

東南アジア諸国等人口・開発
基礎調査報告書

—フィリピン国—

平成4年2月

財団法人 アジア人口・開発協会
(APDA)



◀日本大使館表敬
左から
柏木悦郎 二等書記官
後藤利雄 大使
鷺尾宏明 団長
大塚友美 団員

フィリピン大学人口研究所にて▶
左から3人目
Professa Mercedes B. conception
4人目 鷺尾宏明 団長
5人目 Corazon M, Raymundo 所長
Corazon M. Raymundo



◀フィリピン人口委員会にて
右から
Tomas Osias, Chief, Planning
and Monitoring Div.
Carmen D. Garcia, Executive
Director
大塚友美 団員
Eleanor Aura
楠本 修 団員
鷺尾宏明 団長



◀保健省・母子保健局
前列右から
EmilyMaramba,Program officer
鷲尾宏明団長



ロス・パニョス地区、小学校内の
バランガイ・ヘルスセンターにて▶



◀ナボラス地区スラム、面接調査

はじめに

本報告書は、財団法人アジア人口・開発協会が、平成3年度厚生省・社団法人国際厚生事業団委託事業「東南アジア諸国等人口・開発基礎調査」を委託し、フィリピン国で実施したものである。調査及び取りまとめ等については、本協会内に設置した国内検討委員会（主査黒田俊夫 日本大学人口研究所名誉所長）委員を中心に行った。

調査の目的は、「東南アジア諸国等における人口問題等に対する対策が十分な成果をあげうるためには、それぞれの国の人口増加、疾病と死亡、人口再生産、人口分布と国内移動等の人口動向並びに、家族構成、年齢構造等を含む人口構造の静態を詳細に把握し、これが各国の生活・福祉及び保健医療に与える影響、相互の関係等について、検討を進めることが必要である。このため、東南アジア諸国等の人口動態の詳細な動向、生活・福祉及び保健医療の現状等についての調査分析を行い、アジア諸国の人口と開発問題の解決に寄与することを目的とする」ことにある。

調査に当たり現地では、在フィリピン国日本大使館、後藤利雄大使、柏木悦郎二等書記官ならびにMarius Diaz フィリピン人口と開発国会議員委員会プロジェクト・コーディネーターに計画全体にわたるご指導・ご協力をいただいた。

国内では、厚生省大臣官房政策課並びに外務省経済協力局政策課関係各位に調査実施にあたりご指導・ご便宜をいただいた。

ここに深甚なる謝意を表する次第である。

この報告書が今後フィリピン国の人口と開発プログラムと日本政府の有効な協力の進展に役立つことを願うものである。

尚、本報告書は、本協会の責任において作成したものであり、厚生省あるいは日本政府の見解や政策を反映するものでないことを付記したい。

平成4年3月

財団法人 アジア人口・開発協会

理事長代行 前田 福三郎

目 次

はじめに	5
第1章 総括：アジアの文化的孤島 —— フィリピンの苦悩	9
第2章 一般概要	11
1 地理的位置	11
2 気 候	11
3 人 口	12
4 宗教・言語と人種構成	12
第3章 人 口	19
1 フィリピン人口の概況	19
2 フィリピンの特殊性とその要因	22
第4章 保健・医療の概況	33
1 保健・医療	33
2 医療機関、および医療関係従事者	35
3 死因と疾病構造	35
4 予防対策	36
第5章 現地調査報告	43
1 フィリピンの医療機構	43
2 衛生・都市環境	46
3 対象スラムの生活環境	51
第6章 国際協力の課題	59

第7章 調査団メンバーおよび日程	61
第8章 資料	71

第1章 総括：アジアの文化的孤島

—— フィリピンの苦悩 ——

西暦1565年、フィリピンはスペインの植民地となり、1898年には米西戦争によってアメリカの植民地となった。独立したのは第2次大戦後の1946年である。スペインの治下で333年、アメリカの植民地として半世紀に近い48年、合計381年、約4世紀にわたるスペイン、アメリカの欧米諸国による支配は、アジアの文化的孤島といわれるフィリピンを築きあげた。

スペインはカトリックを中心とするラテン文化を、アメリカは英語を中心とするアメリカ文化を浸透せしめ、その結果アジア諸国とは全く異なったフィリピン文化の国が形成された。このような数世紀の長きにわたる欧米の高度文化によるフィリピン民族の支配の歴史を無視してはフィリピンは理解できない。

植民地の遺産としての地主制度、これを基盤とする資本家階級に結びついた政治の不安定は、この国の近代化を阻害してきた。

さらに近代化への離陸を妨げている重要な要因は高い人口増加率である。全人口の85%を占めているローマカトリック教徒の存在が、家族計画普及をおくらせている要因にもなっており、出生率はなお著しく高い。フィリピン国立大学人口研究所の推計によると、合計特殊出生率は4人を越えており、アセアン諸国の中でももっとも高い。

GNP 1人当たり所得も630米\$（1988）にすぎず、マレーシアの1940米\$、タイの1,000米\$と比較してもはるかに低い。農村の貧困と多産は、農村から都市への人口移動を促進し、その結果、都市人口に占める流入人口の割合を高めている。このことは、都市は、農村流出人口を吸収するだけの能力をもっていないだけに、都市は農村の貧困を肩代りするだけで、かえって都市の環境をさらに悪化させることになる。

今回の調査研究の中心課題は、マニラ首都圏における保健・衛生状態、特にスラムや不法占拠地域人口についての生活状態ならびに保健・医療の実態を究明し、それに対応する政策

提言にある。

一般に、スラムや不法占拠地域は低所得者層居住地域とよばれているが、その人口についての正確な統計はない。バンコクにみられるスラムのように、その地域が明確になっていると比較的正確な人口を把握することは可能である。しかし、squatter と呼ばれる不法占拠地域はその性格上、その実数を知ることは極めて困難である。

メトロ・マニラと呼ばれるこの大都市圏の人口は、1990年のセンサスにもとづく推計では783万2,000人で、総人口6,068万5,000人の13%を占めている。開発途上国の首都大都市圏の特徴は2つの眼をもっていることである。1つは近代的な新しいビル、ホテルと広い芝生に囲まれた高級住宅地である。もう1つはスラムに代表される極めて非近代的な地域である。近代と前近代を対照させる二重像である。メトロ・マニラも例外ではない。スラムと不法占拠地域の人口の規模については正確な統計はない。ある推計によれば、これらの都市低所得者層居住地域の人口は、1982年で約240万人となっているが、1980年のメトロ・マニラの人口の40%を占めていることになる（中西徹：スラムの人口、1991）。マニラでは特に1980年代において経済的不況において農村からの流入が増加し、失業者の増大をもたらし、また1986年のエドサ革命以降における国有地の不法占拠地域化の激化などによって、低所得層は増加を示している。このような1980年代の社会的、経済的傾向を考慮すると、メトロ・マニラの都市低所得層居住地域の人口は50%にも達しているようにも思われる。

メトロ・マニラへの人口の集中傾向は、一方ではこのような貧困者層の集積を強化すると共に、他方では外国への出稼ぎを増大せしめることとなり、メトロ・マニラはその中継基地ともなる。

産業構造の近代化のおくれは、これら貧困者層のインフォーマル部門への就業を余儀なくしている。そして、特に留意すべき点はカトリックの信条に支えられた高出生率と、その結果としての高い人口増加率である。農村における高出生率は余剰人口の生産基地となり、都市への流出を不可避たらしめている。都市は必要としないこの農村人口を受け入れるが、これは都市行政を一層麻痺させ、貧困を集積させている。先進諸国が経験したことのない都市の巨大なスラム人口は、多くの開発途上諸国に共通にみられる、もっとも特徴的な現象である。先進諸国にみられなかった異常に高い人口増加率を軸とする貧困の旋回運動である。近代経済学も近代社会学も解答をもっていない。貧困の悪循環を断ち切る根源的な対策は家族計画の普及である。そのためにはまず農村と都市の貧困層に普及させることである。フィリピンの識字率は極めて高く、都市化率もアセアンの中では最高水準に達していることは、家族計画受け入れの基本的条件は整っているとみえよう。

第2章 一般概要

1 地理的位置

東洋の海の真珠にもたとえられる国フィリピンは7,107の島嶼からなり、およそ30万平方キロメートルの広さを持っている。国土の92.3%はその中の11の島によって構成されている。

地理的位置は、東南アジアの海岸線から800km足らず。台湾から463km南の位置にある。東は太平洋に面し、南はセレベス海に面している。国土はI～XIIまでのリージョンとNCR (National Capital Region), CAR (Cordillera Administrative Region) を含む14のリージョンに分けられている。これらの14リージョンは73のプロビンス（県）と1,532のミュニシパリティ（自治区）、40,904のバラングイからなる。主な都市は、マニラ、セブ、ダバオ、ザンボアンガである。

2 気候

気候は熱帯性気候で年間平均気温27℃ぐらいであり、高地はそれよりも涼しい。気温の変化は最も暑い時期である3月から5月と、最も涼しい時期である12月から2月の間でもほんの6℃ぐらいしか変わらない。しかしながら1日気温の変化は10℃にも及ぶことがある。

雨季は6月から9月の間である。だが東部では10月から4月が雨季である。熱帯性低気圧である台風にみまわれるのは6月から10月の間である。

3 人 口

人口は1990年センサスにもとづく推計で6,068万5,000人と推計されている²⁾。フィリピン全土の人口密度は1平方キロ当たり202人である。人口分布の偏りが大きく、面積ではフィリピン全土の0.2%程度を占めるに過ぎないメトロマニラ地域に783万2,000人、総人口の12%以上が集中している。その結果、メトロマニラ人口密度は1平方キロ当たり12,314人と高い数値になっている。マニラ旧市街地に限定すると1平方キロ当たり47,918人という驚異的な数字である²⁾。それに比べてフィリピン全土の約6%を占めるCAR地域の人口は114万9,000人で、人口密度は1平方キロ当たり63人であり、メトロマニラ地域の人口密度と比べた場合そこには著しい差がある。

合計特殊出生率（TFR）は4.05、人口増加率は2.3%、中位数年齢は20.73歳であり、高い出生力にもとづく非常に若い人口構成となっている。

4 宗教・言語と人種構成

(1) 人 種

フィリピン人のほとんどはマレー系とモンゴロイドの混血をその人種的基礎としている³⁾。16世紀からスペイン人が到来し、この人種的基盤の上にヨーロッパ系と中国系の人種的要素が加わった。

非マレー系の少数民族としては、人口の0.1%強を占めているネグリート族（短身、黒色、狩猟採集民族）、ダマガット族（極少数のマイノリティでパプアニューギニア系の特色を持つ）と近年になってからの中国からの移民である。

このような人種混交は、フィリピンがその歴史のなかで異なった植民地権力の支配を経てきた結果生じたものである。従って、フィリピンの民衆はその歴史の過程のなかで形成されていったのである。

(2) 言 語

フィリピンの公用語はフィリピノ（タガログ）語と英語である。フィリピンを300年もの長きに渡って支配したスペインは、その植民地支配のなかで政策としてスペイン語の普及を計らなかつた。米西戦争後、支配権を握ったアメリカは、その支配政策のなかで英語の積極的な普及をおしすすめた。その結果、英語の普及率は非常に高い。

フィリピンで使用されている言語は外来語としての英語、スペイン語を始め、それぞれの地域ごとに多様な言語を持っている。地域に根差した言語としてはタガログ語、セブ語、ビコール語などの主要な言語を始めとして134もの言語が存在するといわれている。これら土着の言語は、オーストロネシア語族インドネシア語派フィリピン語群に属している⁹⁾。

地域ごとに特色のある言語を持っているこのフィリピンの言語的多様性が、フィリピンの国内における地域的な差異を維持する役割を果たすことになる。それぞれの言語は、その言語を使っている人々にとって彼らの文化的なアイデンティティと結びつくものである。したがって、単に多くの人が使っているからという理由で、ある特定の言語がフィリピン全土で支配的な役割を占めるということは困難だったのである。

その結果、これまでは特に国の指導的な分野を担っている高等教育を受けたエリート層にとっては、外来語であるがゆえにむしろ受け入れ易い英語が共通語としての役割を果たすこととなったのである。

現在、国語として定められて以降、フィリピノ語（タガログ語）の教育が全国で行われている。この動きにはフィリピノ語を国語として使うことでフィリピン人の全体としてのアイデンティティを創出しようという目的が考えられる。しかしながら、教育としては行われても、前述のように地域の民族意識と結び付いて実際の受容が阻害されている側面がある。

(3) 宗 教

宗教のなかでも最も勢力があるのはローマカトリック教会のキリスト教である。長いスペイン支配の歴史のなかでも最も大きな信者集団を作り上げた。このカトリックに加え、地方キリスト教分派、アグリパヤンズ（フィリピン独立教会）とイグレスシア・ニ・クリスト(INIC)、及びプロテスタント各派を含めたキリスト教の人口比は総人口の93%にも及び、アジアで唯一キリスト教が支配的な地位を占める国となっている。

1970年のセンサスでは85%がローマカトリック、4.32%がイスラム教、3.9%がアグリパヤン、3.06%がプロテスタント各派、1.3%がイグレスシア・ニ・クリスト、0.9%が仏教徒、そしておよそ1%が他宗教ということである⁹⁾。

フィリピンにおける支配的な地位を占めるキリスト教諸分派のなかで、イグレスシア・ニ・

クリストはフィリピンの今後を考える上で注目してよい宗教であると思われる。この宗派は人口の1.3%を占めるに過ぎないのだが、政治的にも活発な動きを示し、政治に与える影響力としてはカトリックに次ぐ力を持っている。

また、この宗派は教義的にも通常のキリスト教と異なり、フィリピンで発生したキリスト教としての側面を持っている。一般にカトリックはもちろんキリスト教系新興宗教とはいっても外国から輸入された宗教が多いフィリピンの宗教の中で、このイグレスシア・ニ・クリストはその教祖としてフィリピン人を抱き、自国の中に宗教的正当性を見出しているのである。したがって、イグレスシア・ニ・クリストの活動はたぶんフィリピンのアイデンティティ形成の活動と結び付いていると考えられる。

(4) 教育

フィリピンにおける教育の水準の高さは世界的に知られている。医療教育を初めとして様々な分野で、世界的に見ても高水準と評価される教育を誇っている。したがって、高等教育を社会発展の指標として考えた場合、フィリピンは先進国の水準にあるといえることができる。

また、フィリピンの識字率は83%以上である。この識字率はアジアのなかで有数の高い水準である。1980年のセンサスでみると15歳以上の男子の識字率は83.89%、15歳以上の女子の識字率は82.76%であり、その平均値は83.32%である。都市部の識字率は93.14%で、農村部の識字率76.88%よりかなり高いものとなっている。

教育制度としては、初等教育、中等教育が行われた後に大学、各種専門学校を含む高等教育機関で教育を受けることになる。初等教育と中等教育は無料であり、国民全体に提供される。教育制度は国家的に統一されており、初等教育は義務教育で7歳から始まり、少なくとも6—7年に及ぶ。その後、中等教育が4—5年にわたって行われる。

1988年から1989年度における学童登録数は、すべての学年合計で1,501万7,675人である。その内訳は初等教育が公立と私立を合わせて997万2,571人、中等教育が373万7,104人、高等教育が130万8,000人である⁹⁾。

初・中等教育が国民全体に無料で提供されるとはいつても、教育の質には地域差があり農村地域より都市部の方が良質である。なぜなら、地方には地域ごとの言語があり、その教育が小学校の1,2年次に行われることがあるからである。その結果、地方では国語としての英語とフィリピノ語に対する指導は高年次になって行われることになり、相対的に都市部の子供たちと比して農村部の子供たちは不利な状況に立っていることになる。加えて、農村部の子供たちは労働力としての必要性が高いために、就学率そのものも都市部に比べて低くなる。

