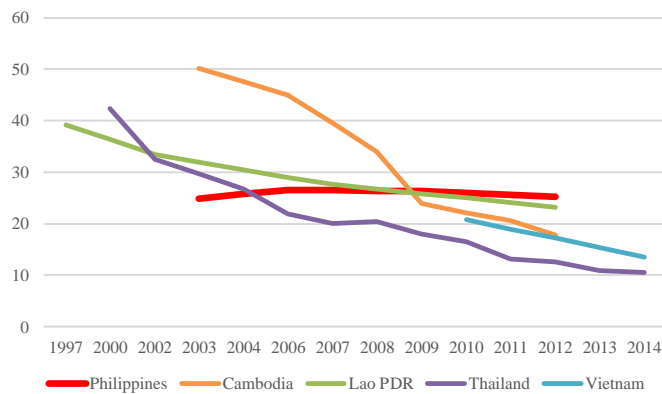


図 2-3 東南アジア諸国の貧困率の推移（パーセント）1997-2014

出所：World Bank. The World Development Indicators

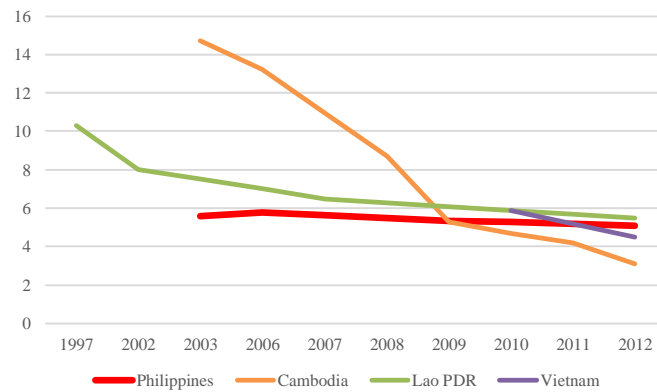


図 2-4 東南アジア諸国の貧困ギャップの推移（パーセント）1997-2012

出所：World Bank. The World Development Indicators

一方、2012年の貧困ギャップ率⁴⁰は5.1パーセントであった。2003年から若干の改善が見られ、この10年間で貧困者数及びその深度はやや緩和されてきていると言える。しかし、フィリピンの改善の度合いは、カンボジア、ラオス、ベトナム等の東南アジア諸国と比較すると最低限に留まり、2012年の貧困ギャップ率においては、これらの国々の中で二番目に高かった（図2-4参照）。

国内の所得配分の不平等さを測定するジニ指数からは、フィリピンでは所得配分が不平等に行われていることが示唆される。フィリピンのジニ指数は1996年の直後が最も高く、過去30年間改善が見られない。今日、フィリピンは東南アジアの中で最も所得格差の大きい国となっている（次頁図2-5参照）。

⁴⁰ 貧困ギャップ率（Poverty Gap Ratio）とは、貧困者の支出・収入がどの程度貧困線を下回っているかを示す指標である。そのため、貧困ギャップは「貧困の深さ（Poverty Depth）」と言い換えられることがしばしばある。つまり、これは貧困層の貧困状況がどれほど深刻かを図る指標ということになる。

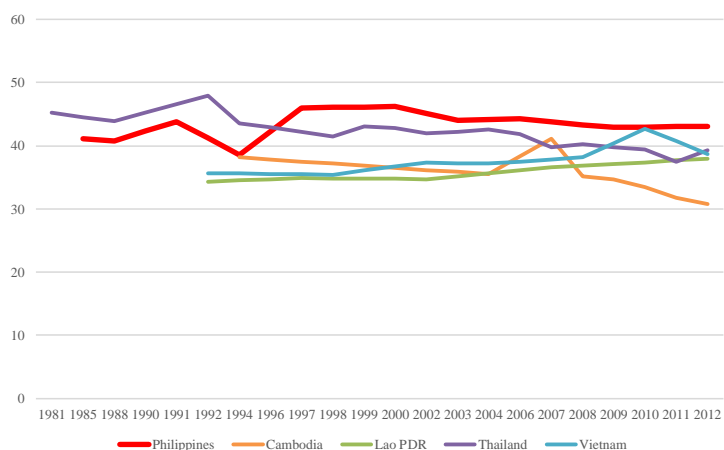


図 2-5 東南アジア諸国のジニ指数の推移（世界銀行推計）1981-2012

出所：World Bank. The World Development Indicators

2-4 産業構造と労働市場

2014年のフィリピンにおけるGDPに占める産業は、高いものから製造業（20.6パーセント）、商業（17.7パーセント）、農業（11.3パーセント）、金融業（7.8パーセント）、建設業（6.6パーセント）であった。フィリピンの産業構造は過去30年間ほとんど変化が見られない⁴¹。

2014年のフィリピンの労働力人口⁴²（15～64歳）は4,137.9万人と推計されている。労働人口のうち雇用されているのが3,865.1万人、雇用されていないのが272.8万人であり、完全失業率⁴³は6.6パーセントである。雇用されている人口のうち、サービスセクターの労働人口が占める割合が最大（54パーセント）であり、そのうち最も大きな割合を占めたのは、卸売・小売業または自動車・オートバイ修理業の従事者だった（サービスセクターの労働者の34.7パーセント）。2番目に割合が大きかったのは農業セクター（30.1パーセント）であり、工業セクターの労働人口の割合が最も低かった（15.9パーセント）⁴⁴。工業セクターのうち最も多くを占めたのは製造サブセクター（52.1パーセント）であり、続いて建設業が多かった（41.9パーセント）⁴⁵。

⁴¹ アジア開発銀行. 2015. Key Indicators for Asia and the Pacific 2015.

<http://www.adb.org/sites/default/files/publication1-75162/cam.pdf>

⁴² 15歳以上の総人口のうち、(1) 無職であり、(2) 働くことができ、(3) 現在求職中若しくは有効な理由により求職をしていない者。

⁴³ 労働意欲のある人口のうち、雇用されていない割合。

⁴⁴ 公益財団法人 国際労働財団. 2014年フィリピンの労働事情.

http://www.jilaf.or.jp/rodojjyo/asia/southeast_asia/philippines2014.html

⁴⁵ アジア開発銀行. (2015). Key Indicators for Asia and the Pacific 2015.

<http://www.adb.org/sites/default/files/publication1-75162/phi.pdf>

第3章 保健セクターの概況

3-1 母子保健を中心とした保健政策・システムと課題

(1) 保健行政

フィリピンの保健行政は地方分権化が進んでおり、保健省（Department of Health: DOH）が保健医療に関する政策・方向性、国家計画、技術基準・ガイドラインの提供及び一部の三次医療病院（国立病院、地域病院及び専門病院）の管理を行う一方で、医療サービスの提供主体は地方自治体（Local Government Unit: LGU）⁴⁶と民間セクターである。州（Province）は三次医療施設の一部と二次医療施設（州病院、郡病院）、市（City）及び町（Municipality）は、一次医療と二次医療（母子保健、栄養含む）を提供している。

地方自治体は、1991年地方自治体法（Local Government Code of 1991）に基づいてサービス提供の責任を負うが、各地域（Region）に設置されている保健省の地域事務所から技術的ガイダンスを受ける。州政府には州保健局、市町役所には保健事務所が設けられている。最小行政単位であるバラングイには、首長であるバラングイ・キャプテンの下、保健等各分野担当の委員が任命されている。

原則、地方自治体の保健人材は自治体が雇用するが、加えて保健省が雇用・配属する人材が存在する。開発管理担当官（Development Management Officer : DMO）は、州においてそれぞれ複数の市町を担当し、州以下の保健人材への技術支援、保健省プログラムの進捗管理や地域事務所への報告等を行う。また、町保健センター（Rural Health Unit）やバラングイ保健センター（Barangay Health Station）にも保健省が雇用した看護師や助産師等が配属されている⁴⁷。

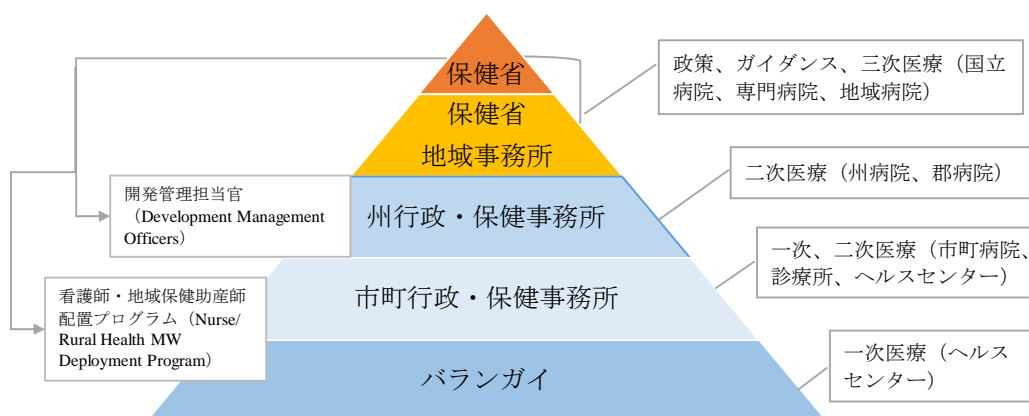


図 3-1 フィリピン保健行政の構造

出所：調査団作成

⁴⁶ 州、市、町、すべての自治体を総称して地方自治体という。

⁴⁷ 北サマール及び東サマール州の開発管理担当官からは、各人の配属契約期間は半年程度と短く、短期間で更新していると報告された。

フィリピンには、インターローカル・ヘルス・ゾーン（Inter-Local Health Zone）とサービス・デリバリー・ネットワーク（Service Delivery Network）という二種類の医療サービス提供ネットワークが存在する。インターローカル・ヘルス・ゾーンは1986年にWHOが提唱したDistrict Health Systemのフィリピンにおける取組であり、一定の地域に居住する住民がより良い医療が受けられるよう、一次医療施設から核となるリファerral病院までの連携を複数の地方自治体が共同で促進する医療サービスのネットワークである⁴⁸。他方、サービス・デリバリー・ネットワーク（2014年Administrative Order No. 2014-0046）は、前アキノ政権によって提唱されたもので、同様のコンセプトであるが、州政府もしくは市の保健事務所が形成する医療サービスネットワークである。現状としては両者が共存しているが、保健省は2016年よりサービス・デリバリー・ネットワークの定義と機能をより明確化し、全国に推し進めることを計画している⁴⁹。

保健省は公平で効果的な地方医療行政を目指し、モニタリング評価のツールとして30の指標を有する地方自治体スコアカード（別添資料5参照）を使用している。保健省は地方自治体に対し、地域保健投資計画（Local Investment Plan for Health）という3か年計画の策定を義務付けている。地域保健投資計画は、特に保健管理職のキャパシティ・ビルディングに主眼を置き、地方自治体の医療行政計画策定能力の向上を目的として2014年に導入された。地域保健投資計画に基づき、毎年、年次実施計画（Annual Operational Plan）が立案され、保健省と地方自治体との間で実務者レベルの同意書（Service Level Agreement）が交わされる。地方自治体スコアカードの結果は、基本的にはこの計画過程において活用される。30の指標のうち、特定の指標に関するパフォーマンスが良かった地方自治体には、相応の資金が地域保険開発局（Bureau of Local Health Development）より与えられる。この資金は公衆衛生事業において活用される。地方自治体スコアカードのためのデータ収集は、市町レベルに事務所を有する内務地方自治省（Department of Interior and Local Government）の職員によって行われている⁵⁰。

(2) 保健政策

前アキノ政権時、フィリピン政府はユニバーサル・ヘルス・ケアを国家保健政策（2011-2015）の理念とし、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals）の達成を促進した。2016年7月に発足したドゥテルテ新政権が発表した新国家保健政策（Philippine Health Agenda）2016-2022の内容は、次頁BOX 3-1の通りである。

⁴⁸ 保健省のホームページ <http://www.保健省.gov.ph/inter-local-health-zone>

⁴⁹ 保健省 Bureau of Local Health Systems Development, Health System Development Division, サービス・デリバリー・ネットワーク担当者からの聞き取りによる。（2016年8月1日）

⁵⁰ 保健省 Bureau of Local Health Systems Development 地方自治体スコアカード担当者からの聞き取りによる。（2016年8月5日）

BOX 3-1 国家保健政策（Philippine Health Agenda）2016-2022

~健康がすべてに繋がるよう、すべてを健康のために捧げよう~

目標:

1. 社会経済的、民族的、地理的、およびジェンダーによる格差なく、すべての国民が健康を享受できるようにする。
2. 健康を増進し、国民が保健サービスを利用する際には、一人一人が尊重され、価値ある人間として扱われ、元気づけられるようなシステムにする。
3. 貧困層、弱者層を含むすべての家族の高額医療費による貧困化を防ぐ。

価値:

公平性、品質、効率性、透明性、責任、持続性及び回復力

保障:

1. すべてのライフステージにおける全国民及び各個人の健康増進と健康維持、三重疾病負担の予防と治療、合併症の予防、リハビリの実施及び痛みの緩和
2. 機能的サービス・デリバリー・ネットワークを通じた保健医療サービスへのアクセス向上
3. 国民皆保険を通じた保健医療サービスへのアクセスによる経済的負担からの解放

戦略:

- A**dvance Quality, Health Promotion and Primary Care (質の高い健康増進と基礎医療の提供。)
- C**over all Filipinos against Health-Related Financial Risk (すべてのフィリピン人の高額医療費による経済的リスク回避)
- H**arness the Power of Strategic Human Resources for Health Development (保健開発のための戦略的人材の力の活用)
- I**nvest in eHealth and Data for Decision-Making (保健政策決定のためのデータと電子医療への投資)
- E**nforce Standards, Accountability, and Transparency (道徳的規範、責任と透明性の強化)
- V**alue All Clients and Patients, especially the Poor and Vulnerable (貧困層、弱者を含むすべての患者の尊重)
- E**licit Multi-sectoral and Multi-stakeholder support for Health (セクター横断的且つ多様なステークホルダーの保健医療分野への支援奨励)



出所：保健省 Office of the Secretary 及び Health Policy Development and Planning Bureau. (2016). Philippine Health Agenda 2016-2022 Healthy Philippines 2022.

保健省を含むフィリピンの政府機関は、大統領が掲げる社会経済10課題（10-point SocioEconomic Agenda: 次頁BOX 3-2参照）に基づき、政策目標（Agenda）を策定し、内閣書記官を通じて大統領の承認を得る。社会経済10課題は国家開発計画であるフィリピン開発計画（Philippine Development Plan）の基礎となる。国家保健政策（Philippine Health Agenda）は社会経済10課題の7番目と10番目の課題への貢献となる。国家保健政策2016-2022はフィリピン開発計画2017-2022の社会開発に関する章の中に組み込まれる⁵¹。

⁵¹ 保健省の Health Planning Division, Health Policy Development and Policy Bureau からの提供資料。(2016年10月24日)

BOX 3-2 ドゥテルテ大統領の社会経済 10 課題
(10-point Socioeconomic Agenda of President Duterte)

1. 現行の財政、通貨、通商に関するマクロ経済政策を維持する。
2. 革新的な税制改革と、インフレに対応したより効果的な課税法を導入する。税改正にかかる提案は 2016 年 9 月までに国会に提出する。
3. 競争力を高め、起業しやすい環境を整えた成功モデルを構築し、ダバオのような地方都市にビジネスを誘致する。また、海外の直接投資を推進するため、土地所有を除く海外のビジネス所有に係る憲法上の制約を緩和することを求める。
4. 官民連携が主要な役割を果たせるよう、GDP の 5 パーセントを目標にインフラへの年間投資を増額する。
5. 農業と農村向けビジネスの生産性向上と農村観光業を促進するため、農村とバリューチェーンの開発を促進する。
6. 土地所有権を保障し、土地への投資を推進し、土地管理と土地所有権を所管する政府機関が抱える問題を明らかにする。
7. ビジネスや民間セクターの求める人材を育成できるよう、保健や教育制度を含む人的資源開発に投資し、技能習得のための研修を提供する。
8. 持続的且つ包括的な開発のための技術革新と創造性を育むため、科学、テクノロジー、創造芸術を推進する。
9. 経済不安と経済的衝撃から貧困層を守るため、条件付き現金給付を含む社会保護プログラムを改善する。
10. 特に貧困夫婦が家計と家族計画に関し、十分な情報を得た上で適切な選択ができるよう、責任ある保護者とリプロダクティブヘルス法の執行を推し進める。

他方、新政権は表3-1の20州を優先的に取り組むべき貧困州（High Poverty Sites）として指定し、開発パートナーにもこれらの州を優先的に支援するよう呼び掛けている。

表 3-1 優先的に取り組むべき貧困 20 州（High Poverty Sites）

地域名	州名
Cordillera Administrative Region	Apayao
Ilocos Region	Pangasinan
Carabarzon Region	Quezon
Bicol Region	Camarines Sur
Western Visayas Region	Negros Occidental, Ilo-ilo
Central Visayas Region	Cebu
Eastern Visayas Region	East Samar, North Samar North Leyte
Zambonanga Peninsula Region	Zamboanga Del Sur, Zamboanga Del Norte
Northern Mindanao Region	Camiguin
Davao Region	Davao Del Sur
Soc 南カマリネス ksargen Region	North Cotabato, Sarangani
ARMM	Sulu, Maguindanao, Lanao Del Sur

出所：保健省配布資料

(3) 医療財政

表3-2はフィリピンの医療財政を取り巻く近年の状況を示している。

表 3-2 フィリピンの医療財政⁵² (2012 - 2014 年)

	2012	2013	2014			
1. マクロ経済指標						
人口 (百万人) ^a	96.0	97.6	99.1			
GDP (億米ドル) ^b	2,501	2,719	2,848			
一人当たりGDP (米ドル) ^b	2,605	2,787	2,873			
2. 中央政府予算						
国家予算総額 (億米ドル) ^c	296	323	363			
国家予算GDP比 (%)	11.8	11.9	12.7			
3. 中央政府の保健医療予算						
保健医療予算 (億米ドル) ^c	10.2	12.0	19.0			
同GDP比 (%)	0.4	0.4	0.7			
同政府総予算比 (%)	3.4	3.7	5.2			
4. 総医療費						
総医療費 (億米ドル) ^d	108.8	123.8	127.7			
総医療費GDP比 (%)	4.4	4.6	4.5			
5. 総医療費の内訳 (億米ドル) ^d						
		割合 (%)	割合 (%)	割合 (%)		
政府	30.8	28.3	38.0	30.7	39.5	30.9
中央政府	11.1	10.2	15.2	12.3	12.3	9.6
地方自治体	7.2	6.6	8.5	6.9	8.4	6.6
社会保障	12.5	11.5	14.3	11.6	18.8	14.7
その他政府	0.03	0.03	—	—	—	—
民間保険	9.4	8.6	10.8	8.7	11.5	9.0
その他民間法人	4.6	4.2	5.0	4.0	4.6	3.6
患者自己負担	64.0	58.8	69.9	56.5	72.0	56.4

出所：^aWorld Population Prospects (2015), ^bWorld Development Indicator (2016),

^cDepartment of Budget and Management website (2016) 及び^dPhilippine Health Accounts Based on the 2011 System of Health Accounts for CY 2012, 2013 and 2014 (2016)を基に調査団作成

政府の保健医療予算は2014年に大幅に増加しているが、これは2012年12月に改定されたSin Tax法による税収増加によるものである。2015年のSin Taxによる税収は、保健医療予算全体の39.1パーセントであった⁵³。2012年から2014年の間、社会保障費は順調に増加、民間保険は微増している。2014年の総医療費内訳は、政府予算からの支出が約30パーセント（うち中央政府が約9.6パーセント、地方自治体が約6.6パーセント、社会保障が約14.7パーセント）、民間保険が9.0パーセント、その他民間法人が3.6パーセント、患者の自己負担が56.4パーセントであった。総医療費のGDP比は先進国に比べると低い、東南アジアでは平均的である（次頁図3-2参照）。

⁵² すべて Z-Rates 公式ウェブサイト

<http://www.x-rates.com/average/?from=PHP&to=USD&amount=1&year=2014> の年間平均為替レートを基に米ドルに換算。

⁵³ Department of Health, Philippines (2016). Annual Report 2015.

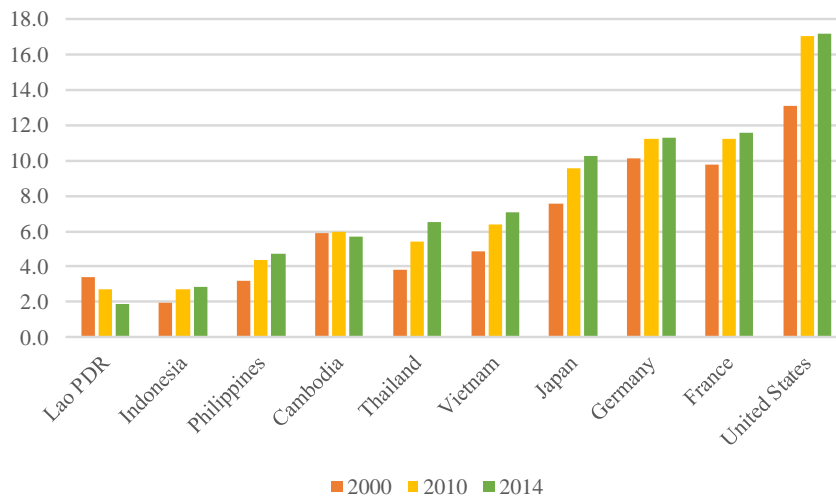


図 3-2 総医療費の GDP 比（パーセント）

出所：Source: The World Bank. (2016). World Development Indicators.

2000年から2014年のフィリピンの総医療費に占める患者の自己負担の割合は、多くの東南アジア諸国に比べて高く、その間、その割合は縮減されていない（図3-3参照）。これは富裕層による高額医療の自己負担が影響していると考えられる。

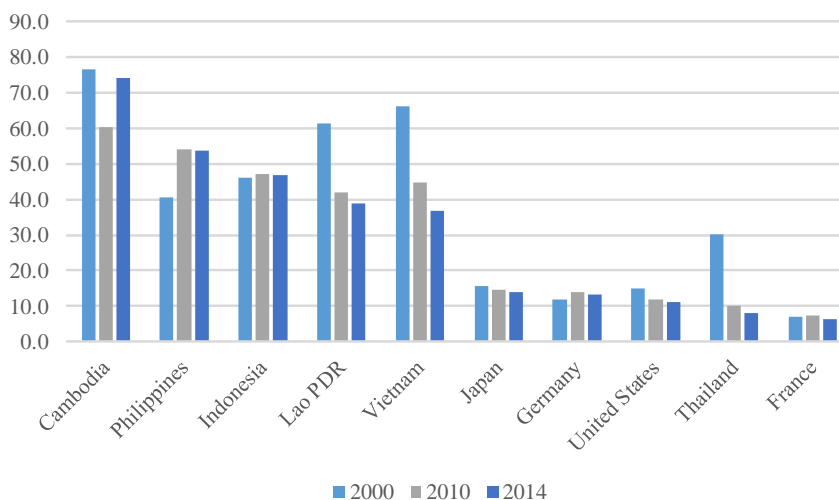


図 3-3 総医療費に占める患者の自己負担の割合（パーセント）

出所：Source: The World Bank. (2016). World Development Indicators.

① 医療費

2014年の医療費の内訳は図3-4の通りである。薬品が44.4パーセントと最も多く、続いて医療従事者の人件費が26.4パーセント、これらが医療費全体の7割以上を占める。

図3-5は2014年の使途別医療費と負担者を示している。薬品・医療物資にかかる経費が

約2千億ペソと最も多く、このうち99.4パーセントが患者の自己負担となっている。また、外来診療も自己負担率が82.5パーセントと高い。これらの用途における患者の自己負担率が高いのは、保険給付の対象になっていないためだと考えられる。

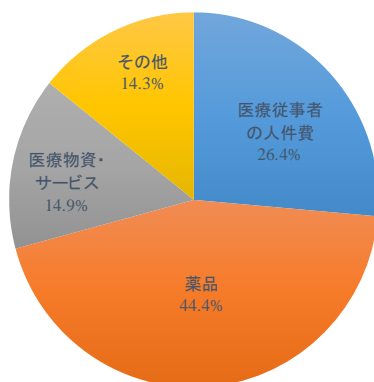


図 3-4 2014 年 医療費の内訳

出所: Philippine Health Accounts Based on the 2011 System of Health Accounts for CY2012, 2013 and 2014 (2016).

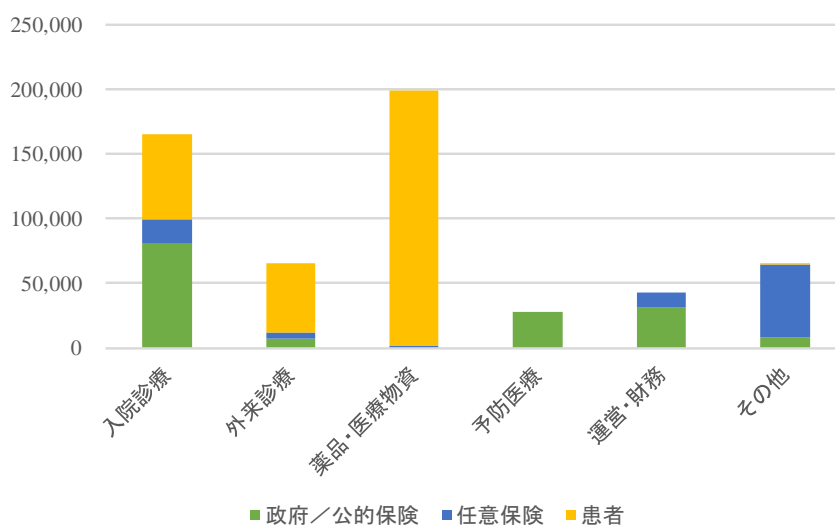


図 3-5 2014 年 医療費の用途と負担者 (百万ペソ)

出所: Philippine Health Accounts Based on the 2011 System of Health Accounts for CY 2012, 2013 and 2014 (2016).

次頁図3-6は2012年から2014年の所得五分位階級別医療費である。3年を通してすべての層の医療費が増加しているが、2013年から2014年間の増加率は最富裕層が最も高い。また、最貧困層及び第II分位、第III分位の医療費が平均より少ない一方で、最富裕層には平均の2倍以上の医療費が費やされていることがわかる。

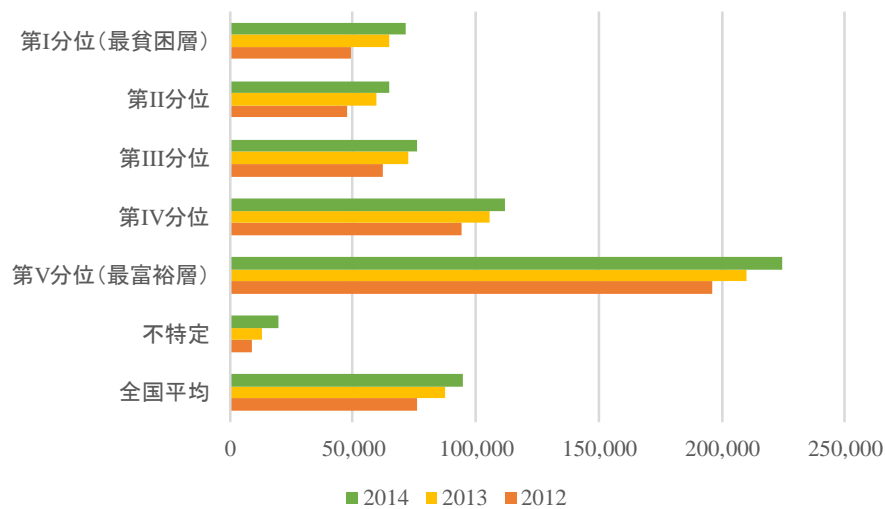


図 3-6 2012-2014 年 所得五分位階級別医療費の支出 (百万ペソ)

出所 : Philippine Health Accounts Based on the 2011 System of Health Accounts for CY 2012, 2013 and 2014 (2016).

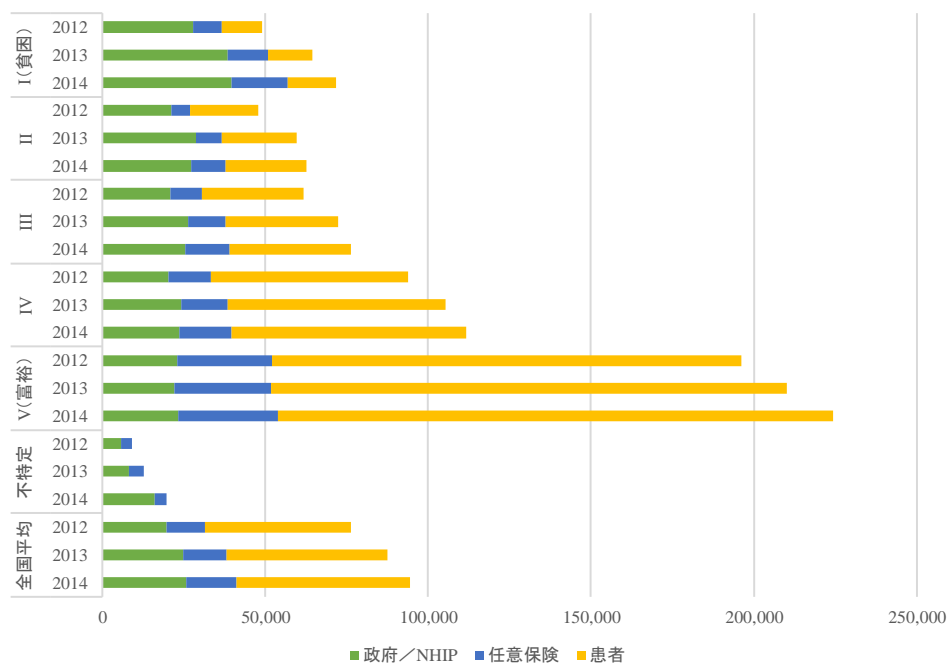


図 3-7 2014 年 所得 5 分位グループの医療財源 (百万ペソ)

出所 : Philippine Health Accounts Based on the 2011 System of Health Accounts for CY 2012, 2013 and 2014 (2016).

図3-7は、所得五分位階級別の医療費を更に財源別に示している。2012年から2014年にかけて国民全体の医療費は増加しているが、増加分の負担者が五分位階級によって異なる。貧困層においては患者の自己負担に変化はなく、任意保険が若干増加している一方で、国民健康保険プログラムを含む政府の資金が大きく増加している。フィリピン政府は2014年に国庫負担で全人口の40パーセントを国民健康保険プログラムに加

入させるとしたが⁵⁴、所得階級下位21から40パーセントに当たる第II分位への医療費は同年増加していない。他方、富裕層になるほど政府資金は抑えられ、最富裕層では全く増加が見られない。富裕層になるほど医療費の増加が患者の自己負担によるものになっていることがわかる。

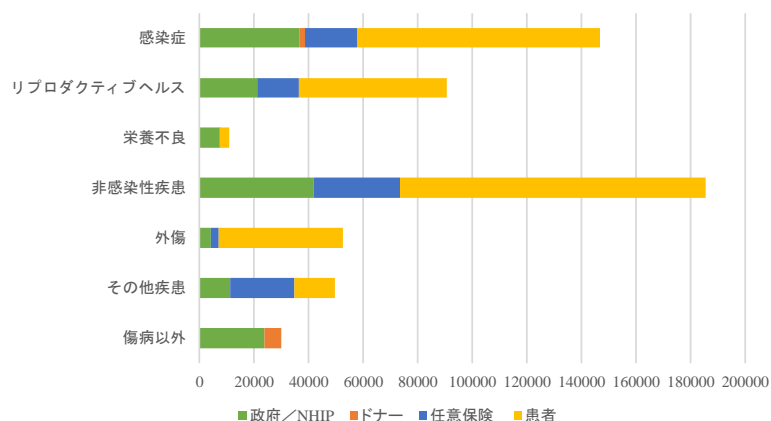


図 3-8 2014 年 疾病カテゴリー別医療費とその財源（百万ペソ）

出所：Philippine Health Accounts Based on the 2011 System of Health Accounts for CY 2012, 2013 and 2014 (2016).

図3-8は疾病カテゴリー別の医療費とその財源を示している。非感染性疾患に費やされる医療費が最も多く、医療費全体の3分の1を占める。続いて感染症、リプロダクティブヘルスにかかる医療費が多い。全体に患者の自己負担が占める割合は高く、特に外傷は保険給付が少なく、自己負担率が高い。ドナーの支援は限定的であり、感染症とリプロダクティブヘルスの一部を担っているのみである。

次頁図3-9は、より細分化した疾病別医療費とその財源である。感染症の中では呼吸器感染症にかかる医療費が最も多く、感染症医療費全体の約38パーセントを占めている。ワクチン予防可能感染症にかかる医療費はその大半を政府／国民健康保険プログラムがカバーしているが、その他の疾患については全体に患者の自己負担率が高い。リプロダクティブヘルスに関しては、妊産婦診療にかかる医療費はその大半を保険がカバーしているが、新生児診療については保険給付が限定的であり、患者の自己負担率が高くなっている。非感染性疾患の中では、内分泌系疾患にかかる医療費の自己負担率が81.1パーセントと最も高い。

⁵⁴ Dela Torre. L. M. (July 22, 2014). “50-M poorest of the poor Filipinos now PhilHealth members” Philippine Canadian Inquirer. <http://www.canadianinquirer.net/2014/07/22/50-m-poorest-of-the-poor-filipinos-now-philhealth-members/>

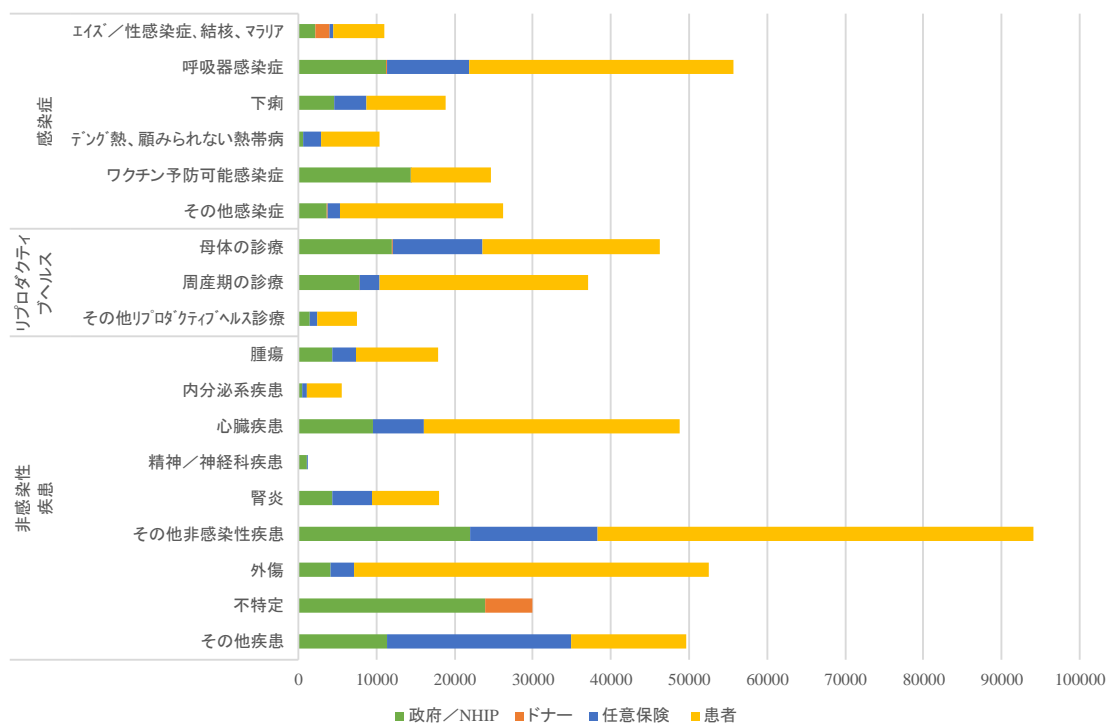


図 3-9 2014 年 疾病別医療費とその財源（百万ペソ）

出所：Philippine Health Accounts Based on the 2011 System of Health Accounts for CY 2012, 2013 and 2014 (2016).

② 保健予算

【中央政府】

財務省（DOF）が徴収する一般税収入が政府の基本的な医療財源である。保健省には予算管理省（Department of Budget and Management）より年間予算が配分される。毎年2月下旬から3月中旬の間に予算管理省が予算限度額を発表すると、保健省は翌年度の予算案を策定する。保健省の予算案は、他省の予算案と共に国家支出プログラム（National Expenditure Programme）としてまとめられ、国会に提出される。

1991年に州病院（Provincial Hospitals）、郡病院（District Hospitals）、市病院（City Hospital）、町病院（Municipal Hospitals）、保健センター（Rural Health Unit/ City Health Center）及びバラングイ保健センター等の運営が地方自治体に移管されたが、専門病院（Specialty Hospitals）、地域病院（Regional Hospitals）、研修病院（Training Hospitals）及び療養所（Sanitaria）は保健省本省が運営することになった。保健省が運営する病院は引き続き中央政府から予算が配布される一方で、実際の医療コストの130パーセントを上限に、診療費を徴収する権限も有する⁵⁵。

⁵⁵ Kwon S. & Dodd R. (Eds.). (2011). The Philippines Health System Review, WHO Health Systems in Transition.

