

第1章 調査の概要

第1章 調査の概要

1-1 評価の背景

JICAは、フィリピン国別事業実施計画において、人口・健康分野を援助重点4分野のひとつである「格差の是正」の中の「基礎的生活条件(Basic Human Needs)の改善」の一環として位置づけて重視している。特に人口・家族計画と感染症（エイズ・結核・マラリア）の2つの分野を中心に、プロジェクト方式技術協力・個別専門家派遣事業・機材供与事業・無償資金協力事業・青年海外協力隊派遣事業・開発福祉支援事業・現地国内研修事業などのさまざまな形態の協力を組み合わせて行われてきている。このような課題を対象としたアプローチをより効果的に実施していくことがますます求められており、このようなアプローチを促進するために従来のプロジェクト評価に加えてプログラム評価の実施が重視されてきている。ここでいうプログラム評価は、ある特定分野や開発課題のもとに計画された共通の目標を持つ複数の事業（プロジェクト）を包括的に取り上げ、これら事業より構成される政策、施策、事業からなる一連の政策体系に対する評価を指す。本評価調査は、このような状況を踏まえて、フィリピンにおける人口・健康分野のプログラム評価を実施するものである。

本評価は、人口・家族計画と感染症（エイズ・結核・マラリア）の2つの分野を対象として、それぞれ「Part I 人口・家族計画」、「Part II 感染症対策分野」の二つに分け、2年度に亘り調査を実施した。なお、JICAの「Part I 人口・家族計画」と「Part II 感染症対策分野」の間には、アメリカ合衆国援助庁（USAID）がエイズ案件の影響評価が実施することとしていたので、日・米がそれぞれの案件を評価する際にお互いに相手方の調査に加わるという形式の「連携評価」の形態を採用し、今後の事業連携の促進と本格的な合同評価実施の第一歩とした。本評価報告書は、このうちの感染症（エイズ・結核・マラリア）対策分野のプログラム評価である。

このような背景には、地球的規模の課題に対して対処していくことを目的として1993年7月に日米政府間協力の一環として打ち出された「日米コモンアジェンダ」においてもフィリピンを共通の対象国としてとりあげたことによる。USAIDは、援助重点3分野のひとつとして家族計画・母子保健・エイズ・感染症を取り上げており、コモンアジェンダでは人口・保健分野を共通の対象分野として連携し協力していくこととした。

評価の流れは次のとおりである。

表 1-1 : JICA/USAID 連携評価の流れ

	評価区分	現地調査期間	評価名称
1	JICA 評価 Part I	2001/02/19-2001/03/20	「人口・家族計画分野（リプロダクティブヘルス）」分野のセクター評価
2	USAID 評価	2001/04/15-2001/04/26	「エイズサーベイランス・教育プログラム評価案件-人口案件の統合のための影響評価」
3	JICA 評価 Part II	2002/01/28-2002/03/01	「感染症（エイズ・結核・マラリア）対策」分野のプログラム評価

(出所) 調査団作成

1-2 評価の目的

本評価の目的は、以下の3つの視点から提言・教訓を導き出すこととした。

- 1) フィリピンの感染症分野における JICA の協力方針に関する提言・教訓
- 2) プログラム・アプローチとその評価手法に関する提言・教訓
- 3) 今後の USAID との連携協力に関する提言・教訓

1-3 評価対象案件と対象地域

本評価では、主要感染症であるエイズ、結核、マラリア対策分野で、原則として日米コモンアジェンダ発表直前の1992年以降から評価時点までの間に実施された案件を対象とした。また、それ以前に実施された関連する案件については、対象案件の経緯を把握する目的でレビューすることとした。この結果、選定された評価対象案件は、表1-2のとおりである。エイズ対策関連では8案件、結核対策関連では4件、マラリア対策関連では3案件である。

表1-2：評価対象案件

分野	プロジェクト名	スキーム名	協力実施期間
エイズ対策 関連	「エイズ対策」	個別専門家	1995/02-1996/06
	「エイズ対策プロジェクト」	プロ技	1996/07-2001/06
	「エイズ対策・血液検査特別機材」	特別機材供与	1996年度-1997年度
	「熱帯医学」	第三国研修	1987年度-1996年度
	「HIV感染及び日和見感染症の実験室内診断技術」	第三国研修	1997年度-2001年度
	「エイズ等診断及び管理」	現地国内研修	1995年度-1999年度
	「HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援」 エイズ・性感染症・母子保健対策NGO支援」	開発福祉支援 開発福祉支援	1998/12-1999/03 1998/12-1999/03
結核対策 関連	「公衆衛生プロジェクト」	プロ技	1992/09-1997/08
	「結核対策プロジェクト」	プロ技	1997/09-2002/08
	「貧困層結核患者救済」	開発福祉支援	1999/01-2002/01
	「国家結核対策プログラム」	現地国内研修	1999年度-2003年度
マラリア 対策 関連	「マラリア対策」	単発専門家	1997/03-1998/03
	「マラリア対策」	個別専門家	1999/04-2002/04
	「マラリア対策計画」（「子供の福祉無償」）	無償資金協力	1998年度

1-4 評価調査団の構成

本評価調査団の構成は表1-3のとおりである。また、USAIDからは、主に Dr. Jed Meline、及び Dr. Corazon R. Manaloto (Public Health Advisor Office of Population, Health and Nutrition)の協力を得た。

表 1-3 : 調査団員構成

	氏名	肩書	所属先	現地調査参団期間
団長/総括	三好 皓一	室長	JICA 企画・評価部 評価監理室 (2002.3.15 迄)・国際協力専門員	2002.02.07-2002.02.07
感染症対策 評価	喜多 悦子	教授	日本赤十字九州国際看護大学	2002.02.04-2002.02.17
		客員教授	早稲田大学大学院アジア太平洋 研究センター	
評価企画	中澤 哉	職員	JICA 企画・評価部 評価監理室	2002.02.07-2002.02.14
評価監理	平田 慈花	ジュニア専門員	JICA 企画・評価部 評価監理室	2002.02.04-2002.02.22
評価分析 (コンサル タント)	和田 知代	社会開発部保健セ クターチーフ	グローバルリンクマネージメン ト株式会社	2002.01.28-2002.03.01
評価分析(補 助員)	MarilynN.Gorra, MPH,DPA	Managing Director	HEWSPECS, INC	2002.02.01-2002.03.23

1-5 評価クエスチョンの設定と分析方法

本評価では、まず評価の対象を明確にするために、JICA のさまざまな協力形態により実施されている協力事業をひとつの政策体系（目的体系）を協力プログラム・モデルとして取りまとめた。本評価では、政策体系をプログラム・セオリー¹に基づいてプログラム・アプローチ・ロジック・モデル²（PLM/2000 年度実施の PartI においても使用）して体系化し、この PLM を基に評価を実施した。評価は、以下の評価クエスチョンを設定し、これを、実績評価、プログラム評価、実績評価の 3 つの評価を総合し、教訓・提言の抽出を試みた。

- ・ 関係者はプロジェクトをどのように認識していたか。
- ・ 関係者間でその認識にどのような相違があるのか。
- ・ 認識は時系列的（案件形成時、計画立案時、実施時、評価時）にどのように変化してきたか。
- ・ JICA のプログラムとしての投入はどのようなものであったのか。それは適切なものであったのか。
- ・ JICA のフィリピン感染症分野の介入³に対するインパクトは何か？そのインパクトは持続するのか。
- ・ プロジェクト目標と成果の達成度はどうなっているか。投入の実績はどうなっているか。
- ・ 日本による過去 10 年間の感染症案件は、フィリピン国感染症対策の文脈の中で適切に行われたか。

¹ 「プログラム・セオリー」とは、プロジェクトの理論的根拠、すなわち構成要素（投入、活動、成果、プロジェクト目標、上位目標）間の因果関係を指す。

² 「プログラム・アプローチ・ロジック・モデル」の作成により、従来不明確であったプログラムとプロジェクトにおける上位目標、プロジェクト目標、成果、活動、投入の関係を明確にし、プロジェクトをプログラムの部分として評価分析する枠組みを提供できるようになった。

³ 「介入」：JICA で従来「協力」と呼ばれてきた施策—事業体系の総称を指す。本評価では JICA の施策—事業体系と相手国の政策体系との関連性を明確にし、JICA の施策—事業体系の効果発現目的と相手国の政策目的との間に一貫性を持たせるために、「介入」という言葉がより適切であると判断し、この用語を使うこととした。

具体的には、過去 10 年ほどの間に実施された（または実施中の）フィリピン感染症案件群全般（結核・エイズ・マラリア）を、事後的にプログラム体系として捉え、協力効果（実績値の変化）を測定し、その上でプログラム⁴としての因果関係を整理すると同時に、案件形成・立案・実施・評価プロセスにおける関係者の認識分析を行って、協力の効果発現・阻害要因の検証を試みた。

評価クエスチョンと「プロセス評価」・「プログラム評価」・「実績評価」の関連を整理すると表 1-4 のとおりとなる。本評価では、これらの評価クエスチョンにそれぞれ応える一方、PLM を活用した評価手法の有用性を併せて確認した。

表 1-4：評価クエスチョンの整理と分析方法

評価の種類	評価クエスチョン	評価の視点	分析方法
プロセス評価	関係者はプロジェクトをどのように認識していたか？	案件の実施プロセス（形成、計画立案、実施、評価）を把握し、異なるステークホルダーがどのように認識していたか分析する。	認識の比較分析
	認識は時系列的（案件形成時、計画立案時、実施時、評価時）にどのように変化してきたか？		
	関係者間でその認識にどのような相違があるのか？		
プログラム評価	JICA のプログラムとしての投入はどのようなものであったのか。それは適切なものであったのか。	①JICA の感染症分野における介入体系を整理する。	①+②+③の相互関連性及び位置関係についての比較分析
		②USAID の感染症分野介入体系を整理する。	
		③フィリピン感染症分野の現状、政策—施策体系（国レベル・地方レベル）を整理し、JICA/USAID の介入を整理・分析する。	
	JICA のフィリピン感染症分野の介入に対するインパクトは何か？	エイズ、結核の各疾患別に各案件群のインパクトを明らかにする。	案件裨益エリアと非裨益エリア ⁵ を対象地域とするインパクト調査
	そのインパクトは持続するのか？	インパクト発現の促進・阻害要因について考察する。	阻害・貢献要因分析
実績評価	プロジェクト目標と成果の達成度はどうなっているか。投入の実績はどうなっているか。	評価時点での現状を把握する。	実績調査
	日本による過去 10 年間の感染症案件は、フィリピン国感染症対策の文脈の中で適切に行われたか。	フィリピンの開発政策の動向と JICA/USAID の協力動向を整理する。	動向分析

（出所）調査団作成

⁴ 「プログラム」は「共通の目的・対象の下に緩やかに関連づけられて、計画・実施されるプロジェクト（個別案件）群。プロジェクト（個別案件）以外の外部条件も考慮した定性的な評価の対象（2002 年 3 月 25 日時点）

⁵ 非裨益エリアは、可能な限り裨益エリアと基本的社会経済指標（人口規模、産業構造、医療機関へのアクセス状況等）が類似した地域を選定することに留意した。

1-6 調査実施の方法

本評価では、下記の二通りの方法に基づき情報収集と分析を行った。

- 1) 国内調査・現地調査を通じた調査実施の主な方法は、キーインフォーマントに対するインタビュー調査と e-mail を活用したスノーボールサンプリング方式のアンケート調査を採用した。この二つの調査方法を組み合わせることにより、精度の高いサンプルを多数集めることができ、PLM を試行的に活用して実証的な定性分析を行うための材料となった。
- 2) インパクト調査では、観察調査、アンケートによる出口調査、フォーカスグループディスカッションを通じて、インパクト測定のための定量・定性指標の実績値を抽出した。

1-7 評価実施の作業工程

本評価は、2001年12月に開始し、以下のような作業工程を経て実施した。

- 1) 国内準備期間
 - ① フィリピン保健セクターの概況調査、地方分権化の概況調査を進める一方、評価対象案件の机上調査により収集した情報を基に PLM を作成した。これを基に「評価フレームワーク」を作成した。
 - ② キー・インフォーマント・インタビュー調査と e-mail によるアンケート調査を、日本国内に在住の日本側関係者（現・元 JICA 職員、現・元日本人専門家、元国内支援委員）に対して実施した。
 - ③ インパクト調査の準備として、評価指標と検討群・コントロール群を選定し、調査・分析手法の検討を行った。
- 2) 現地調査期間
 - ① 現地調査を、2002年1月28日から3月1日までの期間に実施した。
 - ② 国内調査で実施したキー・インフォーマント・インタビュー調査と e-mail によるアンケート調査を、引き続きフィリピン国内在住の現・元 JICA 日本人専門家、現・元 JICA フィリピン事務所職員、大使館関係者、フィリピン保健省・保健局関係者、フィリピン政府関係者、NGO 関係者、他援助機関関係者に対して実施した。また可能な限りプロジェクト・サイトを訪問し、ヒアリングと観察調査を実施した。
 - ③ 一方でローカル・コンサルタントを中心とするインパクト調査では、観察調査、アンケートによる出口調査、フォーカス・グループ・ディスカッションを実施し、評価指標の収集を行った。

なお、詳細な現地調査日程表は添付資料1のとおりである。

- 3) 国内整理期間

国内調査・現地調査を通じて収集された定性的・定量的データを基に、PLMの改訂と分析作業を行い、プロセス評価・プログラム評価・実勢評価の結果から提言・教訓を取りまとめた。

1-8 評価報告書の構成

本評価報告書は、次章でフィリピンにおける感染症対策の現状を概観し、第3章で日本によるフィリピン感染症対策案件評価のためのプログラム・モデルを作成し評価対象を明らかにする。以下、作成したプログラム・モデルを基に、第4章で関係者での認識の比較分析に焦点を当てプロセス評価を、第5章で感染症分野の協力案件群を一つのまとまった介入としてとらえプログラム評価を、そして、第6章で実績評価を行わない、第7章でそれぞれの評価結果を基に提言教訓をとりまとめた。

第2章 フィリピンにおける感染症対策の現状

第2章 フィリピンにおける感染症対策の現状

2-1 一般概況^{1,2}

2-1-1 自然

(1) 地勢

フィリピンはアジア大陸の南東、台湾とボルネオ、スラウェシ等の間の西太平洋上に位置する。国土は大小合わせて約 7,100 の島々から成り、インドネシアに次ぐ世界第 2 の群島国家である。主な島々は、ルソン島、ミンダナオ島、セブ島などであり、主要 11 島で、全国の総面積（約 30 万平方キロメートル）の 96% を占める。島々は、マニラ首都圏が存在するルソン島、セブなどが含まれるビサヤ地方、および、ミンダナオ島・スールー諸島などの 3 つの大きなグループに分けられ、また、それぞれの地域・地方ごとに独自の言語、文化、歴史を持つ。

(2) 気候

フィリピンは気候的に熱帯モンスーン区に属し、1 年を通じて気温・湿度が高い。年平均気温は 27 度で、気温の季節的变化はあまりないが、1 日の気温差は 10 度以上になることもある。季節風の影響によって、6 月から 10 月にかけて、台風が来襲するが、発生域に近いため、十分発達しきっていないものもあり、必ずしも毎回激しい暴風雨を伴うものではない。降雨の年間分布によって、フィリピンは 4 つの気候帯に分類される。

第 1 のタイプは、乾季・雨季がはっきりしていて、西海岸型気候とも呼ばれるもので、マニラ、バギオ、イロイロの都市は、この気候帯に属する。第 2 のタイプは、一年中降雨があつて、はっきりした乾季はなく、11 月～1 月に雨季がある地域で、特に 1 月、2 月に最大降雨期を持つ。この気候帯は群島の東側、つまり太平洋側に沿って見られ、東海岸型気候とも呼ばれ、レガスピ、タクロバンがこれに属する。第 3 のタイプは、1 月～4 月に乾季があるが、明確な最大降雨期のない地域で、群島東海岸と西海岸部の中間地帯西寄りに見られる。ツゲガラオ、セブ、ザンボアンガがこの気候帯に属する。第 4 のタイプは、1 年中平均した降雨をもち、乾季や雨季が明確でない地域で、東海岸型に隣接して分布する。ダバオがこの気候帯に属する。

2-1-2 社会

(1) 歴史・政治・経済

フィリピンの歴史は、大きく 4 つに分類される。第一は、1521 年にマゼラン一行がセブに上陸して以降、約 300 年続いた「スペイン統治時代」、第二は、1898 年から 1941 年までの「アメリカ合衆国統治時代」、第三は、短いながらフィリピンの歴史に大きな影響をもたらした、第二次

