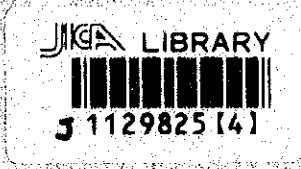


# ブラジル連邦共和国 家族計画母子保健プロジェクト 事前調査団報告書

平成7年6月



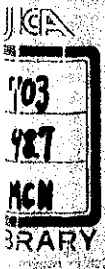
## 国際協力事業団 医療協力部

医協二
J R
95 - 07

ブラジル連邦共和国家族計画母子保健プロジェクト事前調査団報告書

平成7年6月

国際協力事





ブラジル連邦共和国  
家族計画母子保健プロジェクト  
事前調査団報告書

平成7年6月

国際協力事業団  
医療協力部



1129825 (4)

## 序 文

ブラジル連邦共和国北部及び東北部においては、熱帯地域に属する地理的背景及び保健医療体制を含む基礎的なインフラ未整備等から、高い乳幼児死亡率（125/1000）、低い平均寿命（51）と、これら指標は全国平均（それぞれ、58/1000及び66）から比べて著しく低いものとなっています。実際、東北部の就学前幼児の約半数が栄養失調状態にあり、これはラテンアメリカにおいて最も高い数値でもあります。

こうしたブラジル国内の南北格差是正の観点も踏まえ、同国政府は1988年に統一保健医療システム（SUS）を設定し保健医療整備に乗り出すと共に、乳幼児総合保健計画、女性総合保健計画等一連の社会的弱者救済のための政策を実施し、医療対策を強化してきました。しかしながら、東北部の貧困層には未だ必要最低限の医療サービスが行き届いていない現状にあります。

このような状況から、東北部のペルナムブコ州ではSUS支援を中心とした公衆衛生活動を強化することとなり、本年1月から当事業団による「東北ブラジル公衆衛生プロジェクト」が開始されました。

更に、東北部全体の医療事情を把握し今後の更なる協力の可能性を探るために、昨年3月には同地域を対象に人口母子保健プロジェクト基礎調査が実施されましたが、その結果、東北部の貧困地帯では家族計画の適切な導入と母子保健に係る状況の改善が急務であることが確認されました。

現在、ブラジル国政府は東北部を対象に新生児の医療支援、下痢症疾患管理、妊産婦ケア、家族計画及び栄養改善指導等を中心とした母子保健システムの確立について、新たに我が国に要請してきています。

当事業団では上記基礎調査の結果も踏まえて、今回、ブラジル国家族計画母子保健プロジェクトに関し、要請書の確認、関係機関との協議及びプロジェクトサイト調査を目的に平成7年1月18日から同2月1日まで東京大学医学部大学院国際保健計画学教室梅内拓生教授を団長とする事前調査団を派遣しました。

本報告書は上記調査団の調査結果を取り纏めたものです。なお、本調査団の派遣に当たりまして、ご協力頂きました関係各位に深甚なる謝意を表する次第です。

平成7年6月

国際協力事業団

理事 小澤 大二



ガマ保健区サンタマリア地区保健  
センター (ブラジリア)



ガマ保健区サンタマリア地区保健  
センター内の医薬品貯蔵状況  
(ブラジリア)



ガマ地区連邦州立病院内  
(ブラジリア)

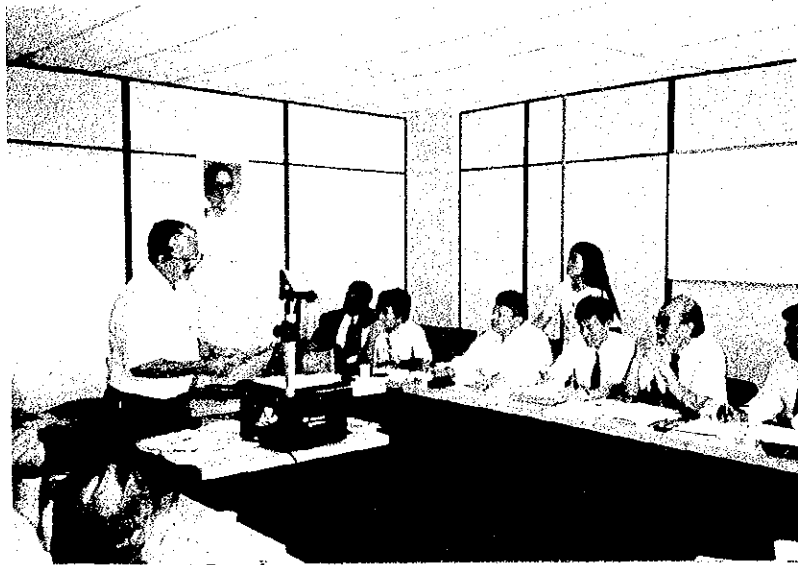


セアラ州フォルタレーザ市





保健省母子保健課、  
ABC（ブラジリア）との協議



セアラ州保健局による  
プレゼンテーション



公衆衛生学校





ベバリベ市保健センター

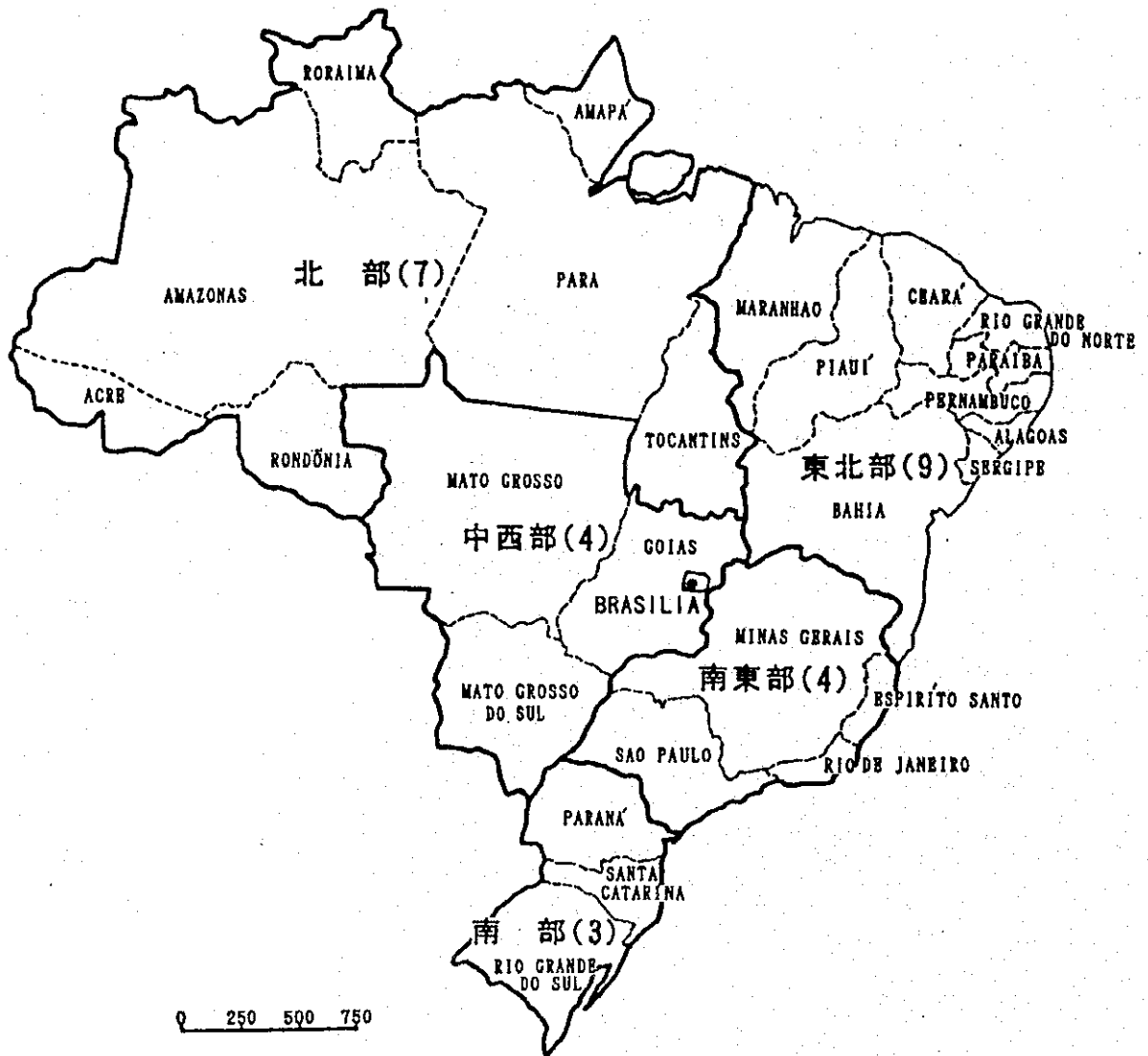


ベバリベ市保健センター内の統計室



キシヤダ市保健センター

ブラジルの地理的区分



(注) ( ) 内の数字は州の数を示す

出典 Anuário Estatístico do Brasil IBGE

# 目 次

序 文  
写 真  
地 図

1. 事前調査団の派遣	1
1-1 派遣の経緯	1
1-2 調査の目的及び内容	1
1-3 調査団の構成	3
1-4 調査日程	4
1-5 主要面談者	5
2. 調査報告	7
2-1 総 括	7
2-2 ブラジル全体の母子保健の実施体制	8
2-3 ブラジル全体の母子保健の疫学的概況	15
2-4 セアラ州の概要	18
2-5 セアラ州の母子保健の疫学的概況	20
2-6 セアラ州母子保健局の活動内容	21
2-7 セアラ州社会活動局の活動内容	25
2-8 セアラ州教育局の活動内容	27
2-9 セアラ州市政府の母子保健プログラム（ベベリーベ市及びキシャダ市の例）	27
2-10 社会ジェンダーに関する考察及び提言	29
2-11 ペルナンブコ州で実施中の東北ブラジル公衆衛生プロジェクトについて	30
3. 相手国実施体制の組織及び体制	32
3-1 保健省の実施体制	32
3-2 セアラ州保健局の実施体制	34
3-3 両機関の実施分担	35
4. 協力計画案	37

附属資料

① 社会ジェンダー関連調査報告 .....	41
② 日順による調査内容 .....	55
③ ミニッツ .....	67
④ 要請書 .....	75
⑤ 医療協力ファイル .....	125
⑥ 調査団収集資料 .....	133
⑦ 収集資料一覧 .....	183

# 1. 事前調査団の派遣

## 1-1 派遣の経緯

ブラジル連邦共和国（以下、ブラジルと略す）は、1993年の国連統計によれば人口約1億6千万人、年平均人口増加率1.4%、乳幼児死亡率58/1000、平均寿命66となっており保健衛生指標を全国レベルで見ると「中進国型」に相当する。

しかしながら北部、東北部においては、熱帯地域に属する地理的背景及び保健医療体制を含む基礎的なインフラ未整備等により、高い乳幼児死亡率（125/1000）、低い平均寿命（51）と、これら指標はサブサハラ並みとなっている。実際、東北部の就学前幼児の約半数が栄養失調状態にあり、これはラテンアメリカにおいて最も高い数値である。こうした南北格差是正の観点も踏まえ、ブラジル政府は1988年に統一保健医療システム（SUS）を制定し保健医療整備に乗り出した。更に、乳幼児総合保健計画、女性総合保健計画等を策定し、これら社会的弱者への医療対策を強化してきたが、東北部の貧困層には未だ必要最低限の医療サービスが行き届いていない現状にある。

このような状況から、東北部のペルナムブコ州ではSUS支援を中心とした公衆衛生活動の強化が急務となり、本年2月から国際協力事業団（JICAと略す）による東北ブラジル公衆衛生プロジェクトが開始されている（「2-11 ペルナムブコ州で実施中の東北ブラジル公衆衛生プロジェクトについて」の項参照）。また、東北部全体の医療事情を把握し今後の更なる協力の可能性を探るために、昨年3月には同地域を対象に人口母子保健プロジェクト基礎調査が実施された。

その結果、東北部の貧困地帯では家族計画の適切な導入と母子保健に係る状況の改善が緊急に必要であることが確認された。

現在、ブラジル政府は東北部を対象に新生児の医療支援、下痢症疾患管理、産婦ケア、家族計画及び栄養改善指導等を中心とした母子保健システムの確立について、新たに我が国に要請してきているが、本プロジェクトは同要請に基づいたものである。

## 1-2 調査の目的及び内容

上記の経緯に基づいてブラジル国家家族計画・母子保健プロジェクトに対し、JICAは事前調査団を派遣することとした。事前調査での調査・確認事項としては以下の通りである。

### (1) 在ブラジル日本国大使館、JICAブラジル事務所との協議

1) プロジェクトの要請の背景について

2) 本件プロジェクトを実施する場合のブラジル側の行政上の問題について

特に保健省及びセアラ州政府保健局の行政上の関係

3) 東北部公衆衛生プロジェクトと本プロジェクトの実施上のデマケについての日本側認識の確認及び統一

- 4) モデルエリアとしてセアラ州を選定することについての意見聴取
- 5) カンピーナス大学消化器病プロジェクト、東北部公衆衛生プロジェクトに続く3番目の医療プロジェクトである本プロジェクトについて、全体の中での論理的な位置づけと整理
- 6) プロジェクトのアウトラインについての意見聴取

(2) 現地調査 (セアラ州)

- 1) セアラ州内でプロジェクトの対象となり得る地域 (複数) の視察
- 2) 現在の母子保健活動についての調査
- 3) 他国援助機関、国際機関、NGO等の既存プロジェクトの視察
- 4) セアラ州政府保健局の出先機関、診療所等の医療レベルの視察

(3) セアラ州保健局との協議

- 1) 同州の母子保健活動に係る戦略の聴取  
緊急度の高いエリアにおける短期戦略  
将来的な長期戦略
- 2) 現時点での具体的な母子保健活動、母子保健チームの実績
- 3) 保健省との役割分担
- 4) セアラ州住民の保健データ入手
- 5) 具体的なプロジェクト活動でのニーズ (求められる協力分野)
- 6) カウンターパートとしての同局の実施体制及び技術能力
- 7) 以上を踏まえたプロ技協の枠内で協力を行う場合の最適アウトラインの策定及びプロジェクトの目標、アウトプット、活動内容、専門家派遣、研修員受入れ、機材供与等についての協議及びアウトラインの策定 (但し、専門家派遣、研修員受入れ、機材供与についての具体的な分野及び項目については口頭で先方の要望を聴取するにとどめ、具体的な方針については次回、医療協力部内での検討を踏まえてR/Dで確認する。)

(4) 保健省との協議

- 1) 国家開発計画における医療セクターの位置づけ
- 2) 医療セクターにおける母子保健政策
- 3) 母子保健政策における東北部の位置づけ
- 4) 東北部の中でのセアラ州の位置づけ及びモデルエリアとしての論理的整理
- 5) セアラ州で母子保健協力を日本が行う意義等論理的整理
- 6) 本プロジェクトと統一保健システム (SUS) の関連性の整理
- 7) 東北部公衆衛生プロジェクトと本プロジェクトの実施上のデマケ

8) セアラ州政府保健局との役割分担

9) 上記(3)の7)と同様

### 1-3 調査団の構成

	担 当	氏 名	所 属
団 長	総 括	梅内 拓生	東京大学医学部大学院国際保健計画学教室教授
団 員	母子保健	戸澤 秀夫	東北大学医学部産婦人科講師
団 員	公衆衛生	小貫 大輔	エイズ予防財団リサーチ・レジデント
団 員	W I D	内海 優子	元国際協力事業団国際協力総合研修所ジュニア専門員
団 員	協力計画	青木 利道	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課職員

1-4 調査日程

日 順	月 日	曜 日	移動及び業務
第1日	1/19	木	成田発RG837 (直行便、日付変更線通過) サンパウロ着 サンパウロ発RG276 ブラジリア着 JICAブラジル事務所表敬・打合せ 在ブラジル日本国大使館表敬 保健省官房長表敬
2日	1/20	金	ABC、保健省保健支援局母子保健課協議
3日	1/21	土	ブラジリア連邦内母子保健関連施設視察 (サンタマリア地区)
4日	1/22	日	ブラジリア～フォルタレーザ移動
5日	1/23	月	セアラ州保健局長表敬、同局協議 公衆衛生学校視察 同州知事表敬
6日	1/24	火	同州教育局表敬・協議 同州労働社会福祉局表敬 労働社会福祉局運営による児童向け職業訓練施設 (ポロセンター) 視察 フォルタレーザ市立アルベール・サビン小児病院視察 地域住民運営による市内保育園視察
7日	1/25	水	キシヤダ市母子保健運営体制視察 同市長表敬
8日	1/26	木	ベペリベ市保健センター視察 保健省、セアラ州保健局とのミニッツ協議
9日	1/27	金	ミニッツ署名
10日	1/28	土	資料整理 梅内団長帰国
11日	1/29	日	フォルタレーザ～ブラジリア移動 資料整理
12日	1/30	月	保健省保健支援局長のミニッツへの署名 JICAブラジル事務所最終報告 在ブラジル日本国大使館最終報告 調査団帰国 ブラジリア発TR515 サンパウロ着 サンパウロ発AA950
13日	1/31	火	ニューヨーク着 ニューヨーク発JL005
14日	2/1	水	成田着



