九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

在日ブラジル人理解のための母子保健関連情報

川崎, 梢

平田, 伸子

https://doi.org/10.15017/299

出版情報：九州大学医療技術短期大学部紀要. 28, pp.81-89, 2001-02. Kyushu University School of Health Sciences Fukuoka, Japan
バージョン：
権利関係：

KYUSHU UNIVERSITY

九州大学医療技術短期大学部紀要，2001，第28号，81－89
Memoirs Kyushu U. Sch. Health Sci., 2001, vol. 28, 81－89

在日ブラジル人理解のための母子保健関連情報

川崎　梢，平田伸子

Information about Child and Maternal Health for Understanding of Brazilian Staying in Japan

Kozue Kawasaki, Nobuko Hirata

Key Words: 在日外国人，ブラジルの母子保健，地域母子保健活動，内なる国際化

1．はじめに

近年，国際化の進展に伴い，日本の内外への人の流れが急速に確実に進んできている。

地域母子保健の側面から在日外国人を見た場合，「内なる国際化」の課題は重要度を増しているにも関わらず，行政による母子保健対策は具体的には進められていない現状にある。外枠としての法的整備は，すでに，「世界人権規約」をはじめ「子どもの権利条約」の批准など，国際法を根幹として整っている。そのため，医療・福祉の分野においても内外人平等の原則は適応されることになっている。

しかし，母子という視点から地域保健サービスを直視した場合，制度的な差はないにしても，母子保健に携わる人たちの他文化への理解不足も大きく影響しているためか妊娠出産の実態把握さえまだ，十分とは言えない現状にある。近年の在留外国人の推移をみると，ブラジルからの入国者が急増している。これは日本人配偶者としてのブラジル人の増加であり，1990年を1986年と比較してみると約140倍増である[1]。このことは国際化時代における次世代出産と連動する大きな母子保健の課題として受け止める必要がある。

そこで，このような「人」の国際化の中でブラジルに視点をあて，母子保健ならびに在日ブラジル人に関する情報を中心に予備的考察を行ったので報告する。

2．ブラジルの地域特性

ブラジルは，1500年に発見され300年にわたってポルトガルによる植民地政策がとられてきた国である。約851万平方メートル（南米大陸の47.8%）の広大な国土面積を持ち，日本の約22.5倍の広さ有する。全土は5つの地域，北部，北東部，南東部，南部，中西部に分けられ，26の州，1連邦の地域からなる。南東部はブラジルの中でも最も発達し，人口の42.6%が集中している。ブラジルにおける奴隷制度が廃止された19世紀後半，労働力不足を補うためにヨーロッパをはじめ，日本からも移民が渡り，現在では多様な人種が住む国である。気候は熱帯，亜熱帯気候であり，季節は日本とは逆に夏は12月，1月，2月，冬は7月，8月，9月である。火山爆発や地震，台風などの自然災害は少ないが，雨季には南部や南東部において洪水がよく発生する。しかし，北東部の州では一年中乾期が続き，農業や畜産業などに大きな被害を与え，人々の食糧にも影響を及ぼす地域でもある。

人口は約1億6,600万人（2000年推定）であるが，5つの地域は過疎・過密の差が大きい。しかし，中国，インド，アメリカ合衆国，インドネシアに次ぐ世界第5位を占める人口である。年平均の人口増加率は1991から1996年の5年間で1.4倍であったものが，1996から1997年のわずか2年間で1.4倍となった。平均寿命は約70歳で，日本よりも約10年短いが，都市部では年々平均寿命の延び

表1　10歳から14歳で働いている子供の割合　(1997)

国全体	北　部	北東部	南東部	南　部	中西部
16.9%	14.5%	24.0%	10.8%	18.7%	15.7%

表2　ブラジルの地域別失業率　(1997年)

国全体	北　部	北東部	南東部	南　部	中西部
7.8%	10.2%	6.7%	9.0%	6.5%	7.3%

がみられ地域差が大きい。男女別平均寿命の比較では，日本と同様にブラジルにおいても女性の方が長寿傾向にある。1997年現在，男と女の平均寿命の差は約7年である（男性：64.09歳，女性：71.70歳）。

教育制度としては，7歳から14歳までの8年間が義務教育期間であり，公立と私立の2本立ての教育機関で行われている。国立・県立・市立は小学校から大学院まで全て無料であり，私立では義務教育期間中であっても有料である。就学率は高まってきてはいるが，義務教育期間を終了する者は1997年において34.5%にすぎない。義務教育を受けた年数が1年以下の者が15.1%存在し，全く義務教育を受けていない未就学者が存在するが統計はない。教育制度の課題の一つとして法的には義務教育が14歳までと定められているが，家族（親兄弟）の失業率が高いため，貧困世帯の子どもは10歳ごろから家計を助けるために働いていることが多い[2)]（表1）（表2）。

