

Na 4

東北ブラジル
公衆衛生プロジェクト
事前調査団報告書

平成5年12月

国際協力事業団
医療協力部

東北ブラジル公衆衛生プロジェクト事前調査団報告書

703
98
MCN
LIBRARY

医 三
JR
93-40

JICA LIBRARY



1116583(4)

東北ブラジル
公衆衛生プロジェクト
事前調査団報告書

平成5年12月

国際協力事業団
医療協力部

国際協力事業団

26919

序 文

ブラジル国は上位中所得国に位置付けられているものの、これは開発の進んだ南部、南東部と開発の遅れた北部、東北部の指標が相殺された形で現れたものであり、東北部に関する保健衛生指標は最貧国のそれに近いものがある。

かかる背景からブラジル国政府は、同国全体の保健医療体制の拡充をはかりつつ、特に東北部の公衆衛生の向上について、1992年11月に我が国に対し技術協力を要請した。

これに基づき当事業団は慶應義塾大学教授近藤健文氏を団長とする事前調査団を1993年10月29日から11月13日までに同国に派遣し、プロジェクト方式技術協力の協力内容打ち合わせを行った。本報告は右調査団が実施した調査及びその協議内容とその結果につき取り纏めたものである。

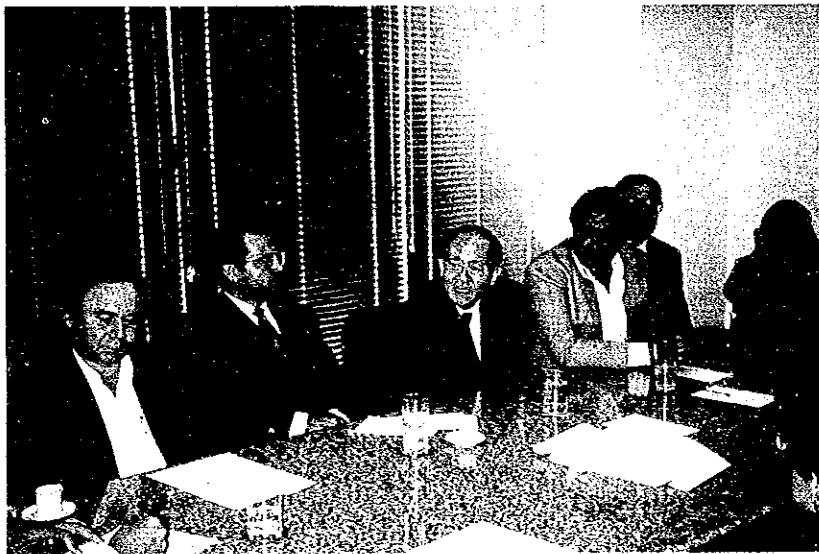
ここに本調査にあたりご協力を賜った関係各位に対し深甚なる謝意を表すととも今後とも本協力の成功の為に更なるご支援をお願いする次第である。

平成5年12月

国際協力事業団
理事 小澤 大二



ペルナンブコ大学表敬



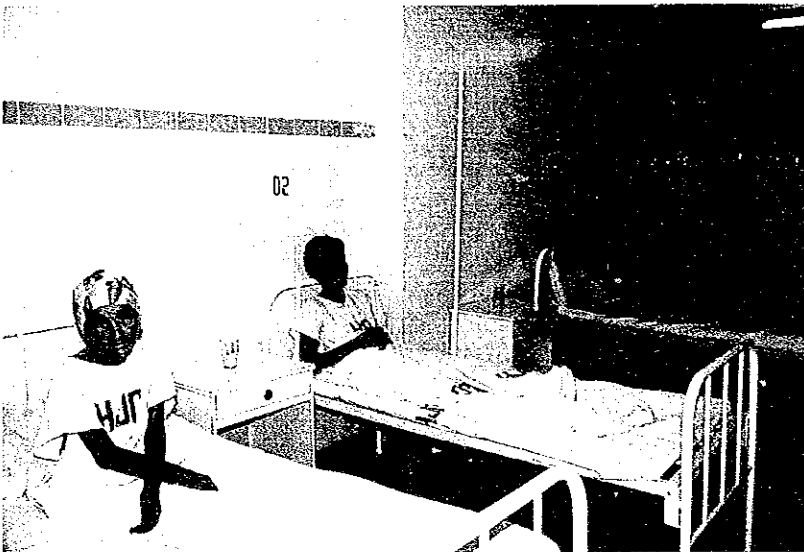
州衛生局、市衛生局、
ペルナンブコ大学との
協議



ブレジォンダ・マドレ・
ダ・デウス市保健審議
会による人形劇



ペルナンブコ大学付属
病院内内視鏡センター
における内視鏡診断



カルアル市保健ポスト
の入院病棟



ペトロリーナ市保健ポ
ストの小児科病室

目 次

序 文

写 真

I. 事前調査団派遣の目的	1
II. 調査団の構成	1
III. 調査日程・面談者	3
IV. 調査結果	7
1. 総括	7
2. 要請の背景	10
2-1 東北ブラジルの状況	10
2-2 ペルナムブコ州の状況	10
2-3 ペルナムブコ連邦大学の現況	11
3. 国家計画と位置づけ	13
3-1 背景	13
3-2 保健医療の問題点	13
3-3 統一保健医療システム (Sistema Unico de Saude、SUS)	14
3-4 統一保健医療の設置条件	15
3-5 SUS の課題	16
3-6 ペルナムブコ州における進捗状況	17
3-7 プロジェクトの位置づけ	17
4. ブラジル国側のプロジェクト実施体制	18
4-1 ブラジル協力事業団 (Agencia brasileira de cooperacao)	18
4-2 ペルナムブコ州衛生局	18
4-3 レシフェ市およびその他の衛生局	19
4-4 ペルナムブコ連邦大学	20
4-5 プロジェクトの実施体制	21

5. 協議事項	22
5-1 概要	22
5-2 プロジェクトの名称	22
5-3 活動内容	23
5-4 プロジェクトの活動拠点	23
5-5 プロジェクト実施におけるブラジル側の役割	24
5-6 ブラジル側のとるべき措置	25
6. 協力の基本計画	26
6-1 基本事業	26
6-2 日本側協力計画	26
6-3 ブラジル側協力計画	26
7. 協力実施にあたっての留意事項	27
7-1 ペ州、レシフェ市、ペ大の役割分担	27
7-2 SUS 機構の不明確さ	27
7-3 公衆衛生プロジェクトにおける協力分野の不明確さ	27
7-4 ローカルコスト負担について	28
8. 世界銀行（国際復興開発銀行）の東北ブラジルに対する保健医療分野の協力	29
8-1 はじめに	29
8-2 東北ブラジル・プロジェクト I・II	29
8-2-1 プロジェクト概要	29
8-2-2 目的	30
8-2-3 活動内容	30
8-2-4 進捗状況	31
8-2-5 ペルナンブコ州の状況	31
8-3 風土病対策プロジェクト	32
8-4 世銀との協力の可能性に関して	32
9. パン・アメリカ保健機構（PAHO/WHO）	33
付属書類	49
1. 協議議事録（M/M）	

I. 事前調査団派遣の目的

ブラジル国は全国レベルで見ると、ほとんどの保健衛生指標は「中進国型」を示しているものの、東北地域は熱帯感染症の一大流行地でもあることから依然として最貧国のレベルであり、死因の上位3位は下痢症、寄生虫疾患、呼吸器疾患となっている。

またブラジル国の保健サービスの全般的な問題として保健医療サービスの組織不備がかねてから指摘されており、現在ブラジル国政府は1990年以降保健医療体制の再構築（統一保健医療システム：Sistema Unico de Saude：SUS）に取り組んでいる。

かかる状況から、今般伯国政府は、ペルナンブコ州レシフェ市にある国立ペルナンブコ大学病院を、同州の公衆衛生全般を含む医療システムの中核となる近代的保健センターへ改組し、同時に同州の保健医療状況の全体的底上げを図るべく、プロ技方式による技術協力の要請があった。

これに基づき、先方との協議を行い①要請内容、②カウンターパート機関、③技術協力の具体的な内容、④プロジェクト実施の可能性を確認するため事前調査団を派遣した。

II. 調査団の構成

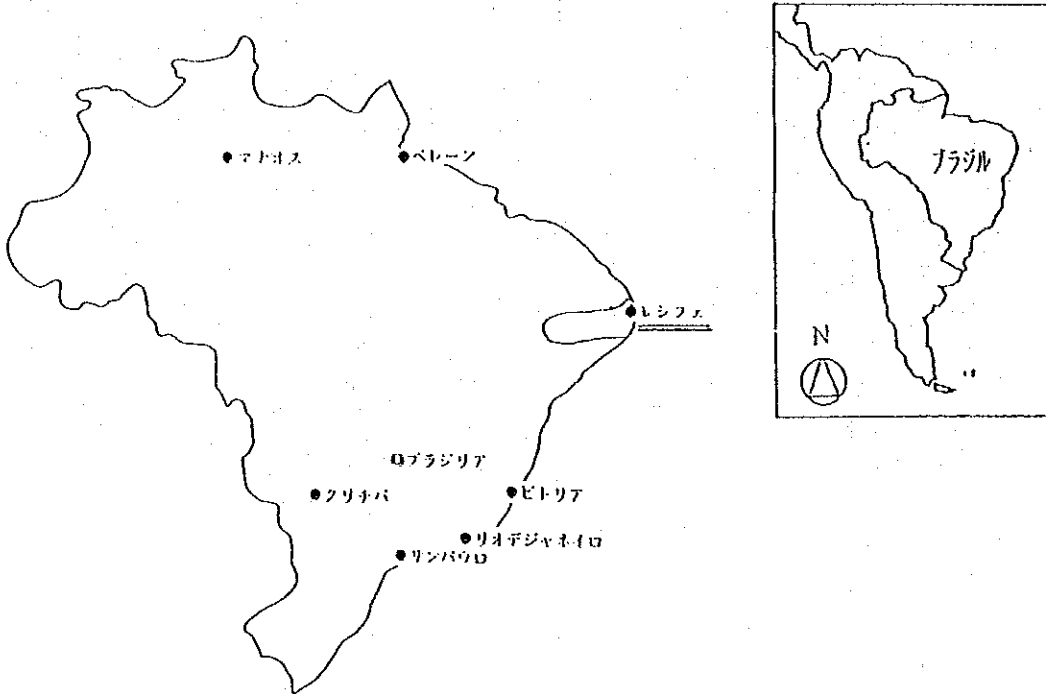
	氏名	担当業務	所属先
団長	近藤 健文	総括	慶應義塾大学医学部教授
団員	建野 正毅	公衆衛生学	国立国際医療センター国際医療協力局厚生技官
〃	大前 比呂思	寄生虫学	国立国際医療センター国際医療協力局厚生技官
〃	蛭山 はるみ	協力企画	前プロジェクト調整員
〃	川端 岳郎	技術協力	国際協力事業団医療協力部医療協力第2課

III. 調査日程・面談者

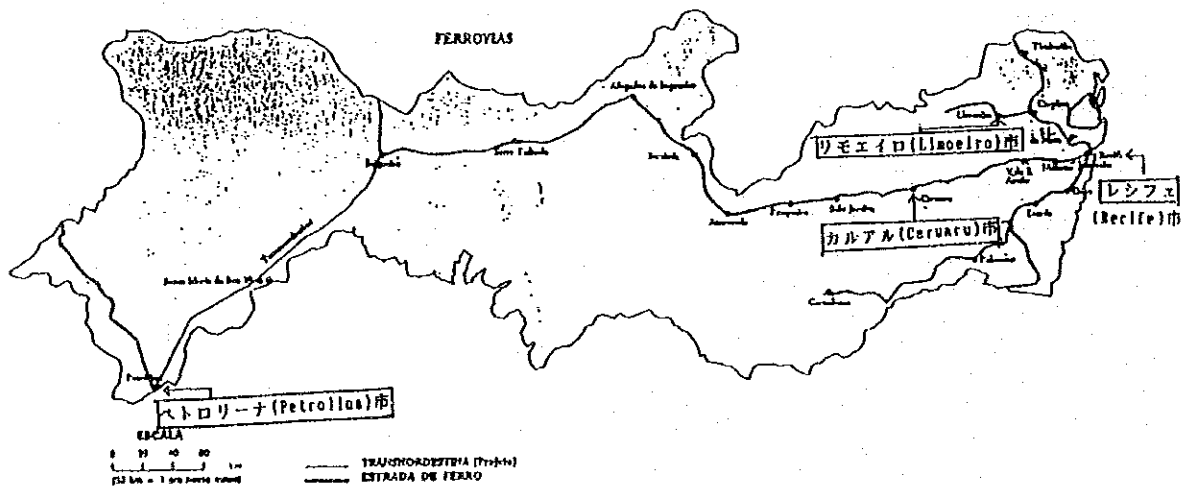
平成5年10月29日から平成5年11月13日まで(16日間)

No.	月 日	曜日	調 査 日 程	調 査 内 容
1	10月29日	金	東京	
2	10月30日	土	ーリオデジャネイロ	
3	10月31日	日	リオデジャネイローレシフェ	
4	11月1日	月		レシフェ総領事、ペルナンブコ大学表敬
5	11月2日	火		資料収集
6	11月3日	水		ペ大学病院、ファベラ視察、 ペ州衛生局表敬
7	11月4日	木	リモイエロ、カルマル、 ブレイジェ・ダ・マドレ・デ・ダウス	保健ポスト視察
8	11月5日	金	ペトロリーナ	保健ポスト視察
9	11月6日	土		ペ大学、ペ州衛生局、レシフェ衛生局協議
10	11月7日	日		資料収集
11	11月8日	月		M/M 協議・署名
12	11月9日	火	レシフェ ーブラジリア	日本大使館、JICA 事務所報告
13	11月10日	水		ABC、PAHO、衛生省表敬
14	11月11日	木	ブラジリア ーワシントン	世界銀行、JICA 事務所協議
15	11月12日	金	ワシントン ー	
16	11月13日	土	ー東京	

プロジェクトサイト位置図



ペルナンブコ州地図



主要面談者

氏名	所属先・役職
1 ジョアキン・フランシスコ	ペルナンブコ州知事
2 カルロス ホベルト グエラ フォンテス	ペルナンブコ州副知事
3 ダニーロ・カンポス	ペルナンブコ州衛生局局长
4 アレシャンドレ・カルヴァー リョ	ペルナンブコ衛生局次長
5 デルスリーナ・タヴァレス・ ノヴァエス	ペルナンブコ州衛生局プロジェクト・プログラム部 部長
6 セリネ・マリア・マリス・デ・ マラニョン	ペルナンブコ州衛生局企画部部长
7 マリア・ダス・グラサス・ピ ント・デ・ソウザ	ペルナンブコ州衛生局サービス組織部
8 エフリン・マラニャン	ペルナンブコ連邦大学総長
9 ダルシ・フレイタス	ペルナンブコ連邦大学附属病院運営担当副院長
10 マリア・クレジルテ・ブラジ レイロ	ペルナンブコ連邦大学保健学部小児科 ペルナンブコ連邦大学附属病院レジデンス・プログ ラム・スーパーバイザー
11 イヴァニゼ・エレナ・ベゼー ラ・トーレス	ペルナンブコ連邦大学保健学部小児科 ペルナンブコ 連邦大学附属病院自動発育診療所コーディネータ
12 ジェラウド・ジョゼー・マル ケス・ペレイラ	ペルナンブコ連邦大学保健学部部長
13 ヴァニア・ピニエイロ・ラー モス	ペルナンブコ連邦大学保健学部次長
14 ソニア・ルセナ・デ・アンド ラーデ	ペルナンブコ連邦大学保健学部栄養学科
15 ネイデ・マリア・フレイレ・ フェラス	ペルナンブコ連邦大学保健学部看護学科
16 ワラジミーロ・ジエグェス・ セルヴァ	ペルナンブコ連邦大学保健学部地域活動 コーディネータ
17 ルイス・カルヴァーリョ	ペルナンブコ連邦大学 LIKA 研究所長