## 1-5 主要面談者

### (1) 日本側

- 1) 在ブラジル日本国大使館 渡辺公使  
梶原一等書記官  
安藤医務官  
大山専門調査員
- 2) JICA ブラジル事務所 楠木所長  
米崎所員  
井上所員

### (2) ブラジル側

- 1) Ministerio de Saude  
Gabinete Chefe  
Gabinete Dr. Masahiro Miyamoto  
Coordenacao Materno-Infantil (COMIN) Dr. Maria Anice S. Fonteenela Silva  
ditto Dr. Jose F.N. Formiga  
Assesoria da Assuntos Especiais de Saude Dr. Monica Braga Teixeira  
ditto Dr. Iginio Rodrigues Barbosa  
ditto Dr. Divannete Psi de Souza
- 2) ABC  
MRE Director Mr. Nelson de Oliveira  
ditto Assesor de Coordenacao Tecnica Mr. Marcos Lins Faustino  
ditto Assessor Tecnico Mr. Humberto Miguel P. Correa
- 3) State Government of Ceara  
Governor Mr. Tasso Ribeiro Jereissati
- 4) State Secretariat of Health  
Secretary Dr. Anastacio de Queiroz Souza  
Vice-Secretary Dr. Francisca Maria O. Andrade  
Technical Director Ms. Jocileide Sales Campos  
Director of Epidemiological Dep. Dr. Manoel Dias da Fonseca Neto  
Coordinator of Programa Viva Mulher Dr. Dirlene M. Ildfonso da

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Programa Saude de Adolescentes               | Dr. Mary Anne C. B. Arruda       |
| Programa Agente de Saude                     | Ms. Ines Vasconcelos Amaral      |
| Director of School of Public Health          | Dr. Silvia Mamede Studart Soares |
| Director of Meireles Health Center           | Dr. Deana Lopes Pompeu           |
| 調査協力者  | Ms. Chizuru Misago               |
|  |                                  |
| 5) Albert Sabin Hospital                     |                                  |
| Director                                     | Dr. Emair Silva Borges           |
|  |                                  |
| 6) State Secretariat of Education            |                                  |
| Secretary                                    | Mr. Antenor Manoel Napolini      |
| Sub secretary                                | Pf. Guaraciana B. Leal           |
| Director/Intersecretarial Work on Infant     | Pf. Lindalva P. Carmo            |
| Education                                    |                                  |
| Director                                     | Pf. Maria Lady Chagas            |
| Nurse  | Ms. Maria Imaculada Queiroz      |
| Sociologist                                  | Ms. Maria A. Garcia              |
|  |                                  |
| 7) State Secretary of Work and social Action |                                  |
| Secretary                                    | Dr. Jose Rosa Abreu Vale         |
| President/FEBEMCE                            | Dr. Tania de Fatima Gurgel       |
|  |                                  |
| 8) City of Quixada                           |                                  |
| Prefeito                                     | Mr. Ilario Marques               |
| Health Secretary                             | Dr. Luis Odorico M. de Andrade   |
| Health Coordinator                           | Dr. Ivana Cristina Barreto       |
|  |                                  |
| 9) City of Beberibe                          |                                  |
| Secretary of Health                          | Dr. Marcus Ferreira Queiroz      |

## 2. 調査報告

### 2-1 総括

ブラジルの公的保健医療は全ての国民に無料で提供されることが法律で定められている。しかし、実際にこれを行うことは財政上極めて困難であることがブラジルのみならず他の多くの国の経験から明らかである。今回の調査の対象であるブラジル東北部は経済的レベルが低く、多くの貧困層の人々をかかえており、かつこれらの人々に対する保健医療の提供も不十分であることが報告されている。このような状況で、ブラジル東北部の家族計画並びに母子保健のサービスの向上と充実を目指し、かつそれを成就することは簡単なことではない。

現在、ブラジルでは保健医療システムの改善を目指し、全国レベルで統一保健機構が推し進められている。特に地方への権限移譲による地域保健システムの活性化は、注目に値する。例えば、セアラ州では保健エージェントの育成と、彼等を中心とした住民参加による保健教育の充実と保健医療サービスの拡大が、乳児死亡率のめざましい減少を成就している。この成果は我が国が目指すべき協力を計画する上で極めて重要な土台となり得る。

即ち、法律により公的医療機関での受益者負担による財源確保の道が閉ざされている現在、考えられることは保健医療従事者の教育とトレーニングを行い、かつこれによる彼等のモチベーションの喚起を行い、彼等のリーダーシップによる住民参加の促進を図り、地域の保健医療システムの活性化と質の向上をねらうことである。

今回は、この考えに沿って家族計画並びに母子保健での協力計画を立案するための事前調査を行った。その結果、以下の項目について確認することができ、本件「家族計画母子保健プロジェクト」についてはその実現に向けて、前向きに取り組んでいくことが重要と判断された。

- (1) 先方保健省、セアラ州保健局共に、本プロジェクトに対する期待が窺われ、本件調査団受入れの準備も十分になされていた。
- (2) ブラジルのなかでも特に母子保健状況の悪い東北部、また東北部のなかで①行政のマネジメントが良好、②交通の便が良い、③他国プロジェクト実施の経験があり、またモチベーションも高い、ということでセアラ州選定の妥当性が確認された。
- (3) 本プロジェクトは、第一段階でセアラ州のなかのいくつかの市をモデルエリアとして母子保健プログラムを実施し、徐々にその対象となる市を増やし、プロジェクトの進捗に応じて最終的には他の州に広げていくという方法が望ましい。
- (4) 既にブラジルで実施されている Agente de Saude Program (保健エージェントが各市、村落に入って地域住民に保健知識を啓蒙するというもの) は非常に有効であり地域レベルでの母子保健活動の中心を担っている。本プロジェクトでは保健エージェントの監督官(訓練、指導、監督を行う看護婦レベルの保健従事者)の訓練プログラムを策定・実施していくことが大きな柱とな

るであろう。

- (5) また疫学部門を充実させて既存の保健情報システムを改善し、Agente de Saude Programを側面支援していくことも必要となろう。
- (6) プロジェクト実施に当たっては、コミュニティレベルからの方法論を重視すると共に地域住民への裨益を第一に考えて活動内容を設定する必要がある。また、必要であれば州保健局を仲立ちにして教育局、労働社会福祉局等とも連携を図ることも考慮すべきであろう。
- (7) 母子保健のなかで乳幼児死亡率の改善だけではなく、住民の生活の質の向上といった面も視座に置いて活動内容を設定すべきであろう。
- (8) 本プロジェクトにおいて、①保健省は、本プロジェクトに全責任を持つと共に、同省母子保健課を通じて本プロジェクトを支援及び監督し、②セアラ州保健局は本プロジェクトの実施に全責任を持つことを確認した。つまり、保健省は本プロジェクトの監督責任を含む最終責任を有し、セアラ州保健局はその実施に全責任を有するというデマケであり内容的に整理されている。

## 2-2 ブラジル全体の母子保健の実施体制

- (1) ブラジルの民主化と1988年新憲法及びSUS（統一保健システム）の成立

ブラジルを始め南アメリカの多くの国々では、1960年代から1980年代にかけて続いた軍事独裁政権が1980年代前半から1990年代前半にかけて緩やかに民政移管を遂げ、現在は、様々な分野における政治機構の再構築が進行している。保健・医療サービスの分野についても同様に、地方分権化を始めとする様々な改革が、それぞれの国の状況に応じて進行中である。

ブラジルでは1964年から続いた軍事政権であったが、フィゲイレド大統領（1979年～1985年）の時代に緩やかな民主化が進み、1985年には間接選挙による民間人大統領が選出されて（タンクレード・ネーヴィスが当選したが、その就任前に病死し、副大統領サルネイが大統領に就任）民政移管、1990年には直接選挙によってコロール大統領が選出された。コロール大統領にいたっては、その汚職が指摘され民選議会によって1992年12月に弾劾、罷免されている。1995年1月に就任した現在のフェルナンド・エンリケ・カルドーゾ大統領は、軍事政権下で「社会主義思想の持ち主で好ましからぬ人物」としてブラジルを追われた人物でもある。

このような民主化の波の中で1988年に制定された新憲法では、「保健は国民の権利であり、国家の義務である」（憲法第2節「保健について」、第196条）と高らかに謳って、保健・医療のサービスを受けることは一部の富裕な階級の特権ではないことを明言している。第198条では、更に突っ込んだ形で新しい保健・医療サービスの基本理念を示し、その体系を、

- (1) 各行政レベルで統一された方針に基づく地方分権化
- (2) 予防活動に重点を置き、かつ診療サービスを損なわない総合的対応
- (3) コミュニティの参加

の3つの方針に基づいた「統一体系」とするとしている。

ブラジル民主化の過程

年	大統領	できごと
1956	クビシェッキ	首都ブラジリア建設
60		ブラジリアへ遷都
61	クアドロス	クアドロス突然辞任
	グラール	
64		軍事クーデター (3月)
		-----軍政スタート (3月) -----
	カステロ・ブランコ	
67	コスタ・イ・シルバ	
69		軍事評議会 (8~10月)
70	メディシ	
74	ガイゼル	
78		政治開放、自由化スタート
79	フィゲレイド	
		-----民政移管 (3月) -----
85	サルネイ	タンクレード・ネーヴィス大統領病死してサルネイ副大統領が大統領就任
88		新憲法制定 (10月)
89		29年ぶりの大統領直接選挙 (12月)
90	コロール	SUS開始
92		コロール大統領、汚職で国会による弾劾を受けて辞任 (12月)
93	フランコ	副大統領フランコ、大統領就任
95	カルドーゾ	

この「統一体系」としての新しい保健医療サービスの体制は、「統一保健システム (Sistema Unico de Saúde)」(以降SUSと略称する) と呼ばれ、憲法発布の翌々年 (1990年) に発令された法律第8080号によって実現されている。憲法で示されたSUSの基本理念を理解するために、まずSUS以前のブラジルの保健と医療の体制について以下のように整理する。

(2) 新保健医療システム「統一保健システム (Sistema Unico de Saúde)」

ブラジルの新しい保健・医療行政で言われる「統一システム (Sistema unico)」という表現は、一見、ブラジルの民主化/地方分権化の波に逆行する表現のようで、外部者にとっては混乱を招くものである。この誤解は、SUS以前の保健医療サービスの体系と、SUS以降の体系を比べてみると容易に解くことができる。

SUS以前のブラジルの公共保健医療のサービスにおいては、少なくとも以下の3つの体系がそれぞれ独立に存在していた。

ブラジル連邦共和国憲法  
第2節 (Seção II)  
保健について (DA SAÚDE)  
(抜粋)

第196条 保健は国民の権利であり、国家の義務である。これ(保健)は、病気や他の健康問題のリスクを減らすことを目的とし、健康の増進、保持、回復のための活動やサービスに普遍かつ平等にアクセスできることを目的とした社会的、経済的政策によって保証される。

Art. 196. A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

第198条 保健における公共の活動やサービスは、地域化されかつ階層化されたネットワークの一部であり、ひとつの統一システムを形成する。それは、下記の方針に基づいて組織されるものとする。

- I - 各行政レベルで統一された方針に基づく地方分権化；
- II - 予防活動に重点を置き、かつ診療サービスを損なわない総合的対応；
- III - コミュニティの参加；

単項。保健の統一システムの費用は、第195条に基づき、社会保険の予算、連邦政府、各州、連邦区及び各市とその他の財源によって支出される。

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema de saúde será financiado, nos termos do art. 195 com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

- 1) 社会保障省に属するINAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - 国立社会福祉医療援護院) の体系：

INAMPSの医療サービスは、社会保障省の社会保険制度のもとに、保険加入者の給与の4%を徴収することで、議会の意向の影響を受けない安定した財源を得ていた。疾病の治療に関する責任を負い、独自の診療所や病院を運営するほか、契約によって民間の病院や医師のサービスに対しても支払いを行っていた。

- 2) 保健省のもとにある各州の保健局の体系：

保健省の方針に従って各州のの保健局が実施するもので、主に疾病の予防に関するサービ

スを担っていた。その財源は連邦政府の割り当てによるもので、政治の思惑によって不安定であり、INAMPSの財源と比べて圧倒的に小規模であった。

3) 独自の体系としての一部の市の保健局の体系：

SUS以前の保健医療サービスは1)と2)の体系が主だったが、市によっては独自に市営の保健サービスのネットワークを持つものもあった。

SUS以前の保健医療システム				
体系	監督	主な任務	実施施設	財源
INAMPS	社会保障省	疾病の治療 (保険による診療)	公共セクター INAMPS病院 INAMPS診療所 民間セクター 民間病院、医師、 ラボラトリー等	強制加入／任意加入の 社会保険料 (豊富で安定した財源)
各州の 保健局	保健省	疾病の予防 無料診療	州立病院 州立保健センター 州立保健ポスト	連邦政府の予算 (乏しく不安定な財源)
一部の市の 保健局	市政府	疾病の予防 無料診療	市立病院 市立保健センター 市立保健ポスト	市政府の予算 (乏しく不安定な財源)

これら3つの体系の間には、統一された方針や相互の連絡・コーディネーションもなく、同じサービスが一部対象者のためや一部地域で重複されるようなムダや、逆に（農村部等で）どの体系のサービスも享受できないという不公平が頻繁に見られた。1990年に成立したSUSでは、こういった公共保健医療の「無秩序」状態を克服するために、バラバラに存在していた体系をひとつにまとめたので、その「統一システム (sistema unico)」という命名となった。

SUSのもとでは、INAMPSは社会保障省から切り離されて、保健省の下部機関として組み込まれた（「1) 社会保障省の体系=疾病の治療の体系」と「2) 保健省の体系=疾病の予防の体系」の統合）。SUS導入以前にINAMPSが直接運営していた全国約600の診療所と50の病院は、SUS以降ほとんどが州に移管され、約14万人の職員のうち13万人が州及び市の管理下に移されている。1995年に成立したカルドーゾ大統領の政権は、社会保障省そのものも廃止している。

新しい体制では州政府が保健医療の基礎であるとされたが、この地方分権化は更に「市政府の主導権及び実施権の拡大 (municipalização)」を方針として強く打ち出している。SUS実

施以前から独自の保健サービスを行ってきた一部の市ではすでにmunicipalizaçãoが進行していて、保健サービスの権限が州から市に委譲されつつある。こうしてSUSでは「3)市の保健局の体系」も保健体系の全体に矛盾なく統合されて、憲法でいう「ひとつの統一システム」創造の試みが始まったのである。

(3) 地方分権化 (descentralização) の推進と市への権限委譲 (ムニシパリザサンウー municipalização)

前項でみたように無秩序な保健医療体制を整理・統一化してようやく出発点に立ったブラジルの保健医療サービスの改革である、SUSがここから目指そうとしている目標の中でも行政的に最も大きな作業となるのは、なんといっても地方分権化の推進とそれに伴う「(州レベル/市レベルでの) 地域保健システム」の開発であろう。

21年間にわたる軍事独裁を経験したブラジルでは、中央集権的な保健行政が続いたために、地方の保健医療の実施体制がすっかり弱体化してしまっていた。広大な国土に広がる多様な地域性を無視してきたことは、特に地方での保健サービスをすっかり非効率的なものとして、地域間の格差/不平等を拡大してきていた。こうした地方の脆病な保健医療体制を改善し、地域の実状にあった保健計画のもとに施策を行い、住民が保健医療サービスにより平等にアクセスできることを目指し、サービスそのものを質的に向上させることを目的としたのが、SUSにおける地方分権化の精神である。

