

ガ－十国  
人口・家族計画  
基礎調査団報告書

平成7年10月

JICA LIBRARY



J1130933(3)

国際協力事業団  
医療協力部

医協二

J R

95-26







ガ－ナ国  
人口・家族計画  
基礎調査団報告書

平成7年10月

国際協力事業団  
医療協力部



1130933 [3]

## 序 文

ガーナの1992年の人口は1,555万人と推定されています。人口増加率は約3.1%と推定されており、このままの増加率が継続すれば23年後の人口は現在の2倍に達すると予想されています。こうした状況の中でガーナ政府は人口増大が将来危機的な問題になることを予測し、その対策として1993年には国家人口審議会を設置し、家族計画の普及に取り組むとともに国民の健康改善を目的として母子の疾病罹患や死亡を減少させるべく母子保健・家族計画サービスの強化を図ることを保健医療行政の基本方針として掲げています。

かかる状況のなか、「G I I (人口・エイズ)」(Global Issues Initiatives on Population and Aids)の協力重点対象国であるガーナの、同分野の基礎的データを収集し家族計画・母子保健行政の現状と方針を把握するとともに、地域レベルで提供されている家族計画・母子保健サービスの現状把握のための現地調査を実施し、これを報告書に取り纏め今後のプロジェクト方式技術協力の計画立案及び実施に活用することを目的として、東京大学大学院国際保健計画学教室梅内拓生教授を団長とする基礎調査団が、平成7年3月に派遣されました。

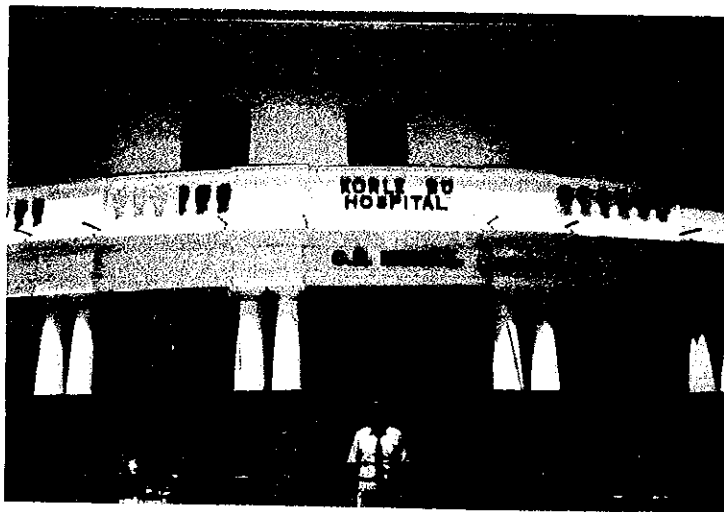
本報告書は、上記調査団の調査結果を取り纏めたものです。ここに、本調査にご協力を賜りました関係各位に深甚なる謝意を表します。

平成7年10月

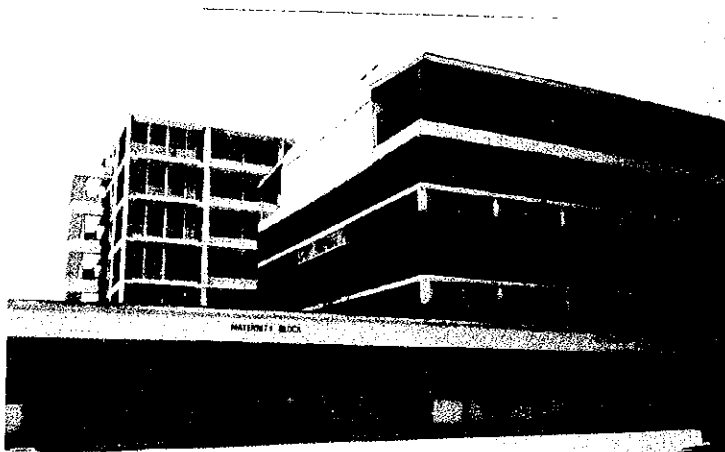
国際協力事業団  
理事 小澤 大二



保健大臣表敬



コレブ教育病院（アクラ）



コレブ教育病院（アクラ）

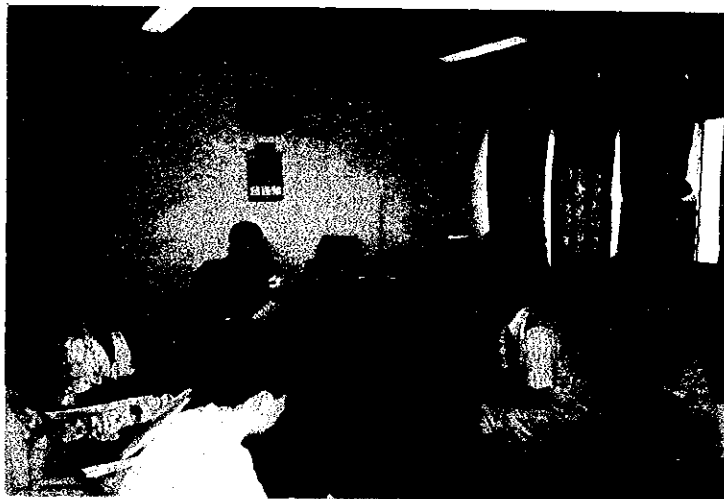




UNICEF・ガーナ事務所訪問



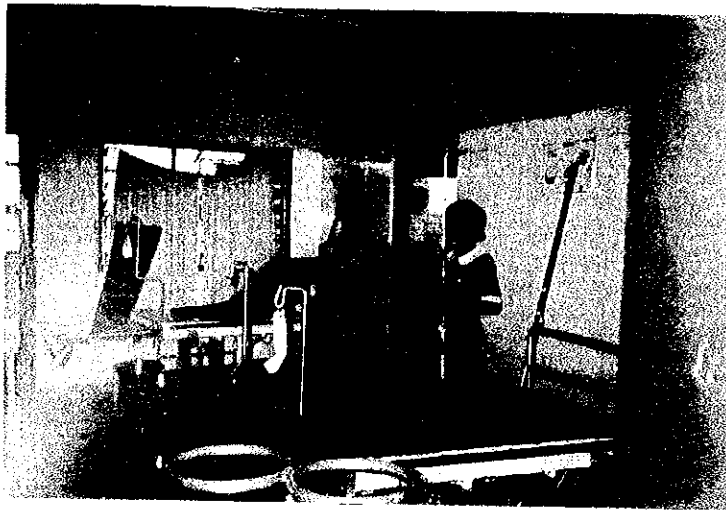
野口研訪問（中央：エンクルマ  
所長）



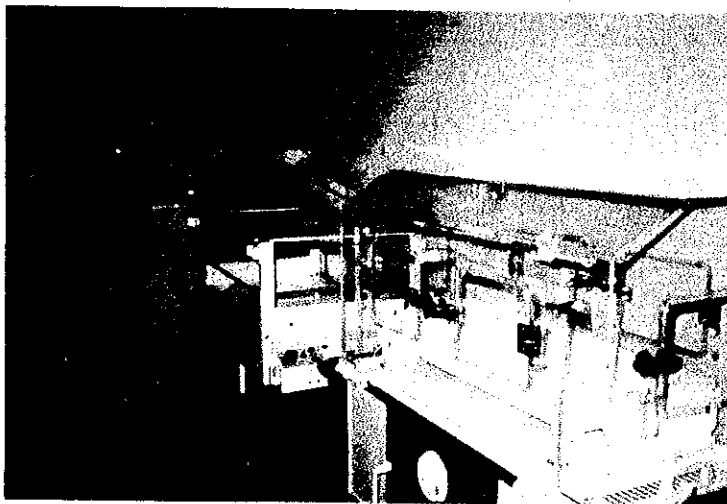
アシャンティ州知事表敬訪問



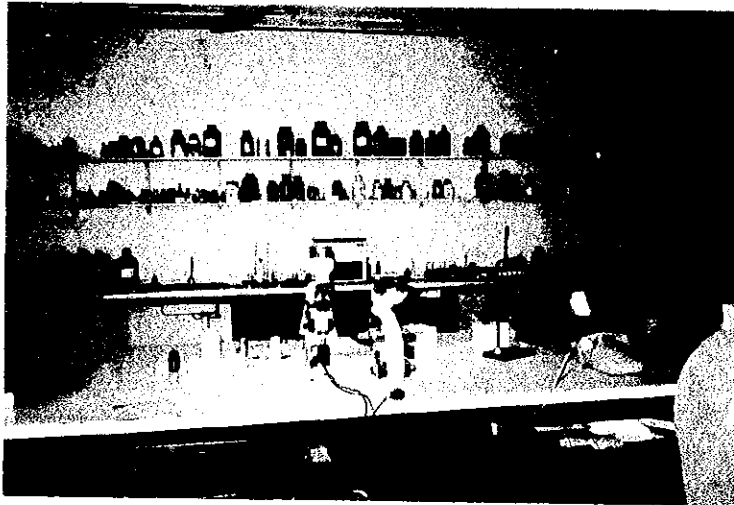
アシャンティ州保健局関係者からの聞き取り調査



アシャンティ州  
Manpong District Hospital



同上



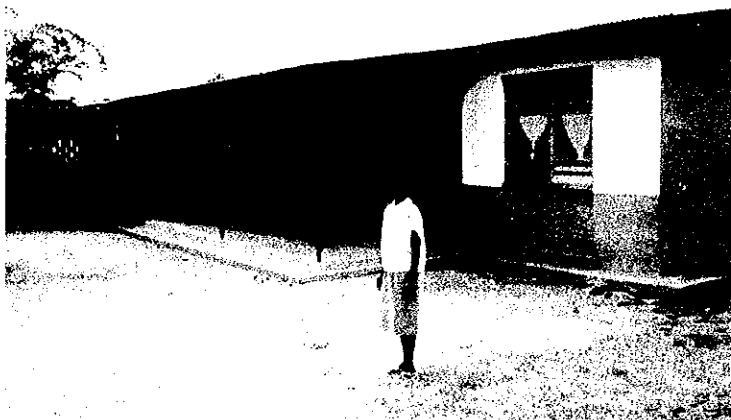
アシャンティ州

Manpong District Hospital

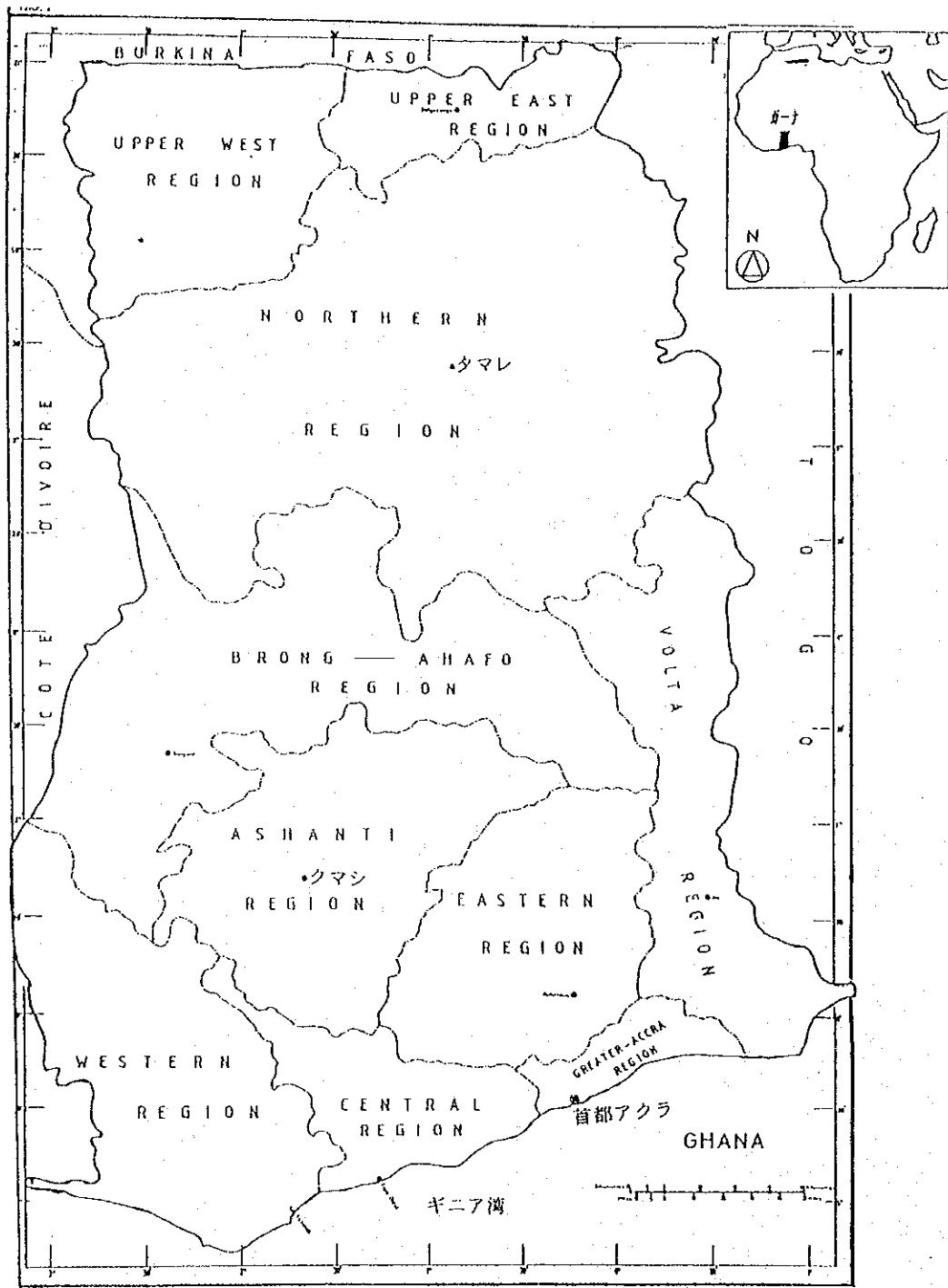


Agona ヘルスセンター

(アシャンティ州)



末端の保健所 (アシャンティ州)



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

ガーナ共和国全図（行政区分図）

# 目 次

序 文  
写 真  
地 図

1. 基礎調査団の派遣	1
1-1 派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団構成	1
1-3 主要調査項目	1
1-4 調査日程	2
1-5 主要面談者	4
2. 社会経済開発計画	7
2-1 社会経済開発計画の概要	7
2-2 社会経済開発計画における人口政策の位置付け	11
2-3 社会経済開発計画における保健医療セクターの位置付け	12
3. 人口関連情報	13
3-1 人口構造の推移	13
3-2 人口動態の推移	19
4. 保健医療サービスの現状	23
4-1 保健医療分野の政策	23
4-2 保健医療行政	30
4-3 医療施設と薬品供給システム	34
4-4 保健医療要員	39
4-5 研修システム	44
5. 人口・家族計画政策と実施体制	49
5-1 現行の人口・家族計画政策	49
5-2 人口・家族計画分野の指標	57
5-3 人口・家族計画分野の実施体制	64
6. エイズについて	67
6-1 エイズコントロールの必要性の背景	67
6-2 エイズ対策の現状	67
6-3 今後の対応	67

7. 今後の望ましい協力及び協力に当たっての留意点	69
7-1 留意点	69
7-2 想定される協力の内容	69

附属資料

① 国家人口政策における研修計画	73
② 現行の人口・家族計画母子保健プロジェクト一覧	81

# 1. 基礎調査団の派遣

## 1-1 派遣の経緯と目的

ガーナ共和国（以下、ガーナと略す）の1992年の人口は1,555万人と推定されている。人口増加率は約3.1%と推定されており、このまま増加率が継続すれば23年後の人口は現在の2倍に達すると予想されている。こうした状況の中でガーナ政府は人口増大が将来危機的な問題になることを予測し、その対策として1993年には国家人口審議会を設置し、家族計画の普及に取り組むとともに国民の健康改善を目的として母子の疾病罹患や死亡を減少させるべく母子保健・家族計画サービスの強化を図ることを保健行政の基本方針として掲げている。

本調査は、ガーナにおける同分野の基礎的データを収集し、家族計画・母子保健行政の現状と方針を把握するとともに、地域レベルにおいて提供されている家族計画・母子保健サービスの現状把握のため現地調査を実施し、これを報告書に取り纏め今後のプロジェクト方式技術協力の計画立案及び実施に活用することを目的とする。

また、家族計画・母子保健分野の協力はガーナ国別援助検討会においても保健医療分野の援助重点項目となっており、そのなかで具体的プログラム案として挙げられている北部地域家族計画・母子保健についても情報収集を行うこととする。

## 1-2 調査団構成

	担当	氏名	所属
団長	総括	梅内 拓生	東京大学大学院国際保健計画学教室教授
団員	小児保健	榊原 洋一	東京大学医学部小児科講師
団員	家族計画	豊間根則道	(財)国際開発センター調査部次長
団員	母子保健	斎藤 文彦	(財)国際開発センター調査部研究員
団員	協力計画	加藤 誠治	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課職員

## 1-3 主要調査項目

- (1) 社会経済開発計画の概要、人口政策の位置付け
- (2) 人口関連情報  
人口構造（男女別人口、性比等）・人口動態（出生率、各種死亡率、人口予測等）の推移等
- (3) 人口・家族計画政策と実施体制  
現行の行政、予算、担当機関の人員、家族計画分野の指標、NGOの役割等
- (4) 保健医療サービスの現状  
現行の政策、予算、担当機関の人員、中央及び地方の保健医療機関・活動内容、保健医療要員の配置状況、人材養成システム等
- (5) 他援助国・国際機関の家族計画・母子保健分野での協力の現状