- | | | |
|----|--------------------------|------------------------------|
| 18 | シャルバス・ヴァスコンセーロ | レシフェ市長 |
| 19 | ギリュルメ・ロバリーニョ | レシフェ市衛生局局长 |
| 20 | ルイ・ベイラ | レシフェ市衛生局次長 |
| 21 | ソニア・マリア・フレイタス・
ブリット | レシフェ市衛生局企画部部长 |
| 22 | チト・リビオ・デ・バーロス・
エ・ソウザ | レシフェ市衛生局保健部部长 |
| 23 | テレザ・クリスチーナ・アル
ベス・ベゼーラ | レシフェ市衛生局社会開発部长 |
| 24 | エリアーネ・メネラル・ホリン | レシフェ市衛生局社会開発部 |
| 25 | マリア・ダス・グラサス・
カヴァルカンテ | レシフェ市衛生局特別プロジェクト部 |
| 26 | ディオレシオ・カンポス・
ジョニオール | 衛生省次官 |
| 27 | ジョン・ジェラルド・マルチ
ネリー | 衛生省次官補 |
| 28 | ネルソン・ディ・オリベイラ | ABC 技術協力課長 |
| 29 | フロレンチノ・ガルシア・
スカルボニ | PAHO ブラジル事務所副所長 |
| 30 | 渡 辺 俊 夫 | 在ブラジル公使 |
| 31 | 徳 永 幸 久 | 在ブラジル一等書記官 |
| 32 | 堅 山 道 助 | 在レシフェ総領事 |
| 33 | 丹 羽 信 二 | 在レシフェ三等理事官 |
| 34 | 高 橋 大 輔 | 在レシフェ三等理事官 |
| 35 | 鏑 木 功 | JICA ブラジル事務所長 |
| 36 | 金 子 健 二 | JICA ブラジル事務所員 |
| 37 | アライン・コリオウ | 世界銀行東北伯基礎保健サービスプロジェクト
責任者 |
| 38 | 鈴 木 愛 二 | JICA アメリカ事務所員 |
| 39 | ティモシー・ヤーニン | JICA アメリカ事務所員 |

IV. 調査結果

慶應義塾大学教授

近藤 健文

1. 総括

本調査団は前記の構成及び日程・面談者によりブラジル国及び米国を訪問し、プロジェクトについての事前調査を行った。

その活動内容は以下の通りである。

1. プロジェクト実施の可能性についてペルナンブコ州、レシフェ市及びペルナンブコ大学関係者との協議。

主として11月6日及び8日両日に行った。

この結果は別紙 Minutes の通りである。

2. ペルナンブコ州各地の視察。

前記日程の通りである。

3. 日本側関係者及びブラジル側関係者との協議。

前記日程の通りである。

いずれもこのプロジェクトの成立を期待し協力を約している。

ブラジル ABC も協力的である。

4. 国際機関との情報交換。

ブラジリア PAHO ブラジル代表部。

ワシントン世界銀行ブラジル担当部。

必要な情報収集を行うとともに、今後の情報交換について依頼し了承された。

以下 Minutes に沿って協議内容について報告する。

本調査団はペルナンブコ州（衛生局）、レシフェ市（衛生局）及びペルナンブコ大学（医学部及び付属病院）の関係者と協議を行ったが、いずれも本プロジェクトの成立を強く期待しており、3者一体となって実施に当たることを表明した。具体的役割分担については未定のようなようであるが、Minutes の署名者にみられるように州政府はプロジェクトの代表となるが、実質的なプロジェクト運営はペルナンブコ大学があたることが予想される。レシフェ市についてはペルナンブコ州内の自治体の一つであるという立場から署名には加わらなかった。

1. プロジェクトの名称

ペルナンブコ州公衆衛生プロジェクト（仮称）としており、正式名称は次回 R/D 調査団派遣の際に決定される。日本側より「東北ブラジル公衆衛生」を提案し、ブラジル側より「ペルナンブコ州プライマリーヘルスケア（PHC）」が提案された。日本側から PHC より公衆衛生の方が概念が広いこと及びこのプロジェクトの成果を東北ブラジル各州へ及ぼすべき事を説明した。

2. 協力期間

次回調査団による R/D で決定された日から5年間とすることで了承された。ブラジル側からは特段の意見表明はなかった。

3. 活動計画

(1) 目的

東北ブラジルの公衆衛生を向上させることで了承された。

(2) 活動内容

冒頭に日本側から前回のペルナンブコ大学免疫病理学センター (LIKA) プロジェクトの成果を基礎として、日本側で実施可能な協力を行いたい旨表明した。ブラジル側からは具体的協力要請内容の提示は無く、日本側から

1) 人材養成

2) 地方病（熱帯病）の予防、治療及び研究を提案し、またブラジル側から SUS と大学との Integration を入れることが提案され、了承された。大学の活動を教育研究に限定するのではなく、外部へ拡大して行くことが期待されている。具体的内容については、来年2月以降長期調査員（建野団員）を派遣し、さらにつめることとした。プロジェクト発足当初は協力内容を比較的限定し、プロジェクトの進行に伴い拡大して行くことが得策と考える。

4. プロジェクトの実施場所

主たる実施場所をペルナンブコ大学付属病院外来部門に設定することで合意された。モデル地区についてはブラジル側は今回視察したレシフェ市外3か所を想定していたようであるが、後日改めて両国合意のもとで決定することとした。モデル地区についてはプロジェクトの具体的内容とプロジェクトの進行状況に合わせて適宜選択していくことでよいと考える。

5. プロジェクト実施におけるブラジル側三者の役割と責任

前述のように三者が協力してプロジェクト実施に当たることは表明されているが、それぞれの役割分担と責任者が未定であるので、長期調査員派遣までに決定するように日本側より求め、了承された。

6. ブラジル側の取るべき措置

特記すべきことは無いが、ブラジル側の履行可能性については現在のところ全く不明である。

7. 日本の技術協力の目的と範囲

東北ブラジルの公衆衛生向上のための技術協力（移転）とすることで了承された。その内容の一つとして技術者の研修を含めている。

8. プロジェクトの実施

ペルナンブコ州衛生局とペルナンブコ大学がプロジェクトの管理と実行について全責任を持つことが表明された。Project Director 及び Coordinator については R/D 調査団による協議の後指名されることとされたが、ブラジル側三者から Director 及び Coordinator 共大学側から指名されることが提案されている。このことから前述のようにプロジェクトの実行面については大学側の役割が大きくなると考えられるが、今後ブラジル側三者の役割分担については無責任体制とならないよう注目して行く必要がある。

Joint Coordinating Committee の機能と構成については通常の型で特に問題はないと考えられる。

2. 要請の背景

2-1 東北ブラジルの状況

ブラジルの開発を抑制する要因として、経済の混乱とインフレーション、極端な所得格差、南北の地域間格差があげられている。ブラジルの一人当たりのGNPは、1990年において2,680US\$であり、世界銀行の報告では上位中所得国に位置づけられている。UNDPによる社会開発分類でも中位開発国(59位/160カ国)になっているが、これは開発の進んだ南部や南東部と開発の遅れた北部、東北部の指標が相殺された形で現れたものであり、東北ブラジルの指標だけでみると、最貧国のそれに近いものである(表1)。

東北ブラジルでは、ここ10年間、貧困の進展、失業の増加、基本的社会サービスの低下等が原因して社会経済的環境は悪化している。東北部において特徴的な事は、貧困の集中と社会基盤の未発達であり、このことは、熱帯地方に位置するという地理的背景(熱帯感染症の一大流行地)、繰り返される干ばつという自然環境、大土地所有制度という歴史的、社会的背景、インフレ等の経済的背景に起因するところが大きい。図1に東北ブラジルの保健医療背景を、地理的・自然環境的背景、歴史及び社会的背景、経済的、政治的背景との関連で図式化した。

東北ブラジル住民の大半は医療サービスへアクセス出来ない状況であり、深刻な問題になっている。1989年の調査では、5才以下の幼児が病気にかかったときに何らかの医療サービスを受けられる割合は、地域別にみると、南東部で47%であるのに対し、東北部では18%であり、所得別では50US\$以上が54%、それ以下で29%、都市と農村別では、都市部で46%、農村部で27%であった。このことは東北部の農村に住む貧困層は医療へのアクセスが極端に困難なことを現している。東北ブラジルでは下痢や肺炎など適切な治療を受ければ治る疾患で死亡するものが多く、下痢による乳児死亡数は千人当たり29人、急性呼吸器疾患で死亡する5才以下の幼児は80人/千人と推定されている。

東北部の保健医療指標は、全国平均を大きく下回っている(表2)。その疾病像は熱帯感染症を中心としたものである。死亡原因を疾患別にみると、死因の記載されていないものが全体の約半分45.5%を占め、その大半は感染症によるものと推測される。死亡数を年齢別にみると、5才未満の死亡割合が29.3%と高く、その主な死因としては下痢症、寄生虫疾患、呼吸器疾患で占められている。

2-2 ペルナムブコ州の状況

ペルナムブコ州は、総面積が98千平方キロ(日本の約1/4)であり、ゾナ・ダ・マタ(沿岸部面積11%、人口356万人)、アグレステ(漸移帯、19%、137万人)、セルトン(半乾燥地帯、70%、139万人)の三つの地域に分類される。セルトンやアグレステでは農民の9割以上が、

零細農もしくは少数の大土地地主に雇用されており、インフォーマル市場に属し、貧困ライン以下にある。これらの農民の大半は土壁づくりの住居に住み、シャーガス病に罹患する可能性が高い。上下水道の整備もなく、川や沼の水を生活用水として利用するために、住血吸虫症やコレラに感染する危険性も高い。これらの地域では干ばつが続くと、多数の農民は農地を捨てたり、季節労働を失ったりして、都市へ移動し、都市貧民層の増大をもたらしている。これらの人々は都市にファベラ（スラム）を形成し、主にインフォーマルな労働市場で働き、その多くは貧困状況にある。レシフェ市が人口流入の中心となっている。

ペ州ではマラリアを除いたほとんどの熱帯病が蔓延している。特に住血吸虫症やリゅうシユマニア症は世界的にみても最大の流行地と言われている。シャーガス病、フィラリア症、レプトスピロシスも広く流行しており、特にフィラリア症はレシフェ市内で高い流行を示す地域があり（Campo Grande 14.9%、Pacheco 11.6%、Santo Amaro 11.4%等）、大都市流行例として世界でも珍しい。数年前より下痢症の原因としてコレラの流行が加わり、現在でも内陸部を含めたペ州全体で大きな社会問題になっている。結核やハンセン病も高い流行を示している。特にハンセン病は最近になり増加の傾向が見られる。小児マヒ、麻疹、ジフテリア、百日咳、破傷風など予防接種を対象とする疾患は、その普及で減少傾向がみられているが、ペ州における予防接種率は70%前後であり、他の途上国に比べても低い接種率を示し、改善の余地が残されている。

レシフェ市の人口は約130万人（周辺都市を加えると250万以上）であり、約660カ所のファベラがあり、約80万人（62%）がここで生活している。住民の48%が貧困状態にあり、サンパウロ市の22%、ポルトアレグレ市21%、クリチーバ市12%等の南部の都市は勿論のこと、東北部にあるサルバドール39%やフォルタレーザ41%と比べても貧困状態にある住民の割合は高い。都市の大半は沼地にたてられており、660の運河と4つの河川が入り乱れ、海拔ゼロメートルの地域が多い。人口の80%近くが上水道を有しているが、地理的条件もあり下水道の普及は非常に遅れている。

2-3 ペルナムブコ連邦大学の現況

ペルナムブコ連邦大学は、保健学部、生物学部、法学部、文学部、芸術学部、教育学部、経済学部、その他等の学部（Centro de Ciencias）と病院、テレビ局、印刷局、免疫病理学センター等の附属機関（Orgao Suplementar）を備えた総合大学で、東北ブラジルの中心的大学である。

保健学部（CCS, Centro de Ciencias de Saude）は医学、看護学、歯科学、薬学、栄養学等の保健に関わる学科から構成されており、学生の教育や卒後教育、研究は勿論のこと地域で働く医療関係者の再教育並びに交流に重点をおいている。ペ大付属病院はペルナムブコ連

邦大学に直接付属し、ペ州の最高のレファレル病院であると同時に、既に述べてきた貧困層の一次医療から三次医療までを引き受けている。24の専門科を有し、毎月3万人近くの外来患者を診察している。レシフェ市では、保健計画推進の重点課題として、保健衛生普及員の養成・強化、保健所の一層の充実、ペ大付属病院を中心とした保健医療サービスネットワークの構築等をあげており、ペ大の積極的支援を期待している。

ペ大付属病院と同じ大学の付属機関である免疫病理学センターはわが国の協力を受け（プロジェクト方式技術協力、'84.5～'92.5）機能を整え、現在ではブラジルでもトップクラスの熱帯病研究所に育っている。協力終了後も研究所のアクティビティは高まっており、日本・ブラジル技術協力の成功例として大きく評価されている。研究所は免疫、生化学、病理、電子顕微鏡、ビールス、細菌、真菌、寄生虫、下痢症等の基礎研究部門と主に住血吸虫症の患者を対象とした内視鏡、超音波による診断、治療機能を整えた臨床研究部門からなる。後者はペ大病院外来部門の一角にあり、ブ国内視鏡学会より公式な内視鏡センターとして認定され、多数の患者の診療並びに医療者のトレーニングに対応している。住血吸虫症、下痢症、リユーシュマニア症、シャーガス病等を中心に研究活動が行われ、下痢症や住血吸虫症等では、既にレシフェ市やペ州の衛生局と共同して研究を実施し、成果をあげている。

ペ州衛生局並びにレシフェ市衛生局はペ大学付属病院を後述する統一保健医療機構推進（以下SUS）の中心的機関として位置づけている。SUSの構築に関わる計画、評価機能への参加は勿論のこと、SUS実施に必要な人員の育成、再教育の大きな部分を担うことが期待されている。ペ大学当局並びに病院関係者は病院の外来部門をSUS実施の中核となるよう考えている。

3. 国家計画と位置づけ

3-1 背景

ブラジルでは1950年代以降、重化学工業の開発等に重点をおいた経済開発が実施され、社会開発は後回しになっていた。この結果、社会開発部門は経済発展に比べ大きな遅れをとり、現状の極端な所得格差や地域間格差を生み出している。

1985年に軍事政権より民政に移管されたのを契機に国民の社会改革に対する要求の聲が高まり、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」とした。1990年軍事政権以後、初の直接選挙で就任したコロール大統領は社会開発部門と所得並びに地域間格差の是正に重点をおいた計画を打ち出し、国民の社会改革に対する要求に答えようとしたが、1992年の退陣により実施されないままに終わった。しかしながら、一時的とはいえ、社会開発部門が最重要課題としてとりあげられたことは、今後のブラジルの社会開発にとって重要な意味を持っている。

3-2 保健医療の問題点

ブラジルの保健医療における問題点として、従来次のようなことが指摘されてきた。

1) 衛生行政の二本立て

衛生省が基礎予防衛生事業を、社会保障省が公共医療機関における社会医療保健事業を管轄するという二本立てであったために、予防活動と治療活動が二分化していた。その上に衛生省の財政的基盤が弱く、予防活動は大幅に制限されていた。