現段階のSUSでは、州を国家の保健医療システムの基礎としながら、同時に市営化 (municipalização) を推進する方針を採っている。つまり、州レベルまでの権限委譲を早急に実現した上で、最終的には市レベルまで権限を委譲することを目標としているわけである。保健医療サービスの地方分権化と市営化は、近年、世界中の多くの国々で保健政策の重要課題と考えられている。ここで日本を例にとってブラジルの現状と比較してみると、日本では1994年に従来の保健所法が地域保健法と名称を変えて改正され、これまで保健所 (都道府県が監督・運営) と市町村とで分担していた地域母子保健サービスのほとんどが、1995年4月からは市町村に委譲されることになっている。

日本でも、市町村への権限委譲は実力の違う自治体の間での格差拡大につながるとして1995年まで市営化が実施されなかったのだが、ブラジルでは市ごとの実力に大きな隔りがあるので、現状では能力のある市から順番に市営化が実施されている段階にある。つまりそれぞれの州ないし市は、NOR (Norma Operacional Basica/92-実施基本規定) に定められた以下の6つの条件を整えたとき初めて権限委譲を受けることができるのである。



### 市営化 (Municipalização) の条件

NOR (Norma Operacional Basica/92)

- (1) 保健医療基金の創設
- (2) 保健医療審議会の設置  
(行政・医療機関と保健医療従事者の代表が50%、サービス利用者の代表が50%を占める)
- (3) 保健医療計画の作成
- (4) 保健医療行政運営報告書の提出
- (5) カウンター・パート資金としての予算確保  
(市の予算の10%を目安とする)
- (6) 職員の人事に関わる委員会の設置

このような市営化の条件を整えて権限委譲を受けた市の例として、セアラ州キシヤダ市があるが、この市の例については後に「2-9 セアラ州市政府の母子保健プログラム (ベベベ市及びキシヤダ市の例)」でみる。

#### (4) 「地域保健システム (local health systems)」の開発

長期にわたる軍事独裁政権によって開発が遅れた地方の保健医療体制を充実させることの必要性は、ラテン・アメリカの他の諸国でも共通してみることができる。PAHO (Pan American Health Organization) は、1988年に「Resolution XV. “Development and Strengthening of Local Health Systems in the Transformation of National Health System (国家保健システムの変革における地域保健システムの開発と強化)”」を採択して、参加各国に地方分権化推進を訴えた。

Resolution XVの実現のための具体的な提案として同時に採択されたDocument CD33/14では、「地域保健システム (local health systems)」の開発と強化のために必要な要件として次の10点を挙げている。ブラジルの保健サービスについて考察する上でも示唆が深いのでここに引用する。

Aspects to be Considered for the Development of Local Health Systems

(地域保健システムの開発のために考慮されるべき面)

PAHO Document CD33/14, 15 August, 1988, p16.

- 1) Reorganization of the central level in order to ensure the guidance of the sector and the development of local health systems.  
(中央レベルでの再組織)
- 2) Decentralization and deconcentration.  
(地方分権化)
- 3) Social participation.  
(社会参加)
- 4) Intersectoral action.  
(セクター間協力)
- 5) Adjustment of financing mechanisms.  
(財政メカニズムの調整)
- 6) Development of a new care model.  
(新しいケア・モデルの開発)
- 7) Integration of prevention and control programs.  
(予防プログラムとコントロール・プログラムの統合)
- 8) Strengthening of administrative capacity.  
(行政能力の強化)
- 9) Training of the work force in health.  
(保健における人材トレーニング)
- 10) Research.  
(調査・研究)

上記の10項目のうち最初の項目である1)「中央レベルでの再組織」については、ブラジルの場合、憲法の完全改訂とSUSによる保健医療制度の改革というドラマチックな形で実現した。しかも、2)「地方分権化」、3)「社会参加」、7)「予防プログラムとコントロール・プログラムの統合」については、新憲法の中で新しい保健医療の統一体系の基本であると明記していて、SUSの中心的概念となっている。6)「新しいケア・モデルの開発」については、後にセアラ州の項でみるが「保健エージェント・プログラム (Agente de Program)」という独特のプログラムがすでに開発され成功している。

このように、PAHOのDocument CD33/14で挙げられた項目のうち、SUSの体制ですでに成果を上げている部分もあるが、反面、4)「セクター間協力」、8)「行政能力の強化」、9)「保健における人材トレーニング」、10)「調査・研究」の項目はいまだにブラジルの保健医療体制の弱い部分といえる。5)「財政メカニズムの調整」についても、法律8080号に記されている自治体への連邦予算交付額の決め方と実際の決め方がいまだに異なっていて、改善にはまだまだ時間が必要であると思われる。

「PAHO Document CD33/14」で挙げられた項目とブラジルの状況との関連	
1) 中央レベルでの再組織	憲法改正（1988年）とSUS構築（1990年）による保健医療制度大改革の実施。
2) 地方分権化	憲法198条に明記。SUSの基本方針。市営化（municipalização）を目標とする。
3) 社会参加	憲法198条に明記。SUSの基本方針。市営化の条件として保健医療審議会の設置を義務づけ。
4) セクター間協力	弱点。
5) 財政メカニズムの調整	法律8080号で交付額の決め方が記されているが、実際は実施した保健サービスへの報酬として支払われている（違法）ことが多い。
6) 新しいケア・モデルの開発	保健エージェント・プログラム等の実施。
7) 予防プログラムと コントロール・プログラムの統合	憲法198条に明記。SUSの基本方針。
8) 行政能力の強化	弱点。
9) 保健における 人材トレーニング	弱点
10) 調査・研究	弱点。

### 2-3 ブラジル全体の母子保健の疫学的概況

母子保健の状態はその国の保健医療の状態を反映するといってもよいが、ブラジルの現状は決して芳しいものではない。

母子保健の状況を示す2つの大きな指標は妊産婦死亡率と乳児死亡率である。1987年の衛生省の調査によると、ブラジルの妊産婦死亡率は全国で出生10万当たり72.0で、単純な比較では日本の1967年頃の状況に匹敵する。地域別では南部60.3、南東部61.4と低く、東北部は75.3とやや高く、北部は211.4と高い。しかしながらブラジルの疫学調査結果には、しばしばデータの不足のため正確性に欠けるものがあり、同時期のユニセフの調査では実際の東北部の妊産婦死亡率は155、北部は417と推定されている。死亡の原因については妊婦中毒症（1987年の全国データで妊産婦死亡の33.1%）、出血（同21.4%）、感染症（同17.0%）、流産（同9.7%）等が主なものである。ちなみに日本の妊産婦死亡率はここ数年は10前後を推移している。

もう一つの指標である乳児死亡率（生後1歳未満の死亡）については、1990年のブラジル全国のデータで出生1,000当たり57（日本の1951年頃の状況）となっており、1950年の146、1980年の77に比べると減少傾向にある。地域別では南東部35に対し東北部92となっており、妊産婦死亡率と同様に明らかな格差が認められる。原因として重要なものは、消化器感染による下痢（1988年の全国デー

タで乳児死亡の15.6%)、呼吸器感染症(同13.9%)、栄養不良及び出生時の体重不足(同11.3%)等である。このうち生後4週未満の新生児死亡率については1989年で出生1,000に対して全国では25、地域別では南東部20、東北部31となっている。ちなみに1990年の日本のデータでは乳児死亡率4.6、新生児死亡率2.6である。また1~4歳の幼児の死亡数は1歳未満の死亡数の約5分の1であり、原因はやはり下痢、呼吸器感染が多いが、外傷によるものも少なくない。(5~19歳では外傷による死亡が圧倒的に多く、全体の半分以上を占める。内訳は交通事故、殺人、その他の原因によるもので、重大な社会問題となっている。)

この高い妊産婦死亡率と乳児死亡率の背景には、貧困と保健医療行政の不備・欠陥がある。貧富の差が大きいこの国は、一部の富裕な層を除いて国民の大半を貧困層が占める。最低賃金と呼ばれる月額約70ドルの所得が法的に定められているが、これに満たない収入しか得られない労働者が全国平均でも30%近くにのぼり、全国民の5分の1が絶対的貧困状態にあるという。これらの人々の多くは都市の貧民窟(ファベラ)や農村部に居住しており、上水道等の生活環境も未整備のため衛生・栄養の面で非常に不利な状況にある。疾病に罹患しても設備の充実した民間の医療施設を利用することは経済的に不可能なので、無料で診療・投薬を受けられる公立の保健医療施設、或いは教会関係の慈善的施設を利用することになるが、これらの施設は予算の不足等により十分な設備を欠いており、また薬剤も不足している。更に公立保健医療網の医療従事者(特に医師、看護婦)の給与は低く社会的な地位も高くないため、スタッフの意欲及び質の低下を招いているという。医療従事者の遍在も問題で、国内では南東部や南部の州に、また地域内では都市に医師や看護婦が集中する傾向にある。この理由のひとつとして、給与が低いためにいくつかの職場を掛け持ちせざるを得ないが、医療施設が少なく交通の不便な農村部ではそれができないということがある。このため農村部に居住する人々の医療へのアクセスが非常に困難になっている。またブラジルの保健医療行政では、最近まで疾病の治療に重点がおかれ、国内の疫学的な状況に照らして最も重要な予防医学とプライマリーケアが軽視されてきた。大学での医学教育にも問題があり、特定の医療分野のスペシャリストを養成するような教育に偏し、プライマリーケアに従事するのには適当でないとされている。基本的に国の医療サービスの供給システムにも問題があり、サービスの欠如とオーバーラップが同時に認められるというような非効率的な状況がしばしば認められた。詳細は前項(2-2「ブラジル全体の母子保健の実施体制」)に言及されているが、このような保健医療行政のありようは1988年の新憲法によって発足した新しいシステム(SUS:統一保健システム)の導入によって改革への道を踏み出したところである。

さて以上のような状況下で、どのようにして妊産婦死亡や乳児死亡が起こるのかを説明するのはそれほど困難ではない。例えば妊産婦の死亡原因として最も多い妊娠中毒症は、低栄養等の発症・進行を助長させる因子が背景にあるにしても、初期の段階で診断し、安静・減塩等の適切な管理を行えば多くの場合重症化を防止できる。しかしブラジル全体で何らの産前ケアを受けない妊婦が4割近

くおり、残りの妊婦も全員が定期的なケアを受けるわけではないから、初期の異常を発見できないことも多い。加えて疾患についての知識の不足（これには啓蒙の不足という保健行政の責任に加え、15歳以上で2割近くが読み書きできないという教育上の問題も関わっている）と、病気でも就労せざるを得ないという経済的な事情から疾患を重症化させてしまう。重症化によって母体・胎児共に危険な状態となり、ますます適切で高度な管理が必要となるが、農村部ではそれに対応できる施設は少なくアクセスも困難である。その結果高血圧の悪化や常位胎盤早期剥離等の致命的な事態に至る。出血による死亡も高率だが、前置胎盤や出産時の大出血によるものであろう。前置胎盤は発見が困難な上（日本のような超音波断層検査によるスクリーニング等は望むべくもない）、救急の搬送システムが整っていない以上、大出血を起こせばほとんど致命的である。出産時の出血でも同様である。また農村部における出産のかなりの部分が、十分な産科的知識を持たない分娩助産者の立ち会いのもとに行われているという状況もリスクを増大させている。また妊娠中や産褥の感染症については、ファーパーラや農村部の衛生環境・低栄養状態が発症・重症化の要因となり、抗生物質の不足もあって多くの妊産婦死亡の原因となっていると考えられる。このように妊産婦死亡の原因を検討してみると、妊婦の啓蒙や定期的検診サービスの徹底によって未然に防ぐことが可能なケースがかなり多いと推定される。

乳幼児死亡については、最近でも3割の乳幼児が栄養失調の状態にあるといわれる低栄養状態（5歳以下の小児における栄養失調の割合は、1974年には46.1%のうち中等症以上が13.6%、1989年には30.7%のうち中等症以上が5.1%）と衛生環境の不備とが、消化器感染による下痢や呼吸器感染症の要因となっていることは明かである。低出生体重児の割合も12-15%と多く、前述した妊娠中の母体の低栄養や不十分な産前ケアが、胎児の発育障害や早産による未熟児を増加させている可能性がある。出生時の低体重や未熟性は栄養摂取の不足と相まって、感染症の要因となるだけでなく、それ自体でも新生児・乳幼児の死亡原因となっている。また母乳栄養の割合が少ないことも新生児・乳児の抵抗力を低下させている可能性があり、これには行政による啓蒙の不足や母親の教育レベルも関連していると思われる。

地域間の格差については、地理的条件の違いもあるが、結局はブラジルにおける社会・経済全体の地域間格差という問題が大きい。この格差を作り出している要因は様々であるが、ここではあえて触れない。

またブラジル政府は近年、家族計画を母子保健との関連で重視している。1986年の調査では避妊の普及率は全国で66%であり、3分の1の女性が避妊法を用いていないことになる。避妊の方法では経口避妊薬と女性の卵管結紮術によるものが全体の80%を占め、男性の避妊（精管結紮術やコンドーム）によるものは4%にも満たない。また卵管結紮術は法的に許可されていないため、帝王切開の際に同時に行われることも多いようである（このため「卵管結紮のための帝王切開」という場合もあるようで、ただでさえ高いブラジルの帝王切開率を更に上昇させているという）。

避妊の問題に関連して派生する2つの問題にも言及する必要がある。ひとつは避妊しないことに

よる当然の帰結として望まない妊娠の増加であり、ブラジル全体で年間100万件を越える中絶が行われていると推定される。ブラジルはカトリック教を奉じる国家なので、これらの中絶は非合法的に行われることになり、中絶に伴う母体のリスクは高くなる。実に年間2千人から4千人の女性が中絶に伴う合併症で死亡していると言われ、妊産婦死亡の重要な原因のひとつである。

もうひとつの問題は若年女性の妊娠・出産の問題である。これは15歳から19歳の女性の避妊の実行率が成人に比べてかなり低いことにもよる。1989年の調査では15歳から19歳までの年齢の母親の出産が全出生の11%を占めると報告されている。一般に若年での妊娠は、肉体的、精神的、経済的な要因により、妊娠・出産に伴うリスクが増加するとされており、母子保健上の問題となっている。

### ワクチンの接種

感染症対策としてのワクチン接種については、ポリオはWHOの指導が功を奏し、1989年の26例を最後に報告はない。1991年の1歳までの定期予防接種率は南部で93.3%に対して東北部では45.8%と低率であったが、東北部に対するキャンペーンの結果、1992年には91%の接種率を達成した。麻疹は全国で広く発生が見られるが、ワクチン接種により10年間で半減したという。ポリオ同様キャンペーンによって1992年には全国で96%、東北部でも95%の高率の接種率を達成した。破傷風は全国的に減少傾向だが、新生児破傷風は東北部に多い。百日咳、ジフテリアも東北部における発症が1991年時点で全国の約半分を占めていた。しかしこれら3つの疾患に対するワクチン（DPT3種混合ワクチン）の接種も、特に東北部で強化されつつある。

### エイズ

HIV感染とエイズはブラジルがこれから直面しなくてはならない大きな問題である。近い将来、母子保健の領域では、HIVの母児間の垂直感染についての問題が重要となってくるであろう。

### 2-4 セアラ州の概要

セアラ州はブラジルの東北部に位置する州で、その北側を大きく大西洋に面している。日本の40%程の面積（145,694平方キロメートル）の土地に640万人弱（6,362,620人—1991年国勢調査）の人々が生活しており、ブラジル26州の内、第17番目に面積が広く、第8番目に人口の多い州である。都市部と農村部の人口比はおおよそ2:1で人口はそれぞれ400万人強と200万人強（4,158,059人と2,204,561—1991年国勢調査）である。州都はフォルタレーザ市であり、その人口は1,765,794人で、フォルタレーザ都市圏の他の市の人口を合わせると全州の人口の3分の1を越えて2,303,645人となる。

大西洋に面する北部海岸部は熱帯に位置し、中部からペルナンブコ州に接する南部にかけての内陸部は政府の定めた「干ばつ多角形地帯」にあたる準乾燥地帯に位置する。干ばつとそれによる貧困化の進展は、内陸から州都への人口移動（農民の家族ぐるみ移転）や州全土から南部の大都市への国内移民（主に働き盛りの若年、壮年者層の流出）の波を起こす等、セアラ州のかかえる社会間

題の背景となっている。1989年に始まり1993年末まで続いた干ばつは、州の内陸部で米等の穀物栽培をほぼ全滅させ、家畜数を激減させた。1994年は平年並みの降水があり、1995年前半の降水も順調であるが、種や家畜の不足のため農牧業の回復にはまだまだ時間が必要であると予想される。

