

16 1

ブラジル連邦共和国人口・母子保健基礎調査報告書

ブラジル連邦共和国
人口・母子保健
基礎調査報告書


平成6年6月

国際協力事業団

平成6年6月

703
987
MCN
LIBRARY

医 二
JR
94-27

JICA LIBRARY

1121548(0)

28228

ブラジル連邦共和国

人口・母子保健

基礎調査報告書

平成6年6月

国際協力事業団



序 文

国際協力事業団は、開発途上国の保健医療分野において人口・母子保健分野への対策が重要課題であることに鑑み、平成5年度においてブラジル連邦共和国における人口・母子保健基礎調査を実施することにしました。

このために、東京大学大学院国際保健計画学教室教授の梅内拓生氏を団長とする4名からなる調査団を平成6年2月19日から3月21日までブラジル連邦共和国に派遣しました。

調査団はブラジル連邦共和国政府関係者と意見を交換し、同国北部、東北部及び南東部(アマゾナス、パラ、マラニョン、ピアウイ、セアラ、サンパウロ及びリオ・デ・ジャネイロの各州)にて野外調査を実施しました。

本調査団は、現地調査で得られた資料を解析・検討し、ここに報告書を完成する運びとなりました。本報告書が今後、ブラジル連邦共和国に対する保健医療協力の推進と同国における優良プロジェクト発掘のための一助となれば幸いです。

終わりに、今回の基礎調査の実施にあたり多大な協力を頂いたブラジル連邦共和国政府、日本大使館はじめ国内関係機関各位に対し、深甚なる謝意を表する次第です。

平成6年6月

国際協力事業団

医療協力部長 平良 専純

ブラジルの地理的区分



目 次

序 文

地 図

1. 基礎調査団の派遣	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団員の構成	1
1-3 調査日程表	2
1-4 面談者リスト	5
1-5 調査団報告の概要	8
1-6 各州の現状	8
2. 要約	13
3. 概況と人口動態	17
3-1 概況	17
3-2 人口動態	19
4. 性と生殖に関する健康 (REPRODUCTIVE HEALTH)	23
4-1 女性の基礎教育	23
4-2 青少年の性行動及び性教育	23
4-3 性病	25
4-4 家族計画	27
4-5 妊産婦検診 (Prenatal care)	34
4-6 出産	36
4-7 帝王切開	37
4-8 妊産婦死亡	39
4-9 人工妊娠中絶	40
4-10 不妊症	41

5. 子供の健康	43
5-1 子供の死亡と主な原因	44
5-2 子供の栄養失調	46
5-3 腸管寄生虫	48
5-4 予防接種	49
5-5 PPEの悪循環	51
6. 保健医療制度と対策	53
6-1 統一保健医療システム	53
6-2 HMO (Health Maintenance Organization)	56
6-3 保健普及員制度事例	56
6-4 国家プログラム	57
6-5 医療サービスの実態	59
6-6 NGOの活動	61
6-7 援助側の動向	64
6-8 カイロ会議	65
7. 日本の協力への提言	67
7-1 プロジェクト・マネジメント	67
7-2 具体的提言	68
7-3 案件形成	70
附属資料	81
① 主要参考資料	83
② 略語表	85
③ 写真	87

1. 基礎調査団の派遣

1-1 調査団派遣の経緯と目的

平成4年度に対伯医療協力拡充調査が実施され、その結果保健医療分野における地域間(南北及び都市、農村部)並びに社会階層間格差が浮き彫りにされた。

特に北部や東北部は保健医療体制の不備といった様々な要因の中で各種の感染症が広く蔓延しており、高い乳児死亡率、妊産婦死亡率と低い平均余命を呈しており、保健医療水準が著しく低い状況にあることが裏づけられている。

かかる事情を踏まえ、ブラジル衛生省はPAISC (Programa de Assistência Integral à Saúde de Criança: 乳幼児・児童総合保健プログラム) を通じて乳幼児死亡率の低減、コレラ、下痢症管理、学童発育観察体制の整備、そしてPAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: 女性総合保健プログラム) を通じて、出産ケア推進、産婦人科支援、出産・乳幼児への医療支援に取り組んでおり、我が国に対して母子医療と家族計画プログラムの強化のための技術協力を要請した。

母子保健分野で深刻な問題を抱える北部及び東北部を対象に、現行の衛生行政の把握、母子保健・人口家族に係る情報の収集・分析及び問題点の摘出、さらに実態把握のための現地調査を実施することで当該分野での技術協力プロジェクトの企画、立案に資することを目的として調査団を派遣した。

1-2 調査団員の構成

	担 当	氏 名	所 属
団長	総 括	梅内 拓生	東京大学大学院国際保健計画学教室教授
団員	協力企画	川端 岳郎	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課
団員	母子保健	熱田 泉	システム科学コンサルタンツ株式会社
団員	人口統計	上野 亜紀	システム科学コンサルタンツ株式会社

1-3 調査日程表

日順	月 日	曜日	移 動 及 び 業 務
第1日	2. 19	土	移動 東京ーリオ・デ・ジャネイロ (JL-068)
2日	2. 20	日	移動 リオ・デ・ジャネイローブラジリア (TR-470)
3日	2. 21	月	JICA、 衛生省衛生問題特別調査局、 ドイツ大使館、 母子保健調整課、 UNDP、 UNFPA
4日	2. 22	火	USAID、WHO、UNICEF、イタリア大使館、世銀 移動 ブラジリアーサンパウロ (TR-304)
5日	2. 23	水	州衛生局、CRTA、ABEPF、the Population Council
6日	2. 24	木	Family Health International、CMI、モンチ・アズール
7日	2. 25	金	(サントス市) 州立Guilherme Alvaro母子保健病院、ストリート・チルドレン・センター、孤児院、AIDS診療所、サントス市長 移動 サンパウローManaus (RG-488)
8日	2. 26	土	団内打合せ
9日	2. 27	日	資料整理
10日	2. 28	月	州衛生局、母子保健センター
11日	3. 1	火	(Irاندuba市) 保健センター、ヘルスワーカーと家庭訪問

日 順	月 日	曜 日	移 動 及 び 業 務
12日	3. 2	水	移動 Manaus-Belem (RG-303) 総領事館、Para州衛生局、UBS Jaderlandia保健センター
13日	3. 3	木	Para州衛生局、URE-MIA母子保健センター、 Fundacao Santa Casa de Misericordia do Para母子保健病院
14日	3. 4	金	(Mosqueiro市) 州立病院、ヘルスポスト
15日	3. 5	土	資料整理
16日	3. 6	日	移動 Belem-Teresina (RG-301/277)
17日	3. 7	月	Piaui州衛生局、Dona Evangelina Rosa産院、Lucidio Portella小児病院、Teresina市 Buenos Aires 地区病院、家庭訪問
18日	3. 8	火	(Barras市) 第2衛生地域管理事務所、ヘルスセンター、地域病院、ヘルスポスト、家庭訪問、(新築病院) (Teresina市) Pastoral da Criansa 移動 Teresina-Fortaleza (VP-262)
19日	3. 9	水	Ceara州衛生局、Albert Sabin小児病院、家庭訪問、 SAMEAC、連邦大学
20日	3. 10	木	Cesa Cals母子病院、Meirelesヘルスセンター、家庭訪問、 癌予防研究所、Fortaleza総合病院、公衆衛生学校、Fortaleza市衛生局、UNICEF
21日	3. 11	金	Quixada市衛生局、ストリート・チルドレン・センター (アセロラ、再生紙)、ヘルスワーカーと家庭訪問
22日	3. 12	土	(Beberibe市) 教会系Monsenhor Dourado病院、衛生局、 (Caetano村) Casa de Parto/Post de Saudi

日順	月 日	曜日	移 動 及 び 業 務
23日	3. 13	日	移動 Fortaleza-Salvador (RG-301) Pathfinder
24日	3. 14	月	州衛生局、Sao Rafaelo病院、ヘルスポスト、Salvador 市衛生局
25日	3. 15	火	(Santana市) 婦人病院、(Salvador市) CePARH、 PROMEDICA
26日	3. 16	水	移動 Salvador-リオ・デ・ジャネイロ (VP-195) 州衛生局、オズワルド・クルス公衆衛生学校、
27日	3. 17	木	IBGE、BEMFAM、Umbandaアフリカ諸国連盟FPク リニック、Meierクリニック 移動 リオ・デ・ジャネイロ-ブラジリア (VP-280)
28日	3. 18	金	JICA、衛生省SUS担当、WHO、衛生省次管表敬、 UNFPA
29日	3. 19	土	移動 ブラジリア-サンパウロ (RG-279)
30日	3. 20	日	移動 サンパウロ発 (RG-836)
31日	3. 21	月	東京着

1-4 面談者リスト

[Brazilia]

梶原康之	在ブラジル日本国大使館一等書記官
鏑木 功	JICAブラジル事務所長
Dr. A. Alexandre Maciel Filho	衛生省衛生問題特別調整局
Ms. Rita Brossand de Soara Pinto	衛生省衛生問題特別調整局
Mr. Uwe Wagener	ドイツ大使館
Mr. Nikhil Chandavarkar	UNDP
Mr. Pedro Pablo Villanueva	UNFPA
Mr. John D. Pielemeier	USAID
Ms. Maria Filomena V. S. Klin	USAID
Ms. Etelvina Reis de Toledo Barros	USAID
Dr. David Tejada-de-Rivero	WHO/PAHO
Dr. Lur Marina Ponce de Leon V.	WHO/PAHO
Mr. Agop Kayayan	UNICEF
Mr. Inigo Lambetini	イタリア大使館
Mr. Philip Owusu	世銀

[Sao Paulo]

Dr. Carmino Antonio de Souza	Sao Paulo州衛生局
Dr. Walkyria Pereira Pinto	CRTA, 技術部長
Dr. Marcos Paulo Pellicciari de Castro	ABEPF事務局長, (PRO-PATER)
Dr. Anibal Faundes	the Population Council
宮林、小林	JICA (消化器病プロジェクト)
Dr. Maria Eugenia Lemos Fernandes	FHI, resident adviser
Dr. Joao Carlos de M. Vaccarelli	CMI, president
小貫大輔	モンチ・アズール

[Santos]

Dr. Ricardo Leite Hayden	Guilherme Alvaro病院
Dr. David Capistrano Filho	Santos市長
Dr. Claudio Maierovitch Pessanha	Santos市衛生局長

Dr. Arnaldo Etzel	Santos市衛生局AIDS担当
Ms. Neide Gravato	Santos市衛生局CSW担当
Ms. Regina Tellini	Santos市衛生局STDs担当

[Manaus]

Dr. Abelardo Pampolha	Amazonas州衛生局長
Dr. Mercia Nereida Ayres	Amazonas州衛生局思春期保健担当

[Belem]

須山総領事	在ベレーン日本総領事館
Dr. Paulo Edson Furtado Pereira de Souza	Para州衛生局副局長
Dr. Jose Maria Machado	Para州衛生局
UBS Jaderlandia保健センター所長	
URE-MIA母子保健センター院長	
S. Casa de Misericordia病院院長	

[Teresina]

中山	Piaui州国際協力担当
Dr. Benicio Sampaio	Piaui州衛生局長
Ms. Joana Zelia Arcoverde de Castro	Piaui州衛生局母子保健担当
Dr. Luis Neto	Dona Evangelina Rosa産院院長
Dr. Amariles de Souza Borba	Lucidio Portella小児病院院長
Dr. Joao Batista da Silva	Teresina市Buenos Aires地区病院院長

[Fortaleza]

Dr. Anamaria Cavalcante e Silva	Ceara州衛生局長
Dr. Francisca Maria Oliveira Andrade	Ceara州衛生局技術本部長
Dr. Emair Silva Borges	Albert Sabin小児病院院長
Dr. Francisco das Chagas Oliveira	SAMEAC/連邦大学
Dr. Marcia Maria Tavares Machado	SAMEAC/連邦大学母乳銀行担当

Dr.	Carlos Antonio Soares de Sa	Meirelesヘルスセンター所長
Dr.	Maria Do Socorro Rosado Soares	癌子防研究所長
Dr.	Julio Cesar Peneforte	Fortaleza総合病院院長
Dr.	Frederico Augusto de Lima e Silva	公衆衛生学校長
Mr.	Ennio Svitone	UNICEF
Dr.	Raimundo Coelho Bezerra de Farias	Fortaleza市衛生局長
Dr.	みさご千鶴	ロンドン大学熱帯医学研究員

[Quixada]

Mr.	Jose Ilario Goncalves Marques	Quixada市長
Dr.	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Quixada市衛生局長
Dr.	Ivana Cristina Barreto	Quixada市衛生局
Ms.	Vivalma Juca Oliseira	Quixada市ヘルス・ワーカー

[Beberibe]

Dr.	Marcus Ferreira Queiroz	Beberibe市衛生局長
Mr.	Jay F. McAuliffe	Project HOPE

[Salvador]

Mr.	Jose de Codes	Pathfinder
Dr.	Carla Sartori	Bahia州衛生局
Dr.	Eduardo Luis Andrade Mota	Salvador市衛生局長
Dr.	Elsimar Coutinho	CePARH
Dr.	Jorge Valente Filho	PROMEDICA

[Santana]

Dr.	Marcelo Esteve	婦人病院
-----	----------------	------

[Rio de Janeiro]

Dr.	Alvaro Hideyoshi Matida	Rio de Janeiro州衛生局AIDS担当
Dr.	Myriam Lima	Rio de Janeiro州衛生局母子保健担当
Ms.	Maria Cristina Pimenta de Olivera	FHI, AIDSCAP adviser

Dr. Adauto Jose Goncaloes de Arauje	オズワルド・クルス公衆衛生学校長
橋本達一郎 (JICA専門家)	Fundacap Ataulpho de Paiva
Ms. Carmen Gomes	BEMFAM
Dr. Luiz Carlos Nunes de Oliveira	Umbandaアフリカ諸国連盟FPクリニック

1-5 調査団報告の概要

現地 JICA 事務所の応援を得て調査団は、ブラジル連邦共和国(以下ブラジルと略す)の厚生省次官(大臣は大統領との緊急会議のため欠席)、北部、東北部、南東部州の知事、市長並びに衛生局長等と話し合いを行う機会を持った。

日本側としては今回の調査団の任務が母子保健と家族計画に関する情報の収集、分析並びに問題点の整理、更には実態把握の為の現地調査を実施することであり、これにより、当該分野での技術協力プロジェクトの企画、立案に資することを目的としている旨を伝え、ブラジル側はこれを良く理解した。

ブラジル側からは高い乳幼児死亡率、妊産婦の死亡率、保健衛生サービスの不足及び保健衛生システムの不備等の問題が報告された。これらの問題に対する取り組みの熱意と実行に関しては、州や市ごとに大きな差異がみられた。

更に調査団は国連機関や非政府機関との会合を持った。UNICEF (United Nations children's Fund: 国連児童基金)、WHO (World Health Organization: 国際保健機構)、UNFPA (United Nations Fund for Population Activities: 国連人口基金)らの国連機関は情報の提供に快く応じてくれた。非政府機関との会合から彼等がコミュニティレベルで精力的に母子保健や家族計画プロジェクトを進めていることを把握し、かつ彼らがこの分野での日本の技術協力に大いなる関心を抱いていることがうかがわれた。

1-6 各州の現状

(1) アマゾナス州

アマゾナス州の人口はおよそ240万人でこのうち約120万人が州都マナウスに居住している。近年、地方から都市への移住が激しく、マナウス周辺ではファベラ(スラム)が増加しつつある。これに対し州では地方の農業振興を図り、都市への人口流入を抑える政策をとっている。

アマゾナス州の乳児死亡率は、州衛生局のデータによれば、1992年において1000出生当たり49、妊産婦死亡は、出産10万当たり100となっているが、同州は面積が広く、交通及び情報網も未発達なことから、この値は実際とはかなり差があると考えられる。乳児死亡の

主な原因は消化器感染、呼吸器感染、周産期疾病であるが、原因不明が全体の36%を占めている。

アマゾナス州における統一保健医療システム（SUS：Sistema Unico de Saúde）は、非常に遅れており、SUSの完了した市は62市のうちわずか1市である。州の保健医療予算が全予算に占める割合は高く、1993年の18.5%から94年には27.5%に増加している。同州では国家プログラムである母子保健・青少年総合支援プログラム（PAISMICA）を、市、宗教団体、軍の協力を得て実施しているが水上交通網の未整備、人材不足により、特に地方での実施が困難となっており、地域によっては全く活動の行われていないところもある。また、家族計画プログラムは62市のうち4市で行われているにすぎない。アマゾナス州では現在2517人のヘルスワーカーが活動しているが、その質は低くまた、給料の遅配（5カ月遅れという地域もある）が問題となっている。

(2) パラ州

パラ州の人口はおよそ550万人でこのうち約150万人が州都ベレン、200万人が都市周辺に居住しており、このベレン都市圏に人口の70%が集中している。パラ州でも他の県と同様都市への人口流入が激しく都市周辺のファベラが問題となっている。

パラ州の乳児死亡率は、州衛生局のデータによれば1992年において1000出生あたり32.8、妊産婦死亡は、10万出生あたり70となっているが、この値もアマゾナスと同様、信憑性が低いと考えられる。乳児死亡の主な原因は周産期疾病、消化器感染、呼吸器感染であるが、原因不明が全体の25%を占めている。

パラ州においてSUSの完了した市は105市のうち14市で、現在40の市が申請中である。州の保健医療予算が全予算に占める割合は10%である。

同州においても、国家プログラムである女性総合保健プログラム（PAISM）、乳幼児・児童総合保健プログラム（PAISC）、青少年総合支援プログラム（PROSAD）を実施しているが、薬草、伝統医療を利用する人が依然として多く、交通の便も悪いことから、病院での活動には限界があり、ヘルスワーカーの必要性が高まっている。州内では現在3000人のヘルスワーカーが活動しているが、パラ州でもアマゾナス州と同様給料の遅配（2カ月遅れ）が問題となっている。

(3) バイア州

バイア州は東北部で最も面積が広く、人口も1185万人と最大である。現在の州都サルバドールはかつて、ブラジルの首都でもあり砂糖貿易で栄えた歴史のある街で、黒人の占める割合がブラジル内で最も高く、文化的にも多様な地域であるといえる。

バイア州の乳児死亡率は1000出生当たり76.2で、その主な原因は周産期疾病、消化器感染となっており、栄養失調も深刻であることから、子供の総合支援プログラムにおいては生活環境の改善、発育モニタリングに重点をおいている。一方女性支援プログラム計画においては、1993年の計画策定にあたり、詳細な現状調査が行われた。その結果、人工中絶が非常に多いことが明らかとなり、このため同プログラムでは、避妊の普及による中絶の減少に重点をおき、NGOと協力して出産、中絶後の避妊指導を行っている。他の州と同様ヘルス・ワーカーの活動も行われているが、予算不足によりその数は減少しており現在活動しているヘルスワーカーは1450人である。

バイア州においてSUSの完了した市は415市のうち70市で、州の保健医療予算が全予算に占める割合は10%となっている。

(4) リオ・デ・ジャネイロ州

リオ・デ・ジャネイロ州の人口は1300万人でその約3分の1が都市周辺のファベラに居住しているとされており、ファベラの生活環境、貧困、ストリート・チルドレン、AIDS、治安の悪化等、大都市特有の問題が顕在化している。

母子保健の指標を見ると、乳児死亡率が1000出生当たり28、妊産婦死亡は10万出生当たり78となっているが、地域、所得による格差が激しく、先進国レベルの水準にあるところもあれば、妊産婦死亡率が100前後に達する地域もある。リオ市内の私立病院の報告によれば、妊産婦死亡は近年悪化する傾向にあり、1987年には462まで増加したとされている。

また、AIDS感染も大きな問題で、現在州内で7875件の発生が報告されており、10万人当たりの罹患率がニューヨークの10倍にあたる65人となっており、近年は女性への感染とAIDS患者の結核感染の増加が問題となっている。

リオ・デ・ジャネイロ州においてSUSの完了した市は81市のうち80市で、州の保健医療予算が全予算に占める割合は3%となっている。

(5) セアラ州

セアラ州の人口はおよそ640万人で、その36%が州都フォルタレーザ都市圏に居住している。セアラ州は政府の定めた「干ばつの多角形地帯」内にあり、干ばつの激しい年には、内陸から多くの農民が州都のフォルタレーザ、もしくは他の地域へ流出する。また、住民の約3分の2は貧困ライン以下の生活水準にあり、ブラジルで最も貧しい州のひとつである。

セアラ州の乳児死亡率は、1985年から90年の5年間に95から65まで大幅に減少した。これはセアラ州がユニセフの協力を得て1986年に開始したピバ・クリアンサ（子供万歳）と

いうプログラムの成果である。同プログラムは医療機関だけでなく、教会、民間企業、マスコミ等を動員して行われ、その中でも特にヘルス・ワーカーが大きな役割を果たした。現在も7337人のヘルス・ワーカーが、家庭訪問、衛生指導等の活動を続けている。セアラの成功例が他の州に与えた影響は大きく、セアラの経験を学ぼうという姿勢が多くの州で見られる。また、同プログラムはブラジル国内だけでなく世界中の注目を集めており、国際機関、NGO等の活動も活発である。

セアラ州は保健医療のSUSが比較的進んでおり、完了した市は184市中、120市にいたっている。これは、保健・医療プログラムを効率的に進めていく上での重要な要因であったといえる。セアラ州では、引き続き乳児死亡の改善に努めるとともに、女性を対象としたピバ・ムレウ（女性万歳）プログラムを実施し、妊産婦死亡減少をはじめとした女性の健康改善に取り組んでいる。また、1993年には州立のパブリック・ヘルス・スクールを設立し、保健医療分野における人材養成に努めている。

(6) ピアウイ州

ピアウイ州の人口はおよそ170万人で、このうち約47%の人が都市部に居住している。ピアウイ州はセアラと同様東北部干ばつ地域に位置する貧しい州で、1989年から3年間に及ぶ干ばつにより州民の栄養状況が悪化した。

ピアウイ州の乳児死亡率は、州衛生局のデータによれば1988年において1000出生当たり55、妊産婦死亡は、10万出生当たり105となっている。乳児死亡の主な原因は消化器感染による下痢で、5歳以下の幼児の栄養失調も深刻な問題となっている。

ピアウイ州においてSUSの完了した市は148市中10市で、現在60の市が申請中である。州の保健医療予算が全予算に占める割合は22.2%と比較的高いが、その殆どが病院の改築等に使われており、医療サービス、調査等までは予算が行き渡らない状況である。しかし同州は教育分野にも予算の35%をあてるなど、人的資源の開発に重点的に取り組んでいる。

ピアウイ州においても、国家プログラムである女性総合保健プログラム（PAISM）、乳幼児・児童総合保健プログラム（PAISC）、青少年総合支援プログラム（PROSAD）を実施しており、農村地帯を中心に1323人のヘルス・ワーカーが活動している。

(7) サンパウロ州

サンパウロ州の人口はブラジルで最も多く3155万人であるが、近年その増加率、州外からの移住とも減少傾向にある。乳児死亡率は過去5年間に1000出生当たり52から26へと大幅に減少した。しかし乳児死亡率の値は地域によって12から100とばらつきが大きく、特に貧困地域においては依然として高い値を占めている。このためサンパウロ州では1992年