図3-11は2011年から2015年までのフィリピン保健省の予算とその内訳である。2014年からは改定されたSin Tax法による税収増加によって全体予算が増加している。全体に治療予算に比べ、予防・健康増進のための予算の割合が大きい。2015年は治療予算の増加率の方が高かった。

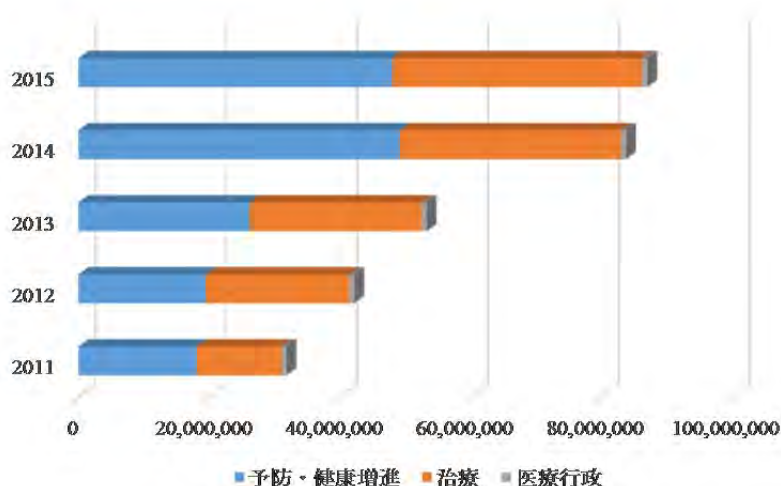


図 3-10 2011-2015 年 フィリピン保健省の予算と内訳 (ペソ)

出所：フィリピン保健省年次報告書 2011-2015

表 3-3 Sin Tax 増税による 2016 年度保健予算の使途細目と配分類

予算配分	細目	配分類 (10 億ペソ)	割合 (%)
ユニバーサル・ヘルス・ケア (80 パーセント)	貧困層の国民健康保険プログラム保険料負担	31.26	45
	保健政策・マネージメント	7.56	11
	病院運営	6.41	9
	施設改修 (保健省運営病院の改修資金を含む)	5.46	8
	MDG 達成	4.24	6
	災害関連対応	0.51	1
	健康増進	0.04	0.06
	小計	55.48	80
医療支援と施設改修 (20 パーセント)	施設改修	7.96	11
	地方への医師派遣	4.16	6
	貧困患者への入院費用及び薬剤購入支援 ⁵⁶	1.91	3
	小計	14.03	20
合計		69.51	100

出所：保健省. Sin Tax Law Incremental Revenue for Health, Annual Reprt CY 2015.

2012年12月、たばことアルコールに関連した増税のうち85パーセントを保健予算とするSin Tax改定法が成立した。その結果、保健予算に充てられる85パーセントのうち、80パーセントは前政権のユニバーサル・ヘルス・ケア推進（国民健康保険プログラム

⁵⁶ 後述の患者カテゴリーC若しくはDと判定された場合、入院にかかる費用は一部若しくは全額免除となる。

推進、MDG達成、健康意識の向上等)のために、残りの20パーセントは医療支援と施設改修に充てられることとなった⁵⁷。

前頁表3-3は、Sin Tax増税による2016年度保健予算の使途細目と配分額である。Sin Tax改定法に関連して、保健省への予算額が増幅したのは2014年からである。

【地方自治体】

州病院と郡病院は州政府の予算によって運営されており、市町病院は町や市の予算で運営されている。市町病院の財務管理は原則として各自治体の首長 (Local Chief Executive) と院長 (Local Hospital Chief) ⁵⁸によって行われる。

地方の医療は地方自治体の予算、地方交付税交付金、医療機関で徴収した診療費等による収入、保健省やPhilHealthから配分された予算、Priority Development Assistance FundsやPhilippine Charity Sweepstakes Office等の自由裁量の議会予算等、様々な財源によって賄われている。地方自治体の年間予算スケジュールは、通常6月中旬に予算管理省が発行する地方予算メモ (Local Budget Memorandum) に規定されている。予算管理省の規定に従い、各地方自治体と保健医療施設は中期戦略と資本投資の年次計画を策定する⁵⁹。地域保健投資計画を実施している地域では、この計画を予算計画と一致させる必要がある⁶⁰。

予算管理省は国税の一部を四半期ごとに地方自治体に配分する地方交付税交付金 (Internal Revenue Allotment: IRA) について示された予算通知を発行する。地方交付税交付金はまず地方自治体の種類ごとに、州23パーセント、市23パーセント、町34パーセント、バラングイ20パーセントという比率で分配される。その後、州、市、町、バラングイにそれぞれ配分された予算の50パーセントを人口比で、25パーセントを土地面積の比率でそれぞれの州、市、町、バラングイに分配し、残りの25パーセントをすべての州、市、町、バラングイに均等分配する。一部の地方自治体は、この配分が妥当ではないと指摘する。次頁表3-4は地方交付税交付金の地方自治体への分配比率と医療サービスを含む公共サービスの地方自治体への委譲機能の割合を示している。例えば、地方分権化によって、地方自治体に委譲された機能のうち46%は州が担っているにもかかわらず、地方交付税交付金の分配比率は23%というのは公平でないという訴えである。

⁵⁷ Department of Health. (2016). Sin Tax Law Incremental Revenue for Health, Annual Report CY 2015.

⁵⁸ Kwon S. & Dodd R. (Eds.). (2011). The Philippines Health System Review, WHO Health Systems in Transition.

⁵⁹ World Bank. (2011). Philippines: Study on Local Service Delivery.

⁶⁰ Kwon S. & Dodd R. (Eds.). (2011). The Philippines Health System Review, WHO Health Systems in Transition.

表 3-4 地方交付税交付金の地方自治体間分配比率と
地方自治体に委譲された公共サービスの割合

	IRA分配比率	委譲機能の割合
州 (Provinces)	23%	46%
市 (Cities)	23%	7%
町 (Municipalities)	34%	46%
バラングイ (Barangays)	20%	不明

出所：World Bank. (2011). Philippines: Study on Local Service Delivery.

保健省予算の配分は予防接種ワクチン等の公衆衛生物資の現物支給、母子保健等の国家プログラム運営のための資金等の支給がある。PhilHealthからは、加入者が自治体の医療施設を利用した際の医療費が支払われる⁶¹。

表 3-5 地方自治体における地方税の種類

地方税の種類	市	州	町	バラングイ
不動産譲渡税	X	X		
印刷税	X	X		
特許税	X	X		
砕石資源税	X	X	*	*
娯楽施設税	X	X	*	
有識者税	X	X		
宅配車両税	X	X		
固定資産税	X	X	*	*
遊休地税	X	X		
事業税	X		X	X
市・町税	X		X	*

出所：World Bank. (2011). Philippines: Study on Local Service Delivery.

X 徴収が許可された地方税

* 上層地方自治体から一部分配される地方税

表3-5は地方自治体法によって各地方自治体が徴収を許可された地方税の種類である。市には最も多くの種類の税徴収が認められている。州政府や町役場には徴収が認められていない税もある一方で、下層の自治体に税の一部を分配することが求められる税もある。市は一般的に税率の上限が高く、基本的に都市型の経済であることから、より多額且つ多様な税基盤が存在する。その結果、平均的に、中央政府からの予算に大いに依存している傾向にある州や町と比べ、市の地方交付税交付金やその他の国庫支出金への依存は極めて低い（表3-6参照）。

⁶¹ Kwon S. & Dodd R. (Eds.). (2011). The Philippines Health System Review, WHO Health Systems in Transition.

表 3-6 地方自治体予算の内訳（パーセント）

	州 (Provinces)	市 (Cities)	町 (Municipalities)
IRA・その他国庫支出金	83.0	43.8	78.7
自治体歳入	15.1	53.7	19.6
- 税収	8.8	43.0	12.1
- 非税収	6.3	10.7	7.6
地方債	1.9	2.5	1.6

出所：World Bank. (2011). Philippines: Study on Local Service Delivery.

地方自治体の総支出のうち、医療保健が占める割合は全国平均18.6パーセントである。これには最高39.4パーセントから最低6.3パーセントと開きがある。保健省が運営する三次医療施設のある州に比べ、三次医療施設を自ら運営する州の医療費の負担は格段に大きい。後者は前者より一人当たりの医療費が平均して8.5パーセント多いと報告されている⁶²。

地方自治体の大部分の医療費が医療従事者の月給、報酬、福利厚生等の人件費であるにもかかわらず、地方自治体は保健省が最低限求めている医療従事者数を確保することが困難なことが多い。病院や保健施設の資金不足の問題を緩和し、運営費を補うため、診療費を値上げすることがひとつの手段であると考えられるが、実際には、貧困者への配慮から、診療費を値上げすることを躊躇する地方自治体が多い⁶³。

地方分権化の結果、地方自治体が独自に保健予算計画を立てるようになってからは、予算に関する決定は自治体首長と経理担当者の手任せられ、保健医療の専門行政官の参加は限定的になっている。その結果、実際のニーズではなく、上層部の指示に従って予算計画が立案されているとも指摘されている⁶⁴。

③ 医療資金の流れ

図3-11はフィリピン国内の医療資金の流れを示している。財務省が徴収した一般税収入を予算管理省が保健省と地方自治体に配分する。保健省はこの予算を更に保健省が運営する三次医療機関や地方自治体に配分し、各自自治体はこの予算を自らが運営する病院、保健施設の予算に充てる。PhilHealth、健康維持機構（Health Maintenance Organizations: HMOs）やその他の民間保険会社は、加入者の医療費を医療施設若しくは医療施設を運営する自治体に対して支払い、また保険でカバーされない部分は、患者が自己負担して診療費を支払う。

⁶² World Bank. (2011). Philippines: Study on Local Service Delivery.

⁶³ Bicol 地域での聞き取りによる。

⁶⁴ World Bank. (2011). Philippines: Study on Local Service Delivery.

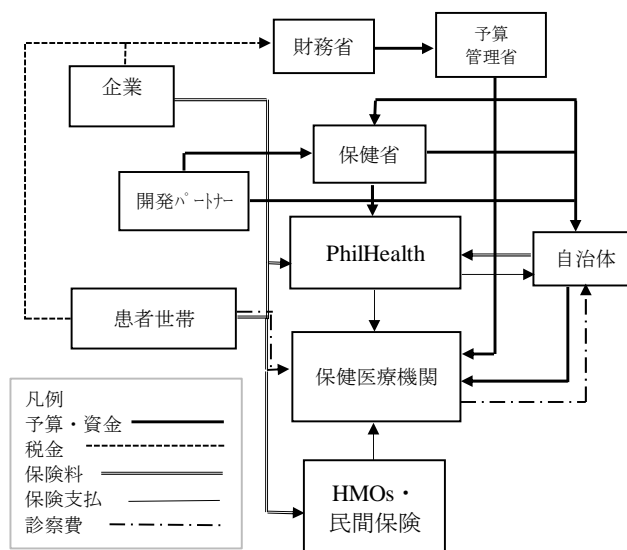


図 3-11 フィリピンにおける医療資金の流れ

出所：The Philippines Health System Review（2011）及び
Philippines: Study on Local Service Delivery（2011）を基に調査団作成

(4) 医療施設及び母子保健サービス提供

表3-7は保健省、州、市町がそれぞれ運営する公立保健医療施設である。フィリピンでは、医療サービス提供において、民間セクターが大きな役割を果たしており、病床数は公立・民間病院で概ね同数であるが、病院数は全国にある1,971のうち、763（38.7パーセント）が公立病院、1,208（61.3パーセント）が民間病院である⁶⁵。

表 3-7 フィリピンの公立保健医療施設

運営機関	保健医療施設
保健省	国立三次医療病院、専門病院、地域病院
州保健局	州病院、郡病院、町病院、診療所（Infirmary）、その他州立医療施設
市町保健事務所	市立病院、町保健センター（町保健事務所に併設）、バランガイ・ヘルス・ステーション、診療所（Infirmary）、その他市町立医療施設

フィリピンの医療施設（公的・民間）は、機能別に病院と病院以外の医療施設に分類されている。病院はレベル1からレベル3に分類されており、病院以外の医療施設としては、診療所（Infirmary）や助産院などが対象となる。保健省による主な基準は次頁表3-8の通りである⁶⁶。

⁶⁵ フィリピン保健省ウェブサイト http://nhfr.doh.gov.ph/Philippine_health_facility_statuslist.php

⁶⁶ Administrative Order No. 2012-0012, Rules and Regulations Governing the New Classification of Hospitals and Other Health Facilities in the Philippines

表 3-8 主な医療施設の基準

施設分類	基準
病院以外の医療施設	救急医療及び通常分娩を含む基本的な医療サービスを提供。入院期間は、平均1-3日程度の短期間を想定。
レベル1病院	内科、小児科、産婦人科（帝王切開含む）、外科、歯科、救急医療のサービスが提供され、薬局、2次臨床検査室（DOH基準）、1次レベルの画像解析検査室、血液ステーション ⁶⁷ など設置されている。
レベル2病院	レベル1のサービス提供に加え、各診療科に専門医が配置されている。集中治療室、小児集中治療室、呼吸療法、3次臨床検査室、2次レベルの画像解析検査室などが設置されている。
レベル3病院	レベル2のサービス提供に加え、透析クリニック、リハビリセンター、血液バンク、3次臨床検査室、3次レベルの画像解析検査室などが設置されている。更に、教育病院として機能する。

表3-9は公的医療施設で提供される母子保健サービス及び人材である。フィリピンでは、患者はどのレベルの病院でも紹介状なしで治療を受けることが可能である。一般的には、妊婦は近隣のバランガイ・ヘルス・ステーションや町保健センターあるいは民間のクリニックで産前健診を受け、正常な自然分娩は分娩設備のある町保健センターあるいは町・郡病院で、ハイリスクがあると指定された妊婦は州立病院や地域病院など包括的なサービスが受けられる病院で出産するケースが多いと考えられるが、特に都市部の住民は産前健診・通常分娩も地域病院などの三次医療施設で行うケースも少なくない。

表 3-9 施設ごとの母子保健サービス

施設	母子保健サービス	人材
バランガイ・ヘルス・ステーション	産前・産後健診（ラボはなし）、予防接種、健康教育（例：母親学級）、コンサルテーションや緊急搬送等。	助産師・看護師（専属人材がいない場合は町保健センター所属の助産師・看護師が定期的に巡回）、バランガイ・ヘルス・ワーカー、バランガイ栄養士等。
町保健センター	バランガイ・ヘルス・ステーションのサービスに加え、超音波以外の検査と一部の町保健センターでは正常な自然分娩が可能。	医師（主に内科医）、看護師、助産師、検査技師等。
郡病院、市立病院、町病院、Infirmary	町保健センターのサービスに加え、正常な自然分娩、各種検査等。ほとんどが BEmONC（基礎的緊急産科・新生児ケア ⁶⁸ ）及び国民健康保険プログラム妊産婦ケア給付認証を取得している。レベル1-3病院で、産婦人科医及び麻酔科医が所属する病院では帝王切開が可能だが、人材配置が不定期。	医師（内科・外科医）、助産師、看護師等
州立病院、地域病院	CEmONC（包括的緊急産科・新生児ケア ⁶⁹ ）・最終レファラル病院として機能しており、帝王切開の実施が可能。	産婦人科医、小児科医、麻酔科医、助産師、看護師（その他専門医・専門技師等）

⁶⁷ 血液ステーションでは、全血と濃縮赤血球の貯蔵・提供や赤血球適合試験などが実施でき、血液バンクでは全ての血液成分の貯蔵・提供と、赤血球適合試験、赤血球抗体スクリーニング、輸血反応試験、輸血安全監視試験などが実施できる（Administrative Order No. 2001-0008, Rules and Regulations Governing the Regulation of Blood Service Facilities）。

⁶⁸ 基礎的緊急産科・新生児ケア（Basic Emergency Obstetric and Newborn Care: BEmONC）とは、抗生剤・子宮収縮剤の静注もしくは筋注、子癇での抗痙攣剤の静注もしくは筋注、胎盤の用手摘出、その他子宮内遺残物の除去、吸引・鉗子などによる分娩。

⁶⁹ 包括的緊急産科・新生児ケア（Comprehensive Obstetric and Newborn Care: CEmONC）は、BEmONCに加えて帝王切開及び輸血が含まれる。

バランガイ・ヘルス・ワーカーとは、バランガイの中の各コミュニティにおいて、基礎的保健サービスを提供するための一定の研修を受けたボランティアであり、バランガイから一定額の報酬を受けている。定期的に家庭訪問を行い、各世帯の情報の記録、妊産婦や乳幼児の確認と保健サービス受診後のフォロー、保健情報やアドバイスの提供、医療施設への搬送などを行っている。また、後述するように、未だ自宅分娩も存在し、コミュニティの伝統的産婆が分娩介助を行っている。

(5) 保健関連情報システム

フィリピンの保健セクターには、様々な情報システムがそれぞれの目的のために存在する。保健サービス提供、地域・州・市町・バランガイにおけるいくつかのプログラムの達成状況等、基本的な保健データは、保健省が開発したField Health Service Information System（以下、「FHSIS」という。）を通じて入手されている。FHSISの基本コンポーネントのひとつが医療施設やプログラムの実施地域で管理・監督を担う保健省や地方自治体のスタッフが主に使用する記録用紙（Recording Form）と報告用紙（Reporting Form）である。もうひとつの基本コンポーネントは看護師や助産師が看護計画・実施、保健サービスのモニタリング、監督、報告、調査のための臨床データ提供等に用いると特定患者リスト（Target Client List: TCL）である。特定患者リストには産前健診、産後健診、乳幼児、家族計画、病児、国家結核プログラム・結核登録、国家ハンセン病プログラム等、多くの種類が存在する。バランガイ保健センターの助産師は毎月これらのデータを収集し、(1) 保健プログラムの達成状況と(2) 疾病に関する情報を集計表にまとめる⁷⁰。

FHSISの施設分娩に関するデータは、通常施設分娩を行った地域で記録しているが、この方法では妊産婦の居住地域による傾向が把握できないため、コーディレラ地域で実施したJICAプロジェクトでは、妊産婦の居住地で施設分娩を記録するよう推進した。また、産前産後健診の受診率を計算する際、通常分母は妊産婦の推定値を使用するが、妊産婦の実数を用いるよう指導した。この結果、より正確な母子保健の現状が把握できるようになった。保健省はこの方法を現在他地域においても推奨している。

国勢調査は10年に一度、フィリピン統計機構によって実施される。フィリピンでは、1960年より定期的に国勢調査が実施されるようになり、1995年には5年に一度の簡易調査も導入された。直近では2010年に国勢調査、2015年に国勢簡易調査が実施された。国勢調査では、公立学校の教師がデータ収集調査を担い、フィリピン統計機構の職員が地域、州、市町レベルでそれぞれ研修を実施する。対象世帯リストは、地方自治体の首長及びバランガイ・キャプテンからの情報を基に作成される。フィリピン統計機構はデータ収集期間の前に各バランガイに国勢調査掲示板を設置し、バランガイ・キ

⁷⁰ Scribd. The field health service information system (FHSIS)
<https://ja.scribd.com/doc/27872414/The-field-health-service-information-system-FHSIS>

ャプテンにバランガイの世帯について確認してもらう。出稼ぎ労働者や路上生活者については、調査員が場当たりにインタビューを行う。海外で就労する者については、世帯調査の際家族に尋ね、滞在が5年未満の場合は国民としてカウントする⁷¹。

フィリピン統計機構の人口動態統計課（Vital Statistics Division）は保健省に対して出生と死亡に関する情報を提供する。子供が生まれた場合、病院の管理者、出産の介助者、子供の家族等が、生後30日以内に出生地の自治体の住民登録課（Local Civil Registry Office）に出生届を提出し、同課はその出生届を6週間以内に登録しなければならない。同様に家族が死亡した場合、遺族は死後48時間以内に住民登録課に死亡届を提出し、同課は30日以内にその死亡届を登録しなければならない。フィリピン統計機構は住民登録課を監督するのみで、登録業務自体は地方自治体が行っている。先住民については、役所までのアクセスが悪い地域に居住している場合が多いため、住民登録課が出張し、登録を支援している。路上生活者については、社会福祉開発省（Department of Socail Welfare and Development）が登録を支援している。2010年の国勢調査結果によると、93.5パーセントの出生と66.0パーセントの死亡が登録されている。フィリピンでは、1939年に出生届と死亡届の制度が導入され、2000年に同データが電子化された⁷²。

世界的にDemographic and Health Surveyとして知られるNational Demographic and Health Survey（以下、「DHS」という。）も、特にリプロダクティブヘルスに焦点を当てた保健データを保健省に提供している。対象世帯リストは国勢調査の結果を基に作成される。直近の2013年DHSでは2000年の国勢調査の結果が使用された。データ収集調査員は、調査が実施されるごとに雇用される。調査員に対しては、ICF Internationalによって研修が行われ、フィリピン統計機構の職員が監督する。質問票の内容は、調査のスポンサーであるUnited States Agency for International Development（以下、「USAID」という。）とフィリピン政府からの要請に基づいて見直される。調査は通常5年に一度実施されるが、今回はDHSのデータ収集の際に、SDGsのベースライン・データを併せて収集したいという政府の意向に応え、1年前倒で2017年に実施することが決まっている⁷³。

このほか保健関連情報にはフィリピン統計機構の実施する家計調査や小規模地区における状況推定調査（Small Area Estimates: SAEs）、コミュニティー・ヘルス・チーム（Community Health Team: CHT）がコミュニティー単位で貧困世帯のデータ収集を行う世帯情報（Household Profile）等がある。世帯情報のデータは、将来的にはバランガイ・ヘルス・ワーカー（Barangay Health Worker: BHW）が収集する計画だということである⁷⁴。

⁷¹ フィリピン統計機構国勢調査課での聞き取りによる。（2016年10月7日）

⁷² フィリピン統計機構人口動態統計課での聞き取りによる。（2016年8月1日）

⁷³ Demographic and Health Statistics Division, フィリピン統計機構での聞き取りによる。（2016年10月5日）

⁷⁴ 東ビサヤ地域での聞き取りによる。

3-2 母子保健指標

(1) 妊産婦に関する指標

フィリピンの妊産婦死亡率は1990年から減少傾向にあったものの、近年は停滞している。世界保健機関（World Health Organization：以下、「WHO」という。）らの報告書⁷⁵によると、2015年の値は112（出生10万対）と推計されており、MDG目標値である52（出生10万対）の達成は困難とみられている。但し、一部の保健省地域事務所からの情報では、地域間で格差があるということである。

産前健診に関しては、訓練された医療従事者から少なくとも1回以上産前健診を受診した妊婦の割合が2008年には全国平均で91パーセントであったのが、2013年には95パーセントに上昇した。また、施設分娩率も全国平均が44パーセントであった2008年から、2013年には61パーセントに改善しており、出産後2日以内に産後健診を受診している産婦の割合は全国平均で72パーセントであった。

地域別で見ると、産前健診の受診に関しては、Autonomous Region in Muslim Mindanao（以下、「ARMM」という。）が53パーセントと他地域と比較して極端に低い。ARMMでは伝統的産婆による出産が12パーセントと高く、また、医療従事者の中では助産師の割合が最も高い。施設分娩率に関しては、首都圏（National Capital Region: NCR）が最も高く、ダバオ以外のミンダナオ島、カガヤン・バレー、ミマロパ、ビコール等が低く、ARMMが12パーセントと非常に低い。施設分娩が低い地域は、概して民間施設での分娩割合が低い傾向にある。施設分娩の阻害要因としては、母親の教育レベルが低い、低所得世帯、子供の数が6人以上、地方部に居住している、母親が産前健診を受診していないなどが確認された。施設分娩を行わなかった理由で最も多かったのが、費用がかさむことであり、続いて必要性を感じない、施設が遠く、交通の便が悪いなどが挙げられた⁷⁶。

(2) 子供の死亡率

乳児死亡率及び5歳未満児死亡率は順調に減少しており、2013年で、乳幼児死亡率は23/1000出生数、5歳未満児死亡率は31/1000出生数となっており、MDG目標値の19/1000出生数（乳児死亡率）、27/1000出生数（5歳未満死亡率）を達成見込みである。一方、ミンダナオ島やミマロパ地域は全国平均よりも高く、妊産婦指標同様、地域間格差が見られるが、ARMMに関しては妊産婦指標で見られたような極端な差は見られない。早期新生児死亡及び死産率は全国平均22/1000妊娠数と高い。概して、都市部に比較して、地方部は死亡率が高い。また、施設分娩の阻害要因と同様、母親の教育レ

⁷⁵ Maternal Mortality in 1995-2015 – Philippines, WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group

⁷⁶ Philippines National Demographic and Health Survey 2013

ベルや経済レベルが低いと死亡率は高くなる傾向があり、また 7 人目以上の子供の死亡率は、第一子の死亡率（12 カ月以内）の約 5 倍であった。⁷⁷

(3) 十代の妊娠と出産

フィリピンにおいて、十代の妊娠と出産は医療の問題だけでなく、社会経済的な問題となっている。彼女たちは出産の際、貧血、早産、低出生体重児の出産等のリスクが高いという調査結果が報告されている⁷⁸。また、十代の母親から生まれた子供は、二十代の母親から生まれた子供に比べ、死産で生まれる若しくは生後1週間以内に死亡するリスクが50パーセント高い⁷⁹。フィリピンでは、1973年に6.0であった合計特殊出生率が2013年には3.0に減少した一方で、15-19歳の年齢別出生率は横ばいであった（図 3-12参照）⁸⁰。

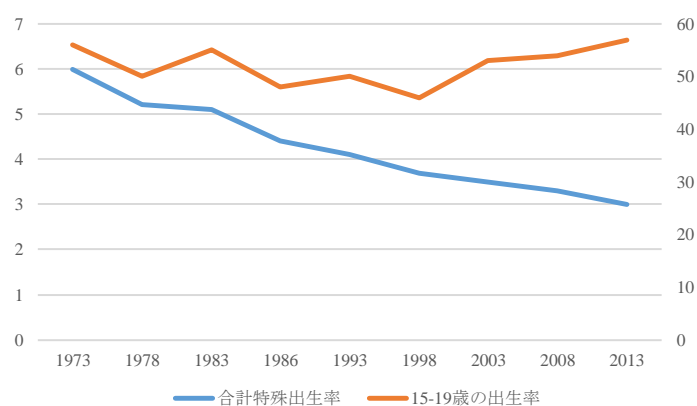


図 3-12 1973 年から 2013 年におけるフィリピンの
合計特殊出生率と十代の出生率の傾向

出所：Source: National Demographicsurvey for 1973, 1983, 1993, Republic of the Philippines Fertility Survey for 1978, Contraceptive Prevalence Survey for 1986 and National Demographic and Health Survey for 1998 to 2013

社会経済的な問題としては、十代の母親の多くが途中で学業を断念しているため、自ら生計を立てることが困難であることが挙げられる。また、十代の母親は未婚である場合が多いが、未婚である場合、公的保険に被扶養者として加入できない、社会的差別を受ける等の問題にも直面する。

⁷⁷ ibid

⁷⁸ Bratati B., et. al. (2009). Teenage Pregnancy: A Socially Inflicted Health Hazard. Indian J Community Med. 2009 Jul; 34(3): 227-231.

⁷⁹ World Health Organization. Fact sheet. Adolescent pregnancy. (September 2014). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>

⁸⁰ Philippine Statistics Authority & ICF International. (2014). Philippines National Demographic and Health Survey 2013.

3-3 ドナーの支援動向

(1) フィリピン保健セクターにおける支援ドナー

図3-13は2015年末におけるフィリピン保健セクターを支援する各ドナーの拠出額の割合を示したものである。

ドナーの拠出額では、USAID、Global Fund、European Union（以下、「EU」という。）が上位3ドナーとなっており、総額に占める割合はそれぞれ37パーセント、27パーセント、17パーセントとなっている。フィリピン保健セクターにおけるJICAの拠出額は全体の5パーセントとなっている。

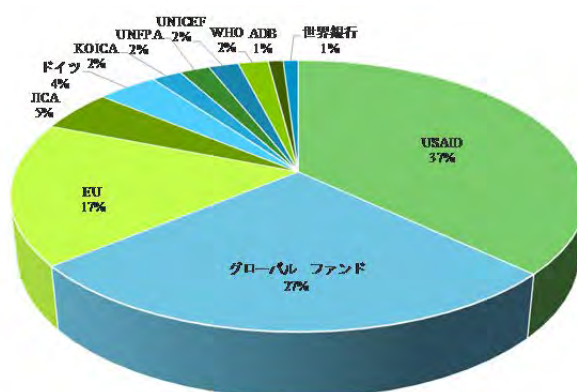


図 3-13 2015 年フィリピン保健セクターにおける各ドナーの拠出額の割合

出所：Bureau of International Health Cooperation of 保健省. (2016).

The Official Development Assist産前健診e on Health.

支援分野においては、MDG4（子供の死亡率改善）とMDG5（妊産婦の健康改善）関連の分野が総額の43パーセントを占めている（図3-14参照）。

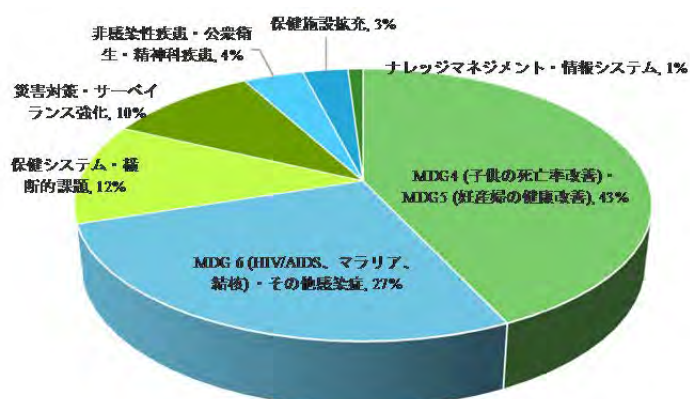


図 3-14 2015 年フィリピン保健セクターにおけるドナーの支援分野

出所：Bureau of International Health Cooperation of 保健省. (2016).

The Official Development Assist産前健診e on Health.

(2) フィリピン保健セクターにおけるドナー支援の変遷

図3-15は過去18年間の保健省予算とドナーの拠出額を6年毎に合算した値を比較したものである。この18年間、特に2011年以降、保健省の予算額が著しく増加しているのに対し、ドナーによる支援額はほとんど変化していない。フィリピン政府の保健セクターにおけるドナーへの低い依存度が窺える。

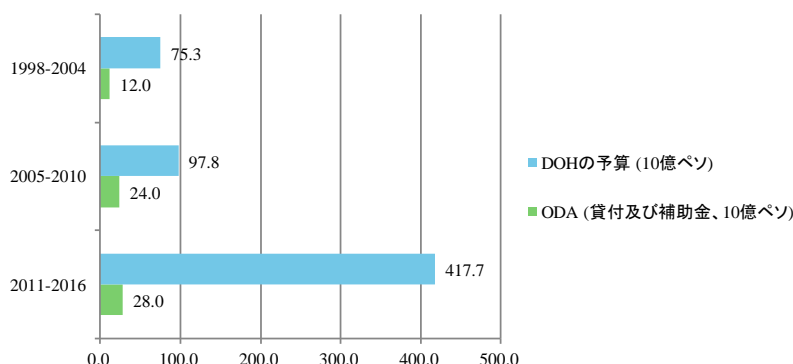


図3-15 フィリピン保健セクターにおける保健省予算及びドナー支援額の変遷(1998－2016)

出所：Bureau of International Health Cooperation of 保健省. (2016) .
The Official Development Assistance on Health.

(3) ドナーによる支援内容

フィリピンの保健セクターを支援するJICA以外の主要ドナーは、世界銀行、USAID、EU、WHO、アジア開発銀行、ユニセフ、United Nations Population Fund (以下、「UNFPA」という。) である。これらドナーの支援内容は以下の通りである。

① 世界銀行⁸¹

世界銀行は現在、母子保健、保健ファイナンス、保健政策及び保健システム分野においてフィリピン保健セクターを支援している。

【母子保健】

ブルースター成果ベース・プロジェクト

世界銀行は、2012年4月から2015年12月にかけて、東ビサヤ地域のレイテ州、南レイテ州、サマール州、北サマール州、東サマール州において、貧困層の妊産婦の健康改善を目的とした成果ベースのパイロット・プロジェクト（Global Partnership on Output-based Aid）を実施した⁸²。

⁸¹ 世界銀行からのヒアリングによる。(2016年7月29日)

⁸² World Bank. Global Partnership on Outputbased Aid, Grant Reporting and Monitoring Report: Ref. TF0101757.

当該プロジェクトでは、特に保健医療施設へのアクセスが困難な地域において、英国を本拠地とする非営利組織Marie Stopes Internationalが展開するフランチャイズ・ブランド、ブルースターの民間助産施設の拡充及び同施設のPhilHealth認証を促進した。フィリピンでは同ブランドのライセンスをPopulation Services Philipinas, Inc. (以下、「PSPI」という。) が借り受けて展開している。世界銀行は、第三者審査機関⁸³が以下3点の成果の達成を確認した際にPSPIに補助金を拠出する仕組みを採用した。

1. 民間助産施設が所定の設備改修を終える。
2. 民間助産施設が所定のスタッフ研修を終える。
3. 民間助産施設がPhilHealthの認証を受ける。

プロジェクト終了時までには、7カ所の民間助産施設が新設され、27カ所の施設が改修されたため、合計34カ所のPhilHealth認証施設に対し、300万USドルが支払われた。

世界銀行としては、民間の施設が所定の成果達成までの資金リスクを負うことができれば、同様のモデルが他の地域でも実施可能だと考えている。

バウチャープロジェクト

上記施設拡充のプロジェクトと並行し、世界銀行は、妊産婦の保健サービス受診促進を目的としたバウチャー配布のプロジェクトを展開した。

同プロジェクトでは、東ビサヤ地域の中でも特に貧しい北サマール州及び東サマール州において、出産を予定している女性に対し、フランチャイズ施設がバウチャーを1枚あたり50ペソで販売する。バウチャーを購入した女性は、施設でバウチャーを提示することにより、産前産後のケアを無料で受けることができ、且つ産前産後に必要なケア全てを受けた場合、プロジェクトが指定する銀行で計1,500ペソを受け取ることができるという仕組みになっている。バウチャー購入者は、1,500ペソを一括で受取るか、産前産後のケアを受診する毎に分割して受取るかを選択することができる。

プロジェクトでは、1年間で10,000のバウチャーを売り、バウチャーの換金率は60パーセントだった。また、世界銀行は同時にPhilHealthの給付内容について知らせるため、ラジオのAMとFMで30秒間のコマーシャルを2本、2カ月間放送したが、住民はラジオを聞かず、テレビを見ているため、テレビの方が有効な広報媒体であることがわかったということであった。

⁸³ フィリピンのコンサルティング企業、PRIMEXが第三者審査機関として本事業に従事している。

【保健財政】

ヘルスケア財政戦略

2010年、保健省は保健予算の増額、ユニバーサル・ヘルス・ケアの促進、予算配分の効率化、医療技術の向上といった戦略的な目標を達成するためのロードマップとして、「フィリピン保健財政戦略2010-2020～経済的リスクの回避に向けて～（Health Care Financing Strategy of the Philippines 2010-2020 – Toward Financial Risk Protection）」を作成した。世界銀行は、現在、これを保健省、PhilHealthとともに改訂している。

日本開発政策・人材育成基金（Japan Policy and Human Resources Development: PHRD）技術協力プログラム（UHC Window）

世界銀行は、日本政府とのパートナーシップの下に共同で設置されたUHC達成のための日本開発政策・人材育成基金（PHRD: Policy and Human Resources Development Fund）を活用し、フィリピン政府に対する保健財政調査と保健システム強化に係る技術協力事業を提案している。2016年度中に、このプロジェクトが開始される予定である。

【保健政策及びシステム】

外来診療給付パッケージ

世界銀行は、国民健康保険プログラムの後述する外来診療給付パッケージ（Primary Care Benefit 1）の最適化を目指し、PhilHealthと韓国開発研究院公共政策・公共管理研究科（Korea Development Institute – School of Public Policy and Management）と共同で、「インセンティブと情報が一次医療サービスの質と利用率に与える影響に関する調査（The Impact of Incentives and Information on Quality and Utilization in Primary Care: I3QUIP）」⁸⁴を実施している。

上記調査では、一次医療サービスの利用率向上を目指し、国民健康保険プログラムの一次医療給付パッケージの給付実効性を高めるためのメカニズムを検証しており、現時点では、一次医療給付パッケージの利用状況、地方自治体及び一次医療施設に課された要件の遵守状況を取りまとめたベースライン報告書が完成している。

② USAID⁸⁵

フィリピン保健セクターにおけるUSAIDの支援アプローチは次の3点に集約される⁸⁶。

1. 包括的な家族保健サービスの提供を改善していくこと。

⁸⁴ World Bank. (2016). Philippines Impact of Incentives and Information on Quality and Utilization in Primary Care: Baseline Survey Report.

