

## 第 4 章

# ラテンアメリカの 公衆衛生

「権利としての健康」の追求



(写真) 新型コロナウイルス感染症が最も流行した頃のサンパウロ州サントアンドレ市内の病院  
(2021年, Gustavo Basso 撮影, CC BY-SA 4.0)

# ラテンアメリカの公衆衛生

「権利としての健康」の追求

## ■ 学ぶポイント

- ・ 社会の安定に欠かせない公衆衛生の内実を理解するとともに、ラテンアメリカの公衆衛生の特徴を理解する。

## ■ キーワード

権利としての健康 女性の権利 健康格差 感染症 母子保健

## はじめに

公衆衛生は聞き慣れない言葉かもしれないが、私たちが安心して健康に暮らすために欠かせないものである。高齢者の健康管理や母子保健のほか、近年ますます重要になった感染症対策も公衆衛生に含まれる。公衆衛生は社会格差とも密接な関連がある。国や地域の発展レベルを測るときに使われるのが所得、健康、教育の3つの側面である。このうちの健康は、平均余命や乳幼児死亡率、医療へのアクセスの可能性などから測っており、これが公衆衛生の領域である。この章では、ラテンアメリカで実施されてきた公衆衛生政策と、現在の課題を考える。

『セヴェリナ物語』(Uma História Severina) と題した短編ドキュメンタリー映画と出会ったのは、ブラジルで長期調査を行っていた2000年代前半のことだった。ブラジリア大学の教員が撮ったその映画では、無脳症の胎児を妊娠した女性が中絶の権利を求め、それを手に入れるまでの過程が描かれていた。縁あって日本語字幕を入れる手伝いを依頼されたことで、公衆衛生という社会課題と初めて触れることになった。

ブラジルでは人工妊娠中絶は法律で禁じられており、中絶を試みた女性とそれを手助けした人は刑罰の対象となる。例外として、強姦による妊娠と母体危険（このまま妊娠を継続すると、妊婦の生命に危険がある場合）がある。『セヴェリナ物語』を製作した大学教員は女性権利団体の創設者でもあり、この例外条項に無脳症胎児を追加するよう求めていた。

筆者の当時の関心は別のところにあったため、そのときはこの社会問題にそれほど注目はしていなかった。正直なところ、中絶が公衆衛生の一部をなすことも、理解していなかった。中絶、そして公衆衛生という問いに向き合うことになるのは、映画の監督であった大学教員が、中絶反対派から脅迫を受けて国外に移住せざるを得なくなったという出来事からだ。この出来事以降、アルゼンチンで盛んな女性の権利運動にも注目するようになった。アルゼンチンでは中絶の合法化を求める運動が起こり、中絶合法化法案は2018年に一度は否決されたものの、2020年に可決された。この運動と法案の可決は、メキシコやコロンビア、ウルグアイにも影響を与えている（中絶や女性の権利運動については第5章「ラテンアメリカのジェンダー・LGBTQ+」、アルゼンチンの女性の社会運動については第11章「ラテンアメリカの社会運動」を参照）。

中絶論争において、中絶を禁止すべきと考える人々はおもに信仰に基づいて反対する。一方、中絶を女性の権利として考える人々は、中絶を信仰ではなく公衆衛生の課題としてとらえるべきだと主張する。中絶はなぜ公衆衛生の課題であるのか、そして公衆衛生とはそもそもなんだろうか。

公衆衛生は、英語では「Public Health」、スペイン語では「Salud Pública」、ポルトガル語では「Saúde Pública」で、日本語より内容を理解しやすいかもしれない。国民全体のための公共の健康という言葉が示すとおり、公衆衛生は社会のメンバー全員が安心して健康な日常生活を営めるようにすることが目的である。具体的には、健康増進のため健診や教育、感染症予防と対策、母子保健、食品や住居の衛生管理、予防接種率の改善、医療資源の公正な分配などが含まれる。たとえば、人は病気になれば病院での診察や治療といった医療行為を受ける。そういった医療機関へのアクセスの機会を保障することも公衆衛生の一部であるが、それだけでなく、その前の段階も公衆衛生の領域であり、より人々の日常に密着したものである。

公衆衛生について考えることは、社会的な公正について考えることでもある。「世界保健機関」(WHO) と「ユニセフ」(UNICEF) は1978年に採択した「アルマ・アタ宣言」で、健康を基本的人権のひとつとして位置づけている。この健康とは、単に病気でないという状態ではなく、身体的、精神的、社会的に満たされた状態にあることを指している。先進国と途上国の間で人々の健康状態に著しい不平等があること、各国内でも不平等があることは受け入れ難い状況であるとして、保健医療分野だけでなく、経済的・社会的な分野からも人々の健康を守るために動くことの重要性を訴えている。身体と精神の健康が人権のひとつであるとの視点から、先ほどの中絶問題を考えると、より理解しやすくなるだろう。中絶の合法化を主張する人々は、中絶が禁止されている状況では、女性の選択の権利や身体と精神の健康が脅かされていると主張している。