2) 保健医療へのアクセスの問題

ブラジルでは高度な最先端の医療を提供するごく一部の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さえも受けられない状況である。無料診療サービスをうけるインフォーマル労働市場に属する貧困層とフォーマル労働市場で公的医療保険制度に強制加入はしているが民間の保険制度に加入する余裕のない低所得層がアクセスできる医療機関では人材に恵まれず、医療設備面でも貧弱であり、基本的な医療サービスの提供さえ困難である。一方、高所得者で民間の医療保険制度に加入しているものは高度で良質な医療サービスを提供する私的医療機関を利用している。極一部の社会階層を対象とした私的保険制度、民間を主体とした保健医療部門の極端な発展、社会保険システムと国民保健サービス（無料）と二極に分化した公的医療保障制度等とこの国の社会保障制度は複雑で、このことが国全体の保健医療サービス改善の大きな足かせになっていた。

3) 統一性のない保健医療プログラム

従来は、連邦、州、市それぞれが独自の保健医療プログラムを作成し、お互いの連絡

なくプログラムが実施される事が多かった。このために、同一地域で重複したプログラムが行われていた。

3-3 統一保健医療システム (Sistema Unico de Saude、SUS)

1988年に公布された憲法に盛り込まれた保健医療体制は統一保健医療システム (Sistema Unico de Saude、以後 SUS と省略) 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。1990年に衛生基本法が施行され、SUS 機構に関する政策が具体化した。その基本的骨格は次のようなものである。

1) 普遍的で公平な保健医療サービスの提供

2) 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、同時に市の主導権および実施権を拡大する。

3) 行政権限の統合

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

4) 住民の参加

計画、実施、事業の管理や評価へ住民が参加することにより、保健医療の問題を単なる技術的問題とせず、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。

5) 包括性

保健医療事業を「治療」に偏重すること無く、風土病、感染症、環境衛生等の公衆衛生事業も重視する。

従来社会保障省に属していた国立社会保障援護院 (INAMPS) は衛生省に移管され、疫学コントロール実施機関を整理統合して国立保健財団 (FNS) をもうけ、また、SUS 構築過程の指揮監督部門として衛生監督局 (SVS) や保健医療支援局 (SAS) 等を設置し、衛生行政機構は大幅に改組された。SUS 機構導入以降の衛生省の組織図を次に示した(図2)。各部門の業務内容を概説すると、

1) 保健医療支援局 (SVS—Secretaria de Assistencia a Saude)

SUS にかかわる企画、管理及び評価を行う。

2) 衛生監督局 (SVS—Secretaria de Vigilancia Sanitaria)

衛生監督網及び衛生検査網の企画、設置、調整や薬品、食品、飲料水、衛生用品等の基準の作成および許認可業務を行う。

3) 国立社会保障医療援護院 (INAMPS—Instituto Nacional de Assistencia Medica)

da Previdencia 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 SUS の保健医療機関網の設備及び管理運営を行う。これまでは社会保障省の管轄下に独自の病院及び診療所を有していたが、そのほとんどが既に州に移管済みである。従来、公立の保健医療施設は、各行政レベルの予算で運営され、慢性的資金難のために保健医療サービスの質の悪さの低下を来たしていたが、SUS の構築により、SUS の保健医療網に属する医療施設は公私を問わずに、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た。

4) 国立保健財団 (FNS—Fundacao Nacional de Saude)

1991年に設立され、既に廃止された公衆衛生サービス財団(FSESP)、公衆衛生普及管理庁(SUCAM)、保健特別計画局(SNEPES)、保健基本活動局(SNABS)等から広範な事業を引き継いで管理している。主な事業としては

- 1) 国家予防接種計画
- 2) 国家保健指導員養成計画
- 3) 風土病およびその他の感染症の撲滅・管理活動(主な対象疾患として、マラリア、シャーガス病、リウシュマニア症、住血吸虫症、黄熱病、デング熱等)であり、疫学監視、感染症を中心とした疾患の抑圧・管理、保健事業、上下水道等の衛生環境改善、SUS 情報システムの運営の五つの分野における計画策定、人材養成、情報化、運営管理、研究等を任務としている。このように本財団の活動範囲は多岐にわたっているために、非効率的な活動が見られており、財団とその地方組織のあり方や州、市への権限委譲の方法などが活発に討議されている段階である。

本財団には疫学情報の普及、政策立案、事業実施の促進を主な任務とする国立疫学センター(CENEPI—Centro Nacional de epidemiologia)が設けられ、疫学情報(INFORME—EPIDEMIOLOGICO)を定期的に発行している。

5) 中央医薬品配給センター(CEME—Central de Medicamentos)

本センターは国家必須医薬品の需要調査、製造、購入、保管、貧困層への無料配布を目的として1971年に設立された。現在では、公立の病院や診療所で使用される医薬品の約10%を供給しているが、予算不足等のために必須薬品要請のわずかに15%しか満たせない状況である。これらの薬剤は州の衛生局を通して配布される。

薬剤の品質管理や研究プロジェクトへの助成も実施している。

3—4 統一保健医療の設置条件

ブラジルでは現在、SUS の構築に向けて取り組んでいる最中である。前記したように、既

に憲法等の法的基盤は整備され、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、南東部や南部の地域では比較的順調に進んでいる。連邦政府に集中していた権限を市へ委譲する過程をムニシパリザソン (Municipalização) と呼んでいる (図 3、4)。この条件として州並びに市は次のような条件を整える事が必要である。

- 1) 保健医療審議会の設置 (行政と保健医療従事者代表：50%、住民代表：50%で構成)
- 2) 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の確保 (予算の10%以上)
- 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

3-5 SUS の課題

SUS を実現するためには、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、保健医療事業の拡大に伴う予算の確保が不可欠である。中でも予算の確保は重要であり、SUS 事業を左右するものと考えられる。SUS 導入後の保健医療予算の流れを説明する。

INAMPS が衛生省の管轄下に移され、これまでの衛生省予算に社会保険料が加えられるようになり、国家保健医療基金として一本化される (図 5)。これにより、従来、病院での治療だけに利用されていた資金を、予防面を重視した基礎保健医療プログラムに配分することが可能になった。図 5 に示したように連邦、州、市はそれぞれに保健医療基金を設立する。連邦基金の財源は社会福祉基金 (企業売上の 2%) と社会保険料の一部 ('92年14.7%) と公営くじであり、州基金は州予算全体の10%、市基金は市の予算の10%と連邦、州からの交付金をあてると決められている。交付金の50%は住民数によって決められ、残りは対象とする市の疫学や保健医療網等の状況を考慮して交付されるとなっている。しかしながら、現状では連邦からの資金交付は、市が実施した保健医療サービスの実績により支払われている。これらは SUS 機構が構築されるまでの過度的なものである。

現在連邦や多くの州では財政的に困難を来しており、規定通りの交付が行われていない。国家の経済危機対策に伴う公共支出の削減、保健医療予算の拡大、非効率的な資金運用、資金の私有化、無秩序な政府の事業体制など、保健医療予算の不足を来す要因は山積しており、SUS 体制を構築し、維持するためには非常な困難が予測される。

3-6 ペルナムブコ州における進捗状況

ペルナムブコ州では、市のおかれている政治的、社会経済的状况に合わせて段階的に権限の委譲を進めている。州政府は従来、州を10の保健医療地域に区分し、事業を行ってきたが、これを継続し、地域職員の訓練、それぞれの地域に属する市に必要な支援を実施できる体制作りに取り組んでいる段階である(図6)。

ペ州での進捗状況は、市レベルで見ると、176市のうち権限委譲が終了したのは45市に達している。表3にペ州におけるムニシパリザソン(Municipalização)の進捗状況を示した。

また、ペ州政府は保健医療地域ごとに既存の保健医療機関と住民の保健医療状況を分析し、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。レシフェ市衛生局ではほぼこの条件を完了し、現在申請中である。

統一保健医療システム構築にあたり、地域に密着した保健医療行政を実施するためには、これまでの脆弱であった保健医療体制を改める必要がある。このためには、州、市ともに、地域の保健医療状況の把握、適切な保健医療計画の策定、人材の養成、保健医療施設の整備・拡充等様々な事業を実施しなければならない。

3-7 プロジェクトの位置づけ

今回のプロジェクトは、ペ州におけるSUS機構構築を補完するものとして位置づける事ができる。特に、SUS機構の中でもっとも必要とされる保健医療スタッフの教育、トレーニングに対する技術協力を受け持つ事が期待されている。

同時に、ペ州全体に広く蔓延している熱帯病を中心とした感染症対策をメインテーマに、公衆衛生分野における技術移転が行われることになる。ペ州の保健医療で中心的活動を実施しているペルナムブコ大学とは、過去に熱帯感染症分野における技術協力活動を実施し、ブラジルでもトップクラスの熱帯病研究所として活発に活動している。今回のプロジェクトは免疫病理学センターでの研究成果をフィールドに還元する観点からみて、大きな意義がある。

わが国による技術協力の継続性という面からも評価できるものと考えている。基礎研究所づくりの協力から、その成果を地域住民へ還元する過程の協力を継続して実施することは、前回のプロジェクトに対するインパクトも大きいものがあり、協力成果が益々ふくらむ。新旧の二つのプロジェクトがお互いに補完しあい、相乗効果が生まれることを期待したい。

4. ブラジル国側のプロジェクト実施体制

4-1 ブラジル協力事業団 (Agencia brasileira de cooperacao)

ブラジルの技術協力の受入れおよび発展途上国への技術協力は、ブラジル外務省の下部機関であるブラジル協力事業団(ABC--Agencia Brasileira de Cooperacao)で総合的に実施されている。但し、集団研修及び個別単発研修はC/P研修を除いて(ABC扱い)外務省科学技術テクノロジー協力局研修課(DFTR)が一元的に扱っている(図7、8)。ABCでは技術協力の係わる二国間及び多国間交渉を支援するとともに技術協力プログラムの監督および評価も実施している。

ABCはブラジル外務省が中心となる技術協力の実質的業務を全て行うこととなっており、ブラジルが受ける技術協力と供与する技術協力の双方について、各省各機関の要請をとりまとめて、技術協力プログラムを作成する。但し、世界保健機構(PAHO-WHO)による協力は、直接衛生省との間で行われており、ABCは関与していない(図9)。

4-2 ペルナムブコ州衛生局

ペ州の衛生行政は、州衛生局(Secretaria de Saude)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る(図10、11)。SUS体制の構築に向けペ州を挙げて取り組んでおり、既に州には保健医療審議会は設置され、現在では保健医療計画の作成と保健医療基金の設置に取り組んでいる最中である(国家計画の項参照)。

ブラジルの保健医療施設は機能別に次のように分けられている。

1. 保健ポスト (Poste de Saude)

特定の小区域の住民を対象とし、初歩的な保健医療サービスを行う。主な業務として、定期予防接種、妊婦相談、出生・死亡に関する情報収集、家庭における保健相談等を受け持つ。

2. 保健センター (Centro de Saude)

地域住民を対象とする複数部門を有する保健医療施設で、外来診療部門で最低、週に一度は医師による診療が行われる。

3. (総合) 診療所 (Policlinica ou Posto de assistencia Medicac)

外来診療全般を行う。公私営の全ての外来診療所や一般の各種専門外来診療所も含まれる。

4. 救急医療施設 (Pronto Socorro)

救急患者の診療治療を行う、24時間体制の施設。入院設備の有無は問わない。

5. 混合施設 (Unidade Mista)

保健ポストに入院設備が付加されたもの。入院部門は一般的には、小児科、産科、外

科、救急等がある。病院との違いは、保健医療業務を義務づけられている点である。

6. 病院 (Hospital)

入院治療を主目的とする施設で、常に一人は医師が勤務する。

保健ポストや保健センターなどの一次医療機関は例外的なものを除き、公立の施設である。一方、二次や三次の医療機関には私立の施設が占める割合が高くなり、全体の74%が私立である。東北ブラジルでは3997の施設の34.8%が公立であり、南東部や南部の22.3、20.7%と比べて公立の割合は高い (IBGE 1989)。ブラジルでは保健ポストから病院に至るまで、公立の保健医療施設の技術水準が低く、設備も極端に貧弱であることが大きな問題である。資金不足、人材不足、計画性の欠如、公的医療保険制度の制度的問題などその要因は多岐にわたっている。こうした状況を改善すべく、統一保健医療システムの導入に官民一体となって取り組んでいる。SUS 導入後は、上記の医療機関は経営形態別にみると、図12のような保健医療網に組み込まれることになる。

4-3 レシフェ市およびその他の衛生局

レシフェ市の衛生局 (Secretaria de Saude) の組織図を図13に示した。既に述べたように、SUS 設置に必要な保健医療審議会を設置し、保健医療計画の作成、保健医療基金の創設は既に終わり、申請書を送付した。

現在レシフェ市内には保健医療網として61の保健センター (市立36、州立24、その他1)、20の一般病院 (内州立11)、26の専門病院 (内州立10)、3の大学病院がある。SUS 構築が進行するにつれ、州立の病院は徐々に市に委譲される予定である。

市に所属する保健医療関係者の数は、一般医63名、小児科医70、産婦人科医80、専門医25、歯科医98、看護婦43、精神科医24、栄養士6であり、この他に衛生局の職員として上級職523名、中級830、下級256の合計1609名が保健医療関連分野で働いている。

これらの職員とは別に地域で保健医療の普及活動を実践するヘルスワーカー (ACS—Agentes Comunitarios de Saude) の養成事業を開始し、既に526人の養成を実施した。200家族に一人のACS、30人のACSに対し、一人のスーパーバイザーの育成を目標としている。ACSの活動はコミュニティを中心に行われ、栄養問題、感染症対策、口腔衛生、母子衛生、ヘルスポストの補助、その他を行うことになっている。

レシフェ市では地域を6つの行政区に分け、保健衛生活動に取り組んでいる。表4に各行政区の人口、面積および人口密度を示した。市衛生局は保健医療監視システムを管理すべくその体制づくりに取り組んでいる。公共保健医療網の市への委譲の手始めとして、小規模並びに中規模の保健センターを管理下に移管することとし、IBURA 地区の含まれる第6行政

区より開始することとし、既に世銀の東北ブラジルプロジェクトの援助で、ここに中規模保健センターの建設にとりかかった。衛生局は貧困層住民の典型的な地域として IBURA 地区をとりあげ、レシフェ市における SUS 体制下でのモデル地区とすべく考えており、今回の日本とのプロジェクトでの協力を強く期待していた。

アグレステに位置する BREJO DA MADRE DE DEUS 市（第IV保健医療地域）は既に SUS 体制下で市への委譲をうけており、約50床の州立病院も市の管轄下におかれていた。人口31,015人、面積845km²で7つのヘルスポストを有している。保健医療関連の職員は病院に109人、ヘルスポスト12人、市衛生局12人配置されている。この他に、34人のACS(ヘルスワーカー)が活動している。リューシュマニアの疫学活動とコレラの予防活動だけが、FNSにより実施され、他の活動は市が実施することになっているが、思うように進んでいない。また、財政的に困難を来たしており、住民参加の保健医療審議会で決められた半分の仕事も実施できない状況である。

ペトロリーナ市はペ州の最西端（レシフェ市より約800km西方）に位置し、乾燥地帯にあるにもかかわらず、灌漑事業が進み、人口の流入が激しいところである。第VIII保健医療地域（6市、265,000人）の中心地で、約500床の地域病院があり、既に市への委譲も行われている。ヘルスポストは人口の15%しか住まない農村地域に偏っており、都市部の住民への保健医療サービスの遅れが指摘された。基本的医療技術者が絶対的に不足しており、看護婦、補助者、ACSなどの育成、再教育が最優先課題である。

