

K

フ-10  
A46

国別医療協力ファイル  
ガーナ共和国

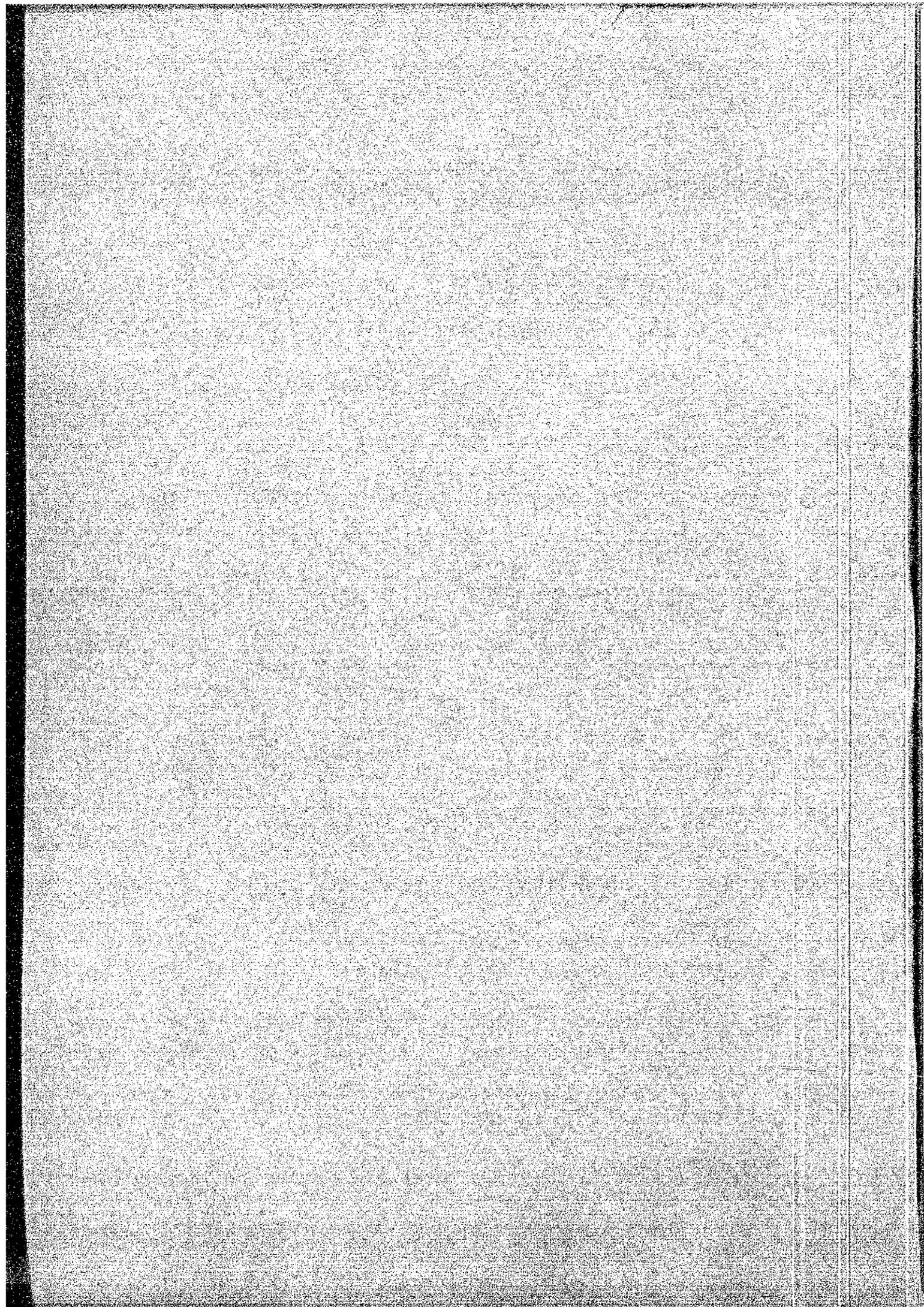
---

---

---

---

JICA  
R512  
907  
KA  
LIBRARY



# 国別医療協力ファイル

## ガーナ共和国

27639

JICA LIBRARY



1119689[6]

国際協力事業団

医療協力部



国際協力事業団

7639

# 目次

	頁
目次	i
表目次	v
図目次	vii
略語表	ix
第1編 国別概況	1
1-1 一般概況	1
1-2 一般行政と国家開発計画	11
1-2-1 一般行政	11
1-2-1-1 中央行政	11
1-2-1-2 地方行政	11
1-2-2 国家開発計画の概要	13
第1編 参考資料一覧	15
第2編 衛生行政	16
2-1 中央衛生行政と保健医療計画	16
2-1-1 中央衛生行政機構	16
2-1-2 中央保健医療計画	19
2-1-3 中央保健医療セクターの財政	21
2-2 地方衛生行政と保健医療計画	23
2-2-1 地方衛生行政機構	23
2-2-1-1 概要	23
2-2-1-2 組織と機能	23
2-2-2 地方保健医療計画・予算	26
第2編 参考資料一覧	27
第3編 保健医療事情	28
3-1 保健指標	28
3-2 人口	30
3-2-1 総人口と人口増加率	30
3-2-2 地域別人口	31
3-2-3 合計特殊出生率	32
3-3 疾病・死亡	34
3-3-1 死亡	34
3-3-2 疾病構造	41
3-3-2-1 乳幼児・子供の主な疾病	44
3-3-2-2 女性の疾病	45

3-3-3	感染症	45
3-3-3-1	予防接種関連の感染症	47
3-3-3-2	急性細菌感染症	49
3-3-3-3	慢性細菌感染症	51
3-3-3-4	ウイルス性感染症	53
3-3-3-5	寄生虫感染症	54
3-3-3-6	エイズ	59
3-3-4	非感染症	62
3-3-5	精神病	63
3-3-6	傷害および事故	63
3-4	保健対策活動	64
3-4-1	プライマリー・ヘルス・ケア	64
3-4-2	予防接種対策	66
3-4-3	栄養問題対策	70
3-4-4	母子保健対策	72
3-4-4-1	出産前保健対策（妊産婦ケア）	73
3-4-4-2	出産時（分娩）対策	74
3-4-4-3	出産後の保健対策	75
3-4-5	家族計画	76
3-4-5-1	人口政策	76
3-4-5-2	家族計画の現状	77
3-4-5-3	問題点	81
3-4-6	マラリア対策	82
3-4-7	エイズ対策	82
3-4-8	下痢性疾患対策	84
3-4-9	メジナ虫症対策	85
3-4-10	オンコセルカ症対策	86
3-5	医療施設	87
3-5-1	公共医療部門およびミッション系／NGO関連医療部門	87
3-5-2	民間医療施設	89
3-5-3	主な医療施設	89
3-6	医療従事者	91
3-6-1	医療従事者の概況	91
3-6-2	医療従事者の養成	93
3-7	医薬品・医療器具・衛生材料	95
3-7-1	公共部門における医薬品供給と課題	95
3-7-2	民間部門	97
3-7-3	病院内の薬局	97

3-8	保健医療サービスの利用	98
3-8-1	医療費（診療費用）	98
3-8-2	公共および民間医療施設の利用	99
3-8-3	伝統医療	100
3-9	医療情報システム	102
3-9-1	医療情報システムの現状と問題点	102
3-10	医療保険制度	103
3-11	衛生環境	103
3-11-1	飲料水	103
3-11-2	衛生施設（トイレ・ゴミ・下水処理）	105
3-12	労働衛生	106
3-13	試験研究機関・各機関の紹介	107
3-14	救急医療システム	108
第3編	参考資料一覧	109
第4編	保健医療協力	111
4-1	協力要請の仕組み	111
4-2	国際機関、わが国を除く諸外国、NGOの協力動向	112
4-2-1	国際機関	114
4-2-1-1	UNICEF	114
4-2-1-2	WHO	116
4-2-1-3	UNDP	117
4-2-1-4	UNFPA	118
4-2-1-5	The World Bank	118
4-2-2	わが国を除く諸外国の援助協力	119
4-2-2-1	イギリス	119
4-2-2-2	アメリカ合衆国	120
4-2-2-3	カナダ	121
4-2-2-4	ドイツ	121
4-2-3	NGO	122
4-2-3-1	ガーナ家族計画協会	122
4-2-3-2	CHAG	122
4-2-3-3	World Vision International	123
4-2-3-4	CRS	123
4-2-3-5	ガーナ赤十字	124

4-3	わが国の協力状況	125
4-3-1	有償資金協力	125
4-3-2	無償資金協力	125
4-3-3	技術協力	127
4-3-3-1	形態別実績	127
4-3-3-2	プロジェクト方式技術協力案件	127
第4編	参考資料一覧	128

## 表 目 次

表1-1	ガーナ共和国概況 .....	1
1-2	首都アクラにおける年間気温表 .....	3
1-3	経済指標 .....	4
1-4	教育概況 .....	8
1-5	都市部と地方における貧困 .....	10
1-6	ガーナ行政区分 .....	11
1-7	国家開発計画一覧 .....	13
2-1	全国家予算に対する保健予算の割合 .....	21
2-2	保健省予算 (1992, 94年度) .....	22
2-3	州別の主な項目別予算 (1994) .....	26
3-1	ガーナ保健医療指標 .....	28
3-2	州別人口および人口密度 .....	32
3-3	各州別の合計特殊出生率 (TFR) (1993) .....	33
3-4	コレブ教育病院における10大死亡原因 .....	34
3-5	ウエスト・ゴンジャ病院における10大死亡原因 .....	35
3-6	乳児・5歳未満児死亡率の変化 .....	37
3-7	乳幼児死亡と社会的要因 (1993) .....	38
3-8	5歳未満児の死亡原因 (1979-83) .....	39
3-9	5歳未満児の死亡原因 (1986-87) .....	39
3-10	ガーナにおける10大主要疾病 (1986, 92) .....	42
3-11	主要疾病の推移 (1990-92) .....	43
3-12	子供専門病院での主要疾病 (1993) .....	44
3-13	感染症疾病別罹患数と死亡数 (1989-92) .....	46
3-14	主な疾病の乳幼児罹患率 (1986) .....	49
3-15	ハンセン病の近年の動向 (1990-93) .....	52
3-16	州別のビルハルツ住血吸虫発生数 (1982, 86, 93) .....	56
3-17	エイズ患者の渡航経験率 .....	60
3-18	妊産婦のHIV感染率 .....	61
3-19	部位別ガン発生数 (1991, 92) .....	62
3-20	子供 (生後12-23ヶ月) の予防接種率 (1988, 93) .....	68
3-21	予防接種方法 .....	69
3-22	母子保健対策の目標値 (1993, 95) .....	73
3-23	全妊産婦にしめる10代の妊娠者の割合 (1987-92) .....	73
3-24	出産時における保健状況と社会的背景 .....	75
3-25	家族計画センター利用率 (1987-93) .....	77
3-26	既婚女性の避妊具の普及割合 (1988, 93) .....	80

3-27	ORSの使用率の推移	84
3-28	地域別の医療施設数	88
3-29	総医療従事者数（公共・民間共）（1993）	91
3-30	医療技術者養成施設と卒業生数（1992）	94
3-31	保健医療状況の都市部と農村部での格差	98
3-32	州別医療施設のベッド数（1991）	99
3-33	地方住民と医療施設の距離	100
3-34	飲料水供給状況の推移（1960-92）	104
3-35	トイレの施設別利用状況	105
3-36	トイレの場所	105
4-1	援助国・機関別ODA実績	113
4-2	ユニセフの対ガーナ共和国援助の予算内訳	115
4-3	UNDPプロジェクト一覧	117
4-4	ODAプロジェクト一覧	119
4-5	対ガーナ共和国における保健・医療分野での援助実績	126

## 目 次

図1-1	ガーナ共和国全図（行政区分図）	2
1-2	首都における平均気温・降水量	3
1-3	輸出入の変化	5
1-4	ドル換算レートの推移（1985-94）	6
1-5	ガーナ国家行政組織図	12
2-1	保健省機構図	18
2-2	州レベルでの衛生行政機構	24
2-3	県レベル等の地方衛生行政機構	25
3-1	総人口の推移	30
3-2	年齢層別人口分布	31
3-3	保健省管轄の病院における疾病別入院患者の比率と各疾病の致命率	36
3-4	州別妊産婦死亡率（1991, 92）	40
3-5	コレブ教育病院における妊産婦の死因（1989）	41
3-6	麻疹発生数の推移（1969-92）	47
3-7	結核発生数の推移（1969-92）	48
3-8	破傷風発生数の推移（1969-92）	48
3-9	コレラ発生数の推移（1969-92）	50
3-10	ハンセン病発生数の推移（1969-92）	51
3-11	フランベジア発生数の推移（1969-92）	52
3-12	黄熱病発生数の変化（1969-92）	53
3-13	マラリア発生数の推移（1981-92）	55
3-14	メジナ虫症発生数の推移（1981-92）	57
3-15	オンコセルカ症発生数の推移（1982-92）	58
3-16	エイズ新規登録患者数（1986-92）	59
3-17	年齢別・性別エイズ登録患者数の割合（1986-92）	60
3-18	精神病の10大疾病と患者数（1992）	63
3-19	プライマリー・ヘルス・ケア機構図	65
3-20	乳児（0-11ヶ月）の予防接種率の推移（1981-93）	67
3-21	妊産婦の新生児破傷風予防接種（2回目）接種率の推移	67
3-22	地域別の栄養状態（標準体重の60%以下の子供の割合）	71
3-23	母子保健対策の推移（1987-92）	72
3-24	母乳哺育の実態（1993）	76
3-25	家族計画の関連機関とその機能	78
3-26	既婚女性の家族計画（避妊）に対する知識と実行	79
3-27	メジナ虫症保健対策の実施率	85
3-28	オンコセルカ対策プログラム実施地域	86

3-29	州別保健医療従事者の割合と人口割合 .....	92
3-30	公共部門の医薬品別消費量 .....	95
3-31	州別の医薬品供給量と人口一人当たりの供給量 .....	96
4-1	援助要請のための国内手続き（ガーナ） .....	111
4-2	援助主体別ODA実績の推移 .....	112

## 略 語 表

A I D S	エイズ (後天性免疫不全症候群) Acquired Immunodeficiency Syndrome
B C G	結核予防ワクチン Bacille de Calmette-Guerin
C I D A	カナダ国際開発庁 Canadian International Development Agency
D H M T	県保健管理委員会 District Health Management Team
D H S	人口および保健に関する調査 Demographic and Health Survey
D M O H	県保健医務官 District Medical Officer of Health
D P T	3種混合ワクチン (百日咳、ジフテリア、破傷風) Diphtheria/Pertussis/Tetanus Vaccine
E P I	予防接種拡充プログラム Expanded Programme on Immunization
G W S C	ガーナ水道・下水公社 Ghana Water and Sewerage Corporation
H I V	ヒト免疫不全ウイルス Human Immunodeficiency Virus
K V I P	換気改良便所 Kumasi Ventilated Improved Pit Latrine
N G O	非政府機関 Non-Governmental Organization
O R T / O R S	経口補水療法／経口補水塩 Oral Rehydration Therapy / Oral Rehydration Salts

PHC	プライマリー・ヘルス・ケア Primary Health Care
TBA	伝統的産婆 Traditional Birth Attendant
TFR	合計特殊出生率（一人の女性が一生に産む子供の平均数） Total Fertility Rate
UNDP	国連開発計画 United Nations Development Programme
UNFPA	国連人口基金 United Nations Population Fund
UNICEF	ユニセフ（国連児童基金） United Nations Children's Fund
USAID	米国国際開発局 United States Agency for International Development
WHO	世界保健機関 World Health Organization

## 第1編 国別概況

## 1-1 一般概況

表1-1 ガーナ共和国概況

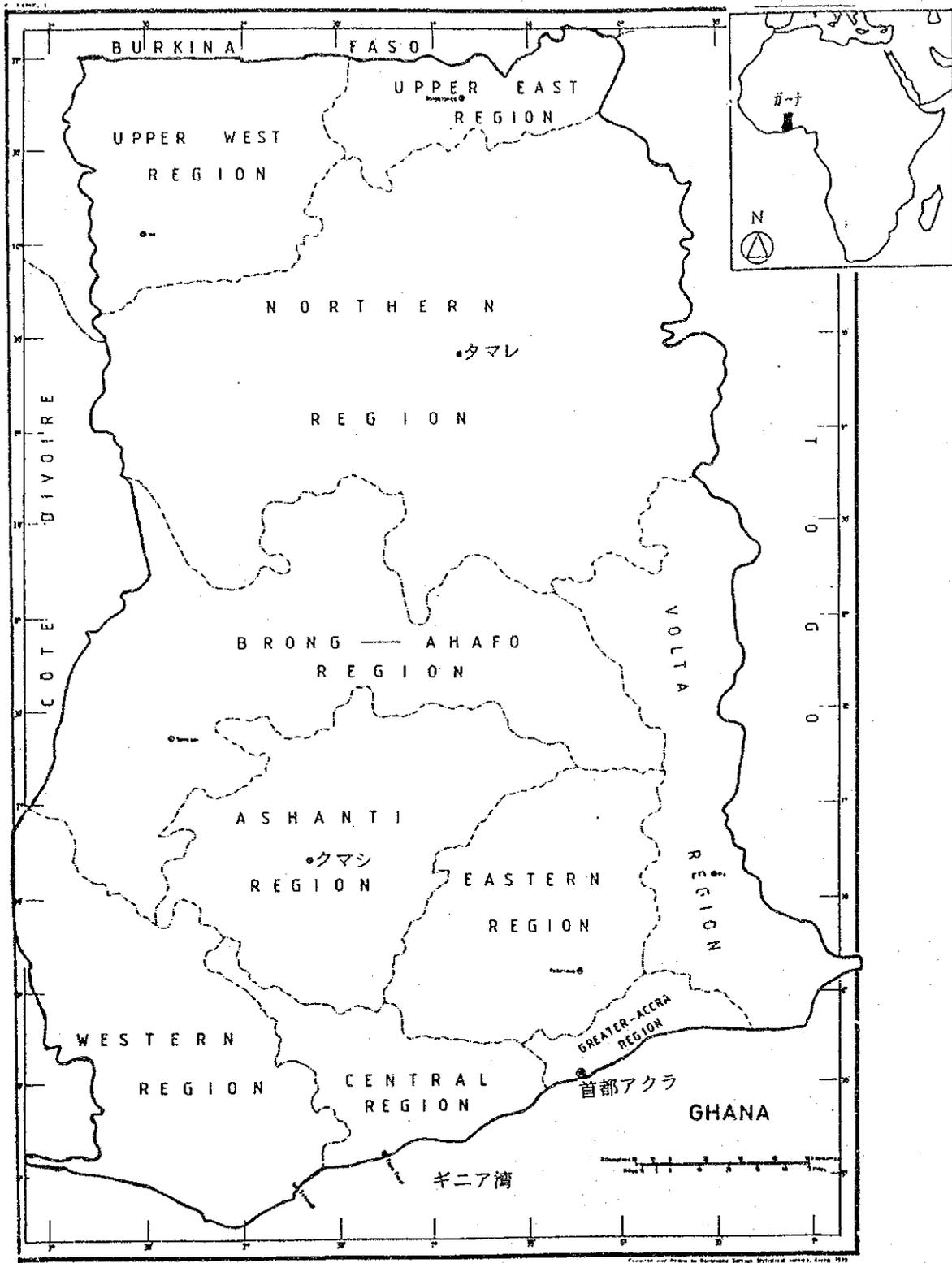
① 正式国名	(和文) ガーナ共和国 (英文) Republic of Ghana
② 独立年月日 旧宗主国	1957年3月6日 英国
③ 政体	共和制
④ 元首の名称	大統領：ジェリー・ローリングス (1992年12月就任、任期4年)
⑤ 位置・面積	北緯4.3度～11.0度 東経1.15度～西経3.15度 239千平方キロメートル *1)
⑥ 首都	アクラ
⑦ 総人口	1,580万人 (1992年央) *1)
⑧ 民族等	ガ族、エベ族、アカン族、ゴンジャ族、ダゴンバ族
⑨ 公用語	英語
⑩ 宗教	アニミズム(38%)、イスラム教(30%)、キリスト教(24%)
⑪ 暦	<p>〈日本との時差〉 - 9時間</p> <p>〈祝祭日〉 (1995年) *2)</p> <p>1月1日 新年</p> <p>1月7日 第4共和国誕生記念日</p> <p>3月6日 独立記念日</p> <p>* 4月14～17日 イースターホリデー</p> <p>5月1日 メーデー</p> <p>7月1日 ガーナ共和国誕生記念日</p> <p>12月25～26日 クリスマス</p> <p>12月30日 バンク・ホリデー</p> <p>(*は毎年日が変わる祝祭日)</p>