「プライマリ・ヘルスケア」(primary health care) は、アルマ・アタ宣言と同時期に使われるようになった言葉で、人々に最も身近で地域に根づいた医療サービスを指す。健康維持や感染症予防、安全な水の確保など、健康を維持するための身近なニーズを、地域住民主体で満たす具体的な実践を指す。

## 2

## ラテンアメリカ「発見」からの感染症・公衆衛生の歴史をたどる

### 2-1. ラテンアメリカの植民者を悩ませ続けた熱帯病

公衆衛生には2つの特徴がある。ひとつは市民全体の健康を対象とすること、もうひとつは健康維持を問題とすることである（玉手 2022）。医療の目的は病気を抱えた個人を治療・ケアすることで、個人の身体が対象である。それに対して、公衆衛生は、疾病予防と健康増進を目的としており、社会全体が対象となる。公衆衛生が社会の隅々にまで行き届くということは、一部の豊かな人々だけでなく、社会のメンバー全員が、健康とそれを維持できる環境を享受できることを指す。

社会が安定するためには、たとえば、権利が侵害されていないこと、病気にかかるリスクや乳幼児のうちに死亡するリスクができるかぎり低いこと、必要に応じて保健医療サービスを受けられることなどが、誰に対しても保障されていることが重要である。近年、人々の社会経済的状況に関連して、健康状態に差が生じる健康格差が注目されている。たとえば、経済的に豊かな地域よりも貧しい地域のほうが病気にかかりやすかったり、医療サービスが受けられないなど、生活上の困難を抱えている人々が多い。このため、公衆衛生は格差社会においてとくに重要となる。

先ほどの中絶論争において、中絶賛成派が中絶を公衆衛生の課題として議論するよう求めているのは、この格差に関連する。たとえ中絶が禁止されていても、望まない妊娠をした女性は中絶を試みる。経済的に豊かな人々は高額を支払って安全に闇手術を受けるが、貧しい人々が受ける安価な闇手術は、不衛生で安全性が低い。それによって、多くの貧しい女性が命を危機にさらしている。違法な中絶薬を服用したり、闇手術を受けた女性は体調悪化により公立病院にかかることがあり、中絶を試みたことが発覚しやすい。

このため、中絶を理由に刑罰を受けるのもおもに貧困層の女性である。つまり、中絶が刑罰の対象となっている状況は、女性の権利、とくに、貧困層や有

色人種、若年層など社会的弱者の女性の権利が守られていない状態といえる。中絶合法化を求める人々は公衆衛生の観点から、望まない妊娠をした若くて貧しい女性たちが、適切なケアを受けられない状況を改善するよう求めている。

## 2-2. ラテンアメリカの医療・公衆衛生の特色

ラテンアメリカの歴史において、植民地期の統治者の関心は、特定の人々の健康維持にあった。つまり、労働力である奴隷の健康を保ち、富の生産に必要な労働力や人員をいかに確保し維持するかが重要課題であった。

ラテンアメリカの植民地で流行したさまざまな病気による労働力低下を避けるため、支配側のヨーロッパ人は熱帯医学を発展させようとする。そこで活用されたのが、先住民やアフリカからの奴隷たちの実践と知識であった。とくに、アフリカ人は熱帯病についての知識が豊富であり、「黒人医師（ニグロ・ドクター）」として認められた人々もいた。ヨーロッパ人が、ラテンアメリカ先住民の治療法よりもアフリカ人の治療法の方に関心をもっていたのは、人数の多いアフリカ人奴隷の大集団の健康維持こそが彼らの目的だったからだ（シービンガー 2024）。

先住民や黒人奴隷の植物とその医学的効用に関する知識が、すべてヨーロッパ人に受け入れられたわけではない。ヨーロッパにない知識の存在は認めつつも、奴隷の伝統治療の霊的側面を魔術としてあざ笑ったり、過剰に恐れる傾向があった。

たとえば、ジャマイカの魔術オビア（Obeah）は、黒人奴隷たちの反乱を機に1760年に非合法化された（シービンガー 2024）。オビアはアフリカ系の宗教にルーツをもつ信仰に基づいた実践で、カリブで発展して現在の形に至っている。「ドクター」と呼ばれる治療者が薬草や酒、動物を使って人々の悩みや病気を治療する。カリブ地域の国々ではオビアを禁じる法が次々と誕生し、現在でも廃止した国より禁止法を維持している国々のほうが多い（森口 2023）。オビアはいわゆる近代医療とは異なる治療実践のひとつであり、地域や時代によっては主流社会への脅威と受け止められた。

ペルー人歴史家Cueto and Palmer (2014) は、ラテンアメリカの公衆衛生

の特徴として、異なる文化間の折衝と混淆を挙げている。植民地体制を存続させるための医療・公衆衛生政策は、先住民やアフリカ出身の黒人奴隷の知識を取り込んで進展してきた。現在でもいわゆる近代医療だけでなく、先住民やアフリカ・ルーツの医療実践が並存している。