セアラ州の基本的統計については、JICAブラジル事務所のプロジェクト形成調査「貧困対策（小農の所得向上）」報告書にまとめられている。それによると、セアラ州の州民1人当たりGNPは1,065ドル（1991年資料）で、全国の2,680ドルの半分以下、全国州26中第22番目に当たる。セアラの後には同じ東北部のパライバ、マラニョン、ピアウイと続き、最後に北部のトカンチンスと来る。セアラ州の貧困層人口は、総人口の48%、農村部人口の80%を占め、東北部ではピアウイ州に続いて2番目に貧困層人口の比率の高い州である。文盲率は全州で44%（全国は23%）、農村部では62%（全国は42%）と高く、8年間の初等教育を完了する子供の率が3.8%（全国6.9%）と低い。

このように深刻な貧困問題を抱えるセアラ州だが、ブラジルで民主化／地方分権化が進む中、1987年以来、この州では優秀な知事を輩出して画期的な政治改革が続いていることでも知られている。

1987年に36才のタッソ・ジェレイサッチ（Tasso R. Jereissati）が州知事に就任した当時、セアラ州は支払遅延中の債務20億ドルを抱えて州の公務員14万8千人への給与支払も4ヵ月遅延し、完全な財政破綻の状態にあった。ジェレイサッチは就任後ただちに州政府の経費20%削減を敢行し、幽霊職員を整理して公務員4万人の削減に成功した。税金についても、商品流通税を17%から4%へ減税するかわりに徴税を徹底し、州立銀行も再建して、1991年には次期の知事シロ・ゴメス（Ciro Gomes—やはり36才で当選）に引き継いでいる。ゴメス知事もジェレイサッチ知事と同じ政党（PSDB—ブラジル民主社会党）で前政権の政策を継承し、2代続いた継続政策によって州の財政は完全に再建された。州の税金は、ドルベースにして過去7年間で2倍になったといわれる。ゴメス知事の任期が切れると、1994年10月にはジェレイサッチが再選を果たし1995年1月から知事を勤めている。

セアラ州の政権		
年	州知事	州知事の政党
1987	ジェレイサッチ	PSDB（ブラジル民主社会党）
1991	ゴメス	〃
1995	ジェレイサッチ	〃

## 2-5 セアラ州の母子保健の疫学的概況

セアラ州における医療や母子保健上の問題の多くは、質的にはブラジル全体が抱える問題と共通であるが、最も貧しい州のひとつであるこの州では地理的・気候的条件（熱帯性感染症、早ばつ等）も加わって、それらがより顕著に現れる。1987年の選挙で州知事となったジェレイサッチの新政権により母子保健に関する基本的な調査が行われたが、この調査では乳児死亡率は出生1000人当たり95人であった。この値は1980年のブラジル全体の乳児死亡率77（2-3 「ブラジル国全体の母子保健の疫学的概況」の項を参照）に比べても高く、この時点でのセアラ州の母子保健の状況を端的に物語っている（なお、この調査の時点で出生届がされていたのは全体の約半分であったとのことであり、それまでは母子保健についての有効なデータは事実上存在しなかったと考えられる）。その内訳は感染性の下痢、呼吸器感染、周産期に起因する原因（未熟児、奇形、仮死等を指すと思われる。）が主なもので、中でも下痢による死亡が多かった。この結果に基づき、州保健局は下痢に伴う脱水症に対してORS（経口補水液）の投与を実施し、併せて水質の改善を行った結果下痢による死亡は激減し、1991年の調査では乳児死亡率65.0であった。約4年間で30%の減少を達成したことは特筆に値する。この成果には次項（2-6 「セアラ母子保健局の活動内容」）で述べる保健エージェンツの活動が寄与するところが大きかった（ちなみに同年の全国の平均は58.0）。しかし地方の農村部では依然として76.0と高い数字が報告されており、また乳児死亡の中でも生後4週未満の新生児死亡の割合が高い。1990年のデータでは、乳児死亡の42%は出生後1ヵ月以内に起こっており、しかもこのうち83%は地方の農村部で起きたと報告されている。

妊産婦死亡率についてはおおよそ出生10万当たり150程度とのことであったが、地方の農村部では300を越えるところもあるという。内訳は全国データと同様に、妊娠中毒症、出血、感染症によるものが多い。妊産婦の管理状況を見ると、まず妊娠中に一度も産科的検診を受けない妊婦の割合が、都市部では12%だが、地方の農村部では43%に上った（1990年）。また分娩に関しては、州全体で80%、地方の農村部では70%が病院やbirth center等で医師、看護婦、或いは産科的訓練を受けた介助者によって取り扱われたが、残りは自宅等で訓練を受けていない介助者によって、或いは介助者なしで行われた（1991年）。しかしながら現在、周産期管理の問題についても重点が置かれているようであり、こうした数字も徐々にではあるが改善傾向にある。

次に、「2-2 ブラジル国全体の母子保健の疫学的概況」の項でも言及した母子保健と医療をとりまく諸状況について、セアラ州の現状を概説する。

セアラ州における人口1000人当たりの医師数は州全体で0.71人、州都フォルタレーザで2.12人であり、南東部のリオ・デ・ジャネイロ州の3.15人（州都で5.35人）、サン・パウロ州の1.60人（州都で2.86人）に比べると明かに少なく、かつ都市部への偏在傾向が顕著であることが分かる。実に85%の医師と看護婦、76%の病院が州全体の人口の30%を占めるに過ぎないフォルタレーザに集中している。この結果内陸の農村部に住む多くの人々は最も近い保健施設（それも多くは病院ではなく、医者か看護婦が週に一度訪問するだけの保健ポスト）まで30kmも離れているという状況を余儀なく



されることになり、加えて自前の移動手段を持たないことにより、医療へのアクセスは困難を極める。このことが母子保健（に限らず保健医療一般）の状況に与えている影響の大きさは想像に難くない。

公立の医療施設における検査・治療機材の不足はブラジル全国共通の問題であるが、セアラ州では労働者の6割が最低賃金以下の収入しか得られないという重度の貧困（地方の農村部ではこれが8割となる）のために、この問題は一層深刻である。

セアラ州では多くの人々が伝統的治療師（traditional healer）やカトリックの治療師、薬草師（herbalist）に相談して祈祷をしてもらったり、薬草茶等を処方してもらったり、子供を取り上げてもらったり（traditional birth attendant）している。こうしたシステムはうまく機能する場合もあるが、時には医学的な誤りから望ましくない結果をもたらすことも少なくないと思われる。しかしセアラ州では過去に大学の産科学教授が中心となってtraditional birth attendantを指導し、或いはその協力を得ることによって効果的に母子保健の改善を達成したパイロット・プロジェクト（PROAIS）の実績がある。

生活環境に関して重要なものに水道の問題があるが、1990年時点でのセアラ州の家庭への水道普及率は31.4%で、ブラジル全体の66.7%に比べ半分以下である。しかも都市部では75.5%（1992年）であるから、地方の農村部で水道を利用できる家庭は多くはない。こうした居住環境が感染性の下痢症が発症する温床となることは明かである。

教育に関する問題では、識字率は州全体で61.0%（15歳以上、1990年）と全国平均に比べて低い。しかし母親である女性に関しては71.5%と比較的高い。とはいえ農村部では3分の1の母親が文盲であり、これは彼女たちが自分自身及び子供の健康に関する情報を、少なくとも直接には文書やポスターから得ることができないことを意味する。農村部ではラジオやテレビの普及率も低いこととあわせて、啓蒙活動の障害となっていると考えられる。

避妊についての1991年の調査では、15歳から49歳の女性の46%が何の避妊法も用いていない。避妊法の6割が卵管結紮（非合法）、3割弱がピルであった。15歳から19歳では実に94%が避妊をしていなかった。このためセアラ州でも多くの非合法の中絶が行われているが、最近問題になっているのは、墮胎効果があるミソプロストルという胃・十二指腸潰瘍の治療薬の使用である。しかしこれによって合併症なく墮胎に成功するのは2割程度と言うことで、残りは不成功か、或いは出血・感染等の合併症で治療が必要となる。病院を受診する女性の4分の1はこのような（人工）流産が原因であるという。

## 2-6 セアラ州母子保健局の活動内容

### (1) 概要

セアラ州では1987年に州知事となったジェレイサッチ政権が、新憲法（1988年）／SUS（1990年）の精神を先取りして独自の保健医療政策を積極的に押し進めた。特に母子保健の分野では、

1997年にベースライン・サーベイを実施し、その結果に基づいて1)「予防接種の普及」と2)「急性下痢症対策」を高いプライオリティとして設定、UNICEFと協力してさまざまなキャンペーンを繰り広げた。その結果、1990年には幼児死亡率を1987年レベルの3分の2にまで減らしてUNICEFから表彰を受けている。その業績を伝えるVeja誌の記事(1991年2月13日号)では、そのように急激な幼児死亡率の低下を実現したのはセアラ州だけであり、また1990年に州の職員への年末特別手当を予定日に払えたのもセアラ州だけだったと讃えている。

このようなセアラ州の輝かしい業績の背景には、州政府とUNICEFとの密接な協力関係があったことを見逃すわけにはいかない。そもそもジェレイサッチは、知事就任に当たってUNICEF勤務経験のある専門家を複数、州政府の重要なポジションに起用した。それら専門家の仲介で、UNICEFと州とは知事の就任後すぐに協力協定を結び、更に州の企画、保健、教育、社会活動各局も個別に補助協定を結んだ。

UNICEFが、州の母子保健体制改善のために最初から州内の「セクター間の協力」を目指したことは明らかで、そのために子どもの保健に関わる局(企画、保健、教育、社会活動の4局)と個別に補助協定を結び、1987年の6月には早速GO、NGO30組織、1,300人を集めて「セクター間協力」の実現を目的としたセミナーを開いている。「ヴィヴァ・クリアンサ(子供バンザイ)」とタイトルされたこのセミナー参加者は、知事宛の共同要望書を出して、セアラ州の子供の福祉を目的としたinter-sectoralな総合プログラムの必要性を訴えている。

「ヴィヴァ・クリアンサ」という、セアラ州のよく知られたプログラムは、このセミナーの後、保健局がUNICEFの協力を得てスタートさせたものであった。UNICEFとしては、保健局だけでなく関連他局の参加も得てこのプログラムを実施したかったのだが、当初、なかなか「ヴィヴァ・クリアンサは保健局のプログラム」という州政府内の認識を破ることができなかった。そのような傾向を改めるため、州政府は1989年に企画省、保健省、教育省、社会活動省、大学、さまざまなNGOの参加するinter-institutionalなコミッション(UNICEFはアドバイザーとして参加)を成立させて成功している。

1991年に成立したゴメス政権(1991~1994)でも前政権と同様の保健政策を継承し、前政権が高いプライオリティとした1)「予防接種の普及」と2)「急性下痢症対策」に3)「周産期ケア」と4)「急性呼吸器感染症」を加えてのキャンペーンが行われた。1994年に行われた全州的調査では幼児死亡率が逆に上昇していたが、その原因として、1989年から1993年まで極端な早ばつが続いたこと、報告漏れが減少して幼児の死亡例の報告件数が増えたこと等が挙げられている。

セアラ州では、SUSによるmunicipalizacaoもよく進んでいて、市営化の条件を満たして権限委譲を受けた市が184市中120市以上に至っている。これは多くの州で州政府と市政府の政治的対立によって協力が進まないのと対比的である。セアラ州は東北部のたいへん貧しい州でありながら、進んだ保健事業の実績とスムーズにSUSを導入したこととで、ブラジル全体でもモデル・ケースとして注目を集めている。

## (2) 保健局のプログラム

母子保健をめぐる保健省のプログラムとしては、「保健エージェント・プログラム」、「ヴィヴァ・クリアンサ・プログラム」、「ヴィヴァ・ムリエール・プログラム」が主なものである。特に前者の2つは、セアラ州をしてブラジルのモデル州とせしめた有名なプログラムなので、その内容と背景を以下に詳しくみてみることにする。

## (3) 保健エージェント・プログラム (Programa de Agente de Saúde)

保健エージェント (agente de saúde-アジェンチ・ジ・サウジ) プログラムは、1989年1月の州令19,945号によって正式に発足したものであるが、その起源は「早ばつ対策としての緊急雇用プログラム」という意外なものであった。セアラ州は年末厳しい早ばつに悩み、早ばつのたびに難民を出して大きな社会問題を生んでいる。1987年にも早ばつがあり、州政府はその対策として緊急雇用プログラムを打ち出した。生まれたばかりのジェレイサッチ政権はその年の緊急雇用の対象を女性に限って6,000人を雇用、保健エージェントとして訓練した。

これら保健エージェントの仕事は、地域の貧しい家庭を訪問して「母乳育児」と「オーラル・リハイドレーション (ORH)」、「予防接種」を推進することであった。このプログラムはおよそ1年後に早ばつが終わり消滅したが、州政府はプログラムの思いがけない好成績に注目してそれを再構成、継続させることに決めた。当初のパイロット・プログラムとして、保健局は州内の貧しく小さな市を45市選び、新しく1,700人の保健エージェントを雇用した。保健エージェントは2ヵ月の訓練を受けた後、上に述べた3つの任務に加えて「子どもの発育のモニタリング」、「妊婦へのプリネータル・ケアの奨励」を新たな任務として活動を始めた。

このプログラムは1990年には84市に拡大され、現在では州都フォルタレーザを除く全市、183市で実施され、7,846人の保健エージェントを雇用している。ひとりの保健エージェントは農村部では100家庭前後、都市部では250家庭前後を担当し、月に一度は担当の家庭を訪ねることになっている。給与は最低賃金×1とされている。

保健医療サービスの市営化が進む中で、現在このプログラムは各市ごとの保健局が実施することになっている。しかし、保健エージェントに支払う給与は州の保健局が負担しており、市の保健局が負担するのはプログラムの経費とスーパーバイザー (通常は看護婦) の給与となっている。州保健局の話では183市の内、約70%でプログラムがうまくいっているということで、うまくいかない部分は、市保健局の側で保健エージェントへの十分なスーパービジョンやトレーニングを行っていないことにあるという。実際、保健エージェント・プログラムのためだけに看護婦を雇っている市保健局は少なく、少人数の看護婦が他の業務の合間に保健エージェントのスーパービジョンを行っていることが多い。ブラジルで看護婦は (準看護婦と違って) 高等教育を受けており、給与も最低賃金×10程度と高いので、市政府にとって十分な人数の看護婦を雇用することは大きな負担なのである。

保健エージェントの給与は月当たり最低賃金×1 (70レアル=約80~85ドル) で決して高くはないが、市によって公立小学校の教師の給与が(勤続年数によっては) それより低いことから、教師をやめて保健エージェントになるものもいるということである。

セアラ州における保健エージェント・プログラムの成功を受けて、ブラジル連邦政府は同様のプログラム (Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde) を他の州に広げて実施している。連邦の管轄機関は国立保健財団 (FNS) である。

(4) ヴィヴァ・クリアンサ・プログラム (Programa Viva Criança)

「ヴィヴァ・クリアンサ (子供バンザイ)」と名付けられたこのプログラムは、プライマリー・ヘルス・ケア (PHC) を州内の公衆衛生システムの各レベルに組み込むことによって幼児の罹病率、死亡率を下げることを目的としたものである。ヴィヴァ・クリアンサ・プログラムでは、下の表の6つの領域を基本領域とする。

ヴィヴァ・クリアンサ・プログラムの基本6領域

- 1) 周産期保健 (授精から生後28日目までのケア)  
(assistência perinatal)
- 2) 急性下痢症 (ORHの奨励)  
(diarréia aguda)
- 3) 予防接種 (ポリオ、BCG、ジフテリア、破傷風、百日せき、はしか)  
(imunização básica)
- 4) 母乳保育と離乳の指導  
(aleitamento materno e orientação para o desmame)
- 5) 発育・発達のモニタリング  
(acompanhamento do crescimento e desenvolvimento)
- 6) 急性呼吸器感染症  
(infecções respiratórias agudas)

このプログラムは保健局が1987年に始めたものだが、UNICEFの強い働きかけがあつて、州政府はセクターを越えた協力的なキャンペーンを推進した。その中心となったのが、1989年に発足した「子供の保健を守るためのinter-institutionalグループ」で、そのメンバーには州政府内の関連各局のほか、大学、カトリック協会、セアラ小児科学会等が含まれていた。ビジネス・セクターやマスコミも積極的に協力して、銀行の明細報告には母乳育児のメッセージが印刷され、テレビ局も無料で予防接種やORHのスポットを流した。中でもカトリック協会の