4-4 ペルナムブコ連邦大学

ペ大に関する詳細は2-3項で既に述べたので、ここではペ大における付属病院と免疫病理学センターの位置づけにのみふれることに止める。

付属病院は大学評議会に直結し、ペ大総長の指示のもとに病院長が責任をとり、大学付属機関(Orgao Suplementar)として独立している。病院には、看護部、内科、熱帯病科、小児科、外科、社会医療の諸科が設置されている。保健学部の卒後訓練はここで行われ、熱帯医学、小児科学、外科学、内科学、病理学の修士課程が設置され、その実地活動は病院で行われている。付属病院は SUS 体制下では保健医療活動実施の重要な機関として位置づけられている。特に病院の外来部門は、その機能的性格上、SUS 体制での保健医療推進のための中核として機能するよう周囲より期待されている。

免疫病理学センターも病院と同様な位置づけにあり、付属機関として独立し、付属病院外来部門で推進される予定の SUS 体制下での保健医療活動を、レファレル機関として補完する立場にある。

4-5 プロジェクトの実施体制

協議事項の中でふれるが、プロジェクトはペ州、ペ大、レシフェ市の三者が協力して実施される。ペ州はプロジェクトの代表となるが、実質的な運営はペ大により実施したい意向がブ側より提案されている。

プロジェクトの本拠地はペ大付属病院外来棟の2、3階があてられる。ここを中心に人材育成、トレーニング、疫学調査分析等の活動を実施し、レファレル機関として前回プロジェクトで協力活動がなされた免疫病理学センターの基礎研究部門および臨床研究部門が位置づけられている。また、大学付属病院の治療検査部門もレファレル部門としての参加が期待される。

州および市はプロジェクトの計画立案に参加し、人材育成活動に人的、物的協力を実施する。また、両者はモデル地区として州並びに市が管轄する地域を提供し、プロジェクトの一員として活動に参加する。

プロジェクトの最高議決機関として日本・ブラジルの複数の代表者からなる Joint Coordinating Committee をもうけ、毎年1回以上開催し、年間計画等を策定する。これとは別に業務の遂行を円滑にするために、州、市、大学の代表および日本側専門家代表からなる定期的会議をもつ。ここではプロジェクト運営の実務を討議し、決定する。

プロジェクト Coordinator は大学より選び、日本側チームリーダーの C/P となる。プロジェクトと州、市、大学の関わり、役割、分担については決まっていないが、大学の役割が大きくなるものと想像している。C/P はペ大、州、市の三者から平等に選ばれ、活動が実施される。

5. 協議事項

5-1 概要

協議は一通りの視察が終了した11月6日(土)、11月8日(月)の両日に実施された。ペ大学保健学部長のGeraldo Pereira教授の司会のもとに、州、市、大学それぞれの関係者の参加を得て(参加者名簿参照)、活発な討議がなされた。現在、ブラジルの保健関係者は後述する統一保健システムの構築に全力をあげており、かつ当地では世界銀行との共同事業の東北ブラジルプロジェクトが進行中である。今回の日本によるプロジェクトはこれらの計画との補完的関係が期待されており、関係者の本プロジェクトに対する熱意は並々ならぬものであった。ブラジルサイドは本プロジェクトの実施に向けて、半年以上前よりペ州、レシフェ市、ペ大の3者による定期的会議を持ち、本プロジェクトの位置づけや3者間の役割分担等の検討を重ねていた。

協議の前半では、州、市、大学のそれぞれの関係者による現状の活動状況説明、問題点の指摘、これに加えて新プロジェクトに対する期待等が述べられた。これらの内容に関しては、国家計画と位置づけ、実施体制、基本計画等の項で触れる。

日本側から当初に提案した事項は次のようなものである。

- 1) 今回のプロジェクトは州、市、大学の3者の共同参加は必須である。
- 2) 前回プロジェクトの成果を基礎として、日本側で実施可能な協力を行いたい。
- 3) 公衆衛生活動の中で、endemic diseasesを中心とした協力を日本側は考えている。協力遂行の中で必要な分野が生じた場合は双方の合意のもとに拡大していきたい。
- 4) 日本側は人材育成に協力の重点をおきたい。

これに対して、ブラジル側に特に問題はなく、日本側提案をベースにプロジェクト活動を実施していくことが了承された。

この了承を基本として、日本側が準備したミニッツ草案をたたき台として協議した。日本側の基本姿勢としては、プロジェクトに実際に関わる者の考えを重視した現実性のある活動内容について協議し、理念的、机上の空論的討議はなるべく避ける方針で望んだ。以下に双方の相違点、協議内容につき列挙する。

5-2 プロジェクトの名称

日本側は「東北ブラジル公衆衛生プロジェクト」としたが、ブラジル側からは、主にABCを中心に、「ペルナムブコ州プライマリィヘルスケア(PhC)プロジェクト」に変更して欲しい旨の要望が出された。ペ州で実施されるプロジェクトであり、かつ、ブラジル側には東北ブラジル全体を対象とした他のプロジェクトを考えているので混同を来す恐れがあるというのが、その言い分である。日本側からは「公衆衛生」の方が一次から二次医療まで含めたより広

い概念であること、ペ州で実施されるプロジェクトは東北ブラジルにおけるひとつのモデルケースとして位置づけており、プロジェクト成果が将来東北ブラジル全体に波及することを期待していることを説明し、了承を求めた。正式名称の決定は R/D 調査団派遣の際に実施することにし、今回のミニッツは暫定的に「ペルナムブコ州公衆衛生プロジェクト」とした。

ミニッツの相手として、日本側の原案では、「THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF BRAZIL」としていたが、ABC より意味不明との指摘があり、ブ側としては州、市、大学の名前を併記して欲しい旨の要望が出された。レシフェ市についてはペ州自治体の一つであるという観点から除外することとし、ペ州とペ大を併記し、また署名もレシフェ市を除いた両者が行うことで合意した。

以上の協議の中で、レシフェ市代表の中からレシフェ市が除外される危惧が表明された。今回のプロジェクトは三者が一体となり初めて大きな成果が得られることを説明し、ブ側責任機関の一つとしてレシフェ市を銘記することで了承を得た。

5-3 活動内容

日本側から協議当初に endemic diseases の分野を中心にした公衆衛生活動を主に実施したい旨表明し、了承されたが、一部より母子保健等の活動も期待したい意向が述べられた。endemic diseases を対象とした活動は母子保健と大いに関連があること、プロジェクト進行中に他に重要な協力テーマが必要と日本・ブラジル双方で認めたら、適宜追加していくことで合意した。

ブラジル側からは現在ブラジル政府で実施中の統一保健医療システム計画（SUS、国家計画の項で詳細に説明）の一環として今回のプロジェクトを位置づけたい要請が強く、そのためには、プロジェクトの実施母体となるペ大が SUS 機構に統合されるべく過程の手助けを協力内容に加えて欲しい要請が出された。調査団も現在のブラジルでの保健医療システムの最重要課題が SUS 機構の構築であることを勘案し、了承した。

協議を通した印象であるが、ブ側には大学活動を学内に限定したものにせず、外部へ拡大すべきとの考えが強く、今回のプロジェクトをその推進の大きなインパクトとしたいと捉えている。また、前回の「ペ大免疫病理学センタープロジェクト」を高く評価しており、その継続性という意味から今回のプロジェクトを関係づけたい意向を感じることができた。研究所プロジェクトにおける成果をフィールドへ還元するという意味で、今回のプロジェクトが研究所（大学）と地域を橋渡しできる意義は大きいと考える。

5-4 プロジェクトの活動拠点

当初ブ側は大学管理棟にある事務室 3 室を準備している旨表明した。日本側はトレーニン

グや統計処理等プロジェクト活動を実施するスペースが必要なことを説明し、その設置を要求した。ペ大側で外来棟の2、3階をプロジェクトに提供することで合意がみられたが、ブ側の一部には大学人しか参加できなくなるのではとの危惧を抱くものもいた。大学側はプロジェクトに関係するものに広く解放すると表明し、日本側も前回のプロジェクトを例に、誰でも参加できるようにすることが日本側の基本方針であり、日本側も協力することで了承された。

パイロット地区の特定は今回はしなかった。ブ側にはレシフェ市のイブラ地区、リモエイロ市、ペトロリーナ市、ブレイジョ・デ・マドレ・デ・デウス市等今回調査団を視察した地域を想定している節もみられたが、本拠地の確立が第一義であり、プロジェクトの進行状況に合わせて適宜モデル地区を設定していくことで合意した。

5-5 プロジェクト実施におけるブラジル側の役割

今回のプロジェクトのC/P機関としてペルナムブコ州、ペルナムブコ大学およびレシフェ市があたり、プロジェクト目的の成就に向けて3者が協力してあたることは既に合意がみられており、ミニッツにも責任機関として三者が併記されている。しかしながら、どの機関が主体となるかは意見の相違がみられた。ブラジル側からはプロジェクトの主体はペ大がふさわしく、この件に関しては既に三者にて協議、決定している旨表明された。その根拠は、州政府は政治的影響を受けやすく、継続性に問題があること、予算面で不確定要素が多いこと、ペ大に比べノウハウや人間関係に乏しいこと、人材の確保が難しいことなどが挙げられた。州の代表者からも同様なことが指摘され、ブラジル側の一致した見解であることが推察された。この点に関しては、ABCを表敬訪問したときにも話題になった。ABCも既に三者に対して、組織面での分担を明確にするよう依頼しており、今回のブ側の見解に賛意をもっていった。ペ大が運営面を担当し、州と市は実施面を担当することになるが、この分担は継続性の面で最善であること、政治面に巻き込まれにくいこと、ABCとペ大とは連携をとりやすいこと、などをその利点として指摘していた。

これに関しては、外務本省がおこなった事前調査で大使館とレシフェ総領事館の間で見解の相違がみられている。本来、公衆衛生活動は行政的要素が強く、この観点からみると州や市などの行政機関を実施母体にすることが望ましい。しかしながら、ペ大がその活動を大学に限らず、地域に広めてゆきたい方針を持っていること、大学と州、市との人的交流が活発であり、日本では考えられないほどにフレキシブルであること、州や市自体が大学が最適であるとの見解をとっていることなどを勘案すると、一概にペ州をプロジェクトの実施母体にするにとらわれない方がいいとの印象を持った。

また、プロジェクト Director と Coordinator についても日本側原案には州と大学がそれ

それを受け持つこととしたが、ブラジル側からは両方共に大学側で担当することが提案された。プロジェクトを実際に担当する側からみると、Director と Coordinator が同一所属であることが管理運営の円滑化という面からみて望ましい。ブラジル側の提案はこの辺を見越したものと考えられるが、日本側ではミッションだけでは裁断できないと判断し、次回ミッションで決定することにした。

5-6 ブラジル側のとるべき措置

この項目は日本・ブラジル技術協定に基づき記載されたものである。第7、8項に関し、前回のプロジェクトでブラジル側が実施しなかったことであり、新プロジェクトでは実施義務があるかの問い合わせがあった。調査団は従来通りでいいとの見解をとったが、誤解を招きやすい項目であり、今後の対応を考えるべきである。

6. 協力の基本計画

6-1 基本事業

本協力は、ブラジル特に東北ブラジルにおける熱帯病に起因する健康問題を改善するために、次のような事業の実施が想定される。

1. ペ州保健医療機関で働く初級、中級、及び上級職員の教育、訓練、指導を実施する。
2. ペ州保健医療機関並びにペ大に所属する医師、看護婦、ソーシャルワーカー、栄養士を訓練、指導する。
3. ペ大付属病院外来部門がSUS体制下で中核として機能するための協力を実施する。
4. ペ州の endemic diseases に対する予防、治療、研究能力の開発活動。
5. その他日本・ブラジルの関係当局間で合意される活動。

上記活動は、ペ州、レシフェ市、ペ大三者の責任のもとに、ペ大付属病院外来部門を本拠として実施される。また、プロジェクトの進行に応じて、本目的を実施するためのモデル地区を日本・ブラジル関係当局の合意のもとに設定する。

6-2 日本側協力計画

日本側はプロジェクト方式技術協力の規定に基づき、次の事業を自己の負担にて実施する。尚、各事業の詳細については、日本・ブラジル関係当局で合意される。

1. 日本人専門家の派遣
2. 機材の供与
3. ブラジル人 C/P の日本における研修
4. ブラジル人技術者の研修

6-3 ブラジル側協力計画

ペ州、レシフェ市、ペ大は事業の管理及び実施につき責任を持つ。また、これら三者は事業に必要な次のことを提供する他に、事業の実施に必要な運営経費を負担する。尚、詳細については、日本・ブラジル関係当局で合意される。

1. 事業に必要なブラジル人専門家および関連する人材を提供する。
2. 事業に必要な土地、建物および施設を提供する。プロジェクトの本拠となる場所として、ペ大付属病院外来部門の3、4階を準備する。
3. 公衆衛生活動を実施するモデル地区を設定する。

7. 協力実施にあたっての留意事項

本プロジェクトを実施するに際し、以下の事項に留意する必要がある。

7-1 ペ州、レシフェ市、ペ大の役割分担

本プロジェクトは三者が協力して実施することを大きな柱として考えられている。しかしながら、三者の役割分担は明白になっていない。前述したように、プロジェクトの実行面はペ大が担う事になると思うが、その場合、州や市がどのような形で参加するようにするのか、プロジェクト開始前に明らかにする必要がある。

ブラジル側からは Project Director 並びに Project Coordinator の両者ともに大学人をすようにとの提案があった。プロジェクトの運営管理面から考えると、両者が同一組織の人間であったほうがいいが、どうしてもペ州やレシフェ市の関係者のプロジェクト参加を制限する事になりかねない。本プロジェクトは広く門戸を開放したものである主張を、日本サイドは常に明らかにする必要がある。

7-2 SUS 機構の不明確さ

現在、ブラジルの保健衛生関係者は SUS 機構の構築のために全力を尽くしている。本プロジェクトもこの体制を実現するために、補完的な役割を担う事を強く期待されている。今回のミニッツでも活動計画の第2項に、「ペ大を SUS 機構に統合する」ための協力を行うと記されている。しかしながら、SUS 機構そのものの実現には様々な困難を抱えているのは事実である。既にペ州でも40以上の市が保健医療審議会（メンバーの半分は市民代表）を設置し、権限の委譲をうけたが、保健医療事業の拡大に伴う予算不足、人材の問題等でスムーズに運んでいるとは到底いえない状況である。その上に SUS の概念だけが先走りしている傾向があり、この体制そのものの本質を十分に理解している保健医療関係者は少ない印象を持っている。

このような状況では、SUS 体制並びにそれを補完する筈の本プロジェクトは過剰に期待されている節がみられる。日本サイドはこのことを十分に念頭に置き、今後の計画を作成する必要がある。

7-3 公衆衛生プロジェクトにおける協力分野の不明確さ

公衆衛生関連プロジェクトでは理念が先走り、協力計画が現場とかけ離れてしまう場合が多い。計画だけが先行し、現場の状況に合わないものや、実現不可能な計画で、結局は失敗に終わるケースが多々みられている。現場の真のニーズを常に確認しながら、計画立案し、できるだけ「机上の空論」を排除するよう気をつけなければならない。

事前協議では、当初の協力は endemic diseases 関連分野での協力に限定することを提案し、了承を得ているが、これでも公衆衛生活動全般からみると、協力分野が広すぎることも考えられる。場合によっては、住血吸虫症や下痢症などの特定の疾患に限定し、当初の協力を開始すべきであろう。