¹ 国際協力事業団 医療協力部 「国別医療協力ファイル」フィリピン、平成 9 年

² F. Landa Jocano, "Filipino Social Organization", 2000

大戦中 1941 年から 1945 年までの「日本軍政時代」、そして第 4 が、1946 年にアメリカ合衆国より政治的独立を勝ち取ってから現在に至る「現代」である。独立以来、ロハス、キリノ、マグサイサイ、ガルシア、マカパガル政権を経て、65 年に第 10 代マルコス大統領が誕生した。72 年にマルコス政権は戒厳令を発したが、79 年以降、マルコス政権に対して戒厳令解除を求める反政府運動が盛り上がり、政府の弾圧が強まった。この政治混乱時代には、経済も低迷した。

こうした中で、マルコスの政敵ベニグノ・アキノ元上院議員が、83 年 8 月 21 日亡命先の米国から帰国した際にマニラ空港で暗殺された。この後実施された 1986 年の大統領選挙で、暗殺されたアキノ元上院議員の妻だったコラソン・アキノとマルコス大統領の一騎打ちとなり、市民による抗議デモ（ピープル・パワー）等の大波乱の末、最終的にコラソン・アキノが第 11 代大統領に就任し、マルコス大統領は国外に脱出した。アキノ政権は発足当初、アキノ政権へは内外から高い期待がかけられたが、各種改革はほとんど進まず、これに不満を持つ共産勢力が対決姿勢を強め、また、それに反発する国軍の反乱事件が頻発するなどして、一時は回復した経済も再びマイナス成長に転じた。本評価 Part I の評価対象になったリプロダクティブ・ヘルス分野では、同政権がカトリック教会の強い支援の下に誕生したこともあり、前政権の人口増加率の抑制政策は否定され、人口委員会（POPCOM: Population Commission）の権限は大幅に縮小された。（詳細は PART I 報告書参照）

1991 年には、地方自治法が成立し、多くの機能やサービスが地方に委譲されることになった。公務員は原則的に 12 の行政区（2002 年現在は、13 の行政区と、マニラ首都圏、ムスリム・ミンダナオ自治区、コルディリェラ行政地域）の関係省庁に移管され、中央の公務員として残った者もいるが、大半は地方公務員として地方政府予算から給料を受け取るようになった。これにより、地方政府への歳入割り当ては増加されることになったが、同時に地方政府による歳入増加努力及び地方政府の能力向上が強く求められるようになった。

1992 年に実施された民主的大統領選挙の結果、フィデル・ラモス前国防長官が第 12 代大統領として当選した。ラモス大統領は、経済再建と国民団結、治安回復を政策の重点に置き、主要な反政府勢力である共産勢力、南部イスラム勢力、国軍政府勢力との和平交渉に乗り出した。この時代に、1998 年の大統領選挙では、ジョセフ・エストラダが代 13 代大統領として当選した。しかし、エストラダ大統領は、2001 年に贈収賄等の罪で大統領弾劾裁判を受け、市民による大統領抗議デモは「ピープル・パワーII」に発展し、閣僚・国軍・国家警察もエストラダ政権に対する支持を撤回、1 月 20 日、最高裁は大統領の空席を宣言し憲法規定に従って副大統領であったグロリア・アロヨの後継大統領（第 14 代）就任宣誓を執り行った。アロヨ大統領は、貧困対策を政権の最重要課題として掲げ、農業の近代化、農地改革、雇用創出、反政府勢力との和平交渉の推進等に取り組んでいるが、地域格差、貧困問題、フィリピン南部のムスリム過激派グループに関する問題等、多くの国内問題を抱えている。また、このような政治状況にあるフィリピンの経済成長の伸び率は、他の東南アジア諸国に比べると低く、最重要課題である貧困緩和の達成には相当な時間を要すると予想されている。世界銀行のデータでは、2000 年のフィリピン 1 人当たり

GNP は US\$1,160³、またフィリピン国家統計局によるデータでは失業率は 9.8%となっている。

(2) 産業

フィリピンの主な産業のうち、農林水産業が GNP に占める割合は、2000 年のフィリピン国家統計局のデータ⁴によると約 18.8%で、特に農業関連のプランテーション栽培が中心となっている。農産物はコメ・トウモロコシなどの国内需要向けと、砂糖・ココナッツ・バナナなどの輸出用の二つに大別される。製造業では、大手米国系を中心に食品加工業が最も多くの割合を占めている (GNP の 32.5%)。サービス産業は GNP の 43.2%を占めており、華僑系のフィリピン人が優勢で、航空会社、銀行、百貨店、流通分野などでシェアを拡大している。

(3) 民族

フィリピンの総人口は約 7500 万人⁵であり、またこれらフィリピン人は、134 の民族グループに分けられると言われる。先住民族は中央アジアから渡来したと言われるネグリート族で、この後、現在全人口の 9 割強を占める南方モンゴロイドと言われる新マレイ系 8 グループ (セブアーノ、タガログ、イロカノ、ビコル、イロンゴ、ワライ、パンパンガ、パンガシナン) が流入し、多数民族を構成している。他にコーカソイドとモンゴロイド両方の形質を持つ旧マレイ系人種、中国人、ヨーロッパ人そしてメスティーソと呼ばれる、スペイン系とマレイ系あるいは中国人との混血など 1 割弱が少数民族である。イスラム教徒のモロ族にしても、人種的にはタガログ、セブアーノと同じ、新マレイ系である。

(4) 言語

フィリピン諸語は、言語的にはいずれもアウストロネシア語族に属し、マレイ語、ジャワ語などと多くの共通点を持つ。その数は、134 種とも 186 種とも言われているが、主要なものだけでもマレイ語系のセブアーノ語 (全人口の 24.4%)、タガログ語 (23.8%)、イロカノ語 (11.1%)、サマル・レイテのビサヤ語、ビコール語、パンパンガ語、パンガシナン語など 8 種類を数える。1939 年タガログ語を基礎として形成する「ピリピノ語」を国語とすることが制定されたが、英語は公用語として広く使用されている。

(5) 宗教

フィリピン文化は社会の歴史的形成過程を反映して、地域差に富む。大別すると、カトリック文化圏、イスラム文化圏、山岳少数民族文化圏に分けられる。一方、フィリピン群島全体に共通した文化も見られる。フィリピン国民のほとんどは、キリスト教徒である。これはスペイン統治の遺産であるが、同じキリスト教徒でも、カトリック (83%)、プロテスタント (9%)、フィリ

³ <http://wb1n0018.worldbank.org/psd/>

⁴ National Statistical Coordination Board URL: <http://www.nscb.gov.ph/view/>

ピン独立教会などの宗派に分かれる。残る 7%がイスラム教徒で、ミンダナオ島南西部及びパラワン島南西部を中心に存在する他、それぞれの地域の土着宗教を信仰する人々もいる。

(6) 教育

フィリピンはもともと教育熱心な国であり、教育水準は高いといわれている。識字率についても、東南アジアの中で比較しても 83.8%と高く、初等教育の義務教育化など、発展途上国としては法制度的にも整備されている。しかし一方で、人口増加や財源不足に伴う教室や教科書の不足、教員の海外流出や教員不足などによる基礎学力の低下、貧困などによる生徒中退の増加など、多くの課題も抱えているのが現状である。就学率は初等学校で 97%、中等学校では 65.4%、大学で 23.9%と東南アジアの中では高い方である⁵。しかし、卒業率となると、初等学校で 70%を切り、中等学校では 50%程度となると言われており⁶、これらは家庭の経済的な理由によるものがほとんどといわれている。授業料は無償であるが、制服や教材費等は自己負担（初等学校は無償）であるため、保護者が安定した収入を確保していない場合には、経済的な事情で就学をあきらめなくてはならない。

2-2 保健概況

表 2-1 から明らかなおり、フィリピンでは、肺炎や結核、下痢等の感染症が主要死亡疾患の上位を占めているが、循環器系疾患、悪性腫瘍も多く、途上国型から先進国型の死因構成へと変わりつつある時期にある。

表 2-1 フィリピン全国の 10 大死亡疾患 (1997 年)

順位	原因	実数	罹病率 対:10万人
1	心臓病	49,962	69.8
2	血管系疾患	38,693	54.1
3	肺炎	30,811	43.1
4	悪性腫瘍	28,563	39.9
5	結核 (すべての種類)	26,842	37.5
6	事故	23,056	32.2
7	慢性閉塞性肺疾患	11,807	16.5
8	その他の呼吸器系疾患	6,961	9.7
9	糖尿病	6,749	9.4
10	下痢性疾患	6,704	9.4

(出所) National Epidemiology Center, "UPDATES ON FHSIS 1999"

また、表 2-2 は 10 大疾患を現しているが、疾患については感染症がより多くを占め、特に本調査対象となっているマラリアも上位 7 位に入っている。このため、フィリピン保健省では感染症対策を大きな課題としてとらえている。また、後述するとおり、都市部と農村部、特に離島や僻地、都市部のスラム地域と富裕層との保健状況にも大きな差が存在することが

⁵ Prostyle Grafix, "Political Map of the Philippines", 2001

⁶ National Statistical Coordination Board URL: <http://www.nscb.gov.ph/view/peopoe.htm>

問題となっている。さらに質の高い保健サービスへのアクセスについても、地域間の格差は大きい。

表 2-2 フィリピン全国の 10 大疾患 (1999 年)

順位	原因	実数	対:10万人
1	下痢症	845,203	1,322.3
2	肺炎	638,632	999.2
3	気管支炎	591,171	924.2
4	インフルエンザ	548,407	858.8
5	肺結核/呼吸器系疾患	143,753	224.9
6	高血圧症	87,706	135.3
7	マラリア	69,112	108.1
8	水痘	61,456	96.1
9	心臓病	56,833	89.3
10	麻疹	15,586	55.7

(出所) National Epidemiology Center, "UPDATES ON FHSIS 1999"

なお、フィリピンにおける、その他の保健指標は表 2-3 のとおりとなっている。

表 2-3 その他保健関連基本統計

項目	数値	
総人口(2000年) ⁸	7,530万人	
年間人口増加率(%) (1995-2000年)	2.1	
都市部人口(%) (1995年)	54	
都市人口増加率(%) (1995年)	3.7	
粗出生率(人口1000人当り) (1999年) ⁹	28	
粗死亡率(人口1000人当り) (1999年) ¹⁰	6	
合計特殊出生率 (1995-2000年)	3.62	
出生時平均余命	男	66.5歳 女
		70.2歳
乳児死亡率(1歳未満児) (1000出生当り)	36	
5歳未満児死亡率 (1000出生当り)	男	49 女
		38
妊産婦死亡率 (10万出生当り)	170	
避妊実行率 (1998年) ¹¹	すべての方法	47%
	近代的避妊法	28%
保健スタッフの立会いの下での出産	53%	
人間開発指数順位 ¹²	77位(174か国中)	
ジェンダー開発指数順位 ¹³	77位(174か国中)	

(出所) UNFPA 『世界人口白書 2000』

2-3 流行状況

前述のとおり、フィリピンにおいて、感染症は今でも主要な死因・疾患となっており、国の重要な保健課題と認識されている。ここでは、特に本調査の対象となっている、結核、エイズ、マラリアの流行状況について概観する。

⁷ (財) 自治体国際化協会 URL

⁸ フィリピン 2000 年の国勢調査暫定値

⁹ ユニセフ 『世界子供白書 2001』

¹⁰ Ibid.

¹¹ DOH, National Demographic Health Survey 1998

¹² UNDP 『人間開発報告書 1999』

¹³ Ibid.

2-3-1 結核^{14,15,16,17,18}

フィリピンは、世界有数の結核蔓延国であり、その対策があまり順調に進められてこなかった点でも世界的に知られていた。1981年～1982年に実施された全国結核実態調査によれば、人口の54.5%が結核に感染し、未感染者が結核に感染する年間感染危険率は2.5%、塗抹菌陽性率は人口千対6.6、X線陽性率は4.2%と推定され、蔓延状況に都市と農村地区間の差がなかった。

この後、フィリピンでは、1997年に再び結核実態調査が行なわれた。その結果によると、1997年に、人口の63.4%が結核菌に感染し、年間感染危険率は2.3%、塗抹菌陽性率は人口千対3.1、X線陽性率は4.2%と推定され、1981-82年の調査データよりそれほど改善されていないことが明らかになった。

また、WHOの推計（2001年）によれば、表2-4のとおり、世界における結核患者数でフィリピンは234000人で第7位という高い位置にいる。また、対人口10万あたりの患者数では314人で世界第10位、アジア地域ではカンボジア、アフガニスタンに次いで第3位という深刻な状況にある。

表 2-4 結核ケース推計値： 結核が深刻なトップ23ヶ国におけるデータ：1999

国 結核患者のい順	人口(千)	推計値			塗抹陽性ケース (千)	対人 10万	累計 (%)	97-99年 における結核 患者数順位 の変動
		全ての 結核患者発数 (千)	対人口 10万	対人 10万				
1 インド	998056	1847	185	827	83	22	0	
2 中国	1266838	1300	103	584	46	37	0	
3 インドネシア	209255	590	282	265	127	44	0	
4 ナイジェリア	108945	327	301	142	130	48	2	
5 バングラデッシュ	126947	306	241	138	108	52	-1	
6 パキスタン	152331	269	177	121	79	55	-1	
7 フィリピン	74454	234	314	105	141	58	0	
8 エチオピア	61095	228	373	96	157	61	1	
9 南アフリカ	39900	197	495	80	201	63	-1	
10 ロシア連邦	147196	181	123	81	55	65	1	
11 コンゴ	50335	151	301	65	130	67	1	
12 ベトナム	78705	149	189	67	85	69	-2	
13 ケニア	29549	123	417	51	173	70	2	
14 ブラジル	167988	118	70	53	31	72	-1	
15 タンザニア	32793	112	340	47	145	73	-1	
16 タイ	60856	86	141	38	62	74	0	
17 モザンビーク	19286	79	407	33	169	75	9	
18 ミャンマー	45059	76	169	34	76	76	-1	
19 ウガンダ	21143	72	343	31	146	77	0	
20 アフガニスタン	21923	71	325	32	146	77	-2	
21 ジンバブエ	11529	65	562	26	226	78	0	
22 カンボジア	10945	61	560	27	251	79	0	
23 ベルギー	25230	58	228	26	102	80	-3	
上位23ヶ国の 合計値	3760358	6700	178	2969	79	80		
世界全体の合計	5975045	8417	141	3724	62	100		

(出所) WHO “WHO Report 2001: Global Tuberculosis Control”, 2001

¹⁴ DOH, “Manual of Procedures: For the National Tuberculosis Control Program, 2001”, 2001

¹⁵ 国際協力事業団「結核対策分野における日本の国際協力実績」、平成12年

¹⁶ 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」、1998年

¹⁷ JICA フィリピン結核対策プロジェクト資料、2002年

¹⁸ WHO Western Pacific Regional Office, “Tuberculosis Control: WHO Western Pacific Region 2000 Report”, 2000

2-3-2 エイズ^{19,20}

エイズが大流行している国々に囲まれたフィリピンでは、1984年の最初の患者発生以来、序々に感染者の増加が報告された。しかし1997年におけるの推定感染有病数は17,500人、推定感染有病率0.041%で、アジアの他国に比べてフィリピンのHIV流行状況は小規模にとどまっていた。これについて、当時は、フィリピン国におけるHIVのサーベイランス体制が未熟であるために、流行状況を現すデータが低く留まっているのではないかと考えられていた。表2-5におけるフィリピンにおけるHIV流行のリスク・ファクターを考慮すると、「2000年までには同国のHIV感染者は100,000人程度に膨れ上がるであろう」と予想されていた。そのような状況に対応するために、フィリピンでは1993年から2000年にかけて、USAIDとWHOのサポートにより「国家HIVセンチナル・サーベイランス（National HIV Sentinel Surveillance System: NHSS）」が実施され、全国の主要都市で、ハイリスク・グループ（性産業従事者、静注薬物乱用者、男性同性愛者等）間でのHIV感染流行状況が調査された。その結果、2000年の時点では、HIV陽性ケースは約10,000程度で、感染率は約0.07%と下方修正された。

WHOは、フィリピンにおいて、このようにHIV感染が低い理由を、以下のように推察している。

- ① 性産業従事者のネットワークがあまり広範に渡っておらず、パートナー数が比較的少ない。
- ② 男性の女性性産業従事者との接触が比較的低いのか、複数のパートナーがいる場合でも、一時期には1人のパートナーとしか性交渉をせず、彼らの関係にある種の“一夫一婦制”が成立している。
- ③ 一般男性の多くは、1人のパートナーしか持たない。
- ④ 肛門性交を行なう男性が少ない。
- ⑤ 潰瘍性の性感染症が少ない。
- ⑥ 静注薬物乱用者が少ない。
- ⑦ 男性の多くが割礼している。
- ⑧ フィリピンの地勢的特徴のため。（群島国家である）