協力は強力で、1,000人近くのボランティアがヴィヴァ・クリアンサのキャンペーンに参加したという。

#### (5) ヴィヴァ・ムリエール・プログラム (Programa Viva Mulher)

「ヴィヴァ・ムリエール (女性パンザイ)」と呼ばれるこのプログラムは、セアラ州の女性と adolescents の保健を改善するために、特にリプロダクティブ・ヘルスと家族計画に焦点をあてたものである。その内容は、保健省の「PAISM (女性の保健に対する総合的アシスタンス・プログラム-Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) のガイドラインに沿うもので、UNFPA の援助を受けている。プログラムは1992年8月から実施された。

UNFPA がセアラ州にこのプログラムの援助を決めたのは、1991年4月に派遣されたミッションによるものである。そのとき、ヴィヴァ・クリアンサや保健エージェントのプログラムがこの州で成功を収めていたことが考慮に入れられたとのことである。

1993年4月からは adolescents 向けのドラッグに関するプログラムも始められている。

### 2-7 セアラ州社会活動局の活動内容

社会活動局は正式には労働・社会活動局 (Secretaria do Trabalho e Ação Social) といつて、本来セアラ州の労働・雇に関わる任務が大きい。社会活動については、早ばつ等の災害時に軍隊と協力して被災者の救済に当たったり、社会活動財団 (Fundação da Ação Social) を通じて貧困家庭や老人の福祉の問題に取り組んだり、セアラ児童福祉財団 (FEBEMCE - Fundação do Bem Estar do Menor de Ceará) を通じて就学前の児童や7才~18才の子供のデイケア活動 (住民活動によるものが多い) を援助したりしている。母子保健との関係では、児童福祉財団の領域である6才児までのデイケア・センター (creche-クレシェ) の果たす役割が大きいので、以下でそれについて述べる。

コミュニティ・デイケア・プログラム (Programa Creche Comunitária) は、労働・社会活動局とセアラ児童福祉財団、連邦政府のLBA (Legião Brasileira de Assistência) の協力で、セアラ州各地でコミュニティ・デイケア・センター (creche comunitária) を開設し、それぞれのセンターの活動内容を充実させようというものである。

ブラジル都市部の貧困地帯 (ファベラ) では、女性の労働が家計を支えていることが多い。夫が失業中であつたり、片親家庭で母親が一人で子供を育てていることが多いからである。夫がいて仕事を持っていても、女性が働いて貢献することは家計のゆとりと安定に結びつく。ファベラ家庭の経済状況は、女性が安心して働ける環境が整備されるか否かに左右されるといえる。

そのような状況で、母親が働いている間のチャイルド・ケアがたいへん重要な役割を担っている。就学以前の子供たちを預かるデイケア・センターをクレシェ (保育園) といつて、そのようなサービスがコミュニティに存在するかどうかによって、そのファベラ全体の経済状態の善し悪しが決

まるともいわれるほどである。

クレシエは早朝7時前から開いて、働きに出る母親が子供を置いてから行けるようにしている。母親は、クレシエが閉まる午後6時前後までに子供を引き取りに来なければならないが、それが不可能な場合は、保母が子供を家に連れ帰り、あとから母親が迎えにくるようにアレンジする場合もある。保育中の食事は、簡単な朝食としっかりした昼食、帰宅前におやつのような軽食を出すのが通常である。

1987年にプログラムが開始される以前には、州内では州都フォルタレーザに8つのクレシエがあるだけであった。それが1994年までに146市で465のクレシエが開かれるに至っている。現在、クレシエは、州や市の政府によって運営される場合よりも、ファベララの住民自身が住民協会や教会、その他何らかの社会団体の活動として運営している場合の方が圧倒的に多い。政府の方針としても、コストを抑えて、しかも住民のニーズによりあったものとするために、最初からグラスルーツ団体に声をかけて申請団体を援助する形を取ったのであった。つまり、コミュニティがクレシエを運営したい場合に政府に申請して認められると、コミュニティの準備したスペースに政府が建物を建て、必要な備品・用具等を購入し、運営はコミュニティが行って、政府は子供一人につき月々15ドルの援助と、保母（モニター）一人につき月々で最低賃金の80%を払うという形態である。児童福祉財団は、UNICEFの協力で、各クレシエの保育内容を充実させる努力をしており、保母のトレーニング等を行っている。また、政府はクレシエの子供の保健についても監督する責任を持つ。

クレシエを運営するグラスルーツ団体は、しばしばデイケア活動だけにとどまらず、コミュニティが必要としているサービスを掘り出しては活動内容を広げていっている。最も一般的なのは、7才以上の就学児をデイケアするセ・ジョタ（CJ-Centro de Jovens-若者センター）といわれる学童保育の活動である。

ブラジルの初等教育の学校は3部制で、午前の部、午後の部、夜の部と分けて、同じ教室を一日に3回、別々の生徒が使用するようになっている。一部当たりの時間が4時間で、午前の部の子供は午後が、午後の部の子供は午前が、夜の部の子供は日昼が全く自由になってしまう。この自由な時間、大人の監督もなしに道ばたに溢れていることがないようにデイケアをするのがセ・ジョタの活動である。

このような子供向けの活動の他にも、クレシエは親への教育（家族計画、エイズ教育等）、コミュニティ・ファーマシーによる（オルタナティブ）ハーブ薬品の製造・販売、拡声器を使ったコミュニティ・ラジオ・プログラム等を運営して、コミュニティ活動の核として機能していることが多い。

セアラ州は、幼児死亡率の減少によって1990年にUNICEFから受けた賞金で、セアラ児童福祉財団のために「子供センター」を建設した。このセンターはできあがったばかりで、何も備品が整っていない状態であるが、今後有効に利用されることが望まれる。

## 2-8 セアラ州教育局の活動内容

現在の教育局の局長はUNICEFの専門家経験者で、6才以下、就学以前の子供とその母親の教育に強い関心を持っている。しかし、その年齢の子供について教育局が直接関与しているのはブレスコラ（幼稚園-4~6才）だけであり、その就学率は初等教育1年生（約93%就学）と比べて圧倒的に低い。また、教育局自身の持っているリソースは世銀と進めている初等教育改善の努力で手一杯でもある。そこで、保健局のアジェンチ・ジ・サウジのプログラムや社会活動局のクレシェのプログラムと共同して、主に母親を対象に「子育て」について教育するプログラムを実施することを積極的に望んでいる。そのため、現在、他局や各市政府とグループを作って準備を進めているところである。他局とのミーティングは週に1回開くようにし、市政府とのミーティングは月に1回開くように考えているとのことである。

幼児教育に関するマニュアルとして、調査団は以下のものを入手した。

### UNICEFの出版物

#### 幼児教育シリーズ

- No.1 - Brincando e Aprendendo (遊びながら、学びながら)
- No.2 - Recursos Educativos (教育の材料)
- No.3 - Contos, Cantos e Encantos (お話と歌と喜び)
- No.4 - Aprendendo a Construir Parques Infantis (幼児公園の作り方)

### セアラ州社会活動局の出版物

「Creche Comunitária Guia Básico (コミュニティ・デイケア・センターのベーシック・ガイド)」シリーズ

- No.1 - Gerenciamento (運営)
- No.2 - Educação (教育)
- No.3 - Saúde (保健)
- No.4 - Alimentação e Nutrição (食事と栄養)

### モンチ・アズール・コミュニティー協会 (NGO) の出版物

「Criança Querida (愛された子供)」シリーズ

- No.1 - O Dia-a-Dia da Alfabetização (識字の毎日)
- No.2 - O Dia-a-Dia das Creches e Jardim-de-Infância (保育園と幼稚園の毎日)

## 2-9 セアラ州市政府の母子保健プログラム (ベベリーベ市及びキシダ市の例)

(1) 調査団は、セアラ州の184の市 (município) の内、保健医療サービスの市営化

(municipalização) が進んでいる例としてキシヤダ (Quixadá) 市とベベリーベ (Beberibe) 市を訪れた。キシヤダ市はフォルタレーザから内陸に180キロほど行ったところにある(乾燥地帯の)人口7万人ほどの市、ベベリーベ市はフォルタレーザから海岸沿いに東へ80キロほど行ったところにある(熱帯の)人口3万7千人ほどの市である。

特にキシヤダ市の保健医療サービスの市営化はよく進んでいて、連邦資金の交付額の決定についても「その50%を住民数によって決め、他の50%を地域の疫学的プロフィール等で決める」という法律8080号通りの方法が取られている。法律の規定があるにも関わらず、この方法で交付額が決まっているのはブラジル全土でもまだ19市しかないということである。その他の市では、いまだに実施した保健医療サービスの費用に応じて交付額が決められており、計画的な保健医療政策を立てるために障害となっている。市が独自の予算から保健医療に費やすのは市予算全体の10%に当たる。

キシヤダ市とベベリーベ市とで共通しているのは、「ファミリー・ヘルス・プログラム」という新しいプログラムである。これは、10~13人の保健エージェントと医師1人、看護婦1人が組んでチームを作り、1,000家族を訪問してPHCを実施しようというプログラムである。これはもともとキシヤダ市が1993年に独自に生んだアイデアで、その有効性を連邦政府が認めてブラジル全土に広めようとしているものである。このナショナル・プログラムの宣伝にはキシヤダ市が一役買っていて、テレビの政府広報で市のプログラムを紹介している。

ファミリー・ヘルス・プログラムはまだ開始されたばかりで評価は困難であるが、医師と看護婦をかなりの数雇用しないとできないプログラムで、貧しい市にとっては経済的負担が大きいのも事実である。このため、現在の州保健局長は、州全体としては従来の保健エージェントのプログラムを継続し、一部の市がファミリー・ヘルスのプログラムに手をつければそれによしと考えているとのことである。また、医師という特権階級に長期にわたって農村部の家庭回りに縛り付けることの困難も指摘されている。

ベベリーベ市の保健エージェントのプログラムについては、その最低賃金×1というわずかな給与でさえ、教師の給与と比べて高く、田舎部での教師離れが問題化しているとのことである。教師をやめて保健エージェントになる人がたくさんいるということである。この問題については教育局が世銀と改善策を考慮しているところである。

## (2) エイズに関するプログラム

ブラジルは1994年9月3日現在までに55,894件のエイズ・ケースをWHOに報告して、アメリカについて世界で2番目に多くのケースを抱える国である。ブラジルのエイズ・ケースの56%はサンパウロ州に、15%はリオ・デ・ジャネイロに集中していて、セアラ州は統計上全体の1%を占めるにすぎない。しかし、これは診断技術の格差等多種の要因が働いた上での統計で、サンパウロやリオ・デ・ジャネイロ以外の州でも実際はもっと多くのケースが存在していると



いわれる。実際、血液センターの献血用血液のスクリーニングでは、サンパウロ州も他の州もおよそ同等のHIV感染率（1994年上半期サンパウロ：0.56%、セアラ州：0.54%）を示している。市単位では、フォルタレーザは全国で28番目にエイズ・ケースの多い市である。

東北部の各州とサンパウロ、リオ・デ・ジャネイロの大都市とはトラック便によって密接に結ばれており、また国内移民の波によっても人的な往来が激しい。国内移民の波は、一般に信じられているように「東北部→大都市」という一方的な流れではなく、里帰りやUターン組等が多数存在する双方向の大規模な往来である。その意味でセアラ州のエイズ状況は、南部大都市の状況に直接的に影響を受ける。それは、HIVの伝播に関してのみならず、情報の伝播についても影響を受けるようである。政府のエイズ教育よりも、南部大都市からの里帰りした親戚のもたらす情報の方が影響力が強いとも言われている。

セアラ州政府、各市政府のエイズ・プログラムは、まだまだ端緒についたばかりで十分とは言えない。ポスター配布と散発的な教育キャンペーンが主な活動で、無料匿名HIV検査の充実や、患者／感染者のケア等までまだ手がかつていないということである。ブラジルでは、サンパウロの「GIV (Grupo de Incentivo à Vida - 命を励ますグループ)」やリオ・デ・ジャネイロの「Grupo pela Vida (命のためのグループ)」等、HIV感染者の活発なセルフ・ヘルプ活動があって、革命的とも言える新しいエイズ活動が展開されている。フォルタレーザ市にはそのような活動はまだ生まれておらず、今後の進展が期待される。

## 2-10 社会ジェンダーに関する考察及び提言

本件調査では、母子保健プログラムと密接に関連する社会ジェンダーについて調査を行った。その結果、社会ジェンダーを配慮しながら効果的にプロジェクトを推進していくためには、以下の事項に十分留意することが重要と判断された。

### (1) 保健医療の情報とサービス

多くの女性にとって、家族計画に関して避妊具の選択が限られており、情報も不足している状況にあるため、他の避妊方法について十分な情報を得たうえで自由意思で選択できるよう、必要な保健医療情報と併せて提供サービスをする。男性の協力を得るために情報提供の際は男女共に行い、ディスカッションの場を設ける等、男性が家族計画に参加するという意識を高めていくような手法を用いる必要がある。

また、住民に情報が行き届いているか、適切に理解されているのかを、情報提供の際はフォローアップを考慮することや、情報が入手困難な農村部の地域特性といった地域間格差を考慮していく必要がある。

### (2) 各関係機関との連携の可能性

セアラ州女性権利審議会、保健局、労働社会福祉局、教育局の業務に共通性のある女性や青少年問題等の対策協議を関係調整することや、積極的にカウンターパートのようにプロジェク

トに取込む形が考えられる。また、類似のプロジェクトが存在している場合はその機関と十分な情報交換を行い、協力体制を整備できるような連携の可能性を考慮する。

(3) 青少年層へのアプローチ

10代の妊娠や性病、少女売春等の増加している性問題への取組みが重要な課題である。青少年層に関わっていく場合には、性教育を早期に開始する等、インフォメーションより教育に重点を置いたアプローチ方法も考えられる。

(4) 社会ジェンダー調査の技術移転

プロジェクト実施に伴い、女性や青少年、高齢者、貧困層住民といった社会的弱者集団への配慮を行って、彼等のニーズを積極的に反映させるプロジェクトデザインを考えることが重要である。プロジェクト計画、実施、評価や終了後に至るまでの各段階において、適切な社会ジェンダー調査の視点を組込むために、カウンターパートへ分析手法の技術移転を行い、プロジェクトの持続化と相手国の運営管理能力の向上を計る。

(5) 女性グループ活動の支援

女性達自身で母子保健や公衆衛生を積極的に向上できるような制度作りを援助する。例えば、保健、教育、福祉等に関連した活動を行っている女性グループの能力強化を図ることや、地域のコミュニティリーダー育成、医療従事者を交えて健康問題を話合う地域保健委員会の開催、大学等の女性研究グループや女性のNGO活動の支援等、様々な角度から女性の活動を支援していくことで女性の地位を向上させ、能力を高める方法が考えられる。

## 2-11 ペルナンブコ州で実施中の東北ブラジル公衆衛生プロジェクトについて

標記プロジェクトは平成7年2月10日から5年間の予定でプロジェクトを実施中であり、現在、5名の長期専門家（リーダー、社会学、熱帯寄生虫学、看護学、業務調整）が赴任中である。プロジェクト活動内容については別紙の東北ブラジル公衆衛生プロジェクトPDM要約版案に取りまとめているが、概略は以下の通りである。

(1) 上位目標

ペルナンブコ州の経験を生かし、東北ブラジルの健康水準の向上に貢献する。

(2) 目的

パイロット地域での活動を通じて、ペルナンブコ州における統一保健医療システム（SUS）事業を促進する。

(3) 公衆衛生改善のための組織作り

連邦大学、州保健局、各市保健局、その他の機関の連携を強化するため、連邦大学に諸機関が参加するヌクレオを設置する（センターという呼称では学部と混同されるため活動の核を意味するヌクレオという呼称を用いる）。

(4) 3カ所程度のパイロット地区を州内に選定し、SUS政策の促進の事例を提示する場とすると共に疫学研究等に基づく普及促進活動を行う。

(5) 関係機関の役割分担は以下の通り。

- ① ペルナンブコ大学……スクレオ設置場所の提供、プロジェクト運営要員の配置、大学病院によるパイロット地区の患者の検査、診断、治療等。
- ② ペルナンブコ州保健局……保健医療・疫学部門及び人材養成センターの機能活用によるプロジェクト推進（資料提供、収集整理、行政関連規定の策定等）。
- ③ レシフェ市保健局……住民対策等に係る資料提供、収集整理及び健康教育促進事業等プロジェクトにより提案されたパイロット事業の実施。