たとえばメキシコでは、1970年代以降、国連のWHOが推進したプライマリ・ヘルスケア政策のもとで、伝統医療は近代医療にとっての補助的な医療資源としての地位を付与された。人々の健康維持の役割を伝統医療も引き続き担うことになったのは、公的医療制度をすべての国民に提供するだけの資金や人材が不足していたという事情もあった。同時に、伝統医療は先住民の民族文化の伝統に根差したものであり、尊重されるべきとの考えが広まったためでもある(吉田 2004)。

また、ボリビアでは異文化間の保健医療として、身体や病気に対する異なる考えやそれらを実践する医療者を尊重する試みが行われている。こうした伝統医療と近代医療の並存は、医療的多元主義と呼ばれ、ラテンアメリカのさまざまな地域で見られる。

### 2-3. 社会・国家全体の保健体制の維持

公衆衛生政策をめぐるジレンマのひとつは、社会全体の健康な状態を維持するための「有効な介入」と「個人の自立の尊重」が、対立し得る点にある(玉手 2022)。人々の健康を守るための感染症対策では、個々人の自由を制限する必要が生じることがある(児玉 2022)。

たとえばコロナ禍では、公衆衛生政策は私たちの生活のなかに大きく入り込んだ。手洗い・うがいやマスクの着用が推奨され、ワクチンの接種や移動制限が提唱され、飲食店の休業が求められた。日本では、「感染拡大を防ぐ」という言葉のもとで市民の相互監視状態となり、日常生活にさまざまな制約が生じた。ラテンアメリカでも「非常時」の名のもとにさまざまな規制がなされた。感染症対策を理由に、罰則を伴う形で個人の自由を制限してよいかという点に

については慎重な意見も根強い<sup>1)</sup>。

感染を防ぐための政策と個人の自由との対立関係は、21世紀のコロナ禍にかぎった事象ではない。ラテンアメリカの歴史においても、公衆衛生政策は、時の政治権力に恣意的に用いられることがあった。19世紀、20世紀のラテンアメリカの公衆衛生政策は、当時の優生思想と結びつき、特定の集団を排除しようとした。優生思想は「優れた遺伝的形質」をもつ者とそうでない者を規定し、優れた人間のみを遺そうとする思想であり、命の価値をそのときどきの統治者が選別するものである。

19世紀末にヨーロッパで盛んになった優生思想は、20世紀前半のラテンアメリカに大きな影響を及ぼした。ブラジルでは、ドイツ人種衛生学協会をモデルにした「ブラジル中央優生学委員会」(Comissão Central Brasileira de Eugenia)が創設され(レッサー 2016)、その中心人物は農村部の衛生と保健教育を目的とした活動を行う医師であった。メキシコでは「人種改良のためのメキシコ優生協会」(Sociedad Mexicana de Eugenesia para el mejoramiento de la Raza)が設立された。ペルー、チリ、アルゼンチンでも同様に、政治家や医師、法律家などのエリートを主体とする優生運動が活発化していく(Lossio 2021)。

どの地域からの移民を受け入れるかを議論する際に鍵となったのは、宗教や人種、同化の可能性のほか、公衆衛生であった。特定の移民の排斥を主張する者は、都市の衛生状態を保ち健康を維持する目的を根拠にした一方で、受け入れようとする者は、その移民集団の清潔さや医療に対する意識の高さがその国の衛生状況の改善に貢献していると主張した。

感染症の流行下でも、特定の集団への差別意識を生じることがある。1870年代、ブラジル、パラグアイ、ウルグアイ、アルゼンチンなど複数の国で黄熱病が大流行した(PAHO)。ペルーではこの流行が中国人移民への偏見を助長し、中国人住民と中華街は不衛生であるとして、取締まりの対象となった(Lossio 2021)。

---

1) 日本はもとよりブラジルにおいても、過去にハンセン病政策として患者へ長期間の強制隔離を実施した。この政策は誤りであったと、のちに両政府とも公式に謝罪している。

このように、公衆衛生政策は、各国政府やエリートたちのさまざまな思惑に利用されながら実施されてきた。奴隷や移民などの労働者が健康で働き続けること、つまり労働力確保のための疾病への対処が、ラテンアメリカにおける公衆衛生の始まりであった。現在は対象を女性や先住民、貧困層といった社会的弱者へと広げ、国民全体の健康維持をめざす、より包括的な政策へと転換している。