上記の理由以外に、WHOは、フィリピンにおける性感染症コントロール・プログラムが50年以上前から開始されているということや、1990年代初等から、HIV予防キャンペーンが開始されていること、またサーベイランスが実施されたこと等も、HIV流行が低い「推察される理由」としている。しかしながら、フィリピンにおいて、まだHIV流行が低い原因を科学的に証明した研究はなく、よってWHOを含め関係者の多くは、「現在のHIV予防対策（安全な性行為の推進）をフィリピンが怠れば、数年先にHIV流行の状況が大きく変わってしまう可能性は大いにありうる」と警告している。

¹⁹ 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」、1998年

²⁰ WHO, “Consensus Report on STI, HIV and AIDS Epidemiology: Philippines 2000”, 2000

表 2-5 フィリピンにおける HIV 感染ハイリスク要因

リスク要因	状況
1. 性産業が盛んである (CSW: Commercial Sex Workers)	フィリピンは性産業が盛んな国であり、50 万から 200 万の性産業従事者がいるとの推定もあるが、実態は把握されていない。性産業従事者と言いつても、以下のようなタイプがあり、また、正確な数値を出すのは現実的に困難というのが、フィリピンにおける一般的な認識である。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 女性性産業従事者 ・ 男性性産業従事者 ・ 未成年者/児童性産業従事者 ・ 登録済み性産業従事者 ・ フリーランス性産業従事者 ・ カラオケバーでの性産業従事者 ・ ビアガーデンでの性産業従事者 ・ マッサージパーラーでの性産業従事者
2. 性産業従事者の中で、 性感染症罹患率が高い	1999 年 WHO の推計によると、フィリピンにおける性産業従事者の性感染症罹患率は以下のとおりとなっている。 <ul style="list-style-type: none"> ・ クラミジア：35% ・ 淋病：15% ・ トリコモナス：5.0% ・ 梅毒：4.0%
3. 海外出稼ぎ労働者が多い (Overseas Contract Workers)	400 万人から 650 万人の海外出稼ぎ労働者がいると推定されているが、これも、性産業従事者同様、正確な数値は把握できない。なぜなら、違法に海外で働くフィリピン人出稼ぎ労働者が相当な数に上ると推定されるからである。

(出所) NEDA/UNDP, “A Matter of Time: HIV/AIDS and Development in the Philippines” 及び WHO, “Consensus Report on STI, HIV and AIDS Epidemiology: Philippines 1999”, 1999

2-3-3 マラリア^{21,22}

マラリアは、フィリピン農村部において最も深刻な感染症の一つである。1946 年マラリアの発生率は 1,000.7 (人口 10 万対)、死亡率は 91.0 (人口 10 万対) であり、他の疾病と比較して患者数は第 1 位、死亡率は第 5 位を占めていた。その後、米国援助によるマラリア撲滅運動を経て、1966 年には発生率 100.8 (人口 10 万対)、死亡率は 4.1 (人口 10 万対) にまで下降したことから、マラリアの根絶が可能かに見えた。しかし、米国と WHO の援助が打ち切られると、これまで減少傾向にあった患者数はほぼ横ばいから増加傾向に転じ、10 万人を突破した。また戦略も「マラリア撲滅」から「マラリア抑制」へと転換を余儀なくされた。その後は、マラリア対策の機構改革や経済発展などにより死亡数・患者数は減少し、保健省のデータによると死亡数 (1997 年) ではトップ 10 から外れ、患者数 (1999 年) では約 6 万人になり、7 位に下がった。2000 年 WHO のデータ²³では発生率 48 (人口 10 万) となっている。しかしながら、それでもなお、マラリアに罹患する患者の多くは 15 歳から 29 歳の若い生産年齢層に属することから、社会経済的影響が大きい疾患であることには変わりはない。

フィリピンのマラリアは、ハマダラカ (羽斑蚊:Anopheles) によって伝播されるため、マラリアの流行はハマダラカの生息地と社会環境の影響を大きく受け、その流行には地域性が強い。フィリピンにおけるマラリア流行の地理的分布を占めず図 2-1 によれば、ルソン・ビサヤ諸島の多く

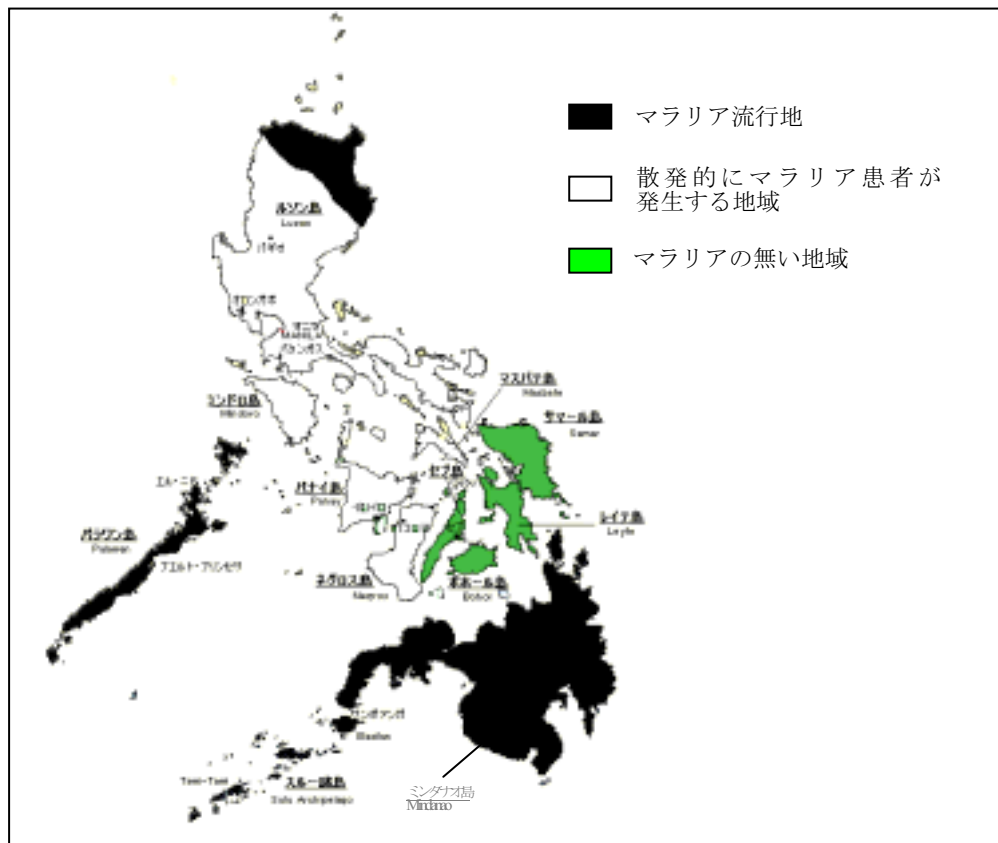
²¹ 国際協力事業団「国別医療協力ファイル フィリピン」、平成 9 年

²² 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」、1998 年

²³ WHO URL: www.malaria.wpro.who.int/t1f2phil.asp

の地域では、マラリアはほとんど問題にならない状況になっている。しかし、南部フィリピンやルソン北部の一部では、依然としてマラリアは重要な健康問題であり、患者数のみならず、死因でも上位を占める。特に、パラワン、スルー、タウイタウイの3州で、フィリピンのマラリア患者全体の3割近い患者数を占めているといわれている。図から明らかなおり、これら地域は、ムスリムの多く居住する地域で、遠隔地であることや政治的問題もからんで、フィリピンの中でも最も開発が遅れている地域でもある。

なお、フィリピンにおいて主に流行しているマラリアは2種類で、熱帯熱マラリアと、三日熱マラリアである。また、薬剤耐性については、1986年に初めてアモジキンに対するものがパラワン島より報告され、以来アモジキンは1982年から90年までにおよそ36%の耐性度を示していた。現在調査中の研究によると²⁴、西ミンダナオ地方においてクロロキン耐性が25%以上であることが報告されている。また、パラワンにおいては、クロロキン耐性が1992年の14%から1996年の45%に広がっていると報告されている。



(出所) WHO URL: www.who.org.ph/themes_focuses/theme1/focus2/t1f2phil.asp

図 2-1 フィリピン・マラリアの地理的分布

²⁴ WHO URL: www.who.org.ph/themes_focuses/theme1/focus2/t1f2phil.asp

2-3-4 感染症と地域格差・貧困問題

(1) フィリピンにおける地域格差・貧困問題²⁵

フィリピンにおける地域格差・貧困格差は著しく、このような格差が原因となって健康を含む多くの社会問題を引き起こしていることは周知の事実である。特にマニラ首都圏（NCR）の他地域に対する相対的優位は、あらゆる面でフィリピンの地域開発を歪めていると認識されている。表 2-6 は各地域の地域内総生産（GRDP）、及び一人あたり総生産額（GRDP/Capita）、及び貧困発生率を示したものである。NCR の GRDP は国内 GDP の約 30% を占めており、ARMM（ムスリム・ミンダナオ自治区）との比較では 30 倍の格差を呈している。また、一人あたりの GRDP を比較しても、NCR が突出していることがわかる。貧困発生率も地域格差を明瞭に示しており、最も高い貧困発生率を示すのは ARMM 地域の 62.5% であり、続いて第 5 地域、第 12 地域、第 10 地域の順になっている。ミンダナオ地方においては、大都市であるダバオがある第 11 地域を除き、半数以上の住民が貧困状況の中で生活していることを示す。特に第 10 地域は、比較的高い地域内総生産を示すにも関わらず、高い貧困発生率を呈しており、地域内における都市－農村格差の存在をうかがわせるものと言える。総じて NCR を除く全ての地域は、多くの貧困状況下にある住民を抱えており、地域内の都市部－農村部間の域内格差も増大する中で、均等な経済開発による地域住民の「社会的平等」の達成はますます困難なものになっていると指摘されている。

表 2-6 フィリピンにおける地域別格総生産・貧困指標

		地域内総生産(1999年) (GRDP) (In million pesos: at constant 1985 price)	一人当たり総生産額(1999年) (GRDP/Capita) (In pesos: at constant 1985 price)	貧困発生率 (1997年)
全国	Philippines	917,382	11,948	36.8%
NCR	Metro Manila	279,045	28,321	8.5%
CAR	Cordillera Administrative	22,301	15,296	50.1%
第1地域	Ilocos Region	28,639	6,605	44.1%
第2地域	Cagayan Valley	21,337	7,211	38.0%
第3地域	Central Luzon	83,940	10,759	18.5%
第4地域	Southern Tagalog	142,075	13,227	30.0%
第5地域	Bicol Region	25,811	5,307	57.0%
第6地域	Western Visayas	65,439	9,823	45.9%
第7地域	Central Visayas	62,952	10,979	38.9%
第8地域	Eastern Visayas	22,171	5,750	48.5%
第9地域	Western Mindanao	25,641	8,013	45.5%
第10地域	Northern Mindanao	39,592	13,917	52.7%
第11地域	Southern Mindanao	51,061	9,698	44.3%

²⁵ 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」、1998年

第12地域	Central Mindanao	24,983	9,463	55.8%
第13地域	Caraga	13,314	5,806	No data
ARMM	Autonomous Region in Muslim Mindanao	9,080	3,991	62.5%

(出所) National Statistical Coordination Board, "2000 Philippines Statistical Yearbook," 2000

(2) 感染症と地域格差・貧困格差

上記に述べたような地域間格差・貧困格差は、感染症を含む疾病構造にも現れている。表 2-7 は、フィリピンの 1999 年における罹病率上位 10 位を、全国、マニラ首都圏、ムスリム・ミンダナオ自治区で比較したものである。表から明らかなおと、罹病率の現状は、全国平均や NCR の数値と、貧困率が最も高い ARMM とで、大きな格差があることがわかる。特に感染症に関しては、肺結核と肺炎を除く全ての疾患の罹病率について ARMM が NCR よりも劣悪な状況にある。その中でも下痢症の ARMM での罹患率は NCR の倍以上であり、インフルエンザに至っては ARMM での罹病率は NCR の約 8 倍となっている。マラリアについて見ると、ARMM では 5 位という罹病率であるが、NCR では上位 10 の中に存在しない。さらに ARMM におけるマラリア罹病率は、全国平均の約 6 倍となっている。逆に NCR における肺結核罹病率は全国平均よりやや高く、これは、マニラ首都圏のスラム街における、劣悪な住環境や栄養状況が影響しているものと推察でき、裕福な首都圏内での富裕層・貧困層格差の現実を示唆していると言える。

表 2-7 フィリピン全国・地域別の 10 大疾患 (1999 年)

順位	全国			マニラ首都圏(NCR)			ムスリム・ミンダナオ自治区 (ARMM)		
	原因	実数	罹病率 対 10 万人	原因	実数	罹病率 対 10 万人	原因	実数	罹病率 対 10 万人
1	下痢症	845,203	1,322.3	下痢症	99,225	953.8	下痢症	43,816	2003.5
2	肺炎	638,632	999.2	肺炎	97,271	935.0	インフルエンザ*	36,249	1657.5
3	気管支炎	591,171	924.2	気管支炎	96,142	924.2	肺炎	21,965	1004.4
4	インフルエンザ*	548,407	858.8	肺結核	24,937	239.7	気管支炎	16,339	747.1
5	肺結核	143,753	224.9	インフルエンザ*	21,519	206.9	マラリア	13,307	608.5
6	高血圧症	87,706	135.3	高血圧症	16,486	158.5	高血圧症	7,557	345.6
7	マラリア	69,112	108.1	水痘	4,827	46.4	肺結核	2,871	131.3
8	水痘	61,456	96.1	心臓病	4,625	44.5	水痘	1,512	69.1
9	心臓病	56,833	89.3	麻疹	3,165	30.4	麻疹	1,230	56.2
10	麻疹	15,586	55.7	デング熱	2,565	24.7	心臓病	845	39.0

(出所) National Epidemiology Center, "UPDATES ON FHSIS 1999"

2-4 フィリピン感染症対策の現状

2-4-1 保健医療サービスと地方分権化・地方権限委譲²⁶

(1) フィリピンの地方行政システム

フィリピンでは、地方自治法（Local Government Code of 1991、1991年10月10日制定、1992年1月1日施行）により、大きな自治権が地方政府に委譲された。中央政府が行ってきた公共事業、健康管理システムの運営、教育、農産物価額維持制度、社会福祉制度といった諸機能の大きな部分が地方政府の管轄下に移され、これに伴って国税収入の配分が増額され、課税と各種料金の徴収に関わる地方の権限なども増やされた。地方自治法では、原則として国税収入の40%を一定の配分規定に従って地方政府に配分するよう規定している（内国歳入割当：Internal Revenue Allotment: IRA）²⁷。

フィリピンの地方は、図 2-2 のとおり、13つの地域（Region）、1つの首都圏、及び2つの自治区に分けられる。行政区分としては州、高度都市化市（Highly Urbanized City）、独立市（Independent Component City）に分かれ、州の下は市（Component City）、町（Municipality）に分かれ、それぞれの下にバラングイがある。2002年3月現在、全国に州は78、市は96（高度都市化市は26、独立市は4）、町は1,513、バラングイは41,943ある²⁸。

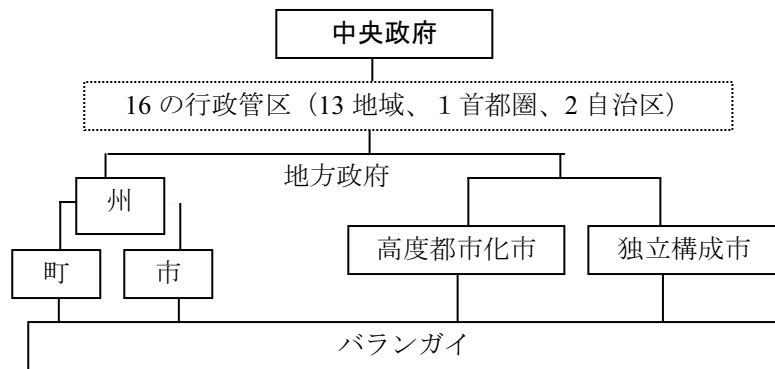
州、市（高度都市化市・独立市・市）、町、バラングイの定義は以下のとおりである。

- ① 州（Province）：最大の行政単位であり、市と町から成る。州として認知されるには、3,500平方キロの面積と50万の人口、1千万ペソの年間収入の確保が必要。
- ② 市（City）
 - ・ 市（Component City）：州の下部機構で、人口10万人、年間収入1千万ペソの規模が必要。自主的な行政が認められている。
 - ・ 高度都市化市（Highly Urbanized City）：人口20万人、年間収入5千万ペソの規模を有することが必要。基本的な構造は市（Component City）とほぼ同じだが、州からは完全に独立している。
 - ・ 独立市（Independent Component City）：特定の地方代表者の機関への参加に制限がある。
- ③ 町（Municipality）：州の下部機構で、多数のバラングイによって構成される。
- ④ バランガイ（Barangay）：最小の行政単位であるバラングイは市、町の領域内で1000人以上の住民を擁し、バラングイ・キャプテンを長とする選挙で選ばれた住民によって管理、運営されている。