例えば、メトロマニラ地域で小学校1年入学者が小学校6年時点で残っている割合（Cohort Survival Rate）は87.80%である。それに比べて全国平均では66.62%なのである”。

また、初等教育は義務教育であるとはいっても法律に罰則規定があるような強制力はなく、途中でドロップアウトする率は45.54%を越えている。加えて、教育システムが学童年齢人口の急速な伸びに対して対応しきれなくなっており、教育の質の改善は減速している。達成率目標は70%なのだが、1988年には55.2%の達成率だったのである。このことが意味するものは、平均的な小学生は学校で彼らが学ぶであろうと思われていた物の約半分と少ししか学ぶことができなかったという事なのである。

(5) 社会・政治

フィリピンの政治形態は共和制で上院と下院に分かれている。マルコス体制を崩壊させた1986年のエドサ革命以降、コラソン・アキノが大統領職にある。

フィリピンはキリスト教国で、民主共和制と政治と文化の制度の面からいうと全く欧米先進国と同じ形態を取っている。この民主共和制と宗教制度が全く逆説的にフィリピンの古い社会制度の安定的な保持に重要な役割を担っている。つまり、フィリピンにはきわめて先進的な制度面と植民地時代に形成された実質的な社会構造の面とが混在しており、この混在がフィリピンという国の理解を困難にしているのである。

このことは言葉をかえれば、フィリピンには2つの正当性⁹⁾、つまり異なった価値に基づく社会制度が同時に存在しているということでもある。1つはいうまでもなく、フィリピン独立後、民主共和制のなかでフィリピンの人々が自らの政府に付与している正当性であり、今1つは過去のスペイン支配の中で導入された、主にローマカトリックという形で存在している宗教的な正当性である。この二重の正当性の存在がフィリピン社会構造を独特のものにしていると考えられる。

(6) 経済

経済活動の面からみると1984年—1985年と続いた不況を脱し、1987年以降、高い経済成長率を達成している。1989年のGNPは現在の物価で961,376（100万）ペソで前年比16.83%もの成長率である。1970年物価換算でも1988年度で10.80%、1989年度で5.29%の成長率である。1988年度をピークとする華僑資本の導入による急速な経済成長は、また急速なインフレを引き起こしており問題となっている。

全体のGNPに占める部門別GNP比はサービス・セクターが最も大きく48.9%、ついで工・

鉱業部門が30%、農林水産部門が21%を占めている。主要産業別の就業人口比は1989年第3・4半期で農林水産業が45%、製造業が10.4%、建設業が4.22%などとなっている⁹⁾。失業率は全国平均で3.9%、マニラ首都圏では10.0%である¹⁰⁾。

主要な輸出産品は衣類、電気製品、ココナツ・オイル、粗銅、精製銅、エビ等の魚介類などである¹¹⁾。また1989年の輸出入総額は18,239.90(100万\$)である。その内訳は輸出が42.88%、輸入が57.12%となっている。第二次世界大戦後、1963年、1966年、1973年を除いて輸入超過の状態が続いている。主要な貿易相手国は1位がアメリカで2位が日本である¹²⁾。

またフィリピン経済において重要な役割を占めているのが海外に働きに行った労働者から送られてくる送金である。1978年には290,850(百万\$)であったのが1989年には815,480(百万\$)と大きく伸びている¹³⁾。主要な送金元は1位アメリカ合衆国の2,020,653(\$)、2位サウジアラビアの1,305,578(\$)、3位日本の139,105(\$)となっている¹⁴⁾。この海外へでかけて行く労働者の中にはフィリピン国内でも地域によっては不足している看護婦や、医師等をはじめとする高度な教育を受けた人々が含まれている。送金額の大きさから、この海外雇用はフィリピン経済に大きな役割を果たしているのだが、その一方で国内でも重要な人材の頭脳流出の問題として重要な問題となっている¹⁵⁾。

(注)

- 1) 1990 Philippine Population Data Sheet. POPCOM 1991
- 2) Philippine Almanac 1990. Aurora Publication 1990, p.191
- 3) Philippine Yearbook 1989, National Statistics Office 1989, p.32
- 4) Philippine Almanac 1990, Aurora Publication 1990, p.196
- 5) Philippine Yearbook 1989, National Statistics Office 1989, p.141
- 6) 1990 Statistical Handbook of the Philippines. National Statistical Office, P45
- 7) 1990 Statistical Handbook of the Philippines, National Statistical Office, P47
- 8) 正当性とは社会秩序及び社会規範の根拠性のことである。マックス・ウエーバー、世界の大思想 3 ウエーバー、阿部行蔵訳、「支配の社会学」河出書房新社 1973
- 9) 1990 Statistical Handbook of the Philippines, National Statistical Office, p.166
- 10) 1990 Statistical Handbook of the Philippines, National Statistical Office, p.115
- 11) 1990 Statistical Handbook of the Philippines. National Statistical Office, p.210
- 12) Philippine Yearbook 1989, National Statistics Office p.818
- 13) Philippine Overseas Employment Guidebook, AIDEC International 1989, p.85
- 14) Philippine Overseas Employment Guidebook, AIDEC International 1989, p.87
- 15) この頭脳流出は文字どおりの意味で看護婦や医師をはじめとする高等教育を受けた人々が主に欧米に移動してしまうということに加えて、仮に国内に留まっていたとしても大学を出た知識階層の就業機会が外資系企業にほとんど限られてしまうことから事実上の頭脳流出が構造的に起こっていることも重要な問題である。
- 16) Philippine Year Book 1989, National Statistical Office, p.269

表1 主要経済指標, 1988-1989

	1988	1989		1988	1989
G N P 成 長 率 (%)	6.58	5.55	貿 易 収 支 (億 ド ル)		
産 業 別 構 成 比 (1972 年 価 格 , %)			輸 出	70.7	78.2
農 業	27.39	26.88	輸 入	81.6	104.2
工 業	32.75	33.09	バ ラ ン ス	(10.9)	(26.0)
サ ー ビ ス	39.86	40.03	対 外 債 務 残 高 (億 ド ル)	279.1	266.2
部 門 別 成 長 率 (%)			対 ド ル 為 替 レ ー ト (年 平 均)	21.09	21.77
農 業	3.49	4.02	失 業 率 (%)	8.3	8.6
工 業	8.48	7.10	不 完 全 就 業 (週 40 時 間 以 下 , %)	33.2	32.4
サ ー ビ ス	6.26	6.42	イ ン フ レ 率	8.76	10.55

出所 National Economic Development Authority

表2 主要人口指標, 1990

	全 国	メトロマニラ (NCR) 地域
総 人 口	60,685 (千人)	7,929 (千人)
人 口 増 加 率	2.3	3.0
合 計 特 殊 出 生 率	4.0	2.61
中 位 数 年 齢	20.73	24.51
人 口 密 度	202	1,2467

第3章 人口

1 フィリピン人口の概況

(1) 人口増加と年齢構成

フィリピンの総人口は、1903年の700万人台から年率2%以上の速い速度で増加し、1989年には6千万人台に達した。増加率が2%を割ったのは、1918年と1948年のわずか2回である(表1参照)。この事実から分かるように、人口の年齢構造は極めて若く、活力に溢れている。平均年齢は23.78歳と、近隣諸国に比べてかなり低い(表2参照)。当然のことながら、老年化指数¹⁾は8.57と非常に低く、人口の高齢化は進展していないことが分かる。

しかし、年齢構造の若さは、必ずしも有利であるとは限らない。年少人口(0-14歳)と老年人口(65歳以上)を扶養しているのは、生産年齢人口(15-64歳)である。従属人口指数(総数)は、この生産年齢の扶養負担を示す指標である。²⁾表2に示されるように、生産年齢人口の扶養負担(従属人口指数)は、フィリピンが最も大きい。その原因は、年少人口の多さにある(フィリピンの年少人口指数は、70.76と高い水準にある)。

(2) 出生率と死亡率

次に、総人口が急激に増加した理由を、人口動態率(出生率、死亡率、自然増加率)の側面から見よう。表3が示しているのは、フィリピンの人口動態率の推移である。この表から、(1)1903年以降、死亡率は急速に低下しているが、(2)出生率はそれほど急激に低下しなかつ

たために、(3)自然増加率(=出生率-死亡率)が上昇した結果として人口が急増した、という事実を読み取ることができる。

歴史的経験から明らかであるが、先進諸国の死亡率低下は、社会経済の発展によってもたらされた。しかし、開発途上国の死亡率低下は社会経済開発によるのではなく、先進国の進んだ医療技術や医薬品を導入した結果である、という考え方が今日の定説となっている。³⁾ フィリピンにおける死亡率の低下の原因もここにある、といわれている。⁴⁾

さて、1960年代まで高水準にあった出生率は、1970年から75年までは急速に、その後は緩慢に低下している(表3参照)。この出生率低下の大きな要因は、国家家族計画プログラム(National Family Planning Program)である、と考えられている。事実、出生率の急減期に対応する1968年から78年まで、家族計画運動の普及は順調であるが、その後の普及は停滞している(表4参照)。特に、宗教上の理由などから、家族計画を積極的に推進できないアキノ政権下では、家族計画の普及率は低下さえしている。⁵⁾

以上から、フィリピンにおける人口動態の推移の最大の特徴は、(1)社会経済開発の成果から生じたものではなく、(2)先進諸国の医療技術や医薬品等の導入や政府による家族計画の推進などの外部からの刺激によって引き起こされた点にある、といえよう。

(3) 将来人口

死亡率が着実に低下している反面、家族計画プログラムは停滞しており、出生率が大幅に低下する可能性は少ない。同国の人口は、今後も増加するであろう。表5が示しているのは、2000年の時点におけるフィリピン人口の推計結果である。ここで留意すべきは、出生率の低下が最も急速な低位推計の場合でも2000年の人口が9,000万人を超えてしまい、高位推計の場合には1億を上回ってしまうことである。いずれが正しいにせよ、この人口増加が同国の社会経済に及ぼす人口圧力は、今後ますますその激しさを増すであろう。

(4) 国内人口移動

表6が示しているのは、人口の地域分布の推移である。この表から分かるように、マニラ首都圏と地域IV、そして地域IXから地域XIに至る地区では人口増加が、地域Iと地域Vから地域VIIIに至る地区では人口減少が生じている。この主要因は、人口移動にある。

表7と図1は、人口移動の趨勢を示したものである。この表から、(1)1975年まで、郡部に移動者を引き付ける力があり、移動者の半数以上が郡部へと移動していること、(2)1975年以降は都市の吸引力が大きくなっていること、つまり(3)農村-都市間移動は比較的最近始まっ

た現象であること、の3点が読み取れよう。

1975年頃を分岐点に、移動動向がこのように変化した原因としては、(1)この頃まで農地獲得の目的から辺境を目指す移動が存在したこと、また(2)それ以降は大都市(主にMetro・マニラ)の工業部門での雇用を目指す移動が支配的になったこと、の2点が挙げられる。⁶⁾図1が示しているのは、近年(1975-80年)における人口移動の動向である。ここから、Metro・マニラへの移動が支配的になっていることが分かる。

こうした人口移動は、人口の急速な都市化と不均等な分布、そして農村地帯の疲弊をもたらす。表8が示しているのは、フィリピンの都市化傾向である。1975年以降、市部人口割合の急上昇と、郡部人口割合の加速度的な低下が生じている。その結果が、人口分布の不均等化である。その証左が、表9に示された地域別人口密度の大きなバラツキである。こうした状況は、社会経済開発や国土の効率的な使用からして、好ましいものではない。

Metro・マニラの人口密度が他と比べて異常に高いことにも、注意すべきである。Metro・マニラは、これに続く地方の中小都市が育っていないために、人口が集中的に集まる首位都市(Primate City)と化している。こうした人口の一極集中は開発途上国でよく見られる現象で、都市の貧困や生活環境の悪化など様々な問題の温床となっている。

表9の中で特に重要なことは、従属人口である。既述のように、従属人口指数とは、年少人口と老年人口を扶養している生産年齢人口の負担を示している。この指数を地域別に見ると、いずれの地域でも郡部の従属人口指数の方が、市部のそれより大きいことが分かる。郡部の生産年齢人口は、市部より大きな扶養負担を抱えているのである。

この原因は、先に述べた農村-都市間人口移動である。こうした状況は、農村地域を疲弊させ、それが人口の流出に拍車をかける、という悪循環をもたらしかねない。

(5) 国際人口移動

都市への流入者を待っているのは、深刻な失業問題である。フィリピンの失業率は、不完全就業者を含めると、全労働者の3割強が失業状態に陥っている、という厳しいものである(表10参照)。さらに深刻なことには、人口の急増は今後も続くので(表5参照)、生産年齢人口も増加しつづける。失業問題は今後さらに厳しくなる、と考えられる。

特に注意すべきは、首都圏の失業率が他地域に比べて高いことである。数多くの人々が職を求めてMetro・マニラに流入してくる反面、同地域の近代部門(工業部門等)は十分な雇用を提供できないのである。残念ながらデータは入手できなかったが、フィリピンの近年の人口移動動向(表7参照)や都市化傾向(表8参照)に鑑みるならば、これと同じ現象はメト

ロ・マニラ以外の都市でも生じている、と考えるとよいであろう。

したがって、都市流入者の大半は、失業もしくは不完全就業の状態に陥り、インフォーマル・セクターに職を求めざるを得なくなる。十分な収入の得られない彼らはスラムに定着し、貧困問題、スラム化、生活環境、公衆衛生の悪化、といった諸問題の惹起することになる。メトロ・マニラでは、これらの問題が既に現実のものとなりつつある。⁷⁾

こうした悪条件に輪をかけているのが、フィリピンの経済状況である。経済活動が困難に陥っているフィリピンでは、経済成長による雇用の拡大も大幅な賃上げも望むことは難しい。農村地域では疲弊が進む傾向にある。こうした閉塞状況の中にあって、貧困を脱するために残された唯一の途は、雇用と高賃金を海外に求めることである。表11に示されているように、膨大な数のフィリピン人労働者が海外に流出してきた理由もここにある。

海外への出稼には、確かに利益がある。フィリピン政府も海外契約労働者がもたらす経済的利益に気付いており、⁸⁾ 世界的にもよく知られたフィリピン海外雇用庁 (Philippine Overseas Employment Administration) を設置して、労働者の海外派遣に努めている。しかし、最近、海外派遣に伴う諸種の弊害が、深刻な社会的問題となりつつある。⁹⁾

2 フィリピンの特殊性とその要因

(1) フィリピンの特殊性

以上では、フィリピンの人口状況を概観してきた。同国の人口状況には、他の開発途上国と共通する点が数多くある。しかし、また、同国の人口現象には、極めて興味深い特徴がある。それは、開発途上国としては社会経済の成熟度が高いにもかかわらず、出生率が高い水準にあり、人口の自然増加率が容易に低下しないことである。

表12は、アセアン諸国の社会経済・人口指標である。人口増加が急激なことなどもあって、1人当たりGNPは必ずしも高くはない。しかし、他の社会経済指標は、アセアン諸国の中では良好な値を示している。同国の社会経済の成熟度は、開発途上国としては高い、といえよう。ところが、出生率は他のアセアン諸国よりも高いのである。

この現象は、人口理論に反している。理論的にいえば、社会経済の成熟度の高まりは、図2が示すような因果経路を経て、出生率の低下をもたらすはずである。では、フィリピンの出生率は、なぜ高いのだろうか。最後に、この問題について考えよう。

(2) 特殊性の要因

こうした現象が生じるのは、社会経済と人口とを結付ける因果経路が分断されているからである、と考えられる。つまり、図2の中にあるような諸要因のそれぞれは、個別的にはかなり良好であっても(表12参照)、それらが有機的に結び付いていないのである。また、この経路を分断している最大の要因は、おそらく所得分配の不平等性であろう。