ペルナンブコ州のプロジェクトでは、大学、行政、実施機関を巻き込み、SUS支援のもと総合的な公衆衛生対策を調査、研究、実施することを目的にしている。また、この公衆衛生対策がより完成されたものになれば、ペルナンブコ州だけではなく東北部の各州にも普及されることが予想される。

それに対し、本件母子保健プロジェクトでは公衆衛生の中でも母子保健に協力項目を絞り、保健エージェントの監督官等への技術移転を目的としている。そういう意味では母子保健プロジェクトは現場的な課題を対象にしており、母子保健プログラム普及に対する方法論の確立が主な主題である。また、母子保健プログラムが確立された段階では公衆衛生プロジェクトと同様、東北部の他の州への拡大を目指している。

以上から、サイトは異なるが同じ東北部を対象にしている公衆衛生プロジェクトと本プロジェクトでは前者が制度作り、公衆衛生対策といった組織面を含むアプローチから現場を支援する指向であるのに対し、後者は母子保健プログラム策定に係る保健従事者育成といった現場から制度・体制改善にアプローチするという方法論を模索している。

従って、両プロジェクトは公衆衛生、母子保健分野の政策、体制、実施に当たっては、相互補完的な関係にあるともいえる。将来的には両プロジェクトに関与している保健省が、公衆衛生プロジェクトで得た知見と母子保健プロジェクトで得た知見を統合できれば、東北部の保健対策に大きな貢献をするものと思われる。

### 3. 相手国実施体制の組織及び体制

#### 3-1 保健省の実施体制

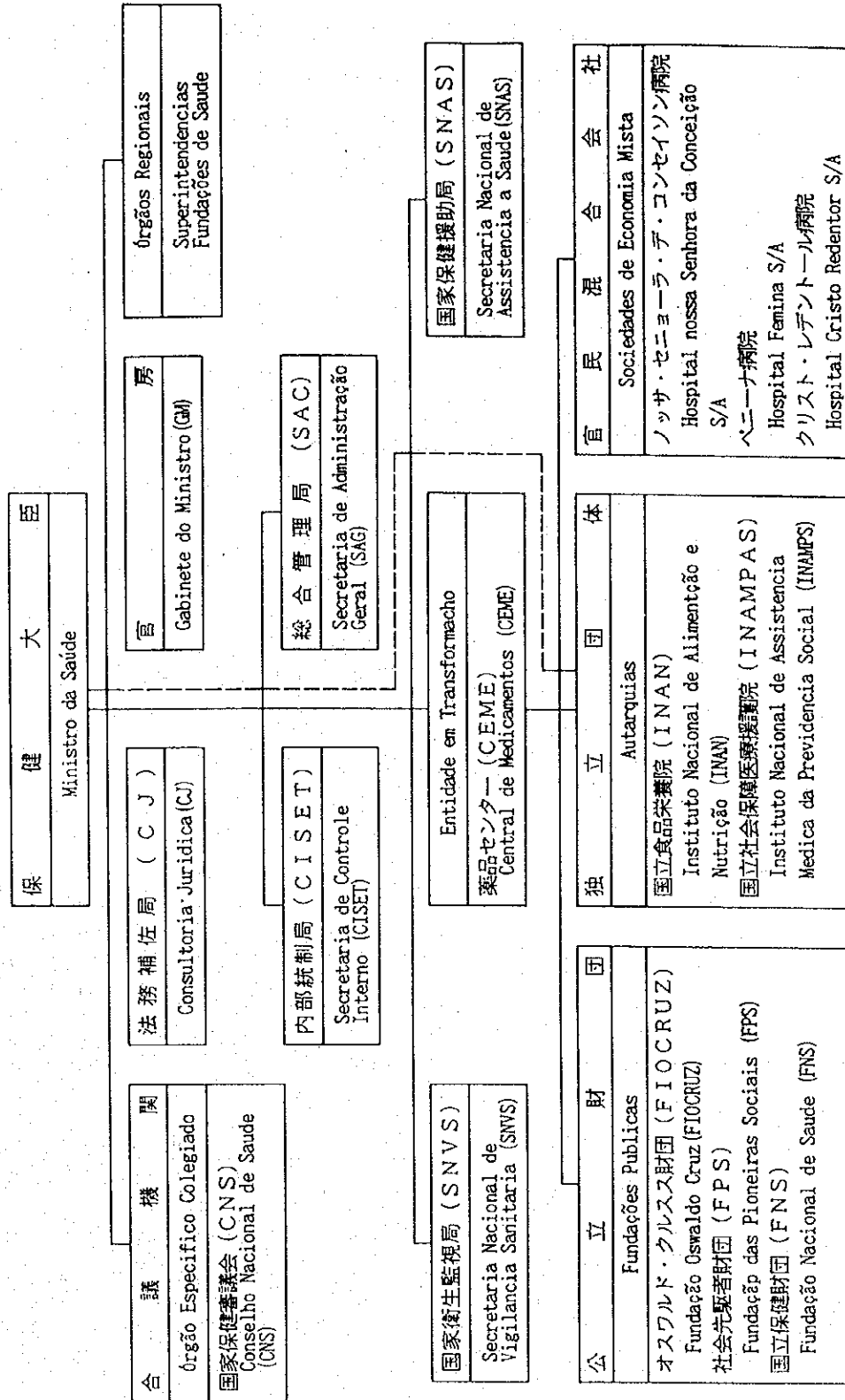
保健省の組織は次ページの組織図の通りとなっており、各局のなかには部、課がそれぞれ設置されており、巨大な組織となっている。本件プロジェクトについていえば、保健省内の母子保健課 (Coordenacao Materno Infantil, 略称 COMIN) が担当することとなる。母子保健課は

- (1) 母性保健支援室
- (2) 幼児保健支援室
- (3) 青少年保健支援室

の3室から構成されている。

ブラジル国内の母子保健プログラムについては、その政策面についてはCOMINが担当することとなっており、COMINの政策決定を受けて各連邦州政府がその実施を担当している。言い換えれば、行政レベル、他援助機関との折衝においてはCOMINが先ずその実施の枠組みや場所を決定して、COMINから各連邦州にその実施を委託するという形をとる。今回のプロジェクトの場合、COMINの表現によると、「これはCOMINによるモデル的なプロジェクトであり、そのサイトにセアラ州を設定した」ということになる。COMINによれば、本件プロジェクトがうまく機能できれば順次、同様のプロジェクトを他州にも拡大していきたいとのことである。

- (1) 保健省の中の国家保健援助局 (SAS) の中には、更に1官房局、1インスティテュート、3局 (Departamento)、3調整局 (Coordenacao) が設置されている。
- (2) その3局のうち保健促進支援局 (Departamento Assistencia E Promocao A Saude) の中には2調整局 (Coordenacao Geral) が設置されている。
- (3) そのうちの1つの調整局の中には6課が設置されており、COMINもその中の1課である。



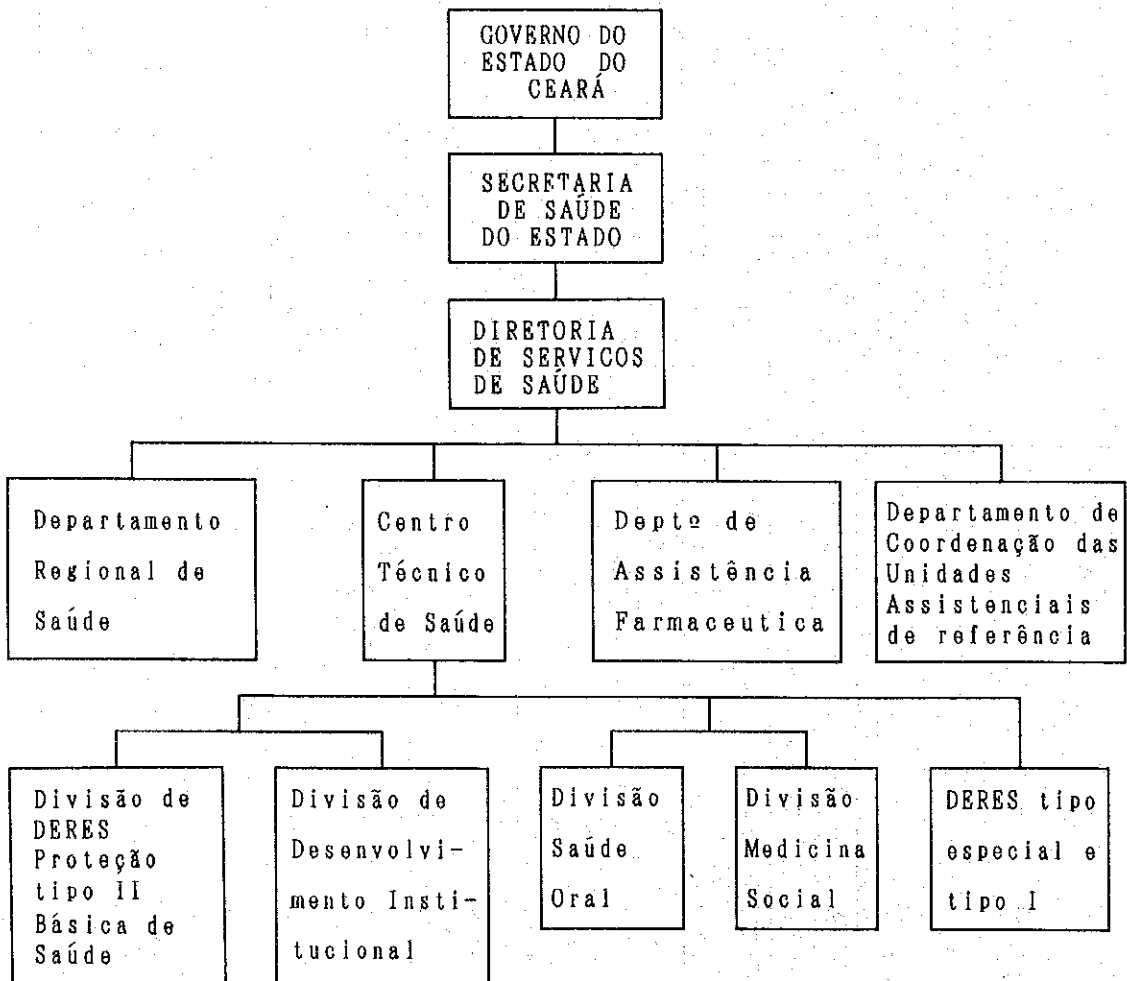
### 3-2 セアラ州保健局の実施体制

セアラ州保健局の組織は以下の通りである。セアラ州政府には州知事を長とした行政機構が設置されており、企画局、社会活動局、教育局等いくつかの局が置かれている。保健局は州政府の指揮下にあり、その長（局長）は保健局長である。局長の下には4局が置かれており、それぞれ、地域保健局、保健技術センター、業務支援局、調整局となっている。

本件プロジェクト実施に当たっては、保健局の複数の局もしくは全ての局が関与するであろうことから、本件プロジェクトの実施機関としてはセアラ州保健局とし、それ以下にブレイクダウンして特定することは得策ではないと思われる。

なお、保健局内のキーパーソンとしては、保健局長、同次長、技術課長、疫学課長のほか、女性保健支援プログラム（ピバ・ハレル）、幼児支援保健プログラム（ピバ・クリアンサ）の各責任者、公衆衛生学校の校長等が挙げられる。

セアラ州保健局組織図



### 3-3 両機関の実施分担

協議議事録にも記載しているが、本プロジェクト実施に当たっては、その監督、調整面については保健省の母子保健課が当たることとなっている。母子保健課は、母子保健プログラムの指導監督を国家レベルで行う機関であり、COORDENAÇAOという課名が与えられている。日本語で直訳すれば調整ということになるが、ポルトガル語でCOORDENAÇAOといった場合、日本語の「調整」という言葉以上に重いものがある。すなわち「調整」という言葉の中には「上位にあつての指導監督」という概念が含まれるようである。

本件プロジェクトにおいては、外国である日本と折衝、調整の直接的な権限とプロジェクト実施の最終責任を負うのは母子保健課である。つまり、母子保健課が計画・立案した母子保健プロジェクトの対象にセアラ州を選定したという理解である。

また、プロジェクト自体の実施については、セアラ州政府が実施主体となる。ブラジル国内の一連の地方分権化の流れのなかで母子保健プログラムも例外ではなく、母子保健課の指導監督のもと、セアラ州政府保健局が実施責任を負うことになる。ひとつのプロジェクトに2つの実施機関が関与した場合、その運営に支障を来すことになるが、本プロジェクトの場合、指導・監督機関である保健省母子保健課と実際の実施主体であるセアラ州政府保健局という形でそのデマケはできている。

なお、将来のプロジェクト実施を考えた場合、JICAの実際のカウンターパートとしては、セアラ州政府保健局がその任に当たることが、円滑な実施を確保するうえでは妥当であろう。しかし、ブラジル国内の行政上は保健省母子保健課がその上位で指導監督する立場であるので、実施上は保健省とセアラ州政府保健局のそれぞれの立場をよく理解して尊重することが重要であると思われる。なお、本件プロジェクトが実施される場合の運営委員会のリストを協議議事録に記載した。運営委員長（ジェネラル・コーディネーター）には保健省の国家保健援助局長を、副委員長（エグゼクティブ・コーディネーター）にはセアラ州政府保健局長をあて、各委員には保健省母子保健課、セアラ州政府保健局、同教育局、同社会活動局、企画局からの代表を予定している。

また、保健省及びセアラ州政府保健局の現段階でのデマケとしては以下の通り、協議議事録に記載した。

#### (1) 実施機関

保健省が本プロジェクト全体的な責任を負う。セアラ州政府保健局は保健省母子保健課の監督と支援のもと、本プロジェクトを実施する全責任を負う。

#### (2) ブラジル側保健省の実施すべき措置

- 1) 保健省はセアラ州政府保健局に対して技術的な支援を行う。
- 2) 保健省はセアラ州政府保健局に対してプロジェクトのモニタリング及び評価に関する支援を行う。
- 3) 保健省はブラジル外務省とも協調のうえ、供与機材の通関に関する必要な手続きを行う。
- 4) 保健省はプロジェクトの調整、監督及び評価に必要な人員及び予算上の措置を行う。

- 5) もし必要であれば保健省は日本側専門家に対する事務室を提供する。
- (3) セアラ州政府保健局の実施すべき措置
    - 1) セアラ州政府保健局はプロジェクトの実施、調整、評価に必要な人員及び予算（ランニングコストを含む）上の措置を行う。
    - 2) セアラ州政府保健局は日本側専門家に対する事務室を提供する。



## 4. 協力計画案

本件事前調査の中で本プロジェクトの実施可能性について調査団と先方保健省及びセアラ州保健局と協議を行い、プロジェクトの基本的枠組みを取り決めた。今後更に長期調査、実施協議調査等により具体的実施方法、実施上の問題点や制約条件について詳細に検討される必要があるが、以下のような枠組によりプロジェクトを実施した場合、その意義は大きいものと思われる。

先ず、本プロジェクトにおいては、ブラジル国内でも母子保健事情が低い水準のままとなっている東北部のうち、外国プロジェクト受入れの経験があり行政的にも整備されているセアラ州を対象とすることが望ましい旨判断された。セアラ州内でモデルプロジェクトを実施する市を決定し、そこでの活動を通じて徐々にセアラ州内に母子保健計画を普及していき、最終的に可能であれば近隣の他州にも普及していくという3段階の方法論が望ましい。

但し、最終段階で他州に母子保健計画を普及させる場合、他州の保健従事者をセアラ州内のモデルプロジェクトサイト等で研修させる程度の協力の留めるのか、或いは専門家等も他州に展開していく可能性があるのか等については現時点では詳細を決めてはおらず、プロジェクトの実施状況によって決定されていくべきと考えている。

また、プロジェクトの活動としては保健エージェントならびにその他の保健関連コミュニティ・ワーカーの監督官レベルへの母子保健計画に係る技術移転を考えており、具体的には日本側専門家がプロジェクトサイトでの活動やインハウス・トレーニング等によって監督官をセアラ州保健局ならびに関連各局と共に育成していくことが主体となる。監督官への実際の抗議等については現地政府の専門家が対応することが妥当であることから、日本側専門家はセアラ州保健局ならびに関連各局と密接に調整しつつ、母子保健計画のプログラムや年間計画、将来計画を策定していくこと等が求められる。また、母子保健計画を住民に普及させていくに当たってのより有効な普及方法の開発、IECの導入等も考えられる。