7-4 ローカルコスト負担について

プロジェクト活動の本拠地は大学が提供する事を約束している。大学当局の話では、本拠地における活動経費は大学側が負担するといっているが、人材養成やトレーニングに要する経費をどのように分担するのか一切不明である。プロジェクトの開始前にある程度の分担を決めていく必要がある。

8. 世界銀行（国際復興開発銀行）の東北ブラジルに対する保健医療分野の協力

8-1 はじめに

ブラジルに対する国際機関、二国間援助機関の保健医療分野の援助を見るといくつかの重点分野がある。

1. 政府の進めている保健医療改革、SUSの導入に対する支援
2. 開発の遅れている、貧困地域、特に東北ブラジルに対する援助
3. 貧困層に対する、プライマリー・ヘルス・ケア等、基礎的保健医療
4. 風土病、感染症対策

JICAの新規プロジェクトもまた、これらの分野に関わる協力である。活動を展開するに当たっては、第一に各機関の協力状況を把握することが重要である。今回の調査では、ワシントンの世銀本部、ブラジリアの衛生省、ペルナンブコ州にて、世銀のプロジェクトに関する情報を得た。世銀は主に経済セクターを中心に援助を実施しているが、1990年以降社会事業への融資を増加させる傾向にある。1990年の保健医療分野に対する援助の割合は4.8%であった。現在、東北ブラジルにて3つの保健医療分野のプロジェクトを実施中である。また、関連する分野としては、基礎教育分野のプロジェクトが開始される。

1. 東北ブラジル・プロジェクト I (Projeto Nordeste I)
2. 東北ブラジル・プロジェクト II (Projeto Nordeste II)
3. 風土病対策プロジェクト ()

8-2 東北ブラジル・プロジェクト I・II

政府は東北部の脆弱な保健医療インフラの整備を重要課題とし、統一保健医療システムーSUS体制構築の一環として、東北部農村地帯の基礎保健医療サービスを整備する2つの大規模なプロジェクトを実施している。対象は東北部の9州とミナス・ジェライス州の一部で、対象地域は早魃の多角形地帯と呼ばれる内陸部の貧困地帯である。農村部の開発の遅れ、貧困の問題の解決が優先され当初の協力は農村部に限られていた。しかし、1993年になって、いくつかの州都圏も対象地域に含められた。その背景には、貧しい農村部の人々が都市に流入しスラムを形成している状況がある。都市の貧困層の生活環境も劣悪で保健医療サービスの充実が急務であると認識された。同プロジェクトは世銀の融資とUNDPの技術協力を得て進められている。

8-2-1 プロジェクト概要

名称：東北ブラジル・プロジェクト I

期間：1987年6月から94年7月

対象地域：バイーア、ミナス・ジェライス、ピアウイ、リオ・グランデ・ド・ノルテ州の
計217市

出資分担：国際復興開発銀行（IBRD）	59.5百万ドル
州	38.3
INAMPS/SUS	19.4
衛生省	12.0
小計	129.7

名称：東北ブラジル・プロジェクトII

期間：1990年12月から95年12月

対象地域：アラゴアス、バイーア、セアラ、マラニャン、パライーバ、ペルナンブコ、
セリジッペ州の計508市

出資分担：国際復興開発銀行（IBRD）	267.0百万ドル
州	207.8
INAMPS/SUS	103.9
衛生省	31.9
小計	610.6
I、II合計	740.3

8-2-2 目的

1. プロジェクトに参加している農村部低所得住民の健康状態を改善する。
2. 統一保健医療システム-SUSの導入による基礎的保健医療サービスの合理化を図る。
3. 衛生省、州衛生局及び市の衛生部の制度開発を補助する。

8-2-3 活動内容

1. 基礎保健医療サービスの充実・強化のため、保健医療施設の設置、機材整備と保守体制の確立、人材養成。
2. 衛生省及び州衛生局の企画、管理、政策決定、教育、財務管理の強化。
3. 保健医療事業として、女性、児童、青少年の総合保健医療プログラム、風土病等の感染症抑制・管理プログラム、病院・医師及び診療所プログラムを優先させ、当該地域の下痢症、肺炎、妊娠合併症、栄養失調、敗血症、結核、その他の感染症等の緩和を図る。

8-2-4 進捗状況

このプロジェクトは東北部における、統一保健医療システム-SUSの導入、特にインフラ整備と州と市の制度開発のための資金を提供する重要なプロジェクトである。

本プロジェクトの活動内容を見ると多岐に渡るが、具体的な事業の内容は各州の衛生局、市衛生局が決定し展開する性質のものである。当該衛生局自体の管理運営能力の向上、資金確保がプロジェクトの進展の鍵を握っている。従って、本質的に時間を要する事業であると言える。管理運営能力開発のためには UNDP が技術支援を実施している。

現状では、世銀の資金運用が計画に比べ非常に遅れているということで、期間は延長される模様である。世銀の資金は、ブラジル側が支出した分を補うという方式が採用されている。

衛生省の聞き取り調査によれば、経費の20%は州の分担であるが、この予算措置が迅速になされていないということであった。また、プロジェクトの予算には人権費は含まれず、州側の責任である人材の配置が順調に進まない点も問題である。州は現在、行政改革による職員数の抑制しているという背景がある。

8-2-5 ペルナンブコ州の状況

ペルナンブコ州衛生局が実施している事業は以下の通りである。

対象地域：農村部の112の市に最近州都圏が加えられた。

期 間：当初予定 1990-1995 (延長の可能性あり)

活動

1. 保健ポスト (Posto de saude) や保健センター (Centro de Saude)、総合診療所 (Unidade Mixta) の建設、改造、拡張
2. 機材の購入-施設全体あるいは一部。病院の老朽化した洗濯部門の改良等も実施
3. 技術支援-保健医療情報システムの設置、フィラリア対策等
4. 研修と指導-1993年には600のコース

地方分権化にともなう州の管理指導の役割強化

5. 情報・教育・コミュニケーション (IEC) 活動-パンフレット、教材等の作成

全体の事業に関する具体的な情報は入手できなかったが、訪問先でいくつかの事業を見る機会を得た。インフラ整備に関しては、現場における必要性を十分に吟味することを重視しているように思われた。建物を作っても運営できなければしかたないという、州の関係者のコメントもあった。

1. 第1保健医療地域内にある州都レシーフェでは保健医療施設が不足しているイブーラ (IBURA) のスラム地区における新しい診療所 (Centro de Saude) の建設が承認されている。関係者は診療所と大学病院を連携させることで、保健医療サービスを拡張し、かつ新しい人材養成の拠点とすることを検討中である。

2. 第2保健医療地域事務所の診療所 (Centro Regional de Saude INANCINHA DUARTE) では歯科部門等2部屋が拡張されていた。また、一連の講習会も開催ということであった。管理運営面のものと思われる。
3. 第4保健医療地域の市 (Município) であるブレイジョ・デ・マドレ・デ・デウス (Brejo de Madre de Deus) の病院では、来年度に建物の拡張工事が承認されている。この市では、いち早く衛生行政の市への権限委譲 (Municipalização) が実施され、病院の管理もすでに州から市へ移されている。それに伴い、病院の活動量が大幅に増加し、建物が手狭になっているということであった。

8-3 風土病対策プロジェクト

期間：1988年から1993年

対象地域：東北ブラジル

出資分担：国際復興開発銀行 (IBRD) 1億900万ドル

目的：東北部に蔓延しているシャーガス病、住血吸虫症、リーシェマニア症の罹患率を下げ、疾病を抑制し、住民の健康状態を改善し、生産性を高めること。衛生省のエイズ発生子防事業に対する支援。

- 活動：1) 疾病の感染予防と抑制
2) 媒介生物対策への住民動員
3) 疾病抑制の具体的方法の研究
4) 衛生省担当部署の組織開発 (元の SUCAM 現在の FNS)

このプロジェクトに関しては、現地で新たな情報を得る機会がなかった。しかし、今回得た風土病対策に関する情報から察するところ、衛生省担当部署の組織開発にしても、疾病の感染予防と抑制にしても、未だ大きな進展は見られていないようである。特に、州や市の風土病対策能力を高め、権限を市に委譲するためには、政策面、技術面での様々な事業の展開が必要な状況である。

8-4 世銀との協力の可能性に関して

世銀の協力は基本的には大規模な資金援助 (融資) である。東北ブラジルにおいてはその資金をいかに有効に運用できるかが課題であり、様々な分野での技術協力が意味を持つ。JICA が今回始めるプロジェクトの場合、ブラジル政府が世銀の資金をどのように運用しているかを十分把握し、また、他の援助組織との情報交換を進めることが重要と思われる。世銀側もそうした意味での情報交換を歓迎するとのことであった。

9. パン・アメリカ保健機構 (PAHO/WHO)

ブラジルでは保健医療分野の代表的国際援助機関である、PAHO を訪問し、その協力の内容、活動方法等有用な情報を得ることができた。

PAHO は、衛生省を直接のカウンターパートとし、特に、連邦レベルでの技術支援を実施している。保健医療5カ年計画作成に当たっては、専門家グループが保健医療状況の分析、情報提供等で貢献した。以下の3つを重点分野とする。1.保健医療政策、2.保健医療インフラ整備(保健医療サービス、人材養成、科学技術、研究支援等多岐に渡る)、3.保健医療プログラムに対する技術支援。

以下の活動に関して説明を受けた：

- 1) 母子保健プログラム (レシーフェでも実施)
- 2) リオ・グランデ・ド・ノルテ州の5つの市の基礎的社会サービスの整備に関する計画の立案作成のための技術支援
- 3) ブラジル北部マラリア対策プログラム (衛生省、世銀、PAHO)
- 4) 熱帯病関連の資金並びに技術支援、国連熱帯医学特別計画-TDR の監理
- 5) ヨーロッパ諸国の WHO に対する資金援助に基づく、AIDS 予防抑制プログラム活動はすべて衛生省を通じて実施している。

ブラジル北部マラリア対策プログラムは世銀の資金援助による衛生省のプロジェクトである。衛生省は、PAHO に対しプロジェクトの実施のための技術支援を要請した。PAHO の専門家は、衛生省の FNS (国家保健医療財団) に対し対策計画作成、活動の市への委譲プログラム、人材養成等で協力を実施し、すでに8つの州が計画作成を終えている。人材養成面では1)マット・グ・ロソ・ド・スル連邦大学やミナス・ジェライス連邦大学における、FNS や州の関係者に研修 2)現場で検査にあたる技術者の養成と再教育等を実施している。

諸援助機関、諸援助国のブラジル側窓口が、外務省のブラジル技術協力局 (ABC) であるのに対し、PAHO カウンターパートは衛生省である。現在のブラジルの保健医療の課題は、SUS の導入、地方への権限委譲であり、PAHO としては今後、衛生省を通じてより積極的に、州や市と活動を展開したい意向を持っているとのことであった。また、ABC との関係がないため、他の援助機関あるいは援助国に関する情報が得にくいのが問題であるということであった。

FNS/衛生省との熱帯病に関する協力、レシーフェにおける母子保健の人材養成等実績のある PAHO と、積極的に情報交換することが有意義と思われる。

尚、UNICEF、UNFPA 等の国際機関の活動も重要である。

表1

東北部の貧困と保健医療指標

1人当たり世帯収入が
 最低賃金1/2以下の貧困層 全世帯の35% (1100万世帯) 全人口の41% (5300万人)
 最低賃金1/4以下の極貧層 全世帯の15% (470万世帯)

これら貧困層の48.6%、極貧層の59.4%が東北部に集中している
 東北部人口のおよそ6割強が貧困層に属している

表5-1 地域別保健医療指標

	平均余命 ¹⁾ (1980)	乳児 ²⁾ 死亡率 1000人当たり	1000人当たり ³⁾ 病床数	上水道 ⁴⁾ 普及率	下水道及び ⁴⁾ 溜穴式トイレ 普及率	識字率 ¹⁾
全国	60.08	59	3.40	66.2	46.1	79.90
北部	64.17	69	2.06	79.9	35.2	85.00
東北部	51.57	92	2.70	42.6	15.8	60.07
南東部	63.59	35	4.05	81.7	66.0	88.10
南部	66.98	39	4.09	61.7	48.9	88.60
中西部	64.70	41	4.12	55.9	22.2	82.00

(注) 農村人口を除く

出所 1) Anuário Estatístico do Brasil 1991. IBGE

2) Informe Epidemiológico do SUS. CENEPI/MS 1992. 7

3) Estatística da Saúde, Assistência Médico-Sanitária. Vol.14 1989 IBGE

4) 国別援助研究会報告書—ブラジル 1991 国際協力事業団

表2 東北部における主要な保健医療指標

		東北部	全国平均
乳児死亡率	1000人当たり(1989)	92人	59人
新生児死亡率	1000人当たり(1989)	31人	25人
平均余命	(1980)	51.6才	60.1才
妊産婦死亡	10万人当たり(1987)	75.3	72.0
(注) UNICEFの報告では東北部の妊産婦死亡率は120~130			
定期予防接種率	ポリオ(1991)	45.82	66.68
	三種混合(1991)	74.70	77.96
	麻疹(1991)	80.23	85.02
	BCG(1991)	71.54	86.67
医療へアクセスできない人口	(%)	72	60

表3 市への権限委譲状況

QUADRO SITUACIONAL DO PROCESSO DE MUNICIPALIZACAO

Data:30/10/93

\ JESUS \ PROCMUM.CAL

DIRES	MUNICIPALIZADOS	RECEBIDOS DO IMA-MPS COM EXIGENCIAS	AGUARDANDO ANALISE	ANALISADOS POR ESTA DIVISAO/COM EXIGENCIAS	ENVIADOS A C.D.	APROVADOS PELA C.B.
Ia.	Geiana ItapissuMa Jaboatao Moreno Pambos Vitoria de S.Antao	Abreu e Lima Cabo Sao Lourenco da Mata	Cha Grande		Recife Olinda	
Ila.	Alianca Camutanga Carpina Itambe Macaparana Orobo Passira Surubim Vicencia	Cumaru Nazare da Mata Tracunhaes				Paudalho
Illa.		Escada Rio Formoso Sao Benedito do Sul		Palmares Marajal Belem de Maria		Joaquim Nabuco Água Preta Amaraji Primavera Cortes Barreiros
IVa.	Agrestina Bezerros Brejo M.de Deus Sao Caetano	Altinho Cupira Camocim de S.Falix		S.Joaquin do Monte Taquaril do Norte S.C.Capibaribe Pocao Saixe Caruaru		Jurema Gravata
Va.	Calçado Canhotinho Jupi Sao Joao	Garanhuns	Correntes	Ben Concelbe	Cactes	Iati Capoeiras Terezinha
Vla.	Betania Custodia	Buique		Inaja Pedra		
Vla.	Belem do S.Francisco	Mirandiba		Salgueiro Terra Nova		
Vla.	Cabrobo Petrolina					
IXa.	Araripina Bofoco Pamamirra	Granito		Trindade Ouricuri		Morelandia
Xa.	Triunfo			Mog da Ingazeira		

OA ellgencias a seren CMApidras nos prazos de 68 a 98 dias pelo CES.