\*1) World Development Report 1994 The World Bank

\*2) The Europa World Yearbook 1994 Europa Publications

国別協力情報ファイル ガーナ 1994、任国情報 ガーナ 1994 国際協力事業団より作成

図1-1 ガーナ共和国全図（行政区分図）



国別協力情報ファイル ガーナ 1994、任国情報 ガーナ 1994 国際協力事業団より作成

表1-2 首都アクラにおける年間気温表

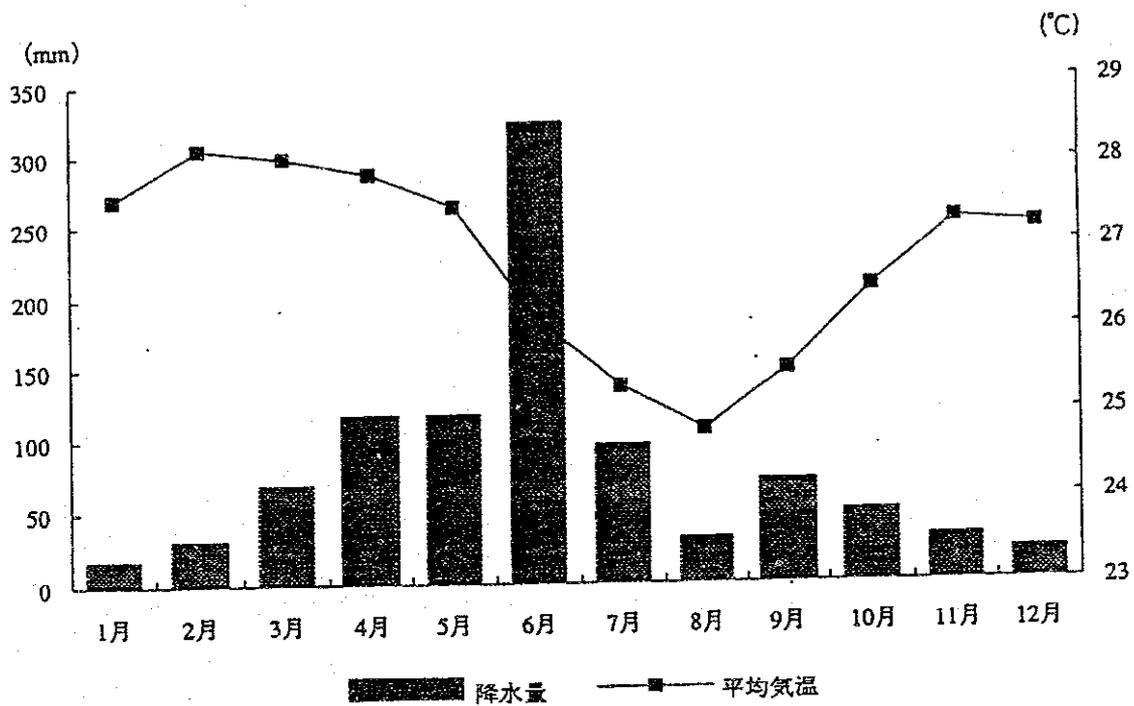
上段：平均気温 (°C)

下段：降水量 (mm)

観測地	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
アクラ	27.3	27.8	27.8	27.7	27.1	25.7	24.7	24.5	25.4	26.2	27.1	27.2
(1951~75年)	22.8	46.6	52.1	93.9	141.2	232.8	78.5	31.8	68.1	90.7	39.5	23.8

出所：ガーナ共和国感染症基礎調査報告書 1988 国際協力事業団

図1-2 首都における平均気温・降水量



出所：理科年表 1993 丸善

表1-3 経済指標

1) 主要経済指標の 推移	年	(1991)	(1992)	(1993)
	GDP (10億セディ)	*1)	2,575	3,009
一人当たりGNP (ドル)	*2)	400	450	N. A
実質GDP成長率 (%)	*1)	5.3	3.9	4.4 <sup>a</sup>
消費者物価上昇率 (%)	*1)	17.3	10.9	24.1
失業率 (%)	*3)	N. A	N. A	N. A
貿易収支 (百万ドル)		-321	-471	-641 <sup>a</sup>
輸出額 (fob)		998	986	1,020 <sup>a</sup>
輸入額 (fob)	*1)	1,319	1,457	1,661 <sup>a</sup>
主要輸出入相手国	*1)	輸出 (1992)	ドイツ (19%)	
		輸入 (1992)	英国 (20%)	
経常支出 (百万ドル)	*1)	-253	-378	-350 <sup>a</sup>
対外債務残高 (百万ドル)	*1)	4,209	4,275	N. A
債務返済率 (%)	*1)	26.5	26.7	N. A
外貨準備高 (百万ドル)	*2)	644	412	N. A
2) 通貨 *1) (1994年2月25日)	通貨単位 : セディ (記号: C) 1ドル = 896.4 C			
3) 会計年度	1月1日~12月31日			

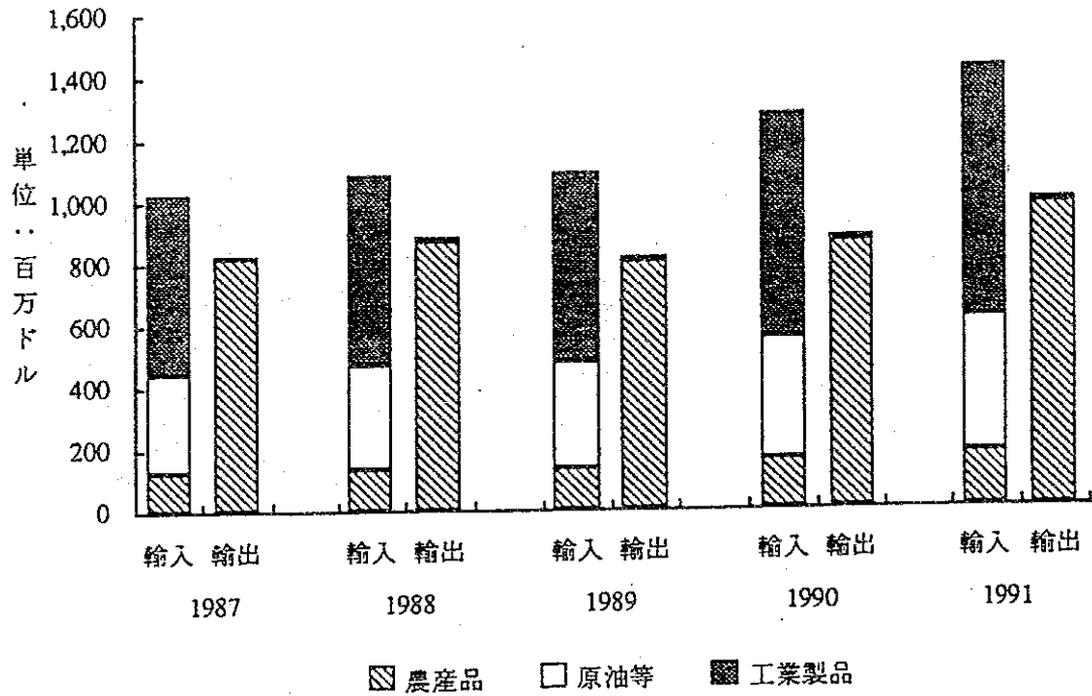
\*1) Country Report:Ghana 2nd quarter 1994 EIU a: EIU推定

\*2) World Development Report 1992-94 The World Bank

\*3) Year Book of Labour Statistics 1993 ILO

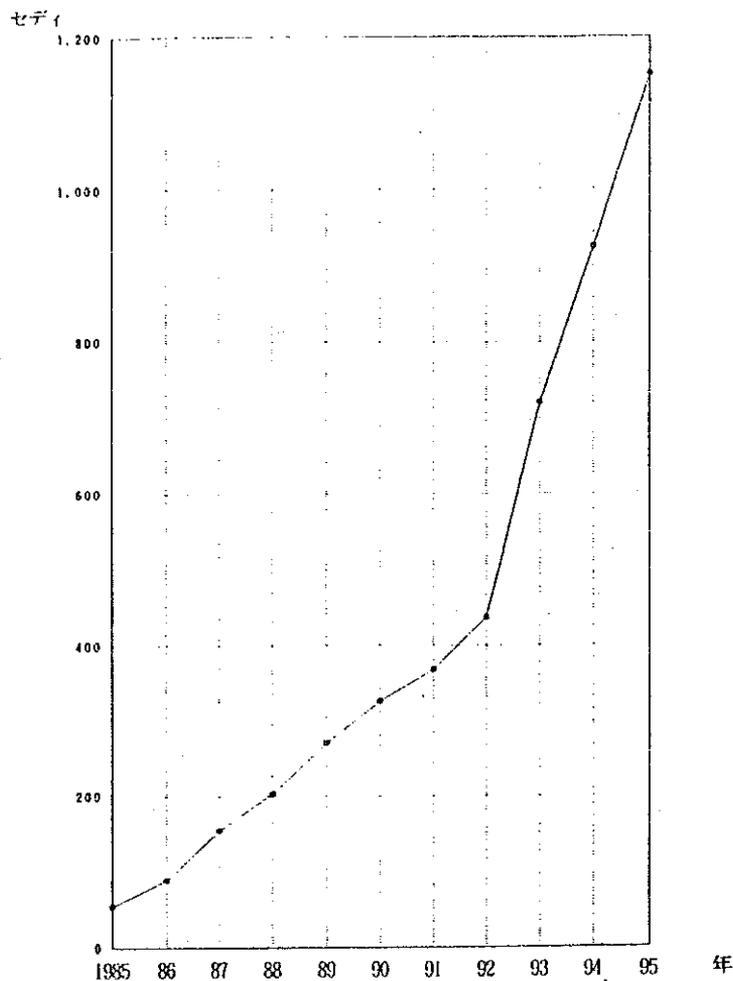
国別協力情報ファイル ガーナ 国際協力事業団より作成

図1-3 輸出入の変化



出所: World Tables 1993 The World Bank

図1-4 ドル換算レートの推移 (1985-94)



年	1985	1986	1987	1988	1989	
セディ	54.4	89.2	153.7	202.4	270.0	
	1990	1991	1992	1993	1994*1)	1995*2)
	326.3	367.8	437.1	720.0	924.2	1,150

\*1) Country Report :Ghana 2nd quater 1994 EIU

\*2) Country Report :Ghana 2nd quater 1994 EIU推定

出所 : International Financial Statistics 1993 IMF p. 2

### (1) 地勢・気候

ガーナ共和国（以下ガーナ）は、西アフリカ諸国のほぼ中央部に位置し、東はトーゴ、北はブルキナファソ、西はコートジボアール、南はギニア湾にそれぞれ接している。ガーナの海岸線は約560キロにおよぶ。ガーナは、ほぼ長方形の国で、面積は23万8,537平方キロである。これはイギリスとほぼ同じ広さで、日本の約3分の2に相当する。

この国を地勢上から見るとだいたい4つの地帯に分けることができる。

- 1) 海岸線の低い砂浜地帯
- 2) 海岸からほぼ100キロ奥地までの草原地帯
- 3) 西部国境付近とアシャンテ南部280キロ付近に広がる森林地帯
- 4) 北部及び東部の乾燥地帯

ガーナの気候は熱帯性気候である。特徴は、サハラ砂漠から吹きよせるハマターンと呼ばれる熱くて乾燥した塵っぽい北東貿易風と、南の海上から吹き上げる比較的涼しくて湿気をおびた西南貿易風の影響を受けていることである。雨量は、南西部を除き全般的に少ない。

### (2) 人口・民族

ガーナの総人口は、ガーナ統計局によると1992年に約1,580万人であり、首都アクラおよび第二の都市クマシのある南部に集中し、都市部での人口は3割強である。しかし、1984年以来、国勢調査は行われておらず現在の正確な数値は把握されていない。国勢調査は、1994年度に実施予定であったが延期された。この国は、約80の異なる部族から形成される多部族国家である。最も優勢なアカン部族（クマシ周辺）をはじめとし、ガ族（アクラ周辺）、エベ族（南西部ボルタ地域）、モシ族、ダゴンバ族、ゴンジャ族等が大きな部族である。

### (3) 言語

公用語は英語であり、学校教育は原則として英語で行われている。しかし、各種族はそれぞれ異なった言語を持ち、一般住民の家庭内での会話はそれぞれの部族語が使われている。

### (4) 宗教

キリスト教はヨーロッパから布教に渡来した宣教師によって、19世紀初めからさかんに布教が行われ、信者は人口の24%を占めるに至った。その他、8世紀ころから広められたイスラム教を信じる者は約30%、また伝統的な原始宗教の信仰者は約38%である。

## (5) 教育

ガーナはアフリカの中でも早くから教育に対して力を注いできたこともあり、近隣諸国と比較しても高い教育水準を有してきたが、近年、財政難から多くの教師が国外へ流出し、教師不足により質の低下が深刻である。政府は1985年より教育制度の改革に乗り出し、新学制での最初の修了生が1994年6月に卒業した。新学制は、6歳から6年間の初等教育に始まり、その後3年間の中等教育までを義務教育とする（有料）。中等教育終了後、統一試験に合格すれば3年間の高等学校への進学が可能である。高等学校修了後は、3年間の商業技術、職業技術の各種専門学校、教員養成カレッジへ進む場合と4年間の大学へ進む場合がある。

大学は全て国立であり、1994年10月にタマレに4番目の大学が開学した。

表1-4 教育概況

義務教育	6～15歳（9年間）の初等・中等教育
就学率	（標準就学年齢人口に対する総就学者の比率） 初等教育（6年）：75%（1988～89年）（女児67%） 中等教育（3年）：39%（1988～90年）（女児31%） 高等教育（3年）：2%（1988～90年）（女児2%） *1)
小学校の 教師・生徒 の比	小学校教師一人当たりの生徒の割合 30人（1970年）：29人（1990年） *2)
成人の 識字率	60%（1990年）（男性70%、女性51%） *1)

出所： \*1) Human Development Report 1993 UNDP

\*2) World Development Report 1993 The World Bank

このような教育状況の中で、現在問題になっていることは貧困のための中途退学である。特に、北部3州（ノザン、アッパーウエスト、アッパーイースト州）における女児に多い。

## (6) 政治・外交政策の状況

1957年、アフリカ内で初の独立国として英領ゴールド・コーストからガーナへと国名を変更、1960年英連邦内ガーナ共和国となった。独立後エンクルマ初代大統領は、パン・アフリカニズムの旗手として活発な外交を展開したが、急進的経済政策をとったため破綻をきたし、1966年軍事クーデターにより失脚し、軍政に移管することとなった。その後、民政・軍政と政権の交代が度々起こった。以来、30年足らずのうちに現ローリングス政権まで9つの政府が指導権を握ってきたという、あわただしい歴史を持つ。

1992年、複数政党制に基づく議会制民主主義制度をうたった新憲法に対しての国民投票が行われ、これが採択された。続いて大統領選挙によりローリングス大統領が就任し、第4共和制へ移行した。

外交政策は、非同盟中立政策を基調とし、近隣諸国との友好関係の維持、国連の尊重、アフリカ統一機構(OAU)、西アフリカ諸国経済共同体(ECOWAS)等地域機関との協力を挙げている。旧ソ連、リビア、キューバとの緊密な関係を保持する一方、金融・技術開発援助を求めるため西側先進諸国やIMF、世銀等、国際機関との関係改善に努めている。

近隣諸国との関係では、1994年1月にトーゴとの国境付近で砲撃事件が起こり緊張が高まった。現在、外交努力による関係修復が図られているが、まだ良い方向に向かっているとは言えない。また、国内でも1994年2月に北部においてトーゴから移住してきたココンバ族と在来のナヌムバ族との間で部族抗争が起きた。現在は一応和解をしている。

## (7) 社会経済の状況

「世界開発」(UNDP, 1990年)によると、1957年ガーナはアフリカ大陸での最初の独立国として大きな期待を集めていた。識字率60%の旧英国植民地であったこの国は、アフリカの中で最も進んだ国であった。世界の金の10%を産出、外貨準備高も10億米ドルあり、スペインと同程度の一人当たりの所得があった。しかし、1970年代の幾度かのクーデターにより事態は悪化していった。1983年になると公共交通機関は燃料と部品不足のため運行停止となり、工場も10分の1の稼働率となり、病院には治療に必要な物資がなくなっていた。同年、隣国ナイジェリアのガーナ人100万人の追放により失業問題も悪化した、とある。

このように1983年におけるガーナの社会経済は、最悪の状況にあった。経済政策の失敗、国際的経済情勢の悪化に苦しんでいた政府は、世銀、IMFの指導下に経済再建計画(1983~85年)を策定した。その結果、1984年以降経済は順調に成長し、政府はさらに第二次経済再建計画を1986年より1988年まで推し進めた。現在、ガーナは「IMFの優等生」と言われるが、その要因はガーナ経済の2大悪であった為替の過大評価と高インフレを同時に克服したことである。