²⁶ 独立行政法人国際協力機構 企画・調整部 「特定テーマ評価 フィリピン人口・健康セクター／USAID連携：Part 1 母子保健・家族計画（リプロダクティブヘルス）分野」、2004年8月

²⁷ 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」

²⁸ National Statistical Coordination Board: <http://www.nscb.gov.ph/ru5/updates/npcmb.html>



(出所) 調査団作成

図 2-2 フィリピンの地方行政機構

(2) 地方分権化と地方権限委譲

フィリピンの保健医療サービスは、保健省（DOH: Department of Health）と地方政府が管轄している。地方保健医療行政組織と、各地方政府（州／市／町）レベルの保健医療行政に関する役割は表 2-8 に示すとおりである。実際の保健サービスの提供者は、市・町保健所（RHU: Rural Health Unit）と、さらにその下のバラングアイ保健所（BHS: Barangay Health Station）である。RHU には医師、看護婦、水質管理者が常駐し、その他、RHU によっては歯科医やカウンセラーなどがいる。また、それぞれの RHU の管轄下に BHS があり、各 BHS に助産婦が配属されている。BHS の助産婦は RHU に対して週に 1 回の業務報告を行うと同時に指導を受けるなど、密接な関係がある。また、各助産婦の下にはバラガイ保健ワーカー（BHW: Barangay Health Worker）と呼ばれるボランティア²⁹が任命されており、多くが週 1 回程度活動している。

²⁹ プロ技の調査によると、約 3 分の 1 が無給、約 3 分の 2 が月 200-300 ペソの報償費を得ている。

表 2-8 地方分権以後の各政府レベルの機能

(各レベルの政府機関は、各レベルでの保健行政に関し、お互いに独立した権限と予算を持つ)

機能	保健省本省	保健省地域保健局 (CHD)	州政府	市政府	町政府
<ul style="list-style-type: none"> ・基礎的保健 ・PHC・EPI ・母子保健、 ・歯科・栄養 ・家族計画、 ・感染症対策 	外国ドナー支援によるプログラム 国家予算によるパイロットまたは試験的プログラム 国際協定による保健サービス、疾病予防プログラム			RHU BHS	RHU・BHS 子供センター 妊産婦クリニック 医療資材調達
<ul style="list-style-type: none"> ・病院 	メディカルセンター 地域病院 特別医療施設 医療資材の調達		<ul style="list-style-type: none"> ・州立病院 ・地区病院 ・医療資材の調達 	<ul style="list-style-type: none"> ・市立病院 ・医療資材調達 	<ul style="list-style-type: none"> ・市立病院 ・医療資材調達
<ul style="list-style-type: none"> ・運営/管理サービス 		国レベル保健省が制定した保健計画の、地域における運営/実施	<ul style="list-style-type: none"> ・州保健局 ・地区保健事務所 	<ul style="list-style-type: none"> ・市保健局 	<ul style="list-style-type: none"> ・町保健所
<ul style="list-style-type: none"> ・政策/計画/基準作り 	規制、許認可機能 国家保健計画策定		<ul style="list-style-type: none"> ・州保健計画策定 	<ul style="list-style-type: none"> ・市保健計画策定 	<ul style="list-style-type: none"> ・町保健計画策定

(出所) 調査団作成

1980 年台までフィリピンの行政機構は中央集権あり、公的医療機関及び保健医療サービスはすべて保健省の指揮命令下にあったが、地方自治法施行後、地方政府への権限の委譲が断行され、保健省の管轄は地域保健局 (Center for Health and Development: CHD、旧 Regional Health Office) までとなり、州 (Province) / 市 (City) / 町 (Municipality) / バランガイ (Barangay) における保健サービスは各レベルの地方政府が独自に実施することとなった。各レベルの地方政府において、それぞれの行政最高責任者 (州知事・市長・町長) を長とする地域保健諮問委員会が形成され、委員会メンバーとして各地方政府の議会代表者、保健省代表者、民間セクター代表者が参加して、地域における保健政策 (予算・人事・活動等) を決定することになっている。

新地方自治法の施行にともない、責務・職員・施設・機材などが保健省から各地方政府へ委譲された。職員は 1990 年時点の保健省本庁職員約 68,000 人のうち、約 45,000 人が地方政府へ移管され、さらに 2000 年にも大幅な移管が実施され、現在本省職員は約 1,700 人にまで縮小している。この本省の縮小により、保健省本省の責務は、技術的支援が主要業務となり、さらにアドボカシー³⁰、政策に関連する調査・評価・指導 (ガイドラインの設定等) のみに限定され、実際のサービス提供は地方政府保健局の役割とった。権限は大幅に縮小した。また、上記表 2-8 のとおり、保健行政に関しての中央政府である保健省からの縦割り命令系統は事実上ほぼ消滅し、保健省本省、保健省地域保健局、州保健局、市保健局、町保健局は、互いに命令権のない独立した権限と予算を持つ保健行政個体となった。例えば、保健省本省は感染症に関するガイドラインを設定するが、これを実施するか否かは保健省地域保健局の裁量で決定でき、また、保健省本省は保健省地域保健局に対し監督指導を強制的に行う権限は持たない。しかしながら、保健プログラムの中には、まだ完全に地方に権限が委譲されずに地方分権化以前の縦割り体制が残っているものもある。雇

用体系の面から見ると、マラリア対策においては現在もなお保健省の雇用というステータスで地方の現場の第一線でサービスを提供している職員もいる。一方、結核対策などのプログラムでは、現場の第一線でサービスを提供する全ての職員は、地方政府保健局により雇用されている。物資供給の側面から見ると、結核対策プログラムでは保健省本省から抗結核薬を地方に支給している。

上記のような地方分権化・地方権限委譲に関しては、まだ変革の途中であることも影響してか、今回の調査では肯定的・否定的双方の意見が聞かれた。肯定的意見の代表としては、地方権限委譲前の縦割りの保健サービス供給体制と比較すると、権限委譲後の体制の方が、それぞれの地方独自のニーズを反映した保健行政が可能になったというものである。否定的意見の代表的なものとしては、地方権限委譲で保健省本省の人的・財政的能力が縮小されたことで、本省が地方に対して監督指導を行う機能が著しく低下し、地方ごとで保健サービス提供に大きな格差が広がりつつあること、また、本省に地方からの情報が集まりにくくなったことなどが挙げられている。

(3) 保健機構改革 (Health Sector Reform Agenda: HSRA 1999-2004)

① 保健機構改革の目指したもの

上記のように 90 年代初頭から始まった地方分権化、地方権限委譲の流れを受けて、フィリピン政府は保健指標の改善が伸び悩んでいる現状を打開するために、保健機構改革を実施することとし、保健機構改革アジェンダ (HSRA: Health Sector Reform Agenda Philippines 1999-2004) を 1999 年に発表し、2000 年から実施している。同アジェンダでは、保健セクターの達成すべき目標 (保健財政・地方保健制度・公衆衛生プログラム・病院制度・監理システムの向上と効率化) のための政策・方策が示されている。また同アジェンダでは、特に貧困層への保健サービスのアクセスの向上と各世帯の経済的負担の軽減に留意している。

- ・ 同アジェンダの 5 つの主な改革分野は、以下のとおりである。
- ・ 国立病院の財政的自立
- ・ 優先順位の高い公的保健プログラムのための予算の確保
- ・ 地方保健制度の確立と効果的な実施
- ・ 保健サービス実施機関の能力向上
- ・ 国家健康保険プログラム (NHIP: National Health Insurance Program) の普及と国民皆保険の達成

② 保健機構改革の現状

上記のような目的で実施された保健機構改革であるが、感染症分野に関しては改革の過程でいくつかの混乱を引き起こし、その混乱が感染症分野で特に大きいことが本調査を通じて明らかになった。保健機構改革による感染症分野における最も大きな変革とは、それまで保健省本省で独立した部署として数十名の専門職員を抱えていた結核対策部、マラリア対策部、住血吸虫本部が、保健機構改革により消滅し、図 2-3 の中ほど右側に位置する「感染症対策室 (Office of Infectious

³⁰ 意見を唱え、支持を求めるための活動。

Diseases) 」に統合されたことである。

この保健機構改革によるフィリピン感染症分野への影響に関しては、今回の調査でインタビュー等実施した限りでは、フィリピン側・日本側双方の関係者により否定的な見解しか聞かれなかった。関係者の多くは、各感染症対策部の統廃合で、それまで主な感染症ごとに保健省本省に数十名いた専門職員のポストが消滅し、新たに設立された感染症対策室では、各感染症の担当者が1-3名いる程度になってしまったことで、地方における各感染症対策を本省で監督指導することがほとんどできなくなったことを指摘していた。なお、この保健機構改革により消滅した結核対策部やマラリア対策部の元職員は、これら一連の改革に起因する地方政府への転籍を納得せず、「国による違法行為（人事権の濫用）」として現在も係争中である。しかしながら、保健機構改革はまだ実施されてから間もないため、現時点の状況のみでその是非を判断するのは適切でない。

(4) 保健関連の国家予算と地方政府予算

保健関連の国家予算における支出額は1997年186億ペソであり、1991年の支出額87億ペソと比較すると52.5%の伸びとなっており、1990年代はほぼ増加傾向にある（表2-9）。財源別にみると、外国からの援助（借款と贈与）の割合が減少している。この傾向を、保健省はフィリピン政府の財政的自立が高まっていると評価する一方で、公正でより優先順位の高い公的保健サービスの縮小や実施機関の能力向上のための投入が減少するという分析もある。一方、保健省本省の支出内訳は、「一般行政費」が1993年の59%から1997年の72%へと大幅に増加する一方で、「実施／政策研究」が39%から19%へと大幅に減少しており、保健省の役割がサービス実施から、監督機能だけに縮減したことを予算においても表している。地方政府（LGU: Local Government Unit）の保健分野の予算額をみると、1995年以降大幅に増加していることがわかる（表2-10）。これは権限委譲にともなう財源の委譲によるものである。しかしながら、今回の調査を通じて、地方政府による保健サービス供給は未だ十分とは言えず、サービスの多様な側面において地方政府は中央政府からの支援を受けることを期待しており、また支援を受けないと十分なサービス提供が実施できないという状況にあることが明らかになっている。

表 2-9 財源別・保健関連の国家予算（1991-1997）³¹

	支出額（億ペソ）					割合（%）				
	保健省	他の国家機関	借款（ローン）	贈与（グラント）	合計	保健省	他の国家機関	借款（ローン）	贈与（グラント）	合計
1991年	87	15	8	12	122	71.2	12.3	6.9	9.6	100.0
1992年	94	18	6	7	125	75.2	14.7	4.6	5.4	100.0
1993年	63	22	6	9	101	62.8	22.2	5.8	9.3	100.0
1994年	66	22	5	10	104	63.9	21.5	4.7	9.9	100.0
1995年	76	30	3	9	118	64.6	25.1	2.6	7.6	100.0
1996年	98	35	8	11	153	64.3	22.9	5.4	7.4	100.0
1997年	132	37	4	14	186	70.8	19.6	2.1	7.5	100.0

³¹ DOH, Health Sector Reform Agenda Philippines 1999-2004

表 2-10 地方政府の保健関連予算(1991-1997)³²

	支出額 (億ペソ)				割合 (%)			
	個人保健・医療費	公衆衛生費	その他	合計	個人保健・医療費	公衆衛生費	その他	合計
1991年	3	7	4	14	20.0	52.7	27.4	100.0
1992年	3	9	5	17	19.2	50.6	30.2	100.0
1993年	17	29	14	59	27.9	48.1	23.9	100.0
1994年	23	44	21	87	26.0	50.1	23.9	100.0
1995年	28	52	24	104	26.9	50	23.1	100.0
1996年	34	61	30	125	27.4	48.9	23.7	100.0
1997年	39	79	37	155	25.3	50.9	23.8	100.0

(5) 保健省地域保健局及び地方政府における保健行政予算

地方権限委譲後の保健セクターにおいては、地域保健局が地方政府保健局に技術支援を行ない、地方政府が保健プログラムの実施をすることになっている。しかし、プログラムによっては、現在も保健省本省からの物資援助が継続されているプログラムもある。結核がその好例で、抗結核薬は、ほとんど国から地方へ支給されている。保健省地域保健局は国から支給される予算が主な財源である一方、地方自治体保健局は国から地方政府に支給される予算（内国歳入割当：Internal Revenue Allotment: IRA）と、地方での税収の二つの財源がある。

今回の調査でインタビューを実施した多くのフィリピン側関係者の話によると、地方政府保健局では行政府の長による政治的影響強く受け、行政府の長が保健プログラムに政治的興味がない場合には、十分な予算が確保されないという問題があることが明らかになった。地方政府の首長の保健プログラムに興味を示さない理由としては、道路などのインフラ整備に比べてモノとして残らないため目立たず、選挙の際に集票に結びつかないことが挙げられる。目、地方で展開する援助プロジェクトには、地方政府の行政府長を動機付けてオーナーシップを高めるようなアドボカシー活動が必要とされている。

2-4-2 感染症対策全般の現状

(1) 保健省本省の感染症対策システム

2000年9月に保健省の機構改革により、現在、保健省の組織は図2-3のようになっている。図中、感染症対策に関連深い組織を太線で囲った。

保健省組織図上部から順に、まずエイズ対策の調整を行うフィリピン・エイズ協議会 (Philippine National AIDS Council: PNAC) は、保健長官直属の機関として存在する。日本などの外国援助機関による感染症分野協力案件の取りまとめをするのは、保健省組織図の中ほど左側に位置する保健省国際保健協力局(Bureau of International Health Cooperation: BIHC)である。

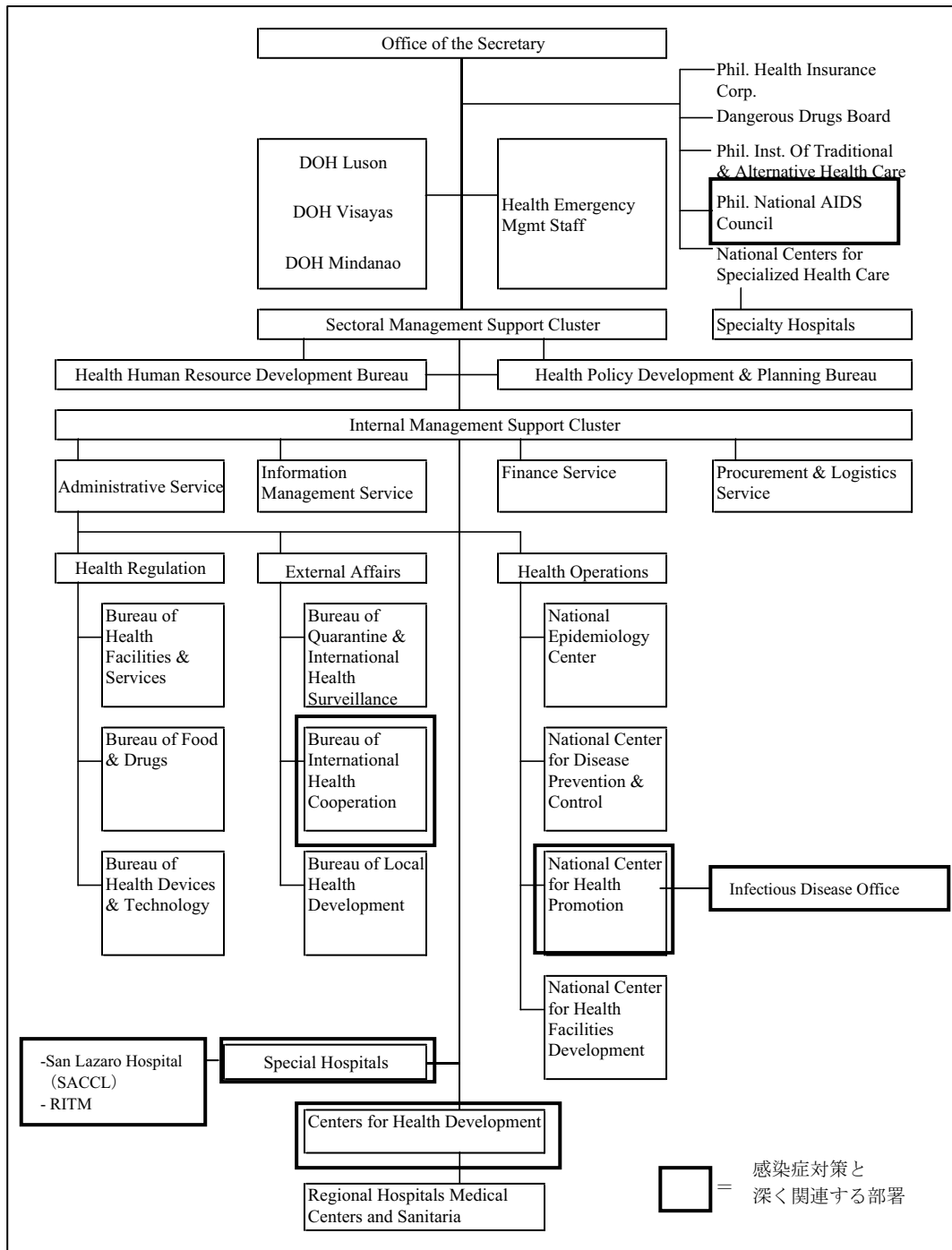
各感染症対策の政策策定などの責任を負うのは、図2-3 感染症組織図の中ほど右側にある保健プロモーション・センター (National Center for Health Promotion) に属する感染症対策室 (Office of Infectious Diseases) である。これはかつて保健省内で独立した部署であった結核対策本部、マラ

³² Ibid.