## 2-4. 「顧みられない熱帯病」とラテンアメリカ全体の公衆衛生の改善

20世紀以降は、社会経済的な発展に不可欠なものとして公衆衛生分野が再注目されるようになり、ラテンアメリカ諸国において、公衆衛生を管轄する機関の創設が相次いだ。たとえばメキシコでは1917年、憲法に国家の義務として国民の保健管理が明記され、公的医療制度が導入された。さらに、ラテンアメリカ諸国の連携が積極的に展開されたのもこの時期である。1902年、現在の汎米保健機構（Pan American Health Organization: PAHO）につながる保健衛生分野の第1回会合が開催され、11カ国が出席した。PAHOはWHOのアメリカ地域事務局である。黄熱病やマラリア対策では、WHOや米国ロックフェラー財団による支援も活発に行われた。感染症の発症とその数を把握する疫学調査の制度が整備拡大され、予防接種が広まるなど、ラテンアメリカで公衆衛生政策は充実していった。

感染症は引き続き、ラテンアメリカの公衆衛生政策の重要課題である。感染症のなかには、豊かな地域ではすでに過去の病気になったものの貧しい熱帯地域において今なお人々を苦しめている感染症がある。WHOは20の感染症を「顧みられない熱帯病」(Neglected Tropical Diseases: NTDs) と定めており、その感染者はラテンアメリカ、南アジア、アフリカに多い。「顧みられない熱帯病」は予防や治療が可能であるにもかかわらず、貧困地域の栄養状態や衛生状態の悪い地域で広がっている疾病を指す (WHO 2023)。先進国で感染例が少ないために注目が集まらず、ワクチンや薬の開発等の十分な対策が講じられていないためである。各国地域間の経済的な格差が、健康格差へつながっている。

WHOは2030年までに、「顧みられない熱帯病」を制御または根絶することを目標として活動している。ラテンアメリカにおける代表的な顧みられない熱帯病には、シャーガス病、ハンセン病、狂犬病、デング熱、チクングニア熱などがある。

そのうちシャーガス病は、各国政府やPAHOの連携により、感染状況が大幅に改善した。シャーガス病はサシガメに媒介されて感染する疾病で、カリブ海諸島を除くラテンアメリカ全域でみられる、長く人々を苦しめてきた疾病であった。1990年代以降、効果的な公衆衛生の取組みが実施されたことにより改善傾向にある。シャーガス病に有効なワクチンがないため、重要なのが媒介する虫の対策であり、住居での殺虫剤散布、壁や屋根を中心とした住居の改善、蚊帳の利用などが実施された。また、輸血や臓器移植による感染を防ぐための血液のスクリーニングや、早期発見のための検査も実施された。これらの取組みの結果、ブラジルでは2006年に撲滅宣言が出された（新木 2021）。

シャーガス病は、感染リスクが大きく減少したものの、再び悪化しないよう継続して対策が必要なことや、人の移動によって他地域へと広がっていることなど、課題は多い。克服した感染症もあるものの、常に新たな感染症がラテンアメリカの健康を脅かしている。

近年は、蚊媒介感染症であるジカ熱やオロポーチ熱などの新興感染症にも対応を迫られている（ジニス 2019）。なかでも新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックは、「顧みられない熱帯病」の対策に不可欠な各家庭への戸別訪問を困難にし、既存の感染症対策にも悪影響をもたらしている（WHO 2022）。ラテンアメリカの歴史においてさまざまな感染症が流行を繰り返してきたために、各国の公衆衛生政策は常に応急処置的な緊急対応を迫られ、長期的な視点を欠いた政策となっているとの指摘もある（Cueto and Palmer 2014）。

ラテンアメリカで公衆衛生の大幅な改善がみられたのが1980年代以降である。とくに、WHOやユニセフなどの国際機関とともに取り組んだ結果として、乳幼児死亡率は顕著に低下した。予防接種率の上昇、乳幼児の下痢症対策、母乳哺育支援、低所得世帯への経済支援が実施された。近年は権利としての公衆

衛生との意識が高まり、先住民、黒人、性的マイノリティの人々、社会的に脆弱な立場にいる人々が確実に公衆衛生サービスを楽しむことが目標とされている。

## 3 保健医療制度を改善する取組み

個人の健康が、その人のおかれた社会的・経済的な状況によって決定されるという社会的決定要因は、公衆衛生を考える上で重要である（玉手 2022）。コロナ禍で医療制度の脆弱性や感染症流行把握に多くの課題があったことから明らかかなように、各国の制度にはまだ改善の余地がある。

しかし、ラテンアメリカの公衆衛生のポジティブな特徴としては、包摂的で平等な保健医療への努力がある（Cueto and Palmer 2014）。不利な立場にいる人々の健康を守る保健サービスにおいて、質やアクセス、予算などの面から高く評価されるのが、コスタリカ、チリ、パナマ、コロンビア、ブラジルである。ここではとくに注目される取組みとして、コスタリカの保健医療制度とブラジルの無料公的医療制度を取り上げる。

### 3-1. コスタリカの保健医療制度

コスタリカは、識字率が高く平均寿命が長いなど社会指数が良好で、福祉国家と呼ばれてきた（宇佐見 2013）。なかでも保健医療制度は、世界的に注目された社会的弱者のための公衆衛生で、早い段階から治療と予防などのプライマリ・ヘルスケアを推進した。ラテンアメリカのほかの国々と比較すると、コスタリカでは保健医療サービスが国土の隅々にまで提供される仕組みが整っており、利用可能な人口の割合は大きいほか、乳幼児死亡率が低く、出生時平均寿命は長い（丸岡 2008）。コスタリカの取組みは、GDPなどの経済指標の面では途上国であっても、政策次第では先進国と同等の医療サービスを提供できることを示した。