南東部地域では国全体に比し就学児童の割合が高くなっている。これは学校の数が多く，就学による生活の補助制度（食料・お金）等の就学キャンペーンが積極的に行われている影響と考えられる。高校進学率は30.4%，大学進学率は極めて低率であり5%以下である。看護職の養成は大学教育のみで行われ，専門高校で教育を受けた者は看護技術者と称され，両者とも国家試験制度はなく，卒業要件が資格となっている。助産婦，保健婦，小児科看護婦，ICU看護婦，精神看護婦，老人看護婦，がん看護婦，ストマー看護婦などの専門看護師制度があり，看護大学卒業後に1年間の専門教育課程を終えることにより，それらの資格を習得することができる。また中学卒業後に1年課程の教育を履修すれば，看護助手として働くことができる。一般に高等教育を受ける者が極めて少ないために，高等教育を受けた医療従事者が少ない状況にある。また，雇用条件に伴う地域の医療職の偏在が生じており，大都市に専門職が集中している。

3．母子保健の現状

ブラジルの母子保健関連指標を日本と対比して表3に示した。

1）出生

年間出生数は近年増加傾向にあり，1997年では出生数約350万人，出生率20.9%（人口1000対）で，日本の2倍以上である。1998年までの過去20年間において，合計特殊出生率が4.3から2.3に減少してきた。

出生の届出が義務づけられているにも関わらず，日常生活では届出をしなくても不都合を生じないことから届出をしない場合がしばしばみられる。従って，出生届出数は実人員を下回り，出生数は推計により算出されている。全体的に，届出数は推計出生数よりも低くなっているが，南部や中西部においては届出数の方が推計出生数を上回っている。これは，都市部で出産するために他の地域

表3　ブラジルの母子保健関連指標

	ブラジル 1997年	日　本 1997年
総人口（千人）	165,851	126,281
年間出生数（千人）	3,340	1,261
低出生体重児出生率（%）	8	7
合計特殊出生率	2.3	1.4
専門職の付き添う出産の比率（%）	92	100
5歳未満児の年間死亡数（千人）	140	5
5歳未満児死亡率（出生千対）	42	4
乳児死亡率（1歳未満）（出生千対）	36	4
妊産婦死亡率	160	8
避妊法の普及率（%）	77	59
出生時の平均余命（年）	67	80
一人あたりのGNP（米ドル）	4,790	38,160
成人の総識字率（%）	83	---
小学校の就学率（%）	123	102
予防接種（%）		
結核	99	91
3種混合	94	100
ポリオ	96	98
はしか	96	94

1999年母子保健の主なる統計より抽出

表4　届け出死亡数と推定死亡数　(1997年)

	国全体	北　部	北東部	南東部	南　部	中西部
届け出死亡数(A)	903,516	40,174	206,612	460,057	144,829	51,844
推定死亡数(B)	1,129,869	65,909	367,634	481,956	153,675	60,695
(A)—(B)	-226,353	-25,735	-161,022	-21,899	-8,846	-8,851

表5　急性下痢による5歳以下の子どもの死亡率（1997年）

国全体	北　部	北東部	南東部	南　部	中西部
5.7%	7.1%	9.25%	3.2%	3.8%	5.2%
4,726	530	2,416	1,117	369	294

表6　妊婦健診6回以上の受診率　(1997年)

国全体	北　部	北東部	南東部	南　部	中西部
49.8%	38.6%	38.8%	58.6%	51.2%	53.1%

表7　病院出産及び帝王切開率　(1997年)

	国全体	北　部	北東部	南東部	南　部	中西部
病院の出産	96.8%	90.1%	95.2%	98.0%	99.0%	99.3%
帝王切開	40.2%	30.0%	24.5%	49.8%	43.8%	49.6%

から移動してきたことによるものであると考えられる。

2）死亡と死因

出生と同様に死亡についても届出が義務づけされているが，届出死亡数と実際の死亡数にはかなりの差異がみられ，現実的には死亡数も推計値が用いられている（表4）。

死亡の原因としては伝染性疾患から生活習慣病へと変化し，1997年では脳血管疾患，悪性新生物，心疾患の順となり，次いで暴行及び他殺で，そして交通事故の順となっている。各疾患の罹患率・有病率にも地域格差は大きく，循環器疾患では5倍以上の差があると報告されている[3]。生活習慣病が貧富の差なく増加の傾向にある。