ガーナ経済の課題は、インフラの整備、金融セクターの改革、民間投資の効果的推進にあると言われ、投資センターの設立、金融セクタープログラムの導入、銀行法の制定、個別銀行の再建等の努力を行っている。現在は、雇用拡大、地域開発等に重点をおいた計画に着手している。なお、英国植民地政策によるプランテーション農業、特にカカオ栽培中心のモノカルチャー経済で、輸出額の約60%を占めている。また、鉱業の主産品

は金であり、一時期生産が減ったもののここ数年増産に転じ、主な輸出品となっている。

#### (8) 女性の状況

ガーナでは、維持的な農業労働は基本的に女性の仕事であり、小規模農場では女性が中心的な労働力として、総労働時間の3分の2以上を負担していると言われている。一方、食糧の生産、加工、販売も女性の仕事でありマーケット・マミーと呼ばれる女性商人は、都市から地方に至るまで流通・小売りの中心的存在となっている。このためガーナでは、経済的役割を担う女性の割合は比較的高く、1985年時には40.6%に達している。また、政府における女性の意志決定者数においても全省庁で10%を占め、特に社会問題部門において23.1%と高い。

#### (9) 地域間格差と都市化率

国内での貧富に関する南北格差が問題である(表1-5)。特に、現金収入の得られにくい北部において貧困が著しく、乾季には食糧が底をつき飢餓に瀕している地域もある。

表1-5 都市部と地方における貧困

地域	人口分布 (%)	貧困層の割合 (%)	絶対的貧困層の割合 ** (%)
地方	65	44	10
都市部* (アクラを除く)	27	27	4
アクラ	8	4	0
全ガーナ	100	36	7

出所：DHS ガーナ統計局 1993

\* : 都市部の定義は人口5,000人以上

\*\* : 絶対的貧困とは、所得が生活の基本的需要を満たせない状態である。

ガーナにおける都市化率は、UNFPAの人口白書によれば1990年に33.0%であり、発展途上国の平均37.1%に近い。過去の都市化の速度は1950~70年の間に3.47%、1970~90年の間に0.65%で独立当時に都市化の波があったことがわかる。国連人口基金の関係者は、現在の人口移動の傾向は都市部から都市部あるいは地方から地方への移動であり、将来も大都市への人口集中はないと予測する。原因は民族間で言語に大きな違いがあること、現金収入を得るための季節移動はしても永住移動は好まない国民性にある。

## 1-2 一般行政と国家開発計画

## 1-2-1 一般行政

## 1-2-1-1 中央行政

ガーナは、直接選挙で選出される任期4年の大統領を元首とする共和制国家である。行政の最高意志決定機関は、暫定国家防衛評議会（PND C）であり、ローリングス議長（現大統領）以下9名の委員で構成され、その下に22の省庁が並ぶ。各省は長官を長とし、総務長官がこれを統括、閣議を開く。議会は一院制で、200名の国会議員から構成される。議会の下に、財政・外交など重要課題を検討する10の常任委員会が設置されている。

また、司法機関は、最高裁判所、控訴裁判所、高等裁判所、州人民法廷が、憲法により設置されている。さらに、法令制定により郡レベルの地域法廷が設置されている。

## 1-2-1-2 地方行政

全国を10の州に分け、その下に110の県を置いている。州知事、県知事は中央政府より任命される。1988年より県議会制度が発足し、議会民主主義へと大きく踏み出した。県議会は、3分の2が民選議員、3分の1が官選議員により構成されており、任期は3年としている。

なお、上記の10の州の区分・名称は以下の通りである。

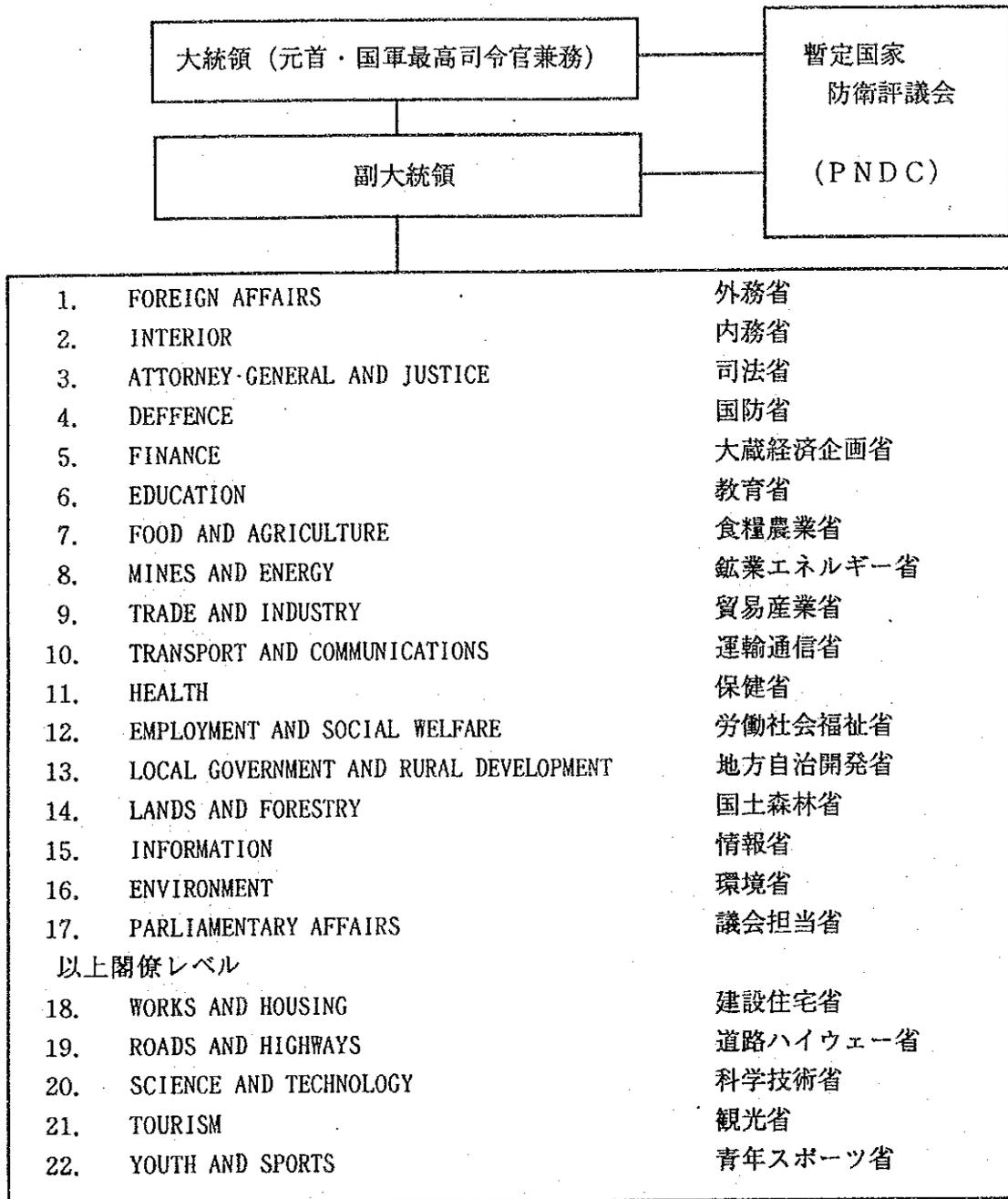
表1-6 ガーナ行政区分

州名			
地域	英文名	略	和訳
南部	Western	WR.	ウエスタン
	Central	CR.	セントラル
	Greater-Accra	GAR.	グレイターアクラ
中部	Eastern	ER.	イースタン
	Ashanti	AR.	アシャンテ
	Brong-Afaso	BR.	ブロンゴ・アフアソ
東部	Volta	VR.	ボルタ
北部	Northern	NR.	ノーザン
	Upper West	UWR.	アッパーウエスト
	Upper East	UER.	アッパーイースト

出所：国別協力情報ファイル ガーナ 1994 国際協力事業団

図1-5 ガーナ国家行政組織図

1993年6月現在



\* その他、無任所省 (WITHOUT PORTFOLIO) が設置されており  
5人の無任所大臣がいる。

日本大使館提供資料より作成

## 1-2-2 国家開発計画の概要

## (1) 既往の開発計画

表1-7 国家開発計画一覧

計画名	期間	概要
第2次5カ年計画	1959～64年	工業・農業の開発を目標とするが、資金不足により途中放棄
経済再建7カ年計画	1963～69年	各種政府機関、公営企業を設立 クーデターにより未完
経済復興計画	1966～67年	経済混乱の収束、対外債務の返済、進行中のプロジェクトの完成を目標
新経済2カ年計画	1968～69年	自立経済の基盤作りを目標 年平均4～5%のGDP成長率を達成
ローリングプラン	1969～71年	不明
経済開発5カ年計画	1975～81年	年平均GDP成長率5%を目標 最高軍事評議会の議長解任により放棄(78年)
経済再建2カ年計画	1980～81年	財政均衡、インフラ再建、価格体制調整を目標 クーデターにより未完
経済再建4カ年計画	1983～86年	IMF、世界銀行主導による経済復興計画
ポリシー・フレームワーク・ペーパー	1988～91年	年平均GDP成長率5%、銀行制度の改革、 農・鉱業生産の増大を目標

出所：国別協力情報ファイル ガーナ 1994 国際協力事業団

## (2) 現行の開発計画

1983年より経済復興計画を開始し、それを引き継ぐ形で構造調整計画が実施されていたが、昨年第3次構造調整計画(1991~93)が終了した。目標であった年平均GDP成長率5%は、1991年に5.3%を示すことにより目標は達成されたが、1992年には3.9%と再び5%を割っている。

現在は、公共投資計画1993~95年(投資総額1,355億セディ)が発表されている。計画されているプロジェクト数は404であり、内190が経済構造復興部門、135が生産部門、77が教育・文化を含む社会部門である。

- 目標としては
- 1) GDP成長率5%以上の持続的発展
  - 2) 市場メカニズムによる生産・輸出部門の強化
  - 3) 社会構造の改革
  - 4) 民間投資の活用
  - 5) 生活水準の向上

- 課題としては
- 1) 金融システムの機能拡充
  - 2) 経常収支の改善
  - 3) 民主化に伴う政治の安定
  - 4) 天候に左右されやすい農業部門の強化

が挙げられる。なお、保健医療部門に関する投資総額は全体の4.3%であり、その詳細は2-1-2 中央保健医療計画の項に示した。

## 第1編 参考資料一覧

- ・共同通信社 「世界年鑑」 共同通信社 1993
- ・国際協力事業団 「ガーナ共和国感染症基礎調査報告書」 国際協力事業団 1988
- ・国際協力事業団 「国別協力情報ファイル ガーナ」 国際協力事業団 1994
- ・国際協力事業団 「任国情報 ガーナ」 国際協力事業団 1994
- ・外務省 在ガーナ日本国大使館資料 外務省 1994
- ・東京銀行 「東京銀行月報」 東京銀行 1993
- ・丸善 「理科年表」 丸善 1993
- ・UNDP 「世界開発」 UNDP 1990
- ・ユニセフ 「世界子供白書」 ユニセフ 1990-95
- ・EIU, "Country Report : Ghana", EIU, 1994
- ・Europa Publications, "The Europa World Yearbook", Europa Publications, 1994
- ・Ghana Statistical Service, "Ghana Demographic and Health Survey: DHS", Ghana Statistical Service, 1993
- ・ILO, "Year book of Labour Statistics", ILO, 1993
- ・IMF, "International Financial Statistics", IMF, 1993
- ・The World Bank, "Trends in Developing Country", The World Bank, 1993
- ・The World Bank, "World Development Report", The World Bank, 1993,1994
- ・The World Bank, "World Tables", The World Bank, 1993
- ・UNDP, "Human Development Report", UNDP, 1993

## 第2編 衛生行政

保健行政は保健省 (Ministry of Health) が統括している。保健省は、ガーナ国民の保健政策を決定し、医療サービスの提供と管理を責務としている。保健省の管轄は、(1) 国レベル、(2) 州レベル、(3) 県レベルの3つに分かれているが、それぞれ縦の関連をも重視している。

### 2-1 中央衛生行政と保健医療計画

#### 2-1-1 中央衛生行政機構

国レベルでの衛生行政機構は、下部組織までの命令の単純化および人材登用の効率化のため1992年より数回の機構改革が行われている。1994年9月に発表された新組織は、特に医療サービスの向上に重点を置き改革された(図2-1 保健省機構図参照)。現在の中央衛生行政の機構は、保健省大臣を長とし、官房長官 (Director of Medical Services) の下に内部部局として6局、さらに事務局 (財政・人事)、教育病院局 (Teaching Hospital Boards)、法規局 (Statutory Boards) 等があり、その機能は以下のとおりである。

##### (1) 局レベル

- 1) 政策、計画、査定および評価局 (Policy, Planning, Monitoring and Evaluation Division: PPME)

同局には、①対外助成調整課 (External Aid Coordination: EAC)、②予算・財政分析課 (Budget and Financial Analysis: BFA)、③情報管理・査定・評価課 (Information Management, Monitoring and Evaluation: IME) および④健康調査課 (Health Research Unit: HRU) がある。1994年9月までは、①～③の3課で構成されていたが、健康調査課が他局より移動し4課となった。この課は、さらに従来の中央衛生統計部 (Center for Health Statistics: CHS) をも統合する予定である。

- 2) 公衆衛生局 (Public Health Division: PHD)

新組織として設立された局である。従来は、技術支援・保健政策を徹底させる技術調整および試験研究局 (Technical Coordination and Research Division: TCRD) に含まれていたが、今回の機構改革で局として独立した。機構改革の重点目標である下部組織までの保健指導の徹底を任務とする。

## 3) 医療施設局 (Institutional Care Division : I C D)

2)の公衆衛生局と同様、新組織として設立された局である。従来は、技術支援・保健政策を徹底させる技術調整および試験研究局に含まれていたが、今回の機構改革で局として独立した。医師、看護婦を含め全ての保健要員を管轄し、技術面での支援をすることにより医療の効率化を図る。

## 4) 人材養成局 (Human Resource Development Division : H R D D)

①人材養成計画課 (Human Resource Planning Unit : H R P)、②人材養成管理課 (Human Resource Management Unit : H R M)、③研修課 (Training Unit : T R U)の3課から構成されている。1992年以来、この局に関しては機構改革は行われていないが、人材養成局自体の人材不足が現在深刻である。

## 5) 保健サービス管理・支援局 (Health Service Administration and Support : H S A S)

①資金プロジェクト管理課 (Capital Project Management : C P M)、②交通輸送課 (Transport Unit : T R A) ③機材管理課 (Equipment Management : E M U)、④施設・建築物維持課 (Estimate and Building Maintenance : E B M)の4課から構成されている。機構改革により人材面に関する財政管理が事務局の方へ移行した。

## 6) 医薬品管理局 (Stores, Supplies and Drug Management Division : S S D M)

①医薬品調達課 (Procurement : P R O)、②医薬品貯蔵・配給課 (Stores and Distribution : S A D)の2課から構成されている。なお、1992年より、医薬品供給体制として、現金引き替え (Cash and Carry system) が行われて、財政面での安定と効率化が図られている。

## (2) その他

2つの教育病院と11の特殊病院 (精神科・小児科・ハンセン病など) また2つの医学部と28の看護学校が保健省の管轄である。



## 2-1-2 中央保健医療計画

## (1) 政策と課題

現在の保健省の基本政策は、以下のとおりである。

- 1) 妊産婦死亡率・乳児死亡率を最大限引き下げるために、母子保健政策および家族計画を強化する。
- 2) 社会的・経済的な影響を与える感染症に関する調査・予防策を効率化する。
- 3) 栄養状態改善のために、他の協力機関と連携し適切なプログラムを実行する。
- 4) 医療サービス（歯科、精神科も含む）の質を充実させる。
- 5) 安全な飲料水確保や適切な排出物処理等の衛生環境を整備する。
- 6) 伝統的医療の発展を促進させる。
- 7) 生活習慣を改善する。
- 8) 保健要員を育成する。
- 9) 全ての国民が保健サービスを受けられるように、保健行政の地方分権化を進める。
- 10) 保健資源、医薬品を安定的に供給できる体制をつくる。
- 11) 輸送機関及び保健機材等の維持体制を確立し効率的に運用する。
- 12) 医学的研究を促進させる。
- 13) 保健に関する法令の見直しをする。

最大の課題はあらゆる面での効率化であり、特に中間層の管理能力が問われている。また、保健医療の人材の遍在、特に首都での人材集中をいかに分散させるかも課題の1つである。さらにそのための資金作りも大きな課題である。

## (2) 投資計画

1993～95年における保健医療部門での投資計画の目的は、全ての国民が医療サービスを受けられる体制を作ることであり、国民の健康管理、施設の整備、県レベルでの医療機関（保健センター、保健ステーション）の増設を重点項目としている。具体的計画として18の計画が立案・実施されている。保健部門での投資計画は、全体投資総額の4.3%（57,461百万セディ）を占めるが、そのうち約57%が海外からの援助である。主な計画については、次頁に示すとおりである。

1) 保健・人口計画

この計画は、政府と世銀により財政援助を受ける。以下の3つの柱から構成されている。

- a) 家族計画の普及
- b) プライマリー・ヘルス・ケア計画の強化・拡大、医薬品の調達・配給および医療施設の拡充
- c) 州立病院の設備拡充と維持管理

2) 保健センター・保健ポストの復興と拡充

この計画の目的は、地方住民と都市部の貧困層に対する保健サービスの向上である。

3) 県立病院の復興と拡充

すべての県立病院を対象に行われるこの計画は、アフリカ開発基金からの財政的援助を受けている。

4) 病院設備の復興と拡充

病院機能の効率化がこの計画の目的であるが、特に大病院における手術室の整備、全ての病院においての必要最低限の設備（麻酔設備、診断薬）の設置を実施する。

5) コレブ教育病院における心臓-胸郭部門の設立

6) プライマリー・ヘルス・ケア計画

この計画は、世銀、オランダ政府等いくつかの援助機関より財政援助を受けている。具体的計画は、州保健事務所の拡充、州立病院の復興および保健ステーションの設置とその設備の整備である。

## 2-1-3 中央保健医療セクターの財政

ガーナの保健医療セクターの医療費全体を見ることは、民間部門の医療機関における財政面での情報が少ないため非常に困難である。ここでは公的部門における財政面についてのみ検討する。世銀関係者によると、公民合わせた実質的な医療セクターの費用の約60%が海外援助であると算定されている。

## (1) 保健省の予算

全国家予算に対しての保健医療セクターの予算は過去5年間の平均で約9%であり、この割合は、WHOの勧める9%に等しい。しかし、この2年間は9%を下回っており下降の傾向にあるのも事実である。表2-1に過去12年間の予算割合を示す。

