

K  
フ-10  
A4S

国別医療協力ファイル  
ブラジル

---

---

---

---



JICA  
R103  
90.7  
HCA  
LIBRARY  
✶



# 国別医療協力ファイル

ブラジル

JICA LIBRARY



1116059151

国際協力事業団

医療協力部

国際協力事業団

26869

# 目次

	頁
序文 .....	
目次 .....	i
表目次 .....	iii
図目次 .....	v
略語表 .....	vii
第1編 国別概況 .....	1
1-1 国別一般概況 .....	1
1-2 ブラジル社会経済の現状、問題点 .....	7
第1編 参考資料一覧 .....	17
第2編 衛生行政 .....	19
2-1 一般行政と国家開発計画 .....	19
2-1-1 中央及び地方一般行政組織 .....	19
2-1-2 国家開発計画の概要 .....	22
2-2 中央衛生行政機構と保健医療計画 .....	28
2-2-1 保健医療部門の問題点と改革への動き .....	28
2-2-2 中央衛生行政機構 .....	31
2-2-3 中央保健医療計画・予算 .....	36
2-3 地方衛生行政機構と保健医療計画 .....	41
2-3-1 地方衛生行政機構 .....	41
2-3-2 地方保健医療計画・予算 .....	42
2-3-3 統一保健医療システム-SUS .....	45
第2編 参考資料一覧 .....	49
第3編 保健医療事情 .....	51
3-1 指標 .....	51
3-2 人口問題 .....	52
3-3 疾病・死亡 .....	56
3-4 対策 .....	76
3-5 保健医療サービスの利用状況 .....	91
3-6 医療保健制度 .....	96
3-7 労働衛生 .....	100
3-8 衛生環境 .....	103
3-9 保健医療従事者 .....	109
3-10 医療施設 .....	112

3-11	医薬品・医療器具・衛生材料	118
3-12	試験研究機関	122
3-13	医療情報システム	127
第3編	参考資料一覧	130
第4編	保健医療協力	134
4-1	協力要請機構	134
4-2	我が国を除く諸外国、国際機関、NGOの協力動向	138
4-2-1	国際機関	140
4-2-2	諸外国	148
4-2-3	NGO	152
4-3	我が国の協力状況	157
4-3-1	有償資金協力	157
4-3-2	無償資金協力	157
4-3-3	技術協力	157
4-3-4	プロジェクト実施概要	164
第4編	参考資料一覧	170
第5編	東北部の保健医療事情	171
5-1	東北部の保健医療事情	171
5-2	東北部における保健医療事情	177
5-3	統一保健医療システム-SUS構築への挑戦	183
5-4	東北部に対する国際機関、諸外国の援助	184
5-5	東北部に対する日本の援助	187
第5編	参考資料一覧	189
第6編	保健医療における課題	190
6-1	保健医療における課題	190
6-2	東北部の保健医療に対する援助の可能性	191
6-3	援助の実現化に向けて	199
付録I	文献・資料	
付録II	関連法令	

## 表 目 次

表1-1	ブラジルの地域的区分	7
表1-2	地域別GDPの推移	14
表1-3	人種別所得構成	15
表1-4	ジニ係数の地域別推移	15
表1-5	地域別成人識字率	15
表1-6	地域別乳児死亡率及び平均余命	16
表2-1	ブラジル保健医療予算の推移 (1980~91)	38
表2-2	衛生省 1992, 93年予算額	38
表3-1	ブラジルにおける保健医療関連指標	51
表3-2	地域別人口動態	52
表3-3	地域別都市化率の推移	52
表3-4	出生率及び粗死亡率の地域別推移	53
表3-5	合計特殊出生率の地域別推移	53
表3-6	出生時における平均余命の地域別推移	54
表3-7	ブラジルにおける人口構成の推移	54
表3-8	地域別、死因別死亡割合 (1986年)	57
表3-9	地域別、年齢別死亡割合の1980年と1986年の比較	57
表3-10	年齢別、疾病別死亡率	58
表3-11	地域別乳児死亡率(1978-1989)	59
表3-12	地域別新生児死亡率	59
表3-13	地域別及び死因別乳児死亡率	60
表3-14	出生時における平均余命の地域別推移	60
表3-15	地域別妊産婦死亡率(1987)	61
表3-16	州別シャーガス病血清検査による有病率(1975-80)	66
表3-17	年間結核罹患率 (1980-91)	69
表3-18	麻疹の地域別登録件数	72
表3-19	定期予防接種によるワクチン別接種率	79
表3-20	東北部における三種混合ワクチン接種率データの比較(1990)	80
表3-21	国家ワクチン自給計画-1993 国内生産予算	81
表3-22	地域別労働災害発生状況 (但しINSSに報告のあったもの)	101
表3-23	都市部における上下水道を有する住居に居住する小児の割合	104
表3-24	5歳以下の小児の居住環境 (ペルナンブコ州、1991年)	105
表3-25	医学系大卒者の地域分布 (1988)	110
表3-26	大学医学部の地域別分布	110
表3-27	主要な州における1000人当たり医師数 (1986)	110
表3-28	地域別1次保健医療機関の数 (1989)	113

表3-29	地域別2次、3次保健医療機関の数 (1989).....	113
表3-30	ブラジル国内の製薬会社.....	119
表3-31	医学関係研究機関.....	126
表4-1	対ブラジルの政府開発援助の推移.....	138
表4-2	保健医療・衛生分野における援助額の推移.....	139
表4-3	世界銀行セクター別援助額 (1990).....	140
表4-4	UNDPセクター別援助額.....	142
表4-5	UNICEFセクター別援助額.....	144
表4-6	UNFPAセクター別援助額 (1990) .....	145
表4-7	国際機関による保健医療・衛生分野援助プロジェクト一覧 (1990) ...	147
表4-8	ドイツセクター別援助額.....	148
表4-9	イタリアセクター別援助額.....	149
表4-10	保健医療・衛生分野海外援助プロジェクト一覧 (1990).....	151
表4-11	NGOによるプロジェクト.....	155
表4-12	ドナー別援助概要 (1990年) .....	156
表4-13	個別専門家派遣実績.....	159
表4-14	大学教授派遣実績.....	160
表4-15	ブラジルにおける総派遣専門家数と 保健医療分野の専門家派遣数との比較.....	161
表4-16	ブラジルからの総研修員数と保健医療分野の研修員数との比較.....	161
表4-17	一般単独機材供与を通じての医療機材供与実績.....	162
表4-18	医療特別機材供与.....	163
表5-1	地域別保健医療指標.....	171
表5-2	東北部における主要な保健医療指標.....	177
表6-1	下痢による乳児死亡の減少.....	193
表6-2	結核罹患率の低下 .....	194
表6-3	住血吸虫症罹患率の低下.....	195
表6-4	腸管寄生虫罹患率の低下.....	196
表6-5	予防接種率の向上.....	197

## 目 次

図1-1	ブラジルの地理的区分	9
図1-2	月間インフレ率の推移	11
図1-3	地域別賃金格差の分布	14
図2-1	国家行政組織図	20
図2-2	地方行政組織図（ペルナンブコ州）	21
図2-3	国家開発計画の推移	27
図2-4	保健衛生行政の「ムニシパリザサン」	31
図2-5	階層化された保健医療網	31
図2-6	衛生省組織図 統一保健医療システム-SUS導入（1990年）以降	32
図2-7	衛生省組織図 統一保健医療システム-SUS導入（1990年）以前	33
図2-8	国家保健医療基金の財源及び賃金の流れ	40
図2-9	州衛生局組織図（ペルナンブコ州）	44
図3-1	出生地と居住地からみた地域間人口移動（1980）	55
図3-2	原因別妊産婦死亡（1987）	61
図3-3	主要な州都における糖尿病罹患率	63
図3-4	マラリア検査における陽性の割合の推移（1970-91）	64
図3-5	法定アマゾン地域州別マラリア発生数（1990, 91）	64
図3-6	内臓リュウシュマニア症（カラアザール）発生件数（1980-91）	67
図3-7	皮膚リュウシュマニア症発生数（1980-91）	68
図3-8	年齢別結核患者発生数（全種類）	69
図3-9	ハンセン病罹患率の推移（1980-91）	70
図3-10	デング熱罹患率の推移（1980-91）	73
図3-11	エイズ罹患率の推移（1980-91）	75
図3-12	1000人当たり受診回数（1989）	92
図3-13	人口及びベッド数（1989）	92
図3-14	1000人当たりベッド数（1989）	92
図3-15	1000人当たり入院数（1989）	93
図3-16	患者1人あたりベッド当たりの平均患者数（1989）	93
図3-17	ベッドの平均使用日数（1989）	93
図3-18	医療保険制度	96
図3-19	統一保健医療システム-SUSの保健医療機関網（経営形態別）	114
図3-20	ブラジル国内における医薬品の流れとCEMEの位置付け	120
図4-1	ブラジルの技術協力体制	135
図4-2	ブラジル協力事業団（ABC）機構図	136
図4-3	ABC二国間技術協力受入課の組織図	137

図5-1	東北部の保健医療背景.....	174
図5-2	東北部における人口の分布.....	175
図5-3	干ばつの多角形地帯.....	176

略 語 表

ABC (Agência Brasileira de Cooperação)	: ブラジル協力事業団
AIH (Autorização de Internação Hospitalar)	: 入院許可書
AS-PTA (Assessoria e Serviços a Projetos em Agricultura Alternativa)	: 代替農業プロジェクトコンサルタンツ
BCG (Bacille de Calmette - Guérin)	: 結核予防ワクチン
CAATINGA (Centro de Assessoria e Apoio Aos Trabalhadores e Instituições não Governamentais Alternativas)	: 労働者そしてもう一つの発展をめざすNGOを支援するセンター
CEMB (Central de Medicamentos)	: 中央医薬品配給センター
CBNEPI (Centro Nacional de Epidemiologia)	: 国立疫学センター
DIREBS (Diretorias Regionais de Saúde)	: 地域保健医療支部
CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico)	: 国家化学技術振興審議会
CNS (Conselho Nacional de Saúde)	: 国家保健医療審議会
DPT (Diphtheria, Pertussis, Tetanus)	: 三種混合ワクチン
EPI (Expanded Programme on Immunization)	: 予防接種拡大計画
FAO (Food and Agriculture Organization)	: 国連食料農業機関
FASE (Federação de Órgãos Para Assistência Social e Educacional)	: 社会教育支援組織連盟
FENAPB (Federação Nacional de Apoio aos Pequenos Empreendimentos)	: 零細事業支援全国連盟
FINSOCIAL	: 社会融資基金
FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz)	: オズワルド・クルス財団
FNS (Fundação Nacional de Saúde)	: 国立保健医療財団
FPS (Fundação das Pioneiras Sociais)	: 社会先駆者財団
FSESP (Fundação de Serviços de Saúde Pública)	: 公衆衛生サービス財団
GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit)	: ドイツ技術協力会社
IDB (Inter-American Development Bank)	: 米州開発銀行
IBC (Informação, Educação e Comunicação)	: 情報・教育・コミュニケーション
INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)	: 国立社会保障医療援護院
INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição)	: 国立食品栄養院
INSS (Instituto Nacional de Seguro Social)	: 国家社会保障院
LIKA (Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami)	: 浅見敬三免疫病理学センター
MS (Ministério da Saúde)	: 衛生省
ORS (Oral Rehydration Salt)	: 経口補水塩

PAGE (Programa de Ação Econômica do Governo)	: 経済行動計画
PAHO (Pan American Health Organization)	: パン・アメリカ保健機構
PAISC (Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança)	: 乳幼児・児童総合保健プログラム
PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher)	: 女性総合保健プログラム
PBD (Programa Estratégico de Desenvolvimento)	: 開発戦略計画
PEM (Plano de Emergência Nacional Para o Control da Hanseníase)	: ハンセン病抑制緊急国家計画
RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais)	: 国家必須医薬品
PHC (Primary Health Care)	: プライマリ・ヘルス・ケア
PNACS (Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde)	: 保健指導員国家計画
I PND (Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento)	: 第1次国家開発計画
II PND (Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento)	: 第2次国家開発計画
III PND (Terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento)	: 第3次国家開発計画
I PND-NR (Primeiro Plano Nacional da Nova República)	: 新共和国第1次国家開発計画
PROSAD (Programa de Saúde do Adolescente)	: 青少年総合保健プログラム
SACTBS (Serviço Alemão de Cooperação Técnica e Social)	: ドイツ技術社会協力サービス
SAS (Secretaria de Assistência à Saúde)	: 保健医療支援局
SCC (Short Course Chemotherapy)	: 結核治療8か月短期コース
SNABS (Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde)	: 保健基本活動局
SNPES (Secretaria Nacional de Especiais de Saúde)	: 保健特別計画局
SUS (Sistema Único de Saúde)	: 統一保健医療システム
SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública)	: 公衆衛生普及管理庁
SVS (Secretaria de Vigilância Sanitária)	: 衛生監督局
TDR	: 国連熱帯医学特別計画
UCA (Unidade de Cobertura Ambulatorial)	: 外来診療単位
UNDP (United Nations Development Programme)	: 国連開発計画
UNFPA (United Nations Population Fund)	: 国連人口基金
UNICEF (United Nations Children's Fund)	: 国連児童基金
WFP (World Food Programme)	: 世界食糧計画

## 第1編 国別概況

## 1-1 国別一般概況

① 正式国名	ブラジル連邦共和国 (Republica Federativa do Brasil)
② 独立年月日 旧宗主国	1822年9月7日 ポルトガル
③ 政 体	連邦共和国 三権分立 (米国型)
④ 元首の名称	イタマル・アウグスト・カウチェロ・フランコ大統領 (1992年12月就任)
⑤ 位置、面積	北緯5度16分19秒～南緯33度45分9秒 西経34度45分54秒～西経73度59分32秒 851万1,965平方キロメートル
⑥ 首 都	ブラジリア連邦区
⑦ 総 人 口	1億5,040万人 (1990年央) (注2)
⑧ 公 用 語	ポルトガル語
⑨ 民 族 等	白人系55%、褐色系38%、黒人系6%、東洋系1%
⑩ 宗 教	カトリック (国民の9割以上)
⑪ 教 育	〈義務教育〉 7～14歳の8年間 (注1) 〈就学率〉 (標準就学年齢人口に対する総就学者の比率) 初等教育 (1989年) : 105% 中等教育 (1989年) : 39% 高等教育 (1989年) : 11% 〈識字率〉 (1990年) : 81% (15歳以上) (注2)
⑫ 暦	日本との時差は12時間 (注3) 祝祭日 1月1日 元旦 1月25日 サンパウロ市創立記念日 2月または3月 カーニバル 3月または4月 キリスト受難の日 4月21日 チラデンテス記念日 5月1日 労働者の日 6月17日前後 キリスト聖体祝日 7月9日 サンパウロ護憲革命記念日 9月7日 ブラジル独立記念日 11月1日 諸聖人の日 11月2日 死者の日 12月24日 クリスマスイブ 12月25日 クリスマス

出典 「外務省国別概要」1991 外務省

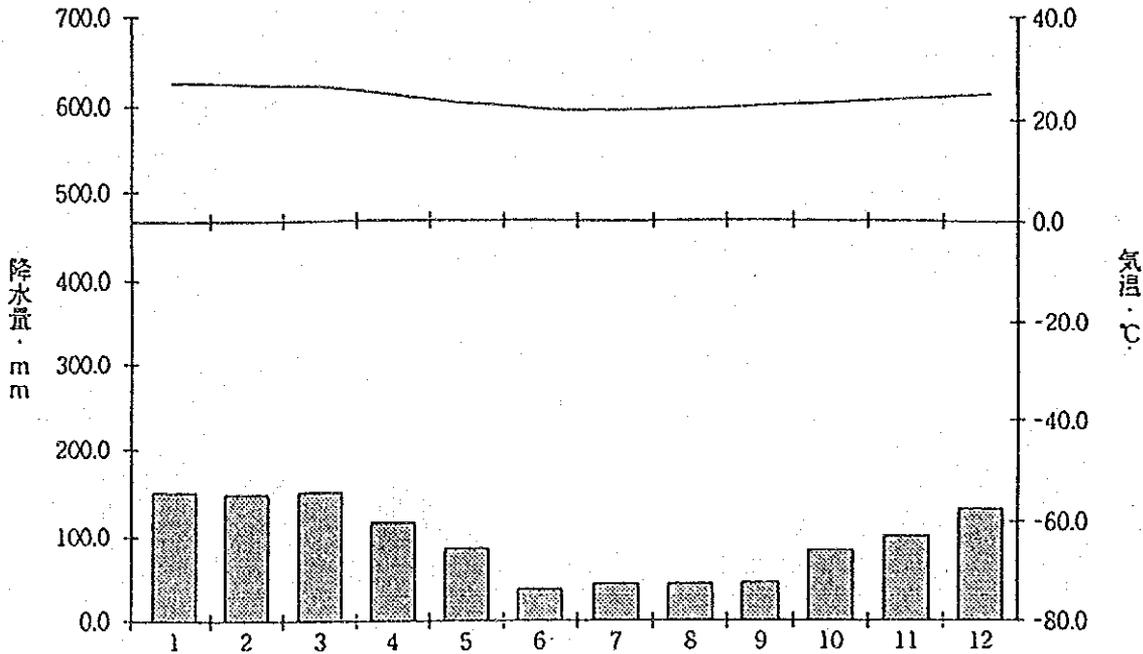
(注1) 『ユネスコ文化統計年鑑』1989 原書房

(注2) World Development Report 1992 The World Bank

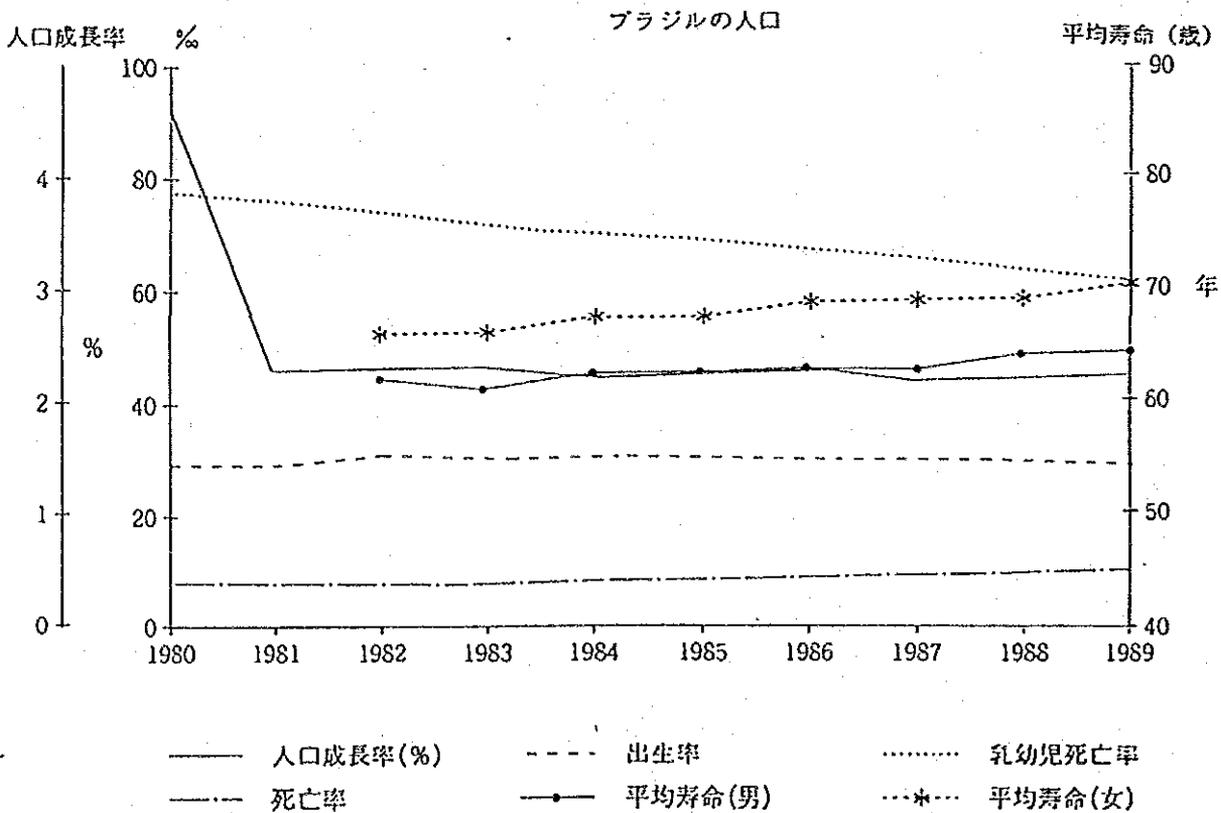
(注3) 『海外生活の手引 中南米篇Ⅲ』1980 世界の動き社

リオデジャネイロにおける平均気温・降水量

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平均気温	26.4	26.5	25.9	24.3	22.6	21.6	21.3	21.8	22.2	22.9	23.7	25.1
降水量	150.5	148.4	153.4	117.9	87.0	42.0	47.2	51.1	52.0	86.6	107.2	135.6
平均湿度	78	76	76	77	77	76	75	74	74	76	77	76