1-4 調査日程

日 順	月日	曜日	移 動 及 び 業 務
第1日	3/11	土	東京発 (JL401) 同日ロンドン着
2日	12	日	ロンドン発 (BA077) 同日ガーナ着
3日	13	月	午前・大使館表敬、JICA 事務所との打合せ 午後・保健大臣表敬 ・保健省関係各局との打合せ (評価部、対外援助調整部、家族計画・母子保健部) ・協力隊医療調整員からの情報収集
4日	14	火	午前・野口記念医学研究所視察、専門家から情報収集 午後・保健省関連部局からの情報収集 (人材養成部、対外援助調整部、統計部) ・保健省環境保健部訪問
5日	15	水	午前・USAID 訪問 ・WHO 訪問 午後・UNFPA 訪問 ・UNICEF 訪問
6日	16	木	午前・国家人口審議会訪問 午後・コレブ教育病院視察 (事務局、産婦人科、小児科)
7日	17	金	午前・Save the Children Fund (NGO) 訪問 午後・アクラ近郊医療施設視察 (ヘルスセンター) ・National AIDS Control Programme 訪問
8日	18	土	資料整理
9日	19	日	クマシ市へ移動 (車両 所要3時間)
10日	20	月	午前・州保健局訪問 (Ashanti Region) ・州知事表敬 午後・州保健局訪問 (Sekyere East District) DHMT (District Health Management Team) からの情報収集 ・ヘルスセンター視察 ・クマシ在住協力隊隊員との懇談会
11日	21	火	午前・医療施設視察 (Manpong District Hospital, Agona ヘルスセンター等) 午後・RHMT (Regional Health Management Team) からの情報収集
12日	22	水	<コンサルタント団員> <官等団員> クマシMCHセンター、 午前・アクラへ移動 (車両) 南部ヘルスセンター訪問 午後・保健省公衆衛生部訪問 夜 榊原団員アクラ発 (LH565)



日 順	月日	曜日	移 動 及 び 業 務
13日	23	木	州立看護養成学校訪問 午前 ・大使館、JICA 事務所報告 クマシ市長表敬訪問 午後 ・大蔵経済企画省報告 助産婦学校訪問 ・保健省関係者へ報告 夜 梅内団長・加藤団員 アクラ発 (GH750)
14日	24	金	クンタナシ・ヘルスセンター 聖ミカエル病院訪問 アウトリーチ活動視察
15日	25	土	タマレへ移動 (車両)
16日	26	日	資料整理
17日	27	月	午前 州保健局長表敬、関係者からの情報収集、Regional Hospital 視察 午後 州立看護養成学校視察、タマレ准看護学校視察
18日	28	火	各種医療施設視察 (MCH/FP クリニック、トロン・ヘルスセンター、ニヤンバラ・ヘルスポスト)
19日	29	水	アクラへ移動 (航空機)
20日	30	木	ガーナ家族計画協会 (PPAG) 訪問 資料購入
21日	31	金	大使館からの補足調査 (本田専門調査員)
22日	4/1	土	ガーナ家族計画協会プロジェクトサイト視察
23日	2	日	資料整理
24日	3	月	補足調査 (国家人口審議会、UNDP、UNFPA)
25日	4	火	午前 大使館、JICA 事務所報告 世界銀行訪問 午後 保健省報告
26日	5	水	午前 USAID 派遣専門家からの情報収集 アクラ発 (BA078)
27日	6	木	ロンドン着 *斎藤団員は9日(日)まで病気療養、豊間根団員は介護のため同伴
31日	10	月	ロンドン発 (JL402)
32日	11	火	東京着

## 1-5 主要面談者

### (1) ガーナ側

#### 1) Ministry of Health

Steve Obimpeh	Minister
Asamoah Baah	Director, Policy Planning, Monitoring & Evaluation
A. Tinorgah	External Aid Coordinator
Rejoice Mutakor	Director, MCH/FP
Kofi Ahmed	Director, Public Health
Henry Moye Nortey	Director, Environmental Health
Amenuve Bekui	Director, Health Statistics
Delanyo Dolvo	Director, Human Resource Development

#### 2) Ministry of Finance

Charles Abakah	Director, International Economic Relations Division
E. K. Micansah	International Economic Relations Division
Kwasi Opoku	International Economic Relations Division

#### 3) National Population Council

M. A. Quist-Therson	Executive Secretary
A. F. Aryee	Technical Advisor
Evelyn Nsiah	

#### 4) Korle-Bu Teaching Hospital

K. K. Pumpuni	Chief Administrator
---------------	---------------------

#### 5) UNICEF

Marinus H. Gotink	Head, Health Programme
-------------------	------------------------

#### 6) UNEPA

Teferi Seyoum	Country Director
Duah Owusu Sarfo	National Programme Officer

#### 7) WHO

Fleischer Djoletto	MCH/FP Member
--------------------	---------------

8) USAID

Charles Llewellyn	Chief, Health, Population & Nutrition
Benedicta Monica Ababio	Deputy Chief, Health, Population & Nutrition

9) Ashanti Region

Daniel Ohene Agyekum	Regional Minister
----------------------	-------------------

10) Ashanti Regional Health Directorate

Agatha Bonney	Acting Regional Director of Health
Susan Opoku	Research Coordinator, Regional Training Unit
Philip Ampofo	Regional Training Unit
J. O. Kyei	Principal Pharmacist
John Zienna	Regional Equipment Officer
Robert K. Amoabeng	Senior Accountant
E. Oti-Donkor	Regional Health Officer
Charlotte Osei	Regional Nutrition Officer
Bertha Aboagye Afta	Regional Principal Nursing Officer
E. F. Afosi	Senior Personnel Officer

11) Sekyere East District Office

George Mensah	Director
Elizabeth Adu Boahen	District Public Health Nurse
Christine Mensah	Medical Officer

12) Manpong District Hospital

S. Y. Asamoah	Director
I. K. Appah	Administrator

(2) 日本側

1) 在ガーナ日本国大使館

小嶋 敏宏	特命全権大使
若杉 慎	公使
山崎 順二	一等書記官
本田 俊一郎	専門調査員

2) 野口記念医学研究所 (II) プロジェクト

F.K.Nkrumah	Director
谷口 清洲	リーダー
神谷 敏也	リーダー (後任)
力丸 徹	栄養学専門家
有嶋 拓郎	寄生虫学専門家
吾妻 ゆき子	寄生虫学専門家
石川 晃一	ウイルス学短期専門家
金丸 晃治	調整員

3) JICAガーナ事務所

平沢 昭男	所長
甲斐 寿治	次長
中澤 由江	協力隊医療調整員

## 2. 社会経済開発計画

### 2-1 社会経済開発計画の概要

#### 2-1-1 独立後の歩み

ガーナはアフリカにおける旧イギリス領植民地の中で最初に独立を達成した国である(1957年)。1960年には新憲法下でガーナ共和国となり、エンクルマが初代大統領に就任した。この当時、ガーナは西アフリカ諸国の中では比較的高い社会経済水準を誇っていた。既に相当レベルの工業化が進み、金を始めとする鉱産資源に恵まれ、更に世界最大のココア産地であった。独立当時、識字率は既に60%に達していたといわれる。

しかし、その後のガーナ経済は混乱と退潮の一途をたどった。エンクルマの急進的経済政策が失敗し、1966年の軍事クーデターで彼が失脚したあと、軍政と民政の交代が頻繁に起きることになる。その間、有効な経済政策が取られぬまま国の経済は悪化を続けた。1981年12月31日、現大統領のローリングスが彼自身2度目のクーデターによって政権についた時、社会経済は最悪の状態にあった。経済の要となるココアは1970年代に生産量が半減し、逆にその間に食糧輸入は4倍に増えた。これによる深刻な外資不足は工業を中心に経済全体を締めつけた。それらの結果、1人当たりGDPは1978年から1983年の5年間に実質で24%も減少したと推計されている。

ローリングス政権がまず着手したのは、この深刻な経済状況の打開である。そのため世界銀行・IMFの協力のもとに経済再建計画(1983~86年)を策定、実施した。経済収支及び財政の赤字削減と、対外債務支払遅延の圧縮を主目標とするこの構造調整計画は、一定の成果を上げ、構造改革はその後一層推進されることとなった。その現在までの結果は目ざましく、財政は1986年以降ほぼ均衡を保ち、実質GDP成長率は1988~90年の平均が5%、1991年5.3%、1992年3.9%、1993年5%と順調に推移している。

これと並行して政治面での改革も進み、1992年には複数政党制に基づく議会制民主主義をうたった新憲法が制定され、ローリングスを大統領とする第四共和制がスタートした。また、早くから志向されてきた地方分権化も、1993年の地方行政法によって実質的基礎ができ、新たに創設された県議会府(District Assembly:立法府と行政府の機能を合わせ持つもので、日本でいえば県議会と県庁が統合されたような機構である)を核とする地方行政体制が機能を始めた。

#### 2-1-2 過去に実施された社会経済開発計画

独立後に策定、実施された社会経済開発の概要は表2-1-1のとおりである。

表 2-1-1 過去に実施された社会経済開発計画

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

### 2-1-3 現行の社会経済開発計画

現在、最も新しい社会経済開発計画は「Ghana-Vision2020」と題された「国家開発政策フレームワーク」である。これは1996～2020年の25年間を対象とする長期計画で、1995年4月時点では国会の承認を待つ段階であった。

この「国家開発政策フレームワーク」は25年間の長期フレームワークとともに、その第一ステップとして1996～2000年を対象とする中期フレームワークを明示している。後者は各省庁、地方政府が1996～2000年の5カ年ローリングプランを策定する際の具体的な枠組となるものである。

この「国家開発政策フレームワーク」の現状認識において、最初に挙げられている開発課題は貧困である。最近10年間、様々な行政努力が払われてきたにもかかわらず、多くの国民の生活状況は依然好転していない。1987年の調査では国民の3分の1強が「貧困」とされ、更にその中でも7%は「極貧」とされている(ここでの「貧困」は家計所得が全国平均の3分の2以下、「極貧」は3分の1以下を指す)。この全体像は現在も大きく変わっておらず、ガーナ政府は自国の開発において何よりもまずこの大きな課題に取り組むことを明らかにしている。

#### (1) 長期開発目標(1996～2020年)

長期フレームワークによれば、その長期開発目標は端的に「2020年までに中所得国となること」である。具体的には現在のシンガポールの水準の達成が目指されており、次のようなビジョンでもって描かれている。

- ・健康で豊かな長寿と雇用、住居、余暇の確保
- ・開発成果の公平な享受と極貧の撲滅

- ・経済成長率 8%以上（現在は 4~5%）
- ・人口増加率の抑制（現在の 3%から 2%へ）と 1 人当たり実質所得の 4 倍増
- ・科学技術的思考とその応用による社会文化的、経済的問題の解決

この長期開発目標を達成するための具体策は次の 5 つの「開発基本テーマ」に沿って整理されている。

- ・人間開発
- ・経済成長
- ・農村開発
- ・都市開発
- ・開発のための環境づくり

それぞれのテーマにおける目標は次のとおりである。

#### 1) 人間開発

貧困軽減と所得向上及び所得・雇用機会の格差是正が目標である。具体策は、

- ・人口増加率抑制（2020 年までに 2%へ）
- ・乳幼児死亡率と疾病率の低下
- ・食料確保と栄養改善
- ・医療アクセス、飲用水、衛生、住居の改善
- ・基礎教育の普及達成、成人識字率の向上（特に女性）
- ・職業教育による労働者の技能向上

#### 2) 経済成長

国民の物質的福祉を保障し経済成長を効率良く進めるため、開放的かつ自由な市場経済の確立が目標である。具体的には年率 8%以上の経済成長を遂げ、1 人当たり実質所得を現在の 4 倍に引き上げる。その達成には経済構造を大きく変化させる必要があり、2020 年の GDP シェアを農業 20%以下、工業 37%とする。

#### 3) 農村開発

3 分の 2 以上の人口が居住する農村について都市との間の所得・生活水準格差を是正するのが目標である。そのため農村向け公共投資配分を強化し、社会経済インフラストラクチャーの整備や既存の人的・物的資源の最大限の利用を図る。

#### 4) 都市開発

国家開発に都市が果たす中心的な役割に鑑み、中小都市のサービス機能の強化が目標である。

#### 5) 開発のための環境づくり

国民 1 人 1 人が社会経済開発に参画できるような環境づくりが目標である。人的開発の他に行政機構、法制の改革を一層推進する。

## (2) 中期開発目標 (1996～2000年)

上に掲げた長期目標を達成するための基盤固めを念頭に置いた、2000年までの中期目標が示されている。まず、現状認識としてはガーナの有利な条件に、

- ・過去5年間に進められた政治改革の成果
- ・豊富な自然資源
- ・有利な地理的位置と国際社会の好意的な見方

の3点を挙げ、その一方で制約条件を次のようにまとめている。

- ・高い人口増加率
- ・児童養育に関する意識の低さ
- ・計画調整システムの欠如
- ・低い国内貯蓄率と弱い金融機能
- ・低い生産性
- ・エネルギー（特に電力）供給不足
- ・科学技術や環境問題に関する認識の低さ
- ・新興工業国の出現によるガーナの比較優位分野での国際競争の激化

以上の条件を踏まえて、開発基本テーマごとの中期目標が明らかにされているが、かなりの部分で長期目標の繰り返しである。

### 1) 人間開発

中期目標は次のとおりである。貧困の軽減、人材の質的向上、雇用と余暇の拡大、社会インフラストラクチャー及びサービスの強化とともに、家族計画・多産抑制のメリット及び開発における女性の役割の重要性に関する認識を拡大する。

### 2) 経済成長

2000年に実質GDP成長率8%、1人当たり所得500米ドル超を目指し、産業構造としては1993年現在の農業49%、工業・サービス20%から農業39%、工業・サービス41%と後者の比重を拡大する。また、投資も1993年の対GDP比16%から2000年時点で26%まで拡大する。財政政策は直接税の拡大と地方分権の促進により、収支バランスを保ちつつ開発環境の改善に向け強化される。金融政策は価格安定に配慮しつつ、経済の拡大にあわせたマネーサプライを行う。また、輸入を超える輸出（特に非伝統的産品）拡大を達成し、経常黒字を維持する。

### 3) 農村開発

農村開発は特に都市部との格差の是正に重点を置き、社会サービスの一層の拡充、そのアクセスについてのインフラストラクチャー整備・活用を通じ開発環境の向上、生活条件の改善を図る。

### 4) 都市開発

農村部における開発のサポートと、中小都市での雇用促進により大都市への人口集中圧力の緩和を目指す。

### 5) 開発のための環境づくり

開発に向けた環境整備に当たっては、法規制制度及び行政機構の今以上の大幅な見直しが必要である。具体的には、生産性向上のための行政機構のリストラクチュアリングの一層の推進、



公共サービスによる民間セクターへの協力促進、開発や民間セクターの障害となる法規制の見直しの3点である。また、地方レベルでは州調整委員会や県議会府が牽引役となり効率改善を進め、開発計画と実行の調整を行う。加えて、既存資源の有効活用、行政システムへの経営の概念の導入、専門教育・職業訓練への民間セクターの参画、国家的能力向上への外部の支援の活用により人的能力の向上を目指す。

## 2-2 社会経済開発計画における人口政策の位置付け

以上に概観したように、ガーナの現行の社会経済開発計画の中で人口政策は高い優先度を与えられているとみてよい。2020年までに現在の中所得国並みの開発水準を達成しようとするれば、一方で高度成長を維持しながら他方で人口増加を抑える必要がある。それと同時に人口の「質」（人的能力、生活水準など）も高めねばならない。上に見た国家開発政策フレームワークが5つの開発基本テーマに沿って整理されていて、その第一番目に「人間開発」、第二番目に「経済成長」が掲げられていることに、人口政策に置かれた全般的な重要性を明確に読み取ることができよう（もっとも、その5つのテーマの順番が優先度に対応するとは明記されていない。ただ、暗黙の順位付けと理解できる）。

現在のガーナにおける人口問題とは、その急速な人口増加にほかならない。その人口増加率は約3%にもなり、その原因は昔ながらの多産と医療水準の向上による死亡数の減少の差である。したがって、その中長期の社会経済開発計画においても、人口問題及び人口政策として強調されているのは、多産を抑制するための政策である。効果的家族計画を普及できなければ人口増加に歯止めがかからず、それがひいては開発の障害となるとして、国民が多産抑制方法を実践できる能力の開発及びそれを支援促進するサービスの強化など家族計画普及による出生率低下政策が強調されている。そして、その長期目標の中で2020年までに人口増加率を2%に引き下げることを明示している。このことが端的に示すように、人口政策はガーナの社会経済開発計画の中で極めて重要な位置を与えられているのである。

実はこのような認識は最近始まったものではなく、既に25年前の1969年にガーナ政府は最初の人口政策を発表している。この政策は開発過程の中で人口問題が中心的な位置を占めることを明確に認識し、多産の抑制とともに、地方から都市部への人口移動の抑制を狙ったものである。しかし、この人口政策は顕著な実効を上げることがなく、その後も3%前後の人口成長が続き、しばしば経済成長率を上回ったため、国民生活水準は徐々に低下する結果となった。

この反省の上に立ち、更にエイズ等の新たな問題を含めた社会状況の変化に対応するため、1994年に改訂人口政策が発表された（Government of Ghana, "Revised National Population Policy 1994", December, 1994）。この具体的内容については後節にゆずるとして、特に社会経済開発計画との関係で特筆すべきは開発計画と人口政策との整合の強化が挙げられる。1969年人口政策のもとでは、有能な人材の不足もあり、これらの整合はごく小規模でしか図られなかったが、改訂政策では新たな開発計画制度の導入と国家開発計画委員会（National Development Planning Commission）の設立によりこの整合を十分に図るとしている。具体的には、国家開発計画委員会や国家人口審議会（National Population Council）などの能力強化を図ることと、人口計画を住宅、水、運輸通信、エネルギー、雇用、保健、農業、環境などの関連する様々な部門の計画に織り込んでいくことで両者の整合性を強化する戦略である。

ガーナ政府はこの改訂人口政策のもとで人口増加と社会経済開発のバランスを維持し、国民生活水準の着実な向上を図ろうとしている。社会経済開発の多くの分野がこの改訂人口政策に基づいて計画されることとなり、より確実な人口政策の展開が期待できる態勢になったといえる。