3）乳幼児死亡

乳児の死亡数は北部が最も多く，次いで北東部に多い。北部，北東部の地域はジャングルが多く，貧困による栄養不良が潜在的に存在している。さらに医療施設数が少なく，交通手段や施設も充実していないことも要因と考えられる。乳児死亡率が高い理由としては，貧困，母親の教育の低さ，そして妊婦に対する医療対策の不十分さがあげられる。

乳幼児の死因の第1位は急性下痢症である。5歳以下の乳幼児の約30%が急性下痢で死亡している。急性下痢による死亡率は最高と最低の地域で約3倍の格差がある（表5）。これは，南部には医療施設が比較的充実していること，急性下痢症についてのキャンペーンがマスコミを通して盛んに行われているのに対し，北東部ではテレビ等の普及も少ないことが影響していると考えられる。貧困による栄養障害や母親への健康に関する情報提供の不足があげられる。保健水準や医療資源の地域格差の著しさからくるものでもあり，ブラジル国内における先進国と発展途上国との混在の様相を示しているともいえる。

4）妊婦健診および出産の場所等

妊婦健診は基本的には前期と中期が4週間に1回，妊娠28週から2週間に1回，妊娠32週からは週1回無料で健診を受けることができる。妊婦健診の総計回数としては13回位が理想とされており，これは日本と同様である。妊婦検診を6回以上受診した割合が低いのは北部と北東部である（表6）。この地域は妊婦健診を全く受けない女性も他地域より多く，自宅分娩の割合も多い。正常妊娠の場合，6回以上の妊婦健診を受けている妊婦は少数である。また，妊婦健診を全く受けずに，出産になって初めて受診する妊婦や，飛び込み出産の例は珍しくない。いわゆる飛び込み入院出産の多くは，出産予定日や妊娠の異常などの情報を得

ることなく出産に至るためである。

1997年は96.8%の妊婦が病院で出産をしている。そして，これらの40.2%が帝王切開を目的に病院を選択しているのである。政府は自然出産率を高めるためにキャンペーンを行い，産む世代に対して意識の啓発を図っている。しかし，まだ多くの妊婦が帝王切開を選択する現状である。妊婦の側の理由としては，長時間に及ぶ陣痛の苦しさを避けるためほとんどの妊婦が都心部の出産施設を選択し，手術による出産を希望するのである。一方，医師の側にも自然出産のために出産が深夜に及ぶことのないようにさせようとする傾向もある。このように手術出産率の高さは，医療従事者と産む側との相互の利便性から来ているもので，その実施率は国際的に比較しても著しく高率である（表7）。この出産の医療化は産む側の主体性の欠如というよりも，防衛医療なのか，あるいは現代医学への女性の期待なのだろうか。

5）家族計画

多くの女性たちが避妊を実行しており，避妊法の普及率は高くなってきた。避妊に関する主要な情報源として，保健所の果たす役割は大きく，保健所活動の中でも重要な役割を占めている。しかし，ピルやコンドームにおける使用方法の不正確さ，民間伝承等による不確実な避妊法や「授乳中は絶対に妊娠しない」など，誤った知識を持つ女性も多く見られる。表8はおもな避妊法を示しているが，ブラジルは女性の不妊手術が過半数を占め，日本ではコンドーム法が75%を占めていることは大きな相違点である。

一方，現在の家族計画における重要な問題は，望まない妊娠を避けることよりも，女性たちが性的パートナーである男性からエイズなど種々の性感染症が感染していることである。特に，HIVについては異性間感染が多く，年間の罹患者が10,000人を越え社会問題となっている。このことと生活習慣病の激増とで「疾病転換の二極化(Bipolarizaition)[4]」を呈している。

ブラジルにおける避妊指導は，その多くが保健所の医師による個人指導，看護婦が集団指導を行うことで行われている。また，コンドームは無料で支給され，IUDも希望すれば保健所が無料で実施してくれる。産後ケアの一貫として，病院では医師による個人指導，助産婦による集団指導が行われている。しかし，これはごく一部の病院のことでもある。人工妊娠中絶の実施は，母体に危険がある場合のみ法律でその適応が認められている。しかし，申請して裁判所からの許可を得るまでに日数を要するため，医師によっては人工妊娠中絶をしたがらない場合もある。人工妊娠中絶に関する統計はなく，望まない妊娠の結果，女性自身が自ら中絶処理を行ったり，あるいは無資格者によって中絶が行われたりしている実態もある。

