

### 3-4 保健対策活動

1993年において、2000年までの保健対策・活動目標が保健省により具体的に7項目挙げられている。

- (1) 乳児死亡率を77から50（出生1,000に対して）に下げること。
- (2) 5歳未満児死亡率を155から100（出生1,000に対して）に下げること。
- (3) 妊産婦死亡率を5・15から2・10（1,000人に対して）に下げること。
- (4) 低出生体重児（2.5kg以下）の割合を24%から17%に下げること。
- (5) 5歳未満児の重度の栄養失調児の割合を8%から4%に下げること。
- (6) 少なくとも3分の2の国民に栄養問題および家族計画について問題意識を持たせること。
- (7) 医療施設への地理的配慮を受けている人の割合を65%から80%に上げること。

#### 3-4-1 プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）

ガーナにおけるプライマリー・ヘルス・ケア（PHC）政策の導入は1978年であったが、初期は医療機関の整備が少し行われたのみで、本来の地域住民までの保健対策はほとんど行われなかった。1980年代半ばより現在のPHCの基礎作りが始まった。

ガーナにおけるPHCの基本政策は、母子保健、予防接種対策、下痢症疾患対策（経口補水療法）、マラリアおよび急性上気道感染症の治療と予防、栄養、人口問題に対するものである。

組織としてはA、B、Cの段階（Level A, B, C）の3段階システムである。

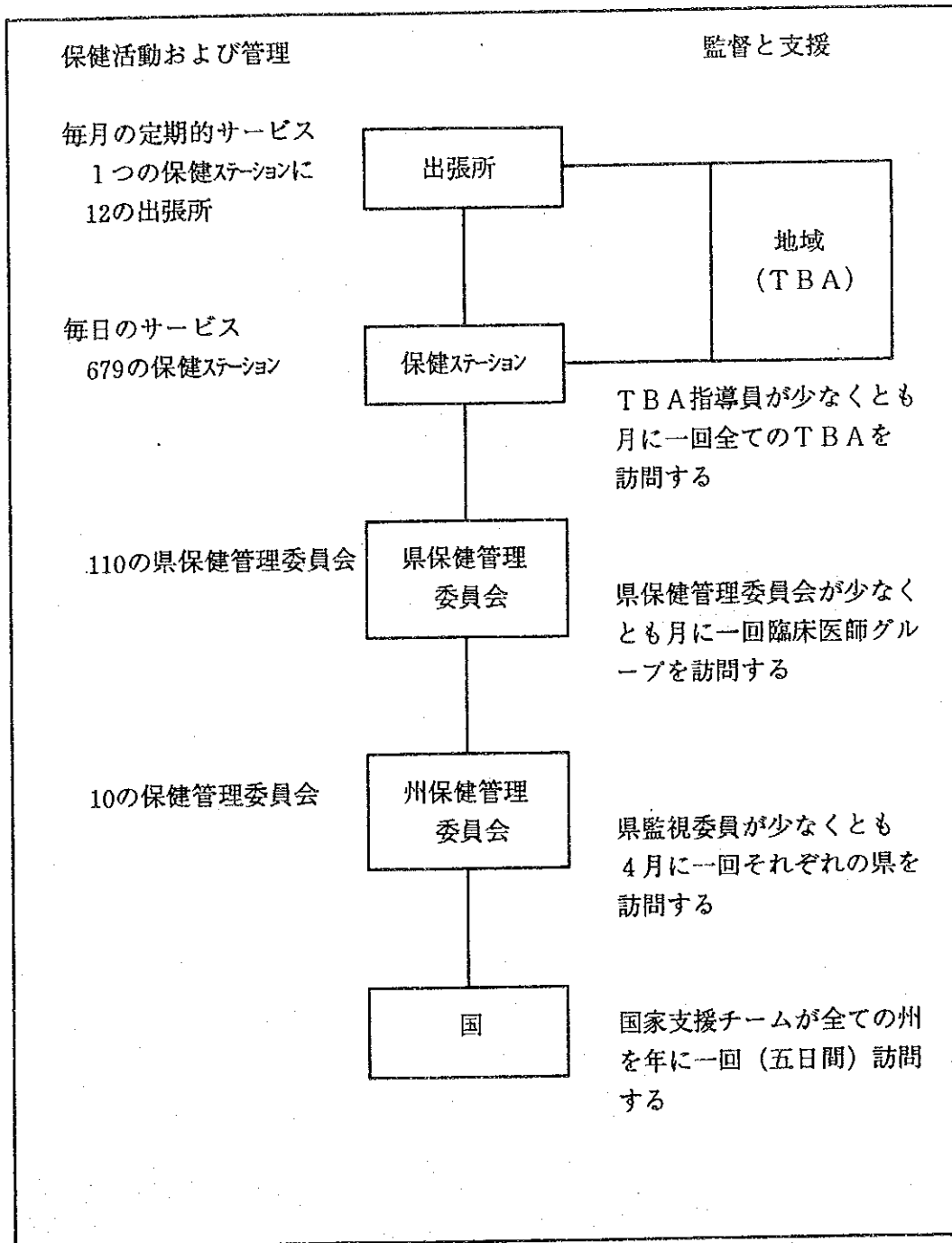
レベルAはこのシステムの基礎であり、地域保健要員（Community Health Worker：CHW）および伝統的産婆（Traditional Birth Attendant：TBA）が担っている。CHWは地域社会自身において選任され、保健省によって基本的な予防と健康増進の教育を受けた者であり、また、初歩的な医療、とくに妊婦ケアや小児保健の技術も習得した者である。全国に2カ所CHWの訓練校がある。

第二段階はレベルBであり、地域保健婦・助産婦（Community Health Nurse/Midwife）を中心に活動している。彼女らは、看護婦の資格を取得後さらに医療行為と衛生環境の教育訓練を受けた者である。通常予防接種やレベルAから回される患者の治療にあたる。

レベルCは県レベルで、PHCのシステム全体の基幹となるものである。県保健管理委員会（DHMT）が全ての調整を行っている。DHMTは県保健医務官、県公衆衛生看護婦、県立病院医務官、県防疫官および県衛生監視官のメンバーが中心となる。

図3-19にプライマリー・ヘルス・ケア実施機関と機能を示す。

図3-19 プライマリー・ヘルス・ケア機構図



出所：Maternal and child health and family planning 1992 保健省

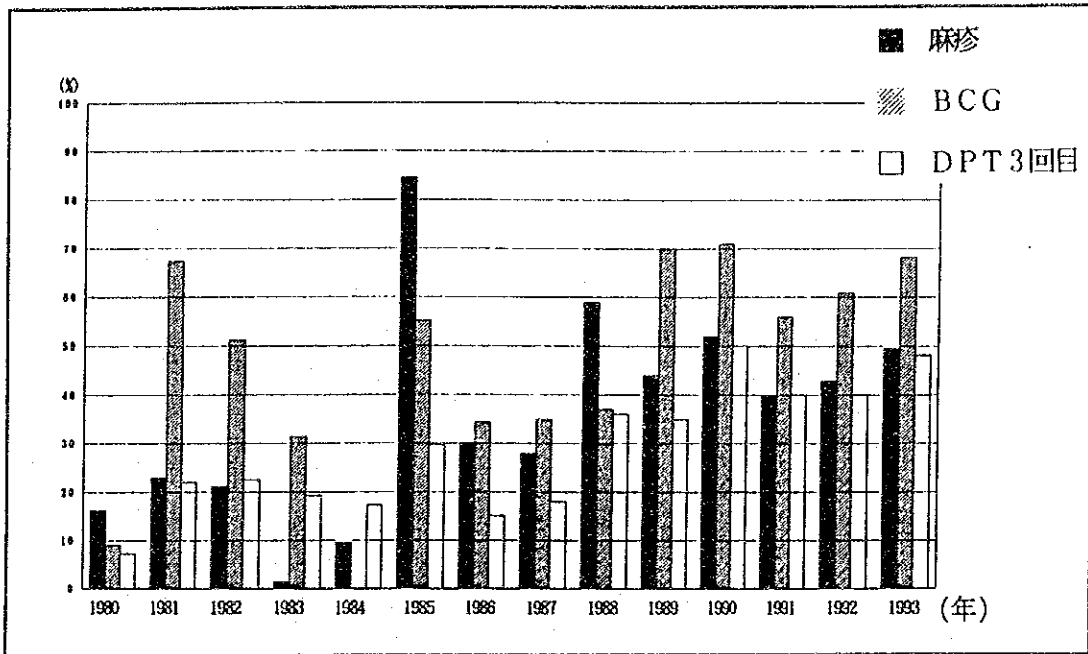
## 3-4-2 予防接種対策

## (1) 予防接種プログラムの変遷

ガーナにおける予防接種は、結核（BCG）、ジフテリア、百日咳、破傷風（DPT）、ポリオ（OPV）、麻疹の6つの疾病および妊婦に対して新生児破傷風を対象に1971年より導入された。1975年までは導入予備期間であり、1976年より本格的な予防接種に対する教育やコールドチェーンの普及が始まった。1985年からは死亡率の高い麻疹に重点が置かれ全国レベルでの普及キャンペーン（Intensive mass immunization campaign）が実施され、その結果接種率が1984年の9.6%から1985年には84.7%と飛躍的に上昇した。しかし、キャンペーンの成果は1985年のみに現れただけであり、1986年にはキャンペーン前の率に戻った。またDPT、ポリオはともに3回目の接種率は20%台に依然として留っていた。さらに、1990年には5月の第一日曜日を全国予防接種デーとし全国レベルでキャンペーンを行い接種率の向上を図ったが、一時的な効果が現れただけであり、1991年にはキャンペーン前の率よりも低下した。図3-20に保健省疫学課による1981年からの乳児（0～11ヶ月）の予防接種率の推移を示すが、疫学課担当者によると1991年からの接種率が若干低下している理由は調査対象人口が17%増加したためであり、予防接種活動の低下ではないと説明している。また、図3-21に妊産婦の新生児破傷風予防接種（2回目）率を示す。なお、保健省疫学課の資料によると1993年度の破傷風予防接種率（2回目）は、24%であり、ユニセフの1991～92年の9%に比べかなり高い傾向にある。また、1992年より黄熱病の予防接種が全国レベルで開始された（1993年度の接種率は保健省疫学課によると33.3%）。

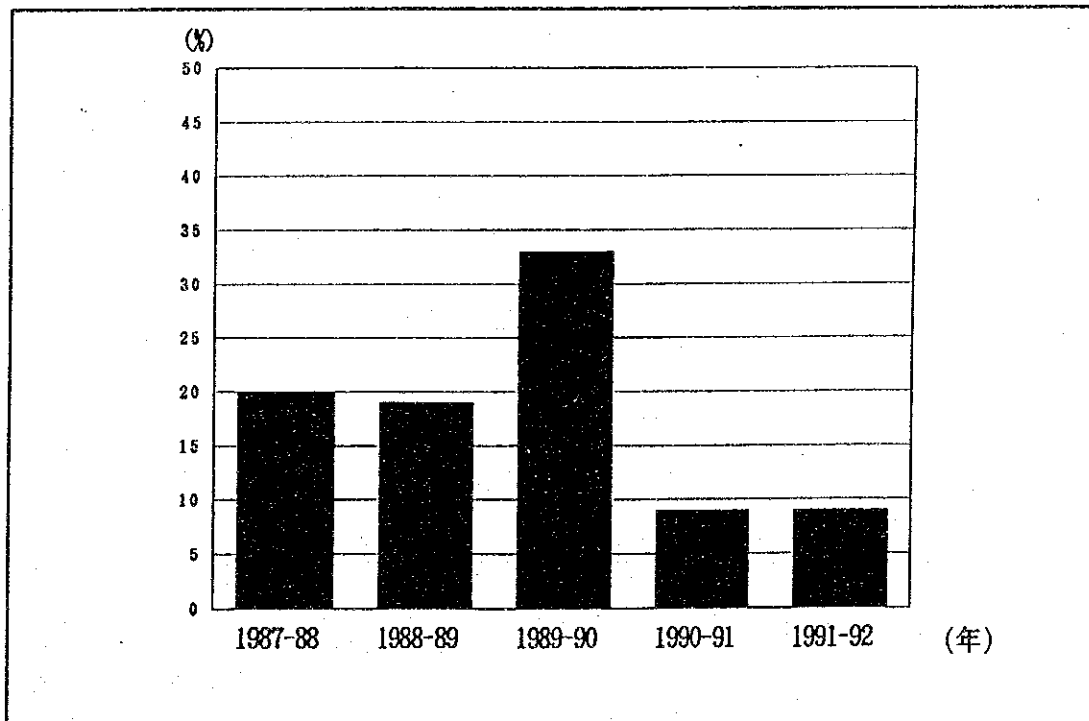
「国々の前進」（ユニセフ 1993）によると1985年から1991年の6年間にはしかの予防接種率が5%以上低下した国はわずか10ヶ国だけであり、この間に24%低下したガーナはケニアにつき世界のワースト4位である。また、1990年から1992年の2年間にポリオの予防接種が10%以上低下した国は22ヶ国あるが、ガーナは17%低下しており世界のワースト10位である。

図3-20 乳児（0-11ヶ月）の予防接種率の推移（1981-93）



保健省疫学課提供資料より作成

図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



出所：世界子供白書（1990-94） ユニセフ

## (2) 近年の予防接種プログラムの状況

1992年5月に政府が行った、プログラムの進行状況の確認書によると以下のことが明記されている。

- 1) 1989年に行われた状況調査と比較すると、明らかに一般住民の予防接種率向上が認められる。
- 2) 予防接種サービスを実施する医療機関が全国の医療機関の87.5%となり、全ワクチンを接種する人の割合が1989年に15%だったのが1992年には32%になった。
- 3) 新生児破傷風死亡率は1989年の7.4から1992年の2.2 (いずれも出生数1,000に対して) に減少した。

ガーナ統計局による調査 (DHS) によると近年の子供の予防接種実施率は表3-20のとおりである。

表3-20 子供 (生後12-23ヶ月) の予防接種率 (1988,93)  
(%)

	1988	1993
B. C. G.	69	83
三種混合 1	69	82
三種混合 2	53	73
三種混合 3	42	62
ポリオ 1	71	82
ポリオ 2	53	74
ポリオ 3	41	62
麻疹	51	64
全ワクチンを 接種した子供	31	55

出所：DHS 1993 ガーナ統計局より作成

表3-20から予防接種放棄率を算出すると、三種混合の場合27%から20%、ポリオは30%から20%と放棄率が減少している。ワクチンは、ユニセフにより供給されており、首都アクラの国際空港近くの中央ワクチン貯蔵所 (Central Cold Room) に一端保管される。各州のCold Roomへの輸送は夜間を原則とし、3ヶ月に一度である。各医療機関は必要量を各州のCold Roomへ必要時に取りに行く。ワクチンは全て無料である。ユニセフの援助を中心にコールド・チェーン体制が作られ、ワクチンの貯蔵所は1979年には全国に65、1986年には約200以上設置されている。コールド・チェーンは主としてガス式 (ケロシン) が使用されているが、適温に維持する技術と努力に欠ける点に問題がある。

1992年にガーナ統計局が全国4500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予防接種に対する平均的保健行動は次のとおりである。

：予防接種を過去に一度でも受けたことのある人の割合は82%、そのうち有料だった人の割合は88%で平均50セディである。

現行の予防接種方法は表3-21に示したとおりである。

表3-21 予防接種方法

ワクチン	接種開始年齢	回数	間隔
B. C. G.	生後間もなく	1	
D. P. T.	生後6週	3	4週間間隔
ポリオ	生後間もなく	3 or 4	2回目は生後6週目、後4週間間隔
麻疹	生後9ヶ月	1	
破傷風	15-44歳女性 妊産婦	2 2	4週間以上 妊娠5カ月と7カ月
黄熱病	1歳	1	10年毎
脳脊髄膜炎	2歳	1	5年毎

出所：保健省疫学課での聞き取り調査による

## (3) 現行の予防接種プログラム計画

ガーナにおける予防接種プログラムは、政府とUNICEF、USAID、世銀の協力の下に実施されており、下痢症対策と同時に行っているのが特徴である。現在、政府が予防接種プログラム中でとくに目標にしている点は以下のとおりである。

- 1) 1995年までに一歳未満児の予防接種率を全ての地域で80%、妊産婦に対する新生児破傷風予防接種率を75%に引き上げる。
- 2) 予防接種を実施する医療機関を拡大し、適切な医療従事者を育成する。
- 3) 予防接種に関する機器・機材（注射針・滅菌器等）の供給の50%を政府自身で調達する。
- 4) ユニセフの援助により、ワクチンの貯蔵所を110の県のうち、45の県には完全な施設を設置し、残りの65の県のうち50%にも必要物を供給する。

## (4) 問題点

最大の問題点は、資金不足による機器・機材の供給不足である。また、地域間の格差も問題で、とくに輸送・貯蔵体制に差があり、それぞれの地域にあった予防接種率向上運動が必要である。