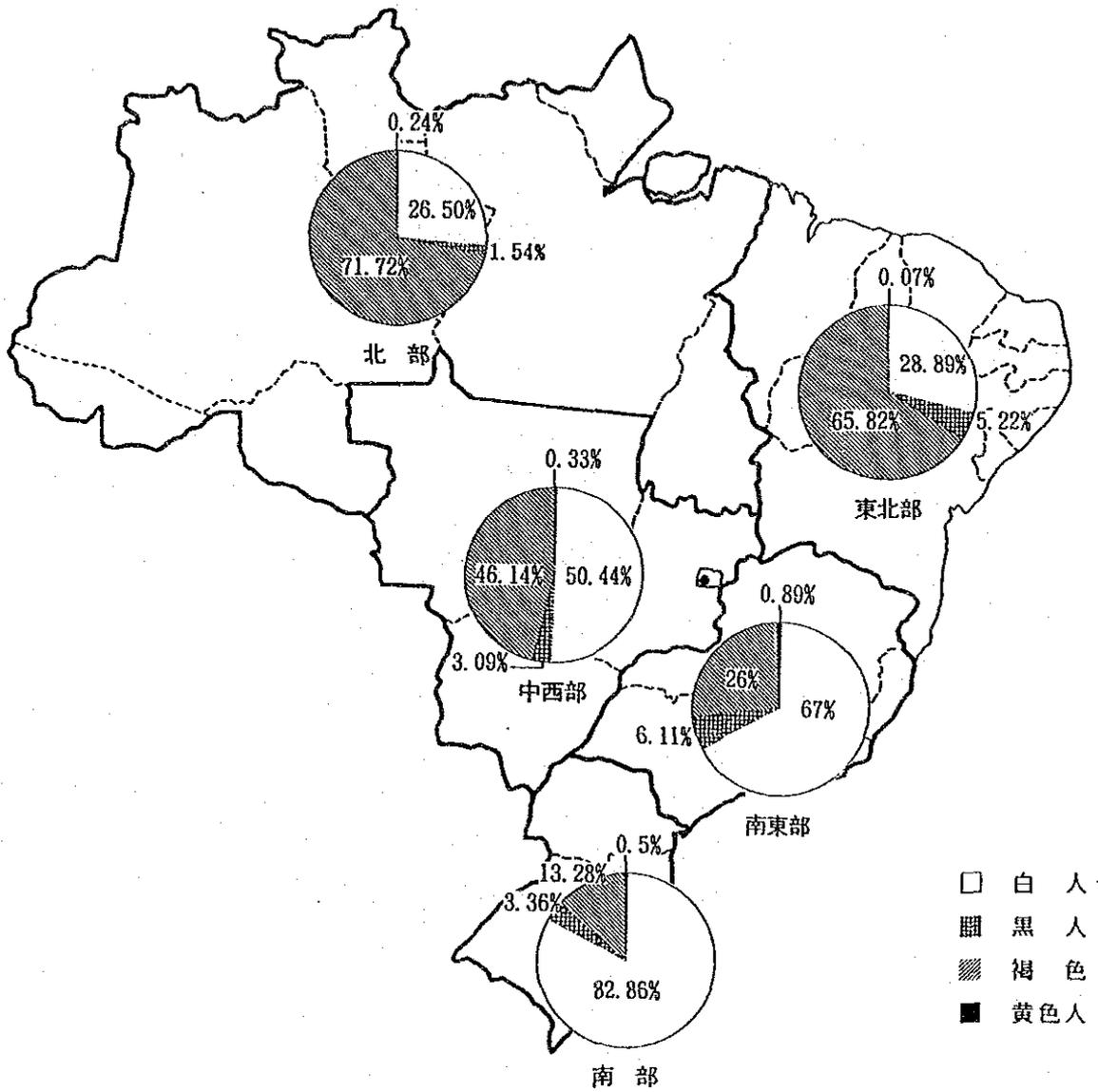


出典 「世界各国要覧」1990



出典 World Development Report 1982~1991  
「世界人口年鑑」1987

ブラジルにおける人種構成と地域的分布



出典 Anuário Estatístico do Brasil 1991 IBGE, 皮膚の色別住民調査 (1989) より作成

## 経済指標

1)主要経済指標の 推移	年	(1988)	(1989)	(1990)
G D P (百万ドル) (注1)		323,610	319,150	414,060
一人当たりGDP (ドル) (注2)		2,160	2,540	2,680
GDP実質上昇率 (%) (注1)		N.A.	3.3	-4.0
消費者物価上昇率 (%) (注1)		683.0	1,286.9	2,937.8
失 業 率 (%) (注3)		3.9	N.A.	N.A.
貿 易 (百万ドル) (1990年) (注1)		貿易収支 : 8,784 輸出額 : 31,243 主要相手国 : 米国, 日本, ドイツ 輸入額 : 22,459 主要相手国 : 米国, ドイツ, アルゼンチン		
経常収支 (百万ドル) (注1)		4,448	1,040	-2,983
対外債務残高 (百万ドル) (注1)		114,592	111,290	116,173
債務返済比率 (百万ドル) (注1)		48	30	22
外貨準備高 (百万ドル) (注1)		1,118	10,505	9,200
2)通貨 1993年5月20日 (注4)	クルゼイロ 1ドル=38,250.00 クルゼイロ (公定レート)			
3)会計年度	1月1日~12月31日			

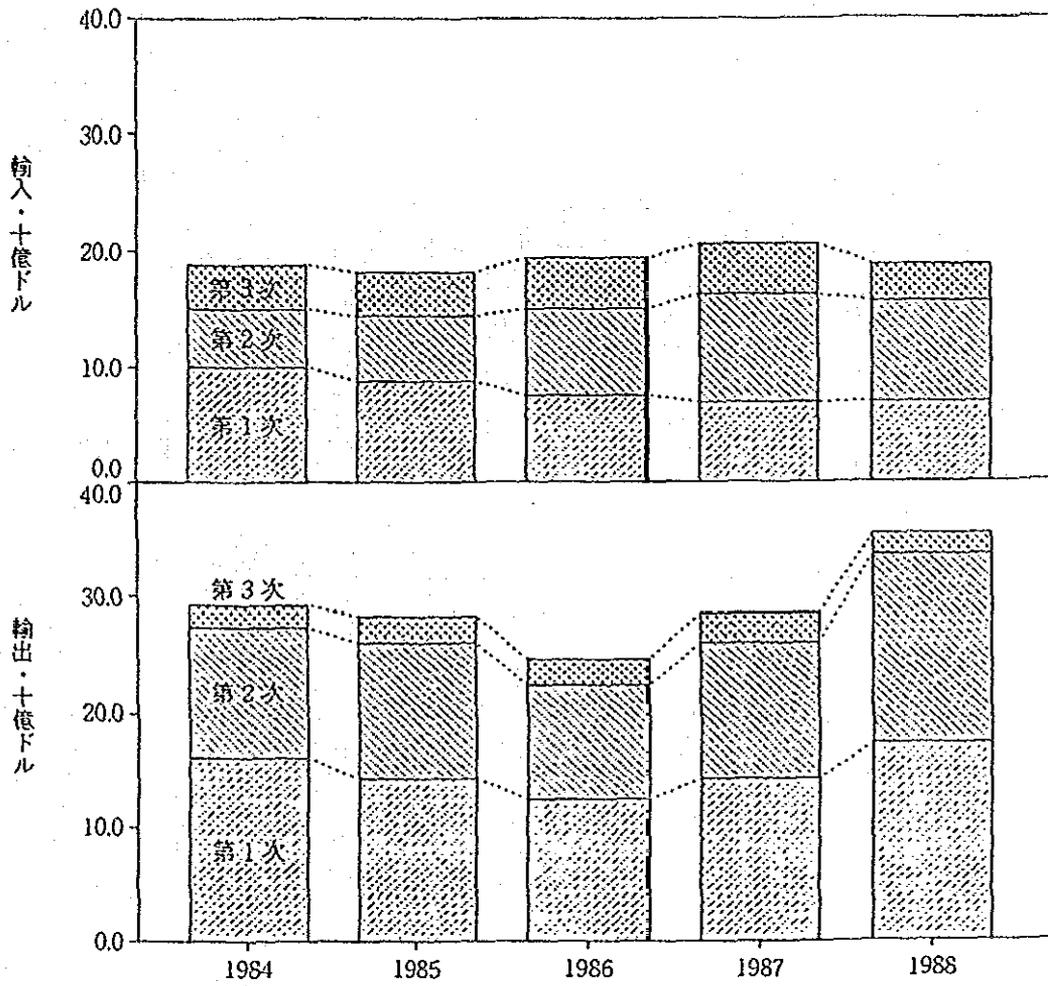
出典 (注1) World Development Report 1990-1992 The World Bank

(注2) Country Report : Brasil No.2 1992 BIU

(注3) Year Book of Labour Statistics 1991 ILO

(注4) 東京銀行調べ

輸出入の変化



出典 World Development Report 1991

- (1)地 勢 ブラジルは南アメリカ大陸のほぼ中央、大西洋側にある大国で、国土は南アメリカ大陸の47%を占め、面積の広さでは世界第5位である。国土は南北両半球にまたがり、その8分の3はアマゾン川流域をはじめとする低地であり、残りの8分の5は、広大なブラジル高原とギアナ高地に分けられる。

水量豊かな河川が数多く有り、これらは交通手段としても重要な役割を果たしており、航行可能な河川は4万4000キロメートルに達している。特にアマゾン川は世界第2の長河で、その流域面積は国土の56%を占めている。

- (2)気 候 ブラジルは国土の大半が熱帯及び亜熱帯気候に属しており、温帯気候に属しているのは南部のごく一部である。ブラジルの気候は大きく以下の4つに分けられる。

気候区分	地 域
熱帯雨林気候	アマゾン川流域と東部沿岸地域
サバンナ気候	ブラジル高原
ステップ気候	東北部内陸
温帯気候	南回帰線以南

- (3)人口・民族 ブラジルの人口は1990年に約15,000万人と推定され、人口の数では世界第5位にある。ブラジルの社会は、植民地時代の奴隷制、移民受入れ等の歴史的背景から人種的に多様であり、多人種社会の典型ともいえる。人種構成をみるとヨーロッパ系移民である白人が55%、混血を主とした褐色系の人々が38%、黒人6%、アジア系黄色人1%となっており、先住民であるインディオは総人口の0.1%にも満たない。

- (4)言語・宗教 ブラジルはその広大な国土、人種的多様性、社会経済的地域格差にもかかわらず国内の文化的同質性が非常に高く、国民のほとんどが唯一の国語（公用語）であるポルトガル語を使用し、全人口の約90%がカトリック教徒である。

- (5)教 育 ブラジルの義務教育は初等教育（7～14歳）の8年間であり、その就学率は1989年において105%となっているが、中途退学者が多く、卒業する児童はその6分の1にも満たない。1990年における成人識字率は81%で、世銀の分類における上位中所得国としては、ほぼ平均的な水準にある。しかし、国内における地域格差が激しく、地域によっては依然低所得国の水準に留まっている。

## 1-2 ブラジル社会経済の現状、問題点

## 1-2-1 ブラジルの地理的区分

ブラジルの国土は地理的特徴に基づき、以下の5つの地域(Macro regio)に区分されている(表1-1、図1-1参照)。

表1-1 ブラジルの地域的区分

地 域 区 分	州
北 部 (Norte) 7 州	アマナス(Amazonas) ロンドニア(Rondonia) トカンチンス(Tocantins) アクレ(Acre) アマパ(Amapá) ロライマ(Roraima) パラ(Pará)
東北部 (Nordeste) 9 州	マリアン(Maranhao) ピアウイ(Piauí) セアラ(Ceará) バイア(Bahia) パライバ(Paraíba) リオ・グランデ・ド・ノルテ(Rio Grande do Norte) ペルナンブコ(Pernambuco) アラゴアス(Alagoas) セルジペ(Sergipe)
南東部 (Sudeste) 4 州	サン・パウロ(Sao Paulo) リオ・デ・ジানেイロ(Rio de Janeiro) エスピリト・サント(Espirito Santo) ミナス・ジェライス(Minas Gerais)
南 部 (Sul) 3 州	パラナ(Paraná) サンタ・カタリナ(Santa Catarina) リオ・グランデ・ド・スール(Rio Grande do Sul)
中西部 (Centro-Oeste) 3 州・1 連邦区	ゴイアス(Goiás) マト・グロソ・ド・スール(Mato Grosso do Sul) マト・グロソ(Mato Grosso) ブラジリア連邦区(Distrito Federal)

各地域の特徴を以下に示す。

## -北部-

アマゾン川を中心としてアマゾン盆地・平地及び森林地帯が広がり、国土面積の約42%を占めるが、人口密度は1平方キロメートル当たり 2.5人と低い。北部は、ブラジル国内で最も本来の姿に近い自然の姿を持っているという意味で重要な地域である。しかし、同時に国内で最もインフラ等の開発が遅れている地域でもあり、その経済は森林資源及び、金に代表される鉱物資源に依存しており、近年では、カラジャス(パラ州)地域での鉱物資源開発が盛んに行われている。1970年代以降、国家の政策として、北部への農牧畜を営む小規模農家の移住と民間企業における大規模農牧業開発が奨励されたが、これがアマゾンの森林破壊の大きな原因となっているとして、現在では同地区の農牧業開発に対して抑制政策がとられている。

## - 東北部 -

東部の沿岸地域を除き大部分がカーチンガと呼ばれる半乾燥地帯の粗林地で、面積は国土の約18%であるが、人口は多く全人口の28.5%が居住している。同地域は、15世紀以降、奴隷制を基盤とした砂糖産業により発展し、植民地時代の輸出農業経済の中心地であった。しかし、その後の砂糖産業の衰退と、南東部サルバドールからリオ・デ・ジャネイロへの遷都に伴い、東北部は開発から取り残され、南部との社会的・経済的格差が拡大し、ブラジル国内での大きな問題となっている。また、長年にわたるサトウキビ栽培による土地の劣化や内陸部を周期的に襲う早魃は、農民の南東部都市への大量移住を引き起こしている。

## - 南東部 -

人口が集中し、最も経済活動が活発な地域で、リオ・デ・ジャネイロ、サン・パウロ等の大都市があり、人口密度は1平方キロメートル当たり67人と最も高い。同地域には国内の企業の57%が集中しており、国内の工業製品の71%がここで産出される。また、農牧業においても生産性が高く、コーヒー、サトウキビ、オレンジ、牛肉などが生産されている。

## - 南部 -

海岸平野と南部高原から構成され、農牧業と軽工業を主要産業としている。19世紀以降ヨーロッパ移民を多数受け入れたこともあり、ブラジル国内で最もヨーロッパ化された地域で文化水準が高い。従来から牧畜業が盛んであったが、近年では工業が飛躍的に発達している。また農業技術も高いレベルにあり、小麦、大豆、トウモロコシ、米、タバコ等の換金作物の生産が行われている。

## - 中西部 -

ブラジル中央高原と、広大なパンタナル低地から構成される。前者はセラードと呼ばれる波状形の灌木地帯で、後者は雨期には浸水する。

同地域は、金の発見された地点を中心に発展し始め、後に牧畜が大規模に行われるようになった。1960年のブラジルへの遷都に伴い経済基盤が整備され、人口が増加しつつある。

図1-1 ブラジルの地理的区分



(注) ( ) 内の数字は州の数を示す

出典 Anuário Estatístico do Brasil IBGE

## 1-2-2 ブラジルの現状と問題点

ブラジルは世界第10位（1990年）のGNPを有し、途上国の中でも中進工業国として位置づけられる国ではあるが、近年、高度のインフレーションによってその経済は停滞しており、社会的にもさまざまな問題を内包している。

1930年以後、一貫して輸入代替工業化政策が継続されてきた。これによって1960年代後半から70年代初頭にかけて、同国は「ブラジルの奇跡」と呼ばれる年率約10%を越える高度経済成長を記録し、先進各国も注目するほどの発展ぶりではあったが、これは外国資本の大幅な導入によって進められた開発であった。さらに、オイル・ショック後、世界経済が停滞する中でブラジルは当時の世界の流れに逆行して開発を優先させたため、先進国の民間銀行に余剰したオイル・マネーがブラジルに次々と投下され、対外債務が過剰に累積していった。このため、同国では財政赤字が増大し、1980年代以降のブラジル経済は、高度のインフレーションによる混乱とともに、経済成長の停滞に見舞われることとなった。政府は、80年代後半から、インフレ抑制を目的とする経済安定化政策をたびたび実施したが、結局一時的にしかインフレを抑制することはできず、経済の混乱によって人々の生活は不安定なものとなっている。

このような経済混乱の影響を最も受けやすいのは低所得層であり、世界的にも貧富の差が大きく、かつ中産階級の少ないブラジルでは、所得格差の是正が重要な課題となっているが、こうした格差の是正は近年いっこうに進んでおらず、逆にますます貧富の差が広がる傾向が見られる。これは、職種や住居においてみられる階層間の流動性が低いことに起因しており、格差の是正のためには、低所得層が中間層へレベル・アップすることが必要であるが、低所得層を取り巻く社会環境は厳しく、特に教育を受けていないことが将来的な生活の改善をも困難にしている面があるものと思われる。また、ブラジルは広大な国土を有し、同一国内としては考えにくいほどの極端な地域間格差が存在しているが、これが所得格差とも複雑にからみあっており、ブラジルの社会問題を一層深刻なものとしている。

こうした現状から、ブラジルの開発を抑制する要因として以下の3点が挙げられる。

1. 経済の混乱とインフレーション
2. 所得格差
3. 地域間格差

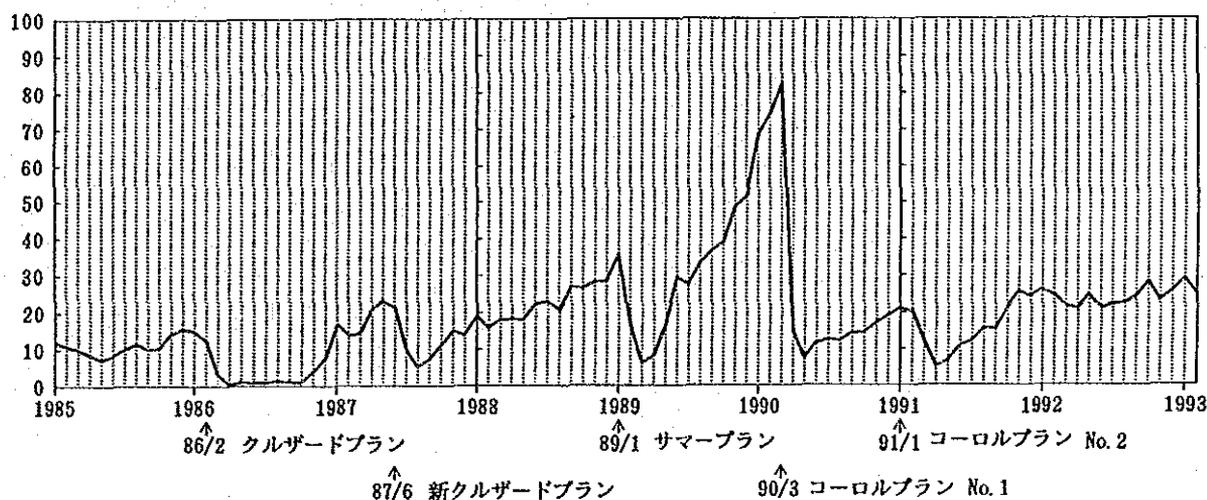
ブラジルの社会問題は、特に低所得層や貧困地域における生活の安定性及び発展性の欠如が一つの重要な要素を占めているものと考えられるが、こうした問題は保健医療及び教育環境の未整備に関係するところが大きいものと推察されることから、社会構造のひずみの是正にはこうした社会開発分野での対策が必要不可欠であると言えよう。