コスタリカでは他のラテンアメリカ地域より早く、19世紀中頃から国家が保健医療政策を開始し、1920年代に公衆衛生活動が進んだ。1940年代以降は予防接種などの予防医療と医療保険が制度化された。この結果、19世紀中頃にはラテンアメリカの平均並みだった平均寿命は徐々に長くなり、1990年代には先進国並みとなった（丸岡 2008）。乳幼児死亡率は1960年以降の30年間で5分の1にまで削減している。この改善には、予防接種制度の確立と感染症対策、栄養不良対策としての経口補水プログラムの普及、健康教育の強化が挙げられる（吉澤・岩田 2013）。

保健省（政府部門）および非政府部門の社会保険公社（Caja Costarricense del Seguro Social）が二本柱となって、保健医療を支えているのがコスタリカの特徴である。保健省は公衆衛生に関する法律に基づいて政策を策定し、医療保健サービスを提供するほか、社会保険公社の監視を行う。社会保険公社は、健康保険などの医療保険とサービスを提供するほか、貧困地域や農村部にて治療や健康教育、疾病予防活動などを担っている。この2つの機関が補完しつつ、それぞれの役割を果たしていることによって、貧しい地域も含めてすべての地域で医療サービスが提供されている。

### 3-2. ブラジルの無料公的医療制度

ブラジルは他国同様、労働者の健康維持が初期の公衆衛生の中心課題であったが、1970年代以降、国民全体のための公衆衛生をめざした改革意識が高まった。感染症流行の把握や死亡率などの統計整備、予防接種率の向上などの取り組みがなされ、1983年には女性の健康に包括的に取り組む初の国家プログラム（National Policy for Integral Attention to Women's Health Care）が開始される。

そして、軍事政権から再民主化した1985年以降、その動きは加速していく。公衆衛生や医療、健康を議論する会合では政府高官や専門家のみならず一般市民も積極的に参加し、権利としての健康やあるべき保健医療システムについて話し合った。「オズワルド・クルス財団」(Fiocruz) はメディアを通じた情報提供や啓蒙活動を活発化させ、社会全体に公衆衛生意識を高めていった (Bulcão

2024)。1988年には、憲法に健康はすべての人の権利であると同時に、国家はそれを実現する義務があることが明記された。

すべての人のための公衆衛生という考えに基づき、1990年に設立されたのが、統一医療システム（SUS）である（Machado 2011）。プライマリケアから臓器移植まで、国民へ無料で総合的な医療サービスを提供するもので、世界最大級の規模である。SUSによってブラジルは大きく変わったと評価されている。乳幼児死亡率は低下し、感染症発生および流行状況の速やかな把握が可能となった。また、訪問指導や健康相談を担う地域密着の診療拠点を充実させ、民間の高額な保険に加入していない人々が、保健医療にアクセスできるようになった（Paim et al. 2011）。治療のみならず予防医療教育に力を入れることで、低所得世帯で子どもの低体重出生が軽減したほか、インフルエンザの予防接種により高齢者の重症化を防いでいる。

人口の8割が利用しているSUSは、提供する医療サービスの質の向上が進んでいないという課題もある（Bulcão and Santini 2024）。同様の医療保健システムをもつイギリスは、国内総生産の8%を予算に充てているが、ブラジルは4%以下である。とくにCOVID-19パンデミックへの対策に予算を割くため、SUSの設備投資などインフラに充てる予算を削減せざるを得なかった。上記に挙げたさまざまな取組みも、総じて十分な予算の確保に課題がある。とくに地域差は深刻である。2012年に実施されたSUSの利用者アンケートでは、10点満点中6.2点の評価だった州がある一方で、北部の州では4.1であった。設備投資や人員確保、医薬品等の充実のほか、拠点増設によるアクセスの向上が課題として挙げられる。

SUSは理想的な状態には程遠いものの、2020年からのCOVID-19パンデミックなど、さまざまな公衆衛生上の危機において重要な役割を果たしてきたのは確かだ。2010年には保健省管轄の教育研修システム（UNASUS）が設立された。高齢者ケアや乳幼児の栄養指導法、各感染症の診断方法、メンタルヘルスなど、実践的なコースを無料オンライン研修として提供している。こうした活動により、公衆衛生を担う人材の育成がより充実したものとなることが期待されている。

## COVID-19パンデミックが社会に与えた影響 ——21世紀の顕著な変化——

2020年1月末、WHOは「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」(PHEIC)を宣言した。数年にわたり世界で猛威を振るったCOVID-19は、死者数が世界第2位となったブラジルをはじめ、ラテンアメリカに甚大な被害をもたらした。2020年の流行初期からアメリカ大陸とヨーロッパで感染者数および死者数が多く、中東やアフリカでは割合が低い。この傾向は、WHOが終息を宣言した2023年まで続いた(表4-1)。