表13が示しているのは、所得分配構造である。すなわち、全世帯を所得水準によって5段階に分け、各階層の全所得に対する占有度を表している。ここから分かるように、最高分位の世帯が全所得の約半分を得ている。これに第4分位を加えると、その割合は6割に達する。端的に言えば、同国の社会は、富裕階層と貧困階層から成っているのである。

社会階層の両極分解は、出生や家族計画に対する態度に違いをもたらす。生活水準が高く、教育のある高中所得層は、子供数を少なく抑え、十分な教育を受けさせるために、家族計画に積極的になる。他方、生活水準や教育水準の低い低所得層は、子供を労働力と見做し、多産を願望するために、家族計画に消極的になる。また、中高所得層が多い都市地域では、低所得層が多い農村地域より、家族計画が浸透しやすくなるのである。

つまり、フィリピンの社会は、図2の因果経路が当てはまる階層と、そうでない階層から成っているのである。この因果経路は、同国の社会全体に適用できないのである。

(3) 所得階層による説明とその帰結

今回の現地調査では、所得階層と家族計画に関するデータは、残念ながら入手できなかった。つまり、特殊性に関する上記の説明は、現地調査の経験をもとに作成した、1つの仮説にすぎない。今後、この種のデータを入手し、その妥当性を検証する必要がある。

しかし、こう考えると、出生率の推移を整合的に説明できる。1970-75年期中に出生率が急減した理由は、家族計画が急速に普及したからである。その普及が急速であったのは、中高所得層がこれを積極的に受け入れたからである。この階層に家族計画が行き渡った後には、家族計画に消極的な低所得層が残った。したがって、1975年以降は、家族計画の普及も容易ではなく、出生率は高水準に留まらざるを得ないのである。

本章の冒頭で述べたが、家族計画に対する政府の消極的姿勢も、出生率の低下を遅らせている。しかし、不平等な所得分配の影響も、無視し得ないほど大きい、と考えられる。

出生率が低下しなければ、フィリピンの人口は今後も増加する(表5参照)。しかし、急激な人口増加は、既に様々な問題(第1節を参照)をフィリピンにもたらしており、現在でさ

え同国の経済にとって大きな負担となっている。したがって、人口の今後の急激な増加が、同国の人口問題をさらに深刻化することは間違いないであろう。

この問題に対処するために、家族計画を積極的に推進すべきである、という意見も一部に見られる。しかし、不平等な所得分配の影響が大きいとすれば、家族計画のより一層の普及を図ることは容易ではない。わが国がこの分野での協力を考える場合、この点に特に留意する必要がある、といえよう。

(注)

- 1) 老年化指数とは、年少人口(0~14歳)に対する老年人口(65歳以上)の割合で、老年化の度合を示す指標である。この指数は、次式によって計算する。

$$\text{老年人口指数} = \text{老年人口} / \text{年少人口}$$

- 2) 年少人口(0~14歳)と老年人口(65歳以上)は、生産年齢人口(15~64歳)に扶養される従属人口である。従属人口指数とは、従属人口を支える生産年齢人口の扶養負担の度合を示す指数であって、次式によって算定する。

$$\text{従属人口指数} = (\text{年少人口} + \text{老年人口}) / \text{生産年齢人口}$$

- 3) 第2次世界大戦以降、開発途上国で生じた死亡率の急激な低下を分析したキングスレー・デービスは、安価で効果的な医療技術や医薬品の先進諸国からの導入、国際医療協力などが開発途上国における死亡率低下の決定要因である、と結論付けている。

K. Davis, "The Amazing Decline of Mortality in Underdeveloping Area," *American Economic Review*, Vol. 46, No.2 (May, 1956), pp. 305-318.

- 4) Corazon M. Raymundo & Imelda Z. Ferantl, "States of Women and Fertility; A Report on the Intensive Study of Communities in the Philippines," mimeo.

- 5) アキノ政権は人口抑制に対する態度は、カトリック教の反発もあり、家族計画を母子保健の一環として位置付ける消極的なものとなっている。

- 6) Raymundo, Corazon M. and et. al., *Population Mobility and Development Issues: Philippines*, Demographic Research and Development Foundation, 1988, pp. 31-34.

- 7) マニラのスラムの状況については、下記の文献が詳しい報告を行っている。

F. Landa Jacano, *Sulum as a Way of Life*, New Day Publishers, 1988.

- 8) この経済的利益とは、(1)海外労働者の送金による外貨の獲得、およびこれによる(2)国際収支の改善、(3)送金を受取った家族の消費需要による地元経済の活性化、そして最終的には(4)国民経済の活性化等である。

- 9) この弊害とは、(1)有能な人材の流出による企業活動や経済開発の停滞、(2)人材が流出してしまうために、多額の教育経費を彼等の育成にかけたわりには、それに見合った利益を国民経済にもたらさないこと、(3)家族の崩壊等である。

表1 フィリピンの人口、人口増加率、および人口密度の推移

年	人 口 (人)	増 加 率 (%)	人口密度 (人)
1903	7,635,426	—	26
1918	10,314,310	1.92	34
1939	16,000,303	2.22	53
1948	19,234,182	1.91	64
1960	27,087,685	3.06	90
1970	36,684,486	3.01	122
1975	42,070,660	2.78	140
1980	48,098,460	2.71	160
1989	60,100,000	2.34	200

注) 1989年の数値は、NEDA-IACの推計値による。
 出所) National Statistical Office, *Census Reports, Year 1903-1980*.

表2 フィリピンおよび周辺諸国の人口指数

(単位：%)

国 名	平均年齢	従 属 人 口 指 数			老年化指数
		総 数	年少人口指数	老年人口指数	
*フィリピン (1984)	23.78	76.83	70.76	6.06	8.57
ビ ル マ (1984)	24.77	75.62	68.45	7.16	10.46
インドネシア (1984)	24.75	74.69	68.76	5.93	8.63
タ イ (1985)	25.09	65.28	59.31	5.96	10.06
中 国 (1982)	27.11	62.61	54.63	7.98	14.61
韓 国 (1986)	27.72	51.65	45.12	6.53	14.46
*日 本 (1987)	37.24	43.75	27.06	16.69	61.68

出所：厚生省人口問題研究所、『人口統計資料集 1989』、人口問題研究資料、1990年3月10日

表3 フィリピンの人口動態の推移

年	普通出生率 (1/1,000)	普通死亡率 (1/1,000)	自然増加率 (%)	合計特殊出生率
1903	49.6	39.4	1.0	—
1939	49.3	27.1	2.2	—
1948	46.8	20.0	2.7	—
1960	46.0	13.7	3.2	6.46
1965	44.5	12.6	3.2	6.30
1970	39.2	10.2	2.9	5.89
1975	34.8	9.3	2.6	5.19
1980	33.7	8.7	2.5	4.96
1984	32.2*	8.1*	2.4*	4.53
1989	—	—	—	4.31

注) 1903～80年の資料は、フィリピン大学人口研究所の推計値。*はNEDA-IACの推計値による。1984年の出生率は、家族計画調査(Contraceptive Prevalence Survey)による。1989年の推計値は、統合的人口・開発プログラム計画(Integrated Population and Development Program Plan 1989-93) およびフィリピン大学人口研究所による。

表4 家族計画実施率の推移

(単位：%)

	1968年	1973年	1978年	1983年	1986年	1988年
全 手 法	16	24	37	32	45.3	36.2
近代的計画法 ¹⁾	2	11	12	18	20.4	20.6
他の計画法 ²⁾	6	8	13	9	12.9	8.8
非計画的手法 ³⁾	8	5	12	5	12.0	6.4

注) 1) 近代的計画法は、ピル、IUD、不妊手術、注射剤を意味する。

2) 他の計画法は、リズム法、リズム法と他の手法の併用、およびコンドームを意味する。

3) 非計画的手法は、性交中絶、性交中絶と他の手法の併用を意味する。

出所) USAID Trends.

表5 フィリピンの将来人口推計結果

推計仮説	2000年時点における合計 特殊出生率の仮定値	2000年の人口推計値 (単位：100万人)
低位推計	2.1	90.0
中位推計	3.0	97.7
高位推計	3.4	105.9

出所) NEDA-IACの人口推計。

表6 フィリピンの人口分布

地 域	人 口 分 布 (%)				
	1948年	1960年	1970年	1975年	1980年
フィリピン	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
メトロ・マニラ	8.2	9.1	10.8	11.8	12.3
I	10.1	9.0	8.2	7.8	7.4
II	4.0	4.4	4.6	4.6	4.6
III	9.6	9.3	9.9	10.1	10.0
IV	10.8	11.4	12.1	12.3	12.7
V	8.7	8.7	8.1	7.6	7.2
VI	13.2	11.4	9.9	9.9	9.4
VII	11.0	9.3	8.3	8.0	7.9
VIII	9.2	7.5	6.5	6.2	5.8
IX	4.0	5.0	5.1	4.9	5.3
X	4.8	4.8	5.3	5.5	5.7
XI	3.0	5.0	5.0	6.4	7.0
XII	3.5	5.1	5.3	4.9	4.7

出所) Raymundo, Corason M. and et. al., *Population Mobility and Development Issues : Philippines*, Demographic Research and Development Foundation, 1988.

表7 移動者の目的地(市部郡部)別割合の推移

(単位: %)

目的地	期 間			変 化 率	
	'65-70年	'70-75年	'76-80年	'65-75年	'75-80年
郡 部	54.0	53.2	42.5	-3.3	-18.3
市 部	45.0	47.8	67.5	+4.0	+20.3
合 計	100.0	100.0	100.0	-	-

出所) Raymundo, Corason M. and et. al., *Population Mobility and Development Issues : Philippines*, Demographic Research and Development Foundation, 1988.

表8 フィリピンの人口都市化

(単位：%)

年	市 部	郡 部	計
1848*	27.0	73.0	100.0
1960*	29.8	70.2	100.0
1970	31.8	68.2	100.0
1975	33.4	66.6	100.0
1980	37.3	62.7	100.0

注) *は1960年の都市の定義による。その他の年は国家統計局(NSO)の年の定義による。
出所) Raymundo, Corason M. and et. al., *Population Mobility and Development Issues : Philippines*, Demographic Research and Development Foundation, 1988.

表9 各地域(リージョン)の人口密度と市部郡別従属人口指数

地域(リージョン)	人口密度 ¹⁾ (人)	従属人口指数 ²⁾ (%)	
		市 部	郡 部
全 国	161.1	71.2	91.4
メトロ・マニラ	9,387.3	59.0	—
I	164.3	79.8	87.3
II	61.2	79.0	88.2
III	264.8	77.3	88.5
IV	131.2	75.9	89.1
V	197.9	84.5	101.6
VI	224.2	76.2	90.5
VII	263.9	73.3	88.1
VIII	130.9	84.2	96.2
IX	136.3	89.7	92.6
X	97.9	77.4	91.0
XI	106.3	78.4	91.2
XII	97.8	83.5	95.5

注) 1) 1980年の1平方キロ当たりの人口密度。

2) 1980年の従属人口指数。

出所) Raymundo, Corason M. and et. al., *Population Mobility and Development Issues : Philippines*, Demographic Research and Development Foundation, 1988.
NEDA, Philippine Yearbook 1985.

表10 各地域の雇用率、失業率、不完全雇用率

地 域	1980年				1988年			
	15歳以上 人口 (1,000)	雇用率 (%)	失業率 (%)	不完全 ¹⁾ 雇用率 (%)	15歳以上 人口 (1,000)	雇用率 (%)	失業率 (%)	不完全 ¹⁾ 雇用率 (%)
フィリピン	28,967	95.0	5.0	34.5	35,862	91.7	8.3	29.4
メトロ・マニラ	3,862	89.5	10.5	11.3	5,005	82.8	17.2	7.7
I	2,158	97.2	2.8	36.1	2,096	92.4	7.6	32.6
II	1,316	96.1	3.9	33.0	1,409	95.0	5.0	25.1
III	2,880	94.0	6.0	27.1	3,629	90.4	9.6	19.4
IV	3,954	94.8	5.2	35.5	4,690	91.6	8.4	25.7
V	2,013	97.4	2.6	45.3	2,416	94.3	5.6	37.6
VI	2,702	95.8	4.2	34.7	3,234	92.7	7.3	36.0
VII	2,276	96.4	3.6	41.8	2,736	94.3	5.7	35.7
VIII	1,642	96.0	4.0	47.1	1,920	94.0	6.0	45.8
IX	1,496	94.4	5.6	27.8	1,811	94.8	5.2	39.0
X	1,625	94.9	5.1	39.9	2,078	92.3	7.6	28.0
XI	1,983	96.0	4.0	38.6	2,501	92.0	8.1	32.8
XII	1,324	96.1	3.9	49.5	1,661	95.3	4.7	47.1

注) 1) 不完全雇用率とは、1週間当たりの労働時間が40時間未満の雇用労働の総雇用労働者に対する割合である。

出所) National Statistical Coordination Board, *Philippine Statistical Yearbook* (1989).

表11 フィリピン人海外契約労働者数の推移

年	海外契約労働者(総数)	うち陸上勤務者	うち海上勤務者
1975	36,035	12,501	23,534
1976	47,835	19,221	28,614
1977	70,375	36,676	33,699
1978	88,241	50,961	37,280
1979	137,337	92,519	44,818
1980	214,590	157,394	57,196
1981	266,243	210,936	55,307
1982	314,284	250,115	64,169
1983	434,207	380,263	53,944
1984	425,081	371,065	54,016
1985	389,200	337,764	51,446
1986	414,461	357,687	56,774
1987	496,854	425,881	70,973
1988	477,764	381,892	95,872
1989	522,984	407,974	115,010

出所) Philippine Overseas Employment Administration Annual Report.

表12 アセアン諸国の社会経済・人口指標

	GNP/ POP ¹⁾	工業化 ²⁾	都市化 ³⁾	進学率 ⁴⁾	識字率 ⁵⁾	乳幼児 死亡 ⁶⁾	家 族 計画 ⁷⁾	出生率 ⁸⁾	死亡率 ⁹⁾	自 然 増加 ¹⁰⁾
インドネシア	440	36	27	46	74	68	45	28	9	19
*フィリピン	*630	*34	*41	*68	*86	*44	*44	*31	*7	*24
タイ	1,000	35	21	28	91	30	66	22	7	15
マレーシア	1,940	25	41	59	73	23	51	30	5	25

注) 1) は1人当たりGNPで単位はドル, 2)~5)の単位は%, 6)の単位は‰, 7)の単位は%, 8)~10)の単位は‰である。

出所) World Development Report 1990.

表13 フィリピンの所得分配

(単位; %)

世帯区分	最低分位	第2分位	第3分位	第4分位	最高分位	合計
構成比率	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	100 %
所得分配	5.5 %	9.7 %	14.8 %	22.0 %	48.0 %	100 %

出所) World Development Report 1990.

