

ブラジルの保健医療制度

理想のシステムは完成できるのか

高 木 耕

はじめに

ブラジルを語る者が必ず口にするのは、ブラジルという国が持つ「多様性」についてである。日本の23倍の国土面積を持つブラジルは、ブラジル人自身がしばしば“Os Brasis”（複数のブラジル、の意）と表現するように、自然環境、文化や伝統、社会開発達成度というようないかなる視点や切り口をもってしても、一言では「ブラジルとはこういうものである」と言い表すことのできない多くの顔を持っている。

本稿で取り上げる保健医療的側面に限ってみても、臓器移植や人工受精を実施し、エイズ治療薬を国内生産し、クローン牛を誕生させる技術を持つのもブラジルであるし、下痢症や肺炎、栄養不良が原因となって死んでいく者が跡を断たないのもまた偽りのないブラジルの素顔である。筆者は、1995年から2000年までの5年間にわたって、国際協力事業団が実施した「東北伯公衆衛生プロジェ

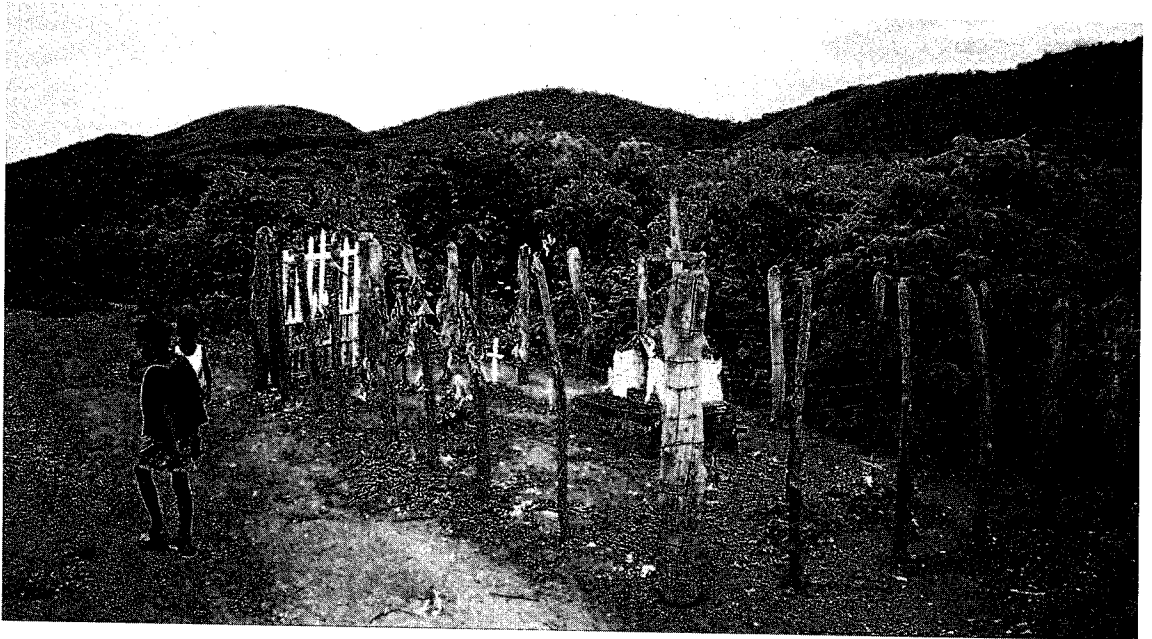
クト」（ペルナンブコ州）に参加、ブラジルの保健医療制度の優れた面、課題として残されている面の両方を間近に観察する機会を得た。

本稿は、ブラジルの保健医療制度の全容を紹介することを主旨としている。しかし、制度の機能面における問題点を指摘するためには、どうしても地域的な社会格差というテーマを避けて通るわけにはいかない。地域社会が抱える問題の分析なしには問題に対応する制度の内容説明が不十分になる恐れがあるためである。したがって、本稿ではブラジル全体を表す数値と、地域別特徴を表す数値とを交互に提示する手法を採用することにした。

なお、ブラジルにはラテンアメリカでは最大数となる約700万人のインターネット利用者がいると推計されているが、政府諸官庁によるインターネットを通じた情報公開もすすんでいる。国民の健康状態や、保健医療サービスに関する情報は保健省のホームページに見ることができ、その質や量はたいへん充実しており大いに活用できる。また、ブラジルの公的保健制度の財政運営等に関し