表2-1 全国家予算に対しての保健予算の割合

年	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
割合	6	4	9	7	11	9	9	11	9	10	7	8

CIDA提供資料により作成

保健省の予算は、1992年度は286億5,900万セディ、1994年度は476億3,900万セディであり、その使用形態により人件費、資機材および医薬品等の物品購入費、移動輸送費、電気代および図書費等の定期的支出、財産・設備等の保守・整備費、及び補助金の6つの項目に大別されている（表2-2参照）。項目別では、人件費の割合が1994年には58%と高いのが特徴で、1992年に比べ明らかな増加傾向が見られる。逆に、物品購入費は減少傾向にあり、1994年には1992年の約半分の19%である。物品購入費の中心となるのは医薬品で総額予算の11%を占めている。すなわち、人件費と医薬品購入で全予算の約70%を占める。このため、財産・施設の修理、新設など資本に当てられる予算はほとんどなく、これらに関しては海外援助に頼った開発計画の予算において行われている。

また、保健省予算は、国家予算、海外からの援助および病院などからの費用の回収からなっている。保健省の報告によると1992年の内訳は、69%が国家予算（資本金10%を含む）、28%が海外からの援助、3%が診療費・医薬品よりの収益である。

表2-2 保健省予算 (1992, 94年度)

(百万セディ)

	1992年度		1994年度	
人件費	11,110	38 %	27,764	58 %
物品購入費	11,452	39	9,213	19
移動輸送費	970	3	1,438	3
保守・整備費	798	3	1,604	4
定期的支出	2,510	9	2,646	6
補助金	2,241	8	4,978	10
合計	29,081	100	47,643	100

保健省提供資料により作成

## 2-2 地方衛生行政と保健医療計画

### 2-2-1 地方衛生行政機構

#### 2-2-1-1 概要

地方における衛生行政は、現在の地方行政単位である10州 (REGION) および110の県 (DISTRICT) の区分を採用している。さらに県レベルはレベルA (地域単位)、レベルB (郡単位)、レベルC (県単位) の3つに区分されている。

#### 2-2-1-2 組織と機能

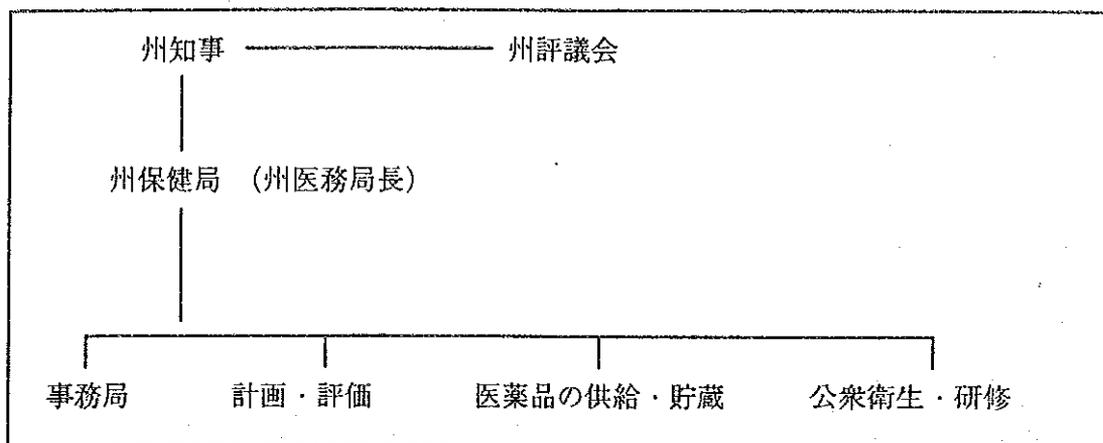
##### (1) 州レベルでの衛生行政

州レベルでの衛生行政の責任者は州医務局長 (Regional Director of Health Services) であり、その下に図2-2に示すような組織と職員を有する。州保健局 (Regional Health Office) の機能は次のとおりである。

- 1) 国の政策に基づく州の保健政策の策定。
- 2) 州内の保健プログラム策定の調整。
- 3) 州内のヘルスケアを効果的に実施するために、あらゆる専門的、技術的、行政的保健サービスの調整。
- 4) 州内の保健プログラムの評価。
- 5) 州内の人的および物質的資源の組織化。
- 6) 各種資料・情報の収集・解析。
- 7) 適当な機関と協力して保健支援活動の強化。

州レベルでの公共医療機関は州立病院であり、国が管轄する教育病院を持つ2つの州を除いた8つの州に1つずつ存在する。

図2-2 州レベルでの衛生行政機構



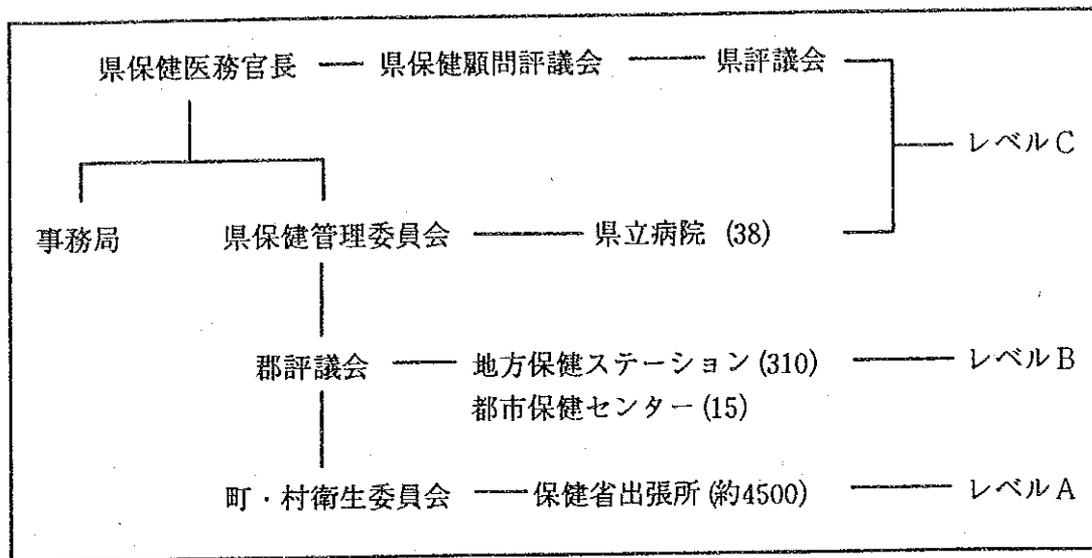
出所：ガーナ共和国感染症基礎調査報告書（1988）国際協力事業団および保健省での聞き取り調査（1994）

## (2) 県レベル等の地方衛生行政

### 1) レベルC

レベルCは全国を110に分ける県レベルである。県レベルでの衛生行政当局は県評議会（District Council）であり、行政責任者として県保健医務官（District Medical Officer of Health: DMOH）が任命されている。DMOHの下には県保健管理委員会（District Health Management Team: DHMT）が置かれ、県立病院事務長、県立病院総婦長、公衆衛生専門家、薬剤師、衛生統計官、衛生監視官、防疫官、衛生行政官、その他の専門家、技術者から成るスタッフを有している。なお、県評議会は、種々の衛生行政を行うものであるが、直接事業を実施するものではない。県レベルでの公共医療機関は県立病院であり、全国に38ある。県立病院の主な業務は、外来および入院患者の医療であるが、郡レベルでのプライマリー・ヘルス・ケアの支援も行う。県レベル等の地方衛生行政組織を図2-3に示す。

図2-3 県レベル等の地方衛生行政機構



出所：ガーナ共和国感染症基礎調査報告書（1988） 国際協力事業団 および  
保健省での聞き取り調査（1994）

## 2) レベルB

県(District) はさらに郡(Sub-district)に分けられておりレベルBと呼ばれ、全国に約600~700の郡評議会を中心に組織されている。郡レベルでの公共医療機関は310の地方保健ステーションと15の都市保健センターであり、プライマリー・ヘルス・ケアを実施している。

具体的な保健サービス内容は、①医療サービス、②訪問サービス、③予防業務、④入院患者治療（特に妊婦のケア）、⑤その他の保健関連サービスや関連機関との協力等である。

## 3) レベルA

郡評議会の指導の下、町・村衛生委員会(Town/Village Committee)が組織されており、レベルAと分類される。この組織は、住民から選んだ5~7人の委員より構成され、少なくとも1人は女性を含むものとされている。具体的な機能としては、①衛生教育計画の立案、②健康増進、予防および治療サービスの推進、③飲料水供給および尿尿処理の改善の推進、④地域住民の参加と適当な関連機関との連携などである。

関連項目として第3編 保健医療事情の3-4-1 プライマリー・ヘルス・ケアの項目を参照のこと。

## 2-2-2 地方保健医療計画・予算

地域、住民および援助での財源は不明であるが、国レベルでの州別、項目別の予算については以下の通りである。人口割合に比べて地域によっては予算面での偏りが見られるが、都市部での優遇傾向としては捉えられない。首都アクラを含むグレイター・アクラ州、第二の都市クマシを含むアシャンテ州では主な7項目のうち4ないしは5項目が人口割合に比べ80%も低い割合である。

表2-3 州別の主な項目別予算 (1994)

(百万セディ)

	人口 割合	事務費		環境衛生		疾病管理		母子保健		ヘルスセンター		病院		健康教育	
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
グレイター・アクラ	13 %	214.5	8.7	258.0	10.3	132.9	9.4	715.6	22.4	592.0	12.0	354.4	11.2	29.0	9.5
ホムボ	9	296.2	12.0	320.0	13.4	243.6	17.2	488.3	15.2	616.2	12.5	1097.3	14.4	29.2	9.3
イマソン	14	249.7	10.1	451.2	18.9	162.5	11.5	469.5	14.6	966.8	19.5	1383.2	18.2	28.5	9.3
セントラル	9	242.7	9.3	200.2	8.4	143.5	10.1	221.9	6.9	504.1	10.2	763.0	10.0	30.0	9.3
ウイスタン	10	388.7	15.8	169.5	7.1	68.4	4.8	203.7	6.3	562.3	11.4	972.0	12.8	27.4	9.0
アソナンチ	17	305.8	12.4	297.3	12.5	207.2	14.6	354.2	11.0	501.8	10.2	752.7	9.9	65.0	21.2
ブロンゴ・アソソ	10	205.2	8.3	222.1	9.3	116.3	8.2	263.1	8.2	407.0	8.2	520.2	7.6	24.8	8.1
ノーサン	10	236.3	9.6	176.5	7.4	131.5	13.5	217.0	6.8	447.7	9.1	653.2	8.7	31.3	10.3
アソバ・イースト	6	194.7	7.9	138.1	5.8	56.0	3.9	151.5	4.7	195.2	4.0	330.0	4.3	19.1	6.3
アソバ・ウエスト	5	131.8	5.4	153.4	6.4	96.2	6.8	122.3	3.8	145.6	2.9	211.2	2.9	20.9	6.9
合計	100%	2,465	100	2,326	100	1,413	100	3,208	100	4,938	100	7,502	100	305	100

保健省提供資料より作成

：人口割合に対して著しく予算配分の少ない（80%以下）項目



## 第3編 保健医療事情

## 3-1 保健指標

表3-1にガーナにおける主な保健医療指標を記す。この表からもわかるとおり、ガーナの近年の保健医療指標は、ユニセフの分類による開発途上国の平均よりも後発開発途上国の平均に近いものである。また、この5年間では大きな変化は見られていない。

表3-1 ガーナ保健医療指標

	1989	1990	1991	1992	1993	開発途上国*	後発開発途上国*
総人口 (百万人)	14.6	15.0	15.5	16.0	16.5		
粗出生率 (対1,000人)	44	44	42	42	42	29	44
粗死亡率 (対1,000人)	13	13	12	12	12	9	15
5歳未満児死亡率 (出生対1,000人)	143	140	137	170	170	102	173
合計特殊 出生率(人)	6.4	6.3	6.1	6.0	6.0	5.9	5.9
出生時における 平均余命(年)	55	55	55	56	56	62	50
出生時における 平均余命の男女比	105.7	107.5	107.0	107.0	107.0	105.0	104.0

世界子供白書 1991-95(各年分) ユニセフより作成 (\*の部分のみ1995年より)

1992年にガーナ統計局が全国4,500世帯に行った生活水準調査の中の保健指標より、日常生活におけるガーナ国民の平均的保健行動は以下のようである。

(1) 調査対象者は4,500世帯

調査前2週間の間に	
病気あるいは外傷を受けた人の割合	22 %
その病気あるいは外傷のために日常行動に影響がでた人の割合	64 %
何らかの医療機関で診察を受けた人の割合	11 %
その時の平均費用（初診料）	200 セディ
診察の結果、入院をした人の割合	5 %
その時の平均入院費用	2,000 セディ
診察の結果、投薬治療を受けた人の割合	86 %
その時の平均薬代	1,000 セディ

(2) 調査対象者は5歳以下の子供

この一年間に保健サービスを受けた子供の割合	41 %
その時のサービスが有料だった割合	82 %
有料の場合の平均費用	100 セディ
母乳で育ったあるいは育てられている子供の割合	96 %
離乳食開始の平均時期	生後3カ月
断乳の平均時期	生後18カ月

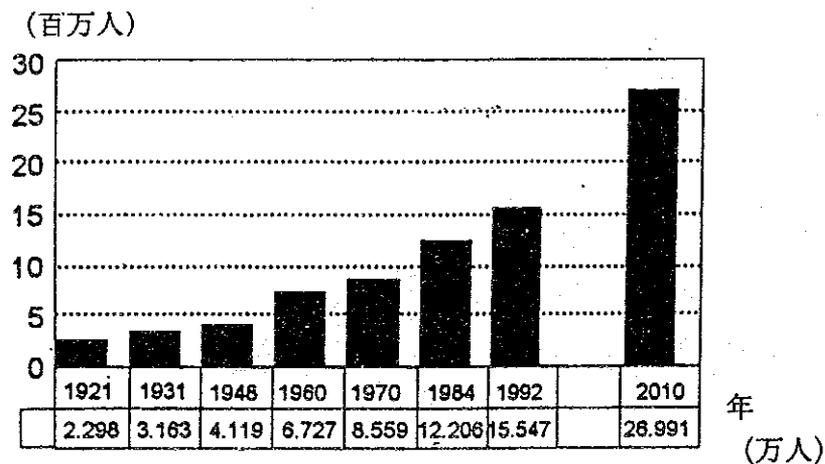
## 3-2 人口

## 3-2-1 総人口と人口増加率

最新の国勢調査（1984年）によると、ガーナの総人口は1,229万6,081人、男性606万3,848人、女性623万2,233人であり（男性：女性=49:51）、人口増加率は2.6%であった。現在の総人口は、この国勢調査をもとに人口増加率を加味することにより求める推定人口である。ガーナ統計局によると1992年の人口増加率は2.5%であり総人口は1,580万、一方、世銀によると1992年の人口増加率は3.1%であり総人口は1,610万人である。

ガーナの総人口の推移を図3-1に示した。1921年から1960年までに総人口は約3倍増加し、1921年から1984年までの63年間では5倍以上人口が増加した。人口増加率は、国連人口基金によると1921～31年に3.3%、1931～60年に2.8%、1960～70年に2.7%、1970～84年に2.6%、1984～92年に3.1%であり、これらの数値より23年後に人口が倍加すると予測している。この70年間の人口増加に与えた原因として、一貫した高い出生率と死亡率の低下が考えられる。すなわち、合計特殊出生率は1970年代に6.7であったのが1990年でも6.3という高率のまま（1993年には6.0）であり、一方粗死亡率は1965年には24（人口1,000当たり）であったのが、1992年には14に減少したことにより人口増加現象がおこっている。

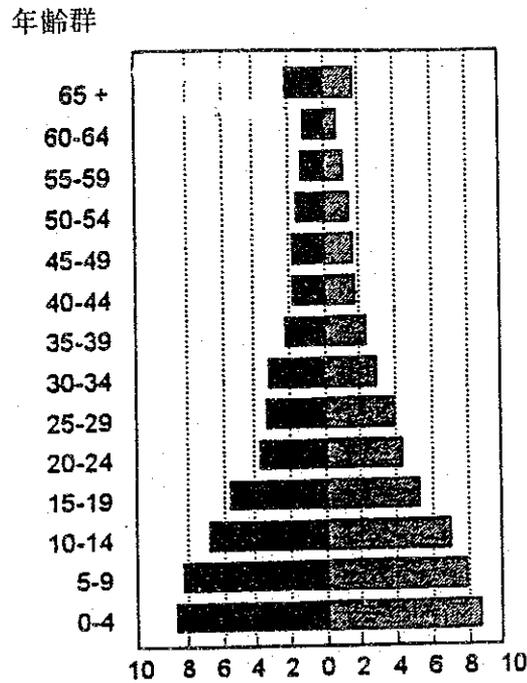
図3-1 総人口の推移



出所：UNFPA IN GHANA 1993 p.3

1984年の国勢調査に基づく人口ピラミッドは、図3-2のとおりで、すその非常に広いピラミッド型をしている。年齢を3区分別に見ると、年少人口（0～19歳）45.0%、生産年齢人口（15～64歳）51.0%、老年人口（65歳以上）4.0%である。

図3-2 年齢層別人口分布



出所：Annual Report 1993 保健省 p.1

### 3-2-2 地域別人口

州別人口および人口密度を表3-2に記す。1993年において、人口は商業の中心都市クマシのあるイースタン州で最も多く約210万人である。人口密度の最も高い州は、首都アクラのあるグレイターアクラ州である。1993年において、ガーナの都市人口割合は32%で、アフリカ諸国の平均33%、西アフリカ地域の平均35%とほぼ等しい。しかし、都市部での人口増加率は4.2%と平均人口増加率3.1%を上回っている。WHOによると、この理由は、粗死亡率と粗出生率の偏りにある。すなわち、粗出生率は都市部と農村部で大きな違いはないが、粗死亡率は、保健衛生状況の比較的良い都市部（グレイターアクラ州）では8～10（人口1,000人当たり）であり、衛生状況が悪く、大規模の医療施設が少ない農村部（北部2州）の粗死亡率は26～27である（全国平均14）。この結果、都市部での人口増加率が高くなる。

表3-2 州別人口および人口密度

(単位：百万人)

州名	面積 (km <sup>2</sup> )	1970		1984		1993		増加 率 **
		人口	密度*	人口	密度*	人口	密度*	
グレイターアクラ	3,245	0.90	278	1.43	441	1.79	552	3.3
ボルタ	20,570	0.95	46	1.21	59	1.52	74	1.8
イースタン	19,323	1.21	63	1.68	87	2.10	109	2.4
セントラル	9,826	.98	91	1.14	116	1.43	145	1.8
ウエスタン	23,921	0.77	32	1.16	48	1.45	61	3.0
アシャンテ	24,389	1.48	61	2.09	86	2.61	107	2.5
ブロンゴアファソ	39,557	0.77	19	1.21	31	1.51	38	3.3
ノーガン	70,384	0.73	10	1.16	17	1.46	21	3.4
アッパーイースト	8,842	0.54	61	0.77	87	0.97	110	2.6
アッパーウエスト	18,476	0.32	17	0.44	24	0.55	30	2.3
合計	238,533	8.56	36	12.30	52	15.39	65	2.6