図1 フィリピンの人口移動状況（1975～80年）

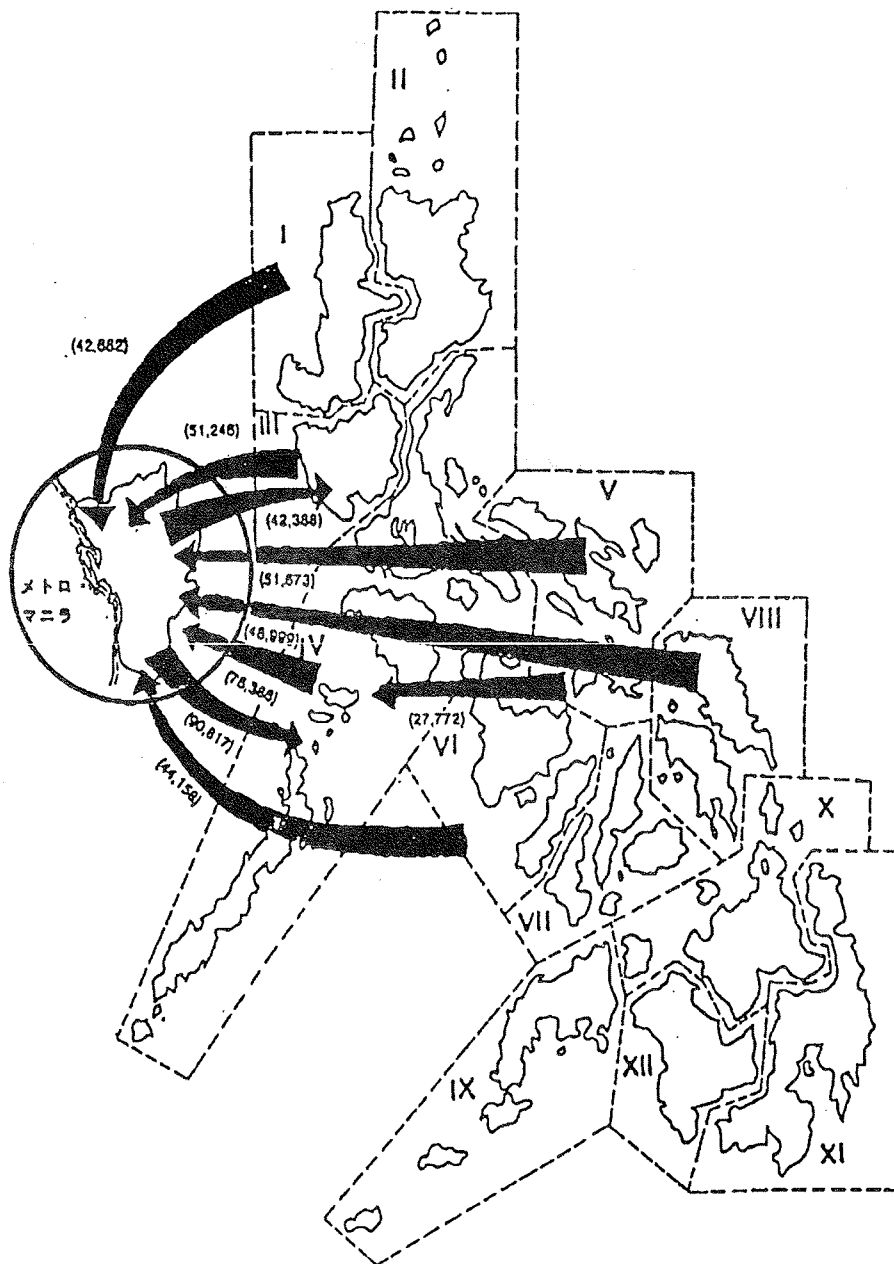
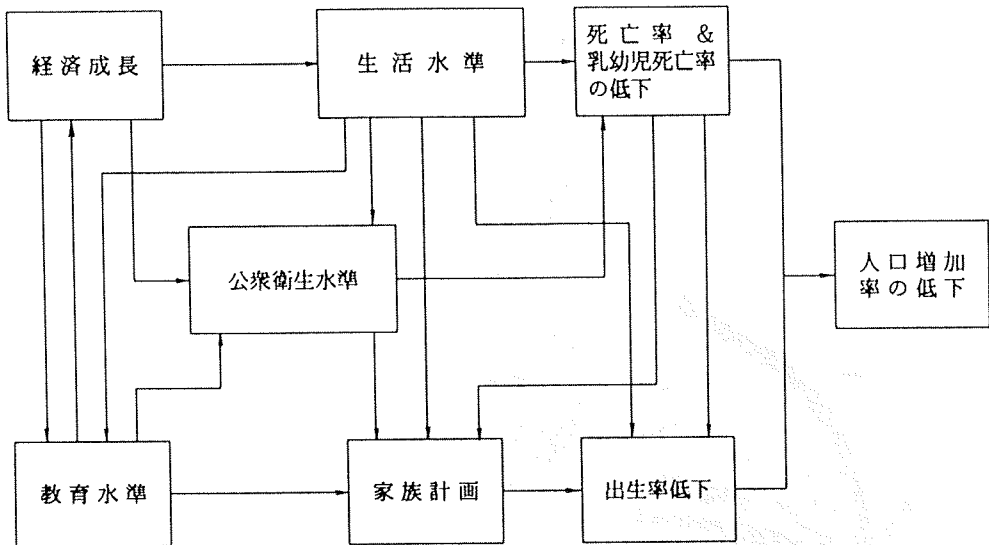


図2 人口現象の因果関係



第4章 保健・医療の概況

フィリピンの保健・医療状況を判断する上で、必ずしも十分に述べるだけの資料はそろっていない。得られた資料をもとに可能な限り概要を述べ、また数値等は、将来比較ができることを考え、できるだけ記録として残すようにした。

1 保健・医療

(1) 環境衛生

① 飲料水について

1988年における給水人口は都市部99%、農村部75%といわれる。マニラ市はMWSS (Metropolitan Waterworks and Sewerage System) が行い、水質に関しても先進国とほぼ同じレベルの基準にのっとり、蛇口での残留塩素が0.1mg/lとなるように決められている¹⁾。1990年末までに1,000万世帯の81%に浄水が供給された(対前年比1.72%上昇)²⁾。しかし実際は漏水等の修理がままならず、漏水部分から汚水が吸い込まれるため水質に問題がある。また近年火山爆発による火山灰の影響で、水質が影響を受けているが、最終的には水質基準を満たしている³⁾。

② 下水道及びトイレ

1988年の下水道は都市部98%、農村部85%をカバーしている¹⁾。都市部では72.3%の家庭

に衛生トイレが完備されている²⁾。農村部家庭の28%は、非衛生的なトイレを有し、25%にはトイレがない³⁾。

(2) 栄養²⁾

①栄養失調は特に小児、妊婦、および授乳中の母親にとって大きな問題であり、1990年には778,225人いる。1990年には(1989年と比較して)全国で栄養失調児の出現割合を3.07%減少できた。これらの予防には高カロリー、高蛋白食の供給が必要で、1990年には97.1%に配給できた。

②ビタミンA欠乏症は眼球乾燥症を起こし失明の原因となる。1990年には183.5万人の対象者に対して、ビタミンAのカプセルが投与できたのは15.1%(1989年は51.9%)であった。

③鉄欠乏は貧血の原因であるが、人口の37.5%にみられる。特に就学前児童、妊婦、授乳中の母親に著明である。1990年に291.5万人の対象者中23.6%に鉄剤の補給がなされた(1989年は92.49%)。

④ヨード欠乏症は地方病としてフィリピンでは高率である。有病者は学童の12.8%で、1990年には97.1万人中7.7万人(8%)にヨード剤の投与がなされた。

(3) カロリー摂取⁴⁾

1986年における1日摂取カロリーは2,308kcal、蛋白量は66g/日、脂肪43g/日となっている。総カロリーについては、1965年より2,000カロリーを越え、1982年に最高の2,443カロリーを記録している。蛋白量は1955年に44カロリーであったが年々増加し、ここ10年は横ばいとなっている。脂肪は1973年以降、40g/日以上となっている。

(4) 予防接種の状況²⁾

1歳未満の乳児に対して6種類の予防接種を行っている。接種率は次の通りである。

結核(BCGとして): 97%(1989年 88.57%)

DPT(ジフテリア、百日咳、破傷風): 89%(1989年 79.0%)

OPV(ポリオ経口ワクチン): 88%(1989年 78.4%)

麻疹: 85%(1989年 82.74%)

妊婦に対する破傷風トキソイド: 47%(1989年 43.49%)

この他、B型肝炎も計画されている。

(5) 補液療法²⁾

5歳以下の小児の下痢に対して、経口的補液療法（ORT）を実施するため補液の配給、保健指導員の教育、健康教育さらに母乳の促進がすすめられている。

2 医療機関、および医療関係従事者

表1に政府機関勤務の医師、歯科医、看護婦、助産婦数を1880～1989まで示した。民間レベルでの数値は文献1から医療関係者として147,638人（1987～88）を知るのみである³⁾。表2は、1989年の保健医療関係者の実数である⁴⁾。（ ）内に日本における数値を示したが、この値は公務員、民間を問わずの値なので一概に比較ができない。表3は、政府および民間の医療機関と病床数である。1ベッド当たりの人口は792人となる。日本では1988年で1ベッド当たりの人口は76.8人となり、フィリピンの10分の1の値を示している。文献5に表3の値が含まれているか否か不明だが、10精神病院に6,785床、8ライ病院に4,920床の記録がある。

3 死因と疾病構造

(1) 死因

国民死因の10大疾患（表4）は、1981～1987年まで上位2位は変わらないが、3位が結核から血管系疾患に入れ代わって来た。また悪性新生物が少しずつ上位に上がって来ている。しかし10位中感染性疾患として肺炎、結核、麻疹、下痢があり、栄養失調やビタミン欠乏症も含めて栄養の改善や環境衛生、予防接種、医療施設の充実で死亡率はかなり改善される疾患が占められている。一方、乳児死亡の10大死因（表5）をみると、予防可能な疾患が10疾患中6疾患を占めているのが特徴である。さらに未熟児や呼吸不全は母子保健の向上でかなり予防可能であると思われる。

(2) 罹患率

表6に10大疾患の罹患率を示した。上位6位までに感染性疾患が占めているが、年々減少傾向を示している。一方、悪性新生物と心疾患の増加が明らかである。表7は届出疾患数と死亡率を示した。表8は、小児科協会加盟13病院での届出数と死亡数である。19歳までの統計であるが、感染性疾患の占める割合が高い。しかし、死亡数が少ないのは、この13病院でかなり高度な医療がほどこされているためであろうか。

(3) エイズ患者の状況⁹⁾

1984年から1991年6月末までの患者数は249人で、その内訳はHIV陽性者（無症状）196人、エイズ患者53人（内34人死亡）であった。性別には男性103人（フィリピン人74人、その他29人）、女性146人（フィリピン人139人、その他7人）だった。249人の感染様式は、男性同性愛者32人、男性両性愛者15人、男性異性愛者13人、女性異性愛者122人、輸血3人、薬物静脈注射3人、周産期4人、その他57人であった。

4. 予防対策

地方病として問題となっているマラリアに対しては媒介昆虫対策、家屋の消毒、環境整備を、住血吸虫症には中間宿主の撲滅、環境整備、健康教育、その他らい病、フィラリア等についても国として予防対策を検討している。

文 献

1. Philippines Country Health Information Profile WHO/WPRO/HIN, Rev/Sep. 1990
2. Annual Report 1990. Office for Public Health Services, Department of Health, Manila, Philippines.
3. AMPAR. C. CANAMO: Analysis of water samples taken from BALARA and LA MESA treatment plants on June 16, 1991 during the ash fall in Metro Manila.
4. 1990 Philippine Statistical Yearbook, National Statistical Coordination Board, Republic of the Philippines.
5. Number of Hospital, Department of Health, Republic of the Philippines.
6. Liu Xirong, Country Review, Philippines.
7. Philippine Pediatric Society Registry of Diseases 1990.
8. Cumulative number of HIV infection/AIDS, Philippine, 1984 to June 30, 1991. National AIDS prevention and control program, Department of Health, Manila.

表1 政府機関の医師，歯科医師，看護婦および助産婦数

年	医 師	歯 科 医	看 護 婦	助 産 婦
1980	7,259	1,027	9,426	9,320
1981	7,378	1,090	9,644	9,470
1982	7,605	1,135	10,230	9,719
1983	8,282	1,172	11,455	9,723
1984	8,315	1,117	11,165	9,130
1985	8,524	1,146	10,424	9,792
1986	8,817	1,120	10,612	9,789
1987	8,817	1,120	10,612	9,789
1988	9,137	1,165	12,166	10,307
1989	9,546	1,163	12,170	10,367

文献：4

表2 保健医療関係者数（1989年）

	数	対 人 口
医 師	9,546	1 : 6,151 (609)
看 護 婦	12,170	1 : 4,825 (169)
助 産 婦	10,369	1 : 5,664 (5,232)
薬 剤 師	730	1 : 80,440 (856)
歯 科 医	1,163	1 : 50,491 (1,740)
衛 生 工 学 士	267	1 : 219,929
栄 養 士	730	1 : 80,440 (238)
保 健 教 育 従 事 者	136	1 : 431,774
医 療 社 会 事 業 者	355	1 : 165,412
検 査 技 師	1,410	1 : 41,646
農 村 衛 生 監 視 員	2,035	1 : 28,856
Barangay 公衆衛生従事者	193,374	1 : 304

文献：1

() 内は1988年の日本の値

表3 病院数および病床数

(1990年)

病 院	病 床 数	ベッド当たりの人口
① 政府機関	566	1 : 1,508
メディカルセンター	3,050	
Regional	14	3,540
Provincial	168	7,150
District	264	9,560
Medicare	72	1,030
Municipal	62	620
Sanitarium	8	4,380
Special	4	2,388
Specialty	4	974
Research	2	75
RHU & FP center	2	20
その他の機関	57	8,094
② 民営病院	1,120	1 : 1,670
Primary	631	9,669
Secondary	350	10,360
Tertiary	139	16,809
総 計 (①+②)	1,686	1 : 792

文献：5

表4 10大死因および粗死亡率

(人口10万人対)

死 因 順 位	1981-1985年 (5年平均)	1986年	1987年
1 肺 炎	90.7 (14.9)	91.3 (15.1)	91.9 (15.7)
2 心 疾 患	65.6 (10.8)	66.0 (10.9)	67.7 (11.6)
3 全 結 核	55.3 (9.1)	55.2 (9.1)	50.0 (8.6)
4 血 管 系 疾 患	47.6 (7.8)	49.6 (8.2)	52.1 (8.9)
5 悪 性 新 生 物	33.3 (5.5)	33.4 (5.5)	35.5 (6.1)
6 下 痢	25.8 (4.2)	23.2 (3.8)	18.5 (3.2)
7 事 故	16.0 (2.6)	19.1 (3.2)	20.3 (3.5)
8 ビタミン欠乏症および栄養失調	13.0 (2.1)	12.5 (2.1)	9.1 (1.6)
9 麻 疹	15.1 (2.5)	13.8 (2.3)	21.7 (3.7)
10 腎炎ネフローゼおよびネフローゼ症候群	9.3 (1.5)	9.4 (1.5)	9.0 (1.5)

文献：4

() 内は各年度全死亡中に占める割合(%)

表5 10大乳児死因および死亡率

(出生1,000対)

死 因 順 位	1981-1985年 ¹ (5年平均)	1987年 ¹	1988年 ²
1 肺 炎	10.2 (24.8)	8.5 (26.3)	9.71
2 未 熟 児	—	—	2.73
3 下 痢	3.6 (8.7)	2.1 (6.4)	2.06
4 敗 血 症	0.6 (1.5)	0.6 (2.0)	1.53
5 先 天 異 常	1.9 (4.6)	1.4 (4.4)	1.47
6 呼 吸 不 全	5.5 (13.4)	4.6 (14.3)	0.56
7 気 管 支 炎	0.7 (1.8)	0.5 (1.5)	0.55
8 新 生 児 仮 死	1.0 (2.8)	0.9 (2.7)	0.54
9 ビタミン欠乏症および栄養失調	1.7 (4.1)	1.1 (3.4)	0.53
10 破 傷 風	—	—	0.52

文献：4¹, 6²

()内は各年度全死亡中に占める割合(%)

表6 罹患率

(人口10万人対)

	1981-1985(平均)	1986年	1987年
1 気 管 支 炎	798.5	1,076.4	599.8
2 下 痢	764.8	986.7	349.3
3 インフルエンザ	616.9	710.2	165.9
4 肺 炎	289.1	339.6	226.7
5 全 結 核	244.2	273.4	175.6
6 マ ラ リ ア	141.9	221.7	0.0
7 事 故	168.1	189.1	78.6
8 麻 疹	94.2	106.0	136.9
9 悪 性 新 生 物	48.4	48.2	98.5
10 心 疾 患	130.6	140.2	172.4
11 水 痘	—	—	25.0