### 2-3 社会経済開発計画における保健医療セクターの位置付け

中長期的社会経済開発計画において、その基本テーマのひとつとして「人間開発」が第一番目に挙げられていることからわかるように、今後の社会経済開発を成功させるための一要素として国民生活の質的向上が重要視されている。この「人間開発」の内容は、国民生活の質的向上及び人材の有効活用という観点から、教育と並んで保健医療を重視したものである。実際、1996～2000年の5カ年公共投資計画では、教育と並んで保健医療セクター（人口政策を含む）への資本支出シェアは1993～95年公共投資3カ年計画の3.9%から10%へと大幅に拡大している（5-1-3節で詳論する）。

保健医療セクターとしての目標はもちろん国民全体の健康水準を向上することであるが、特に重視されているのは母子保健である。具体的には現在国際比較をした場合に極めて高い乳幼児死亡率（乳児死亡率：1,000人当たり82人、5歳未満児死亡率：1,000人当たり155人）の改善（それぞれ50、100へ低下）や妊婦死亡率の低減（1,000人当たり5～15人を3～10人へ）を中期目標とする。それらにより平均寿命を現在の54歳から2000年には60歳に延ばすとされている（詳しくは4-1-2節で述べる）。

これらの諸指標はただ単に保健医療サービスのみを向上すれば十分に改善される性質のものではないので、セクター間の協力や場合によっては合同事業として保健対策を行うことが必要となってくる。例えば、飲用水は健康状態を左右する非常に重要な要素であり、また下水道などの衛生施設も健康及び環境の面で重要問題になってきており、これらは緊急に対策が必要なものである。したがって保健医療セクターでは、関連する諸セクターの役割分担と相互の連携を図ることも課題である。

これらのことから保健医療セクターは、保健医療サービスの改善という直接的な機能と同時に、生活環境など保健水準の決定要因については他のセクターの取り組みの推進役としての機能も狙い、国民生活の質的向上に関する中心セクターとして、社会経済開発計画における「人間開発」の一翼を担うものであるといえる。

### 3. 人口関連情報

#### 3-1 人口構造の推移

##### 3-1-1 男女別人口と性比

1984年に行われた最後の国勢調査によるガーナの人口は、男性 6,063,848 人、女性 6,232,233 人で、総人口は併せて 12,296,081 人と記録されている。したがって男女比は 49.3 : 50.7 であり、比率自体に 1970 年の調査から大きな変化は認められない。なお、この期間の人口増加率は年 2.6%であった。1994 年現在の人口増加率は 3.0%、総人口は約 1,650 万人と推定され、1970 年から倍増している（図 3-1-1）。現在のこの人口増加率は世界でも最も高いレベルにある（世界銀行のデータによれば、1980~92 年間の年平均増加率でみるとガーナは 3.2%であり、これはヨルダン 4.9%、サウディ・アラビア 4.9%、オマーン 4.3%、イエメン 3.8%、コートジボアール 3.8%、ケニア 3.6%、イラン 3.5%、ボツワナ 3.4%、ガボン 3.4%、ニジェール 3.3%、トーゴ 3.3%、ジンバブエ 3.3%、ホンデュラス 3.3%、シリア 3.3%に続くものである。世界銀行「世界開発報告 1994」表 25）。

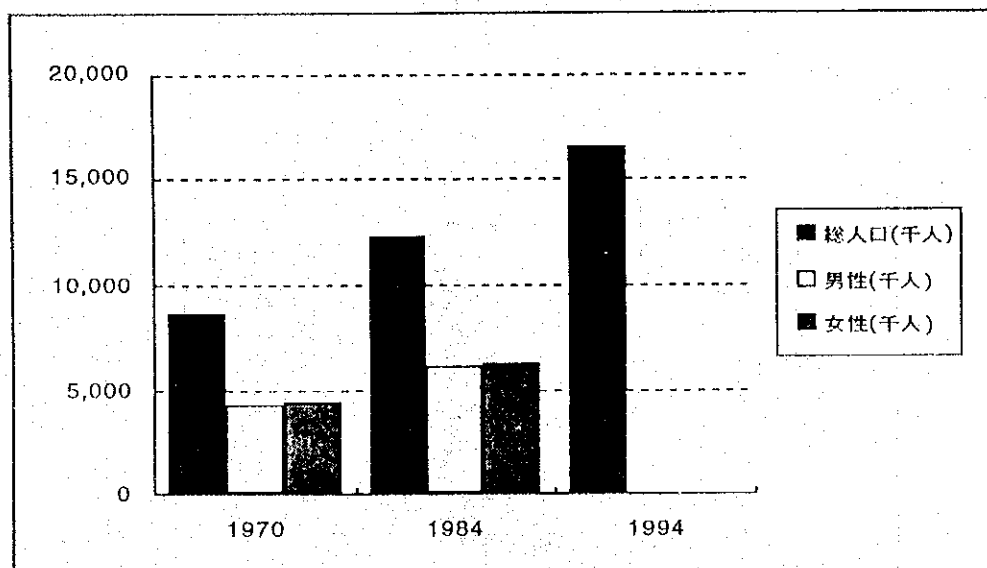


図 3-1-1 人口推移

	1970	1984	1994*
総人口(千人)	8,559	12,296	16,525
男性(千人)	4,247	6,064	-
女性(千人)	4,312	6,232	-
男性比率(%)	49.62	49.32	-
女性比率(%)	50.38	50.68	-

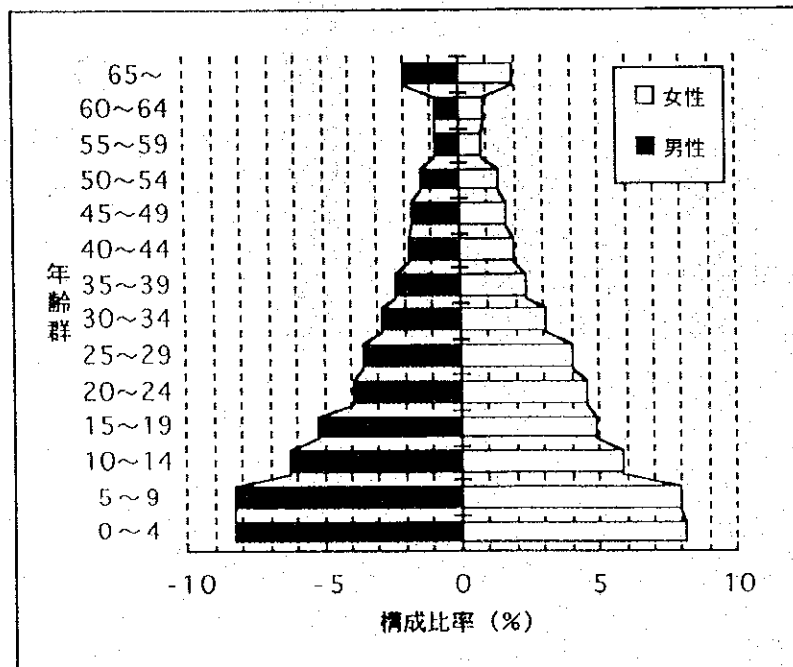
\* 推計値, \*\* 予測値

出所: Ghana Population Census 1984 ガーナ統計局

\* Ghana - Vision 2020 ガーナ共和国

図3-1-1 (続き)

3-1-2 年齢層別人口割合



出所: Ghana Population Census 1984 ガーナ統計局

図3-1-2 年齢層別人口分布

図3-1-2は1984年の国勢調査に基づく人口ピラミッドである。図が示すとおり、高い出生率の結果、15歳以下の子供の総人口に対する比率が46.7%と非常に高く、この年少人口を扶養する負担が大きい。この構造は現在も大きく変わっていないと推定される。また、出産年齢(15~49歳)の女性が全女性の23%を占める構造も同様に保たれているとみられ、家族計画が飛躍的に普及しない限りしばらくは現在の高い出生率とその結果としての高い人口成長率は続くと考えられる。

### 3-1-3 民族・宗教別人口構成

ガーナの民族構成とその分布は極めて複雑である(図3-1-3)。1993年のWHO年報によれば、ガーナ最大の民族はアカン族で人口の約半分を占める。他に南部ではエヴェ族が総人口の13%を占め、以下ガ・アダンベ族が10%、グウアン族4%、一方北部ではモレ・ダバニ族(16%)、グルマ族(4%)、グルシ族(3%)が主要民族である。

また宗教に関しては、19世紀初めから布教されてきたキリスト教徒が人口の52%を占めるようになっており、その他伝統的な原始宗教の信者は約21%、イスラム教徒が13%となっている。

### 3-1-4 労働力人口・産業別人口の推移

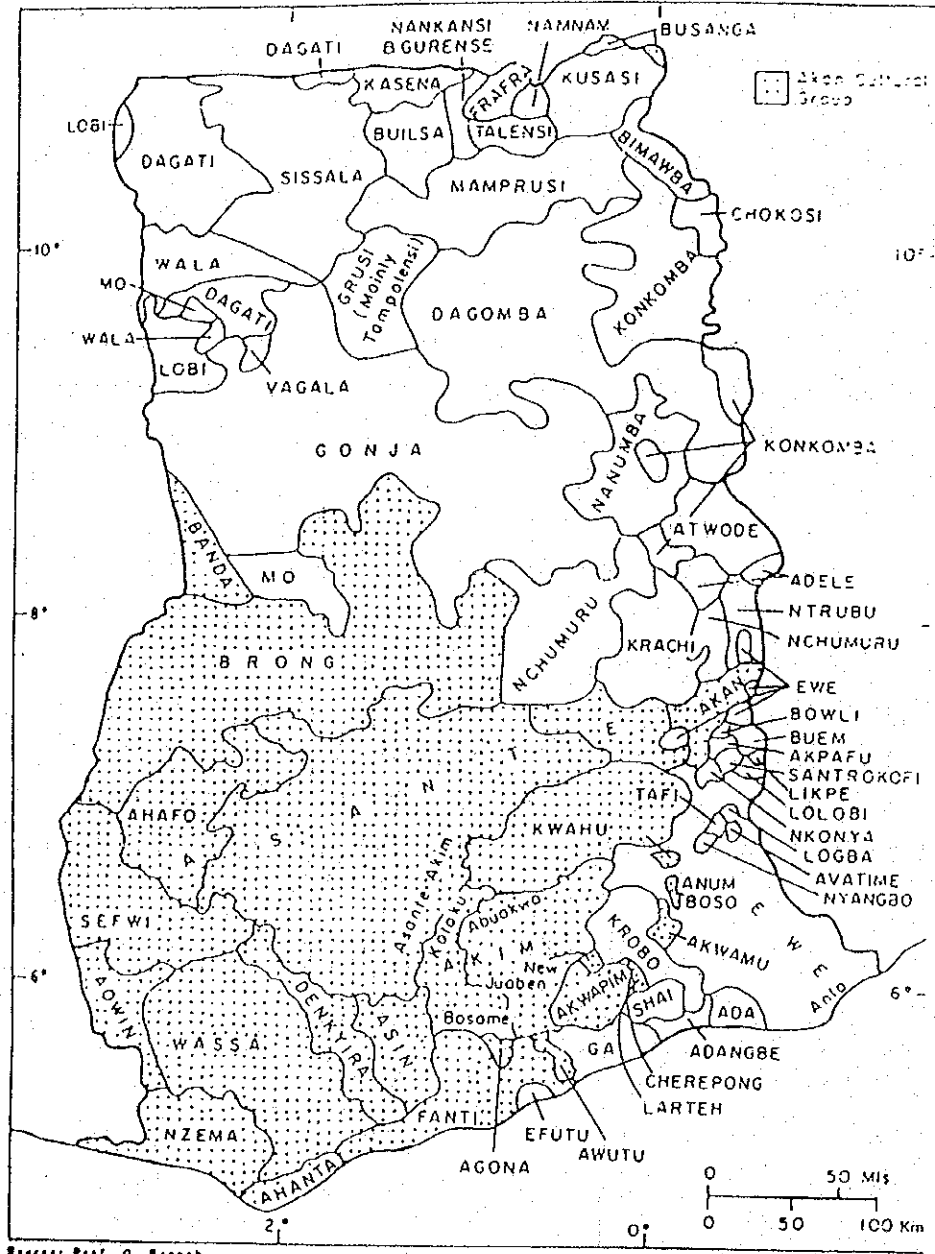
年齢層別人口構成においても触れたとおり、15歳未満の比率が高い人口構成となっているため、総人口に占める労働力人口(経済的活動人口)の割合である粗活動率は低い(表3-1-1)。当然、労働力人口1人当たりが養う経済的従属人口は多く、1984年で100人当たり約120人となっている。これは、1970年の157人と比較すれば大きく改善はしているものの、依然その負担は大きいといえる。

表3-1-1 労働力人口

	1970	1984
労働力人口(千人)	3,332	5,580
(男子)	1,860	2,724
(女子)	1,472	2,856
総人口(千人)	8,559	12,296
粗活動率(%)	38.93	45.38
女子比率(%)	44.18	51.18
経済的従属人口指数*	156.87	120.36

\*経済的活動人口(労働力人口)100人当たり

出所: Yearbook of Labor Statistics 1994 ILO より作成

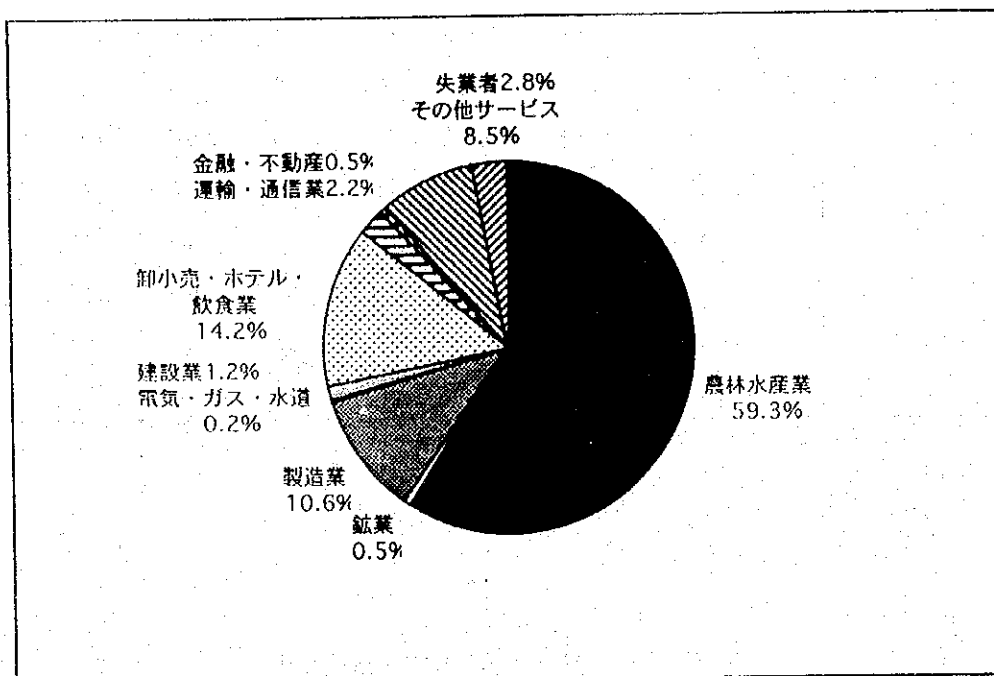


出所 : J. E. Kuada and Yao Chachah, "Ghana: The Land, the People and Their Culture", African Information Centre, 1989.

图 3-1-3 ガーナの民族分布

ガーナにおいて、農業労働は基本的に女性の仕事である上、食料品の生産・加工・販売においても女性が中心的役割を果たしている。そのため、1984年には女性の労働力人口が男性を上回るなど、労働力に占める女性の割合は高い。

また産業別労働力人口の構成については、1984年の国勢調査によってしかその把握がされていないため、時点間の推移を知ることはできないが、図3-1-4の1984年産業別就労人口構成を見る限り、多くのサハラ以南アフリカ諸国同様、6割近くに達する農林水産業の人口が圧倒的に多い。



出所：Ghana Population Census 1984 ガーナ統計局

図3-1-4 1984年産業別就労人口構成

### 3-1-5 行政地区別人口・人口密度

表3-1-2は、各州の人口と人口密度の推移に関するものであり、1993年における最も人口の多い州は商業の中心都市クマシのあるアシャンティ州で、一方人口密度が最も高いのは首都アクラのあるグレーターアクラ州である。

表 3-1-2 行政地区別人口分布

州	面積	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	900	277	1,430	441	1,790	552	3.3
ボルタ	20,570	950	46	1,210	59	1,520	74	1.8
イースタン	19,323	1,210	63	1,680	87	2,100	109	2.4
セントラル	9,826	980	100	1,140	116	1,430	146	1.8
ウエスタン	23,921	770	32	1,160	48	1,450	61	3.0
アシャンティ	24,389	1,480	61	2,090	86	2,610	107	2.5
ブロンゴアファソ	39,557	770	19	1,210	31	1,510	38	3.3
ノーザン	70,384	730	10	1,160	16	1,460	21	3.4
アッパーイースト	8,842	540	61	770	87	970	110	2.6
アッパーウエスト	18,476	320	17	440	24	550	30	2.3
合計	238,533	8,560	36	12,300	52	15,390	65	2.6

\* 1970～84年における年平均人口増加率

単位：人口（千人），密度（人/km<sup>2</sup>）

出所：国別医療情報ファイル ガーナ共和国 国際協力事業団

3-1-6 都市化率の推移

表 3-1-3 都市化率と都市人口成長率

	1975	1985	1992
都市化率(%)	30.1	31.2	34.9
都市人口成長率(%)	2.9	4.3	4.3
総人口成長率(%)	2.2	3.7	3.0

出所：Social Indicators for Development 1994 世界銀行

1992年におけるガーナの都市化率（総人口に占める都市人口の割合）は、34.9%である（表3-1-3）。この数値はサハラ以南のアフリカ諸国の平均29.4%とさほど大きな開きはないものの、都市部での人口増加率は全国平均の3.0%を上回る4.2%であり、都市化は着実に進行しつつある。WHOによれば、これは主に都市部と農村部での衛生や医療の状況の差がもたらすものである。つまり、農村部での粗死亡率が1,000人当たり26～27であるのに対し、衛生や医療施設の点に優れる都市部では8～10と低い。一方で粗出生率には大きな違いがないため都市部の人口増加が農村部を上回る結果となる。