6）予防接種

母子保健対策の一環として予防接種の奨励がなされており，保健所にて無料で接種することができる。予防接種率を高めるために毎年，全国の保健所が統一した予防接種日（集団接種と個別接種の併用）を定め，接種を呼びかけている。テレビ，ラジオ，新聞などマスコミを通じ芸能人を起用し

表8　避妊法別使用率

	ブラジル	北　部	北東部	南東部	南　部	中西部	日　本
コンドーム	3.7	2.3	3.0	4.3	4.9	2.3	75.3
腟外射精	ほとんど使用されない						26.6
基礎体温法							9.8
オギノ式							6.5
不妊手術(女性)	52.5	51.3	43.9	38.8	29.0	59.5	5.3
不妊手術(男性)	2.3	0.4	0.6	3.9	2.6	1.5	1.1
リング(IUD)	6.1	0.1	1.0	13.0	1.4	1.0	2.7
ピル	26.9	11.1	12.7	21.8	34.1	16.1	1.5
その他	-	-	-	-	-	-	0.9

（ブラジル1996年，日本；2000年7月毎日新聞社全国家族計画世論調査）

たＰＲを行い，未接種児童をなくすための努力もなされている。

基本的な予防接種は結核，ポリオ，三種混合，はしか，肝炎などである。肝炎は昨年1999年から始められたため，まだ十分な意識啓発がなされておらず，実施率は低い状況にある。一方，結核とはしかは100%以上の実施率である。これは前述したように，出生数における実人員と報告数の不一致のためであり，報告された出生数よりも予防注射を実施する子どもの人数の方が多くいることになる。

7）医療保健制度

ブラジルの医療制度としては公的医療保険制度はなく，民間の医療保険のみである。医療の提供は私立と公立（国・県・市立）による保健医療サービス提供があり，公立は無料のサービスを供給する。私立の場合は保険会社組織によって提供されるサービスであり，有料で，種々のサービスが工夫されており，保険料金に応じたサービスを受けることができる。医療保険の種類により病院の基準，サービス内容，給付制限などが異なっている。(例えば，エイズ患者には適応しなかったり，ICUの場合には日数の限定もある。)国民の多くは公立の無料サービスを受けるのが普通で，個室を希望する場合や豪華な病院を希望する場合，入院待ちをしたくない時などに民間の医療保険で私立の病院を利用している。

保健所は概ね人口10万人に１カ所の割合で設置され，保健サービスのほか外来のみの治療施設を有し，薬剤の処方を行うなどの無料のサービスを提供している。職員として医師，歯科医師，精神科医，看護婦，保健婦，ソーシャルワーカー，看護助手が配置され，対人保健サービスを行っている。