から、特別予算による乳児死亡率減少対策を実施している。

サンパウロ州では AIDS が非常に大きな問題となっており、現在3500件の発生が報告されている。南米最大の貿易港のあるサントス市では深刻で、人口当たりの感染率では世界一となっている。また、サントス港と国内の主要都市間を大量のトラックが往復しており、トラックドライバーによる AIDS の地方への拡大が懸念されている。また、サンパウロ、リオ等のファベラには東北部出身者が多く居住しており、出身地との行き来も激しいため、AIDS が地方へ拡大するのは時間の問題と考えられている。これに対しサンパウロ州では世界銀行及び NGO の協力を得てコンドームの配付、リスクの高いグループの教育等に力をいれている。

なお、サンパウロ州では572の全ての市で SUS が完了しており、州の保健医療予算が全予算に占める割合は13～14%となっている。

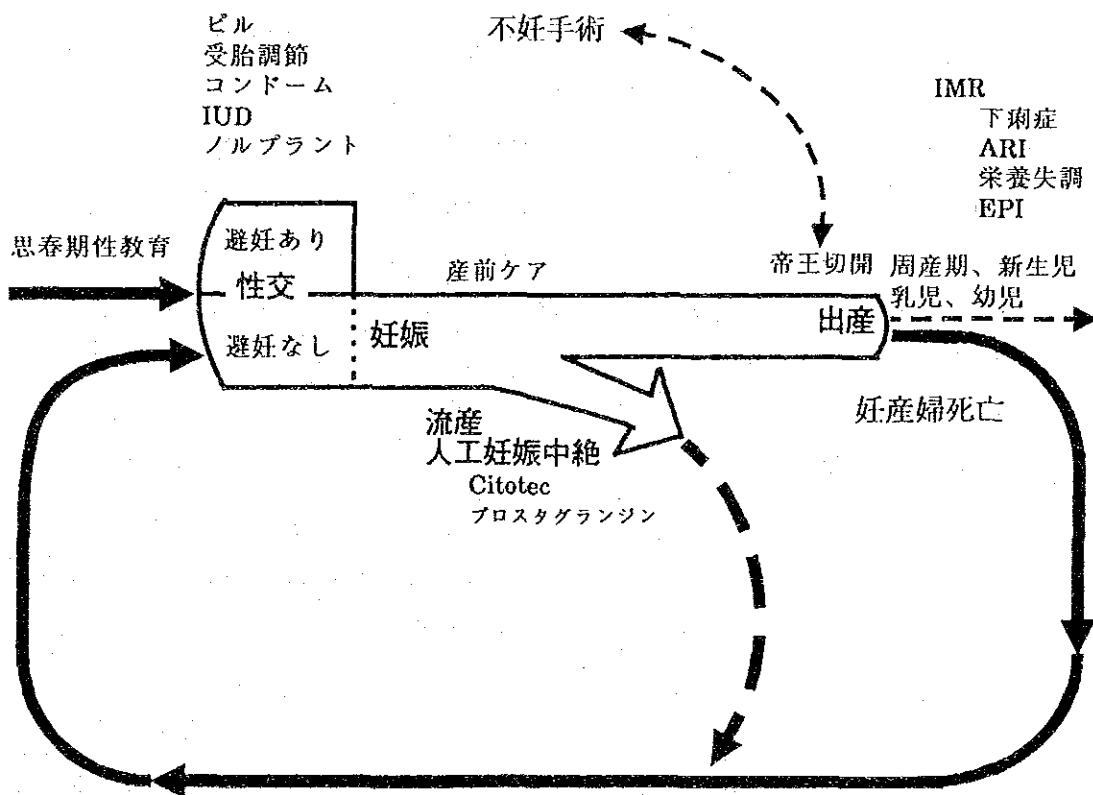
2. 要 約

ブラジルの合計特殊出生率（4—6 出産（1）の注）参照）は、この30年で6.2（1960年）から2.8（1992年）へと著しく減少した。これに伴い人口増加率も低下し1993年には1.87%となっている。これらの数字を見る限りでは、ブラジルでは家族計画が普及し、女性が自分の意思で妊娠や出産をコントロールしているようにみえる。しかし現実には、膨大な数の中絶とリスクの高い出産で多くの女性が死亡している。

(1) 性と生殖のサイクル

図-1はブラジルの女性の性と生殖のサイクルを示したものである。ブラジルの女性の50%が16歳までに性的経験を持つが、その中で避妊をする女性はわずか2割にも満たない。このため10代で妊娠する女性が多く、妊娠した女性のうちかなりの数の女性が人工妊娠中絶を試みる。人工妊娠中絶は違法であるため闇の病院で処置をするか、自宅で物理的方法もしくは薬剤を用いて墮胎する。不適切な墮胎は後遺症を残し、産婦人科の病床の2割がこの処置のための患者でふさがっている。

図-1. ブラジルの女性の性と生殖のサイクル



中絶もしくは流産をしなかった女性は出産に至るが、若齢であればリスクの高い出産となる。病院で分娩した女性は、分娩後に避妊法についての教育を受け適切な間隔を開けて出産することを指導されるが、病院の多くでは避妊薬・避妊具が不足しており、経済的困難にある女性は避妊薬を購入することもできず、避妊手段のないまま次の妊娠を繰り返す。

この「避妊のない性交」、「妊娠」、「中絶」もしくは「出産」のサイクルの中で女性は消耗し、健康を害し、死に至る場合もある。また、このような状況は産まれてきた子供の死亡のリスクを高めている。

このサイクルから抜け出すため、ブラジルの女性が選択できる唯一の手段は「不妊手術」である。しかし、ブラジルでは不妊手術が公認されていないことから、多くの女性が帝王切開による出産を望み、それと同時に不妊手術を行う。ブラジルの帝王切開が世界で最も多い理由のひとつは、その方法を経由することなしには、女性が確実な避妊を手に入れることができないからである。

(2) 子供の死亡

ブラジルでは、1年間に180万人の乳児が、病気や栄養失調のために死亡しており、その半数が東北部で起きている。また、東北部の就学前幼児の50%が栄養失調にあり、これはラテンアメリカにおいて最も高い値となっている。

セアラ州は東北部に位置する最も貧しい州である。このセアラ州で1985年から90年の5年間に乳児死亡率が95から65まで大幅に減少した。これはセアラ州がユニセフの協力を得て1986年に開始したピバ・クリアンサ（子供万歳）というプログラムの成果である。同プログラムはアジェンテ・デ・サウジと呼ばれるヘルス・ワーカーをはじめ、協会、マスコミ等を動員し、ORS (Oral Rehydration Salt：経口補水液) の普及、予防接種の強化に重点を置いた活動を行い、下痢、予防接種で予防できる疾病で死亡する子供の数を減らすことに成功した。しかし、このセアラ州でも、母体側に原因があるとされている周産期死亡、新生児死亡を減らすまでには至っていない。

一般にチャイルドサバイバルと呼ばれる、周産期以降の乳幼児死亡の改善に関しては、セアラ州の影響もあり、各地域で取組を開始している。一方、周産期死亡の改善には、妊婦の健康管理、出産時医療体制の整備に加え、家族計画、女性の教育と社会地位の向上等、生活全般にわたっての向上が不可欠であり、対策も複雑である。

(3) 医療制度

地方分権化、予防医学の強化、住民参加の促進の3つを基本方針として「統一保健医療システム (SUS)」の制度が実現されつつある。しかし連邦資金の抱える問題は複雑で大き

く、ブラジル国内の南北格差が解消する見通しは立てにくい。憲法には、「保健医療管理は国民の権利であり、国家の義務」と規定されているが、北部・東北部・都市の貧困層には未だ必要最低限の保健医療サービスがゆき届いていない。

公的な保健医療システムを補うように、各種の民間機関が保健の分野で事業を行っている。都市には HMO が、公的医療機関の医療の質を信頼していない顧客層のニーズを満たしているし、農村部では内外の NGO が病院、家族計画、母子保健、感染症対策の活動を展開している。

最大の援助機関であった USAID は人口・家族計画分野から AIDS 対策へと資金の流れを大きく変えようとしている。サントスを中心に都市で問題が顕在化してきた AIDS が、数千キロ離れた農村にも広まる兆候を示している。

案件策定に当たっては、マクロ不均衡状態の重債務国であることから、プロジェクト経常費用の安定的確保に慎重な配慮が必要といえよう。月間40%のインフレと行政機構の複雑さを考えると、資金運営の実施効率がプロジェクトの資金を大幅に左右することも予想される。特に連邦資金に由来する財源には不安定要素が多いので、できるだけ地域の資源を活用するプロジェクト設計が望ましいと思われる。

3. 概況と人口動態

3-1 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……1822年9月7日
- (3) 旧宗主国……ポルトガル
- (4) 政 体……連邦共和国三権分立 (米国型)
- (5) 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)
- (6) 面 積……851万1,965平方キロメートル
- (7) 首 都……ブラジリア連邦区
- (8) 総 人 口……1億5,140万人 (1991年央)
- (9) 公 用 語……ポルトガル語
- (10) 民 族 等……白人系55%、褐色系38%、黒人系6%、東洋系1%
- (11) 宗 教……カトリック (国民の9割以上)
- (12) 教 育…… [義務教育] 7~14歳の8年間
[就学率]
標準就学年齢人口に対する総就学者の比率 (1990年)

初等教育	106%
中等教育	39%
高等教育	12%

[識字率] …… (1990年) 81% (15歳以上)

(13) 通貨……クルセイロ

(14) 経済指標

	1989年	1990年	1991年
GDP (百万ドル)	319,150	414,060	414,061
一人当たり GNP (ドル)	2,540	2,680	2,940
GDP 実質上昇率 (%)	3.3	-4.1	9.0
消費者物価上昇率 (%)	1,290.0	2,930.0	440.0
対外債務残高 (百万ドル)	111,290	116,173	116,514
債務返済比率 (対輸出比)	30	22	30
外貨準備高 (百万ドル)	10,505	9,200	8,749

参考資料；世界銀行、IMF

(15) 地域による格差、南-北、都市-農村、貧困地域 (ファベラ)

人口1億5千万人、面積が日本の22倍のブラジルは多様性のある国である。一つの国の中でサンパウロ州に代表される南部の州は開発が進んでいて先進国並みの高い経済生産力を有しているのに対して、北部・東北部の州は貧しい。同じ州の中でも、州都のような都市部の豊かな生活と農村の生活には経済的に大きな隔たりがある。更に同じ町の生活にも、「フォーマル・セクター」で雇用されていて、市民として社会サービスの恩恵に浴した生活と、スラム (ファベラ) に代表されるような、貧しく不安定な生活とが同居している。一人当たり GNP2,900ドルという平均値で理解すると生活実態を見誤ってしまうことになる。

この国が保健医療費として費やす金額は国民一人当たり、年間約60ドルである。先進国と比較すると多くはないが、基本的な公衆衛生サービスと基本的な治療に必要とされている金額、22ドル*)を賄うには平均値としては足りる水準にある。しかしこれらの資金の配分は費用効果の低い病院治療に偏っており、結果として基本的な保健医療サービスを受けられない人々が、地域によって、あるいは社会的な階層によって多数存在している。

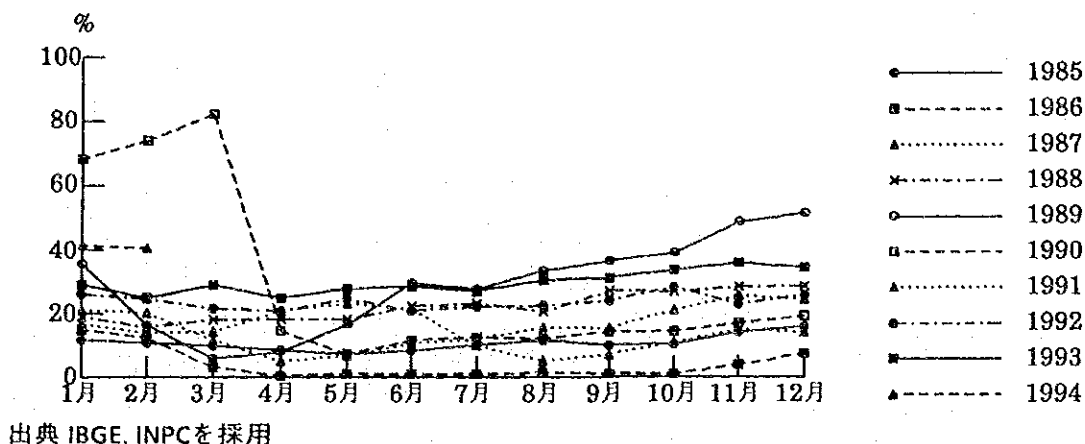
*) 保健のミニマム・パッケージ。世界開発報告1993「人々の健康への投資」

(16) インフレ

月間40% (年間5,570%) のインフレは、国民の現金に対する信頼感を失わせている。

図-2に月間インフレ率の推移を記す。

図-2 月間インフレ率の推移



3-2 人口動態

(1) 人口増加

1990年時点のブラジルの総人口は、1億5千万人と推定され、世界第5位の人口を有している。1950年から1960年においては、医学の進歩により死亡率が低下したため、人口が著しく増加し、人口増加率が年間3%に達した時期があった。続いて出生率の低下が都市部から始まり、1990年の時点で人口増加率は1.87%まで下がっている。この人口増加率の低下は、予想よりもかなり早いスピードで進んでおり、2000年における人口は1980年の国内人口動態調査の時点で予測された数値より1千万人少ない値となる見込みである。

表-1 人口動態基礎的指数

人口 (1990)		人口増加率 (%)	
全体	150,368	全体	1.87
男性	74,992	都市	2.70
女性	75,376	地方	-0.86
都市	112,643		
地方	37,725		
都市の人口 (%)	74.9	粗出生率 (／1000)	26.1
予想人口 (2000)	179,487	粗死亡率 (／1000)	7.5

1990年における年齢別の人口 (%)		合計特殊出生率	3.16
0 - 4 歳	12.6		
5 - 14 歳	22.6	乳幼児死亡率	57
15 - 24 歳	19.1		
60+	7.1	平均余命	
65+	4.7	男性	63.5
女性 (15-49)	25.7	女性	69.1
年齢の中央値	22.7	全体	66.3

出典：UNFPA, Programme Review and Strategy Development Report, 1991

(2) 人口移動

全体では低下傾向の人口増加だが、地域別に見ると大きく差があることがわかる。北部では人口増加率が4%と最も高く、中西部の3%、南東部の2.2%と続き、人口増加率が最も少ないのは南部の1.66%、続いて東北部の1.90%である。この理由は、東北部や南部から人口が流出し、中西部や北部へ移住したり、沿岸部の大都市へ人口が集中するためである。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。移住民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。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社会的に大きな問題となっている。東北部から中西部や北部への移住は、政府による北部への移住政策が開始されたことによる。この移住政策は1970年に策定された「国家統合計画 (PIN)」によって開始され、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、アマゾン地域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と比較すると減少している。

表-2 地域別人口動態

地域 (面積比)	人口 (1000人、%)	人口密度 (人/km ²)	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：Anuario Estatístico do Brasil 1989, 91 IBGE

(3) 出生率

1960年代から1970年代にかけて都市部から徐々に低下が進み、続いて1980年には地方において、また全ての州の低所得者層の間においても低下が見られるようになった。このままの出生率が維持されると、都市部においては2000年までに人口の置き換えレベル（人口が増加も減少もしない状態）まで低下し、地方においても、TFRが3.5以下になるであろうと予測されている。1990年代には人口の高齢化に伴う様々な弊害が予想される。

このように、1990年代のブラジルは人口転換もかなり進んだレベルにあり、人口増加も比較的低下し、人口構成も高齢化を示す方向に移行しつつあるが、問題となるのは一部の人口においては依然として比較的高い出生率や死亡率を示している点と、都市化が人口の分布の不均衡をまねいており、一部都市に住む貧困層に社会的なしわ寄せが来ている点である。

(4) 平均余命

出生時における平均余命は1950年代に大幅に伸びたものの、60年代は大きな変化がなく52歳~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、南部は66.59歳で最も高く、続いて中西部、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。

(5) 人口構成

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、

老人人口が増加するといった傾向になりつつある。

表-3 ブラジルにおける人口構成の推移 (単位: %)

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

出典: Anuario Estatístico do Brasil 1989, 91 IBGE

4. 性と生殖に関する健康 (REPRODUCTIVE HEALTH)

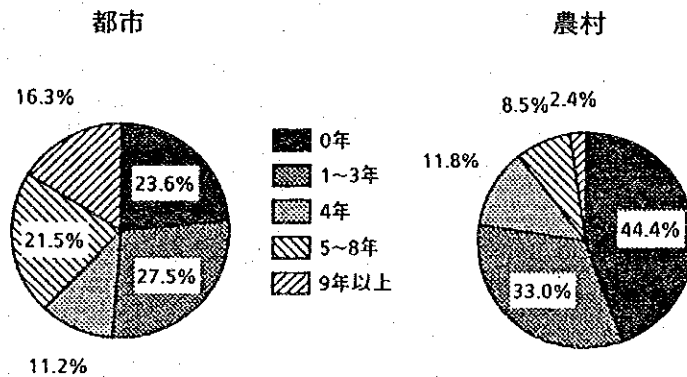
4-1 女性の基礎教育

基礎教育は保健の改善を促すうえで非常に重要である。特に女性の教育は家庭内の健康管理を改善するうえで有効とされている。家族の食事を作り、育児、看護を担う女性は健康管理の重要な担当者であり、教育はその役割の強化に効果的である。

ブラジルでは、教育を全く受けていない母親と比較して、教育を4年間受けた母親は子供の幼児死亡率を65%低下させ、避妊の実施率が40%高まる。教育は必要な情報を得、サービスを利用する能力を高め、所得へのアクセスを増加させ、健康的な生活を送るための重要な手段である。

女性の識字率は全国平均で80%とされている(1990年)。しかし、東北部で行われた7歳以上の女性を対象としたサンプル調査によれば、全く教育を受けていない女性が全体の31%、特に農村部では44.1%に達し、同地域の識字率は全国平均と比較しかなり低いと考えられる。

図-3 女子の教育年数1991、東北部



出典 Nordeste Brasil, BEMFAM 1991

保健省は子供のいる母親に対し、子供の成長と予防接種の有無を記録する「子供の成長カード」を配付しているが、セアラ州ベベリーベ市が行った調査によれば、93.1%の母親がこのカードを持ってはいるものの、カードの意味を理解している母親はわずか24.8%であった。

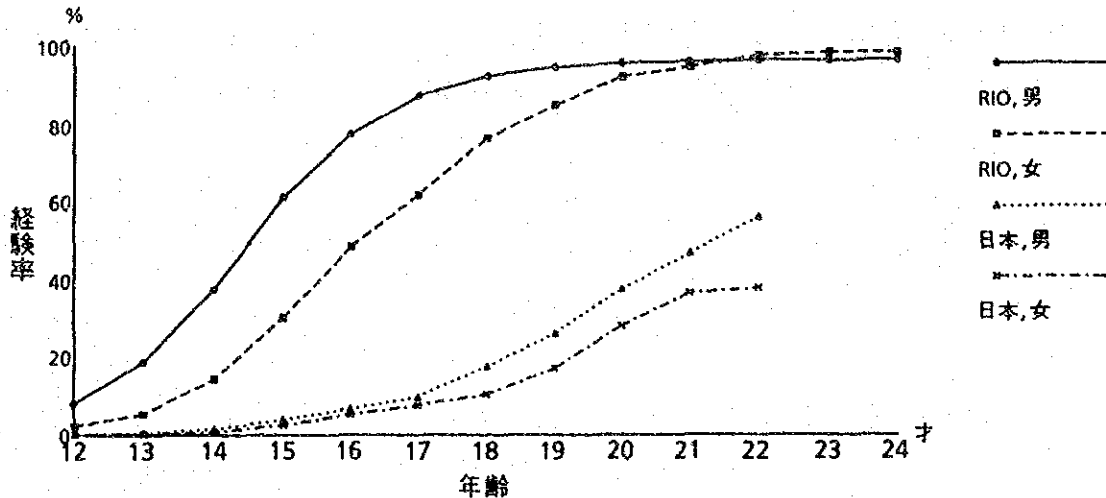
現在、女性及び子供を対象とした保健医療プログラムが各州で実施されている。これらの活動をより効果的にするためには、女性の基礎教育に重点をおいた政策をとり、女性の所得と社会的地位の向上を促進させていくことが重要である。

4-2 青少年の性行動及び性教育

ブラジルの青少年が最初の性交経験を持つ年齢は、男性では14~16歳、女性では15~18歳が最も多く、20歳までには男女とも90%に達している。また、男性では12歳までの性交経験

率が8.1%となっている。

図一 性交経験率、(リオ・デ・ジャネイロ1989/90と日本1981)



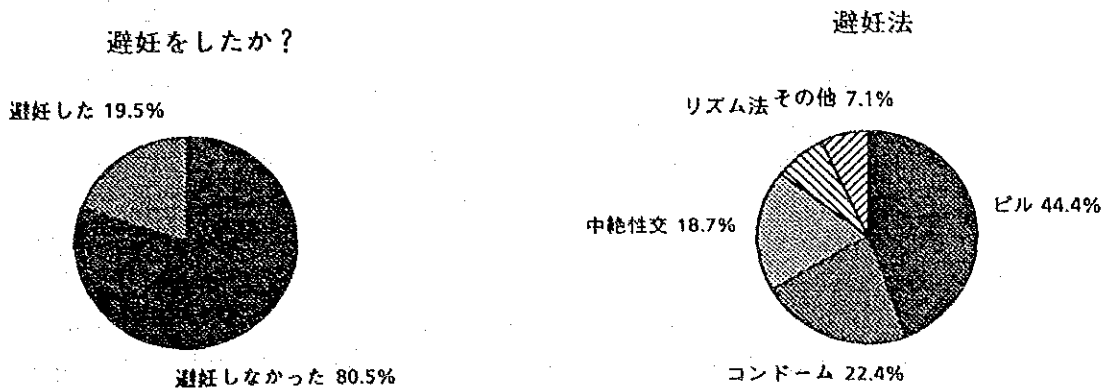
出典 Pesquisa sobre saude reprodutiva e sexualidade do Jovem 1980/90; BEMFAM
性教育と家族計画の指導指針; 南山堂

一方、避妊を行っている10代の青少年は非常に少なく、15~17歳の女性で最初の性交時に避妊をした率は19.5%、その内訳はピル44%、コンドーム22%、中絶性交18.5%となっている。このため10代の妊娠が多く、リスクの高いといわれている若齢出産、人工妊娠中絶を多く招いている。性経験のある15~17歳の女性のうち、リオ・デ・ジャネイロでは31.6%、レシフェでは48.8%の女性に妊娠の経験があり、また、東北部における調査では、現在妊娠しているか、あるいは子供がいる女性の割合は15歳で3.8%、17歳で14.1%となっている。

学校教育においては性教育を初等教育の後半にあたる、10歳~14歳の男女を対象に行っているが、学校教育を受けない若しくは初等教育の前半で退学してしまう児童の率が50%近くあることもあり、学校の性教育でのカバー率は低い。

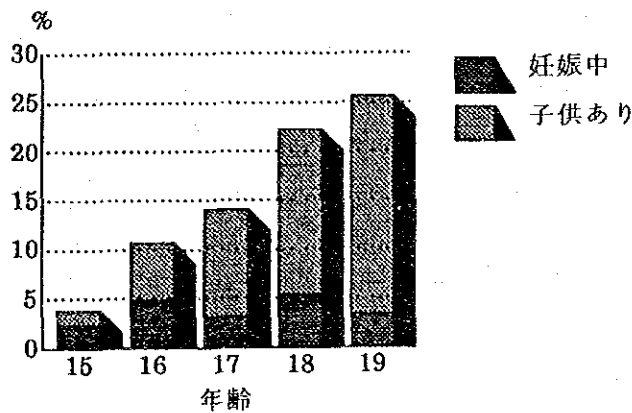
国家プログラムとしては、「青少年のための総合支援計画 (PROSAD)」の中で性教育を行っているが、その内容は妊娠した10代の女性に対し、病院でアドバイスを行うといったものであり、地域の青少年に対し避妊指導や性病予防等の活動を行うまでには至っていない。