## 3-2 人口動態の推移

### 3-2-1 出生率・死亡率の推移

粗出生率・粗死亡率ともに近年緩やかな低下傾向にある（表3-2-1）。しかし、前節においても取り上げたとおり、衛生・医療レベルの差から都市部に比べて農村部では死亡率が非常に高いことが指摘できる。

表3-2-1 出生率・死亡率の推移

	1980	1986	1992	1992*
粗出生率	45	46	41	44
粗死亡率	14	13	12	15
合計特殊出生率	6.5	6.4	6.1	6.1

\*サハラ以南のアフリカ平均値

出所：African Development Indicators 1994-95 世界銀行

また、1人の女性が一生に出産する子供の数を表わす合計特殊出生率も、家族計画に関する認知・実行の度合いに大きく影響されるため、都市部と農村部での格差が大きくなっている。例えば、1988年と1993年のガーナ人口保健調査の結果を比較すると、都市部では1988年の5.3から1993年には4.0に大きく減少している一方で、農村部では1988年の6.9から1992年6.4へとその減少は非常に僅かなものにとどまっている。この結果は都市部での家族計画の普及を示すと同時に、農村部への普及が十分でないことをも表わしている。

### 3-2-2 死因

死亡原因を全国的に取りまとめたデータが存在しないため、その傾向と保健対策の重点項目を把握するために、都市部と農村部の病院それぞれの主要な死因を比較分析した「国別医療情報ファイルガーナ共和国」のデータ、分析を以下に要約する。この分析では、国内最大のコレブ教育病院と北部農村地帯の中規模病院であるウェスト・ゴンジャ病院の1993年の死亡原因データの比較を行っている（表3-2-2）。

表 3-2-2 コレブ教育病院とウエスト・ゴンジャ病院における 5 大死亡原因

コレブ教育病院			ウエスト・ゴンジャ病院		
疾病名	死亡数	割合(%)	疾病名	死亡数	割合(%)
1 脳血管性障害	665	24.43	1 マラリア	16	15.09
2 循環器系疾患	185	6.80	2 肺炎	8	7.55
3 腎疾患	169	6.21	3 栄養失調	7	6.60
4 髄膜炎	166	6.10	4 下痢・嘔吐	6	5.66
5 急性肝炎	157	5.77	5 ウイルス性肝炎	6	5.66
5 大疾病計	1342	49.30	5 大疾病計	43	40.57
総死亡者数	2772	-	総死亡者数	106	-

出所：国別医療情報ファイル ガーナ共和国 国際協力事業団

この表をもとに同「ファイル」は、都市部と農村部とでは死因分布に違いがあること、その原因には衛生状態や医療体制の格差が考えられること、そして都市部では感染症対策が一定の成果を上げたと思われるが、次に非感染症対策が必要な段階になってきていることを指摘している。また、エイズによる死者の直接の死亡原因は肺炎や結核感染として処理されることが多く、エイズが死亡原因として表にできることが少ないため、死因の動向からエイズの拡大状況を把握するのは困難であることも指摘している。

### 3-2-3 域内移動

人口移動に関しても、その定量的把握が可能なデータがないため、都市部への農村からの人口流入等のはっきりした実態は把握できないが、1984年の国勢調査の際に現在生活している地域と出身地との関係に関する調査が行われており、この結果から地域・地方間の移動の概要を把握することが可能である（表 3-2-3）。この出身地分布状況から、特徴的な部分 2 点が挙げられる。

ひとつは、同一地方（州）内の別地域出身の女性の割合が男性に比べると特に農村部で高い点である。この男女差は主に婚姻に伴う移動に起因するものであると考えられる。

もうひとつは、都市部と農村部とを比較した場合、都市部には他地方出身者が多い点であるが、都市部相互間の移動が農村部相互間での移動よりも多いのか、もしくは農村から都市への人口流入が多いのか、その実態はこのデータからは把握できない。先にも取り上げた医療情報ファイルでは、国連人口基金関係者の見解として、ガーナでは民族間の言語の違いや永住移動を好まない国民性から、人口移動は都市部相互間もしくは地方相互間が中心であり、将来も都市への人口集中はないとの予測をしている。

表 3-2-3 出身地構成

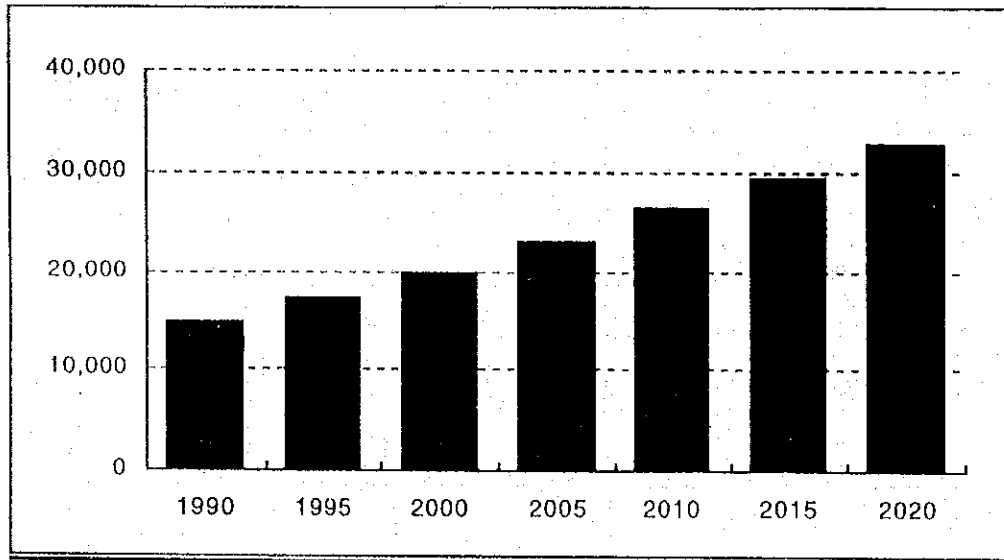
出身地		平均(%)	都市部(%)	農村部(%)	
国内	現居住地域内	男性	63.85	60.00	64.98
		女性	62.73	63.75	61.64
	現居住地方内別地域	男性	16.83	13.89	18.00
		女性	22.96	16.99	25.46
	他地方	男性	18.82	25.49	15.59
		女性	17.29	25.03	13.59
国外	男性	0.50	0.62	0.44	
	女性	0.59	0.65	0.56	

出所：Ghana Population Census 1984 ガーナ統計局

#### 3-2-4 人口予測

ガーナの長期人口予測の例として世界銀行によるものを図3-2-1に示す。ガーナの将来人口は、当然ながらその人口政策の成否の如何に大きく左右される。前章で触れたとおり、ガーナ政府はその長期社会経済開発フレームワークにおいて、人口増加率を2020年には2%まで引き下げるとしているが、世界銀行の予測値はその点では概ね整合している。しかし、この2%はあくまで目標値であり、今後の人口政策の成否によってはこの世界銀行の予測値を超えて人口が増加する可能性がある。

この世界銀行の予測では、1995年から2020年までの四半世紀の間にガーナ人口は1,700万人から3,300万人規模へと2倍弱に拡大すると予測されており、この2倍弱の拡大は1970年から1994年にかけての850万から1,650万人への拡大（図3-1-1を参照）と概ね同じペースであるといえる。



	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
総人口 (千人)	14,870	17,236	20,008	23,033	26,284	29,599	32,769
	1990-95	1995-00	2000-05	2005-10	2010-15	2015-20	
平均人口成長率 (%/年)	2.95	2.98	2.82	2.65	2.38	2.04	

出所：World Population Projection 1994 世界銀行

図 3-2-1 将来人口予測

## 4. 保健医療サービスの現状

### 4-1 保健医療分野の政策

#### 4-1-1 方針・戦略

##### (1) 保健セクターの歴史的背景

1957年に独立した時点では、ガーナはサハラ以南アフリカの中でも最も整備された医療体制を誇っていた国のひとつであった。その体制とは基本的には予防より治療に重点を置き、なおかつ病院という施設をその基本としていた。独立後は病院を始め保健センターや保健ポストなどが大幅に増やされた。しかしながら、この増加は数々の理由により、期待された効果を上げなかった。そのため政府は1978年にプライマリー・ヘルス・ケアを健康増進の基本としたが、折からの経済停滞でこれを実施するのも困難であった。1980年代後半に政府はいくつもの改革を試みたが、その多くは計画どまりで実行されなかった。ただその中でも例外的にある程度効果的であったのが、1985年に導入された病院サービスの（一部）有料化と、1980年代最後に開始された県レベルの医療行政の強化であった。1990年代に入り、それまでの反省から保健省のリストラが行われ、保健行政全般の効率化と医療サービスをより住民のニーズに応える形へと転換することとなった。現在保健省は医療サービスの向上に向けて中期戦略（Medium Term Strategic Framework for Health Development）を作成し、人材育成から、保健省の持つ車両の有効活用まで幅広い戦略を実施することを目指している。

##### (2) 中期戦略

ガーナ政府は健康とは「単に病気でないというだけでなく、身体的、精神的、社会的に全く健全である状態を意味する」と定義している。健康状態が良好なことは経済成長の原因でもあり結果でもあるため、健康状態の向上は政府にとっての優先課題である。

これまで医療分野の開発はサービスの向上に重点を置いてきたため、中期の5カ年計画でもまず第一に医療保健のサービスの向上を重視する。これは医療サービスの範囲の拡大と質的向上を図ることであり、そのためには保健省の機構、人的資源、医薬品などの物資の支援、財政管理を含む総合的改革が必要である。更に治療面で開発された新たな技術を取り入れることも重要な課題である。

その中でも特に政府は中期計画において疾病の予防を含む「プライマリー・ヘルス・ケア・サービス」と、より専門的医療サービスの向上を目指す「専門家サービス」の両面での質的向上を図るとしている。

「プライマリー・ヘルス・ケア・サービス」の向上に向けて、特定の基準により選定された課題に優先的に効果的・効率的に取り組むことを目指している。例えば、現在母子保健と家族計画は似通った内容であるが、別のサービスとされ、担当者も異なる場合が少なくない。そのため同じサービスとして統一した方が、効率的である。このようにいくつもの疾病やニーズに対処できるよう、サービスをグループ化することで、医療システム全体の効率化を図ることを検討している。このグループ化は臨床、公衆衛生、母子保健の3つが中心的に考えられている。

更に「専門家サービス」は州の病院、大学病院などで提供される極めて専門的な診断と治療を意味し、これには例えば高度な手術が含まれる。このサービスを効果的に行うには、患者に専門

の医療施設を紹介する体制を充実させることが中期戦略においても望まれている。

そもそも従来「プライマリー・ヘルス・ケア」と「専門家サービス」を問わず、医療サービスの質は医療関係者によって決められ、患者側や医療制度の管理職の意見が考慮されることはあまりなかった。その結果、かなりの不満が両方から提起された。なによりも、医療施設の利用度が低いのは、サービスの質が低いことの証である。1985年に医療費が有料化された時に利用者は激減し、その後利用度は以前のレベルまで回復していない。これは患者にとって「有料化に見合うサービスの質の向上」を感じるができないからである。

そのため医療サービスを提供する側、受ける側、そして制度の管理者のそれぞれの観点に配慮し、中期計画では総合的対策の必要性を訴えている。

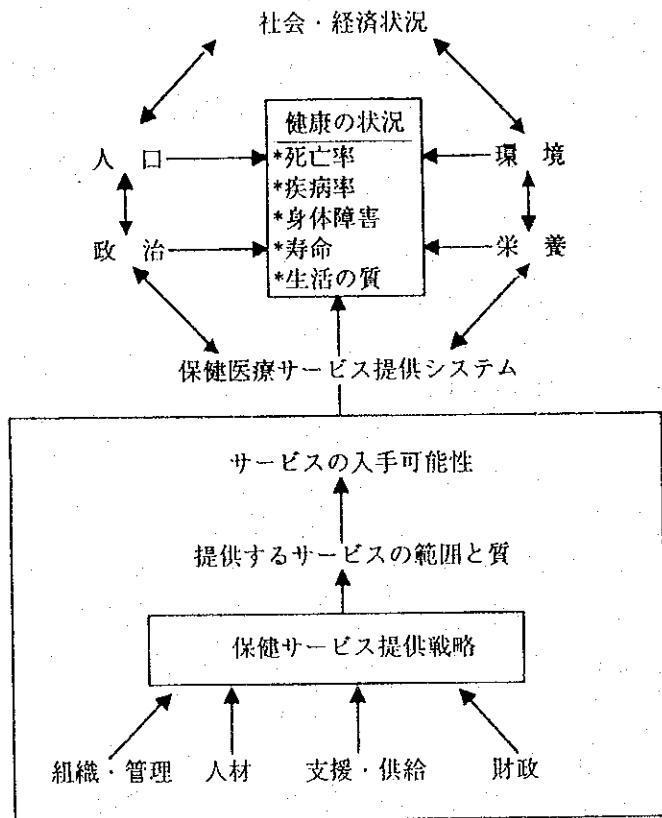
- 1) セミナーの開催等を通じて医療サービス提供者の質に関する意識の向上を図る
- 2) 特定の問題や組織において質の向上を図る
- 3) 技術面でもまた行政面でも手続きや基準を示すガイドラインを作成する
- 4) そのガイドラインを用いて、実際に医療サービスの質を向上するための研修を計画する
- 5) サービスの管理を強化する
- 6) 医療器材、医薬品その他の支援体制を整える
- 7) モニタリング体制を整備し、システム全体の管理体制を整える

### (3) 保健省の役割

保健省の役割は多岐にわたるが、主要なものは保健医療分野でのニーズを見極め、それらのニーズが満たされているか否かを把握し、基礎的医療に人々の平等なアクセスを保証し、医療従事者の基準を定め、基礎的公衆衛生を実施し、これら諸活動のために国の予算が公平にかつ有効に使われるよう働きかけることである。あわせて医療保険制度を含め民間からの資金活用も取り組むべき課題である。

このような任務遂行のため保健省は多面的対策をとる必要がある。まず政府部内において、経済発展、環境保護、栄養の向上、教育の普及など他の分野との連携を強化するため、政策提唱（アドボカシー）を重視する。これらの課題を管轄する諸官庁の機能向上は健康を増進させる上でも重要であり、政府が一体となって総合的に健康の増進を目指す。更に、政府以外にもミッション、NGO、大学関係者や伝統的医療従事者を含む民間の各パートナーと協力することが極めて重要である。住民参加によるプライマリー・ヘルス・ケアの増進を図るためにも、草の根レベルでの各種の関係者との協調が重要である。

以上のような中期計画における健康増進の総合的取り組みは図4-1-1に示されている。



出所：Ministry of Health, Medium Term Strategic Framework for Health Development in Ghana 1996-2000

図 4-1-1. 中期計画における健康増進の概念図

#### 4-1-2 目標

国際社会では「西暦 2000 年までに全ての人々に健康を」(Health for All by the Year 2000) とのスローガンが唱われているが、ガーナではこれを達成するためにも 1996 年から 2000 年までの 5 年計画中の医療指標における目標を定めている。それらはかなり詳細であるが、主要な目標は、

- 1) 寿命を 55 年から 60 年に延ばす
- 2) 幼児死亡率を 1,000 人当たり 82 から 50 へと減らす
- 3) 5 歳未満の死亡率を 1,000 人当たり 155 から 100 へ減らす
- 4) 妊産婦死亡率を 1,000 人当たり 5~15 から 3~10 へ減らす
- 5) 5 歳以下の子供の深刻な栄養不良を 8% から 4% へ減らす
- 6) 成人の死亡率を 30% 減少させる

である。

これを達成するために、2000 年までの医療サービスの目標を以下のものとする。

- 1) 妊産婦への医療を 80% から 90% へと増やす
- 2) 家族計画の実行率を 15% から 25% へと高める
- 3) 安全な飲み水の供給を 20% 増やす
- 4) 排泄物の衛生的処理能力を 20% 増加する
- 5) 緊急医療を行える保健センターを増大する
- 6) 全ての住民に 10 キロ圏内に医療施設を少なくとも 1 つ設ける

#### 4-1-3 予算配分

保健医療セクターへの政府の予算配分は 1980 年代後半は約 10% で推移している(保健システム維持管理のためのリカレント予算は 1990 年代に入って全体の約 12%、また投資予算は約 7% である)。実質値でみると 1987 年以降の配分は増減していない。保健省が受け取る予算の約 90% はリカレント費を賄うために支出されている。そのうちでも人件費の割合は高く、1995 年度の保健省の予算全体の 69% を占める(暫定予算値)。これは医療活動に配分される費用があまりにも少ないことを意味する(表 4-1-1 並びに表 4-1-2 参照)。

予算の地域的配分は一般にアクラを始めガーナの人口密集地(南部)に厚く、人口過疎地域(北部)には薄い。これは北部地域において医療サービスを提供するためには、交通手段が不足するなど、人口過疎地域の困難を考えれば、必ずしも最適な配分とはいえない。

近年の推定では、国民 1 人当たり 1 年間にすると約 3,000 セディ(5 米ドル)の医療費が支出されていると考えられ、1990 年代前半はその費用はガーナ政府が約 69% を、援助機関が 28% を、更に患者自身が残りの 3% を負担していると推測されている。保健省は 1995 年時点での負担率が 55:10:35 になるように希望しているが、この実現は予断を許さないといえるであろう。

医療サービスを提供する費用は国民 1 人当たり 6 から 12 ドルと推定されるため、約 7 ドルほどの赤字が 1 人当たりで発生する。これは政府としては医療サービスをできるだけ効率化し、費用対効果の改善を図る必要性を示している。

他方、人口増加等の理由で増え続ける医療ニーズに応えるため、1994 年から 1996 年までの公共投資計画では保健医療セクターに 3.89% が配分されていたが、これが 1996 年から 2000 年までの計