TABELA 1
 POPULAÇÃO E ÁREA
 RECIFE

1991

表4 レシフェ市 行政区

REGIÕES	NÚMERO DE BAIRROS	POPULAÇÃO (HAB)		ÁREA (HA)		DENSIDADE (HAB/HA)
		ABS	%	ABS	%	
RECIFE	94	1,296,996	100.0	22,028	100.0	58.89
CENTRO	11	82,949	6.4	1,248	5.7	66.89
NORTE	24	317,508	24.5	7,697	35.0	41.25
NORDESTE	23	138,150	10.6	2,203	10.0	62.71
OESTE	12	222,573	17.2	4,040	18.3	55.09
SUDOESTE	16	230,986	17.8	3,026	13.7	76.34
SUS	8	304,830	23.5	3,815	17.3	79.91

FONTE : IBGE E PCR-EMPREL

図1 東北部の保健医療背景

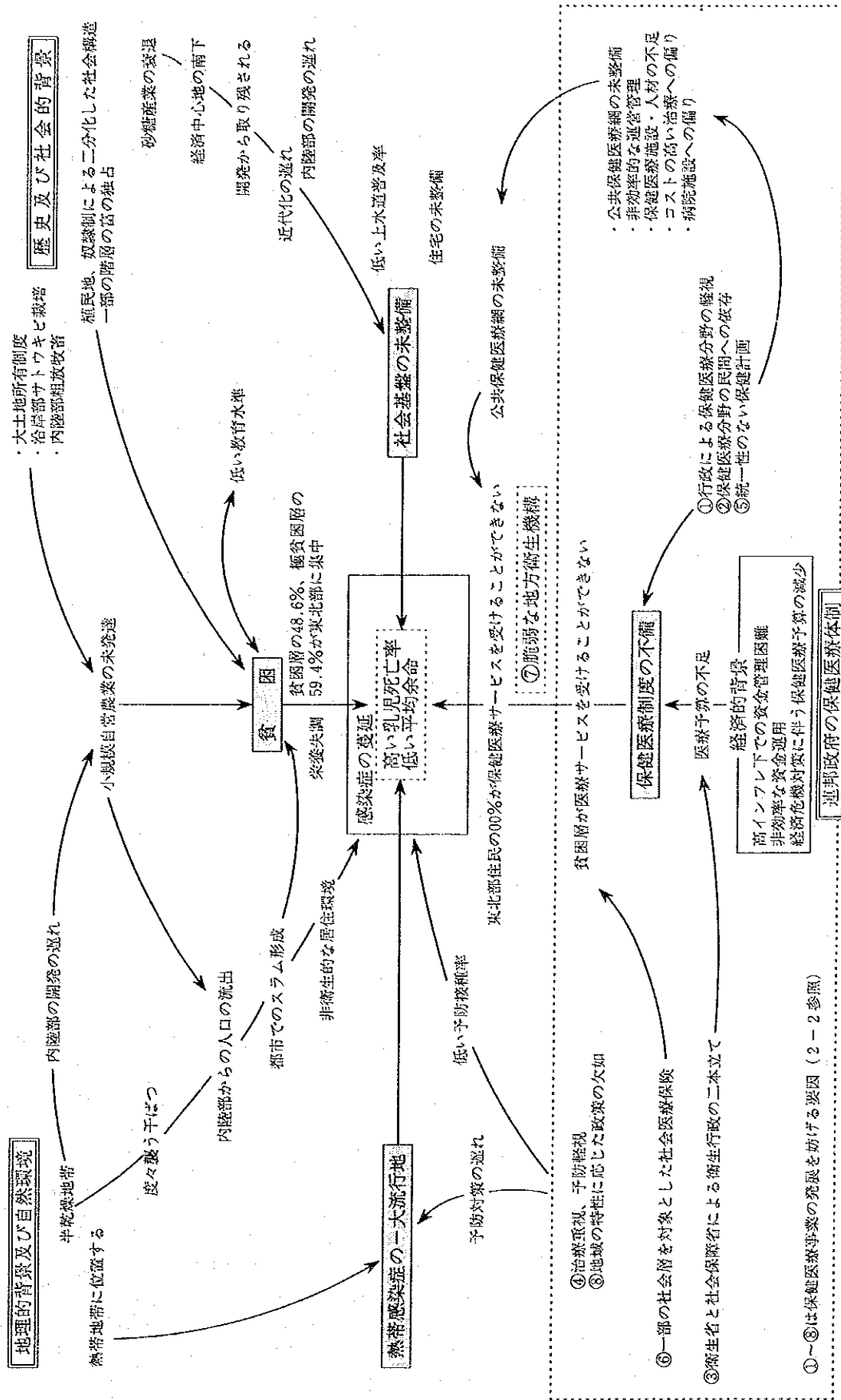
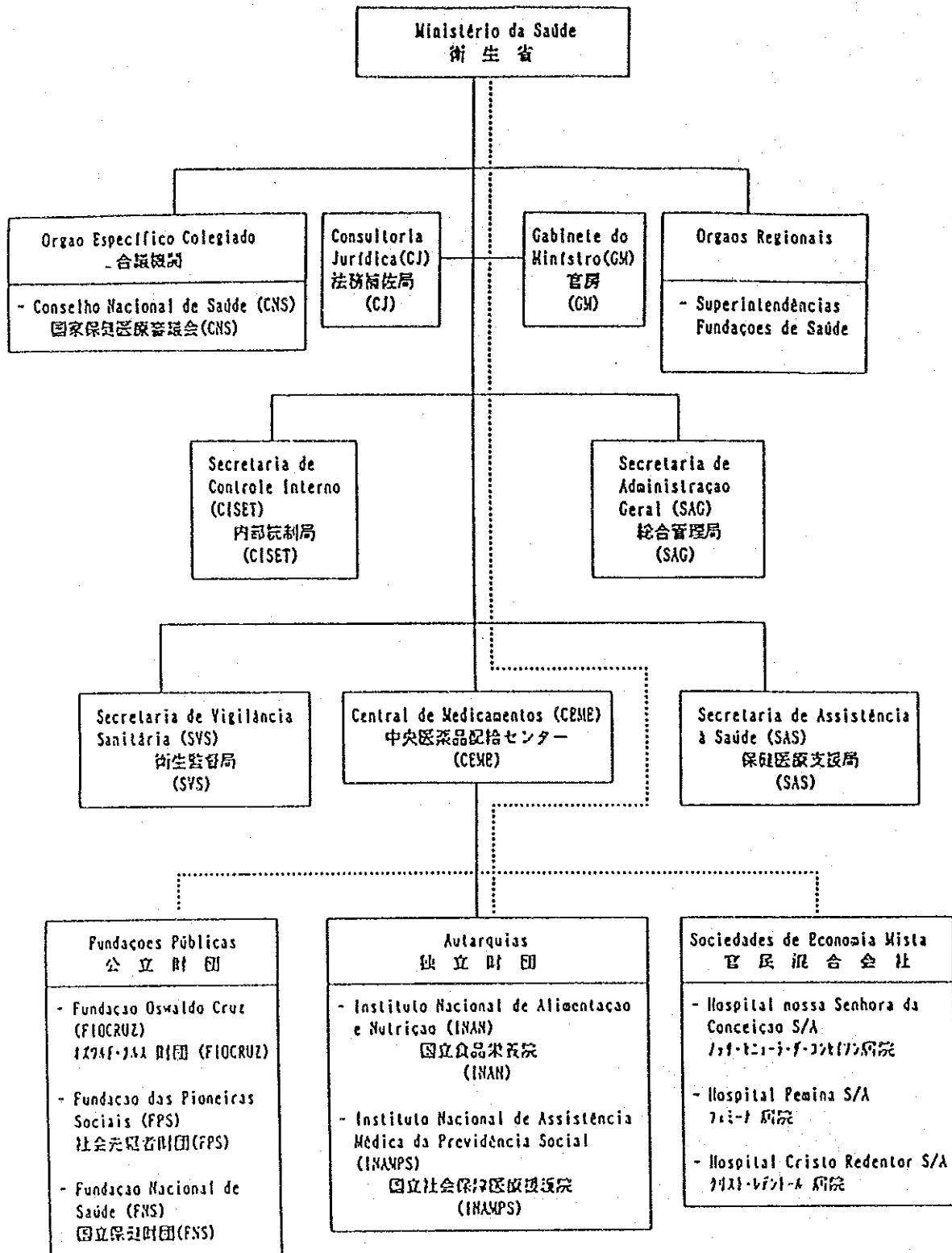


図2 衛生省組織図
統一保健医療システム-SUS導入 (1990年) 以降



出典 開発途上国の行政・省庁組織図 国際協力事業団

図3 保健衛生行政の「ムニシパリザサン」

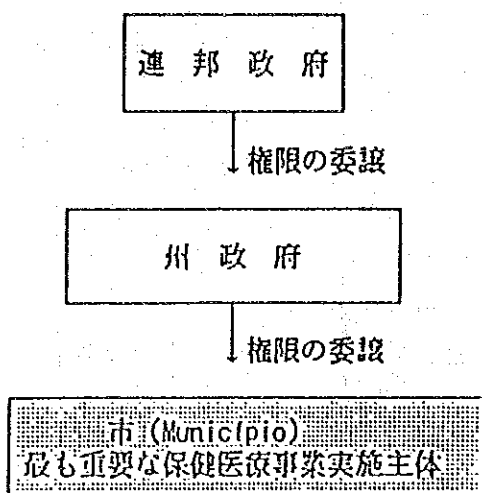


図4 階層化された保健医療網

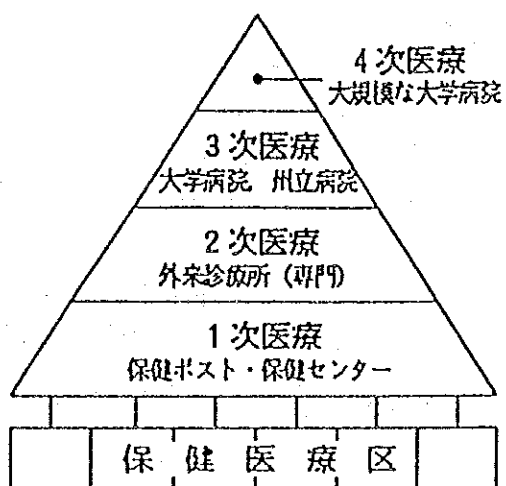
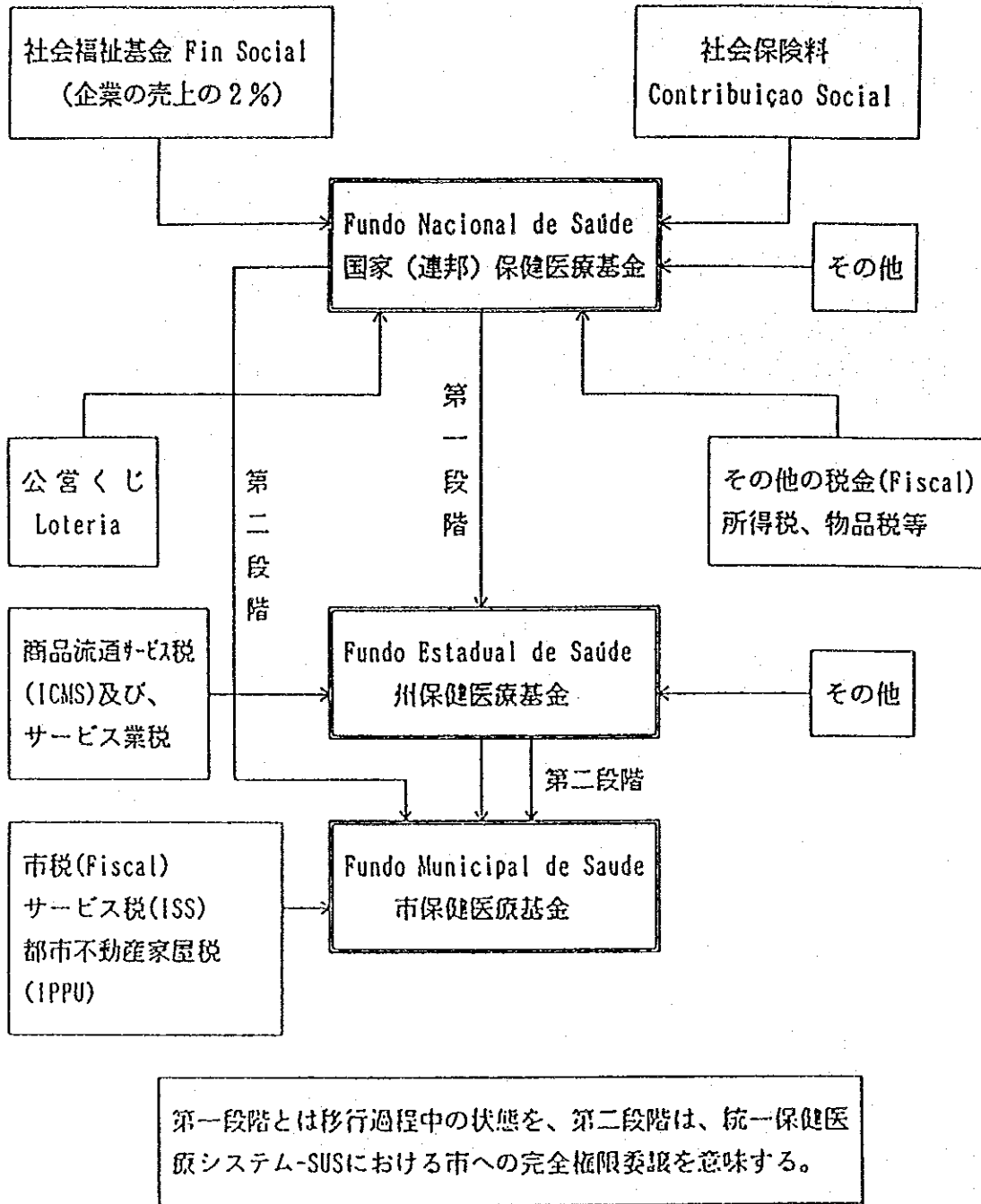
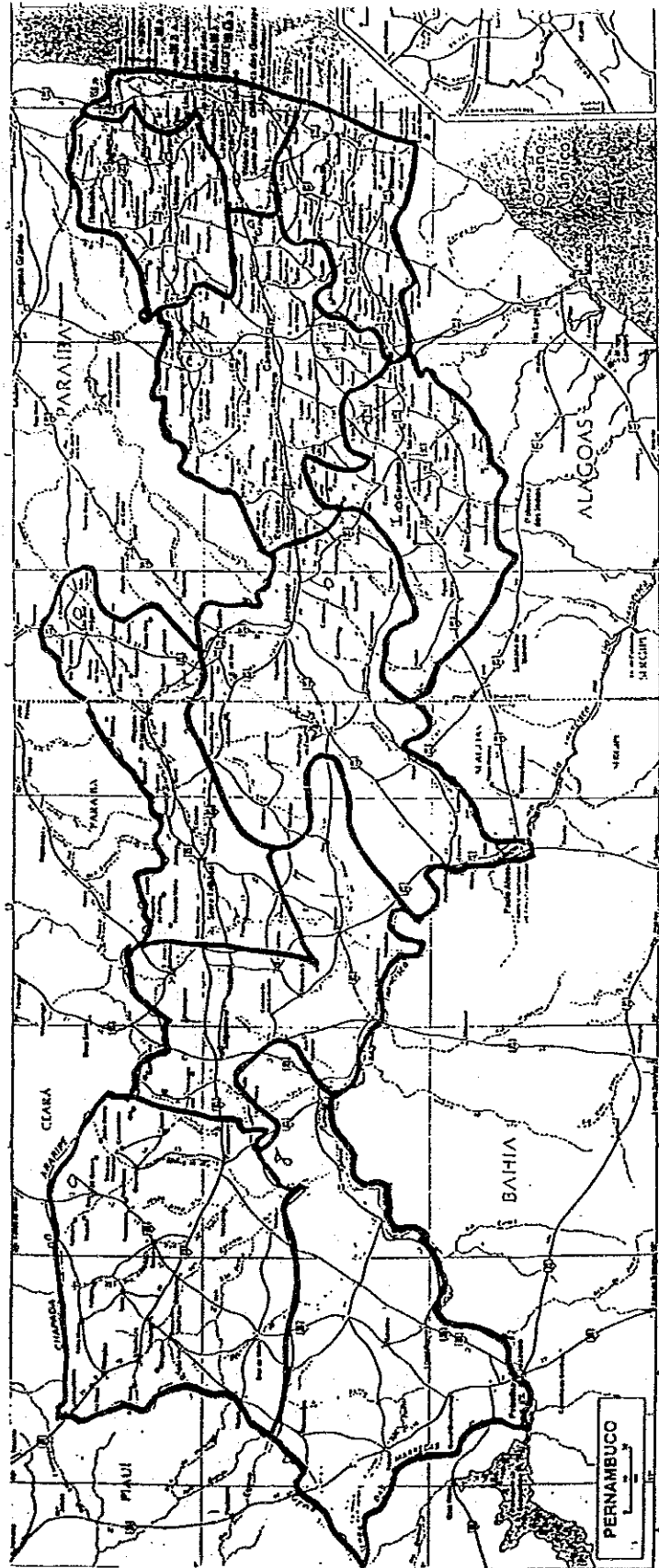