以下、上記の3つの要因のそれぞれの内容について詳述するものとする。

## 1-2-2-1 経済の混乱とインフレーション

増大する財政赤字に対し、政府は貨幣の増発によってこの埋め合わせを行ったため、ブラジル経済は高度のインフレーションに脅かされることとなった。1986年2月、政府はインフレの抑制を目的として、経済安定化政策「クルザード・プラン」(Plano Cruzado)を実施した。これは、物価および賃金を全面的に凍結するというショック療法であり、物価の凍結によって強制的にインフレを抑制しようとしたものである。この政策によってインフレは一応の鎮静化をみたが、一方で、物価の凍結は消費者の消費需要を増大させたため、空前の消費ブームが発生するに至った。これに対し、生産者、流通業者、小売業者の各段階で、いわゆる売り惜しみが行われたため、需要の増加と供給の減少が同時に進行し、当然、価格が上昇されるべき経済状態となった。こうした中で、ついに割り増しを加えて売買する“ヤミ価格”が出現するようになり、この時すでに実質的にインフレが再発していたと考えられる。

図1-2 月間インフレ率の推移



出典 IBGE. INPCを採用

クルザード・プランの失敗以降、政府は1987年6月に「新クルザード・プラン (Plano Bresser)」、1989年1月に「サマー・プラン (Plano Verao)」を実施し、再三物価の凍結に踏み切ったが、インフレの抑制は一時的なものに過ぎず、短期間のうちにインフレが再燃することとなった。この2つのプランでは、物価の凍結と並行して財政赤字の大幅な削減が目指されており、インフレに対し根源的な問題からの解決を図ったものといえるが、2回とも政府はこれを実行に移すことができなかったため、インフレの抑制に失敗することとなったのである。

サマー・プラン以降は、大統領選挙が近づいて先行きの不透明感が増大したこと、及び新しく大統領に選出されたコーロル候補がその政策を明らかにしなかったこと等からインフレが急激に加速し、1990年3月の政権交代時には月率80%というハイパー・インフレーションの危機に見舞われた。これに対し、コーロル大統領は、就任と同時に「コーロル・

プラン(PLANO COLLOR)」を公表し、流通貨幣を激減させることによってインフレの抑制を図った。プランの実施後、消費活動が大幅に減退したため、加熱インフレは急速に鎮静化した。景気は後退することとなり、この影響で失業率は上昇した。その後、財政赤字がある程度改善したことなどから、国内外よりコーロル・プランを評価する動きも見られたが、同年9月以降、流通貨幣が急増して金融政策によるコントロールが難しい状況となった。このため、翌91年1月、コーロル・プランを補強する位置づけで「コーロル・プランII (PLANO COLLOR II)」が発表されたが、これはごく一時的な措置に過ぎず、同年10月にはインフレ率は月率20%台に上昇し、その後92年12月のコーロル大統領の辞任まで、ほぼ横這い状態で推移している。

こうした慢性的な高インフレ状態においては、高所得層は物価の上昇とリンクした銀行預金を保有しているため概して問題は大きくない。また、インフォーマルセクターの労働市場で働く労働者や地方部の自給生活者もインフレによって受ける影響は小さい。しかしながら、賃金が不安定な低所得層はインフレによる物価高騰の影響をまともに受けることとなっている。これはすなわち、物価の上昇に賃金上昇が追いつかず、実質賃金が目減りしていることを意味する。また、たびたび実施されるショック療法的な政策は、市場経済のバランスを様々な面で崩壊させており、このため、所得階層にかかわらず国民生活は圧迫され続けており、苦しい生活を強いられている人々も多い。

さらに、経済の混乱は社会的な面でもひずみを生みだしている。例えば、インフレの抑制のために、教師、医師、看護婦といった公務員の給与が低く抑えられたが、このため、公立の学校、病院などは度々ベース・アップを要求するストライキに入り、教育、医療環境を悪化させることとなった。また、教師の中には公務員給与では生活が困難なことから他の仕事と兼業する者もあり、こうしたことが教育レベルの質の低下へとつながっている。すなわち、同国の経済の混乱は、直接的には国民の生活を圧迫することによって所得格差を拡大し、間接的には社会的な環境を悪化させることによって格差の是正を妨げていると考えられる。

なお、このような恒常的な高インフレ下では、予算案を策定しても、計画時から執行時における価値の減少が激しく、資金の計画的運用が非常に困難で、国家事業の運営上大きな障害となっている。

(注) インフォーマルな労働市場に属する労働者

伯統合労働法に基づく雇用がなされていない労働者で、インフォーマルな労働市場に属することから社会保障制度への未加入な物が多く、賃金や有給休暇等の労働条件で不利な点が多い。

ブラジルではインフォーマルな労働市場での労働者が多く、ジェットゥリオ・バルガス財団経済研究所が1976年～83年に行った調査によると、経済活動人口に占める割合はおよそ50%、2000万人以上であった。1980年代を通じて、その割合はさらに拡大しているものと推定されている。

## 1-2-2-2 所得及び地域格差

ブラジルの1人当たりGNPは、1990年において2,680ドルで、世界銀行の報告書では上位中所得国に位置付けられている。また、社会開発の指標であるUNDPの「人間開発指標」においても中位開発国(160カ国中59位)に位置している。しかし、これは近代的大都市を抱える南東部、南部と、開発の遅れている北部、東北部が相殺された形で現れたものであり、この地域格差はブラジル国内における南北問題となっている。また、ブラジルの最高所得層20%の総所得は、最低所得層20%の総所得の26.1倍(1980~90)であり、低所得層40%が所有する所得は総所得のわずか8.1%にしかすぎず、この格差は年々拡大傾向にある。

これらブラジルの開発の制約要因ともいえる地域格差と所得格差を、経済的、社会的指標を用いて以下に示す。

## (I)経済的格差

1985年における1人当たりGDPを地域別にみると、東北部が最も低く、次いで北部となっており、反対に最も高いのはサン・パウロ等の大都市が存在し、近代化の進んでいる南東部となっている(表1-2 参照)。東北部の1人当たりGDPは全国平均の約47%、最も高い南東部のわずか35%にすぎない。

所得の分布においても、総所得が最低賃金以下という労働者が、就業者全体に占める割合は、東北部が最も高く44%となっている(図1-3 参照)。また、所得の分布を人種別にみると、最低賃金以下で働く就業者の割合は黒人が最も多く、次いで、パルドと呼ばれる褐色人となっており、反対に最低賃金の5倍以上の賃金を得ている就業者の割合が多いのは黄色人、次いで白人となっている(表1-3 参照)。

表1-4 に所得格差の指標であるジニ係数の地域別推移を示した。ブラジル全体のジニ係数は過去4年間増加傾向にあり、このことから、所得配分の格差が年々拡大していることが明らかである。また、ジニ係数を地域別にみると、東北部が0.650と最も高く、同地域においても全国的な傾向と同様、所得格差が拡大しつつある。

このように、東北部は人口の約30%が居住しているにもかかわらず、経済的にはブラジル国内で最も低い水準にあり、1人当たりのGDPが最も低く、さらに、その所得を一部の階層が所有するといった経済構造を示している。

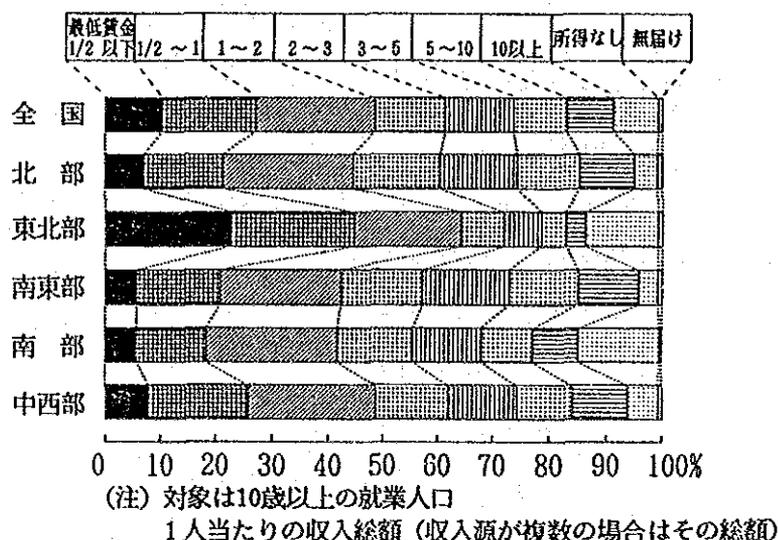
表1-2 地域別GDPの推移

(単位:クルゼイロ)

		1970	1975	1980	1985
全 国	総 額	149,563	802,295	11,114,842	1,258,986,734
	1人当たり	0.0016	0.0074	0.0916	9.2870
北 部	総 額	3,348	17,822	387,271	54,734,704
	1人当たり	0.0009	0.0038	0.0576	6.4386
東北部	総 額	17,957	92,563	1,349,449	170,569,809
	1人当たり	0.0006	0.0029	0.0380	4.3730
南東部	総 額	97,218	510,875	6,902,717	732,482,241
	1人当たり	0.0024	0.0109	0.1309	12.3868
南 部	総 額	25,481	146,580	1,917,873	222,665,370
	1人当たり	0.0015	0.0081	0.0989	10.7627
中西部	総 額	5,559	34,455	557,532	78,534,610
	1人当たり	0.0011	0.0054	0.0802	9.5364

出典 Anuário Estatístico do Brasil 1989, 91 IBGE

図1-3 地域別賃金格差の分布



出典 Anuário Estatístico do Brasil 1991 IBGE

## (注) 最低賃金

ブラジルには最低賃金法があり、正式な雇用での最低の賃金を保障している。最低賃金法は、ヴァルカス政権時代の1940年に制定されたのが始まりで、伯統合労働法では雇用主が「男女の区別なく直接に支払い義務のある最低の報酬で、その衣食住、保健衛生及び交通費の通常必要量を満たすに足りるもの」と規定されている。

最低賃金は激しいインフレの中で賃金の目減りを防ぐため、インフレ率とともに定期的に調整される(現在は4カ月毎)。1991年1月から93年3月までの月毎の最低賃金のドル価の平均は74ドルで、48ドルと106ドルの間を推移している。

しかし、インフォーマルな労働市場での雇用が、経済活動人口の半分といわれる現状では、最低賃金以下の収入で雇用されている労働者も多い。

表1-3 人種別所得構成

	白人		黒人		パルド(褐色)		黄色	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
最低賃金以下	7,713	28.0	1,980	52.5	7,710	47.5	33	8.8
1~2倍	6,931	25.2	941	25.0	3,782	23.3	55	14.6
2~3倍	6,339	23.0	467	12.4	2,207	13.6	119	31.6
5倍以上	3,596	13.1	77	2.0	593	3.6	126	33.4
所得なし	2,824	10.3	295	7.8	1,879	11.6	42	11.1
申告なし	109	0.4	10	0.3	61	0.4	2	0.5
合計	27,512	100.0	3,770	100.0	16,232	100.0	377	100.0

原典 Veja No. 793, 16 de Nov 1983

出典 ブラジル国別援助研究会報告書 1991.12 国際協力事業団

表1-4 ジニ係数の地域別推移

	1986	1987	1988	1989
全国	0.507~0.529	0.529~0.552	0.617	0.637
北部	—	—	0.590	0.616
東北部	0.458~0.488	0.484~0.517	0.635	0.650
南東部	0.491~0.512	0.494~0.516	0.594	0.617
南部	0.509~0.528	0.536~0.555	0.579	0.601
中西部	0.475~0.495	0.538~0.558	0.638	0.650

出典 Anuário Estatístico do Brasil 1989, 91 IBGE

## (2)社会的格差

成人識字率をみると、東北部以外の地域は全て80%を上回っているのに対し、東北部は60.7%と著しく低く、依然として低所得国の水準に留まっている(表1-5参照)。乳児死亡率、平均余命に代表される保健医療指標からも、東北部とその他の地域との格差は明らかで、乳児死亡率は、全国平均が1000人当たり59人であるのに対して92人、出生時における平均余命は1980年において全国平均の60歳より8歳低い52歳である。一方、これらの指標が最も高い地域は南部地域である(表1-6参照)。

表1-5 地域別成人識字率

	1984	1989(増加率)
全国	72.9	79.9(9.6%)
北部	77.8	85.0(9.3%)
東北部	52.8	60.7(15.0%)
南東部	81.9	88.1(7.6%)
南部	81.8	88.6(8.3%)
中西部	75.0	82.0(9.3%)

出典 Anuário Estatístico do Brasil 1989, 91 IBGE  
ブラジル国別援助研究会報告書 1991.12 国際協力事業団

表1-6 地域別乳児死亡率及び平均余命

	乳児死亡率 (1989)	出生時における平均余命 (1980)
全 国	59	60.08
北 部	69	64.17
東北部	92	51.57
南東部	35	63.59
南 部	39	66.98
中西部	41	64.70

出典 Anuário Estatístico do Brasil 1989.91 IBGE  
Informe Epidemiológico do SUS. 1992.7 CENEPI/MS

### 1-2-3-3 ブラジル東北部

前述してきたように、ブラジル東北部が、経済的、社会的にブラジル国内において、最も遅れた地域であることは明らかである。特に保健医療の水準は著しく低く、ブラジル国内にとどまらず各国際機関、援助国からも早急な改善が望まれており、各援助機関の対ブラジル援助における重点地域とされている。

このような状況を踏まえ、同報告書は、ブラジルに対する保健医療協力においては東北部を最も優先すべき地域とし、内容においてもブラジル全体を対象としつつも、東北部に重点をおいて作成した。また、第5編に「東北部における保健医療の現状」という編を設け、東北部における保健医療事情とその問題点について言及し、第6編では、今後の同地域に対する支援のあり方についてまとめ、同報告書の結論とした。

## 第1編 参考資料一覧

- | 章   | 資料名  |
|-----|--|
| 1-1 | 概説ブラジル史 山田睦男編 1986 有斐閣<br><br>ラテン・アメリカ事典 1989年版 1989 社団法人ラテン・アメリカ協会<br><br>ラテンアメリカを知る事典 1990 平凡社   |
| 1-2 | ラテンアメリカの経済開発と産業政策 1987 アジア経済研究所<br><br>債務危機管理下での民政移管 矢谷通朗<br>『ラテンアメリカ・レポート』 Vol.2 No.1 1985 アジア経済研究所<br><br>消費の拡大とモノ不足——クルザード・プラン以後 小池洋一<br>『ラテンアメリカ・レポート』 Vol.3 No.4 1986 アジア経済研究所<br><br>1989年 ECLAC ラテンアメリカ経済速報(抄訳)<br>『ラテンアメリカ・レポート』 Vol.7 No.1 1990 アジア経済研究所<br><br>1990年 ECLAC ラテンアメリカ経済速報(抄訳)<br>『ラテンアメリカ・レポート』 Vol.8 No.1 1991 アジア経済研究所<br><br>経済危機下に活路を模索するラテンアメリカ経済の現状と展望 丸谷吉男<br>『ラテンアメリカの経済危機と外国投資』 1989 アジア経済研究所<br><br>ブラジル経済の現状と問題点 長谷川純一<br>『基金調査季報』 No.69 1991 海外経済協力基金<br><br>ブラジルの経済安定化政策 1990 長澤正嘉<br><br>コロール・プラン後1年 1991 田中信<br><br>Anuário Estatístico do Brasil 1989, IBGE<br><br>Conjuntura Económica Janeiro de 1989, FGV<br><br>世界の国一覧表 1992年版 1992 財団法人世界の動き社<br><br>ラテン・アメリカ事典 1989年版 1989 社団法人ラテン・アメリカ協会 |

ジェットロ貿易市場シリーズ ブラジル 1991 日本貿易振興会

BALANCE PRELIMINAR DE LA ECONOMIA DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE 1992  
1992, CEPAL

Anuário Estatístico do Brasil 1989, IBGE

Anuário Estatístico do Brasil 1991, IBGE

ブラジル国別援助研究会報告書 1991.12 国際協力事業団

概説ブラジル史 山田睦男編 1986 有斐閣

## 第2編 衛生行政

### 2-1 一般行政と国家開発計画

#### 2-1-1 中央及び地方一般行政組織

##### 2-1-1-1 中央行政

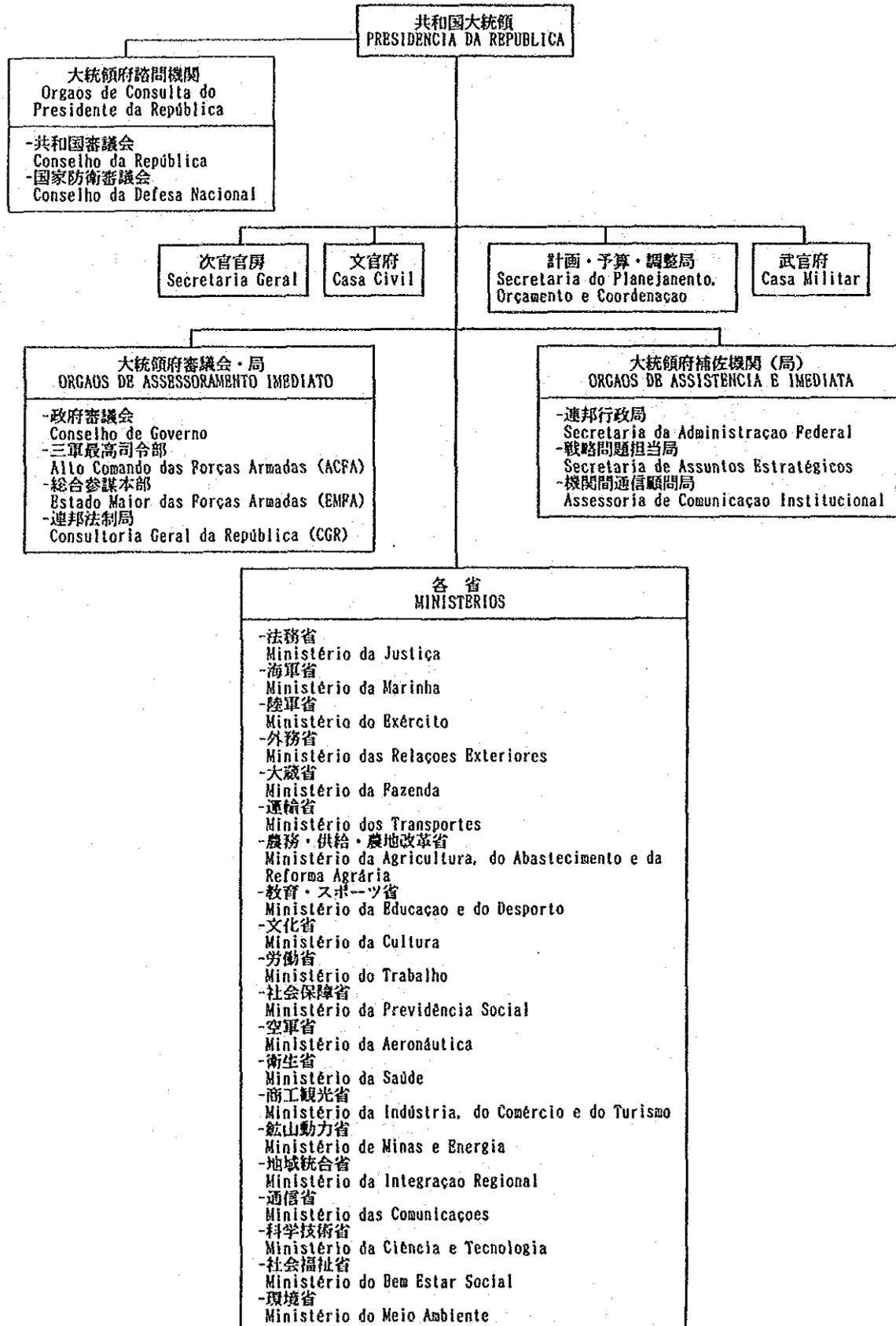
ブラジルは、立憲代議制による連邦共和国で、広範な自治権を有する26州と1連邦区（連邦首都 Brasília:ブラジリア）から成る。国家の基本組織は行政・立法・司法の三権分立制をとり、行政は大統領が國務大臣の補佐を受けて行う。大統領の任期は5年、次期の再選は禁止されている。図2-1にブラジルの国家行政組織を示す。