図一 5 最初の性交時の避妊1988/90、レシフェ、女性、15~17歳



出典 Pesquisa sobre saude reprod uva e sexualidade do Jovem 1980/90; BEMFAM

図一 6 10代の妊娠1991、東北部



出典 Nordeste Brasil, BEMFAM 1991

4-3 性病

ブラジル全国で50~100万人がHIVに感染していると推定されている。世界的には信頼に足る比較データが不足している状況であるが、例えばUSAIDのAIDSCAP(AIDS Control and Prevention Project; 1992~)では、27か国の対象国のうちで11か国の優先対象国(priority country)の一つにランクされている。サンパウロ州では既に35,000件のAIDS症例が報告されている。

数年前までは、薬物常用者、男性同性愛、汚染された血液製剤の使用などに限定されていた感染の形態が、特定のグループから一般の異性間性交(家庭内性交)に拡大してくる傾向にある。その結果として女性のHIV感染者数と、HIV感染者の母親から生まれる新生児の感染(垂直感染)の増加傾向が著しい。HIVに感染した後に発病するAIDSは、特に働き盛りの年齢層が主たる犠牲者になるため、社会に深刻な脅威を与えている。

表一 4 AIDSCAP 及び GII の対象国

	AIDSCAP		GII
	11 priority countries	16 associate countries	*AIDSのみ **人口のみ
アジア地域	India, Thailand,	Indonesia,	Indonesia, Philippines, Bangladesh, India, Pakistan, Thailand*,
アフリカ地域	Ethiopia, Kenya, Malawi, Nigeria, Rwanda, Senegal,	Burundi, Cameroon, Cote d'Ivoire, Lesotho, Mali, Niger, Rep. of South Africa, Tanzania, Zimbabwe	Kenya, Ghana, Tanzania, Senegal, Egypt**,
アメリカ地域	<u>Brazil</u> , Jamaica, Haiti,	Colombia, Costa Rica, Dominican Republic, Ecuador, Honduras, Mexico,	Mexico,

注) GII; 地球規模問題イニシアティブ、[BOLD]は日米に共通して含まれている国。

出典: AIDSCAP リーフレット、

「人口・エイズ分野で日米協力体制を構築」開発ジャーナル1994.4

世銀は AIDS 対策プロジェクトとして、3年間(1994~96)で1,500万ドル、年間1,400万個のコンドームを無料で配布する活動の支援を開始した。USAID は AIDSCAP を1992年から実施中。AIDSCAP は、特にこのプロジェクトを実施するために米国で組織された NGO、The Family Health International とローカルの NGO によって実施されている。

AIDSCAP では対象層を、ハイ・リスク・グループ(コマーシャル・セックス・ワーカー(CSW)、男性単身赴任者、薬物常用者、男性同性愛者)に絞って、サンパウロ、リオ・デ・ジャネイロ、サントスなどを中心に活動を展開している。サントスは南米最大の荷扱い量を誇る港で、[船員⇄売春婦⇄長距離トラック運転手]という構図で AIDS 感染経路の要と考えられている。

有効な治療法がなく、発病すれば確実に死に至る病気として恐れられている AIDS に対して、現状での唯一有効な対策は、コンドームの使用である。避妊目的ではなく感染予防のためであるから、あらゆる形態の性交にもコンドームを使用することが推奨されている。コンドームの使用の促進に関しては、「性」という最もプライベート(本能的)な領域に関わることとして、文化・宗教・社会・伝統的な抵抗から困難を予想する意見もあるが、禁煙や高血圧対策(食習慣の改善)などと同様に「行動変容」は可能である。特に性的行動パターンの

確立する以前の思春期の段階で効果的な指導・啓蒙を行うことが戦略的に重要になる。合わせて安価なコンドームを大量に安定的に供給することが必要とされる。ブラジル国内では複数の企業がコンドームを製造しているが、原料となるラテックスの産業保護政策のため原価が高く、需要拡大の障害となっている。

4-4 家族計画

妊娠をコントロールすることが女性とその子供の健康に及ぼす影響は非常に大きい。特に妊娠を望まない女性にとって家族計画は健康維持に欠かすことの出来ない基本的な医療サービスの一つである。ブラジルの家族計画活動は政府がこれまで何ら政策を取ってこなかったため、主に NGO 等の民間団体が中心となって活動を行ってきた。1988年の憲法改正に伴い家族計画の必要性が初めて明確化され、国家プログラムにおいて家族計画プログラムが実施されるようになった。

家族計画に関連する国家プロジェクトとしては、PAISM（女性総合保健プログラム）、PAISC（乳幼児・児童総合保健プログラム）、及び PROSAD（青少年総合保健プログラム）が実施されている。これらのプロジェクトは連邦州政府レベルで策定され、市のレベルで実施されている。

PAISM は女性のライフサイクルに合わせ、各々の時期における保健医療サービスを提供する。その中には、妊産婦検診、出産及び出生後検診、性病の検査及び治療、乳癌、子宮癌の検査、避妊具の配布及び不妊症治療等が含まれている。UNFPA がこのプロジェクトを支えており、1985年以来、保健省の母子保健調整課に1,200万ドル以上の援助が行われている。現在 PAISM の予算の60%は UNFPA が支出している。

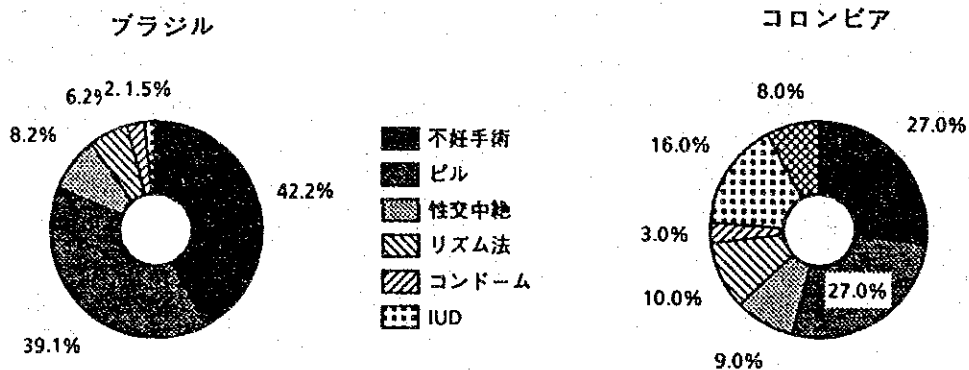
PAISC は子供の成長モニタリング、下痢症コントロール、上気道感染症の対策、予防接種と母乳育児の促進等を中心に活動を行っている。PROSAD は思春期にある子供の健康、性に関する衛生、口腔内衛生、精神衛生、事故の防止等の面から向上させていくことをねらいとしている。

3つのプログラムは母子保健の促進という目的の達成に重要な役割を果たしてきた。しかしながら、実施状況を見ると、依然としてサービスが地域に偏り公平に行われず、予定通りにプログラムが実施されない等の問題がある。特に、財政的に困難な州では機材及び訓練を受けた人材の不足から、プログラムの実施が低調で、不妊症に対するサービスや分娩後のサービスは殆ど行われていない状況である。PAISM は病院もしくはヘルス・センターを訪れた人に対し、家族計画のカウンセリングと避妊薬（主にピル）の無料配布を行っているが、待ち時間が非常に長いうえ、避妊薬が不足しているため、必ずしも入手出来るとは限らない。このため同プログラムの対象者のドロップアウト率は非常に高い。

(1) 避妊法

入手可能な避妊法は種類は非常に限られているにもかかわらず、66%（1986年）の女性は何らかの方法で避妊を実行している。ブラジルでは全体の79%が女性の不妊手術と経口避妊薬によって占められており、次いで中絶性交8%、リズム法6%となっている。他の方法はブラジルでは殆ど使用されていない。コロンビアと比較すると集中していることがわかる。また、ブラジルの男性の避妊に対する参加意識は低く、何らかの避妊をしている男性は全男性の11%となっている。

図一七 避妊の方法（ブラジルとコロンビア）



出典 Brazil Women's Reproductive Health 1991 The World Bank

州別ではさらに特定の避妊法への集中が見られる。ある9つの州では女性の不妊手術が、また、別の4つの州では経口避妊薬が過半数を占めている。

それぞれの方法にはそれぞれの長所・短所（副作用や煩わしさ）があることから、一般的に、特定の方法への集中は利用者が正確な情報と選択の幅を十分に与えられていないと解釈され、家族計画プログラムの質に問題があることを示唆している。

避妊法の実施が限られている背景として以下の4つの点が考えられる。

- 1) 消費者への避妊法に関する情報や教育が極端に欠けている。
- 2) 殆どの公共医療機関において、家族計画サービス・プログラムが実施されていない。
- 3) 医学教育の中に、避妊方法に関する指導といったものが殆どない。
- 4) 政府により避妊具の供給が制限されている。

不妊手術以外の避妊法として利用可能なものは事実上ピルのみであるが、ピルの使用状況をみると、利用者の40%が医者の処方せんなしで薬局から購入しており、25%がなんら

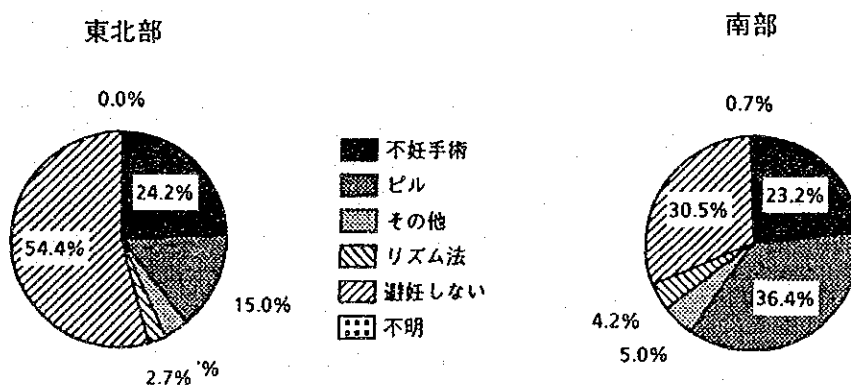
かの副作用を訴え、使用者の39%が喫煙する等、禁止事項が守られておらずピルの利用にも多くの問題があるといえる。

一方、不妊手術は公的に認められていないことから、通常分娩が可能であっても帝王切開で分娩し、それと同時に不妊手術を行うといった方法が広くとられており、不必要な帝王切開が母体のリスクを高めている。

また、避妊普及率の地域における格差も大きく、1986年時点で15歳から49歳までの結婚している女性の避妊普及率は、ブラジル全体では59.8%であるが東北部では45.6%と最も低く、南部が69.5%と高くなっている。

家族計画の普及状況を示す指標として「避妊へのアクセスがなく、望まない妊娠の危険性にさらされている既婚女性の比率」がある。BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil) の調査 (1986年) によれば、サンパウロでは5%であるのに比較し東北部では12%となっている。また、セアラ州の調査では、農村部に居住する、性的活動はあるが妊娠を望まない女性の40%が避妊をしていないという結果がでていいる。リオ・デ・ジャネイロの貧困層を対象とした調査では、性的活動のある15歳から49歳までの女性で避妊をしていない率は26.7%となっているが、15歳から19歳では34.1%となっており、農村部及び都市部の貧困層においての避妊へのアクセスが特に困難な状況にあるといえる。

図一 8 避妊法実施率 (15~49才)、東北部と南部



出典 Brazil Women's Reproductive Health 1991 The World Bank

(2) 避妊法の入手方法

表一 5 に避妊法別にみた避妊へのアクセスを示す。ブラジルにおいて主要な避妊法であるピルは州の薬局で、不妊手術は病院もしくはヘルスセンターで行われていることがわかる。不妊手術は法的には認められていないため、その多くが帝王切開時に同時に行われている。

表—5 避妊具・避妊薬などの入手場所

	公共* 医療機関	INAMPS	民間 医療機関	薬局	友人	その他	計
ピル	3.5	0.4	1.3	92.1	0.3	2.4	100
不妊手術	9.3	45.8	42.2	0.0	0.0	2.7	100
コンドーム、 パッサリー等**	2.4	0.0	0.0	96.4	1.2	0.0	100
ホルモン注射	0.0	0.0	0.0	91.2	0.0	8.8	100
IUD	24.8	2.7	59.5	2.5	0.0	10.5	100
その他	1.4	5.2	15.2	1.0	22.3	54.9	100

注) *社会保険病院(INAMPS)を除く **中絶性交・リズム法を含む
出典: 1986 BEMFAM/IRD Survey

また、ブラジルの薬局で売られている避妊具・薬の種類と値段は以下の通り。

表—6 避妊具、避妊薬の値段

品名	数量	価格
ピル(経口避妊薬)	1カ月分	2~3ドル
注射用ホルモン剤(アンプル)	1本(約2カ月有効)	3~4ドル
〃 (注射器付き)	1本(約2カ月有効)	4~5ドル
コンドーム(ブラジル産)	3ケ	1.5ドル
〃 (ブラジル産)	6ケ	2.8ドル
〃 (中国産)	12ケ	8ドル

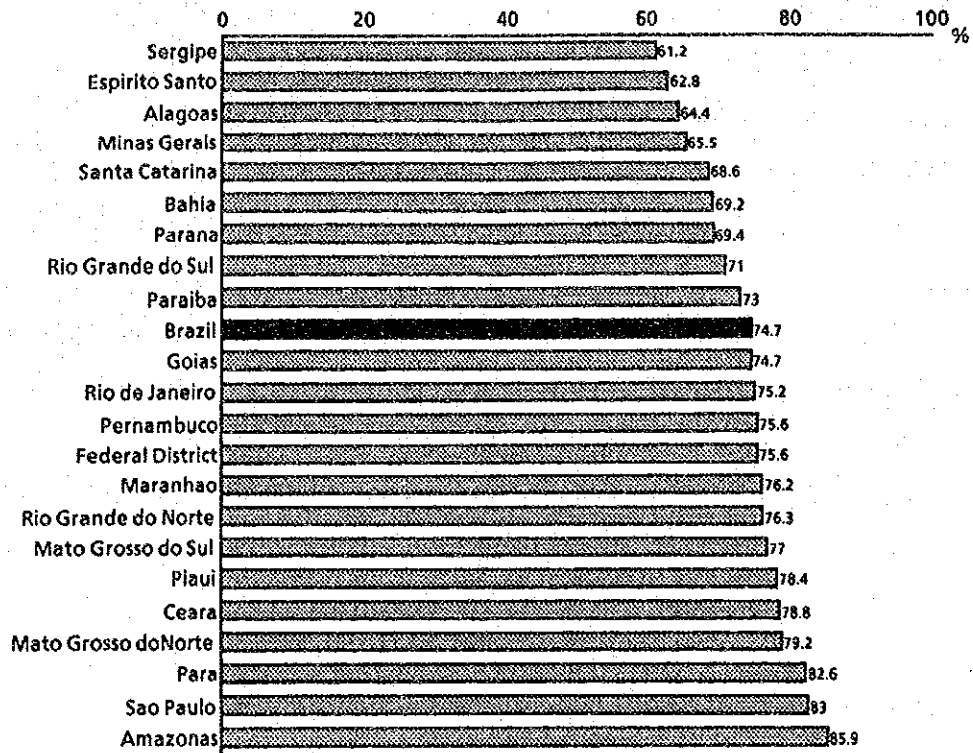
州都のような大きな街には薬局が多数あり、薬品の種類も比較的豊富である。最もよく売れる避妊薬はピル(経口避妊薬)で薬局での品揃えも豊富、どの薬局もおよそ3~5種類のピルを置いている。その他にホルモン注射液とコンドームがそれぞれ2種類くらいずつ置いてある。しかし、コンドームは値段が割高で、日本製のものと比較してかなり厚く、あまり普及していない。殺精剤も市販されているが訪れた薬局では扱っていなかった。ホルモン注射液はアンプル(薬液)のみのもものと注射器付きのものがあり、希望すれば薬局で注射してもらことも可能である。

(3) 女性の不妊手術

女性の不妊手術は今日のブラジルにおいて、最もよく使われている避妊法である。しかしながら、この方法は公には避妊法としては認められていない。この方法は1980年代に飛躍的に利用されるようになり、1980年から1986年中頃までの間にその数も3倍に増えている。不妊手術を受ける女性の傾向としては、年齢が30歳以上、3人またはそれ以上の子供がいる既婚者で、都市部に住み大学教育を受けている女性が最もこの方法を選択するようである。

こうした不妊手術は、費用がかかる点、手術も容易でない点、また法的な立場も明確でない点等の理由で、ブラジルでは殆どが帝王切開手術と一緒に行われる。1986年 PNAD の調査によると、こうした不妊手術を受けた女性の3/4は帝王切開手術で出産を行う際に受けているという結果が報告されている。ここで疑問として思われることは、この方法による避妊が永久的であることを利用者の女性に対してははっきりと説明がおこなわれているのか。また、そういった点を踏まえて利用者からの同意が取り付けられているのであろうかという点である。ブラジルのように避妊に対する情報や教育、サービスの提供が少ない所で、選択の余地もなくこういった現象がおきているのか否か要確認と思われる。

図一 9 最近の出産時に不妊手術をした率、(15~54歳女性) 州別



出典 Brazil Women's Reproductive Health 1991 The World Bank

(4) 家族問題事例

1) 事例 1

マリア・リビア・ドウワ (女性、61歳、セアラ州フォルタレーザ市在住)

息子夫婦とその子供の4人家族

海辺の貧困地区の中の一軒家

間取り3部屋+洗濯場

1933年生まれ。7人兄弟であったが、育ったのはこのマリアさんを含めて2人のみ。家が貧しかったため学校には通わせてもらえず、7歳の時に洗濯屋の仕事を手伝い初め、今日まで続けている。19歳で結婚し、20歳で最初の子供が生まれた。子供は全部で13人生まれたが、4人が小さい時に、1人が10歳、1人が24歳で死に、現在7人の子供が健在である。マリアさんは洗濯の仕事だけでこの子供達を育ててきた。ご主人はたまに帰ってくるだけであてにならないらしい。現在では孫が22人、曾孫が1人いる。マリアさんは子供を全て自宅で出産したという。産婆に来てもらったこともあるが、双子を産んだ時には自分と神様と、近所の人だけだったという。当時は INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social : 国家社会保障院) に入っていなかったため、病院には行ったことがなかった。

10年前に初めて水道を見た時には随分驚いたという。水道水は塩分が含まれていて塩辛いので飲料水には井戸の水をフィルターで濾過して使っている。最近流行しているコレラはマリアさんの家の前の通りでも3人の患者が出たが、特に予防はしていない。病気になった時は、歩いて10分の所に病院があるので安心といえば安心だが、緊急の時以外は1~2カ月待たされるうえ、いつも薬を切らしているの、どうしても必要な時は薬局で購入しているという。「昔の生活と比べて今はどうですか?」という質問に対し、「今は随分良くなった。娘は病院で子供を産んだし、一応医者の診察も受けられる。最近では学校ではテレビを使って授業をしているらしいし、予防接種もしてもらえる。」「アジェンテ・デ・サウジ (保健普及員) を知っていますか」という質問に対しては、「聞いたことはあるけど、どういうわけか私の家にはきてくれない。うちにも来て色々教えてくれればいいのだけれど」と述べた。

2) 事例 2

ドナ・マリア (女性、53歳、ピアウイ州テレジーナ市在住)

夫と息子の3人家族

下町の貧困地区

間取り2間+台所 (土壁)

子供は8人おり、そのうちの1世帯が棟続きの隣家に住む。孫は全部で11人。「お孫さんの名前を覚えるのは大変でしょう」と聞くと、「私は教育を受けてないからとても全部は覚えられない」と答えた。79歳だった母親が死んでから3カ月がたつが、それ以降体が重くて疲れやすくなったという。それまでは石炭や石鹼を売る仕事をしていたが今は働いていない。ご主人も息子さんも現在は職がなく、生活はかなり苦しいようである。食事はいつもフェジョン（豆のスープ）で、たまにトマトやカボチャを食べる。肉を食べることはめったにないようである。大人3人の1月の生活費は30,000クルゼーロ（約50米ドル）とのことであった。

8人の子供は全員自宅で生まれ、その他に2回流産をしている。子供の1人が肺炎に罹り、歩いて2時間かかる病院まで子供を抱いていったこともある。娘さん達のお産に立会い、これまでに10人の孫を取り上げた。現在では娘さん達は全員避妊手術をしている。「娘の時代の方が、私の時よりは少しは良くなっている。いい夫がいるし、子供を乳母車に乗せてあげることもできるしね。私の時はハンモックしかなかったから。」

4-5 妊産婦検診 (prenatal care)

出生前に定期的に行われる妊産婦検診は、妊娠や出産に際して危険を伴う率の高い妊婦を確定し、異常を見つけ治療をおこない、出産に伴う合併症を未然に防ぐ上でとても重要である。しかしながら、国の家庭調査 (PNAD1980年) で妊婦の約30%は出生前の検診を一度も受けずに出産していることが報告されている。出生前の検診を一度も受けない率は地域によって格差があり、南東部の州では18%だが、東北部では47%と非常に高くなっている。また、経済的な条件によっても格差があり、最低賃金以下の暮らしをしている家庭の女性の半数は、出生前の検診を受けていない。WHOの推定では妊婦の62%しか破傷風の予防注射を受けていない。

PAISMプログラムでは妊婦の検診について、妊娠のごく初期に一回と、妊娠後期の29~32週に一回、最低二回は確実に受ける様に勧めている。全ての妊婦に対して、血圧の測定、尿検査、梅毒の抗体検査、血液型 (PH 因子) 検査、ヘモグロビンの検査を定期的に行うべきであり、また、過去5年間に破傷風の予防接種を受けていない妊婦には新生児破傷風を予防するための接種を行うべきである。しかしこれらの目標の実現までには、ブラジルが解決しなければならない問題も少なくない。公的部門において出生前検診を行う所がシステムとして統一されてなく幾つかに分かれている点、相互の間に連絡・調整するシステムがない点、また、サービスの質そのものの水準が低い点等が出生前検診をシステムとして確立していくことを困難にしている。

なお、妊婦に対する破傷風トキソイドの接種率 (東北部) を以下の表に示す。

表一 7 東北部における破傷風トキソイド接種率 (%)

	0 回	1 回	2 回	不明
都市部	36.0	11.4	52.3	0.3
農村部	65.4	7.5	26.2	1.0

出典：Nordeste Brasil 1991 BEMFAM

(1) マラリアと妊婦

妊婦のマラリア罹患に関して重要な問題は、免疫能力が妊娠中低下することにより再感染率が高まることに加え、流産や未熟児の出産、妊産婦死亡、低体重児の出産等である。この理由としては、妊娠に伴う貧血がマラリアにより重度になることによる。ブラジルの妊産婦の死亡のうちマラリアが原因として報告されている数は実際の数よりかなり低く、殆どの場合その他の熱症や、胃腸病に入れられている。実態把握のための正確な調査がなされるべきであり、その結果に基づいてマラリア流行地域の妊婦を対象に、予防薬や鉄剤配布の適切な対策プログラムの実施が望まれる。