\* : km<sup>2</sup>あたりの人口、合計は平均値

\*\* : 1970-84年における年平均人口増加率

WHO Annual Report 1993 およびガーナ統計局資料より作成

## 3-2-3 合計特殊出生率 (Total Fertility Rate : TFR)

合計特殊出生率は、一人の女性が一生の間に産む平均の子供の数であり、母子の福祉を大きく左右する（「国々の前進」1993）。発展途上国では、1992年までの10年間に家族計画実行者の増加に伴い急激に低下した。とくに南米、南アジア、中東と北アフリカでは指数を約1ずつ（順に4.0から3.0、5.2から4.4、5.9から5.0）下げた。一方、サハラ以南のアフリカ諸国の平均値には大きな変化はなく、この10年間で0.2（6.7から6.5）の低下に留まった。

ガーナは、1988年より1992年の5年間に0.4（6.4から6.0）低下した。地域別に見ると、都市部では1.3（5.3から4.0）、地方では0.5（6.9から6.4）の低下であり、地域間格差が大きいことがわかる（表3-3）。アクラの家族計画センター関係者によると、子供数は最高でも4人と指導をしている。また、都市部における若者（既婚者）の意識は、理想子供数を3人とする傾向が強く、教育レベルの高い人ほど子供の数が少なくなるということであった。合計特殊出生率の推移については表3-1を参照されたい。

表3-3 各州別の合計特殊出生率（TFR）（1993）

州名	TFR	州名	TFR
ウエスタン	5.54	イースタン	5.11
セントラル	5.54	アシャンテ	5.60
グレイターアクラ	3.36	ブロンゴアファソ	5.46
ボルタ	5.42	ノーザン	7.40
		アッパー2州	6.27

出所：DHS 1993 ガーナ統計局 p.16

## 3-3 疾病・死亡

## 3-3-1 死亡

ガーナにおける死亡の状況は、出生および死亡登録所 (Birth and Death Registration Office) の統計資料に基づき情報を収集することが可能であるが、出生および死亡の届け出 (登録) は必ずしも完全ではなく、資料が完成するまでにかかなりの期間を要するようである。粗死亡率 (1990年度人口1,000人当たり13) から算定される総死亡数 (約20万人) と死亡登録所が報告している死亡合計数 (約2万人) を比較すると報告数は全体の約10%であり、このデータを基に地域別の比較をすることは困難である。また、1980年における保健省報告 (死亡者数3万3,927人) では、全体としては病院で死亡する者は56%と最も多いが、イースタン州およびセントラル州では家庭での死がそれぞれ80%を超えており最も多い。家庭で死亡した場合、単に死亡のみが報告されるため、死亡原因についてはわからないことが多い。

## (1) 死因

死因に関する全国的なデータはない。このためガーナの死亡原因の傾向を表すものとして、1993年度の国内最大のコレブ教育病院および北部農村地帯にある中規模県立病院 (ウエスト・ゴンジャ病院: ベッド数167床) における10大死亡原因を表3-4と表3-5に示す。

表3-4 コレブ教育病院における10大死亡原因

(1993年度死亡者数2,722人)

疾病名	死亡数	割合 (%)
1 脳血管性障害	665	24.43
2 循環器系疾患	185	6.79
3 腎疾患	169	6.20
4 髄膜炎	166	6.09
5 急性肝炎	157	5.76
6 貧血	139	5.10
7 真性糖尿病	105	3.85
8 消化器系悪性新生物	95	3.49
9 肺炎	95	3.49
10 離脱症状	95	3.49
合計	1,871	68.73

コレブ教育病院年報 1994 より作成

表3-5 ウエスト・ゴンジャ病院における10大死亡原因  
(1993年度死亡者数106人)

疾病名	死亡数	割合(%)
1 マラリア	16	15.1
2 肺炎	8	7.5
3 栄養失調	7	6.6
4 下痢・嘔吐	6	5.7
5 ウイルス性肝炎	6	5.7
6 脳髄膜炎	5	4.7
7 ヘルニア	4	3.8
8 貧血	3	2.8
9 脳脊髄膜炎	2	1.9
10 エイズ	2	1.9
合計	59	55.7

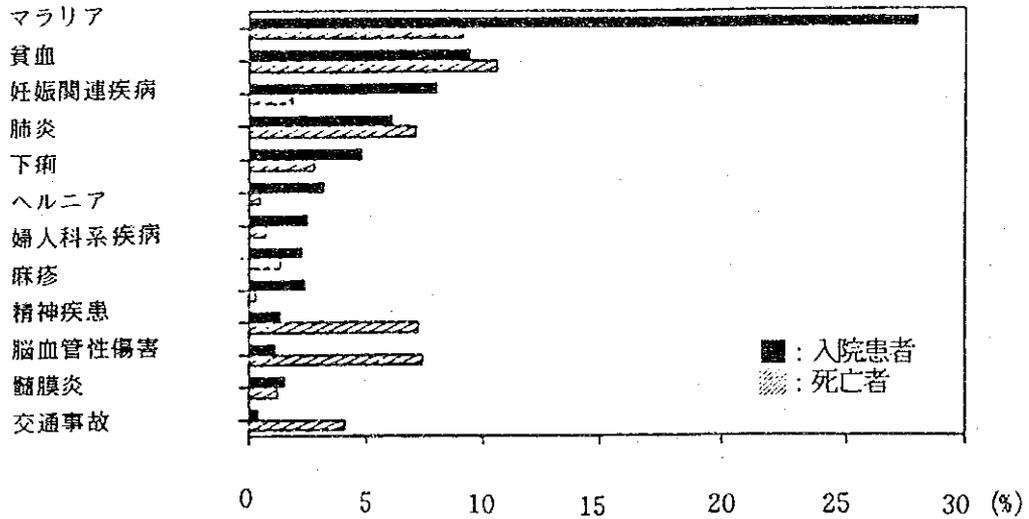
ウエストゴンジャ病院年報 1993 より作成

上記のように、都市部の大病院と農村部の小規模病院の死亡原因はかなり異なる。都市部と農村部での保健衛生状態の違いが理由であると考えられる。また、医療施設や医薬品の供給状態も大きな違いを生む原因であろう。農村部では感染症対策が重要な保健対策であるが、都市部では近年、非感染症対策も必要になってきている。

近年、国民の健康に大きな影響を与えているエイズは、直接的死亡原因が肺炎や結核感染である場合が多く、エイズが死亡原因として表れることは少ない。また、従来は感染症や寄生虫症が主な死亡原因でもあったが、感染症対策にある程度の成功を見せており死亡率は低くなっている。

ガーナ全体としての死亡原因を探るための資料として、1992年に保健省が発表した保健省管轄における疾病別入院患者の比率と各疾病における致命率を図3-3に示す。

図3-3 保健省管轄の病院における疾病別入院患者の比率と各疾病の致命率  
 (対象者：入院患者124,224人中死亡者9,459人)



出所：Annual Report 1993 保健省 p.10

## (2) 子供の死亡

## 1) 乳児・5歳未満児死亡率

「乳児死亡率」は生後1年未満の死亡数を、同様に「5歳未満児の死亡率」は5歳未満乳幼児の死亡数を出生1,000人に対しての数で示している。これらの指標は、その地域の衛生状態や生活水準を反映する1つの指標として考えられている。

ガーナでのこれらの指標の推移を表3-6に示すが、数値は各機関によって若干の違いがある。この他、乳児死亡率について世銀が1989年の値として91を発表している。1993年にユニセフが発表した両指標の値は、前年に比べ明らかな上昇を示しており、近年のガーナの社会情勢の悪化を反映させている。一方、1993年の保健省発表の乳児死亡率は、前年より減少している。国際機関が発表する数値と保健省の数値が異なる理由は、資料の入手先が異なることであり、特に国際機関の場合、重症の患者の多い主要医療機関から得る資料を基にしているため死亡率が高くなる傾向がある。いずれにせよ、ガーナの乳児・5歳未満児死亡率はサハラ以南の国としては過去には良い方であったが、近年悪化の傾向にあることは確かである。

表3-6 乳児・5歳未満児死亡率の変化

(出生1,000人対)

		1960	1980	1988	1989	1990	1991	1992	1993	サハラ以南***
乳児死亡率	ユニセフ	132	-	89	87	86	84	84	103	109
	保健省		103*					100	77	
	ECA**		103				90	82		
5歳未満児死亡率	ユニセフ	224	157	146	43	140	137	170	170	179
	保健省							150	150	
	ECA		166				140	140		

\* : 1981年統計

\*\* : アフリカ社会経済指標

\*\*\* : 1993年のサハラ以南の諸国の平均

世界子供白書 1990-95 (各年分) ユニセフ

保健省疫学課 Annual Report 1992、ガーナ統計局資料より作成

乳幼児の死亡率と各種要因との関連について表3-7に示す。都市と農村部との格差は、特にノーザン州（乳児死亡率：128、5歳未満児死亡率：217）と首都のあるグレイターアクラ州（同順に55、82）で著しい。

表3-7 乳幼児死亡と社会的要因（1993）

(出生1,000人対)

	乳児 死亡率	5歳未満児 死亡率
全国平均	82	132
男児	82	128
女児	82	136
都市部	70	109
農村部	86	138
宗教		
キリスト教	71	111
イスラム教	106	176
その他	97	158

出所：Infant, Child and Maternal Mortality Survey 1994 ガーナ統計局

## 2) 5歳未満児の主な死因

近年の子供の死因についての全国的なデータがないので、1979から83年の5年間の主要死因（保健省発表）と1987年の主要死因（コレブ教育病院小児科）を比べることにより主要死因の推移の傾向を探る。これらのデータから、近年、予防接種の普及により麻疹での死亡例が減少し、現在の主要死因は新生児時期の疾病と栄養不足であることがわかる。しかし、死亡した親からの報告より子供の死因を追求した資料（ガーナ統計局）によると、1989～93年の5年間に報告例は605例にすぎないが、麻疹（21.3%）、痲瘵（15.3%）、マラリア・腸チフス・脳炎（13.9%）、下痢・嘔吐（10.2%）が主な死因であり、病院からの報告と大きく異なる。ガーナ統計局は、この理由として報告者が死因に関する的確な診断ができず、死亡時に医療機関との接触がないこと、また、医療機関が正確な死因を親へ報告していないことを挙げている。

5歳未満児の死亡時期は、コレブ教育病院の資料によると1歳未満児が66.5%を占めており、生後1ヶ月未満の死亡が全体の49.2%を占める。

表3-8 5歳未満児の死亡原因  
(1979-83)  
対象者数25,502人

疾病名	割合 (%)
1 麻疹	12.6
2 肺炎	9.1
3 低体重 (未熟児)	8.2
4 マラリア	7.2
5 貧血	6.8
6 下痢	6.6
7 クワシオコール	3.4
8 マラスマス (消耗症)	2.7
9 結核	0.6
10 その他の疾病	42.7

出所：CHILDREN AND WOMEN OF GHANA  
A SITUATION ANALYSIS 1990  
UNICEF

表3-9 5歳未満児の死亡原因  
(1986-87)  
対象者数2,567人

疾病名	割合 (%)
1 未熟児	21.0
2 タンパク質欠乏症	6.9
3 胃腸障害	6.5
4 上気道感染症	6.1
5 脳脊髄膜炎	5.8
6 出産時窒息	5.7
7 熱帯熱マラリア	5.4
8 新生児呼吸器疾患	4.9
9 敗血症	4.1
10 破傷風	3.9

出所：Childhood mortality at Korle-bu  
hospital, Accra.

### 3) 5歳児以上12歳までの死亡原因

1987年におけるコレブ教育病院小児科の資料によると、学童期であるこの年代の主な死亡原因は、熱帯性マラリア(11.1%)、腸チフス(10.7%)、鎌型赤血球症(7.9%)、腎疾患(5.8%)、破傷風(5.8%)である。なお、アフリカの小児に特有のパーキットリンパ腫(4.9%)での死亡も多く、特別な保健対策(原因追究の研究)が始まっている。

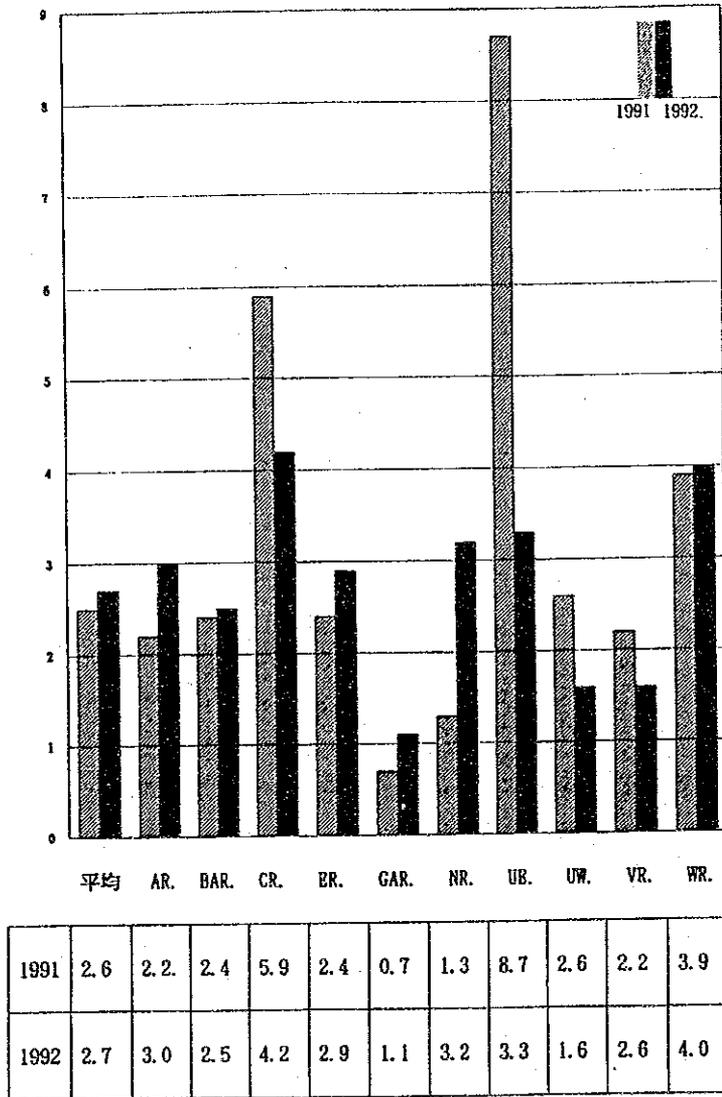
### (3) 妊産婦死亡

#### 1) 妊産婦死亡率の推移

ガーナでは、死亡報告が正確に行われていないため、妊産婦死亡率に関する正確な数値は存在しないが、UNDPは1993年度の世界開発報告で10万人に対し700人(1988年度統計)、ユニセフは1980~91年度の現状分析で10万人に対し1,000人という高い数値を報告している。ユニセフのこの数値は、マリ(2,000人)、ブータン(1,310人)、ソマリア(1,100人)に次ぎ世界ワースト4位になる。サハラ以南諸国の平均値は600である。一方、ガーナ保健省およびガーナ統計局の資料によると200~300の間であり、他機関の数値と大きな違いがある。ガーナ統計局によると、この数値の違いは①妊娠期間と死亡時期の判断、②死亡原因の判断、③未婚女性の場合の死亡の取り扱い、などさまざまな判断要因に統一性のないためであるとしている。またある援助団体関係者によると、ガー

ナ政府の統計には法律では認められていない人工妊娠中絶後の死亡の取り扱いが一切含まれていないために、他よりも低い数値が記されているとのことである。さらに乳幼児死亡率の数値と同様、入手先の違いも異なる理由の原因である。図3-4に保健省が発表した州別の妊産婦死亡率を示す。

図3-4 州別妊産婦死亡率 (1991,92)  
(1,000人当たり)



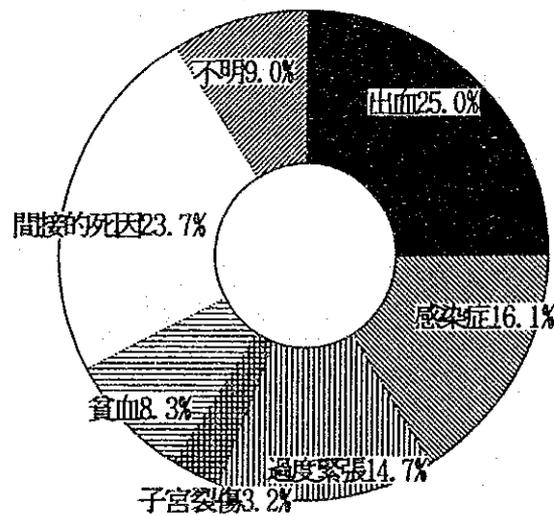
出所：Annual Report 1992 保健省 p.10

## 2) 妊産婦の主な死因

妊産婦の主な死因は、妊娠・出産に伴う出血、感染症および子宮裂傷などの直接的死因と貧血、心疾患、呼吸器疾患など間接的死因がある。全国的な原因の詳細を示した統計が存在しないため、図3-5に1989年度のコレブ教育病院における妊産婦死亡の原因を例として提示する。この図の数値提供者であるDr. Antwiによると、出産後の出血、感染症である敗血症は、適切な治療や妊産婦ケアによって回避し得るものである。

妊産婦の死因でも第一位である出産時の異常出血の要因の一つとして、女性への割礼の風習が挙げられる。現在でもガーナ女性の約30%が割礼を受けている（「国々の前進」1994 ユニセフ）と考えられている。

図3-5 コレブ教育病院における妊産婦の死因（1989）



出所：CHILDREN AND WOMEN OF GHANA, A SITUATION ANALYSIS 1990 UNICEF  
より作成

## 3-3-2 疾病構造

ガーナでは24種類の疾病が主要疾病として指定され、毎月、各州ごとに疾病数を保健省疫学課へ報告することが義務づけられており、この制度は過去20年間続いている。報告率は、1990年度分は回収率85.9%（約59万件）、1993年度分は回収率85.1%（約72万件）であり、近年の平均回収率は約85%前後であると推定される。表3-10に1986、92年におけるガーナの10大主要疾病を示したが、この6年間での疾病構造に特に変化はなく、基本的な疾病傾向を把握しているものと考えられる。特徴として、感染症の割合が依然として過半数を占めているが、マラリアを除く感染症の割合が22%から17%へと減少傾向を示している。10大主要疾病には記されていないが、コレラ、黄熱病、髄膜炎が定期的に流行している。