図１　国籍（出身地）構成比の推移

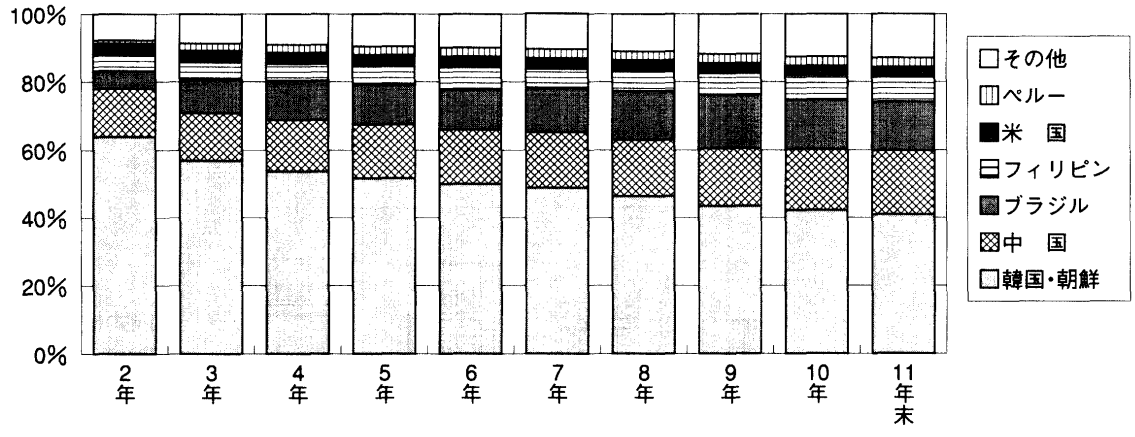


表９　国籍（出身地）別外国人登録者数の推移

（各年末現在）

国籍(出身地)	平成２年	平成３年	平成４年	平成５年	平成６年	平成７年	平成８年	平成９年	平成10年	平成11年
総数	1,075,317	1,218,891	1,281,644	1,320,748	1,354,011	1,362,371	1,415,136	1,482,707	1,512,116	1,556,113
韓国・朝鮮	687,940	693,050	688,144	682,276	676,793	666,376	657,159	645,373	638,828	636,548
構成比(%)	64	56.9	53.7	51.7	50	48.9	46.4	43.5	42.2	40.9
中国	150,339	171,071	195,334	210,138	218,585	222,991	234,264	252,164	272,230	294,201
構成比(%)	14	14	15.2	15.9	16.1	16.4	16.6	17	18	18.9
ブラジル	56,429	119,333	147,803	154,650	159,619	176,440	201,795	233,254	222,217	224,299
構成比(%)	5.2	9.8	11.5	11.7	11.8	13	14.3	15.7	14.7	14.4
フィリピン	49,092	61,837	62,218	73,057	85,968	74,297	84,509	93,265	105,308	115,685
構成比(%)	4.6	5.1	4.9	5.5	6.4	5.5	6	6.3	7	7.4
米国	38,364	42,498	42,482	42,639	43,320	43,198	44,168	43,690	42,774	42,802
構成比(%)	3.6	3.5	3.3	3.2	3.2	3.2	3.1	3	2.8	2.8
ペルー	10,279	26,281	31,051	33,169	35,382	36,269	37,099	40,394	41,317	42,773
構成比(%)	0.9	2.1	2.4	2.5	2.6	2.7	2.6	2.7	2.7	2.7
その他	82,874	104,821	114,612	124,819	134,344	142,800	156,142	174,567	189,442	199,805
構成比(%)	7.7	8.6	9	9.5	9.9	10.5	11	11.8	12.6	12.9

図２　平成11年末現在外国人登録者数上位府県の国籍（出身地）別の割合

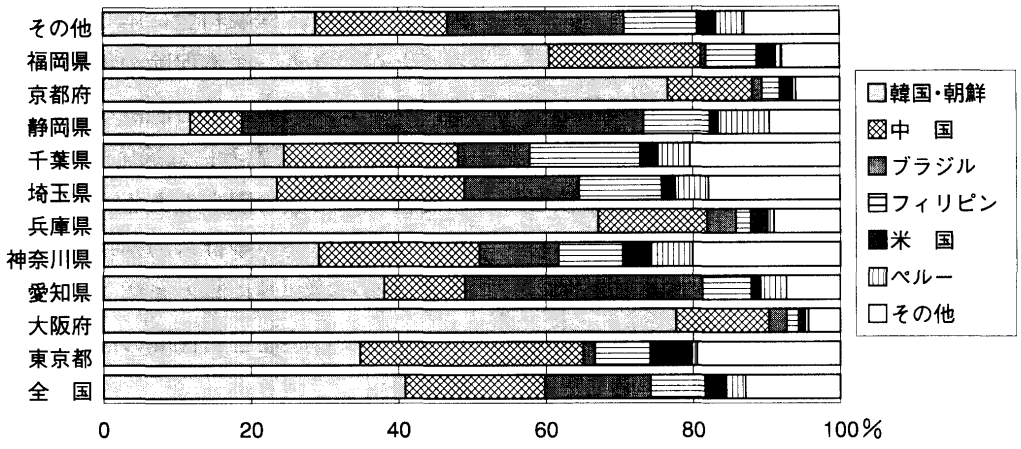


表10　平成11年末現在在日外国人登録者上位府県の国籍（出身地）別の割合

	韓国・朝鮮	中国	ブラジル	フィリピン	米国	ペルー	その他
全　国	40.9	18.9	14.4	7.4	2.8	2.7	12.9
東京都	34.8	30.2	1.6	7.5	5.7	0.7	19.5
大　阪	77.7	12.6	2.4	1.6	0.9	0.5	4.3
愛知県	38.1	10.9	32.3	6.6	1.3	3.5	7.3
神奈川県	29.2	21.7	10.8	8.7	3.8	5.7	20.1
兵庫県	67.1	14.8	3.9	2	2.3	0.9	9
埼玉県	23.5	25.4	15.6	11.2	1.9	4.5	17.9
千葉県	24.5	23.6	9.7	15	2.4	4.4	20.4
静岡県	11.8	7	54.5	9	1.1	7	9.6
京　都	76.6	11.5	1.3	2.4	1.8	0.4	6
福岡県	60.5	20.6	0.7	6.9	2.6	0.8	7.9
その他	28.8	17.9	24	9.9	2.6	3.8	13