(2) 栄養障害と妊婦

最近の調査で、サンパウロ首都圏で出生前検診を受けている妊婦の35~40%は貧血症 (Hb<11.0g / dl) であるという報告がある。貧血は、妊産婦死亡、出産時の低体重、未熟児、流産等の原因となるので重要である。栄養障害による貧血は鉄剤の補給等で比較的簡単に治療出来るにも拘わらず、定期的な妊婦検診で貧血が見過ごされているケースは少なく、治療の完了率の低さを含め、対策の有効な実施は簡単ではない。

(3) ヨウ素欠乏症と妊婦

ブラジルにおいて長い間公衆衛生上の重要な問題に位置しているヨウ素欠乏症の地域的分布は、クレチン病、聾啞症、甲状腺腫を指標にして見ることができる。ヨウ素欠乏症の妊婦に及ぼす影響については、流産、死産、乳児死亡につながることに、胎児性クレチン病等の胎児の異常があげられる。1953年からヨウ素欠乏症についての対策として、ヨウ素を食塩に添加することが行われてきた。この対策は1983年から SUCAM により強化され、今日では甲状腺腫の減少等の効果を上げてきている。これからも、ヨウ素欠乏症多発地域におけるモニタリングが続けてなされていくことが望まれる。

4-6 出産

(1) 合計特殊出生率

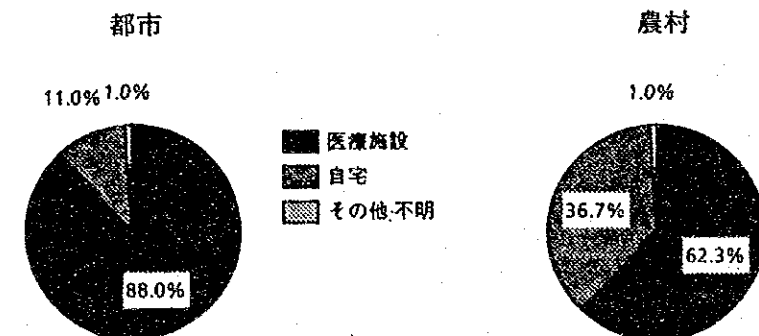
合計特殊出生率はブラジルは全体で4.3人（1980年）から2.8人（1992年）と近年著しく減少し、南米の中でも低い値となっている。しかしこの値も、地域間格差が大きく、北部、東北部の州で高く、南部、中西部で低く、農村で高く、都市で低いという傾向がある。東北部の州の15～49歳までの女性を対象とした1991年の調査では平均が3.7人、地域別には都市で2.8人、農村で5.2人となっている。

注）合計特殊出生率：ある年次における再生産年齢（15歳～49歳）の女子の年齢別特殊出生率の合計。

(2) 出産の状況

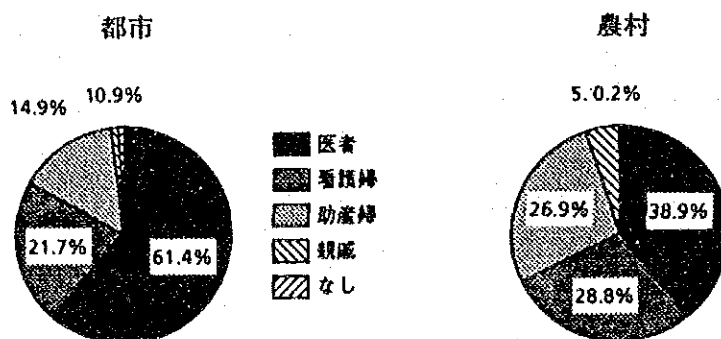
出産場所をみると、東北部の州では都市部で88.0%、農村地区で62.2%が病院、もしくはヘルスセンター、ヘルスポストなどの医療施設で分娩が行われている。都市部では出産時に医者介護があったものは61.4%となっているが、農村部では26.4%と低く、看護婦、助産婦による介護が多い（図-10、-11参照）

図-10 分娩の場所（東北部）



出典 Nordeste Brasil BEMFAM, 1991

図-11 出産の介護（東北部）



出典 Nordeste Brasil BEMFAM, 1991

ブラジルでは帝王切開による出産が多く、1981～85年の全国平均で全出産の36.7%を占めている。東北部の帝王切開による出産は他の地域と比較すると少なく、1981～85年の平均が25.0%、1991年は17.9%となっている。

なお、2.5キロ以下の体重で生まれてくる子供（未熟児）の比率は統計では全体の7.8%であるが、ピアウイ州テレジーナの州立病院では10%が未熟児で、経費的にも病院の負担を重くしている。

4-7 帝王切開

世界的な傾向として、過去20年間に帝王切開による出産の率は高くなりつつあるが、中でもブラジルの帝王切開の率は世界最高である。1981年の時点の推定で全出産の31%が帝王切開によるものであり、1970年の14.6%に比べると10年間に2倍に増えたことになる。ちなみに米国の帝王切開による出産は全体の25%、英国15%、オランダ10%である。

帝王切開の率は地域により、また社会文化的な環境により変わってくる。1981年のPNADの調査によると、南東部（38%）と中西部（37%）の州で高く、貧困な東北部（20%）では低い。州の中で一番高いのはサンパウロ州（44%）で、最低はセアラ州（18%）である。また、別の調査では、貧困層で保険もない女性はほとんど帝王切開を受けていないことが報告されている。逆に手術代を払うのに困らない層の女性は帝王切開を受ける率も高い。

帝王切開の率が高いことによる問題は大きく二つある。一つは本来必要な帝王切開により母体と胎児に余分な健康上のリスクが加わる点である。特に帝王切開による出産の場合、出産予定日を正確にしないで早めに手術するため、未熟児の出産率が高い点と、新生児の呼吸器官（上気道）に障害を残す率が高い点である。また母親の死亡や事故、合併症の率が高い点も世界的に共通の問題である。

二番目の問題は、手術にかかる費用が大きく保健医療財政の大きな負担となっている点である。帝王切開一件あたりの費用は自然分娩一件あたりの費用より48ドル高い。未熟児を出産した場合にはさらに追加の費用がかかる。仮にブラジルの全帝王切開の15%が妥当な数とすると年間330万件に相当し、1%増えると1,584,000ドル（=@48ドル×33,000件）の医療費が余分にかかることになる。本来不必要な帝王切開にかかる費用は毎年6,200万ドルにのぼっていると推定されている。ブラジルでのこうした現象の背景には次のような要因が考えられる。

(1) 社会文化的背景

帝王切開が多い理由として考えられるのは、先ず文化的にブラジルの女性が自然分娩や痛みに対して必要以上に恐れを抱いているということがある。ブラジルでは帝王切開の際

の麻酔の費用に対しては保険で給付されるが、自然分娩時の局所麻酔に対して保険が適用されないために、局所麻酔剤が使いにくい背景があることは、痛みに対する対策を難しくしている。他の文化的背景として、ブラジル人の女性の間で、自然分娩だと膣内が弛緩して後の性生活に支障をきたすが、帝王切開による出産だとその点が避けられると信じられていることや、自然分娩は帝王切開による出産より胎児に対するリスクが大きいと信じられていること等の理由による。

表 8 過去 5 年間に於ける帝王切開の割合、地域別

地域	帝王切開 (%)
中東部	39.4
東北部	25.0
北および中西部	42.5
リオ・デ・ジャネイロ	45.3
サンパウロ	47.0
南部	32.2
全国	36.7

出典：1986 BEMFAM / IRD Demographic and Health Survey

表 9 過去 5 年間に於ける帝王切開の場合、教育レベル別

教育レベル	帝王切開 (%)
無し	24.8
初等教育*	33.6
中等教育**	48.8
大学教育	60.7

注) * 8 年間 ** 9 ~ 11 年間

出典：1986 BEMFAM / IRD Demographic and Health Survey

表10 過去5年間における帝王切開の割合、出産の場所別

出産の場所	帝王切開 (%)
保健省病院	11.2
INAMPS	36.8
民間病院	57.5
その他	14.3

出典：1986 BEMFAM / IRD Demographic and Health Survey

(2) 産科医療提供側の問題

産科医療サービスを提供する側の問題として、医者都合に合わせて行われる「管理医療」への志向がある。いつ起こるかも知れない出産を管理する方法として、帝王切開による出産は産科医療提供者側のニーズに合い、しかもチームで仕事をしていない単独の医者にとっては欠かせないものとなってきている。更に産科医の技術的能力の低さがある。現在ブラジルで産科医として働いている医者は、産科医としての研修を十分に受けずに産科医となってきているために、自然分娩時に起りうる合併症等に対して、対処できる自信がないことが帝王切開への志向に拍車をかけているようである。

(3) 外科的不妊手術との関係

上記の様な問題の背景に加え、他の重要な理由として、不妊手術（卵管結さく）を帝王切開と同時に行うことが盛んであるという事実である。不妊手術は違法であるが、母体の健康に害があるといった状況下では例外規定があるので、実際には曖昧なまま不妊手術が認められてきている。しかしながら、保健省やINAMPSは外科的不妊手術を避妊の手段として承認しておらず、保健もきかなければ手術に対して安全を確認するための基準のようなものも設けられていない。こういった状況の中で、患者や医者は、不妊手術を他の手術、つまり帝王切開と同時に行う方法に頼らざるを得ないのが現状である。その目的のために帝王切開をあえて望む女性の数が多くなっている。

4-8 妊産婦死亡

妊産婦死亡の統計は一般的に妊娠初期の死亡が見落とされたり、マラリアや肝炎等による妊娠中の死亡が数に入れられなかったりして、正確なデータを得ることが難しく、既存の統計は実際の数の半分程度でしかないであろうといわれている。ブラジル全体における妊産婦死亡の統計をみると、州によってバラつきがあるが、出産10万対50から140の間であろうと推

定されている。これは先進国の平均、10に比べるとかなり高い数字である。内訳は、妊娠中の合併症による死亡64%、出産時におこる事故18%、人工妊娠中絶にかかわる合併症11%、その他7%となっている。また、別の調査によると、リオ・デ・ジャネイロの病院における妊産婦死亡率は1978年に128であったものが、1987年には462に増えている。内訳は、人工妊娠中絶によるもの47%、妊娠中毒症19%、出血によるもの13%、その他31%となっている。

死亡の原因疾患名を上から4つあげると、高血圧、出血、産褥感染症、人工妊娠中絶となる。妊産婦死亡は、妊産婦検診などにより妊娠中、または、妊娠前後の医学的なチェックをすることで、また、全般的な国民の健康状況の改善、栄養状況を改善することで、かなりの割合で減らすことができる。また家族計画により望まない妊娠を避けることや、人工妊娠中絶による合併症を治療すること等も妊産婦死亡率の改善には欠かせない対策である。

4-9 人工妊娠中絶

人工妊娠中絶は、母体の健康上の理由、またはレイプによる妊娠の場合においてのみ法律で認められている。しかしながら実際には、レイプによる妊娠を人工中絶する場合は、病院側が法的な証明を必要とし、人工妊娠中絶を安全に行える期間内にそのような手続きを完了することはほとんど不可能なため、合法的に行われることは極めて稀である。

非合法で行われている人工妊娠中絶の実態を把握することは、データが存在しないため困難である。実態を推察する方法として最も現実を反映していると思われるのは、人工妊娠中絶の際の合併症で入院した患者数から推定する方法である。調査によると、人工妊娠中絶の為に合併症を引き起こし入院した患者数から割り出した数は、年間100~400万の間であり、一人の女性が一生の間に0.75~3回人工妊娠中絶をする割合となる。人工妊娠中絶の正確な数については、その情報を得ることは難しいとしても、ブラジルにおいて、違法の人工妊娠中絶の数が圧倒的に多いことは明白な事実であり、それによって、危険にさらされている女性の数が多いことも深刻な問題である。

最近行われたブラジルの人工妊娠中絶の調査で最も大きなものは、1978年から1982年の間にサンパウロ首都圏の公立病院で行われた、2,588人の妊婦でかつ、人工妊娠中絶を受けた女性を対象としたものである。この調査によると、この期間において対象者に起きた人工妊娠中絶による合併症の数は二倍に増加している。また、人工妊娠中絶により入院が必要となった患者のうち、20歳未満が16%と高い割合であることと、42%の中絶は妊娠の初期に行われていること等が明らかになった。人工妊娠中絶に伴う合併症に費やされる医療費も少なくなく、1988年のINAMPSに属する医療機関の全医療費の約1%が、人工妊娠中絶に伴う合併症の治療費に使われている。また、同じ医療機関の産科に使われている一年間の費用の6%を占めている。

ブラジルでは、最近医師の監督下以外で、プロスタグランジンなど子宮収縮剤を使つての人工妊娠中絶も行われており、多量の出血や不完全な中絶による合併症等の危険と裏表の方法に頼っている女性も多い。安全でない人工妊娠中絶は、ブラジルの高い妊産婦死亡の重要な原因であり、これら秘密裏に行われる危険な人工妊娠中絶を減らすために、最も重要な最初のステップは、家族計画の情報とサービスを確実に提供することであり、特に、避妊法を選択の幅を広げることが重要である。加えて、思春期にある少女に対する教育やサービスは特に徹底されることが望まれる。また、現行の法的に認められた人工妊娠中絶に関して、全てのケースに安全で迅速なサービスが提供できるように、法の手続きの簡素化等がされていかなければならない。

4-10 不妊症

ブラジルの不妊症についての詳しい調査等はされておらず、その現状はよく知られていない。一般的にいつて、不妊症は染色体異常、先天性異常、または内分泌系の異常によって引き起こされ、夫婦の数の5%程度は不妊症であるといわれている。これらに加え、性病等の感染症、危険な人工妊娠中絶等は卵管の癒着等の異常の原因となることが知られている。これら不妊症は、治療費がかかる割に、その治癒率が低い。しかるに、国の保健政策としては、性病の予防、また人工妊娠中絶の回避を含めた避妊の教育等に重点をおくべきである。不妊症のある程度は、教育、スクリーニング、カウンセリング等で予防が可能であるといえる。

5. 子供の健康

ブラジルでは1年間に約180万人の乳児が病気や栄養失調のために死亡しており、その半数が東北部で起きている。1989年の調査では、5歳未満幼児の30.7%が何らかの栄養失調状態にあり、そのうち5.1%が重度の栄養失調と診断されている。東北部では就学前幼児の約50%が栄養失調で、これはラテンアメリカで最も高い値となっている。

表11 東北部における乳幼児死亡率(1,000出生当たり、1991)

	新生児死亡 (生後1カ月)	乳児死亡 (1歳未満)	幼児死亡 (5歳未満)
東北部全体	31.2	93.6	110.4
都市	30.7	81.6	95.9
農村	31.8	106.9	126.5
マラニョン	46.5	96.4	108.3
ピアウイ	23.9	56.8	71.3
セアラ	26.2	113.0	138.2
リオ・グランデ・ド・ノルテ	31.7	82.5	89.2
パライーバ	19.4	106.0	112.9
ペルナンブコ	28.6	105.2	120.4
アラゴアス	53.3	129.5	157.7
セルジペ	26.8	67.0	87.4
バイア	25.8	76.2	96.0

出典：Nordeste Brasil 1991 BEMFAM

東北部では1,000人の子供のうち80人が低体重児として生まれ、生後7日以内に22人の子供が低体重や酸素欠乏症、出産時の感染症により死亡している。生後1カ月までの間にさらに14人の子供が消化器感染、敗血症、新生児髄膜炎等で死亡する。乳児は通常母乳で育てられるが、授乳期間は平均2～3カ月と比較的短く、粉ミルクが入手できない場合にはマンヂオッカ(タロイモ)の澱粉で作った粥が代用として与えられる。内陸部では上下水道はなく、井戸、溜池の水を生活用水として利用しており、フィルターでの濾過や煮沸処理をしない不衛生な水を飲用水として用いている場合もある。貧困層及び内陸部では医療施設へのアクセスが悪く、1991年に行われた調査では下痢症の子供で医者診察を受けられたのは25.4%、ORSを処方された子供は62.5%であった。このような状況の中で、生後1カ月から1歳の誕生日までの間に、消化器感染による下痢、急性呼吸器感染症、栄養失調などにより、更に57

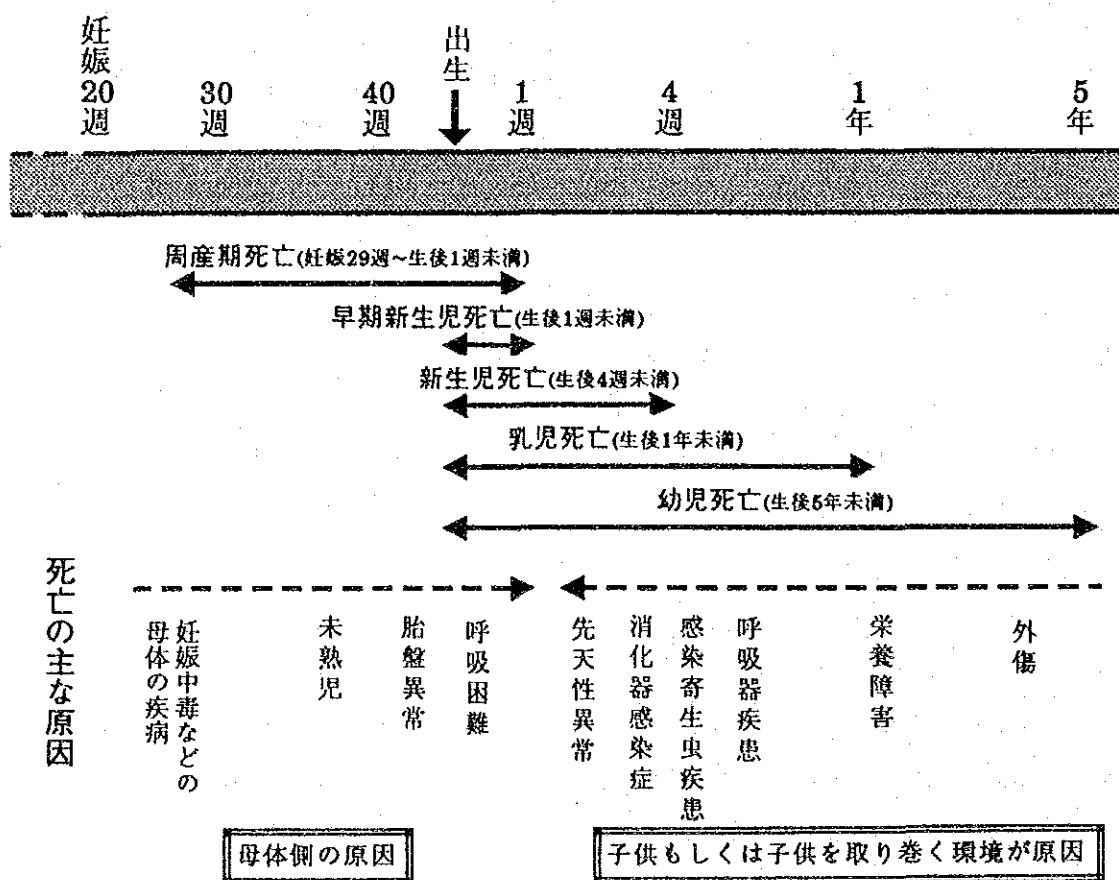
人の子供が命を失っている。

CENEPIの統計によると乳児死亡率は59(1989年)であるが、最も低い南東部で35であるのに対して、最も高い東北部では92となっており、地域による格差が激しい。アマゾナス州の奥地などでは信頼できる人口統計が得られておらず、実態の把握は困難である。サンパウロ州では最近5年間に乳児死亡率が52から26へ減少しているが、同州内においても乳児死亡率が先進国並みの12という地域がある一方で100といった地域まであり、都市部であっても貧困地域の子供の置かれている状況は厳しい。表11に東北部における乳・幼児死亡率を示す。

5-1 子供の死亡と主な原因

子供が多く死ぬということはそれ自体が大きな問題であると共に、母親が子供の死を補おうとして多くの子供を生もうとするため、母親の健康に与える影響も大きい。子供の高い死亡率は、貧困、人口、環境の悪循環の大きな要因のひとつとなっている。乳幼児死亡はその死亡時期によっていくつかの段階に区分され、原因と対策もそれぞれ異なる。以下にその区分とブラジルでの主な死亡原因を述べる。

図-12 子供の死亡とその主な原因



(1) 周産期死亡とそれ以降の乳・幼児死亡

乳・幼児の死亡は大きく周産期の死亡とその後の死亡との二つに分けて考えることができる。前者は母体側にその原因があることが多く、後者は子供もしくは子供を取り巻く環境に起因することが多い。

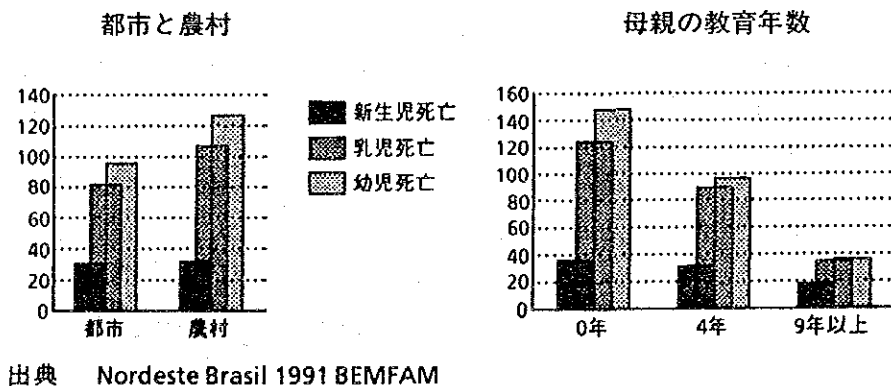
東北部のセアラ州では、1987年に開始した「ピバ・クリアンサ」プログラムにより、乳児死亡を著しく改善することに成功した。これはORSの普及や予防接種の徹底により周産期以降の乳児の死亡を減少させたからである。セアラの例が示すように、周産期以降に焦点を当てた乳児死亡の改善（チャイルド・サバイバル）は、比較的安いコストで短期間に大きな成果をあげることが可能である。

しかし、周産期の死亡は、母親の年齢（若齢／高齢出産）、短い出産間隔、経産回数、栄養不足、経済及び社会的条件等に起因していることが多く、その改善には、妊婦の健康管理と出産時の医療体制の整備に加え、家族計画、女性の教育と社会的地位の向上等、生活全般にわたっての向上が不可欠であり、周産期以降の乳・幼児死亡対策と比較すると時間と困難を要するものであり、対策も複雑である。

(2) 地域及び教育水準との関係

乳幼児死亡率を都市及び農村別に示したものと、母親の教育年数別に示したものを図一13に示す。都市部と農村部を比較すると生後4週までの新生児死亡については大差はないが、それ以降の死亡では都市部と比較して農村部での死亡が多くなっており、農村部の衛生状況及び医療へのアクセスの悪さが乳幼児の死亡と関係していることがうかがえる。

図一13 東北部における乳幼児死亡率（出生1,000対）、1991



母親の教育年数と乳幼児の死亡率との相関が強いことは一般に認められている。教育を4年受けた母親の子供の乳児死亡率は全く教育を受けていない母親の72%、幼児死亡率では65%であった。新生児死亡に関しては4年間の教育を受けた母親の子供の死亡率は、全

く教育を受けていない母親の87%と大差ないが、5～8年の教育を受けた母親では55%、9年以上では50%と大幅に減少しており、教育水準が高い母親において新生児死亡の著しい改善がみられている。