画では10%へと増大している。

このような状況下にあつて、政府の今後の保健分野の予算に関する仮定は以下のものである。

- 1) 過去の経緯から、政府の保健セクターへの支出が実質値で大幅に増加することは見込めない
- 2) 現在援助が保健予算の35%を支えているが、政府の総予算の40%以上を援助に頼ることは、持続性 (sustainability) の観点からみて好ましくない
- 3) リカレント予算の10%以上を患者の負担によって賄うことは、診療費の値上げを行っても見込めない
- 4) 医療保険によって新たな財源を確保することが必要である

このように、医療費をめぐる状況はかなり深刻である。その対策の1つとして導入された cash and carry 制度では、患者も医薬品の費用を負担しているが、患者の負担が医療費全体に貢献できる比率は極めて限られている (ちなみに表4-1-3は州ごとの医療費収入の伸びを示している)。

また、医療費に関しては1985年以降、正式に改定は行われていない。しかし多くの医療施設において診療費や医薬品の費用を値上げしている。その結果設定された負担費は地域ごとの格差が現れ始めたため、近い将来全国を一律に統一する医療費の改定がなされる予定である。その際、特定の患者や社会的弱者に対して、医療費を免除する現在のシステムも再検討されるであろう。

援助は現在その約半分がノン・プロジェクト援助として政府の予算を通じて支出されている。新たな投資については政府の予算のうち外国からの援助に依存する比率はずっと高くなる。援助はガーナ政府の援助受容能力が不十分なために、必ずしも最も効率的・効果的に使われてはいない。事実、現在保健省の予算作成、会計、監査、財務管理はいくつかの問題点を抱えている。そのため保健省はそれらの諸問題を直視し、改善に取り組んでいる。将来の援助の増加は保健サービスの赤字を補填するが、健全な財政運営のためにまたガーナ内で統一のとれた保健医療システムを維持するために、十分な配慮をもって考えられるべきである。その際、援助は主に研究、研修、組織力向上を含む保健システムの機能向上のために用いられるべきで、リカレント予算補填のために第一義的に使われるべきではないであろう。

表 4-1-1 1992 年度並びに 1993 年度保健省支出

(単位：億セディ)

財 源	1992年		1993年		前年度増加分
		(%)		(%)	(%)
政府予算					
リカレント	34.44	64.87	45.26	61.69	31
投資	3.49	6.57	5.10	6.95	46
援助	12.45	23.45	18.68	25.46	50
病院診療費	2.71	5.10	4.33	5.90	59
合 計	53.09	100.00	73.37	100.00	38

出所：Ministry of Health, 1993 Annual Report

表 4-1-2 保健省全体予算内訳 (1995 年暫定値)

項目	金額 (セディ)	%
人件費	10,371,509,844	69
交通費・出張費	414,349,670	3
一般支出	536,806,703	4
維持管理費	403,310,589	3
医薬品供給・貯蔵	1,923,346,038	13
補助金	1,404,850,000	9
合計	15,054,172,844	100

出所：保健省資料

表 4-1-3 州ごとの医療費収入の伸び (1992~1993)

(単位：100万セディ)

州	収 入 額		前年度増加分
	1992	1993	%
グレイターアクラ	366	406	11.0
ボルタ	205	252	25.0
イースタン	296	485	65.0
セントラル	129	203	57.0
ウエスタン	320	337	5.0
アシャンティ	270	655	142.0
ブロンゴアファン	150	307	104.0
ノーザン	55	76	38.0
アッパーイースト	63	102	62.0
アッパーウエスト	48	73	52.0
合 計	1,902	2,896	52.3

出所：Ministry of Health, 1993 Annual Report

#### 4-1-4 地方分権化

##### (1) 背景と仕組み

植民地時代また独立以降残されていた地方行政の諸問題に取り組むための改革が 1988 年に実施された。この改革の結果、県レベル (district) に開発の諸課題を総合的に対処する県議会府が設置され、これによって意味のある地方分権化の推進を図ることとなった (県議会府とは、県レベルで行政と立法の機能を果たす機関である)。そのための法律も整備され、それによって人口が 25 万人を超える大都市部では 3 つの県議会府が、9 万 5 千人以上の都市部では 4 つの県議会府が、更に 5 万人以上の地方では 103 の県議会府が 1989 年に設置された。このように 1980 年代以来地方分権化に取り組んできたが、それが一段と加速されたのは 1990 年代になってからである。

この県議会府は法律によって、行政的また立法府的機能を持ち、県レベルでは開発計画の権限を持つ。県議会府の中には、農業、林業、教育、社会福祉、農村開発計画、公共事業、居住環境、保健衛生、等それまでは中央政府が実施していた活動を引き継ぐための部局を設けるとしている。この実施を促進するため少なくとも 4 輪駆動車が 1 台と 4 台のオートバイが各県に配置された。これによって開発政策を実施するプロジェクトの運営の中心的機関は県レベルとなる。

その下に、郡 (sub-district) レベルがあり、審議会や委員会によって構成されるとしている。郡の活動は県によって把握されることとなる。

これら一連の変化によって州は政策決定の権限を失い、県レベルの計画が国家的計画に沿うものであることを確保する行政的調整の役割を担うに止まる。そのために、州は県レベルの活動の把握 (モニタリング) と評価を行うことが主な任務となる。

この地方分権化の背景には、開発とは中央政府、地方政府、地元住民、更に NGO が連携して進めるものであり、分権化によって権限を中央から地方へ委譲し、開発がそれぞれの人々の住むコミュニティのニーズに応えることを目指すとの考えがある (保健省が実施したいくつかのコミュニティサーベイの結果、村落レベルでは人々にはできるだけ近い所で医療サービスを受けられることを望んでおり、またできるだけ多くの種類のニーズを近くの施設で満たしたいと考えている。これに応えるためには、現場の医療サービスはできる限り総合的で、かつそれを県や州の医療施設が提供することが望ましい。また人々は自らの健康の維持増進活動に参加したいと考えている。これら全ては住民参加による医療のあり方を見直す時期にきていることを物語っている)。

地方分権化は保健医療サービスの向上にとって極めて重要で、住民のニーズによりの確に 대응するための多面的対応を以前より取り易くするものと期待されている。すなわち県と郡が、自治省と協調しながら医療活動の中心的推進者となっていくのである (自治省は水の供給、マラリア駆除、ゴミ処理、生活環境の衛生管理等を管轄している。これらの活動に対しては、ドナーの協力がある)。保健セクターの分権化は他の分野より進んでおり、県保健マネージメント・チームが決定権を得つつある。これに財政面での権限が伴えば地方分権化はほぼ実体を備えたものとなる。

調査団が訪れたアシャンティとノーザンの州ではこの分権化政策はまだ過渡期にあり、財政的権限の委譲がまだ実際には行われていないため、関係者は分権化の実体がどうなるのかを把握しかねていた。従来医療サービスの分野では、県がその中心的役割を担っていたが、現在郡レベルに医療サービスチームを編成しつつあった。州レベルにある医療サービスの管理責任を、県また

郡へ移管しつつある最中で、ガーナ各地でその進行状況に差があるようである。

## (2) コモンファンド

財政面では、国家投資予算の 5% をコモンファンドとして県の新たな開発活動に充てる政策が採択され、1995 年に開始されたところである。このコモンファンドは例えば新たなヘルスポストの建設などの活動を県が主体となって実施する際に、中央政府の許可なく地方政府で支出し得るための基金である。ただこれもまだ始まったところであり、調査団が訪れたアシャンティとノーザンの 2 つの州においてはこのコモンファンドの実際の運用は始まっておらず、実際にいくらが県に割り当てられ、またそのうちのどれくらいが医療関係に使われるようになるかはまだ不明である。

コモンファンドの運用は県の medical officer がいかに精力的か、また県議会府を構成する人々がいかに保健医療の分野に熱心かに大きく左右される。しかし他方で、県議会府の人々が収入向上につながる商業活動の実施を優先することは十分予想され、それは保健省関係者の危惧となっている。

## 4-2 保健医療行政

### 4-2-1 行政システム

#### (1) 中央レベル

保健省本部は以下の 6 つの局からなる (図 4-2-1 参照)。

##### 1) 政策立案、計画、モニタリング、及び評価局

(Policy, Planning, Monitoring and Evaluation, PPME)

External Aid Coordination, EAC、Budget and Financial Analysis, BFA、Information Management, Monitoring and Evaluation, IEM、Health Research Unit, HRU の 4 つの課からなる。この局全体として政府の財源と援助によって得られる財源をどのように最適に配分するかというメカニズムを打ち立てることが中期計画期間における重要な課題である。

##### 2) 公衆衛生局 (Public Health, PHD)

公衆衛生に関する政策立案、実施プログラムの決定、技術支援、モニタリングと評価を行う。この局の課題は第一に、公衆衛生の向上に関わる様々な関係者の貢献をいかに効果的に引き出すか、第二に公衆衛生の中でも特に優先されるべき問題や人々のタイプを特定することである。

##### 3) 医療施設局 (Institutional Care, ICD)

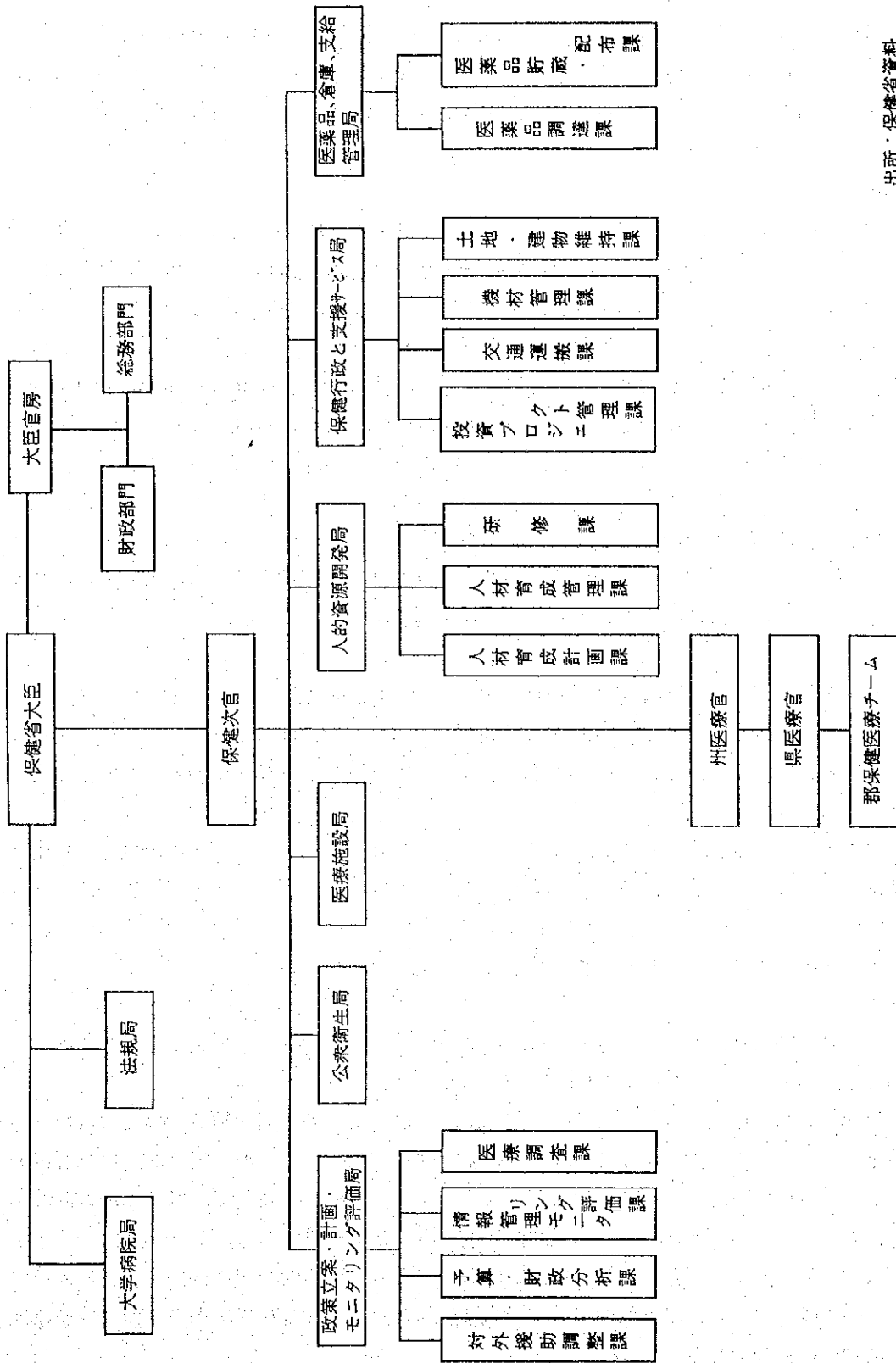
病院からヘルスセンターに至るまでの施設で提供される医療サービスの質の向上を図ることが第一の任務である。

##### 4) 人的資源開発局 (Human Resources Development, HRDD)

Human Resources Planning Unit, HRP、Human Resources Management Unit, HRM、Training Unit, TRU の 3 つの課からなる。医療関係者が一般の公務員制度から独立することによって、保健省の人材の研修や転勤にも影響を及ぼすこととなる。人材活用における計画と管理は現在弱く、この改善が大きな課題である。

##### 5) 医薬品、倉庫、支給管理局 (Stores, Supplies and Drug Management, SSDM)

Procurement, PRO と Stores and Distribution, SAD の 2 課からなる。効率を向上させ、医



出所：保健省資料

図 4-2-1 現行の保健省の機構図

薬品の無駄を省くことが主要課題である。

6) 保健行政と支援サービス局 (Health Administration and Support Services, HASS)

Capital Project Management, CPM, Transport Unit, TRA, Equipment Management, EMU, Estate and Building Maintenance, EBM の 4 課から構成される。中でも保健省の持つ土地、機材の管理が主な業務である。

(2) 州レベル

州医療官 (Regional Director of Health Services, RDHS) が 10 ある全ての州において州保健マネージメント・チーム (Regional Health Management Team, RHMT) の責任者として医療保健業務の統括に当たる。この RHMT は以下のような人材が配属されることが多い。機構としては州によって多少異なるが、公衆衛生、母子保健、人口・家族計画、環境衛生、医薬品管理、機材管理、人事、研修、統計、交通などの課に分かれる。すなわち、District Medical Officer、District Public Health Nurse、Disease Control Officer、Nutrition and Environmental Health Officer、Senior Medical Officer、Administrative Officer、Accounts Officer 等である。

地方分権化に伴い、前節でみたように州の役割の見直しが必要となっている。将来は保健医療セクターの計画立案、県の活動の調整、県の活動のモニタリング、県への技術的アドバイスと支援が中心となろう。県への支援には、県が活動計画を立てたり予算を準備する際のアドバイスを提供することや、研修や医療研究面でも必要に応じて調整することが含まれる。

(3) 県レベル

これはレベル C と呼ばれ、県医療官 (District Medical Officer of Health) は県保健マネージメント・チーム (District Health Management Team, DHMT) を指揮し、県レベルでの保健医療活動に従事する。ここには、州に配属されるのと基本的には同じような職種の人材が勤務していると考えられる。

このチームは 110 ある県において、プライマリー・ヘルス・ケア・サービスの計画、組織化、モニタリングと評価を行うことが第一の責任である。そのほか、研修ニーズの把握、住民レベルの医療状況研究、更に郡や村落レベルの活動の支援をも行う。県議会府と連絡を緊密に保ち、保健医療関連の活動が円滑に行われるように図ることも重要な義務である。

(4) 郡レベル

郡はレベル B と呼ばれ、保健センターの職員が郡の保健マネージメント・チームのメンバーとして活動する。通常 3~6 人が 1 つのチームとして活動を行う。

保健医療サービスが住民のニーズに見合うためには、郡レベルの医療活動が効率的に行われるように強化されるべきである。現在このレベルの能力は限られているため、集中的な研修を実施する必要がある。郡の医療サービスの責任者が県レベルの担当者と協議して、県の医療保健計画を立案し、郡がそれを実施できるように体制作りを図ることが急務である。

レベル A とは郡の指導のもとに、各村落に設けられた委員会の活動レベルを指す。この委員会の機能は、衛生教育の計画、健康増進・予防・治療活動の推進、安全な飲み水の確保、地域住民のこれら活動への参加である。

(5) 中期計画での課題

このような保健行政システムはその治療面と公衆衛生の側面があたかも 2 つの異なったチーム

により運営されているような組織形態を従来とっていた。これは医療制度の全てのレベルで起こっており、それぞれが保健省から州・県へとつながる縦の「系列」に属していた。援助も近年特に公衆衛生やプライマリー・ヘルス・ケアの強化を目指したこともあり、この傾向は助長された。その結果、保健省本部のレベルでは、医療セクター全体の統一的な運営・管理ができない状況にある。

この反省から1982年に組織改革が行われ、行政・財政運営・技術サービスを総合的視点に立って統一的に管理する試みがなされた。それによって保健医療サービスを向上し、人々のニーズにより効率的・効果的に応えることが目指された。

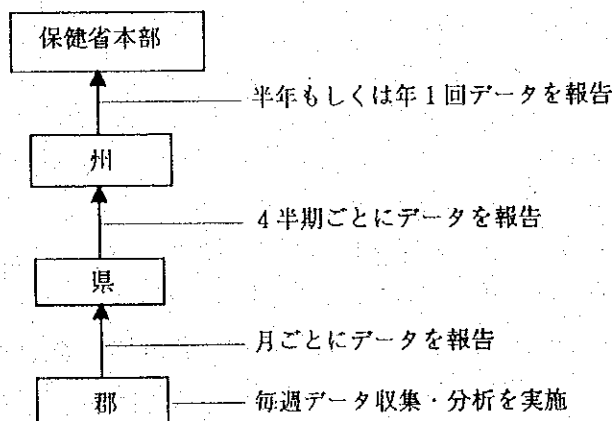
#### 4-2-2 保健医療情報システム

##### (1) 現在の状況

保健省は今後、医療サービスの提供における草の根レベルでの住民参加の拡大や医療サービス全般における民間の役割を拡大していく方針である。そのため、県の保健マネージメント・チームが保健省また民間の機関の状況を把握することが重要な役目となる。

このように医療サービスの提供者が多様化するにつれて、国全体として統一された一定レベルのサービスの質を保ちつつ、異なった提供者間の連携を図ることが課題となる。そのためにも医療情報システムの改善は優先課題の1つである。