ブラジルの保健医療制度

理想のシステムは完成できるのか



登録のない墓地（ペルナンブコ州サンジョゼドベルモンテ市近くの農村）（高木アナルシア撮影）

ては、浜口論文⁽¹⁾を参照することをお勧めする。

I 現行の保健医療制度確立までの経緯

1988年に全面改正された「ブラジル連邦共和国憲法」では、その第196条において、「健康は国民の権利であり、国の義務である」ことが、また、第30条において、「住民の保健に対する役務提供の権限は、連邦および州の技術的、財政的協力を得た市に属する」ことが規定された。新憲法発布を受けて90年には保健医療行政の改革案を具体化した「保健医療基本法」が制定され、「貧富の差なく、何人も無料で保健医療サービスを受けられる」ことを基本理念とした「統一保健医療システム」（Sistema Único de Saúde、以下SUS）が発足した。

SUS発足以前のブラジルにおける公共保健医療サービスは、おもに医療社会保障庁（Inamps）監督の下で、労働手帳を所有して一定の保険料を納

めている正式な雇用者、被雇用者にのみ無料提供されていた。一方で、保健省が予防接種の配布や疫病のコントロール、労働手帳を持たない国民のための基礎的な医療サービスの提供を責務としていたが、実際にはほとんどの市町村において満足なサービスを提供できないでいた。

新しいシステムとして登場したSUSは保健省の管轄下に置かれることになったが、その大きな特徴は、(1)地方分権化を行なうこと、(2)社会参加を伴った制度管理を行なうこと、(3)あらゆる医療が完備されていること、(4)すべての国民が受益者であり、(5)同じ内容のサービスが公平に、(6)無償で受けられること、という六つの原則を掲げていることである。SUSがカバーする対象が広範囲におよぶため、その意欲的な構想は賞賛を集めているが、一方で、その広範囲さがゆえに、発足後10年を経過してもシステムの完成が遅々として進まないことが批判されているのもまた事実である。

(1)の「地方分権化」は、連邦政府に集中してい

た保健医療サービス運営の権限を、末端の市へと段階的に委譲していくプロセスである。プロセスを完了するためには、「基本的な診断と治療、ワクチン接種、妊婦検診、保健啓蒙活動に加え、上下水道や環境整備事業も実施できる設備と人員とが確保され、かつ住民代表による保健医療審議会が組織されていること」という条件をクリアした「基礎的整備段階」を経なければならない。そしてさらに「保健医療審議会が機能し、市の保健事業や予算執行を監査する能力がある」と認められる「制度的完備段階」へと進む必要がある⁽²⁾。

しかしながら、このプロセスが順調に進んでいないことは、ブラジル政府も認めているところである。1999年時点において、全国に5506市が存在していたが、「制度的完備段階」に達していた市の数は464(全体の8.4%)を数えていたにすぎず、332市(全体の6.0%)にいたっては、プロセス開始後10年を経過しているにもかかわらず、「基礎的整備段階」にも達していない状況である⁽³⁾。この遅れの原因を、連邦政府は経済危機による資金繰りの困難にあるとしている。実際には、そのほかにも受け入れ側である市の自助努力や、住民の意識改革などが思うように実現できていないといった理由も挙げられよう。

II 保健医療施設とマン・パワー

1. 病院施設

ブラジルの病院施設は、その経営形態により、公立(州立、市立)と私立、および大学病院とに区別されている。2000年時点で、全国には6453の病院が存在しているが、64%が私立であり、公立は33.5%、残る2.5%が大学病院となっている⁽⁴⁾。

全国の病床数は48万4945床であるが、国民1000人当たりの数値に換算すると2.96床となる。世界

表1 病床数(1999年)

	病床/1,000 (私立)	病床/1,000 (公立)	病床/1,000 (地域全体)
北 部	1.12	1.02	2.24
北東部	1.66	1.07	2.73
南東部	2.26	0.76	3.02
南 部	2.63	0.68	3.31
中央西部	2.48	0.99	3.47
ブラジル全体	2.09	0.87	2.96