##### 2-1-1-2 地方行政

州は連邦憲法の定める諸原則に従い、連邦及び市に帰属すると明示されていない全ての自治権を有する。各州の政治機構は連邦の制度にならい、立法・行政・司法の三権分立をとっている。州の立法権は一院制の州議会が行使し、行政は州知事が行う。州知事の任期は4年である。図2-2に州レベル（ペルナンブコ州）の行政組織図を示す。

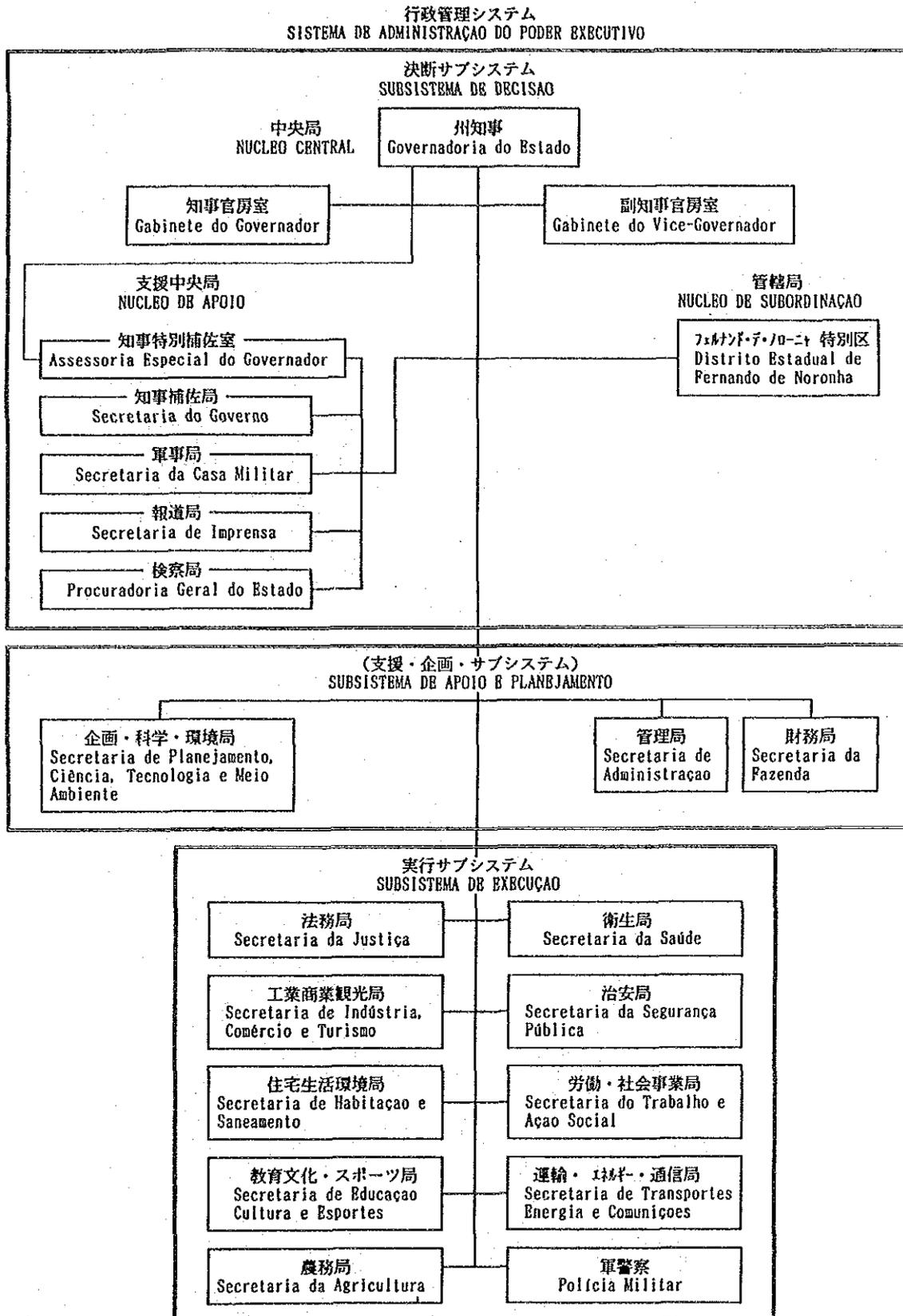
州はムニシーピオ(Município) と呼ばれる地方自治体から構成される（本報告書ではムニシーピオを「市」と呼ぶ）。その数は1991年4月1日現在4,493で、都市的地域及び農村的地域の両方を含む（地方自治体に市町村の区別はない）。各市の行政は直接選挙の比例代表制により選出される市議会が立法権を行使し、住民の直接選挙により選出される市長が行政権を行使する。司法権はない。

図2-1 国家行政組織図  
(1992年12月現在)



出典 JICA ブラジル事務所作成

図2-2 地方行政組織図 (ペルナンブコ州)



出典 JICA ブラジル事務所作成

## 2-1-2 国家開発計画の概要

ブラジルは1960年代半ばから1973年のオイルショックまで、「ブラジルの奇跡」と呼ばれる極めて高い成長率を達成したが、「第2次国家開発計画」以降、累積債務の急速な拡大と1000%を超えるハイパー・インフレーションを抱えるに到り、経済状況は長期にわたり低迷を続けている。なお、ブラジルの1964年以降の国家開発計画の推移とその概要を図2-3に示す。

### 2-1-2-1 国家開発計画の推移

#### (1) 民政移管以前

ブラジルにおいて、経済開発計画が策定されるようになったのは第二次大戦以降である。最初の計画は1950年に発表された「サルテ計画（1950～54年）」であるが、本格的な計画として策定されるようになったのは「メタス計画（1957～61年）」からである。この計画はインフラストラクチャーの充実と基礎産業部門の輸入代替を目指すもので、同計画期間、ブラジルの工業は著しい発展を遂げた。

「ブラジルの奇跡」と呼ばれる高度成長をもたらす基礎を築いたのが、軍事政権最初の開発計画となった「経済行動計画（Programa de Ação Econômica do Governo: PAEG: 1964～66年）」であった。同計画は政府の調整活動プログラムといった性格をもち、制度改革及びその近代化に重点がおかれた。

その後、カステロ・ブランコ大統領は、より体系的長期計画の必要性から経済社会開発10カ年計画（Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social 1967～76）を策定したが、実行されずに終わり、それに代わる「開発戦略計画（Programa Estratégico de Desenvolvimento: PED 1968～70年）」が策定された。

1969年の補足令第43号により、各政権が独自のプログラムを盛り込んだ5カ年計画を策定し実施することが規定され、「第1次国家開発計画（Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento : I PND 1972～74）」、続いて「第2次国家開発計画（Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento : II PND 1972～74）」が策定される事が決定され、それまでの暫定計画として「政府行動のための目標と基礎（Metas e Bases para a Ação do Governo 1970～73）」が発表された。「第1次国家開発計画（I PND）」は1972～74年の3カ年を対象とし、年平均8～10%の経済成長の達成を目指した。同計画は予定よりも1年早くこの目標を達成するという著しい成果を上げたため、「第2次国家開発計画（II PND）」も、高度成長を維持するとともに所得格差の是正を図ろうとする意欲的なものとなった。しかし、1973年、第1次石油危機による世界的不況から、ブラジル経済に内在するインフレ等の問題が表面化し、「第2次国家開発計画」は失敗に終わった。このような厳しい状況の中で策定された「第3次国家開発計画（III PND）」は、達成すべき目標を数量的には示さず質的なものにとどめるといった異例のものであった。

## (2) 民政移管以降

民政移管後1986年に、「新共和国第1次国家開発計画（IPND-NR）」が策定されたが、インフレの昂進と対外債務の累積から、同計画の部分修正案であるアクションプログラムが策定、実施された。しかし87年以降、インフレの昂進に対する引き締め政策の実施により、経済成長率は低下し、開発計画の実施に必要な投資資金の確保は困難となった。

また、加速化するインフレに対し、政府は1986年2月に物価の凍結を含むショック療法的経済政策であるクルザード・プランを、87年6月には新クルザード・プランを実施した。しかし、インフレは88年に入っても昂進を続け89年1月には月間インフレ率が36%に達するに至り3回目のショック療法であるサマー・プランが実施された。サマー・プランによって総需要の抑制には成功したが、インフレが鎮静化していたのはわずか数カ月にすぎず、同プランも失敗に終わった。

## ① 第1次コーロル・プラン（1990年3月）

1990年3月コーロル大統領が就任し、コーロル・プランを発表、直ちに実施に移し、厳しい金融引締め策を断行するとともに、財政の均衡化を目指して財政改革を推進した。

同計画の最大の目的は以下の3点におかれた。

- ・インフレの抑制
  - ・政府財政赤字の圧縮
  - ・IMFをはじめとする国際金融社会との関係修復
- これらの目的達成のため以下の3つの政策がとられた
- ・預金の大幅凍結等の流動性圧縮
  - ・インデクセーションの廃止と賃金・物価の自由化
  - ・国営企業の民営化による赤字財政の改革

## ② 第2次コーロル・プラン（1991年1月）

- ・物価及び賃金の凍結
- ・インデクセーションの廃止
- ・金融市場の新ルール

F A F（金融運用ファンド）を新設し、短期資金運用をこれに統合し、運用先を規定するもので、同プランの中核をなす。

- ・予算執行の厳格化、公共支出の抑制

## ③ コーロル新政権の5カ年予算

コーロル新政権は、1988年10月に施行された新憲法の規定に基づき、1991～95年の5年間を対象とした国家支出計画を策定した。

同計画の連邦予算をみると、社会セクターに対する配分が圧倒的に大きく、関係4省である社会事業省、教育省、衛生省、労働・社会保障省で全体の約40%を占めている。また、地域格差の是正も同計画の重点目標として位置づけられている。

ブラジルにおける地域間不均衡は、単に後進地域（北部、東北部、中西部）での貧困問題を生み出すだけにとどまらず、大都市においても、人口流入に伴う行政サービスの遅れが、貧困層（主にスラムを形成し居住する）を大規模に生み出し、都市部での環境、治安の悪化が問題となっている。

このため同政権では後進3地域の経済成長率が全国平均を上回ることを目標として掲げ、当該地域（特に貧困問題の規模が大きく深刻な東北部の農村部）に適した産業の振興、経済・社会インフラの重点的整備を行い、雇用機会の創出、生活条件の改善を図るとしている。

以下に同予算計画の社会セクターにおける政策及び目標を示す。

#### 〔社会セクター〕

国民1人ひとりの潜在能力を引き出し、国の発展のためにその能力が活用されることを目的としている。前政権下でも社会セクターへの資源配分は行われていたが、実際の受益者が、中・上流階層であったケースもまみられ、同政権においては、制度をキメ細かくすることにより低所得者層に届くよう制度の改善を図る。また、緊急対策として絶対的貧困に対し、施策を講じる。

##### 1. 教育分野

- ・初等教育の拡充（新規定員 240万人）
- ・非識字者を主眼とした社会人教育の拡充（新規定員240万人）
- ・教科書支給（8,400万冊／年）
- ・技術教育の拡充（181校新設）

##### 2. 保健分野

- ・小児に対する感染症予防接種の強化  
     目標：ポリオ 100%、麻疹、ジフテリア、破傷風、結核の95%接種
- ・栄養失調児の比率を現在の30%から10%まで引き下げる。
- ・乳児死亡率を 6.3%から 4.0%に引き下げる。
- ・妊婦死亡率を10万人当たり140 から70に引き下げる。
- ・国立疫学センターの設立

##### 3. 住宅・上下水道

- ・都市部貧困層に対する住宅供給（150万戸）
- ・上水道施設拡充（720万戸）
- ・下水道施設拡充（900万戸）
- ・村落共同体での衛生状態改善（対象村落 140万地区、農村部での上水道普及率 50%、下水道普及率25%達成が目標）

コーロル大統領は、その後1992年3月に長期経済開発目標である「国家再建計画」を発表したが、同年10月、コーロル大統領の汚職疑惑に対する下院の弾劾可決により10月2日休職となり、イタマール・フランコ副大統領が大統領代行に就任した。さらに、12月29日のコーロル大統領辞任に伴い、イタマール副大統領代行が正式に大統領に就任した。

イタマール大統領は就任と同時に、以下に示す「経済安定プログラム」を発表した。その後1993年2月に開催された国会において、93年の各省庁別の施政方針を発表しているが、国家開発計画に該当するものは93年3月現在、発表されていない。

#### ④「イタマール政権経済安定プログラム（1992年10月発表）」

##### 1. 緊急財政赤字穴埋対策

- ・ 税制改革の実施。
- ・ コーロル時代に承認された公共部門プロジェクトの見直し。
- ・ 進行中の公共工事の実行と支払いの再検討。
- ・ 連邦金融機関、ブラジル銀行及びCEF（連邦貯蓄金庫）の再編成。
- ・ 予算に大きなインパクトを与える支出の不許可。

##### 2. インフレ対策

- ・ 現在の月23%水準を下げるための政府支出のカット。
- ・ 実質利益率の現実的水準への維持。

##### 3. 対外債務

- ・ 国際機関との公約の厳守。

##### 4. 民営化

- ・ 既に期日の定められた民営化入札は実施、その他は経営の改善を図る。

##### 5. 経済効率化

- ・ コーロル大統領の定めた経済開放、自由化、デレギュレーションなどの政策は大綱において踏襲、改善しながら実行。

##### 6. ショック療法

- ・ ドル化、価格凍結、価格先決め、貯蓄没収等の冒険的施策は採用しない。

#### 2-1-2-2 国家開発計画における保健医療分野の位置付け

1950年代以降、ブラジルはインフラの整備と基幹産業の育成、外資の積極的な導入による重化学工業の開発等に重点をおいた経済開発計画を実施してきた。このため1960年から70年代前半にかけて、「ブラジルの奇跡」といわれる著しい高度成長を遂げたが、その一方で、社会開発が後回しとなり、保健医療に関する具体的政策を欠き、保健衛生分野への予算配分は、1964年に開始した経済行動計画において1.5%、68年からの開発戦略計画では3.9%と非常に少ないものであった。

このため、ブラジルでは国民の約6割が低所得にとどまるといったような所得格差と、教育や保健医療指標にみられるような地域格差が生じ、社会開発部門が経済発展に大きな遅れをとるといった状況が生み出された。

ブラジルの開発計画の中で、保健医療分野に最初に重点がおかれたのは、1975年に開始した「第2次国家開発計画」である。しかし、同計画は経済の悪化により引締め政策に転換せざるを得ない状況となった。

1985年の民政移管を契機に、国民の社会改革に対する要求の声が高まりつつある。1988年に公布された憲法では「健康は全ての国民の権利であり国の義務である」と謳われ、これを保障するため、全国民に公平に保健医療サービスを提供することを目標とした保健医

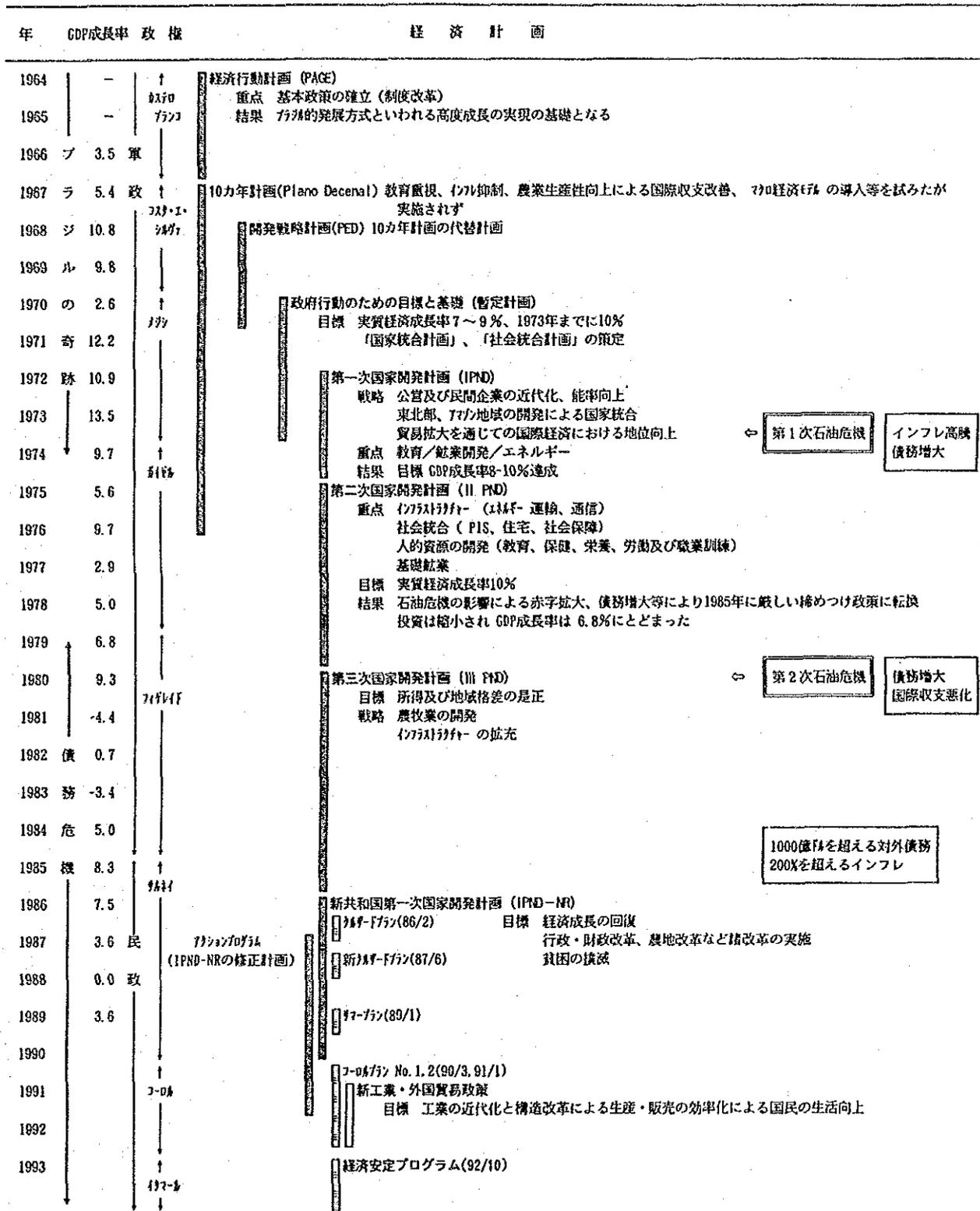
療制度の改革も進行中である。

軍事政権以後、初の直接選挙で当選したコーロル大統領は、民衆の期待に応えるべく、前述したような社会開発部門、所得及び地域格差の是正に重点をおいた計画を打ち出した。同計画の連邦予算についてみると、社会セクターに対する配分が圧倒的に大きく、全体の40%を占めている。結局、この計画は、1992年のコーロルの退陣とともに実施されないままに終わったが、同計画において社会開発部門が最重点課題として掲げられたことは、今後のブラジルの社会開発にとって重要な意味を持つものと考えられる。

コーロル退陣後に就任したイタマール政権は、経済安定政策を優先事項としており、現在のところ長期的なセクター別計画は策定されていないが、1993年2月の国会において提示された93年の各省庁別施政方針における衛生省の施政としては、保健医療改革を進め、サービスの効率性を確保するとし、中でも風土病等の感染症対策に重点を置くと述べられている。