現在の医療情報システムは体制としてはできている。郡から県や州レベルへは毎月報告を行っている。報告のためのフォーマットは末端の医療施設まで配られている。例えば州から中央の保健省へは4半期ごとに報告されることとなっている(図4-2-2参照)。しかし、実際はその体制が一部で機能していない。特に様々な困難を抱える北部では情報の伝達も容易ではない。



出所：保健省資料

図4-2-2 情報管理システム

## (2) モニタリングと評価

医療情報システムが十分整備されていない結果、現在、医療保健セクターにおけるモニタリングと評価は弱い。問題点を列挙すると、

- 1) 多くのプログラムはモニタリングと評価の行い方を明記しないままである
- 2) 保健医療分野での状況好転を測る基準が存在しないか、存在しても不明確である
- 3) 同じ情報が複数のチャンネルで報告されている
- 4) 集められたデータは分析されることなく、報告されるだけである
- 5) 医療情報を収集・分析するための人的・物的費用が保健政策立案の過程で考慮されていない
- 6) 車など移動手段が不足しているため、十分なモニタリング活動ができない
- 7) 一度報告された情報は、紙不足のため各レベルで保管されていない

保健省は近年3つの州において試験的に Management Information System を実施した。この経験を踏まえ、中期計画においては上記のような問題を克服するために改革を行うことを明らかにしている。それらは、

- 1) 各医療施設の管理責任者のために、提供された医療サービスを図るだけでなく、それに必要な諸経費を含めた基準を作成する
- 2) 郡レベルでの活動を県へ報告する情報の通達経路を一本化する
- 3) 郡と県レベルのデータ収集・分析の能力を向上する
- 4) 保健省本部の情報処理能力を高め、政策決定者に適切な情報が提供されるように改善する
- 5) サービス、医薬品、予算の支出、人材、交通費などの諸経費の各項目の情報を日常業務の一環として収集し伝達する
- 6) このようにして集められた情報のフィードバックは、例えばニュースレターなどによって保健省から各関係者に配布される

これ以外にもモニタリング訪問などによって正確な状況把握に努め、その訪問の際に適切な記録を取り情報として活用することが大切であると計画でも考えられている。更に中期計画自身も中間評価と終了時評価を行い、その実施度を正確に把握することが肝要であると指摘されている。

以上の目標を達成するために、保健省は援助機関と共同でコンピューターなどの情報処理機器を保健省本部、州、県の各レベルに設置することを目指している。情報システムと保健省の医療事情のモニタリングを連動させるため、コンピューターを導入した Management Information System の確立が必要との考えに基づき、我が国の青年海外協力隊員がデータベースの整理と、それを通信機器を使って即座に利用できるシステムを 1995 年 4 月より試験的に開発・運用し始めた。このようなシステムが全体として機能するためには職員への研修が必要である。

## 4-3 医療施設と薬品供給システム

### 4-3-1 施設概要

4-3-1 から 4-3-3 の3つの表にあるように、ガーナには様々な医療施設が存在する。政府系、ミッション系、民間などに分けられる。この表以外に、調査団の受けた印象としては、収入レベルの高い都市部では民間のクリニックが比較的多く見受けられる。特に首都アクラでは民間の活動が



かなりの割合を占めると考えられる。それに対し、農村部ではミッション系が精力的に活動している。ただし、ガーナは他のサハラ以南のアフリカ諸国と比較して、政府の機構・活動が良く整備されており、その点でNGOの活動は相対的に少ない。

(1) 中央レベル

コレブ大学病院はガーナ最大の病院で、医師 248 名、看護婦 1,097 名、ベット数 1,700 である(1994 年)。年間入院患者は 5,000 名、外来患者は年間のべ 50 万にも上る。入院部門は、産婦人科、小児科、内科、外科に分かれ、それぞれが独立した病棟を持つ。産婦人科を除く平均ベット占有率は 74% で、平均入院日数は 8.8 日である。

これと Komfo Anokye という現在ガーナに 2 つある大学病院は、高度に専門的な医療活動を提供することを任務とする。医療研究と研修においてはガーナ内において指導的役割を果たし、大学・大学院レベルで医者やその他の医療従事者の教育に当たる。これ以外にも精神病を専門とする病院などいくつかの特殊病院があり、将来これらの特殊病院はそれ以外の病院を支援する形で協調関係を築くことが望まれる。

大学病院は公的機関であるが、本来独自に運営されるべきである。財源の効率的配分や、人材の管理、また病院の医療活動の実施に関して独自の権限を持つことが望まれる。

表 4-3-1 地域別でみた医療施設

州	病院	ヘルス・センター	クリニック	ベット・人口比率
グレイターアクラ	39	36	192	1,031
ボルタ	22	90	147	1,002
イースタン	23	42	87	1,027
セントラル	15	60	73	1,021
ウエスタン	18	71	64	1,078
アシャンティ	19	159	128	1,412
ブロンコアファソ	16	37	150	1,257
ノーザン	7	52	22	2,998
アッパーイースト	10	40	28	1,745
アッパーウエスト	6	23	28	778
合計	175	610	840	1,204

出所：MOH資料, 1994

表 4-3-2 所属別でみた医療施設

	病院	ヘルス・センター	クリニック	合計
保健省	60	362	252	674
準公共	24	32	0	56
ミッション	41	63	588	895
民間	50	253		
合計	175	610	840	1,645

注：数字は原文のまま引用

出所：MOH資料, 1994

表 4-3-3 州ごとの医療施設

州	大学病院		病院		保健センター		保健ポスト		クリニック		養成機関
	州	県	専門	その他公立	ミッシオン	鉱山	センター	ポスト	政府系	ミッション系	
クワイターアーク	1	3	3	4	-	-	9	10	9	-	7
ホルタ	-	5	1	1	6	-	11	28	49	3	4
イースタン	-	9	-	1	3	1	10	24	5	8	5
セントラル	-	3	2	1	4	1	6	28	8	-	3
ウエストタン	-	7	-	2	3	3	6	16	10	1	1
アシキンタイ	1	3	2	2	6	2	13	26	10	7	5
アロコア	-	1	-	1	8	-	9	13	34	1	4
ノーザン	-	2	2	1	2	-	7	18	9	4	3
アパルチスト	-	1	-	-	1	-	2	7	-	8	1
アパルチスト	-	1	-	-	2	-	1	8	5	3	2
合計	2	36	10	13	35	7	74	178	139	35	35

出所：Ministry of Health, 1993 Annual Report

## (2) 州レベル

州病院・大学病院は「専門家サービス」における中心的機関である。州病院は州の保健マネジメント・チームによって運営され、県等から紹介される第二レベルの医療機関であり、幅広い分野においての技術的アドバイスを提供し、県の病院を支援し、その活動を把握することが使命である。自らは医療研究を実施し、研修活動も行う。

現在 8 つの州病院があり、グレイターアクラとアシャンティ州は大学病院はあるが州病院は完備していない。保健省による州病院の新たな建設は、予算的にみて大変困難であるが、人口増加や他の状況からみても、ケープコースト、スニヤニには病院が必要である。更に、西暦 2000 年までに全ての州病院は改修の必要な時期となる。とりわけタマレの州病院はここに新たにガーナで第三番目の医科大学ができるため、早急な改修が望まれている。

## (3) 県レベル

プライマリー・ヘルス・ケアは県の病院、クリニック、ヘルスセンター、更に一次機関より紹介された機関で働く者によって行われる。

県の病院は第一次紹介機関としてプライマリー・ヘルス・ケアの推進に取り組む。保健センター活動を支援し、入院患者、外来患者の臨床、母子保健活動を行う。県の病院は県の保健マネジメント・チームにより運営される。

望まれる医療サービスを提供するためには、少なくとも各県に 1 つの病院が、また各郡に 1 つの保健センターが必要となる。現状では 110 ある県のうち 35 は病院を持たず、特にそのうち 20 は状況が悪い。そのため近い将来にこの目標を全て保健省の費用で達成するのは無理があり、他の方法を考える必要がある。

保健センターは臨床、公衆衛生、母子保健活動を実施する。それぞれの地域の状況に応じてセンターでの活動、定期的巡回医療活動、更に住民一般を対象としたプライマリー・ヘルス・ケア・キャンペーンを実施する。センターは地域との緊密な連携関係を築くことが大切である。ヘルスセンターは Medical Assistant、助産婦などの公衆衛生に関わる者が日常の運営を行う。

## (4) 郡レベル

プライマリー・ヘルス・ケアを実施しやすくするため、県を人口 2 万から 3 万人ごとの郡に分割し、1 県に 4 から 6 の郡を置く。更に 560 ある郡のうち 85 は保健センターを持たない。ここでも施設の整備が課題である。

農村部においては、いずれの施設も、事業費が少ないこと、医療器具が十分ではないこと、医療関係者の住居が確保できないこと、車が十分なく移動に不便であること、が問題として指摘された。

## (5) 低い医療施設の利用

先ほども述べたように、このような医療施設の利用度は総じて低い。UNICEF の情報によると、ガーナの医療施設利用度は 1 人 1 年間 0.25 回にとどまるとされている。その理由としては以下の要因が指摘されている。

1) 北部では近くの施設までの距離も遠く、交通手段がない

(文化的に男性は自転車に乗れるが、女性は乗れない)

2) 施設の開所時間が利用者のニーズに合わない。農民は農作業が終わった後、夕方に来所する

- のが好都合であるが、公立の施設はほとんどが昼過ぎには閉まる
- 3) 医療関係者の態度が悪いことも指摘されている。病気になる患者を教育程度の低い者として扱う関係者も一部にいとされる
  - 4) 家族計画や母子保健関連の一部の医療サービスを必要としない。「子供は家で産むもの」との考え方がある。必要とするサービスが受けられないケースも多い

(例) ココディでの巡回医療

この村の人口は約 500 人で、ここでは毎月平均すると 5 人の子供が生まれている。巡回医療チームは村の木陰にベンチを広げ、人々が集まったところで、主に 4 つの活動を行った。

- 1) 新生児の発育を確認するための体重の測定  
木につるした体重計で新生児の体重を測り、母子手帳に記入する
- 2) 子供の予防接種  
ワクチンは無料だが、針は 50 セディと有料
- 3) 栄養状況向上のためのデモンストレーション  
村に住む母親と子供達の前で、実際に魚の粉末や豆類を混ぜた食事を作ってみる
- 4) 家族計画の相談・カウンセリング  
家族計画を必要とする人には、個人ベースで相談に応じる。サービスは内容によって有料。例えば、避妊注射は 100 セディ

この巡回医療活動は基本的に朝 9～10 時より夕方 4～5 時まで続けられる。

この村には、1 つの委員会があり、医療保健分野を含め村の事柄を協議する。この委員会は、10 名の男性と 2 名の女性からなり、1 年を任期として選ばれる。いわゆる部族のチーフはこの委員ではない。この委員会は問題によっては県の保健医療関係者と連絡を取る。実際に、村の井戸の管理はこの委員会が中心になって行っている。

この村には CBD と TBA がいて、近くにある保健センターから巡回医療チームが来る時は協力している。また TBA は保健センターで研修を受けている。

#### 4-3-2 医薬品供給システム

##### (1) 課題の多い医薬品の管理

現在政府による医薬品の供給は、医薬品の購入、貯蔵、配布、在庫管理など多岐にわたるが、一般的に非効率に運営されているため、医薬品が無駄になり、医薬品の管理にかかる経費が高くなり過ぎる結果を招いている。

医薬品は毎年公開競争入札により購入され、おおよそ 60%から 70%の医薬品は海外から調達されている。これに加えて、多くの医薬品が援助によって供与されている。しかしながら、医薬品の在庫管理のための記録も正確でないばかりか、時には記録自体が全く存在しないこともあり、正確にいくらの量の医薬品が消費されているのか判明しない。そのため倉庫には必要以上の医薬品が貯蔵され、そのうちいくらかの医薬品は使用期限を過ぎても倉庫に止まっている。他方で、必要な医薬品が入手できない事態も招いている。

基本的医薬品のリストは医療関係者にはあまり知られておらず、1993 年の改訂版も限られた範囲の配布しかされていない。

医薬品の管理に当たる人材の不足もこの望ましくない状況に拍車をかけている。患者に処方される医薬品の量も必ずしも最適でない場合もあり、これも医薬品の無駄につながっている。

中期計画においてこのような問題点を改善する戦略としては、以下のように考えられている。

- 1) 調達、貯蔵、配布のシステムを合理化する。保健省のこの分野における役割を再定義する
- 2) 医薬品の管理も地方分権化する。そのためにも州と県における管理・運営能力の向上を図る
- 3) 薬剤師、医療関係者、また患者による医薬品の消費を合理化する。とりわけ県と郡レベルでの正確な薬の処方と医薬品に関する正確な情報の提供が求められる
- 4) 国、州、県レベルでの費用の回収率を向上させるため、cash and carry の運営を向上する
- 5) ガーナにおける品質管理と医薬品の登録を強化する

## (2) バマコ・イニシアティブ

持続性ある医薬品運営システムの1つの試みが、バマコ・イニシアティブであった。このイニシアティブは UNICEF が提唱し、従来ガーナはその成功モデルとされた。ガーナでは cash and carry と呼ばれることが多く、1992年1月に導入され、1993年以來運営されている。

cash and carry は、ガーナの10州で実施され、かなりの実績を上げている。調査団が訪れたアシャンティとノーザンという2つの州においても、cash and carry はその回転基金の額を名目では大きく延ばしていた。ただこれは地域差が大きい。人口密度が低いなど困難の多い北部州では維持管理が難しいと州の医療責任者が頭を抱えていた。

しかしながら、この試みはガーナ保健省においては、必ずしも評価が高くない。第一に、UNICEF 自身が認めるように、導入過程でのいくつかの重大な行き違いが生じ、保健省は全般的にこの試みを手放しで喜んではいない。第二に、ガーナの高いインフレ率を考慮すると、基金も実質的には目減りしている。全国のインフレ率よりも、輸送費のかかる北部ではインフレ率が更に高い。また貧困などの理由で支払いを免れるケースが大変多い。更に医療関係者は基本的に医療費の負担をする必要がないため、回収されない医薬品の割合は更に高くなる。その結果、cash and carry の元々の考えであった医薬品の費用を全て回収するという状況からはほど遠い。このような状況から cash and carry が将来活性化される可能性は十分あるものの、それが将来的にも安定して継続されるかは予断を許さない。

また、バマコ・イニシアティブが導入した新しい側面である住民参加による医薬品の基金の管理は、住民が例えば基礎的な会計簿をつけることができることを前提としている。しかし、これが導入された時には、このような財政管理上の訓練の必要性があまり意識されていなかった。

その一方で、住民参加が難しいとされる北部地方においても、寄生虫駆除のプログラムは効果を上げている。このプログラムにおいてはボランティアは給与などの賃金は一切支払われなかったが、Tシャツ、靴、更に自転車が供与された。そのため、保健省はこの寄生虫駆除プログラムの成功の秘訣を学び、それを将来他の住民参加のイニシアティブ作りに役立てたいと考えている。

## 4-4 保健医療要員

### 4-4-1 業種別従事者・配置状況

ガーナは従来良く訓練された医療従事者を養成してきた。しかしながら経済状況の悪化は大量の医

療関係者の国外流失を招き、現在でもガーナ内では十分に訓練を受けた経験者の不足という課題を抱えている。薬剤師も保健省関連の施設で働くより、民間の薬局で働きたいという状況である。地域的にも過疎地である北部3州の配置状況は望ましいレベルには達していない。更に、待遇が低いことが要因となり、医療スタッフの中にも名前だけで実体のない人員が給与支払い表にかなり登録されていると推測される。加えて地方の医療施設では何もしていない看護婦を頻繁にみかけるなど、現状では医療要員も様々な課題を抱えており、リストラが必要である。このような状況を背景に、保健省は1991年に職員配置のガイドラインを作成している。それはどのタイプの職員がどのレベルに何人配置されるのが適切かを示すものである。

表4-4-1と表4-4-2にあるように、ガーナにおける保健省の医療従事者は全部で3万人を少し超える。1993年度では全体の12%ほどが行政的職につき、それ以外の88%ほどが医療業務に従事している。ただし、医療業務者も例えば病院の管理など行政職を兼ねることも多いため、この区分はそれほど現状を反映していないと思われる。

表4-4-1 行政区分でみた保健省の人材 (1993)

	職員数	%
行政		
保健省本部	447	1.4
州	1,418	4.6
県	1,939	6.3
医療業務		
大規模病院	5,607	18.2
州病院	4,220	13.7
県病院	7,521	24.3
郡	9,738	31.5
合計	30,890	100

出所：Ministry of Health, 1993 Annual Report

表4-4-2 種類別保健省職員

職員の種類	数
Medical Officers	1,445
Dental Surgeons	62
Pharmacists	789
Professional Nurses	5,013
Midwives	2,844
Enrolled/Community Health/Ward Assistants	8,996
Hospital Administrators	85
Medical Lab. Technologists/Asst./Tech/Asst.	532
Nutrition Officers/Dietitians	453
Physiotherapists/Asst./Occupational Therapists	73
Radiographers	205
Environmental Health Technologists/Technicians	2,849
Other Support Staff	6,654
合計	30,000

出所：Ministry of Health, 1993 Annual Report

今後保健医療スタッフはガーナの公務員制度から離れ、Ghana Health Service と呼ばれる独自の体制を整えるようになる。それは現実の財政基盤に見合った、効率的な人員の活用が目的である。

#### (1) 保健省本部

保健省本部には大臣、保健次官の他、わずか 54 名の専門職員しかいない。これは構造調整政策による政府の支出削減の結果である。これ以外にももちろん秘書やタイピスト等もいるが、本部の人員としては十分とはいえない。そのため本部では人的資源開発局を中心に、援助機関と協議しつつ人事行政面での組織的改革に取り組んでいる。