5-2 子供の栄養失調

(1) 栄養失調の現状

1991年 UNICEF はピアウイ州において、青少年及び幼児を対象とした疾病調査を実施した。その結果、同州の1～5歳の幼児のほぼ50%が栄養失調状態にあり、30%が鉄分不足であることが明らかとなった。

栄養失調児は、就学年齢に達しても発育不全のため病気や学習能力不足等で退学する比率が高い。世界銀行の調査ではブラジル東北部の貧困地域では、栄養不足の子供は2年間にわたり、学業成績において平均より20%劣るといった結果が報告されている。幼児期の栄養失調は死亡のリスクを高め、その後の成長に永続的な影響を与えるため深刻である。

栄養失調は年齢に対して体重が少ない慢性栄養失調（発育不全）と、身長に対して体重の少ない急性栄養失調とに分類され、前者の原因は主に貧困と関係した蛋白質/カロリーの摂取不足によるとされている。表-12及び表-13に地域別、都市・農村別、貧困・非貧困別にみた栄養失調の発生状況を示す。これらの表によれば、北部、東北部の貧困層において慢性栄養失調の発生率が高く、東北部の貧困層だけで全国の栄養失調のおよそ60%を占めている。

表-12 地域別にみた栄養失調児¹⁾の割合 (1989年)

	慢性栄養失調 (%)	急性栄養失調 (%)
北部	23.0	3.1
東北部	27.3	2.4
南東部	8.1	1.9
南部	8.7	1.4
中西部	8.2	2.0

注) ¹⁾ 基準集団の中央値から-2以下の5歳以下幼児

出典: Perfil estatístico de crianças e maes no Brasil 1989 inan UNICEF

表一13 都市、農村別及び貧困、非貧困別にみた栄養失調児の割合

栄養失調児の割合(%) 全国に占める割合(%)

北部	都市部	貧困	36.5	3.4
		非貧困	13.5	2.6
東北部	都市部	貧困	31.3	23.9
		非貧困	7.7	4.4
	農村部	貧困	32.3	36.9
		非貧困	9.0	1.6
その他	都市部	貧困	15.4	11.0
		非貧困	2.2	6.4
	農村部	貧困	14.2	8.2
		非貧困	3.4	1.6
全国				100.0

出典: Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil 1989 in UNICEF

(2) 栄養失調の原因と対策

栄養失調の大半は生後6か月からはじまり、所得別に見ると1人当たり25ドル(最低賃金の30%)以下の貧困層に多く発生している。

貧困状態にある子供は食物摂取が不十分なうえに、上下水道等の生活基盤が整備されていない地域に居住しているため、下痢症や寄生虫症に感染しやすい環境におかれている。下痢は十分に栄養を取っている子供の成長には殆ど影響ないが、栄養摂取量が低い子供には発育不全を引き起こす。母親の栄養に対する知識の不足も栄養失調を招く原因となっている。幼児の栄養状態を決定する要因として、生後4～6か月間の母乳保育があげられるが、東北部で行われた調査によれば、生後2～3か月で40%、4～5か月で55%の乳児が離乳している。

幼児の栄養失調は、

- 1) 栄養摂取量の不足
- 2) 下痢、寄生虫感染
- 3) 母親の栄養に関する知識不足
- 4) 比較的早い離乳

などの複数の要因による相互作用で生じているといえる。

医療施設において子供の栄養改善を目的とし、母乳のみでの平均授乳期間を67～90日に、合計の授乳期間を130～190日に延ばす母乳プログラムと、アジェンテ・デ・サウジによる

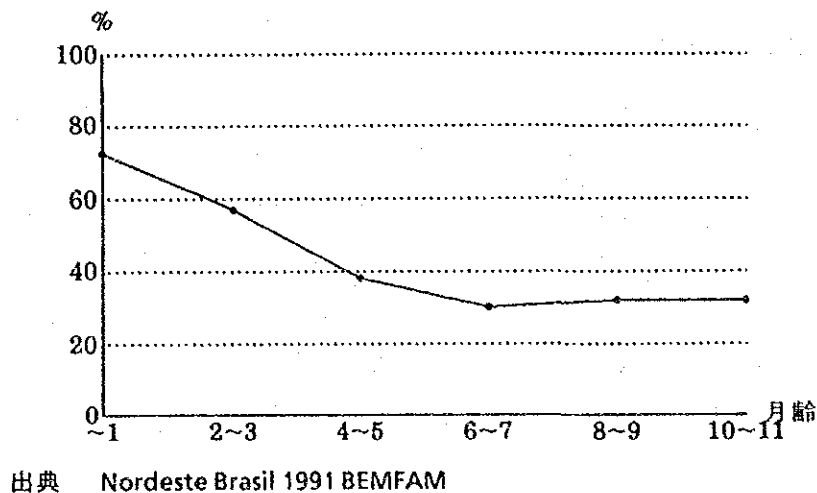
安価で栄養価の高い食物の指導等の活動を実施している。

母子保健プログラムの一環として「母乳保育プログラム」を実施しており、多くの病院が UNICEF / WHO の提唱する「ベイビー・フレンドリー・ホスピタル」の認定を目指して母乳保育の普及に取り組んでいる。

母乳は人工乳よりも栄養的バランスに優れ、衛生的で、乳児に病気に対する免疫を与え、母親に対しては乳癌や子宮癌の危険を減らすなどのメリットがある。具体的な活動としては、母親に母乳の利点を知らせ、哺乳ビンの使用をやめ、母子同室、母乳育児を実施し、退院後も母乳保育を続けられるよう支援している。病院で出産した母親はこの母乳支援プログラムの指導を受け、1年間授乳を続けた母親を表彰する制度を採用している病院もある。

東北部で行われた調査では都市部の88.8%、農村部の91.8%の子供が母乳を与えられている。授乳期間は比較的短く、母乳のみで育てられている子供の割合は1カ月未満で72.5%、2～3カ月で56.9%、4～5カ月では38.2%に減少する。

図一四 母乳のみで育てられている子供の率、東北部1991



5-3 腸管寄生虫

回虫、鉤虫、鞭虫、糞線虫などの感染が多く、栄養失調や下痢症の原因となっている。全国的な調査は行われていないが、ピアウイ州テレジーナの調査では小学生の65%が腸管寄生虫に感染している。訪問した各医療機関での聞き取りでは、どの地域でも同程度の高率と推察される。

原因として農村部やスラムではトイレが整備されておらず、汚染されている危険のある井戸や溜池の水を飲用あるいは料理用として用いていること、爪を切る、手を洗うなどの衛生

的配慮に欠けていることが挙げられる。症状が現れた個人を対象に保健施設で検査、駆虫を実施しているが、駆虫剤が十分になく、地域ぐるみの一斉駆虫は行われていない。

5-4 予防接種

最も費用対効果の高い保健活動といわれている予防接種、貧困層に対するの拡充・強化は子供の健康にとって大きな効果がある。

ブラジル政府は1973年から国家予防接種計画(PNI)を推進してきており、特にポリオ、麻疹の大規模な予防接種キャンペーンを行い効果をあげている。1990年以降ポリオの発生は報告されておらず、麻疹も1992年のキャンペーン以降患者数は激減している。しかし依然として地域による接種率の差は大きく、南部で最も高く、北部、東北部、中西部では低い。キャンペーンはかなりの効果をあげているものの、定期的予防接種は徹底されておらず、人口統計が未整備なため正確な対象者数が把握できないなどの問題もある。

表-14 定期予防接種率、地域別 (単位：%)

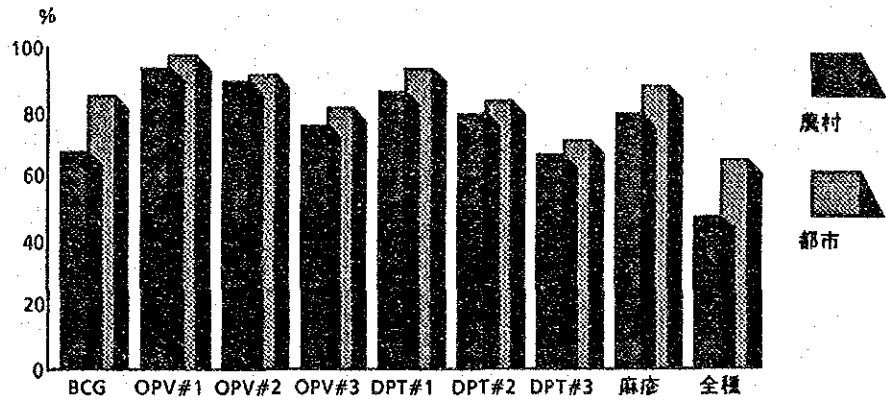
	ポリオ	DPT	麻疹	BCG
全国	66.68	77.96	85.02	86.67
北部	69.18	73.13	83.46	95.38
東北部	45.82	74.70	80.27	71.54
南東部	76.88	79.21	87.03	93.47
南部	93.27	93.13	99.55	103.12
中西部	58.50	64.28	71.63	80.69

出典: Inform Epidemiologico do SUS 1992 Outubro CENEPI

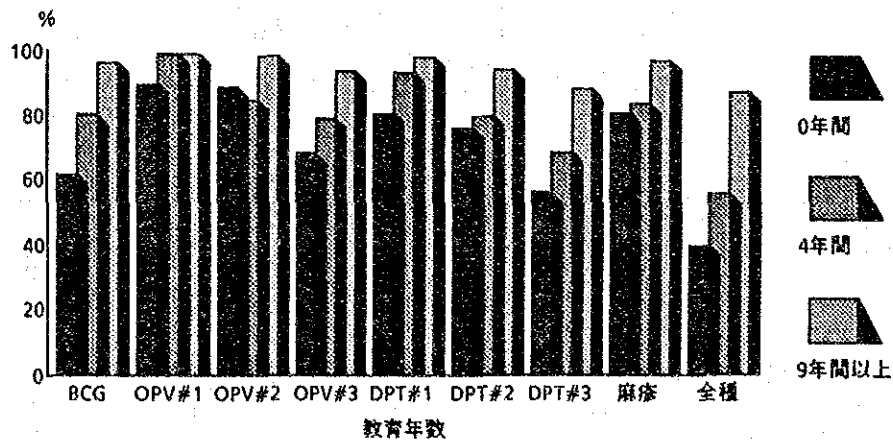
東北部で行われた調査の結果、いずれの種類も農村部で接種率が低く、特に出生時に行うBCGでその差が大きい。また都市、農村に係わらずポリオ、麻疹の2回目以降の接種率が低い。接種率と母親の教育年数との間には高い相関があり、9年間以上の教育を受けた母親では90%近くが全種類の予防接種を生後23カ月以内に終了しているのに比べ、全く教育を受けていない母親では40%であった。

図一15 予防接種率、東北部（12～23か月の幼児）1991

都市と農村



母親の教育年数別

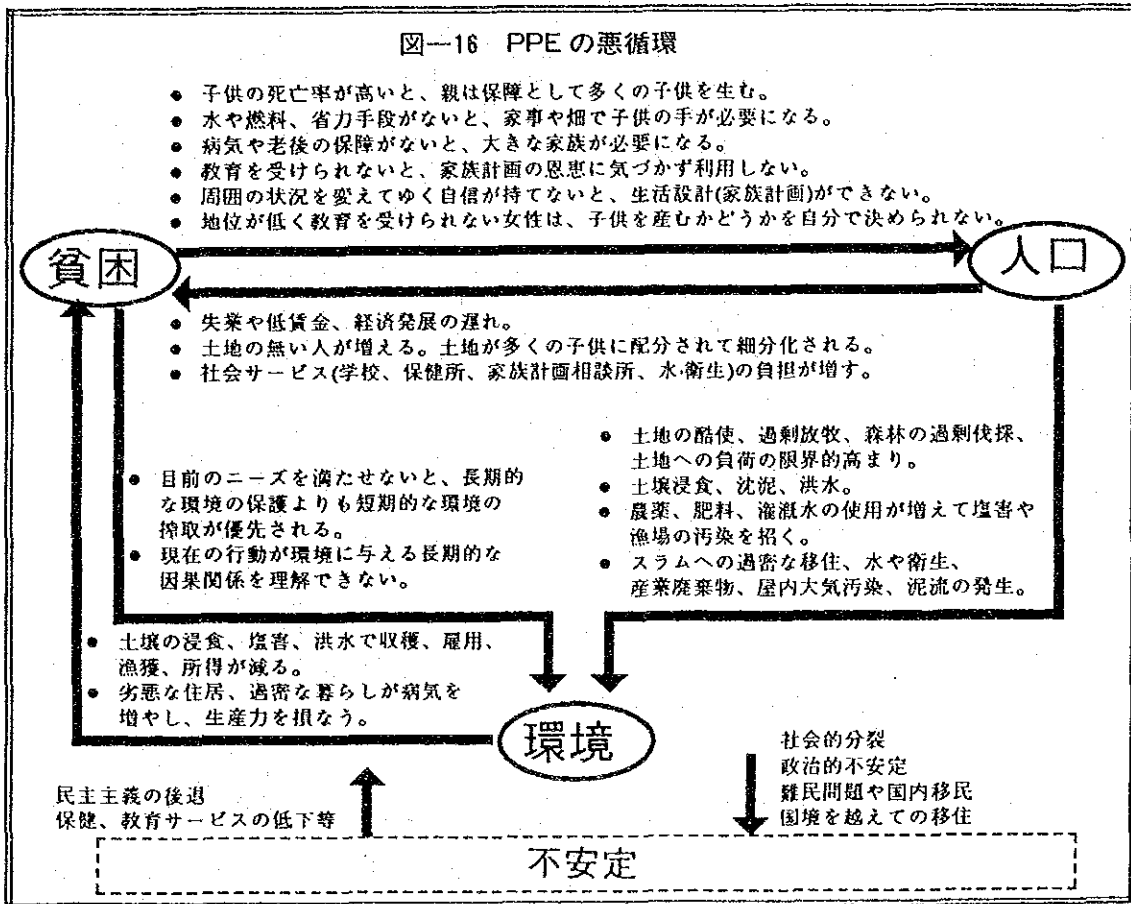


出典 Nordeste Brasil 1991 BEMFAM

5-5 PPEの悪循環

「世界子供白書1994年 (UNICEF)」は、深刻化する貧困 (Poverty)、人口増加 (Population)、環境の悪化 (Environment) の相互作用を「PPEの悪循環」とし、この問題にどう取り組むかが今後の世界の重要な課題であると述べている。

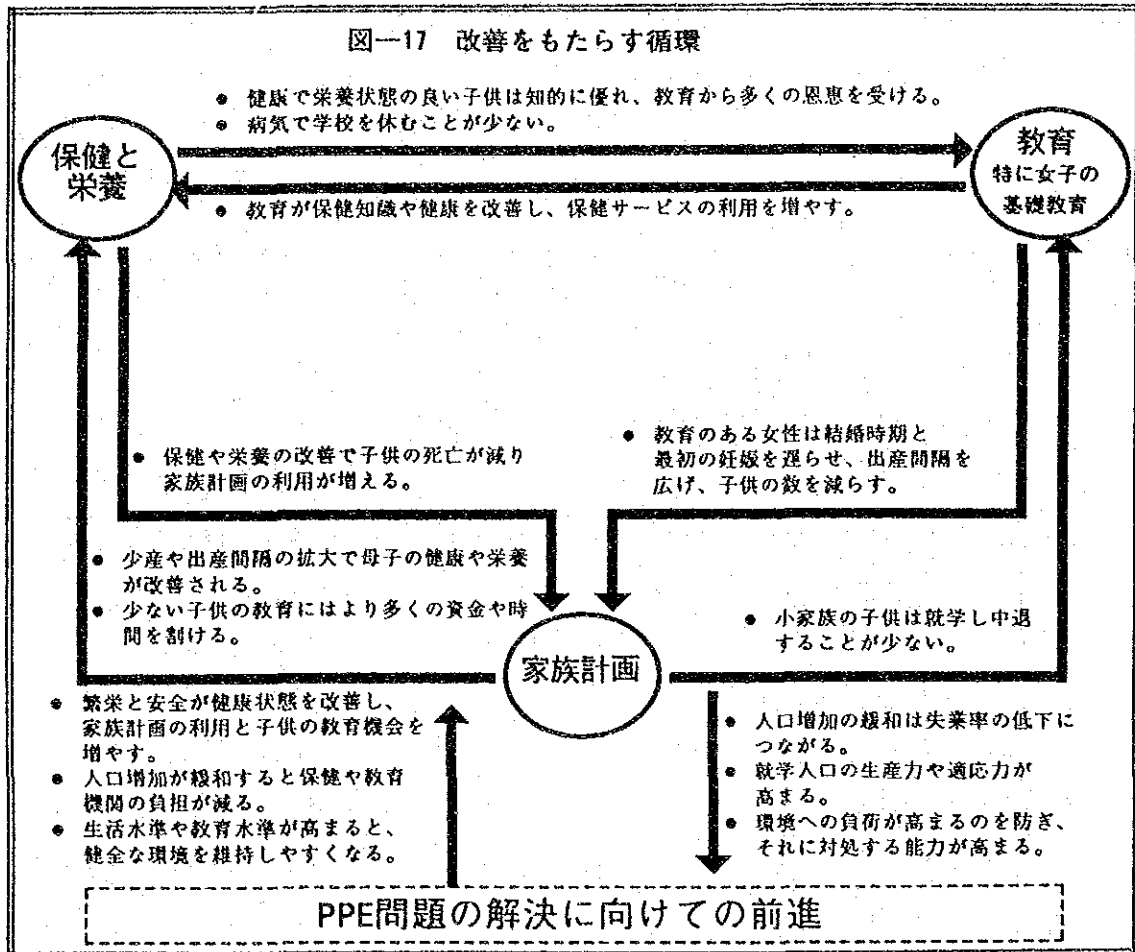
現在、世界の人口の約5分の1が絶対的貧困にあり、それら10億の人々にとっての主な脅威は「PPEの悪循環」から生じている。現在の人口増加が続けば、一世代の間に貧しい人々の人口は4倍になり、環境破壊に伴い生活環境が急速に悪化し暮らしはますます困難となる。



子供の健康と家族計画が単なる保健医療問題の一部ではなく、現在世界が直面している「PPEの悪循環」の中の重要な位置にあることがわかる。言い換えればこれらの問題に取り組み、改善することにより「PPEの悪循環」の一部を断ち切ることも可能となる。

世界銀行の報告によれば、女性の識字率が10%向上すると子供の死亡率が10%低下し、女性の7年以上の教育は子供の死亡リスクをほぼ75%低下させている。また、教育を受けた女性はそうでない女性より家族計画を利用する率が高いし、女性の所得へのアクセスが増加することは子供の健康にとって有益である。母親の所得のほうが父親の所得よりも家族の健康にとって効果が大きい。

UNICEFの報告書では、PPEの悪循環に改善をもたらす循環として、保健と栄養、基礎教育（特に女子の教育）、家族計画による相乗効果が示されている。



母子保健／家族計画について考える時、これらの問題が先に示した「PPEの悪循環」、また上図の「改善をもたらす循環」の中でどれだけ重要な位置にあるかを認識するべきである。そして、女性の教育がこれらの問題解決にどれだけ効果的であるかを知り、活動の中に取り入れていかなくてはならない。

6. 保健医療制度と対策

6-1 統一保健医療システム

「国民の権利、国家の義務」として保健医療を位置づけた1988年憲法、第196条から始まる一連の法律によって、地方分権化、予防医学の強化、住民参加の促進の3つを基本方針とするSUSの制度が次のように定められている。

ブラジル連邦共和国憲法、第2節、保健医療管理

第196条 保健医療管理は国民の権利であり、国家の義務である。これは罹病の危険、その他の健康問題を最小限に押さえ、健康の保護、回復、増進等をはかる保健医療サービスを万人に公平に行き渡らせ、政治経済的政策を通じて保証する。

出典：伯保健医療体制、資料集、保健省、(JICAによる邦訳)

制度としてのSUSは、「保健医療サービス（公共・民間を含む）の評価・管理・企画・組織化」と「公共保健医療サービスの実施・運営」の権限を、連邦、州に次ぐ3番目の行政レベルである市に移管することを謳っており、このことによって、地方の実情に即したサービスを提供できるシステムを目指している。言い換えれば、ニーズに応じたサービスを提供するために、保健医療政策（市レベル）の企画・立案から実施までのほとんどすべての段階を市が担うことになる。連邦と州は、市では担えない、あるいは担うことが適当でない保健医療に関する機能、例えば、未知の疾病に関する調査・研究、広域に感染のリスクが及ぶ感染症対策活動の調整、連邦レベルの保健医療政策の立案などに関してのみ責任を負うこととなる。

市への連邦資金の配分に係わる因子を以下に列記する。

- ① 人口統計学プロフィール
- ② 疫学的プロフィール
- ③ 保健医療サービス網の量・質的な特徴
- ④ 前年の経済・財政・技術的な活動指数
- ⑤ 市の予算に占める保健医療部門の割合
- ⑥ 保健医療5か年計画で予定されている保健医療網への投資
- ⑦ 他の地域に対して行った保健医療サービスの償還、但し、資金の半分は人口に比例して配分する

上記のような市への権限委譲とともに、連邦資金の配分に関する制度が決められている。保健医療財政負担においても市の責任が大きくなり、連邦及び州レベルの資金と合わせて、

保健医療サービスの財源を支えることになっている。一定の移行手順を経た後、最終的に連邦の保健医療資金は7項目に渡る因子によって各市の保健医療基金へ配分される。

しかし、これはあくまで制度上のことで、現実には保健財政は危機的な状況を呈している。連邦における保健財政上の主要な問題として「連邦資金の安定性」と「分配の公平性」が挙げられる。

連邦資金の安定性に関しては、連邦保健医療基金にINAMPSの資金が入ってきていないという事実がSUSの抱えている財政上の問題を示唆している。

INAMPSはフォーマル・セクターの雇用者・被雇用者から保健医療費、年金の区別をしない一括の形態で社会保険料を徴収している。この財源をかつては直営病院の運営費用と契約医療機関の診療報酬分に当てていた。この時点では診察を受けられるのは社会保険料を支払っている人々、つまりフォーマル・セクターの被雇用者に限られていた。文字どおり「保険」として機能していたといえる。

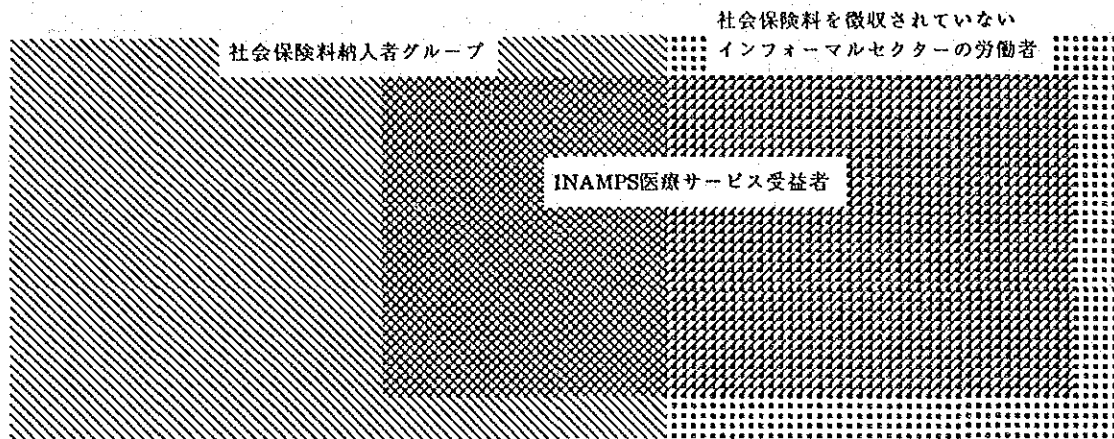
SUS成立によってINAMPSの直営病院はすべて保健省の管轄に移管された。医療機関との契約当事者も保健省となった。（これはSUSの進行によって最終的には市との契約に移管されることになる。）そして受診資格の枠を撤廃し、ここに「保健医療サービスを万人に……」とするSUSの目標が一応実現する。社会保険料を支払っていない人も含め、すべての国民がこれらの医療機関では無料で診察を受けられることになった。