また、保健省疫学課によると1993年度のコレブ教育病院での疾病のうち、約20%が非感染症であった。

JICAガーナ事務所（青年海外協力隊医療調整員による）が1991～93年に行った各地の主な医療施設（県立病院を中心とする35施設）への医療状況に関するアンケート結果からも、外来・入院患者共に主要疾病はマラリア（33の医療施設で第1位）であることがわかる。年齢別での5大主要疾病は、20歳以下ではほとんどの施設で麻疹、40歳以上では多くの施設で高血圧が記されていた。なお、エイズは3施設で記されていた。

主要死因との関連性は、死因構造が都市部と農村部で異なるため明確なことは記せないが、未だ多くの感染症が存在し、マラリアがこの国の最大疾病であると言える。

表3-10 ガーナにおける10大主要疾病（1986,92）

1986年（報告率56.5%）		1992年（報告率85% —推定）	
疾病名	割合（%）	疾病名	割合（%）
マラリア*	37	マラリア*	40
下痢症*	8	上気道感染症*	7
上気道感染症*	7	下痢症*	5
皮膚病	5	皮膚病	5
事故	4	事故	5
腸管寄生虫*	4	妊娠関連疾患	3
出産合併症	3	腸管寄生虫*	3
眼感染症*	3	婦人科系疾患	2
リウマチ・関節炎	2	高血圧	2
高血圧	2	急性眼感染症*	2
合計	75	合計	74

\*：感染症

出所：Annual Report 1993 保健省

ガーナ共和国感染症基礎調査報告書 1988 国際協力事業団

上位3疾病の推移を表3-11に示す。下痢症は大規模なO R Tの普及を目的とした保健政策により減少したが、マラリア、上気道感染症は増加傾向にある。

表3-11 主要疾病の推移 (1990-92) (人)

疾病名	1990	1991	1992
マラリア	1,438,713	1,372,771	1,446,936
下痢症	248,654	223,831	194,578
上気道感染症	252,525	223,547	269,820

出所：Annual Report 1993 保健省 p.10

## 3-3-2-1 乳幼児・子供の主な疾病

1993年のアクラ市内にある子供専門病院（Princess Marie Louise Hospital：P.M.L.病院）の主要疾病を表3-12に記す。表3-10に示した1986年および1992年の保健省のデータと比べると上位4疾病は同じである。

表3-12 子供専門病院での主要疾病（1993）

疾病名	患者数	割合（％）
1 マラリア	5,676	22
2 上気道感染症	3,703	14
3 下痢症	2,825	10
4 皮膚病	1,698	7
5 眼疾患	273	1
6 栄養失調	204	0.8
7 麻疹	124	0.5
8 耳疾患	93	0.4
9 外傷	75	0.3
10 口腔疾患	55	0.2
合計	5,347	56.2

出所：P.M.L.病院提供資料 1994

### 3-3-2-2 女性の疾病

女性の疾病に関する資料としては、1989年世銀が発表した報告がある。それによると女性の10大疾病は以下のとおりである。

- (1) 妊娠時における出血・感染症・中毒症
- (2) マラリア
- (3) 肝炎
- (4) 貧血
- (5) 赤痢
- (6) 鉤虫
- (7) ビルハルツ住血吸虫
- (8) メジナ虫症
- (9) フランベジア
- (10) 性行為感染症

この報告書によると、女性の疾病についての2大原因は、妊娠関連における疾病と水などの衛生状態の悪さによるものであると記されている。また、中絶が違法とされているガーナでは、概して非衛生的な状態で行われる中絶手術による諸障害が、妊産婦の疾病の中でかなりの比率を占めていることも指摘されている。前述したJICAガーナ事務所が行ったアンケートの中で、女性における手術状況で一番多いのは帝王切開であるが、次に目立つのは不全流産による子宮内容除去術である。また、妊産婦の貧血問題は深刻であり、WHOの調査報告(1993)によると、1992年にヘモグロビン値が標準値の50%以下の者が7.8%、70%以下の者が70%であり、この問題に対しての何らかの保健対策が必要である。

### 3-3-3 感染症

ガーナにおける疾病の中で、感染症の占める割合は過半数を超えており、感染症・寄生虫対策が国民の健康保全のための最重要課題である。表3-13に保健省疫学課年次報告による過去4年間の感染症疾病別罹患数と死亡数を示した。なお、この表にはエイズについての記載はないが、疫学課の1994年の報告書によると1989年中に報告された新規HIV感染患者数は2,331人、1990年2,031人、1991年2,442人、1992年2,699人であり決して少ない罹患率ではない。

表3-13 感染症疾病別罹患数と死亡数 (1989-92)

疾病名	1989		1990		1991		1992	
	罹患	死亡	罹患	死亡	罹患	死亡	罹患	死亡
1 マラリア	439920	29	647907	85	680306	31	805789	55
2 麻疹	19997	46	32246	75	17135	67	39933	104
3 フランベジア	14931	-	47429	-	42802	-	35912	0
4 ビハツ住血吸虫	16806	-	29591	-	12303	-	17880	0
5 メジナ虫症	4642	-	7832	-	30786	-	7589	0
6 肝炎	8029	84	8004	84	8566	95	7518	63
7 オンコセルカ	3101	-	3280	-	4008	-	7397	0
8 水疱瘡	3516	1	2357	-	2557	0	7226	0
9 結核	6017	56	6407	63	7327	65	7044	80
10 チフス性発熱	3011	69	3492	80	3897	58	5477	38
11 百日咳	3744	4	2657	4	1602	4	2672	5
12 淋菌症	1089	-	2263	-	2608	-	1971	0
13 脳脊髄膜炎	759	93	530	87	578	83	1542	354
14 ハンセン病	1430	-	1476	-	1648	-	1458	0
15 破傷風	705	64	660	51	559	54	536	52
16 コレラ	119	5	3063	64	13743	409	273	10
17 食中毒	222	4	283	2	147	6	207	3
18 新生児発熱	249	3	695	-	64	6	75	5
19 炭疽病	26	1	19	2	85	7	59	2
20 狂犬病	51	6	27	3	9	1	13	3
21 ポリオ	113	-	60	-	31	0	4	0
22 ジフテリア	38	1	0	0	0	0	4	0
23 産褥期発熱	54	-	22	-	1	-	3	1
24 回帰熱	23	-	-	-	-	-	-	-
25 腸チフス	5	-	-	-	-	-	-	-
26 黄熱病	1	-	-	-	-	-	-	-

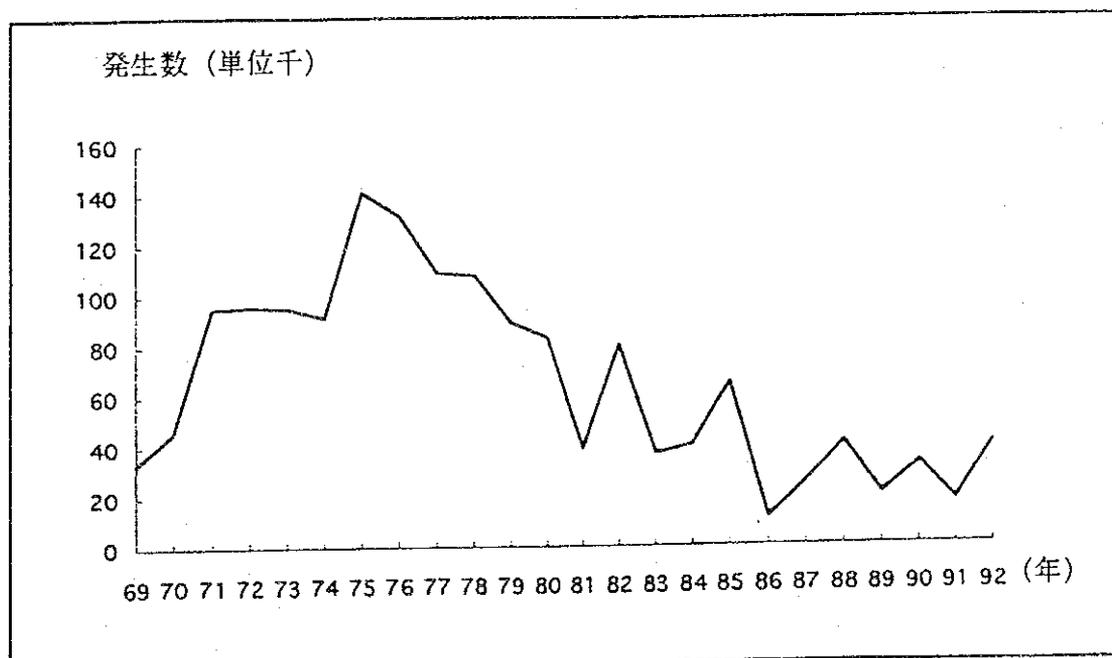
出所：Annual report 1993 保健省疫学課 p.44

## 3-3-3-1 予防接種関連の感染症

## (1) 麻疹

ガーナにおける麻疹の特徴は発症年齢の低いこと、死亡率の高いこと、乾季に発生率が高いことが挙げられる。麻疹総患者数の32%が2歳以下の幼児であり、うち14.7%が9カ月未満の乳児（予防接種は生後9カ月から）である。地域別発生率は、イースタン州（27.1%）、ブロンゴ・アフソ州（24.9%）、セントラル州（20.9%）の3州だけで72.9%を占めている。予防接種率の普及により全体的には減少傾向にあるが、1992年には前年の2.3倍の罹患率を示し、予防接種対策の遅滞が見られた。図3-6に20年間の麻疹発生数の推移を示す。

図3-6 麻疹発生数の推移（1969-92）

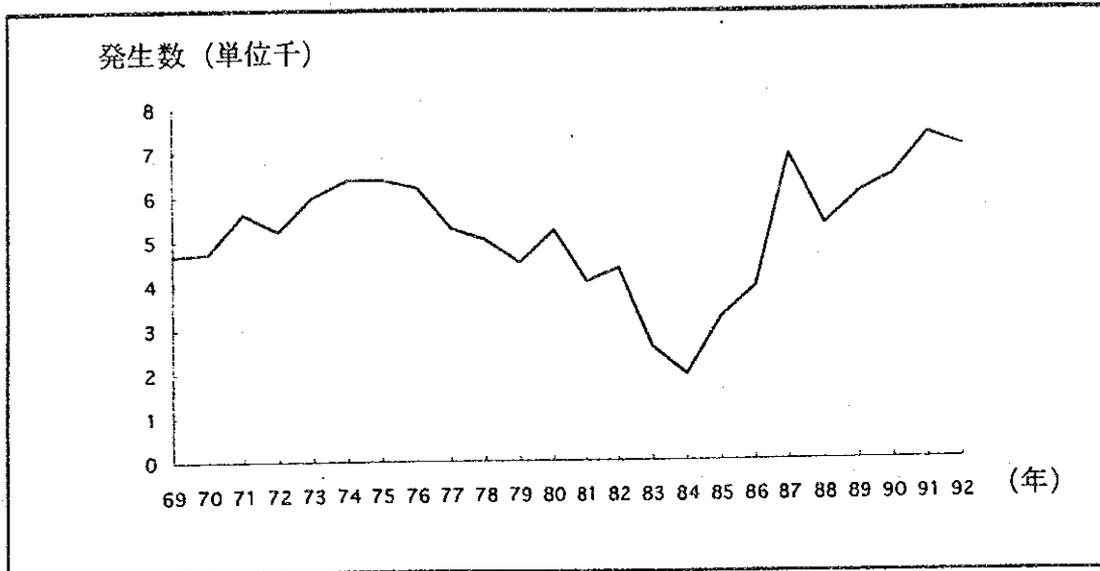


出所：保健省疫学課提供資料 1994

## (2) 結核

この20年間に結核罹患率は減少しておらず、増加傾向にさえある（図3-7）。「ガーナ共和国感染症基礎調査報告書」（1988）によると、増加理由として①患者の隔離を行わず投薬のみの治療はかえって耐性菌を蔓延させ、さらに新たな感染源を生み出しているためであり、②検査体制が未発達であり、診断は専ら喀痰の塗抹染色による抗酸菌の検出と胸部のエックス線撮影により行われ、培養はほとんど行われていないためである。また、BCG接種の普及はある程度進んでいるが、乳幼児に対する感染の危険性は甚だ大きい。

図3-7 結核発生数の推移 (1969-92)

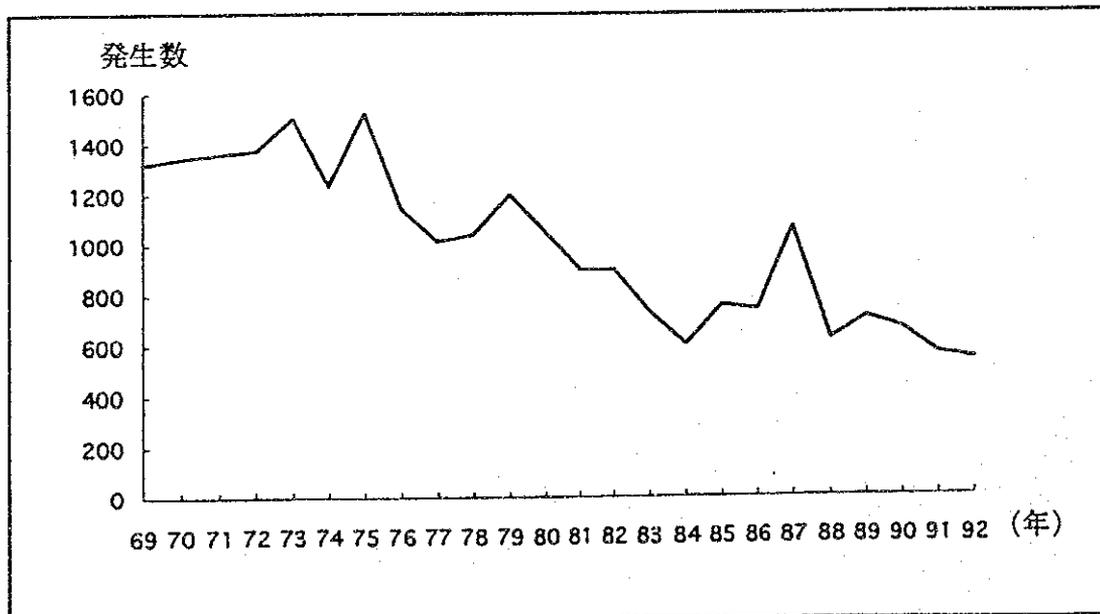


出所：保健省疫学課提供資料 1994

(3) 破傷風

年々、減少傾向にある(図3-8)。「ガーナ共和国感染症基礎調査報告書」(1988)によると、男女別死亡数は男性が多く、女性の1.8倍である。また、新生児破傷風の発生率が高く、致死率も50%を超えており、原因は出生時の不潔な臍の処理によるものとされている。

図3-8 破傷風発生数の推移 (1969-92)



出所：保健省疫学課提供資料 1994

## (4) ポリオ、百日咳、ジフテリア

これらの疾病は予防接種の普及により近年確実に減少傾向を示しており、あまり問題にならない。

## 3-3-3-2 急性細菌感染症

## (1) 下痢性疾患

下痢性疾患は、マラリアについて大人・子供に共通する主要疾病であり、プライマリー・ヘルス・ケアの重要課題ともなっている。大多数の下痢性疾患は直接の死因にはならないが、麻疹・肺炎・マラリアおよび栄養失調疾患に絡んで死に結びつく。現在の医療現場での治療法および検査法は未発達であり、とくに原因菌についての追求は臨床検査室の設備・能力の限界と関連しごく一部でしか行われていない。

「ガーナ共和国感染症基礎調査報告書」(1988)によると、細菌性下痢の中でも特に感染力の強く致命率の高い赤痢菌の実態さえも不明な点が多い。また、1986～87年に行われた野口記念医学研究所での調査結果によると、近隣諸国と異なりロタウイルスの検出は低く、大部分が細菌性下痢である。代表的な細菌性下痢として大腸菌による下痢があるが、都市部と農村部での発生頻度に差がないとのことである。

下痢患者の多くは外来患者としてORSによる治療と抗生物質の投与を受け、重症のもののみ入院をして治療をうけている。なお、2歳以下の患者が全体の約70%を占めているという報告もある(保健省疫学課 Annual Report 1992)。近年の発生数は、表3-11のとおりである。

## (2) 上気道感染症

ガーナにおける3大疾病のひとつである。単純な“かぜ”から重症の気管支肺炎に至るまで種々の段階のものが含まれるが、下痢症同様、病原体の特定がほとんどできないので、ウイルス性によるものがどの位含まれているかも不明である。下痢症・上気道感染症はともに乳児期(1歳未満)に罹患率の高い疾病である(表3-14)。

表3-14 主な疾病の乳幼児罹患率(1986)

(出生数1,000人に対して人数)

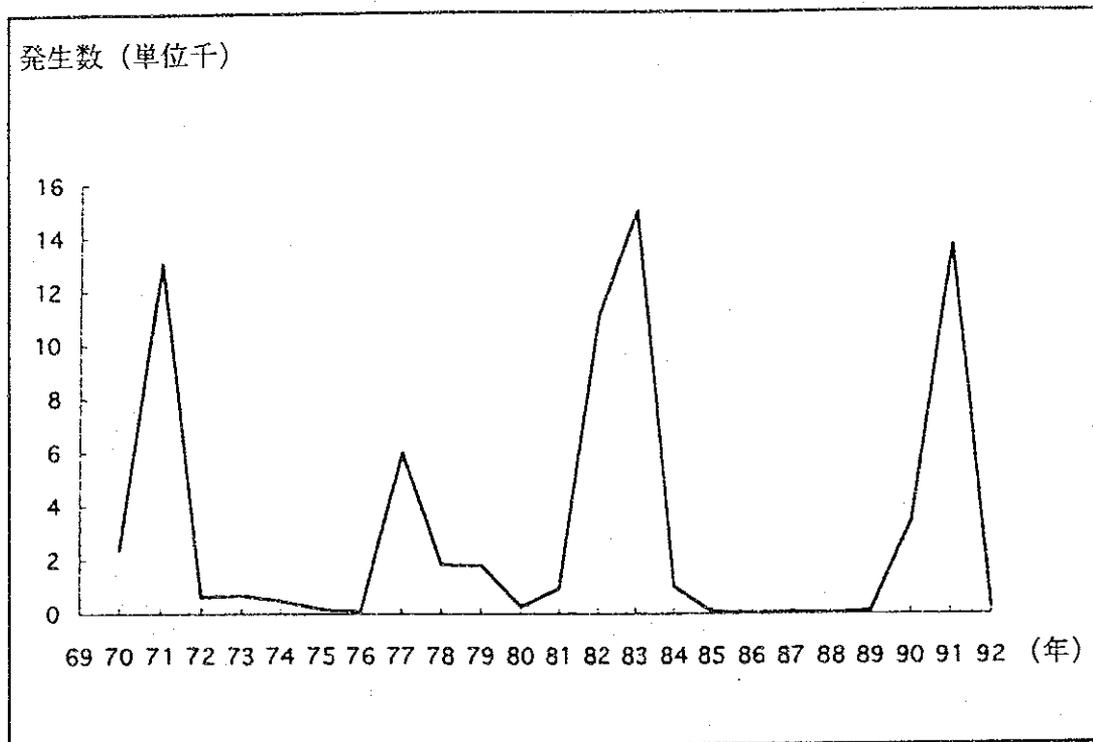
疾病名	年齢別	
	乳児(1歳未満)	幼児(1歳以上4歳以下)
マラリア	300	450
下痢症	170	90
上気道感染	160	70
麻疹	18	28