ブラジルの経済は高いインフレ率、増大する債務、財政赤字等の経済問題に加えて、政界汚職にみられるような古い政治体質等、深刻かつ早急に解決すべき問題が多く、具体的な計画が立案されるものの、実施されないままに終わるケースが多々ある。長期的計画の実施には、まず経済の安定、そして効果的、継続的な実施体制の確立が不可欠であることから、適切かつ効果的な経済政策の実施とそれに伴う早急な経済建て直しが強く望まれている。

図2-3 国家開発計画の推移



## 2-2 中央衛生行政機構と保健医療計画

### 2-2-1 保健医療部門の問題点と改革への動き

ブラジルは現在、保健医療体制（SUS-Sistema Unico de Saúde：統一保健医療システム）の改革に取り組んでいる最中であり、この改革が衛生行政機構及び計画に深く関連していることから、衛生行政について記述する前段階として、これまでのブラジルの保健医療体制の問題点と改革を導入した経緯について述べる。なお、本報告書ではこの新保健医療体制の改革を「統一保健医療システム-SUS」の構築もしくは導入と称す。また、本報告書において「現在」と記しているのは1993年1～3月の時点であることを述べておく。

#### 2-2-1-1 保健医療体制の改革（統一保健医療システム-SUS）に至る背景

高度な最先端医療を提供する病院が存在する一方で、国民の大半は基本的な保健医療サービスの恩恵も受けられない、というのがブラジルの保健医療部門の現状である。特に北部、東北部では未だ感染症が蔓延し、高い乳児死亡率を呈しており、その保健医療の状況は、依然として低所得国の水準にある。一方、南東部、南部の疾病構造は成人病に代表される先進国的な特徴を示している。また、保健医療へのアクセスという視点からみると、社会保険制度に基づく社会保険病院は、同制度に強制加入しているフォーマル労働市場に属する労働者と、インフォーマルな労働市場に属しながら任意加入している自営業者、家政婦、農業・漁業労働者等を対象に保険診療活動を行ってきたが、これら医療機関の技術水準が相対的に低いことや迅速な診療が受けられない等の理由で、実質的に低所得層にしか利用されていないのが実状である。

さらに、インフォーマルな労働市場に属する大部分の労働者は、経済的理由から同制度に加入することができず、無料保健医療サービスを行う公立の保健医療機関（国立、州立及び市立）を利用している。しかしながら、これら公立の保健医療施設は、保健医療従事者の賃金が低いことから優秀な人材にも恵まれず、医療設備面での制約もあり、基本的な保健医療サービスの迅速な提供さえ期待できない状況にある。なお、地域によっては医療サービスへのアクセスにも制約がある。

その一方で、高所得者は、民間の医療保険制度を通じて良質で高度な医療サービスを提供する私立医療機関を利用している。

なお、私立医療機関は保健医療従事者に対する待遇が公立保健医療機関や社会保険病院に比べてよいことから、専門技術を持った優秀な人材を揃え、さらに、潤沢な財政事情を背景に高度医療技術の導入が積極的に進められているため、多様化された医療ニーズに対応できる体制が構築されており、公立医療機関との保健医療サービスの質的格差は拡大の一途を辿っている。

よって、ブラジルでは労働市場及び所得の格差により、医療サービスのアクセスの仕方にも以下に示すような格差が生じている。

- ・インフォーマル労働市場に属し、かつ、社会保障制度に未加入な労働者や失業者（無保険者）で、公立（国立、州立及び市立）の保健医療機関での国民保健サービス、又は慈善的な性格の強い私立保健医療機関（カトリック教会等の宗教団体が経営している慈善医療施設）での無料診療サービスを利用する低所得・貧困層。
- ・伯社会保障制度に強制加入しているフォーマル労働市場の労働者及び任意加入している一部のインフォーマル労働者で、社会保険病院並びに公的医療保険制度と契約された私立医療機関で保健医療サービスを受ける低中所得者層。
- ・伯社会保障制度には義務的に加入しているものの、それとは別に民間の医療保険制度に加入し、この制度と契約された私立医療機関網から適当な医療施設を選択して、良質かつ多様な保健医療サービスを楽しむ高所得者層。

このようにブラジルの保健医療にはモザイク様に各種の問題が存在しており、これが効果的な保健医療事業の妨げになっている。ブラジルの保健医療がこのような現状に至った要因として考えられる事項を以下の9項目に示す。

1. 行政による保健医療部門の軽視
2. 民間を主体とした保健医療部門の発展
3. 衛生省（予防医療）と社会保障省（治療医療）による衛生行政二本立て
4. 二極分化された公的医療保障制度（社会保険システムと国民保健サービス）
5. 治療重視、予防軽視
6. 統一性のない保健医療プログラム
7. 一部の社会階層を対象とした医療保険制度
8. 脆弱な地方衛生機構
9. 地域の特性に応じた保健政策の欠如

ブラジル政府はこれまで衛生行政への積極的な支援を怠ってきたことから、財政及び組織面での強化が図られぬまま今日に至っている。

一方、国内における臨床治療医学は、主に私立医療機関及び一部の大学病院等の発展を通じて、飛躍的に向上した。しかし、高所得層を対象とした高度医療技術の発展と導入に逆行する形で、経済的理由から基本的医療サービスさえ得られず、感染症、寄生虫症及び妊娠・出産にかかわる問題に苦しむ低所得者層が増大するなど、地域に根ざした保健医療活動が置き去りにされてきた。

また、衛生行政機構は、衛生省が基礎予防衛生事業を監視し、社会保障省に属する国立社会保障医療援護院 - INAMPSが公共医療機関における社会医療保険制度を管轄するという二本立てであったため、予防活動と治療活動が二分化していた。さらに、衛生省の基礎衛生事業予算は限られ、しかも衛生省内の事業間の連携も欠けていた。

地方においては、州が市を統括していたが、地方財政も厳しい状況にあり、これら限られた保健医療予算を有効活用し、地域対応型の、より効果的な保健医療政策を立案、実行及び管理するための体制も極めて脆弱なものであった。

保健医療制度改革（統一保健医療システム-SUS構築）の背景理解のため、ブラジルの保健医療の一般的状況をまとめたが、実際の状況は州、市によりかなり異なることを述べておく。例えば、南東部にあるサン・パウロ州のように、産業が発展し、多角的な財源を有するところでは、州の衛生行政の質は高く、州立の大学病院の中には高度な医療設備を有しているものもある。一方、東北部におかれている連邦大学は医療設備・器具ともに未整備な状況に置かれている。

## 2-2-1-2 保健医療改革（統一保健医療システム-SUS構築）

### (1)改革への動き

連邦政府、州及び市の行政の各代表の参加により1986年に開催された第8回保健医療会議を機に、民主的保健医療体制を目指す改革への社会的な動きが活発化した。

1988年に公布された憲法には、“健康は国民の権利であり国の義務である”（憲法第2節 保健医療 第196条）と謳われ、保健医療事業の公共性が明示された。さらに同憲法には新保健医療体制の基本的理念も盛り込まれている。この新保健医療体制は、SUS-Sistema Unico de Saúde（統一保健医療システム-SUS）と呼ばれ、無秩序な保健医療体制を統一化された保健医療組織に改革しようとするものである（憲法196～200条）。同憲法に基づき、1990年に衛生基本法が施行され、SUS構築に対する政策が具体化した。統一保健医療システム-SUS構築の基本的な方針を以下に示す。

#### 1. 地方分権と連邦制の原則

州を国家の保健医療制度の基礎とし、同時に市の主導権及び実施権を拡大する。

#### 2. 統合

各行政範囲における権限の重複を排除し、連邦、州、市の各行政レベルごとに単一の責任権限体制を確立する。

#### 3. 社会的管理と民間組織の参加

問題の認識、解決策の探求、実施事業の監理（モニタリング）と評価への民間部門の参加により、保健医療の問題を単なる技術的な問題とせず、社会的問題として捉え、社会構造の中に保健医療を管理する体制を構築する。

#### 4. 包括性

保健医療事業は治療的医療事業に偏重することなく、予防施策、風土病、感染症、環境衛生等の公衆衛生事業も重視する。

\*このシステムの下で保健医療の公共活動と業務は、地域化、階層化された組織網に統合される。

### (2)行政組織改革

・社会保障省に属していた国立社会保障医療援護院(INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)の衛生省への統合により、保健医療行政の一本化と公立保健医療網の改善を図る。これまでの保健医療事業は治療医療に大きく偏り、予防面が立ち遅れていた。また、公立保健医療網自体の水準の低さも大きな問題であった。

- ・連邦（衛生省）、州及び市の衛生担当部局に、地域住民、行政機関及び保健医療従事者の各代表から構成される保健医療審議会を設置する。この審議会は各行政レベルでの保健医療政策の策定と財務管理を含めた保健医療政策の実施を管理するといった重要な役割を帯びている。衛生行政への地域住民の参加は、憲法の原則でもあり、保健医療サービス利用者である地域住民による社会管理は義務的な位置付けにある。さらに、統一保健医療システム-SUSには民間部門の補完的参加も謳われており、官民一体となった保健医療事業の推進である。

（注：「市」はブラジルの基礎自治体 Municipioを指す）

- ・州、市へ権限を委譲する。これは、ブラジルの政治経済状況あるいは地理的多様性にもかかわらず、平均値に基づき、中央集権的な保健衛生行政を行ってきたことへの反省であり、市の保健医療部門の行政体制、管理体制を整備することを最終目標としている。各州、市で、保健医療審議会の設置、また、市によっては、衛生局の設置、保健医療計画の作成が進められている。この市への権限の委譲の過程は、「ムニシパリザサン（Municipalização）」と呼ばれる（図2-4）。保健医療の「ムニシパリザサン」は、地域医療を重視し、全住民へ適切な保健医療サービスを提供することを目指している。具体的には保健医療区(Distrito Sanitário)と呼ばれる地域を細分化したものを基礎単位とし、これを階層化した保健医療網に組み込む形で実施される（図2-5 参照）。

図2-4 保健衛生行政の「ムニシパリザサン」

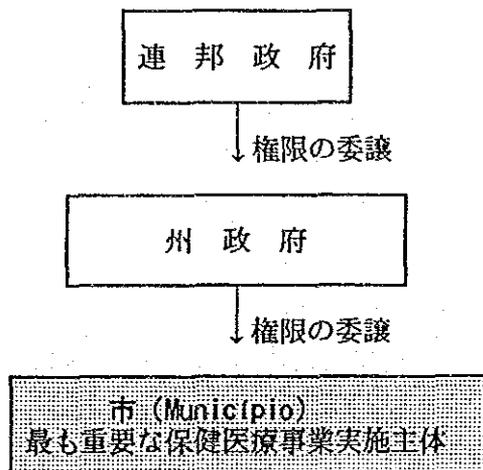
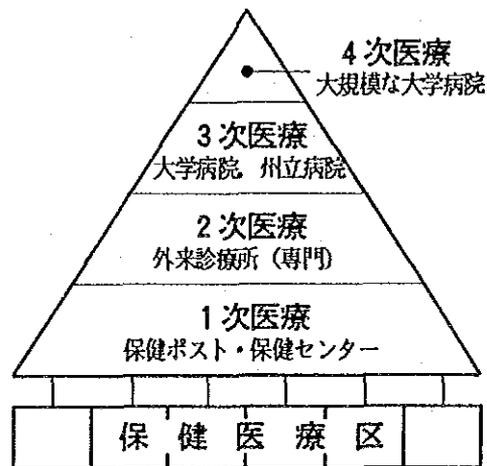


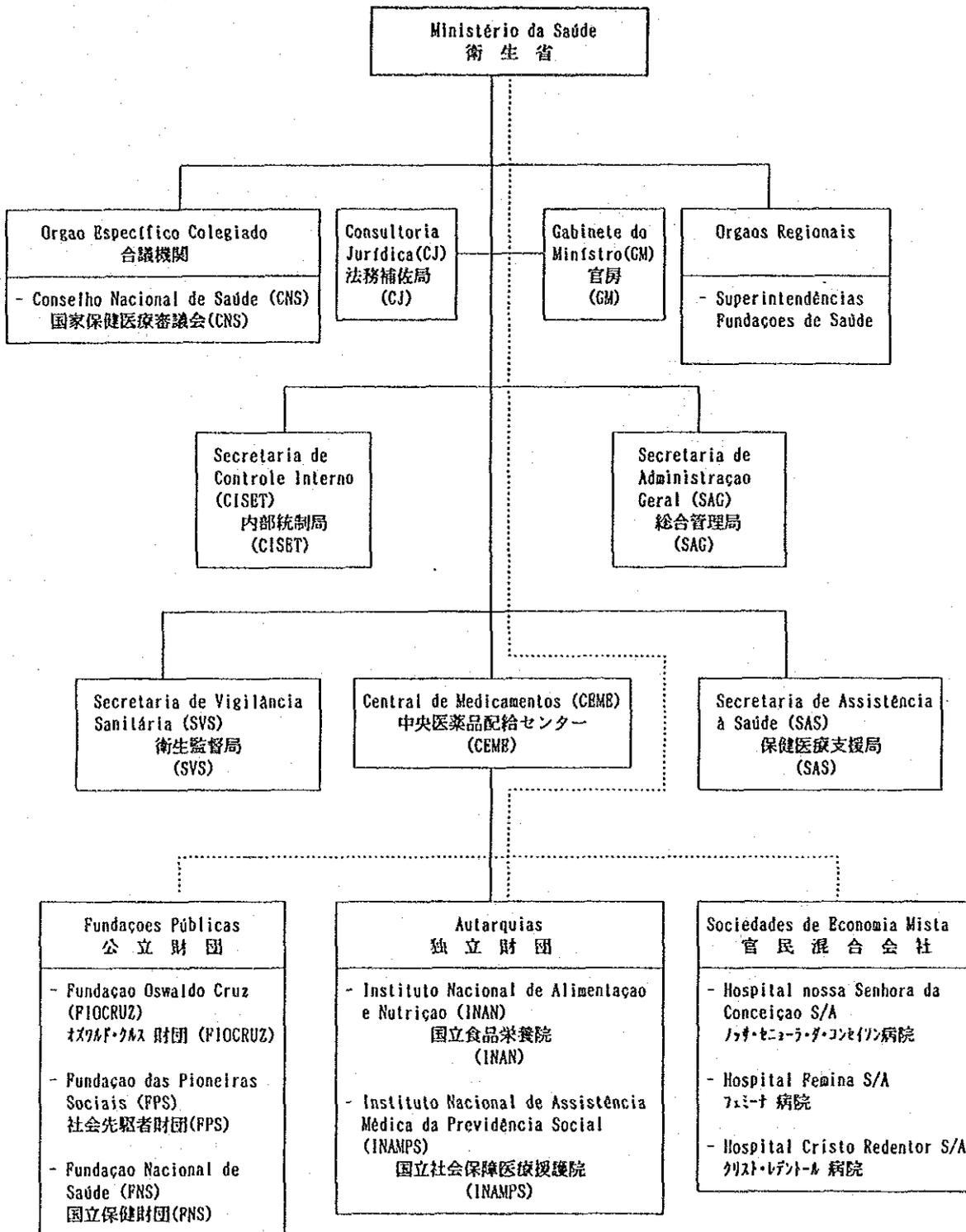
図2-5 階層化された保健医療網



### 2-2-2 中央衛生行政機構

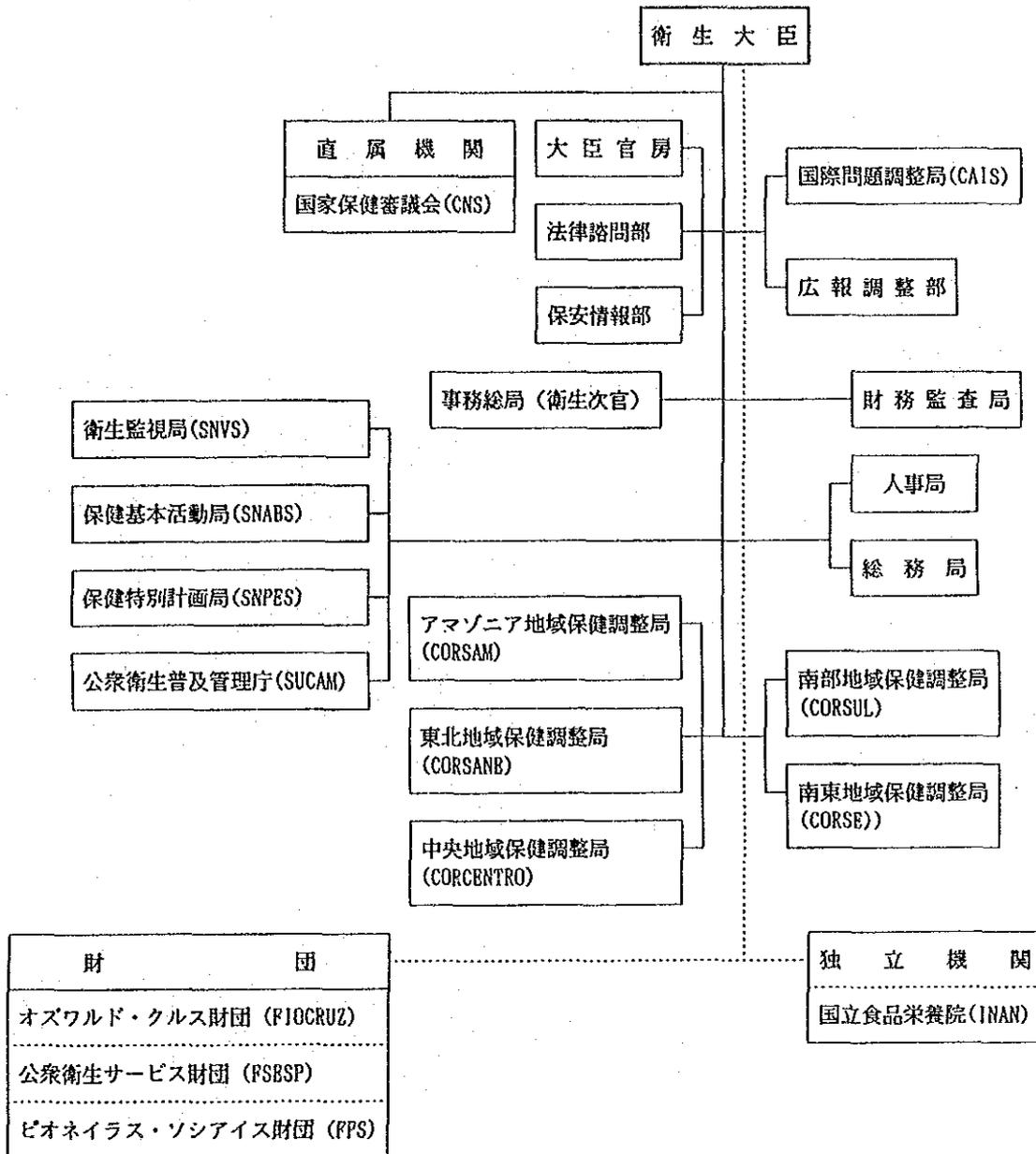
統一保健医療システム-SUSの導入に伴い、国立社会保障医療援護院-INAMPS の衛生省への移管、疫学コントロール実施機関の整理統合による国立保健財団(FNS Fundação Nacional de Saúde) の設立、統一保健医療システム-SUS構築過程の指揮監督部門の設置等、衛生行政機構は大幅に改組された（図2-6 参照）。なお、参考までに改組前の組織図を図2-7 に示す。

図2-6 衛生省組織図  
統一保健医療システム-SUS導入（1990年）以降



出典 開発途上国の行政・省庁組織図 国際協力事業団

図2-7 衛生省組織図  
統一保健医療システム-SUS導入（1990年）以前



出典 開発途上国の行政・省庁組織図 第2分冊 中南米地域 昭和60年3月 国際協力事業団

## (1)保健医療支援局(SAS-Secretaria de Assistência à Saúde)

1. 統一保健医療システム-SUSにかかわる規則、基準の策定及び規格作成
2. SUS推進のための人材養成及び医療支援サービスとその活動を全国的に評価、フォロー・調節する。
3. SUSの企画、管理及び評価
4. 地域医療計画の作成、実施、推進に参画する。
5. 州・市への権限委譲に対する指導、技術的支援、委譲の進捗状況の把握
6. エイズ等の感染症抑制プログラム、女性・子供・青少年に対する総合的保健医療プログラム等の企画、管理