(出所) ブラジル保健省(<http://www.saude.gov.br> — 2001年9月11日)。

保健機構(WHO)によると理想数は3.5～4床とされている。地域によってはこの理想数に近いものが認められるが、全体数のうち70.5%が私立の施設、29.5%が公立と大学の施設に属している。このように、病床数からみるとブラジルの医療サービスには私立と公立の施設の間に大きな隔たりが確認される⁽⁵⁾。

保健省の調べによると、ブラジルの66%の国民がSUSを、29%の国民が民間の医療サービスをそれぞれ利用している。残る約5%の国民は、そのほとんどが農村部在住者たちであるが、いかなる医療サービスへのアクセス手段も持ち合わせていない人びとである⁽⁶⁾。

29%の国民が民間の医療サービスを受ける理由は、公共の医療サービスがいかに無料であるとはいえ、満足のできる内容ではないからである。現在のブラジル政府の財政能力では、「あらゆる医療をすべての国民に対して公平かつ無償で提供する」という理念のもとで、十分に需要に応えることは不可能である。しかし、だからといって徴税率を高めればたちまち納税者の反発を食らうのは明らかである。その結果、公的医療サービスが質的にも量的にも抑制を強いられ、1日に診療する患者の数や1カ月に入院できる患者の数を制限せざるを得なくなっているのが現状である。公立

ブラジルの保健医療制度

理想のシステムは完成できるのか

の医療施設には早朝から長蛇の列ができており、せっかく並んでも診察を拒否されてしまい適切な治療を受けられないという光景が慢性的に見られる。

一方、民間の医療サービスを利用している国民は、いずれも民間の健康保険に加入している人びとであり、言うなれば経済的にある程度の余裕がある人びとである。ただ、この全国民の29%という数値は、約4850万人に相当するのであるが、そのうちの実に78%が南東部に住んでおり、中央西部の住民で民間の健康保険に加入しているのはわずかに1.2%であるというように、地域的な格差は歴然としている。保健省とブラジル地理統計院(IBGE)とが1998年に共同で実施した調査によると、最低賃金(約8000円)の20倍以上の収入のある国民の76%が民間の健康保険に加入しているのに対して、最低賃金もしくはそれ以下の収入しかない国民の加入率は2.6%にとどまっている⁷⁾。

これらの資料から言えることは、約3割のブラジル国民は比較的満足のできる保健医療サービスを受けられるのに対して、その他の国民は制限のある公的サービスに頼らざるを得ないという現実と、隠しようのない地域的な差異である。

2. 医師たちのプロフィール

2000年時点におけるブラジルの総医師数は、24万4690人(実際に医療行為を実施している研修医は数に含まず)であり、国民1000人当たり1.46人となっている⁸⁾。日本の数値は1993年の数値では1.77人となっており、この数値だけを見れば両国に大きな違いは見られない。また、95年の時点では、医師数は18万3052人、国民1000人当たり1.19人であったことから見ても、カバー率が徐々にではあるが拡大されてきているのがうかがえる⁹⁾。

しかし、ここでもやはり目を引くのは、地域的

表2 勤務地別医師数(1995年)

(単位:人)

	医師数 /1,000 (都市部)	医師数 /1,000 (農村部)	医師数 /1,000 (地域全体)	都市勤 務医師 (%)
北 部	1.56	0.10	0.52	77.7
北東部	2.73	0.12	0.66	75.7
南東部	3.80	0.83	1.64	58.0
南 部	4.56	0.73	1.23	47.9
中央西部	2.55	0.47	1.23	76.2
ブラジル 全 体	3.28	0.53	1.19	61.3

(出所) Maria Helena Machado ed., *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997, pp.38-41より筆者作成。

な違いである。たとえば、南部の大都市圏においては、住民1000人当たり4.56人の医師が存在するのに対して、北部の農村部には0.1人しかいない。医師の勤務地が都市部に集中しているのは大きな特徴のひとつであり、全体の61.1%が大都市圏で活動している。北部と北東部ではこの傾向がさらに強まり、それぞれ77.7%と75.7%が大都市圏勤務となっている¹⁰⁾。

医師の都市志向と並んで顕著な傾向にあるのが、専門医養成コースの人気の高まりである。これはブラジルに限った傾向ではないが、医療の専門化が急速に進んでいる。その一方で一般医の数が足りず、農村部の医師不足はさらに深刻化しているのである。養成コースの中でも人気が高いのは高収入を期待できる専門分野である。