リア対策本部、住血吸虫本部などが廃止され統合されてできた部署である。この感染症対策室は、図 2-4 の組織図のとおり、2 課と 4 ユニットから構成される。各ユニットには、結核、HIV/STIs、マラリア、住血吸虫、デング熱、水・食物感染症、寄生虫、フィラリア、予防接種拡大計画プログラム (EPI) の担当者が配置されているが数は少ない。また、改編前に存在した専門の担当課（結核ユニット、エイズユニット・マラリアユニット等）は存在しない。現時点では、この感染症対策室が中央政府保健省の中心的存在ということになっているが、保健機構改革により人的・財政的資源は地方へ委譲されているため、この感染症対策室の実質的影響力はあまり強くない。

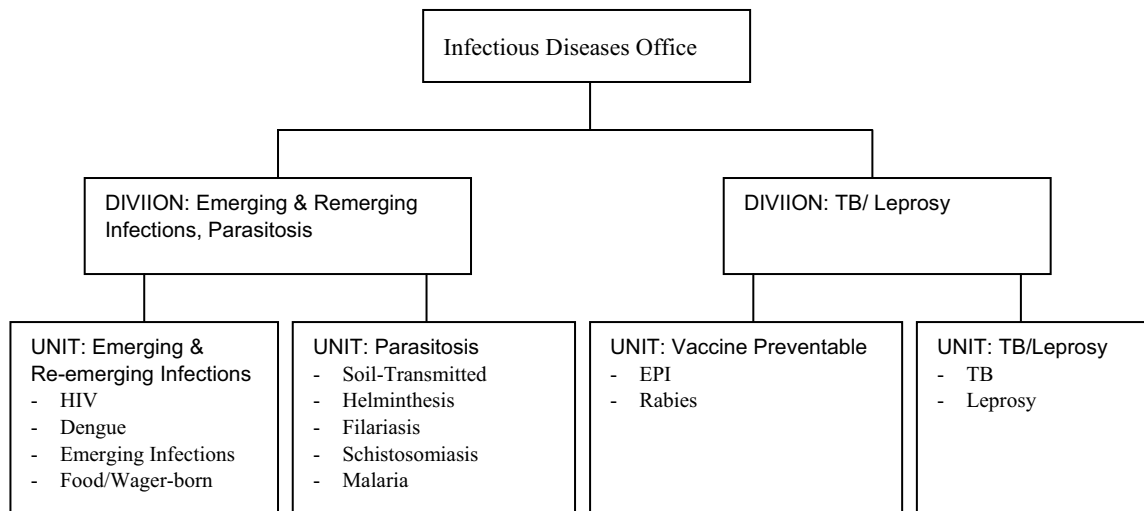
図 2-3 保健省組織図では、図の下方左側に、特別病院 (Special Hospitals) があり、ここに日本のエイズ対策プロジェクトにより設立されたエイズ性感染症中央共同ラボラトリ (SACCL) があるサン・ラザロ病院や、日本が長年にわたり支援している熱帯医学研究所 (RITM) が属している。また、保健省組織図下中央にある地域保健局 (Center for Health Development : CHD) は、各地域 (Region) の保健行政を担っている。

保健省組織図から、保健省本省内において、感染症対策に関連の深い部署が地域保健局 (CHD) とどのような位置関係にあるか、つまり保健省本省と地域保健局との指揮命令系統のしくみを理解することは、感染症対策案件を計画・実施する上で非常に重要である。保健省組織図から明らかとなり、地域保健局は、組織図の上部にある国内運営支援群 (Sector Management Support Cluster : SMSC) と直接つながっている。つまり地域保健局は国内運営支援群の命令ライン下にあるため、感染症対策に関するガイドラインを設定している「感染症対策室」や、RITM や SACCL が属する「特別病院」は、地域保健局に対して強制的な命令権がない。また、「感染症対策室」は地域保健局と国内運営支援群 (SMSC) のラインとは異なるため、地域保健局から直接上がってきた感染症対策案件要請は、時として感染症対策室を通過することなく、保健省国際保健協力局からフィリピン国における援助調整を行う機関である国家経済開発庁 (NEDA) へ直接行く場合もある。



(出所) 調査団作成

図 2-3 フィリピン保健省組織図 (2002年3月現在)



(出所) 調査団作成

図 2-4 感染症オフィス組織図 (2002 年 3 月現在)³³

(2) 中央政府の感染症対策予算

フィリピンにおける保健省本省の主な感染症予算配分は表 2-11 のとおりである。表から明らかとなり、感染症対策のほとんどの予算は、EPI のために使われている。また、本評価調査対象である結核・HIV/STIs・マラリア対策用予算は、結核が 37,112 千ペソで 8.2%と最も多い。これはフィリピンにおける結核患者問題が国家レベルで深刻な状況にあること反映している。結核について多いのは HIV と性感染症対策である。これは、フィリピンにおける HIV 感染率は低いものの、既に述べたような HIV 流行のハイリスク要因を抱えているため、引き続き HIV 予防のため活動がなされていることをあらわしている。マラリアは、3 つの感染症の中では予算配分が最も少ない。これは、マラリアがフィリピン全体の保健統計では、死因のトップ 10 から外れていること、及びマラリアがフィリピン内でも限られた地域でのみ発生していること等を反映していると推察できる。

表 2-11 フィリピン保健省本省の感染症対策予算配分 (2001 年)

予 算 項 目	(千ペソ)	割合 (%)
結核	37,112	8.2%
HIV と性感染症	17,000	3.7%
マラリア	4,500	1.0%
住血吸虫	3,192	0.7%
EPI	388,960	85.3%
その他の感染症 (デング熱、らい病、フィラリア、狂犬病、水と食物による感染症、急性呼吸器感染症等)	5,000	1.1%
Total	455,764	100.0%

(出所) Department of Health, "General Appropriation for CY 2001"

³³ 保健省、「組織図資料」2002

(3) 保健省地域保健局及び地方政府の感染症対策の体制

保健省地域保健局の感染症対策は、それぞれの地域によって多少体制が異なるものの、大枠では国レベル保健省の体制を踏襲した形になっている。例えば第7地域の場合では、感染症を担当する部局は、保健運営部（Health Operations）の中のプログラム開発課（Program Development）の中にある。この中で、結核担当官として2名ほどが配置され、マラリア／デング熱担当官が1名、性感染症／らい病担当官が1名ほど配置されている。

州保健局もそれぞれの州で多少体制が異なるものの、大枠ではサービス供給体制が病院サービス部と公衆衛生サービス部に分かれた体制となっている。この中で、感染症は公衆衛生サービス部が担当し、通常1名ほどの感染症コーディネーターと1名ほどの感染症担当専門職員により担当されている。市や町の保健局になると感染症を専門に担当する部局という体制はなく、市（町）保健オフィサー（医師）を長として、その下に各地区の保健所（Health Center / Rural Health Unit）があり、これら保健所において保健婦（Public Health Nurse）や助産婦（Midwife）が感染症全般を含めた全ての疾病に対応している。

(4) 保健省地域保健局及び地方政府の感染症対策予算

保健省地域保健局での感染症対策予算は、地域の特性により異なる。一般的には、最も深刻な感染症疾患である結核に対して予算枠が計上されている他、マラリアや住血吸虫が深刻な地域でのみその対策用予算が計上されている。性感染症に関しては、通常特別な予算枠はなく、他の疾病対策全般の予算枠の中で扱われる。州や市レベルも地域保健局とほぼ同様である。町レベル以下になると、特定の感染症対策用予算枠というものは存在せず、各保健所の一般的予算範囲の中で対応される。

表 2-12 地域保健局での感染症対策予算内訳例

	第7地域 (千ペソ)	第11地域 (千ペソ)
結核	20,000	11,000
マラリア	3,000	1,400
HIV/STD	特に計上されていない (保健所スタッフのトレーニング用予算のみ)	354

(出所) 第7、11地域保健局予算資料 (2001年)

表 2-13 州・市保健局での感染症対策予算内訳例

	ラグナ州 (千ペソ)	セブ市 (千ペソ)
結核	8,000	3,000
マラリア	(マラリア流行地でないため) 0	(マラリア流行地でないため) 0
HIV/STD	データなし	(臨床検査用物資調達予算: 5,000千ペソの中から配分する)

(出所) 第7、11地域保健局予算資料 (2001年)

2-4-3 結核対策³⁴

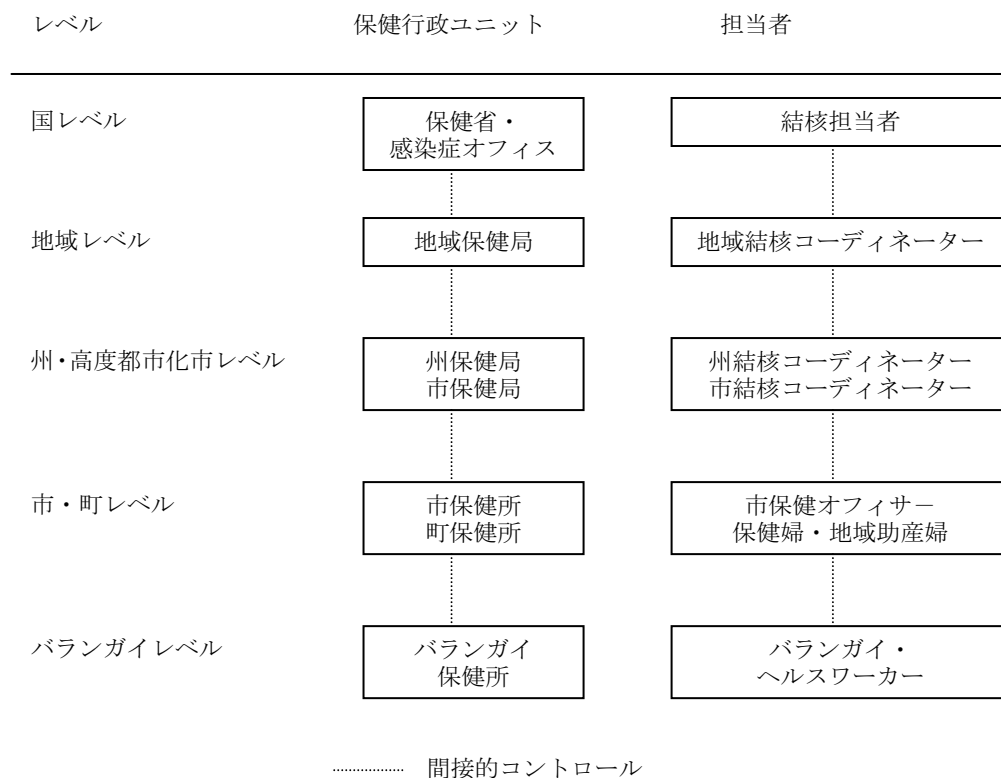
(1) 結核対策の実施体制

すでに述べたとおり、1999年の保健機構改革前までは、フィリピン保健省本省に25名ほどの職員から成る結核対策部があり、結核対策の政策策定、実施計画、実施機関に対する技術指導、評価、他の保健事業との調整及び薬剤その他の供給を行っていた。しかし、保健機構改革により約30人のスタッフがいた結核対策部は消滅し、代わりに他の感染症対策部局とともに、結核担当者が1-3名いる程度の感染症対策室として統合された。現在の国レベルから地方レベルにおける結核対策機構は図2-5のとおりとなっている。図から明らかなおとおり、地域保健局及び州・高度都市化市では結核担当を置いているが、他の業務も兼任している場合が多い。市及び町の管轄下にある保健所（市保健所、町保健所）では、医師1名、保健婦1-2名、助産婦数名で、人口2-3万人を管轄し、一般保健活動（母子保健、下痢症、急性呼吸器感染症、予防接種等）の他、疾病の一時治療を行う。市・町保健所の支所として、バランガイ保健所に助産婦が1名配置され、数名のバランガイ・ヘルス・ワーカー（ボランティア）と共に人口3-5千人のプライマリケアに携わっている。

図2-5を見ると、一見縦割りの結核対策体制が存在しているかのように見受けられるが、図中の破線が示すとおり、上位レベルから下位レベルへのコントロールはあくまで間接的なものになっている。これは、地方権限委譲や保健機構改革により、保健省に結核対策部がなくなって感染症対策室に変わったことで、保健省本省の権限が著しく縮小され、逆に保健省地域保健局の権限が増大したこと、また、州以下各地方政府には独立した自治権が委譲されており、保健省はこの地方政府管轄にある保健局・保健所に対して絶対的命令権を持たないことによる。

ただし、抗結核薬の購入・供給に関しては、基本的に国が購入・配布する縦割りシステムが存在している。これは、保健機構改革により、最初の年には薬剤購入の入札は保健省本省で行い、購入は地域保健局で行うように予算を配分したところ、地域によっては地域保健局長の意向によって薬剤購入予算を他目的に流用したり、薬剤の発注が遅れたことによって入札時との為替差益が大きくなったりしたために、製薬会社が出荷を渋るといった原因による薬剤供給不足が発生したことに起因する。このために、2年目には入札・購入とも本省で行うように戻された。

³⁴ 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」



(出所) 調査団作成

図 2-5 結核対策機構図 (2002 年 3 月現在)

上述のように、結核対策において国からの強制的な縦割り命令系統がない状況は、各地域が限られた資源を効率的に使って、それぞれの地域の異なったニーズに対応できるという利点がある。しかし、短所として、巡回指導が保健省本省により実施されず、地域保健局により実施されるようになったため、地域ごとの巡回指導力に格差があることで結核対策にも地域格差が広がることが懸念されている。また、以前は保健省本省の担当官が地域割りで全国の状況を把握できていたが、それが無くなった現在は、現場で起こっている問題の本省での把握が難しくなっている。

(2) 結核対策の予算

結核対策の予算は、各行政レベルで異なる。保健省本省感染症対策室での 2001 年予算配分は表 2-14 のとおりである。表から、本省予算の多くが、公的セクター及び民間セクター (NGO: フィリピン結核協会) に対する抗結核薬購入に当てられていることがわかる。一方で、モニタリング・評価のための予算は少なく、保健機構改革以降、保健省本省が巡回指導の機能を持たなくなったことをあらわしている。

表 2-14 保健省本省結核対策予算内訳 (2002)

予算項目		金額 (千ペソ)	全体に占める割合
公共セクター (政府保健医療施設)	政策立案	365	1.0%
	能力開発	2,044	5.5%
	ネットワークと政策提言)	300	0.8%
	無償と物資援助	5,275	14.2%
	モニタリングと評価	450	1.2%
	オフィス一般業務関係	573	1.5%
	地方への抗結核薬	13,105	35.3%
民間セクター (NGO 等)	フィリピン結核協会 (NGO)	15,000	40.4%
合計		37,112	100%

(出所) フィリピン保健省感染症オフィス予算資料、2001 年

保健省地域保健局の結核対策予算は、地域により多少異なるが、大枠では共通している。例として、第 7 地域のもを示す (表 2-15)。表から、第 7 地域保健局のほとんどの結核予算は、地方政府に対する抗結核薬配布に宛てられていることがわかる。州・高度都市化市においても、予算配分状況はほぼ同じである。結核対策では、直接監視下短期科学療法(DOTS)によって患者に抗結核薬を適切に飲ませて治癒させることが最も重要であるため、保健省や地方政府保健局の予算配分がこのようになっていると推察できる。

表 2-15 保健省第 7 地域保健局 結核対策予算内訳 (2001)

予算項目	金額 (ペソ)	全体に占める割合
病院・民間セクターその他との連携確立 (結核対策の確立)	690	5.9%
地方政府への抗結核薬配布	10,412	89.2%
地方政府保健医療施設関係者トレーニング	387	3.3%
結核対策情報システム患者紹介システム 結核中央ラボと研修センターの整備	189	1.6%
合計	11,679	100%