## 3-4-3 栄養問題対策

ガーナにおいて栄養問題はとくに5歳以下の子供の重要な健康問題であるが、国レベルでの栄養調査は行われたことはなく、正確な全体像は把握できない。しかし、問題点としていくつかの要因が絡んでいることは事実であり、とくにタンパク質・エネルギー失調（PEM）、収穫の無くなる乾季の食糧不足、基本的な食事摂取量不足が挙げられる。

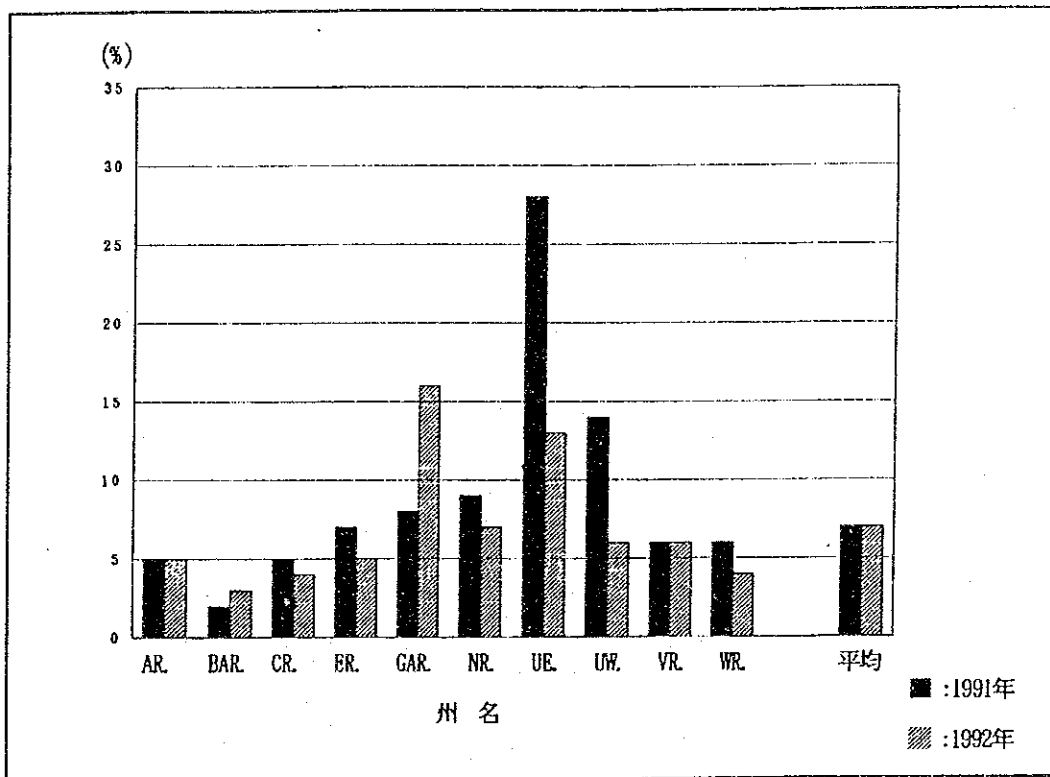
1992年のユニセフの報告書によると、PEMは就学前の子供の過半数に表れており、全国平均で20.3%の子供が、栄養失調状態の兆候を示す低体重症（年齢別標準体重に対する低体重）、31%が栄養失調状態を表す発育阻害（年齢別標準身長に対する低身長）、7.9%が栄養失調状態である消耗症（年齢別標準身長に対する低体重）に陥っている。この問題は地域間格差も大きい（図3-22）。森林地帯では、植物性食物の不足はないために総カロリーは不足しないがタンパク質不足のためにクワシオコール症が多く、全体的に食糧不足のサバンナ地方（北部3州）ではマラスマス症が多い。

栄養失調の原因は食糧事情の悪さのほかに、離乳食の知識の欠如が挙げられている。ガーナの小児の発育は、一般的に生後6カ月までは順調であるが、9カ月以降の体重が多くの児で標準体重を下回り、2-3歳ではさらに低下する。この現象の他の要因として、マラリア感染、下痢症あるいは寄生虫症により体力が消耗し栄養吸収が阻害されていることや経済的問題（低所得世帯）も挙げられている。

その他の栄養問題として、ヨード不足がある。海岸地方を除き中部、北部地方はヨード欠乏地帯と言われており、1992年よりヨード欠乏保健対策プログラムがユニセフとガーナ大学の協力により始まった。目標は2000年までにこの疾病を撲滅することである。また、ビタミンA不足も北部においては深刻な問題であり、収穫前には必要量の13%しか摂取できていない地域がある。

なお、野口医学記念研究所には栄養学部門があり、この5年間に長・短期専門家合わせて9名の日本人専門家が派遣されており、逆に1992年には日本に4名の研修生を受け入れている。これまでタンパク質・エネルギー失調（PEM）、離乳食と離乳方法、ビタミンA欠乏、鉄欠乏などに重点をおいて研究が進められてきた。

図3-22 地域別の栄養状態（標準体重の60%以下の子供の割合）



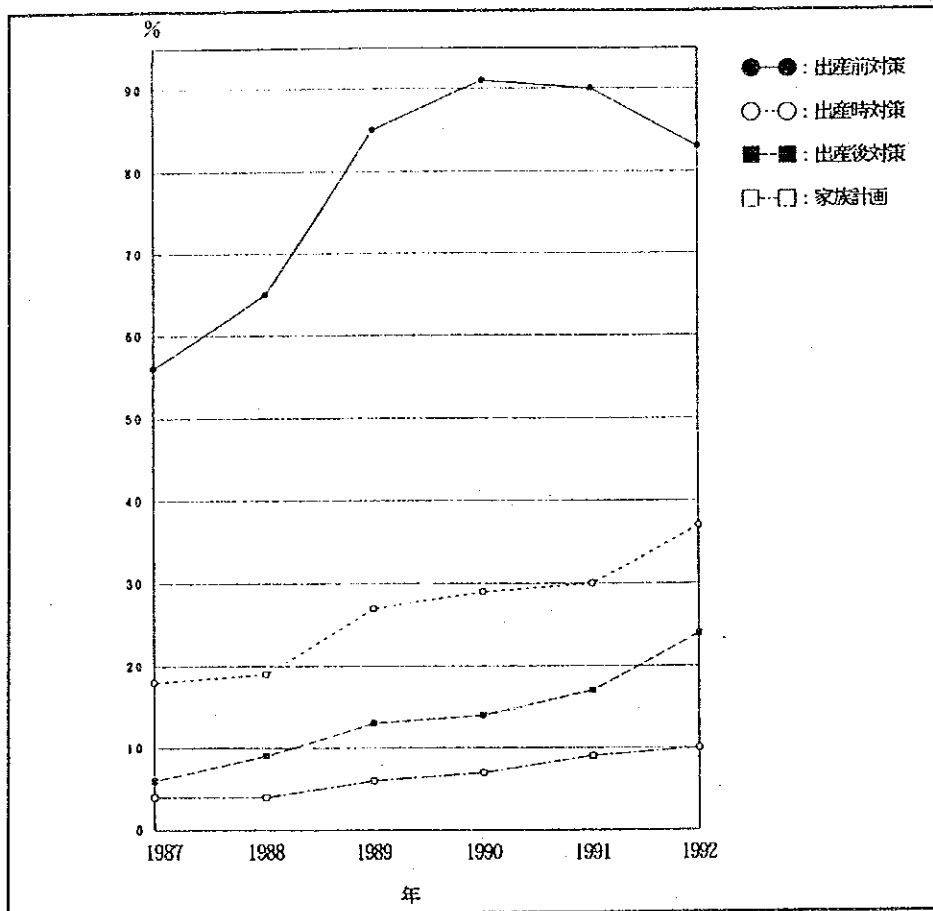
Annual report 1993 保健省 p.7 より作成



### 3-4-4 母子保健対策

ガーナでの母子保健対策は、安全な母子保健プログラム (Safe Motherhood Programme) の一環として行われており、出産前 (妊産婦ケア)、出産時、出産後の3つに管轄が分けられて行われている。それぞれの保健対策の浸透状況の推移 (図3-23) と今後の目標値を示す (表3-22)。なお、いずれの値も正確な値ではない。また、1993年の保健省年次報告によると、1992年に出産前対策が低下しているのは看護婦の6週間の労働運動 (ストライキ) の影響であるとしている。

図3-23 母子保健対策の推移 (1987-92)



出所: Maternal and child health and family planning 1992 保健省 p. i

表3-22 母子保健対策の目標値 (1993,95)

政策名	1992年達成値	1993年目標値	1995年目標値
出産前検診 (4回)	83% (2.6回)	85%	90%
保健要員下での出産	37%	40%	50%
低出生体重児の割合 *	6.6%	6%	5%
死産の割合	2.9%	2.7%	2.5%
出産後検診 (1回)	24%	40%	50%
妊産婦死亡率 **	2.7	2.0	1.5

出所：Maternal and child health and family planning 1992 保健省 p.21

\*：低出生体重児は2.5kg以下の新生児

\*\*：妊産婦死亡率は出生児1,000人に対しての割合 (ただし医療機関において)

#### 3-4-4-1 出産前保健対策 (妊産婦ケア)

##### (1) 10代の妊娠

若すぎる妊娠は妊産婦死亡に結びつきやすく、ガーナにおいても重要な問題である。過去5年間の10代の妊産婦登録者の割合を示す (表3-23)。1990年のユニセフの報告書によると、10代の妊娠は望まぬ妊娠がかなりの割合 (60.3%) を占め、そのうち22.1%が人工妊娠中絶をしていると言う。また経済的にも所得の低い層が多く、出産をした場合でも母親・子供も共に健康面以外でもさまざまな問題を抱える場合が多い。

表3-23 全妊産婦にしめる10代の妊娠者の割合 (1987-92)

(%)

	1987	1988	1989	1990	1991	1992
割合	21	30	27	22	21	19

出所：Maternal and child health and family planning 1992 保健省 p.5

## (2) 現在の課題

現在の問題点は以下の3つである。

- 1) 質的水準を向上させるための一定基準が示されていないこと。
- 2) 妊産婦登録の徹底について：妊娠3ヶ月での登録を原則としているが、現実には3ヶ月での登録者は少数（1991年32.1%、1992年30.5%）であり、さらに二重登録者も存在することなど事務的処理の不備が多発していること。
- 3) 妊産婦ケアを受ける割合は約83%であるが、訓練された保健要員の下での出産は37%であり、出産前と出産時での保健対策に連続性がない。

このほかに慢性的な機器・機材不足が挙げられる。

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、妊産婦ケアについての平均的保健行動は次のとおりである。

：妊産婦検診を過去に一度でも受けたことのある人の割合は73%、その平均回数は5回、最初の検診費用は平均800セディである。

## 3-4-4-2 出産時（分娩）対策

## (1) 伝統的産婆（Traditional Birth Attendant : TBA）訓練プログラム

農村部においては妊産婦は、伝統医療と精神的に強く結びついており、身近な環境内での出産を好む者が多いため、伝統的産婆の利用が多い。このため政府としては、伝統的産婆の質の向上をめざすため伝統的産婆の訓練プログラムを実施している。プログラムの内容は、①基本的管理能力の向上、②基礎的備品の供給、③地域の情報・教育・相談局との連携、④臨床的技術の向上などであり、精神的出産ケアの否定を図っている。なお、このプログラムに参加した伝統的産婆の数は1992年14,726人、1993年26,430人である。

## (2) 現在の課題

現在の問題点として以下の3点が挙げられる。

- 1) 出産時（分娩）対策の質的水準の向上：人材・機器・備品などの補充
- 2) 専門医への連絡体制の確立
- 3) 分娩時および新生児に関するデータ収集・分析

過去3年間に出産した女性の出産時における保健状況と社会的背景との関連性を表3-24に示す。

表3-24 出産時における保健状況と社会的背景

(%)

	破傷風 接種率	出産時に立ち会った医療従事者				対象 者数
		医師	看護婦	産婆	立会者無	
年齢						
< 20	75.4	5.9	41.5	13.8	38.8	289
20 - 34	80.0	6.4	38.7	15.4	39.5	1,542
35+	68.5	8.0	27.3	16.3	48.4	337
都市と地方						
都市部	91.3	16.5	64.7	4.7	14.1	600
地方	72.4	2.7	26.8	19.4	51.1	1,568
学歴						
教育歴無し	67.3	3.1	20.7	14.7	61.5	865
初等教育前半	76.6	6.2	35.1	17.9	40.8	402
初等教育修了者	86.9	8.2	53.0	16.1	22.7	781
中等教育修了者	95.0	21.7	62.5	5.8	10.0	120

出所：DHS 1993 ガーナ統計局 p. 30

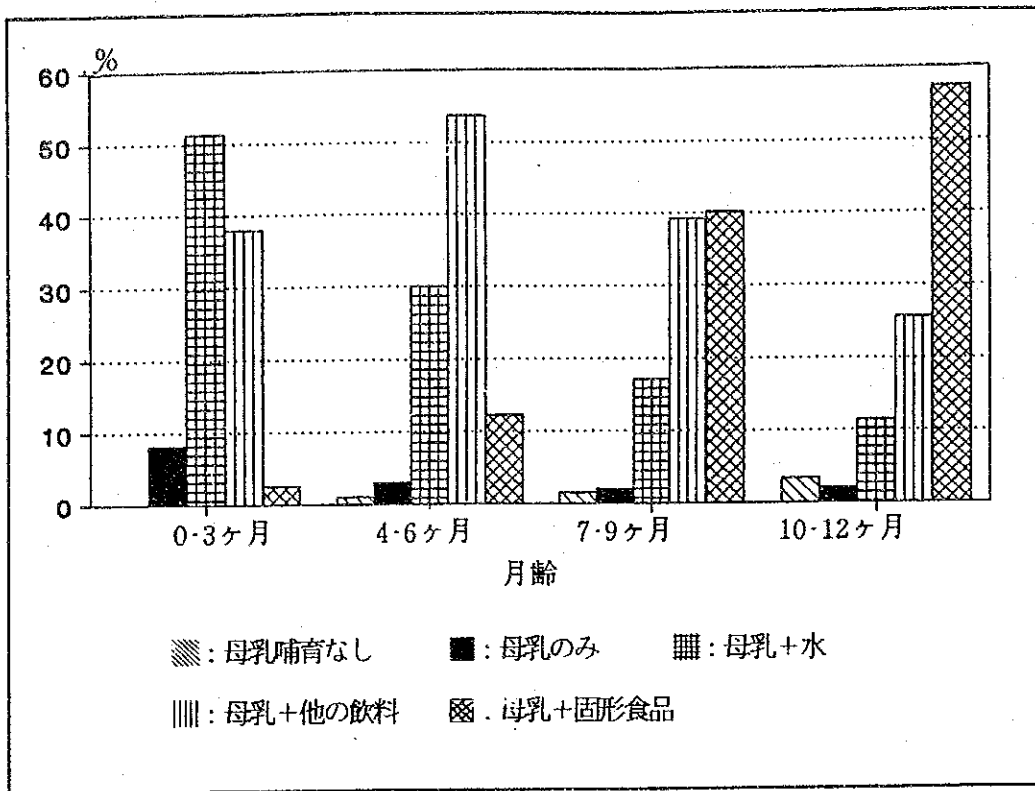
## 3-4-4-3 出産後の保健対策

保健センターなどで出産した場合は、約3時間以内に、病院での出産の場合でも24時間以内に退院するのが普通であり、臍の処理などの分娩直後の管理でさえも不十分なところがある。

出産後の保健対策の基本は、出産後14日以内に保健要員が家庭を訪問し、①母子の健康状況を観察し、②家族計画サービスを行い、③母乳を促進し、④健康・栄養教育を行い、⑤新生児に対しての予防接種を勧めることである。

近年、この保健政策は活発化傾向を示しているが、この保健活動の必要性がまだ十分に浸透していないのが現状である。とくに母乳哺育の問題は、栄養問題とも絡み重要な保健対策である。WHOによるとすべての新生児を最初の数カ月間完全に母乳で育てると年間100万人の乳児の死を防ぐことができるという。市販の粉ミルクの無料または低価格の配布の停止は、「母乳育児成功のための10カ条」の一つで、ガーナもこの方針に従い粉ミルクの配布停止を行っている。しかし、図3-24に示したように完全母乳での習慣はまだ浸透していない。

図3-24 母乳哺育の実態 (1993)



出所：DHS 1993 ガーナ統計局 p. 37

### 3-4-5 家族計画

#### 3-4-5-1 人口政策

ガーナ政府は、1969年、人口増加と経済発展の均衡を保つために人口政策を策定した。政策の基本方針は理想的な家族サイズを達成することであり、主要な国内の保健機関および海外の援助機関の協力の下、家族計画に関する調整のための国家事務局 (National Secretariat) を設置した。以下にガーナ国家家族計画プログラムの目標と戦略を示す。