⁸⁵ USAID へのヒアリングによる。(2016年8月3日)

⁸⁶ USAID ホームページ

2. 健康増進のための行動と活動を発展させていくこと。
3. 保健政策と保健システムを改善していくこと。

また、同セクターにおいて、USAIDは現在、以下の分野を支援している⁸⁷。

- 母子保健
- サービス・デリバリー・ネットワーク（サービス・デリバリー・ネットワーク）
- 保健財政
- 保健政策及びシステム

【母子保健】

妊産婦、新生児、子どもの保健と栄養改善及び家族計画（Maternal, Neonatal, Child Health and Nutrition/Family Planning: 以下、「MNCHN/FP」という。）関連のサービスの質向上を目指し、USAIDは表3-10の3つの地域を対象にプロジェクトを展開している。当該プロジェクトによる支援対象は、保健センターから州政府まで幅広い。

1. ビサヤヘルス・プロジェクト（VisayasHealth Project）
2. ミンダナオヘルス・プロジェクト（MindanaoHealth Project）
3. ルソンヘルス・プロジェクト（LuzonHealth Project）

上記3つのプロジェクトの実施期間は全て2013年から2018年である。表3-10は、これらのプロジェクトの対象地域と対象州である。

表 3-10 USAID が支援する MNCHN/FP プロジェクトの対象地域・州

プロジェクト	地域 (Regions)	州 (Province)
ビサヤヘルス (VisayasHealth)	Western Visayas	Iloilo, Negros Occidental
	Central Visayas	Bohol, Cebu
	Eastern Visayas	Leyte, Southern Leyte, Samar , Northern Samar
ミンダナオヘルス (MindanaoHealth)	Zamboanga Peninsula	Zamboanga del Sur, Zamboanga del Norte, Zamboanga Sibugay
	Northern Mindanao	Misamis Oriental, Bukidnon, Lanao del Norte
	Davao	Davao del Sur, Compostela Valley, Davao Oriental
	Soc 南カマリネス ksargen	Cotabato Province, South Cotabato, Sultan Kudarat
	Caraga	Agusan del Sur, Agusan del Norte
	Autonomous Region in Muslim Mindanao	Lanao del Sur, Basilan, Maguindanao, Sulu, Tawi-Tawi
ルソン・ヘルス (LuzonHealth)	CAR	Benguet
	Ilocos	Pangasinan
	Cagayan Valley	Cagayan, Isabela
	Central Luzon	Neva Ecija, Balacan, Tarlac
	Calabarzon	Quezon, Batangas, Laguna, Cavite, Rizal
	Mimaropa	Oriental Mindoro
	National Capital Region	(City of) Caloocan, Malabon, Marikina, Pasig, Quezon, Taguig, Valenzuela
	Bicol	アルバイ

出所：USAIDホームページ

⁸⁷ USAID ホームページ及び USAID へのヒアリングによる。(2016年8月3日)

USAIDは2018年以降もMNCHN/FPプロジェクトの実施を計画しており、対象サイトは新政権がドナーに支援を要請している最貧20州から選定される予定である。USAIDは、同地域において、保健施設へのアクセスが困難な最貧困層に対する支援を重点的に行うということである。

【サービス・デリバリー・ネットワーク】

家族保健への民間セクター参画プロジェクトのフェーズ2（The Private Sector Mobilization for Family Health Project – Phase 2：以下、「PRISM2」という。）は、サービス・デリバリー・ネットワークを強化すると共に、家族計画・母子保健分野のサービス提供及び物資供給において、保健省と地方自治体が民間セクターの参画を推進するよう後押しすべく、2009年から2014年の間に実施されたプロジェクトである。プロジェクト目標の達成状況には地域差があるものの、成功した地域では、プロジェクト開始当時数カ所であったサービス・デリバリー・ネットワークがプロジェクト終了時には100を超えたと報告されている。USAIDは、プロジェクト成功の鍵は、地方自治体による強いコミットメントであるとしている⁸⁸。

USAIDはPRISM2プロジェクトにおいて、様々なモデルを実験し、改善しているが、より先進的かつ成熟したサービス・デリバリー・ネットワークとしてイロイロ州とカビテ州を挙げている。

【保健財政】

2014年以降、USAIDは2013年11月に発生した台風ヨランダにより壊滅的な打撃を受けたタクロバン市に対し、保健サービスを再構築し、保健サービス施設の収益向上のため支援を行っている⁸⁹。

USAIDはサービス提供の状況を調査した上で、保健サービス提供を通して収益を向上させるための手段として、タクロバン市に対し、以下の助言を行った。

- ・ PhilHealthからの支払いを受け取るための個別の銀行口座（以下、「トラストファンド」という。）を開設するよう助言した⁹⁰。このアレンジを通じて市が保健予算を確保することで、医療施設の経営者及び医療従事者にとって、より良い保健サービスを提供する動機付けとなることが期待される。

⁸⁸ USAID へのヒアリングによる。(206年8月3日)

⁸⁹ World Bank. (2015). Concept Note on the Establishment of a Service Delivery Network for Taclobancity, UPecon-Health Policy Development Program.

⁹⁰ PhilHealth からの医療費の支払いは医療施設及び医療従事者に給付されることになっており、PhilHealth は個別のトラストファンド口座を開設するよう地方自治体に要請している。しかし、未だ開設していない地方自治体もあり、そのような地方自治体では他の資金と共に一般会計予算に繰り入れられるため、適切に資金分配が行われていないと報告されている。PhilHealth によると、医療施設自体は法人格がないため、銀行口座が開設できないということであった。(2016年10月4日)

- ・ トラストファンドに入金される妊産婦ケア給付パッケージ (Maternal Care Package: MCP) の支払いの一部を、妊婦を保健施設に連れてきたボランティアやバランガイ・ヘルス・ワーカーへのインセンティブとするよう助言した。このアレンジにより、施設分娩が増加し、タクロバン市への妊産婦ケア給付パッケージの支払い額が更に増加するという効果が期待される。

上記の助言は市の条例 (ordinance) として成文化されたが、その結果、タクロバン市ではPhilHealthからの支払い額が大幅に増えた。例えば2014年はPhilHealthからの支払い額が420万ペソだったが、2015年には1月から10月の10カ月間で2,280万ペソの支払いを受けた。また、2016年の第一四半期 (1月から3月) には、2014年の6.3倍、2015年の2.8倍となる940万ペソがPhilHealthから支払われた。

【保健政策及びシステム】

保健政策

保健政策開発プログラム・フェーズ2 (Health Policy Development Program – Phase 2) は、フィリピンのユニバーサル・ヘルス・ケアの更なる推進を目的に、保健省主導の政策立案プロセスを支援するため、USAIDがUPEcon Foundation, Inc.と共同で進めている5年間 (2012-2017) のプロジェクトである⁹¹。プロジェクトによるこれまでの成果は以下の通りである。

- ・ 責任ある保護者とリプロダクティブヘルス法 (Responsible Parenthood and Reproductive Health Law) の実施ガイドライン策定
- ・ 2015年結核有病者数調査にかかる設計
- ・ ユニバーサル・ヘルス・ケアの運営モニタリング調査の実施
- ・ 家族計画にかかる物資の提供に関する調査と物資提供者の新規参入の促進
- ・ 保健省の地域事務所スタッフ向け計画・契約管理に関する研修の実施

保健ガバナンス

2013年10月、地方自治体におけるリーダーの能力開発プログラムの実施を目的に、USAIDと保健省はZuellig Family Foundation (以下、「ZFF」という。)と3年契約を締結した⁹²。ZFFは2008年以降、多くの地方自治体でリーダーシップとガバナンスに関連した能力開発プログラムを実施している。

当該能力開発プログラムでは、121の地方自治体のリーダーシップ及び保健部門のリーダーシップ及びガバナンス能力を向上させ、母子保健、家族計画、結核の3分野における成果をあげることを目的としている。

⁹¹ USAID ホームページ

⁹² USAID ホームページ

保健情報の改善

フィリピンの統計データは信頼性が低いとされていることから、USAIDは家計調査（FIES）等の統計データを使用する際には、その内容を事前に精査しているが、近年これをデータ管理標準化のためのツールとして公開した。保健省はこのツールの使用を他機関にも推奨しており、UNICEF等のドナーも採用している。

③ EU⁹³

EUは保健省に対し、財政支援を行っている。EUによる保健省への財政支援は、2007-2010年、2011-2013年に続き今回の2015年から2017が3度目となり、この間の支援総額は1.18億ユーロ（約140億円）である。財政支援は、保健サービスに関連したターゲット⁹⁴を達成する毎に財務省に支払われる仕組となっている。

フィリピン保健セクターにおけるEUの現行支援分野は以下の通りである。

- サービス・デリバリー・ネットワーク
- 保健財政
- 保健政策及び保健システム

【サービス・デリバリー・ネットワーク】

EUは2016年8月にサービス・デリバリー・ネットワーク関連プロジェクトを立ち上げた。他ドナーが類似プロジェクトを展開する中、現時点においてもPhilHealthの認証を受けていない公立病院が存在する理由を解明する等、価値ある結果を出したいとしている。

【保健財政】

2015年12月、EUはPhilHealthの給付額改定にかかる技術支援を提案しており、新政権は当該提案に前向きな姿勢を示している。

【保健政策及び保健システム】

EUは以下のIT関連の支援プロジェクトを実施している。

- ・ 州レベルでPhilHealthにリンクし、電子カルテを提供するプロジェクト

基本的にはEUが技術支援を行い、保健省が必要な機器を準備するが、カラバルソン地域のように、ドナーである韓国国際協力団（Korea International Cooperation Agency: KOICA）が機器を提供する事例もある。

⁹³ EUへのヒアリングによる。（2016年7月26日）

⁹⁴ ターゲットの多くはFIESの指標に基づいている。

- ・ データのプライバシーとセキュリティを強化するプロジェクト
2014年以降、保健省は地方自治体レベルで電子データを運営管理できるよう、この課題に取り組んでいる。
- ・ ヘルス・エンタープライズ・アーキテクチャーのモニタリング能力強化プロジェクト
保健関連データを電子化することによって、データの転送や連携等を可能にする。
- ・ 保健省、PhilHealth、医療機関等がそれぞれ明確な役割を担うなかでの保健情報システム構築プロジェクト
保健情報システムは10-15パーセントの病院で採用されているに留まり、システムを採用済みの病院においても、医療・財務関連ともにデータの質は依然低い状況にある。

ITは広大な分野であり、EUと韓国国際協力団による支援のみでは不十分であるため、EUはJICAによる支援を歓迎するとした。

④ WHO⁹⁵

フィリピン保健分野におけるWHOによる現行の支援分野は以下の通りである。

- サービス・デリバリー・ネットワーク
- 保健政策及びシステム

【サービス・デリバリー・ネットワーク】

WHOは、フィリピン保健セクターの底上げのためには、財政と共にサービス・デリバリー・ネットワークが重要であるとし、ミンダナオのダバオ市においてサービス・デリバリー・ネットワーク・プロジェクトを実施している。WHOは当該プロジェクトを韓国国際協力団と共同で実施しており、同地域もしくは他地域におけるJICAとの協働にも関心があるとした。

サービス・デリバリー・ネットワーク成功の鍵は地方自治体の首長、特にバランガイ・キャプテンのモチベーションとモラルにあるとの考えの下、近年、WHOは特にガバナンス体制の強化を支援したいとしている。

ダバオ市のプロジェクト以外にも、UNFPA、ユニセフ及び保健省と共同で母子保健に関連したサービス・デリバリー・ネットワークのガイドラインを策定するプロジェクトをミンダナオ島ソクサージェン地域のコタバト市で実施している。

⁹⁵ WHO へのヒアリングによる。(2016年7月28日)

【保健政策及びシステム】

WHOは現在Asia Pacific Observatoryが執筆したHealth System Review – Health in Transition（2011）の更新支援を行っている。

⑤ アジア開発銀行⁹⁶

フィリピン保健セクターにおいて、アジア開発銀行は現在、保健政策及びシステム分野で支援を行っている。

2016年初めに、フィリピン国家経済開発庁（NEDA）はフィリピン戦略（Philippines Strategy）2040と題した今後25年間の国家開発マスタープランの草案を起草したが、この草案に対し、アジア開発銀行はUHCという観点から助言を行った。同草案は前政権時代のものであるが、現ドゥテルテ政権がこのマスタープランを推進することになれば、アジア開発銀行はフィリピン国家経済開発庁と保健省を支援する準備があるということである。このほか、貧困世帯に対する条件付き現金給付（Conditional Cash Transfer: CCT⁹⁷）に関連した3億USドル（約333億円）の支援を実施中である。

⑥ ユニセフ⁹⁸

フィリピン保健セクターにおけるユニセフによる現行の支援分野は以下の通りである。

- 母子保健
- サービス・デリバリー・ネットワーク
- 保健ファイナンス

【母子保健関連】

PhilHealthの妊産婦ケア給付パッケージの内容は過去10年間ほとんど変更されておらず、また未熟児向け保健パッケージは導入されていないため、ユニセフはこれらの給付パッケージの開発に取り組んでいる。

- ・ 妊産婦ケア給付パッケージ：現行の妊産婦ケア給付パッケージ利用者に関するデータが1千万件ほど利用可能になっているため、ユニセフはこのビッグデータを解析し、妊産婦ケア給付パッケージの改善に向けた提案を行う予定である。
- ・ 未熟児向け医療パッケージ：新生児死亡率の中でも特に未熟児の死亡率が高いため、ユニセフはPhilHealthとともに給付パッケージの導入に向けて取り組んでいる。

⁹⁶ ADB へのヒアリングによる。（2016年7月27日）

⁹⁷ 詳しくは第2章 2-1 (12) 貧困者支援セクションで述べる。

⁹⁸ UNICEF へのヒアリングによる。（2016年7月25日）

【サービス・デリバリー・ネットワーク】

WHOの支援同様、ユニセフは、UNFPA及び保健省と共同で、母子保健に関連したサービス・デリバリー・ネットワークのガイドラインを策定するプロジェクトをミンダナオ島ソクサージェン地方のコタバト市で実施している。

【保健ファイナンス関連】

プライマリー・ケア・パッケージ

Tamag Serbisyo para sa Kalusugan ng Pamilya（以下、「TSeKaP」という。）プログラムと呼ばれている一次医療サービス給付パッケージはぜんそくや結核の薬剤の給付が十分でない等の問題が見られるため、ユニセフは、WHO、UNFPAと共に、2014年より同プログラムの改善に向けて取り組んでいる。

TSeKaPプログラム改善に係る提案は、前政権時、オナ保健大臣に提出された。オナ大臣の退任後、進展は無かったが、新保健大臣であるウビアル氏は、このイニシアティブを進めることに意欲を示しているということである。

給付パッケージの合理的な優先順位付け

これまで、PhilHealthの給付パッケージの優先順位付けには、政治的影響力の強い者の意向が反映されてきたが、ユニセフはこれを合理的な優先順位にするようPhilHealthに対して助言を行っている。

⑦ UNFPA⁹⁹

フィリピン保健セクターにおけるUNFPAの現行の支援分野は以下の通りである。

- 母子保健
- サービス・デリバリー・ネットワーク

【母子保健】

UNFPAはフィリピンの母子保健分野において、以下の3つの側面から支援している。

1. **施設分娩**：UNFPAはフィリピンの施設分娩には以下の課題があると認識している。
 - ・ 産科・新生児ケアのための基礎的救急施設（Basic Emergency Maternal Obstetrics and Newborn Care：以下、「BEmONC」という。）として認証を受けられるために必要な最低限の水準を満たしていない施設が存在する。
 - ・ 薬剤が不足している施設が少なくない。

⁹⁹ UNFPA へのヒアリングによる。(2016年7月25日)

- ・ 妊婦がアクセス可能な場所に分娩施設が存在しない地域がある。
2. 専門技能を持つ分娩介助者（Skilled Birth Attendant: 以下、「SBA」という。） : SBAの立ち会いによる出産の割合はMDG5のターゲット¹⁰⁰のひとつであり、目標達成に近づいているものの、未だ改善の余地がある。
 3. 家族計画 : MDG5 のターゲットのひとつである避妊具普及率と家族計画の必要性が満たされている割合について、フィリピンは目標達成¹⁰¹が困難な状況にある。子供の死亡のうち、もっとも多いのは新生児死亡であり、UNFPA の 2013 年の調査では、適切な家族計画がなされていれば、そのうち 50 パーセントの命は救う事ができたと報告されている。

【サービス・デリバリー・ネットワーク】

UNFPAは以下の2つのサービス・デリバリー・ネットワークプロジェクトに従事している。

- ・ **ミンダナオ島ソクサージョン地域の先住民をターゲットとしたプロジェクト**
先住民の居住区は行政の区割りを跨っていることから、サービス・デリバリー・ネットワーク構築にあたっては特殊な配慮が必要となる。
- ・ **ミンダナオ島ソクサージェン地方コタバト市において、他ドナーと共同で母子保健関連のサービス・デリバリー・ネットワーク・ガイドラインを策定するプロジェクト**
WHO、ユニセフの支援と同様、UNFPAは保健省、WHO、ユニセフと共同で上記プロジェクトを実施している。

¹⁰⁰ 具体的には MDG5 : 妊産婦の健康の改善におけるターゲット 5.A 「2015 年までに妊産婦の死亡率を 1990 年の水準の 4 分の 1 に削減する」内の指標の一つ、「5.2 医師・助産婦に立ち会いによる出産の割合」。

¹⁰¹ MDG5 : 妊産婦の健康の改善におけるターゲット 5.B 「リプロダクティブヘルスへの普遍的アクセスの実現」の指標のうち「5.3 避妊具普及率」と「5.6 家族計画の必要性が満たされていない割合」が家族計画に関連している。

第4章 国民健康保険プログラムの概要と活用状況

4-1 現行の国民健康保険プログラム制度

フィリピンでは、全国民が過度の負担なく、必要な保健サービスを受けられるようにすることを目標に、共和国法第7875号（RA No. 7875 – National Health Insurance Act of 1995）を根拠法として、1995年に国民健康保険プログラム（National Health Insurance Program：国民健康保険プログラム）が誕生した。また、同年、公務員保険機構（Government Service Insurance System: GSIS）と民間被用者対象の社会保障機構（Social Security System: SSS）の医療給付部門が統合され、国民健康保険プログラムの運営機関としてフィリピン健康保険公社（PhilHealth）が設立された。運営は一元化されたものの、実際には表4-1で示す複数のメンバーシップが存在しており、保険料の徴収等については、それぞれのモデルに基づいて行われている。同国は、全国民を公的医療保険でカバーすることを目標としている¹⁰²。

4-2 PhilHealth

PhilHealthは保健省傘下の公社であり、保健大臣を議長とする計17名から構成される取締役会により意思決定がなされる。図4-1は簡素化したPhilHealthの組織図である。

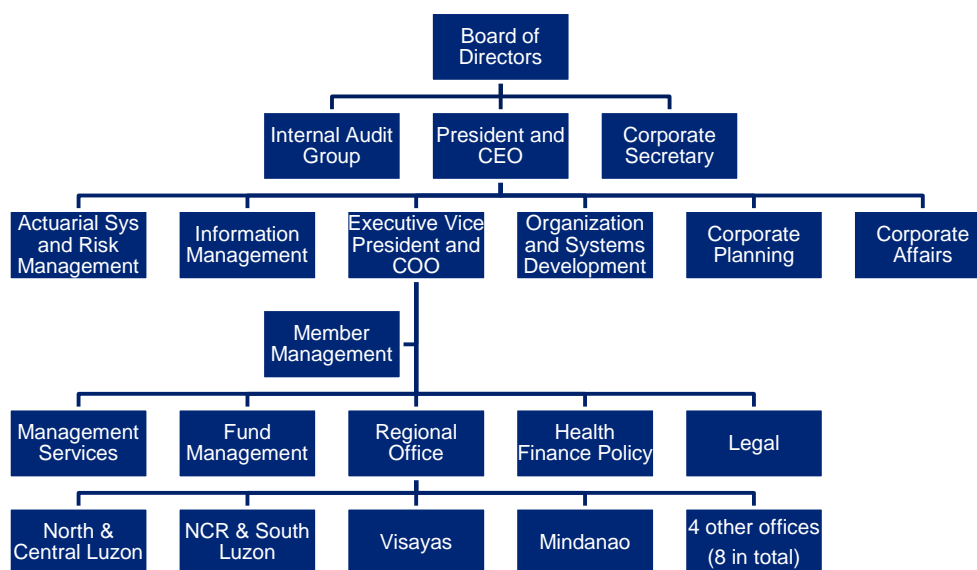


図 4-1 PhilHealth の組織図

出所：PhilHealthホームページ

¹⁰² PhilHealth ホームページ

PhilHealthは全国に約6,400人の従業員を有しており、このうち約800名がQuezon Cityの本社に在籍している。

地方には8つの地域事務所に監理される100を超える支所（健康保険地方事務所[Local Health Insurance Office]及びビジネス・センター[Business Center]）が存在する。更に、約70の出張所(Express Office)がショッピングモール等の利便性の高いところに設置されている。

PhilHealthには以下の権限と責任が付与されている。

- ・ 国民健康保険プログラムを運営する。
- ・ 国民健康保険プログラムの運営にあたり関連政策を策定のうえ交付する。
- ・ 上記についての指針を策定する。具体的には、保険料の徴収、給付、費用抑制、品質保証、医療機関の認証、医療機関への支払い、リファーマル・システムの確立等である。

4-3 国家保健政策（Philippine Health Agenda）への貢献¹⁰³

前述の通り、ドゥテルテ新政権下で、保健省は同省の6ヵ年計画である国家保健政策2016-2022を発表しているが、同政策の3つの保障のひとつである国民皆保険に関連し、PhilHealthは以下の成果目標を掲げている。

- ・ フォーマルセクターの保険料は給与から天引き、それ以外の国民の保険料は税金で補てんするようにし、フィリピン国民の国民健康保険プログラム加入率を100パーセントとする。
- ・ 貧困層及び基礎保健施設を利用する患者については、国民健康保険プログラムですべての医療費を保障することとし、病院もしくは民間施設を利用する患者については自己負担額が予見可能なものとする。
- ・ 網羅的な医療サービスを国民健康保険プログラムがカバーすることにより、PhilHealthからの支払いが公的医療機関の主たる収入源となるようにする。

4-4 メンバーシップ・カテゴリー

国民健康保険プログラム加入者（以下、「メンバー」という。）は現時点で以下の6つのカテゴリーに分類されている。それぞれのメンバーになるためには、次頁表4-1の要件を満たしている必要がある。

1. Formal Economy
2. Informal Economy

¹⁰³ Secretary of Health. Philippine Health Agenda 2016-2022 All for Health towards Health for All, Philippine Health Agenda 2016-2022 Healthy Philippines 2022.

3. Lifetime Members
4. Senior Citizens
5. Indigent Members
6. Sponsored Members

表 4-1 PhilHealth のメンバーシップ・カテゴリー

	メンバーシップ・カテゴリー	要件
1	フォーマル・エコノミー (Formal Economy)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公的・民間セクターにおいて労使関係にある従業員（個人雇用の家政婦、ドライバーを含む） ・ 企業経営者
2	インフォーマル・エコノミー ¹⁰⁴ (Informal Economy ¹⁰⁴)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国外で就労する者 ・ 行商人、露店商人、タクシードライバー、建設作業員 ・ 労使関係の枠外で生計を立てる者: 医師、弁護士、エンジニア、芸術家、建築家等の専門職に就く者、実業家、起業家、役者、フリーランス記者、プロのアスリート・コーチ・トレーナー等
3	終身加入メンバー (Lifetime Members)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 60 歳以上でかつ PhilHealth 若しくはその前身であるメディケア・プログラム（公務員保険機構若しくは社会保障機構）に対して少なくとも 120 カ月以上の間、保険料を支払い済みの者 ・ 56 歳以上でかつ PhilHealth 若しくは以前運用されていたメディケア・プログラムに対して保険料を支払い済みの軍人 ・ 55 歳以上でかつ少なくとも 120 カ月間以上の間 PhilHealth 若しくは以前運用されていたメディケア・プログラムに対して保険料を支払い済みの地下炭鉱労働退職者 ・ 1995 年 3 月 4 日より前に公務員保険機構或いは社会保障機構の受給者であった者
4	高齢者メンバー (Senior Citizens)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他の 5 つのメンバー・カテゴリーに属さない 60 歳以上のフィリピン在住フィリピン人
5	貧困者メンバー (Indigent Members)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉開発省によって、家族が最低限の生活を送るために必要な収入を得ていないとみなされた者。貧困者メンバーは National Household Targeting System for Poverty Reduction（以下、「貧困世帯特定システム」という。）に基づき特定され、自動的に PhilHealth のメンバーとなる。
6	スポンサー・メンバー (Sponsored Members)	<ul style="list-style-type: none"> ・ メンバー以外の組織（自治体等）や個人が慈善で保険料を支払っている者 ・ 社会福祉開発省や NGO の認証施設や他の非営利団体が保護している孤児、虐待された子供、非就学児童、ス通りトチルドレン、障がい者、高齢者¹⁰⁵、暴力を受けた女性 ・ ヘルス・ワーカー、栄養士、警官を含むバラングワイーカー及びボランティア ・ ポイント・オブ・ケアによって PhilHealth に加入した者

出所：PhilHealthホームページ及び

Title III Section 5 of the Implementing Rules and Regulations (IRR) of RA 7875
as amended otherwise known as the National Health Insurance Act of 2013

¹⁰⁴ 以前存在していた「海外労働者」というメンバー・カテゴリーは、現在フォーマル・エコノミーとインフォーマル・エコノミーに統合されている。フィルヘルスへのインタビューによる。(2016 年 10 月 26 日)

¹⁰⁵ 高齢者が 60 歳以上であり、社会福祉開発省や NGO による保護を受けていない場合には、高齢者メンバーのカテゴリーに分類される。

PhilHealthメンバーの扶養家族で、以下のいずれかの条件を満たした者は、追加保険料を支払うことなくPhilHealthの給付を受けることができる¹⁰⁶。

- ・ メンバーの法律上の配偶者
- ・ 未婚、無職で20歳以下の子供
- ・ PhilHealthがメンバーによる支援が必要であるとみなす21歳以上の障がい者
- ・ Foster Care Act of 2012として知られる共和国法第10165条で定義された養子

なお、扶養家族はメンバーが申請し、その氏名が当該メンバーのメンバー登録情報 (Member Data Record) に記載されていないなければならない。メンバー登録情報は当該書類に記載されている者がPhilHealthのメンバーであることを証明するものである。

4-5 加入手続き

PhilHealthへの加入手続きはメンバーシップ・カテゴリによって異なる。表4-2は各メンバーシップのPhilHealthへの加入方法である¹⁰⁷。

表 4-2 メンバーシップ・カテゴリ毎の PhilHealth 加入手続き方法

	メンバーシップ・カテゴリ	加入手続きの方法
1	フォーマル・エコノミー (Formal Economy)	・ メンバーが PhilHealth メンバー登録用紙若しくは最寄りの健康保険地方事務所 (PhilHealth Local Health Insurance Office) や出張所 (PhilHealth Express) で受領可能な PhilHealth ID カードの ID 番号を雇用者に提出し、雇用者がメンバーの加入手続きを行う。
2	インフォーマル・エコノミー (Informal Economy)	・ メンバーが PhilHealth メンバー登録用紙を健康保険地方事務所 (PhilHealth Local Health Insurance Office) 若しくは出張所 (PhilHealth Express) に提出し、加入手続きを行う。 ・ 海外労働者の場合、メンバーが PhilHealth 地域事務所、健康保険地方事務所、ビジネス・センター (PhilHealth Business Center) 若しくは出張所にメンバー登録用紙を提出するか、オンラインで iRimit, Inc.若しくは Ventaja Corporation にメンバー登録用紙を提出し、加入手続きを行う。
3	終身加入メンバー (Lifetime Members)	・ メンバーがメンバー登録用紙及びその他必要書類を健康保険地方事務所に提出し、加入手続きを行う。
4	高齢者メンバー (Senior Citizens)	・ メンバーがメンバー登録用紙及びその他必要書類を高齢者関係事務所 (Office for the Senior Citizen Affairs) 若しくは PhilHealth 健康保健地方事務所に提出し、加入手続きを行う。
5	貧困者メンバー (Indigent Members)	・ 貧困世帯であると認められれば、自動的に加入される。
6	スポンサー・メンバー (Sponsored Members)	・ メンバーがメンバー登録用紙及びその他必要書類をスポンサー若しくは PhilHealth の最寄りの健康保険地方事務所 (PhilHealth Local Health Insurance Office) や出張所 (PhilHealth Express) に最寄りの健康保険地方事務所 (PhilHealth Local Health Insurance Office) や出張所 (PhilHealth Express) 提出し、加入手続きを行う。

出所：PhilHealthホームページ

¹⁰⁶ PhilHealth ホームページ

¹⁰⁷ PhilHealth ホームページ

4-6 保険料の支払い

保険料の支払い方法もメンバーシップ・カテゴリーにより異なる。表4-3は各メンバーシップ・カテゴリーの保険料の支払い方法である¹⁰⁸。

表 4-3 保険料の支払い者及び支払い方法

メンバーシップ・カテゴリー		保険料の支払い方法					
1	フォーマル・エコノミー (Formal Economy)	<ul style="list-style-type: none"> フォーマル・エコノミー・メンバーの保険料は雇用者と従業員が折半し、給与から天引きされる。月額保険料は月給の5パーセントを上限として PhilHealth が規定している。2016年のフォーマル・エコノミー月額保険料(ペソ)は下表の通り。 					
		給与階層	給与額	給与	月額保険料	従業員負担分	雇用者負担分
		1	~8,999.99	8,000	200.00	100.00	100.00
		2	9,000~9,999.99	9,000	225.00	112.50	112.50
		3	10,000~10,999.99	10,000	250.00	125.00	125.00
	
		27	34,000~34,999.99	34,000	850.00	425.00	425.00
28	35,000~	35,000	875.00	437.50	437.50		
2	インフォーマル・エコノミー (Informal Economy)	<ul style="list-style-type: none"> 月収が 25,000 ペソ以下の場合：月々若しくはまとめて年 2,400 ペソをメンバーが支払う。 月収が 25,000 ペソを超える場合：月々若しくはまとめて年 3,600 ペソをメンバーが支払う。 					
3	終身加入メンバー (Lifetime Members)	<ul style="list-style-type: none"> 一般歳出予算法 (General Appropriations Act) に基づき年 2,400 ペソの保険料をフィリピン政府が負担する。 					
4	高齢者メンバー (Senior Citizens)						
5	貧困者メンバー (Indigent Members)						
6	スポンサー・メンバー (Sponsored Members)	<ul style="list-style-type: none"> 年 2,400 ペソの保険料が、地方自治体、社会福祉開発省、医療施設、個人、民間企業等のスポンサーによって負担される¹⁰⁹。 					

出所：PhilHealthホームページ

4-7 医療費の支払い方式

PhilHealthは設立以来、医療行為毎に診療費を支払う出来高払い方式を採用しており、金額は医療施設の種類や傷病の重症度に応じて設定されていた。しかし、支払い金額の削減と給付申請とその処理にかかる時間の節約を目的に、2011年に表4-4の11種の内科診療と12種の外科診療に対し、包括払い方式を導入した。包括払い方式は、特定の傷病の治療に対

¹⁰⁸ PhilHealth ホームページ及び Title III Section 5 of the Implementing Rules and Regulations (IRR) of RA 7875 as amended otherwise known as the National Health Insurance Act of 2013, Annual audit report for the year ended December 31, 2015

¹⁰⁹ 医療機関がスポンサーとなるのは主に後述するポイント・オブ・ケアと呼ばれる公的医療機関が提供する PhilHealth の貧困者支援制度を通じ、病院搬送時に PhilHealth に未加入だった貧困層を加入させるべく公的医療機関(国立病院や地方自治体が運営する病院)が保険料の支払いを肩代わりする場合である。公的医療機関の運営費の一部はフィリピン政府や地方自治体が負担していることから、実質的にはフィリピン政府及び地方自治体もスポンサーとなっていると言える。フィルヘルスからのヒアリングによる(10月26日)。

し、PhilHealthが固定の金額を支払うというものであり、それまでもマラリア、HIV/AIDS、結核、白内障等の治療に採用していたが、同方式の拡大により、およそ50パーセントの診療費が包括払い方式によって支払われることとなった。

表 4-4 2011 年に包括払いが導入された診療の種類と給付額（2011 年当時）

	内科診療 (Medical Case)		外科診療 (Surgical Case)	
	診療名	給付額 (ペソ)	診療名	給付額 (ペソ)
1	デング熱、デング出血熱 (軽症)	8,000	放射線治療	3,000
2	デング出血熱 (重症)	16,000	血液透析	4,000
3	肺炎 I (中リスク)	15,000	母子保健パッケージ	8,000
4	肺炎 II (高リスク)	32,000	帝王切開手術	8,000
5	高血圧	9,000	虫垂切除手術	6,500
6	脳梗塞	28,000	胆嚢摘出手術	19,000
7	脳内出血	38,000	子宮内膜搔爬手術	24,000
8	急性胃腸炎	6,000	甲状腺摘出手術	31,000
9	ぜんそく	9,000	ヘルニア縫合術	21,000
10	腸チフス	14,000	乳腺切除手術	22,000
11	病院及び助産院における NewBorn Care (新生児ケア) パッケージ	1,750	子宮摘出手術	30,000
12			白内障手術	16,000

出所：Dr. Francisco Z. Soria, Jr. (2013). PhilHealth Benefits.

2014年、PhilHealthはすべての診療費支払いに包括払い方式を導入した。この制度改定により、メンバーはPhilHealthのホームページに病名、手術名、ICD10¹¹⁰若しくはRelative Value Scale (RVS) コードを入力することで診療費のPhilHealth給付額を確認できるようになった^{111,112,113}。

また、包括払い方式の導入により、出来高払い方式で発生していた入院期間の延長、不要な医療機器の使用やヘルスケア・サービスの提供を回避できるようになった。出来高払い方式ではPhilHealthへの給付申請から支払いまで約70日要していたが、包括払い方式では17日にまで短縮されたと報告している地域もある¹¹⁴。

PhilHealthから医療機関への支払い額のうち、基本的に内科診療の場合は3割、外科診療の場合は4割が医療従事者の報酬に充当されることになっている¹¹⁵。図4-2は肺炎II (高リスク) の給付の事例である。肺炎IIの給付額である32,000ペソが医療施設もしくは医療施設を運営

¹¹⁰ 疾病及び関連保険問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

¹¹¹ PhilHealth. (2015). Annual Report 2014.

¹¹² PhilHealth. (2015). Get to know your PhilHealth benefit in just one click.

¹¹³ ICD10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision) 及び RVS (Relative Value Scale) は PhilHealth がそれぞれの診療に対する費用を識別するために使われるコードである。

¹¹⁴ Vega, L. J. Southern Philippines Medical Center. Shifting to Case-based Payments: Efficiency Gains.

¹¹⁵ 血液透析の医療従事者報酬は 500 ペソ等、一部例外もある。Dr. Francisco Z. Soria, Jr. (2013). PhilHealth Benefits.

する地方自治体に支払われるが、このうち7割が医療施設、3割が医療従事者への支払いとなる。医療従事者の間での分配方法は各医療施設若しくは自治体に委ねられている。

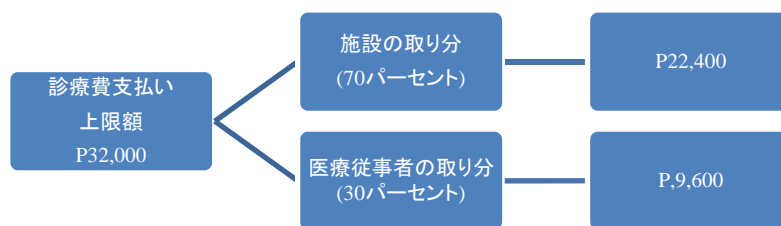


図 4-2 肺炎 II（高リスク）における給付支払いの配分

出所：Dr. Francisco Z. Soria Jr. (2013). PhilHealth Benefits.

4-8 給付パッケージ

PhilHealthが提供する給付パッケージには大きく分けて4つのタイプがある¹¹⁶。給付パッケージには、病室料、食事代、診察料、検査費、諸手続きにかかる費用、薬剤費を含む費用が含まれている。

1. 入院診療給付パッケージ
2. 外来診療給付パッケージ
3. Zベネフィット
4. MDG関連給付パッケージ

各給付パッケージの概要は以下の通りである。

(1) 入院診療給付パッケージ

すべてのPhilHealthメンバーが対象となる最も基本的な給付パッケージである。

(2) 外来診療給付パッケージ

PhilHealthは主に貧困層を対象として外来診療に係る給付を行っている¹¹⁷。2012年には、PhilHealthメンバーによる給付パッケージの活用を促進させることを目的に、給付内容を充実させた一次医療給付パッケージ（PCB1）を採用し、2014年にはこれをTSeKaPと改称した。TSeKaPでは、予防と早期発見及び健康増進を目的に、表4-5のサービスを提供している¹¹⁸。

スポンサー・メンバー、貧困者メンバー、高齢者メンバーはTSeKaPプログラムを利用できる¹¹⁹。当該プログラムの提供により医療施設が受けられる診療費は、メンバー

¹¹⁶ PhilHealth ホームページ

¹¹⁷ PhilHealth. (2015). Annual Report 2014.

¹¹⁸ PhilHealth ホームページ

¹¹⁹ 当該プログラムは 2014 年に共和国法第 10361 条（Kasambahay Law）で定義された家族雇用の運転手や家政婦にも適用されるようになった。

の家族ごとに1年間で最大1,800ペソであり、このうち800ペソは医療従事者の報酬、残りの1,000ペソが医療機関から処方箋を元に薬剤を提供した薬局に対して支払われる¹²⁰。基本的には公的医療機関が本プログラムの提供対象であるが、一部の民間医療施設も対象となっている。

表 4-5 TSeKaP プログラムで提供されている一次医療サービス

	予防	診察	薬品
1	相談	検尿	噴霧療法を含むぜんそく
2	目視による検査	検尿	急性胃腸炎 (中度までの脱水症を含む)
3	定期的な血圧測定	検便	上気道感染症・肺炎 (低リスク・中リスク)
4	母乳での授乳に関する啓蒙プログラム	喀痰顕微鏡検査	尿路感染症
5	定期的な胸部検診	空腹時血糖	
6	生活習慣に関するカウンセリング	脂質状態	
7	禁煙に関するカウンセリング	胸部 X 線	
8	身体測定		
9	直腸部の電子的検診		

出所：PhilHealthホームページ

また、TSeKaP以外にも、表4-6の外来患者向けのベネフィットが提供されており、こちらは貧困層以外も給付の対象となる。

表 4-6 TSeKaP 以外外来患者向けの給付パッケージ

	診療	給付支払い額 (ペソ)
1	日帰り手術 (救急もしくは外来での手術)	診療内容に応じて上限額が適用
2	放射線治療 ・ コバルト ・ リニアアクセラレータ	2,000/セッション 3,000/セッション
3	血液透析	2,600/セッション
4	輸血	3,640 (薬剤、X 線、検査、治療室を含む)

出所：PhilHealthホームページ

(3) Z ベネフィット¹²¹

高額医療費を要する疾病治療による国民の経済負担を軽減することを目的に、PhilHealthは2012年にZベネフィット・パッケージ (以下、「Zベネフィット」という。)を導入した。Zベネフィットの支払いは年間45日間を上限としている。

Zベネフィットの導入以来、パッケージの対象診療は毎年拡大している。

表4-7はZベネフィットの現在のパッケージ内容である¹²²。Zベネフィットの支払いの20

¹²⁰ Soria, F. Z. (2013). PhilHealth Benefit. Packages: Understanding the Role of Quality Medicines and Quality Pharmaceutical Care.