(出所) 保健省第 7 地域保健局予算資料、2001 年

表 2-16 州・高度都市化市保健局結核対策予算内訳 (2001)

予算項目	ラグナ州保健局		セブ市	
	金額 (千ペソ)	割合	金額 (千ペソ)	割合
抗結核薬配布	633	91.5%	3,000	100%
人材の能力向上	42	6%		
住民のサービス利用促進				
IEC キャンペーン	17	2.5%		
合計	692	100.0%	3,000	100.0%

(出所) ラグナ州保健局予算資料、セブ市保健局予算資料、2001 年

(3) 結核対策実施状況

① 直接監視下短期科学療法(DOTS) プログラム

フィリピンでは、90年代終わりから：直接監視下短期科学療法(DOTS：Directly Observed Treatment, Short course)を取り入れて、結核対策を実施している。DOTSは90年代後半にWHOが確立した結核戦略で、以下5つの戦略から成っている。

- ・ 一般保健サービスにおける、顕微鏡喀痰検査による患者発見
- ・ 菌顕微鏡陽性患者に対する定型化された直接監視下短期科学療法の実施
- ・ 抗結核薬の継続的供給
- ・ DOTSプログラムの監督と評価のためのモニタリングシステム
- ・ 政府のコミットメント

上記DOTSプログラムは、2002年3月現在、フィリピンのほとんどの自治体における公共セクター保健医療機関で導入実施されている。各自治体は、JICAや世界銀行などの援助機関によりDOTSプログラム導入実施の支援を受けているところが多く、それ以外の自治体では保健省により直接DOTS実施の支援を受けている。市・町やバンラガイにおける保健所がDOTSプログラム実施の基地となっている。

② 援助機関による支援

記述のとおり、フィリピンではDOTSプログラムの全国普及のために、保健省が各援助機関に担当地域の振り分けをしている。主な援助機関はJICA、世界銀行、CIDA、USAIDなどである。各援助機関ともDOTSプログラムに基づいた支援を実施しているため、基本的な実施方法に大きな違いはないが、細かいところでは各援助機関により多少の違いがある。これらDOTSプログラムに参加する各援助機関の活動を調整してフィリピンにおける結核対策を効率的に進めることを目的として、JICAプロ技・保健省・WHOのイニシアティブによりPACT(Project Assistance Coordination to Tuberculosis：結核対策援助機関)ミーティングが立ちあげられている。

(4) 結核対策今後の課題

① 民間セクターとの連携協力

1981年から1983年に実施された全国結核実態調査では、フィリピンにおける結核患者の3分の1が公共セクターで、次の3分の1が民間セクターで治療を受け、残り3分の1はいずれの保健医療機関でも治療を受けていないことが明らかになっている³⁵。結核患者の多くはまず私立病院を訪問して、X線で結核診断を受け、治療費が続かなくなると公共セクターの保健医療機関にやってくる人が多いといわれている。このような状況下、フィリピンでは1995年にフィリピン反結核同盟(the Philippine Coalition Against TB: PhilCAT)が設立され、民間セクターで結核対策を実施する私立病院やNGOなどが参加して、民間セクターにおける結核対策改善について検討している。

³⁵ 国際協力事業団フィリピン事務所「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」

公共セクターとしても、全結核患者の3分の1が利用する民間セクター施設との連携なしにはフィリピン全土の結核をコントロールすることが不可能であり、現在保健省やWHO・USAIDを中心として、公共・民間連携（Public-Private Mix）が検討されている。

② 地方との連携協力

地方権限委譲や保健機構改革が進んだフィリピンにおいては、地方との連携協力なしに結核対策を進めることは不可能である。地方連携の核となるのは、まず保健省地域保健局であり、地域における彼らの結核対策監督指導能力強化を図ることに焦点を置いた戦略が必要とされている。次に結核対策の前線基地である市・町・バラングイ保健所は地方政府に所属するが、地方政府の政治的関心が必ずしも結核にあるわけではなく、また、地方政府の財政事情によっては十分な協力が受けられないこと等が発生している。このような状況に対して、地方政府のオーナーシップを高めるような戦略が必要とされている。

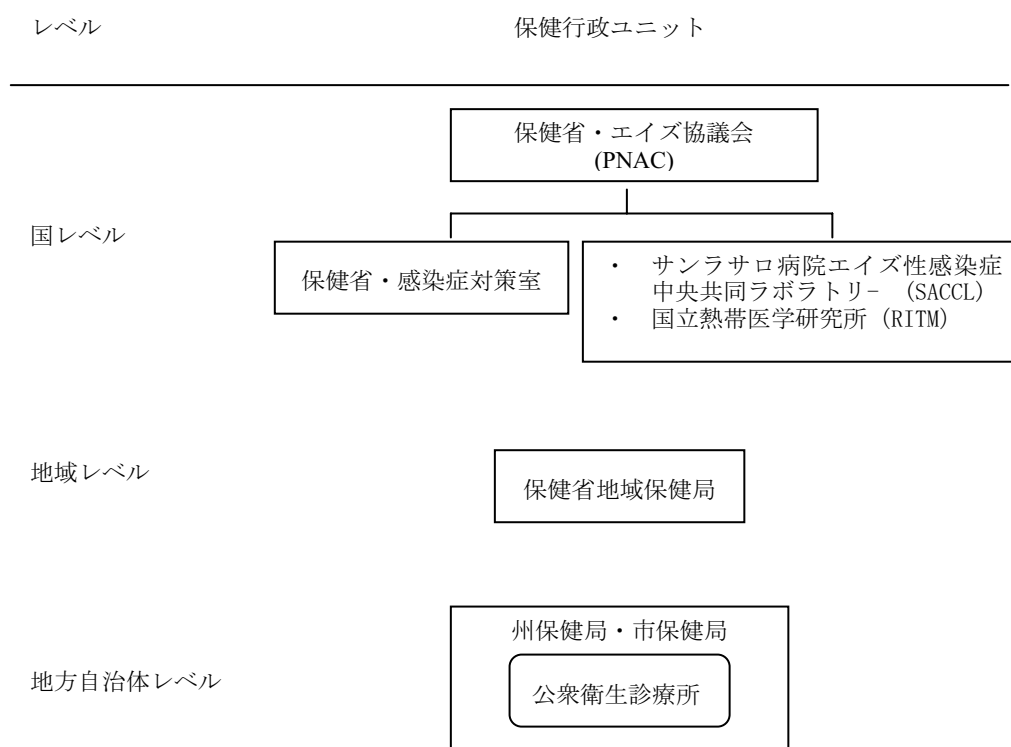
2-4-4 エイズ分野対策

(1) エイズ対策の実施体制

① 公共セクターにおけるエイズ対策の体制

エイズ対策の組織体制としては、図2-6（図2-3、2-4も参照）のとおり、フィリピン国家エイズ協議会（PNAC:Philippine National AIDS Council）が政策レベルでの国の最高議決機関として、現在13の各種政府機関と7の民間組織（NGO等）から構成されるセクター横断的なエイズ対策のイニシアティブを取っている。PNACは教育（Education）、アドボカシー（Advocacy）、地方の責任（Local Response）、そして、科学（Scientific）の4つの委員会で構成されている。また、実務レベルでは、保健省感染症対策室にHIV／エイズ担当者が予防やケアの業務を担当し、サンラサロ病院にあるエイズ性感染症中央共同ラボラトリー（SACCL）や国立熱帯医学研究所（RITM）などが、HIV血液検査や研究に関わる中心的役割を果たしている。地域では保健省地域保健局が、エイズ対策の要の役割を果たしている。地方政府では、州・市保健局管轄の公衆衛生診療所を中心に、エイズ対策が実施されている。しかしながら、図2-6からも明らかなおおり、エイズ対策の体制においては、結核など他の感染症対策と比較すると、国—地域—州—市—町—バラングイといった間接的ではあるが縦割り指揮命令系統は存在しない。この理由として、地方権限委譲が進んでいるフィリピン保健セクターにおいて、国・地域・地方自治体がそれぞれ独立した権限を持っていることもあるが、同時に、フィリピン保健省自身が、HIV感染状況は地理的な境界線で区分して対応するという従来の考えよりも、例えばバス・ルートや、売春に従事する人口の動き、または性感染症の動きなどに注目して、行政の地理的境界線を越えた対策が柔軟に立てられるべきであると認識していることにもよる³⁶。

³⁶ Department of Health, The 2000-2004 Medium Term-Plan for Accelerating the Philippine Response to HIV/AIDS



(出所) 調査団作成

図 2-6 エイズ対策の体制：主な実施機関（2002 年 3 月現在）

② 民間セクターにおけるエイズ対策の体制

フィリピン民間セクターでは、NGO の HIV/エイズ対策活動が盛んである。これはフィリピン・エイズ分野において、公衆衛生診療所等の公共セクター保健医療施設が「登録性産業従事者」などの比較的「合法的」なハイリスク・グループをカバーし、一方で NGO は「フリーランス性産業従事者」や「静注薬物乱用者（ドラッグ・ユーザー）」などの違法行為に関わっている、より「非合法的」な「接触し難い人口（Hard-to-reach Population）」をカバーするという住み分けが成り立っているためである。フィリピンにおいては、一般的に、登録性産業従事者の倍以上のフリーランス性産業従事者がいると言われ、これら人口をカバーしている NGO の役割は大きい。1998 年のデータ³⁷によると、現在マニラ首都圏には 50 近くの NGO が存在しており、それぞれ独自の活動を展開している。しかし、地方政府保健局との連携は必ずしも十分とは言えない。1992 年にマニラ首都圏に拠点を置く NGO の連合体である HIV/AIDS Network が設立された。1998 年では 44 の NGO を構成員とし、月 1 回の例会、年 4 回の総会を通じ、NGO 相互の情報交換、自己研鑽、またエイズ立法に向けた国会議員などへのロビー活動を行っている。一方、セブ大都市圏には、エイズに関わる 5 つの NGO が存在し、地方政府とも連携を強力してエイズ対策を実施している。例として、地方保健局管轄の公衆衛生診療所中にオフィスを間借りして、公衆衛生診療所に

³⁷ 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」、1998

HIV/STD 検査に来た性産業従事者に対し、予防教育を実施する NGO 団体もある。

(2) エイズ対策の予算

フィリピン・エイズ対策の予算は、感染症対策室に配分されているものと、PNAC に配分されているものに大きく分かれる。保健省本省感染症対策室での 2001 年予算配分は表 2-17 のとおりである。表から、保健省本省予算の多くが、他機関との調整等、政策提言活動のために多く使われていることがわかる。

表 2-17 保健省本省エイズ対策予算内訳 (2002)

予算項目		金額 (千ペソ)	全体に占める割合	
公共セクター (政府保健医療施設)	感染症 対策室	政策立案	500	3%
		能力開発	1,150	6.8%
		ネットワークと政策提言	300	1.8%
		無償と物資援助	2,500	15%
		モニタリングと評価	550	3.3%
	PNAC	他機関との調整	12,000	70.1%
合計		17,000	100%	

(出所) フィリピン保健省感染症対策室予算資料、2001 年

保健省地域保健局の予算は、地域により多少異なるが、大枠では共通している。例として、第 7 地域のもを示す (表 2-18)。表から、第 7 地域保健局の多くの HIV/エイズ対策予算は、地方政府保健医療施設関係者トレーニングのために使用されていることがわかる。なお、各地方政府では、一般的に、HIV/エイズ対策用の特別予算枠を計上していない。これは、フィリピンでは HIV 感染率が著しく低いため、地方政府がさほど危機感を持っていないことと、HIV 感染のハイリスク・グループが、違法行為にコミットしているグループであるという事実のために、地方政府が積極的サポートを躊躇していることなどが要因として挙げられている。

表 2-18 保健省第 7 地域保健局 STD/AIDS 対策予算内訳 (2001)

予算項目	金額 (千ペソ)	全体に占める割合
社会の動員	48	13.5%
政策提言と啓蒙活動	52	14.7%
地方政府保健医療施設関係者トレーニング	218	61.4%
モニタリングと評価	10	2.8%
組織強化	27	7.6%
合計	355	100%

(出所) 保健省第 7 地域保健局予算資料、2001 年

(3) エイズ対策実施状況

① フィリピン・エイズ対策

フィリピンにおけるエイズ対策は、1998 年に制定されたエイズ法 (Republic Act 8504: The Philippine AIDS Prevention and Control ACT of 1998) と、これを基本とした国家エイズ・性感染症予防対策プログラム (National AIDS/STD Prevention and Control Program: NASPCP) により計

画される。さらにこれら基本的戦略に加え、その時の必要性に応じてエイズ対策の中期計画（5ヵ年計画）が立てられ実施される。NASPCPの目標は以下のとおりである。

<NASPCPの目標>

・長期目標

- － HIV/STDによる合併症の現象
- － STDによる合併症の低減
- － HIV/AIDS/STDによる個人、家族、コミュニティ、社会に与える影響の緩和

・中期目標

- － HIV感染者モニタリングの継続
- － 公立医療機関に持ち込まれる血液のスクリーニングの実施
- － 安全な性行動を誘導する予防教育の促進
- － ハイリスクな行動をとり易い対象者へのコンドーム使用の奨励
- － 民間医療機関での血液スクリーニングシステムの確立
- － 注射針と注射器の正しい消毒方法の普及
- － HIV/AIDS/STDによる個人、家族、コミュニティ、社会に与える影響の緩和

現在中期計画として、「第3次エイズ対策中期計画（The 2000-2004 Medium Term-Plan for Accelerating the Philippine Response to HIV/AIDS）」が進行中で、以下4つが戦略の柱となっている。

- － マネージメントとアドボカシー
- － リサーチとサーベイランス
- － 小さいスケールでのHIV予防とケア対策の試行
- － 大きいスケールでのHIV予防対策
- － HIV感染者に対するケアとサポート

② 援助機関による支援

援助機関による支援の中で大きな影響力を与えてきたのは、米国である。米国は、1984年にフィリピンで初のエイズ患者が発生して以来、米国海軍医学研究所（USNAMRU）を通して感染者のサーベイを始めたり、1988年第1次中期計画作成も支援するなどの実績を作ってきた。1993年から2000年にかけては、USAIDが保健省と共同でエイズ監視教育プロジェクト（AIDS Surveillance and Education Project: ADEP）を実施し、HIV感染状況の把握と、性産業従事者などのハイリスク・グループに対する予防・ケアを行ってきた。これ以外には、UNAIDSや世界銀行、EU、AusAID等が、アドボカシーやSTD治療サービスなどを実施した。日本による支援は、1994年の日米包括経済協議の中で、細川元首相とクリントン元米国大統領の垂大で取り交わされたGII（Global Issues Initiative）の一環として、JICAによりHIVサーベイランス体制の整備支援やエイズ対策関係者への研修強化を中心としたプロ技や、機材供与、現地国内研修等の一連のエイズ対策案件が実施された。保健省と各国援助機関の支援による大々的HIV感染サーベイランスの結果、フィリピンにおけるHIV感染率は非常に低いと明らかになった現在、各援助機関はエイズ分野の今後の支援に

関して、再検討をしているところである。

(4) エイズ対策今後の課題

① 国レベルの機能強化

公共セクターのエイズ分野においては、記述の PNAC がセクターを横断したエイズ対策の中心的役割を果たしている。しかしながら、組織としての体制はまだ十分とは言えず、人員体制（スタッフは全部で8名程度で多くが契約スタッフ）や財政をさらに強化する必要が指摘されている。エイズ対策の実務的責任を負う感染症対策室においても、エイズ/STD 担当者は1名しかいない。地方公共セクターの現状はさらに深刻で、フィリピンでは HIV 感染率が低く深刻な問題として社会認識されていないために、地方政府においては確立した対策も予算もないのが現状である。このような現実を鑑みると、地方権限委譲が進んだフィリピン保健セクターであっても、ことエイズ対策に関しては、国レベルがより強いリーダーシップを持って対策を進める以外に道はないと指摘されている。

② 地方自治体の機能強化

地方公共セクターにおけるエイズ対策はまだ弱く、ほとんどの地方政府ではエイズ対策用の特別な予算を持っていないのが現状である。地方公共セクターの中心的役割を果たすべき公衆衛生診療所でも、管轄の地方政府からの財政支援が十分でないために HIV 血液検査用資材が購入できなかったり、施設老朽化の問題を抱えていながら改築されずに放っておかれたりしているなどのケースが多く報告されている。このような状況になっている原因として、HIV 感染率が低く問題が表面化・深刻化していないので地方政府がニーズを認めないということの他に、HIV/エイズ問題の主な対象が性産業従事者やドラッグ・ユーザーといった違法行為に関わっているグループであるために、これらグループを積極的にサポートすることに関して政治的な魅力が乏しく、地方政府が二の足を踏んでいるということがある。しかしながら、複数の HIV 流行ハイリスク要因を抱えるフィリピンでは、いつ HIV が大流行してもおかしくない状況にあり、HIV 感染のサーベイと、リスク行動のサーベイ、及びハイリスク・グループに対する予防教育を継続することは非常に重要だと認識されている。よって、地方政府の積極的なコミットメントを引き出すために、保健省や援助機関による指導やアドボカシー活動を今後とも強化していく必要がある。