1996年に日本の慶應義塾大学の医学生が6カ国の医学生を対象にして実施したアンケート調査によると、ブラジルの医学生114人の「医師になろうとする理由」のもっとも多いものは「世のため人のために役立てる」というもので、「病気を治すことによって得られる満足感」、「科学的興味」、「対象が人間である」、「特殊資格であるという独立性」という回答がつついている。選択肢の中には、

「カネ、社会的地位、名誉が得られること」というものもあったが、上位には入っていない。しかし、別の調査項目では、開業医志向が強いことと、僻地勤務の意思が希薄なことが他の国の医学生と比較しても顕著なことが明らかにされている⁽¹¹⁾。

一方、1995年にオズワルド・クルス財団(Fiocruz)が現職の医師を対象として実施した調査によると、医師の平均収入は月毎2300米ドルであるが、ほとんどの医師は収入に満足しておらず、「希望する収入」の平均値は7700米ドルとなっている⁽¹²⁾。これから医師として巣立っていく若い学生たちと、実際に経験を積んだおそらく家庭も築いているであろう医師たちとの間に考え方の違いがあっても不思議ではない。また、アンケート調査であからさまに「金銭目的で医師になる」と書き込む者がそう多くはないであろうことも想像できる。

しかし、これらの調査結果から多くを語ることはできないとしても、ブラジル人医師たちの多くが僻地医療には関心を持っておらず、直接高収入につながる専門医、なおかつ自営の開業医になることを希望していることが考えられる。また、先述の慶應義塾大学による調査の対象となったブラジルの3大学のうち、2大学がサンパウロ州の内陸部にあり、残りの1大学が農村部における医師の必要数が圧倒的に足りないペルナンブコ州にある大学である。このことから、農村の医療不足という課題を解消するには、人材を育成する大学のような教育機関の取り組み方にも工夫が必要であると言える。

また、医師と同様に欠くことのできないのが看護職員である。ブラジルには、現在、上級職としての看護師が8万7156人、中級職としての准看護師が42万6845人、看護技術者が9万2655人、それぞれ存在する。国民1000人当たりの看護師数は

表3 アンケート「将来どのような形で医学に携わりますか」

	教育研究	勤務医	開業医	医療行政	僻地医療	分らない	その他
ブラジル	17	28	39	4	0	7	5
ペルー	17	36	14	15	7	2	9
ボリビア	9	41	18	18	5	0	9
日本	8	58	11	1	4	15	3

(注) 調査対象は6カ国であったが、報告書には4カ国分のデータが記載。

(出所) 慶應義塾大学医学部国際医学研究会「第19次南米派遣団報告書」1996年、12～15ページ。

表4 アンケート「どこで医療活動をしたいですか」

	都市	郊外	僻地	海外	分らない	その他
ブラジル	74	2	3	10	10	1
ペルー	40	12	16	22	4	6
ボリビア	38	6	12	38	0	6
日本	47	24	4	8	13	4