¹²¹ ZベネフィットのZは「患者の自己負担がゼロ (Zero)」であることに由来している。

¹²² PhilHealth ホームページ及び PhilHealth . (2015).Annual Report 2014.

パーセントは医療従事者の報酬に充当される（子宮頸がんは15パーセント等、一部例外もある¹²³⁾）。

表 4-7 Z ベネフィット対象診療の導入年と給付額（ペソ）

2012 年（導入時）	
小児における急性リンパ性白血病（中リスク）	210,000
乳がん（初期段階）	100,000
前立腺がん	100,000
低リスク腎臓移植	100,000
2013 年（新規追加）	
冠動脈バイパス移植手術	550,000
ファロー四徴症	320,000
心室中隔欠損症	250,000
子宮頸がん（ステージ IIIB）	
低度の服薬	120,000
高度の服薬	175,000
義足・義手	15,000
2014 年（新規追加）	
インプラント	
臀部人工器官等 9 つのインプラント	48,740~103,400
腹膜透析	270,000/年 10,384.60/トランシェ
2015（新規追加）	
結腸がん	
ステージ I-II（低リスク）	150,000
ステージ II（高リスク）-III	300,000
直腸がん	
ステージ I（臨床と病理）	150,000
ステージ II-III（臨床と病理）	
・ リニアアクセラレータを使用した放射線治療	400,000
・ コバルトを使用した放射線治療	320,000

出所：PhilHealth. Annual Report 2014及びPhilHealthホームページ

Zベネフィットは診療項目ごとにPhilHealthと契約する医療施設でのみ取り扱われている。表4-8は「冠動脈バイパス移植」のPhilHealth取り扱い医療施設である¹²⁴⁾。

表 4-8 Z ベネフィットを活用した冠動脈バイパス移植手術が可能な病院

州	冠動脈バイパス移植手術の PhilHealth 取り扱い医療機関
National Capital Region	Philippine Heart Center University of Philippines - Philippine General Hospital
Central Luzon	Angeles University Foundation Medical Center
Central Visayas	Vicente Sotto Memorial Medical Center
Northern Mindanao	Northern Mindanao Medical Center
Davao	Southern Philippines Medical Center

出所：PhilHealthホームページ

¹²³⁾ Soria, F. Z. (2013). PhilHealth Benefits.

¹²⁴⁾ PhilHealth ホームページ

(4) MDG 関連給付パッケージ

MDG 関連の給付パッケージには、妊産婦ケア給付パッケージのほか、正常な自然分娩給付パッケージ (Normal Spontaneous Delivery Package: NSD)、産前健診給付パッケージ (Antenatal Care Package: ANC01) 等の妊産婦向け給付パッケージ、新生児給付パッケージ (New Born Care Package: NBC) 及び表 4-9 の給付パッケージがある。PhilHealth は PhilHealth Circular No. 025 において、妊婦が民間を含む妊産婦ケア給付認証医療施設において受診を希望した場合、その場で 1 年分の保険料を支払い、保険加入手続きをすれば、実際の診療費が給付額を超えた場合においても、保健施設で差額を患者に請求しないよう定めている。

【妊産婦向け保健医療サービスの給付¹²⁵】

妊産婦ケア給付パッケージは産前から産後までに必要とされるケアを継続的にカバーすることを目的とした給付パッケージである。正常な自然分娩給付パッケージでは、比較的风险は低いが、緊急対応が必要になる可能性もある正常な自然分娩を自宅ではなく助産院や産科クリニックで行うよう促すことが期待されている¹²⁶。表4-9の通り、妊産婦ケア給付パッケージと正常な自然分娩給付パッケージの給付額は病院と病院以外の診療所、助産院、産科クリニック等で異なる。病院より診療所等の給付額の方が高く設定されているのは、正常な自然分娩はできる限り病院以外で行うよう促すためである。

表 4-9 妊産婦向け保健医療サービス給付額 (ペソ) の一覧

	病院	診療所等	サービス内容・条件等	支払い配分
妊産婦ケア	6,500	8,000	産前健診、自然分娩、産後健診 (産後 72 時間以内及び 1 週間後)。24 時間以上施設に滞在していること。給付は最長 45 日まで。	40 % 医療従事者、60%施設
正常な自然分娩	5,000	6,500	自然分娩、産後健診 (産後 72 時間以内及び 1 週間後)。24 時間以上施設に滞在していること。給付は最長 45 日まで。	
産前健診	1,500	1,500	4 回以上受診すること。最後の健診は妊娠後期 (最後の 3 カ月) に受診すること。	
分娩介助→緊急搬送		650		
帝王切開	19,000			
合併症妊婦の自然分娩	9,700			
骨盤位分娩	12,120			
帝王切開後の自然分娩	12,100			
卵管結紮術	4,000			

出所 : PhilHealth. Circular No. 26, 2015.

¹²⁵ PhilHealth. (2015). Circular No. 25, 2015.

¹²⁶ PhilHealth. (2015). Annual Report 2014.

【新生児ケア給付パッケージ¹²⁷】

この給付パッケージは、出産方法や疾病の有無にかかわらず、新生児が出生直後に受けるべき保健医療サービスをカバーしている。パッケージの内容及び給付額は表4-10の通りである。

表 4-10 新生児ケア給付パッケージ（ペソ）

新生児給付パッケージ対象サービス	給付額	支払い配分
ビタミン K・B 型肝炎・BCG ワクチン投与を含む新生児ケア	1,000	50%医療従事者 50%施設
新生児検査（代謝診断）	550	
新生児検査（聴覚診断）	200	
合計	1,750	

出所：PhilHealth. Circular No. 26, 2015.

【その他】

母子保健以外のMDG関連給付パッケージには、表4-11のようなものがある。

表 4-11 その他の MDG 関連給付パッケージ（ペソ）

	給付パッケージのサービス	金額
1	マラリア外来（MDG6） 診察及び関連検査、医薬品提供、関連相談	600
2	HIV-AIDS 外来（MDG6） 医薬品提供、関連検査	30,000/年 (7,500/四半期)
3	結核外来（MDG6） ・ 診察、関連相談、医薬品提供、治療期間中の教育及びカウンセリング	4,000
4	避妊手術（MDG5） ・ 部屋代、食事代、医薬品等の施設費 ・ 医師のよる手術 ・ 手術後 90 日以内の相談	4,000
5	動物咬傷パッケージ（MDG4） ・ 狂犬病ワクチン ・ 抗狂犬病グロブリン ・ 傷口の手当 ・ 破傷風トキソイド及び血清 ・ 抗生物質 ・ 注射器等の関連器材	3,000

出所：PhilHealthホームページ

4-9 給付申請の手続き

PhilHealthの給付申請のため、メンバーは以下の書類を医療施設に提出する必要がある。

■ PhilHealth ID及び/若しくはメンバー登録情報（MDR）

PhilHealthは加入メンバーにIDカードを配布しており、メンバーシップを毎年更新する必要がある。この更新を行うことで受給資格を得ることになる。既述の通り、メンバー登録情報は当該書類に記載されている者がPhilHealthのメンバーであることを証明するものであり、扶養家族もメンバー登録情報に記載されている必要がある。

¹²⁷ PhilHealth. (2015). Circular No. 26, 2015.

■ 保険料の支払いを証明する書類

特例を除き、PhilHealthの給付を受けるためには、過去6カ月の間に少なくとも3カ月の保険料を支払っている必要がある。

■ 給付申請用紙1～3

メンバーが入院時に医療施設に対して必要書類を不備なく提出すれば、PhilHealthが定める給付額（ケースレート）が退院時の請求額から差し引かれる。

4-10 PhilHealth 認証（Accreditation）手続き¹²⁸

PhilHealthにおける認証（accreditation）とは、医療施設と医療従事者の質と能力がPhilHealthの求める水準を満たしているか確認するプロセスを指す。この認証手続きは、PhilHealthから支払いを受ける医療施設及び医療従事者の双方に必要とされるものである。

(1) 医療施設

PhilHealth認証に申請する医療施設は、保健省から開業許可（License To Operate）を受け、一部の例外を除き、少なくとも3年間、医療事故なくサービスを提供しており、サービス品質保障プログラムを有し、提供する医療行為に対し法的責任を担っていることが条件となる。認証を希望する医療施設は、上記の開業許可証のほか、運営にかかる誓約書（Performance Commitment）、健康推進評議会から発行される新生児スクリーニングやBEmONCの許可証、認証に必要な費用の支払い証明書、民間施設は更に財務諸表を提出する必要がある。PhilHealthの認証医療施設には、以下が含まれる。

- ・ 病院
- ・ 透析クリニック
- ・ 外来診療給付パッケージが適用される保健センター等
- ・ 救急外科クリニック
- ・ 助産所（正常な自然分娩）
- ・ 結核診療所

表4-12は、2015年末までにPhilHealth認証を受けた医療機関の数である。

表 4-12 PhilHealth の認証を受けた医療機関の数

医療施設カテゴリー	民間	公立	合計
レベル1 病院	444	310	754
レベル2 病院	254	49	303
レベル3 病院	67	48	115
上記以外	370	345	715
合計	1,135	752	1,887
割合	60 パーセント	40 パーセント	100 パーセント

出所：PhilHealth (2016). 2015 Stats & Charts.

¹²⁸ PhilHealth ホームページ

表4-13は、2015年末までに一次医療給付パッケージ（PCB1）、妊産婦ケア給付パッケージ（MCP）及び結核治療給付（DOTS）パッケージの取り扱い医療機関としてPhilHealthの認証を受けた外来クリニックの数、同クリニックのある市町の数及びその割合である。一次医療給付パッケージは全国ほとんどの地域で、また妊産婦ケア給付パッケージ及び結核治療給付パッケージについても、8割以上の市町で受けられることがわかる。

表 4-13 PhilHealth 給付パッケージの認証を受けた外来クリニックの数、同クリニックのある市町の数とその割合

項目	PCB1	MCP	DOTS パッケージ
PhilHealth 認証を受けた外来クリニックの数	2,553	2,981	1,739
PhilHealth 認証を受けたクリニックがある市町の数	1,567	1,268	1,286
PhilHealth 認証を受けたクリニックがある市町の割合	99 パーセント	80 パーセント	81 パーセント

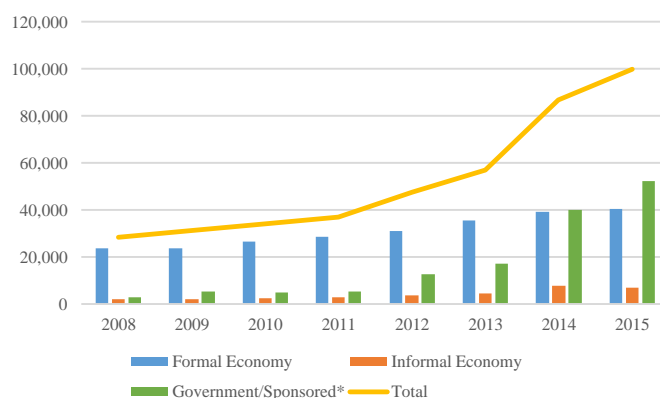
出所：PhilHealth (2016). 2015 Stats & Charts.

(2) 医療従事者

医師、歯科医、助産師がPhilHealthからの支払いを受けるためには、PhilHealthの認証を受けている必要がある。また、医療従事者は毎年誕生日の45日前までに認証を更新するよう定められている。

4-11 PhilHealth の財源

図4-3は2008年から2015年までに毎年PhilHealthに支払われた保険料をカテゴリー別に纏めたものである。2014年に公費負担加入者（Government/Sponsored）の保険料が大幅に増えているのは、2012年12月に成立したSin Tax改定法に依るところが大きい。この改定法によって、たばことアルコールに関連した増税のうち85パーセントが保健予算となった。



* Government/Sponsoredには、Indigent Members, Sponsored Members, Senior Citizens, 政府の特別プログラムが含まれる。

図 4-3 2008 年-2015 年メンバーシップ・カテゴリー別 PhilHealth 保険料総額の推移（ペソ）

出所：PhilHealth.¹²⁹ (2015). Annual Reports 2011~2014, Annual Audit Report 2015.

¹²⁹ 同レポートには海外労働者メンバーと終身加入メンバーに関連した数値の明示がないことに留意が必要である。

4-12 メンバー間の財源補完

国民健康保険プログラムは職業や所得の異なるメンバーによって構成されているため、保険料の支払い金額と給付額を比較した場合、前者の方が多くメンバーと後者の方が多くメンバーが存在する。表4-14は各メンバーが2015年の1年間に支払った保険料と給付額を表している。インフォーマル・エコノミー・メンバー、高齢者メンバー及びスポンサー・メンバーは支払った保険料よりも多くの給付を受けている一方で、フォーマル・エコノミー・メンバーと貧困者メンバーは給付額より多くの保険料を支払っている。換言すれば、これはフォーマル・エコノミー・メンバーの保険料と公費で他のメンバーの医療費を補完しているということになる。

表 4-14 国民健康保険プログラムメンバーの保険料支払額と給付額

2015年度の保険料支払い額 (百万ペソ)		
メンバー・カテゴリー	金額	%
フォーマルエコノミー	40,544	40.7%
インフォーマル・エコノミー	6,803	6.8%
貧困者メンバー	36,258	36.4%
高齢者メンバー	13,045	13.1%
スポンサー・メンバー	2,893	2.9%
政府特別プログラム	82	0.1%
	<u>99,625</u>	<u>100.0%</u>

2015年度の給付申請額 (百万ペソ)		
メンバー・カテゴリー	金額	%
フォーマル・エコノミー	24,950	25.7%
インフォーマル・エコノミー	20,173	20.8%
貧困者メンバー	25,056	25.8%
高齢者メンバー	19,328	19.9%
スポンサー・メンバー	7,528	7.8%
	<u>97,035</u>	<u>100.0%</u>

40,544
-24,950
15,594

フォーマル・エコノミーによる保険料の支払は給付申請と比して15,594百万ペソ多い。つまり、フォーマル・エコノミーから支払われた保険料が他のセクターの治療費を実質的に補助している。

出所：Annual audit report for the year ended December 31, 2015¹³⁰

4-13 加入率と利用率

(1) 加入率

次頁表4-15は2010年から2016年6月までの国民健康保険プログラム加入者数¹³¹及び推計人口を分母とした加入率である。2016年6月末時点での加入率は90パーセントとなっている¹³²。同表では、2010年から2013年までのスポンサー・メンバーの内訳である「貧困世帯特定システム」が2014年から2016年6月のデータでは「貧困者メンバー」に相当

¹³⁰ 同レポートには「Overseas Filipinos」と「Lifetime Members」に関連した数値の明示がないことに留意が必要である。

¹³¹ ここでいう「加入者」とは、PhilHealthの加入者情報システムに登録されている受給資格を有するメンバーとその扶養家族である。(PhilHealthでの聞き取りによる)

¹³² PhilHealth. (2016). June 30th 2016 Stats & Charts.

する¹³³等、2013年までとそれ以降のメンバーシップの種類の変換が異なっており、同じカテゴリ内の数値の一貫性が担保されていないことに留意されたい。

表 4-15 2010-2015 年における PhilHealth 加入者数（百万人）及び加入率（％）

メンバーシップの種類	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016/6
フォーマル・エコノミー	29.21	24.00	25.94	26.34	27.05	28.32	28.89
インフォーマル・エコノミー	9.91	9.91	11.82	11.99	7.38	8.46	8.31
海外労働者	5.09	5.09	5.23	5.86	-	-	-
終身加入メンバー	0.95	0.95	1.25	1.32	1.61	1.73	2.05
高齢者メンバー	-	-	-	-	4.34	7.12	7.42
貧困者メンバー	-	-	-	-	43.73	45.411	44.35
スポンサー・メンバー	22.10	38.44	36.68	31.39	2.12	2.41	1.59
貧困世帯特定システム	-	18.90	20.43	21.01	-	-	-
自治体／その他	-	19.55	16.25	10.37	-	-	-
加入者数（百万人）	67.26	78.39	80.92	76.90	86.22	93.44	92.61
推計人口（百万人）	90.89	95.60	95.88	97.70	99.56	101.45	102.90
加入率（％）	74	82	84	79	87	92	90

出所：Source: PhilHealth. (2010-9/2016). 2010-1st September 2016 Stats & Charts

(2) 利用率

表4-16は、国民健康保険プログラムメンバーによる過去4年間の同プログラムの利用率であり、漸増してきている。

表 4-16 2012-2015 年の国民健康保険プログラム利用率

年	国民健康保険プログラム加入者のうち、 給付を受けたメンバー数の割合
2012	6 パーセント
2013	8 パーセント
2014	11 パーセント
2015	12 パーセント

出所：PhilHealth. (2012-2015). 2012-2015 Stats & Charts.

4-14 貧困者支援

(1) 貧困者メンバーの国民健康保険プログラム加入支援

2011年、PhilHealthは貧困家族の特定基準をより明確なものにするため、社会福祉開発省の貧困世帯特定システム (National Household Targeting System for Poverty Reduction: 貧困世帯特定システム) を採用した。これにより貧困者メンバーが急増した¹³⁴。貧困世帯特定システムの結果、貧困と認定された家族は保険料が免除となり、自動的にPhilHealthに加入することになる。

¹³³ 「貧困者メンバー」は貧困世帯特定システム (National Household Targeting System for Poverty Reduction) により定義されている。

¹³⁴ PhilHealth. (2012). Annual Report 2011.

貧困世帯特定システムは、世帯の所得を推定する代理資力調査 (Proxy Means Test)¹³⁵を通じて各世帯が貧困であるか否かを判定するシステムである。社会福祉開発省は国家統計局 (現フィリピン統計機構) と共同で2007年にパイロット調査を行った後、2011年にかけて全国で第1回調査を実施した。

貧困世帯特定システムでは、業務の効率性を高めるため、対象世帯を選定して調査を行っている。まず全国の町を家計調査 (FIES) 及び小規模地区における状況推定調査 (SAEs) を基に、貧困発生率が5割以上の「貧困町」と、5割未満の「準貧困町」に分け、「貧困町」ではすべての世帯を対象に対面インタビュー調査を行う。「準貧困町」では、その中の貧困集住地区のみ全世帯を対象に調査を行い、その他の地区については希望世帯のみ申請ベースで調査を実施している。第一回調査は489の貧困町と1,045の非貧困町に居住する10,909,456世帯を対象に、34の質問から成る世帯調査質問票 (Household Assessment Form) を基に行われた。第一回調査では、約5,500万人を対象に調査をしたと報告されていることから、人口の約57パーセントがカバーされたと推定できる。

その後、フィリピン統計機構が州毎に設定する、生活に必要な最低限の収入である「一人当たり貧困ライン (Per Capita Poverty Threshold)」と、代理資力テストの結果から推定される各世帯の所得とを比較し、貧困世帯を特定する。貧困世帯リスト (Listahanan)¹³⁶は、一定期間各コミュニティーに掲示され、コミュニティーメンバーから異議申し立てを受ける¹³⁷。その期間を経て正式な貧困世帯リストが作成され、各種社会サービス等において利用される。

貧困世帯リストは4年に一度の更新が義務付けられており、第二回調査は2015年4月から9月に行われ、現在そのデータ分析が行われている。第一回調査は「世帯」が対象であったが、国民健康保険プログラムを始めとする多くの社会サービスが「家族」¹³⁸を単位としているため、第二回の調査は家族単位で実施された¹³⁹。これに合わせ、貧困世帯特定システムの質問票は家族調査用 (Family Assessment Form) に変更された (別添6参照)。

¹³⁵ 家族構成、家族の教育レベル・職業、家屋の状態、基礎サービスへのアクセス、財産の所有等、家計調査 (FIES) や労働人口調査 (Labor Force Survey: LFS) の分析に基づいて作成した質問票による所得推計調査。34問両面1枚の世帯調査質問票 (Household Assessment Form) に基づく対面インタビューによって行われた (第二回調査では、52問の家族調査質問票 [Family Assessment Form] に変更)。代理資力テストのモデルには都市型と農村型の2種類がある。

¹³⁶ タガログ語で世帯リストという意味。

¹³⁷ 本調査でコミュニティーを訪問した際、貧困世帯リスト (Listahanan) がコミュニティーに掲示されたことは確認できたものの、異議申し立てができることを理解していた住民は少なかった。

¹³⁸ 兄弟の家族や祖父母と共に暮らしている場合、全ての構成員でひとつの「世帯」であるが、その中に複数の「家族」(親と21歳未満の子供) が暮らしているとみなされる。

¹³⁹ 社会福祉開発省からの聞き取りによる (2016年10月6日)。

(2) 差額支払い免除政策 (No Balance Billing Policy) ¹⁴⁰

貧困世帯特定システムの採用と並行して、同年、貧困世帯を始めとする社会的弱者の経済的負担を軽減させるべく、PhilHealthはPhilHealth Board Resolution No. 1441, 2010を通じて、フィリピンにおいて最も一般的な内科・外科治療について、差額支払い免除政策 (No Balance Billing Policy) を導入した。差額支払い免除政策は、医療施設で請求される診療費がPhilHealthの給付額を超えたとしても、貧困者メンバー、スポンサー・メンバー及び同メンバーの扶養家族については差額支払い請求を禁ずるという政策である。

差額支払い免除政策の主な特徴は以下の通りである¹⁴¹。

- ・ 差額支払い免除政策は公立施設においてのみ適用となっており、民間施設については各施設の判断に任されている。
- ・ PhilHealthの認証を受けた助産院や産科クリニック等で妊産婦ケア給付パッケージ若しくは新生児給付パッケージを受ける妊産婦に対しては、メンバーシップ・カテゴリーにかかわらず、差額支払い免除政策が適用される。

差額支払い免除政策は、共和国法第10361条Kasambahay Lawに労働者よって、2014年より家族雇用労働者（運転手や家政婦など）に対しても適用されることになった¹⁴²。

(3) ポイント・オブ・ケア加入プログラム¹⁴³

上述の通り、貧困世帯特定システムの調査ではすべての国民を対象としないため、調査で漏れてしまった貧困世帯の救済を目的に、2013年、PhilHealthはもう一つの貧困対策制度として、ポイント・オブ・ケア (Point of Care) を導入した。PhilHealthのポイント・オブ・ケア認可を受けた医療施設では、まず医療ソーシャルワーカー (Medical Social Worker: MSW) が、患者がPhilHealthの加入者リストに掲載されているかを確認し、登録されていないければ、その患者に対して簡易インタビューを行う。患者が貧困であると判定されれば、医療施設が患者の1年分の保険料2,400ペソを負担して、国民健康保険プログラムに加入させる。ポイント・オブ・ケアの患者を受け入れると、医療施設は2,400ペソの保険料を患者に代わって支払う必要があるが、患者を治療すると通常PhilHealthよりそれ以上の医療費が支払われるため、ポイント・オブ・ケアは必ずしも医療施設側の負担にはならないということである¹⁴⁴。ポイント・オブ・ケアは、保

¹⁴⁰ PhilHealth Circular (2011). No. 011-2011, New PhilHealth Case Rates for Selected Medical Cases and Surgical Procedures and the No Balance Billing Policy

¹⁴¹ PhilHealth Circular (2011). No. 011-2011

¹⁴² PhilHealth (2014). Circular No. 0003, s. 2014.

¹⁴³ PhilHealth Circular (2013). No. 0032. s.2013, 14 October 2013.

¹⁴⁴ Jose Fabell Hospital でのインタビューによる。(2016年7月28日)

健省が運営する病院では強制的に導入されたが、地方自治体やその他の医療施設の場合、PhilHealthから承認を得る必要がある。

表 4-17 支払い能力に応じた患者のカテゴリーと支払い義務

患者のカテゴリー	当該カテゴリーとなるための条件	患者による支払い義務
Class A	月収が、病院が立地する地域 (Region) の最新の PCPT の 220 パーセントを超えており、個室を利用する者。	診療費 100 パーセント。
Class B	月収が、病院が立地する地域 (Region) の最新の PCPT の 220 パーセントを超えており、3人以上の病室を利用する者。	診療費 100 パーセント。
Class C-1	月収が、病院が立地する地域 (Region) の最新の PCPT の 180 パーセントを上回るが 220 パーセント以下である者。	総診療費を超えた金額の 75 パーセント。
Class C-2	月収が、病院が立地する地域 (Region) の最新の PCPT の 140 パーセントを上回るが 180 パーセント以下である者。	総診療費を超えた金額の 50 パーセント。
Class C-3	月収が、病院が立地する地域 (Region) の最新の PCPT の 140 パーセント以下である者。	薬品や補助サービス料金のうち、支払えるもの。
Class D	月収が、病院が立地する地域 (Region) の最新の PCPT 未満である者。	患者による支払いは一切免除。

出所：Administrative Order No. 51-A s. 2001, “Implementing Guidelines on Classification of Patients and on Availment of Medical Social Services in Government Hospitals”

ポイント・オブ・ケアの際、医療ソーシャルワーカーはインタビュー結果を基に患者の月収を推定し、フィリピン統計機構が地域 (Region) 毎に設定した一人当たり貧困ライン¹⁴⁵と推定月収とを比較し、保健省のAO No.51-A (Administrative Order No. 51-A s. 2001, Implementing Guidelines on Classification of Patients and on Availment of Medical Social Services in Government Hospitals) に基づいて患者をAからDのカテゴリーに分類する (表4-17参照)。その結果、C-3若しくはDと判定された場合、ポイント・オブ・ケアの対象となる。ポイント・オブ・ケアはPhilHealthの制度であるが、貧困ラインはフィリピン統計機構が設定し、AからDの患者区分は保健省が定めていることに留意されたい。

ポイント・オブ・ケアは一人一度のみと規定されているが、実際は翌年の更新が難しく、病院に駆け込むまで保険料を払わず、ポイント・オブ・ケアを繰り返す者もいるということである¹⁴⁶。また、実際はAからC2と判定される場合でも、患者が診療費を支払うことができないと言う場合、医療ソーシャルワーカー自身や地方自治体にスポンサーになるよう促す医療施設もあり、そのような医療施設でスポンサーが見つからない場合は医療ソーシャルワーカーが意図的にC3かDと判定することもあるという話も聞かれた。他方、C1と判定された患者の診療費は25パーセント、C2と判定された患者の診療費は50パーセントが割引きされ、その後の保険料を支払うことが推奨されるということである¹⁴⁷。ポイント・オブ・ケアで貧困者として認められた者が貧困世

¹⁴⁵ 医療施設のある地域 (Region) の PCPT を参照する。

¹⁴⁶ Dr. Jose Fabella Memorial Hospital での聞き取りによる。(2016年7月28日)

¹⁴⁷ 保健省 Health Facility Development Bureau での聞き取りによる。(2016年10月4日)

帯リストに加えられるのが理想であるが、貧困世帯リストは4年に一度の調査を通してのみ更新されるということである¹⁴⁸。

(4) 条件付き現金給付（コンディショナル・キャッシュ・トランスファー：CCT）

Pantawid Pamilyang Pilipino Program若しくは4Psとして知られるフィリピンの条件付き現金給付（コンディショナル・キャッシュ・トランスファー：CCT）は、0-18歳の子供がいる貧困世帯への金銭的・社会的支援を目的に2008年に立ち上げられた社会福祉開発省の福祉プログラムである¹⁴⁹。条件付き現金給付は国民健康保険プログラムの中での取組ではないが、貧困者支援であり、対象者が重なるためここで簡単に触れる。

【受給資格】

貧困世帯特定システムにより、条件付き現金給付の対象となる貧困世帯が特定される。資格を得るためには、以下の条件を満たしている必要がある¹⁵⁰。

- ・ 2003小規模地区における状況推定調査（SAEs）に基づき特定された最貧困の町に居住していること。
- ・ 地方（Region）毎に定められた一人当たり貧困ラインに満たない経済状態であること¹⁵¹
- ・ 0-18歳の子供若しくは妊婦がいること。
- ・ 条件付き現金給付で定められた条件を満たすことに同意していること。

2015年8月26日時点で、条件付き現金給付の受給世帯数は4,353,597であり、このうち570,056世帯が先住民である。また、0-18歳の学童10,235,657人が条件付き現金給付を受給していると報告されている¹⁵²。

受給資格者にはIDカードが付与され、通院のための保健医療施設が紹介される。

【手当の支給及び支給条件】

2種類の手当が受給世帯に支給される。

- ・ 健康手当：一世帯あたり月500ペソ が12カ月間（年間6,000ペソ）
- ・ 教育手当：子供一人あたり月300ペソが10カ月間（年間3,000ペソ）

¹⁴⁸ Mandaluyon 市の社会福祉開発局職員への聞き取りによる。（2016年10月3日）

¹⁴⁹ Pantawid Pamilyang Pilipino Program: Official gazette of the government of the Philippines.

¹⁵⁰ Pantawid Pamilyang Pilipino Program: Official gazette of the government of the Philippines.

¹⁵¹ 貧困世帯は社会福祉開発省の貧困世帯特定システムの調査で特定されている。第一回調査では1,700万人、2015年に実施された第二回の調査では2,000万人が貧困特定された。

¹⁵² Pantawid Pamilyang Pilipino Program: Official gazette of the government of the Philippines.

手当は国営銀行であるフィリピン・ランドバンク、若しくは別の銀行等を通じて各受給世帯に支給される。

手当を受け取るため、受給世帯は以下の条件を全て満たしていなければならない¹⁵³。

1. 妊婦は保健施設で産前産後の健診を受け、出産では訓練を受けた助産師が介助すること。
2. 責任ある親のあるべき姿、健康、栄養に関連したトピックを含む保護者教育セミナーを保護者が受講していること。
3. 0-5歳の子供が疾病予防を目的とした定期検診及び予防接種を受けていること。
4. 6-14歳の子供が駆虫薬を年二回処方されていること。
5. 3-18歳の子供が就学し、毎月の出席率が85パーセント以上を維持していること。

受給世帯がこれらの条件を満たしている割合は全体に高い。最も低い保護者教育セミナーでも、2015年3-4月の間、94.84パーセントの受給世帯の保護者が受講していた¹⁵⁴。

【条件付き現金給付受給者の国民健康保険プログラム活用促進に関する啓発】

条件付き現金給付受給者は自動的に国民健康保険プログラムへの加入資格を得るが、受給者のうち5-6パーセントはその事実を知らず¹⁵⁵、また国民健康保険プログラムの利用率も低い。そのため、社会福祉開発省は条件付き現金給付受給者の国民健康保険プログラム活用促進のため、以下の啓発活動を行っている。

- ・ PhilHealthの担当者が条件付き現金給付受給者に対してPhilHealthの給付内容を説明するセミナーを開催する。
- ・ 条件付き現金給付受給者には差額支払い免除政策が適用されるため、診療費を負担する必要がないということを伝えるための看板を医療施設に掲げるよう、医療施設に対してアドバイスを行う（診療費の負担を恐れて医療施設に行くことを躊躇する条件付き現金給付受給者は少なくない）。

¹⁵³ Pantawid Pamilyang Pilipino Program: Official gazette of the government of the Philippines.

¹⁵⁴ Pantawid Pamilyang Pilipino Program: Official gazette of the government of the Philippines.

¹⁵⁵ 社会福祉開発省へのヒアリングによる。

第5章 ビコール地域及び東ビサヤ地域における母子保健サービスの状況

本調査では、ビコール地域（Region V）と東ビサヤ地域（Region VIII）において、保健省地域事務所、地方自治体、医療施設、バランガイ保健センター等のサプライサイドの状況及び妊婦とその家族、コミュニティー住民等のデマンドサイドの状況について聞き取りを行った。聞き取り調査の結果は以下の通りである。

5-1 ビコール地域（Region V）

(1) 地域概要

① 人口・社会・経済状況

ビコールはルソン島南部のビコール半島及びその周辺の島々から成る地域である。6州7市から成り、Legaspi市及びナガ市は商業・金融・交通の拠点となっており、その他の地域は主に農業・漁業が産業の中心である。2015年の経済成長率は8.4パーセントと全国で最も高いが、一人当たりGDPは25,648ペソと全国で2番目に低い¹⁵⁶。ビコール地域の州別人口は表5-1の通りである。

表 5-1 ビコール地域の州別人口

	人口（千）			人口増加率
	2000年	2010年	2015年	2010-2015年
アルバイ	1,091	1,233	1,315	1.22
北カマリネス	471	543	583	1.38
南カマリネス	1,552	1,822	1,953	1.32
カタンデュアネス	215	246	261	1.11
マスバテ	708	835	892	1.28
ソルソゴン	651	741	793	1.30
地域	4,688	5,420	5,797	1.29

出所：フィリピン統計機構2016

② 母子保健関連指標

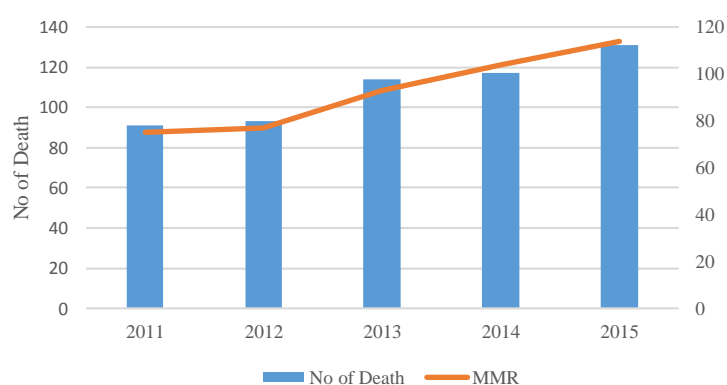


図 5-1 ビコール地域の妊産婦死亡者数及び死亡率

出所：FHSIS-ビコール地域事務所

¹⁵⁶ Philippine Statistics Authority, 2016.