しかしながら、低い技術とサービスの質のためにINAMPSの医療機関に対する人々の信頼度は著しく低く、保険料を徴収されている層のかなりの割合の人がINAMPSを利用せずに、例えば民間のHMO (Health Maintenance Organization) などを利用しており、自分たちに直接還元されないINAMPSからの保健医療費支出を歓迎していない。

INAMPSの財源にも不安がある。企業が従業員を雇用する場合に、フォーマルな雇用契約をせずに、社会保険料などの支払義務を発生するのを回避する傾向が進んでいる。一方で企業は民間のHMOなどと保健医療契約を結び、従業員福祉の一環として被雇用者に保健医療サービスを提供する傾向が現れてきている。このようなINAMPS離れと呼べる現象はSUSによって加速される可能性が強い。

これらの事態を反映して、現実にはINAMPSは資金を連邦保健医療基金に移転することを拒否する発言をしている。

図一18 保険料納入者とサービス受益者のアンバランス（概念図）



保険料を支払っているが、サービスを利用していないグループ

- ∴ INAMPSの医療サービスが劣悪なため、信頼できないと考えている。
民間の医療保険、企業の保険制度、HMOなどを利用している。

分配の公平性の問題は複雑に込み入っている。市への配分を決定する7項目のパラメータは概念的には合理的なものであるが、実際に十分にはない連邦資金の配分に際して、経済レベルの大きく異なる南部州と北・東北部州との「公平」をどのように決定できるのかは疑問である。保健医療施設が比較的整っていて利用者の数も一件当たりのコストも高い南部に対して、利用者が少なく（利用したくてもサービスに届かない）コストも低い北・東北部への診療報酬単価が低く押さえられていることは、前年の実績を基礎に算出するならば算術的には正しいが、南北の格差を拡大してゆく危険をはらんでいる。移行過程で暫定的に人口比例の按分方が採用されているが、合理的な配分とは言えない苦肉の策である。INAMPSの枠を取り払って社会保障的性格を強くしたSUSは、社会的弱者への対応がより強い形で制度に盛り込まれるべきであるが明確に見えてこない。

複雑なSUSへの移行過程の主要な部分を紹介する。

- ① 市が「保健医療基金（FMS）」、「保健医療審議会（CMS）」を組織する。
- ② 市に民間医療機関の登録を許可する権限が委譲される。
- ③ 市が「保健計画」を作成し、「運営報告書」、「資金の予算化」、「PCCS（職務・昇進・給料計画）の作成委員会」の義務を実施する。
- ④ 市の保健医療基金に連邦資金の市への割当て分を上限にして、実際に契約医療機関に支払われた金額との差額が振り込まれる。
- ⑤ 市の保健医療基金に連邦資金の市への割当て分全額が定期的・自動的に振り込まれる。
同時に市は契約医療機関と直接契約をすることができ、診療報酬は市の保健医療基金から契約医療機関に支払われる。

④に「差額が…」とあるが、調査した範囲ではSUSは病院の運営費を100%賄えない状態のところほとんどであった。そうであるならば、この差額はマイナスとなり実際には存在しない。一方で医療機関側はSUSに実際には行っていない診療費用を請求したり、二重請求、水増し請求などの不正が日常的に行われていると聞いている。請求内容を監査する機能は事実上ないに等しく不正請求の実態はつかめない。

SUSへの移行はすでに始まっているのだが、国家全体でのSUSの完成する時期についてはなんの目標も定められていない。制度としては確かに存在しているが、対外債務、税の未収、インフレーションといった歪んだマクロ経済の環境下でこの国の公的医療システムが機能してゆくには多くの問題がある。

6-2 HMO (Health Maintenance Organization)

民間医療機関の一形態としてHMOが活躍している。HMOは米国に多い会員制の医療機関である。個人、あるいは企業が契約を結んで事前に会費（保険料に相当する）を収め、一定の範囲の保健医療サービスを受けることができる。健康保険組合が自分の医療機関をもって組合員にサービスすると考えられる。通常HMOが提供する保健医療サービスの範囲は簡単なものに限られている。ブラジルには100以上のHMOがあり、公的医療機関のサービスを信頼していない都市部の顧客層を吸収している。

6-3 保健普及員制度事例

東北部のセアラ州は最も貧しい州の一つであるが、現在ではPHCの成功例として世界中に知られるようになった。セアラ州は1987年、乳児死亡統計もない状況からアジェンテ・デ・サウジ（保健普及員）の制度を始めた。地域のコミュニティから選ばれた婦人に乳幼児の下痢症対策としてORTを訓練し、それぞれの居住地の子供のいる家庭を訪問させた。当時の乳児死亡は、親が生まれた子供に名前を付ける意欲を失うほどだったと伝えられている。当初は多少の戸惑いもあったが、数か月後にはアジェンテ・デ・サウジは地域の人々の信頼を得るようになり、ORTが子供のいる家庭に普及した。乳児の最大のキラーに対策が立てられるようになり、乳児死亡率は目ざましく改善した。

セアラ州での成功の要因についてはさまざまな議論が交わされている。主だったものとして「州知事始め衛生局のスタッフの政治的コミットメント」が共通して挙げられることが多い。ただここからは、「だから、他の州で同じことをやってもうまくいくとは限らない」とする意見と、「セアラ州の経験は他の州でも再現可能」とに分かれる。前者の立場は、「アジェンテ・デ・サウジの活動や組織自体は比較的簡単なもので、同じようなメカニズムは随所で見ることができる。だが、セアラ州以外どこもうまくいっていない。政治的コミットメン

トが欠落しているからだ。」という根拠に立っていることが多い。確かにセアラ州には政治的コミットメントと言えるあまり明確には定義しにくいものが今でもあるように感じる。では政治的コミットメントは他の州に再現できないものなのであろうか。

アジェンテ・デ・サウジのメカニズムが比較的簡単であることは、良い経験をまねようとする際にたいへん都合が良いに違いない。しかし一見同じに見えるメカニズムがセアラ州ほどうまく機能しないのには理由があるはずである。さきの政治的コミットメントをもう少し分析してみると、これは「モニタリングとエヴァリュエーション」のことではないのかと気づく。セアラ州の活動が十分にモニターされエヴァリュエートされていたことは当時の報告や、外部への広報資料を見てもうかがい知ることができる。更にこの仮説を支持する事実がある。セアラ州の成功が国際保健の分野で有名になって、内外から数多くの援助機関、NGOがセアラ州の活動に興味をもって参加するためにやって来た。それぞれ独立指向の強いこれらのグループが、セアラ州の中で重複することもむやみに競うこともなく実に整然と協調して活動していることに驚きと興味を感じていたので、ことごとく関係者に「コーディネーションは誰がやっているのか」という質問を尋ねてみた。返答はすべて「特に誰もやっていない」であった。これは次のように解釈できる。衛生局は頻繁にNGOや援助機関とコンタクトして情報を交換している。これはフォーマルな会合ばかりでなく、廊下や現場での立ち話などもある。いずれの場合も衛生局はまったくオープンにコミュニケーションを行い、そこで双方が互いに相手の活動を十分にモニターしているのである。従って、「特に誰も」という意味は、「特定の人物（機関）がコーディネートするのではなく、みんながお互いに何かを考えて何をやっているのか知っている状態で、自然に主体的に譲り合い、かばい合いの調整機能が果たされている」ということであろう。

もう一点セアラ州の成功した要因に関して興味あるコメントを紹介することにする。セアラ州の中には100を越える市がある。アジェンテ・デ・サウジのプログラムには市役所と市衛生局の関与が重要な要因になる。セアラ州政府は資源の配分に当たって、管理能力の遅れた市の底上げに固執せず、進んだ市の立案した企画を積極的に支援した。一見これは格差を拡大させる政策にも思えるが、実際には州内の市全体に及ぶ効果があった。それぞれの市は自分たちが責任をもって行う事業に満足し、やればできるという自信を付けた。

現在ほとんどの州にアジェンテ・デ・サウジのプログラムがある。ただしこれはコレラ対策をきっかけに連邦のプログラムとして作られた制度であって、セアラのものとは質的に大きく異なる。

6-4 国家プログラム

保健省は母子保健・家族計画分野において以下の3つのプログラムを重点プログラムとし

て実施している。

(1) 女性総合保健プログラム

(PAISM-Programa de Assistência Integral a Saude da Mulher)

女性のライフサイクル全般にわたる保健サービスの提供を目的とするもので、以下に示す活動を、病院、ヘルスセンター、ヘルスポストにおいて実施する。

- | | |
|----------------|----------------------|
| ①妊婦への産前ケア | ⑦家族計画のカウンセリング、避妊具の提供 |
| ②臨床、産婦人科支援 | ⑧更年期医療支援 |
| ③生殖器疾患の治療 | ⑨出産・育児への支援 |
| ④性病・AIDSの予防 | ⑩病院もしくは自宅での出産への支援 |
| ⑤乳・子宮癌予防のための検査 | ⑪産後の医療支援 |
| ⑥女性、保健衛生及び開発 | ⑫育児への医療支援 |

同プログラムは、州レベル、SUSの権限委譲の完了した市では市レベルの病院において外来患者を対象に実施されている。具体的な活動方法は、各医療施設が各活動別の診察室を設け、そこで診察、指導を行うといったもので、各活動毎に患者が登録されている。一般的には妊娠した女性は産前ケアを受け、出産後、産後ケア及び家族計画プログラムを受けるしくみになっているが、避妊具が不足していることもあり、家族計画プログラムに登録している女性の多くが（マナウスでは43%）途中でドロップアウトしている。

(2) 乳幼児・児童総合保健プログラム

(PAISC-Programa de Assistência Integral a Saude da Crianca)

乳幼児に対する総合的支援で、各医療機関で実施されているほか、農村部ではアジェンテ・デ・サウジによる家庭訪問による以下の指導も行われている。

- | | |
|------------|-------|
| ①成長モニタリング | ④予防接種 |
| ②コレラ・下痢症対策 | ⑤母乳保育 |
| ③急性呼吸器疾患対策 | |

同プログラムもPAISMと同様、各医療機関で実施されている。出生時に子供の成長記録カードが配布され、定期検診による成長モニタリング、予防接種が記録される。生後6カ月間母乳のみで保育することにより、乳児の栄養改善を図り避妊効果を高めるプログラ

ムも行われている。栄養失調児が多い地域（東北部等）では、身近にある安価で栄養価の高い食品を与えるよう、母親に対して指導を行っている。

(3) 青少年総合保健プログラム

(PROSAD-Programa de Saude do Adolescente)

青少年を対象とした以下の事項にかかわる総合的支援。

- | | |
|---------------|----------------|
| ①発育と成長 | ⑤性行為感染症/AIDS予防 |
| ②リプロダクティブ・ヘルス | ⑥口腔衛生指導 |
| ③暴力・事故防止 | ⑦性教育 |
| ④麻薬服用に対する対策 | ⑧精神衛生 |

具体的な活動内容は州によって異なる。医療機関においては10代の妊婦に対する産前ケア、出産後の避妊指導などを行っている。学校及び地域での指導、広報活動を行っているところもあるが、全般的に活動範囲は非常に狭い。

6-5 医療サービスの実態

セアラ州で行われた調査（1990年）によると、2歳半までに死亡した子供の約30%、生後1カ月以内に死亡した乳児の43%が、治療もしくは看護を受けずに死亡し、内陸部に住む下痢をしている子供で医者の治療を受けた子供は18.9%、ORSを処方された子供は58.9%で、それ以外の子供は何の手当ても受けていないという結果が報告されている。公的医療が無料であるブラジルで、なぜ、医療サービスにアクセスできない人が多数いるという現実があるのか。ここでは今回の調査で見ることの出来た医療サービスの実態を述べる。

(1) 長い待ち時間と薬の不足

公的病院、保健センターは、朝から常時混み合っており、少なくとも2時間、もしくはそれ以上待たなくては診察を受けることができない。予約制を導入している病院では急患以外の患者は、初診を受けるために1~2カ月待たなくてはならない。また、診察までどうにか辿り着けても、病院では薬が不足しているため、必要な薬をもらうことができず、医師から処方せんのみを受取り、結局町の薬局で購入しなくてはならない。特に利用度の高い経口の抗生物質が不足している病院が多い。

(2) 避妊薬（具）の不足

産科病院では出産後の女性を対象に、カウンセリングと避妊薬の無料配布を行う家族計画プログラムを実施しているが、避妊薬（具）も他の薬と同様不足しており、長時間待たされたあげくもらえるはずの避妊薬がもらえなかったということが日常茶飯事である。当然のことながら家族計画プログラムに登録していた女性の足は次第に病院から遠ざかり、経済的に余裕のある女性は薬局でピルを購入するが、経済的に困難な立場にある女性は避妊薬を入手できない状態に追い込まれ、望まない妊娠を繰り返すことになる。

(3) 時間のかかる検査

臨床検査の施設が病院、ヘルスセンターにはあるが、機能は非常に限られており、多少複雑な検査になると外部の検査機関に委託するため結果がでるまでに40日、50日と時間がかかることがある。このため患者へのフィードバックが迅速に行なわれず患者の足を病院から遠ざける要因となっている。

(4) リフェラル・システムの限界

ブラジルではリフェラル・システムが取り入れられてはいるが、一次医療が十分機能しないままに患者を送り込み、更に受け入れる側の病院にも限度があることから十分な対応ができていない。バイヤ州サルバドールのヘルス・センターでは15日に1度、患者を上位のレベルの病院へ送るための証明書を100人分発行している。しかしその数は必要数を満たすには至らず、証明書発行の日には病院の窓口朝の4時から長い行列ができ、先着100名は証明書を入手するが、それ以外の患者はさらに15日間待つて再び並ばなくてはならない。

(5) アジェンテ・デ・サウジの人数、質が不十分

何らかの理由で病院や保健施設に行くことのできない人にとって、家を訪問し適切なアドバイスをしてくれるアジェンテ・デ・サウジは、唯一の医療サービスとの接点である。しかし、アジェンテ・デ・サウジの数は現在のところ非常に少なく、ピアウイ州のある保健医療区では16,459人の人口に対しわずか24人のアジェンテ・デ・サウジしかおらず（1人当たり人口；685人）、さらに交通の不便さも加わり、実際にカバーする人口はごく一部となっている。

一方、アジェンテ・デ・サウジの質であるが、セアラの例のようにコミュニティから選ばれた人を起用することはまれで、多くの地域では、学校（最低4年）を卒業はしたが就職先がない若者がわずか1週間～1カ月程の簡単な訓練を受けただけで、アジェンテ・

デ・サウジとして活動しているため、技術的、人間的にも未熟である場合が多い。給料は1最低賃金で、しかも、数カ月も遅れて支払われるため（マナウスで5カ月遅配）仕事に対しての情熱も失われがちである。

6-6 NGOの活動

(1) 家族計画関連NGO

1988年まで政府が公的な計画をとってこなかったこともあり、家族計画活動は現在でもNGOが中心となっている。家族計画関連のNGOに対してはこれまでUSAIDが積極的に支援してきたが、ブラジルの人口増加率が近年減少傾向にあることから、USAIDはブラジルへの家族計画支援を縮小する方向にある。このため、家族計画関連のNGOは財政的に緊迫した状態となっている。関連NGOを以下に列記する。

1) Pathfinder

人口問題に関連するNGOでUSAIDの資金受入れ機関でもあり、米国の資金はここを経由して他のNGOに配布されている。

2) BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil)

1965年に設立されたNGOでIPPFのメンバーである。5,000人を越えるスタッフ（フィールド・ボランティアを含む）が東北部を中心とした14州で家族計画、ガン予防、STD、AIDS予防を中心とした活動を行っている。BEMFAMは8つの州で10件のクリニックを運営しているほか、定期的な社会調査活動も実施している。支援機関は主にUSAID、IPPFである。

3) ABEPF (Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar)

ABEPFは、IPPFの会員であるBEMFAMを除くブラジル国内の家族計画関連のNGOの連合組織で、Pathfinderを通じて得たUSAIDからの資金の管理、配分、ニューズレターの発行等を行っている。

4) PRO-PATER

サンパウロにある家族計画専門のクリニックで、避妊に関するカウンセリング、男性避妊手術（vasectomy）、必要に応じた避妊サービスの提供、不妊相談などを行っている。ABEPFを通じてUSAIDからの支援を得ている。

5) CePARH (Centro de Pesquisas Assistência em Reprodução Humana)

バイア州で活動している非営利団体で、貧困層に対する家族計画の無料サービス、啓蒙活動、医療関係者のトレーニングなど、家族計画全般にわたる支援を行っている。また、企業と契約しその従業員に対する家族計画サービスを行っており、運営資金は契約企業からの収入、コミュニティー資金、ノルプラント（皮下に埋めこむホルモン剤）などの生産による利益で賄われている。

6) The Population Council

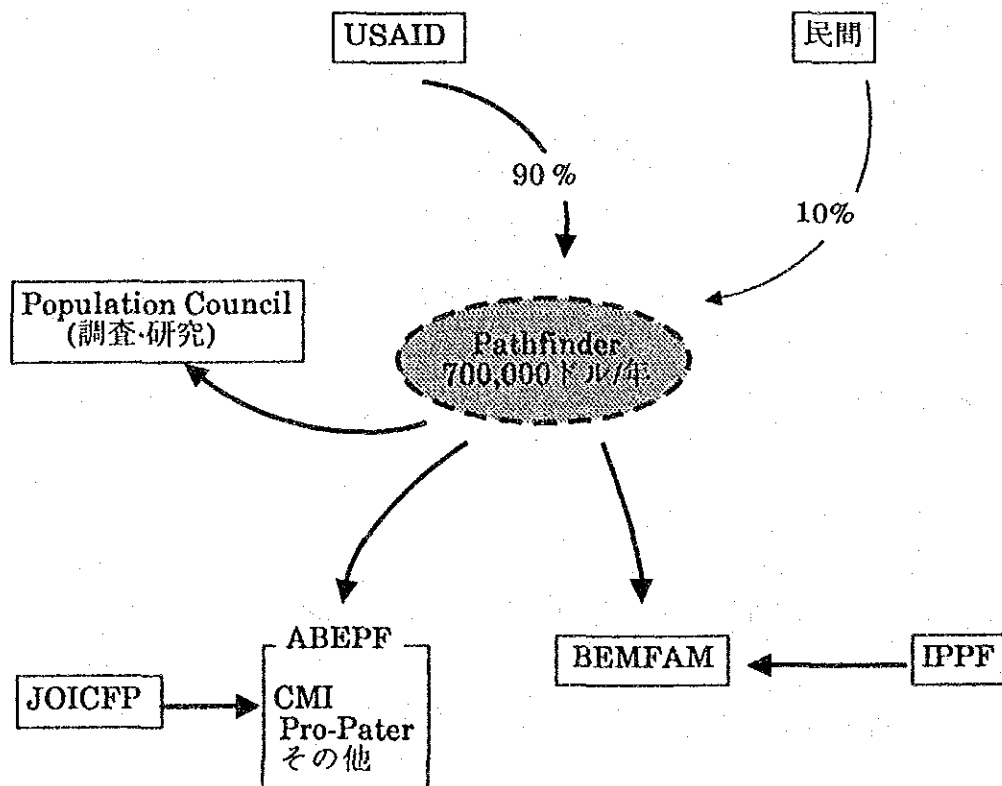
家族計画、人口分野でおもに調査・研究活動を行っている。

(2) AIDS関連NGO

1) The Family Health International

アジア、アフリカ、南米で活動している米国の世界的なNGO、USAIDのAIDSプロジェクト（AIDSCAP:AIDS Control and Prevention Project）の実施機関として組織された。ブラジルではサンパウロ、サントス、リオ・デ・ジャネイロを中心にコンドームの普及、ハイリスクグループの教育、感染者に対する支援を行っている。

図一19 USAID から家族計画関連 NGO への資金の流れ



2) GIV (Grupo de incentivo a vida) - サンパウロ

1990年に発足したHIV感染者が中心のグループで、AIDS感染者の人生のクオリティを向上させることを目標とし、感染者同士のディスカッションやカウンセリングの他に、AIDS対策の強化を求めて官公庁へ働きかけるほか、講演活動、テレビ出演などによってAIDSと共存できる社会をめざした活動を行っている。

3) ABIA-リオ・デ・ジャネイロ

リオ・デ・ジャネイロに21あるAIDSグループの中で最大規模の組織、1986年に社会学者であり、感染者でもあるベッチーノ氏によって設立された。同グループは女性、青少年、ファベラの住人などを対象に予防活動を行うほか、企業に対するキャンペーン、AIDSに関する情報交換等を行っている。

4) VIDDA-リオ・デ・ジャネイロ

1989年に設立されたHIV保有者とその親戚、友人で構成されたコミュニティでAIDS患者に対する支援、国のAIDS対策の監視、AIDSに対する差別をなくすための活動を行っている。

(3) 地域医療、母子保健関連NGO

1) Project Hope

USAIDの支援を受けている米国のNGOで、セアラ州において10年以上にわたり栄養改善を中心とした地域保健活動を行っている。

2) Monte-Azule

サンパウロのファベラMonte-Azuleにおいて、産婦人科クリニック、ワークショップ、幼児教育等、生活向上のための総合的な活動を行っているドイツ系NGO。シュタイナーの教育理論の流れを酌む。

3) Pastoral da Crianca

カソリック教会系NGOで、国、州、市と協力して乳幼児の栄養改善、予防接種等の活動を行うほか、所得向上プロジェクトとしてヤギ、羊の飼育、農業、養蜂などの指導を行っている。

4) CMI (Centro Materno-Infantil/Planejamento Familiar)

サンパウロの13のファベラ（貧困地区）で母子保健、家族計画、青少年教育活動を行っている。日本のJOICFP (the Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning: 家族計画国際協力財団) の実施したインテグレーション・プロジェクト (IP) のカウンターパート機関でもある。

6-7 援助側の動向

ブラジルにおいて、人口関係の活動に関して援助を行なっている多国間の援助機関としては、世界銀行、UNICEF、UNFPAが主である。こうした機関からの援助は、NGOを通じてその活動が展開されている。二国間ではUSAIDが一番大きな援助機関で、CIDAやJOICFPも援助を行なっている。以下に援助側の動向を列記する。

(1) 世界銀行 (IBRD) は保健分野で5つのプロジェクトに資金を提供している。

- ① 東北部 basic health services project, \$ 59.5million,1987~1995
- ② 東北部 endemic diseases control project, \$ 109.0 million,1988~1993
住血吸虫症、シャーガス病、リーシュマニア病の3つの感染症対策が中心。AIDSの対策も含む。
- ③ アマゾン地帯 Malaria control project, \$ 99.0million,1990~1995
- ④ 第二次東北部 basic health services project, \$ 267.0 million,1990~1996
- ⑤ AIDS and STD control project, \$ 160.0 million,1994~1998