#### (2) 州病院

専門家サービスを提供すべき州病院はそのような専門家を十分に擁していない。大学病院にそのような専門家が多く偏って存在している。

#### (3) 県病院

県病院の多くは能力のある看護婦、助産婦、薬剤師、検査技師を十分に抱えていない。典型的には、病院には医者は 1 人か 2 人しかいない。とりわけ検査技師の不足は深刻である。この県の病院を統括する県レベルの医療活動全般の責任者は管理職としての研修をほとんど受けていない。

#### (4) 保健センター

現在このレベルでは 7 つか 8 つの異なった職種の人々が働いている。そして、比較的狭い範囲の仕事をこなすための研修を受けており、仕事は分野ごとに別々になされている。その結果、センターのチーム全体としての仕事の能率は必ずしも良くない。

多くの仕事は准看護婦によってなされている。例えば公衆衛生は community health nurse によって実施されることが多い。臨床は、medical assistant と何人かの准看護婦によってなされている。

このような状況を克服するためには、まず第一にセンターとしてのチームワークの確立が急務であり、第二に人材を再配分することが大事である。僻地で働くインセンティブを考えなければ、現在都市部に厚く農村部に薄い状況を改善するのは難しいであろう。

### 4-4-2 養成システム

#### (1) 看護学校

政府系の看護婦養成学校はガーナ全土で 8 校あり、全体で約 300 名が毎年養成されていると推測される。それ以外にもミッション系の看護婦養成学校は 4 つある。これに加えて軍は独自の養成学校を持っている。そのためガーナ全体では毎年 400 名から 500 名の看護婦が養成されていると思われる。クマシにある看護学校は年間入学者数が約 45 名で、13 名の教師がいる。タマレの看護学校は 11 名の教官を置いている。

看護学校の養成期間は 3 年で、カリキュラムは 1 年次目が解剖学、栄養学、公衆衛生基礎などで、2 年目に薬理学、入院患者への対処など、3 年目に母子保健と公衆衛生、プライマリー・ヘルス・ケア等を学ぶ。実地訓練は、大学病院や保健センターで行われる。教科を無事終了すれば、State Registered Nursing Certificate が得られ、卒業生は現在全て保健省職員として雇用されることが保証されている。全般的に生徒の成績は良好である。

このカリキュラムはアクラの保健省傘下の機関である看護婦協議会 (Nursing Council) によって決められている。

## (2) 准看護婦養成学校

准看護婦の養成はタイプごとにあり、公衆衛生看護婦養成学校 (Public Health Nurses Training School) がガーナに2校あり、Public Health Nursing Certificate を授与している。

Community Nurses Training School もガーナに4校あり、2年間を就学期間とする。そのうちの1つ、タマレにあるサカサカ看護婦養成学校は開校以来35年たっており、保健センターなどで基礎的医療サービス、特にプライマリー・ヘルス・ケアの実施に当たる要員を育成する。2名の教官と3名ほどのアシスタントが、母子保健、栄養、伝染病への対処、看護、家族計画などの科目を教えている。60%が学科で、40%が実地訓練である。サカサカでは多くの学生は中学を卒業してすぐにこの学校へ学びにきている。課程を無事終了すれば、Certificate Community Nursing の資格を受け、現在のところ卒業後は保健省に雇用される。サカサカの学校は建物も古く、本や教材も古いものを大切に使っている。

## (3) 助産婦養成学校 (Midwife Training School)

ガーナ全体で助産婦養成学校は政府系のもので7校、ミッション系のもので3校ある。クマシにある学校は5名の教官が35名ほどの生徒を教えている。期間は1年である。カリキュラムは分娩、帝王切開等の手術、小児科、家族計画等を含む。学科以外に2カ月の実地研修を経て卒業することができる。クマシの学校の生徒は、基本的には既に医療従事者であるので、卒業後は元の職場へ復帰する。助産婦養成学校が Midwife Board Certificate を授与する。ここで指摘された課題は、教官の数が少ないこと、教材と機材が古く不適切であること、本を保存・管理する図書室がないことである。

## (4) 全体的状況

この他、ガーナ大学公衆衛生大学院課程 (School of Public Health) は1年間の学校で、少なくとも1年間は母子保健の経験がある保健関係者がコミュニティー・ヘルスや母子保健、公衆衛生を特別に学ぶところである。School of Hygiene という2年間の衛生関連の教育機関もあるが、その内容は不明である。

これらの養成学校は原則として、授業料は無料であり、食事代なども保健省の支援を受けているため安くなっている。しかしながら余裕のない保健省の財政状況からして、この原則無料という体制が今後とも長続きするとは考えられない。保健省以外にもミッション系団体などの支援により、授業料や寮費などの奨学金を受けている学生もいる。

養成学校一般の課題としては、以下の諸点が指摘される。

- 1) 教官の数が足りない。更に講師のうち何人かは長い間研修を受けていないため、最新の医療事情を必ずしも熟知していない
- 2) 女学生のための寮が不足している
- 3) 教官や学生のための交通手段が十分でない
- 4) 教材と本も古く、十分とはいえない
- 5) 北部では水不足が慢性的に問題となっているため、学校でも同様に影響を受けている



## (5) 人材養成の改革

これらの養成学校を終了し保健省に雇用された職員が、仕事につく前に受ける研修においては保健医療活動全般へのオリエンテーションをほとんどしていない。一度在職してしまうと、研修の機会は限られており、長い間新しい知識を学んだり、技術の向上を図るための研修を全く受けていない職員も多い。臨床の部門にこの現象は特に当てはまる。インサービス研修は「場当たり的」に行われているにすぎない。そのような研修も保健省本部において決定される時が多く、参加者の選定も州や県との相談なしになされることが多い。研修制度と職員の成績評価との関連性も明確ではない。

そのため、2000年までの人材育成の主な目標は、

- 1) 職員を施設ごとの適切な職種のバランスに応じて再配分する
- 2) モティベーションを向上する方策をとる
- 3) 医療サービスへの需要が増加するのに対応し、能力のある職員の数を増やし、なおかつ既に働いている職員への再研修を図る
- 4) 人材育成の計画自体を改善する

である。とりわけ最後の点は重要で、社会状況が変化し、人々の医療ニーズも変わりつつある中で、どのような人材がどれくらい必要かを各施設のレベルごとに見直し、それに沿った人材育成の計画が必要である。その際、現在の施設利用率を維持するには、どのタイプの人材が何人必要かを基に必要な人材を決めることの方が、「理想的医療水準」を基に必要な人材数を算定するよりも、現実的な戦略と考えられる。

更に加えて、以下のような課題ごとの対策も提案されている。

- 1) カリキュラムの見直し：ガーナの医療保健従事者の養成カリキュラムはイギリスの影響を強く受けてきた。そのため、先進国の病院等を基盤にした治療を重視する傾向が、今だに根強く残っている。ガーナを始め途上国においてはプライマリー・ヘルス・ケアを中心に治療面より予防面を重視し始めたが、この転換がカリキュラムに十分反映されているとは言い難い。デンマークの DANIDA はこのような問題に取り組もうとしているし、UNICEF もその必要性を感じている。保健省もこのような指摘には同意しているが、対策をまだ取れないでいる。更に決められたカリキュラムが全国で一定のレベルを保って実施されているかどうか、再検討される必要がある。
- 2) 採用：現在は各地域の医療関連教育機関の卒業者は自動的に保健省の職員として雇用されているが、これを見直し、空きポストに対して経験と能力に応じて適切な人材を雇う方法に変える計画がある。同時にそのような採用の決定は保健省本部から地方へと移されるべきである。
- 3) インセンティブ：僻地等への派遣を可能にするためインセンティブを設け、特別の手当、研修における優先的取り扱い、無料の住宅、子供に対する教育費補助などを、特定の絞られた人々に対して実施する。
- 4) モティベーション：給与支払、転勤、昇進等における遅れと非効率さが職員の仕事への熱意をさめさせている。このような人事管理の手続きを簡素化・合理化することと、そのような

手続きの「透明性」を確保することが重要である。更に成績評価が昇進につながるよう改める。

- 5) 専門家の州病院への派遣：「専門家サービス」を提供し、また病院にとっての収入を確保するため、専門家を州病院へ派遣するために、全ての手段を考慮する。専門家の数を増やすためにも、現在の養成システムを見直すことが必要である。
- 6) 地方分権化：地方分権化に伴い、人員の再配分と職員の一層の技能向上が必要である。そのため、近い将来、文部省が看護学校など学校で行われる基礎的訓練の責任を負うようになる。保健省は、その基礎の上に立った職員の現場での教育・研修に力を入れなければならない。そのためには人的資源の開発もより地方に分散していく必要がある。他方で、そのような医療現場での研修が効果的に行われているか否かを確認するためのモニタリングも本省の重要な機能となる。そのためには医療情報システムと有機的に連絡を取り合い、住民に実際に接するクリニックの状況を正確に把握できるようにならなければならない。

#### 4-5 研修システム

##### 4-5-1 研修システムの現状と課題

###### (1) 研修の種類

現在様々な研修が行われているが、それを類型化すると以下のようになる。

- 1) 学位プログラム：ガーナ大学やケープコースト大学にある人口学や研修手法に関するプログラム
- 2) 学位プログラムや専門分野研修プログラム：ガーナ大学医学部や看護婦・助産婦養成学校にある医学、リプロダクティブ・ヘルス研究、家族計画、保健医療行政学などの関連研修
- 3) 専門分野研修プログラム：ガーナ経営・行政研究所 (Ghana Institute of Management and Public Administration, GIMPA) での政策科学、公共政策学、保健行政、女性学
- 4) 専門分野研修プログラム：ガーナジャーナリズム大学 (Ghana Institute of Journalism, GIJ) とレゴン・コミュニケーション大学 (School of Communication Studies at Legon) での人口家族計画分野の IEC プログラム
- 5) 社会開発関連：ガーナ大学の関係学部や学科、また社会人教育院 (Institute of Adult Education) でのコミュニティー開発や社会福祉分野の研修プログラム。また社会福祉学部、コミュニティー開発学部はガーナ全土で 20 以上のセンターを持っており、各種の研修機会を提供している。
- 6) NGO の研修プログラム：Planned Parenthood Association of Ghana (PPAG)、カトリック教会、ガーナキリスト教会 (The Christian Council of Ghana)、The Ghana Social Marketing Programme、Ghana Association of Private Voluntary Organisations (GAPVOD) の家族計画研修コース
- 7) 実務機関自身の研修：保健省職員への保健行政・管理コースを年に 2 回実施している。Ghana Registered Midwives Association は助産婦に母子保健や家族計画関連の研修を実施している

## (2) 現在の研修プログラムの評価

現行の研修プログラムはその内容や対象範囲に大きな差があるが、いくつかの問題点が見受けられる。

- 1) 学位プログラムは、実際に医療保健の現場で働き、研修の必要がある人々に対して都合が良くない。学位プログラムは期間も長く、入学の条件も厳しい。実務者はより狭い分野の短期の研修を必要としている。必要なのは人口学、開発研究、モニタリングと評価、などでの研修である。
- 2) International Council for Management of Population Programmes (ICOMP) がスポンサーとなり GIMPA が実施していたプライマリー・ヘルス・ケアと人口の研修ワークショップは 1991 年以來中止されたままである。GIMPA は他方で女性管理職養成講座 (Women-in-Management) のワークショップを近年実施している。この他にもモニタリングと評価のコース等も開催している。
- 3) IEC の分野の研修では、人口関連の機関は大学での研修機会を主に利用しており、他の機会はありません。
- 4) 母子保健と家族計画関連の研修はいくつかの機関によってなされている。それらは大学、医学部、看護婦・助産婦養成学校などである。しかしこれらの機関は、研修のための文房具等さえ十分ではない、予算が不足している、教師である看護婦や助産婦自身が再教育を必要としている、など問題も多い。
- 5) 何よりも、研修が部分的すぎて総合的な家族計画分野の研修が不足しているとの指摘もある。

## (3) 保健省の研修

これ以外にも、もちろん保健省自身が政府関係職員への研修機会の提供者である。例えば、母子保健と家族計画のより効果的の実施を目指した基礎コースの研修を、看護婦、助産婦、TBA、CBD を対象として実施している。これ以外にも (准) 看護婦の中で希望する者は助産婦学校で研修を受けるなど、研修機会が与えられている。

また既に 5,000 人を超える TBA が全国で研修を受けている。これら TBA の再研修も現在進行中である。研修は新たに家族計画の意義と手法を取り入れている。

十分な規模でないが、養成学校の教官の幾人かは教授方法と教材作成に関する研修を受け、やがてこれが先ほど述べたカリキュラムの見直しにも良い結果を出すものと考えられる。

地方レベルでは、州保健マネージメント・チームの中に研修課が設置され、大学病院などと共同でその州の保健省職員のインサービス研修を実施すべく努力している。しかし、中央でも予算不足、サポート体制の不備で、研修は計画どおり進まないが、地方においてその傾向は更に強い。

更に管理職への研修も現在進行中である。現在進行中の保健省の改革案では、全ての管理職の仕事は管理業務の経験のある保健業務者に開かれている。1996 年から 2000 年までの 5 年計画では、管理業務の研修の機会を異なった職種で働く人々に対して平等に与えることを目指している。そうすることによって長期的には重要な管理職のポストを平等に配分することができるからである。

これ以外にも、保健省は全国を一律に対象とした様々な研修を実施している。例えばマラリアを撃退することを目標にした月には、それにあわせて関係者の研修がなされる。問題は州や県の

関係者はこれに参加するのみで、参加者の選考や研修プログラムの内容の策定に当たっては、保健省本部が主導的役割を果たし、地方の関係者はあまり関与していないことである。そのため例えばクマシで研修が実施されたとしても、これはクマシ周辺地域の保健医療の現状を必ずしも反映したものではない。

改善されるべき点も多い研修であるが、今後はインサービス研修を含め研修全般が医療保健サービスに内在する形で定着することが望ましい。これには臨床を始め技術的分野と、病院の管理運営などマネージメントの分野の両方がある。医療施設全般の活動をより良くモニタリングするためにも、このインサービス研修を強化する。

#### (4) 地方分権化を受けて

1980年代にプライマリー・ヘルス・ケアが導入された頃に、住民レベルで働くヘルスボランティアの研修が開始されたが、適切な監督や指導がなされなかったため、住民参加による保健医療レベルの向上は実現できなかった。

このような反省を受け、県レベルでの保健医療レベルの向上のため、中央と州レベルの中心的管理職に対する研修が近年行われた。これらは少なくとも36県を対象としている。

住民レベルで医療を担当する職員を対象とする研修も、一部では始まったが、全体的にはまだ構想の域を出ていない（その研修の費用の一部は保健省が予算で賄う予定である）。しかし地方分権化は職員が一層地域的に分散して働くことを意味し、研修の重要性は以前にも増して高まっている。そのために、研修を人材開発の一貫として保健省が組織的に取り組むことが極めて重要である。同時にそのような研修の成果を保健省本部が十分モニタリングできる体制を作ること、分権化政策を成功させる鍵となる。

人口家族計画分野においては国家人口審議会が総合的研修計画を立てている。このような総合的・戦略的対応が望まれる（附属資料参照）。

#### 4-5-2 研修カリキュラム

ガーナ保健省が使う教材は西アフリカでは水準の高いものであり、近隣諸国はガーナの教材（例えば Safe Motherhood の教材）を使いたいと表明しているほどである。

インサービス研修は、厳しい財政状況の中、続けられているが、カリキュラムはドナーの影響を受けがちである。そのため保健省は近年どの援助機関がどのような研修を実施しているかの調査を行い、目下その結果を分析中である。そのためカリキュラムに関しては今回の調査では十分把握できていない。

(参考)

##### (1) アシャンティ州

アシャンティ州の州都クマシはガーナの商業的中心地で、町は活気に溢れ、都市化も進んでいる。この州の保健施設は全国的水準からみれば整っており、アフリカの中でもレベルは高い。

アシャンティ州は18の県に分かれ、州の保健マネージメント・チームは12の課からなり、2人の医者9人の看護婦を含む約80人の人員によって成り立っている。県の Medical Officer 達とは4半期に1回定期的に会合を持っている。また県の活動をモニタリングする3つのチームがあり、原則的には毎月モニタリングを行う。ただし、予算の制約から4半期に1度となることもあ

る。予算の80%は人件費として支出される。実際には予算が決められたとおりに執行されないことが州にとって問題を起している。研修においてはその影響は大きく、研修は計画どおり進まない。

アシヤンティ州では数カ所で住民レベルのcash and carryなど住民のイニシアティブによる活動が行われた。規則的な指導・研修がなされなかったこともあり、これは必ずしも他の地域へ拡大していないが、その可能性はある。

マンボンにある県病院が州病院を兼ねている。ここには12人の医師を始め多くの医療スタッフが勤務している。この病院では35の巡回医療点をカバーしている。少ない予算の中で、多くの活動を実施している。

アシヤンティ州にある県の1つセキュレ・イースト県では、県と郡にそれぞれ医療チームが置かれ、地方分権化の実施に向け体制を整えつつある。エフィドゥアシ保健センターでは、初診料は50セディで、患者の数は増加傾向にある(月1,500人から2,000人)。県の医療関係者は毎月会合を持ち、活動について協議する。医薬品が不足するときは民間から購入するが、値段は保健省から調達するよりも20%ほど高くなる。県の医療活動は州に報告されるとともに、県議会府(District Assembly)にも報告される。コモンファンドは2億から2.5億セディと予想されていたが、まだ確実ではない。県には車が1台、郡にはバイクが配属され巡回医療活動を実施している。

セント・ミカエル病院は名前のとおりミッション系の病院であるが、ここで働く2名の医師、26名の看護婦、その他50名にも及ぶ職員は全て保健省から給与を支給されている。入院患者も受け入れている。ミッション系病院のため、カトリックミッションが医療関係者の研修を実施している。ここでも職員の宿舎、医療器具の不足などが問題となっている。

クンタナシ保健センターはmedical assistant 1名、7名の准看護婦、1名の助産婦が勤務している。このセンターでは利用率が高くないので、その原因解明にサーベイを実施する計画を立てていた。このセンターは車両を持っていないので、8つの箇所をカバーする巡回医療活動を実施するのに、街まで行って車を持っている人に交渉して融通してもらっている。交通手段の不備のため、一度開始された活動によって高まった人々の期待に応えきれず、かえって失望感をかもし出している。