#### 〈目標〉

この計画は国民生活とくに家庭生活を支援するものであり、

- (1) 出産間隔をあげ、
- (2) 望まない妊娠を防ぎ、
- (3) 不妊を管理し、
- (4) 生殖に関する健康管理を改善すること。

具体的には官民協力の下、2000年までに以下のことを実現するよう努力をする。

- (1) 出産間隔を最低3年とすること。
- (2) 近代的避妊方法の普及に努め、避妊具の使用率を現在の9.5%から30%に引き上げる  
こと。
- (3) 合計特殊出生率を現在の6.7から5.0へ下げること。
- (4) 平均母乳育児を18ヶ月に延ばすこと。

#### 〈戦略〉

この計画の基本戦略は、プライマリー・ヘルス・ケアの原則と一致するものである。

- (1) 発展／社会福祉委員会 (Development / Social Welfare Committees) の機能と連携し、全ての地域住民の参加を促し地域に根付いた活動とすること。
- (2) 人口増加問題の重要性を明確に定義し、実行可能な計画策定をすること。
- (3) 協力が可能である全ての組織と連携すること。

ガーナの人口動態については3-2 人口の項を参照されたい。1993年におけるガーナの人口増加率は政府推定発表2.9% (国連人口基金推定発表3.1%)、合計特殊出生率6.0、家族計画実行者13%であり、これらの数値から算出すると、現在の人口が約30年後に2倍なると予測されている。

#### 3-4-5-2 家族計画の現状

国連人口基金が開発した「家族計画努力指数」を使うと、現在の発展途上国の平均指数は最も低い1から最も高い100までの尺度で測って44になる。この指数は家族計画利用の難易度など30の要素を考慮したもので、1980年代初期にはじめて使われたときの発展途上国の平均は29であった。ガーナの指数は現在55であり、努力が中程度の国とされている。また、1980年代の10年間に30ポイント以上指数を上げた国は世界で12ヶ国であったが、ガーナはその国の一つであり34ポイント引き上げた。

過去7年間の家族計画センター利用者の推移を示す (表3-25)。

表3-25 家族計画センター利用率 (1987-93) (%)

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	7ヶ国平均
割合	4	4	6	6.6	8.6	10	13*	14

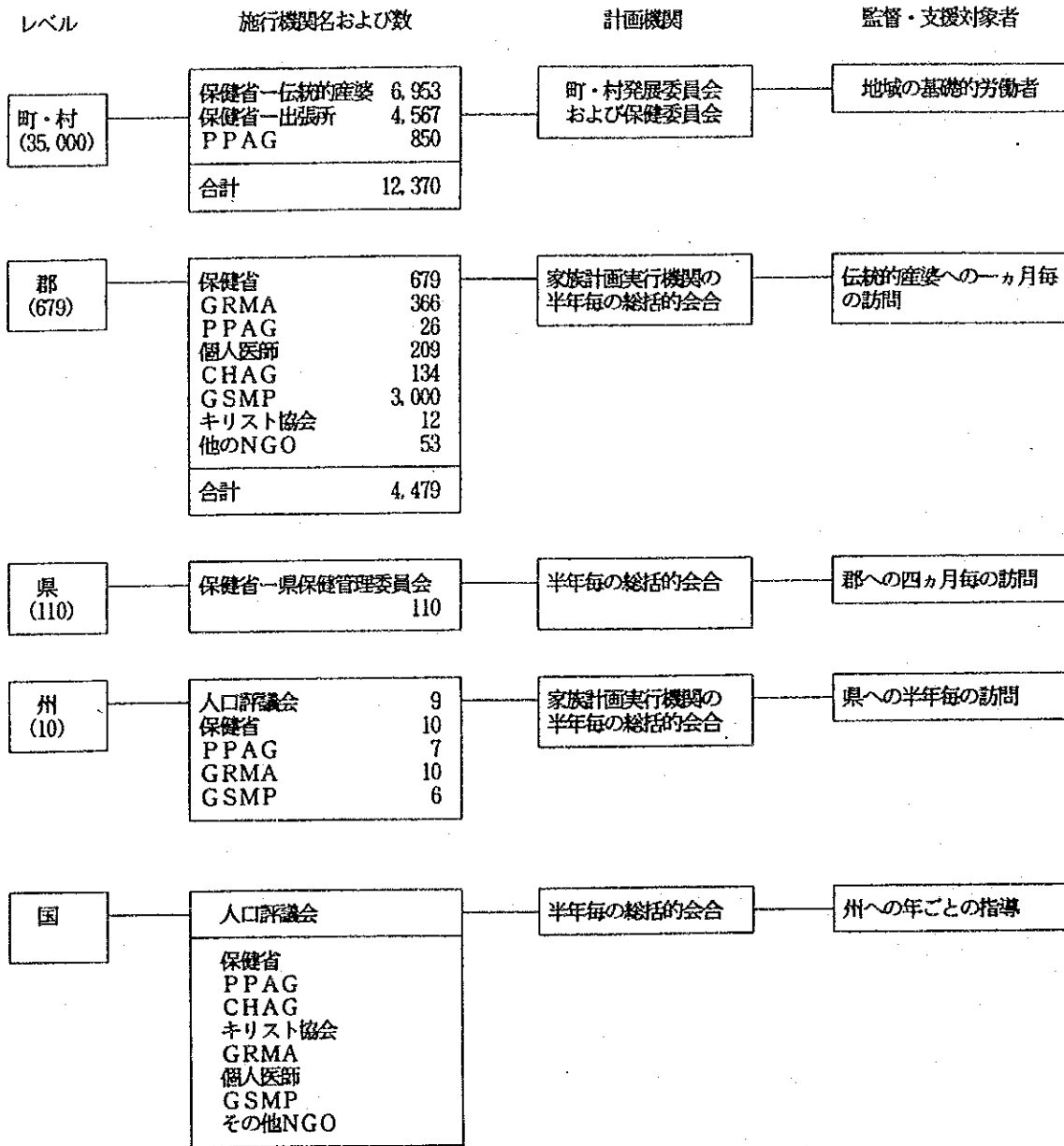
\* : Annual report 1993 保健省 p.6

出所 : Maternal and child health and family planning 1992 p.13

(1) 家族計画の関連機関とその機能

家族計画の実施に関しては、国、州、県、郡、地域の5つのレベルに分けそれぞれが縦の関係重視しながら、保健省を中心に非政府団体の協力も得ながら進めている。現行の家族計画の関連機関名称と数、またそれぞれの機能について図3-25に示す。

図3-25 家族計画の関連機関とその機能

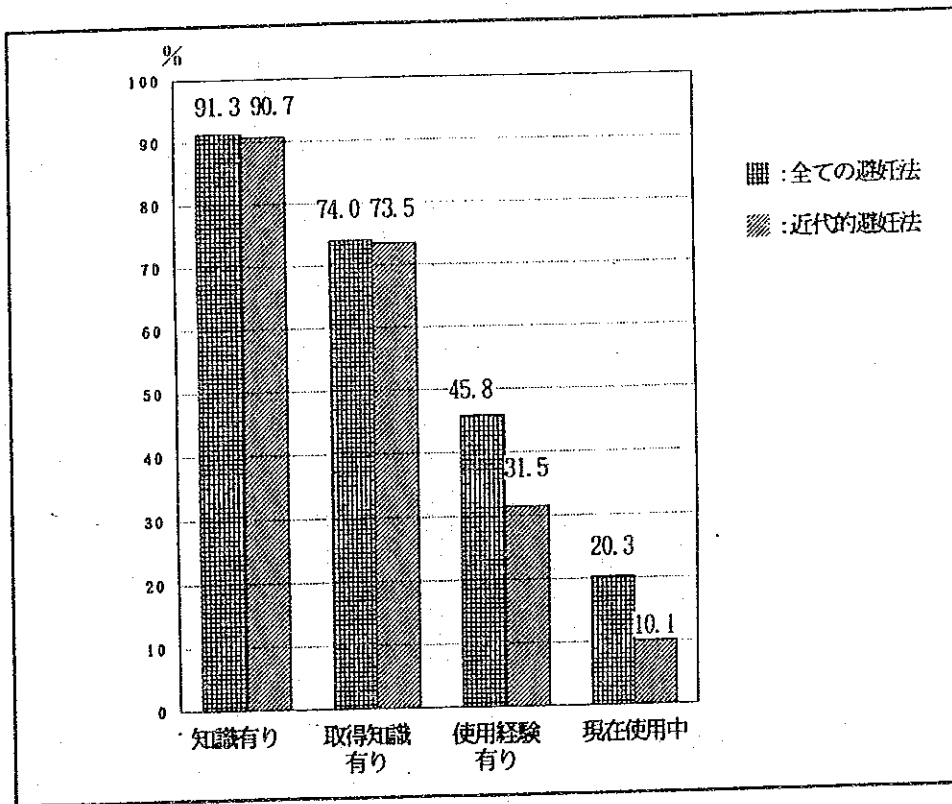


出所：Annual report 1993 保健省

(2) 避妊具の普及

1993年のガーナ統計局の調査によると、ガーナの出産可能年齢にある女性のほとんど（約90%）が家族計画（近代的避妊方法：表3-26参照）に対して何らかの知識を持っているが、その使用経験者は約3分の1の約30%であり、現在も使用している人は全体の10%にすぎない。一方、伝統的方法で家族計画を実行している人の割合も全体の10%ほどであり、いかなる避妊もしない女性の割合は約80%にも上る（図3-26）。避妊方法で最も知られている方法はコンドームとピル（それぞれ79%）であり、ついで注射（75%）、伝統的方法（周期法、膣外精射など：68%）、女性不妊手術（67%）の順である。しかし、各避妊具の普及率との関連は薄く、知識と実行との大きな差をどのように埋めるかがこの国の家族計画の最大の課題である。

図3-26 既婚女性の家族計画（避妊）に対する知識と実行



出所：DHS 1993 ガーナ統計局 p.18

一般的に、女性の教育レベルが上がると家族計画（避妊具の使用）の実行率が高くなるという相関関係があるとされているが、ガーナでも例外ではない。1993年の調査報告によると、教育を受けたことのない女性では3%しか近代的避妊具を使用していないのに対し、初等教育を受けた女性では12.4%、中等教育以上を受けた女性では25.0%と学歴があがるにつれ、避妊具の使用率が上がるという結果が出ている。各避妊具の普及の実態を表3-26に示す。



表3-26 既婚女性の避妊具の普及割合 (1988,93)  
(%)

	1988	1993
近代的避妊法		
ピル	2.8	3.2
IUD	0.7	0.9
避妊注射	1.2	1.6
避妊ベッサリー	1.1	1.2
コンドーム	2.6	2.2
その他	0.8	0.9
小計	9.2	10.0
伝統的避妊方法		
周期法	7.3	7.5
膣外精射	1.9	2.1
その他	0.5	0.5
小計	9.7	10.1
避妊せず	81.1	79.9
合計	100.0	100.0

出所：DHS 1993 ガーナ統計局 p.20

## (3) 避妊具・薬の提供状況

近代的避妊具・薬の入手は、52%が民間部門（おもにNGO）から、43%が公共部門からである。ピル、避妊ベッサリーおよびコンドームを入手する場合は民間部門、IUD、避妊注射液および女性の不妊手術を受ける場合は公共部門を利用する傾向がある。首都アクラの家族センター関係者（NGO）によると、この1、2年の間に避妊具の主流がピルからコンドームへと移りつつあるとのことであった。理由の1つとしてまた、エイズ感染防止が挙げられていた。このセンターでの避妊具の価格は、ピル1カ月分が30セディ、コンドーム1つが20セディ、IUD1回分が250セディ、避妊注射1回が200セディである。街のスーパーにおいてのコンドームの価格は1つ50セディであった。

この価格は、1カ月の平均労働者賃金が約30,000セディであることから、決して安いものではないことがわかる。

#### (5) 人工妊娠中絶の現状

ガーナでの人工妊娠中絶の実態は、統計が存在しないため、把握ができなかった。人工妊娠中絶に関する法律によると中絶は原則として違法であるが、暴行または脅迫によって妊娠した場合や、妊娠を続けることによって精神的・肉体的に母体に危険がある場合は、例外として認められている。そのため、かなり広く手術が行われているようである。

#### (6) 家族計画を妨げる要因

家族計画を妨げる社会的要因として、女性の地位の問題がある。避妊に対しての情報自体はあるが、家族計画について夫婦間で話ができないこと、とくに子供の数に関して女性側からの意見が通らない場合が多いようである。また、女性は結婚し、子供を産んで初めて社会に認められる、という社会的通念が根強くあることも事実である。さらに、地方においては子供の数が多いほど社会的地位が高くなる、という通念も未だにあるという。一方、家族計画センター関係者によると、経済的理由によりセンターでの相談を中断する場合も多いという。

### 3-4-5-3 問題点

以下に現行の家族計画の問題点を記す。

- (1) 家族計画の普及率が正確に把握できていないこと。
- (2) 避妊具・薬品の供給が安定していないこと。
- (3) 男性に対する対策が少ないこと。
- (4) 健康上のスクリーニング（血液・尿検査、血圧測定等）が十分に行われていないこと。
- (5) 社会習慣（出産後の習慣、避妊薬の副作用に対する恐れなど）
- (6) 保健センタースタッフの家族計画への認識不足。

## 3-4-6 マラリア対策

「ガーナ共和国感染症基礎調査報告書」(1988)によると、マラリアはガーナにおいて最も重要で問題の多い疾病であり、長年にわたって多くの人々が悩まされ命を縮めてきた病気である。この地が暗黒大陸と呼ばれる最大の所以は、一人当たり年間の感染頻度が平均3.1回であり子供の死亡の大きな原因ともなっているマラリアの蔓延にあると言っても過言ではない。このように重要な疾病であるにもかかわらず、対策にはほとんど手がつけられていない。立場を変えてみれば、この国においてはマラリアは極めて普通の病気であり、マラリアに感染しても日本人が風邪にかかった程度の意識しかなく、また保健省などの行政機関はその対策にめどが立たず、手をこまねいている状態である。

このような状況の中、1993～95年に全国レベルでのマラリア行動計画がたてられた。以下この行動計画書より目標および戦略を記す。計画がどの程度進んでいるかの実態を示す資料は得られなかった。

## 〈目標〉

- (1) マラリア関連での死亡を減らすこと。
- (2) マラリアの罹患率を減らすこと。
- (3) 妊産婦や子供のような抵抗力の弱い集団のマラリアでの死亡率を減らすこと。

## 〈戦略〉

- (1) ガーナにおけるマラリアの罹患状態の分布および種類を明らかにする。
- (2) マラリア対策に従事する保健要員の知識と技術を向上させる。
- (3) 保健医療機関における診断および治療を強化する。
- (4) マラリアの危険性を一般住民に意識させ、マラリア保健対策がプライマリー・ヘルス・ケアの一環に組み込まれるようにする。
- (5) マラリア対策がどの程度浸透しているかの監視・評価体制をつくる。
- (6) 抗マラリア薬を普及させる。

援助機関としては主に、USAID、UNICEFが支援を行っている。

## 3-4-7 エイズ対策

国レベルでの対策は、1985年エイズに関する技術委員会(The National Technical Committee on AIDS)が最初である。この委員会の成果として、野口記念医学研究所にエイズウイルスの抗体を追求する設備を設置したことであり、以降野口記念医学研究所がエイズウイルス検索の中心となっている。ガーナでのエイズ患者の報告は、1986年になってからであるが、その後感染者が急速に広がっていると判断され、1989年保健省は、USAID、WHOの援助のもと短期保健計画(STP)と中期保健計画(MTP)を立てた。これらの計画の具体的対策は以下の3点である。

- (1) 血液検査体制を整備し、地域の血液バンクを強化する。
- (2) その他の性感染症を予防し管理する。
- (3) 保健要員に対して基本的な防御備品を供給するとともにエイズに関する教育をする。

さらに、1992年には広く国民に対してのエイズ教育、臨床管理を含む保健対策・調査などを中心とする海外援助団体（WHO、USAID、UNICEFおよびGTZなど）の支援が決定し、ガーナ政府エイズ保健政策が立てられた。この保健対策の主なる戦略は徹底した健康教育である。また、ODA（イギリス）が中心となり、エイズ抗体キットの配布のためのエイズ感染調査が1993年より始まった。

1993年のWHOの年次報告書によると、現在のエイズに対する具体的保健対策は以下の3点である。

- (1) エイズに対する意識を高めること。
- (2) コンドームの使用率を高めること。
- (3) HIV感染者に対して支援すること。

(1)に関してはとくに高校生などの未成年者を対象にすること。また報道機関を通しての広報活動が含まれている。(2)に関しては、コンドーム使用を拒む人に対してコンドームの重要性を理解させることが中心になっている。

USAIDはエイズに関する最大の援助機関であり、1987年よりガーナ政府が行った4つの大規模保健対策を援助してきた。年代、援助計画名および具体的目的は以下のとおりである。