(2) USAID

USAIDは連邦政府との協定を結んでいない。従って援助はすべてNGOを通じた形態で実施、管理されている。1997年までには人口分野からフェーズ・アウトする見込み。AIDS対策に力を入れている。(AIDSCAP)

(3) UNFPA

UNFPAの援助は1973年から始まっており、1990年までの間に1.8億ドルの援助が行われた。UNFPAは総合的カントリー・プログラムは行っていないが、トレーニングやIEC (Information, Education, Communication) の分野での協力、PAISMのプログラムのための機材供与等を行なっている。UNFPAの援助は殆ど保健省をカウンターパートとしてきたが、最近プロジェクト・マネジメントの観点から州レベルの政府と協定を結ぶ形態を取っている。UNFPAのプロジェクトには、次のようなものがある。

- ① リオ・デ・ジャネイロ：Maternal and child care demonstration project, \$ 1.1 million, 1979～1982
- ② 全国：Integrated health care programme for women and child, 1985～1990
- ③ Maranhao：Integrated health services for women in the state of Maranhao, 1987～1991
- ④ Paraiba：Strengthening of integrated health services for women in the state of Paraiba, 1987～1991

プロジェクトによる活動の他に、家族計画や、女性の健康を向上させるための情報誌、パンフレット等の編集、出版、配布等を行っており、これらの活動は、BEMFAMを通じて行なわれている。1989年には125人のブラジル人報道関係者に対して、人口と環境に関するセミナーを行ったり、Minas Gerais大学のthe Center for Development and Regional Planning (CEDEPLAR) において、修士や博士課程の奨学金の援助を行なっている。また、ブラジル地理統計院 (IBGE) にコンピューターの供与を行い、1991年の人口動態調査の際の統計の収集、整理、分析のための援助を行なった。

(4) UNICEF

UNICEFのプログラムは、特に東北部と北部の子供の権利、個人的、また社会的リスクの中に置かれている思春期前後の子供、MCH (Maternal and Children Health：母子保健)、基礎教育、社会的動員と持続的開発に重点を置いている。UNICEFの活動は、①健康と栄養、②女性の役割、③女性の健康、④基礎教育と識字、⑤困難な状況にいる子供、⑥子供と環境の分野で行なわれている。1990年から1995年のUNICEFからの援助は5千4百万ドルである。

6-8 カイロ会議

1994年9月カイロ市において、「人口と持続的成長並びに持続可能な開発」をテーマとして国際会議が開かれる。人口増加と都市化に伴う特定な地域への人口集中は、貧困、生産と消費のアンバランス、環境破壊、経済・社会・制の不平等などにつながっている。人口増加を抑え、環境や天然資源に対する負荷を減らし、教育、保健医療サービス、女性の地位の向上を強調をすることで持続的な経済発展を実現し、貧困の撲滅、生活の質の向上を果たしていくことが会議の課題である。

会議において共通の認識として広まりつつあるキーワードは“Choices and Responsibilities”「選択と責任」、家族計画への参加は基本的な人権であるとした考え方である。ブラジルはカイロ会議に向けてのカントリーレポートの中で、女性の権利、特に性と生殖に関する権利と健康の獲得、女性の機会均等、人種差別の撤廃、インディオなど少数民族の保護等に関する計画を強化してゆくとしている。また、国の出生率は確かに急激に低下したが、それは女性の権利としての家族計画サービスの利用によるものではなく、危険と背中合わせの不適切な条件下での不妊手術や人工妊娠中絶に頼っている事実を認め、避妊方法の選択の幅の拡大とアクセスの改善、出産前・後の検診や保健医療サービスの強化、性と生殖に関する健康推進のためのプログラムの展開などを行なうとしている。

人口政策については「人口政策は社会開発政策の中の一つの要素、そして国が社会経済面の目標を達成する課程で、少数民族の権利や個人の自由、正義、生存と相入れる一貫したものである。またそれは地域、国、世界のレベルでも共通していかなければならない」としている。人口の移動に関して、国内の人口集中は一部の大・中都市の周辺部を除いて状況は改善されてきているとしながら、国際移民の権利についての問題は改善されるべきだとしている。最近の人口動態に関しては、死亡率と平均余命が改善されたが、地域による格差という新しい問題が出てきていることを挙げている。最後に、先進国における持続的でない消費パターンを指摘し、カイロプランにおいて南北の国の富の不均衡を是正することが確かめられ、先進国における持続的な開発に対しても同様のプライオリティーを付けられるべきであろうとしている。カイロ会議における「人口問題」と「持続的開発」に対する努力は、1992年の「環境と開発会議」、「人権会議」などの一連の人口と持続的開発に関する国際会議の一つであり、更に「社会開発のための世界サミット」(1995)、「第4回婦人会議」(1995)、「人間の定住会議——Habitat 2」(1996) などへと継続する。

7. 日本の協力への提言

7-1 プロジェクト・マネジメント

深刻なマクロ不均衡状態に悩む途上国、とりわけ重債務国においては、経営予算はその財源が主に税収入によるため、極めて不十分になりがちである。プロジェクト・レベルでは、支援の長期的なsustainability（自立的発展性）のために、次のような諸点が配慮される必要があるといえよう。

- 案件策定に当たって、政府（連邦・州・市）の財政能力の分析、評価。
- カウンターパートに当たる省庁だけでなく、財務当局との、案件立ち上げ後の経常予算負担の可能性についての検討。
- 案件の策定に当たって、必要となる経常コスト試算を行い、相手側政府との十分な協議。
- 案件設計に当たって、経常コストが低費用になることの重要性検討。
- 保健医療などの社会サービス援助案件であっても、対象国の現状に応じて、歳入措置、部分的な費用回収措置の導入の可能性の検討を行う。

SUSの連邦資金に不確実な要素が多い現状では、できるだけ連邦資金に由来する財政的措置に依存しない体制を目指すことが、安定化に寄与すると思われる。地域保健活動を展開するにしても、既存のアジェンテ・デ・サウジの制度には給料遅配、人選と質の問題が存在し重要な検討課題になる。その点ではセアラは環境の整った州といえるであろう。

月間30~40%に及ぶインフレの影響は日本からでは想像しきれないものがある。給料の1か月間の遅配（特に公的セクターで頻繁）は、それだけで実質賃金の減少を意味する。プロジェクトの財務管理にはインフレに対処できる能力が求められるであろう。現地のNGOなどが有効なノウハウを蓄積していると思われる。

UNFPAは従来、連邦保健省をカウンターパートとしていたが、1994年に開始する「女性と青少年保健プロジェクト」からは州政府との協定に切り替えた。世銀はローンのデリスバースメントをUNDPに委託している。USAIDの援助メカニズムは「Pathfinder International」「the Population Council」「the Family Health International」等すべてNGOで構成されており、関係政府機関とは協調行動を取っているが、政府機関が援助資金の流れに関与することはない。以上いずれの場合も、政府機関の風通しの悪さ、インフレ環境下でのプロジェクト資金の目減り防止が大きな理由の一つになっている。

また、保健医療分野に次のような援助項目が加わるべきであろう。

- (1) 維持管理、及び運営能力の形成・強化、（とりわけ財務面で）に深い配慮と協力。

(2) エコノミストの参加による、保健医療セクターの経済面でのマクロ・デザイン*などの協力。

*）必要とされる公的サービスのコスト構造の明確化。政府部門の保健医療資源配分。

「国家予防接種の日」に世界的なポリオ撲滅の引き金となるほどの成果を残す一方で、定期的な予防接種プログラムの効果は期待されるほどに上がらない。これらの現象は、SUSの実施過程で機能的に整備された制度を持ちながら、現実には末端で資金不足を生じて十分に機能しないことと共通の国民的風土因子を含んでいるように思われる。

7-2 具体的提言

我が国のブラジルに対する母子保健及び家族計画への技術協力はブラジルが進めている総合保健システムの推進への寄与を考慮に入れて行なうのが望ましい。

この為には総合保健システム事業の全体像のなかに日本の協力事業を位置付け、連邦政府（衛生省）や、州や市との協議はもとよりブラジルに駐在する国連機関と緊密な連絡を取りながら協力事業を進展させることが重要と思われる。

協力すべき分野としては

- ① 保健医療の人材の育成
- ② 健康教育の推進
- ③ 保健医療情報システムの強化
- ④ 保健医療施設の機能の向上

これらの分野での協力を効率よく推進するには、先ず総合保健システムの権限委譲の進んでいる州や市を選び、これを中心にモデル地域を設定することが重要である。

(1) 母子保健医療の人材の育成

二次さらに三次レベルの保健医療施設で働く人のみならず、コミュニティレベルで働く保健医療従事者のトレーニングは極めて重要である。なぜならこれにより住民の健康に関する関心とそれに必要なサービスシステムを自分等で作り上げるというコミュニティの自助努力を促すことができるからである。このためには連邦や州の医科大学や公衆衛生大学が中心となって州や市の母子保健医療マネージャーをトレーニングし、そしてこのトレーニングを受けたマネージャーが末端レベルで働いている保健医療従事者をトレーニングしかつ彼らを指導・監督するというシステムを作ることが重要である。さらにトレーニングセンターの図書や情報などの教育設備の充実も重要である。

(2) 住民に対する母子保健教育の推進

現在、住民の母子保健や家族計画の教育はヘルスワーカーによる家庭訪問あるいはヘルスセンターや病院を訪れた母親に対して保健医療サービスを受ける前あるいは後に行なわれている。ここで視聴覚機材を使用すれば待ち時間の有効な利用など、ヘルスセンターや病院での教育が強化されることは十分に考えられる。

家庭訪問による場合にはヘルスワーカー自身のトレーニングのみならず彼等がパンフレットやリーフレットの教材を使用して家庭での教育を行なうのが住民の教育に大いに役立つものと考えられる。

即ち、ヘルスセンターや病院への視聴覚機材供与を始めとする教育設備の充実が重要である。

(3) 母子保健医療情報システムの強化

国家統計院が中心となって国勢調査を始めとする様々な情報収集を行なっているか、母子保健や家族計画に関する情報システムの強化が我が国とブラジルとの技術協力を進める上で重要であることはいうまでもない。このため以下の分野での協力が必要である。

1) 人材の育成

末端からの情報の収集をはじめ、市や州レベルで情報を収集・分析するための人材の育成が急務である。

2) 情報の収集と分析そしてこの結果を末端にフィードバックする情報システムの確立。

3) このためのコンピューター機材の供与をはじめとする情報センターの強化。

(4) 母子保健医療施設の機能の向上

医療施設の機能の向上には技術のトレーニングや人材の育成などが重要なことは言うまでもないが、ヘルスセンターや病院の母子保健医療に必要な材料の供与も重要である。

ヘルスセンターでは尿や血液の簡単な検査に必要なキットや避妊具の不足が目立っている。二次、三次レベルの保健医療施設でも高度な診断及び治療に必要な材料のみならず、避妊具が不足している場合もあるので、その施設のレベルや役割に合った医療材料の供給も重要である。

7-3 案件形成

次ページからあくまで一つの参考として「問題の因果関係」「望ましい状態」と題して、オブジェクティブの因果関係をチャートに整理した。各ボックス内の内容は、ディスカッションで出てきたプロジェクト・パーポスの候補である。

多様な社会の中で対象層を明確に絞りこむことが、特にこの国でプロジェクトを形成する際に留意しなければならない点となる。地域的には大ざっぱに北部、東北部、そして都市のファベラの中から選ぶことになろうか。対象層は、例えばAIDSがらみで母子保健と言うことなら、思春期しかも性行動パターンが確立する以前の若い年齢層が重要なターゲットグループになるといえる。AIDSの影響がどの程度の速度で広がってゆくのか予断を許さない。母子保健活動がAIDSによってダメージを受けるような状態になることも十分想定されるところである。このような波及を防ぐには、以下のような条件が必要となる。

(1) コンドームが安い。

AIDSを取り上げる場合にはコンドームの供給、ソーシャル・マーケティングへの配慮が欠かせない。合わせて不足がちな抗生剤、輸液、避妊薬の供給システムの整備・強化が対象になりうる。

(2) 避妊の恩恵を知っている。

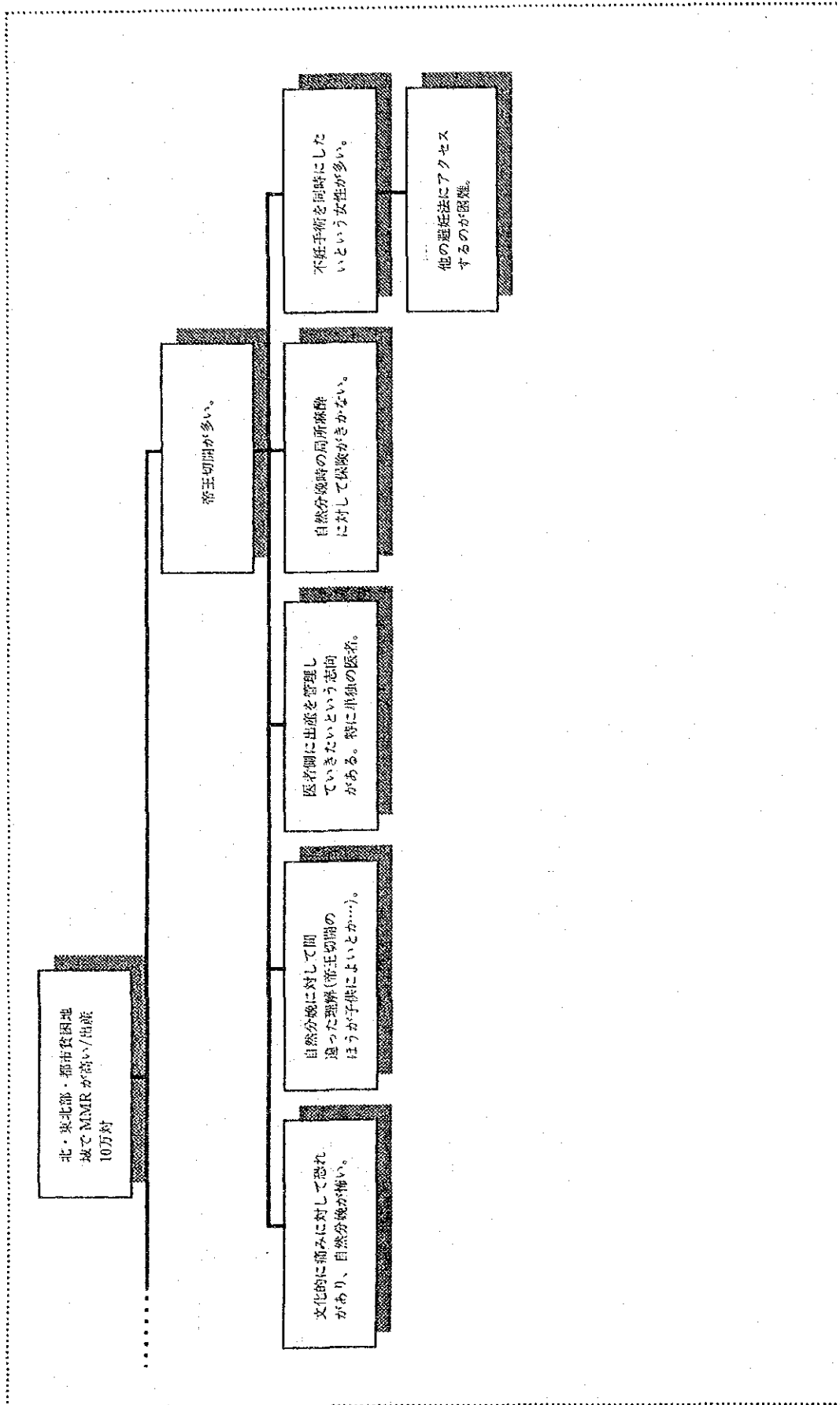
(3) 避妊法のオプションが多い。

(4) ANC (妊産婦検診) が行われる。

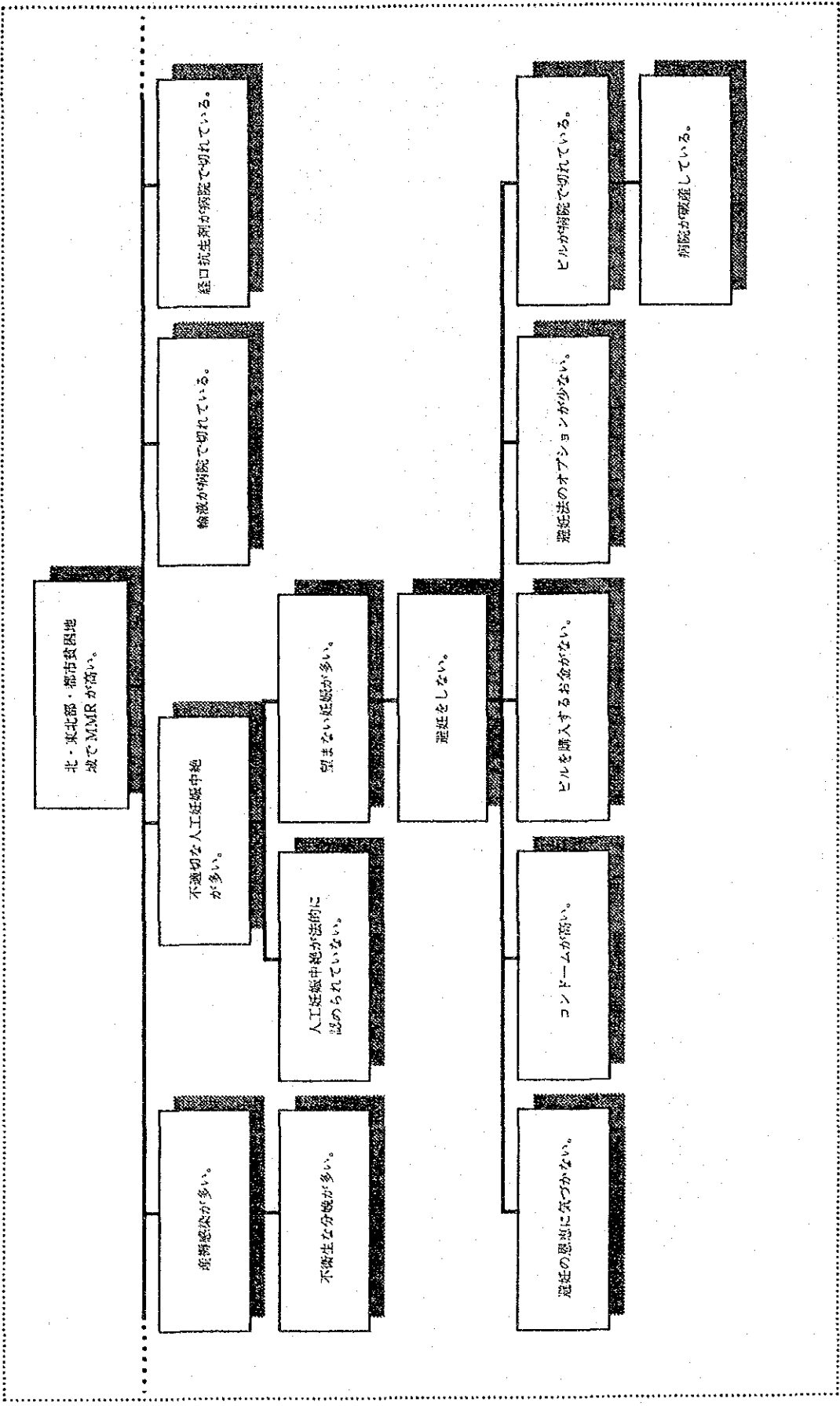
(5) IMR (Infant Mortality Rate: 乳児死亡率) が下がる。

(6) 青少年に対して性教育が早い時期に始まる。

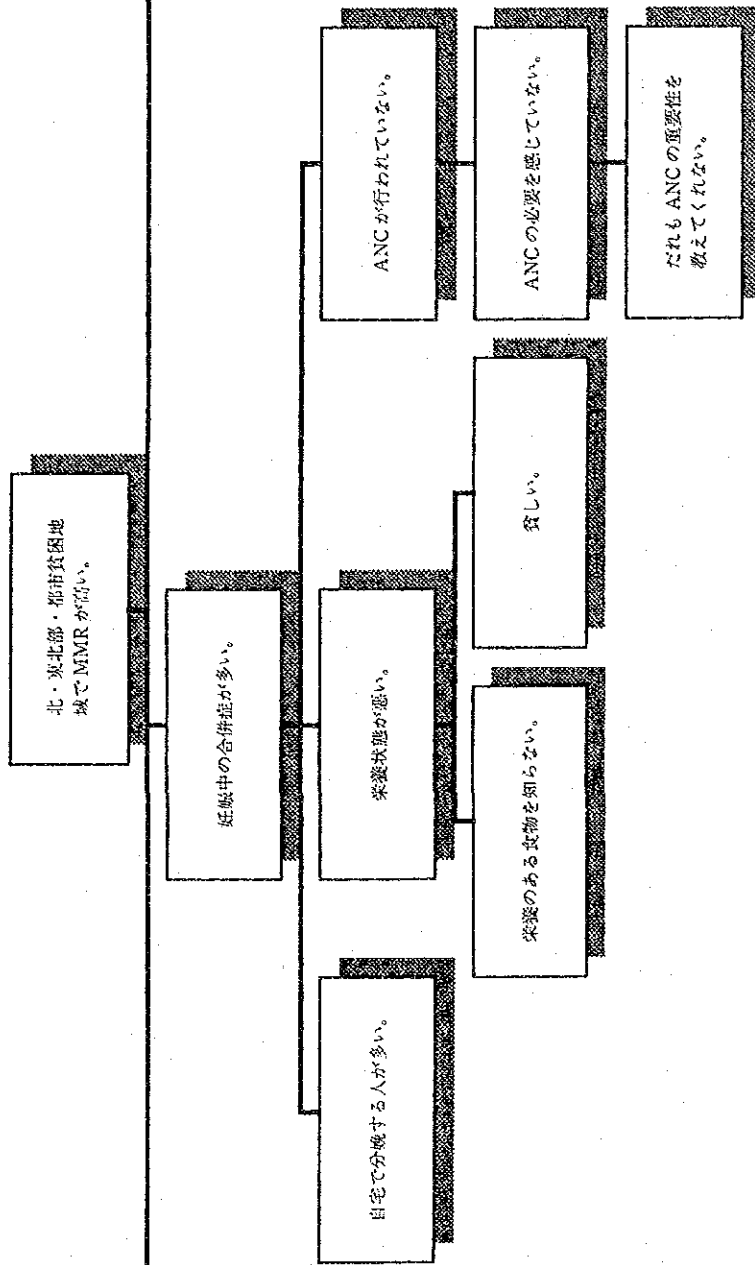
図一20 問題の因果関係 (1/4)