(注) 表3に同じ。

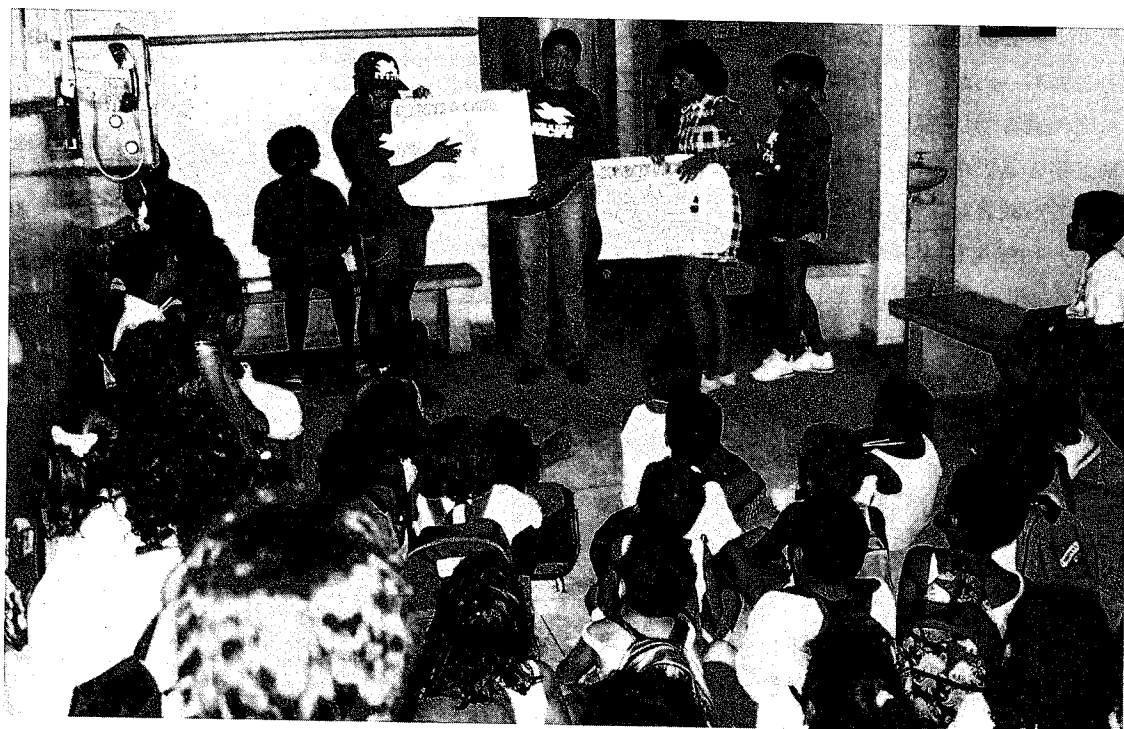
(出所) 表3に同じ。

0.54人である。この数値は、たとえば1993年の日本の数値(6.4人)と比較すると極端に少ないが、ブラジルの看護師資格は大卒(4年制)が前提であって、最初から管理職としての役割を持たされており、実際の看護業務を行なう日本の看護師との単純比較はできない。しかし、上記3種類の看護職員をすべて足しても60万6656人であり、1000人当たり3.8人である。1992年の数値(1.9人)と比較すると急速な改善が見てとれるが、それでも絶対数が不足しているのが実状である。これらの不足は、正式な資格を持たない「看護助手」と呼ばれる人びと(全国に約5万7000人)によって補充されている⁽¹³⁾。

また、看護職を目指して大学に入学する者の数は年々増加傾向にあるが、その一方で中途退学者の数が多いの看護学科の特徴であると言える。

ブラジルの保健医療制度

理想のシステムは完成できるのか



保健所施設内で啓蒙活動を行なうACS（ペルナンブコ州レシフェ市内）（筆者撮影）

たとえば、1986年には全国で6560人の入学者を数えているが、同時に1446人の退学者を記録している。90年になると、7564人の入学者と3792人の退学者とがあった⁽¹⁴⁾。このように医師と比較して看護職員の補充が全国的に遅れているのは、数多くの看護学を履修する学生たちが課程を修了できずに退学を余儀なくされている（おそらく経済的な理由によるものと思われる）ということも原因の一つとなっている。

Ⅲ 疾病構造の地域的な特徴

ブラジル人の疾病構造の年度別変化を追うと、近年は循環器疾患や悪性新生物等の慢性疾患が増加傾向にあり、感染症患者は減少傾向にある。これは、病気の「先進国化現象」とも言われ、発展途上国特有の寄生虫症や伝染病が減り、国民の長

寿化に伴ういわゆる「生活習慣病」が増えている証拠でもある。この現象は、都市部の富裕層に顕著に見られる傾向であるが、比較的開発の遅れた北部や北東部にも同じ傾向が現れている。しかしながら、開発の進んだ南東部と南部に見られる疾病構造と、その他の地域に見られる疾病構造には、目立った違いも存在している。

たとえば、南東部と南部では、すべての死因のうちの3分の2前後が循環器系の疾患であるが、その他の地域では循環器系疾患が死因に占める割合は3分の1以下である。一方、5歳以下の子どもの死因のうち、「下痢症」が占める割合は、南東部と南部では3～4％程度であるのに対して、北東部では12％近くを占めている⁽¹⁵⁾。子どもたちが下痢症で死んでしまう原因としては、安全な水が確保できていないことや栄養失調が直接の原因であるが、保護責任者の初期対策が十分でないこと

表5 5歳以下の子どもに見る発育状況 (1989年)
(%)

	発育不良	中・強度栄養失調症
北東部	10.1	46.0
南東部・南部	2.4	20.0
北部・中央西部	4.0	31.3
ブラジル全体	5.1	30.7

(出所) 表1に同じ。

表6 地域別に見る死因の特徴 (1998年)
(%)