- (1) 1988年、短期保健対策に対して援助額10万ドル：教育病院職員に対してのエイズ汚染物質の処理の仕方およびHIV感染者に対しての接し方などのエイズ教育。
- (2) 1991年、保健省健康教育課に対して援助額90万ドル：エイズの全国的広がりに対しての警告キャンペーン。
- (3) 1991年、保健省に対して援助額65万ドル：エイズ感染の危険性が大である集団に対しての調査。主な集団は海外派遣されていた軍隊である。血液検査やコンドーム配布を行った。
- (4) 1991年、ガーナ政府エイズ保健対策に対して援助額100万ドル：家族計画と連動して避妊具の供給。エイズ情報センターを主要4都市（アクラ、クマシ、タマレ、およびタコラダイ）に設立する。エイズ教育の徹底。

## 3-4-8 下痢性疾患対策

下痢症に対する保健対策は、予防接種対策と連動して行われている。1992年に行った保健対策より明らかになったことを以下に記す。

- (1) ORSに対する母親の意識が徐々に向上し、またORSが入手し易くなった。  
 : ORSを入手するための距離が5キロ以上の人の割合が、1989年には25%だったのが、1992年には16%に減少した。また、ORSの重要性を認識している母親の割合が1989年には56%だったのが1992年には80%に増加した。
- (2) 医療機関の調査によると、下痢症に対する地域の保健員の知識が低いことが明らかになった。  
 : 患者は十分な処置が施されておらず、ORTを受けていない。また、指示されていないときに抗下痢薬や抗嘔吐薬が使われている。

ORSの供給は1988年以來の国内企業による生産増加に伴い、保健省からの供給が減少している。これはテマにある保健省の中央薬品供給所よりも、都市の民間薬局から得る傾向が強いためである。しかし、保健省の資料によると、全体の供給量が1991年に比べ1992年には減少していることも事実である。なお、1989年のガーナ統計局のDHSの統計によると、ORSの使用の状態は、下痢症の子供のうち、約43%が医療機関で治療を受けているが、33%は家庭でORS療法で処置をし、6%が家庭で作った水分で手当をし、残りの24%は伝統的な処置を家庭内でしている。

表3-27に示したように、ユニセフ（「世界子供白書」1990-95）によると、ガーナのORSの使用率は1986年より順調に増加しているが、サハラ以南アフリカ諸国の平均49%（1993）より低い。

表3-27 ORSの使用率の推移

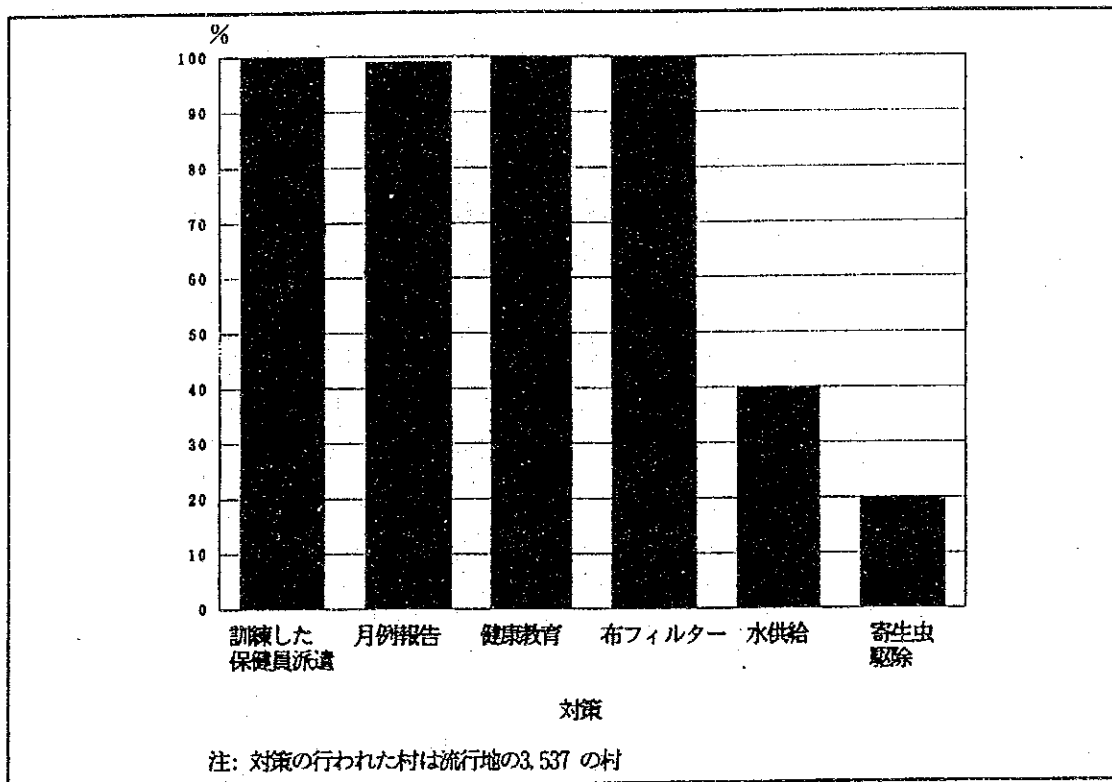
年	1986-87	1987-88	1987-89	1987-91	1987-92	1987-93
割合 %	10	21	21	21	44	44

出所：世界子供白書 1990-95 ユニセフ

## 3-4-9 メジナ虫症対策

この国でのメジナ虫症対策は、1987年に始まり、健康教育、飲料水のフィルター使用、安全な水の供給を柱に1995年までに撲滅することを目標としている。主な保健対策としては、全ての流行地域に教育を受けた保健員を配置すること、住民への健康教育、ナイロンフィルターの配布、毎月の罹患状況の報告を義務づけること、メジナ虫駆除および安全な飲料水の供給である。それぞれの実施率を図3-27に示した。

図3-27 メジナ虫症保健対策の実施率



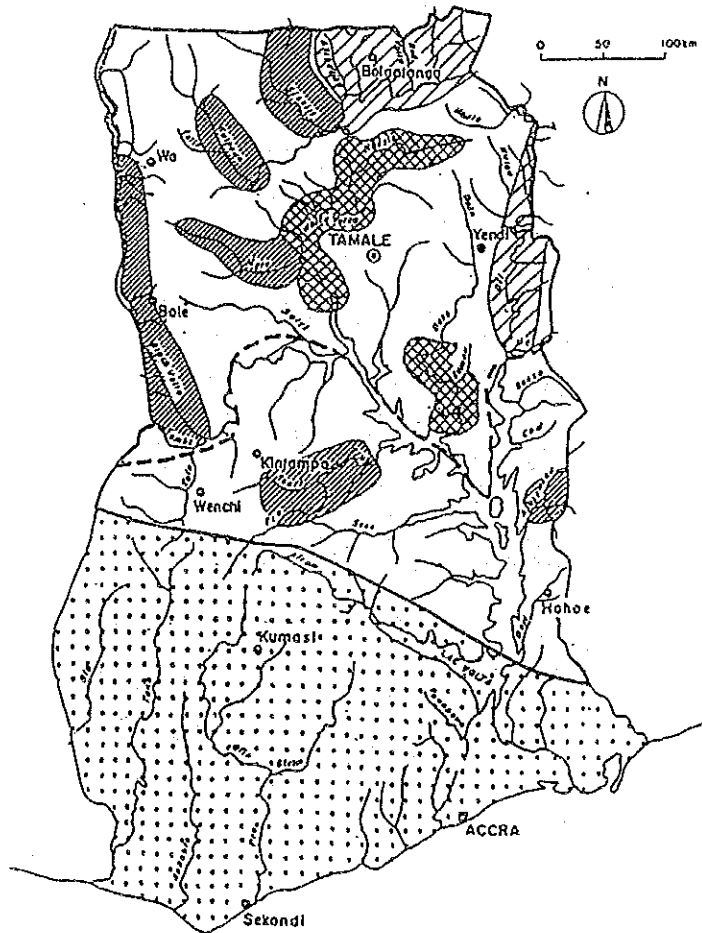
出所：保健省疫学課提供資料 1994

なお、北部に派遣されているJOCV隊員が1990年よりタマレ周辺の村で、実験的にドラム缶を用いた砂ろ過器を流行村に配布し、メジナ虫症保健対策を実施した。この結果、1991年には村人約1,000人に対して患者数は月平均約104人であったが、プロジェクトを開始しほとんどの家に設備が設置された1年目には、患者数は月平均59人、2年目には4人まで減少した。また、1993年には保健省からのナイロンフィルターの配布との併用もあり、2人まで激減した。現在(1994年9月)では、砂ろ過器かナイロンフィルターのどちらか一方を使うという指導が行われている様である。しかし問題は乾季に残っており、乾季の終わり頃は飲料水をどのようにして確保するかが最大の課題であり、その水が安全か否かは二の次になるからである。

3-4-10 オンコセルカ症対策

オンコセルカ症の保健対策は、1970年にガーナだけでなく周辺の7ヶ国が共同調査機関を作り1973年に基礎調査が終わった段階で、WHOにその撲滅対策についての援助を要請した。1974年から20年間計画でWHO、UNDP、FAO、世銀の協力の下にオンコセルカ症対策（OCP）が始まった（図3-28）。

図3-28 オンコセルカ対策プログラム実施地域



- - - - - 主要感染区域との境界
- オンコセルカプログラム実施区域の境界
- ⋯⋯⋯ 現在積極的に流行調査を行っている地域
- //// 幼虫駆除のための薬品散布が終了した地域
- XXXX 幼虫撲滅のための薬品散布を大規模に実施した地域
- //// 現在はオンコセルカプログラム実施対象地域ではないが、いずれ対象になりうる可能性のある地域

出所：Annual report WHO 1993

### 3-5 医療施設

ガーナの医療機関の管轄は、通常、公共医療部門、キリスト教（ミッション系）／NGO関連医療部門、伝統的医療部門および民間医療部門の4つに区分する。1993年のベッド数で見ると公共部門が13,939床、キリスト教（ミッション系）／NGO部門が4,642床および民間部門が324床であり、全体で18,905床である。

伝統的医療部門は3-8-3 伝統医療の項で述べる。

#### 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

公共医療部門の中心は保健省であるが、衛生関係については地方自治開発省 (LOCAL GOVERNMENT AND RURAL DEVELOPMENT)、身体障害者のリハビリ施設は労働社会福祉省 (EMPLOYMENT AND SOCIAL WELFARE)、栄養関連政策は一部食糧農業省 (FOOD AND AGRICULTURE)の管轄にさらに大学病院、警察病院はそれぞれ教育省 (EDUCATION)、国防省 (DEFENCE)の管轄である。

ミッション系／NGO関連医療部門は、国内に約50のNGOがあり保健分野での活動をしている。とくに大きいNGOはチャグ (The Christian Health Assosiation of Ghana: CHAG) とカトリック保健教会 (The Catholic Health Secretariat Serve: CHS) であり、各地に医療施設を持ち、活動している (詳細は第4編)。

公共医療機関とミッション系／NGO関連医療機関は、非常に密接な関係にあり、多くの郡ではミッション系／NGO関連医療機関が公共部門の保健政策に携わっている。また、政府が財政的な面でミッション系／NGO関連医療機関に援助している場合もある。この二つの部門で総ベッド数の98.3%を占めている。

地域別の医療施設数を表3-28に示す。

##### (1) 病院 (Hospital)

ガーナには165の病院がある。うち2つの教育病院、8つの州立病院、48の県および特殊病院は保健省の管轄であり、25の病院は関連機関の省が管轄する病院である。残りの病院のうち、43がミッション系であり、39の病院はNGOあるいは民間医院である。

##### (2) 保健センター (Health Center)

全国に592の保健センター (保健センターまたは保健ポスト) がある。うち、376の施設が保健省、17の施設が関連機関の省、62がCHAG／ミッション系の管轄であり、のこりの137の施設が民間医療機関である。

##### (3) 診療所／助産所 (Clinics/Maternity Homes)

ガーナには954の診療所／助産所がある。うち、保健省管轄の施設は半分以下の259である。民間医療機関のうち、63%が首都アクラと第二の都市クマシに集中している。特に産婦人科系の診療所は3分の1以上がアクラにある。



これらの医療施設に関する現在の課題は、施設の老朽化と保守・修理である。また、殆どの施設で衛生的な水の供給が受けられず、半数近くの施設が定期的な停電に対応するための自家発電器を持っていない。これらの問題を克服するために、世銀、ODA（イギリス）およびアフリカ開発銀行などから援助を受けている。

表3-28 地域別の医療施設数

州名	病院				保健センター				診療所		合計
	MOH	QGR	CHAG	NGOs	MOH	QGR	CHAG	PRVI	MOH	OTH.	
アシャンテ	5	3	9	1	69	2	18	72	11	93	283
ブロンゴアファン	3	3	10	0	27	0	2	8	63	87	203
セントラル	7	2	5	0	34	1	6	19	9	50	146
イースタン	11	2	4	0	34	0	5	19	80	125	250
グレイターアクラ	6	5	1	27	21	10	0	6	11	38	270
ノーザン	4	1	2	1	35	0	5	1	12	51	67
アッパーイースト	3	2	1	2	7	3	4	8	0	10	58
アッパーウエスト	3	0	2	0	27	0	13	2	0	30	52
ボルタ	7	1	6	8	84	0	5	1	73	164	253
ウエスト	9	6	3	0	38	1	4	1	0	47	62
合計	58	25	43	39	376	17	62	137	259	693	1644
割合 (%)	3.5	1.5	2.6	2.4	22.9	1.0	3.8	8.3	15.8	42.2	100

MOH : 保健省管轄

NGO : 民間および非政府団体

QGR : 他の省

PRVI : 民間医療機関（個人医院）

CHAG : ミッション系

OTH. : その他

注：各欄の数値と合計数が合致しないところがあるが、原典よりそのまま引用した。

出所：保健省提供資料 1994

### 3-5-2 民間医療施設

民間医療施設における総ベッド数（324床、約1.7%）からもわかるように、この部門は都市部のかなり限られた層の人たちが利用する施設である。しかし、実態についての総合的な情報は得られなかった。

### 3-5-3 主な医療施設

#### (1) コレブ教育病院

医師数248名、看護婦数1,097名、ベッド数1,700床（1994）でガーナにおける最大の規模の国立大学付属病院であり、この国で最も優れた病院である。1992年度の年次報告の医療統計によると、1992年の外来患者数は519,203人（新規患者数203,754人、40%）であり、1991年に比べ6.8%の増加である。なお、外来患者部門の患者数の内訳は、小児科が27.2%、一般総合科（Polyclinic）15.2%、産婦人科13.1%の順である。入院患者数は、49,072人であり、1991年に比べ13%の増加である。入院患者のうち41,446人の退院患者があり、2,722人の死亡が記録されている。また、産婦人科を除く平均ベッド占有率は74.4%、平均入院日数は8.8日である（産婦人科は平均ベッド占有率93.3%、平均入院日数4.1日であった）。主要疾病は、外来患者では昨年と同様マラリアであり、入院患者では罹患疾病、死亡疾病共に10位以内に循環器系疾患が記録された。年次報告には病院運営や医療設備に関する総括の章がなく、全体的な問題点や課題が把握できない。以下、問題点が報告されている主要な科について紹介する。

- 一般外科：救急体制の不備、施設機器の不足、基本的な薬品不足、スタッフ特に専門医不足。
- 胸部外科：機構改革によるX線科のスタッフ不足、培養機器の不足、結核診断薬および治療薬不足。
- 産婦人科：年間ベッド占有率は100%以下であるが、季節によって170%を超える時期があること。

なお、この他に小児科、小児外科、内科、脳外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科、歯科、胸部疾患科、放射線科、検査科（血液、生化学、病理組織、微生物、ウイルス）、血液銀行などがある。

## (2) P. M. L. (Princess Marie Louise) 病院

医師数3名、看護婦数71名、ベッド数68床の首都アクラ市内にある子供専門病院である。1993年度の総患者数23,320人であり、1歳以下の患者の割合が約30%、男女比はほぼ同数である。調査時(1994年)での入院数は26名であり、ベッド占有率は約4割程度であった。

入院患者のほとんどが重度の栄養障害児であり、他の疾患はコレブ教育病院へ送られている。調査時には、JICA医療専門家が週に2回栄養相談・調査を行っていた。

## (3) Phillips Clinic &amp; Nyaho Clinic

どちらも日本人が良く利用する民間の医療機関である。とくにPhillips Clinicは、JOCVの顧問医で、ガーナ大学医学部の元学部長であるDr. H. H. Phillipsによる個人病院であり、一応全ての診療科目を診察する。また必要であれば各専門医を紹介してくれる。

Nyaho Clinicは、医師数約15名、ベッド数26床の外国人が良く利用する病院である。盲腸や帝王切開などの簡単な手術が可能である。どちらの病院も使い捨ての注射器、針を使用しており、超音波検査、胃カメラ、胃透視などの特殊検査も可能である。