図5-1はFHSISのデータであるが、アルバイ州保健局の情報（妊産婦死亡数が2014年は44名、2015年は29名、2016年は7月までで6名）とは異なる。一般にFHSISのデータの信頼性は高くないと言われているが、妊産婦が死亡した医療施設のある州で記録するか、妊産婦の居住州でカウントするかで集計数が異なっている。また、ビコール地域では、2015年から原則妊産婦の居住地で妊産婦死亡を記録することになり、民間医療施設からのデータも含まれるようになったため、それ以前の死亡傾向との比較が困難になっている。ビコール地域では、中央政府からの要請で、2015年に妊産婦・新生児死亡報告制度を導入している。

ほとんどの妊産婦死亡はレベル3病院、あるいはレベル3病院への搬送途中で起きていると報告されている。表5-2は地域内の2カ所のレベル3病院、ビコール地域教育病院（Bicol Regional Training and Teaching Hospital: BRTTH）及びビコール医療センター（Bicol Medical Center: BMC）の妊産婦死亡者数である。2015年までは大きな傾向の変化は見られないが、2016年はこれまでのところ減少傾向にある。

表 5-2 レベル 3 病院での妊産婦死亡者数

	2013	2014	2015	2016
ビコール地域教育病院（ビコール地域教育病院）	34	47	35	16（8月）
ビコール医療センター（ビコール医療センター）	38	36	38	5（6月）

出所：ビコール地域教育病院及びビコール医療センター

表 5-3 はビコール市内の州・市別の施設分娩率である。南カマリネス州とイリガ市の施設分娩率が特に低かったが、イリガ市は 2014 年から 2015 年にかけて急な改善を見せ、南カマリネスは 2015 年時点でも他の州・市より低い、徐々に改善している。

表 5-3 州・市別の施設分娩率（パーセント）の経緯

州・市	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
アルバイ	67.7	76.5	90.1	87.7	93.0
北カマリネス	41.0	38.2	68.5	81.7	86.0
南カマリネス	19.9	38.7	37.2	58.6	63.7
カタンデュアネス	79.1	85.7	88.6	90.3	90.4
マスバテ	30.5	39.0	42.6	75.4	83.0
ソルソゴン	85.9	91.9	93.8	94.8	96.1
イリガ市	13.0	34.5	7.8	13.5	89.6
レガスピ市	44.9	100.0	33.1	95.4	98.2
ナガ市	42.1	44.8	71.2	83.0	88.2
地域全体	46.5	57.2	61.9	78.9	86.2

出所：FHSIS－ビコール地域事務所

施設分娩率は表5-3に記す通り、年々増加している。また、4回以上産前健診を受けた割合の地域平均は50パーセント前後で、過去数年それほど大きな変化はない。

乳児死亡率に関しては、表5-4に示す通り、地域平均は近年あまり大きく変化してい

ないが、全国平均よりは低い数値を示している。

表 5-4 州別の乳児死亡率（死亡数/1000 出生）

州・市	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
アルバイ	8.1	8.4	5.6	4.5	4.2
Cumarines Norte	15.3	14.0	13.2	9.6	9.9
Cumarines Sur	11.8	8.0	4.9	5.3	4.4
Catanduanes	8.6	7.4	8.9	18.7	7.9
Masbate	7.3	0.0	18.1	20.5	11.0
Sorsogon	6.2	9.1	7.3	6.9	5.1
Iriga city	12.8	5.2	9.0	19.3	14.4
Legaspi city	10.6	8.0	2.4	14.2	5.6
ナガ city	12.8	15.9	10.9	35.0	20.8
地域全体	9.7	8.8	8.5	10.5	7.1

出所：FHSISービコール地域事務所

③ 保健行政

保健省ビコール地域事務所は、地域保健支援課（Local Health Support Division）、許認可・制度・調達課（Licencing, Regulation and Procurement Division）及び管理支援課（Management Support Division）の3つの部署から成り、地域保健支援課の下に母子保健を担当する家族保健班（Family Health Cluster）等の各技術部門¹⁵⁷が設置されている。

2016年の地域保健支援班全体の予算は1.94億ペソであり、家族保健班の予算は2600万ペソ（昨年度からの繰越金含む）である。その他、予防接種拡大計画（EPI）等、中央政府からのプログラム別予算等が配分される。州政府は3年間の地域保健投資計画（Local Investment Plan for Health : LIPH）を作成し、保健省地域事務所に提出すると、その計画に基づき、年間約百万ペソ程度が地域事務所の予算から提供される。5-6名程度の開発管理担当官（Development Management Officer）が各州に配属されている。

保健省地域事務所に登録されている病院の数は表5-5の通りである。2015年に保健省病院基準が変更になったことで、診療所（Infirmary）に格下げされた郡病院や町病院も複数存在する。民間病院は主に都市部に集中しているが、民間の助産院（Lying-in）は、都市から離れた町の中心部にも存在している。

¹⁵⁷ 保健省地域事務所の LHSD の下には Family Health, Infectious diseases, NCD, local health system development のクラスター、及び health promotion, integrated data management のユニットが存在する。

表 5-5 公立・民間病院の数（2015-2016 登録機関）

病院の種類	公立		民間
	保健省	自治体	
レベル3 病院	2 カ所	—	1 カ所
レベル2 病院	—	4 カ所	12 カ所
レベル1 病院	—	16 カ所	15 カ所

出所：保健省ビコール地域事務所

(2) 対象州の概要

ビコール地域の6州のうち、アルバイ（Albay）州と南カマリネス（Camarines Sur）州で本調査を実施した。

【アルバイ州】

アルバイ州はビコール地域の中心であり、保健局事務所やPhilHealthの地域事務所が所在している。2016年の州保健局の年間予算は2.2億ペソであり、本来は州政府の予算（13億ペソ）の20パーセントを配分されることになっているが、実際はそれよりやや低い状況となっている。また、地域保健投資3カ年計画（LIPH）に基づいた保健省からの予算配分もある。

公的医療施設に関しては、レベル3病院であるビコール地域教育病院がレガスピ市にあり、その他レベル1病院が4カ所存在している（2015年時点）。施設分娩や4回以上の産前健診受診については、地域平均よりも高い数値を示している。

【南カマリネス州】

南カマリネス州は、ビコール地域の中央部に位置し、面積・人口共に地域最大である。2016年の州保健局の年間予算は約2千万ペソであり、そのほか保健省から予算が配分されるが、十分な予算は得られていないということである。また、各プログラムを実施するための州保健局の人員も不足していると報告された。

もう1つのレベル3病院であるビコール医療センターがナガ市にあり、州内にはレベル1病院が3カ所存在する（ナガ市立病院含む）。現在、州立病院を建設中である。ナガ市は独立市であるため州の管轄外であり、市が運営するナガ市立病院及び診療所（Infirmary）が1カ所設置されている。南カマリネス州の保健指標の特徴としては、施設分娩率が他州に比べて低いということが挙げられる。

(3) 聞き取り調査結果

【調査実施地区】

ビコール地域のアルバイ州と南カマリネス州では、表5-6の市、町、バランガイを訪問し、市町保健事務所、町保健センター、バランガイ首長、バランガイ保健センター、

地域・州病院、民間助産院、PhilHealth事務所への視察・聞き取り及び妊産婦やその家族、伝統的産婆（Traditional Birth Attendant：以下、「伝統的産婆」という。）等へのインタビューを実施した。

表 5-6 調査対象地区及び住民インタビュー対象者

州	市・町	パラングイ	住民インタビュー	人数
アルバイ	Malinao	Balading, Burabad	妊産婦（自宅分娩経験含む）	39名
南カマリネス	ナガ City（独立市で州管轄外）	Panicuason, San Isidro	夫	3名
	Pamplona	Batang, Poblacion	孫のいる女性（妊産婦の母親・義母）	3名
	Sipocot	Binahian	伝統的産婆	1名

出所・調査団

【サブライサイド】

1) 保健医療サービス提供状況

地域事務所からの聞き取りでは、町保健センターには分娩設備があるとの説明であったが、実際には必要な人材雇用やインフラ整備を行う予算が町から割り当てられないなどの理由で国民健康保険プログラムの妊産婦ケア給付認証を得られない町保健センターが存在した。現在、新設あるいは保健省基準に批准させるために改装中の施設がある地区や、比較的近くに公立病院や民間助産院が所在する地区もある一方で、僻地では未だ町保健センターの分娩施設が不足しているという声も聞かれた。なお、町保健センターでの出産費用は無料である場合が多いが、町役場から十分なリソースが供給されていないところでは、無料であるが故に施設の運営が困窮していると訴えられた¹⁵⁸。

2015年の病院レベル基準改定（AO: 2012-0012）に伴い、診療所（Infirmary）に格下げされた州病院では、正常な自然分娩のみの扱いとなり、ハイリスク妊婦を受け入れられなくなったため、即座にレベル3病院へ紹介・搬送するとの話が聞かれた。

2州にはビコール地域教育病院（Bicol Regional Training and Teaching Hospital: BRTTH 病床数250）とビコール地域医療センター（Bicol Medical Center: BMC 病床数450）の2つの地域病院が存在するため、ほとんどの帝王切開やハイリスク患者はこの2病院へ送られる。しかし、この2病院は、他州においてもリファール病院であるため、多くの患者が紹介されてくると同時に、設備の整った施設での分娩を望む通常分娩の女性たちも数多く（帝王切開は全体分娩の約3割）、病院は常に混雑している。関係者への聞き取り及び視察から、産科病棟では常に2-3人及び彼女らの新生児が1つのベッドで過ごしている状態が確認できた。

¹⁵⁸ ある町保健センターでは、町長が人気取りのために出産サービスを無料にしたが、必要なリソースは配分されず、保健省基準を満たすための人材確保や水質改善施策も実施されなかったため、出産設備を閉鎖することになった。

2) サービス・デリバリー・ネットワークの状況



図 5-2 南カマリネス州の
町保健センター

保健省地域事務所及びアルバイ州では、開発パートナーであるルソン・ヘルスの支援もあり、サービス・デリバリー・ネットワークの強化・再構築を行っている。アルバイ州では、州を3つの地区に分割して、サービス・デリバリー・ネットワークとインターローカル・ヘルス・ゾーンの2種類のネットワークを構築している。ビコール地域では、医療サービス提供ネットワークに関しては、かなり以前から上流で連携が図られ、地方

自治体首長のリーダーシップの下、多数のインターローカル・ヘルス・ゾーンが構成されたが、首長の交代等により、現在機能しているのは12カ所である。アルバイ州のインターローカル・ヘルス・ゾーンでは、公立医療施設や対象町の首長がメンバーとなっているが、主体は町間の連携である。現在、2016年選挙後の新首長による体制を再構築している段階である。

一方、サービス・デリバリー・ネットワークに関しては、州政府による母子保健サービス・デリバリー・ネットワーク条例が制定されており、構成メンバーは公立・民間の医療施設関係者である。州保健局がリーダーシップを取っており、首長は関与していない。民間病院には無料で情報提供や研修を行うことで、連携への協力を呼び掛けている。サービス・デリバリー・ネットワークとインターローカル・ヘルス・ゾーンは個々に定期会合を開催しており、発足当初は開発パートナーが費用を負担していたが、現在では保健省地域事務所や地方自治体が費用を負担するようになっている。

南カマリネス州で唯一機能しているインターローカル・ヘルス・ゾーンはCASILI地区（対象の3つの町名の頭文字をとった名称）にある。この地区では、2005年に3町共同でインターローカル・ヘルス・ゾーンに関する条例を制定しているため、町長が交代しても、単独の判断ではその条例を変更できない。CASILI地区には共同保健信託基金（Common Health Trust Fund）が設置されており、各町の経済開発基金（Economic Development Fund）から一定割合（約0.2パーセント）を出資し、年間約50万ペソのインターローカル・ヘルス・ゾーン予算を確保している。3カ年計画を策定しており、共同の薬品・資材調達（地域保管施設から安価に購入できる）、妊産婦死亡症例分析、その他共通課題に対する協議・対策等を行っている。CASILI地区の町保健センターには分娩設備がなかったことが問題であったが、現在、全町保健

センターで建設中だということであった。民間医療保険施設もメンバーであり、町保健事務所からワクチンの無料供給が行われている。一方、保健省病院及び州病院もメンバーであり、死亡症例分析等に招待しているが、参加率は高くない。他の地区でもインターローカル・ヘルス・ゾーンの再構築が計画されており、町の枠を超えた施設連携強化を望む声も聞かれたが、共同条例の制定に関してはかなり難易度が高いと考えられている。

BOX 5-1 CASILI地区外のある町保健センター医師の話

遠方からビコール医療センターに向かっていた救急車が近くを通ったとき、偶然連絡があったので、駆け付け、乗っていた妊婦に救急措置として酸素吸入を行ったが、結局女性は助からなかった（同乗者は夫のみ）。事前に連絡があれば連携して対応ができたのではないかと。しかし、残念ながら、居住している市町以外の町保健センターでは原則サービス提供が受けられない。

南カマリネス州のビコール医療センターでは、通常分娩の数が多いこともあり、常にキャパシティの2-3倍の患者を受け入れており、本来求められている重症ケースへの対応が効果的に行えないという課題を抱えている。州内には帝王切開ができる公立病院も複数存在するが、他は規模が小さいため、ほとんどのリファーマルはビコール医療センターに集中する。州の中心部であるナガ市には複数の民間病院が存在するが、民間病院の帝王切開の費用は5万ペソから9万ペソともいわれており、非常に高額である。

ビコール医療センターでは、効率よくサービスを提供するために、正常な自然分娩を扱う施設と帝王切開などを要するハイリスク分娩を扱う施設とを分けることを検討している。そのため、病院内にBEmONC専用の分娩施設を設立することを計画しているが、現在建設中の州立病院に同様の設備がある場合は、保健省が同地域に複数のBEmONC施設建設を許可しない可能性もあり、現在確認中とのことであった。

南カマリネス州の母子保健サービス・デリバリー・ネットワークを強化するため、保健省地域事務所のイニシアティブにより、医療施設間リファーマル制度（Inter-facility referral system/guideline）の構築活動が計画されている。アルバイ州での経験をもとに、2016年10月に関係者（保健省、地方自治体及び民間医療施設）を召集し、リファーマル体制の統一化、ネットワーク体制の構築、リファーマル基準・ガイドラインの作成等を行う予定だということである。

3) 妊産婦死亡症例分析

特に僻地において、多くの女性が未だ自宅分娩を行っているが、妊産婦死亡の多くはレベル3病院、あるいはレベル3病院への搬送途中で起きていると報告されてい



図 5-3 ビコール地域教育病院

る。また、ビコール医療センターによると、医療施設到着後72時間以内の死亡は施設外で発生したとみなされるが、その割合は実際の妊産婦死亡の半数以上になるということである。

アルバイ州にあるビコール地域教育病院は、州外のCatanduanes、Sorsogon等からも多くのリファーラル患者を受け入れており、地域内の病院の中での妊産婦死亡数が最も多い。2015年からは、保健省地域事務所及び開発パートナーであるZuellig Family Foundationのサポートもあり、妊産婦死亡削減に向けた活動が強化された。院内コンファレンスを開催し、過去の死亡ケースに関する詳細な症例分析（原因の分析：「3つの遅れ」¹⁵⁹のうちどれに当たるか、リファーラル状況、直接の死因等）を行い、その結果に基づき、提言と対策を導き出している。また、院外の施設の協働連携も重要だとし、他の医療施設や地方自治体との連携も強化している。他方、ビコール地域教育病院は保健省の管轄であり、地方自治体が運営する医療施設へは直接的な指導や強制依頼ができない。そこで、ビコール地域教育病院は、① BEmONCからBEmONCのリファーラルは行わない、②危険要因を見つけたときは速やかに包括的緊急産科・新生児ケア（Comprehensive Emergency Obstetrics and Newborn Care：以下、「CEmONC」という。）に搬送する、③正常な自然分娩は近隣の施設で行う等、サービス・デリバリー・ネットワーク会議や州保健局が行う死亡症例分析会議の中でリファーラル改善に向けた情報を発信している。

BOX 5-2 ビコール地域教育病院のリーダーシップ（保健省地域事務所の話）

死亡症例分析はこれまでも行われていたが、往々にして表面的な事実確認のみで、結果がアクションに結び付かないことが多かった。ビコール地域教育病院では、現在、院長の強いリーダーシップの下、根本的な原因の分析から結果に結び付けることにコミットしており、また院内だけで問題解決ができないことを認め、他の施設や地方自治体からの情報提供や、リファーラル体制の改善に向けた協力依頼を積極的に行っている。

南カマリネス州のビコール医療センターは地域内最大規模の公的病院であり、分娩数も最多であるが、妊産婦死亡率は全国平均よりも低いと報告されている。現在、州保健局から共有されたフォーマットを用いて院内で妊産婦死亡症例分析を行っており、その結果を基に、臨床技術やガイドラインの順守状況等の改善のためのアク

¹⁵⁹ 妊産婦死亡の原因として国際的に使用されている「3つの遅れ」モデル（Three Delays Model）：
1.医療サービスを求める遅れ、2.医療施設への到着の遅れ、3.十分な医療サービスを受ける遅れ。

シヨンプランを作成している。これまでは院内の改善が主であったが、既述の通り、保健省地域事務所主導のサービス・デリバリー・ネットワーク構築により、広域の連携強化が期待されている。

4) 国民健康保険プログラムの運営状況

ビコール地域全体の国民健康保険プログラム認証施設数は年々増加しており、2016年8月時点で292医療施設（一次医療施設187、病院105）、妊産婦ケア給付パッケージ認証施設数は、186施設（公立施設99、民間施設87）となっている。PhilHealthは認証医療施設を直接訪問するなどして、差額支払い免除政策（No Balance Billing Policy）の運用を含む規則順守状況の定期モニタリングを行っている。また、住民に対しては、年に一度、職員が家庭を訪問し、情報発信キャンペーン等を行っている。PhilHealthの現在の主な課題としては、(1) 公立・民間医療施設共に差額支払い免除政策の運用を促進すること、(2) 僻地に居住する住民への情報提供及び行動変容促進、(3) PhilHealthの地域・州事務所の職員数の不足解消等が挙げられている。



図 5-4 Bicol の PhilHealth 地域事務所

加入・請求手続きは、オンライン化が進められているが、名前の綴りの間違い等、オンラインデータの不備もあり、未だ開発途上である。請求書類は基本的に州の中心部にあるPhilHealth州事務所に直接提出する必要があり、出張所では加入受付のみ取り扱っている。支払いは小切手で行われており、地方自治体医療施設の場合は、地方自治体トラストファンドに送られ、そこから各施設に送金されることになっている。

アルバイ州と南カマリネス州では、民間医療施設でも差額支払い免除政策を順守することになっており、PhilHealthは定期的に予告なく民間医療施設を訪問し、モニタリングを行っている。順守する施設も多くなっているが、その数を増やすことが現在の課題となっている。2つの地域病院は、差額支払い免除政策とポイント・オブ・ケアを適切に順守していると回答した。しかし、後述の妊産婦へのインタビューでは、公立病院でも国民健康保険プログラムが活用できていないケースが確認された。本来、国民健康保険プログラムによる医療費の支払いは、PhilHealthのガイドラインに従い、州政府のトラストファンドに振り込まれ、そのうち40パーセントが医療従事者、60%が施設に配分されることになっている。しかし、南カマリネス州で訪問した州立の診療所（Infirmary）では、40%は医療従事者に割り当てられるが、残りの

60%は施設に配分されていないとの報告であった。

一方、公立病院では特別なサービスを提供する有料個室（Paid Room）を設置しており、追加費用が必要となるが、エアコンが設置され、専属の医師・看護師等が配置される。これらのサービスは差額支払い免除政策の対象外となる。有料個室については医師が直接管理しており、料金の半額強が医師への直接報酬となる。この制度は医師にとって有効なインセンティブになっていると説明された。

州保健局関係者は、国民健康保険プログラムによって、公立病院が優秀な保健医療人材を獲得でき、財源増加にもつながっていると評価している（BOX 5-3参照）。

BOX 5-3 州政府関係者の話

産婦人科医や麻酔科医等の専門医は絶対数が不足していることもあり、以前は特に公立病院では不足していた。しかし、国民健康保険プログラムにより、医師がサービス毎に報酬（professional fee）を受けられるようになったため、彼らは複数の公立病院と契約を結び、非常勤でサービス提供を行っている。民間病院で技術を磨いた優秀な人材を公立病院でも活用できることになったことが、公立病院の質の向上にもつながっている。

PhilHealth地域事務所によると、ビコール地域では、保険の支払い額が保険料の徴収額を上回っているということである。他地域と相殺されるため、全国的には収支がマイナスにはなっていないが、このまま保険の支払い額が増加すれば、保険料の見直しが必要になるのではないかとの意見も聞かれた。

5) 地方自治体や医療提供者の国民健康保険プログラムに関する理解度

訪問した医療施設における差額支払い免除政策やポイント・オブ・ケアに関する理解度及び適用状況は様々であったが、地域病院、州保健局及び市町保健事務所の担当官による国民健康保険プログラム制度の理解度は押しなべて高く、適切に適用されていた。他方、南カマリネス州で訪問した州立の診療所（Infirmary）では、宿直の医師・看護師がポイント・オブ・ケアを知らず、差額支払い免除政策を順守しているかどうかの明確な返答は得られなかった。

バラングイの首長、保健担当委員やバラングイ・ヘルス・ワーカーらの国民健康保険プログラムに関する知識は限定的であった。社会福祉開発省が作成する国民健康保険プログラム貧困者メンバーリスト（Listahanan）¹⁶⁰に記載されている家族には、PhilHealth事務所から市町保健事務所及び町保健センターを經由して承認書類（メン

¹⁶⁰ 2015年、社会福祉開発省から各バラングイに貧困世帯特定システム調査員が送られ、全戸訪問調査が実施された。PhilHealth オフィスによると、その結果は2017年度のリストに反映されるということである。

バー登録情報)が配布されることになっている。しかし、訪問したほとんど全てのバラングイ関係者が国民健康保険プログラム貧困者メンバーリストの明確な選定基準を知らず、妥当性に疑問を抱いていた。バラングイ首長の一人は、町長に指示されて候補者リストを提出したが、最終リストはそれとは異なるものであり、政府職員や他地域へ移住した者等、一部妥当でない人々も含まれていたため、リストの最終決定権を与えてもらえるよう要求したが、聞き入れられなかったと話していた。



図 5-5 Camarines Sur のバラングイ保健センター

住民に対する情報提供については、毎年PhilHealthが市町単位で実施しているアドボカシー・キャンペーンや貧困世帯として健康手当や教育手当が支給される4P対象者への月例教育セッションを活用する他、バラングイ・ヘルス・ワーカーが直接行うことが多い。国民健康保険プログラムを担当するバラングイ・ヘルス・ワーカーや、コミュニティ・ヘルス・チームのメンバーであるバラングイ・ヘルス・ワーカーが市町保健事務所等から情報を提供される機会はあるが、全般的にバラングイ・ヘルス・ワーカーや首長を含むバラングイ関係者の国民健康保険プログラムに関する知識は限定的であるため、4P以外の貧困者の理解度も高くないことが推察される。

6) 地方自治体からの経済的支援

地方自治体による住民の保険料支払い支援の状況は様々である。アルバイ州の州政府は国民健康保険プログラムのスポンサー保険料予算を継続的に計上しており、これまで各市町レベルで選定された個人・家族を支援してきた。しかし、選定基準が不明確且つ不適切であるという指摘を受け、今年から同予算を病院におけるポイント・オブ・ケアの資金源として活用することになっている¹⁶¹。一方、南カマリネス州では、州政府によるスポンサーシップは行っていない。これは、保険料を負担しても、ほとん

¹⁶¹ この情報が町やバラングイに正確に伝わっていない様子で、訪問したバラングイ関係者は知事からのスポンサーシップがなくなったので、今年から多くの貧困者が国民健康保険プログラム未加入となったと苦情が呈された。

どの住民が保健省の病院へ搬送されてしまい、想定していたほどPhilHealthから医療費が支払われないためである。同様に、市町レベルにおいても、スポンサーシップに関する状況は、首長の判断によって様々である。

交通費に関しては、ほとんどの市町保健事務所が救急車、バランガイはバイクや三輪車両等を保有しており、出産や緊急時には無料、若しくは少額のガソリン代を負担することで使用できることになっている。その他、警察やセキュリティ車両も緊急搬送時には使用できる。バランガイによっては救急車両サービス基金を設置し、緊急時には基金から車両の所有者に料金を払い、患者を搬送してもらうよう取り決めをしているところもあった。しかし、実際は、後述するように、妊産婦の多くが医療施設への交通費を自己負担している。

地方自治体は伝統的産婆にも自宅分娩の介助は禁止されたと通達しており、施設へのリファールを行った場合は伝統的産婆にインセンティブを支払う等、伝統的産婆を積極的に施設分娩推進の取組に起用している自治体もある。しかし、妊産婦や家族に求められた場合、あるいは緊急の場合には、伝統的産婆は未だ自宅分娩の介助を行っているということであった。

7) 地方分権化の影響

地方分権化により、地域、州、市町、バランガイにおけるサービス提供状況は、各行政体の首長の裁量に依るところが大きくなっている。具体的には、保健予算、国民健康保険プログラムスポンサーシップの予算配分、インターローカル・ヘルス・ゾーンの構築・出資、貧困層への交通費や医療費の負担等の施策に影響が出ており、3年毎に選挙が行われる状況下、複数の行政機関をまたがる活動を維持させることは困難である。また、施設間の連携についても、保健省が運営する地域病院、州政府が運営する州病院と郡病院、市町病院、診療所（Infirmary）、保健センター及びバランガイ保健センターと、それぞれ管轄が異なるため、責任範囲を超える連携や指導を行うことは容易ではない。

このような状況下、ビコール地域では、保健省地域事務所が強いリーダーシップを取っており、施設間や自治体間のサービス・デリバリー・ネットワークやリファール体制強化のため、州保健局や市町保健事務所等に対して支援を行っている。州を越えた好事例の普及や、リソースの限られている州の状況改善に対し、保健省地域事務所の果たす役割は大きいと考えられる。

【デマンドサイド】

1) 保健医療サービスの活用状況

FHSISのデータからは、自宅分娩の割合はビコール地域で未だ15パーセント程度存

在することが示唆され、また本調査からは、特に医療施設へのアクセスが悪い地区で自宅分娩の割合が高いことが観察された。しかし、近年自宅分娩の数は減少傾向にある。これは、市町の自宅分娩禁止条例の制定により、町保健事務所やバラングアの保健サービス提供者が妊産婦に対して継続的なアドバイスをを行っていることや、母親や義母等の家族から保健医療施設を利用するよう促されていることによる結果だと考えられる。



図 5-6 妊婦、授乳中の女性による
フォーカス・グループ・ディスカッション

多くの妊産婦は、バラングア保健センターや町保健センター、病院の医療従事者に信頼を置いており、安全な出産を行うためのアドバイスを受けていると回答している。ハイリスクの妊婦は、民間医療施設でのラボ検査や地域病院での出産指示にも基本的には従っている。

一方、公立病院に関しては、混雑する、待ち時間が長い、医療従事者の対応が悪い、十分な注意・サービスが受けられない等の意見が聞かれた。しかし、多くの女性はそれを十分理解しており、高い期待を持っていないということであった。BOX 5-4にある自宅分娩は、保健施設や医療従事者が適切な対応をしていれば、防ぐことのできたケースである。

BOX 5-4 防ぐことのできた自宅分娩

ケース A : 出産の時期だと思って夫と共に病院を訪れたが、助産師にまだ早いと言われ、自宅に戻った。しかし帰宅後すぐに破水し、急いで伝統的産婆を呼んで自宅分娩した。

ケース B : 助産院で 19 歳未満の出産は保険の給付対象にならないから病院に行くようアドバイスされたが、病院には行きたくなかったので、誰にも相談せずに自宅でお産した。その結果、子供は死産だった。

少し経済的に余裕のある者は1日20,000ペソ程度を支払い、公立病院の有料個室 (Paid Room) を利用している。また、民間医療施設は、一般的に公立医療施設よりきれいで医療従事者も親切だと考えられており、分娩に関しては、少し費用が多くかかったとしても、民間医療施設を好むという女性も多かった。

2) 国民健康保険プログラムへの加入・活用状況

ビコール地域の州別国民健康保険プログラム加入状況は表5-7の通りである。また、2016年7月時点のカバー率は地域人口の89パーセントとなっている。妊産婦ケア給付の

給付額は急速に増加している（図5-7参照）。

表 5-7 ビコール地域の州別国民健康保険プログラム加入状況

州	フォーマル・エコノミー	インフォーマル・エコノミー	貧困者メンバー	スポンサー・メンバー	海外労働者メンバー	生涯メンバー	高齢者メンバー	加入率 (%)
アルバイ	273,987	42,941	671,515	28,795	13,438	26,110	96,068	87
北カマリネス	88,589	38,390	329,253	9,573	7,037	10,844	43,136	89
南カマリネス	329,270	73,356	1,087,065	15,161	21,081	28,805	83,202	83
カタンドゥアネス	44,502	6,939	176,247	1,620	2,070	6,524	13,831	95
マスバテ	91,445	10,327	707,892	15,552	1,920	7,660	23,333	95
ソルソゴン	125,518	24,711	619,876	2,439	5,822	11,065	34,748	113
地域合計	953,311	196,664	3,591,848	73,140	51,368	91,008	294,318	89

出所：PhilHealth ビコール地域事務所

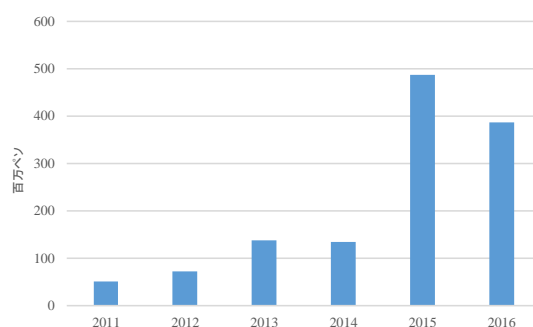


図 5-7 ビコール地域における MCH パッケージ支払い額（2016 年は 6 月まで）

出所：PhilHealth ビコール地域事務所



図 5-8 南カマリネス州の家屋

本調査でインタビューした女性のうち、国民健康保険プログラム加入者はすべて母子保健サービスを活用しており、ほとんど全員が国民健康保険プログラムに加入したことで出産費用が無料になり、非常に助かっていると回答した。訪問したバラングイでは、75-90パーセントの住民が貧困であると報告しており、インタビューした女性の平均世帯月収は1,500-5000ペソであった¹⁶²。多くの

女性はバラングイ保健センターや町保健センターから出産に向けて貯金を行うようアドバイスされているが、実際にはその余裕がなく、出産する度に費用を親族等から借りていたということである。しかし、国民健康保険プログラムに加入したこと

¹⁶² ビコール地域の最低賃金は 248-265 ペソ/日。

で、借金の心配もなく、食費を削る必要も少なくなったと話している。

一方、全ての貧困者が貧困者メンバーとして国民健康保険プログラム加入できているわけではなく、地方自治体によるスポンサーシップも限られているため、本調査の聞き取りからは、国民健康保険プログラムに加入しているのは貧困者のうち約3-5割程度であるという印象を受けた。

多くの女性は国民健康保険プログラムへの加入で出産費用が無料になるということとは理解しているが、ポイント・オブ・ケアの機会があることや、それに必要な書類（出生証明書・結婚証明書）等、詳しい内容については理解していない。

3) 保健医療サービスへのアクセスに影響を与える要因

妊産婦へのインタビューでは、親の世代も含めてこれまで自宅分娩で何の問題もない、出産の前後も作業ができるので都合がよい等の理由から、自宅分娩禁止条例がなければ、今でも自宅分娩を望むという声が多く聞かれた。実際、インタビューした女性の中で、コミュニティー内で妊産婦が死亡したケースについて知る者はいなかった¹⁶³。他方、施設分娩を行いたいという女性たちからも、施設分娩を行うことは容易でないという意見が聞かれた。彼女たちが施設分娩を容易に行うことができない要因として、以下が挙げられた。

<経済的要因>

- **診療費**：国民健康保険プログラムへの加入により、PhilHealth取り扱い医療施設での出産費用は無料となっても、医療施設で薬が在庫切れの場合は、院外薬局で自費購入する必要があり、その他、手袋や子供のおむつ・パウダー、新生児スクリーニングに対して、ほとんどの女性がいくらかの支払いをしている（公立・民間施設共に200-3000ペソ程度）。また、ハイリスクとされた場合の超音波等の検査は balan g ai 保健センターや町保健センターでは実施できず、民間の検査施設で行うことが多いが、その場合は750-1000ペソ程度の費用を自己負担する必要がある。

国民健康保険プログラムに未加入の場合、公立病院では2000-5000ペソ程度の出産費用が必要となる。ポイント・オブ・ケア適用医療施設では、国民健康保険プログラムに加入できなくても患者の経済状況により、割引あるいは無料になる制度がある。しかし、実際には、貧困者と思われる妊産婦でも診療費を支払ったケースが複数確認された。また、ポイント・オブ・ケアで国民健康保険プログラム

¹⁶³ しかし、医師、助産師や看護師等からは、自宅分娩による妊産婦死亡や新生児死亡のケースが数件ではあるが報告され、特に、死産や伝統的産婆による不適切な処置による新生児の死亡ケースが複数聞かれた。

に加入する際に必要となる書類を期限内に提出できず、実費払いとなるケースも少なくない。

- ▶ **交通費**：病院や町保健センター、バランガイの救急車は緊急あるいは出産の場合は無料、若しくは少額のガソリン代負担で使用することができる筈であるが、インタビューを行った妊産婦の半数以上が交通費を支払っている。市町の中心部、あるいは幹線道路に近い場合は、医療施設まで往復200-300ペソ程度（片道10-20分程度）、アクセスの悪い地区では、ボートと車両を乗り継いで近くの病院まで往復1,000ペソ程度（片道1-1.5時間）、地域病院までは1,500ペソ程度かかるケースもある。遠隔でアクセスの悪い地域から地域病院への移動には、更に長時間で高額な交通費がかかることが予想される。
- ▶ **その他**：付き添い家族の交通費、食事代、滞在費に加え、外出用に新たに衣服を購入する女性たちもいる。更に、留守宅の子守りや家事手伝いへの支払いが必要になるケースもある。伝統的産婆にも1500-2500ペソ程度の費用を支払うが、滞納も可能である。医療施設の場合は、通常支払いをするまで退院できないということも女性たちの負担になっている。

<文化・社会的要因>

女性の多くは出産する場所を自らの意思で決定できると話している。一方、特に最初の妊娠の際には、母親、夫やその他の親族、あるいは伝統的産婆からアドバイスをを受けて決定することも多いと複数の女性が回答した。更に、経済的な理由で夫が伝統的産婆による自宅分娩を行うことを単独で決定して、女性はそれに従うしかなかったケースも確認された。出産に関するパートナーの理解・協力を強めるため、町保健センター、バランガイ・ヘルス・ステーションや病院で行われる妊産婦への教育セッション等にはパートナーと共に来るようにアドバイスしているが、実際に男性と一緒に参加するカップルは多くないと報告されている。分娩の場所に関しては、過去に自宅分娩を行った女性でも、現在の自宅分娩禁止条令により、保健医療施設で分娩を行う、あるいは行う計画であると回答した。また、ほとんどが自宅分娩であった彼女たちの母親や義母も、現在では施設へ行くよう勧めるということであった。

医療施設に入院する場合、その準備も含めて時間がかかり、また残していく子供たちのための子守りを探す手間がかかるということも女性たちにとっては負担になっている。実際、これまで自宅分娩を続けているという妊娠中の女性は、その理由は子守りがいないからだと訴えていた。

インタビューした住民の全てがカソリック教徒であったが、ほとんどの女性が何らかの避妊具を使用中、あるいは使用した経験があると回答しており、教会の集会で家族計画に関する情報を入手するという女性もいることから、避妊具へのアクセ

スに関する障害はあまりないと考えられる。しかし、子供の数は依然として多く、訪れたバランガイでは、平均4-5名程度であるが、10人以上の子供をもつ家庭も複数確認された¹⁶⁴。

5-2 東ビサヤ地域 (Region VIII)

(1) 地域概要

① 人口・社会・経済状況

東ビサヤ地域はフィリピン中部ビサヤ諸島の中でも東部に位置し、サマール島、レイテ島、ビララン島の三つの島によって構成される。6州、1独立市¹⁶⁵ (オルモック市)、1高度都市化市¹⁶⁶ (タクロバン市)、5構成市¹⁶⁷からなり、特にタクロバン市は地域の中心都市として商業、交通、文化、貿易等の拠点である。経済面では、コメ、ココナッツ等の農業、漁業、鉱業、観光等が地域の主要産業であるが、貧困率は全国で二番目に高い¹⁶⁸。また、同地域は2013年11月の台風ヨランダ被災により壊滅的な打撃を受けている。州別の人口は以下のとおりである。タクロバン市を除くレイテ州の人口が最も多く、次いでサマール州¹⁶⁹となっている。

表 5-8 東ビサヤ地域の州別人口

	人口 (千人)			人口増加率
	2000 年	2010 年	2015 年	2010-2015 年
ビララン	140	162	172	1.13
東サマール	376	429	467	1.64
レイテ	1,414	1,568	1,725	1.83
北サマール	501	589	632	1.36
サマール	641	733	780	1.19
北レイテ	360	399	422	1.05
タクロバン市	179	221	242	1.73
地域合計	3,611	4,101	4,440	1.52

出所：フィリピン統計機構 (2016)

¹⁶⁴ DHS 2013 によると、ビコール地域の合計特殊出生率は 4.6 であった。全国平均は 3.0、東ビサヤ地域は 4.0 であった。

¹⁶⁵ 独立市とは定められた市として成立することを住民投票で拒否したもので、特定の地方代表者機関への参加に制限がある。

¹⁶⁶ 高度都市化市とは、人口 20 万人、年間平均収入 5 千万ペソの規模が必要であり、構造は構成市とほぼ同じだが、州からは完全に独立している。

¹⁶⁷ 構成市とは州の下部機構で、人口 10 万人、年間平均収入 1 千万ペソの規模が必要である。

¹⁶⁸ 2012 年時点で 37.4 パーセント (Philippines Statisti 南カマリネス Authority)。

¹⁶⁹ サマール州は西サマール州とも呼ばれる。

② 母子保健関連指標

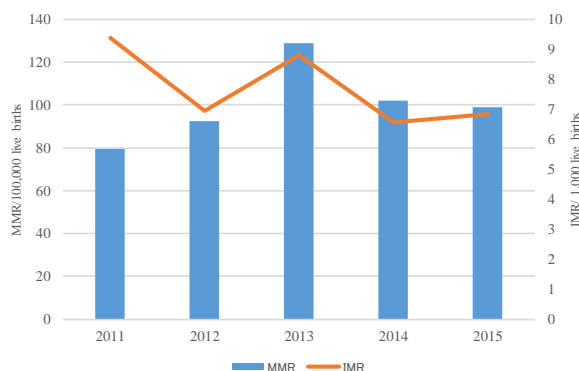


図 5-9 東ビサヤ地域の妊産婦死亡率と乳児死亡率

出所：東ビサヤ保健省地域事務所

東ビサヤ地域の妊産婦死亡率と乳児死亡率は 2013 年をピークに若干下降しているが、過去 5 年間で特に改善は見られない（図 5-9 参照）。施設分娩率は地域全体で増加の一途を辿っており、州別でも同様の傾向が見られる（表 5-9 参照）。

表 5-9 東ビサヤ地域の州別施設分娩率（パーセント）の経緯¹⁷⁰

州	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
ビリラン	95.70	95.93	99.10	97.45	97.20
東サマル	64.50	74.50	82.90	88.26	91.92
北レイテ	7.80	80.21	87.19	90.70	92.99
北サマル	29.36	41.94	52.93	64.30	77.80
南レイテ	78.56	64.87	74.68	97.08	98.55
サマル	34.33	30.84	57.82	72.49	81.56
カルバヨグ市	26.32	34.37	38.40	47.01	66.94
マアシン市	84.80	90.56	96.85	99.17	98.02
オルモック市	75.15	86.43	91.17	90.88	96.87
タクロバン市	86.72	89.60	86.62	85.51	94.64
地域全体	62.21	66.25	75.81	83.08	89.05

出所：東ビサヤ保健省地域事務所

一方、保健省が収集するこれら FHSIS データは、妊産婦死亡や乳児死亡について死亡者の居住地にかかわらず医療施設等の発生地で記録されている。例えば、2015 年の妊産婦死亡はタクロバン市（359.42/10 万出生）やオルモック市（185.19/10 万出生）等高次医療施設の集中する地区での比率が高い一方¹⁷¹、レイテ州のデータにはそれらの市が含まれず比率が低くなる等（41.51/10 万出生）、妊産婦の居住地による死亡発生

¹⁷⁰ 本データは東ビサヤ DOH 地域事務所によって提供されたものである。他方、北レイテ州の 2011 年の 7.8% は誤りであることが予想される。北レイテ州保健事務所によって別途提供されたデータによると、2011 年は 73.11% であった。

¹⁷¹ これに対し、東サマル州は 103.26、北サマル州は 99.29、ビリラン州は 98.72、サマル州は 60.73、南レイテ州は 18.44 となっている。

状況を把握することが困難になっている¹⁷²。

保健省東ビサヤ地域事務所に登録されている医療施設の内訳は以下の通りである。全体の44パーセントの医療施設がタクロバン市のあるレイテ州に集中しており、三次医療施設は地域全体で公立は東ビサヤ地域医療センター（Eastern Visayas Regional Medical Center）のみ、民間も一カ所に留まっている。

表 5-10 東ビサヤ地域の州別医療施設の内訳（2016年8月2日現在）¹⁷³

州	公立・民間	病院			診療所 (Infirmary)	助産所 (Birthing Home)	その他
		レベル 1	レベル 2	レベル 3			
ビリラン	公立	1	0	0	0	11	0
	民間	0	0	0	0	0	6
レイテ	公立	10	0	1	7	33	10
	民間	3	5	1	4	16	66
東サマール	公立	1	1	0	9	9	1
	民間	6	0	0	0	3	12
北サマール	公立	2	0	0	6	15	5
	民間	1	0	0	2	1	10
サマール	公立	4	0	0	2	21	2
	民間	2	1	0	1	3	12
南レイテ	公立	2	1	0	4	16	3
	民間	4	0	0	3	0	15