③ NGO に対する支援の継続

既述のとおり、フィリピン・エイズ分野において、NGO は公共セクターが接触できない HIV ハイリスク・グループをカバーしており、その役割は非常に大きいといえる。フィリピンにおける HIV 流行がひき続き危ぶまれる中で、NGO による HIV 予防活動を強化するべく、保健省・援助機関ともひき続き支援を継続していく必要がある。

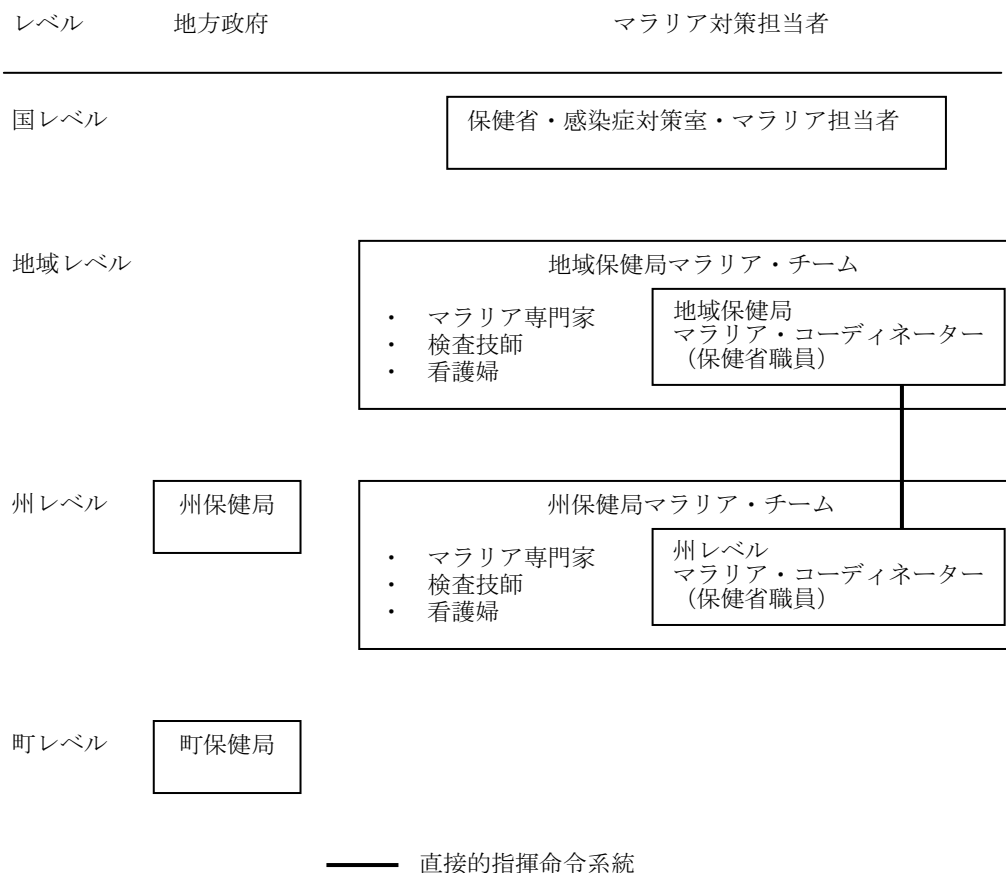
2-4-5 マラリア分野対策

(1) マラリア対策の実施体制

すでに述べたとおり、1999年の保健機構改革前までは、フィリピン中央政府保健省に40名ほどの職員から成るマラリア対策部があり、マラリア対策の政策策定、実施計画、実施機関に対する技術指導、評価、他の保健事業との調整及び薬剤その他の供給を行っていた。しかし、保健機構改革によりマラリア対策部は消滅し、代わりに他の感染症対策部局とともに、「感染症対策室」として統合され、ここには現在マラリア担当者が1名いるのみである。しかしながらマラリア対策は、今も対策予算の多くを中央に依存する「セミ・バーティカル」なプログラムとして実施されている。

図2-7のとおり、保健省職員としてのマラリア・コーディネーターが、保健省地域政府、州政府に配属され、マラリア・チームを組んで対策を実施している。なお、州政府のマラリア・コーディネーターは、普及員（Extension Worker）として、最前線のフィールドでマラリア対策に関わることもある。

図2-7から明らかなとおり、保健機構改革後の保健省でマラリア対策部の代わりに設立された保健省本省感染症対策室には、保健省地域保健局に対する命令権限はない。つまり、保健機構改革によるマラリア対策部の消滅により、本省の強制的な縦割りの指揮命令系統がなくなったことで、巡回指導が本省により実施されておらず、マラリア対策の地域格差を生んだり、マラリア対策の全国の状態を本省で把握できなくなったりなどの支障をきたしている。また、図2-7のとおり、保健省と地方政府が分担してマラリア対策を実施することになっているが、実際には地方政府の財政難と、長年マラリア対策が中央に依存してきたことなどが原因となって、ほとんどのマラリア対策予算は保健省本省からの財源に依存している。



(出所) 調査団作成

図 2-7 マラリア対策機構図 (2002 年 3 月現在)

(2) マラリア対策の予算

マラリア対策の予算は、表 2-19、2-20 のとおりである。地方政府によるマラリア対策予算というものは計上されていない。原則では機材等の供与は政府と地方政府が分担して行うことになっているが、実際のところマラリア流行地の地方自治体でさえ、マラリア対策としては州病院でマラリア治療を行う程度であり、公衆衛生的な視点からのマラリア対策予算は計上していない。

表 2-19 から明らかなとおり、保健省本省予算に巡回指導するための項目はなく、予算のほとんどは抗マラリア薬の購入に充てられている。

表 2-19 保健省本省マラリア対策予算内訳 (2002)

予算項目	金額 (千ペソ)	全体に占める割合
オフィス用品	46	1.2%
抗マラリア薬	3211	86.2%
蚊帳用殺虫剤	270	7.2%
IEC	200	5.4%
合計	3,727	100%

(出所) フィリピン保健省感染症対策室予算資料、2001 年

保健省地域保健局の予算は、地域により多少異なるが、大枠では共通している。例として、第 7 地域のもを示す（表 2-20）。表から、第 7 地域保健局の多くは、モニタリング・評価、データベース・マネージメント、人材育成にマラリア対策予算を使っていることがわかる。

表 2-20 保健省第 7 地域保健局マラリア対策予算内訳（2001）³⁸

予算項目	金額（千ペソ）	全体に占める割合
マラリア診断	110	8.1%
ベクター・コントロール	68	5%
人材育成	264	19.5%
社会動員	199	14.7%
モニタリング・評価	392	29%
データベース・マネージメント	321	23.7%
合計	1354	100%

（出所）保健省第 7 地域保健局予算資料、2001 年

（3）マラリア対策実施状況

① ロール・バック・マラリア（Roll Back Malaria）イニシアティブ

WHO が以前に推奨していたマラリア対策は、残留性の高い殺虫剤の家屋内噴霧が主であった。しかし、この方法は殺虫剤コストと噴霧に携わる人件費に膨大な費用がかかるという問題をはらんでいた。この後、プライマリ・ヘルス・ケアに近い視点からマラリア対策を確立しなおしたものが、90 年代後半に WHO により唱えられ始めたロール・バック・マラリア（Roll Back Malaria: RBM）イニシアティブである。この RBM は、フィリピンにおいても'98 年に採択され、保健省のマラリア対策の基本的戦略となった。RBM では、検査・治療・妊婦の感染予防、集団発生への対策と並んで、殺虫剤含浸蚊帳の普及による予防が大きな柱のひとつとなっている。殺虫剤をしみ込ませた蚊帳は、物理的な障壁（蚊帳）となって蚊の侵入を防ぐのみならず、蚊を近寄せない効果があり、予防効果は通常の蚊帳の約 2 倍といわれている³⁹。

1998 年の資料によると、フィリピン保健省では、年間 45 万張の蚊帳に殺虫剤をしみ込ませており、また、同時に殺虫剤家屋内噴霧も 20 万世帯に実施しており、蚊帳と屋内噴霧合計で約 300 万人を対象にハマダラカ対策を実施していることになっている。しかしながら、フィリピン全体のマラリア流行地居住人口は約 1000 万人と言われているため、実際には流行地居住人口の約 30% をカバーしているに過ぎない⁴⁰。

② 援助機関による支援

フィリピンにおける援助機関によるマラリア対策支援としては、90 年代後半から現在にかけての、殺虫剤含浸蚊帳配布を中心とした日本によるマラリア対策案件群が主なものとして挙げられ

³⁸ 保健省第 7 地域保健局予算資料、2001 年

³⁹ Dennis Carroll, Roll Back Malaria: Technical Support Network for Insecticide Treated Netting Materials, Scaling Up Insecticide Treated Netting (ITN) Programmes In Africa, A Strategic Framework for Co-ordinated National Action, February 2002

⁴⁰ 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」

る。これ以外では、AusAID や USAID によりマラリア対策プロジェクトがあるが、これらはマラリア流行に関する学術研究や、地方政府のマラリア対策能力強化、及び住民参加によるマラリア対策に焦点が当てられたもので、同時期の日本による一連のマラリア対策案件群に比べると規模も小さいものであった。また、世界銀行、アジア開発銀行も、借款による総合保健計画の一部として、マラリア対策を支援している。

(4) マラリア対策今後の課題

① 民間セクターとの連携

現在フィリピンで実施されているマラリア予防対策は、WHO が提唱する薬剤含浸蚊帳使用を中心としたものである。しかしながらこの薬剤含浸蚊帳によるマラリア対策で、フィリピン全土のマラリア流行地のハイリスク・グループに蚊帳を配布し続けるには莫大は費用が必要となり、これを政府等の公共セクターを通じた無償配布のみに頼るのは不可能であるとの認識である。そこで、現実的で持続可能な方法として、WHO が提唱するような公的・民間セクター協力による新たなモデルを導入することを検討する必要がある。これは、公・民セクターそれぞれの行動原理をうまく組み合わせると一つのパッケージとして機能するようなメカニズムを作るもので、具体的には、政府は薬剤含浸蚊帳に関する啓蒙活動を行なって需要を喚起すると共に、市場を育成するための制度的な支援－商品付加価値税や関税の減免等－を行う。民間セクターは、「売れる」商品として薬剤含浸蚊帳を他の商品（砂糖や洗剤といったどこでも手に入るもの）と同様の流通ルートに乗せて販売する、というパッケージである。このメカニズムでもカバーできない極貧層に対してのみ、公的セクターや外国援助による強い支援を集中させるということで、リソースの効率的な運用を図る必要がある。また、中央政府の予算不足や地方政府による乏しい支援を補うために、マラリア対策民間セクターにおいて、地域 NGO と積極的に連携して、マラリア予防・発見・治療対策を実施することもさらに検討されるべきと言える。

② 地方との連携協力

地方権限委譲や機構改革が進んだフィリピンにおいては、地方との連携協力なしにマラリア対策を進めることは不可能である。特にマラリアの場合は、流行地が国の特定地域に限られているため、それぞれの地方の多様性・必要性にあった対策が立てられるべきである。地方連携の核となるのは、まず保健省地域対策室であり、地域における彼らのマラリア対策監督指導能力強化を図ること焦点を置いた戦略が必要とされている。次にマラリア対策の前線基地である市・町・バラガイ保健所は地方政府に所属するが、地方政府のマラリア対策についての政治的関心は一般的に低く、マラリア対策用予算を持つ自治体はほとんどない。このような状況に対して、地方政府のオーナーシップを高めるような戦略が必要とされている。

③ マラリア疫学情報システム⁴¹

フィリピンにおけるマラリアの疫学情報は、顕微鏡検査による確定診断を採用しているため、実際の患者発生数よりも過小評価している可能性が指摘されている。また、顕微鏡検査による疫学指標（Annual Parasite Incidence: API：人口 1,000 あたりの年間スライド陽性数）を採用しているため、その値はスライド・ガラスの供給状況に依存しており、多くのマラリア流行地での API の増減は、患者の増減ではなく、スライド検査数に左右される。つまり、マラリア対策の予算が増えてスライドを前年度より多く購入・投入した結果、値としての API が増加してしまうという矛盾を起こすしくみになってしまっている。これら問題を解決するために、マラリア流行地における人口に対する検査スライド比（Annual Blood Examination Rate: ABER）を、10%を割り込まず長期安定させるための計画とシステムが必要とされている。

2-5 感染症対策分野に対する外国の支援状況

2-5-1 フィリピンにおける感染症対策分野援助決定までの過程⁴²

本評価調査の対象となっている無償援助による感染症対策分野援助案件採択までの流れは以下のとおりである。まず、中央政府保健省・地域保健局・地方自治体保健局等が形成した感染症対策案件を、中央政府保健省の中にある国際保健協力局（Bureau of International Health Cooperation: BIHC）がとりまとめ、そこから国家経済開発庁（National Economic Development Authority: NEDA）に送られる。国家経済開発庁では中期公共投資計画（Mid Term Public Investment Program: IMPIP）の観点からプロジェクト選定を行ない、プロポーザルを作成し、各援助機関に提出する。この後プロポーザルが各援助機関で承認され、援助協定が締結された後、案件実施となる。

なお参考までに、借款による開発プロジェクト案件の場合は、実施担当の各省で立案され、投資調整委員会（Investment Coordination Committee: ICC）及び国家経済開発局（NEDA）で審議・認可された後、財務省及び予算管理省にまわされる。そこでは借款限度枠内に留めることや、カウンター・ファンドの手当てなどが検討され、その後中央銀行により審査が行われる。最終的にこれら全ての機関の承認が得られた後、大統領が実施の指示を行う。これに基づき、借款の交渉及び借款協定が行われ、プロジェクト実施となる。

保健省内で援助案件のとりまとめを行う保健省国際保健局（BIHC）は、二つの課に分かれている。1つは統合プロジェクト・マネージメント課（Unified Project Management Division）で、これは、二国間・多国間の援助プロジェクトを扱う。もうひとつの課は、国際関係課（International Relations Division）で、これは、フィリピンが国際保健分野において果たすべき役割を担当しており、WHO などの保健関連の組織との日常的調整業務の他、各援助機関間の調整業務も実施してい

⁴¹ Ibid.