	死因 (循環器)	死因 (下痢症)	死因 (不明)	医師診断なし
北部	15.49	7.59	24.23	17.50
北東部	24.25	11.88	29.83	16.03
南東部	62.01	3.32	9.89	12.12
南部	68.24	4.21	7.65	13.10
中央西部	31.22	4.95	10.58	12.09
ブラジル全体	46.75	6.81	14.86	13.44

(注) 下痢症は5歳以下人口, 他は全年齢層が対象。

(出所) 表1に同じ。

も挙げられる。北東部における住民の教育水準の低さと下痢症による子どもたちの死亡率との因果関係を立証した研究もある。ちなみに、1989年に実施された栄養学調査によると、北東部に生きる5歳以下の子どもの10.1%は中・強度の栄養失調症と診断されており、何らかの発育不良を示している子どもは46.0%に及んだ。南東部と南部とを合計した数値では、それぞれ2.4%と20.6%という数値を示しているにすぎない⁽¹⁶⁾。

もっとも、疾病構造の分析以前に、さらに深刻な問題を指摘する声もある。それは、死因の中に占める「不明」という数値である。死因が「不明」となる理由は、病人やけが人が医療施設へ行くことなく死亡し、司法解剖を受けることもなく埋葬されてしまう場合もあれば、医師が多忙で記録を怠った場合などが指摘されている。ブラジル全体で1割強が「不明」に含まれているが、北東部に

おいてはこの数値は約3割にも及んでいる⁽¹⁷⁾。死因の分析がなされていないということは、疫学的統制が取られず、対策を立てる上では致命的であるとも言える。

また、死亡した国民が生前、もしくは死に際して医師の診断を受けたかどうかを示す数値もあり、全体の13.4%が「診断を受けていない」ことが明らかにされている。地域的に大きな違いは認められていないが、やはり北部と北東部の数値は相対的に高い。これは、保健医療施設や医師の絶対数が少ないことが主な原因であるが、筆者の調査経験では、近代医療を信じずに祈祷師や伝統的産婆などに頼る住民がいまだに多いこととも関連していると思われる。北東部の農村では、「生後間もない子どもが死ぬと天使(anjinho)になる」という言い伝えも根強く残っており、人知れず埋葬されている例も少なくない。ペルナンブコ州保健局が1996年に実施した調査では、州内に少なくとも52カ所の非合法的墓地が存在している⁽¹⁸⁾。

IV 「治療する医療」から「予防する医療」へ

1. コミュニティに根ざした医療サービス

発展途上国に多く見られる疾病は、その原因のほとんどが社会的な要因によるところが大きいと言える。たとえば、下水・し尿処理、ごみ処理、飲料水の確保、都市部における急激かついかなる計画にも基づいていない規模と形態での人口増加、失業問題、飢えの問題などが、直接、あるいは間接的に発病機会の増加や病状の深刻化を引き起こしている。また、このような国や地域では、予防接種の実施が徹底されていないことが多い。しかし逆に言えば、予防接種投与率を改善することによって、乳児死亡率を下げることは可能なのであり、ブラジルが近年になって乳児死亡率を急速に

ブラジルの保健医療制度

理想のシステムは完成できるのか

軽減できたのも、妊婦や生後間もない子どもたちに予防接種を徹底したためである。

ブラジル政府は、プライマリー・ヘルスケアの充実こそが公衆衛生問題の効果的な対策であり、なおかつコスト削減につながるものと考えている。具体的には、患者の発病初期段階における医療サービスへのアクセスの拡充と、二次医療、三次医療を可能とする病院施設へ患者を紹介するリファラル・システムの充実とをはかる一方で、疫学データ管理能力の向上による地区単位の疫病対策の実施、保健教育活動（学校保健や妊婦検診、青少年性教育セミナー、健康ワークショップ等の実施）の強化による病気の確実な予防等を目指している。