出所：東ビサヤ保健省地域事務所

公立で唯一の三次医療施設であることに加え、近年はリファールが改善し、施設分娩も増加したことから、東ビサヤ地域医療センターにおける分娩数と妊産婦死亡数は共に増加傾向にある（表5-11参照）。同センター産婦人科医によると、BEmONC施設が増加したことで、東ビサヤ地域医療センターでの正常自然分娩数が減少する一方、リファールによる妊娠合併症の取扱件数が増加しているとのことである。

表 5-11 EVRMC における分娩数と妊産婦死亡者数

	2013年	2014年	2015年
分娩数合計	4,498	5,152	5,426
（生児出生）	4,346	4,992	5,254
（死産）	152	160	172
妊産婦死亡率	18	20	23
産科リファール件数	1,546	1,650	2,415

出所：東ビサヤ地域医療センター

¹⁷² レイテ州では、2010年から2014年まで死亡の定義が「州の居住者の死亡」だったが、2015年からは「州内で発生した死亡」になった。同じ州でも経時変化を検証できない状況にある。

¹⁷³ タクロバン市、オルモック市はレイテ州に含まれる。「その他」医療施設は Clinical Lab、Dental Lab、Drug Testing Lab、X-ray が含まれる。

③ 保健行政

保健省東ビサヤ地域事務所は所長のリーダーシップの下、地域保健支援課（Local Health Support Division）、保健基準法規課（Health Standards Regulation Division）、管理支援課（Management Support Division）の三つの部署からなり、母子保健は地域保健支援課内の家族保健班（Family Health Unit）が担当している。

地域事務所は主に保健省本省が策定した政策の実施、州レベル以下の技術支援とプログラムや施設のモニタリング評価、ワクチンや避妊具、薬品の提供、FHSISデータの取り纏めといった役割を担う。また、各州は地域事務所を通じて保健省に地域保健投資計画（LIPH）を提出し、年間約160万ペソの固定予算（Variable Tranche）と約70万ペソの変動予算（Variable Tranche）¹⁷⁴の予算支援が受けられるとのことである¹⁷⁵。

保健省東ビサヤ地域事務所は地域レベルの今後の戦略として、戦略作業計画（Strategic and Operational Plan）2017年 - 2021年を作成している。なかでも5つの柱として、1) 保健システムと保健財政の開発・拡大・持続、2) PhilHealth認定を含む保健施設の質向上、3) 保健人材の強化、4) 保健情報システムの強化、5) サービス・デリバリー・ネットワークの構築を掲げている¹⁷⁶。

(2) 対象州の概要

東ビサヤ地域の6州のうち、東サマール州と北サマール州において今般聞き取り調査を実施した。

【北サマール州】

北サマール州はサマール島の北部に位置し、州都はカタルマン市である。24町569バラングイのうち、半数以上の町とバラングイが島嶼部・山間部・河川地域に位置し、僻地（Geographically Isolated and Disadvantaged Areas：以下、「GIDA」という。）指定となっている。

北サマール州保健局は、保健担当官（Provincial Health Officer）3名が、病院運営、技術サービス、管理支援サービスを担当している。同局の母子保健プログラムに係る予算は州政府と保健省から支出される（2016年は州政府予算が30万ペソ¹⁷⁷、保健省予算は158万ペソ）。これら資金は、能力強化や妊産婦・新生児死亡症例分析（Maternal and Neonatal Death Review）の実施、緊急用医薬品の購入等の活動費に充てられている。

¹⁷⁴ 地方自治体スコアカードに基づく前年度のパフォーマンスで金額が決定される。

¹⁷⁵ LIPH による支援内容の例として、Inter Local Health Zone の活動、研修、薬品の調達等がある。

¹⁷⁶ 本計画は現在新政権の保健政策とのすり合わせを行っており、2016 年内に最終化される予定である。

¹⁷⁷ 人件費は除く。

公的保健医療施設に関しては、レベル1の州立病院が州内の最終レファラル病院と位置付けられている¹⁷⁸。また、もうひとつのレベル1病院（郡病院）が西部にあるほか、6つの郡病院（Infirmiry）と助産所として認定された町保健センターが15存在する。施設サービスや搬送体制の改善、母子関連の自治体条令の制定などの取組の結果、表5-12に見られるように、2015年に妊産婦死亡率が二ケタに減少し、施設分娩率も改善しているが、施設分娩に関しては、東ビサヤ地域の中で最も低い。表5-13は北サマル州の町別施設分娩率である。データの信頼性に関する問題もあるが、早くから施設分娩率が高い町と現在においても低い町との間に格差が見られる。

表 5-12 北サマル州の母子保健指標

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
妊産婦死亡率（10万出生）	135	304	172	181	99
乳児死亡率（1000出生）	18.3	9.3	9.7	5.1	3.3
施設分娩率（%）	31.3	41.9	52.6	65.0	77.0
産前健診（%）	86.0	67.8	72.4	83.0	62.0
産後健診（%）	77.0	58.0	62.0	71.3	65.0

出所：北サマル保健局

表 5-13 北サマル州の町別施設分娩率（2012年－2016年6月）

町	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年6月
Allen	68	92	93	99	99
Biri	80	86	45	87	94
Bobon	30	38	63	64	80
Capul	3	38	100	98	95
Catarman	40	N/A	44	82	91
Catubig	53	76	76	86	89
Gamay	42	59	85	91	93
Laoang	37	52	76	91	87
Lapinig	50	70	63	97	98
Lasnavas	36	16	25	42	45
Lavezares	91	96	97	98	100
Lope de Vega	8	9	21	35	42
Mapanas	55	53	58	74	88
Mondragon	22	38	51	71	76
Palapag	65	70	84	93	93
Pambujan	24	32	36	34	46
Rosario	62	69	64	75	76
San Antonio	76	93	87	88	59
San Isidro	44	N/A	90	74	0
San Jose	35	43	95	95	87
San Roque	47	63	77	88	88
San Vicente	81	100	94	100	100
Silvino	2	N/A	57	29	39
Victoria	5	16	32	36	95
州全体	42	59	65	77	80

出所：北サマル保健局

¹⁷⁸ 州立病院は依然2次レベルであったが保健省の病院基準の変更で1次レベルに格下げされた。現在拡大工事を行っており、2017年には2次レベルに再び格上げされる予定である。

【東サマール州】

東サマール州はサマール島の東部に位置し、州都はボロンガン市（構成市）である。1市、22町、597バランガイのうち、4町145バランガイがGIDA指定となっており、その多くが島嶼部、山間部、河川地域に位置している。

東サマール州保健局は、州保健担当官（Provincial Health Officer）2名が北サマール州同様、病院運営、技術サービス、管理支援サービスを担当している。同局の母子保健分野に係る予算は、州政府と保健省の資金で成りたっており、研修、施設維持費、栄養プログラム、家族計画プログラム等の活動費に充てられている。2015年は、州政府から262万ペソ、保健省から2,217万ペソの支出があった。

同州では、2次病院が州内における最終レファラル病院で、現在唯一のCEmONC施設である¹⁷⁹。そのほか9つの病院が診療所（Infirmary）として機能し、16の町保健センター（RHU）及び9の助産所（Birthing Home）が存在する。母子保健指標に関しては、施設分娩率が改善する一方、妊産婦死亡率は若干後退しており、地域内では最も高い数値を示している（表5-14参照）¹⁸⁰。

表 5-14 東サマール州の母子保健指標

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
妊産婦死亡率（10万出生）	183	141	93	92.0	103
乳児死亡率（1000出生）	11.3	8.6	11.1	7.8	2.6
施設分娩率（%）	66.0	74.0	85.0	88.0	91.0
産前健診（%）	65.0	63.0	82.0	82.0	77.0
産後健診（%）	69.0	67.0	75.0	75.0	69.0

出所：東サマール保健局

表5-15は東サマール州の町別施設分娩率である。例外的に、Jipapad町は2016年6月においても半数近くが自宅で分娩しているが、その他の町では順調に施設分娩が普及してきていることがわかる。

表 5-15 東サマール州の町別施設分娩率（2012年－2016年6月）

町	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年6月
Arteche	43	56	84	90	91
Balangiga	78	92	95	95	98
Balangkayaan	57	86	97	95	98
Borongan I	90	79	97	95	98
Borongan II	64	79	83	82	82
Can-avid	70	76	79	84	90
Dolores	62	72	77	83	89
Gen. MacArthur	84	86	90	91	89
Giporlos	82	83	85	92	97

¹⁷⁹ 南部ギワンの Felipe Abrigo Memorial Hospital も最近まで CEmONC 施設であったが、病院長兼産婦人科専門医が急死したため、現在は BEmONC 施設になっている。

¹⁸⁰ Calbayog City、Maasin City、Ormoc City、Taclobancity を除く州別データのみで比較した場合。

町	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年6月
Guiuan I	96	98	98	97	97
Guiuan II	37	97	94	96	99
Hernani	93	96	97	95	98
Jipapad	35	33	43	53	52
Lawaan	91	99	99	98	100
Llorente	73	71	75	80	89
Maslog	71	80	71	76	97
Maydolong	89	94	93	97	96
Mercedes	99	100	98	98	100
Oras	62	71	80	90	86
Quinapondan	76	83	75	97	99
Salcedo	84	93	99	98	92
San Julian	91	88	86	89	99
San Policarpo	88	96	99	97	94
Sulat	99	99	100	100	100
Taft	94	93	97	100	100
州全体	74	85	88	91	93

出所：東サマール保健局

(3) 聞き取り調査結果

【調査実施地区】

北サマール州及び東サマール州では、以下の市・町・バラングイを訪問し、市・町保健事務所、町保健センター（保健担当官、助産師、看護師等）、バラングイ・キャプテン及びバラングイ保健センター（助産師とバラングイ・ヘルス・ワーカー）、州・町病院、民間病院・助産院、PhilHealth州事務所及び社会福祉開発省市事務所への視察・聞き取りを実施した¹⁸¹。また、コミュニティーレベルで妊産婦とその家族、伝統的産婆へのインタビューを行った（表5-16参照）。

表 5-16 現地対象地区及び住民インタビュー対象者

州	市・町	バラングイ	住民インタビュー	人数
北サマール	Catarman 市	Polangi	妊産婦（自宅分娩経験含む）	17名
	San Roque 町	Balnasan		
東サマール	Borongon 市	Balacdas	夫	5名
	Llorente 町	Poblacion, Naubay	孫のいる女性（妊産婦の母親）	6名
	Can-avid 町	Carolina	伝統的産婆	3名

出所：調査団作成

【サブライサイド】

1) 保健医療サービス提供状況

医療施設関係者によると、近年は総じて大半の分娩が施設で行われており、自宅分娩の割合はわずかになっているということである。その要因としては、PhilHealth

¹⁸¹レイテ州では東ビサヤ地域に関する聞き取りとして保健省地域事務所、PhilHealth 地域事務所、社会福祉開発省地域事務所等を訪問した。

への加入が促進され、施設サービスと緊急搬送体制が改善されたことに加え、保健医療サービスの質と搬送体制が改善されたことと、自治体が自宅分娩の禁止と施設分娩を行った母親とそれを促したバランガイ・ヘルス・ワーカーへのインセンティブ付与について条例を制定したことが挙げられた。

他方、州内の病院数は、北サマール州は2カ所、東サマール州は1カ所と限定的である¹⁸²。また、州病院が公立医療施設としては唯一のCEmONC施設であることから、利用数はキャパシティを超える状況にある¹⁸³。これらの最終レファラル病院は、北サマール州ではレベル1病院、東サマール州ではレベル2病院に留まり、東サマール州病院では血液銀行がないため、出血で搬送された妊産婦に対して迅速に輸血の処置が行えず、死亡するケースが散見される。更に、州病院へのアクセス状況が悪い地域ほど妊産婦死亡数が多い傾向にある。東サマール州では、殆どの妊産婦死亡がCEmONC施設から離れた北部の5市町に集中して起きている¹⁸⁴。なかでも、これらの地域から搬送中に妊産婦、あるいは新生児が死亡するケースが多い¹⁸⁵。

インタビューを行った州病院では、医薬品の在庫切れの問題が共通して指摘された。その原因として、州政府から薬品調達に割り当てられる予算が不足していることや、州政府による調達プロセスが遅い、医薬品の必要量の予測が悪い等が挙げられた。これを裏付けるように、コミュニティーでのインタビューでは、多くの利用者が州病院で必要な医薬品の在庫がなく、民間薬局で自己購入しなければならなかったと回答している（デマンドサイドの「保健医療サービスへのアクセスに影響を与える要因」を参照）。



図 5-10 東サマール州 Can-avid 町の保健センタースタッフ

町保健センターについては、現在では殆どが正常な自然分娩を行うことのできる BEmONC施設となり、PhilHealthの妊産婦ケア給付の認証も受けている。僻地 (GIDA)

¹⁸² 北サマール州は州病院と Allen 郡病院、東サマール州は州病院のみ。

¹⁸³ 北サマール州病院の病床利用率（産科含む）は平均 140–160 パーセント、東サマール州病院は 103 パーセントに上る（2015 年時点）。

¹⁸⁴ 具体的には、Canavid、Dolores、Borongon、Oras、Artetche が妊産婦死亡数の多い市町と州保健局によって定義されている。このうち、ボロンガン市に関しては、州病院があるためであると考えられる。他方、南部では近年までギワン町の公立病院が CEmONC 施設であったことからアクセスは他市町より良い状況であった。

¹⁸⁵ 2015 年の妊産婦死亡症例分析の対象となった妊産婦死亡 9 件のうち、4 件が病院、4 件が搬送中、1 件が自宅で起きている。

指定のバラングイの多い町保健センターの中には、妊婦の待機施設を併設しているところもある。すべてのバラングイが保健センターを有するわけではなく、また大半は分娩施設でないことから、多くの妊産婦にとって町保健センターがコミュニティから最もアクセスしやすい分娩施設になっている。他方、町保健センターは、医師不足¹⁸⁶や多くの助産師がBEmONC研修を未受講である等¹⁸⁷、人材の問題を抱えている。また、保健省より産前検診の4回以上の受診が義務付けられてから、回数偏重主義になり、質が低下しているとの懸念が両州の保健関係者から聞かれた。産前検診の質の問題として、妊婦に対する必須ラボ検査の実施が保健医療従事者によってフォローされていないことが指摘されている。特に町保健センターでは必要な機材（特に超音波）が整備されていないこともあるため、産前検診を4回以上受診したにも関わらず、リスクが察知できるラボ検査の受診が徹底されておらず、母親が出産時・後に死亡する問題が妊産婦・新生児死亡症例検討会でも明らかになっている。特に町保健センターでは必要な機材が整備されていないため、適切なラボ検査（特に超音波検査）の実施が徹底されておらず、産前検診を4回以上受診した妊婦についても、リスクを未然に十分防ぐことができていないことが妊産婦・新生児死亡症例分析検討会でも明らかになっている。

郡病院や町病院は複数存在するが、北サマール州の1カ所を除く全てが診療所（Infirmary）レベルに留まっている¹⁸⁸。従って、これらの病院で提供される母子保健サービスは町保健センターとほぼ同等と捉えられており、例えば18歳以下及び35歳以上の初産の母親の分娩を取り扱うことはできない。本聞き取り調査の対象であった保健医療従事者によると、診療所レベルの病院は町保健センターよりも人材、薬品、機材が整っているため、町保健センターで対応できない場合は同病院へ搬送されるケースがあるということである。他方、地域によっては、町保健センターとの重複から、診療所レベルの病院のレベル1病院への格上げや、専門医療施設に転換する等、施設の合理化が求められている。

BEmONC施設のサービスの質を向上する上で重要だと考えられる支援的監督（Supportive Supervision）は、体系的に実施されていない様子が見受けられた。北サ

¹⁸⁶ 各町保健センターにつき医師は一名配置されているが、会合出席等で不在にすることが多いという。

¹⁸⁷ 例えば北サマール州では助産師の64パーセントがBEmONC研修未受講で、東サマール州では各町保健センターで最低1名の助産師が受講している。他方、BEmONC研修を受けていない助産師は、BEmONC導入以前に実施されていた人命救助研修を受けた経験がある。なお、多数の助産師がBEmONC研修を受講していない主な理由は、東ビサヤ地域医療センターに在籍する指導者が4名しかおらず、通常業務に追われて研修に参加する時間を確保できないからだということである（自治体によると研修実施に充てる予算は確保されている）。

¹⁸⁸ 両州の公立施設で病院レベルに認定されているのは北サマール州のAllen郡病院のみで、そのほかの郡・町病院、コミュニティ病院（北サマール州では6病院、東サマール州では9施設）は全て診療所（Infirmary）として認定されている。

マール州では、州保健局関係者が定期的に町保健センターを訪問しているとのことだが、チェックリスト等標準化された支援的監督ツールが使用されていない。東サマール州では定期的な支援的監督が行われておらず、問題が起きた場合にのみ、その施設を訪問しているとのことであった。また、BEmONC研修のフォローアップは、6カ月後に東ビサヤ地域医療センターの指導者が、研修生の施設を一度訪問するのみである。保健医療従事者の技術とモチベーション向上のためには、定期的なメンタリングやコーチング等、更なる取組が必要であると考えられる。

バランガイでは、助産師がバランガイ・ヘルス・ワーカーを動員し、バランガイ保健センターあるいはバランガイ・ホールにおいて定期的に産前・産後健診や健康教育プログラムを実施している。殆どのバランガイ保健センターが分娩設備ではないが、妊産婦授乳婦へのインタビューでは、多くの女性が産前・産後健診でバランガイ保健センターを利用していることが確認された。自宅分娩を行ったケースに関しても、伝統的産婆は産前・産後健診を殆ど行わないため、これら健診のためバランガイ保健センターあるいは町保健センターを訪問したと答えた女性も多数存在した。

バランガイ保健センターの課題としては、コミュニティー活動の中核的存在である助産師が単独で幾つものバランガイと町保健センターを担当しているため負担が重くなっていることや、北サマール州と東サマール州北部では、2014年の台風ルビーの後も復旧が進まず機能していないバランガイ保健センターがあるなどが挙げられた。他方、2013年の台風ヨランダの被害は大規模であったことから、特に打撃が大きかった東サマール州南部の医療施設はドナーから多くの支援を受け、サービスが被災前以上に改善されている。その結果、被災していない地区との格差が生じている。



図 5-11 台風ルビーで破壊された
バランガイ保健センター



図 5-12 北サマール州 San Roque 町長
とのインタビューの様子

2) 医療サービス提供ネットワークの状況

東サマール州及び北サマール州では、インターローカル・ヘルス・ゾーンの多くが機能し¹⁸⁹、共同保健信託基金（CHTF）も一部のインターローカル・ヘルス・ゾーンで設立されている。インターローカル・ヘルス・ゾーン構築プロセスにおいて、町長・市長等、地方政治家の保健システムに関する意識が向上された¹⁹⁰。また、地方自治体間のリソース（人材、資金、救急車等）が効果的に共有されたことで、地区内の医療搬送体制が強化されている。このほか、インターローカル・ヘルス・ゾーンでは、共同で妊産婦・新生児死亡症例分析を実施している¹⁹¹。他方、インターローカル・ヘルス・ゾーンの運営管理に関し、参加する市町のコミットメントの度合いによって拠出額に差がある¹⁹²、選挙で首長が交代する度に各地方自治体のコミットメントが変動する、共同保健信託基金は州政府が管理しているため、資金は十分に確保されていても調達に時間を要する等の課題が確認された。

各州はインターローカル・ヘルス・ゾーンと並行し、現在サービス・デリバリー・ネットワークを構築中である¹⁹³。市町政府を中心に公立医療施設における搬送体制を強化するインターローカル・ヘルス・ゾーンに対し、サービス・デリバリー・ネットワークは州保健局主導で実施されており、搬送体制強化のほか、各医療施設のサービス内容の明確化及び貧困家庭の需要への対応等が目的となっている。本調査を行った地方自治体では、保健省のサービス・デリバリー・ネットワークに関するマニュアルに基づき、医療施設・従事者のマッピング及び貧困世帯の情報リストの作成が進められていることが確認できた。貧困世帯情報については、社会福祉開発省の貧困世帯リスト（Listahanan）を基に、コミュニティー・ヘルス・チームとバランガイ・ヘルス・ワーカーが各世帯から妊産婦、新生児、成人、高齢者の特定と関連データを収集し、保健省配置プログラムの看護師が1年に2度取り纏めと更新を行っている。一方で、医療施設と世帯情報を基に、需要と共有のマッチングを如何に行うかが次なる課題となっている。

3) 国民健康保険プログラムの概要と活用状況

東ビサヤ地域全体における妊産婦ケア給付認証施設数は、2010年に70であったのが、2011年には139、2015年には308と大幅に増加している。同地域では、2013年の

¹⁸⁹ 北サマール州は6のインターローカル・ヘルス・ゾーン、東サマール州は5のインターローカル・ヘルス・ゾーンが構築されている。

¹⁹⁰ インターローカル・ヘルス・ゾーン構築にあたり、Zuellig Family Foundation（ZFF）が町政府の町長やヘルスワーカーを対象にLeadership and Governance Programを実施支援している。

¹⁹¹ 北サマール州については、MNDRの実施に当たり、JICA「東ビサヤ地域母子保健サービス強化プロジェクト」が開発したMNDRマニュアルを参考に行っているとのことである。MNDRはインターローカル・ヘルス・ゾーンレベル以外にも州レベルで実施される。

¹⁹² 財政規模が最も大きい地方自治体でも全く拠出していないケースも見られた。

¹⁹³ 保健省地域事務所はUSAIDの支援もあり、レイテ州をパイロットエリアとしてサービス・デリバリー・ネットワーク構築を進めている。

台風ヨランダの被災を受け、中央政府が2016年末まで国民健康保険プログラム保険料免除の特例措置「Avail All」を取ったことで、支払が滞っていた加入者や、未加入であった貧困層が国民健康保険プログラムの恩恵を受けられるようになった。表5-17の通り、現時点で各州人口の8～9割が同プログラムに加入し、地域全体では92パーセントの加入率を示している。そのなかでも、サマール島に位置する3州については、加入者の7割以上が貧困者プログラムのメンバーである（それ以外は6割以上）。特例措置に加え、PhilHealthの地域事務所の働きかけで、多くの地方自治体がPhilHealthの支払いの中から施設分娩を行った母親（1500ペソ）や母親を施設に紹介したバラングイ・ヘルス・ワーカーや伝統的産婆（500ペソ）に対してインセンティブを付与する条例を制定したことで、国民健康保険プログラム加入と施設分娩が増加したと考えられている。また、医療施設への妊産婦ケア給付支払額も年々増加の一途を辿っている（図5-13参照）。

表 5-17 東ビサヤ地域の州別国民健康保険プログラム加入者数（2016年6月現在）¹⁹⁴

州	フォーマル・エコノミー	インフォーマル・エコノミー	貧困者メンバー	スポンサー・メンバー	海外労働者メンバー	生涯メンバー	高齢者メンバー	加入率 (%)
ビリラン	21,531	6,596	98,806	30	2,744	12,934	142,641	82
東サマール	69,020	14,735	336,650	62	9,401	22,547	452,415	96
レイテ	377,878	90,310	1,229,798	199	35,849	144,052	1,878,086	94
北サマール	78,714	9,619	443,879	203	7,365	29,734	569,514	89
サマール	95,197	21,839	549,567	100	8,866	39,230	714,799	90
南レイテ	70,555	10,941	232,269	37	10,944	37,115	361,861	85
地域合計	712,895	154,040	2,890,969	631	75,169	285,612	4,119,316	92

出所：PhilHealth東ビサヤ地域事務所

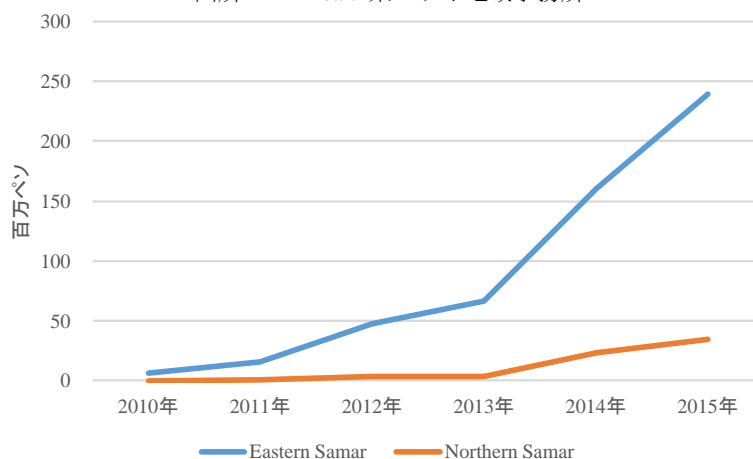


図 5-13 東サマール州と北サマール州における妊産婦ケア給付支払額¹⁹⁵

出所：PhilHealth州事務所

¹⁹⁴ 加入者数はメンバー及び扶養家族を含む。加入率は推計人口に基づいて算出している。

¹⁹⁵ 病院は除く。

他方、特例措置が終了する2017年以降は、地方自治体が再びスポンサーになるなど、何らかの代替措置を取らないと、国民健康保険プログラムからの脱退者・未加入者が増加する恐れがある。特例措置終了に併せて保険未加入者には分娩料金を課す予定だという町保健センターも確認された。

国民健康保険プログラムから支払われる医療費は、各医療施設の設備と人材の両面を改善する重要な資金源だと考えられている。このうち医療従事者への分配金は定期的なボーナスとなり、病院や町保健センターの医療従事者のモチベーションを高めているという。他方、設備に対する分配金については問題点が指摘された。州政府が運営する医療施設は、州政府の一般口座（General Fund）を通じてPhilHealthから支払われる医療費を受け取っているため、その詳細が確認できない¹⁹⁶。

PhilHealthのガイドラインでは、医療費は自治体の一般口座ではなく、トラストファンドに納めることが要件とされている¹⁹⁷。しかし、両州ともトラ

ストファンドが設置されておらず、一般口座に納めていることから、州政府が保健医療以外の目的のために医療費を使っている可能性も否定できない。北サマール州病院では、薬品が不足し、加入者が自費負担を行うことが慢性的な課題になっており、薬品を十分に購入するためにも、信託基金を設置し、保険支払いの医療費を透明かつ有効に活用することが求められている。

多くのコミュニティにおいて、半数以上の住民が貧困者プログラムに無料加入しているが、 balanガイにおけるインタビューでは、その恩恵を受けていない貧困家族が多数存在することが明らかになった。貧困者メンバーは自動加入であるため、加入している事実すら理解していない貧困者もいる。また、貧困世帯リストを基に定期的に世帯情報の更新を行う balanガイ・ヘルス・ワーカーや助産師からは、同リストに非貧困世帯が含まれる、世帯が重複している、死亡者あるいは移転者が残っている等が指摘された。

公立医療施設に加え、民間施設もPhilHealthに認定されており、公立施設から重症患者が搬送されている。インタビューを行った民間のBEmONC施設の中には、99パーセントの患者が貧困層で、差額支払い免除政策も適用しているところもあった。



図 5-14 PhilHealth
北サマール州事務所

¹⁹⁶ 聞き取り調査を行った市町管轄の医療施設に関しては、PhilHealth から支払われる医療費を受け取るためのトラストファンドを市町が開設しているとのことであった。

¹⁹⁷ 北サマール州も東サマール州も、PhilHealth からの医療費は小切手で支払われている。

一方で、民間のCEmONC施設は差額支払い免除政策を適用しつつも、収益の観点から対象を全体の10パーセントに抑えているとのことであった。公立のCEmONC施設が不足している中、民間病院は貧困層の受け皿としては限定的だと考えられる。

【デマンドサイド】

1) 保健医療サービスの活用状況

インタビューを行ったバランガイ保健センターや町保健センターのスタッフによると、2015年から2016年にかけて、彼らの担当するコミュニティの施設分娩率は全体のおよそ8割から9割で、ここ数年で大きく改善しているということである。施設サービスの改善やコミュニティにおける啓発活動が奏功したほか、地方自治体による自宅分娩禁止条例と出産を介助した伝統的産婆への罰則条令が施行され、また施設分娩を行った妊産婦とバランガイ・ヘルス・ワーカー及び伝統的産婆にインセンティブが支払われていることが、自宅分娩の減少を促進している。活動が禁止されてからは、バランガイ・ヘルス・ワーカーとして、施設分娩を促す元伝統的産婆たちも存在する。施設分娩を選択した女性たちからは、プロフェッショナルなスタッフの下で安全な出産ができるとの感想が聞かれた。

他方、本調査では、未だ自宅分娩を行う女性の存在も確認できた。中には全体の3割から4割の女性が自宅分娩を行っている僻地（GIDA）指定のバランガイもあった。このようなコミュニティでは、医療施設へのアクセスが悪いなか、自宅分娩が禁止され、伝統的産婆の介助も得られないが故に、更に危険な自宅分娩を行う可能性があるかと懸念する声も聞かれた。

多数の保健医療従事者が、近年の特筆すべき課題として、十代の妊娠件数が増加していることを挙げている。コミュニティでの聞き取りにおいても、出産を経験した十代の男女が多く確認された。彼女たちは羞恥心から周囲に妊娠していることを告げないため、バランガイ・ヘルス・ワーカーは追跡ができず、施設への紹介が遅れてしまうケースが多数発生している。また、十代のカップルは、同居し、妊娠・出産を経験していても、未婚であるケースが多く、従って女性は扶養家族として国民健康保険プログラムに加入することができない。男性は両親が国民健康保険プログラムの貧困者メンバーであるため被扶養者として加入しているが、女性は加入していないという十代のカップルも存在した。

2) 国民健康保険プログラムへの加入・活用状況

バランガイ・ヘルス・ワーカーの啓発活動やAvail All特別措置により、多くの妊産婦が国民健康保険プログラムに加入し、母子保健サービスを活用していることが確認された。他方、自身が国民健康保険プログラムに加入しているか、メンバーシッ

プが更新されているか分からない女性も存在した。町保健センターは国民健康保険プログラム加入の有無にかかわらず基本的に無料であるため、彼女たちにとって、同プログラムは、病院に行く場合にだけ利用価値があるという認識であり、町保健センターしか利用したことのない妊産婦にとっては、国民健康保険プログラムを利用した感覚がないということであった。また、病院で分娩した経験のある者にとっても、前述の通り、州政府の予算不足や調達の遅れ、トラストファンドの未設置等の問題から医薬品の在庫切れが生じており、最終的に薬品等で多額の費用を自己負担せねばならず、利点が見えないという意見が聞かれた。

前述の通り、特例措置があるにもかかわらず、国民健康保険プログラムに未だ加入していない妊産婦や、出産を控えているにもかかわらず、未婚であるが故、国民健康保険プログラムに加入していない十代の妊婦が存在する。特例措置の終了後、こうした女性たちの脆弱性は特に高まることが推察される。

一方、国民健康保険プログラムの啓発活動において、中心的な役割を担う balan gay・ヘルス・ワーカーの同プログラムに関する知識が限定的である。本調査の中で、差額支払い免除制度やポイント・オブ・ケアについて質問したところ、理解していない balan gay・ヘルス・ワーカーが殆どであった。現在の特例措置によって全ての患者が自動的に国民健康保険プログラムに加入できていることから、東ビサヤ地域においては、特にポイント・オブ・ケアに関する知識が欠如している可能性はある。しかし、差額支払い免除制度についても、balan gay・ヘルス・ワーカーの知識は非常に限定的であったことから、balan gay・ヘルス・ワーカーだけでなく、自治体関係者や保健医療従事者の国民健康保険プログラムに関する理解も進んでいないことが予想される。

3) 保健医療サービスへのアクセスに影響を与える要因

本調査でインタビューした妊産婦は、十代後半から30代の女性で、多くが高校中退あるいは高卒である。夫は農業や三輪自動車の運転手、建設作業員等の日雇いの労働者である。日給で100-300ペソか、ココナッツの収穫作業等、3カ月で1500-4000ペソの報酬が払われる労働もある。女性たちの多くが専業主婦である。夫の農業を手伝う者もいるが、収入はない。収入があると答えた女性は、家庭菜園で育てた野菜やコメを売り、週



図 5-15 聞き取り調査を行った農家の一例

300～500ペソ程度を得ている。

こうした社会経済的属性を持つ女性たちへのインタビューから、施設分娩が増加する一方で、施設へのアクセスを阻害する経済的、地理的、文化・社会的要因が存在していることが明らかになった。

<経済的要因>

- ▶ **診療費**：病院での診療費は国民健康保険プログラムへの加入で無料になるが、町保健センターに関しては加入の有無にかかわらず無料でサービスが提供される。他方、前述の通り、予算不足や調達の遅れ、トラストファンドの未設置等が原因で薬が在庫切れのため、同伴者が施設外の薬局に行き自費購入しなければならないケースが多い。購入しているのは輸液、ビタミン剤、シリンジ等、様々である。特にCEmONCレベルにおける入院期間中の薬品購入額は合計2500-6000ペソと貧困世帯にとって負担の大きい金額である。そのため親戚や町から寄付をしてもらおう等、やりくりしたとの話も聞かれた。その他にも、新生児スクリーニング（約600ペソ）や超音波検査（500-600ペソ）等が町保健センターでは対応できないため、個人負担となっている。

上記費用と比較し、伝統的産婆による介助料は無料あるいは50-1500ペソであり、格段に安価である。また、料金は一律でなく、通常、妊産婦が支払い可能な金額を設定する。この点において、経済的負担の少ない自宅分娩を選ぶという妊産婦は多い。本調査では、妊娠高血圧腎症の母親が病院での出費を恐れて自宅分娩し、新生児が死亡した例や（BOX 5-5参照）、産前健診で病院での超音波検査を勧められたハイリスクの母親が、経済的理由で従わなかった例も判明したことからも、施設分娩にかかる様々な費用は貧困家庭にとって大きな弊害要因となっていることが推察される。

- ▶ **交通費**：病院や町保健センターは通常1-2台の救急車を所有しているが、患者に燃料費の負担を求める地方自治体も存在する。また、緊急でない場合、救急車は利用できないため、大半の妊婦がバイク、三輪自動車、ボート等の交通手段を手配し、交通費を個人負担する。具体的な費用はアクセス状況によって異なるが、アクセスのさほど悪くないところでも片道数十から数百ペソは必要である。時間帯によって価格が変動し、夜は値上げされるとのことである。他方、バランガイが所有するオートバイを借りることができ、燃料もカバーされるコミュニティも確認できた。
- ▶ **その他**：上記以外の自己負担費用として、付き添い家族の交通費、食事代、滞在費等が挙げられた。また、入院期間を通して女性に同伴する夫が大半であり、その間の夫の収入喪失を懸念する声も聞かれた。

BOX 5-5 経産婦（35歳）の話①

4人の子供は全員自宅で出産した。2014年に第5子を妊娠した時、高血圧のため病院での出産を勧められたが、それまでの出産に問題がなく、病院で支払いを求められるのが怖くて自宅分娩したら、子供が亡くなった。2015年に妊娠した時は、自宅分娩が禁止になっていたので、施設分娩する予定だった。しかし、陣痛が来たので町保健センターに行くと、血圧が高いこと言われ、州病院に搬送されたが、その途中で出産してしまい、子供が亡くなった。夫は野菜農家で、自分も手伝う。4日間で200ペソ程の収入からコメを買い、自分たちで育てた野菜を食べる。これ以上子供を育てるのは経済的に厳しいので、現在避妊具を使用している。

<地理的要因>

上述の交通費と関連し、島嶼部、山間部、河川地域の多い両州では、ボート、バイク、三輪自動車等の交通手段が頼りであるが、定期的に運行していないため、急な搬送が必要になった場合、特に夜の対応は困難である。また、州都から幹線道路を使用して、車で30分程度の距離に位置していても、電話がつながっておらず、迅速な搬送が困難なバランガイも確認された。更に、2014年の台風ルビーの後は道路が通行止めになったため、自宅分娩を余儀なくされる等、台風の多い地域ならではの問題も存在する。これらの地理的要因から妊婦の搬送が遅れ、搬送途中の三輪自動車やボートの上で出産した結果、母親や新生児が死亡した事例は複数件確認された。

<文化・社会的要因>

インタビューした大半の妊産婦が分娩場所を自分で決めたと回答した。また、前述の通り、多くの場合、妻の入院期間を通して夫が同伴している。インタビューした妊婦の夫たちは、妻には施設分娩をしてほしいと回答している。彼女たちの母親や義母についても、自らが出産した時代は施設不足で自宅分娩であったが、子供たちには施設分娩を勧めているとのことであった。

一方、産前産後健診や出産で医療施設を利用しなかった貧困女性は、夫の反対で施設を利用できなかった、家事育児と収入創出活動に追われて施設に行く時間がなかった、入院中、子供の面倒を見てくれる人がいなかった等という理由が聞かれた（BOX 5-6、BOX 5-7参照）。また、避妊具は近年普及しているが、コミュニティでのインタビューで避妊具を利用していると答えた男女全員が女性による避妊具（主にピルと注射型避妊具）を使用していると回答しており、夫が家族計画に反対しているので使用できないという女性も存在した。

BOX 5-6 経産婦（35 歳）の話②

夫はココナッツ採集の日雇い労働をしており、収入は3カ月で1,000ペソである。私自身は洗濯業で月2,000ペソの収入がある。最初の5人の子供は自宅で出産し、第6子は逆子であったため州病院で出産した。5日間の入院で輸液、シリンジ、夫の食事代等を含め合計6,000ペソの出費があった。第7子の妊娠中、川まで重い洗濯物を運び、洗濯をしていたら、お腹の子供が動いていないことに気づき、病院に行ったら亡くなっていた。現在は第8子を身ごもっている。 balan gay・ヘルス・ワーカーが家庭訪問し、産前健診を勧めているが、家族の食事や子供の学校の準備、洗濯業等で多忙なため、健診には行けない。

BOX 5-7 経産婦（19 歳）の話③

27歳の夫は無職で、私自身は主婦である。現在5カ月の子供と一緒に義父母と生活している。夫とは結婚していない。夫は国民健康保険プログラムの貧困者メンバーであるため、子供はその被扶養者となっているが、自分は含まれていない。子供は伝統的産婆の祖母の介助によって自宅で産んだ。産前健診のため、 balan gay保健センターに一度出向き、再度行こうと思っていたが、出費を恐れた夫から反対をされたのでやめた。家庭内の出費に関しては夫が管理している。私は避妊具を使いたいと思っているが、もっと子供が欲しい夫が許してくれない。

