

〈表2-105〉 フィリピンの医療保険給付一覧

給付内容	病院の種類		
	1次病院	2次病院	3次病院
室料及び食費(45日まで)	200	300	400
薬剤費(1回の入院につき)			
a.一般診療	1,500	1,700	3,000
b.集中診療(ICU対象疾患等。以下同じ。)	2,500	4,000	9,000
c.重度特別診療(癌転移等重篤な疾患。以下同じ。)	—	8,000	16,000
X線、検査費等(1回の入院につき)			
a.一般診療	350	850	1,700
b.集中治療	700	2,000	4,000
c.重度特別診療	—	4,000	14,000
診察料(1回の入院につき) (ただし、一般医の場合、1日150ペソ、専門医の場合、1日250ペソを上限とする。)			
a.一般診療			
一般医	600	600	600
専門医	1,000	1,000	1,000
b.集中診療			
一般医	900	900	900
専門医	1,500	1,500	1,500
c.重度特別診療			
一般医	900	900	900
専門医	1,500	1,500	2,500
その他			
手術室料(1回の入院につき)			
a. RVU*30点以下	385	670	1,060
b. RVU31点から80点まで	0	1,140	1,350
c. RVU81点以上	0	2,160	3,490
外科医(1回の入院につき)	上限1万6,000ペソ		
麻酔科医(1回の入院につき)	上限 5,000ペソ		

資料出所 フィリピン健康保険公社(2005年2月)

(注) RVU(Relative Value Unit)は、外科手術の難易度等によって付けられた点数であり、1点につき、40ペソが加算される。

## 4 公的扶助制度

フィリピンには、日本のように、政府が、生活困窮者に対し、恒常的に経済的支援等を行う公的扶助制度はないが、一定の要件を満たす困窮者から成るグループ(構成員25名以上)に対し、融資を主体とした生計支援を行うプログラムが存在する。その他、帰郷援助(マニラ首都圏に出稼ぎに出たものの生活等が困窮し、帰郷を希望する者に対して1回限りの交通費を支援する制度)や葬祭扶助(自治体又は「フィリピン慈善くじ協会(PCSO)」による)等の制度がある。

## 5 社会福祉制度

### (1) 社会福祉施策全般

社会福祉分野については、主に社会福祉開発省が貧困の解消を政策目標として掲げ、最貧困層の国民の生

活環境、生活の質の向上を図る種々の施策及び高齢者福祉、障害者福祉に関する施策を行っている。

1992年以降の地方分権化により、直接の事業実施主体は各地方公共団体(Local Government Unit: LGU)が担うこととなり、社会福祉開発省は16の地域事務所を通じ、制度・各種プログラムの策定、パイロット事業の実施(最長2年間の資金援助)及び地方公共団体の指導・監督・支援を行うこととなった。最近の傾向として、同省は、可能な限りコミュニティ(地域共同体)ベースでの相互扶助的なプログラムの推進を図ろうとしている。

### (2) 高齢者福祉施策

2004年2月に新規制定された高齢者法(Senior Citizen Act, 共和国法第9257号)により、60歳以上の高齢者全てに対し、公共交通機関、宿泊施設、医薬品等の2割引、税控除、無料医療サービスなど様々な特権を付与することとなった(従来は、年収6,000ペソ未満の高齢者に限られていた)。一時、保健省が医薬品に係る特権の廃止を狙いとした通達を発出したが、高齢者層の猛反発に会い、撤回を余儀なくされた。

また、福祉施設としては、1995年に制定された共和国法第7876号により、各市町に我が国の高齢者福祉センターに相当する高齢者センター(Senior Citizen Center)の設置が進められているほか、身寄りのない高齢者等のための入所施設(無料)がマニラ首都圏、ダヴァオ、ザンボアンガに設置されている。

### (3) 障害者福祉施策

WHOの推計によれば、フィリピンの全国民の10%は何らかの障害を有しているといわれている。

障害者に関しては、障害者のためのマグナカルタ(共和国法第7277号)、アクセス法(国家法第344号)、職業リハビリ法(共和国法第1179号)等障害者の権利、支援を明確にした法律が整備されているが、実施面とのギャップから一部見直しの検討が進められている。

障害者福祉施設では、身体・知的・精神障害者のために医学的リハビリ、職業訓練等が行われている。これらの施設は、政府のほかキリスト教教会を中心にした民間ボランティア機関が運営している。