専門家の分野としては、現時点で最終的な特定はできないが、考えられる構成としては、チームリーダー、母子保健、疫学（リプロダクティブ・ヘルス）、WID（ジェンダー）、保健教育（IEC）、調整員等が考えられる。

なお、冒頭で触れた協議議事録の中で本プロジェクトの協力計画案について、以下の通り概要を取りまとめた。

(1) プロジェクト名

東北部母子保健改善計画

(2) 上位目標

ブラジル国東北部において、母子の生活の質を向上させること。

(3) プロジェクトの目標

保健従事者の能力を強化することによって、母子保健サービスを向上させること。

(4) プロジェクトのアウトプット

- 1) 母子保健分野における保健情報システムが強化される。
- 2) 母子保健向上に係るモデルプロジェクトが展開される。
- 3) これらの活動によって、母子保健計画がセアラ州内の複数の市に普及され、最終的にフィジー州であれば、他の州にも展開される。

(5) プロジェクトの活動

- 1) 情報収集及び分析を基礎においた計画策定
  - ① 母子保健に係る情報の収集及び分析
  - ② 補足調査
  - ③ モデルエリアの策定
  - ④ コミュニティベースの実行計画の策定
  - ⑤ 実行計画の実施
- 2) 訓練計画の策定及び実施
  - ① 既存の訓練計画の見直し
  - ② 母子保健計画のニーズの同定
  - ③ 母子保健訓練計画の策定
  - ④ 母子保健訓練計画の実施
- 3) モニタリング及び評価
  - ① 実施中の母子保健活動のモニタリング
  - ② 実施中の母子保健活動の定期的な評価
  - ③ プロジェクトへの評価結果のフィードバック
- 4) 上記経験を踏まえた母子保健計画の複数の市への普及

(6) モデルエリア

第一ステージでは母子保健実行計画実施のモデルエリアとしてセアラ州内の複数の市が選定される。第二ステージではセアラ州のモデルエリア近隣の市が母子保健計画普及の対象として選定される。これら選定は日本側とブラジル側の協議によってなされる。

更に、プロジェクトの進捗によっては、母子保健計画が他州にも普及され得る。

## 附 属 資 料

- ① 社会ジェンダー関連調査報告
- ② 日順による調査内容
- ③ ミニッツ
- ④ 要請書（含む仮訳）
- ⑤ 医療協力ファイル
- ⑥ 調査団収集資料
- ⑦ 収集資料一覧



## ① 社会ジェンダー関連調査報告



## 1. 社会ジェンダー調査の目的と方法

### (1) 目的

コミュニティ開発を考える時、生活の環境作りを持続していくのは、日常生活において重要な役割を担っている女性を抜きにして考えることはできない。しかし、家族計画の例をひとつ挙げてみても、妊娠について、或いは出産についての間隔、数という基本的且つ重要な決定権を女性が持たない場合があまりにも多く、今回調査したブラジルでもこうした例が多数あることがわかった。女性達自身で母子保健活動を進めていこうということが積極的にできるような仕組み作りをすることにより、サポートする側の負担も軽減され、男性達の生活状況も改善されるという、女性だけを対象とする発想ではなく、男女の問題として据えていくことが重要になる。

プロジェクト実施が計画されているセアラ州が位置しているブラジル東北部は高い乳児死亡率、妊産婦死亡率と低い平均寿命を示し、様々な熱帯感染症の流行地である。また、保健医療施設、人材はその絶対数が少ないうえ、沿岸部の州都や都市に集中し過ぎるといった問題が多い地域である。このため、このプロジェクトにおけるジェンダー分析の必要性の理由として以下のことが考えられる。

- ① 家族計画に関して女性と男性は異なる意見、ニーズを有している場合が多い。
- ② 医療機関へのアクセスが男性に比較して困難である場合が多い（特に農村居住者）。
- ③ 女性と男性、都市部と農村部の住民では医療機関の利用方法が異なる場合が多い。

### (2) 方法

公的医療機関における家族計画・母子保健に関する住民へのサービスの現状と活動内容調査、医療従事者へのインタビュー、住民グループへのインタビュー、各行政機関におけるWID配慮の現状調査、対象地域における社会経済活動調査、国際機関の活動調査、関連資料等により調査を実施した。

## 2. WID配慮政策

### (1) 国家行政におけるWID配慮

女性の選挙権は1934年に獲得された。1988年に公布された新しい憲法が「第Ⅱ節—社会的権利について」の中で以下の権利を保証している。

- 「雇用及び給与を損なうことのない妊産婦に対する120日間非就労許容」
- 「法律の趣旨に則る個別奨励策を介した女性雇用市場の保護」

また、妊娠から産後5ヵ月まで恣意的且つ正当な理由なしに妊婦を解雇することも禁止される。

家族計画に関しては、人権尊重に基づいて行われ、それは夫婦の自由な意思決定に任せられる。国家は、夫婦に対して選択した家族計画の実施に必要な科学・教育的な手段を供給する義務を持つが供給の際、公立・私立機関による強制的な執行は一切禁ぜられる。1985年には法務省の機関として国家女性権利審議会が設立され、その後大部分の州に州女性権利審議会ができています。

## (2) セアラ州行政におけるWID配慮

セアラ州においては、知事補佐局の中に1986年からセアラ州女性権利審議会が位置づけられている。活動内容に関しては今回、会長へのインタビューと審議会の視察により調査を行った。

1995年1月現在、社会学、教育学、法律等の専門家12名と事務員6名の計18名のスタッフがあり、事務員1名を除いて殆どが女性スタッフで構成されている。また、女性に関しての法律を作るためには、必ずこの審議会を通すシステムになっている。

女性権利審議会の主な活動内容は以下の通りである。

- ① 州で男女差別、保健医療、労働等の女性に関しての法律を作る前の審議を行う。
- ② 各種法律相談（暴力、離婚等の相談）を受け付ける。
- ③ 青少年性教育のプログラム作成を行う。
- ④ 女性救済宿泊所や各種関連機関との調整や紹介を行う。

②に関しては、全国調査にて15～49才の女性群の上位4位までの死因は多い順に、循環器系疾患28.8%、外因（事故及び暴力）16.7%、腫瘍15.7%、感染症及び寄生虫病8.4%の順になっており、2位となっている外因の中でも家庭内の男性から受ける暴力によるものが高率にあり、州に対策を頼んでくるケースが多い。この法律相談は1992年より開始され、毎日15名程度の相談に応じている。

③に関しては、ブラジルの青少年が最初に性交経験を持つ年齢は20才までには男女共に90%に達している。しかし、避妊を行っている10代の青少年は非常に少ないため、性病や避妊に関して正しい知識を教育することが大切であるため、マニュアル作成が行われている。また、近年は新しい観光地として注目されてきている州都フォルタレーザであるが、農村部からの人口流入により都市整備が貧民街の拡大に追いつかないため、深刻な貧困問題になっており、少女売春や路上孤児、犯罪等の増加問題がクローズアップされてきている。

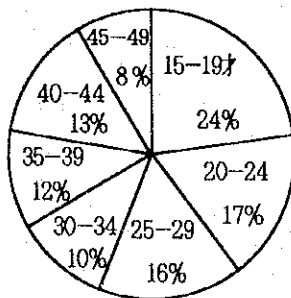
④に関しては、女性救済宿泊所は人命に関わる暴力等を受けた女性を一次的に保護する施設であり、最長3ヵ月まで滞在可能となっており、12才までの子供がいる場合は同伴可能となっている。この収容所と密接な関係がある他の機関としては、女性のための警察署がある。これは、女性が訴えやすくするための配慮であり、警察官も女性が多く、州都のフォルタレーザには1ヵ所設置されている。



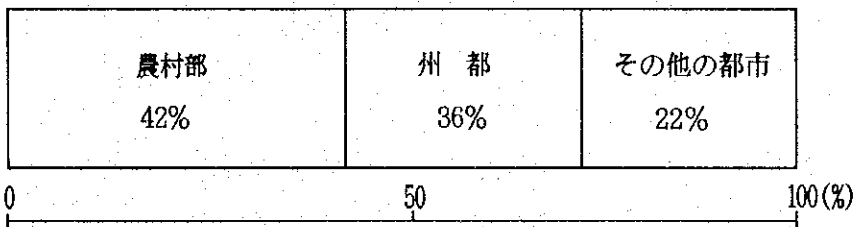
### 3. セアラ州の女性を取巻く社会環境

#### (1) 人口構成

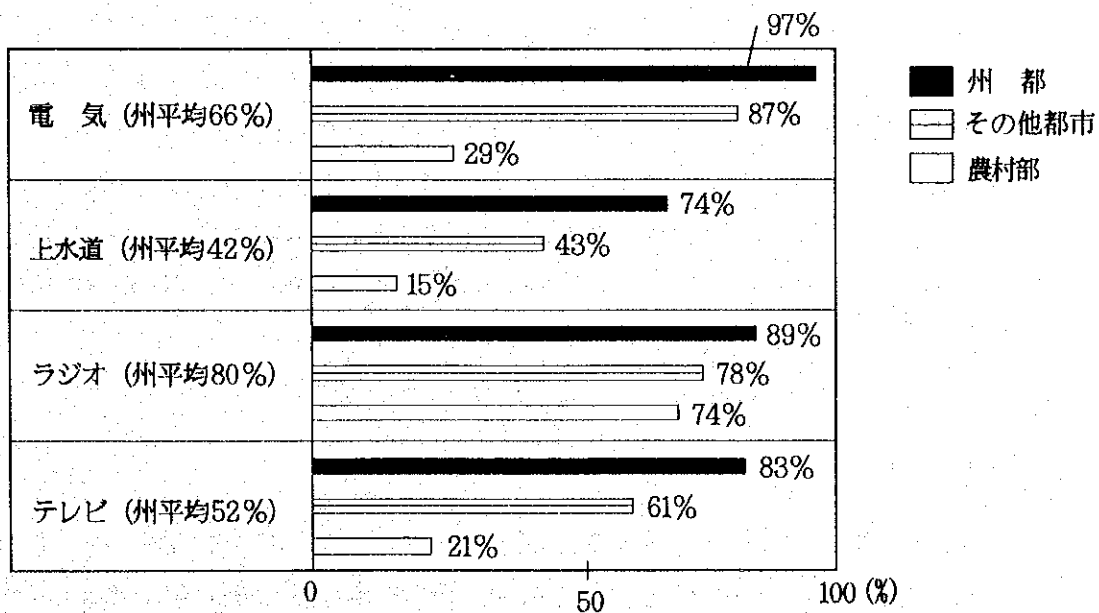
州人口は1991年の統計では約635万人で、内訳は女性327万人、男性308人となっている。州の人口増加率は年1.68%である。州都には約176人が住んでおり、人口増加率も年2.73%と都市集中型となっている。また、州内には受胎可能女性（15～49歳）が都市部で112万5千人、農村部で46万5千人の合計159万人が住んでおり、年齢別構成割合は以下の通りであり、29歳以下が57%を占める。<sup>註1</sup>



居住地 (15～49歳の女性)



住居設備普及率 (15～49歳の女性)<sup>註2</sup>



ラジオの所有率はテレビと比較すると都市部、農村部を問わず高率である。水道と電気供給サービスに関しては都市部に比較すると農村部では普及率が低く、特に水道を有している庭は15%にしか過ぎないといった極めて低いアクセス整備状況にある。

注1) 上記の統計数値は1991年のBEMFAMの調査による

注2) ブラジル平均では電気設備のある家庭 87.8%

水道設備のある家庭 66.6%

(1990 IBGE/IPRA/FGV/World Bank/UNICEF)

## (2) 貧困層人口<sup>注3)</sup>

セアラ州の就業者人口は約249万人<sup>注4)</sup>で、そのうち第1次産業である農牧業従事者人口は多いが、州民総生産額を形成する農牧業生産額の割合は低い。第1次産業は就業者人口割合に比して州民総生産に占める割合極端に低く、農業従事者の低所得につながっている。

	第1次産業		第2次産業		第3次産業	
	人口割合	GNP割合	人口割合	GNP割合	人口割合	GNP割合
セアラ州	33.3%	11.6%	11.8%	26.4%	47.3%	62.0%
ブラジル	22.8%	10.4%	22.7%	38.5%	54.5%	51.1%

(1990 IBGE/SUDENE)

セアラ州を含む東北部の農民はごく一部の大農場主<sup>注5)</sup>を除いてほとんどが、小規模な農地を有する農民か、大農地で耕作を行う小作農である。また、乾季が長いことから、雨季の降水量が少ない年は早ばつに見舞われやすい。内陸部では早ばつが続くと多数の農民が農地を放棄して都市へ移動し、スラム居住者となるため都市ではスラムが拡大し問題となっている。

セアラ州の貧困層人口は約303万人で、総人口に占める貧困層人口の割合は47.7%でそのうち農村部における貧困層人口は176万人で、農村部人口に占める貧困層人口の割合は大部分の80%を占める(1990 IPEA)。月額最低賃金であるUS\$60以下しか得ていない人は、セアラ州民の約60%、農村部では約80%もあり、彼等は最低限必要な食物を得るだけの収入もない状態にあり、以上のことから特に農村部の女性の生活環境は甚だ不安定であることがわかる。

注3) ブラジル政府は「所得がFAO及びWHOの定める最低必要栄養分に相当する基礎食料品の価格に満たない世帯に属する人口」を「貧困層」と定義している。

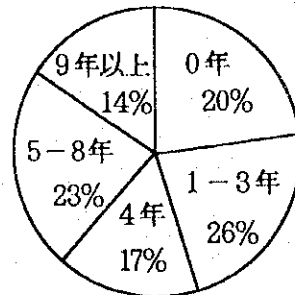
注4) ブラジルの就業者人口の合計は約6,210万人。

注5) 大土地所有人口の7%にあたる者が、セアラ州の85%以上の土地を所有している。

## (3) 教育関係指標

セアラ州の文盲率で5歳以上に占める割合について見てみると、州平均では44.1%、農村部では61.7%であり、全国平均のそれぞれ23.3%、41.5%と比較すると20%程文盲率が高くなっ

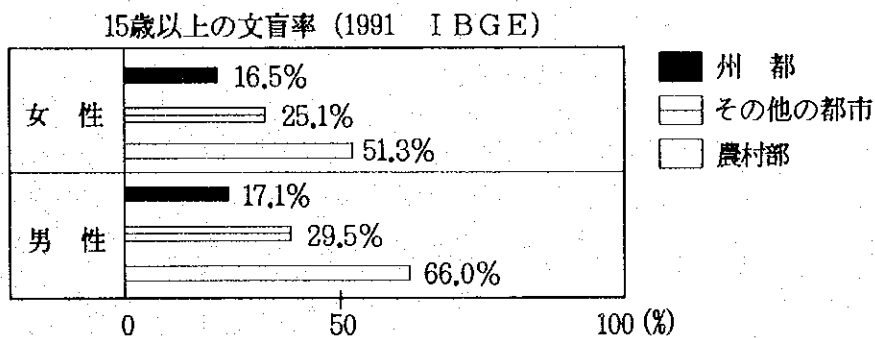
ている。また、州の15～49歳の受胎可能女性の教育年数は、0年から3年までの間が46%と約半数近くを占めている。ブラジルでは7歳から14歳までの8年間は義務教育であり、小学校4年間と中学校4年間となっているため、小学校を卒業していない女性が半数近いということになる。



(1991 BEMFAM)

また、10歳以上の人口の中で一度も学校へ行ったことがない、又は一年未満である人の割合は、セアラ州平均で39.4%、農村部では57.6%と半数以上を占めており、全国平均と比較してみると18.1%、34.8%と、それぞれ20%以上も高い数値を示している。

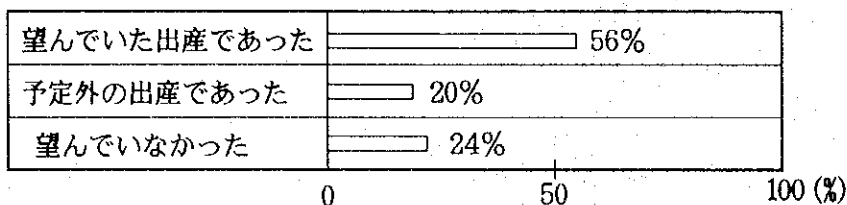
この義務教育を完了する児童の割合は、全国平均では6.9%、州ではわずか3.8%であり、セアラ州の特に農村部に居住する児童は学校へのアクセスが乏しい状況にある(1990 IBGE/PNAD)。女性の教育水準に関しては、概ね同レベルか男性を凌ぐ状況にある。しかし義務教育を修了した者の割合が非常に低いということを考慮すれば、男女共、重大な教育欠如を来しており、この中でも特に農村地域、社会・経済水準の低い女性の教育水準が低くなっている。セアラ州における15歳以上の男女別、地区別の文盲率については以下の通りである。