文献：4

表7 届出疾患数と死亡数および人口10万人対死因別死亡率

疾 病	1982年		1987年	
	届出数	死亡数	届出数	死亡数
1 コレラ	472	163	0	0
2 腸チフス, パラチフス及び 他のサルモネラ感染症	5,420	697	15,290	1,121
3 赤痢	0	0	0	0
4 食中毒	0	0	0	0
5 下痢	230,553	15,090 (29.4)	591,858	9,468 (18.5)
6 結核	93,152	28,580 (55.7)	163,740	28,697 (50.0)
7 らい	1,058	89	1,766	63
8 ジフテリア	1,812	491	1,443	245
9 百日咳	14,241	72	8,856	26
10 破傷風	2,673	941	2,910	1,026
11 急性灰白髄炎	355	94	327	43
12 水痘	1,665	15	6,336	15
13 麻疹	37,307	9,286 (18.1)	81,896	12,431 (21.7)
14 ビールス性脳炎	0	0	0	0
15 日熱	1,684	305	1,696	243
16 伝染性肝炎	9,183	653	16,084	817
17 狂犬病	0	0	0	0
18 マラリア	45,716	1,086	121,097	1,226
19 梅毒	102	16	62	9
20 淋病	11,933	5	11,361	0
21 住血吸虫症	3,319	452	13,892	288
22 フィラリア	74	5	354	0
23 悪性新生物	25,838	17,997 (35.1)	27,195	20,364 (35.5)
24 気管支炎	300,286	2,052	642,777	1,814
25 肺炎	123,420	48,650 (94.9)	183,143	52,700 (91.9)
26 インフルエンザ	232,768	1,215	495,161	1,151
27 事故	0	0	114,445	11,630 (20.3)
28 心疾患	0	0	79,214	38,840 (67.7)

文献：4

() 内 人口10万対死因別死亡率

表 8-1 小児科協会加盟 13病院における疾病別届出数と死亡数

(1990年)

	疾患名	28～364日	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	計
I	感染症						
1	アメーバー						
	無症候性	121 (1)	49	31	12	5	218 (1)
	腸	1,852 (5)	1,137 (2)	262	82	20	3,353 (7)
	腸以外の臓器	24	12	6	2	1	45
2	細気管支炎	1,397 (4)	527 (1)	25	14	6	1,969 (5)
3	コレラ	22 (2)	18	10	2	—	52 (2)
4	デング熱	698 (9)	1,029 (14)	754 (2)	237	28	2,746 (25)
5	ジフテリア	25 (1)	20 (2)	14	10	5	74 (3)
6	蓄膿症	32 (2)	15 (1)	4 (1)	—	—	51 (4)
7	脳炎	77 (19)	63 (12)	32 (2)	21	12	205 (33)
8	喉頭蓋炎	7	5	5	2	—	19
9	急性出血性胃腸炎	24 (16)	93 (7)	135 (3)	84	27	363 (26)
	急性非出血性胃腸炎	2,684 (44)	1,704 (32)	362 (16)	160 (2)	75	4,985 (94)
	慢性胃腸炎	—	—	—	—	—	—
10	肝炎	149 (6)	114 (2)	48 (1)	131	27	469 (9)
11	インフルエンザ及び インフルエンザ様疾患	764	651	485	305 (2)	92	2,297 (2)
12	消化器系寄生虫症	704	82	389	256	14	2,145
13	咽頭気管支炎	312 (6)	268 (3)	47	27	5	659 (9)
14	マラリア	27	21	33	14	3	98
15	心筋炎	4	1	2	—	—	7
	原発性	16 (1)	6 (1)	2	—	—	24 (2)
	二次性	34 (2)	21 (1)	20	8	5	88 (3)
16	髄膜炎	714 (49)	308 (34)	183 (10)	33 (2)	9	1,247 (95)
17	流行性耳下腺炎	12	42	32	19	8	113
18	中耳炎	172	218	133	75	22	620
19	百日咳	198	86	47	19	8	358
20	肺炎	322	218	154	62	14	770
	大葉性	842 (18)	654 (6)	342	175	27	2,040 (24)
	気管支炎	7,521 (277)	3,990 (152)	1,058 (27)	465	10	13,044 (456)
21	ポリオ	38	18	7	4	2	69
22	狂犬病	—	—	2 (2)	1 (1)	—	3 (3)
	サルモネラ症 1 (非腸チフス)	49	37	30	21	3	140
24	住血吸虫症	—	5	—	—	—	5
25	敗血症	682 (247)	128 (19)	52 (10)	28	4	894 (276)
26	性行為感染症	1	—	4	2	—	7
27	皮膚感染症	375 (2)	254 (1)	197	65	8	899 (3)
28	破傷風	81	67	52	31	2	233
29	喉頭扁桃炎	1,578 (2)	1,927 (5)	1,059	453	45	5,062 (7)

表 8-2 続き

	疾患名	28～364日	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	計
30	結核						
	肺	598 (2)	1,218 (2)	623	243	35	2,708 (4)
	肺以外(髄膜炎を除く)	40	38	30	14	6	128
31	腸チフス	202	220	349	307	90	1,168
	パラチフス	18	34	45	18	4	119
32	尿路感染症	752	526	432	214	49	1,973
33	ビールス性発疹	—	—	—	—	—	—
	コクサキ	46	37	29	17	5	134
	突発性発疹	99	22	10	2	2	135
	麻疹	1,196 (29)	1,983 (127)	723 (8)	125 (2)	19	4,046 (166)
	風疹	126	89	48	24	8	295
	水痘	30	28	19	8	2	87
	その他	198 (5)	234 (3)	152 (4)	32	1(1)	617 (13)
II	非感染症						
1	事故/交通事故	187 (3)	435 (1)	321 (1)	165	18	1,126 (5)
2	喘息	578 (6)	1,587 (4)	1,205 (2)	375	58	3,803 (12)
3	火傷	45	36	30	14	2	127
4	膠原病	6	10	12	7	2	37
5	先天異常	287 (8)	80 (2)	47	22	—	436 (10)
6	糖尿病	10	7	5	2	—	24
7	内分泌失調	6	2	2	—	—	10
8	低蛋白血症	1,489 (15)	1,101 (10)	297	69	14	2,970 (25)
	ビタミン欠乏症	64	138	35	2	—	239
9	急性腎炎	32	133	247	76	4	492
	ネフローゼ症候群	42	78	89	76	2	287
10	血液疾患	—	—	—	—	—	—
	栄養欠乏性貧血	267 (3)	231 (1)	97	47	—	642 (4)
	再生不良性貧血	16	32	44	27 (2)	6	125 (2)
	白血病	188 (10)	209 (6)	135 (14)	37 (2)	2	571 (32)
	溶血性貧血	34	58	22	8	2	124
	血友病	12	20	14	9 (1)	1	56 (1)
	特発性血小板減少性 紫斑病	39	45	20	21	—	25
	後天性プロトロンビン 欠乏症	49 (1)	22 (2)	17	6	2	96 (3)
11	心疾患(先天性)	441 (20)	278 (9)	97 (3)	40 (1)	5	861 (33)
	後天性	18	24	20	10	5	77
12	悪性新生物	68 (4)	55 (2)	26 (1)	17 (1)	22	188 (8)
13	中毒	—	12 (2)	6 (1)	—	—	18 (3)
14	リウマチ熱	46 (3)	153 (7)	112 (2)	101 (1)	18	430 (13)
15	失調障害	992 (5)	867 (6)	346 (2)	227	52	2,484 (13)
16	外科状態	896 (46)	522 (5)	349 (4)	197 (2)	79	2,043 (57)

文献：7

()内死亡数

第5章 現地調査報告

1 フィリピンの医療機構

(1) 医療機構の構成

フィリピンの行政地域は、周知のように地域(リージョン: Region), 州(プロビンス: Province), 市(Municipality), 地区(ディストリクト: District), そしてバランガイ(Barangai)へと分かれている。同国における公的な医療機関は、その機能と役割に応じて、この行政地域区分に沿って設置されている。

地域には地域病院(Regional Hospital)が、州には州病院(Provincial Hospital)が、そして地区には地区病院(District Hospital)が設置されている、といった具合である。さらに下位のレベルでは、プライマリーヘルスケア(Primary Health Care)を担当する地方保健所(Rural Health Unit)およびバランガイ保健所(Barangai Health Station)が、住民の近隣に配備されている。また、公的な医療機関以外にも、様々な規模の民間病院(Private Hospital)が数多く存在している。

フィリピンの保健医療機構は、官民を含め様々な規模、多種多様な医療機関によって構成されているために、その全体像を端的かつ的確に表現することは困難である。しかし、現地調査の一般的感触としては、次のようにいえる。地域病院、州病院、地区病院は、設備、器材、医薬品などの面で難点も見受けられる。しかし、医療従事者(医師、看護婦、その他)の人口構成や技能などは、他の開発途上国に比べてかなり良好な状態にある。

プライマリーヘルスケアを担当する地方保健所は、一般的に診察室、処置室、薬剤室などから成る小規模な施設である。ここには医師、看護婦、助産婦 (Midwife) が常駐しており、設備や器材のメンテナンス、医薬品の保管状態も比較的良好である。バランガイ保健所の多くは、診察室と処置室から成る簡素な施設で、助産婦が管理をしている。

(2) 医療機構の長所

以上では、フィリピンの保健医療機構を概観してきた。ここからも分かるように、同国の保健医療機構には、多くの長所がある。この点を、簡単にまとめておこう。

第1は、医療機関の多さである。1990年現在、フィリピン全体で官民合わせて1,686の病院があり、ベッド数の合計は77,629床に達する。その地域分布には、都市偏在傾向も見受けられる。しかし、病院が全く無い地域 (リージョン: Region) が無いことも、また確かである。現地調査の期間中、数多くの民間病院、地区病院、地方保健所、バランガイ保健所が見受けられた。これは、厚生行政が地方まで行き渡っていることの証左であろう。

第2は、医療従事者 (医師、看護婦、その他) の充実である。フィリピンは、開発途上国の中では、教育水準の極めて高い国である。そのため、同国の医療機関には、末端のレベルでも、正規の教育を受けた医師、看護婦、助産婦が配備されている。そのために、同国の医療機構は比較的有効に機能し、医療機関に対する住民の信頼も高い。

第3は、設備や器材のメンテナンス、薬剤の保管である。正規の教育を受けた医療従事者が配備されているせいか、設備、器材、薬剤の充実などの面では難点も見られるが、設備や器材のメンテナンス、薬剤の保管状況は、他の開発途上国と比べて極めて良好である。フィリピンの保健医療機構の潜在力は極めて大きい、といえよう。

(3) 保健医療機関の直面している問題点

このような長所を有しているフィリピンの保健医療機関であるが、幾つかの問題点も抱えている。次に、これらの問題点について、述べることにしよう。

第1点は、予算の不足である。一部の地方保健所やバランガイ保健所では、本来は無料で支給されるべき医薬品や避妊器具などが有料化されている、との情報が農村やスラムの住民へのインタビューから得られた。これを保健省で確認したところ、若干ニュアンスの異なる回答が返ってきた。これらは現在も無料なのであるが、設備の維持費や医薬品の購入に充てるために、患者に献金 (Dornation) を求めている、というのである。いずれが正しいにせよ、予算の不足が厚生行政の大きな障害となっていることは間違いない。

第2点は、信頼性の問題である。疾病時に公的医療機関（地方保健所、バランガイ保健所など）と民間病院のいずれにいくかを農村とスラムの複数の住民に質問したところ、民間病院との答えが圧倒的であった。その理由は、「診察料は高くても、よい薬がある」、というものであった。予算の不足は、医療機関への信頼性にも影響しているのである。

第3点は、医療従事者の海外流出と補充難である。公的医療機関で働く医療従事者（医師、看護婦、その他）の俸給は、民間の医療機関などに比べて一般に低い水準にある。ここで問題となるのが、海外からの需要である。技術レベルが高く、英語にも堪能なフィリピンの医療従事者には、諸外国（具体的にはアメリカ、カナダ、中東諸国など）から多くの需要がある。そこで、高給を求めて海外流出を図る医療従事者が、最近増加している。その結果、地方にある医療機関の一部では、要員の補充に支障が生じはじめている。労働者の海外流出に伴う悪影響は、医療の分野にまで及んでいることになる。ただし、この問題は、今のところ、都市地域の医療機関には及んでいないようである。

アキノ政権は、この問題に対処するために、保健医療関係の大学や学部の卒業生を地方の保健医療サービスに卒業後6カ月間従事させる、といった対策を打ち出した。しかし、その実行の段になると、卒業生が地方勤務につくか否かの決定は、学生の自発的意志に任せられたために、この方策も効果をあげていないようである。根本的な解決策は、公的医療機関従事者の待遇改善であるが、ここでも予算の不足が大きな障害となるのである。

第4点は、医療従事者の過重労働である。既述のように、地方の公的医療機関では、要員の補充に支障が出はじめている。その結果、地方の医療従事者は、少ない給料、少ない人員で、過重な職務をこなさなければならない。就労環境の悪化は、要員の海外流出に拍車をかける。こうした悪循環が、保健医療の分野にも定着しつつある、といえる。

(4) まとめ

以上の考察から、次のように結論づけることができよう。同国の保健医療機構は、有能な医師、看護婦、助産婦などを数多く抱えている点では、良好な状況下にある。その意味では、大きな潜在力を有している。しかし、地方医療従事者の補充難、設備、器材、薬剤などの充実の面では、多くの問題に直面している。その根本的原因としては、予算の不足を挙げることができる。この予算上の問題は、経済不振に由来するものであろう。保健医療の分野における協力をわが国で検討するに際しては、この点を想起する必要がある。

2 衛生・都市環境

(1) 加速する一極集中と都市スプロール化

最近のマニラ首都圏の都市スプロール化現象は、従来にもまして急速なものがある。1970年代以降のアセアン諸国の都市スプロール化現象は、都心から郊外へかけての新興住宅地の拡大、工業地域の増加、自動車交通ターミナルの増加、およびこれらの拡大、増加を追いかける形の商店街の拡大といった、比較的順調な経済発展を背景とした都市域の拡大が主な現象であった。しかし、最近のマニラ首都圏のスプロール化現象は、経済発展に伴う段階的なスプロール化とは異なった様相を呈している。それは、アメリカ型の大規模スーパー・マーケットを中心とした一団の商業地の開発と、超高級住宅地の大々的な開発による現代的新都市の出現が一方であり、他方で経済発展段階初期の特徴である郊外道路の開発に相前後した無数のスコッターおよびスラム地域の増加がある。いわば、先進国化と貧困の増大が同時に進んでいる現象である。例えば、つとに有名なマカティ商業センターに続く他のマカティ地区、マンダルヨン地区、パシック地区、ケソン市のうちクバオを中心とした地域は前者の代表的な例であり、南部スーパー・ハイウェイ、北ルソン高速道路、ドン・マリアノ・マルコス道路などの沿線のスラムおよびスコッターは後者の例である。

また、マニラ首都圏内における人口過密化にも拍車がかかっている。それは2つの大きな要因が見られ、第1は、財閥などの大規模私有地において、これまで畑や緑地であった地域にショッピング・コンプレックス、高層マンション、……ビレッジと称する住宅地、新たな工業団地などが開発されて、急速に人口収容力を高めているためである。第2は、国公有地のスコッターが急速に増加したためである。特に、首都圏内国公有地のスコッターの急増は、1986年エドサ革命以後のアキノ政権下で、マルコス前政権の開発計画地や政府が没収したマルコス・クローニーの土地への貧困者の占拠を認める政策が一時とられたことなどによって加速された。さらに、今回の現地調査において見聞されたことであるが、政治家が自分の票田になる地域へのスコッターの流入を奨励しており、さらにケソン市では20年以上居住しているスコッターに無償で土地の所有権を認めるべきだとする勧告が出されたりしている。政治的にも社会的にも、このようなスコッターを容認する風土が現在のフィリピンにはあり、それが首都圏人口の過密化を促進する要因となっている。