出所: Children and Women of Ghana, A situation analysis 1990 UNICEF p. 36

## (3) コレラ

現在、コレラは適切な処置を行う限り致命的な疾患であるとは考えられないが、伝染力が強く、患者が集中的に多発する可能性があるため警戒すべき疾病である。ガーナでは病床数の不足、患者発生の遅れ、輸送の困難等が影響し、近年では1989～91年にかけて大流行をした。地域的には南部に多く、北部に少ない。コレラ発生の推移を図3-9に示す。

図3-9 コレラ発生数の推移 (1969-92)



出所：保健省疫学課提供資料 1994

## (4) 脳脊髄膜炎 (C. S. M.)

毎年、乾季に北部を中心に流行を起こす。1984～85年に最大の流行がみられたが、近年、他地域にも拡大の兆しがみられ、再び大流行の恐れがある。1993年に1992年の3倍の患者数になり、1994年にも1993年と同様の患者数が記録されつつある。30歳以下の患者が9割を占める。1994年以降、流行地において予防接種が行われている。

3-3-3-3 慢性細菌感染症

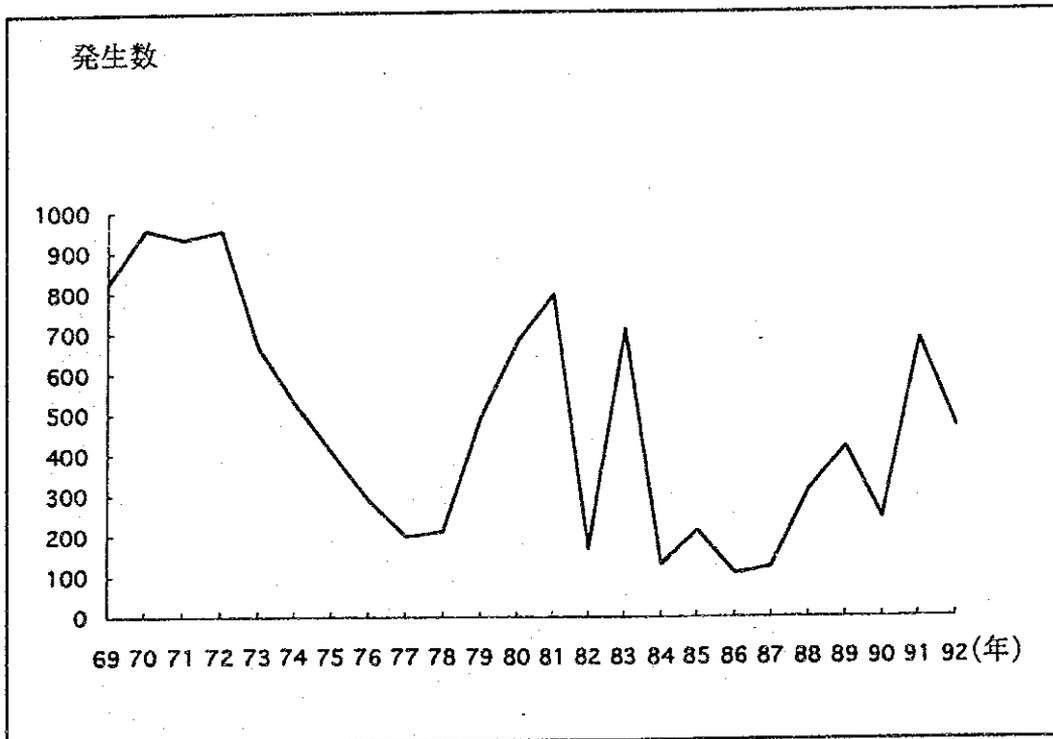
(1) 結核

3-3-3-1 予防接種関連の感染症の項で記したのでここでは省略する。

(2) ハンセン病

ハンセン病は一般の注目を引くことが少なくなってきた疾病であるが、ガーナにおいてはきわめて重要な感染症の1つであり、保健省はハンセン病専門機関を置き、2000年までに絶滅を目標に積極的な対応をしている。ハンセン病の20年間の発生件数の推移を図3-10に、また近年の動向を表3-15に示すが、人口に対しての罹患率は世界でもワースト3に入ると予想される。地域的には北部に多く、新規登録者の14%が小児である(1983年)。ハンセン病に対する保健対策は、プライマリー・ヘルス・ケアとも連携をとり登録患者に対する治療・新患者の発見・障害者の指導にあたっている。全国にハンセン病の療養所は5つ存在する。

図3-10 ハンセン病発生数の推移 (1969-92)



出所：保健省疫学課提供資料 1994

表3-15 ハンセン病の近年の動向 (1990-93)

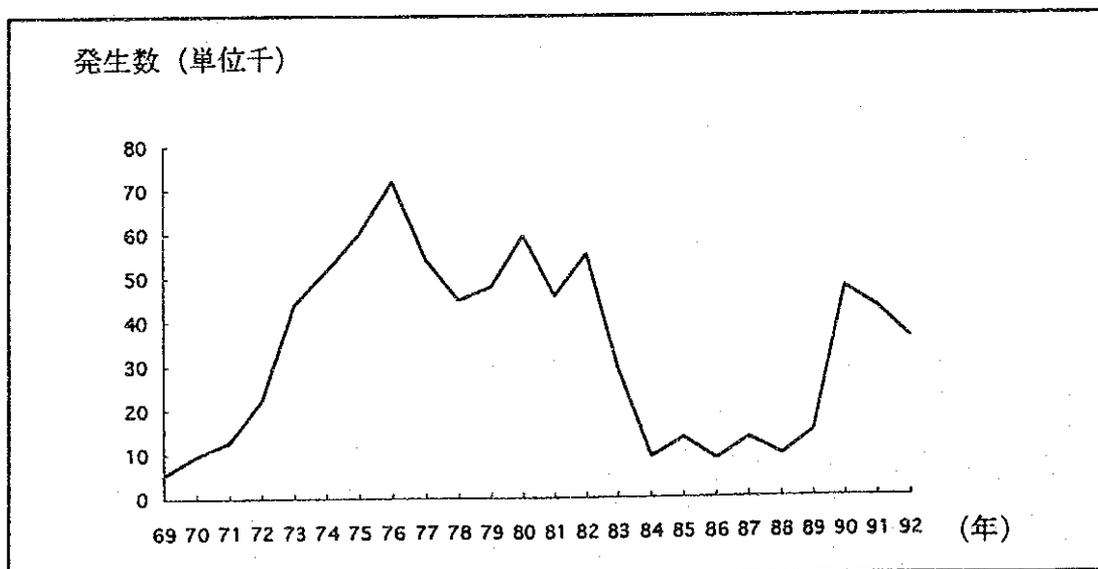
	1990	1991	1992	1993
新規登録者数	1476	1466	1458	1399
累積登録者数	4078	2731	2155	2055
罹患率/100,000	28.57	18.8	14.4	13.3
保健対策関連者	140.1万人	140.5万人	150.0万人	150.4万人

出所：WHO Annual Report 1993

### (3) フランベジア (Yaws)

フランベジアは、主に皮膚の接触やハエの媒介によって感染する、高湿の熱帯地方に良くみられる風土病である。この疾病に感染すると、神経衰弱による無力症をひき起こし、また皮膚などに著しい潰瘍と変形をおこす。1956年から10年間実施した大規模の撲滅運動により1969年には患者数が激減したが、撲滅運動を中断した結果再び患者数は増加した。さらに、1981年から行われたフランベジア・黄熱病撲滅運動により患者数は減少傾向に向かったが、近年増加傾向を示し感染症の中でも1992年には第3位であり、このため1993年より再び保健対策が始まっている。図3-11にフランベジアの発生数の推移を示す。感染者は15歳以下に多く、地域遍在がありイースタン州だけで発生数の61%を占める。

図3-11 フランベジア発生数の推移 (1969-92)



出所：保健省疫学課提供資料 1994

## 3-3-3-4 ウイルス性感染症

## (1) エイズ

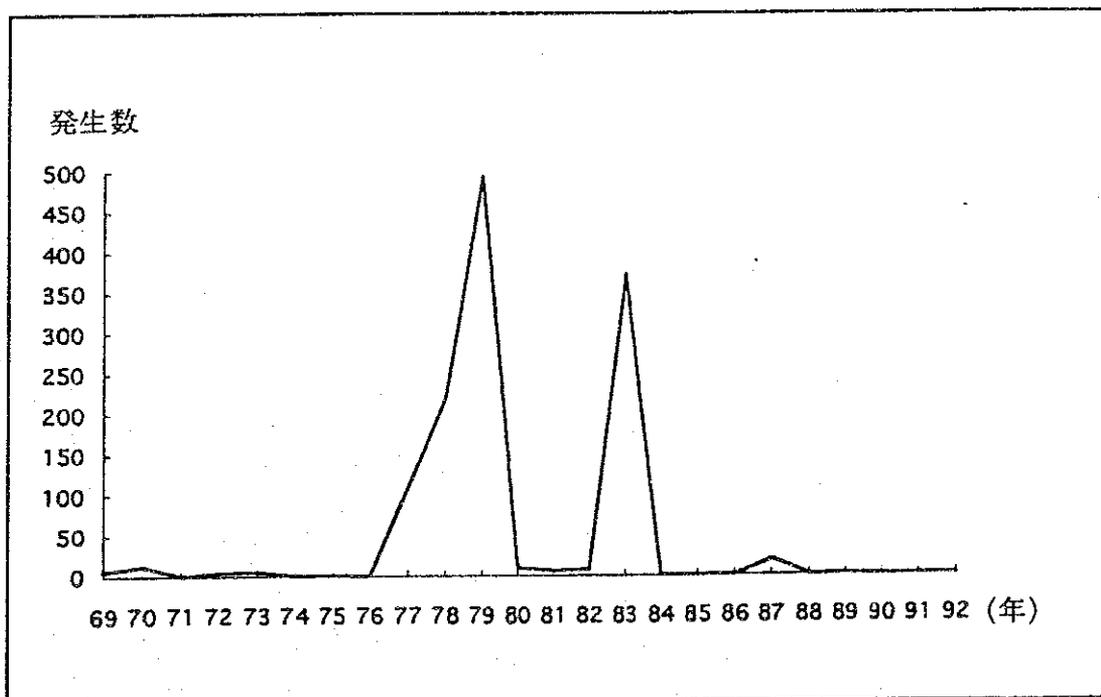
エイズはウイルスによる感染症であるが、3-3-3-6 エイズの項にて詳しく報告をする。

## (2) 黄熱病

黄熱病は現在でも重要な検疫伝染病の一つであり、日本からのガーナへの入国の際に黄熱病予防接種が義務づけられている。故野口英世博士がこの疾病に関する研究をガーナで行っていたことは有名であるが、現在も野口記念医学研究所のウイルス部門が黄熱病ウイルス検出を担当している。この20年間の発生率を示す(図3-12)と、1990年から患者発生率は0であったが、1993年にアッパー・ウエスト州で37人の患者が発生し、うち14人が死亡した。

黄熱の流行阻止のための保健政策が政府、WHO、EU、UNICEF、USAIDの協力の下に行われている。1981～84年には北部3州とブロンゴ・アフソ州の住民に予防接種が行われ(カバー率80%)、さらに南部地域では10歳以下の小児にも接種を行った。なお、1992年より新たな予防接種対策が他の予防接種対策と連動して始まっている。

図3-12 黄熱病発生数の変化(1969-92)



出所：保健省疫学課提供資料 1994

## (3) ウイルス肝炎

ウイルス肝炎の患者数は近年年間で約8,000人前後、死亡数は約80人前後と高い数値を示しているが、通常ウイルス学的検査が行われていないので、A型、B型、非A非B型の頻度は不明である。コレブ教育病院における献血者肝炎検査によるとウイルス保有率は15.6%であった(1993)。

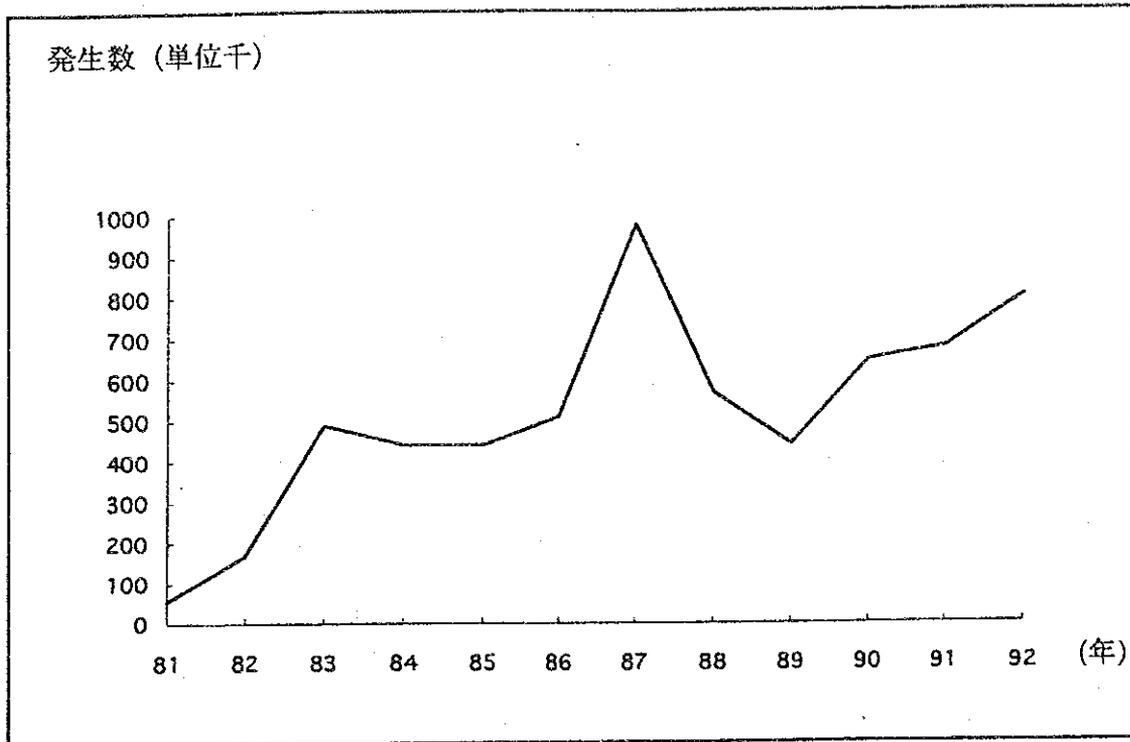
## 3-3-3-5 寄生虫感染症

## (1) マラリア

ガーナにおいてマラリアは各年齢層において最も罹患率が高く、年間の罹患者は約80万人である。さらに保健省の報告によると、医療機関の全外来患者のうちマラリア患者の占める割合は、1981～84年では74.2%であったのが1992年には84.8%であり、近年上昇する傾向を示している(図3-13)。また、WHOの報告によると、入院患者のうち約40%がマラリアに起因するものであり、働き盛りの成人にも感染し国内における生産能力までも減少させる原因とも言われている。さらにマラリアでの5歳以下の幼児の死亡率・罹患率は深刻な問題である。その原因として衛生環境の悪化と共に予防内服薬であるクロロキンが高価であるために普及しないことが考えられる。「ガーナ共和国感染症基礎調査報告書」(1988)によると、マラリア流行地は全土にわたっており、衛生状況の最も良い首都アクラの住民でさえ絶えず感染の危険にさらされている。季節的には5～8月の雨季に発生が多いとされているが、ほぼ1年中発生が報告されている。同報告書では、6歳までの子供について脾臓腫大率を指標として年間のマラリア感染頻度を年齢別に記しているが、年齢によっての差はなく、症状の軽い場合も含めると1人年平均3.1回の感染を受けている。成人でも年平均1～2回の感染を受けているものと推定されている。

ガーナでは人に感染する4種のマラリア原虫種のうち3種の分布が見られる。最も多いのが、熱帯熱マラリア(悪性マラリア)原虫で全虫種の80～90%を占める。次いで多いのが四日熱マラリア原虫で20～36%、卵形マラリア原虫が15%であり、熱帯熱マラリア原虫と四日熱マラリア原虫の混合感染も頻繁に見られる(保健省資料1991)。

図3-13 マラリア発生数の推移 (1981-92)



出所：保健省疫学課提供資料 1994

マラリアに対する保健対策は1992年まで行われておらず、初めて1993～97年にマラリア対策プログラムがWHOなどの海外機関の協力の下開始された。詳細は3-4-5 マラリア対策プログラムの項で述べる。

## (2) ビルハルツ住血吸虫

ガーナにおける人体寄生住血虫として、人の膀胱および肛門の静脈内に寄生するビルハルツ住血吸虫が高い寄生率を示している。「ガーナ共和国感染症基礎調査報告書」(1988)によると、ボルタ湖が満水になるにつれて湖周辺の住民の間に感染率が高くなり、周辺住民の約70%に感染が認められた。州別の発生状況の推移を表3-16に示す。

表3-16 州別のビルハルツ住血吸虫発生数(1982,86,93)

州名	1982	1986	1993
ウエスタン	248	765	531
セントラル	1,749	744	729
グレイター・アクラ	137	637	241
イースタン	1,416	2,824	1,642
ボルタ	469	2,405	3,097
アシャンテ	224	2,190	277
ブロンゴ・アフアン	52	782	179
ノーザン	1	202	85
アッパー・イースト/ウエスト	552	530	1,118
合計	4,848	11,079	7,899