#### 4. セアラ州の女性を取巻く保健医療の現状

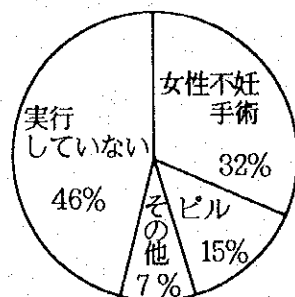
##### (1) 家族計画

セアラ州に住む受胎可能女性（15～49歳）へのアンケート結果<sup>注6</sup>より過去5年間に出産した女性のうち、その時の出産が予定外であった、又は望んでいなかった例を合計すると44%となり、半数近くを占める。



避妊について必要と思っている州都に進む女性が87%、その他の都市部に住む女性が89%、農村部に住む女性が88%とほとんど差がなく、大部分の女性が避妊の必要性を認識している結果となっているが、実際に避妊を実行しているのは54%であり、半数程度しかいない。<sup>注7</sup>

また、実行している女性の避妊方法としては、下記のグラフに示されている通り、女性不妊手術とピルの二つだけで大多数を占めていることがわかる。<sup>注8</sup>



いずれの方法も女性個人で選択できるものであり、男性の協力を得て実行するコンドームや男性不妊手術等は非常に少ない。特に不妊手術を受けた15～54歳の女性のうち、前回の出産において不妊手術を行った人の割合は、セアラ州で78.8%、ブラジル平均でも74.7%と高率にある（1986 IBGE/PAND）。

公的医療機関における家族計画の現状に関しては、首都ブラジリアで保健センターと病院においてインタビューと視察により調査を行い、以下のことがわかった。

保健センターの家族計画部門では、ピルとコンドームを希望者に無料配布しているが、在庫量は一定しておらず不足していることが多い。避妊具は年齢、未婚や既婚に関係なく配布しているが、原則として男性には配布していない。パッサリーやIUD、ホルモン注射等の避妊具は保健所や保健センターにはなく、病院のみで取扱われている。この保健センターでは、受診に来た女性に家族計画教室の受講を勧めており、週2回で一回に40名程度を対象に実施してい

る。説明には保健省、国連人口基金（UNFPA）、パン・アメリカ保健機構（PAHO）との協力で作られた教材を使用しながら、避妊の種類や使用方法について教えている。家族計画を推進していく障害となっているのは、キリスト教徒が多いことから避妊に積極的になりにくいことや、一般的に男性側の関心が薄く、家族計画は女性が実施するものといった意識が強いこと等が大きな問題になっていると、現場の医療スタッフは述べている。

注6) 数値は1991年にBEMFAMが実施した統計調査による。

注7) 避妊を実行している年齢別割合

45-49歳	33%
20-24歳	40%
25-29歳	54%
30-34歳	64%
35-39歳	68%
40-44歳	59%
45-49歳	40%

注8) 日本における家族計画のための避妊方法は1992年の時点で以下の通りである。

コンドーム	75.3%
荻野式	9.2%
その他	15.5%

毎日新聞社人口問題調査会「日本の人口（1992）」より

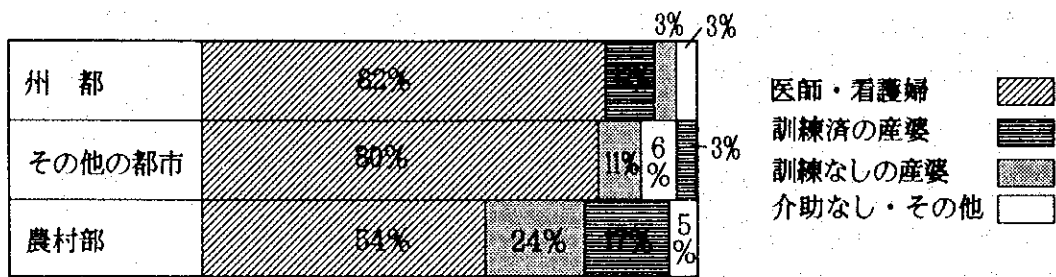
## (2) 妊産婦健康診査と出産<sup>註9</sup>

妊産婦健康診査の受診率に関しては、州都に居住する女性は93%が受診しているが、その他の都市部は76%、農村部に至っては半数近くの女性が未受診である。その受診場所は公立病院が67%、保健センターや保健所が25%、私立病院が8%となっている。

出産の場所は以下の通りで、都市部に居住する女性は大部分が病院に行っているが、農村部では33%の女性が自宅で分娩しており、医療機関へのアクセスが悪いセアラ州の農村部の女性達は、医療設備が整っていないために危険性の高い環境下での分娩を強いられている。

州 都	病院93%	自宅5%	その他 2%
その他の都市	病院81%	自宅15%	その他 4%
農村部	病院66%	自宅33%	その他 1%

また、分娩時には医師や看護婦や訓練を受けた産婆といった、ある程度の知識を持った技術者以外がするケースが農村部では4分の1程度もあり、母子への危険性が高く、ここでも地域差が現れている。



注9) 数値は1991年にBEMFAMが実施した統計調査による。

### (3) 医療従事者の養成<sup>注10)</sup>

州都のフォルタレーザ市にある州立の公衆衛生学校は1994年に開校したばかりの新設校である。世界銀行からの資金援助を受けて、医療技術者の養成や再教育、調査研究等を行っている。1995年の養成プログラムの職種と応募条件<sup>注11)</sup>、修業時間は以下の通りである。

養成職種	応募条件	修業時間
准看護婦	中学校卒業以上	1,190時間
生化学助手	中学校卒業以上	670時間
レントゲン技師	高等学校卒業以上	1,100時間
歯科衛生士	中学校卒業以上	670時間
薬剤師助手	中学校卒業以上	900時間
統計学技術者	高等学校卒業以上	1,100時間
栄養士助手	中学校卒業以上	670時間
環境衛生技師	高等学校卒業以上	1,210時間
臨床検査助手	高等学校卒業以上	680時間
臨床検査技師	高等学校卒業以上	924時間

この学校の授業は月曜日から金曜日の午前8時から午後6時までで、昼休みは12時から14時までの2時間である。どのコースも男女問わず応募できるようになっているが、レントゲン技師を除くと女性が多いということである。

注10) 医師や看護婦、ソーシャルワーカー、サイコロジスト等は大学卒業者で主な教育年数は以下の通り。

医師：6年+1年(レジデント)

歯科医師：4年

看護婦：4年

栄養士：4年

注11) ブラジルの小学校は7～10歳までの4年間、中学校は11～14歳までの4年間、高等学校は15～17歳までの3年間をいう。

### (4) ピバ・ムリエール(女性万歳)プログラムの現状

セアラ州では独自に女性を対象にしたピバ・ムリエールプログラムを1992年8月27日からス

ターゲットさせている。このプログラム推進のため、国連人口基金が4年間で200万ドルの資金援助と技術サポートをしており、州内の184市において以下の活動推進を行っている。

- 1) 婦人科クリニック
- 2) 家族計画
- 3) 癌予防（子宮癌・乳癌）
- 4) 妊産婦健康診査

今回、プログラムコーディネーターへのインタビューを通してわかったことは、大目的としては広い意味での女性の発展であり、各種疾病予防と死亡率の低下、家族計画の推進、10代妊娠の減少等を目指しており、少なくとも州内の女性の80%には保健衛生の必要性を理解してもらうことを目標に掲げている。現在までに80万ドルを使用して、各市の保健センター等に婦人科の診察室を整備しているが、金額的に最少限の設備になることや、1992年からの2年半は準備段階にあったため、まだこのプログラムは実際には始まっておらず本格的な開始はこれからであるとのことである。

#### (5) 女性のリプロダクティブヘルスの問題点<sup>注12</sup>

以下の問題点は今回調査したセアラ州に限らず、全国のブラジルの女性に共通性が高いと思われる。

##### 1) 限られた避妊具の選択と情報不足

- ① ピルと女性不妊手術の2つだけで避妊実行者の80%を越える。
- ② 最もポピュラーな選択は女性不妊手術である。
- ③ 不妊手術を行った4分の3の女性は出産時であり、主に帝王切開後に実行されている。

##### 2) 危険な墮胎が高率に実施されている

- ① 墮胎により約20%の妊産婦死亡率がある。
- ② 母体に危険な妊娠である等の理由以外の墮胎は違法であるため、闇で処置されているケースが非常に多い。

##### 3) 妊産婦健康診査の未受診者が農村部が多い。

##### 4) 分娩の知識を持たない産婆の介助が農村部が多い。

##### 5) 高率な帝王切開の実施

- ① 1981年に病院で出産した中で、31%は帝王切開で産まれている。
- ② ブラジルの帝王切開の半分以上のケースは不必要であると言われている。
- ③ 安易な帝王切開により妊産婦死亡率や罹病率が高い。

##### 6) 性感染症（STD）、AIDSの増加

注12) 数値は1991年のWorld Bankのレポートによる

プロジェクト名：ブラジル人口・母子保健プロジェクト

プロジェクト地域：ブラジル北東部セアラ州

		現状の分析 (地域全体での現状及び、男女比較しての女性のおかれている現状)	女性を取り巻く問題点 (女性への制約の原因となるもの等)	左記の問題点に対する対処案
1. 女性一般の健康状態	(1) 指標に見られる男女差	<p>1) 健康状態 州の男女別統計はないが、1988年で平均寿命は54才。全国的にはエイズ感染者が増加している。</p> <p>2) 栄養状態 男女別の統計はないが、15~49才の女性の上唇計開で標準以下の者が農村部で多い。</p>	<p>コンドームの普及率が低い。健康についての知識が不足している。</p> <p>最低賃金以下で生活をしている者が農村部に多く、十分な食物を供給できていない。</p>	<p>具体的な統計が少ないため、第一に関連指標の把握に努める。</p> <p>簡易な家庭栄養を促進していく。</p> <p>生計向上プログラムの検討。</p>
	(2) 生活環境要因	<p>1) 家庭生活 初婚年齢は1988年で全国平均が女性 23.4才 男性 26.6才</p> <p>2) 社会生活 女性の教育水準は概ね男性と同レベルだが15才以上の文盲率は州部の16.5%、その他の都市の25.1%と比較すると農村部は51.3%と高い。</p>	<p>東北部は男性上位性傾向が強く、男性は女性に対して保守的である。</p> <p>教育水準が低いと雇用機会が限定され、社会保障の対象から外れるという悪循環になっている。</p>	<p>地域リーダーや女性組織と協力して女性問題について地域で話し合う。</p> <p>農村部における教育施設の充実。</p>
2. 母子保健・家族計画	(1) 妊産婦の健康状態	<p>1) 妊産婦死亡率 州の統計はないが全国では10万人に対して151と高率で、妊娠の合併症による死亡が64%を占める。</p> <p>2) 妊産婦の健康 詳細な統計はないが、妊婦の3~4割が貧血症であるという報告がある。</p> <p>3) 妊産婦の健康に影響を及ぼす要因 妊産婦健康調査の未受診者が農村部で半数近くと高率である。</p>	<p>受胎前、妊娠中、産褥期における適切な医療支援が行われていない例が多い。</p> <p>妊産婦への保健、栄養指導が不十分。</p> <p>農村部では医療機関が少なく、情報も入手しづらい。</p>	<p>・妊産婦健康調査のシステムの改善。</p> <p>・妊産婦や男性に対しての健康教育を促進。</p> <p>・家庭訪問指導の充実。</p>
	(2) 妊娠と出産	<p>1) 家庭計画サービス 15~49才女性の避妊実行率は54%。公的医療機関で避妊具を無料配布している所もあるが男性は対象外。</p> <p>2) 不妊手術 女性不妊手術が最もピュラーな避妊方法である。不妊手術を行った大部分は出産時の帝王切開後に実施している。</p> <p>3) 中絶 非合法。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認められている。</p> <p>4) 出産 都市部に居住する女性は大部分が病院だが、農村部では33%の女性が自宅で分娩している。</p> <p>5) 女性の立場 妊娠、子供数について女性が決定権を持つことが少なく、望まない妊娠率が高い。</p>	<p>避妊についての情報や知識が不足している。カトリックの信者が多く、避妊に積極的でない。</p> <p>配布避妊具の数が充分でなく、市販のコンドームは高価である。</p> <p>手術に時間がかかるため、合法的に行われることは希であり、ヤミでの処置が多い。</p> <p>病院以外での分娩は衛生設備が十分でないため、感染や事故のリスクが高い。</p> <p>一般に男性は家族計画に対して非協力的であり、関心が薄い。</p>	<p>・家族計画の情報とサービスを確実に提供し、避妊法の選択の幅を広げる。</p> <p>・思春期にある青少年に対する教育。</p> <p>・男性に対しての避妊具配布や家族計画への参加促進。</p> <p>・人口妊娠中絶に関する法の手続きの簡素化。</p>
	(3) 乳幼児の健康	<p>1) 指標に見る男女差 男女別の統計はないが1981年度では新生児死亡率 62.2/1000、乳児死亡率 11.3/1000、幼児死亡率 138.2/1000と高い死亡率を示している。</p> <p>2) 乳幼児の健康 消化器感染による下痢、急性呼吸器感染症、栄養失調などに罹患する子供が多い。</p>	<p>乳幼児死亡の背景として栄養失調があり、栄養摂取量の不足、母親の栄養に関する知識不足等がある。</p> <p>衛生面における地域差が大きくなり、特に農村部では清潔な水へのアクセスが悪い。</p>	<p>・栄養価の高い食物の栄養指導。</p> <p>・母乳栄養を促進。</p> <p>・井戸やトイレの整備。</p>



	現状の分析（地域全体での現状及び、男女比較しての女性のおかれている現状）	女性を取り巻く問題点（女性への制約の原因となるもの等）	左記の問題点に対する対応案	
3. 保健医療の現状	<p>3) 乳幼児の健康に影響を及ぼす要因</p> <p>(1) 伝統医療</p> <p>(2) 近代医療</p> <p>1) 薬局</p> <p>2) ヘルプセンター・診療所</p> <p>3) 病院</p> <p>4) 情報/トレーニング</p>	<p>東北郡は予防接種率が低く、農村部や教育年数の低い母親に特に傾向が強い。</p> <p>農村部では助産を受けていない伝統的産婆が出産を助しているケースが多い。</p> <p>医療分業制で種類は豊富にある。</p> <p>保健所や保健センターの多くは月～金曜日の午前と午後に影響している。</p> <p>セアラ州の人口1000人当りの病床数は2.47、人口1000人当りの医師数は0.70</p> <p>保健普及員による家庭訪問が重要な住民の情報源になっている。</p> <p>低所得層は十分な食物を供給できていない。</p>	<p>医療機関へのアクセスの悪さ。</p> <p>農村部では医師や看護婦・助産を受けた産婆が少ない。</p> <p>市販の薬は高価なため入手は困難。</p> <p>近くに医療機関のない農村部の住民は、土日や夜間の体制に不安をもっている。</p> <p>大病院や医師は都市に集中しており、その他の地域では移送に時間がかかり重症化するケースが多い。</p> <p>保健普及員へのトレーニングは地域で偏りがあり、徹底されていない。</p> <p>食品や栄養についての情報の入手不足。</p> <p>安価で栄養豊富な食品の調理法の紹介。</p> <p>(女性学級など)</p>	<p>・予防接種キャンペーンの推進</p> <p>・保健普及員による訪問指導強化。</p> <p>伝統的産婆へのトレーニングプログラムを作成。</p> <p>基本薬の国産化と技術支援。</p> <p>必要な地域での休日や夜間診療救急移送体制の整備。</p>
4. 女性の意識	<p>(1) 食生活</p> <p>(2) 飲料水・衛生状態</p> <p>(3) 健康管理</p>	<p>水道設備のない家庭は井戸や溜池の水を生活用水として利用していることが多く、下痢等の感染症の原因となっている。</p> <p>特に農村部では医療機関が遠く、人員の不足しており、アクセスが悪い。</p>	<p>・地域住民への衛生教育の実施</p> <p>・給水施設の改修・増設。</p> <p>・医療機関のサービス拡充。</p> <p>・医療技術者の確保。</p>	<p>当地域におけるプロジェクトへの女性の観点から見たアドバイス</p>