図３　「定住者」の外国人登録者の推移

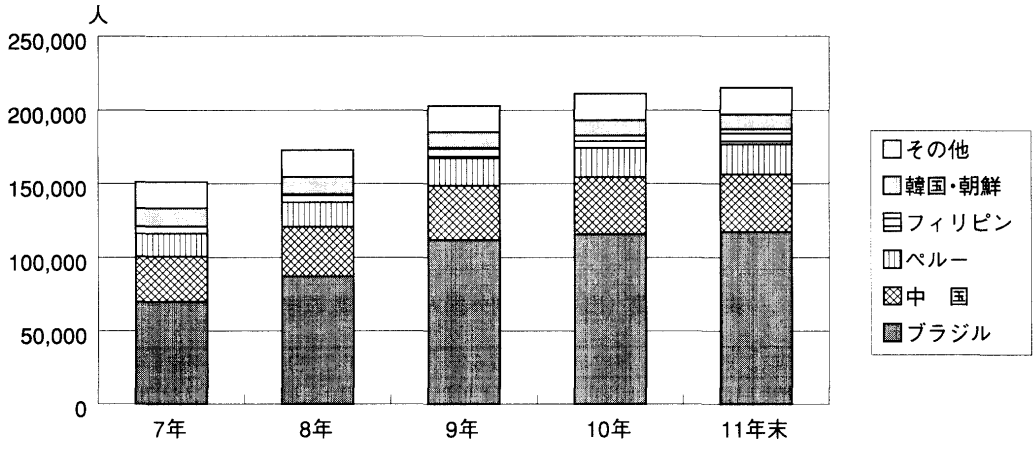
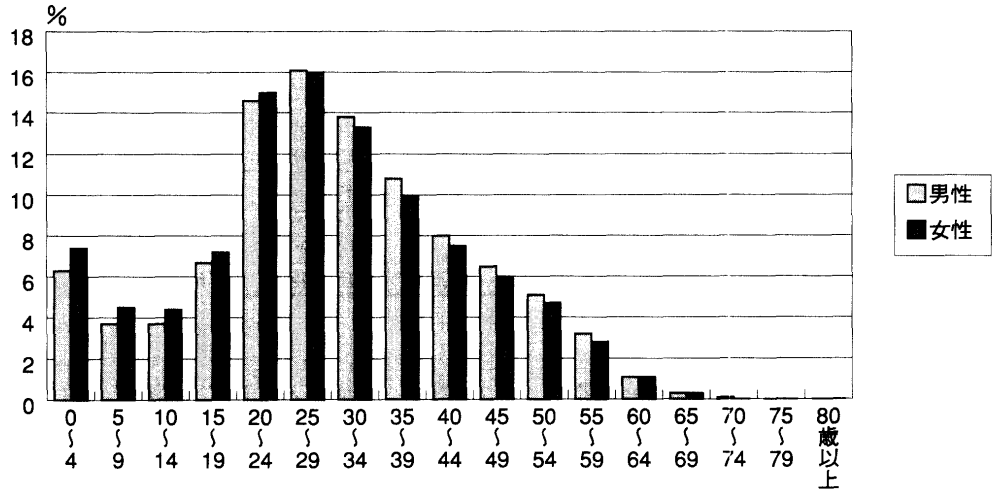


表11　「定住者」の外国人登録者の推移

（各年末現在）

年 / 国籍（出身地） / 総数	平成７年	平成８年	平成９年	平成10年	平成11年	構成比	対前年末
	1995	1996	1997	1998	1999	(%)	増減率(%)
総数	151,143	172,882	202,905	211,275	215,347	100	1.9
ブラジル	69,946	87,164	111,840	115,536	1,175	54.5	1.7
中　国	30,653	33,578	36,941	38,927	38,982	18.1	0.1
ペルー	15,544	16,526	18,746	19,953	20,454	9.5	2.5
フィリピン	4,740	5,584	6,751	8,385	10,181	4.7	21.4
韓国・朝鮮	12,468	11,855	10,868	10,416	10,028	4.7	-3.7
その他	17,792	18,175	17,759	18,058	18,233	8.5	1

図4　ブラジル人の男女別・年齢別登録者割合（平成11年末現在）



5．在日外国人統計にみるブラジル人

在日外国人の人口動態統計が厚生省の大臣官房統計情報局情報部の分析対象として，1992年から外国人区分に5カ国を追加した中にブラジルが含まれるようになった。これは，外国人入国者としてのブラジル人が急速に増加してきたことが背景にあるためと考えられる。法務省の統計をもとにブラジルに関するものを抽出し，最近の状況を考察してみたい。

国籍（出身地）別外国人登録者構成比の推移（1990〜1999年）を 図1に示した。1999年における国籍別登録者比率では韓国・朝鮮が最も多く，ブラジルは中国に次ぐ第3位で14.4%を占めている。過去5年間においてブラジル人の急激な増加はない。外国人登録者数を上位府県別に見たのが