## (2)衛生監督局(SVS-Secretaria de Vigilância Sanitária)

1. 国家衛生監督網、及び衛生検査網の計画、設置、調整
2. 公害、労働環境等、保健に関わる政策策定及び実施
3. 薬品、食品、飲料水、化粧品、衛生用品等の仕様、基準の作成促進
4. 衛生監督下に置かれる製品の生産、流通及び販売の許認可業務
5. 医薬品、食品、衛生用品等を製造する企業と製品の登録
6. 港湾、空港、国境における衛生監督の基準設定ならびに実施

## (3)国立社会保障医療援助院(INAMPS-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)

公立の保健医療機関、及び公的医療保険制度と契約された医療機関からなる統一保健医療システム-SUSの保健医療機関網の整備及び管理運営を任務とする。INAMPSは SUSの導入に伴い、1990年に社会保障省より衛生省の管轄下に移され、保健医療支援局-SAS等他の局と連携し、連邦レベルでの業務を行っている。これまで独自の病院及び診療所を有していたが、その殆どが既に州に移管済みである。

統一保健医療システム-SUS構築に伴い、国立社会医療保障院-INAMPS は衛生省保健医療支援局-SASと共に、SUSの保健医療機関網の組織化及び医療給付事業の州及び市への委譲のための支援を進めている。これまで公立保健医療施設は、各行政レベルで確保された限られた予算で運営されてきたが、慢性的資金難に由来する保健医療サービスの質の低さと効率の悪さが問題となっていた。統一保健医療システム-SUSの構築により SUSの保健医療機関網に属する医療施設は公立、私立（営利、非営利）を問わず、実施した保健医療サービスに対して報酬を得る仕組みになっている。

国立社会保障医療援助院-INAMPS の機能の再定義、組織改革がなされた現在、INAMPSの名称は実体を表していない。近い将来は、INAMPSが解体され、衛生省の総務局もしくは保健医療支援局に吸収されるであろう。

## (4)国立保健財団(FNS-Fundação Nacional de Saúde)

国立保健財団-FNSは1991年に設立され、既に廃止された公衆衛生サービス財団-FSBSP、公衆衛生普及管理庁-SUCAM、保健特別計画局-SNEPBS、保健基本活動局-SNABS等から広範な事業を引継ぎ管轄している。主な事業は 1) 疫学監視、2) 感染症を中心とした疾病の抑

庄・管理、3)保健事業、4)上水道等の衛生環境改善、5) SUS情報システムの運営の5分野で、これらの分野における計画策定、人材養成、情報化、運営管理、研究を任務とする。FNS の主な事業を以下に示す。

1. 国家予防接種計画 (Programa Nacional de Imunização)
2. 国家保健指導員養成計画 (Programa Nacional de Agentes Comunitários)
3. 風土病及びその他の感染症の撲滅・管理活動 (Ações de Combate e Controle de Endemias e Agravos a Saúde) : 主な対象疾患はマラリア、シャーガス病、リーシュマニア症、住血吸虫症、黄熱病、デング熱等である。

国立保健財団-FNSは病院や保健ポスト等を含む地方組織を有し、職員数の多い大規模な実施機関であり、活動範囲も多岐にわたる。そのため、非効率的な活動もみられ、現在、同財団の機能、病院等を含めた地方組織のあり方、その機能の州、市への権限委譲の方法等が活発に論議されている。

#### (5)国立疫学センター (CENEPI-Centro Nacional de Epidemiologia)

国立疫学センター-CENEPI は、国立保健財団-FNSの創設に伴い設立された FNSに属する機関である。連邦、州、市全てのレベルにおける疫学情報の普及、疫学に基づいた政策立案、事業実施の促進を任務とする。

ブラジルの疫学監視は、従来より特定の感染症に対する特別プログラムという形で行われてきた。今後は公衆衛生の観点からみて重要と思われる疾病、健康に害をもたらす要因、保健医療状況を示す指標等を総合的に分析すると共に、保健医療事業の評価・分析も求められている。このため、1992年から新しい疫学監視の概念に基づいた疫学情報“INFORME EPIDEMIOLOGICO” を発行し、統一保健医療システム-SUS構築のためのデータ提供を目指している。また、国立保健財団-FNS及び国立疫学センター-CENEPI は、保健医療支援局-SAS、衛生監督局-SVS、労働省、社会保障省の該当部局との連携を強化していく方針である。

#### (6)中央医薬品配給センター (CEME-Central de Medicamentos)

中央医薬品配給センター-CEME は、国民の大半を占める貧困層への医薬品供給を目的として設立されたもので、主な事業は国家必須医薬品(RENAME)の製造計画立案、購入、公立保健医療網に属する保健医療施設への配布である。その他、医薬品の品質管理、大学等の研究機関への品質管理依託、研究調整機能、新薬開発に係わる研究プロジェクトへの融資も行っている(詳細は3-11-1医薬品の項を参照)。

現在、CEMEは、全公立保健医療網への必須医薬品供給、保健指導員養成プログラムへの参画、市への医薬品キットの配布等を計画している。しかし、既存のCEMEの組織及び機能には非効率な部分が多く、組織の簡素化、人員削減、効率化あるいは廃止と、それに伴う医薬局(Secretaria Nacional de Medicamentos)の新設等について論議されている。また、医薬品の購入をめぐる慢性化した構造的汚職体質が大きな政治問題になっている。

#### (7)研究機関

国立の研究機関として、オズワルド・クルス財団、国立食品栄養院等がある。

## 2-2-3 中央保健医療計画・予算

## 2-2-3-1 中央保健医療計画

1988年憲法に基づく統一保健医療システム-SUS構築に伴い、ブラジルで初めての本格的な保健医療計画である「保健医療5カ年計画(1990-95)」が作成された。

これまで、国家開発計画においても保健医療部門は重視されず、衛生行政自体が継続性と基本方針の欠如で特徴づけられていたブラジルにおいて、「保健医療5カ年計画」の作成は画期的な出来事である。

「保健医療5カ年計画」では、統一保健医療システム-SUS構築のための基本方針、政府の役割、具体的な目標が明確化され、保健医療事業の計画が具体的に記述されている。なお、同計画の策定にあたり国際機関であるPAHO（汎アメリカ保健機関）が専門家チームを通じて支援した。

州、及び市では「保健医療5カ年計画」を基に、地域の実情に即した地域別の保健医療計画を作成することが義務づけられている。

## 「保健医療5カ年計画」（1990～95年）

## 1. 基本理念

健康は全国民の権利であり、国の義務である。

## 2. 連邦政府の役割

健康の促進、保護、回復のための総合的事業を調整、指揮し、全ブラジル国民の寿命を延ばし、生活の質を改善することで国家の発展に寄与する。

## 3. 基本目標

普遍的かつ公平に保健医療サービスを提供する。

「保健医療5カ年計画」における事業計画の主な内容を以下に示す。

- ・保健医療サービスの新しいモデルの作成
- ・疫学の導入
  - 国立疫学センターの創設
- ・人材養成
  - 保健医療従事者の意識改革と行政、技術両分野での人材養成
- ・医薬品
  - 低所得層への基礎医療品供給
- ・生物製剤
  - ワクチン増産と新技術の移転
- ・血液製剤
  - 血液と血液製剤の品質管理
- ・科学技術
  - 保健医療に関わる科学技術の開発と保健医療サービス支援

- ・保健医療情報とコンピューター化
  - 統一保健医療システム-SUSにおける情報網の設置
- ・社会コミュニケーションと保健教育
  - 保健医療に関する広報、教育の強化
- ・衛生環境整備と環境
  - 上下水道、ゴミ処理施設の整備
- ・衛生監視
  - 品質管理の基準作成
- ・保健医療分野予算
  - 連邦、州、市の保健医療予算の確保

同計画ではブラジルにおける保健医療の問題点を以下のように順位付け、各問題別にその対策を記している。

1. 緊急事態、事故、暴力 — 救急医療体制の整備
2. 乳幼児及び周産期の死亡 — 乳幼児死亡率の低下、母乳育児の奨励、低出生体重児の死亡防止
3. 感染症 — 予防接種の普及と風土病への対策
4. 慢性疾患及び変性疾患 — 子宮癌等の早期発見、高血圧、リウマチ熱等の対策
5. 栄養失調と微量栄養素欠乏症 — 食糧支援プログラムの充実、重度栄養失調児の低減
6. 妊産婦死亡率 — 妊産婦死亡率の低下
7. 青少年の健康 — 青少年保健医療プログラムの普及
8. 労働者の健康 — 労働災害と職業病の発生の低下
9. 老人の健康 — 自己健康保持教育を重視した老人医療プログラムの作成
10. インディオの健康 — 居住地域の疫学特性に適した保健医療活動の再編支援
11. 精神衛生 — 外来診療率向上
12. アルコール中毒 — 中毒症の有病率低下
13. 薬物 — 薬物濫用防止国家プログラム作成
14. 院内感染 — 感染率の低減、全州に院内感染管理センターを設営
15. 医療ミス — 状況把握により不適切な医療サービスをフォローアップ、医師に対する継続的な教育プログラムの策定とその実施
16. 高度高額医療 — 臓器移植、慢性腎疾患、心臓血管処置、癌などの高度医療の専門医療機関での先端分野での人材養成を奨励  
(疫学的重要性及び予算面を考慮)

なお、「保健医療5カ年計画」発表時に在任していた、コーロール大統領と衛生大臣は既にそのポストにいないが、同計画は継続して実施されている。

#### 2-2-3-2 保健医療予算

ブラジルでは経済の混乱等により、各省において予算の把握が十分に行われていない。このため、保健医療予算に関する正確な資料は作成されておらず、入手が不可能であった。

従って、この項では予算に関する規模、財源、支出の傾向等に関して統一保健医療システム-SUS構築前、構築後の状況について述べる。

#### (1)保健医療予算額の推移

統一保健医療システム-SUSを整備し、保健医療サービスを充実するためには、保健医療予算の確保が不可欠である。「保健医療5カ年計画」では予算増額の目標と指針を記している。

- ・保健医療予算がGDPに占める割合を、1989年の1.8%から1995年8月までに5.4%に増加させる。
- ・州、市の保健医療予算の割合を1992年12月までに10%に増加させる。

衛生省の年間予算額をみると、1980年から91年の間に約2倍に増加している(表2-1参照)。また、1992年の予算も前年の8910百万ドルから9995.5百万ドルへと増加しているが、93年予算は大幅に減少し7422.4百万ドルとなっている。これは衛生省予算の財源で大きなウェイトを占める税収(特に、社会福祉基金)不足が見込まれるため、92年度の不足分が93年度に繰り延べられることと相まって、財源確保が困難な局面にあることを物語っている。

表2-1 ブラジル保健医療予算の推移(1980~91)

年	人口*	GDP	1人当たり GDP	連邦保健医療支出		
				総額	1人当たり	GDPに占める割合%
	(100万)	(10億ドル)	(ドル)	10億ドル	(ドル)	
1980	121.3	243.70	2,009	4.24	35	1.74
1981	124.1	226.79	1,828	4.01	32	1.77
1982	126.9	229.80	1,810	4.15	33	1.81
1983	129.8	220.93	1,703	3.40	26	1.54
1984	132.7	225.19	1,697	3.56	27	1.58
1985	135.6	252.43	1,862	4.06	30	1.61
1986	138.5	279.60	2,019	4.39	32	1.57
1987	141.5	286.74	2,027	6.31	45	2.20
1988	144.4	319.00	2,208	6.3	44	1.99
1989	147.4	385.98	2,619	7.14	48	1.85
1990	150.4	360.00	2,394	8.50	57	2.36
1991	155.6	335.27	2,155	8.91	57	2.66

出典：\* Anuário Estatístico do Brasil 1991 IBGE  
Estudos da Secretaria Municipal de Saúde de Sao José dos Campos.

表2-2 衛生省 1992, 93年予算額 (単位：百万ドル)

予算の出所	1992年	1993年
	金額(%)	金額(%)
社会福祉基金 (FINSOCIAL:国内売上の2%)	4,552.0 (46)	3,329.4 (45)
社会保険料	3,030.6 (30)	2,747.1 (37)
金融取引税(IOF)	247.2 (3)	259.5 (3)
国庫(租税)	1,119.8 (11)	408.9 (6)
その他	1,045.9 (10)	677.5 (9)
計	9,995.5(100)	7,422.4(100)

出典 衛生省 戦略企画調整部

## (2)保健医療予算の財源と資金の流れ

## 1. 統一保健医療システム-SUS導入以前の財源及び運用

## ・連邦税その他の収入からなる資金

感染症、基礎保健医療サービス、食糧援助プログラムに充てられる他、衛生省管轄の病院、軍管轄の病院、文部省管轄の連邦大学病院、連邦区の病院の運営管理費を負担。

・国立社会保障医療援護院-INAMPS 直営の社会保険病院及び診療所の運営管理費と公的医療保険制度と契約していた私立医療施設に対する医療給付を中心に、協定に基づいて、公立大学医学部付 属病院、国立病院、州立及び私立病院の運営費の補助も行っていった。(詳しくは3-10-1-7 公的医療制度の一元化を参照)

## ・州、及び市の保健医療予算

主に自治体の保健医療事業の管理運営費を負担。

この他、社会開発基金(PAS)及び社会福祉基金(PINSOCIAL)があった。

## 2. 統一保健医療システム-SUS導入後

統一保健医療システム-SUS導入に伴い、国立社会保障医療援護院-INAMPS が衛生省管轄下に移され、これまでの衛生省の予算に社会保険料が加えられ、国家保健医療基金として一本化される予定である。これにより、従来、病院治療に投下されていた資金を、特に、予防面を重視した基礎保健医療プログラムに再配分することが可能となる。SUS が目指す保健医療予算の財源及び資金の流れを図2-8 に示した。ただし、この図は、市への権限委譲が完結した時点でのモデルであり、現在は移行過程にある。

また、ブラジル政府は近い将来、国立社会保障医療援護院-INAMPS を廃止し、国家保健医療基金で全ての資金を管理する計画である。しかし、国家保健医療基金は病院や保健ポストの建設の投資事業面での資金管理を行っているものの、その機能は未だ限られており、医療給付事業に関してはINAMPSが引き続き行っている(診療報酬の連邦から州、市への支払い方法については2-3-2-2 地方保健医療予算を参照)。また、州、市により保健医療基金設置の進捗状況は様々である。

## (3)保健医療予算の不足

ブラジルでは保健医療予算の不足が問題となっているが、この要因として以下の3点が挙げられる。

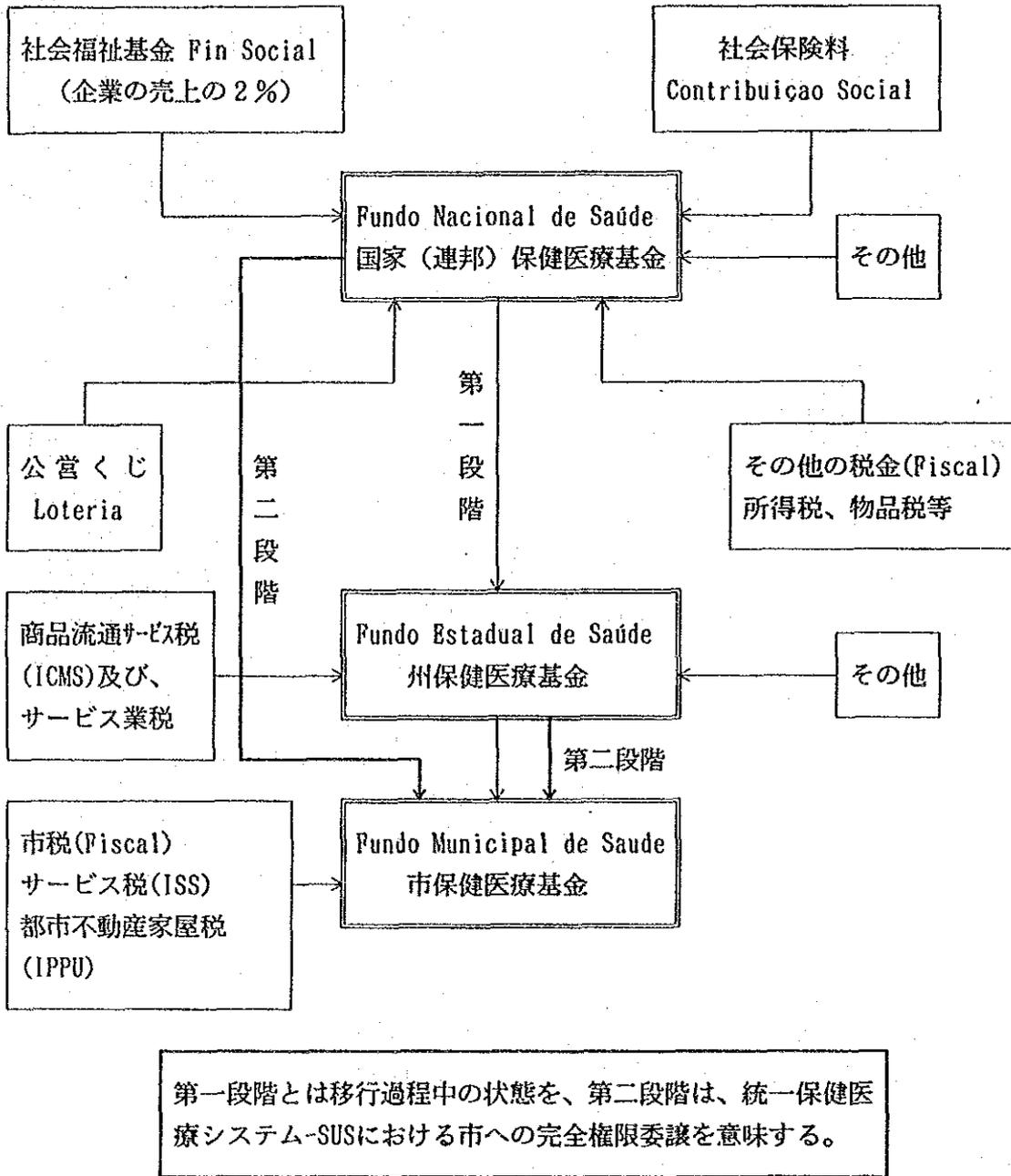
1. 経済危機対策に伴う公共支出の削減による保健医療予算の激減。

2. 1988年の憲法改正に伴う国家の保健医療における責任の増大及び、保健医療政策における任務の拡大に伴う対象者、事業種類の増加。

3. 非効率的な資金運用、無秩序な政府の事業体制、資金の私有化、顧客主義、無資格で志気のない職員、技術不足及び不適當な機器の使用、保健医療製品の製造、配給等に関する規則と管理の欠如。

また、高インフレ下での資金管理の難しさも重要な問題である。

図2-8 国家保健医療基金(Fundo Nacional de Saúde)の財源及び資金の流れ



出典 JICAブラジル事務所作成

## 2-3 地方衛生行政機構と保健医療計画

### 2-3-1 地方衛生行政機構

地方衛生行政の例として図2-9 にペルナンブコ州の衛生行政組織を記す。ペルナンブコ州の衛生行政機構は、州衛生局を中心に、保健医療支援部、疫学衛生監視部、企画部、社会開発部、人事部から構成されている。ペルナンブコ州においては、統一保健医療システム-SUSで義務付けられている保健医療政策の戦略の設定、実施の管理への参加を目的とした州保健医療審議会が既に設置されている。

#### 2-3-1-1 衛生行政の Municipalização (市への権限委譲)

統一保健医療システム-SUS導入以前の地方衛生行政は、地域保健医療支部(DIRES) 制度により州が管轄していた。これは DIRESの職員が10~20市のグループ毎に保健医療サービスの運営と監視を行うもので、州衛生局は資金が不足しているうえ、人員の専門能力も低かったため、多角的な財源を有するサン・パウロのような大都市以外での市レベルの保健医療サービスは必然的に限られたものとなっていた。

統一保健医療システム-SUSの市レベルへの導入は、こうした地方の脆弱な実施体制を改善し、地域の実状にあった施策を行い、住民の保健医療サービスへのアクセスの保障及びサービスの質的向上を目的としたものである。