## 3-6 医療従事者

## 3-6-1 医療従事者の概況

ガーナにおける総医療従事者数（公共・民間共）を記す（表3-29）。世銀の資料（World Development Report 1994）によると医師一人当たりの人口の推移は、1970年に12,910人であったが1990年には22,970人に増加し、1993年には14,740人に再び減少した。一方、看護婦一人当たりの人口は1970年には690人であったのが1990年には1,670人に増加し、1993年には1,975人である。なお、後発開発途上国の医師一人当たりの平均人口は、1970年に22,380人、1990年には11,190人また、看護婦に関しては1970年に11,580人、1990年には2,690人であり、ガーナは後発開発途上国の平均に近い。しかし、1988年の保健省資料によれば医師数の地域格差は大きく、コレブ教育病院を州内に持つグレイターアクラ州では医師一人当たりの人口は5,764人であり一方北部のノーザン州では63,095人である。

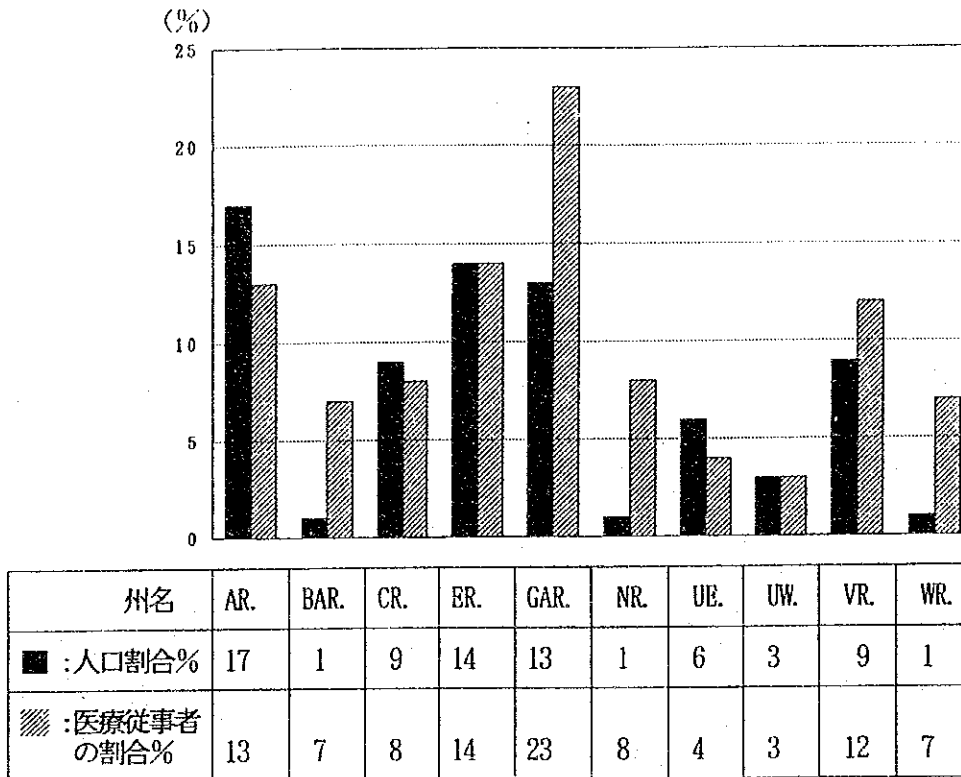
表3-29 総医療従事者数（公共・民間共）（1993）

医師	歯科 医師	薬剤師	正 看護婦	助産婦	検査 技師	栄養士	放射線 技師
1,445	62	789	5,013	2,844	532	453	205

出所：Annual report 1993 保健省

ガーナの保健医療従事者における問題点として、人材が国内の一部地域へ偏在していることが挙げられる。第二の都市クマシがあるアシャンテ州は、国内で第2番目の大規模国立病院（コンフォアノキー教育病院）を有しながらも人口に対する保健医療従事者の数は全国レベルより少ない。一方、農村部であり、州の人口の割合が全体の1%である北部ノーザン州では、保健医療従事者数の割合は全体の8%を占めている。州別の保健医療従事者の割合と人口割合を図3-29に示すが、大都市集中のような一定傾向があるとは言えない。

図3-29 州別保健医療従事者の割合と人口割合



出所：Annual report 1993 保健省 p.14

医療従事者の現況を医療現場に携わっているJOCV隊員の報告書（原文をそのまま引用）からいくつか紹介する。

- (1) 業務時間は朝7:30から午後1:30までであるが、朝は遅れてくることが多く、患者さんがいなくなると時間前でも閉めて帰ってしまう。何回か話し合いをもったが理解してくれない。
- (2) 基本的衛生知識や病気のことについての知識がとても低い。例えば看護婦が注射前のアルコール消毒に洗濯用石鹸を使おうとする。
- (3) 1993年になって病院の職員（公務員）が10人ほど解雇になった。また、セデイが一年前より1.5倍ほど安くなっているのに（1993年1ドル=650セデイが1994年1ドル=1,000セデイ）職員の給料は変わっていない。情勢の不安定さを感じる。

## 3-6-2 医療従事者の養成

## (1) 医師・歯科医師・薬剤師の養成

医師の養成機関は、現在ガーナ大学、クマシ工科大学の2機関であり、入学定員は前者60名、後者40名である。修業年限は6年。後半の3年は英国の指定大学での研修となるが、1994年度より国内で全ての課程が修了できるようになる予定である。しかし、専門医になるには外国での研修が今後も必須とされる。主な研修先はアメリカ合衆国である。また、2年前より前半の3年間で修了した時点で、学士号(B. S. C.)を授与している。ガーナ大学医学部では入学定員の25%は必ず女子学生としている。なお、北部タマレに1994/95年度に医学部が新設される予定である。

歯科医師の養成機関は、国内には存在しない。国外(主にイギリス)の養成機関を修了した者がガーナに戻り歯科医師として従事する。

薬剤師の養成機関としては、クマシ工科大学に薬学部が1991/92年度より開設された。入学定員は40名。修業年限は3年。

入学資格は、医師、薬剤師ともに新制教育課程(6-3-3)を修了し、統一試験に合格した者であるため、かなり競争率は高い。また、資格取得後、一定期間国内での勤務が義務づけられる。

## (2) 看護婦(士)・助産婦の養成

看護婦養成機関は、正看護婦養成と准看護婦養成の二つに大きく分けられる。

正看護婦養成機関は、ガーナ大学看護学部(1991年開設)および全国に4校ある州立の看護養成学校である。ガーナ大学看護学部は新制教育課程修了者(6-3-3)に限られているが、州立の場合は旧制度修了者(6-5)でも入学が可能である。修業年限は共に4年。なお保健婦(Public Health Nurse)および助産婦(Midwife)になるには、上記のどちらかの機関を修了、あるいは専門の養成機関を修了後、コレブ教育病院での1年間の研修が必要である。

准看護婦養成機関は、コミュニティー・ヘルス・ナース学校(Community Health Nursing School)が全国に15校ある。入学資格は中等教育修了者(6-3)であり、修業年限は2年。なお、この他民間養成機関としてミッション系病院内に養成機関があるが、数・実態共に不明である。

## (3) 医療技術者の養成

ガーナ大学とクマシ工科大学に医療技術学部がある。これらの卒業生は、普通の技術者養成機関修了者よりもレベルの上の者として扱われる。入学資格は統一試験の合格者であり、修業年限は4年（最終学年は臨床研修）。この他、各州に医療技術養成機関がある。これらの入学資格は中等教育修了者（6-3）であり、修業年限は3年（最終学年は臨床研修）。ただし、放射線技師養成は4年である。

保健省は、これらの中間層としての医療技術者を養成するための機関を全国に34有している。これらの機関名と1992年の卒業生数を表3-30に示す。

表3-30 医療技術者養成施設と卒業生数（1992）

養成機関名	施設数	卒業生数
州立看護学校	4	164
コミュニティーヘルス・ナース学校	15	427
助産婦学校	10	236
心理カウンセラー養成機関	2	637
検査技師学校	1	27
医療補助員養成機関	2	110

出所：Annual Report 1993 保健省 p.14

## 3-7 医薬品・医療器具・衛生材料

## 3-7-1 公共部門における医薬品供給と課題

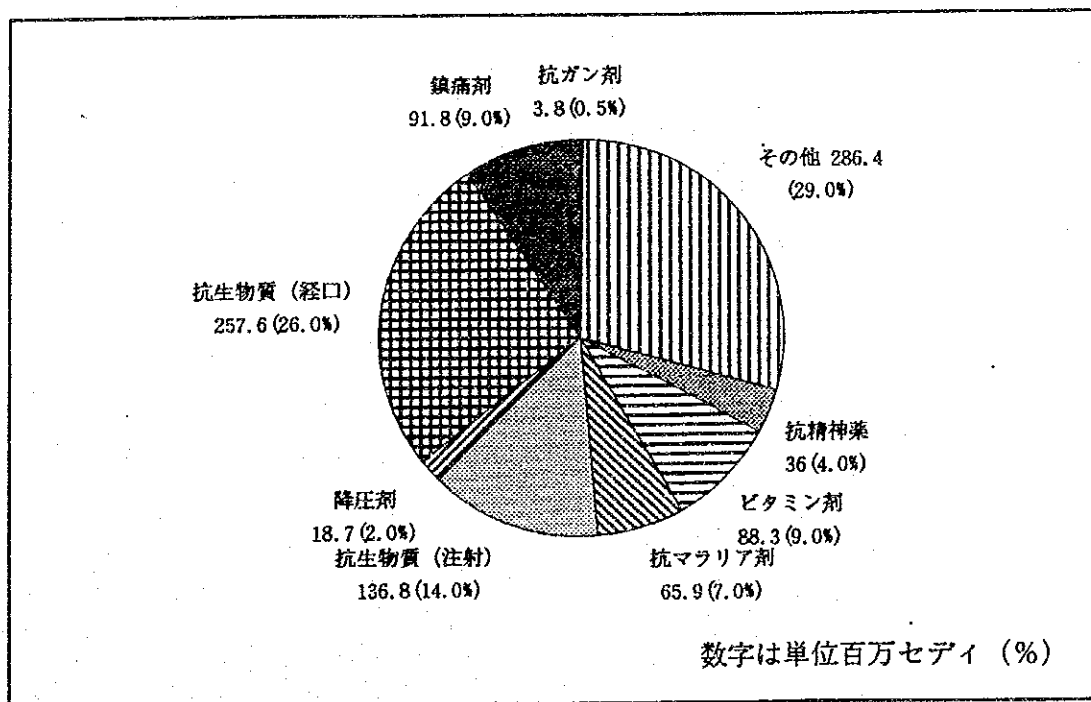
薬事行政を司っているのは、保健省の医薬品管理局 (Store, Supplies and Drug Management: SSDM) であり、医薬品調達課と医薬品貯蔵・配給課が設置されている。

現在の課題は、公共部門と民間部門の役割についての基本原則の確立および薬剤師の管理能力の育成である。とくにガーナ全体の医薬品の供給源は、約75%が民間部門に依存しており（うち約50%が海外からの輸入）、残りの約25%が公共部門である。

公共部門の医薬品は全てセントラル州のテマにある中央医薬品貯蔵所 (Central Medical Store) で管理している。ここでは必須医薬品リスト (Essential Drug List) 26種のうちの22種を扱っている。保健省の年次報告によると1992年には医薬品の消費量が前年に比べ64%減少した（1991年28億セディ、1992年10億セディ）。原因として現金引き替え制度 (Cash and Carry) の浸透により必要最小限の医薬品だけが購入・消費されたものと保健省は判断している。消費内訳は図3-30のとおりであるが、必須医薬品リストでは分類不可能なその他の医薬品が29%と依然として一番多くあり、薬剤師の管理能力および公式処方箋 (National Formulary) の書き方の徹底が必要とされている。

なお、1992年度の現金回収率は、91.2%であり、現在の医薬分野の最大の改革点である現金引き替え制度の効果があらわれてきた。

図3-30 公共部門の医薬品別消費量



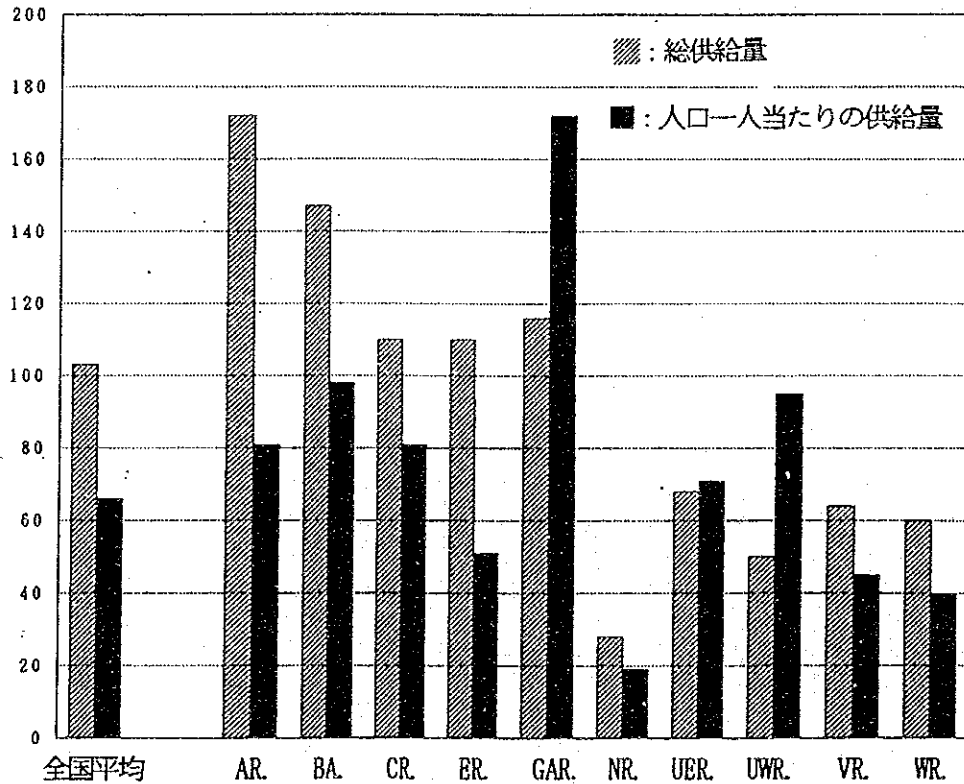
出所: Annual report 1993 保健省 p.16



医薬品管理局から医療機関への必須医薬品は、中央医薬品貯蔵所から12箇所の州レベルの医薬品庫さらに県の医薬品庫へ供給され、必要時に各医療機関がそれぞれの県の医薬品庫へ現金を持って買いに行く。州ごとの医薬品供給量と人口当たりの供給量を図3-31に示す。供給量は地域間格差が明らかである。この図では二つの教育病院の供給量も含まれているが、それぞれの病院分を差し引くとグレイターアクラ州の人口一人当たりの供給量は半分以下の59セディであり、アシャンテ州では61セディになる。ノーザン州の供給量が著しく低い理由は、ミッション系の病院の医薬品供給（主に海外のNGOより供給）が含まれていないからである。

図3-31 州別の医薬品供給量と人口一人当たりの供給量

百万セディ/セディ



* 1	103		172	147	110	110	116	28	68	50	64	60
* 2	66		81	98	81	51	172	19	71	95	45	40

\* 1 : 総供給量 : 単位は百万セディ

\* 2 : 人口一人当たりの供給量 : 単位はセディ

出所 : Annual report 1993 保健省 p.16

### 3-7-2 民間部門

民間部門での医薬品供給源は全体の30%を占めるNGO系と45%を占める民間企業の2つに分けられる。

NGO系の医薬品供給はCHAGが主に行っており、援助機関から得たお金を元に医薬品を主に海外から購入し、ガーナの各医療機関へ5%の上乗せをした額で売っている。

民間企業としては、政府に公式に認可された民間薬局が全国に362ある。全体の約60%がアクラ、約24%がクマシにあり都市部に遍在している。また、認可を受けた薬商者が3,077人いる。

### 3-7-3 病院内の薬局

JOCV隊員であり、現在(1994年)ノーザン州のダマンガ県の中心地にある半官半民(職員の給料はすべて国から。他に関してはミッション系団体の寄付)の病院にて薬局長として協力をしている薬剤師による、病院での医薬品調達の現状報告を原文のまま紹介する。