これらの戦略の両輪として稼働しているのが「家庭保健」プログラム（Programa de Saúde da Família, 以下PSF）と「コミュニティ・ヘルスワーカー」プログラム（Programa de Agentes Comunitários de Saúde, 以下PACS）である。PSFは、1994年に導入されたプログラムで、一般医と看護師、および准看護師を各1名ずつ組ませた医療チームを結成し、農村や貧困家庭の集中したコミュニティに住みこんで地元住民の診察にあたるものである。通常、600～1000世帯をカバーする。1998年時点で、全国に3147チームが配置されている。PACSは、PSFより早い91年に導入された。プライマリー・ヘルスケアの中でも特に母子保健を重視したプログラムとして始まったもので、コミュニティ住民を登用して、住民と保健医療行政との架け橋となる人材、コミュニティ・ヘルスワーカー（Agentes Comunitários de Saúde, 以下ACS）として育成、配置することを目標とした内容となっている。PSFには、対象地域の世帯数に応じて4人から6人のACSが配属され、家庭名簿の作成や、定期的な家庭訪問、行政機関からの連絡事項の通知、啓蒙活動などを実施している。98年時点での

ACS配属人数は、全国で8万8961人である⁽¹⁹⁾。

PSFとPACSにかかる期待は大きい。現状においては、農村部では週に1回の医師による巡回があれば良い方である。ほとんどの場合は、患者の方が近くの村や町まで移動しなければならない。また、都市部においても、公共の病院や医療施設に勤務する医師の「労働義務」は、1日当たり16件から20件の診察数であり、午前か午後のどちらかの「半日勤務」がほとんどである。需要に供給が追いついていない。PSFはこのような状況を打開する役目を担っている。

また、PACSの導入によって挙げられた成果の数々は疑いの余地のないものである。予防接種率や産前検診受診率はプログラム導入以前と比較して飛躍的に伸びている。基礎的な健康知識の学習効果により、たとえば、「下痢症を起こした際に水分補給を行なう」といった知識すら持ち得ず、多くの乳幼児たちを過度の脱水症状で死に至らしめてしまっていた状況も改善された。食事摂取指導によって栄養失調症の軽減も期待されている。

2. プログラムが抱える課題

もっとも、PSFやPACSがすべて順調に導入されているわけではない。たとえば、ACSが活動するコミュニティの住民のほとんどは貧しく、自分たち自身を「無力なもの」とであると信じてしまっている。したがって、同じコミュニティに暮らすACSは同様に「無力なもの」であって、自分たちの健康問題を委ねるわけにはいかないという考えが強い。これは、住民がACSの役割を完全には理解していないことを示している。つまり、住民自身の間にも、「病気は予防するもの」という理解がなく、「病気は治療するもの」とであるという考え方が強い。そのため、医療従事者は「病気を治療するもの」でなければならないのである。したがって、ACS

が実際には無資格者でありながらも、住民の理解の上では「医療従事者」の一員である以上、住民たちは彼らに医師と同様に「病気や怪我を癒す能力」を期待するわけであるが、「無力なもの」に「病気や怪我を癒す能力」を身につけられるわけがない、という解釈につながっている。

ここで興味深いのは、ACS側にも役割を完全に理解することができずにアイデンティティに不安を感じている者が少なくないという事実である。このようなACSは、「自分は『医療従事者』でありながら、治療行為ができない」ことに不満を持ち、ストレスとしているのである。ACSに対してインタビューを実施すると、まず間違いなく全員が自らの能力向上の必要性を認識しているが、「その方法は」との問いに対しては、「注射、予防接種の技術を身につける」、「病人に対して投薬する」、「住民の血圧を測る」、といった回答が寄せられる。実労日数の長いASCにこのような回答をする傾向が強く表れており、「住民の役に立ちたい」という純粋な気持ちからACSになる決意をした者でも、職務に慣れて、住民の期待を感じ取るに仕掛けて自分たちに課せられた役割の限界や「物足りなさ」を知ることになっている。PACSのコーディネーターである看護師は、妊婦や乳幼児の身体測定についてのチェックリストの集計と提出といったようなノルマの達成に神経を集中させていることもあって、なかなかACSの精神状態にまで配慮できていないのが実状である⁽²⁰⁾。

政府は2002年までにPSFを6000チームに増員する意向であり、そのための予算3.8億レアルを計上している⁽²¹⁾。しかし、ここでもやはり、内陸での勤務を希望する医療従事者が極端に少ないことが最大のネックとなっている。