連邦政府に集中していた権限・機能を州・市へ委譲し、市が主体となって保健医療行政を行う体制づくり、市への権限委譲の過程を Municipalização (ムニシパリザサン) と呼んでいる。Municipalização には市の管轄下にある、全ての(公立、私立、大学等種類に関わらず)保健医療活動とサービスを監視する単一監視体制(Comando Unico) の整備もその過程に含まれている。一方、州には州レベルでの調整、監督、機能強化が求められている。

衛生行政の州、市への権限委譲は実施基本規定(A Norma Operacional Basica/92) に基づき規定されている。Municipalizaçãoの条件とし、州並びに市は以下の条件を整えなければならない。

- 1)保健医療審議会(行政・医療機関と保健医療従事者:50%、市民代表:50%で構成)の設置
- 2)統一保健医療システム-SUSの方針に沿った保健医療計画の作成
- 3)保健医療基金の創設
- 4)州及び市独自の保健医療予算確保(最低全予算の10%)
- 5)保健医療行政の運営報告書作成
- 6)保健医療部門の職員の定員配置、賃金を討議する委員会の設置

市へ委譲される権限は、1990年まで国立社会保障医療援護院-INAMPS が管理してきた医療給付事業及び、これまで衛生省が行ってきた疫学監視、衛生監視部門の基礎予防保健事業の両面が含まれており広範囲であるといえる。権限の委譲を円滑に進めるべく連邦政府は過渡的な段階を設定して連邦、州、市各レベルの役割を明確化する方法を採っている。

州、市の衛生行政の体制整備、権限の委譲の進捗状況は、統一保健医療システム-SUS導入以前の州衛生局の事業内容の充実度、市の衛生局の有無、州及び市の権限委譲に関する政治的決断の度合い等により異なっている。また、充実すべきサービスの内容も地域あるいは市によって異なる。衛生省保健医療支援局-SASの SUS担当部は全国的な進捗状況を把握しながら調整作業を行っており、権限委譲の方法、規則自体も見直しつつ進めている過程である。

## 2-3-2 地方保健医療計画・予算

### 2-3-2-1 地方保健医療計画

統一保健医療システム-SUS構築に伴い、現在、各州、市レベルでは、衛生省の「保健医療5カ年計画」に基づいた州、市別保健医療計画を作成中である。

### 2-3-2-2 地方保健医療予算

#### (1)州レベル

州の予算全体の10%を保健医療に当てることが目標として設定されており、また、市との協議のうえ決められた基準に従い資金を市に交付することになっている。しかし、多くの州では、予算の確保がなされていなかったり、規定通りの交付が行われておらず依然として問題が多い。

#### (2)市レベル

「市は管轄地域の保健医療事業の責任を持つ。それに対し、州と連邦は技術的、資金的協力をを行う」と憲法30条に規定されている。市の衛生行政には、連邦、州、市の資金が充てられる。「保健医療5カ年計画」では市の予算全体の10%を保健医療に割り当てることを目標としている。連邦の資金が市へ直接交付されるためには *Municipalização* (市への権限の委譲) のための6条件を整えることが求められている (2-3-1-1 参照)。連邦及び州から市への資金交付は、1990年9月19日に制定された衛生基本法 (法律8,080号) に基づいて行われ、交付額の決定に当たっては、その50%は住民数によって考慮され、残り50%は地域の疫学プロフィール、保健医療網の規模 (質と量の両面)、市の予算に占める保健医療部門の割合、人口統計学プロフィール、前年の経済・財政・技術的活動指数、市の保健医療5カ年計画で予定されている保健医療網への投資、連邦及び州に対して行った保健医療サービスの償還等が考慮される。なお、このような形での交付が可能になるまでは、住民数のみを基準に交付できると規定されている。

しかし、現状では本来の資金交付の形態がとられておらず、違法ではあるが、連邦からの資金の支払いは、実施した保健医療サービスへの報酬という形を中心に行われている。この場合、市は保健ポスト、保健センター、外来診療、救急施設、病院及び保健医療従事者を登録したうえで、毎月実施した保健医療サービスに対する報酬を衛生省に月毎に請求し、国の基準表に基づいた審査を受け、その報酬金を受け取る。連邦政府は市の人口等を考慮した上で支払いを行っている。

### (3)保健医療サービスに係わる費用の支払い方法

連邦政府から州及び市に対する予算の支払は、以下に示す入院許可書、外来診療支払単位等によって行われる。

#### 1)入院許可書 AIH(Autoriação de Internação Hospitalar)

統一保健医療システム-SUSを構成する公立医療機関及び、公的医療保険制度と契約された私立医療施設の実施する入院医療サービスに係わる診療報酬の支払は、各医療機関から入院医療費請求のための特定の書類である入院許可書 (AIH)を通じて請求がなされ、病院情報システム-SIH-SUSに基づき医療給付が行われる。連邦政府より州衛生局に年間当たり人口の10%分の入院許可書(AIH) が12回に分割され毎月配布される。州衛生局はこの AIHを市及び社会医療保険契約された私立医療機関に分配している。条件の整備された市には衛生省から毎月直接配布 (市民の8%の12分の1の数のAIH)されることになっている。

#### 2)外来診療支払資金 UCA(Unidade de Cobertura Ambulatorial)

外来診療サービス (診察、検査、投薬及び処置)に係る診療報酬の支払は、外来診療情報システム-SIA-SUSに基づき、各州に割り当てられた外来診療支払資金RCA(Recursos de Cobertura Ambulatorial) から行われる。外来診療支払資金-RCAは、各州に割り当てられる上限付きの資金で、州の人口に外来診療支払単位:UCA(Unidade de Cobertura Ambulatorial)と称される指数を乗じ算出される。この資金の算出の基本単位である外来診療支払単位-UCAは、各州の保健医療資源や医療需要等を勘案の上に設定されており、さらにインフレ等考慮し、毎月、価値修正がなされる。算出された年間RCAの12分の1が月間外来診療支払い資金-RCAとして州及び連邦区に交付される。なお、各医療機関から所定の様式をもって州及び連邦区の衛生局に請求される医療費は、州及び連邦区の衛生局並びに衛生省での審査を受けた後、国内診療報酬表に基づき給付額が決定され、州に交付済みの外来診療支払い資金-RCAを通じて医療機関に給付される。

また、入院許可書-AIHと同様に、権限委譲の条件を満たしている市は、直接、衛生省から資金交付を受けることになっている。

#### 3)州援助資金

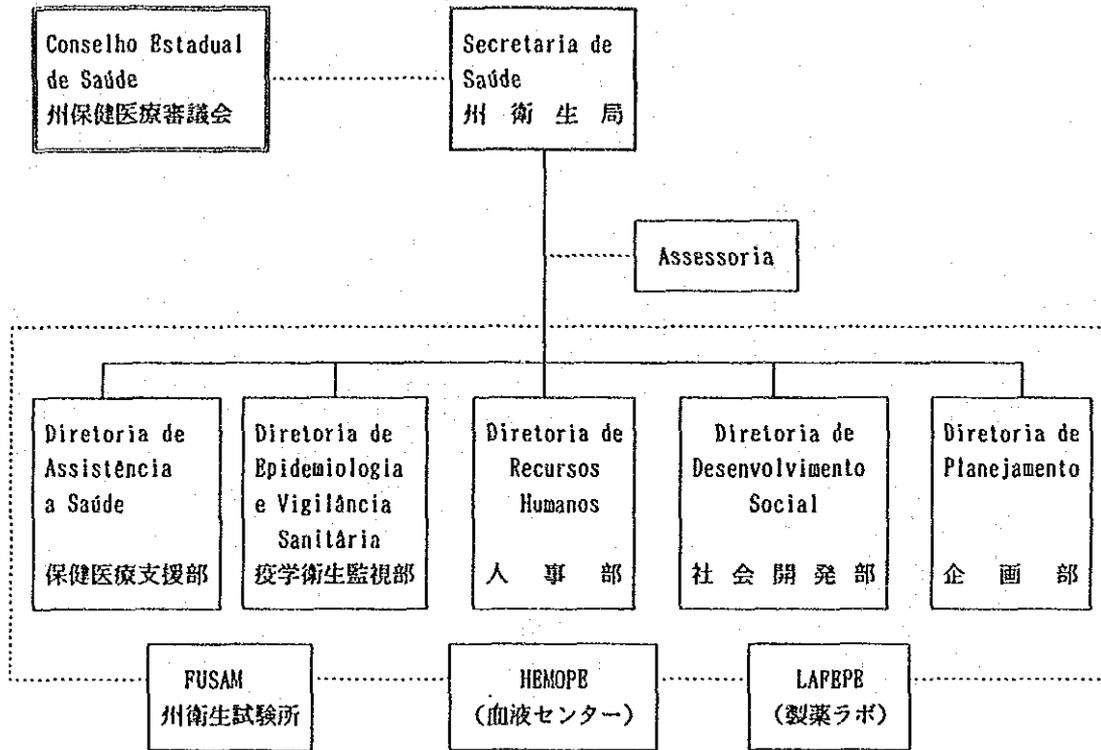
これは、州による運営管理を支援するための資金で、州援助指数-FAB(FATOR DE APOIO AO ESTADO)に基づき算出され、主に、患者の州間の移送、特殊医薬品や形成手術に係る医療資材 (義足、シリコン等)の購入等のために用いられる。州援助資金とは、権限委譲の条件を満たしている州及び連邦区に対して、年間外来診療支払単位(UCA)の5パーセントに州の人口を乗じて算出された資金を12分の1に分割し、得られた金額を月毎に交付するものである。州及び連邦区からの申請に基づく資金交付であるが、交付を受けるには権限委譲に係る幾つかの条件を満たす必要がある。現在のところ、交付されている州はないが、マット・グロッソ州とパラ州が申請手続き中にある。

#### 4)協定 (Convênios)

- ・保健医療施設の建設への投資(Investimento)
- ・各種保健医療プログラムへの融資(Programa de Saúde)

3) 4) は交付資金量が少ない。FEMの交付を受けている市は現在約1200である。現在、州運営促進要素-FEGBを申請しているのは、マット・グロッソ州 (中西部)のみである。

図2-9 州衛生局組織図 (ペルナンブコ州)



出典 ペルナンブコ衛生局 1991

### 2-3-3 統一保健医療システム-SUS

既に、2-2-1で、統一保健医療システム-SUS構築の背景と基本方針についてはすでに記述しているので、ここでは SUS構築における各保健医療業務の改革及びその進捗状況について述べる。

#### 2-3-3-1 州、市へ委譲される事業

衛生省は権限委譲の実施にあたり、連邦、州、市の各行政の役割分担を明確化する任務を遂行している。権限委譲の実施には、行政の各レベルにおいて新しい役割を担う人材の養成、予算の確保、資金の流れ等の再編成が必要である。

現在、以下に示す5つの分野で権限の委譲が行われており、その進捗状況は関連する組織、事業内容、地域によって様々である。

1. 保健医療支援事業
2. 疫学監視と疾病抑制・管理事業
3. 衛生監視事業
4. 保健普及員養成事業
5. 上下水道、環境整備事業

##### 1. 保健医療支援事業の権限委譲

医療給付事業、私立の医療機関を含む SUS公立保健医療網の整備等、連邦レベルの管理は、現在、国立社会保障医療援護院-INAMPS によって実施されている。INAMPSは統一保健医療システム-SUS導入以前の社会保障省所属時には、全国に約 600の診療所と50の病院を所有し、直接運営に当たっていたが、SUS 導入後そのほとんどの診療所、病院を州に移管し、約14万人の職員のうち13万人が州及び市の管理下に移された。

州、市に委譲される保健医療網の管理業務は、公立保健医療施設の運営業務と私立医療機関と公的医療保険制度との契約等多岐に渡る。保健医療基金の運営管理と入院許可書(AIH)、外来診療支払単位(UCA)等に基づく給付もその業務である。この業務は現在州レベルにまで移管された状況である。一部の市には既にこれらの業務の一部が移管されているが、SUSに参加する私立医療機関の承認は依然として州が行っている。

国立保健財団-FNSは多くの病院、診療所を有し、その数は 900にのぼるが、これらの医療機関は全てFNS が運営している。

##### 2. 疫学監視と風土病抑制・管理事業の権限委譲

疫学監視と風土病抑制・管理事業の実施機関は、国立保健財団-FNSである。同財団は州、市においても疫学に基づいた保健計画の作成及び事業実施に対する支援促進を重要課題とし、各レベルの役割の明確化を進めている。疫学情報システムは構築されているが、地域レベルでの情報収集能力は限られている。

風土病の抑制は最も優先されるべき事業であるが、広い国土、急激な人口移動、劣悪な生活環境といった要因がそのコントロールを困難にしている。風土病の抑制・管理事業に関しては、市への権限委譲の第一段階として連邦、州、市の明確な役割を定義することを重視している。しかし、現在、風土病抑制・管理事業は連邦政府が行っている段階である。州、市への委譲を可能にするためには州、市レベルの事業実施能力を強化させ、国立保健財団-FNSが有している知識、技術、実施体制の州、市への移転が不可欠である。

国立保健財団-FNSでは現在、州、市への権限の委譲の進捗戦略を作成中で、1993年から南部の3州（リオ・グランデ・ド・スール州、サンタ・カタリーナ州、パラナ州）、サン・パウロ州、ブラジリア連邦区、及びトカンチンス州において州、市への権限委譲を開始する予定である。これは、FNSの組織が小規模である地域から始めることが容易との判断がされたためであり、例えばサン・パウロ州のFNS職員数は600人程度で、州自ら予防医学面での活動を管理できる状況にある。一方、東北部のFNS組織は大きく、バイーア州のFNS職員は5000人である。

また、風土病の抑制・管理は一つの市や州の範囲を越える事業であり、現在必ずしも十分な対策がなされていない。権限の委譲によって、限られた保健医療資源を有効に使い、疾病の発生源に近いところで迅速な対策を実施できる、より効率的な体制づくりが望まれる。

### 3. 衛生監視事業の権限委譲

現在、衛生監督局は連邦レベルにおいて様々な監視対象に関する基準作成、指令書を作成し、医薬品等の登録業務を行っている。州衛生局は、食品、医薬品、衛生用品、化粧品を対象にした衛生監視活動を実施しており、今後、これら州の行っている衛生監視活動を積極的に市に委譲していく方針である。同事業の委譲が進んでいるのはサン・パウロ州、ミナス・ジェライス州及びパラナ州である。特にパラナ州においては、衛生監視事業の90%が市に移管されている。

### 4. 保健指導員養成事業の委譲

基礎保健活動推進のための役割を担う保健指導員養成事業は、これまで国立保健財団-FNSが運営管理してきた。この事業は貧困層の保健医療へのアクセスを保證するのに重要であり、市が主体的に運営していける体制整備に重点がおかれている。

### 5. 上下水道、衛生環境の整備事業の委譲

市による上下水道、衛生環境の整備事業の重要性について検討し、国立保健財団-FNSは積極的な支援を行う必要がある。

### 6. インディオの保健医療

インディオの保健医療は連邦の責任であることが憲法に規定されており、特別な扱いが必要である。衛生省のインディオに対する保健医療政策は、既存の行政区分に捕らわれず、インディオの種族と地域的狀況に基づいて作成されており、統一保健医療システ

ム-SUSにおける対応は、特別保健医療区の導入の有無を含め市毎に検討・実施していくこととなる。

### 2-3-3-2 統一保健医療システム-SUS構築の進捗状況（1993年2月現在）

既に、憲法等の法的基盤が整備され、組織改革の一つの核であった国立社会保障医療援護院-INAMPSの衛生省への統合も行われ、現在の改革の焦点は州、市への権限委譲、実施体制の整備に当てられている。その進捗状況は地域、州、市により様々で、南東部、南部では比較的進んでいる。

#### (1)保健医療審議会の設置状況

保健医療審議会は民間の保健医療行政への参加を促す重要な機関である。州レベルの保健医療審議会は26州と1連邦区のうち、およそ半分の州で組織済みである（1993年1月国立社会保障医療援護院-INAMPSにおける聞き取り）。市レベルでは5000余りの市のうち1100から1200の市で設置済みである。しかし、保健医療基金の創設、保健医療計画の作成は一部での実現にとどまっている。

地域別にみると南東部及び南部地域の大部分の州、及び東北部のセアラ州で市への権限の委譲が進んでいる。現在、1)保健医療活動サービスを監視する単一監視体制(Comando Unico)が良く機能し、2)州と市で保健医療審議会の組織化が進んでおり、3)州及び大部分の市で保健医療基金を有し、4)保健医療サービス網が市に移管されているのは、サン・パウロ州、リオ・デ・ジャネイロ州、ミナス・ジェライス州、サンタ・カタリーナ州、リオ・グランデ・ド・スール州、パラナ州、セアラ州である。特に、サンタ・カタリーナ州とセアラ州で市への権限の委譲が順調に行われている。

#### (2)ペルナンブコ州

東北部に位置するペルナンブコ州では、市当局の運営管理能力が低く、保健医療設備も未整備であるため、市のおかれている政治的、社会経済的状況に合わせた段階的な権限の委譲を進めている。州政府はこれまで州を10の保健医療地域に区分し事業を行ってきたことから、現在はその地域職員の訓練を行い、それぞれの地域に属する市に必要な支援を行える体制整備を行っている。

第1段階：10地区の保健医療地域において市への権限委譲の概念、基礎的情報、方法に関わるワークショップの開催

第2段階：市の関係者を対象とした権限の委譲に必要な保健医療計画、予算書、保健医療審議会、保健医療基金創設、予算確保等に関する説明

また、過渡的な処置として所属を問わず州衛生局の職員を、特定の活動グループに分類し、市との協力活動を進めやすいようにしている。

ペルナンブコ州の進捗状況を見ると、州の保健医療審議会が設置され、保健医療計画は現在作成中、州保健医療基金は設置討議中である。また、1992年の保健医療支出は州予算の5.26%であった（目標10%）。

市レベルでは、176の市のうち権限委譲の条件が整っているのは26、準備が進んでいるのは36である。州から市への委譲状況は、外来施設、病院、州の職員、連邦から配置替え

になった職員、疫学監視事業、衛生監視事業について一部委譲された状況である。州の管理・評価における権限は現在のところ委譲する予定はない。

ペルナンブコ州では先に述べた10の保健医療地域ごとに既存の保健医療機関と住民の状況を分析し、中核となる病院から地区の保健ポストまでを機能的に連携する保健医療施設網を整備する計画を進めている。

### (3)セアラ州

セアラ州も前述したペルナンブコ州と同様東北部に位置する。統一保健医療システム-SUS導入以前のセアラ州の保健医療体制には、過剰な管理者、活動の重複、責任の所在の不明確等の問題が混在しており、市レベルの管理運営能力は非常に限られていた。しかし、セアラ州では、このような状況からの脱却を目指し積極的に統一保健医療システム-SUS構築に取り組んだことから、財政的に非常に貧しい州の一つであるにもかかわらず、市への権限の委譲が順調に進み、その実績は全国的に認められている。これは、大多数の州が州政府と市との行政との対立により、協力が進まない状況であるのとは対象的である。特に注目されたのは、関係者の政治的決断と州衛生局による市の管理者、技術者養成のための訓練カリキュラムの開発であった。市への権限の委譲はおよそ180の市のうち88市に及び、セアラ州住民の71%が権限の委譲された保健医療サービスを有する地域に居住している。また、113の市で保健医療計画が作成され、116の市が保健医療審議会を有し、102の市に衛生局が開設された。保健医療審議会を通しての住民の参加も活発である。市の衛生局は、市民生活と密接な関係を持ち、地域住民の保健医療問題について実質的に考え、活動を行う任務をもつ技術者のチームを小さいながら組織し、州衛生局と市衛生局が総合的活動を展開しうる条件を整えた。このような努力が統一保健医療システム-SUSのスムーズな導入に結びついた例として、セアラ州におけるSUSの構築は高く評価されている。

### (4)今後の課題

現在変革の過渡期にあるブラジルは、様々なレベルで多様な問題点に直面しており、その解決に向けて不断の努力が必要とされている。統一保健医療システム-SUS実現においては、社会改革を重視する政治的決断、地方への権限委譲に伴う衛生行政組織を構成する人材の確保、多様な保健医療従事者の養成、そして、保健医療事業の対象の拡大に伴う予算の確保が不可欠である。いかなる場合にも制度及び組織の改革実施の際には多少の混乱が生じるものであり、この統一保健医療システム-SUSの構築も例外ではなく、ブラジル政府にとっては困難な挑戦であるといえる。しかし、理念のみにとどまらず、いかに政策を実施し継続させるかが、今後のブラジルの保健医療の将来を方向付けていくと思われる。