⁴² 国際協力事業団・医療協力部「医療協力拡充調査報告書」平成4年

る。

2-5-2 USAID

(1) 感染症対策全般

USAID フィリピンの戦略枠組（1999 - 2004 年）は、図 2-8 のとおり、「持続可能な成長を促進するために、経済を再活性化し、統治を変革させる」ことを最終目標とし、その下に各セクターの戦略目標が設定されている。人口・保健・栄養セクターの戦略目標は「出生率の低下と母子保健の改善（戦略目標 3）」となっているが、これに加え、エイズ・結核・マラリア等の感染症が地球規模で深刻な状況にあることが米議会でも認識されたことを受けて、USAID フィリピンでも、表 2-21 のとおり、「特別目標 1（Special Objective 1）」として、「HIV/AIDS 及び他の選ばれた感染症の脅威を減らす」ことを目標として掲げ感染症対策を実施している。

USAID フィリピンによる感染症対策の枠組み及び予算配分概要は、表 2-21 のとおりである。

表 2-21 USAID フィリピン感染症対策枠組と予算概要(1999-2004)

特別目標	中期的成果	予算（概算）	割合	
HIV/AIDS 及び他の選ばれた感染症の脅威を減らす	<HIV/AIDS> HIV/AIDS の急激な増加を予防する (1993-2000)	HIV 感染状況を把握する。（センチナル・サーベイランスの実施） ハイリスク・グループの HIV 予防対策ニーズを同定する。（行動様式サーベイランスの実施）	約 US\$9,000,000	75%
		ハイリスク・グループの HIV 予防意識を高める。（HIV 感染予防教育の実施） 地方政府のコミットメントを高める。（アドボカシー活動の実施）	約 US\$3,000,000	25%
	合計		約 US\$12,000,000	100%
	<結核・マラリア> 2. 深刻な感染症を診断し、低減する能力を強化する。 (2000-2002)	感染症サーベイランス・システムの確立をサポートする。	約 US \$ 3,000,000	60%
		保健ワーカーが選択された感染症を診断しケアできる能力を強化する。	約 US \$ 2,000,000	40%
	合計		約 US\$5,000,000	100%

(出所) USAID/Philippines, "Result Framework Workshop Background Documents", Office of Population, Health, and Nutrition, 2001 及び USAID/Philippines, "AIDS Surveillance and Education Project, Final Evaluation", 2001

USAID/PHILIPPINES RESULTS FRAMEWORK

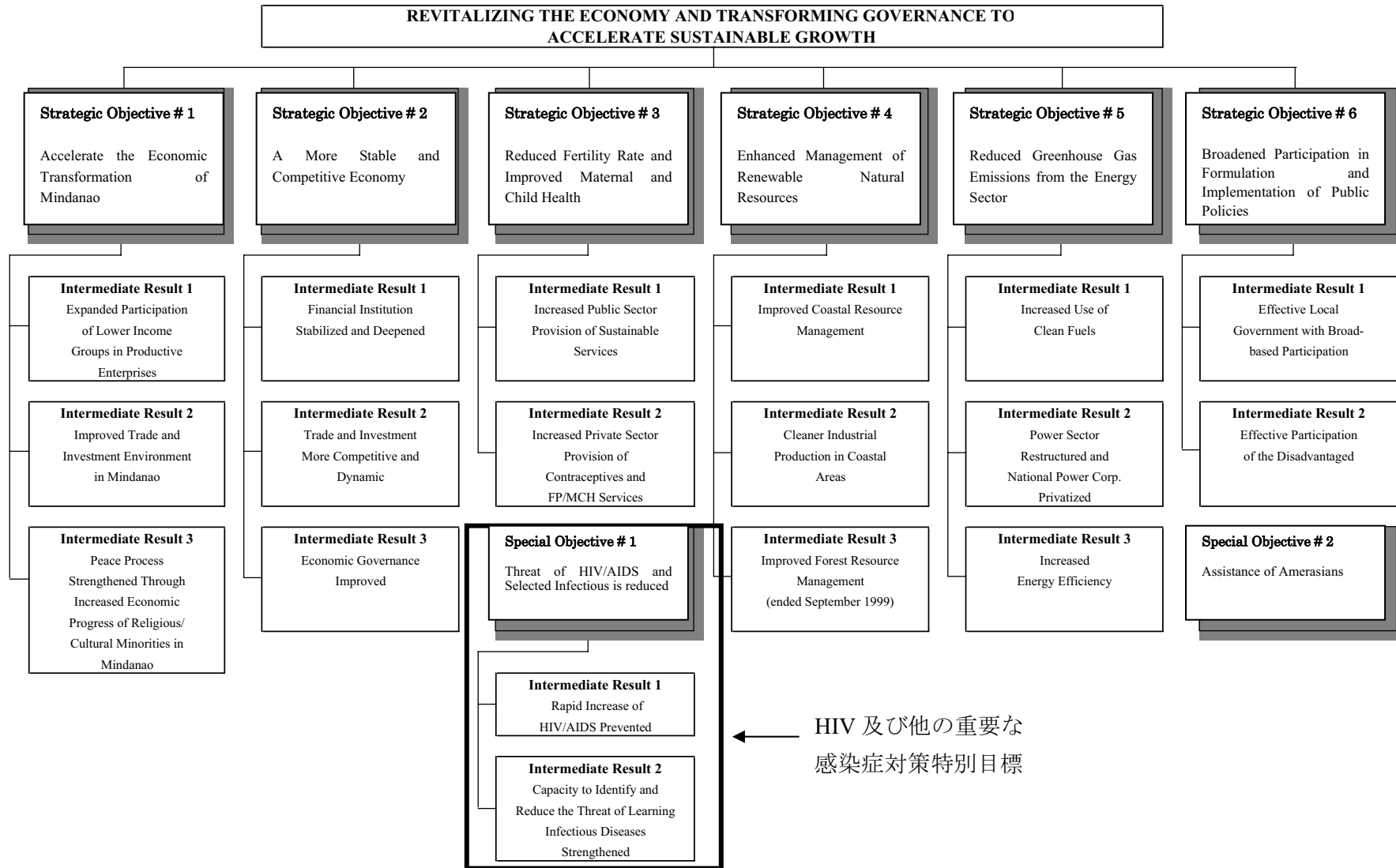


図 2-8 USAID フィリピンの戦略枠組み (1999-2002)

(2) エイズ⁴³ (エイズ監視教育プロジェクト : AIDS Surveillance an Education Project: ASEP)

米国は、1984年にフィリピンで初のエイズ患者が発生して以来、米国海軍医学研究所(USNAMRU)を通じて感染者のサーベイを始めたり、1988年第一次エイズ対策中期計画作成とその実施に際し、保健省を全面的に支援したりするなど、同国のエイズ対策に対して大きな関わりを持ってきた。1993年から2000年の期間に、USAIDは保健省と共同で、総額約1200万ドルをかけて、「エイズ監視教育プロジェクト(AIDS Surveillance an Education Project: ASEP)」を実施した。このプロジェクトはサーベイランス部門と、予防教育部門から構成されており、前者はWHO/WPRO(WHO西太平洋地域事務所)と保健省が、後者は米国NGOであるPATH(Program for Appropriate Technology in Health)がそれぞれ運営を委託された。

サーベイランス部門では、7年間のプロジェクト実施期間中、総額約US\$900万ドルが投じられ、10箇所の都市においてHIV流行の定点監視(Sentinel Serological Surveillance)を行った。サーベイランスの主な対象は、男女登録性産業従事者、女性フリーランス性産業従事者、静注薬物乱用者、男性同性愛者、男性STD患者の6つのハイリスク・グループで、それぞれのグループから100人から300人の血液を1年に2回採取し、HIV及び梅毒の抗体陽性率を調べ、HIV感染の流行状況を判断した。また、1996年からは、二つの都市においてハイリスク・グループの行動調査も実施した。予防教育部門では、7年間のプロジェクト実施期間中、総額約US\$300万ドルが投じられ、PATHを通じて全国20のNGOに対して資金援助を行ない、IEC活動等を展開した。そのうち、マスメディア・キャンペーンは米国のジョーンズホプキンス大学が技術支援した。

なお、USAIDによるエイズ監視教育プロジェクトは、「日米連携プロジェクト」として位置付けられていた。これは、1993年の「地球的展望に立った協力のための共通課題(日米コモン・アジェンダ)」と、これに続いて翌1994年に発表された「Global Issues Initiative on Population and AIDS: GII」を受けてのものである。その内容は、1994年度から2000年度までの7年間に総額30億ドルを目途に途上国に対する人口・エイズ分野の援助を推進していくというものであった⁴⁴。具体的には、サーベイランス部門の活動実施に際し、日本が血液検査用資機材を提供し、USAID側がこれら資機材を使用してサーベイランスを実施した。また、予防教育部門では、日本がフィリピン・ローカルNGOに対して予防教育用資機材の提供とこれら資機材使用に関する人材トレーニングを実施し、USAIDが同じNGOに対して組織運営強化のための支援を実施した。

本プロジェクトの成果として、大々的なHIVサーベイランス実施後、USAIDは、フィリピン保健省・WHOとともに、「フィリピンにおけるHIV感染率は非常に低い」というコンセンサスに達したことが挙げられている。また、予防教育部門においては、USAIDが支援したNGOが組織運営能力を高めたと共に、これらNGOにより教育を受けたハイリスク・グループの知識・行動が改善されたという結果が出ている。

(3) 結核・マラリア(感染症監視・コントロールプロジェクト Infectious Disease Surveillance and

⁴³ 国際協力事業団フィリピン事務所「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」1998

⁴⁴ (財)家族計画国際協力財団 外務省委託調査「G I I (地球規模問題イニシアティブ)」に関する中間報告書、1997

Control Project: DSCP)

USAID は 2000 年から 2002 年にかけて、3 つの州を対象とした結核・マラリア対策のための「感染症監視・コントロールプロジェクト (Infectious Disease Surveillance and Control Project: DSCP)」を実施した。このプロジェクトは、サーベイランス部門と地域保健活動強化部門に分けられ、前者は総額約 300 万ドルの予算で、保健省内の熱帯医学研究所 (Research Institute for Tropical Medicine: RITM)、国立疫学センター (National Epidemiology Center: NEC)、国立疾病抑制・予防センター (National Center for Disease Control and Prevention: NCDPC) との連携協力により、結核・マラリア流行に関するサーベイ・システム確立のための諸活動を実施した。後者は総額約 200 万ドルの予算で、地方政府との連携協力により、結核・マラリアの発見・診断・治療に関して地方政府保健局や地域保健ワーカーの能力向上を目指した。具体的には、地方政府に結核・マラリア対策のプロポーザルを作成してもらい、より良いプロポーザルを提出した地方政府に対し資金を提供する「グラント・プロポーザル」事業や、地方政府保健局関係者 (医師、保健婦、バランガイ・ヘルス・ワーカー) に対する「人材育成事業」などがある。

本プロジェクトの主な成果として、実施のために、異なるセクターからの代表者 (保健省関係者・専門家・学識経験者・NGO 等) から成る国家感染症諮問委員会 (National Infectious Disease Advisory Council : NIDAC) が設立されたことが挙げられている。この他、地域保健関係者の能力向上により、結核治癒率が向上し、マラリア罹患率が低下したという結果も出ている。

(4) 今後の展望

表 2-21 の「USAID フィリピン戦略フレームワーク 1999-2004 年版」は、特別目標としてフレームワーク本体とは別設定になっていた感染症対策を統合する形で、「戦略フレームワーク 2002-2006 年版」としてこの度改定されることになった。この新戦略フレームワーク 2002-2006 年は、現在ほぼ出来上がっているものの、未だドラフト段階にあり、詳細を本報告書に引用することはできないが、概要は表 2-22 のとおりである。同戦略では、中期目標である「地方政府の保健サービス能力強化」と、「民間セクターの拡大と質の改善」が USAID の保健分野新戦略の中で特に重要視されている。

表 2-22 USAID フィリピン 人口・保健・栄養セクター新戦略 2002-2006 年概要 (案)

戦略目標 (Strategic Objective: SO) : 「望ましい家族のサイズを達成し、これを持続させる」

中期目標 (Intermediate Result: IR)
地方政府の保健サービス能力強化
民間セクターの拡大と質の改善
社会による家族計画の受け入れ
ヘルスポリシーとファイナンスの強化

(出所) 聞き取りにより調査団作成

① 地方政府の保健サービス能力強化

本章ですでに述べてきたとおり、地方分権化・地方権限委譲が進んでいるフィリピン保健セクターにおいて、保健対策成否のかぎを握っているのは、中央政府よりも地方政府であり、地方政府に対する介入なしに保健分野協力はもはや成立し得ない。この事実は USAID フィリピン内でも強く認識されている。このため、USAID フィリピンでは、地方政府に対する保健プログラムとして、すでに、「マッチング・グラント・プログラム (Matching Grants Program : MGP)」を開始している。MGP では、地方政府の自主性・責任能力・持続性を高めるために、助成額の最低 25%相当額を地方政府が供出するマッチング・グラント (協調贈与) 方式をとり、さらに地方政府自身が設定した年間達成目標 (Annual Performance Goal または Benchmarks と呼ばれる) を達成しなければ、翌年の助成は得られないという厳しいシステムになっている。MGP に関心のある地方政府が応募し、いくつかの条件が満たされると⁴⁵、助成金 (12,000~15,000US ドル) が支給される仕組みとなっている。

② 民間セクターの拡大と質の改善

USAID はフィリピン側の自立発展性を高めるために、民間セクターへの支援に力を入れている。その柱が Friendly Care Foundation Inc. (FCFI) への支援で、活動の最大の特徴は市場原理とフランチャイズ方式の導入である。FCFI は、USAID の財政的・技術的支援の下、1999 年 4 月に設立された NGO である。発起人にはフィリピンの政財界の有力者が連なっており、民間セクターでありながら国家的プロジェクトの色彩が強く、現ディレクターには元フィリピン保健省長官が就任している。FCFI の大きな目的は、フィリピン国民の約 7 割を占める中所得層 (C 階層) から低所得層 (D 階層)⁴⁶ に対して、質の高い公的な保健医療サービスを、適正な利用者負担を求めながら、民間セクターが提供するというものである。現時点で提供されている主なサービスは外来患者のみで、診療科目は①家族計画・②リプロダクティブヘルス・③母子保健・④家族の保健・⑤産婦人科・⑥思春期保健となっており、現在マニラ首都圏に 8 つ、そしてセブとダバオに一つづつ、計 10 の FCFI クリニックが存在する。FCFI の他の重要な目的としては、少しでも自己負担が可能な中間・低所得層を民間セクターで対応することで、財源の限られた公共セクター (政府保健医療機関) のサービスを極貧層 (E 階層) へ集中させることにもある。

また、USAID フィリピンでは、今後の結核対策の柱として、未だ DOTS が十分普及していない民間セクターに対する戦略を進めていく計画をしている。その試みの一環として、フィリピン結核対策分野における「公共-民間セクター統合戦略 (Public - Private Mix)」の研究を WHO と共に進めている。また、既述の FCFI においても、結核治療サービスを診察科目として統合する計

⁴⁵ 加入が可能な地方政府は、当初は人口 8 万人以上の市・町のみであったが、最近ではそれ以下でも州政府が小さな町を包括的にまとめた場合は認められるようになった。PHIC に加入するための財源を確保するか、または、少なくとも 1 か所の保健センターの整備を行い保健省の基準を満たさなければならない。

⁴⁶ USAID の説明によると、現在、フィリピンの経済的階層は、1) 5% アッパーミドルクラス、2) 60% ミドルクラス (公務員、雇業者等)、3) 35% 貧困クラス、に分類される。一方、公的医療サービスは 3) と 2) の下層部をあわせた 70% に対して無料で提供されている。しかし公的サービスは非常に限られており、利用したいと思わせるものにはなっていない。FCFI は、全国民の 70% に対して、より良質の、利用したいと思わせるような医療を、適正な価格で提供することを目指す。

画を立てている。

2-5-3 その他の援助機関

(1) WHO

フィリピンを担当する WHO 西太平洋事務所 (WHO/ Western Pacific Region : WPRO) が感染症対策分野で最も多く予算を投入しているのは、結核対策である。結核対策として DOTS 戦略を確立した WHO は、保健省や JICA と共に、DOTS 戦略全国普及を目指して当該分野をリードしている。HIV/AIDS に関しては、HIV 感染率に関する調査やアドボカシー活動を、他の援助機関と連携協力して実施している。マラリア分野においては、ロール・バック・マラリア・イニシアティブに基づく殺虫剤含浸蚊帳配布によるマラリア感染予防とマラリア流行状況サーベイなどを小規模に実施している。

(2) AusAID による支援

AusAID (オーストラリア国際開発庁) のフィリピンにおける支援の最終目的は「フィリピンにおいて貧困に苦しむ男女及び子供達の生活向上と、持続的で公平な開発を目指す」と設定されている。このため、フィリピン国内においても、他の地域と比較して貧困がより深刻な南部フィリピン、特にミンダナオ地方に支援が集中される戦略をとっている。

感染症対策としては、ミンダナオのアグサン・デ・スール州 (Agusan del Sur) においてマラリア対策プロジェクトを実施している。本プロジェクトでは、マラリア発見・診断・治療についてのバランガイ・ヘルス・ワーカーの能力向上を通して、地域マラリア罹患率を下げることを目標としており、2003 年まで続けられる予定である。また、本プロジェクトでは、小規模ではあるが殺虫剤含浸蚊帳も配布している。

HIV/AIDS に関しては、NGO の能力向上、予防教育、HIV 感染に関わるサーベイランス、及び HIV 陽性者の社会受け入れ運動などを中心に小規模な支援を実施していた。

地方権限委譲が進むフィリピンにおいては、公衆衛生プログラムの実施の責任は、保健省地域保健局や地方政府が負っているために、AusAID は、これら組織の動機を高めて、効果的な連携協力を確立することが最も重要であると認識している。この実現のため、今後の活動として、開発の遅れた農村部を中心とした総合的コミュニティ・ディベロプメント・プログラムを立案計画途中である。これは、中央政府でなく、地方政府をカウンターパートとして進める総合プロジェクトで、活動の中には保健セクターの他農業等の所得向上活動、教育活動もコンポーネントとして含まれる。

(3) CIDA による支援

CIDA (カナダ国際開発庁) のフィリピンにおける支援の最終目的も、AusAID 同様貧困対策が中心で「持続的で公平な開発を通じて、フィリピンにおける貧困緩和に貢献する」と設定されて

いる。このため、フィリピン国内においても、他の地域と比較してより貧困が深刻な南部フィリピン、特にミンダナオを中心に、その他開発の遅れた地域に支援を集中される戦略をとっている。

結核分野では、カナダ系 NGO である World Vision に委託して、DOTS 戦略の普及のための「結核イニシアティブ・プロジェクト」を実施している。主な対象地域は、南部フィリピン、パラワン島、北部ルソンなどである。また、ミンダナオ・モスリム自治地域において、プライマリ・ヘルス・ケアプロジェクトを実施しており、この中には、マラリア対策も含まれている。