このようなマニラ首都圏への人口の集中は、1980年代のフィリピンの経済動向に大きな影響を受けている。すなわち、1982年の世界的な累積債務問題の発生以降、フィリピン経済は時の経済不況と、世界的な一次産品不況が重なって、経済発展は大きな挫折に直面した。農村部においては一次産品不況の下で砂糖、トウモロコシ、バナナ、パイナップル、ココナッツ、コーヒーなど、フィリピンの主要農産物の価格が下落し、大規模プランテーションの多くの農業労働者が失業した。砂糖キビ主産地の一つであるネグロス島において飢餓が発生したのも、不況による農業労働者の大量失業によるものであった。世界的な一次産品不況は現在でも続いており、プランテーション経営の合理化の下で、離職した農業労働者は都市部、特にマニラ首都圏へ大量に流入することになった。また、首都圏では、累積債務問題発生時(1982年)から1987年まで、外国資本の引き揚げに伴う工場労働者の失業と、エドサ革命によるマルコス・クローニーの産業事業所の閉鎖に伴う労働者の失業が大量に発生した。これらのために、フィリピンでは賃農および賃金労働者層の所得が大幅に低下し、都市および農村の両者において、貧困が増大した。そして、現在のマニラ首都圏には、農村部からの大量の人口流入があり、賃農失業者と工場労働者の失業者の増大を受けて、スラムおよびスコッターが急増した。

しかし、一部の財閥や富裕層は、不況時の金あまり現象を反映して、国際的な財テクや国内の不動産投資に走った。不況時の不動産投資は華僑商法の特徴の一つである。このため、ビジネス・チャンスが小さく、利潤の上りにくい農村や地方への投資は控えられ、専らフィリピン唯一のビジネス適地であるマニラ首都圏に投資が集中した。このため首都圏と地方との経済格差が拡大することになった。さらに、1988～89年の2年間は、フィリピンへの国際的な経済支援が拡大されると共に、台湾資本を中心とした外資が大量に流入し、投資ブームを迎えることになった。しかし、外資は首都圏の不動産および商業部門への投資と、首都圏および外縁部の工業開発投資が主であり、この点で首都圏中心の投資ブームであり、首都圏と地方との経済格差を拡大することになった。このようにして、財閥や富裕層は累積債務問題や一次産品不況、さらに政治不安が重なった1980年代においても、着実に富の蓄積を進め、しかもマニラ首都圏に集中した開発を行ってきた。従って、首都圏では前述したようなスラムおよびスコッターの急増と、現代的な都市開発が同時に進むことになった。

(2) 行政能力の低下と衛生・都市問題の深刻化

フィリピン政府は累積債務問題発生以降、その指導力を大幅に低下させている。政府は財政難のために、開発投資ばかりでなく、経常的な行政経費までも不足をきたすようになった。

特に、1986年のエドサ革命以後、政治・経済の混乱の中で、予算と人員の大幅な削減が行なわれ、政府の行政能力が大幅に低下した。政府の行政能力の低下は、累積債務問題に関連した国際通貨基金 IMF のコンディショナリティーの一環による民活政策によっても加速された。それは規制緩和と政府企業の民営化、民間で代替できる政府事業の縮小などを含み、政府の開発投資を抑えると共に、受益者負担の原則を前面に押し出すものであった。

このことは、しかし、深刻化するフィリピンの都市問題やコストのかかる医療・保健問題には大きな打撃を与えることになった。都市問題はマニラ首都圏に集中して発生しており、交通渋滞、上下水道不足、電力不足、電話回線不足、住宅不足、ゴミ公害の発生、大気汚染の発生など、都市環境の保全が危機に直面している。前述したようなマニラ首都圏の高密度化と都市スプロール化の急速な進展に対して、都市インフラの整備が追いつかない状況にあるからである。

財閥による大規模な商業地域や高層マンション、高級住宅地域の開発は、電気、電話、上下水道などの大きな需要を発生させ、それら地域へ直結する道路整備を必要とする。政治・経済・社会的な有力者である財閥の開発地域内の諸施設は、日本には見られないような富裕な先進都市を形成しており、電気、電話、上水道なども優先的に供給されている。しかし、国家レベルの絶対量が不足している中で富裕層への優先的供給は、一般市民層への供給不足をもたらすことになる。財政難の下での公共投資や行政サービスの、階層間によるゼロ・サム・ゲームが行なわれるからである。このため、全般的な政府の行政能力の低下に加えて、公共投資や行政サービスの享受におけるゼロ・サム・ゲームの結果、一般市民層の生活水準を支える様々な都市インフラや行政サービスが不足する状態となった。

今回の現地調査においては、下町など既存市街地の都市機能や都市設備の破損が進んでいる状況が多く観察され、建設の進まない生活道路の建設現場には多くのスコッターが住みついていてた。また、サンプル調査を行なったナボタス地区では、白濁した水道水、雨が降ると溢水する狭小な路地、教師不足と施設不足による2部制小学校と3部制中学校、トイレの機能も兼ねる排水の悪い下水溝など、地域開発を行なった当初の施設と機能が、人口増加とメンテナンス不足でパンク状態にあった。その上、この地域では以前実施されていた家族計画の避妊具の無料配布が無くなり、民間クリニックや薬局で買わなければならなくなっていた。また、現地を訪問した日は、ちょうど台風と高潮によってこの地域の全体が膝上まで浸水した4日後であったが、道路、下水溝、床下、ゴミ置場など、衛生当局による消毒作業の行なわれる計画も無かった。

衛生改善、母子保健の向上は一個人や一家族だけの努力では限界がある。食事や傷口にふ

れる時に、ちょっと石けん水で手を洗うことが衛生の飛躍的な向上になることを知っているも、家庭に来ている水道水が不潔であれば効果は無い。避妊方法としてコンドームを使用しても、事後処置に不潔な水道水を使用すれば局所に炎症を起こすことになる。フィリピンでコンドームの普及率が低いのは、宗教上の理由の他に手軽に利用できる清潔な水が得にくいことも影響している。マニラ首都圏の市街地は、他の東南アジアの首都圏よりも上下水道の整備が進んでいたし、地方都市においても同様であった。米国のシステムと衛生スタンダードをいち早く導入していたためである。しかし、現在ではそのシステムの維持管理が十分にできておらず、本来の機能と効率が生きていない。かつて、アジアの他の国々に先駆けて整備されたフィリピンの保健・衛生システムは崩壊しはじめており、行政能力の低下がそれに拍車をかける結果になっている。

(3) 問題点の整理

① 高い人口増加率は許容できるか？

フィリピンの人口増加率は、現在、アジア諸国の中でも最も高い水準にあり2.4%を示している（人口学者の中では実際はもっと高いと言われている）。1960年代および70年代は家族計画政策の導入で、順調に出生率が低下し、他のアセアン諸国と同様な傾向を示していた。にもかかわらず1980年代に入って、出生率の低下が遅々として進まなくなり、特に80年代後半にそのことが明白である。このことは扶養負担を必要とする年少人口が急速に増加していることであり、フィリピン経済の最近の発展状況からすると、国民の生活水準の向上および資質の向上に大きな阻害要因となることは確かである。最近、主食の米の生産も十分でなくなっていることなどを考慮すると、フィリピンの人口増加率がこのままでよいのかと誰しもが疑問に思うであろう。

② 人口開発政策の不在は国民の資質向上をもたらすか？

1982年の債務累積問題発生以降のフィリピン経済は、長期の経済不況に陥った。さらに1986年のエドサ革命以後、政治的にも不安定となった。これらのために、フィリピン政府の経済開発政策や人口開発政策は不明確となり、外国企業家はフィリピンから撤退したり、投資を控えたりし、先進国政府はどのような経済協力をすればよいのか迷う状況になった。そして、フィリピン政府の財政難による予算削減で、人員削減と行政経費の削減が行なわれた。その中で、市民の健康と衛生を守る福祉・厚生行政も縮小され、明確な人口開発政策も無くなっ

た。市民の健康と福祉を支える行政サービスの低下と関連公共投資の削減に加えて、適切な人口開発政策を欠いたことは、弱い立場にある乳幼児や母親の健康と生命を危険に陥れることになる。このことは経済的弱者である貧困大衆をも同じ立場に立たせることである。かつて、フィリピン政府は家族計画政策を導入し、経済開発政策との相乗効果によって、国民の資質向上と生活水準の向上に一定の成功をおさめていた。しかし、現在の状況はその逆の条件下に置かれている。家族計画や母子保健など人口開発政策の弱さや不存在は、数年のタイム・ラグを置いて、フィリピン国民の資質の低下を確実にもたらすであろう。フィリピン国民はこの点でかつて成功した経験を持っており、アジアの中では先進的な水準にあったことも知っている。従って、政府と国民が積極的な政策を実施すれば、現在の混乱状態を容易に克服できるものである。

③ スラム・スコッターの増加は好ましいことか？

市民の医療、衛生、保健の向上は都市環境の良否に大きく左右される。フィリピンでは最近、所得格差が拡大し、富裕階層の居住地区と一般大衆の居住地区の環境の格差が非常に大きくなり、両者の違いが顕著になってきた。一般大衆の居住環境は低下の一途をたどり、政府の効果的なサービスを受けにくくなっている。マニラ首都圏ではスラムおよびスコッター地域の急速な増加があり、都市インフラおよび都市施設の不足が深刻である。にもかかわらず政治家の中には、自分の選挙得票を増やすという一時的な目的のために、スコッターを奨励する間違った政策をとる人がいる。また、長期居住のスコッターに土地所有権を認めるべきだとする間違った政策を勧告する地方自治体もある。スコッター地域は都市開発ないし市街地再開発などによる都市環境改善策の中で解消していかなければならない。

また、今回の調査では普通の市民の多くが「政治がビジネスになっている」と感じており、市民生活の環境改善政策が進まない政府に対して信頼を失い、政府から離反しつつある。政府財政が困難な状況にあるとしても、商業性をあまりにも優先させたり、国民の自助努力のみを強調して、行政サービスを怠れば、一般大衆の生活環境は悪化し、健康がむしばまれる。困難な状況下でも国民の福祉の向上に政府が努力し、人口開発政策に国民の参加を呼びかけることが、政府とその行政に国民の信頼をとりもどす道である。

④ 新しいゴミ戦争に備えはあるか？

マニラ首都圏では最近人々の生活様式が先進国化しつつあり、消費物資も現代化してきた。それはプラスチック製品や自動車の増大に象徴的にみられるが、家電製品、家具などの普及

のはじまりにも見られる。このことによって、交通事故、交通渋滞、排気ガス、騒音など様々な自動車公害が増大し、生活ゴミ、生活排水などが大量に出るようになった。特に、一般家庭では家電製品、家具など大型商品の普及がはじまったことにより、粗大ゴミが増加しつつあり、他方、工業化の進展や建設ブームによって産業廃棄物の増加も著しくなった。新たなゴミ問題の発生である。

日本の経験では、粗大ゴミおよび産業廃棄物の増大が、都市に深刻な“ゴミ戦争”を発生させたことがある。それは処理しきれない大量のゴミの発生と、ゴミ公害に関する市民間の利害対立の発生であった。マニラ首都圏で現在行なわれている埋立方式によるゴミ処理に加えて、発電やコミュニティー・センターの機能を持つ多目的ゴミ焼却工場を建設すると共に、資源ゴミのリサイクル・システムを組織化して、ゴミの効率的な処理と資源節約を進める必要がある。また、オフィス地区、住宅地区、商業地区内にあって、悪臭、騒音、粉じん、廃材、廃油などを無秩序に出しやすい中小企業を、中小企業団地に集約して企業の近代化を図るとともに、公害防止を図る必要がある。はじまりつつあるゴミ戦争に早めに対策を実施することによって、都市環境の改善を効率的に運ぶべきである。

3 調査対象スラムの生活環境

今回本調査団はマニラ首都圏のスラム2か所の調査を行った。1か所はマニラ中心部からみて北方に位置する海沿いのナボタス地区で、もう1か所はケソン市の北西部リサール地方側の境界に当たり、フィリピン国会、バタサン・コンプレックスに隣接するパヤタス地区である。その特色を以下に述べる。

(1) 調査地区の概要

① ナボタス地区

ナボタス地区はマニラの最大のスラムといわれるトンド地区に隣接している地域である。古くは漁業の町であり、関連産業の発展に伴って成長してきた町である。また近年ではマニラに通勤する人の町としての性格を持つようになった。

このスラムの特色は、その成立が古く、そのため比較的さまざまなインフラストラクチャーが整っているということである。電気も各家庭に配電されているし、またガスも同様である。

に近接して住むというのが一般的である。一般に男の子が生まれても女の子が生まれてもわけへだてなくお祝いする。また、結婚後も妻の側の財産は保全される。

スラムの家族関係としてその特徴を形作っているのは近隣との密接な関係である。スラムとはいっても何の関連もなく多様な地域から無作為に集まってくるわけではない。ナボタス調査地域はタガログ語の地域であり、学校教育以外にアルファベット化されていないタガログ語を個人で子供たちを集めて教えていた。また、パヤタスの調査地域は主にビサヤ地域出身者が集まって居住していた。従って、言語的にも同じ言語の使用者が集まっているわけで、近隣との関係は密接で相互扶助的な機能を有している。

これは、今回の現地調査の例ではないがトンド地区の場合、幼い子供を年長の子供たちが面倒をみることで、母親が働きに行くことができるということであった。また実際に、調査に訪れたナボタス地区でも調査協力者がフットボールのチームを組織し子供たちをまとめていた。

(4) スラムにおける就業状態と収入

それぞれのスラムの就業状態についていえば、調査の結果からわかることはナボタス地域の半数以上が失業状態にある。これに対して、パヤタス地区の場合、90%以上の男性が就業しており、サンプル調査の結果でも週7日労働している例が最も多かった。

前述したように主な職業はクラフトマン58.4%、建設労働22%である。パヤタス地区において女性が主たる収入をもたらしているという例は4.9%にすぎない。共稼ぎを含めても女性の約20%しか収入を得るために働いていない。^{註5)}

聞き取り調査によるとナボタス地区の富裕層を除く1世帯1日当たりの所得は70ペソ～150ペソ、最も一般的なのが1日当たり100ペソ程度の収入であるとのことであった。月平均でみるとナボタス地区の1世帯当たりの月収は約3,000ペソ程度であるということになる。

これに対して、パヤタス地区の平均収入は1月1世帯当たり約2,000ペソ程度である。^{註6)} 失業者の多いナボタス地区の方が収入が多いのは平均的な年齢が高く、従って家族の中における経済活動年齢人口が多いということ。また、マニラ中心部から比較的近いために何からの形で現金収入の機会があるということの意味していると考えられる。

(5) 調査結果

以下スラム地区で行ったサンプル・調査の結果からわかることについて述べる。

ナボタスの平均世帯規模は6.45名であり、その平均的な構成は父母と平均4.32名の子供と

いう構成である。

パヤタスの平均世帯規模は6.19名であり、その平均的な構成は父母と3.86名の子供という構成である。

この2つのスラムを比べてみるとスラムの成立過程による差がでてくる。ナボタス地区はさまざまな意味で古く安定したスラムである。人口密度も既に極めて高く、これ以上居住面積を増やすことは建物を高層化でもしない限り極めて困難である。したがって、ナボタスは成長してしまった、都市化してしまったスラムであるといえることができる。