〈報告書まとめ〉

ダマンガ薬剤師 M. S 1994, 8, 14

- (1) 抗結核薬は、本来州ごとに設置されている政府のストアーにもらいに行かなければならないが、タマレ(ノーザン州の州都)のストアーは常に薬不足なので、個人的に親しくしている薬剤師さんの好意によりコレブ教育病院のChest Clinic(注:コレブ教育病院付設の結核医薬品配布所)で分けてもらっている。抗結核薬は政府より無料で支給され、患者に対しても一切無料で配布する。
- (2) 点滴の製造会社は民間企業であるが輸液を作っている国内では数少ない会社である。見学に行ったが、衛生面など結構しっかりしている。本病院からは3ヶ月に1回ほど買い出しに行くが、毎回値上げをする。このため資金繰りに悩まされている。平均1バック1,000セディ以上するので患者(特に入院患者)の負担はとても重い。
- (3) 水薬・軟膏はガーナではあまり製造していない。外国製はとても高いので、院内で作っているが原料の入手がとても難しい。常に品不足である。
- (4) 手術用具や縫合糸は入手がとても困難である。全て輸入品であるため高価である。カソリック関係の所から手に入ることもあるが、希望のサイズは難しい。BENDOZ-PHARMACY(国内の民間企業)はとても高いが、グラクソの取引会社なので、全ての種類が入手可能である。その他手術用具なども最新のものを扱っている。
- (5) 購入している薬の約90%をカソリック関係の所から入手している。これは本病院が半官半民という立場から起こっている。政府からは十分な資金がもらえないので、

カソリックの援助に頼らざるを得ない。また、カソリック関係の病院は互いに助け合っている。本病院も他のカソリック系病院より安く薬を分けてもらったりしている。民間の薬局は政府のストアーの5倍、ひどいところは10倍の値段をつけるのでよほど緊急の時以外は使わない。

### 3-8 保健医療サービスの利用

ユニセフの世界子供白書によると、首都アクラなどの都市部に医療施設が集中し、農村部の衛生環境の整備や医療サービスの普及が遅れている。表3-31に示すように都市部の保健サービスを受けられる人の比率が92%であるのに対して農村部では45%であり、ガーナの都市部と農村部での保健医療には大きな格差があることは明らかである。

表3-31 保健医療状況の都市部と農村部での格差

(単位：%)

	全国	都市	農村
保健サービスを受けられる人の比率(1985-93)	60	92	45

世界子供白書 1995 ユニセフより作成

#### 3-8-1 医療費 (診療費用)

ガーナでの現在の医療費 (診療費用) はまとめると以下のようである。

- (1) 外来患者の医療費は、診療所の種類や受診する医師の資格によって異なる。診療費は、普通初診料 (診察カード代)、薬代および検査代が必要となる。公立病院の場合、初診料は全国に2つある教育病院が一番高く (400~500セディ)、次いで州立病院 (200セディ)、県立病院 (50~200セディ) の順であり、都市部の私立病院の初診料は10,000~15,000セディ、またキリスト教系病院では2,000~5,000セディとかなり高い病院もある。一般的に、子供料金は大人料金の半額である。また、外国人に対しては特別な料金が設定されているのが普通である。
- (2) 入院費用 (1日の室料) も外来患者の初診料とほぼ同じ順に医療費が設定されている。公立病院では100~200セディであり、私立病院では500~5,000セディとかなり幅がある。原則的には食事代は別である。
- (3) ハンセン病、結核患者およびエイズ患者の医療費は、全額免除されている。また、出産に際しての入院費用は食事代を除き免除される。

### 3-8-2 公共および民間医療施設の利用

公共医療機関の外来患者数は、1990年（報告率85.9%）では約526万人、1993年（報告率76.2%）では約514万人であり、ほぼ横這いである。入院患者数は、1990年（報告率85.9%）では約24万人のうち死亡者1万8千人、1993年（報告率85.1%）では約37万人のうち死亡者2万人である。保健省が発表した1991年のガーナ全体での医療施設のベッド数は、14,093床であり、その州別内訳を表3-32に示す。1ベッド数当たりの人口は、国内最大のコレブ教育病院を有するグレイターアクラ州で476人であり、北部の農村部のアッパーイースト州で1,645人と地域格差が見られる。また、管轄別の割合は、保健省が69%、キリスト教関連24%、他の政府機関5%および民間医療機関2%となっている。表3-33においては、ガーナ統計局が行った調査の中で、地方住民の医療施設の距離についての資料を紹介する。この資料より、簡単な医療施設には一時間以内に行くことが可能であるが、病院レベルになると1時間以上かかる人が半数以上いることがわかる。また、病院までの所要時間が2時間以上の人々が3人に1人の割合でいるという結果が示されている。

表3-32 州別医療施設のベッド数（1991）

州名	総ベッド数	1ベッド当たりの人口
グレイターアクラ	3,558	476.7
ボルタ	2,340	612.4
イースタン	2,566	780.7
セントラル	2,281	596.2
ウエスタン	1,352	1,016.6
アシャンテ	2,686	925.5
ブロンゴアファソ	1,463	979.5
ノーザン	924	1,503.4
アッパーイースト	560	1,645.0
アッパーウエスト	747	704.7

出所：GHANA IN FIGURES '92 ガーナ統計局 p.24

表3-33 地方住民と医療施設の距離

	施設までの所要時間 (%)				
	地域内	1時間以内	2時間以内	3時間以内	3時間以上
病院	2	40	22	17	20
薬局	4	40	24	14	18
施薬所	12	42	22	11	13
助産所	19	42	17	10	12
診療所 ・保健センター	25	46	15	8	5
家族計画相談所	17	46	18	9	9

注：調査対象世帯は全国内の260世帯

出所：Rural communities in Ghana 1993 ガーナ統計局 p.21

### 3-8-3 伝統医療

ガーナにおいては、正式な教育を受けた医師、歯科医師、看護婦（助産婦、保健婦を含む）等の数が絶対的に少なく、地域によっては近代的医療を受けられない住民も多い。ユニセフの「世界子供白書」（1993）によると、ガーナにおいて近代的保健サービスが受けられる人の比率は、都市部で92%、地方で45%、全国平均で60%であり、発展途上国平均75%には及ばないがサハラ以南のアフリカの平均52%を上回っている状態である。また、出産に際して何らかの保健員（助産婦など）の介助が受けられる割合は、1984年には73%であったが、年々その割合が減少しており1983～91年には55%にまで低下している。この値は発展途上国平均の55%に等しい。以上のように、地方では半数以上の住民が近代的医療をすぐには受けられない状態なので、必然的にそれぞれの部族に昔から伝えられている伝統療法（民間療法）に頼ることになる。ガーナ統計局が行った調査（1993）によると、子供が死亡した際、約25%の親が民間医療師（呪術療法師20.0%、心理療法師4.6%）によって施療中であったという。

ガーナでの伝統医療は大きく4つに区分される。すなわち出産に関わる医療、ハーブを使った医療、ハーブ以外の薬草を使った医療および精神医療である。それぞれの民間療法師は次のように分けられる。

(1) 呪術療法師：Healer

疾病の原因を霊界（特に祖先の霊）に求め、これを用いた治療の力は、祖先からの霊から得られるとする。祈祷、呪術を行う他、薬草を用いる場合もある。

(2) 伝統的産婆：Traditional Birth Attendant (TBA)

前述（3-4-4-2 母子保健対策の項）で記したように、現在、国の保健対策の1つとして、伝統的産婆に対して衛生的な出産についての知識や簡単な衛生器具の使い方などの再教育がなされている。

(3) 薬草療法師：Herbalist

ガーナにおける薬用植物の利用には、既にかなり体系的な研究が行われており、国立の研究所がアクラ郊外（Mampong-Akwapin）に設立されている（3-13 試験研究機関の項を参照）。一般的な療法師は、手身近な植物の薬物効果を利用し経験的に治療を行う。

(4) 心理療法師：Psychic Healer、Spiritual Healer

精神・心理面で患者に対応し、主として死を看取る。

### 3-9 医療情報システム

#### 3-9-1 医療情報システムの現状と問題点

##### (1) 現状

月に1回の保健省疫学課での会議の際に、全国より州単位にまとめられた資料が人の手によって運ばれてくる。このシステムはすでに20年間続いており、若干の遅れはあるものの回収率はかなり良い。海外の援助機関への報告率も100%に近い。

コンピューターによるネットワーク作りは各州ごとに現在進められているが、各機関ごとに異なった機種を導入しており全国的なネットワークを作る予定はない。

##### (2) 問題点

保健省疫学課の資料によると現在の問題点として以下の3点が挙げられている。

- 1) あまりに多くの人の手を渡って医療情報が保健省疫学課へ届けられるために、医療情報の流れ自体を管理することができない点。具体的には、データを調査し記入する人、それらのデータを集める人、分析する人さらにそれらを報告書としてまとめる人が系統だっていないこと。
- 2) 保健省疫学課に集められた情報を分析するのに時間のかかる点。これは、あまりに多くの機関からそれぞれの地域、県および州を経て手作業にて送られてくるため1年度の情報が全て集まるのに数年かかり、さらに疫学課での分析作業においては、1年度の情報整理に数年間かかること。
- 3) 情報を基にした適切な対策がなされない点。ある特定の医療関係者が情報を管理しているだけで、現場の医療従事者がその情報を基に現実的な対策を立てること、あるいは実際の行動に移ることができないこと。

以上3点に共通していることは、どの段階においても管理能力に欠けていることであり、コンピューター導入により解決できる問題以前に大きな課題がある。しかし、コンピューター体制の確立により、情報に関する正確性、迅速性および情報を扱う上での柔軟性の向上が期待されている。

### 3-10 医療保険制度

ガーナには公的医療保険制度は存在しない。民間の保険は、首都アクラの一部の人々により存在しているようだが、実際の会社は確認できず、実態は不明である。

### 3-11 衛生環境

ガーナにおける環境衛生は、建設住宅省の管轄下であるガーナ水道・下水公社 (Ghana Water and Sewerage Corporation : G W S C) および地方自治開発省の地域発展局 (Department of Community Development : D C D) が中心となり、主に上水道とし尿、廃棄物処理の施設の拡張を行っている。保健省はメジナ虫症撲滅保健対策の一環として関わっているほか、地域の町・村の衛生委員会が、飲料水供給および、し尿処理の改善推進を行っている。一方、海外の援助機関としてはアフリカ開発銀行を始め多くの機関が1986年より飲料水および衛生施設促進プログラムにおいて支援している。

#### 3-11-1 飲料水

ガーナの飲料水の供給方法は以下の5つに分類される。

- (1) 管理された水源からの配管給水
- (2) 掘削井戸による水源からの手動ポンプ式給水
- (3) 手掘り井戸を水源とする給水
- (4) 小規模貯蔵ダムからの給水
- (5) 自然の池、泉、沼、川などからの給水

以上の分類のうち、ガーナの飲料水供給システム (給水事業) は(1)と(2)のレベルの普及を目標としている。独立直後 (1957年) より活発な給水事業が展開され、1965年に成立した法律に基づき1966年にG W S Cが発足し、全国の給水事業を所管している。都市部 (人口5,000人以上) と地方農村部別の飲料水の給水状況の推移を表3-34に示す。1978年に給水と環境部門のアセスメントが行われ、1980年には国家行動計画委員会の立案した行動計画が以下のように発表された。さらに1986年には新5カ年計画 (1986~90) が立てられ、活発な給水事業が展開されてきたが、急速な人口増加に対して対応は遅れ気味である。また、都市部での水資源は不足気味で、南部地域では3~4年毎の水源の濁水や水源地の砂泥沈埋が問題となっている。農村部では給水率は40%を超えたものの、配管給水はそのうちの半分以下である。



行動計画

- (1) 施設・機材が、耐用年数を超過している給水施設の再整備をする。
- (2) 需要が供給能力を超えている5つの州に対して供給能力を拡大する。
- (3) 人口500~2,000の地域村落に対して、手動ポンプ用の機械掘削浅井戸を供給する。
- (4) 人口500以下の村落に対して、住民参加による手掘井戸作成に必要な機器を供給する。
- (5) 全てのレベルの要員を訓練する。

表3-34 飲料水供給状況の推移 (1960-92)

		1960	1975	1980	1984	1992
都市部	給水人口	1,302,000	2,547,000	3,088,000	3,563,600	4,248,435
	給水率 (%)	83.7	92.4	93.0	92.0	76.0
農村部	給水人口	560,000	1,148,000	2,439,000	3,734,500	4,346,910
	給水率 (%)	10.8	16.6	29.8	45.0	46.0
全国	給水人口	1,862,000	3,695,000	5,527,000	7,298,100	8,595,345
	給水率 (%)	27.0	38.2	48.1	60.0	57.0

出所： ガーナ共和国感染症基礎調査報告書 1988  
GWS C提供資料

### 3-11-2 衛生施設（トイレ・ゴミ・下水処理）

#### (1) トイレ

ガーナでのトイレの施設別・場所使用状態は、表3-35および3-36のとおりである。なお、1982年の国家行動計画の中で、二穴モデルのクマシ式換気改良便所（Kumasi Ventilated Improved Pit latrine: KVIP）の普及に重点が置かれており、海外の援助機関およびいくつかのNGOにより設置が進められている。また、北部地域ではCIDAによる水利用計画の一環として掘穴式トイレの設置も進められている。進展は極めて遅いが徐々に進んでいるようである。進展の遅い理由として、調整および監督機関が存在しないこと、貨幣価値の下落に伴う建設資材の価格の上昇が挙げられる。

表3-35 トイレの施設別利用状況

施設名	割合 (%)	都市部	地方
水洗トイレ	5.7	16.1	1.4
KVIP	9.6	18.2	5.9
便器	11.2	27.3	4.5
掘穴便所	42.4	22.2	50.8
その他	3.5	6.1	2.5
施設無し	27.5	10.0	34.9

出所：Infant child and maternal mortality survey 1994  
 ガーナ統計局 p.26

表3-36 トイレの場所

場所	割合 (%)	都市部	地方
建物内	10.3	21.1	4.1
敷地の外	13.2	24.0	7.0
不特定	76.5	54.9	88.9

出所：Infant child and maternal mortality survey 1994  
 ガーナ統計局 p.27

## (2) 塵芥（ゴミ）処理

固形塵芥処理は県評議会の衛生委員会の管轄であり、都市部でも地方でも県評議会を中心に事業が実施されることになっている。しかし対策は極めて遅れており、首都アクラの一部においてのみゴミの収集が定期的にドイツの援助によって行われている。調査中、街頭にドイツ製のプラスチックの塵芥回収箱をいくつか見ることができた。ユニセフの調査（1989）によると、ガーナ全体での状況は、94.7%の人が投げ捨てる、3.4%の人が燃やす、1.5%の人が回収してもらい、0.4%の人が埋める、となっている。この状況は現在も余り変化していないようである。

## (3) 下水道

配管下水道（Pipe-borne sewerage system）は、全国に3カ所のみ設置されており、GWS Cは首都アクラのみを管轄している。

### 3-12 労働衛生

ガーナには労働災害に対する体制は存在しない。勤務中の労働災害に関しては一時的な補償として実費の医療代が支払われ、死亡の際はお見舞い金として給料の1ヶ月分が支払われるのが通例である。

### 3-13 試験研究機関・各機関の紹介

ガーナには6つの試験研究機関がある。

(1) 野口記念医学研究所 (Noguchi Memorial Institute of Medical Research) :

野口英世博士を記念する医学研究所として、1979年に設立されたガーナ大学総長直轄の試験研究機関である。ガーナの医学研究の中心を成しており、JICAの派遣専門家との協力の下、多くの実績を挙げている。組織としては、管理部門と研究部門に分かれており、研究部門は11の専門分野を有している。1994年現在JICA専門家は栄養、疫学、ウィルスの3分野で4人が研究所の有力なメンバーとして研究および指導に当たっている。「ガーナ国野口記念医学研究所プロジェクト評価調査団報告書」(1992)によると、ガーナ保健省の予算の大部分がスタッフの人件費と施設運営費に使われており、研究用の予算が極めて少ないこと、さらに、政府予算の増額は期待できないため、他の機関からの資金援助が必要であることが現在の課題として挙げられている。なお、現在の日本のプロジェクトは1991年から5カ年の予定である。

(2) 保健研究施設 (Health Research Unit) :

1991年に保健省直轄の研究機関として首都アクラに開設され、1994年よりPPME局の1課として保健サービスに関する調査や各医療機関に対する指導を行っている。ボルタ州とグレイターアクラ州に出張所をもつ。

(3) ナブロンゴ保健研究所 (Navrongo Health Research Center) :

保健研究施設と同様の目的をもつ、1988年開設の保健省直轄の研究施設である。1993年よりWHOの協力の下、マラリア保健対策としてPermethrin湿潤蚊帳 (Mosquito-Nets) の試験研究が行われている。

(4) 薬草科学研究所 (Center for Scientific Research into Plant Medicine) :

WHOの援助のもと、民間療法に用いられる薬草に関する研究を行っている。臨床施設もあり、医師2人、薬剤師2人が常駐しており1日平均約100人の患者の治療を薬草を用いて行っている。調査中に研究所内を見学する機会を得たが、試験研究機器や検査施設に関しては、他の医療機関・研究施設では見られない最新設備が整っており、機能を果していた。

(5) オンコセルカ症化学療法研究所 (Onchocerciasis Chemotherapy Research Center)

1987年にボルタ州にWHOの援助により開設された研究施設である。基本的な目標はオンコセルカ治療薬の試験研究であり、ドイツの試験研究機関との連携をとっている。

(6) 熱帯病に関する研究および研修のためのWHO専門機関 (WHO Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases) :