図5 国家保健医療基金 (Fundo Nacional de Saúde) の財源及び資金の流れ



出典 JICA ブラジル事務所作成



Sertão 1,351,864 (17%)

Agreste 2,527,383 (32%)

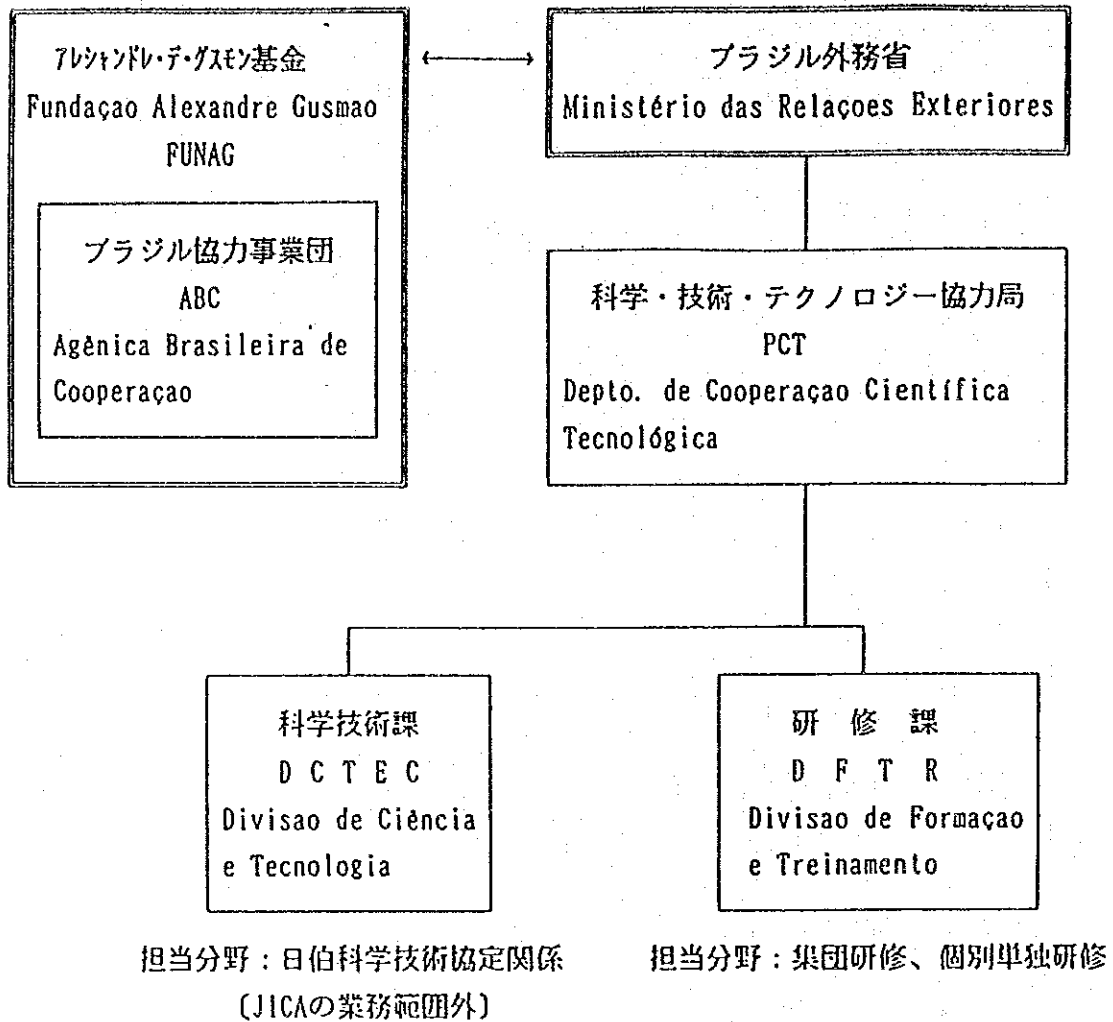
Mata 3,989,841 (51%)

Recife 近郊

2,844,843 (36%)

図6 ペルナムブコ州 保健医療地域

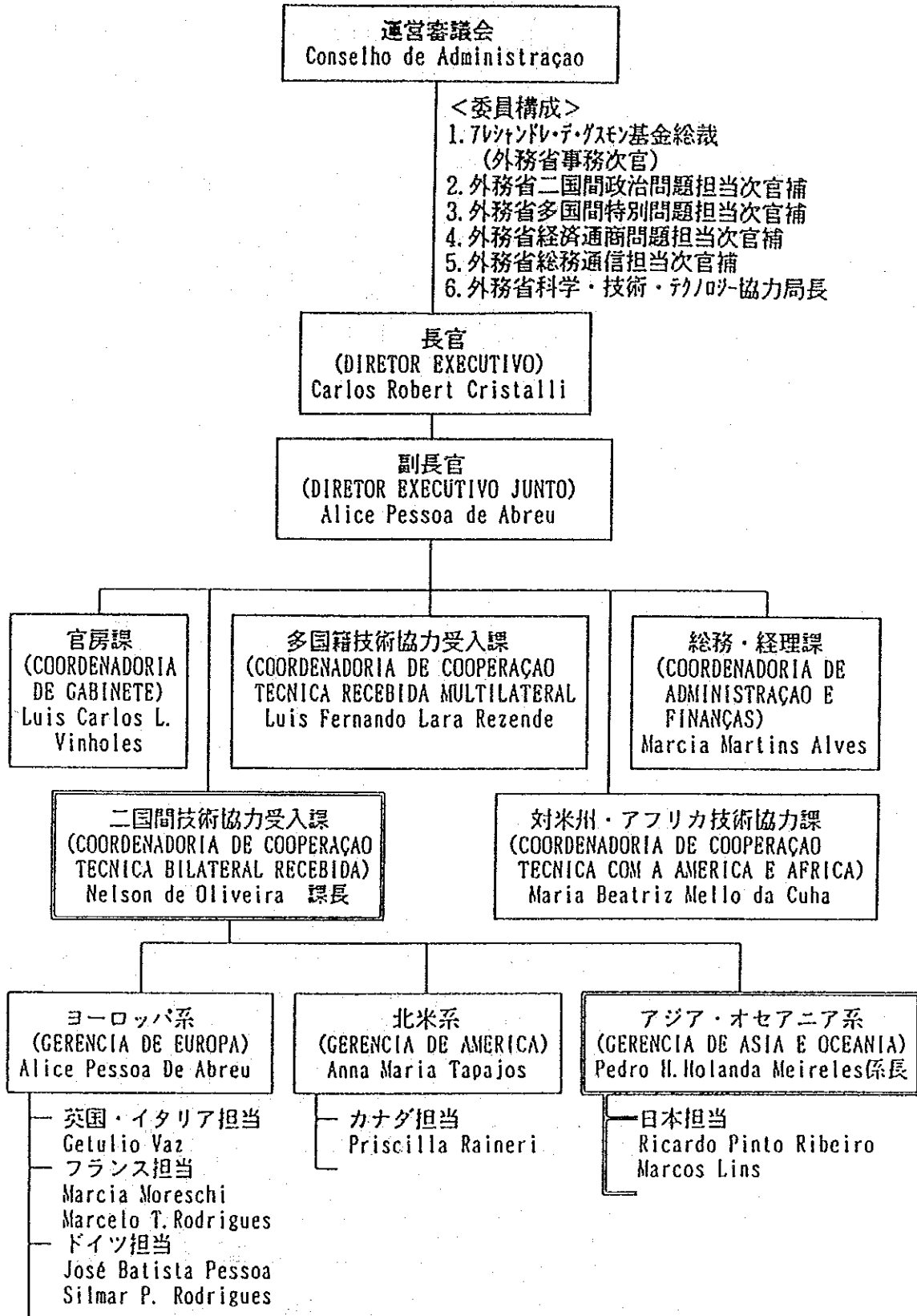
図7 ブラジルの技術協力体制



出典 ブラジル国別援助研究会報告書 1992年2月 国際協力事業団

図8

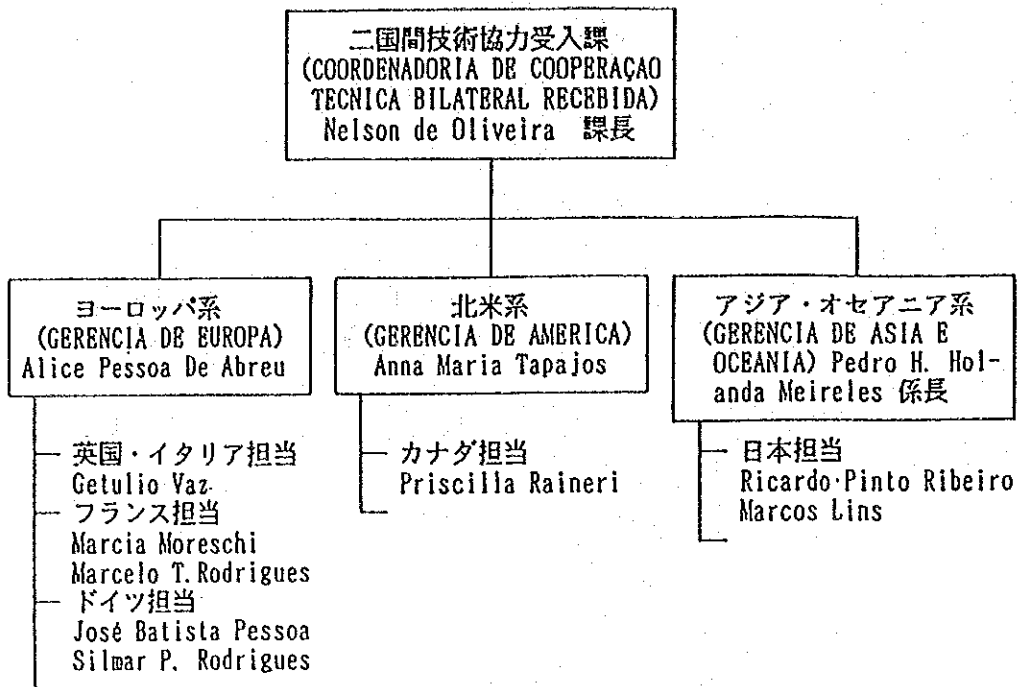
ブラジル協力事業団 (ABC) 機構図
(1992. 8月現在)



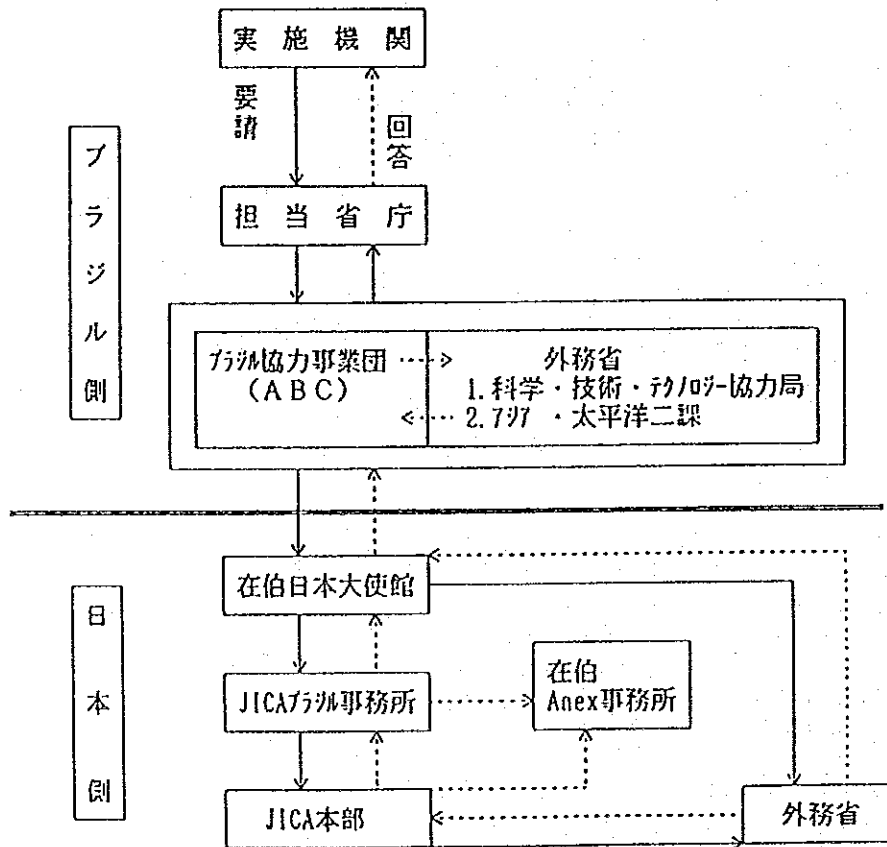
出典 JICAブラジル事務所

図9

ABC 二国間技術協力受入課の組織図

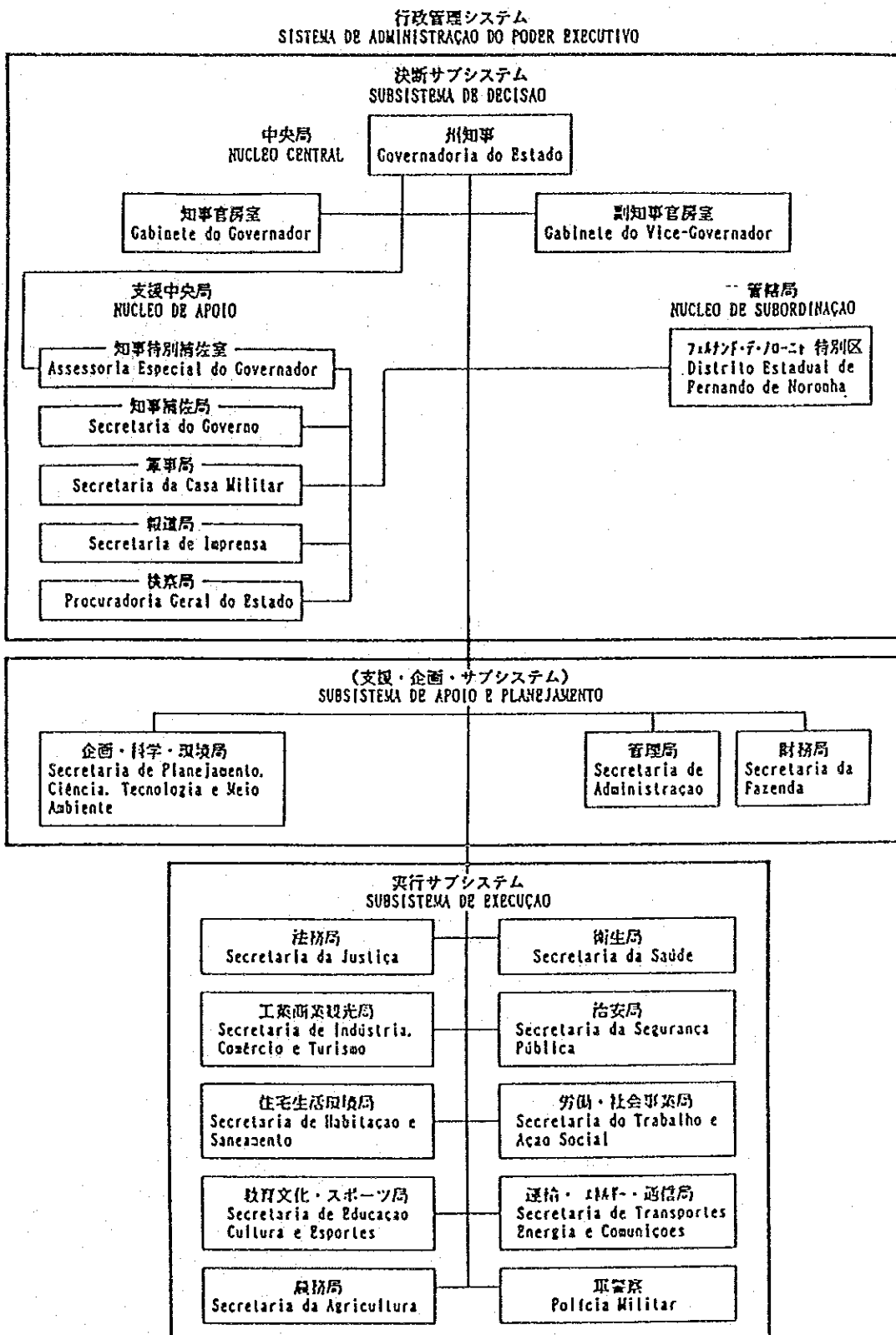


日伯間の文書の流れ (一般例)