表12　ブラジル人の男女別・年齢別・登録者割合
（平成11年末現在）

	男性	割合(%)	女性	割合(%)
計	124,149		100,150	
80歳以上	11	0	10	0
75〜79	10	0	17	0
70〜74	63	0.1	43	0
65〜69	364	0.3	334	0.3
60〜64	1,398	1.1	1,119	1.1
55〜59	3,919	3.2	2,777	2.8
50〜54	6,319	5.1	4,659	4.7
45〜49	8,027	6.5	5,924	5.9
40〜44	9,971	8	7,468	7.5
35〜39	13,459	10.8	9,901	9.9
30〜34	17,169	13.8	13,351	13.3
25〜29	19,983	16.1	15,999	16
20〜24	18,146	14.6	14,996	15
15〜19	8,364	6.7	7,219	7.2
10〜14	4,548	3.7	4,390	4.4
5〜9	4,627	3.7	4,515	4.5
0〜4	7,771	6.3	7,428	7.4

図5　「日本人の配偶者等」の外国人登録者の推移

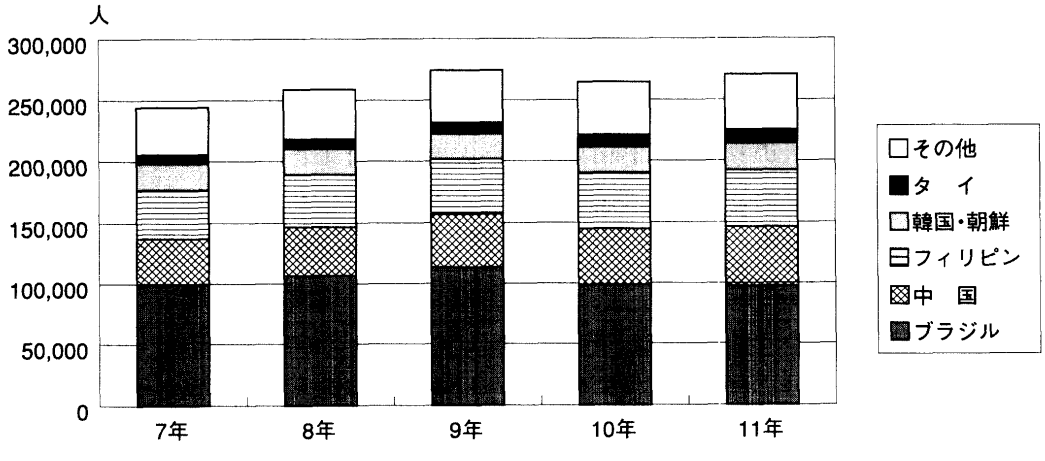


表13 「日本人の配偶者等」の外国人登録者数の推移

(各年末現在)

国籍(出身地) ＼ 年	7年	8年	9年	10年	11年	構成比	対前年末
	1995	1996	1997	1998	1999	(%)	増減率(%)
総数	244,381	258,847	274,475	264,844	270,775	100	2.2
ブラジル	99,803	106,665	113,319	98,823	97,330	35.9	-1.5
中国	37,310	39,948	43,714	45,913	48,698	18	6.1
フィリピン	39,909	42,521	44,545	45,619	46,152	17.1	1.2
韓国	21,385	21,090	20,738	21,078	21,753	8	3.2
タイ	7,004	7,881	8,955	9,878	11,100	4.1	12.4
その他	38,970	40,742	43,204	43,533	45,742	16.9	5.1

図2である。また図3に示す,「定住者」の外国人登録者数の推移から見た場合,「定住者」に占めるブラジル人の多さは注目に値する。

外国人登録者の年齢・男女別構成比は,日本の人口ピラミッドがいわゆる釣り鐘型といわれるのに対し,都会型を示し労働力の主たる年齢層である20歳から39歳までの年齢が半数を占めている[5]。1999年末におけるブラジル国籍者の年齢・性別構成を図4に示した。

ブラジル人においても男女いずれも20歳から39歳までの年齢層が大半を占めているのが特徴的である[6]。在留資格別外国人の推移からブラジル人を見ると,「日本人の配偶者等」として1988年まで,中国,韓国,フィリピンが多くを占めていたが,1990年からはブラジル人が最も多くなってきた(図5)。日本人配偶者としてのブラジル人は1986年には750人であったが,1990年には約140倍に増加しており,南米出身者全体では約4000人であったのが約25万人に増加した[7]。1999年における「日本人の配偶者等」の増加は26,737人で,前年と比べ2,165人(8.8%)増である。国籍(出身地)別では,ブラジルが97,330人で最も多く,「日本人の配偶者等」全体の35.9%を占め,次いで,中国,フィリピン,韓国の順となっている[8]。登録者数全体に占めるブラジル人の割合は,1997年をピークに減少傾向にあるもののなお最多である。