ラテンアメリカでの最初のCOVID-19感染者は、2020年2月にブラジルで確認され、最初の死者は2020年3月にアルゼンチンで確認された。COVID-19による世界の死者数は約690万人、そのうちラテンアメリカは約170万人で、25%を占める。ラテンアメリカで死者数が最も多かったのは、ブラジルの約70万人で、メキシコ(33万人)、ペルー(22万人)と続く<sup>2)</sup>。ラテンアメリカで感染が拡大した要因として、政治や保健医療の脆弱さが指摘されている。とくに重要なのは、所得、教育、そして公衆衛生部門における社会の不平等である。

ラテンアメリカでは、ヨーロッパからの帰国者から感染が広がった国が多かった。そのため、パンデミック初期は経済的に豊かな人々の間で感染者が増加したが、その後は貧困層の間で感染者や死者が増えていった。貧困層は、密集した小さい住居で多数居住していることが多い。預貯金がなく、日雇い労働やインフォーマル・セクターなどの職種が多いために、感染拡大中も生活のために外出せざるを得ない。保険に未加入の場合は、適切な医療を受けることができない。このような社会的決定要因によって、感染症の流行はとくに社会的弱者に大きな悪影響を及ぼし、健康格差を生じさせ経済格差を拡大させた。

ラテンアメリカでは、学校の休校期間が長期間に及んだ地域も多かった。ユニセフは感染の広がりから1年以上経過した2021年3月、ラテンアメリカでいまだ1億人を超える子どもや若者が教室で授業を受ける機会を逃していると憂

2) 2020年3月～2023年3月までの集計。日本の死者数は約7万5000人。

表4-1 新型コロナウイルスの感染者数および死亡者数

WHO管轄地域	感染者数累計	世界全体に 占める割合(%)	死者数累計	世界全体に 占める割合(%)
ヨーロッパ	275,545,701	36	2,224,189	32
アメリカ大陸	191,999,130	25	2,947,596	43
西太平洋	202,337,068	26	409,821	6
東南アジア	60,923,641	8	804,442	12
中東	23,337,627	3	350,678	5
アフリカ	9,521,271	1	175,341	3
世界全体	763,664,438	100	6,912,067	100

(注) WHO管轄地域別、2019年12月から2023年4月時点。西太平洋は、日本、中国、韓国、オーストラリア、フィリピン、カンボジア、ラオス、ベトナム、モンゴルなどを含む37の国と地域。なお、「世界全体に占める割合(%)」の合計は、端数処理のため100%と一致しない。  
(出所)厚生労働省「新型コロナウイルス感染症に係る世界の状況報告(更新111)」のデータをもとに著者作成。

慮している (UNICEF Brasil 2021)。対面授業の休止が長期間に及ぶ児童生徒の数は、世界最多であった。

ブラジルでは、経済的に豊かな層が通う私立学校の7割は、閉鎖期間中にオンライン授業を導入するなどして学年暦を維持できた。それに対し、公立では学年暦を維持できたのは5割程度にとどまっている (INEP 2023)。たとえオンライン授業が提供されても、受講する術がない家庭も多い。オンライン授業に必要なタブレットやパソコンの所有率は、富裕層ではほぼ100%なのに対し、貧困層では10%程度である。家庭でのインターネット利用率も貧困層は低く、親が所有するスマートフォン1台が唯一利用可能な端末という家庭も多い。このように、パンデミックによって教育を受ける機会がもてなかったのは、公立の学校に通う貧困層であった。

初等教育の低学年児童への影響がとくに大きく、国語に当たるポルトガル語の読み書き能力は、数年経った今でもスコアが低いままである。2021年の世界銀行の報告によれば、10歳でも初歩的な文章が読めない子どもの割合が10%以上も上昇した。教育制度が整備されて以来、最大の危機的状況であると指摘されている (World Bank 2021)。長期間の学校閉鎖の影響は学力の低下だけでなく、児童生徒の退学率が上昇したほか、健康やメンタルヘルスにも悪

影響を及ぼした。

災害等の緊急事態時には、女性や子どもへの暴力が増加する傾向がある。パンデミックでは外出制限が課され、家族のみで家にとどまることが推奨された。これにより、これまで家庭内暴力のなかった家庭においても、ストレスや経済的な不安を理由に暴力が発生した。また、すでに被害を受けていた女性や子どもが支援団体と連絡を取りづらくなり、被害の全体像が把握しにくくなったとの指摘がある（ONU Mulheres Brasil 2020）。就学期の女子児童生徒の妊娠が増加し、就学の中断や機会喪失にもつながっている。