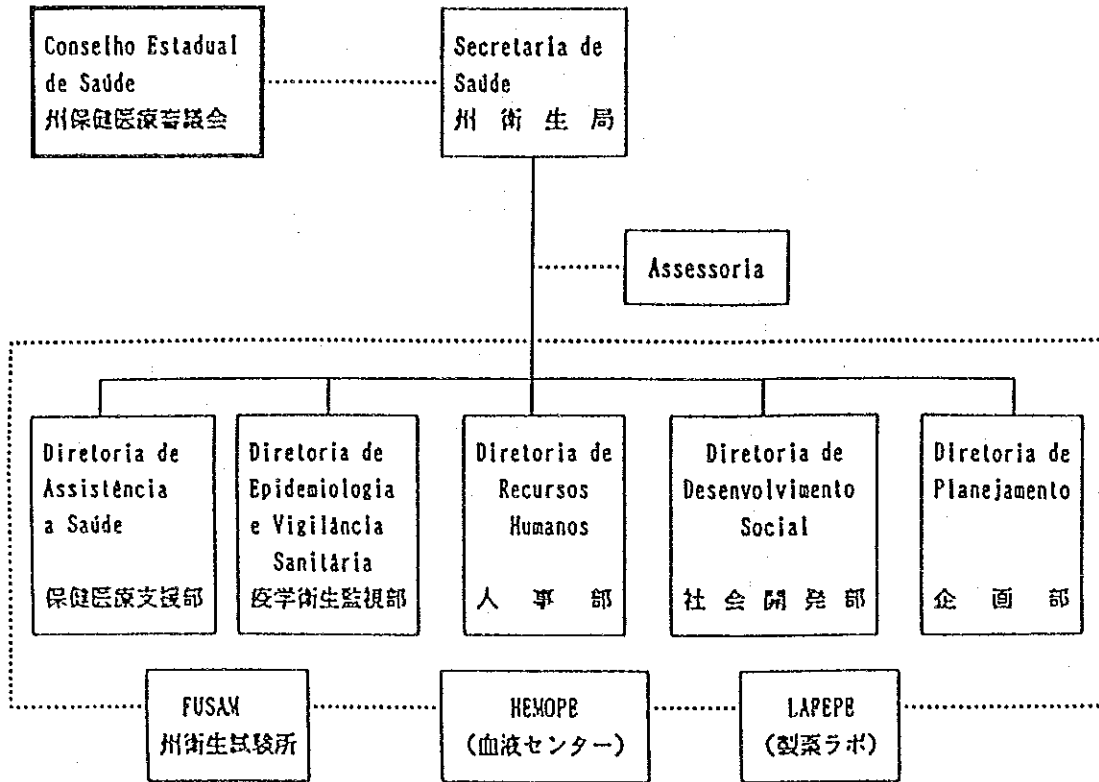
出典 ブラジル国別援助研究会報告書 1991.12 国際協力事業団

図10 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

図11 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

図12 統一保健医療システム—SUSの保健医療機関網（経営形態別）

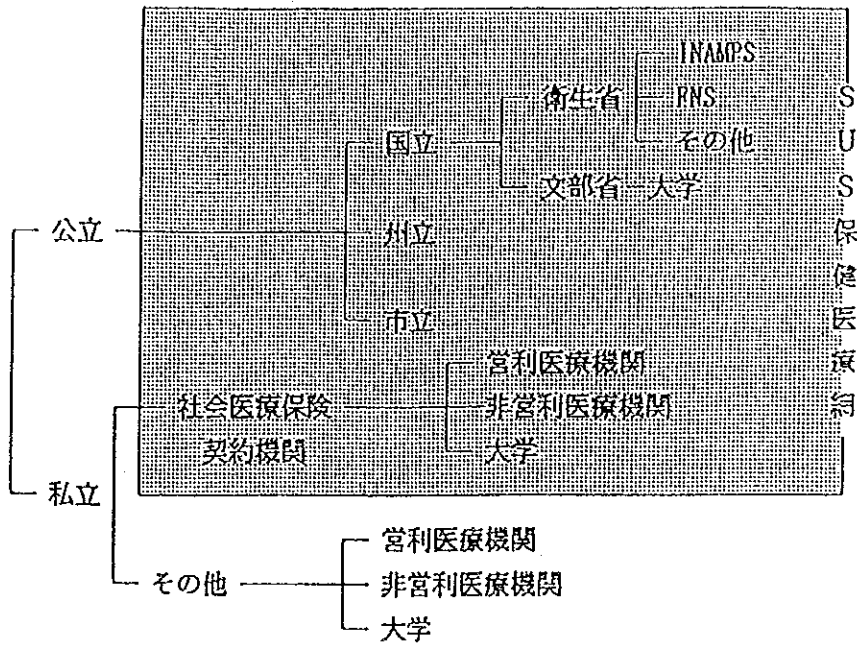
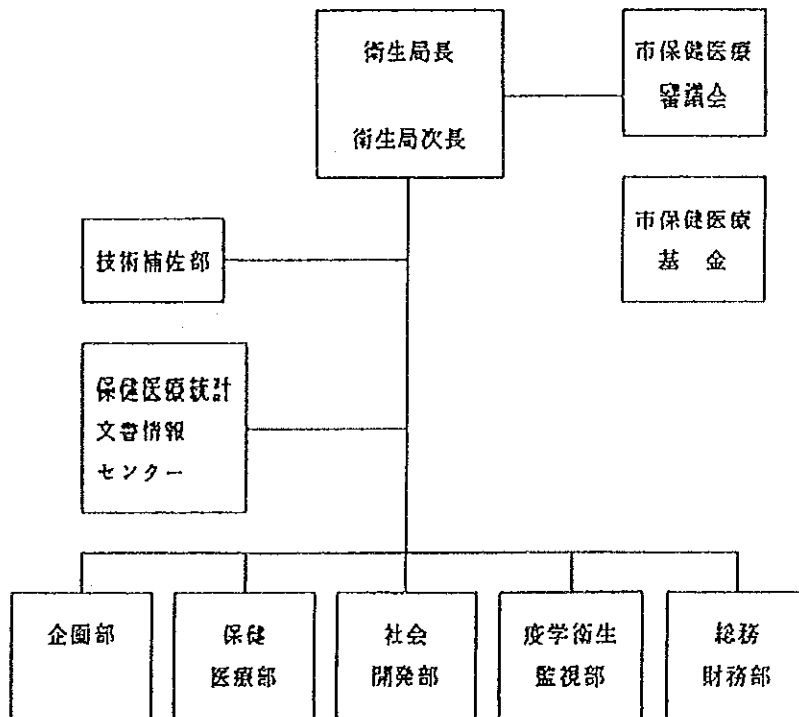


図13 市 衛 生 局

組 織 図



付属書類

1. 協議議事録

THE MINUTES OF MEETING
BETWEEN THE JAPANESE PRELIMINARY SURVEY TEAM, AND THE SECRETARIAT OF
HEALTH OF THE STATE OF PERNAMBUCO AND FEDERAL UNIVERSITY OF PERNAMBUCO
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR THE PUBLIC HEALTH
IN THE STATE OF PERNAMBUCO, THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL

The Japanese Preliminary Survey Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA"), the executing agency for the Government of Japan, headed by Dr. Takefumi Kondo, visited the Federative Republic of Brazil from October 29 to November 10, 1993 for the purpose of making a preliminary survey on the Technical Cooperation Program for the Public Health Development in the North-East Brazil Project (hereinafter referred to as "the Project"), in the Federative Republic of Brazil.

The Team considered a proposal presented by the Government of the Federative Republic of Brazil through the Japanese Embassy to Brasilia.

During its stay in the Federative Republic of Brazil the Team exchanged views and held a series of discussions with members of the Secretariat of Health of the State of Pernambuco, Federal University of Pernambuco and Secretariat of Health of the city of Recife, the executing institutions for the Government of the Federative Republic of Brazil, in respect of technical cooperation.

As a result of the discussions, both parties agreed to recommend to their respective Governments the matters referred to in the documents attached hereto.

Recife, November 8, 1993.

近藤 健文

Dr. Takefumi Kondo
Team Leader
Japanese Preliminary Survey Team
Japan International Cooperation Agency
Japan

Dr. Joaquim Fransico de F. Cavalcanti
Governor
State of Pernambuco
Federative Republic of Brazil

Prof. Efrem de Aguiar Maranhao
Rector
Federal University of Pernambuco
Federative Republic of Brazil

Dr. Danilo Lins Cordeiro Campos
Secretary
Secretariat of Health of State of
Pernambuco
Federative Republic of Brazil

THE ATTACHED DOCUMENT

To the Minutes of Meeting between the Japanese Preliminary Survey Team and the Secretariat of Health of the state of Pernambuco and Federal University of Pernambuco on the Japanese Technical cooperation for the Public Health in the State of Pernambuco.

I. TENTATIVE NAME OF THE PROJECT

Project of Public Health in the State of Pernambuco.

Note : Final official name of the project will be decided during the next mission.

II. TERM OF COOPERATION

The duration of technical cooperation for the Project will be five(5) years from the date determined in the Record of Discussions(R/D) which will be concluded during the next mission.

III. PLAN OF ACTIVITY

1 - General objective of the Project

The general objective of the Project is to develop Public Health in North-East Brazil.

2 - Activities under the Project

In order to achieve the above general objective, the following activities are proposed:

- (1) education and training for development of the health personnels
- (2) integration of Federal University of Pernambuco with SUS (Sistema Unico de Saude)
- (3) development of activities in prevention, treatment and research of endemic diseases
- (4) other activities to be agreed upon between Japan and Federative Republic of Brazil

IV. THE MAIN SITE AND THE MODEL AREA(S) OF THE PROJECT

The main site of Project shall be provided in the outpatient department of the Federal University of Pernambuco Hospital (Hospital das Clinicas). The model area(s) of the Project will be selected upon agreement between Japan and Federative Republic of Brazil later.

g 4 V 20/10/81

V. RESPONSIBLE ORGANIZATIONS

Secretariat of Health of the State of Pernambuco, Federal University of Pernambuco and Secretariat of Health of City of Recife.

Each function and responsibility among three organizations shall be specified during the next mission.

VI. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL THROUGH THE SECRETARIAT OF HEALTH OF STATE OF PERNAMBUCO AND FEDERAL UNIVERSITY OF PERUNAMBUCO

1. To recruit and/or hold the Brazilian counterpart experts and other related staff.
2. To provide land, buildings and facilities, which will be discussed by the next mission.
3. To supply or replace machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than those provided through JICA.
4. To bear all running expenses necessary for the implementation of the Project.
5. To bear customs duties, internal taxes and any other charges to be imposed on the equipment in the Federative Republic of Brazil.
6. To bear expenses necessary for the transportation of the equipment within the Federative Republic of Brazil as well as for the installation, operation and maintenance thereof.
7. To arrange transportation facilities and travel allowances for the official travel of Japanese experts in the Federative Republic of Brazil.
8. To provide suitable furnished accommodation for the Japanese experts and their families.

VII. AIM AND SCOPE OF JAPANESE TECHNICAL COOPERATION

The aim of Japanese technical cooperation is to transfer necessary knowledge and techniques of Public Health Development in North-East Brazil to Brazilian counterpart experts in a systematic combination of the following four (4) basic components:

- 1 - to dispatch Japanese experts.
- 2 - to provide equipment and materials for national and regional purposes.
- 3 - to train Brazilian counterpart experts in Japan.
- 4 - to train technical staff in the Federative Republic of Brazil.

VIII. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. Secretariat of Health of State of Pernambuco and Federal University of Pernambuco will bear overall responsibility for the management and implementation of the Project.
2. The Project Director and the Project Coordinator will be nominated during the next mission. Secretariat of Health of State of Pernambuco, Federal University of Pernambuco and Secretariat of Health of City of Recife proposed that both positions should be from Federal University of Pernambuco.
3. The Japanese experts will provide the necessary technical and managerial advice for the implementation of the Project in close collaboration with Brazilian counterpart experts concerned.
4. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordinating Committee will be established with the following functions and composition.

(1) Functions

- (a) to formulate the Annual Work Plan of the Project in line with the Tentative Schedule of Implementation formulated under the framework of the Record of Discussions.
- (b) to review the overall progress of the technical cooperation program as well as the achievements of the above-mentioned Annual Work Plan.
- (c) to review and exchange views on major issues arising from or in connection with the technical cooperation program.

(2) Composition

- (a) Chairman: (Project Director)
- (b) Japanese Side:
 - 1) Chief Advisor
 - 2) Liaison Officer
 - 3) The Japanese experts designated by the chief advisor
 - 4) Representative(s) of JICA Brazil Office
 - 5) Personnel concerned with the Project to be dispatched by JICA, if necessary.

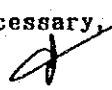
Note: Official(s) of the Government of Japan may attend meetings of the Joint Coordinating Committee as observer(s).

(c) Brazilian Side:

- 1) Representative from Brazilian Cooperation Agency
- 2) Project Coordinator
- 3) Representative from Secretariat of Health of State of Pernambuco
- 4) Representative from Federal University of Pernambuco
- 5) Representative from Secretariat of Health of City of Pernambuco
- 6) Other personnel nominated, if necessary

Note: Personnel designated by the chairman may attend meetings of the Joint Coordinating Committee as observers.

In addition to the Joint Coordinating Committee, other Committees may be established, whenever necessary, for the smooth execution of the Project.



JICA