これに対してパヤタスは成長過程にあり、またその行動様式の面でも都市化の過程にあるスラムであるといえることができる。このことは、98.8%の人がパヤタス地区に流入して0～4年しかたっていない^{注7)}ということからもわかる。

スラムの住人の出身地を調べてみるとナボタス地区の住人の約半数は既に世帯主がナボタス生まれの世代となっている。したがって、調査地域ではナボタス生まれの集団が流入してきた人口よりも多かった。

一方、パヤタス地区の住人のほとんどは他地域からの流入者である。特に、フィリピン中部ビサヤ地域出身者が中心的な存在となっている。

また、ここで得られた、近隣との関係が密接であるという解答と、子供の面倒をみているのは90.7%が妻の役割である^{注8)}という解答を重ね合わせてみると、世帯を形成しているパヤタス地区の主要なメンバーが世帯の形成期に当たっており、子供が幼く子供に手がかかっていると考えられる。

事実、ナボタス地区では5歳以下の幼い子供がそれほど目立たなかった。それに比べて、パヤタス地区を管理しているSpiritual Catholic ChurchのCristobal神父によれば、600世帯で毎年約100名もの乳児が洗礼を受けるといふ。このことから、パヤタス地区では人口の再生産が盛んに行われている途上あると考えられる。

ところが、サンプル調査を単純に統計してみても、平均子供数がナボタス4.32名、パヤタス3.86名と十分な差がでない。^{注9)}むしろ、パヤタス地区の方が子供が少ないという結果がでてしまう。この差は家族が成熟した世帯と、成長過程にある世帯との差であると考えたとこの数字には違いがなくなってしまう。

そこで、印象で得た結果を確認するために、調査票の解答者の内35歳以下の解答者にしぼって処理してみたところナボタス地区の35歳以下の親の平均年齢、27歳で平均子供数が2.4人であるのに対し、パヤタス地区の35歳以下の親の平均年齢は28歳で平均子供数が約3.4人であるという差が得られた。親の年齢がほぼ同じ層でこれだけの出生数の違いとなって現れた

のである。実際、ナボタス地区にある若い母親は、教育費がかかることや、居住空間が既に狭いことから子供は独りで十分であるという意見を持っていた。事実、これを統計的にみてもナボタス地区の人口構成は0～4歳から30歳まで1万数千人で徐々に減少するもの大きく変化しない。

調査票の数が少ないために統計学的な有意性は余り得られないものの、この数字は実感として得られた差と適合するものである。

これが家族計画の導入による意識の違いによるものなのか、それとも別の条件、都市的な生活様式に適合するために自然に抑制が働いてきた地域と、地方農村の生活様式をそのまま持ち込んで変わっていない地域の差なのかという疑問が生じる。このことを検証することは困難であるし、またこのような二分法が必要なわけでもない。

ただ、歴史的にみればナボタス地区にはマルコス大統領の時代に家族計画が導入されている。またパヤタス地区はこの4年ぐらいの間に急成長したスラムであるために、近年のフィリピンの人口政策から考えても家族計画その物が導入された可能性は少ないと考えられる。しかしながら、家族計画のトレーニングを受けたか否かというのは別にしても、パヤタス地区でも住民がピルを始めとする近代的な避妊法を知っている率は100%なのである。^{註10)}

加えて、例えば、マニラ大都市圏のTFRが2.61であるのに対しパヤタス地区で最大の人口比率を占めている人々の出身地である中央ビサヤ地方のTFRは4.27とフィリピン国内でも高い地域であり、この地域の出身者が流入後4年ぐらいの間に急速にその生活様式を変えているとは考えにくい。

このことをもって単純に2つのスラムにみられる差が、家族計画の有無による差なのか、行動様式の変化に伴う差なのかを結論づけることはできない。また、現実にはどちらの要因に基づくものであるかというものは無く、相補的な関係の上で家族計画の導入が知識の普及という点から行動様式を変える役割を果たすものであるのかも知れない。ただ、急成長しているスコッター地域の婚姻年齢のパターンは農村部となんら変わらないというDeGuzman(1983)の指摘もあり、^{註11)} 出生パターンと生活様式の間には密接な関係があると考えられる。

注 1) Imelda Zosa Fernil, Childbearing, Family Survival and Planning Among the Urban Poor: A Metro Manila Slum Survey. University of Philippines Population Institute, December 1990, P. 35, この文献からの引用データはおもに1990年にフィリピン大学人口研究所

とILOが共同で行った調査から得られたデータに基づいている。

- 注 2) 同上 P. 95
 注 3) 同上 P. 67
 注 4) 同上 P. 39. くわえて、コミュニティにおいて緊急に改善を要する事物に対するアンケートのなかで飲料水の改善を求める声が76.7%と他の要望を引きはなして多かった。 同上 P. 44
 注 5) 同上 P. 95
 注 6) 同上 P. 83
 注 7) 同上 P. 35
 注 8) 同上 P. 95
 注 9) 本調査団が行ったサンプル調査は、ナボタス地区、バヤタス地区ともに30票ほどの世帯主に対する調査である。
 注 10) Imelda Zosa Fernil, Childbearing, Family Survival and Planning Among the Urban Poor: A Metro Manila Slum Survey. University of Philippines Population Institute, December 1990, P. 125
 注 11) 同上 P. 69

表 1 ナボタス地区の人口と年齢別人口構成

総人口 126,149	
年齢	人口
75歳以上	719
70～74歳	666
65～69歳	1,392
60～64歳	1,616
55～59歳	2,024
50～54歳	3,171
45～49歳	3,890
40～44歳	5,576
35～39歳	6,666
30～34歳	10,153
25～29歳	12,514
20～24歳	14,736
15～19歳	12,942
10～14歳	14,019
5～9歳	16,081
0～4歳	19,981

出所) Philippine Year Book 1989. 176 page, 1980年センサスによるデータ。1990年センサスのデータによればナボタス地区の総人口は186,642人である。

第6章 国際協力の課題

国際協力、国際援助はどうあるべきかが問われている。真の国際協力、国際援助は、援助、協力を受ける側と与える側との両者にとって望ましいものでなければならない。援助を与える国は donor country と呼ばれるが、それは与えるという一方的な行為の印象が強いため、“投資をする” (investment) といった表現が好ましいといった意見もある。いずれにしても国際協力、国際援助は転換期に直面している。特に、南北問題として両者の間における援助、協力はもはや南と北の対立関係のものとしてではなく、南北を含めた地球、人類といった全体的な視点、グローバルな次元のものとしての理解が必要になってきている。二国間の協力、援助といった場合、それは被援助国のために援助国が協力するのではなく、相互の利益、いいかえれば両者を含めた別の次元の利益のために行われる共同の活動であるということである。

二国間協力において特に留意すべき点は、当該国の特殊性、個性ということである。ある国にとって効果的な協力、援助プログラムが他の国にとっても同様に効果的であるとは限らない。二国間の協力、援助については両者の間における十分な研究、討論を通じて、当該国にもっとも適した効率的、効果的なプログラムが準備されなければならない。そして、またそのプログラムの実施にあたっては、両者の間における密接な連絡を通じて絶えず monitoring を続け、プログラムの本来の目的達成を計らなければならない。

我々が現地調査、関係機関の協力を得て行った知見は決して十分とはいえないが、望ましく、かつ可能性のあると思われる国際協力事項について簡単に触れておこう。

フィリピンにおける最大の課題は貧困の追放である。貧困をなくすることは開発途上国の共通の課題であるのみならず、先進諸国においてもなお無視することのできない課題である。特に、フィリピンにおける貧困問題を考える場合、アジアでは唯一のカトリック教国である

ということで、これはあらゆる施策の中で常に留意されていなければならない。

このカトリックという宗教と関連して重要なことはフィリピンの人口増加である。アセアンの多くの国々がそれぞれ活発な家族計画を通じて出生率の低下、そして人口増加率の低減に成果をおさめつつあるのに対して、なお出生率は著しく高く、経済離陸を阻害している。

人口増加と貧困の悪循環は極めて明らかであり、栄養不足、急性・慢性疾患、高い乳幼児死亡率等が国民生活を抑圧している。国民の大多数がこのような貧困状態にある時、国民の活力は生まれてこない。

貧困の追放は決して容易ではない。しかし、貧困と多産を結びつけている悪循環の罟をどうしても断ち切らなければならない。そのためには、すべての人々が反対をしない病気、死亡の改善対策を実行することである。特に、乳児死亡率の改善はやがて家族計画への動機を高めていくことになる。乳児や幼児の死亡率が低下すれば、後継者となるべき子供を多く産む必要がなくなってくる。その結果は母子の健康改善を容易ならしめるであろう。日本の乳児死亡率は周知の如く、世界最低であり、そのノウハウを提供することはそれほど困難ではないであろう。

第2は栄養摂取の問題である。フィリピンは熱帯地域であり、天然の果物にめぐまれ、家庭での食料補給も工夫することによって食生活を豊かにし、栄養のバランスを確保することは難事ではない。豊富な天然資源の利用方法、安価な効率的な食料生産についての共同研究を促進することも、乳幼児死亡率の改善と平行して協力の余地が期待される。

第3は具体的な実施方法である。第1の乳幼児死亡率の改善にしても、第2の栄養改善にしても、その対策の内容は決して単純ではない。極めて広汎な、きめの細かいプログラムが必要である。そのため、もっとも単純で、効果の大きいと予想される特定のプロジェクトにしぼることも必要である。ここでの提案は“飲む水”の徹底的普及というプロジェクトである。“飲む水”が全国に普及したとしたら、それだけで病気、死亡の改善にどれほど貢献するであろうか。その社会的、経済的コストとベネフィットの計量化も必要であろう。

第4は実施プログラムは効率を考慮して、貧困な農村や大都市のスラム人口からサンプルを抽出して行うことが望ましい。

第5は人口動態統計の整備である。住民の保健・衛生の理解を高めるためにも、出生、死亡の登録を完全、正確なものにすることが望ましい。

以上はフィリピンとの二国間関係協力の提案として示したものであるが、これらの提案については両国間における綿密な検討、意見交換が必要であり、協力援助が真に成果をあげるためには相互における事前の十分な研究が必要である。

第7章 調査団メンバーおよび日程

国内検討委員会（現地調査団メンバーを含む）

黒田俊夫	日本大学人口研究所名誉所長
清水英佑	東京慈恵会医科大学公衆衛生学教室教授
大塚友美	日本大学文理学部専任講師
広瀬次雄	財団法人アジア人口・開発協会理事・事務局長
鷲尾宏明	財団法人アジア人口・開発協会客員研究員
遠藤正昭	財団法人アジア人口・開発協会事務局長補佐
楠本修	財団法人アジア人口・開発協会研究員

調査協力者（フィリピン調査：1991年7月21日～8月3日）

在フィリピン日本大使館

後藤利雄	大使
柏木悦郎	二等書記官

University of Philippine Population Institute (UPPI).

Corazon M. Raymund

Director, UPPI

Mercedes B. Concepcion	Professor.
Zelda C. Zablan	Associate Professor
Lita J. Domingo	Associate Professor
Aurora E. Perez	Assistant Professor
Josefina V. Cabigon	Assistant Professor
Fenaida E. Quiray	University Resercher

Population Commission (POPCOM)

Carmen P. Garcia	Executive Director
Tomas M. Osias	Chief, Planning and Monitoring Division
Eleanor Aura	Information Officer IV
Antonio Hisanan Jr.	RAPID III Programmer

Department of Health (DOH)

Emily Maramba	Program Officer
Malou Sevilla	Program Officer
Milay Isturis	Project Officer
Grace Matibag	Project Officer
Mercy Torres	Secretary
Willy Ureta	Project Officer
Linda Manapsal	Director, Environmental Health Sector
Delfin R. Gonzalez	Chief, Environmental Sanitaion Division

World Health Organization (W.H.O.)

Liu Xirong	Representative of the World Health Organization on Philippines
------------	---

Metropolitan Water works and Sewerage System (MWSS)

Amparo C. Canamo	Chief Chemist, Water Sources & Treatment Department
Nestor G. Fernando	Manager, Water Sources & Treatment

	Department
Mario Fuentes	Manager, Swerage Department
Edgardo Q. Esteban	Manager, Septic Tank Maintenance Department
Edison A. Gacula	Head, Utilities Services, La Mesa Treatment

Makati Medical Center

Luis Rivera	Chairman, Dept. of Pediatrics.
Michael Wassmer	Pediatric Resident
MA. Evelin C. Ramirez	OB-Gyn Consultant
Paulita Anover Villegas	OB-Gyn Chief Resident
Maricar Wagsamo Songlo	Pediatric Resident

NEDA

Liberty Rodoriguez	Economic Development Analyst
Joselito C. De Vera	Chief, Economic Development Specialist
Nies Riwnalla	Economic Development Specialist
Maribelle R. Motas	Economic Development Specialist
Corie Veloso	Project Coordinator
Mike Cuarofeson	AV Operator

Laguna District Hospital

Dario F. Magiba	Chief, Dr. Jose P. Rizal Memorial District Hospital
Ciulia R. Ang	Chief Nurse of Dr. Jose P. Rizal Memorial District Hospital

University of Philippine at Los Banos

Ruben L. Villareal	Dean, College of Agriculture
Mellie Lobos Marino	
Teofilo A. Dulay	Director, Daily Training and Research Institute
Pricilla C. Sanchez	Head, Microbial Culture Collection

Ma. Concepcion C. Lizada	Director, Postharvest Horticulture Training and Research Center
Virgie A. Aleanfara	University Research Associate
Sinagtaka P. Goce	University Research Associate

Laguna Water District

Emil O. Pureto	Technical Assistant, Laguna Water District
Teody Magda	Production Officer, Laguna Water District

Los Banos Rural Health Unit

Amparo C. Duqune	Head, Los Banos Rural Health Unit
Nini Valones Arugan	

Population Program Unit

Sofia Editha Locquiao	Family Planning Phisician
Elfin L. Valeute	Population Program Officer
Rita V. Espugante	Family Planning Midwife.
Martes D. Rosellon	Population Program Worker

Manila City Plannig Office

Juan A. Maravillas Jr.	Chief, Urban Planning and Development Division
------------------------	--

Manila Catholic Center

Rev. Fr. Toru A. Nishimoto	Chaplain of Japanese National in the Philippine
Ma. Enrica Garcia Cruz	DIALECT-PCCEDIU Project Director

NAVOTAS

Ernesto V. Esguerra
Fidel Pascual

Payatas

Mgsr. Dr. Reynaldo D. Cristobal

Bienvenido Eddie Sisante

Fr. Reynaldo C. Sarel

Philippine Legislators' Committee on Population and Development (PLCPD)

Benjamin D. De Leon

Executive Director, PLCPD

Marius Diaz

Editor, PLCPD

調 査 日 程

(1991年7月21日～8月3日)

月 日	調 査 概 要
7月21日(日)	<p>10:00 成田発</p> <p>13:07 マニラ着</p> <p>現地カウンターパートPLCPDスタッフMarius Diazと調査概要協議及び日程調整。</p>
7月22日(月)	<p>マカティ地区のナショナルブックストアで資料収集。</p> <p>PLCPD Executive Director Ben De Leon 表敬訪問。調査打ち合わせ。</p> <p>ケソン市ナショナルブックストアで資料収集。</p>
7月23日(火)	<p>フィリピン大学人口研究所 (UPPI) 訪問。Dr. Corazon M. Raymundo 所長よりフィリピンの人口の現況について説明を受ける。</p> <p>アテネオ・デ・マニラ大学にて資料収集。</p> <p>人口委員会 (POPCOM) 訪問。Executive Director, Dr. Carmen P. Carcia よりフィリピンの人口政策について説明を受ける。</p> <p>日本大使館訪問。後藤利雄大使表敬。柏木悦郎二等書記官と調査概要について協議。</p>
7月24日(水)	<p>保健省 Maternal Child Health Div. 訪問。Ms. Emily Maramba よりフィリピンの医療保健制度について説明を受ける。</p> <p>保健省 Environment Health Service Div. 訪問。Dr. Linda Manaspal よりフィリピンの公衆衛生事情, 特に, フィリピンの上水道, 下水道について説明を受ける。</p> <p>WHO 在フィリピン事務所訪問。Dr. Liu Xirong 所長よりフィリピンにおける公衆衛生事情について説明を受ける。</p>
7月25日(木)	<p>フィリピン大学人口研究所で資料収集。</p>