COVID-19流行以前は、ラテンアメリカ全体で乳幼児死亡率の低下など、公衆衛生をめぐる状況は改善していた。しかし、パンデミックにより格差が再拡大したことによる悪影響が懸念されている。かぎられた予算を予防よりも治療に費やさざるを得ないためだ。社会的弱者の困窮や健康面での不利益は、社会全体の「体力回復」に悪影響を及ぼす。さらに、子どもたちの教育の遅れと学力レベルの低下は、今後長期間にわたって社会に影響を及ぼし得る。このため、公衆衛生上の危機に適切に対応できるよう環境を整備しておくことは、社会的弱者の状況改善のみならず、社会全体の安定にとって重要である。

## 5 日本とのつながり

日本政府の開発援助を実施する国際協力機構（JICA）は、ラテンアメリカで活発に公衆衛生分野の支援を行っている。先述のシャーガス病に対しては中米4カ国で対策プロジェクトを実施し、疾病コントロールに寄与した。JICAがとくに近年力を入れているのが母子保健分野の支援である。

ラテンアメリカでは母子保健分野で大きな改善がみられる。ブラジルの乳幼児死亡率は1990年に47.1（1000人当たりの生後1年未満の死亡数）であったが、2000年には26.1、2010年は16.0、この数年は約13.0で推移している（Ministério da Saúde 2021）。他のラテンアメリカ地域でも同様に改善している。乳幼児死亡率低下の要因には、各国での予防接種率の向上、低所得者家庭

への経済支援のほか、WHOやユニセフによる国際的な取組みがある。JICAもラテンアメリカ各国の貧困地域で、母子保健プロジェクトを実施している。

母子保健の改善をめざしてJICAが推進にかかわったプロジェクトのひとつが、90年代以降、ラテンアメリカで広まった「出産のヒューマニゼーション」プロジェクトである。「出産のヒューマニゼーション」とは、母子が最大限に産む／産まれる力を発揮できるよう、帝王切開率を下げ、自然分娩を安心して行える環境を整備することを意味する。2001年に終了したブラジルのプロジェクトでは、母子保健従事者（看護師や伝統的産婆、医師）へのトレーニングが行われ、母子保健サービスの質が向上した。プロジェクト終了後もラテンアメリカで普及しており、2004年に関連法を制定したアルゼンチンを皮切りに、コロンビア、ペルーなど、5カ国で施行された（笹川・春名・三砂 2021）。

母乳哺育支援も、母子保健分野の重要な取組みのひとつである。粉ミルクの場合、清潔な水が確保できない地域では哺乳瓶を清潔に保つことが難しい。保護者が非識字者の場合は適切な濃度のミルクがつかれなかったり、経済的に困窮している場合は粉ミルクを節約して使うことで、子どもが栄養不足となる可能性がある。

ベネズエラで2013年以降、経済危機下において母乳哺育が推進された（川又 2024）ことから、貧困地域ではとくに母乳哺育の必要性が増すことがわかる。2016年から2021年にJICAは、ラテンアメリカのなかでとくに乳幼児死亡率が高いグアテマラで、完全母乳育児率の向上等をめざし、妊産婦と子どもの健康・栄養改善プロジェクトを実施したほか、ペルーでは母子死亡率や慢性栄養失調の改善をめざし、母乳育児や離乳食の指導を行った。

母乳哺育は日本でも推奨されているが、その背景に貧困や非識字という課題はないなど、母子保健領域の背景や課題はラテンアメリカと日本では異なっている。ラテンアメリカ各国がどのような公衆衛生上の課題を最優先としているか、また、その背景を知ること、その国の経済、政治、社会への理解を深めることができる。

## [参考文献]

### 〈日本語文献〉

- 新木秀和 2021.「ラテンアメリカ・カリブにおける感染症——歴史的概観」『ラテンアメリカ・カリブ研究』 28: 98-104.
- 宇佐見耕一 2013.「中米の福祉国家コスタリカ」『アジア研ワールド・トレンド』 218: 16-18.
- 川又幸恵 2024.「女性の身体と母乳哺育をめぐる権力作用——ベネズエラ都市部の低所得層女性を対象とした母乳哺育推進の現場を事例として」『総研大文化科学研究』 20: 141-173.
- 児玉聡 2022.『COVID-19の倫理学——パンデミック以後の公衆衛生』ナカニシヤ出版.
- 笹川恵美・春名めぐみ・三砂ちづる 2021.「『出産のヒューマニゼーション』概念のラテンアメリカ諸国の法令・政策への波及と包括」『国際保健医療』 36(2).
- シーピンガー, ロンダ 2024. 小川眞里子・鶴田想人・並河葉子訳『奴隷たちの秘密の薬——18世紀大西洋世界の医療と無知学』工作舎.
- ジニス, デボラ 2019. 奥田若菜・田口陽子訳『ジカ熱——ブラジル北東部の女性と医師の物語』水声社.
- 玉手慎太郎 2022.『公衆衛生の倫理学——国家は健康にどこまで介入すべきか』筑摩書房.
- 丸岡泰 2008.『コスタリカの保健医療政策形成——公共部門における人的資源管理の市場主義的改革——』専修大学出版局.
- 森口舞 2023.「ジャマイカとトリニダード・トバゴにおけるアフリカ系宗教を巡る状況とオビア法」『ラテンアメリカ研究年報』 43: 37-67.
- 吉澤和子・岩田佳奈依 2013.「内戦終了後のコスタリカの5歳未満児死亡率改善の背景——開発途上国における公衆衛生政策の取り組み」長崎県立大学『看護栄養学部紀要』 12: 53-58.
- 吉田栄人 2004.「先住民医療の再編成——メキシコにおけるプライマリーヘルスケア政策の現状から」『ラテンアメリカ・カリブ研究』 11: 12-26.
- レッサー, ジェフリー 2016. 鈴木茂・佐々木剛二訳『ブラジルのアジア・中東系移民と国民性の構築——「ブラジル人らしさ」をめぐる葛藤と模索』明石書店.