6. 総括的考察

以上を母子保健の視点から総括すると,まず,ブラジルは国全体がまだ十分に豊かな状況にはなく,地域格差が著しいために,次世代を担う子どもたちが,義務教育期間にもかかわらず,未就学で労働につかざるを得ない状況におかれている。貧困の影響もあるが親自体が十分な教育を受けていないため,このことがあらゆる面に影響し,子どもの健康問題を大きく左右する事態も生じている。環境問題も連動してくるが,教育の問題はやはり次世代育成において根幹をなす重要な問題として改善されていかなければならない重要課題である。また,妊婦健診への受診率が低率であるにもかかわらず,いわゆる飛び込み出産や流行的ともいえる帝王切開率の高さ,性感染症など,意識啓発への課題は極めて多大であるといえる。かつて開発途上国の人口増加問題への対応として,「家族計画・栄養・寄生虫予防インテグレーション・プロジェクト(IP)」[9]の発想を用いたように,JOICFPがブラジルに対してもこれを実験実施国として,国連人口基金(UNFPA)との共同事業で進めてきている。今後の成果に期待したい。

一方,在日ブラジル人統計については,「定住者」の外国人登録者数からみるとブラジル人は最も多い。しかも20歳代から30歳代の男女に集中している。このことは,当然,妊娠出産問題に繋がってくることである。多くの調査から共通してあげられてくる在日外国人の問題に,言葉の問題,生活習慣の相違,保険未加入などがあるが,ブラジル人の場合はまたこれとは異なる問題であろうと考えられる。しかし,保健,医療,福祉を必要としている状態にありながら,その適応を受けていない,あるいは受けられない状況が起こらないようにだけは十分な注意が払われなければならない。日本は基本的人権の尊重と保障を理念とした国際法を批准している。国民健康保険の加入や生活保護の適応には制約があるが,「児童福祉法」や「母

子保健法」など，国籍条項はなく，日本における外国人妊産婦および児童にも適応される。人権侵害の問題も視野に入れ「外国人の保健医療は決して特殊な分野ではなく，基本的には日本人に対する保健医療と同じ」[10]であるといった認識に立ち，関係機関がこれらの情報をもっと収集していく必要がある。

6．おわりに

母子保健の現状は，各国独自にかかえる問題があるため，相違点としての捉え方だけでは，背景の大きく異なる国においてあまり意味をもたないことが多い。母子保健を中心としてブラジルの現状をまとめていくと，日本がはるか以前に解決し得ている教育システムや保健情報システム，医療資源などの問題を，ブラジルがまだ多く抱えた現状であることが再確認できた。また，日本における在日外国人として，特にブラジル人の閉める割合の大きさ，しかも20歳代から30歳代に集中している今日，在日外国人へのよりよい母子保健サービス提供のためには，足もとの「内なる国際化社会」の統計的実態やさまざまな課題を知り，保健・医療情報に留まらず法的なことや人権といった面での認識を深めていくことが重要である。この予備的考察を今後，在日外国人が日本の生活に適応していく上での母子保健という観点に絞って研究へと発展させていきたい。今回のブラジルに関する情報の整理が，内なる国際化としての外国人の母子保健支援に少しでも役に立てれば幸いである。

＜文　献＞

1）李　節子：在日外国人の母子保健，在日外国人の構成員および母子保健医療諸制度の適用，pp37，医学書院，1998
2）在日ブラジル大使館：ブラジルについて，http://www.brasemb.or.jp/brasil/blief/education.html
3）國井　修：ブラジルの保健医療と国際協力，週刊医学新聞，2000年11月6日，医学書院
4）同前掲
5）法務省入国管理局：平成11年末現在における外国人登録者統計について，http://www.moj.go.jp/PRESS/000530-1/000530-1.htm
6）同前掲
7）李　節子：在日外国人の母子保健，pp3-15，医学書院，1998
8）法務省入国管理局：平成11年末現在における外国人登録者統計ついて，http://www.moj.go.jp/PRESS/000321-1/000321-1.htm
9）鈴木良一：40th Anniversary of JAFPA 家族計画便覧，217-226，日本家族計画協会，1994
10）中村安秀：在日外国人の保健医療問題，地域保健24(10)：46-51，1993