## 第2編 参考資料一覧

章

資料名

- 2-1 ブラジル国別援助研究会報告書 1991年2月 国際協力事業団
- 概説ブラジル史 山田睦男編 1986 有斐閣
- ラテン・アメリカ事典 1989 社団法人 ラテン・アメリカ協会
- Estudo de Problemas Brasileiros 1983, Livaria Pioneira Editora
- 2-2 Health Conditions in the Americas VOL II 1990, PAHO
- Constituição da República Federativa do Brasil 1988
- Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei 1993, Conselho Nacional de Saúde
- Municipalização da Atenção a Saúde 1992, SAS/MS
- Conasems Publicação do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde No 13 Janeiro/Fevereiro 93
- 「JICAブラジル事務所」聞き取り調査資料
- Regimento Interno Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS
- Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária-Proposta de Regimento Interno 1991, MS
- 開発途上国の行政・省庁組織図 第2分冊 中南米地域 昭和60年3月  
国際協力事業団
- CONSTRUINDO O SUS 1991 INAMPS/MS
- A Fundação Nacional de Saúde o Processo de Construção do SUS  
(Versão Preliminar) Agosto 1992, PNS/MS

Segundo Projeto de Serviços de Saúde Para o Nordeste - Relatório da equipe de avaliação 1989, BANCO MUNDIAL

Objetivos, Estrutura e Atribuições Junho de 1992, CENEPI/FNS/MS

Plano Quinquenal de Saúde 1990/95, A Saúde do Brasil Novo 1991, MS

2-3 「JICAブラジル事務所」聞き取り調査資料

Municipalização da Atenção à Saúde 1992, SAS/MS

Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei 1993, Conselho Nacional de Saúde

## 第3編 保健医療事情

## 3-1 指標

表3-1にブラジルにおける主な保健医療関連の指標を記す。この表からも分かるとおり、ブラジルの保健医療指標は、全国平均でみるかぎりでは、乳児死亡率を除いて世界銀行の分類による上位中所得国の平均とほぼ同じ水準を示している。しかし、これらの指標を地域別にみると各地域によって非常に大きな格差がみられ、この数値はあくまでも平均値であって、決してブラジルの保健医療の現状を正確に反映したものではないということが明らかである。

第3編においては、保健医療の各テーマについて可能な限り地域別データを掲載し、それらを分析する。

表3-1 ブラジルにおける保健医療関連指標

	1965	1986	1987	1988	1989	1990	上位中所得国 平均(1990)
総人口(百万人)	-	138.4	141.4	144.4	147.3	150.4	-
人口増加率(%)	-	2.16	2.14	2.10	2.06	2.01	-
都市化率(%)*	50	73	75	75	74	75	71
粗出生率(対1000人)	39	29	28	28	27	27	26
粗死亡率(対1000人)	11	8	8	8	8	7	7
合計特殊出生率(人)	5.6	2.9	3.5	3.4	3.3	3.2	3.4
乳児死亡率(対1000出生)	104	65	63	61	59	57	45
出生時に於ける平均余命	-	65	65	65	66	66	68
識字率(%)	-	-	-	78	78	81	84
1日加り-摂取量(cal)	2,415	2,656	-	2,709	2,751	-	2,987

出典 World Development Report 1988-92 The World Bank

\* Anuário Estatístico do Brasil 1989, 91 IBGE

## 3-2 人口問題

## 3-2-1 人口増加

1990年のブラジル全体の人口は約1億5,000万人と推定され、世界第5位の人口を有している。1981～90年の人口増加率（表3-2参照）は全国平均で2.17%で、1965～80年の平均2.4%から減少はしたものの、他の上位中所得国の中では比較的高い値となっている。しかし、1990年単年の人口増加率は2.01%となっており、1989～2000年の増加率は1.7%にまで低下すると推定されている。

また、人口増加率を地域別にみると、北部が4%と最も高く、次いで中西部の3%である。一方、人口増加率が最も少ないのは、南部の1.66%で、次いで東北部の1.90%である。これら地域別の人口増加率の値には、出生、死亡率の減少と同時に、国内移住による人口の移動も影響している。

表3-2 地域別人口動態

地 域 (面積比)	人 口 (1000人、%)		人 口 密 度 (人/km <sup>2</sup> )	人 口 増 加 率 (%)
	1990年		1990年	1981～90年
全 国	150,367.8		17.8	2.17
北 部 (42%)	8,892.5	(5.9)	2.5	4.03
東 北 部 (18%)	42,822.1	(28.5)	27.8	1.90
南 東 部 (11%)	65,558.9	(43.6)	71.4	2.21
南 部 (7%)	22,762.3	(15.1)	40.0	1.66
中 西 部 (19%)	10,331.6	(6.9)	5.5	3.00

出典 Anuário Estatístico do Brasil 1989, 91 IBGE

## 3-2-2 都市化

ブラジルでは1950年代以降の工業化によって都市人口が急速に増加し、1990年における都市化率は75%に達している（表3-3）。特に都市化が激しいのはサン・パウロ、リオ・デ・ジャネイロ等の大都市のある南東部で、1990年において人口の43.6%がこの南東部に集中している。同地域の都市化率は、2000年には90%を上回ると予測されている。

表3-3 地域別都市化率の推移 (%)

	1980	1985	1990	1995	2000
全 国	68	72	75	78	80
北 部	52	54	56	59	61
東 北 部	50	55	58	62	65
南 東 部	83	86	88	81	91
南 部	62	70	82	77	80
中 西 部	68	74	78	81	84

出典 Anuário Estatístico do Brasil 1989, 91 IBGE

## 3-2-3 出生・死亡、平均余命、人口構成

1989年の粗出生率は全国平均で1000人当たり24.7人で、地域別にみると、北部が35.0人と最も高く、次いで東北部が26.4人となっている。一方、粗死亡率をみると、全国平均が1000人当たり5.8人となっており、最も高い地域は南東部の6.6人、次いで南部の5.8人となっている（表3-4参照）。

また、1950年に全国平均6.21人であった合計特殊出生率（女性1人が生涯に産む子供の数）は1960年代にはさほど変動はなかったが、70年代に入り急激に減少し、1980年には平均で4.35人となった。しかし、合計特殊出生率は、地域及び都市と農村の格差が大きく、北部及び東北部の農村ではそれぞれ8.04人、7.66人と依然として高い値である一方、南東部の都市では3.17人となっている（表3-5参照）。

出生時における平均余命は1950年代に大幅に延びたものの、60年代は大きな変化がなく、52～53歳で推移していたが、70年代以降に再び大幅な伸びを示し、1990年には全国平均で66歳（男性63歳、女性69歳）となった。しかし、これは上位中所得国の平均の68歳を、やや下回っている。また、1980年の出生時における平均余命を地域別にみると、南部が66.59歳で最も高く、次いで中西部、北部の順で、最も低いのは東北部の51.57歳で他の地域を10歳以上下回る低い値となっている（表3-6参照）。

人口構成の推移は、他の中所得国と同様、人口に占める比率において、年少人口が減少し、老年人口が増加するといった傾向になりつつある（表3-7参照）。

表3-4 出生率及び粗死亡率の地域別推移（1000人当たり）

	粗出生率		粗死亡率	
	1985	1989	1985	1989
全 国	41.5	24.7	8.5	5.8
北 部	74.6	35.0	8.8	4.7
東北部	67.3	26.4	10.8	5.1
南東部	29.2	22.6	7.7	6.6
南 部	38.7	22.8	8.5	5.8
中西部	39.0	23.6	6.5	4.3

出典 Anuário Estatístico do Brasil 1989, 91 IBGE

表3-5 合計特殊出生率の地域別推移（単位：人）

	1950	1960	1970		1980			
	全体	全体	全体	都市	農村	全体	都市	農村
全 国	6.21	6.28	5.76	4.55	7.74	4.35	3.63	6.40
北 部	7.97	8.56	8.15	6.62	9.59	6.45	5.24	8.04
東北部	7.50	7.39	7.53	6.44	8.45	6.13	4.94	7.66
南東部	5.45	6.34	4.56	3.83	7.14	3.45	3.17	5.46
南 部	5.70	5.89	5.42	4.06	6.86	3.63	3.20	4.55
中西部	6.86	6.74	6.42	5.31	7.71	4.51	3.97	5.98

出典 Anuário Estatístico do Brasil 1989, 91 IBGE

表3-6 出生時における平均余命の地域別推移 (単位: 歳)

	1940	1950	1960	1970	1980	1990*
全 国	42.74	45.90	52.37	52.67	60.08	66
北 部	40.44	44.26	52.62	54.06	64.17	
東北部	38.17	38.68	43.51	44.38	51.57	男 女
南東部	44.00	48.81	56.96	56.89	63.59	63 69
南 部	50.09	53.33	60.26	60.26	66.98	
中西部	48.28	51.03	56.40	55.96	64.70	

出典 Anuário Estatístico do Brasil 1991 IBGE  
\* World Development Report 1992 The World Bank

表3-7 ブラジルにおける人口構成の推移 (単位: %)

	1985	1990	1995	2000
15才未満の割合	36.4	35.2	33.7	31.8
15才以上64才以下の割合	59.3	60.1	61.3	62.8
65才以上の割合	4.3	4.7	5.1	5.4

出典 Anuário Estatístico do Brasil 1989, 91 IBGE

### 3-2-4 人口移動

図3-1 に1980年におけるブラジルの地域内出生人口と地域間の移動人口を示した。ブラジルの人口移動は大きく分けて、東北部からの流出、中西部・北部への移住、内陸部から沿岸部の大都市への集中の3つの形態に分けられる。

#### (1)東北部からの流出及び内陸部から沿岸大都市への集中

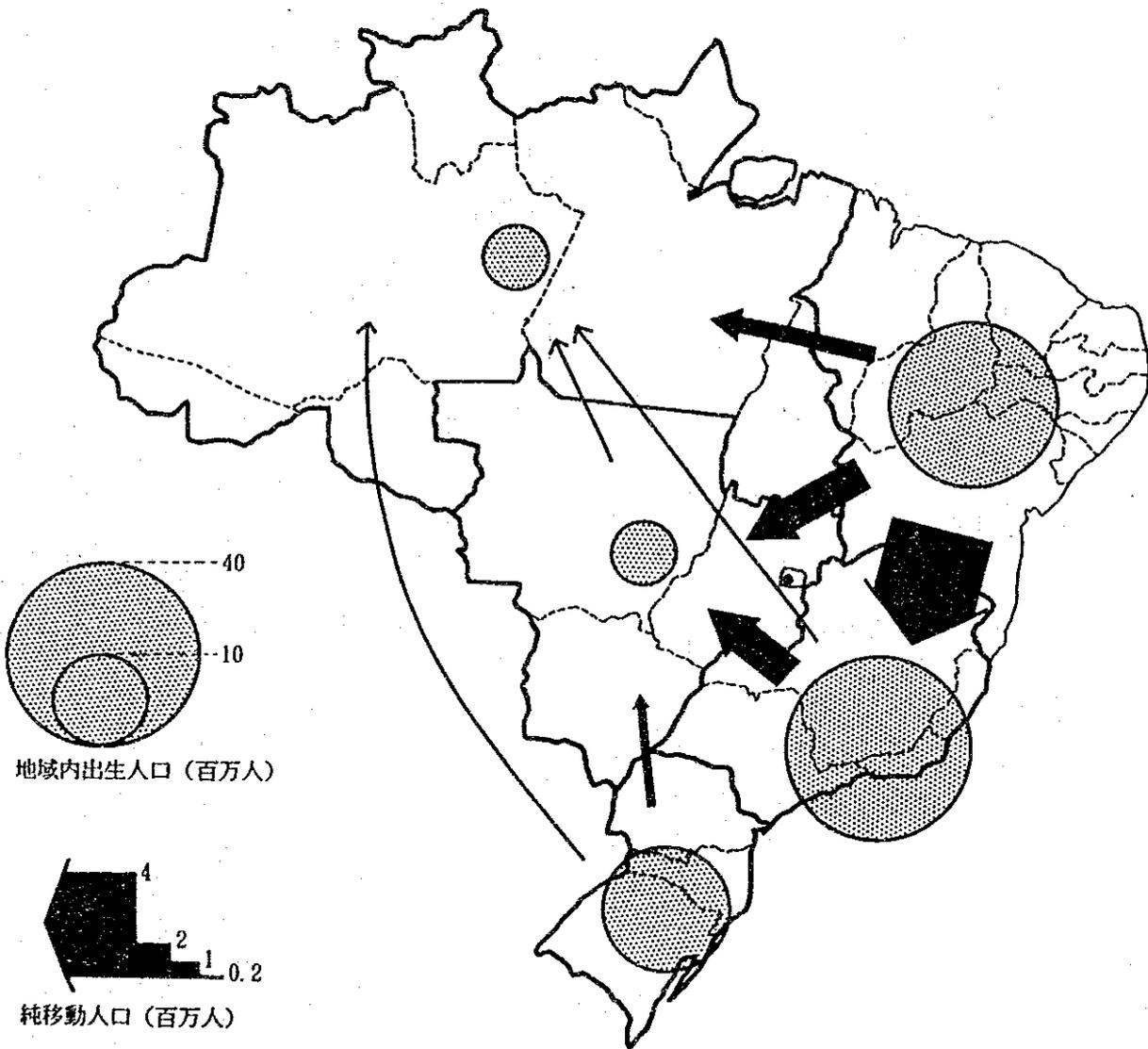
東北部は過剰な人口と経済的、社会的開発の遅れから、職や、より良い生活を求めて他の地域に移動する人口が非常に多く、他の全ての地域に対して人口が流出している。中でもサン・パウロ、リオ・デ・ジャネイロ等大都市のある南東部への流出量が多く、1980年の純流出人口は404万人とされている。移住者の多くは、都市周辺にファベラと呼ばれる貧民窟(スラム)を形成し、賃金労働者として生活している。このファベラに居住する人口は年々増加し、衛生及び治安の上で大きな問題となっている。

また、同じ東北部内でも、内陸からレシーフェ等の沿岸都市に流出する人口が近年増加している。これらの多くは内陸部の零細農や土地を持たない農民で、農業の近代化による雇用の喪失や繰り返し襲う旱魃、近年の砂漠化、土壌の劣化等により農業生産活動が困難となり、職を求めて都市へ流出するものである。彼等も南東部の都市と同様ファベラを形成して居住している。1992年現在、レシーフェ市内にはおよそ600のファベラがあり、全世帯数の40%がファベラ内にあるとされている。

(2) 中西部、北部への移住

政府による北部への移住政策が開始されたのは、1970年に策定された「国家統合計画 (PIN)」以降である。同計画によりアマゾン横断道路が建設され、東北部の貧農が多数移住した。その後、政府はアマゾン農牧業・農鉱業拠点計画を策定し、大企業によるアマゾン開発計画を進めた。しかし、家畜の過放牧、乱開発により、アマゾン地帯の環境悪化が問題となり、近年では北部への移住者数は一時期と比較すると減少している。

図3-1 出生地と居住地からみた地域間人口移動 (1980年)



原典 Estatísticas Históricas do Brasil 1990, IBGE

出典 「ノルデステと呼ばれる地域」 矢ヶ崎 典隆 『地理』1992.4

### 3-3 疾病・死亡

#### 3-3-1 一般概況

ブラジルの疾病像を考えると、この国を一つのものとして捉え、論じることは難しい。既に第1編でも指摘したように、この国の地域格差や所得格差は大きく、必然的に地域や所得階層間で罹患する疾病像も大きく異なっている。南東部、南部は先進国型の疾病構造を呈し、東北部、北部は熱帯感染症等を中心とした途上国型疾病像と大約できる。

以下に述べるデータ類の大半はブラジル衛生省国立保健財団-FNSの下部機関である国立疫学センターCentro Nacional de Epidemiologia-CENEPI で発行している Informe Epidemiológico do SUS を参考にしたものである。これらのデータの信頼性や質には地域により大きな差がある。データ収集にあたり75%以上の市からの報告があったのは26州とブラジル連邦区のうち13州であり、死因の記載がない割合が25%以上の州は13州に達している。これらのことを勘案し、信頼性と質の問題で適当と認められるのは南東部や南部の7州に過ぎないことを予め述べておく(Brazil-The New Challenge of Adult Health World Bank 1990)。

#### 3-3-2 各種指標

##### 3-3-2-1 死亡率

全国レベルでの死因別死亡割合を表3-8に示した。それによると循環器疾患を原因とするものが最も多く、全体の約3分の1を占めている。次いで外傷、悪性新生物、呼吸器疾患の順で、感染・寄生虫疾患を死因とするものは第5位となっている。

地域別にみると、南東部及び南部と東北部及び北部の差が顕著であり、前者のデータに限ると先進国の死因構成に近い。死因の中で「記載なし」もしくは「不明」の占める割合が東北部と南東部とでは極端に異なり、前者は後者の約5倍に達しており、これは、東北部の医療サービスの遅れを如実に現している。また、「不明」の大半は下痢症や栄養失調、種々の感染性疾患で死亡したものと考えられ、死因疾患の割合を考慮する必要がある。

表3-8 地域別、死因別死亡割合 (1986年)

	全 国	北 部	東北部	南東部	南 部	中西部
死因不明/記載無し	20.3%	27.3%	45.5%	8.9%	12.5%	17.6%
死因判明						
循環器疾患	33.3(1)	21.7(1)	27.4(1)	35.7(1)	36.8(1)	29.3(1)
外傷	14.7(2)	16.9(3)	15.7(2)	14.0(2)	13.9(3)	22.0(2)
悪性新生物	11.4(3)	8.5(5)	7.8(6)	11.7(3)	15.2(2)	9.6(4)
呼吸器疾患	10.3(4)	8.3(6)	9.5(5)	10.9(4)	10.4(4)	8.5(5)
感染寄生虫疾患	7.8(5)	19.5(2)	14.3(3)	5.7(5)	5.1(6)	9.8(3)
出産時異常	7.1(6)	11.0(4)	9.7(4)	6.4(6)	5.5(5)	7.2(6)
その他	15.4	14.1	15.6	15.6	13.1	13.6
計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

( ) は主要6死因の順位を示す。割合は死因判明ケースの総計を100として計算した。  
 出典 Health Conditions in the Americas, PAHO, 1990, Vol II  
 原典 National Division of Epidemiology/National Secretariat for Basic Health Action(SNABS)/Ministry of Health.

年齢別、地域別死亡割合を1980年と1986年の統計で比較したのが表3-9である。1未満の死亡割合は6年間で24.2%から16.4%と減少しているが、先進国に比べると相変わらず高い。北部及び東北部ではそれぞれ27.1%、23.9%と依然として1歳未満の死亡割合が高率であり、5歳未満の死亡割合でみると全体の3分の1の死亡は、この年齢層で占められている。

表3-9 地域別、年齢別死亡割合の1980年と1986年の比較

1980年					
地 域	1歳未満	1-4	5-19	24-49	50歳以上
全 国	24.2	4.6	4.1	18.2	48.9
北 部	31.7	8.1	6.5	19.3	34.4
東北部	34.7	7.8	4.2	14.2	39.1
南東部	20.4	3.2	3.6	19.7	53.1
南 部	18.2	3.4	4.3	18.0	50.1
中西部	21.5	4.9	6.1	24.7	42.8

1986年					
地 域	1歳未満	1-4	5-19	24-49	50歳以上
全 国	16.4	3.1	4.0	20.3	56.2
北 部	27.1	6.5	6.6	20.6	39.2
東北部	23.9	5.4	4.1	16.8	49.8
南東部	13.1	1.9	3.7	21.8	59.5
南 部	11.7	2.0	3.8	19.0	63.5
中西部	13.9	3.2	5.9	26.6	50.4

(注) 年齢不明は含まれていない

出典 Health Conditions in the Americas, PAHO, 1990, Vol II  
 原典 National Division of Epidemiology/National Secretariat of Basic Health Action(SNABS)/Ministry of Health