月 日	調 査 概 要
	<p>Metropolitan Waterworks and Sewerage System (MWSS) 訪問。Mr. Mario Fuentes 他よりマニラの浄水システム、及び上下水道システムについて説明を受ける。</p> <p>アラ・メサダム訪問。上水供給システム視察。施設責任者 Mr. Edison A. Gacula より説明を受ける。</p>
7月26日(金)	<p>National Statistical Office で資料収集。</p> <p>Makati Medical Center 訪問。Dr. Luis Rivella 他より Makati Medical Center (MMC) の活動について説明を受ける。院内の産婦人科、新生児室、ボランティア活動を視察。</p> <p>NEDA 訪問。Project Coordinator, Ms. Corie Veloso よりフィリピン経済開発計画について説明を受ける。</p>
7月27日(土)	<p>収集資料分析。スラム調査についてミーティング。</p>
7月28日(日)	<p>パンパンガ州都市及び農村調査。San Fernando 市, Angels 市他訪問。</p> <p>アラヤト山腹農村の生活水準及び生活状況調査。</p> <p>ディストリクト・ホスピタル視察。</p>
7月29日(月)	<p>マンティルバ地区の工場地帯隣接スラムを視察。</p> <p>リサール記念ディストリクト・ホスピタル訪問。院長 Dr. Dario F. Magiba よりディストリクト・ホスピタルの説明を受ける。</p> <p>Los Banos フィリピン大学農学部長 Dr. Ruben L. Villareal より地域農業開発、及び農民の生活水準状況について説明を受ける。</p> <p>Los Banos 地区水道局訪問。Mr. Teody Magada より上水資源、管理、供給について説明を受ける。揚水・ステーション現場視察。</p> <p>ルーラルヘルス・ユニット訪問。Dr. Amparo C. Duqne 所長より医療衛生状況について説明を受ける。</p> <p>家族計画事務所訪問。Dr. Sofia Editha Loquiao より家族計画の実施状況について説明を受ける。</p>

月 日	調 査 概 要
	<p>Los Banos UP College of Agriculture, Daily Training and Research Institute 訪問。Dr. Teofilo A. Dulay 所長よりフィリピンのミルクを使った栄養改善について説明を受ける。</p> <p>Institute of Food Science and Technology 訪問。Dr. Priscilla C. Sanchez より食品衛生管理について説明を受ける。</p> <p>Institute of Post Harvest 訪問。Dr. Concepcion C. Lizada 所長より食品保存管理について説明を受ける。</p> <p>ロス・バニョス地区バラングイ・ヘルステーション視察。</p>
7月30日(火)	<p>マニラ・カソリックセンター訪問。西本至神父よりスラム地域の实情について説明を受ける。</p> <p>MA. Garucia Cruz よりスクワッターエリアの教育の实情について説明を受ける。</p> <p>Manila City Planning Office にて Enigineer Juan A. Maravillas Jr. よりマニラの都市計画, スラムの分布について説明を受ける。</p> <p>Metropolitan Waterworks and Sewerage System にて資料収集。</p>
7月31日(水)	<p>ナボタス地区スラムにて Ernesto V. Esguera (地区リーダー) の協力を得てヒアリングを行う。</p> <p>保健省, WHOメンバーとロス・バニョス等視察後の意見交換。</p> <p>NEDAにて資料収集。</p>
8月1日(木)	<p>Philippine Pediatric Society にて死亡要因等に関する資料収集。</p> <p>パヤタス地区スクワッターエリアのスラムにてスクワッターエリアの取り壊し撤去状況視察。</p> <p>パヤタス地区教会でMgsr. Dr. Reynaldo D. Cristbal よりスラムの实情の説明を受ける。</p> <p>MMCスタッフとその後の病院内統計・追加データの収集及び説明を受ける。</p>
8月2日(金)	<p>日本大使館調査結果報告。</p>

月 日	調 査 概 要
8月3日(土)	PLCPD訪問。調査結果報告。 総括ミーティング (UPPI, POPCOM, PLCPD, NEDAの関係者)。 マニラカソリックセンター訪問。資料収集。 マニラ発15:40-成田着19:30

第 8 章 資料 —— 資料收集, 調查票 ——

Aurora Publication, Philippines Almanac 1990. Aurora Publication 1991.

Cooperative Foundation of Philippines Inc., A Directory of Cooperatives Self-Help Groups, Samahang Nayons, Associations and Federations, Unions in the Philippines. Cooperative Foundation of Philippines Inc. 1989.

DOH (Department of Health), DOH 1990 Summary of Proceedings.

DOH, DOH 1990 An Over View of The Philippines Demographic Situation and Population Program Development.

DOH, DOH 1990 The Philippines Family Programing (1990–1994).

DOH, DOH 1990 The Contribution of the Department of Health to The Philippine Family Planning Program.

DOH. DOH 1990 Proposed Project to Support the Contribution of Local Government Units to the Philippine Family Planning Program.

DOH, DOH 1990 The Contribution of the other Government Agencies to the Family Planning Program.

DOH, DOH 1990 The Contribution of NGOs to the Family Program.

F. Landa Jacono, Slum as a Way of Life. New Day Publishers. 1976.

Family Planning Organization of Philippines, Annual Report 1989–1990. FPOP 1990.

National Book Store, Metro Manila Street Map. National Book Store 1990.

Jacqueline Kusan, The War Against Population, National Book Store 1991.

Jose N. Nollado, Student Manual of the New Constiutions, National Book Store 1991.

Jose S. Arcilla S.J., An Introduction to Philippine History, Ateneo De Manila University Press 1971.

Lourdes V. Lopus, Fillipino Marriage in Crisis. New Day Press 1977.

Benedict J. Kerkvliet & Resil B. Mojares From Marcos to Aqino, Ateneo De Manila University Press 1991.

NEDA. Updates of the Philippine Development Plan 1990–1992. NEDA 1990.

NEDA. 1989 Philippine Development NEDA 1990.

NSCB (National Statistical Coordination Board). 1990 Philippine Statistical Year Book, NSCB 1991.

NSO (National Statistic Office), Philippine Year Book 1989, NSO 1991.

NSO, 1990 Census of Population and Housing, Population by City, Municipality and

Barangay, All Area.

Department of Agriculture, Analysis made in 1976 of lahare boulder from Mt. Pinatubo's previous Mudflow gave the following Composition of the Rock.

DOH, Annual Report 1990.

DOH, Bed Population Ratio of Government and Private Hospitals, 1990.

DOH, List of Participant of Health, Philippines 1990.

DOH, List of Sanitaria Hospital 1991.

DOH, National AIDS Prevention and Control Program, 1984 to June 30, 1991.

DOH, Number of Hospital 1990.

DOH, Mental Hospital/Extension /Ward in Philippines 1991.

DOH. MOH National Standards for Drinking Water, 1978.

Makati Medical Center, MMC Hospital Statistics of 1990.

MWSS (Metro Manila Water Supply and Sewerage System), Analysis of Water Samples taken from Balora and La Mesa Treatment Plants on June 16, 1991. During the Ash Fall in Metro Manila.

MWSS, Lines up integrated water development program 1991–1998.

MWSS, Water Demand and Supply Analysis 1990.

MWSS, MWSS Swerage System.

MWSS, MWSS Water Sanitation Level in Metro Manila.

MWSS, Report of Water Quality: Physical. Chemical and Radiological Requirement.

NEDA, Philippine Population and Development Sector.

NEDA, Integration of Population and Development Planning.

Philippine Pediatric Society, Pediatric Society Registry of Diseases 1990.

WHO, Philippines Country Health Information Profile.

NSO, 1988 Compendium of Philippine Social Statistics, NSO 1990.

NSO, 1988 Economic and Social Indicators, NSO 1990.

NSO, 1990 Statistical Hand Book of The Philippines, NSO 1991.

NSO, Vital Statistics Report 1986, NSO 1988.

NSO, Occupational Data Bulletin, Third Quarter, 1980–1989. NSO 1990.

NSO, 1987 Annual Survey of Establishments. NSO 1989.

NSO, Integrated Survey of House Holds Bulletin, NSO 1988.

- NSO, Philippine Energy Statistics 1988.
- NSO, 1988 Family Income & Expenditure Survey I. II., 1990 NSO.
- NSO, NSO Monthly Bulletin of Statistics, NSO 1991.
- NSBI, The Civil Code of Philippines, 1989 Revised Edition, with Supplement.
- NSBI, The Family Code of Philippines 1991, National Book Store 1991.
- POPCOM (Population Commission), Population Forum 1989, 1990 Manila Mega City by the Year 2000.
- POPCOM, Population Facts.
- POPCOM, Philippines Population Impacts on Development, Population Reports 1989.
- POPCOM, DRFD, 1990 Philippine Population Data Sheet.
- Philippine Map Co. Ltd., Metro Manila Street Dictionary, 1990. Philippine Map Co. Ltd. 1990.
- UPPI, Philippine Population Journal 1985, 1-2.
- UPPI, Philippine Population Journal 1987, 1-4.
- UPPI, Philippine Population Journal 1988, 1-4.
- UP Los Banos, Leaflet of Institute of Food Science and Technology.
- Reynaldo B. Aralan, Barangay, Reynaldo B. Aralan & Associates, 1989.
- Eliseo A. De Guzman, Fertility Nuptiality and Contraceptive Practice in Philippine, UPPI 1987.
- Eliseo A. De Guzman, Fertility and Mortality in the Philippines; Estimate from Recent Data, UPPI 1989.
- Imerda Zosa Keranil, Childbearing, Family Survival and Planning Among The Urban Poor; A Metro Manila Slums Survey, UPPI, 1990.
- Zelda C. Zaben, The Comparative Use Effectiveness of NFP in the Philippines. UPPI.
- Department of Agriculture, Bureau of Soils and Water Management, Chemical Analysis of Ash from Mt. Pinatubo.

ALDO
c/o REY CRISTOFAL

Quezon City

ASIAN POPULATION AND DEVELOPMENT ASSOCIATION (APDA)

Questionnaire on Health Improvement

Respondent No. 21. Date: July 2, 1991

Barangay: PAUATAS - GRPI AREA B. IPII-IPIS Municipality: QUEZON CITY

1. Age 26 Male _____ Female
(Edad) (Lalake) (Babae)

2. Number of co-dwellers. /Bilang ng mga kasambahay.

Age/Edad	Male/Lalake	Female/Babae
0 - 14	4	1
15 - 34	1	
35 - 49		
50 - 64		
65 over		

3. Number of blood relatives living in the same dwelling. /Bilang ng mga kamag-anak na kasambahay.

	Male/Lalake	Female/Babae
Grandparents/ Nuno		
Spouse/ Asawa	1	
Children/ Mga Anak	4	1
Grandchildren/ Mga Apo		

4. Source of drinking water./ Pinagkukunan ng inumin.

- A. Tap water/Gripo
- ~~B. Well/Balon~~
- ~~C. Retailed in cans/Pinagbibili sa balde~~
- D. Retailed in bottles/Pinagbibili nakabote
- E. Others/Iba pa.

5. Where do you go in case of illness or delivery/Saan pupunta pag maysakit o manganganak.

	Illness/Sakit	Delivery/Panganganak
A. Hospital	/	
B. Clinic	/	
C. Health Center	/	
D. Others/Iba pa		HOUSE (MIDWIFE)

6. Place of birth./Saan Pinanganak

- A. Rural Village, Region:
- B. City, Region: PASAY CITY NCR
- C. Metro-Manila
- D. Here/Dito

7. Where did you live just before coming here?/Saan ka dating nakatira?

- A. Rural Village, Region:
- B. City, Region:
- C. ~~Metro-Manila~~
- D. Here, since birth./Dito, mula't sapul.

8. Most important needs for sanitation/Pinaka-kailangan para sa kalinisan.

- A. H₂O - NAWASA
- B. GARBAGE COLLECTOR
- C. HEALTH CENTER W/ MEDICINE

9. Most important needs for livelihood./Pinaka-kailangan para sa kabuhayan.

A. ELECTRIFICATION

B. LAND TITLE

C. FACTORY

10. How many days did you work last week?/ Ilang araw kang nagtrabaho noong nakaraang linggo?

7 Days/Araw

11. Kind of job or work./ Uri ng trabaho. HOUSE KEEPER

12. Please write down any other specifics about health or sanitation needs./Mangyaring isulat lang po ang anu pa mang mahalagang bagay na kailangan ninyo sa pang-kalusugan at pang-kalinisan.

WATER SUPPLY, ELECTRIFICATION FACTORY
AND INDUSTRY.

Fidel Pascual

ERNESTO ESGUERRA

Navotas

**ASIAN POPULATION AND DEVELOPMENT ASSOCIATION
(APDA)**

Questionnaire on Health Improvement

Respondent No. 2 EE Date: JUNE 29, 1991

Barangay: SAN ROQUE Municipality: NAVOTAS

1. Age 40 Male Female
(Edad) (Lalake) (Babae)

2. Number of co-dwellers. /Bilang ng mga kasambahay.

Age/Edad	Male/Lalake	Female/Babae
0 - 14		
15 - 34		
35 - 49		
50 - 64		
65 over		

3. Number of blood relatives living in the same dwelling. /Bilang ng mga kamag-anak na kasambahay.

	Male/Lalake	Female/Babae
Grandparents/ Nuno		
Spouse/ Asawa		
Children/ Mga Anak		
Grandchildren/ Mga Apo		

4. Source of drinking water / Pinagkukunan ng inumin.

- A. Tap water / Gripo
- B. Well / Balon
- C. Retailed in cans / Pinagbibili sa balde
- D. Retailed in bottles / Pinagbibili nakabote
- E. Others / Iba pa.

5. Where do you go in case of illness or delivery / Saan pupunta pag maysakit o manganganak.

	Illness / Sakit	Delivery / Panganganak
A. Hospital		
B. Clinic		
C. Health Center		
D. Others / Iba pa	BAAAY STAY HOME	BSHAY STAY HOME

6. Place of birth / Saan Pinanganak

- A. Rural Village, Region:
- B. City, Region:
- C. Metro-Manila
- D. Here / Dito

7. Where did you live just before coming here? / Saan ka dating nakatira?

- A. Rural Village, Region:
- B. City, Region:
- C. Metro-Manila
- D. Here, since birth / Dito, mula't sapul.

8. Most important needs for sanitation / Pinaka-kailangan para sa kalinisan.

- A. TUBIG WATER
- B. SABON SOAP
- C. PANG-UKOT NG BASURA GARBAGE DISPOSAL

9. Most important needs for livelihood./Pinaka-kailangan para sa kabuhayan.

- A. PUHAWAN CAPITAL
- B. MAKARODU NG PABRIKA FACTORY JOB
- C. PAARALANG DANG TEKNOLOHIYA VOCATIONAL SCHOOL

10. How many days did you work last week?/ Ilang araw kang nagtrabaho noong nakaraang linggo?

3 Days/Araw

11. Kind of job or work./ Uri ng trabaho. PAGDARAYON NG PATIS
FISH SAUCE DEALER

12. Please write down any other specifics about health or sanitation needs./Mangyaring isulat lang po ang anu pa mang mahahalagang bagay na kailangan ninyo sa pang-kalusugan at pang-kalinisan.

HOSPITAL PAMBAYAN HOSPITAL

PALIKURAN PAMBAYAN TOILET

PANG HAKOT NG BASURA GARBAGE COLLECTION