おわりに

以上、ブラジルの医療制度の全貌を紹介し、その機能上の問題点のいくつかを紹介した。悪い点だけを拾い集めて並べてみると、一連のブラジルの医療制度改革は暗礁に乗り上げているようにしか見えない。しかし、その国民の健康指数を見てみると、たとえば1981年に85.5という数値であった乳児死亡率⁽²²⁾も、91年には53.1、98年には33.1というように改善され、5歳以下の子どもたちの中に見られる中・強度の栄養失調症も74年から89年にかけて62.5%減少させることに成功しており、着実に改善への道を歩んでいる⁽²³⁾。

ブラジル政府関係者が言うように、「家庭保健プログラム」が85%の問題を解決し、ACSらの住民に対する保健教育の実施によって病気の予防が徹底されれば、財政的にも負担がかなり軽くなることは予想できる。そして「国際的な見本である英国及びカナダの保健システムは市民全体に應對するという目的を具体化するのに20年から25年もかかっている」ことを指摘した上で、「SUSが提案している基本的目標の実施は、長期的に見ればカナダ、英国あるいは北欧の保健モデルと比肩されるようになるであろう」とする分析もある⁽²⁴⁾。

1964年から21年間にわたって軍事独裁政権下に置かれ、85年になってようやく民主化を実現できたことを考慮すれば、今日のインフラ整備の遅れも致し方ないことなのかもしれない。「SUSは貧しき者たちのために特化した制度となってしまった」と、当初の基本理念が歪曲されたと非難する意見もあるが、一方では「それでよいのだ」とする意見もある。

ただ、その一方で、医師に代表される医療従事者たちの都市志向の偏重は如何ともしがたいもの

ブラジルの保健医療制度

理想のシステムは完成できるのか

がある。隣国ボリビアでは医療システムの不備はブラジル以上のものがあるが、大学を卒業した研修医を僻地に1年間義務的に勤務させる制度が確立している。毎年担当医が替わるという不便さはあるものの、少なくとも無医村問題を解決することはできる。ブラジルにはこのような制度はない。ごく例外的に、セアラ連邦大学が医学科と看護学科の学生に農村実習を義務づけているのが見られる程度である。今後、ブラジル政府が医療サービス提供の地域的な格差解消や、僻地医療の充足をいかに達成していくのかが注目される。

注

- (1) 浜口伸明「ブラジルの公的保健制度——理想と現実の間で——」(『ラテンアメリカ・レポート』Vol.14, No.2, 1997年) 33～39ページ。
- (2) 建野正毅「ブラジル連邦共和国」(『世界の公衆衛生体系』作成企画委員会編『世界の公衆衛生体系』日本公衆衛生協会, 1999年) 928～930ページ。
- (3) 高木耕「ブラジルの地域的社会的格差と公衆衛生プログラム——開発の遅れた北東部にみる統計と実態——」(『イベロアメリカ研究』第XXII巻第1号, 2000年) 59ページ。
- (4) Editora Abril, *Almanaque Abril*, São Paulo: Editora Abril, 2001, p.151.
- (5) ブラジル保健省(<http://www.saude.gov.br>——2001年9月11日)。
- (6) Editora Abril, *Almanaque Abril*, p.150.

- (7) *ibid.*, p.151.
- (8) *ibid.*
- (9) Maria Helena Machado ed., *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997, pp.38-41.
- (10) *ibid.*
- (11) 慶應義塾大学医学部国際医学研究会「第19次南米派遣団報告書」1996年, 12～15ページ。
- (12) Editora Abril, *Almanaque Abril*, p.151.
- (13) *ibid.*
- (14) Organização Pan-Americana da Saúde, *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995, p.90.
- (15) 注(5)に同じ。
- (16) *ibid.*
- (17) *ibid.*
- (18) *Folha de São Paulo*, 17 de novembro, 1996.
- (19) 高木「ブラジルの地域的……」61～64ページ。
- (20) 清水真由美ほか「ブラジルペルナンブコ州におけるコミュニティ・ヘルスワーカーの研修・業務の評価」(『日本国際保健医療』第14巻第1号, 2000年3月) 43～49ページ。
- (21) 『実業のブラジル』1999年11月号, 39ページ。
- (22) ある一定の国や地域において、生後1年以内に死亡する乳児の数が乳児1000人当たり何人になるのかを表す数値。日本の数値は、1994年のものでは4.5となっている。
- (23) 注(5)に同じ。
- (24) 『実業のブラジル』1999年10月号, 38ページ。

(たかぎ・こう／神田外語大学)