1976年に設立された研究機関であり、現在は新旧合わせて14の保健対策の実施を、他の試験研究機関との連携のもとに行っている。具体例としていくつかの保健対策プログラムを紹介する。

- 1) 農村部のPHCの一部としてマラリアに関する健康教育対策の社会的・経済的研究
- 2) 農村部の妊産婦におけるマラリアと貧血に関する保健啓蒙活動—予測研究
- 3) 医療機関の強化に関する研修活動、とくにマラリア流行に関しての活動

### 3-14 救急医療システム

ガーナには救急医療システムは、未だ確立されていない。理由として、電話回線の低い普及率および住所表示(番地)が存在しないことが挙げられる。しかし、ほとんどの病院には病院専用の救急車が配置されている。特に、医師が常駐しない巡回医師のみの病院には必ず配置されている。なお、救急車の車種・設備は本格的なものから普通のワゴン車・バンまでさまざまである。

## 第3編 参考資料一覧

- ・ 家族計画国際協力財団 「世界と人口」 家族計画国際協力財団 1989
- ・ 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
- ・ 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
- ・ UNDP 「世界開発」 UNDP 1990
- ・ ユニセフ 「世界子供白書」 ユニセフ 1990-95 (各年分)
- ・ ユニセフ 「国々の前進」 ユニセフ 1993-94 (各年分)
- ・ BULLETIN OF NOGUCHI MEMORIAL INSTITUTE FOR MEDICAL RESEARCH, "SEMINAR ON CHILD NUTRITION AND SURVIVAL", NOGUCHI MEMORIAL INSTITUTE FOR MEDICAL RESEARCH, 1992
- ・ EPIDEMIOLOGY DIVISION MOH, "ANNUAL REPORT", MINISTRY OF HEALTH, 1992
- ・ Epidemiology Division MOH, "MALARIA ACTION PLAN 1993-1997", MINISTRY OF HEALTH REPUBLIC OF GHANA 1991
- ・ Ghana Statistical Service, "Ghana Demographic and Health Survey", Ghana Stastical Service, 1988
- ・ Ghana Statistical Service, "Ghana Demographic and Health Survey", Macro International Inc., 1993
- ・ Ghana Statistical Service, "Infant, Child and Maternal Mortality Survey", Ghana Statistical Service, 1994
- ・ Ghana Statistical Service, "RURAL COMMUNITIES IN GHANA", Ghana Statistical Service, 1993
- ・ J. O. O. COMMEY, "CHILDHOOD MORTALITY AT KORLE-BU HOSPITAL, ACCRA", J. O. O. COMMEY, 1986-1987

- Ministry of Health, "Background Document · Internal Review of the Restructuring Ministry of Health", REPUBLIC OF GHANA, 1994
- MINISTRY OF HEALTH, "Ministry of Health 1992 Annual Report", MINISTRY OF HEALTH, 1993
- Ministry of Health, "THE HEALTH SECTOR in Brief", Ministry of Health, 1993
- Statistical Service, "'92 Ghana in figures", Commercial Associates Ltd., 1993
- Technical Coordination and Research Division MOH, "MATERNAL AND CHILD HEALTH and FAMILY PLANNING", Technical Coordination and Research Division MOH, 1992
- The World Bank, "THE WORLD BANK IN GHANA", The World Bank, 1994
- UNDP, "World Development Report", UNDP, 1994
- UNFPA, "UNFPA IN GHANA", UNFPA, 1993
- UNICEF, "CHILDREN AND WOMEN OF GHANA - A Situation Analysis", REPUBLIC OF GHANA AND UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 1990
- UNICEF, "THE CHILD CANNOT WAIT", REPUBLIC OF GHANA, 1992
- UNICEF, "MASTER PLAN OF OPERATIONS 1991-1995", GOVERNMENT OF GHANA/ UNICEF, 1991
- WEST GONJA HOSPITAL- DAMANGO, "1993 ANNUAL REPORT", WEST GONJA HOSPITAL- DAMANGO, 1994
- WHO, "ANNUAL REPORT 1993", WHO OFFICE ACCRA, 1994

第4編 保健医療協力

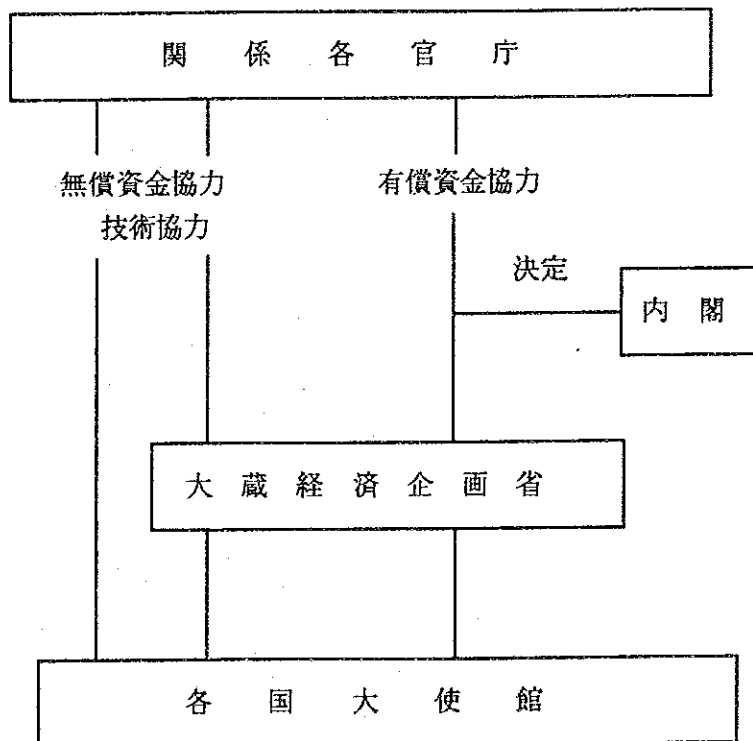
4-1 協力要請の仕組み

(1) 協力要請機構

大蔵経済企画省が、援助要請の取りまとめを行う。日本に対しては、さらに外務省が窓口となる。

- 1) 無償資金協力、技術協力：援助要請案件の主務官庁が直接援助要請を行うことが多い。大蔵経済企画省に対しては要請内容が通報され、閣議決定は不要である。
- 2) 有償資金協力：通常閣議決定後、大蔵経済企画省を通じて援助要請がなされる。

図4-1 援助要請のための国内手続き（ガーナ）



出所：国別協力情報ファイル ガーナ 1994 国際協力事業団、  
JICAガーナ事務所資料

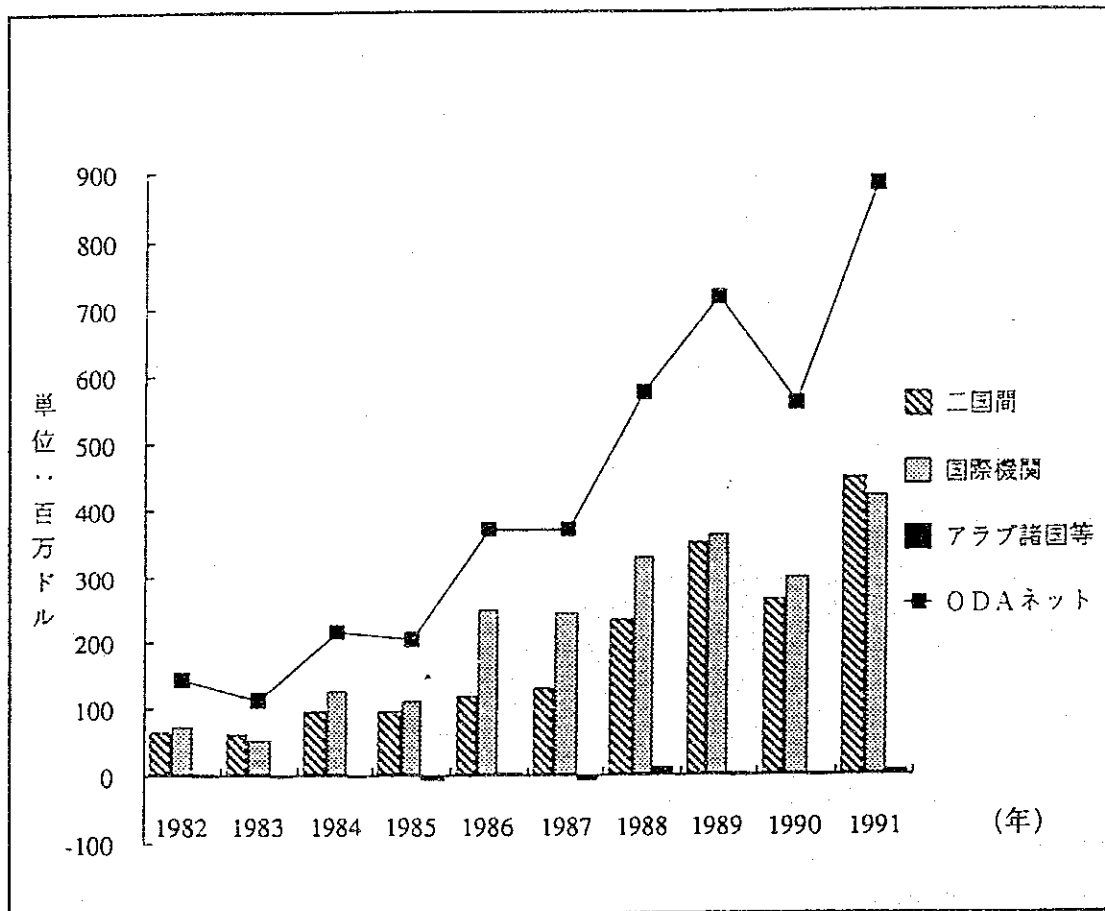


4-2 国際機関、わが国を除く諸外国、NGOの協力動向

(1) ガーナ共和国援助受取額の推移

独立直後に負った膨大な対外債務に対し1966年以降債務軽減措置が採られたため、返済能力が増加傾向を示し、現在の滞納額は減少している。ガーナへの援助活動を形態別にみると、無償資金協力、技術協力、有償資金協力は額・割合共に若干の増減を繰り返しながらも増額している。なかでも1990年には無償資金協力援助額が急増しているが、どの年も無償資金協力、技術協力を合わせた贈与と有償資金協力の割合がおよそ半分ずつである。1991年の援助総額は885.7百万ドルであり、前年の563.4百万ドルを大きく上回った(図4-2、表4-1)。

図4-2 援助主体別ODA実績の推移



出所：Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries  
1988-91 OECD

表4-1 援助国・機関別ODA実績

(百万ドル)

	1987	1988	1989	1990	1991
援助国					
ドイツ *1	18.7	26.4	47.2	66.0	124.7
日本	20.8	63.2	97.9	71.9	116.1
イギリス	27.7	49.9	71.9	22.3	53.8
カナダ	18.3	20.9	39.8	28.4	39.9
その他	45.1	75.4	95.2	76.2	117.1
合計	130.6	235.8	351.9	264.9	451.3
援助機関					
IDA	189.7	165.0	184.0	184.0	195.0
IMF	-	102.9	165.6	61.6	159.0
EU	11.8	20.4	19.6	19.6	27.1
WFP	-	12.1	17.4	10.4	14.1
その他	29.9	27.8	15.0	21.5	30.3
合計	246.9	328.2	363.4	297.4	425.5
アラブ諸国	-4.9	13.3	2.2	1.1	8.9
ODA受取純額	372.6	577.3	717.6	563.4	885.7

\*1 : 1990年までは旧西ドイツ

出所 : Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries

1988-91 OECD

## 4-2-1 国際機関

## 4-2-1-1 UNICEF (United Nations Children's Fund :ユニセフ)

## (1) ユニセフプログラムの目標

ガーナにおける子供と女性のおかれている状況を改善し、生存率を高め健康度を増し、より生産的な生活が送れることを目的として5カ年計画(1991-1995年)を実施しており、以下の5点を目標としている。

- 1) 5歳未満児死亡率を1995年までに16%下げ、出生数1,000人に対して134人とする。
- 2) 妊産婦死亡率を25%引き下げる。
- 3) 全てのガーナの子供たちに対し基礎的な教育の機会を与え、また女性の識字率を向上させる。
- 4) 県および地域において、女性を含めての社会的発展を促進する。
- 5) 母親に対して生活の質を中心とした保健知識を向上させる。

## (2) プログラムの内容および予算

ユニセフはガーナ共和国において以下の5分野で活動している。

- 1) 保健と栄養
  - a) 全国レベルでの予防接種(EPI)および補水経口療法(ORT)対策
  - b) 10県(1州に1県の割合)でのプライマリー・ヘルス・ケア対策の支援
  - c) 国民の食生活と栄養に関する政策支援
  - d) ヨード欠乏症対策
  - e) 特定の3州に対して安全な母子保健対策の強化支援
- 2) 水・衛生施設と環境衛生
  - a) 地方における水供給
  - b) 環境整備および室内衛生施設の敷設
- 3) 基本的な教育
  - a) 初等教育における生活技術の普及
  - b) 非公式教育活動
  - c) 早期児童教育の普及
- 4) 社会的動員
  - a) 社会的弱者への支援
  - b) 情報普及活動
- 5) 企画・調査・評価
  - a) 研究および分析
  - b) プログラムの調査および評価

表4-2 ユニセフの対ガーナ共和国援助の予算内訳

(1,000USドル)

	1991	1992	1993	1994	1995	1991-95
保健と栄養	1,970	1,602	2,145	2,094	1,782	9,593
水・衛生施設	387	651	731	824	795	3,388
基本的な教育	517	758	786	798	652	3,511
社会的動員	260	325	270	225	225	1,305
企画・調査・評価	257	91	157	242	107	854
プログラム支援	480	407	348	365	384	1,984
合計	3,871	3,834	4,437	4,548	3,945	20,635

出所：Master plan of operations 1991-95 UNICEF

## 4-2-1-2 WHO (World Health Organization : 世界保健機関)

WHOはガーナ共和国においてプライマリー・ヘルス・ケアを始めとする全ての保健医療活動に、技術協力・財政協力の面から援助している。特に、技術協力に関しては現在(1993年)10のプロジェクトに関して協力している。以下内容と予算を示す。

(1) 熱帯病に関する研究と研修に関する特別プログラム (具体案として14の研究計画)	630,492 \$
(2) オンコセルカ症保健対策 (殺虫剤散布、職員給与、生態学的評価および治療費)	3,281,969 \$
(3) オンコセルカ症化学療法研究施設の支援 (職員給与、機器・設備費および治療費)	143,434 \$
(4) エイズ対策 (政府支援および国内NGO支援)	159,837 \$
(5) 保健サービスの強化 (患者負担の医療費に関する研究)	15,000 \$
(6) 生殖に関する特別研究 (エイズ研究およびガーナの売春行動についての研究)	42,900 \$
(7) 予防接種活動支援 (野口記念医学研究所での試験研究支援)	10,000 \$
(8) 下痢症保健対策	3,100 \$
(9) 上気道感染症対策	13,500 \$
(10) アフリカ風土病対策	5,000 \$
合計	\$ 4,305,232

WHO本部より派遣されているガーナのWHO職員は5名であり、それぞれガーナWHO総括者、野口記念医学研究所長、エイズプログラム担当者、オンコセルカ症担当者、予防接種対策担当者として活動している。

## 4-2-1-3 UNDP (United Nations Development Programme : 国連開発計画)

1986, 87, 88, 89および1992年の保健分野でのプロジェクト名と援助額を表4-3に示す。

表4-3 UNDPプロジェクト一覧

(USドル)

年	プロジェクト名	施行機関	UNDP予算
1986年度			
1983-86	飲料水と衛生施設の供給	UNDP	938,316
1986-88	保健計画の支援	WHO	520,000
1987年度			
1987-89	保健計画と管理支援 継続プロジェクト2件	UNDP	520,000 1,468,643
1988年度			
1987-89	保健省でのエイズ対策強化 継続プロジェクト2件	WHO	300,000 1,414,643
1989年度			
1988-92	低賃金労働力管理	W. B.	681,200
1989-92	飲料水供給と衛生施設管理 継続プロジェクト2件	GVT	653,200 878,000
1992年度			
1990-94	イスタン州での飲料水供給と 衛生施設対策 継続プロジェクト4件	GVT	1,093,050 3,507,429

出所：Compendium of Ongoing Projects as of 31 December 1992 : UNDP

## 4-2-1-4 UNFPA (United Nations Population Fund : 国連人口基金)

ガーナにおけるUNFPAの活動は1972年より始まった。最初のプログラムは1986～91年の5年間に300万ドルの予算にて行われた。現在は、第2次計画(1991～95年)として1千万ドルの予算の中で、5つの部門13プロジェクトに分かれて援助が行われている。