また脳障害等特別な障害を持った児童に対する入所施設がアラバン(マニラ首都圏)に存在し、アヤラ財閥が理学療法士等専門職を含めた施設労働者の雇用に対し、資金提供している。

(4) 児童福祉施策

a 児童保育

法律により、全てのバランガイ<sup>(注)</sup>は、両親が働いており、かつ、祖父母や親戚が世話をすることができない就学前(6歳未満)の児童に対する保育施設(day care center)を設けることとされており、このため、地方自治体が必要な補助を行うこととしている。また、労働法により、女性が働いている職場には保育施設を設けることが求められている。

また、3歳から6歳児を対象とした早期児童発育プログラム(Early Child Development Program)が、保健省、教育省、社会福祉開発省の3省庁によって進められており、デイケア・センターを活用して、早期児童の発育強化が行われている。

b 児童保護

家族関係の問題や病気、極度の貧困状態などが原因で両親が児童を扶養することが不可能又は不適切な場合に、その児童を両親に代わって扶養するため養子制度、里親制度、法的後見人制度等の制度が整備されており、里親による家族的扶養サービス、施設保護等が行われている。里親による家族的扶養サービスは、養子、里親、法的後見人による扶養に先立つ準備として行われる。

施設保護は、社会福祉開発省の定める基準の下、NGOが運営する施設で行われる保護事業であり、棄児、孤児、ストリートチルドレン等の保護施設、虐待、性的虐待などを受けた少女の保護施設等がある。

6 公衆衛生及び保健医療

(1) 公衆衛生の現状

a 保健指標

フィリピンの代表的な指標をASEAN近隣諸国と比較すると、乳幼児死亡率(IMR)、5歳児未満死亡率(U5MR)は1970年代に比べ改善しているとはいえ、か

つては大きく差の開いていたベトナムやインドネシアに追いつかれつつある状況にある。また、妊産婦死亡率は高く、依然、改善の余地がある。

〈表2-106〉ASEAN諸国の保健指標比較

国名	平均寿命		乳児死亡率		5歳未満死亡率		妊産婦死亡率
	1970-75	2000-05	1970	2002	1970	2002	
調査年			出生千対		出生千対		対人口10万
マレーシア	63.0	73.1	46	8	63	8	30
タイ	61.0	69.3	74	24	102	28	36
フィリピン	<b>58.1</b>	<b>70.0</b>	<b>60</b>	<b>29</b>	<b>90</b>	<b>38</b>	<b>170</b>
インドネシア	49.2	66.8	104	33	172	45	380
ベトナム	50.3	69.2	55	30	81	39	95
日本	73.3	81.6	14	3	21	5	8

資料出所 国連開発計画UNDP “Human Development Report 2004”

b 10大死因

2000年の主な死亡原因は下記のとおり。全体では感染症と生活習慣病の両方が共存する構造となっている。悪性新生物が増加し、第4位(1998年)から第3位になった点に注目すべきであろう。感染症では結核が依然最大の疾患である。

〈表2-107〉フィリピンの10大死因(成人及び乳児)

成人死亡原因(人口10万対)		乳児(1歳未満)死亡原因(出生千対)	
1. 心疾患	79.1	肺炎	2.0
2. 脳血管	63.2	新生児敗血症	1.8
3. 悪性新生物	47.7	出生時損傷先天性異常	1.5
4. 肺炎	42.7	胎児・新生児呼吸不全	1.4
5. 事故	42.4	他の周産期障害	1.3
6. 結核	36.1	先天性心疾患	0.8
7. 慢性肺疾患	20.8	先天性肺疾患	0.8
8. 周産期起因障害	19.8	感染性由来の下痢・胃腸炎	0.7
9. 糖尿病	14.1	他の先天性奇形	0.7
10. 腎臓系	10.4	新生児無呼吸症候群	0.6

資料出所 保健省

c 3大感染症の状況

3大感染症であるエイズ、結核、マラリアの状況は以下のとおりである。

(a) エイズ: HIV陽性者数2,176人(1984年1月-2004年10月)保健省登録者数 Department of Health(DOH) AIDS Registry record)、HIV陽性者推計9,000人(最大1万8,000人-最少3,000人)(UNAIDS, 2003年)となっており、フィリピンにお