医療施設でのサービスが伝統的慣習にあわないという、文化的要因も見受けられた。例えば、彼女らの地域では、母親は産後一カ月程度スープ、野菜、乾燥した魚、麺類等を食し、肉類を食べることは禁止されているが、病院食には鶏肉等の肉類が含まれており、伝統的慣習に反しているとのことである。出血が原因で死亡した母親の家族は、彼女が産後に病院で水牛の肉を食べたことが原因だと未だに信じているということであった。

このほか、女性たちの中には、医療施設に行ったことがないので怖い、家族が立ち合えず一人になるのが心細い、プライバシーがない等、医療施設に対して否定的なイメージを持つ者もいる。この理由から、施設へのアクセスに問題のない都市部のコミュニティーの中でも、自宅分娩を選ぶ女性たちが一定数確認された。彼女たちにとって、自宅分娩は、家族たちに見守られた心地の良い環境における出産であるように見受けられた。こうした意識を持つ女性たちの行動変容を促すべく、啓発を試みてきた balan gay・ヘルス・ワーカーからは、限界を感じるという声が聞かれた。また、医療施設の中でも、町保健センターは、病院に比べて自宅から近い、無料である、顔見知りの助産婦・看護師がいる等の理由で好まれる傾向にある。そのため、病院での出産が求められるリスクを持つ女性も、ぎりぎりまで待機して町保健センターに駆け込み出産するケースがあるということであった¹⁹⁸。

¹⁹⁸ この場合、町保健センターはやむなく受け入れるが、妊婦が国民健康保険プログラムに加入していても PhilHealth から医療費の支払いはない。

第6章 JICA 案件のグッドプラクティスと課題

JICAのこれまでの取組を次期案件の形成に役立てるため、本調査ではフィリピンにおける二つの母子保健プロジェクトを対象に、そのグッドプラクティスと課題を抽出した。

6-1 調査対象案件

本調査の対象案件、JICA技術協力「コーディネラ地域保健強化プロジェクト」及び「東ビサヤ地域母子保健サービス強化プロジェクト」の概要は以下の通りである。

コーディネラ地域保健強化プロジェクトでは、過去にコーディネラ地域ベンゲット州及びイフガオ州にて実施されたJICA保健プロジェクトの成果を踏まえ、同地域におけるUHC達成を目指して保健システムを強化し、母子保健サービスを効率的、効果的に提供できる枠組みを整備することを目標に掲げている。2012年2月から2017年3月までの期間、保健省コーディネラ地域事務所をカウンターパート機関として、ベンゲット州、アブラ州、アパヤオ州を対象に実施されている。具体的な支援活動は、(1) 対象BEmONC施設の国民健康保険プログラム妊産婦ケア給付認証取得の促進、(2) インターローカル・ヘルス・ゾーンの活性化、(3) 妊産婦の国民健康保険プログラム加入促進、(4) 緊急時搬送マニュアルの整備、(5) 妊産婦・新生児死亡症例分析の実施、(6) 医療従事者に対する支援的監督の実施、(7) 母子保健に係る条例や決議書の制定、(8) 地域内及び国内に向けたプロジェクトの普及等である。

東ビサヤ地域母子保健サービス強化プロジェクトは、2010年7月から2016年7月までの6年間、保健省東ビサヤ地域事務所をカウンターパート機関として、レイテ州とオルモック市を対象に実施された。プロジェクトの目標は有資格の保健医療従事者の立会による施設分娩件数の増加、地域の政策決定者を巻き込んだ住民活動の活性化、BEmONC施設におけるサービスの質改善及び妊産婦死亡数の削減であった。具体的な支援活動は、(1) 対象BEmONC施設の国民健康保険プログラム妊産婦ケア給付認証取得の促進、(2) BEmONC研修の実施、(3) 妊産婦・新生児死亡症例分析の実施、(4) 医療従事者に対する支援的監督の実施、(5) 母子保健に係る条例や決議書の制定、(6) コミュニティー・ヘルス・チームの組織化と運営促進などであった。

6-2 聞き取り調査地

調査団は、国内において上記プロジェクトの日本人専門家に対して電話インタビューを実施した後、現地ではコーディネラ地域の保健省地域事務所、PhilHealth地域事務所、対象州であるベンゲット州とアパヤオ州の保健担当官へのインタビューを行った。アパヤオ州では、保健医療従事者及びコミュニティ関係者も訪問した。更に、東ビサヤ地域のレイテ州においては、地域と州のプロジェクト・カウンターパートの一部にインタビューを行った。主な聞き取り先は表6-1の通りである。

表 6-1 現地インタビュー対象者

JICA プロジェクト	聞き取り先
コーディレラ地域保健強化プロジェクト	<ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>ベンゲット州</u>：保健省地域事務所、PhilHealth 地域事務所、ベンゲット州保健担当官 ◆ <u>アパヤオ州</u>：アパヤオ州保健担当官、Conner 町保健担当官、州病院、PhilHealth 州事務所、Pudtol 町町保健センター、バラングイ保健センター（Barangay Cabatacan、Barangay Buluan）、妊産婦授乳婦（14 名）
東ピサヤ地域母子保健サービス強化プロジェクト	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 保健省地域事務所、PhilHealth 地域事務所、レイテ州保健担当官

6-3 調査結果

(1) グッドプラクティス

次頁表6-2、表6-3における上位目標及びプロジェクト目標の達成状況が示すように、何れのプロジェクトも、施設分娩と産前産後健診を通じた施設利用の増加に貢献している。成功の第一要因としては、BEmONCサービスを提供する医療施設を増加すべく、ハードとソフトの両面から支援したことが挙げられる。特にコーディレラ地域においては、僻地の多い地理的問題に着目し、コミュニティーに最も近いバラングイ保健センターの多くをBEmONC施設にしたことで、必要とされる保健医療サービスへのアクセスが向上した。併せて、



図 6-1 JICA 支援を受けた
バラングイ保健センター

BEmONC施設の国民健康保険プログラム認定や妊産婦の国民健康保険プログラム加入を促進したことで、PhilHealthから支払われる医療費が増加し、母子保健サービスが改善されるという正のサイクルが生まれた¹⁹⁹。第二に、コミュニティー・ヘルス・チーム及びバラングイ・ヘルス・ワーカーを効果的に動員し、草の根レベルの啓発活動と妊産婦の追跡を強化したことで、妊産婦の意識と行動が自宅分娩から施設分娩へと移行し、且つ妊産婦の国民健康保険プログラムへの加入が増加した。第三に、インターローカル・ヘルス・ゾーンが活性化されたことで、地方自治体首長のコミットメントやリソースの共有が進み、緊急時搬送の強化が図られた。第四に、プロジェクト・チームによる地方自治体への熱心な啓発活動の結果、自宅分娩の禁止、母親やバラングイ・ヘルス・ワーカーへのインセンティブ支払い等に関する市町条例や、交通手段支援に関するバラングイ母子救急計画²⁰⁰が策定される等、医療サービスへのアクセスを

¹⁹⁹ コーディレラ地域に妊産婦ケア給付認証のバラングイ保健センターは 87 あり（2016 年 8 月時点）、全国で最も多い。

²⁰⁰ 各バラングイで作成される災害緊急対応計画に「母子保健医療緊急時対応計画」を盛り込むことで、特に妊産婦・新生児への緊急搬送の支援体制が整備されるようになった。

促進する地方自治体の政策策定が進んだ。第五に、コーディレラ地域では先住民族が全住民の7割を占めることから、文化的に配慮した医療サービス手続きの導入²⁰¹や伝統的産婆の巻き込みを行うことで、文化的阻害要因の排除に取り組んだことが挙げられる。訪問したバランガイ保健センターでは、2011年に64パーセントであった自宅分娩率が徐々に減少し、2015年にはゼロであった。また、過去1年間に出産した女性へのグループインタビューでは、全ての女性が以前の子供は自宅分娩だったが、直近の分娩は施設で行ったと回答していた。

表 6-2 コーディレラ地域保健強化プロジェクト目標達成状況

	No.	指標	ベースライン	ターゲット	2015年	情報源	
上位目標	1	地域妊産婦死亡率（出生 10 万）	62	減少	45	FHSIS	
	2	地域乳児死亡率（出生 1,000）	11	減少	11		
	3	地域施設分娩率（%）	74	85	92		
プロジェクト目標	1	地域対象サイト施設分娩率（%）	79	85	93	FHSIS、居住地主義、特定患者リスト (TCL) 分析結果、プロジェクト・モニタリング	
	2	地域対象サイト産前健診受診率（%）	63	80	84		
	3	地域対象サイト産後健診受診率（%）	90	90	98		
	4	地域全体で機能しているインターローカル・ヘルス・ゾーンの数	7	増加	17		
	5	地域全体で妊産婦・新生児死亡症例分析を実施している自治体の数	0	増加	7		
	6	地域全体の BEmONC 施設数					
			病院	0	37		36
			町保健センター	0	50		48
			バランガイ保健センター	0	90		104
	7	地域全体の妊産婦ケア給付認証施設					
		町保健センター	12	53	51		
		バランガイ保健センター		78	93		

出所：JICA

FHSISでは、妊産婦死亡は死亡発生地（医療施設で死亡した場合は、医療施設のある地域）で記録されていることや、妊産婦死亡率を算出する際の分母が妊産婦の推定値であること等の問題があった。このような中、JICAのコーディレラ地域におけるプロジェクトでは、この状況を見直し、妊産婦死亡については妊産婦の居住地で記録し、妊産婦死亡率算出の際の分母には妊産婦の実数を用いるよう変更した。その結果、よりの確な妊産婦死亡の発生状況が把握できるようになった。特にコーディ



図 6-2 インタビューを行った
バランガイ保健センタースタッフ

²⁰¹ 例えば、分娩の際の夫の立会やしゃがんでの出産など、伝統的慣習の要素が盛り込まれた。

レラ地域では、バランガイ・ヘルス・ワーカーが扱う特定患者リスト（TCL）を活用した居住地に基づくデータ収集方法がプロジェクト実施中に体系化された。その利点を認識した保健省地域事務所が、地域全体で同方法を採用し、保健省本省にFHSISのデータ収集情報の見直しを提唱するまでに至っている。

表 6-3 東ビサヤ地域母子保健サービス強化プロジェクト目標達成状況²⁰²

	No.	指標	ベースライン	ターゲット	2015年	情報源
上位目標	1	妊産婦死亡率（出生 10 万）				FHSIS
		レイテ州	74.5	減少	41.5	
		オルモック市	64.2	減少	185.2	
	2	新生児死亡率（出生 1,000）				
		レイテ州	なし	減少	2.3	
		オルモック市	6.2	減少	14.5	
	3	乳児死亡率（出生 1,000）				
		レイテ州	6	減少	5.9	
		オルモック市	10.3	減少	18	
	4	妊産婦死亡数				
		レイテ州	23	減少	12	
		オルモック市	3	減少	13	
	5	新生児死亡数				
		レイテ州	なし	減少	67	
		オルモック市	29	減少	102	
	6	施設分娩率（%）				
		レイテ州	56	90	93	
		オルモック市	65	90	97	
プロジェクト目標	1	地域対象サイト施設分娩率（%）				
		レイテ州	56	80	46	
		オルモック市	65	80	63	
	2	地域対象サイト産前健診受診率（%）				
		レイテ州	22	45	46	
		オルモック市	29	45	63	
	3	地域対象サイト産後健診受診率（%）				
		レイテ州	53	80	71	
		オルモック市	61	80	75	

出所：JICA

プロジェクトのデザイン・計画の段階から、保健局、PhilHealth、地方自治体首長などの多様なステークホルダーとの調整や協議を行い、プロジェクト期間を通じて定期的な会合を開催し、ターゲットの設定、課題への取組、協力体制の構築、成果の記録を行ったことは、他ドナーの支援にはない、持続性を高めるグッドプラクティスだとして、多くのカウンターパートから称賛されている。

²⁰² ただし、プロジェクト目標の産前産後健診受診率に関しては、FHSIS データに基づき、人口に全国一律の定数(2.7 パーセント)を乗じた値が推計妊産婦数として分母になっているため、受診率が過小評価されている。プロジェクトが実際の出産数を分母として計算した 2015 年の産前検診受診率は、レイテ州が 63 パーセント、オルモック市が 84 パーセント、産後検診率はレイテ州が 96 パーセント、オルモック市が 99 パーセントとなっている。

コーディレラ地域のプロジェクトでは、保健省地域事務所による地域展開計画を支援し、地域事務所のオーナーシップの下、インターローカル・ヘルス・ゾーン、特定患者リスト（TCL）、コミュニティー・ヘルス・チーム、妊産婦・新生児死亡症例分析等のグッドプラクティスをプロジェクト対象外のエリアにも展開することで、インパクトが拡大した。また、東ビサヤ地域のプロジェクトで培われた支援的監督の手法は、保健省地域事務所によって今後他州で展開される予定であるとのことである。

(2) 課題

本調査で聞き取りを行った妊産婦ケア給付認証施設の中には、PhilHealthからの医療費支払いを確認できないバランガイ保健センター²⁰³があった。また、町役場から何パーセントが医療従事者に、何パーセントが施設に分配されるのかということをも助産師が理解していない、バランガイ保健センターへの支払いを可能にする町の決議プロセスが整備されていないといった問題も確認できた。地方自治体が運営する医療施設の場合、PhilHealthからの医療費支払いは施設に直接行われず、地方自治体に対して行われ、支払い後、該当する医療施設に対して実際に医療費が支給されたかPhilHealthも確認していない。このことを踏まえ、医療施設と地方自治体の取組として、保健医療従事者のPhilHealthガイドラインに関する理解を促進し、各医療施設への資金配分プロセスや管理の改善を図ることが必要だと考えられる。

妊産婦の国民健康保険プログラム加入は促進されたものの、未だ多くの貧困層が国民健康保険プログラムについて十分理解しておらず²⁰⁴、未加入である可能性が示唆された。実際、妊産婦へのグループインタビューでも一定数は加入していないことが確認された。なかでも、出産を控える保険未加入の妊婦からは、施設分娩にあたって個人負担が不安だという声が聞かれた。この背景には、貧困者メンバーを選定する貧困世帯特定システムに一部の貧困家族が含まれていない、リストの更新頻度が低い、地方自治体のスポンサー対象者数が限定的である等の問題があると考えられる。また、地方自治体管轄病院では、差額支払い免除政策やポイント・オブ・ケアに充当する予算が不足していることも確認され、貧困層に対する医療保障には更なる取組が必要であることが推察される。

インターローカル・ヘルス・ゾーンを通じて緊急時搬送が強化された一方で、経済的・地理的・文化社会的阻害要因を抱える貧困層にとって、保健医療サービスへのアクセスに関する課題は依然として存在し、現在においても自宅分娩は行われている。特にコーディレラ地域のような僻地の多い山間部では、医療施設まで徒歩で半日以上

²⁰³ 具体的には、バランガイ Cabatacan とバランガイ Buluan の保健センターである。

²⁰⁴ NBB ポリシーやポイント・オブ・ケアを理解していないバランガイ・ヘルス・ワーカーもインタビューで確認された。

かかるところもあり、片道数千ペソにもなる交通費が必要であるほか²⁰⁵、食事代、新生児スクリーニング代等の費用負担があるからである。また、妊産婦へのインタビューでは、施設分娩を行う主な理由のひとつに、町条例で伝統的産婆による自宅分娩が禁止されていることが挙げられているが、交通手段のない僻地に居住する貧困女性は、様々な理由で医療施設に行けない場合、更にリスクの高い自宅分娩を余儀なくされる可能性が示唆される。このため、母親へのインセンティブの支払いや待機施設の建設等の支援を併せて行い、医療施設へのアクセス阻害要因を排除するための更なる取組が重要だと考えられる。

緊急時の搬送体制の改善に伴い、多くの妊産婦死亡の発生場所が自宅から、三次医療施設までの間、若しくは三次医療施設内に移行している。この状況を改善するためには、搬送手段をすぐに手配できない、輸血体制の不備などによって、医療施設で迅速に適切な治療が提供されていない、伝統的慣習²⁰⁶や経済的理由などによって直前までサービスを利用しない等、緊急時の対応の遅れに対する包括的な取組が求められる。今後はこれらに焦点を当て、解決策を考えていくことが肝要である。

政策実施の役割を担う保健省の地域事務所は、保健省本省に対し、プロジェクト成果の報告や、政策へのフィードバックなどを行っているが、本省から現場視察に来ることは稀であるため、真に現状を理解してもらうことは困難であり、また仮に本省が理解したとしても、官僚的な手続きによって意思決定や対応に時間がかかる等の理由から、最終的な政策改善に繋げることは困難だということであった。改善が求められる政策例として、上述のFHSISデータの問題や助産婦配置基準の見直しなどが挙げられた²⁰⁷。次期プロジェクトでは、結果を共有するだけでなく、プロジェクトのデザイン・計画の段階から、保健省本省を承認機関以上の位置づけで十分に巻き込むことが求められる。



図 6-3 妊産婦ケア給付認証の
バランガイ保健センターの様子

²⁰⁵ インタビューを行ったバランガイ保健センターでは、緊急時の搬送に使われる救急車を利用する場合、1,500ペソの燃料費を支払わなければならないとのことである。

²⁰⁶ 例えば、クーディレラ地域の一部の先住民族は、施設に行く前に必ず儀式を行う、薬草療法を使用することなどが挙げられている。

²⁰⁷ 人口 5,000 人に対して 1 名の助産師を配置するという保健省の基準であるが、人口規模だけでなく僻地の課題である距離等も考慮すべきであるという意見が聞かれた。

第7章 JICA の今後の支援に関する提案

本調査の結果及びフィリピン母子保健分野におけるJICAのこれまでの活動のグッドプラクティスと課題を踏まえ、次期案件の活動として以下を提案する。

7-1 案件形成のポイント

案件形成の際には、特に次の4つのポイントに留意した。

- フィリピン母子保健分野におけるJICAのこれまでの知識と経験を十分活用する。
- 日本政府の外交戦略であるUHCの視点「公平な医療サービス提供と経済的リスクの回避」を含める。
- 新政権の保健分野における課題解決に貢献すること—①すべてのライフステージにおける健康と三重疾病負担への対策、②サービス・デリバリー・ネットワークの構築及び③国民皆保険
- 特に妊産婦・新生児死亡率の削減とリプロダクティブ・ヘルスケアへのアクセス向上に寄与し、SDG達成に向けた支援を行う。

7-2 支援活動の提案

本調査では、フィリピンの経済が著しく成長している一方で、国民の間の経済格差は狭まることなく、国民健康保険プログラムへの加入率は増加しているものの、貧困層にとって医療サービスを受けるための各種費用負担が依然大きいものであることがわかった。また、地方における医療サービスの質は自治体首長の能力とリーダーシップに左右されていることも確認できた。かかる状況下、本調査チームは、JICAが今後「母子保健サービスにおけるUHC支援プロジェクト」を実施することを提案する。提案するプロジェクトの各活動の詳細は以下の通りである。プロジェクトが最大の成果を出せるよう、ここでは(1)質の良い基本的な保健サービスへのアクセス向上と(2)経済的リスクの回避という2つのアプローチを取ることを推奨する。

(1) 質の良い基本的な保健サービスへのアクセス向上

① サービス・デリバリー・ネットワーク構築支援

サービス・デリバリー・ネットワークはすべての女性が安全な分娩を行うために不可欠であるが、現在のフィリピンでは、その政策やガイドラインの内容が明確でなく、取組状況には地域差が見られる。また、本調査を通じて、責任の範囲を超える各種機関の連携は困難であることが判明した。そこで、次期プロジェクトでは対象地域・州政府に対して技術協力を行い、カウンターパートと共にプロジェクトサイトにおけるサービス・デリバリー・ネットワークを再定義し、不足する要素を補いながら、必要なサービスを必要

なとき必要な住民に提供できる医療提供体制の構築に向けた支援を行うことを提案する。

サービス・デリバリー・ネットワークの再定義については、日本の二次医療圏²⁰⁸を参考に、入院ベッドが州ごとにどれだけ必要かを算定し、手術や救急などの一般的な医療をサービス・デリバリー・ネットワーク圏内で完結し、三次医療施設へのリファールに繋げる体制を築くことを目指す。なお、サービス・デリバリー・ネットワーク圏が州を跨ぐ可能性もあるため、地理的なつながりや交通事情などを考慮して保健省地域事務所が一定のエリア毎にサービス・デリバリー・ネットワーク圏の設定を設定することが望ましい。

他方、サービス・デリバリー・ネットワークの中では、本調査で明らかになった三次医療施設への集中という問題解決のため、特に医療サービスへのアクセスが困難な地域においては、先行プロジェクトで行ったように、町保健センターをBEmONC化するというアプローチで支援する一方で、次期プロジェクトでは、三次医療施設の近辺に低次医療施設を設置するための支援を行うことも併せて提案する。町保健センターのBEmONC化は、人々により近いところで二次医療を提供するための方法であるが、多くの女性が三次医療施設を利用する現在、緊急時には高次医療が即時に受けられる距離で自然分娩ができ、また三次医療施設は合併症を伴う出産に集中できるよう、助産所等の施設を三次医療施設の周辺に設置することが求められていると考えられる。また、僻地在住の女性にも十分な緊急対応ができるよう、高度医療施設の周辺に待機施設を設け、予定日の数日前には待機施設に滞在できるよう配慮する等の支援も検討すべきである。

② 医療従事者への継続的な能力強化

本調査を通じて、フィリピンの妊産婦死亡の多くが三次医療施設内で発生していることが示唆された。この原因として、三次医療施設の設備に関する問題も考えられるが、各レベルにおける医療従事者の判断力と処置に関する知識と技能が不十分であることが考えられる。実際、今般の調査では、BEmONC研修を受けていない助産師がいることが確認されている。緊急事態が発生したとき、市町やバラングイの保健センターでは適切な判断の下、二次・三次医療を提供できる病院に搬送し、また病院内では一般医と専門医（産婦人科医や麻酔科医）がそれぞれ適切な処置を行うことができるよう医療従事者の能力強化が引き続き必要だと考えられる。従って、次期プロジェクトでは、これまでのプロジェクトでの経験を活かし、プロジェクトの対象サービス・デリバリー・ネットワーク圏内の市町

²⁰⁸ 入院ベッドが地域ごとにどれだけ必要かを考慮して決められる地域医療圏であり、手術や救急などの一般的な医療を地域で完結することを目指す。厚生労働省が医療法に基づいて、地理的なつながりや交通事情などを考慮し、一定のエリア毎に定める。複数の市町村を一つの単位とし、都道府県内を3～20程度に分けている。一般的に1次医療圏は市町村、3次医療圏は都道府県全域を指す。

保健センター、郡病院、州病院及び搬送先の地域病院の産婦人科担当医（一般医、専門医を含む）、看護師、助産師に対し、産前健診、リファーマル、分娩、産後ケアに至るまで、一連の技術研修と支援的監督を行い、そのプロセスやツールを記録し、保管することを提案する。産科の緊急対応を改善するためには、一部の医療従事者ではなく、従事するすべての医療従事者の能力、ひいては緊急時の体制を強化することが肝要である。この産科の緊急医療体制の改善が、妊産婦死亡の予防につながると考えられる。なお、今般の調査では、研修指導者の不足も確認できたが、その場合は、地域内の大学や研究所などと覚書を結んで講師を招くなどの措置を取ることを検討されたい。

③ 地方自治体の行財政管理支援

先行プロジェクトでは、自宅分娩・伝統的産婆の禁止、母親や balan-gai・ヘルス・ワーカーへのインセンティブ支払い等の条例制定に関し、地方自治体に対して支援を行い、状況改善に貢献した。次期プロジェクトでは、この成功事例を継続すると共に、自治体に対する財政管理も併せて行うことを提案する。具体的には、以下のような活動が考えられる。

1. balan-gaiや町の条例を作って、母親や balan-gai・ヘルス・ワーカーへのインセンティブの支払いや自宅分娩罰則等の仕組作りを支援する。
2. PhilHealthから支払われた医療費が、ガイドラインに沿って病院や自治体のトラストファンド銀行口座に振り込まれ、施設の薬品購入など、本来の目的のために使われているかを定期的にモニタリングする仕組作りを支援する。
3. 自治体首長向けの地方自治と予算管理に関する研修を実施し、質の高い保健サービスを提供することが住民の健康、ひいては自治体の繁栄につながることを説明し、保健セクターへの十分な予算確保を支援する。

これらの活動は、様々な開発パートナーが各地で支援している活動と類似しているため、それら開発パートナーと意見交換を行いながら実施することを推奨する。

(2) 財政的リスクの回避

① 経済的負担軽減の仕組作り

今般の調査では、地方自治体が国民健康保険プログラム加入のためのスポンサーになりたがらなくなっていることが確認できた。また、国民健康保険プログラムに加入していたとしても、多くの住民には、それ以外の経済的負担があることが明らかになった。そこで次期プロジェクトでは、これらの経済的な負担を軽減すべく、自治体レベルで行うことのできる経済的サポートの仕組を考案して試行することを提案する。具体的には以下のような活動が考えられる。

1. PhilHealthから支払われた医療費の一部、宗教やコミュニティー行事、その他のチャリティー行事で集められた資金を地方自治体が共同資金として管理し、その中から出産を控えた女性に対して一時金を支給するなどの仕組みを支援する。

図 7-1 Household Profiling

2. バランガイ・キャプテンや自治体関係者の間で話し合い、各バランガイにおける貧困世帯を特定し、その中で貧困世帯特定システムによる貧困

認定を受けていない世帯を各自治体で再確認し、国民健康保険プログラムでカバーされない支出（交通費、一部の薬品、医療物資及び検査料等）を自治体でカバーする。

3. 出産時の子守りや家事手伝い、医療施設での付き添いを、現金を介することなく、相互扶助で行うことができるような仕組みをバランガイや町の中にするための支援を行う。

② 啓発活動の促進

今般の調査を通じて、住民のみならず、保健行政官、バランガイワーカーや医療サービス提供者にいたるまで国民健康保険プログラムに関する知識が十分でないことが明らかになった。そこで、次期プロジェクトでは、対象者毎に最も効果的な媒体を特定し、伝えるべき重要なメッセージを厳選したうえで、クリアー且つ平易な言葉で国民健康保険プログラムに関する啓発活動を行うことを提案する。なお、住民を啓発する役割であるバランガイワーカーに対しては、更に啓発の内容を標準化するための研修も実施することとする。

③ 住民データシステムの活用

バランガイ・ヘルス・ワーカーは毎月、担当地区の世帯データを毎月収集・更新している。データは世帯情報（Household Profiling：図7-1参照）や特定患者リスト（Target Client List）等、様々な形式でまとめられている。JICAの先行プロジェクトでは、このバランガイ・ヘルス・ワーカーの活動を強化し、世帯データを基に産前産後健診や施設分娩を促進した。この好事例を踏まえ、次期プロジェクトでは、対象地域におけるデータシステムの存在と質を確認し、最も信頼できるデータシステムを用途を拡大して活用することを提案する。今般の調査では、自身が保険に加入しているか、保険料を納めてメンバーシップを更新しているかわからないという女性が多いことが確認で

きた。そこで、バランガイ・ヘルス・ワーカーが家庭を訪問する際、住民の健康をチェックするだけでなく、各家庭の保険加入状況と保険料の支払い状況を確認し、加入手続きや支払い手続きの支援を行うことができれば、住民自身が忘れてしまっている、彼らが保健医療サービスを必要としたとき、保険でカバーされる状態を保持することができる。また、バランガイ・ヘルス・ワーカーが家庭訪問した際、併せて国民健康保険プログラムに関する啓発も行うことができれば、より効果的である。

④ 第三国研修、本邦研修

PhilHealthは過去20年に亘り進化を続けてきたが、未だなお新たな課題に直面している。国民健康保険プログラムへの加入率は増加したものの、患者の自己負担率は依然高く、家計破たんをもたらす保健支出を経験した世帯の割合も増加傾向にある。また、保険料の滞納が常習化しており、加入者管理は困難を極めている。今般の調査の中でPhilHealth本部を訪問した際には、これら課題解決のため、他国ではどのように課題を解決しているかを知りたいという声が聞かれた。そこで、PhilHealthの職員を第三国研修や本邦研修に招へいすることをオプションとして提案する。具体的には、タイと日本が共同実施している「グローバルヘルスとUHCのためのパートナーシッププロジェクト」の研修等にPhilHealthの職員を招へいし、タイを始めとする各国の取組について参加者と意見交換を行うほか、日本に招へいし、日本の皆保険制度を視察していただくことが考えられる。フィリピン政府は新国家保健政策の中で、インフォーマル・エコノミー・メンバーの加入を公費によって更に促進することを提案しているため、同様の取組であるタイのUC制度が参考になると考えられる。また、日本の診療報酬制度や国民健康保険の加入者管理の方法等も現在フィリピンが抱える課題解決のための一助になると考える。

7-3 支援対象サイト

案件の対象サイト候補としては、本調査の対象であった東ビサヤ地域の東サマール州及び北サマール州を提案する。

上記2州は、優先的に取り組むべき貧困20州に含まれている。また、東ビサヤはJICAがこれまで支援を続けてきた地域であり、保健省の地域事務所ともすでに関係が構築されている。更に、JICAがこれまで支援してきたレイテ州の州政府の東サマール州及び北サマール州の政府に対する国内技術支援も期待できるのではないかと推察する。

但し、これらの州の一部には共産党系ゲリラ組織、New People's Armyが潜んでいるため、活動期間中は安全管理を十分すべきである。また、台風ヨランダの被災後、東ビサヤ地域ではAvail Allという特例措置が取られており、すべての住民が国民健康保険プログラムに加入し

ているが、これが2016年末で終了するため、翌年以降の彼らの保険料確保と、国民健康保険プログラムに関する再教育が必要になるであろうということを念頭に置く必要がある。

7-4 プロジェクト成果を政策に反映させるメカニズム

JICAはこれまで長期に亘りフィリピン保健セクターを支援してきたが、そのグッドプラクティスは必ずしも国家の政策改善のために活用されていない。これは、プロジェクトサイトで行われた有用な取組事例が国の政策決定者に十分理解されていないことが原因であると考えられる。そこで、次期プロジェクトでは、この反省を踏まえ、プロジェクトの成果を全国に展開できるようなメカニズムも併せて構築することを提案する（図7-2参照）。

JICAの保健アドバイザー若しくは保健省本省に配置されたプロジェクト専門家がこのメカニズムを構築するうえで重要な役割を担う。次期プロジェクトの案件形成の過程において、保健アドバイザー／プロジェクト専門家が保健省の母子保健分野の担当部署であるFamily Health Office、サービス・デリバリー・ネットワークの担当部署であるBureau of Local Health Systems Development、対象地域の保健省事務所、PhilHealth本部を巻き込み、定期的且つ継続的にプロジェクトの進捗について共有しながら意見交換を行うことを提案する。ここでは、案件形成時より、すべてのステークホルダーが、次期JICAプロジェクトが全国に向けた保健政策導入のためのパイロットであるということを認識することが重要である。

プロジェクトのカウンターパートは、対象地域の保健省事務所と対象州政府及び市町役所とする。プロジェクト・チームは、カウンターパートと共に業務を遂行し、その進捗を定期的に JICA保健アドバイザー／プロジェクト専門家に報告する。JICA保健アドバイザー／プロジェクト専門家は、報告事項をステークホルダーと随時共有する。

保健省のBureau of Local Health Systems Developmentは、昨今サービス・デリバリー・ネットワーク 政策の見直しを開始したところであるため、JICAがその作業に参加するには、現在が良いタイミングだと考えられる。JICAが中央省庁の中でステークホルダーと良いコミュニケーションを維持することができれば、サービス・デリバリー・ネットワーク政策が実際に改定されるとき、JICAのグッドプラクティスがその中で反映されることが期待できる。同様に、次期プロジェクトの成果がステークホルダーと共有できていれば、同プロジェクトを通じて得られた教訓が、母子保健サービスや国民健康保険プログラムの政策改善のために役立てられると思料する。パイロット地域で母子保健サービスにおけるUHC達成のための具体的な取組事例を示し、政策反映のためのメカニズムを構築するために5年前後が必要だと考えられるが、その後はフィリピン政府が自国の政策に基づき、全国に向けて事業を展開していけるものと期待する。

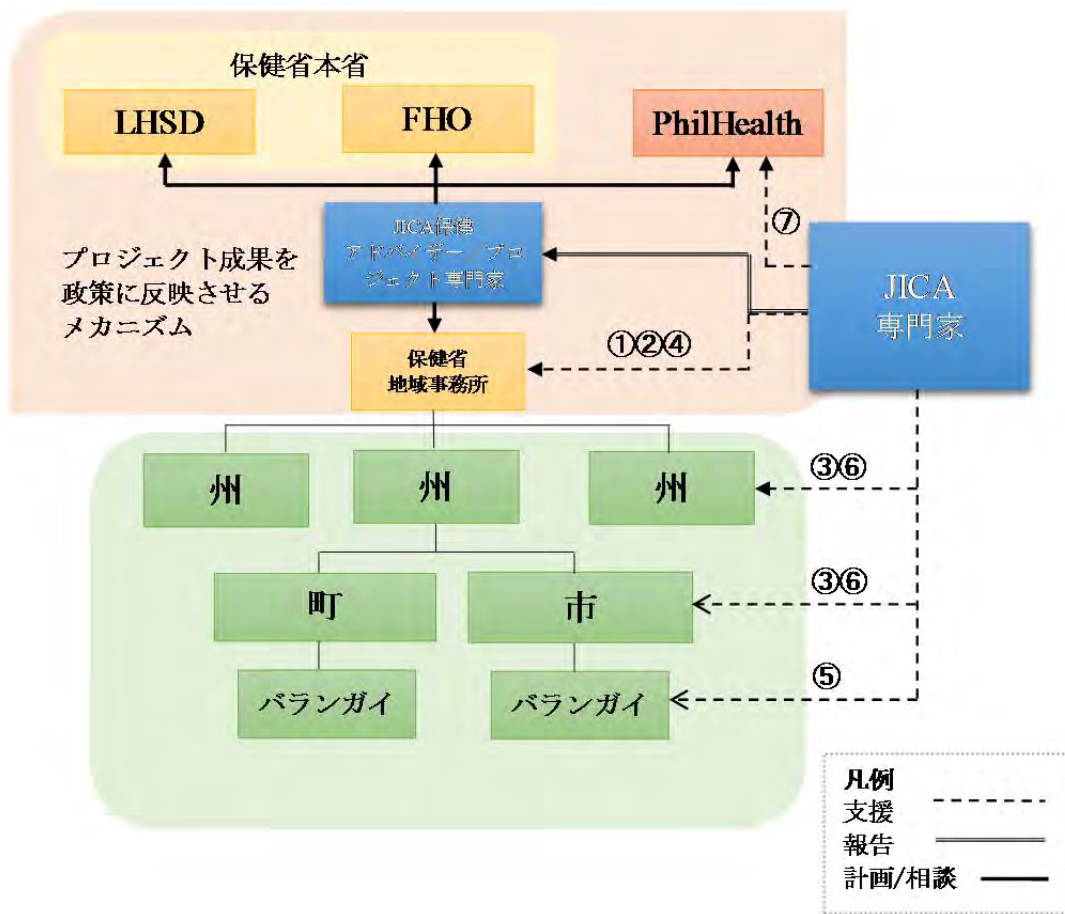


図 7-2 次期案件の提案とプロジェクト成果を政策に反映させるメカニズム

参考文献

- Asia Development Bank. (2015). Key Indicators for Asia and the Pacific 2015. Retrieved September 12, 2016, from <http://www.adb.org/sites/default/files/publication/175162/phi.pdf>
- Bratati B., et. al. (2009). Teenage Pregnancy: A Socially Inflicted Health Hazard. Indian J Community Med. 2009 Jul; 34(3): 227–231.
- Bureau of International Health Cooperation of DOH (2016). *The Official Development Assistance on Health*.
- Bureau of Local Health Systems Development (BLHSD) DOH & UNICEF. (2015). Local Investment Planning for Health Handbook on Principles, Guidelines, Procedures, and Processes.
- Department of Budget and Management Official Website. <http://www.dbm.gov.ph/>
- Department of Health, Philippines (2016). Annual Report 2015. Retrieved November 18, 2016, from http://www.doh.gov.ph/sites/default/files/publications/DOH_Annual_Report_2015_07132016.compressed.pdf
- Department of Health. (2015). Sin Tax Law Incremental Revenue for Health, Annual Report CY 2015.
- Department of Health. (2012). Administrative Order No. 2012-0012, Rules and Regulations Governing the New Classification of Hospitals and Other Health Facilities in the Philippines.
- Department of Health. (2008). Administrative Order No. 2008-0008, Rules and Regulations Governing the Regulation of Blood Service Facilities.
- Department of Health. (2001). Administrative Order No. 51-A s. 2001, Implementing Guidelines on Classification of Patients and on Availment of Medical Social Services in Government Hospitals.
- DOH Office of the Secretary & DOH Health Policy Development and Planning Bureau. (2016). Philippine Health Agenda 2016-2022 Healthy Philippines 2022.
- Japan International Cooperation Agency & Department of Health, Center for Health Development-Eastern Visayas. (2016). Draft Terminal Evaluation Report on Japanese Technical Cooperation Project for Strengthening Maternal and Child Health Services in Eastern Visayas.
- Japan International Cooperation Agency, IC Net Limited and HANDS. (2016). Strengthening Maternal and Child Health Services in Eastern Visayas, Philippines: Project Completion Report.
- Japan International Cooperation Agency. (2015). National Dissemination Forum: Reducing Maternal and Child Health Mortality in the Cordillera.