### 〈外国語文献〉

- Bulcão, Clóvis and Luiz Antonio Santini 2024. *SUS: uma biografia: Lutas e conquistas da sociedade brasileira*. Rio de Janeiro: Record.
- Cueto, Marcos and Steven Palmer 2014. *Medicine and Public Health in Latin America: New Approaches to the Americas*. Cambridge: Cambridge University Press.
- INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira) 2023. *Pesquisa Inep debate efeito da pandemia na educação*. 26 de abril.
- Lossio, Jorge 2021. *Pandemias y salud pública: Historias de cuarentenas y vacunaciones*. Ministerio de Cultura: Perú.
- Machado, C. V. 2011, “Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: A agenda federal

- de prioridades.” *Cad. Saúde Pública* 27(3): 521-532.
- Ministério da Saúde 2021. “Mortalidade infantil no Brasil: Informes gerais.” *Boletim Epidemiológico* 52(37), Outubro.
- ONU Mulheres Brasil 2020. *Violência contra as mulheres e meninas é pandemia invisível, afirma diretora executiva da ONU Mulheres.*
- Paim, J. S., Claudia Travassos, Celia Almeida, Ligia Bahia and James Macinko 2011. “O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.” *The Lancet* 377(1):11-31.
- UNICEF Brasil 2021. *114 milhões de crianças e adolescentes ainda estão fora da sala de aula na América Latina e no Caribe.*
- WHO 2022. *The road to 2030.* WHO Department of Control of Neglected Tropical Diseases.
- 2023. *Global Report on neglected tropical diseases 2023.* WHO Department of Control of Neglected Tropical.
- World Bank 2021. *Acting Now to Protect the Human Capital of Our Children: The Costs of and Response to COVID-19 Pandemic’s Impact on the Education Sector in Latin America and the Caribbean.*

## ▶▶ 学んでみよう

---

日本とラテンアメリカを比較しながら、感染症の流行が社会に及ぼす影響を考えよう。影響の度合いや内容に違いがあるとすれば、違いが生じた要因や背景について考えてみよう。

## ■ 「公衆衛生」をさらに学べる文献紹介

---

池田光穂 2001.『実践の医療人類学——中央アメリカ・ヘルスケアシステムにおける医療の地政学的展開』世界思想社。

現地でのフィールドワークに基づいて書かれた本である。人々の医療への向き合い方と、グローバルな公衆衛生のあり方が同時に理解できる。

シービンガー, ロンダ 2024. 小川眞里子・鶴田想人・並河葉子訳『奴隷たちの秘密の薬——18世紀大西洋世界の医療と無知学』工作舎 (Londa Schiebinger, *Secret Cures of Slaves: People, Plants, and Medicine in the Eighteenth-Century*)

*Atlantic World*, Stanford University Press, 2017) .

ヨーロッパがラテンアメリカを植民地化し、先住民や奴隷を労働力として酷使していた時代が舞台である。ヨーロッパで医療が科学として確立されていなかった時代に先住民や黒人奴隷の知識がどう扱われてきたのかがわかる一冊。

ジニス, デボラ 2019. 奥田若菜・田口陽子訳『ジカ熱——ブラジル北東部の女性と医師の物語——』水声社 (Debora Diniz, *Zika: From the Brazilian Backlands to Global Threat*, Zed Books, 2017) .

格差社会で感染症が流行すると、貧困地域の人々が感染しやすく、後遺症などからの回復も遅れがちになる。ジカ熱を例に詳細な現地調査から不平等と感染症の関連を明らかにした一冊。

丸岡泰 2008.『コスタリカの保健医療政策形成——公共部門における人的資源管理の市場主義的改革』専修大学出版局.

コスタリカの先進的な保健医療政策の形成要因やその過程が詳細に記述された一冊。

[付記]

本研究はJSPS科研費 JP22K01099, JP23H03796の助成を受けたものである。

(奥田若菜)

©IDE-JETRO 2026

本書は「クリエイティブ・コモンズ・ライセンス表示4.0国際」の下で提供されています。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ja>