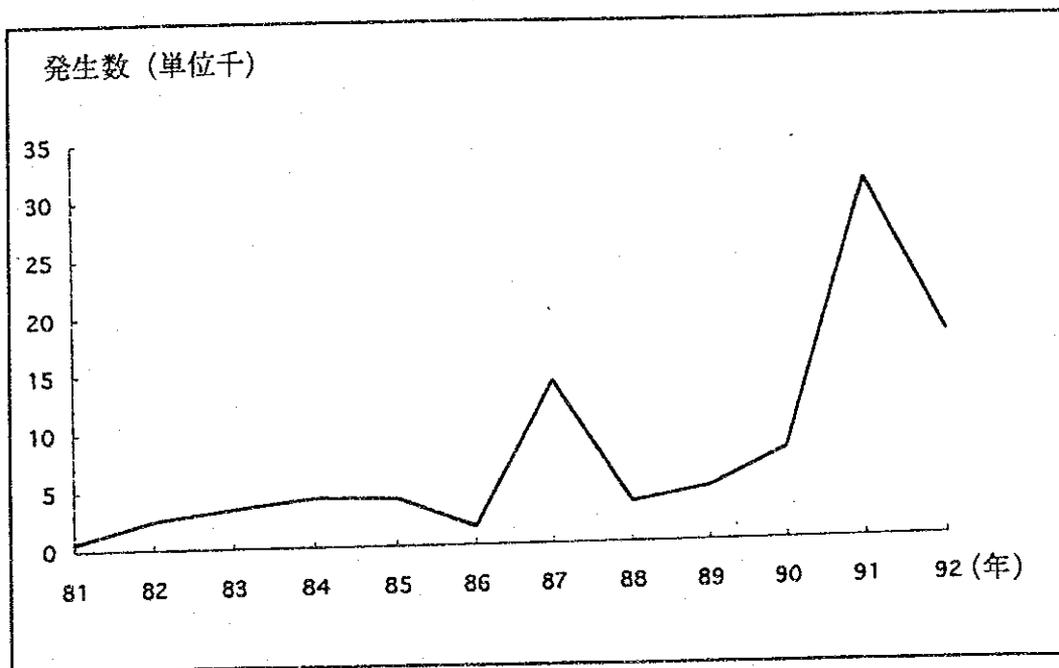
出所：ガーナ共和国感染症基礎調査報告書 1988、保健省提供資料

過去に行われた主な保健対策は、1960年代から1970年にかけてWHOが基礎的調査を行ったが、実際に撲滅対策施行にまでは至らなかった。また、近年それぞれの地域においていくつかの状況調査が行われているが、抗ビルハルツ住血吸虫薬また中間宿主貝の撲滅薬不足により本格的な対策には至っていない。

## (3) メジナ虫症（ギニア虫症）

メジナ虫症はメジナ虫（*Dracunculus medinensis*）と呼ばれる線虫類の寄生によって起こる皮膚疾患の1つであり、身体障害を引き起こす場合もある。ヒトへの感染は、中間宿主のケミジンコを媒介とし、飲料水等から体内へ進入する。ガーナはこの疾病の濃厚な流行地であるが、特に水の供給が充分でなく、池や沼の水を飲料水として利用している遠隔地の住民に感染者が多い。1993年のWHOの報告によると、メジナ虫症の発生数は近年減少傾向にあり、1992年には発生数17,918件（報告率100%）であり前年の半分以下である（図3-14）。しかし、ノーザン州だけで発生数の69%を占めており、一部地域での濃厚な流行が現在でも見られている。保健対策は3-4-9 メジナ虫症対策の項に示す。

図3-14 メジナ虫症発生数の推移（1981-92）

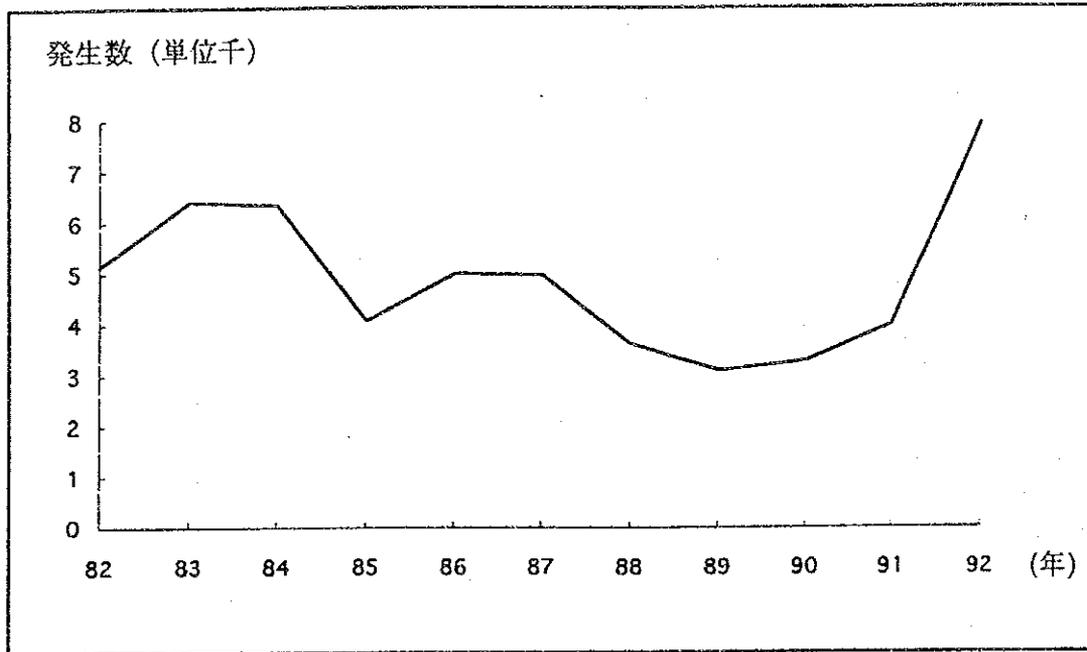


出所：保健省疫学課提供資料 1994

## (4) オンコセルカ症

オンコセルカ症はフィラリアの一種である回旋糸状虫による感染で、ブユを媒介として象皮瘤、視力障害を引き起こす慢性疾患である。激しいかゆみや失明のような重篤な症状を示さない限り通院する者があまりいないため、保健省が報告している発生数は実態を把握しているとは言いがたいが、近年増加傾向にあることは事実である。この疾病の病原体である回旋糸状虫は、1875年にドイツ医療使節団がガーナの南部海岸地帯で世界で初めて発見したものであるが、流行地は南部よりも北部サバンナ地帯に多い。

図3-15 オンコセルカ症発生数の推移（1982-92）

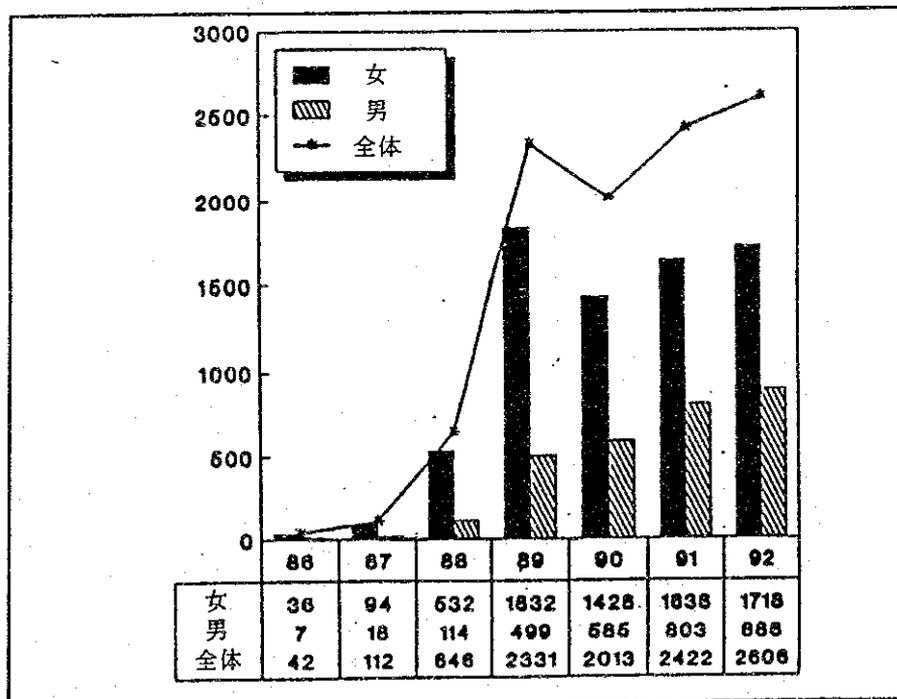


出所：保健省疫学課提供資料 1994

## 3-3-3-6 エイズ

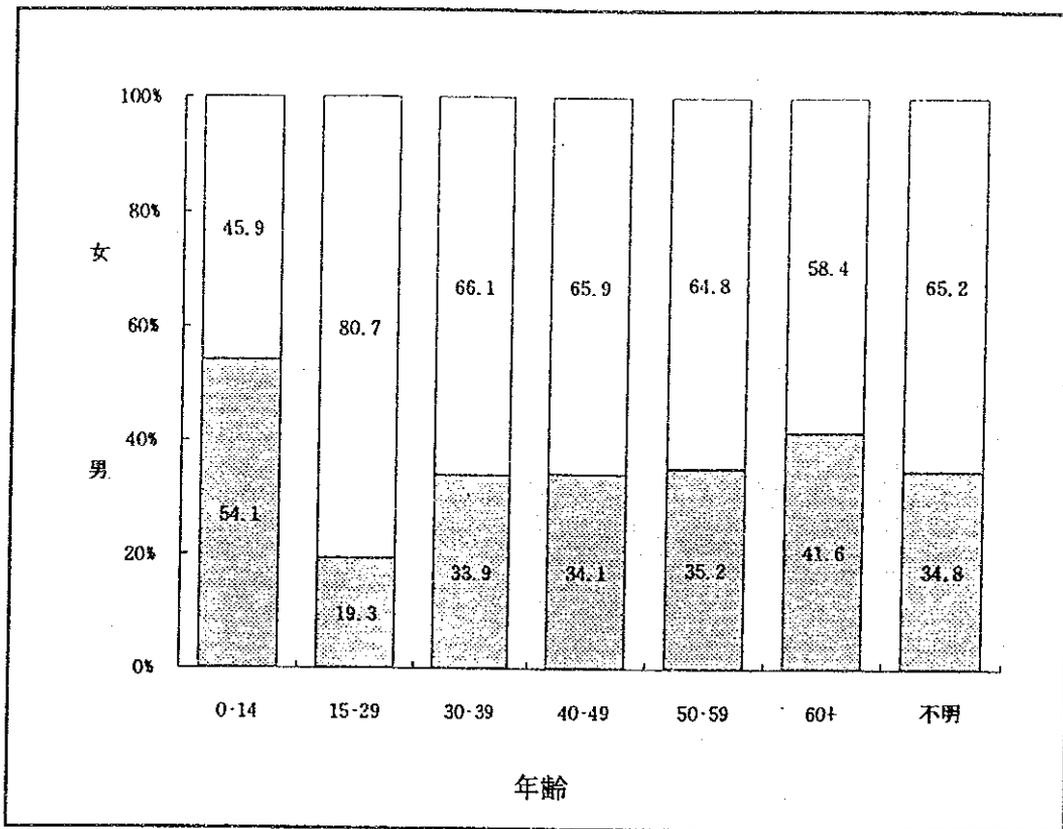
AIDS（後天性免疫不全症候群）は、HIV（ヒト免疫不全ウイルス）の感染によって引き起こされる細胞性免疫不全状態を示す疾患であり、2種類のウイルス（HIV-1とHIV-2）の存在が明らかにされている。WHO報告によると、1992年に世界中のHIV感染者は約1,100万人であり、うち750万人強がアフリカにおける感染者であると推定している。特にサハラ以南のアフリカ諸国におけるエイズ問題は、タンザニア（1993年までに総患者数38,716人）、ウガンダ（同様に34,611人）、ケニア（同様に31,185人）の東アフリカ諸国を中心に深刻である。ガーナにおいては、1992年までのエイズ総患者数は10,285人、推定HIV感染者数15万人であり、アフリカ諸国の中では11位、隣国のコートジボワール（1992年までに総患者数14,655人、推定HIV感染者数72万人）につき西アフリカ諸国の中では2番目に多い。今後さらに爆発的な増加の危険性を秘めており、保健医療の分野にとって重要な課題である。ガーナにおけるエイズ患者は1986年に初めて42人が報告された。1992年には新たな患者が2,600人登録され、1993年にはエイズ総患者数は12,300人を超えると予想される（図3-16）。また、実際の患者数は登録者数の約4倍いると推定される。さらに輸血時のスクリーニングなどの結果から、国民の約0.5~1.5%（約15~20万人）がHIVに感染していると推定できる。なお、アフリカ諸国は異性間性的交渉による感染が主であり、その結果男女比が1:1である国が多いが、ガーナでは当初より海外渡航経験のある女性に感染者が多く女性の割合が多いのが特徴である（図3-17）。年齢別では15~49歳の青壮年層で全体の90.7%を占める。

図3-16 エイズ新規登録患者数（1986-92）



出所：Annual report 1993 保健省 p.9 （原文のまま引用）

図3-17 年齢別・性別エイズ登録患者数の割合（1986-92）



出所：ガーナ統計局提供資料 1994

州別の罹患率は、アシャンテ、ウエスタン、ブロンゴ・アフアソ、イースタン、グレイターアクラ州の順に多く、国外からの人口移動の少ない北部3州からの報告は少ない。理由として、この国のエイズ感染経路は他の国からの移動者によつての感染が主だったためであり、人の移動のある地域に感染者が多発した。近年その傾向は変わりつつある（表3-17）。

表3-17 エイズ患者の渡航経験率 (%)

	1986	1989	1991	1992
渡航経験有り	97.6	66.5	58.6	40.2
渡航経験なし	2.4	4.1	5.0	53.3
不明	0	29.4	36.4	6.3

出所：Annual report 1992 保健省疫学課 p.22

妊産婦におけるH I V感染率についての全国レベルでの情報はない。ここでは、首都アクラと感染の比較的進んでいる2都市での妊産婦感染率を示す(表3-18)。感染した母親から生まれる新生児の約3分の1が陽性であると考えられるので、感染が比較的広がっている地域では新生児の約1%がH I Vに感染している可能性がある。

表3-18 妊産婦のH I V感染率

都市名	H I V感染率 (%)	
	1991	1992
アクラ	0.7	1.2
ベンチ	1.5	4.0
スンヤニ	2.8	4.0

出所：Annual report 1992 保健省疫学課 p.22

J I C A ガーナ事務所(青年海外協力隊医療調整員による)が1991~93年に行った各地の主な医療施設(教育病院を除く県立病院を中心とする35施設)への医療状況に関するアンケートによると、入院患者の疾病として、エイズが記されているのは以下の3施設である。

- (1) イースタン州ンカワカワにある中規模ミッション系病院。1993年の一年間に入院の患者約2,000名のうち、20~29歳の女性16名と40~49歳の女性10名の合計26名でいずれも同年代の疾病の第3位である。
- (2) ブロンゴ・アフアソ州スンヤニにある中規模公立病院。1993年の一年間の外来患者110,522人のうち、30~39歳の男性86名と女性130名の合計216名。入院施設はあるが、エイズでの入院患者はいない。
- (3) セントラル州ケープコーストにある中規模公立病院。1993年の一年間の外来患者約5万人のうち(1日平均外来数が約140名)、エイズ患者は37名である。また、1993年の一年間の入院患者約7,800名(月平均入院患者数約650名)のうち、23名がエイズ患者である。

また、この調査の中で検査可能科目についての項目があるが、H I Vが不可能と回答した医療機関は35施設中4施設だけであった。検便、検尿、一般血液という基本的な検査の他にマラリアとH I Vだけが可能であるという病院もあった。関係者によると、複数の海外の援助機関が、H I V検査キットを医療施設に広く無料で配布したとのことであった。キットでの診断は、あくまでも一次サーベイランスとしてのものであり、検査結果は断定的なものではないとのことであった。

## 3-3-4 非感染症

非感染症に関する正確な資料は少なく、特に地方での資料は得られなかった。1990年以來コレブ教育病院での主要死因の5つが非感染症であり、それらが死亡率の20%を占めるため、非感染症対策プログラム（NCD）が1992年に開始した。このプログラムでは疾病の実態を把握することを第一目標にしているが、特に悪性新生物（ガン）、高血圧、糖尿病および精神病についてが中心である。

JICAガーナ事務所（青年海外協力隊医療調整員による）が1991～93年に行った各地の主な医療施設（県立病院を中心とする35施設）への医療状況に関するアンケート調査の結果では、外来患者の主要疾病として高血圧が15医療施設で挙げられており、特に40歳以上の罹患率が高いことが記されている。また、コレブ教育病院の1993年度の年次報告では、心臓疾患による死亡が1993年度に初めて10大主要疾病の1つに挙げられたことを特記している。さらに悪性新生物（ガン）への保健対策に関心が高まっている。ここでは部位別ガン発生数を示すが、婦人科系のガンの罹患率が高いことが特徴である（表3-19）。

表3-19 部位別ガン発生数（1991,92）

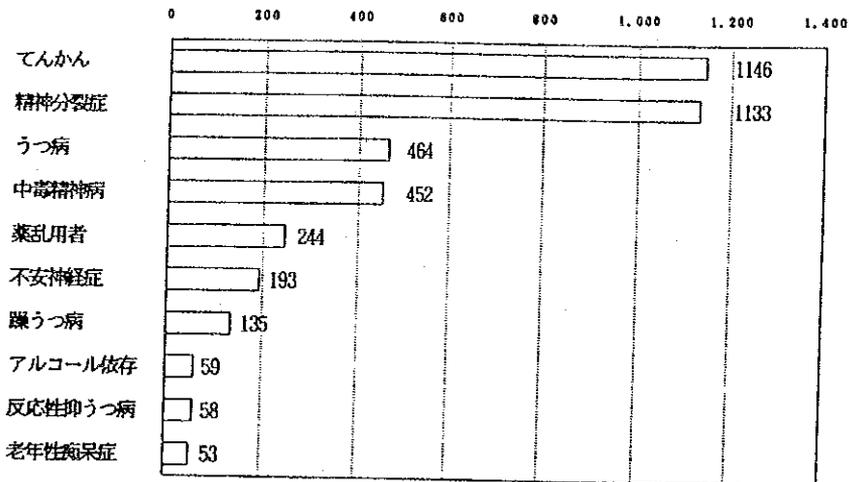
	1991	1992
1 乳ガン	68	78
2 子宮頸ガン	55	75
3 子宮体ガン	17	52
4 消化器系ガン	35	35
5 悪性リンパ腫	14	35
6 膀胱ガン	8	31
7 皮膚ガン	12	25
8 前立腺ガン	34	19
9 卵巣ガン	6	11
10 その他	64	11
ガンと診断された数	313	372
総病理標本数	6,584	4,128
発見率	4.7%	7.8%

出所：Annual report 1993 保健省

3-3-5 精神病

ガーナには入院患者と外来患者を扱う3つの精神病院がある。1992年の10大疾病を示す(図3-18)。

図3-18 精神病の10大疾病と患者数(1992)



出所: Annual report 1993 保健省

3-3-6 傷害および事故

1993年におけるコレブ教育病院救急科によると交通事故による傷害者数4,967人、骨折58人、その他の事故12,558人である。