- Japan International Cooperation Agency and Department of Health. (2014). Report of Mid-term Review on Project for Cordillera-wide Strengthening of the Local Health System for Effective and Efficient Delivery of Maternal and Child Health Services in the Republic of the Philippines.
- Japan International Cooperation Agency and System Science Consultants Inc. (2012-2016). Project for Cordillera-wide Strengthening of the Local Health System for Effective and Efficient Delivery of Maternal and Child Health Services: Progress Reports 1-8.
- Japan International Cooperation Agency & Department of Health, Center for Health Development – Eastern Visayas. (2012). Joint Mid-term Review Report on Japanese Technical Cooperation Project for Strengthening Maternal and Child Health Services in Eastern Visayas.
- Jurado F. J. (2014). An Assesment of Republic Act (RA) No. 10351 or the SinTax Reform Law. NTRC Tax Research Jourbnal. Vol. XXVI. 5, September to October 2014: 18-42.
- Kwon S. & Dodd R. (Eds.). (2011). The Philippines Health System Review, WHO Health Systems in Transition, Vol. 1, No.2. Geneva: WHO Press.
- Ministry of Health, Labor and Welfare. (2016). Abridged Life Table. Retrieved September 14, 2016, from <http://kaiwa-kouza.com/contents/sub/statistics/longevity.html>.
- The National Household Targeting Office, Department of Social Welfate and Development. (2015). Listahanan.
- National Institute of Population and Social Security Research. (2016). Population Statistics. Retrieved September 12, 2016, from http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2016.asp?fname=T04-03.htm.
- National Institute of Population and Social Security Research. (2012). Population Statistics. Retrieved September 14, 2016, from http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2012.asp?fname=T02-18.htm
- Official gazette of the government of the Philippines. Pantawid Pamilyang Pilipino Program. (2016). Retrieved October 12, 2016, from <http://www.gov.ph/programs/conditional-cash-transfer/>
- Philippine Health Insurance Corporation. (2016). Stats & Charts 1st September 2016.
- Philippine Health Insurance Corporation. (2015). Annual Audit Report on the Philippine Health Insurance Corporation for the Year Ended December 31,2015.
- Philippine Health Insurance Corporation. (2015). ANNUAL REPORT 2014.
- Philippine Health Insurance Corporation. (2015). Stats & Charts 2015.

- Philippine Health Insurance Corporation. (2014). ANNUAL REPORT 2013.
- Philippine Health Insurance Corporation. (2014). Stats & Charts 2014.
- Philippine Health Insurance Corporation. (2013). ANNUAL REPORT 2012.
- Philippine Health Insurance Corporation. (2013). Stats & Charts 2013.
- Philippine Health Insurance Corporation. (2012). ANNUAL REPORT 2011.
- Philippine Health Insurance Corporation. (2012). Stats & Charts 2012.
- Philippine Health Insurance Corporation. (2011). ANNUAL REPORT 2010.
- Philippine Health Insurance Corporation. (2011). Stats & Charts 2011.
- Philippine Health Insurance Corporation. (2010). ANNUAL REPORT 2009.
- Philippine Health Insurance Corporation. (2010). Stats & Charts 2010.
- PhilHealth. (2015). Circular No. 25, 2015.
- PhilHealth. (2015). *Get to Know Your PhilHealth Benefit in Just One Click*.
- PhilHealth. (2014). Annual Report 2011-2014.
- PhilHealth. (2014). Circular No. 0003, s. 2014.
- PhilHealth. (2013). Circular No. 0032. s.2013, 14 October 2013.
- PhilHealth. (2011). Circular No. 011-2011.
- Philippine Statistics Authority. (2011). The 2010 Census of Population and Housing.
- Philippine Statistics Authority & ICF International. (2014). Philippines National Demographic and Health Survey 2013. Manila, Philippines, and Rockville, Maryland, USA: PSA and ICF International.
- Philippine Statistics Authority. (2016). The Philippine 2015 Population Census. Retrieved September 21, 2016, from <https://psa.gov.ph/content/highlights-philippine-population-2015-census-population>.
- Philippine Statistics Authority. (2016). Philippine Poverty Statistics. Retrieved November 3, 2016, from <https://psa.gov.ph/poverty-press-releases>.
- Racelis R. H. et. al. (2016). Philippine Health Accounts Based on the 2011 System of Health Accounts for CY 2012, 2013 and 2014.
- Saniel, O. P. & Bermudez, anc. (2016, August). Why do mothers die? A Maternal Death Review in Camarines Norte. Unpublished Research Paper

- Scribd. (2016). The field health service information system (FHSIS). Retrieved October 30, 2016, from <https://ja.scribd.com/doc/27872414/The-field-health-service-information-system-FHSIS>.
- Soria F. Z. (2013). *PhilHealth Benefits*.
- Soria. F. Z. *PhilHealth Benefit Packages: Understanding the Role of Quality Medicines and Quality Pharmaceutical Care*.
- Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications. (2016). Statistics of Japan 2016. Retrieved September 14, 2016, from <http://www.stat.go.jp/data/nihon/02.htm>
- Title III Section 5 of the Implementing Rules and Regulations (IRR) of RA 7875 as amended otherwise known as the National Health Insurance Act of 2013
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: the 2015 Revision. Volume II: Demographic Profiles (ST/ESA/SER.A/380). Retrieved September 23, 2016, from <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.
- United Nations, Department of Public Information. (2016). Sustainable Development Goals: 17 Goals to Transform Our World. Retrieved November 1, 2016, from <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- Vega. L. J. *Shifting to Case Rates: Efficiency Gains*. Southern Philippines Medical Center.
- WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. (2015). Maternal Mortality in 1995 -2015—Philippines.
- World Bank (2016). *Philippines Impact of Incentives and Information on Quality and Utilization in Primary Care: Baseline Survey Report*.
- World Bank. (2016). World Development Indicators. Retrieved September 14, 2016, from <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>
- World Bank. (2016). World Development Indicators. Retrieved October 29, 2016, from <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&series=SH.XPD.TOTL.ZS&country=#>
- World Bank. (2015). *Concept Note on the Establishment of a Service Delivery Network for Taclobancity*, UPecon-Health Policy Development Program.
- World Bank. (2015). *Global Partnership on Outputbased Aid, Grant Reporting and Monitoring Report*: Ref. TF0101757.
- World Bank. (2011). Philippines: Study on Local Service Delivery.

World Bank. (2016). World Bank Open Data. Retrieved September 14, 2016, from <http://data.worldbank.org/>

公益財団法人. (2016) . 国際労働財団, 2014年フィリピンの労働事情. Retrieved November 18, 2016, from http://www.jilaf.or.jp/rodojjyo/asia/southeast_asia/phillippines2014.html

別添資料

		Time	Venue	Agency	Contact
2016/7/24	Sun	17:30			Arrive (PR427)
2016/7/25	Mon	0830-0900	JICA PP Office	JICA PP office	SR Mr. Morita, Ms. Itsuki
		0900-0945	JICA PP office	JICA PP office	Ms. Marry Ann, Ms Mendoza Teresa
		1000-1200	UNFPA, 31/F Yuchengco Tower, RCBC Plaza, 6819, Avala Ave	UNFPA	Dr Angelito Umali
		1400-1600	UNICEF	UNICEF	Dr Raoul Bermejo, Health & Nutrition United Nations Children's Fund
2016/7/26	Tue	0900-1100	JICA PP Office @Meeting Room 2	EU Consultant Team	DR. UTE SCHUMANN Team Leader/Health Policy Planning & Financing Expert EU PHILIPPINES HEALTH SECTOR REFORM CONTRACT Mrs Melahi Pons. Interim Financing Expert
2016/7/27	Wed	0900-1100	ADB	ADB	Dr. Eduardo Banzon Regional Adviser for Health, Economics and Financing Assitant: Raygie dela Cruz (Ms)
		1400-1500	Richmonde Hotel Ortigas	NKTI	Dr Enrique Ona Former Secretary of Health (2010-2014) Medical Doctor, National Kidney and Transplant Institute (NKTI)
2016/7/28	Thu	0730-0900	DSWD Central Office, Batasan Complex, Quezon City, Philippines	DSWD	Mr. Leonardo C. Reynoso, CESO III, National Program Manager (Conditional Cash Transfer Program) Mr. Gil R. Tuparan, Senior Technical Officer Ms. Johhanna Acebes, Technical Assistance Unit
		1000-1130	Jose Fabella Hospital Lope de Vega St., Sta Cruz Manila, Philippines	Jose Fabella Hospital	Dr. Esmeraldo T. Ilem Medical Center Chief II Dr. Jose Fabella Memorial Hospital
		1300-1400	WHO country office	WHO	Dr. Benjamin D Lane, PhD Coordinator Health Systems, WHO Philippines
2016/7/29	Fri	0900-1100	World Bank 26th Floor, One Global Place 5th Ave. corner 25th St. Bonifacio Global City	World Bank	Ms. Tomo Morimoto, Senior Operations Officer Health, Nutrition & Population Global Practice Dr. Roberto Antonio F. Rosadia, Health Specialist
		1300-1400	DOH San Lazaro Compound, Tayuman, Sta. Cruz, Manila	DOH	Ms. Georgina Ramiro, Dr. Grace Fe R. Buquiran, Medical Officer N BIHC Project Monitoring Division, Bureau of International Health Cooperation
		1400-1600	DOH San Lazaro Compound, Tayuman, Sta. Cruz, Manila	DOH	Ms. Zeny Dy Recidoro Chief Health Program Officer, Program Manager of National Safe Motherhood Program, Family Health Office, Disease Prevention and Control Bureau, Department of Health
2016/7/30	Sat				
2016/7/31	Sun				
2016/8/1	Mon	10:00-11:00	Department of Interior and Local Government located at EDSA corner at Quezon Avenue in Quezon City	DILG	Ms. Girlie Zkra, Division Chief/Local Governance Performance Management Supervision/Bureau of Local Government Supervision
		13:30-14:30	Bureau of Local Health Development	DOH	Mr. Raul R. Alamis, Bureau of Local Health Systems Development, Health System Development Division of DOH
		16:15-16:45	National Statistics Authority	NSA	Ms. AURORA T. REOLALAS, OIC-Division Chief, Vital Statistics Division
2016/8/2	Tue	1000-1200	DOH San Lazaro Compound, Tayuman, Sta. Cruz, Manila	DOH	Ms. Frances Mamaril, Division Chief Planning, Health Policy Development and Planning Bureau
		1400-1500	Makati Medical Center Credit and Collections Department	Makati Medical Center	Dr. Flor Cruz, Patient Billing Unit, 2. Ms. Janet Medina, Billing and Collections Unit, 3. Ms. Grace Salvador, Billing and Collection Unit, Makati Medical Center , Credit and Collections Department
2016/8/3	Wed	1000-1100	USAID	USAID	Dr. Yolanda E. Oliveros, MD MPH, Development Assistance Specialist, Ms. Reynalda L. Perez, Project, Management Specialist, Office of Health, USAID
		1330-1500	PhiHealth	PhilHealth	Ms. Evelyn C. Bangalan, Senior Manager, Ms. Christine Frances D. Limson, Project Planning and Development Officer in International and Local Engagement Department Dr. Mary Antonetter Rimon
		16:00-17:20	Mandaluyong City Hall	Mandaluyong City Office	Dr. Recos Reyes Ibanes Camarinesm MD, MHA, Obstetrician-Gynecologist, Mandaluyong City Health Officer Dr. Cesar Tutaan, Mandaluyong City Health Officer
2016/8/4	Thu	14:00-15:00	Executive Office Manila Doctors Hospital #667 United Nations Avenue, Ermita, Manila	Manila Doctors Hospital	Ms. Dr. Bernadette Hogar-Manlapat, Quality Management Representative Ms. Julie S. alvanz@maniladoctors_com.joh Head, SCRO, Social Sector, Ms. Ma Thresa A. Acosta, PhilHealth Specialist Ms. Estrella M. Garcia, Finance Director Mr. Noel Jonathan T. See, Officer In Charge, Business Development Division, Manila Doctors Hospital
2016/8/5	Fri	10:00-11:00	Bureau of Local Health Development	DOH	Ms. Rosario S. Torralba, Supervising Health Program Officer, Bureau of Local Health Systems Development, Department of Health
		12:30-13:30	Health Human Resource Development Bureau DOH	DOH	DOH OIC-Asec Kenneth G Ronquillo, Director IV Health Human Resource Development Bureau
		15:30-16:30	DOH	JICA PP office	Ms. Itsuki, Mr. Kanamori
2016/8/6	Sat	14:40			Leave (PR432)

Bicol schedule (28th August - 10th September)

Date		Time	Activity	Venue	Accommodation
2016/8/28	Sun		Arrived in Manila (PR 427: 17:30)		
2016/8/29	Mon	10:00-12:00	Mtg with JICA		Manila
		14:00-16:00	Internal meeting		
2016/8/30	Tue	7:25-8:25	Move from Manila to Legaspi, Albay (5J 319)		Legaspi
		11:00-13:00	Mtg with DOH regional office	DOH regional office V, Legaspi	
		14:00-15:00	Mtg with MHO Malinao@RHU	RHU in Malinao Municipality	
		16:00-17:00	Mtg with local consultant (Meg)	Villa Amanda hotel	
2016/8/31	Wed	9:00-10:30	Mtg with Albay Provincial health officer (MNCHN coordinator)	Albay provincial office	Legaspi
		11:00-12:00	Mtg with PhilHealth regional director	PhilHealth Albay regional office	
		13:00-15:30	Visit to Bicol regional training and teaching hospital	BRTTH, Legaspi	
		18:00-19:00	Luzon Health (NGO)	café	
		(parallel conduct by consultant: FGD at Burabad)		Burabad Barangay/Malinao	
2016/9/1	Tur	9:00 - 12:00	FGD/interview at Balading Barangay	Balading & Burabad Barangay/Malinao	Legaspi
		13:00-13:40	DSWD officer in Municipality, Municipal social worker		
		14:00-15:00	Interview with BHWs at Burabad Barangay		
2016/9/2	Fri	6:00-9:00	Moving to Naga city, Camarines Sur (by car)		Naga
		9:00-11:00	Mtg with PHO Camarines Sur	Eurotel hotel	
		15:00-16:00	Visit to Bombon lying in clinic (privte)	Bombon Municipality/Naga city	
		17:00-18:00	Mtg with Naga City health officer	Naga city office	
2016/9/3	Sat	9:00-12:00	FGD/visit to BHS at Panicuason Barangay in Naga city	Panicuason Barangay in Naga city	Naga
		13:00-15:00	Internal meeting	Hotel	Naga
2016/9/4	Sun		Report writing		Naga
2016/9/5	Mon	9:00-12:00	FGD/visit to BHS at San Isidro Barangay in Naga city	San Isidro iBrangay in Naga city	Naga
2016/9/6	Tue	9:00-10:30	Municipal health office/RHU in Pamprona Municipality	Pamprona Municipality	Naga
		11:00-12:30	FGD/visit to BHS at Batang Barangay in Pamprona Municipality		
		15:00-16:00	FGD/visit to BHS at Poblacion Barangay in Pamprona Municipality		
		18:00-19:00	Interview with MHO of Sipocot Municipality	Hotel	Naga
2016/9/7	Wed	10:00-15:00	FGD/visit to BHS at Binahian Barangay in Sipocot Municipality	Binahian Barangay in Sipocot Municipality	Naga
		17:00-18:00	Visit to Sipocot District hospital	Sipocot District hospital	
2016/9/8	Tur	9:30-12:00	Visit to Bicol Medical Center	BMC	Naga
		14:00-16:00	PhilHealth Cum Sur provincial office in Naga	PhilHealth Cum Sur provincial office	
2016/9/9	Fri	10:00-10:30	Internal meeting	Hotel	Remington Hotel, Manila
		12:30-13:20	Move from Naga to Manila (PR 2262)		
2016/9/10	Sat		Leave for Japan (PR 432: 14:40)		

CAR and Eastern Visayas schedule (28th August - 21st September)

Date		Time	Activity	Venue	Accommodation
2016/8/28	Sun	17:30	Arrive in Manila (PR 427)		Manila
2016/8/29	Mon	10:00	Meeting with JICA	Starbucks at Greenbelt 1	
2016/8/30	Tue	AM 13:30 15:00 16:00	Travel from Manila to Baguio (road) Benguet PHO CAR Regional DOH PhilHealth Regional Office	DOH-Benguet Office DOH-CAR RO PhilHealth Regional Office	Chalet Baguio
2016/8/31	Wed	All day	Travel from Baguio to Luna (road)		Luna
2016/9/1	Thu	8:00 10:00 11:00 13:00 20:00	Farnorth Hospital PhilHealth Provincial Office Main Health Center (RHU) in Pudtol BHS (midwife) and BHWs in Barangay Cabatacan Apayao PHO	Farnorth Hospital Farnorth Hospital RHU Pudtol BHS Barangay Cabatacan Las Palmas Hotel	Tuguegarao
2016/9/2	Fri	8:00 10:00 13:00	BHS (midwife) and BHWs in Barangay Buluan 2 FGDs with women beneficiaries (pregnant and lactating women) Conner MHO	BHS Barangay Buluan BHS Barangay Buluan BHS Barangay Buluan	
2016/9/3	Sat	12:55	Travel from Tuguegarao to Manila (5J505)		Manila
2016/9/4	Sun	13:00	Travel from Manila to Tacloban (PR2985)		Tacloban
2016/9/5	Mon	9:00 13:00 15:00 17:00	DOH Region VIII PHO Leyte EngenderHealth (VisayasHealth) PhilHealth Regional Office	DOH Regional Office PHO Leyte DOH RO PH R08 (Burgos St.)	
2016/9/6	Tue	8:30 PM	EVRMC Travel from Tacloban to Northern Samar (road)	EVRMC	Catarman
2016/9/7	Wed	9:00 11:00 13:00 15:00	PHO Northern Samar PhilHealth Northern Samar Northern Samar Provincial Hospital Catarman RHU	Provincial Health Office PhilHealth Office Provincial Hospital RHU	
2016/9/8	Thu	8:00 10:00 12:00 13:30 14:30 16:00	Catarman Doctors Hospital Incorporated Barangay Balnasan: Barangay Captain Barangay Balnasan: Midwife and Nurse Barangay Balnasan: Pregnant women who received ANC and will deliver at RHU Barangay Balnasan: Women who delivered at home Barangay Balnasan: Women who delivered at hospital	CDHI Balnasan Barangay Hall, San Roque Balnasan Barangay Hall, San Roque Balnasan Barangay Hall, San Roque Balnasan Barangay Hall, San Roque Balnasan Barangay Hall, San Roque	
2016/9/9	Fri	9:00 10:30 11:15 13:00 14:30 16:00 17:00 18:00	Barangay Balnasan: Grandmothers I Barangay Balnasan: Grandmothers II Barangay Balnasan: Husbands of pregnant and lactating women San Roque MHO and PHN Mayor of San Roque Municipality Barangay Balnasan: BHWs Barangay Balnasan: TBA/BHW Barangay Balnasan: Woman who had neonatal deaths	Balnasan Barangay Hall, San Roque Balnasan Barangay Hall, San Roque Balnasan Barangay Hall, San Roque San Roque RHU Municipal Office Balnasan Barangay Hall, San Roque Balnasan Barangay Hall, San Roque Balnasan Barangay Hall, San Roque	
2016/9/10	Sat	10:00 12:00 19:00	Barangay Polangi: BHWs Barangay Polangi: Woman who had neonatal death DOH Northern Samar (DMO)	Polangi Barangay Hall, Catarman Private home, Barangay Polangi Local restaurant	
2016/9/11	Sun	PM	Travel from Northern Samar to Borongan		Borongan
2016/9/12	Mon	All day	Report Writing (*national holiday)		
2016/9/13	Tue	8:00 9:30 11:30 15:00 16:30	Eastern Samar Provincial Hospital PHO Eastern Samar Borongan RHU1 Eastern Samar PhilHealth PHO Eastern Samar	Provincial Hospital PHO RHU Borongan PhilHealth PHO	
2016/9/14	Wed	8:00 10:00 11:30 13:00 14:00 16:00	Borongan CSWD Llorente RHU Barangay Naubay: Pregnant women Barangay Naubay: Women who had home deliveries Barangay Naubay: BHWs Llorente Municipal Hospital	City Hall RHU BHS Barangay Naubay BHS Barangay Naubay BHS Barangay Naubay Municipal Hospital	
2016/9/15	Thu	8:00 10:30 13:00 14:30 15:00 15:45	DOH Eastern Samar (DMO) Dr. Leon Domingo Memorial Maternity Clinic Barangay Balacdas: Pregnant and lactating women who accessed facilities Barangay Balacdas: Woman who had a home delivery Barangay Balacdas: TBA/BHW Barangay Balacdas: Midwife	CHD Borongan Dr. Leon Clinic Private home, Barangay Balacdas Private home, Barangay Balacdas Private home, Barangay Balacdas BHS Barangay Balacdas	

CAR and Eastern Visayas schedule (28th August - 21st September)

Date	Time	Activity	Venue	Accommodation	
2016/9/16	Fri	10:00	Llorente Poblacion 1: Women who had home deliveries	Barangay Hall	Borongan
		10:50	Llorente Poblacion 1: Husbands of pregnant women	Barangay Hall	
		11:30	Llorente Poblacion 1: TBA	Barangay Hall	
		12:10	Llorente Poblacion 1: Grandmothers	Barangay Hall	
		17:00	MHO Llorente Municipality	Dona Vicenta Hotel	
2016/9/17	Sat	10:30	MHO Can-avid Municipality	Can-avid RHU	Borongan
		13:00	Barangay Carolina: Woman who had home deliveries	Private home, Barangay Carolina	
		14:00	Barangay Carolina: Woman who delivered at RHU	Private home, Barangay Carolina	
2016/9/18	Sun	PM	Travel from Borongan to Tacloban (road)		Tacloban
2016/9/19	Mon	10:00	JOCV (RHU San Isidro)	EVRMC Patawid Panilya Regional Program Management Office	
		13:30	EVRMC (data collection)		
		14:00	Regional DSWD		
2016/9/20	Tue	14:55	Travel from Tacloban to Manila (PR2986)		Manila
2016/9/21	Wed	6:45	Depart Manila (PR428)		

Manila schedule (2nd - 8th October)

別添資料 4

Date		Time	Venue	Agency	Contact
2016/10/2	Sun	17:30			Arrive(PR427)
2016/10/3	Mon	9:00-16:30	Mandaluyon City	Mandaluyon City Hall, City Hospital, Balangay Health Center & private clinic	Ms. Milagros Lagaran, Focal Person of Pantawid Pamilya Pipilino Program, Mandaluyon City Ms. Arlene Gampal, CSWD Social Worker, Mandaluyon City
2016/10/4	Tue	10:00-12:00	Room 1701 on the 17th Floor of PhilHealth, Citystate Center, 709 Shaw Boulevard, Pasig City	PhilHealth	Dr. Israel Francis A. Pargas, M.D., OIC, Vice President Corporate Affairs Group Ms. Evelyn C. Bangalan, Senior Manager, International and Local Engagement Department Dr. Joy Maala, Primary Care Benefit Team Head Ms. Abcean Estrada, MDG Team Ms. Zarah Jane E. Ignacio Ms. Christine Frances D. Limson, Project Planning and Development Officer, International & Local Cooperation Department
		14:00-15:00	DOH San Lazaro Compound, Tayuman, Sta. Cruz, Manila	DOH	Ms. Madelaine Gabriel Doromal DOH, Health Facility Development Bureau
2016/10/5	Wed	15:00-16:30	PSA Eton Centris 3, Queson City	PSA, DHS Division	Ms. Plenee Castillo, Division Chief Ms. Wima Suit Mr. Jeremias Luis Mr. Val Salting Demographic and Health Statistics Division (DHSD)
2016/10/6	Thu	9:00-10:30	JICA PP Office	JICA PP office	SR Mr. Morita, Ms. Kawaguchi of JICA Philippine Office Mr. Kanamori, JICA Health Advisor Mr. Yoshida, Ms. Ito of JICA HQ
		14:00-16:00	DOH San Lazaro Compound, Tayuman, Sta. Cruz, Manila	Jose Fabella Hospital	Dr. Minerva Vinluan, Program Manager, Family Health Office, Disease Prevention and Control Bureau, Department of Health
2016/10/7	Fri	10:00-12:00	Meeting Room 3, 17th floor, Cyberpod III, Eton Centris, EDSA Quezon City	PSA, Population and Housing Division	Ms. Minerva Eloisa P. Esquivias, Assistant National Statistician for National Censuses Service, Ms. Maribelle Baluyot, OIC, Population and Housing Census Division, Mr. Raul Ludovice, Supervising Statistical Specialist, PHCD Ms. Jana Flor Vizmanos, Statistical Specialist I, Office of ANS, Population and Housing Census Division
2016/10/8	Sat	8:45			Leave(PR422)

Region:
DCF Year: 2014



ID	Performance Indicator	Performance Level		Reference Table			
		External Benchmark	Internal Benchmark	Health Data 2014	Health Data 2013	Nat'l Ave. 2012	Nat'l Target 2016
1.1	Increase LGU Investment for Health						
201401	Percentage of Provincial/City (HUCs or ICCs) Budget Allocated to Health	●	↓	15.00	16.50	21.71	22
201403	Percentage of MOOE Allocated to Health	●	↑	42.00	14.40	33.94	45
201404	Percentage of Provincial/City/Municipal Health Expenditures	●	↓	61.40	83.40	85.12	100
2.1	Local Health Facility Services						
201405	Bed Occupancy Rate in all LGU-administered Hospitals	●	↓	50.44	137.80	96.10	80-85
201406	Gross Death Rate in all LGU-administered Hospitals	●	↑	0.00	0.78	2.73	<1
3.1	Adequate Human Resource for Health						
201407	RHU/Health Center Physician to Population Ratio	●	↓	48287	26157	35497	20000
201408	RHU/Health Center Midwife to Population Ratio	●	↓	16096	12390	6591	5000
201409	RHU/Health Center Midwife to Population Ratio	●	↓	16096	12390	22947	20000
3.2	Essential Drugs/Medicines						
201410	ComPack Anti-Hypertensive Drugs	●		N.D.		88.53	100
201411	ComPack Anti-Diabetic Drugs	●		N.D.		87.72	100
3.3	Health Emergency Management						
201412	Percentage of LGUs with Operational HEPRRP	●		100.00		22.88	100
3.4	Support to Health Human Resource						
201413	Percentage of LGUs Providing Full Magna Carta Benefits	●		0.00		20.66	100
3.5	Client Satisfaction Survey						
201414	Client Satisfaction Survey	●		N.D.		71.66	100
3.6	Blood Voluntary Program						
201415	Blood Donation Rate	●		0.01		0.93	1
4.1	Disease Free Zone Initiatives						
201416	Percentage Coverage of Target Population in Endemic Area(s) with Mass Treatment for Filariasis	●	●	N.A.	ND	71.72	85
201417	Annual Parasite Incidence for Malaria	●	●	N.A.	NA	0.69	0.8
4.2	Intensified Disease Prevention and Control						
201418	TB Case Detection Rate (All Forms of TB)	●	↓	95.00	105.00	82.78	90
201419	TB Treatment Success Rate	●	↓	66.00	88.00	82.53	90
4.3	Child Health						
201420	Percentage of Fully Immunized Child	●	↓	62.00	78.00	76.91	95
201421	Percentage of Infants (0-6 months old) Exclusively Breastfed	●	→	68.00	68.00	61.81	70
201422	Prevalence of Underweight and Severely Underweight 0-59 Months Old Children	●	●	N.D.	5.87	7.15	5

LGU SCORECARD ON HEALTH

LGU Name: Tacloban City

Region: VIII

DCF Year: 2014



ID	Performance Indicator	Performance Level		Reference Table			
		External Benchmark	Internal Benchmark	Health Data 2014	Health Data 2013	Nat'l Ave. 2012	Nat'l Target 2016
4.4	Maternal Health						
201423	Percentage of Facility-Based Deliveries	●	↑	92.00	85.60	73.87	90
201424	Percentage of Deliveries Attended by Skilled Health Professionals	●	↑	93.00	85.60	83.15	90
201425	Contraceptive Prevalence Rate for Modern Family Planning Methods	●	↓	57.00	58.30	39.31	65
201426	Percentage of Functional Community Health Teams	●	●	100.00	ND	78.01	100
4.5	HIV and AIDS						
201427	Percentage of HIV and AIDS local response core criteria adopted at the LGU	●		25.00		16.81	100
4.6	Environmental Health						
201428	Percentage of Households with Access to Safe Water	●	↓	70.00	81.74	84.06	88
201429	Percentage of Drinking Water Sources Complying with Microbiological Standards	●		N.D.		68.10	100
201430	Percentage of Households with Sanitary Toilet Facilities	●	↓	63.00	69.50	80.90	90
5.1	Accreditation of Health Facilities						
201431	Percentage of RHUs/Health Centers Engaged with PHIC on Primary Care Benefits (PCB)	●	↑	100.00	72.72	37.54	100
201432	Percentage of RHUs/Health Centers Engaged with PHIC on Maternity Care Package (MCP)	●	→	100.00	100.00	34.93	100
201433	Percentage of RHUs/Health Centers Engaged with PHIC on TB-DOTS	●	↑	100.00	18.18	31.20	100
201434	Utilization Rate of Enrolled NHTS Families of the PCB Package	●		N.D.	0.00	35.07	100

Note: Highlighted in Blue are 2014 National Averages used as baseline for new indicators.

Summary of Results

No.	Strategic Thrusts	External Benchmark					Internal Benchmark				
I	Efficient Health Sector Spending (PPAs 1.1)	0	1	2	0	0	1	0	2	0	0
II	Health Facilities Enhancement Program (PPAs 2.1)	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0
III	Governance for Health – Internal Management Support (PPAs 3.1 - 3.6)	1	0	5	3	0	0	0	3	0	0
IV	Scaling-Up Public Health Intervention for MDGs (PPAs 4.1 - 4.6)	4	2	5	2	2	2	1	6	2	2
V	Financial Risk Protection (PPAs 5.1)	3	0	0	1	0	2	1	0	0	0

Legend:	
External Benchmark	Performance Descriptions
●	Performance in current year is equal to or better than 2016 National Target
●	Performance in current year is lower than 2016 National Target but equal to or better than 2012 National Average
●	Performance in current year is lower than 2012 National Average
●	No Data
●	Not Applicable / Non-endemic LGU

Legend:	
External Benchmark	Performance Descriptions
↑	Performance in current year is better than previous year
→	No change in performance
↓	Performance in current year is not as good as previous year
●	No Data
●	Not Applicable / Non-endemic LGU



Family Assessment Form

NHTO Rev v2.2.15 - Apr.8.2014

Page 2 of 4

19 TOH Type of Household 1. Single Family
 2. Extended Family
 3. Two or more non-related families / persons

III. HOUSEHOLD ROSTER (PART 1)

Line No	20 Name				21 Date of Birth			22 Age	23 Sex	24 Preg	25 MS	26 SP	27 RH	28 FN	29 RF	Line No
	Last	First	Middle	Ext	Month	Day	Year									
1																1
2																2
3																3
4																4
5																5
6																6
7																7
8																8
9																9
10																10
11																11
12																12
13																13
14																14
15																15
16																16

For reference purposes only

A-9

CODES	20 Name Write the complete name of the household member	24 Preg <u>Currently Pregnant</u> 1 - Yes 2 - No	27 RH <u>Relationship to Household Head</u> 01 - Household Head 02 - Wife/Spouse 03 - Son/Daughter 04 - Brother/Sister 05 - Son-in-Law/Daughter-in-Law 06 - Grandson/Granddaughter 07 - Father/Mother 08 - Other Relative 09 - Boarder 10 - Domestic Helper 11 - Non-Relative	29 RF <u>Relationship to Nuclear Family Head</u> 01 - Family Head 02 - Wife/Spouse 03 - Son/Daughter 04 - Brother/Sister 05 - Son-in-Law/Daughter-in-Law 06 - Grandson/Granddaughter 07 - Father/Mother 08 - Other Relative	32 Hear <u>Hearing</u> <i>Does ___ have any difficulty/problem in hearing, even when using a hearing aid?</i> 1 - Yes 2 - No	36 Com <u>Communicating</u> <i>Does ___ have any difficulty/problem in communicating using his/her usual language?</i> 1 - Yes 2 - No	40 School / DCC / Preschool Write the name of school the HH member attends.
	21 Date of Birth Write the date of birth of the HH member. <i>If complete (MDY), proceed to 23 Sex</i>	25 MS <u>Marital Status</u> 1 - Single 2 - Married 3 - Widowed 4 - Divorced/Separated 5 - Annulled 6 - Unknown	28 FN <u>Family Number</u> Write the corresponding number.	30 Dis <u>Disability</u> 1 - Yes 2 - No	33 Walk <u>Walking or Climbing Steps</u> <i>Does ___ have any difficulty/problem in walking or climbing steps?</i> 1 - Yes 2 - No	37 AHF <u>Attending Health Facility</u> 1 - Yes 2 - No <i>If Code 2, proceed to 39 Attending School</i>	41 Educ <u>Highest Education Attained</u> 00 - No Grade Completed 11 - Grade 10 (HS Graduate) 01 - Kinder or Day Care 12 - Grade 11 02 - Grade 1 13 - Grade 12 03 - Grade 2 14 - 1st Year College 04 - Grade 3 15 - 2nd Year College 05 - Grade 4 16 - 3rd Year College 06 - Grade 5 17 - 4th Year College or Higher (Undergraduate) 07 - Grade 6 or Elementary 08 - Grade 7 (1st Year HS) 18 - College Graduate 09 - Grade 8 (2nd Year HS) 19 - Above (M.A./M.S./Ph.D.) 10 - Grade 9 (3rd Year HS)
	22 Age Write the age of the HH member.	26 SP <u>Solo Parent</u> 1 - Yes 2 - No		31 See <u>Seeing</u> <i>Does ___ have any difficulty/problem in seeing, even when wearing eyeglasses?</i> 1 - Yes 2 - No	34 Rem <u>Remembering or Concentrating</u> <i>Does ___ have any difficulty/problem in remembering or concentrating?</i> 1 - Yes 2 - No	38 Name of Health Facility Write the name of the health facility the HH member goes.	
	23 Sex <u>Sex</u> 1 - Male 2 - Female <i>If Code 1, proceed to 25 Marital Status</i>				35 Care <u>Self-Caring</u> <i>Does ___ have any difficulty/problem in self-caring (bathing or dressing)?</i> 1 - Yes 2 - No	39 AS <u>Attending School / Day Care / Preschool</u> 1 - Yes 2 - No <i>If Code 2, proceed to 41 Highest Education Attained</i>	



Family Assessment Form

III. HOUSEHOLD ROSTER (PART 2)

Line No	30 Dis	31 See	32 Hear	33 Walk	34 Rem	35 Care	36 Com	37 AHF	38 Name of Health Facility	39 AS	40 School / DCC / Preschool	41 Educ	42 Emp	43 JB	44 Primary Occupation / Business	45 PSOC	46 CW	47 BP	48 NE	49 Ove	50 OFI	51 SM	52 HO	Line No
1																								1
2																								2
3																								3
4																								4
5																								5
6																								6
7																								7
8																								8
9																								9
10																								10
11																								11
12																								12
13																								13
14																								14
15																								15
16																								16

For reference purposes only

A-10

CODES	<p>42 Emp Employment Did _____ do any work/business for at least an hour during the past week? 1 - Yes 2 - No If Code 1, proceed to 44 Primary Occupation / Business</p>	<p>45 PSOC Philippine Standard Occupation Code Leave this column blank. Your AS will fill this out.</p>	<p>47 BP Basis of Payment What is the basis of the payment that _____ receives? Is it (mention the choices listed below)? 0 - In kind, imputed (received as wage/salary) 1 - Per piece 2 - Per hour 3 - Per day 4 - Monthly 5 - Pakyaw 6 - Worked without pay in own family-operated farm or business 7 - Not salaries / wages</p>	<p>48 NE Nature of Employment Is _____'s work permanent, short-term, or on a day-to-day/week-to-week basis? 1 - Permanent job / business / unpaid family work 2 - Short-term or seasonal or casual job / business / unpaid family work 3 - Worked for different employers or customer on day-to-day or week-to-week basis</p>	<p>50 OFI Overseas Filipino Indicator Is _____ Overseas Contract Worker? 1 - OCW 2 - Workers other than OCW 3 - Employees in Phil Embassy, Consulates & other missions 4 - Students abroad/tourists 5 - Others If Code 4 or 5, proceed to the next HH member</p>	<p>51 SM Sending money to the household Does _____ send money to the household? 1 - Yes 2 - No If Code 2, proceed to the next HH member</p>
	<p>43 JB Job or Business Although _____ did not work, does _____ have a job or business? 1 - Yes 2 - No If Code 2, proceed to 49 Overseas</p>	<p>46 CW Class of Worker Where does _____ work? (mention the choices listed) 0 - Worked for private household 1 - Worked for private establishment 2 - Worked for gov't/gov't corporation 3 - Self-employed without any paid employee 4 - Employer in own family-operated farm or business 5 - Worked with pay in own family-operated farm or business 6 - Worked without pay in own family-operated farm or business If Code 3, 4, 6, proceed to 48 Nature of Employment</p>	<p>49 Ove Overseas Is _____ overseas? 1 - Yes 2 - No If Code 2, proceed to the next HH member</p>	<p>52 HO How often member sends money in a year How often does _____ send money? 1 - Once or twice 2 - 3 to 11 times 3 - 12 & above</p>		
	<p>44 Primary Occupation / Business Write the primary occupation / business of the HH</p>					



Family Assessment Form



IV. DECLARATION

I declare that the data set forth herein is true and I authorize its use for social protection programs.

Name of Respondent

Signature of Respondent

Signature of Respondent

Thumbmark of Respondent

Thumbmark of Respondent

V. CERTIFICATION

I declare that the data set forth herein was obtained / reviewed by me personally.

Signature over Printed Name of Enumerator

Signature over Printed Name of Enumerator

Signature over Printed Name of Area Supervisor

Signature over Printed Name of Area Supervisor

Date Accomplished
MM - DD - YYYY
2 0 1

Date Reviewed
MM - DD - YYYY
2 0 1

REMARKS

For reference purposes only

Time Ended:

Time Ended: [] [] : [] []

AM
 PM