以下にそれぞれの概要と予算額・割合(1991～95年)を示す。

## (1) MCH/FPサービス(340万\$、39%)

母子保健と家族計画部門において具体的なプロジェクトは、避妊具の注文・分配体制の確立、地域の診療所の修理・委託、保健要員の研修、管理情報体制の確立である。

## (2) IEC (Information, Education and Communication : 情報、教育および伝達、260万\$、30%)

1969年より既にIECに関する協力を行っており、1991年に全ての機関の援助は終了した。それ以降、家族計画の情報提供をUNFPA独自の援助として行っている。具体的には、地域センターを作ること、家族計画促進キャンペーンを行うことなどである。

## (3) WPD (Women, Population and Development : 女性、人口と開発、35万\$、4%)

家族の大きさと家族生活の関係を理解するために行っている活動で女性の地位向上を目的としている。女性グループが現金収入を得るように援助している。

## (4) 人口政策(110万\$、13%)

主な活動は家族計画プログラム(1969～89年)の評価と1969年の人口政策の修正である。

## (5) 人口統計の収集と分析(90万\$、10%)

国レベルでの人口および保健調査の分析と国勢調査の支援である。

## 4-2-1-5 The World Bank (世界銀行)

世銀グループは、対ガーナ援助では最大の援助実績をあげ、1991年までの過去10年間でガーナに対する総援助額の約3分の1の援助を行っている。現在の世銀の対ガーナ援助は、IDA (The International Development Association) の融資のみである。1991年におけるIDAの援助額は1億9,500万ドルで国際機関全体の45.8%を占めている(数値は1993年OECD資料より引用)。保健・衛生分野での援助は、GWS Cの支援などインフラ分野において給水に関するものが主である。

## 4-2-2 わが国を除く諸外国の援助協力

## 4-2-2-1 イギリス

イギリスは旧宗主国として、日本に次ぐ援助実績をあげている。当初イギリスの援助はガーナのマクロ経済の改善を目的とし国際収支の支援を中心に行ってきたが、最近では民間部門への外貨の供給および保健部門への支援に重点が置かれている。援助条件のゆるやかさを表示するグラント・エレメントは毎年100.0である。

ODA（海外開発援助機関）の保健部門としては、総額2,470万ドル（臨時費を含む）の援助活動を行っておりその主な援助活動は表4-4のとおりである。

表4-4 ODAプロジェクト一覧

プロジェクト名	備考	予算 1993-96 US \$
政策および計画	政策分析力の強化	1,459,000
財政管理	財政管理の改革	1,605,000
人的資源	人的資源の改革	1,903,700
郡レベルの強化	郡委員会の活性化	2,179,200
医療設備	基礎的設備の設置と維持	9,243,300
輸送体制	輸送体制の改革	529,700
健康管理および強化 (ボルタ州)	医療機関の建築・改築 医療施設の管理強化 健康教育機器の配布	2,883,000
エイズ	エイズ診断キットの配布 性行為感染症教育	318,000
避妊具	避妊具の配布 (UNFPA)	1,000,000

出所：ODA提供資料



## 4-2-2-2 アメリカ合衆国

アメリカの対ガーナ経済援助は、1991年は2,500万ドルとなっており、援助国中で第5位になっている。しかし、同年の有償資金協力は返済を実施しており、純額マイナス1億3,700万ドルとなっている。援助の目的はガーナの経済発展と人材の充実にあるが、主に3つの分野に焦点を当てたプログラムを行っている。その一つの分野が人口政策である。ここでは、健康・人口および栄養部門でのUSAID（米国国際開発局）の援助活動を示す。

## (1) 保健および家族計画プロジェクト（FPHP）

このプロジェクトは予算総額3,500万U.S.ドルの5カ年計画であり、家族計画の知識の普及や母子保健対策の充実により望ましい出生率にまで低下させ、エイズ感染の流行を防ぐことを目的としている。具体的には、①国内プロジェクトの支援（1,550万USドル）、②プログラム保健活動への助成金としての支援（1,300万USドル）、③避妊具の配布（650万USドル）である。

国内プロジェクトの支援として代表的なものは、1885年より始まったガーナ避妊具供給プロジェクト（CSP）の支援であり、ガーナ政府および非政府組織との連携により大きな成果を生んでいる。現在、USAIDが指導しているガーナ社会市場プログラム（The Ghana Social Marketing Program）は国内の有効な避妊具のうちの約45%を供給し、出生率の低下およびエイズの感染防止に効果を上げている（予算650万ドル）。この他、ガーナ助産婦協会の助産婦研修への支援活動（250人以上の助産婦に対し近代的避妊具の配布と指導方法の研修また、150人以上の対象者に対し経営方法の指導）を行っている。さらに、伝統的産婆（TBA）支援プロジェクトへの援助も積極的に行っており、3,000人以上の伝統的産婆へ安全な出産介助方法や関連備品の支給をしている。

また、国内プロジェクトの支援に関する予算のうち、5百万ドルがエイズキャンペーン支援に拠出されている。とくにエイズ教育、エイズの疫学的流行の分析と把握が目的である。

## 公共部門に対する援助方針

- 1) 財政的に持続可能な機構の下に避妊具の供給を続ける。
- 2) 農村部での家族計画および母子保健対策の指導者として伝統的産婆の研修を促進させる。
- 3) 保健省主導の健康教育キャンペーンの効率化を支援する。
- 4) 国民のエイズ意識を高め、感染危険の高い集団の行動を変化させるガーナ政府主導のエイズキャンペーンを支援する。

## 民間部門に対する援助方針

- 1) 避妊具の供給体制として、適切な利益を生む販売網を確立し供給し続ける。
- 2) 避妊具、補水塩およびクロロキンの民間部門での供給網を広げる。

## 4-2-2-3 カナダ

カナダのガーナへの援助はアフリカへの援助活動の中で最も早いものであり、1958年に開始され1958～92年の34年間に約8億3,800万カナダドルが拠出されている。1991年におけるカナダの援助比率は贈与比率が92%と高く、贈与はほとんどが無償資金協力である。1984年以来、援助を2分野に絞っているが、そのうちの1つが水施設・公衆衛生・地域開発・農業開発および人材開発プロジェクトを通じて貧困緩和を行うことである。CIDA（カナダ国際開発局）の提供資料より、医療保健部門に関する援助活動を以下に示す。

## (1) 地域内飲料水計画（1993～98年、拠出金1,340万ドル）

この計画は北部二州（アッパーイースト州、アッパーウエスト州）の農村部の健康と生産性を改良するためにガーナ政府との連携の下、安全な水の供給の拡大を図るものである。この計画では、多くの村が村単位で手押し井戸の操作と維持が可能になり、現在政府に依存している飲料水配給の頻度を減少するのが目的である。また、地域内での健康教育活動も支援している。

## (2) ガーナ下水道公社（GWSC）支援計画（1990～97年、拠出金2,800万ドル）

この支援計画は、北部3州の農村部および準農村部の約200万の住民を対象に安全な飲料水の供給をすることである。CIDAはいくつかのNGOと共にGWSCが持続可能な水供給の操作と維持ができるよう技術指導・職員研修・修理機器の供給などにより支援をしている。

## (3) 予防接種活動（EPI）計画（1991～95年、拠出金290万ドル）

ユニセフを通して、3歳児以下の子供に対するDPT、ポリオおよび麻疹の予防接種ワクチン基金を援助している。

## 4-2-2-4 ドイツ

旧西ドイツの対ガーナ経済援助は1960年に始まり、その援助総額は約11億ドイツマルク（DM）であり第1位である。なお、援助形態は①技術協力（専門家派遣と機材供与）、②資金援助（返済期間50年）の形を取っているが、資金援助が返済不能になった場合は贈与に切り替えている。プロジェクト援助・プログラム援助の形で供与されている。中心分野は農業・農村開発、インフラ（給水・電気・輸送）、職業訓練である。また、近年首都アクラでのゴミ処理技術についての支援が始まっている。現在も継続中の医療保健部門に関する具体的援助としては、資金協力面では1)セコンディ/タコラダイ水供給（6,390万DM）、2)医薬品（3,300万DM）、3)アクラ市議会ゴミ処理（1,350万DM）がある。

また、ドイツの医療保健部門での援助ではNGOの援助は重要であり、複数のNGOが医薬品、医療機材の供与および医療協力を行っている。

## 4-2-3 NGO (Non-Governmental Organization :民間団体)

## 4-2-3-1 ガーナ家族計画協会 (Planned Parenthood Assosiation of Ghana : P P A G)

P P A G の設立は1966年の西ヨーロッパおよび地中海地域を対象とした国際家族計画 (I P P F) 会議の際に具体化し、翌1967年に6人の有識者を中心にガーナ大学医学部、コレブ教育病院、助産婦協会、保健省や社会福祉省など多くの支援により創立された。P P A G は政府公認のNGOであり、政府の諮問機関として機能している面もある。1991年の年次総会で採択された方針は以下のとおりである。

- (1) 国家としての努力目標である社会経済的・政治的人口問題の改革を支援する。
- (2) 出産間隔を広げることにより子供の肉体的・精神的健康を促進する。
- (3) 家族とくに子供の健康と栄養状態を改善する。
- (4) 責任ある家族計画についての教育や関連プログラムを計画する。

1992年現在7州にP P A G の出張所が設置されている。

## 4-2-3-2 C H A G (Christian Health Association of Ghana)

C H A G は1967年に創設された、ガーナにおけるキリスト教関連の医療施設のNGOである。現在25のカソリック系病院と9のプロテスタント系病院を持ち、国内の全ベッド数の24%にあたる合計4,642のベッドを有する。また、13のカソリック系および11のプロテスタント系診療所を町や村などの地方を中心に設置している。ガーナ政府とは緊密な関係を持ちながら、現在はプライマリー・ヘルス・ケアに関する活動を全ての州において行っている。以下に基本方針を示す。

- (1) 海外からの人的資源の供給を図る。
- (2) ガーナ国内でのキリスト教系医療施設間での人的および機器・備品の融通を図る。
- (3) 保健省の活動を支援する。とくに1992年においては、地域保健要員計画 (Community-Based Health Workers' Programme : C B H W 計画) の強化に協力し、伝統的産婆、民間治療師などの研修・訓練を行う。
- (4) 海外からの医薬品の供給を支援する。
- (5) 海外からの寄付を受け入れる。

## 4-2-3-3 World Vision International

World Vision International は1979年に創設された、キリスト系のNGOであり、基本方針は子供と女性の基礎的レベルでの救済と地域開発にある。教会、他の援助機関およびガーナ政府との連携をとりながら多くの地方村落の発展を支援している。主な活動分野は、保健／栄養、飲料水供給、環境衛生、教育（公式、非公式共に）、食糧および自然資源である。

1994年における保健医療部門での具体的活動は、

- (1) 飲料水の供給と衛生設備の整備：海外からの複数の支援団体（USAID、ODAなど）から総額1,640万ドルを受け、ガーナ中央部の300以上の村落を対象に500の堀穴式トイレと800の簡易トイレを設置する。
- (2) ガーナ政府によるEPI・PHC活動の支援：ウエスタン州を重点地域として1996年まで接種率拡大を支援する。
- (3) 栄養教育：妊産婦に対し充足された栄養状態を維持させるために栄養教育を行う。母乳哺育の奨励と幼児への栄養食品の供給する。
- (4) エイズ対策：現在何らかの活動をしている全ての村落を対象に学童期の子供も含めエイズ教育を行う。

## 4-2-3-4 CRS (Catholic Relief Service)

CRSは1958年よりガーナにおいて貧困層の生活の向上を目的としてガーナ政府との連携の下に活動しているNGOである。現在は、主にノーザン州の農村部の貧困層を対象に、保健・教育および食品の安全性に関して1993年には約400万ドルの予算で活動を行っている。保健部門での具体的活動は、

- (1) 母子保健プログラム：アシャンティ・北部3州の農村部に対し乾季の食糧不足時に食糧供給をする。
- (2) 村落住民の健康促進：ガーナ政府の方針に従いプライマリー・ヘルス・ケアの一環として地域保健要員とくに伝統的産婆に対しての研修を行う。
- (3) 保健知識の普及：分娩時における健康管理に関してポスターやラジオなどにより保健教育を行う。
- (4) クマシ周辺のエイズ感染防止対策：3年計画で行われているこの活動は、268の村落を対象にエイズ教育や感染者へのカウンセリングを行っている。

## 4-2-3-5 ガーナ赤十字 (Ghana Red Cross Society : G R C S)

1993年のガーナ赤十字年報によると、全ての州にわたる110の県に事務所を持ち、全国で約1万人の会員が活動をしている。主な活動内容は、災害救助、保健サービスおよび青少年の育成である。保健部門としての具体的活動は、医療施設の清掃、救急処置の知識普及、献血などであるが、エイズに関する若者への教育を感染者の多いブロンゴ・アフアソ州において活発に行った。

### 4-3 わが国の協力状況

ガーナ共和国は①西アフリカの中心国でありアフリカ統一機構（Organization of African Unity : O A U）、西アフリカ諸国経済共同体（Economic Community of West African State : ECOWAS）などの機関を通して国際上大きな発言力を有していること、②構造調整を促進し、経済開発に取り組んでいること、③順調かつ確実な民主化プロセスを進展させていること、④わが国との関係が親密であることなどから援助の重点国として積極的に協力を行っている。

特に、農業生産の安定性を目的とした農業分野、地方の医療事情の改善等を目的とした保健・医療などの基礎生活分野、道路・通信などの基礎インフラ整備、構造調整など幅広い分野での援助を実施している。

1992年度までのわが国の援助累積実績をみると、有償資金協力は668億円で域内第4位、無償資金協力は315億円で域内第5位、技術協力は118億円で域内第4位（JICA経費実績ベース）となっており、92年の我が国の支出純額は7,129万ドルで域内第4位である。

1991年1月から2月に行われた国別評価においては、構造調整計画を軸に高度成長を維持させる一方で所得配分の公平化を促進させる必要があること、野口研究所を核とした保健・医療分野において、住民生活レベル全体の向上をもたらし得る地域総合開発計画へと発展させる方向で協力を実施することが望ましいこと、などが指摘された。

#### 4-3-1 有償資金協力

1988年度の「通信施設拡大計画」、90年度の「クマシ・バガ道路修復事業計画」など経済インフラ整備のための借款およびノン・プロジェクト型借款を供与している。

#### 4-3-2 無償資金協力

累次の食糧援助および食糧増産援助、1988年度および89年度の「テマ漁港再整備計画」などの水産分野、84年度から5次にわたる「母子栄養改善計画」などの保健・医療分野、90年度から91年度の「地方給水計画」などの水供給分野など広範な分野で協力を実施している。また、小規模無償資金協力も92年度は11件となっている。

表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

協力形態	案件名	協力期間	供与費・経費
プロジェクト 方式技術協力	ガーナ大学医学部	S. 43 - S. 60	23億4,800万円
	野口記念医学研究所 (1)	S. 61 - H. 3	1億5,400万円
	野口記念医学研究所 (2)	H. 3 - H. 8	5,900万円
開発調査	野口英世記念研究所建設計画調査	S. 51 - S. 52	1億3,300万円
単独機材供与	保健支援機材	S. 62年度	900万円
	医学研究用機材	H. 3 年度	900万円
無償資金協力	ガーナ大学医学部基礎医学研究所 設立計画 (1)	S. 52年度	10億円
	ガーナ大学医学部基礎医学研究所 設立計画 (2)	S. 53年度	10億円
	地方医療強化計画	S. 57年度	2億5千万円
	野口記念医学研究所送電網 整備計画	S. 58年度	8,400万円
	母子栄養改善計画 第一次計画から第五次計画	S. 59 - H. 1	11億5千万円
	地方医療改善計画 第1期・第2期	S. 62 - S. 63	2億4千万円
	プライマリー・ヘルス・ケア・ センター建設計画	H. 1年度	300万円
	診療所貯水タンク設置計画	H. 1年度	200万円
	基礎医療器材整備計画	H. 3年度	4億円
	小児病棟建設計画	H. 3年度	300万円
野口英世研究所保存計画	H. 3年度	300万円	

国別協力情報ファイル ガーナ 1993 国際協力事業団より作成

### 4-3-3 技術協力

技術協力に関しては、保健・医療、運輸・交通、通信・放送など広範囲な分野において、各形態により実施している。特に無償資金協力和プロジェクト方式技術協力を組み合わせた「ガーナ大学医学部基礎医学研究所（野口記念医学研究所）」プロジェクトはわが国の医療協力の代表例の一つとなっており、1991年10月には同プロジェクトを第2期として96年まで継続・開始した。

#### 4-3-3-1 形態別実績

ワクチン力価試験およびポリオ診断技術に関するの第三国集団研修が、1991～95年に野口記念医学研究所で実施されている。本研修コースはWHOが推進するEPI、とりわけポリオ根絶計画におけるアフリカ地域のラボラトリー機能強化を目標として計画されたものである。この研修にはナイジェリア、ザンビア、ケニア、タンザニアなど周辺9ヶ国からの参加者がある。

#### 4-3-3-2 プロジェクト方式技術協力案件

プロジェクト方式技術協力案件は以下の1件のみである。

ガーナ大学医学部野口記念医学研究所      1974年から96年まで