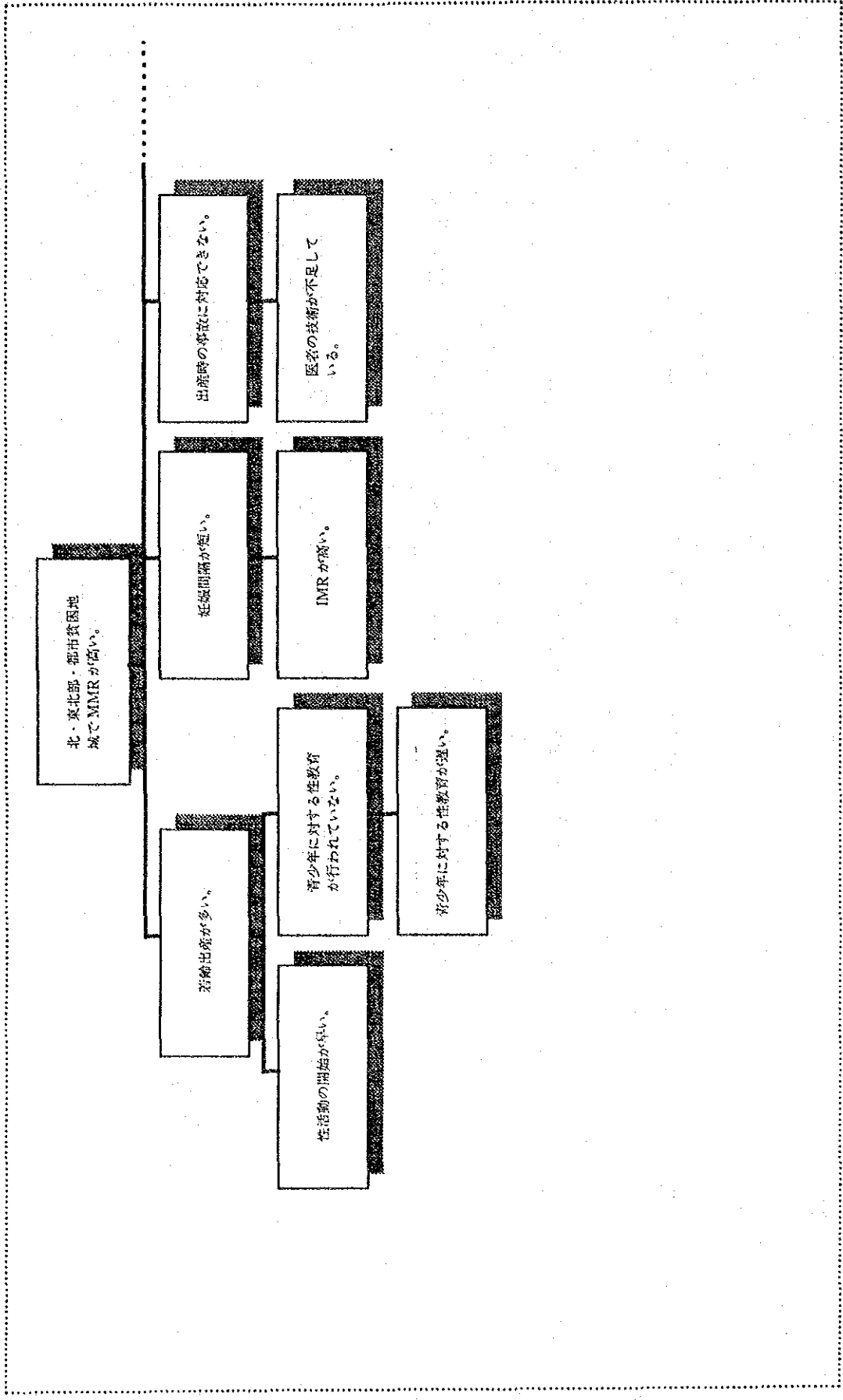
図一20 問題の因果関係 (2/4)



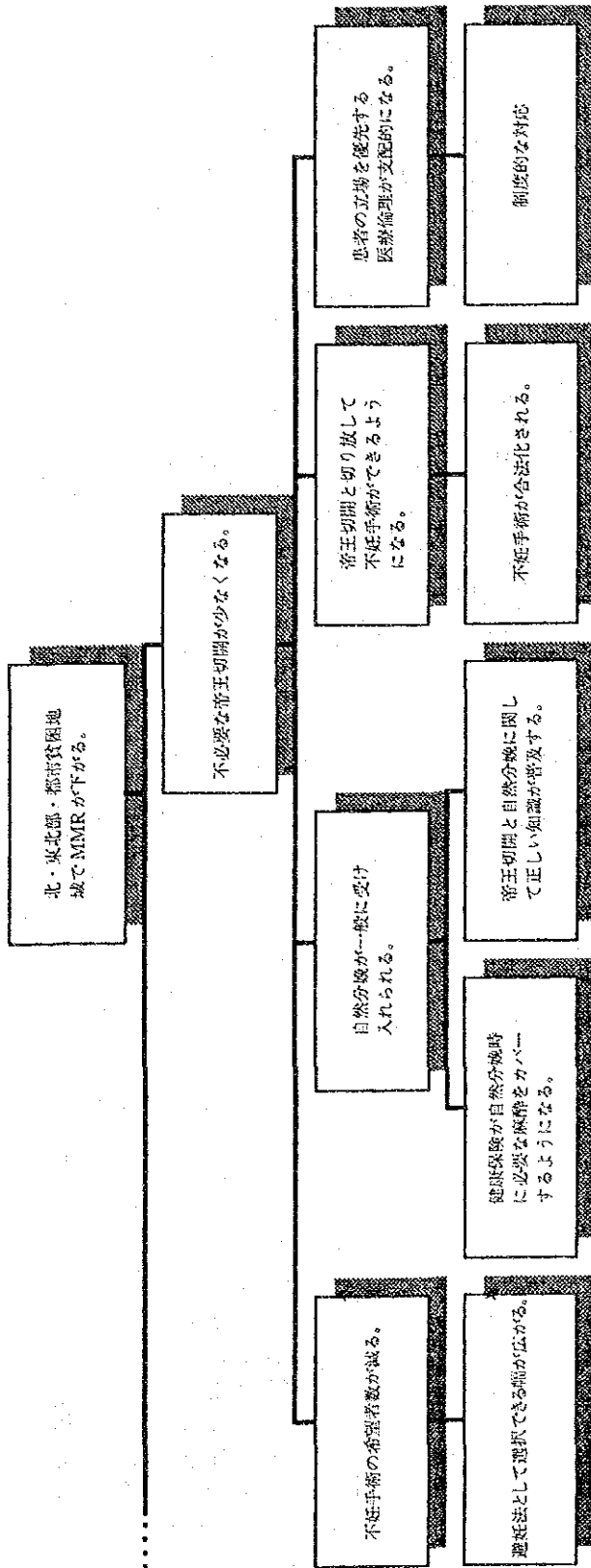
図一20 問題の因果関係 (3/4)



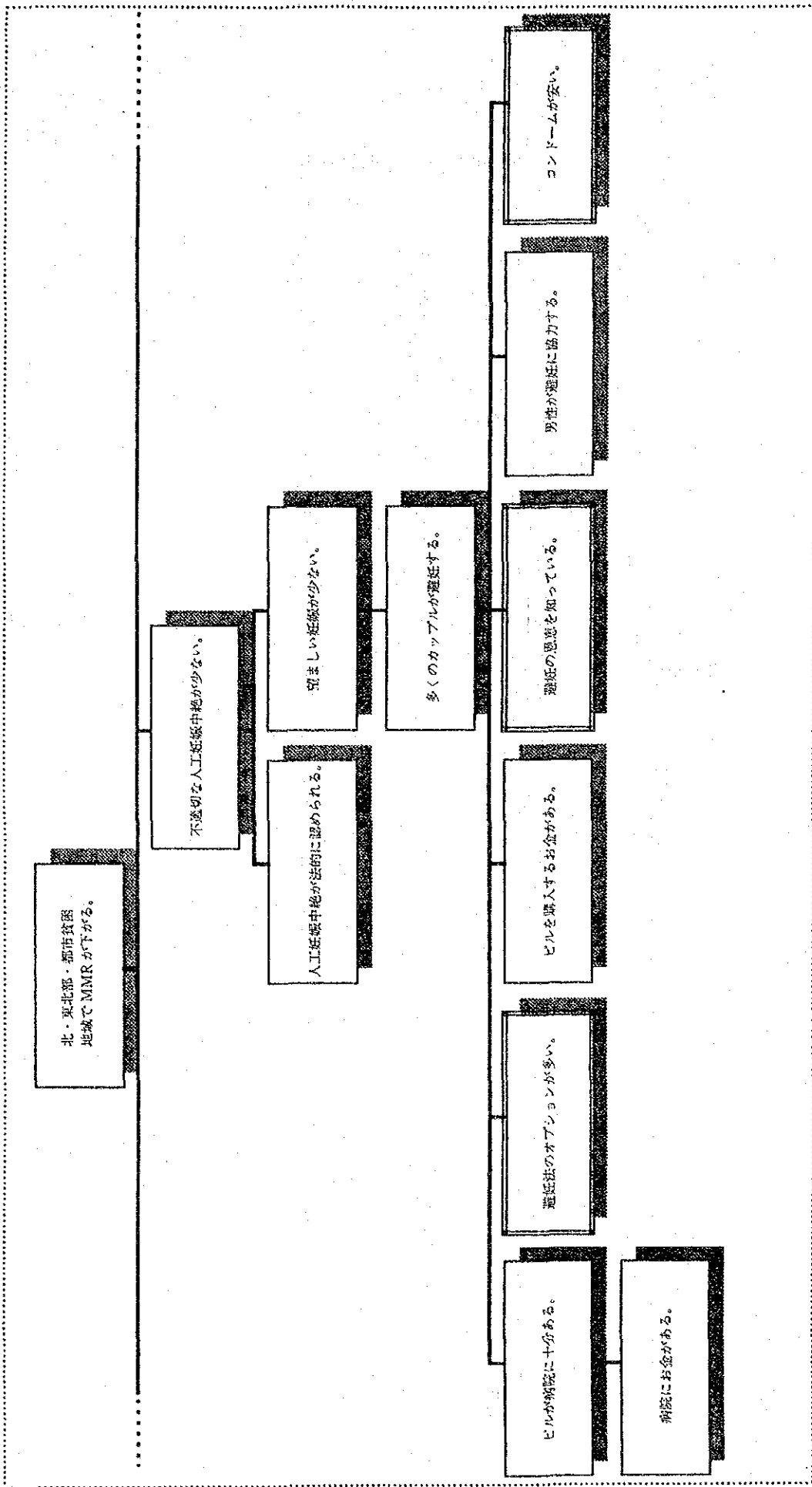
図一20 問題の因果関係 (4/4)



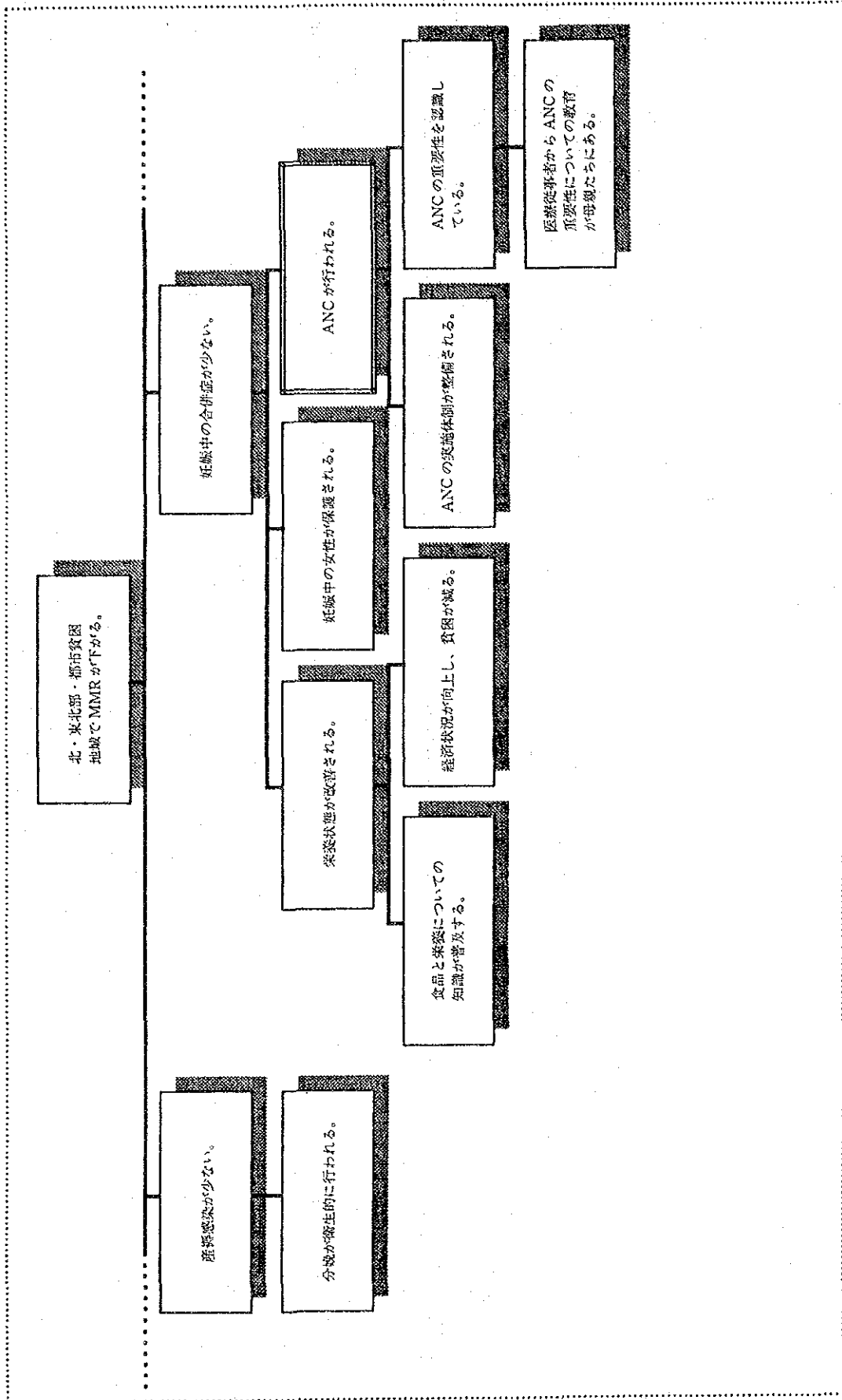
図一21 望ましい状態 (1/4)



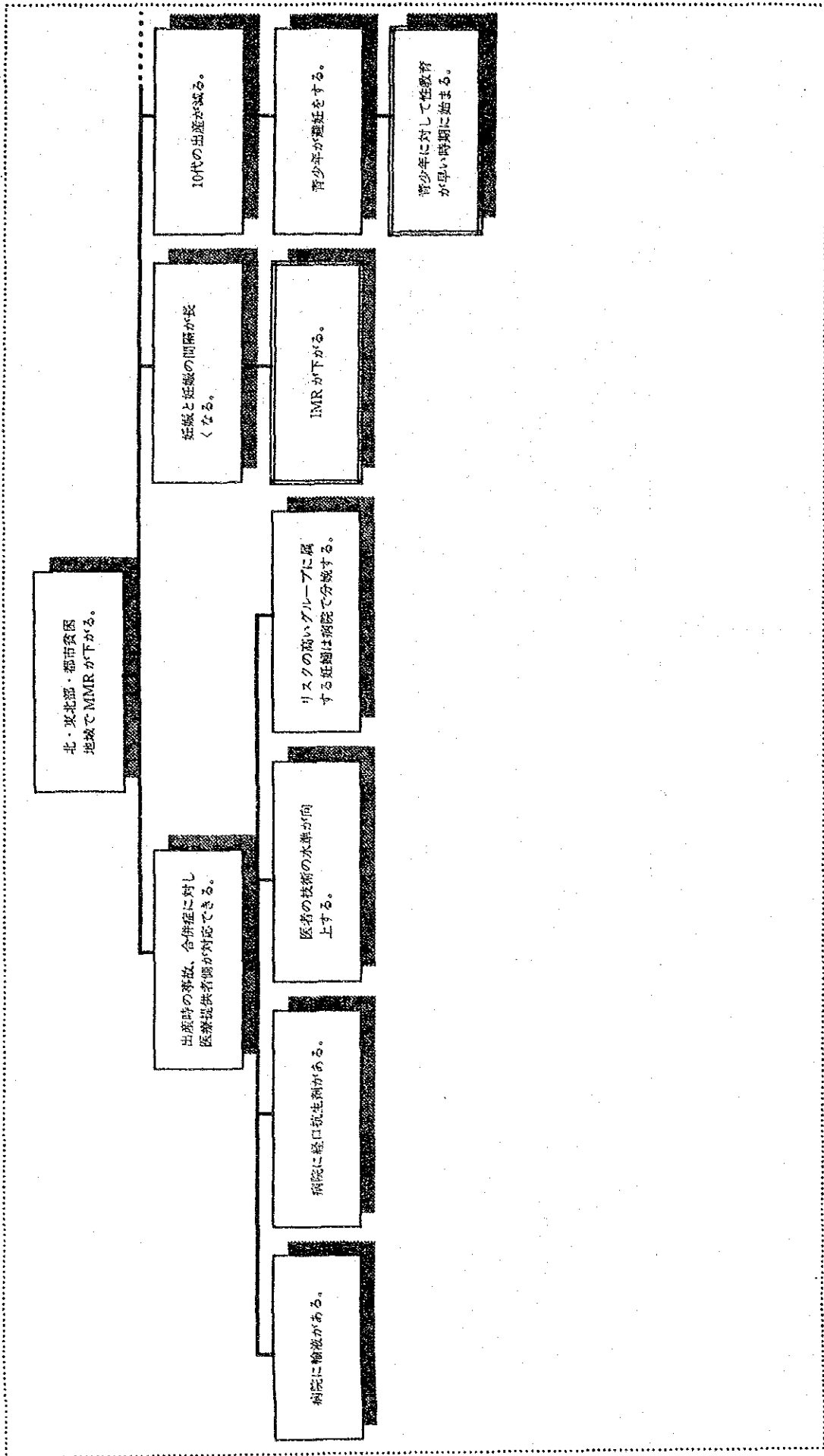
図一21 望ましい状態Ⅱ (2/4)



図一21 望ましい状態Ⅲ (3/4)



図一21 望ましい状態Ⅳ (4/4)



コミュニティーをベースに地域保健を目指すのなら、ほぼどこでも寄生虫対策はエントリーポイントとして有効に機能する条件がそろっている。欧米の直線的発想ではなかなか理解されないようであるが、JOICFP型インテグレーションプロジェクトはBEMFAMも多少経験を持っているし、最も成功の期待できる選択であろう。ペルナンブコのプロジェクトとの交流も適切かと考える。

(7) 患者の立場を優先する医療倫理が支配的になる。

帝王切開と不妊手術はブラジルの母子保健分野で核となるに十分な大きな問題である。医療倫理を遠くに見据えて、病院の品質管理、看護職、助産婦からのアプローチも考慮に値する。基本的に医療技術はかなりの高度なものまでブラジル国内に存在している。従って移転すべき技術は、基本的な衛生とその普及手法となるように思われる。

連邦のSUSの例を見ても規則・制度には実態が伴わないで形式だけが整っている可能性がある。組織制度に係わるようなアプローチは慎重検討を要する。ただ、セアラ州の例のようにモニタリング機能を実際的に強化・整備することはプロジェクト・マネジメントの観点からも興味ある課題である。

訪問先のいくつかでIECの要請を受けた。人口分野ではすでに伝統的な手法として安定したノウハウが蓄積され、分かりやすく役にたつコンポーネントと言えるかもしれない。

附 属 資 料

① 主要参考資料

② 略語表

③ 写真

① 主要参考資料

Brazil, Women's Reproductive Health ; the World Bank 1991

コロール政権の保健財政展望；パン・アメリカン保健機構、1991

統一保健医療システムSUSに係る法規集；JICAブラジル事務所訳、1993

Strategy for USAID Assistance in Family Planning to Brazil, 1992-2000 ; USAID 1992

Epidemiological study of HIV1 and HIV2 among CSWs in 3 urban areas, Sao Paulo, Brazil ; Dr. Fernandes Maria Eugenia 1991

Brazilian Report to the World Conference on Population and Development, 1993

国別医療協力ファイル「ブラジル」；国際協力事業団医療協力部

伝染病予防必携、第4版；日本公衆衛生協会

世界子供白書1994；ユニセフ

世界開発報告1993人々の健康に対する投資；世界銀行

Nordeste Brasil, pesquisa sobre Saude Familiar no Nordeste Brasil 1991 ; BEMFAM

PESQUISA SOBRE SAÚDE REPRODUCTIVA E SEXUALIDADE DO JOVEM, RIO DE JANEIRO, CURITIBA E RECIFE 1989-1990 BEMFAM

Nordeste Brasil, Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste Brasil 1991 BEMFAM/DHS

Perfil estatístico de crianças e maes no Brasil, Aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil 1989, inan, UNICEF

Brazil, Programme Review and Strategy Development Report 1991, UNFPA

"A 10-Year Review of Maternal Mortality in a Municipal Hospital in Rio de Janeiro : A Cause for Concern", Katherine D. Laguardia, et. al.

"Estimation Abortion levels in Brazil, Colombia and Peru, Using Hospital Admissions and Fertility Survey Data", Susheela Singh and Deirdre Wulf

"Family Planning Among Low-Income Women in Rio de Janeiro : 1984-1985" Sarah Hawker Costa, et. al.

② 略語表

ABC	: Agência Brasileira de Cooperação	ブラジル協力事業団
ABEPF	: Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar	
AIDS	: Acquired Immuno-Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
AIDSCAP	: AIDS Control and Prevention Project	
BEMFAM	: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil	
CePARH	: Centro de Pesquisas e Assistência em Reprodução Humana	
CMI	: Centro Materno-Infantil/Planejamento Familiar	
CP	: Contraceptive Pills	経口避妊薬
CPR	: Contraceptive Prevalence Rate	避妊受容率
CRTA	: Centro de Referência de Tratamento de AIDS	
CSW	: Commercial Sex Worker	
EPI	: Expanded Program on Immunization	予防接種拡大計画
FHI	: Family Health International	
FNS	: Fundo nacional de Saúde	連邦保健医療基金
FP	: Family Planning	家族計画
HIV	: Human Immuno-deficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMO	: Health Maintenance Organization	
IBGE	: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	国家統計院
ICS	: Interpersonal Communication Skill	情報伝達技能
IEC	: Information, Education, Communication	
IMR	: Infant Mortality Rate	乳児死亡率
INAMPS	: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social	国家社会保障院
IP	: Integrated Project	
JOICFP	: the Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning	家族計画国際協力財団
JSI	: John Snow Inc.	
KAP	: Knowledge, Attitude, Practice	
MCH	: Maternal and Child Health	母子保健

MCRA	: No. of Married Couple of Reproductive Age 再生産年齢夫婦数
MIS	: Management Information System
MMR	: Maternal Mortality Rate 妊産婦死亡率
MSH	: Management Science for Health
PAHO	: Pan-American Health Organization パン・アメリカ保健機構
PAISAD	: Programa de Assistência de Súde do Adolescente 青少年総合保健プログラム
PAISC	: Programa de Assistência Integral à Súde da Criança 乳幼児・児童総合保健プログラム
PAISM	: Programa de Assistência Integral à Súde da Mulher 女性総合保健プログラム
PROSAD	: Programa de Saude do Adolescente
PROMEDICA	: Proteção medica a Empresas LTDA
SAMEAC	: Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand
STDs	: Sexually Transmitted Diseases 性行為感染症
SUS	: Sistema Unico de Saúde 統一保健医療システム
TFR	: Total Fertility Rate 合計特殊出生率
TT	: Tetanus Toxoid 破傷風トキソイド
U5MR	: Under 5 Mortality Rate 幼児死亡率
UNDP	: United Nations Development Programme 国連開発計画
UNFPA	: United Nations Fund for Population Activities 国連人口基金
UNICEF	: United Nations Children's Fund 国連児童基金
USAID	: United States Agency for International Development
WHO	: World Health Organization 国際保健機構