距離的に近いセント・ミカエル病院とは緊密に連携を取りながら仕事をしている。例えば巡回医療の場所が重ならないように調整しているし、保健センターで処理しきれない疾病は、病院に紹介されている。ちなみにミッション系の施設同士も連絡を取り合っている。

## (2) ノーザン州

サバナナ気候帯に属し、経済発展の度合いが低い、人口密度も低い、更に教育レベルも他の地域より低い、などサハラ以南アフリカの共通の特徴を多く有する。ノーザン州は13の県と70の郡からなる。州に配属された医療関係者は約190名である。

東部地域では部族対立があり、その影響で医療保健活動は一部停滞している。この地域で活動していたGTZも撤退の決定を下した。保健省の職員でも特定の部族出身者が仕事をするのに適さない地域もある。そのような地域では職員の空席が長く続きがちである。そのような理由もあって70郡のうち19の郡では郡レベルの保健マネージメント・チームが存在しない。

各県ごとに 12 の巡回医療活動点を設けているが、交通手段の問題からこれらの点を実際にカバーすることは大変困難である。

州全体の保健予算は経常予算が約 30 億セディ (1993 年) で、そのうち約 77% は人件費に費やされている。投資予算は 3 億セディで、そのうち半分以上はタマレ州病院の維持・修理のために用いられている。予算的制約のため、研修はほとんど行われていない。援助による資金がある場合にのみ行われているのに等しい状況である。

保健医療システムは現在はまだ維持されているが、施設面の老朽化がひどいことや、過疎地で働く人材が不足していること等の理由で今後 2~3 年が転換点として重要である。

タマレ州立病院は 1974 年にドイツの資金援助を受けて完成した建物で、設備の老朽化が進んでおり、北部州の中心病院としての機能が十分に果たせていない。特に、上水道システムの欠陥から水道が使えない点が深刻な問題となっており、現在は給水車で運んだ水をタンクに貯めて使用している。今後、この点を併せて解決する必要がある。この病院の改修のために北部州の保健分野投資予算の 5 割強が毎年投じられているが、額が十分でなく、改修が完了しないばかりか、州内の他の保健施設の改良が遅れる結果になっている。現在この病院には 11 名の医師、169 名の看護婦、153 名の准看護婦が勤務している。平均 120 人ほどの外来患者があり、116 名が調査の時点で入院していた。開発学大学がタマレに 1994 年開校し、農学部と開発学部を現在設置している。これに医学部を加える予定で、1996 年にはタマレ州病院は大学病院となる予定である。

タマレ母子保健クリニックでは助産婦を含む看護婦 21 名が活動している。子供の予防接種などを実施するため 6 つの巡回活動拠点も持っている。これらの拠点は毎月訪れられる。更に学校の衛生状況の管理のため地域の学校を定期的に訪れてもいる。家族計画のサービスも提供され、母子保健と同じ場所で行われているため便利と考え、ここに来る人々もいる。

トロン保健センターはタマレから 15 マイルの位置にあり、medical assistant が 1 名、助産婦 2 名、准看護婦 (community health nurse) が 4 名、その他 2 名が、約 66 の村を対象にして活動している。母子保健の検診日には 80 名あまりの患者が訪れる。月に 1 回家庭訪問として地域の家庭を訪問し、母子保健活動も行っている。巡回活動は 10 の拠点をカバーしている。また家族計画のサービスも提供している。対象地域の北西部には川が流れているため、医療活動の普及において交通の不便さがますます問題になっている。このセンターの建物の老朽化はかなりひどく、サウディ・アラビアの基金による援助を待つて新しいセンターを建てる予定である。

ニヤンクバラ・ヘルス・ポストは完成後 5 年と比較的新しい建物である。このセンターには、medical assistant 1 名、准看護婦 (community health nurse) 5 名を始め 10 名ほどの職員が勤務している。母子保健や家族計画などの活動を実施しており、妊婦のための診療日には 35 名ほどがこのポストを毎週訪れる。一般の治療には 1 日約 10~15 名の患者がここを訪れる。

## 5. 人口・家族計画政策と実施体制

### 5-1 現行の人口・家族計画政策

#### 5-1-1 方針・政策

現行の人口・家族計画政策は1994年12月に国家人口審議会から発表された全6冊の「改訂国家人口政策1994」にまとめられている。

それによれば、ガーナ政府による人口政策の重要性の認識は明確である。すなわち、1983年以降継続された構造調整がようやく生み出しつつある成果の上に更に長期の経済社会発展を展望するためには、人口の伸びを抑えることが絶対の前提条件であるという認識が基本にある。現状の人口構造の分析に基づいて(3.参照)同政策は次のような問題点を指摘する。

- (1) 多産を主因とする高率の人口増加
- (2) 近代的方法による家族計画の急速な普及拡大が不可欠
- (3) 社会のあらゆる面における女性の地位の低さ
- (4) 妊産婦、乳幼児死亡率のあまりの高さ(その大多数が予防可能)
- (5) 寄生虫病、伝染病の感染率の高さ(性病、エイズを含む)
- (6) 急速な人口増加に伴う環境悪化、自然資源の消費
- (7) 老人、障害者、未成年者などの弱者向け対策の必要
- (8) 人口分布の不均衡と急速な都市化
- (9) 外国移民に関連する諸問題(頭脳流出、難民、密出入国など)

これらの問題点に対処すべく掲げられた戦略は問題の多様さに応じて多面的で、以下のとおりである。

- (1) 国の開発計画策定、実施の全局面に人口政策の組み込み
- (2) 計測可能な人口目標を具体的に設定
- (3) 家族計画普及のための多様な努力
- (4) 疾病・死亡率の低減(特に乳幼児、妊産婦)
- (5) 家族計画実行希望の夫婦に対する情報、教育、助言、支援
- (6) 国内・国際人口移動対策
- (7) 女性に対する様々な支援(教育、雇用、社会的役割)
- (8) 援助国、国際機関、NGOとの協力関係強化
- (9) 行政機構の分権化、コンセンサス作り、機関間の連携

以上の戦略の1番目に「全局面への人口政策の組み込み」としてあるのが1969年の旧人口政策に比べて今回の改訂政策が特に意を注いでいる点である。国家人口審議会の設立(1992年)自体がその実現化に向けての政府のコミットメントを象徴する。

## 5-1-2 目標

長期の人口目標は、「2020年までに人口増加率2%を達成すること」と、明確に設定されている。("Ghana-Vision 2020")。また、家族計画に関しては、「2000年までに合計特殊出生率を5.5から5.0に低下させる」とされ、更に男性の関与の重要性とその向上について特に言及されている（「改訂国家人口政策 1994」）。ただ、男性関与の向上についての具体的な数値目標はなく、また、家族計画普及率や避妊法別の実行率といった詳細な目標も立てられてはいない。

## 5-1-3 予算

人口・家族計画関係の予算は、そのようなサブセクターが独立してあるわけではなく、事業も保健省始め様々な省の活動の中で分かち難く実行されているため、その項目単独のものとして正確にくくり出すのが難しい。例えば家族計画に限っても、その実行は保健省施設で医療活動と並行して行われており、医療予算から分離することは本来不可能である。

その点で「改訂国家人口政策 1994」の中にある所要費用推定が、この分野に関するある程度総合的な予算データとしては唯一のものである。ただ、それも仔細にみると不整合があり、完全なものとはいえないが、人口・家族計画センターの予算上の位置付けを主にそれによりつつ概観してみよう。最も知りたい点は、政府予算のおおよそ何%程度が人口・家族計画分野に振り向けられようとしているかの見通しである。

### (1) 国家人口政策関連事業予算

表5-1-1は、1995～1997年3年間の人口政策関連事業予算である。人口・家族計画分野の予算の全体像に最も近いものと考えられる。これによれば3年間で総額720億セディ強が支出される。このうち540億セディは従前からの継続事業分で、純粋に新規事業に係る分は180億セディあまりである。この額は経常支出、資本支出両方を含み、更に政府資金と援助資金（NGO資金を含む）とを合わせた事業費全体であることに留意されたい。

この新規分について内訳を詳しくみると、そのおおよそ半分が保健関連（87億セディ）、16%が教育関連（30億セディ）、9%が情報関連（16億セディ）に向けられ、これらが3大重要分野であることがわかる。ただ、金額の上で大きいのは実は国家人口審議会事務局に係る分で、37億セディ、20%を占める。1992年に設立され、1994年により事務局が機能を始めたばかりの同審議会に対して、当面は相当の予算を優先的に振り向ける必要があるということである。

また、もう1点留意すべきは、この720億セディ強の中には相当額の援助資金が見込まれていることである。ガーナの国家予算からの支出分は明確にされていないが、次の理由によって、それは全体の約5割にとどまると推察される。すなわち、3年間のうち第一年次分についてのみガーナ政府の支出額が示されている。それによると、第一年次の総事業費は総額283億セディ、そのうちガーナ政府予算で負担する分が146億セディである（ちなみに援助資金は119億セディが見込まれ、残差の18億セディについては未手当となっている）。この比率が大きく変わらなければ、ガーナの財政支出分は総事業予算の約5割とみられる。このことから、人口・家族計画分野に係るガーナ政府の支出は3年間で約360億セディ、1年当たり120億セディ程度と推定される。では、これは国家予算の中でどの程度の比率になるのだろうか。



表 5-1-1 国家人口政策関連事業予算 (1995-1997)

単位：百万セディ

分野	新規プロジェクト			継続プロジェクト	1995-1997 総計
	経常支出	資本支出	計		
国家人口審議会 事務局	2,586	1,143	3,729		
教育	732	2,288	3,020		
保健	2,399	6,343	8,742		
雇用・社会福祉	127	0	127		
地方開発	154	0	154	n.a.	n.a.
女性と開発審議会	85	0	85		
情報	748	839	1,588		
人口問題研究所	404	0	404		
ガーナ行政管理 研究所	40	0	40		
青年・スポーツ	23	458	480		
計	7,298	11,071	18,369	53,990	72,358

出所：「改訂国家人口政策 1994」Vol.1, pp.64-66 を基に作成

## (2) 国家予算に占める割合

次にガーナ政府予算の構造を表 5-1-2 で見てみる。予算規模は 1994 年から 1995 年にかけて 20% 以上も伸びているが、インフレ率が 1994 年平均で 25% にも上り、実質ではほぼ横這いである。仮に 1994 年をベースに実質化すると、歳出でみた場合の予算規模はおおよそ 1 兆 1,000 億セディということになる。

ただ、この中には援助資金が折り込まれているので、その割合をつかむ必要がある。同表で歳入のうちの贈与と資金調達のうち、の対外借入の一部がそれに当たると判断される。対外借入のうち、ODA 分の比率が不明なので仮にそれを全額 ODA とみなすことにすると、援助資金の合計は 1994 年実績では 690 億セディとなる。ただ、この年度は援助資金のディスパースメントが特に遅れた事情があるので、これは通常より相当に少ない額である。実際、1995 年度予算では 2,770 億セディに急増しているが、これも予算どおりディスパースされるか否かは確かではない。以上を考え合わせると、おおよその目安として、政府歳出額の 10~20% に相当するぐらいの援助資金が入っているであろう。とすれば、歳出規模 1 兆 1,000 億セディのうち、純粋に政府資金に係る分は 9,000 億~1 兆セディである。したがって、上の (1) で算出した人口・家族計画分野に対する政府支出、年間約 120 億セディは、この総額の 1.5% 程度を占めていることになる。

更に、援助資金込みで考えれば、人口・家族計画分野には年間 240 億セディが支出されるが、これは歳出総額の 2% 弱に当たる。

表 5-1-2 ガーナ政府予算

		単位：10億セディ	
項 目		1994 (実績)	1995 (予算)
歳 入	租税収入	826	1,119
	税外収入	435	377
	うち贈与	39	134
	歳入計	1,261	1,497
歳 出	経常支出	834	1,093
	資本支出	174	196
	コモン・ファンド	38	56
	その他	98	71
	歳出計	1,150	1,416
収 支		112	81
資金調達	対外借入	30	143
	対外償還	▲115	▲168
	対内収支	▲27	▲56
	差引	▲112	▲81

出所：Republic of Ghana, "The Budget Statement 1995"

### (3) 他分野との比較

さて、人口・家族計画分野には歳出の 1.5% (自国資金ベース) ないし 2% (援助資金込みベース) 程度が支出される計画であることがわかった。では、この割合は他の分野とどう比較されるのであろうか。

まず保健省予算の比率の推移をみってみる (表 5-1-3)。少なくとも 1992 年以前は国家予算の 8% 前後のレベルを保持していたが、最近は 5% 前後に落ち込んでいる。後述するように、ガーナ政府はこの低下を改め、10% にまで再び拡大する計画を示している。この 10% に比べて人口・家族計画分野の 2% (援助資金込みベース) が妥当なレベルか否かは判断の分かれるところであろうが、ことの重要性に鑑みると不足の感がする。国連人口基金の担当官も同じ見方をしている。

保健以外の他セクターへの配分比率は表 5-1-4、5-1-5 に見るとおりである。1994～1996 年の公共投資配分計画の中の保健の数値 (3.9%) は表 5-1-3 の資本支出割合と整合している。全体として経済インフラへの投資 (75%) が他セクターを圧倒している構図である。1996～2000 年の計画では、経済インフラへの投資を 50% 強に圧縮し、代って社会インフラの割合をほぼ倍に高める (16% から 28% へ) ことになっており、それに伴って保健セクターの支出割合も現在の 5% 前後から 10% へと一気に拡大させる計画である。

ただ、留意すべきは投資財源の構造で、表 5-1-4 に示すとおり公共投資のうちガーナ政府の自主財源によるものはわずか 3 割にとどまる。援助資金に 4 割を依存し、更に未調達の 2 割分もいずれは援助に頼らねばならないと思われるので、全体として公共投資の 6 割が援助資金による。この構造はガーナ政府自身が認識するとおり開発の持続性の見地からは大きな懸念で、人口・家族計画分野の予算配分の多寡を論ずる以前の問題というべきであろう。

表5-1-3 保健省予算と国家予算に占める割合

年	保健省予算 (10億セディ)			国家予算に占める割合 (%)		
	経常支出	資本支出	計	経常支出	資本支出	計
1985	3.2	0.3	3.5	8.4	3.6	7.6
1986	6.5	0.6	7.1	10.7	6.5	10.0
1987	6.9	0.9	7.8	8.6	4.0	7.6
1988	9.8	1.6	11.4	8.9	4.9	7.9
1989	15.8	3.6	19.4	10.7	7.5	9.9
1990	20.2	5.8	26.0	10.2	10.3	10.2
1991	25.6	3.7	29.3	9.7	4.8	8.6
1992	29.1	5.2	34.3	n.a.	n.a.	n.a.
1993	46.5	6.2	52.7	n.a.	n.a.	n.a.
1994	41.9	6.4	48.3	5.0	3.7	4.8
1995	65.4	8.4	73.9	6.0	4.3	5.2

出所：保健省予算 1985～1993：Ministry of Health, "The Health Sector in Ghana : Facts and Figures"

同 1994：Ministry of Health, "Policies & Priorities for the Health Sector 1994-1995"

同 1995：Republic of Ghana, "The Budget Statement 1995"

国家予算割合 1985～1991：Statistical Service, "Quarterly Digest of Statistics" March 1993,表 38 を基に計算

同 1994～1995：Republic of Ghana, "The Budget Statement 1995"を基に計算

表5-1-4 分野別公共投資配分計画 (1994-1996)

分野	投資額 (10億セディ)	割合 (%)
生産	160.3	9.6
経済インフラ	1,221.3	74.6
社会・行政	255.2	15.8
うち教育	127.8	7.8
保健	63.8	3.9
計	1,636.7	100.0
財源内訳		
政府財源	495	30.2
援助	599	36.6
外国借入	44	2.7
国内借入	43	2.6
自己資金	132	8.1
不足 (援助予定)	324	19.8

出所："Public Investment Programme 1994-1996" Vol.1, pp.9～11

表 5-1-5 分野別予算配分計画 (1996-2000)

分野	歳出中の割合 (%)	
	経常支出	資本支出
生産	5.0	13.5
経済インフラ	4.0	53.5
社会インフラ	58.0	28.0
うち教育・訓練	40.0	12.0
保健	10.0	10.0
開発マネジメント	10.0	2.0
開発支出計	72.0	97.0
行政支出計	28.0	3.0

出所: "Ghana-Vision 2020" p. 86

(4) 外国援助資金の規模について

以上の簡単な分析でも明らかのように、ガーナの開発資金は大きく外国援助に依存している。OECD のデータによれば、純 ODA 受取額は年間 6 億ドル強で推移している (表 5-1-6)。セディ換算では対ドル為替レートの低下により 1,800 億セディ (1990 年) から 4,000 億セディ (1993 年) へ膨らんだ。

しかし、表 5-1-2 や表 5-1-4 から算定できる援助資金のレベルはそれよりもかなり低い。この齟齬は次のような理由によると考えられる。

- 1) ODA の一部は政府以外の組織が受け取っている (NGO、公営企業など)
- 2) 資金として政府予算にカウントされない ODA がある (専門家派遣、機材供与など)
- 3) 国際機関直轄事業に係る分 (事務運営費含む) がある

これらの点を考慮に入れると、以上にみてきた数値はおおむね相互に整合のとれたものであることが確認できる。

表 5-1-6 ガーナの ODA 受取額

年	ODA受取額 (純額)		為替レート (セディ/USドル)
	100万USドル	10億セディ	
1989	717.6	193.8	270.0
1990	563.4	183.8	326.3
1991	882.1	324.4	367.8
1992	616.3	269.4	437.1
1993	621.2	403.2	649.1

出所: OECD, "Geographical Distribution of Financial Flows to Aid Recipients 1989-1993" 1995.

IMF, "International Financial Statistics" April 1995.

#### 5-1-4 組織・人員

人口・家族計画分野の中心組織は国家人口審議会と保健省である。保健省の機構、人員配置については4. に詳述してあるので繰り返さない。ここでは国家人口審議会について述べる。

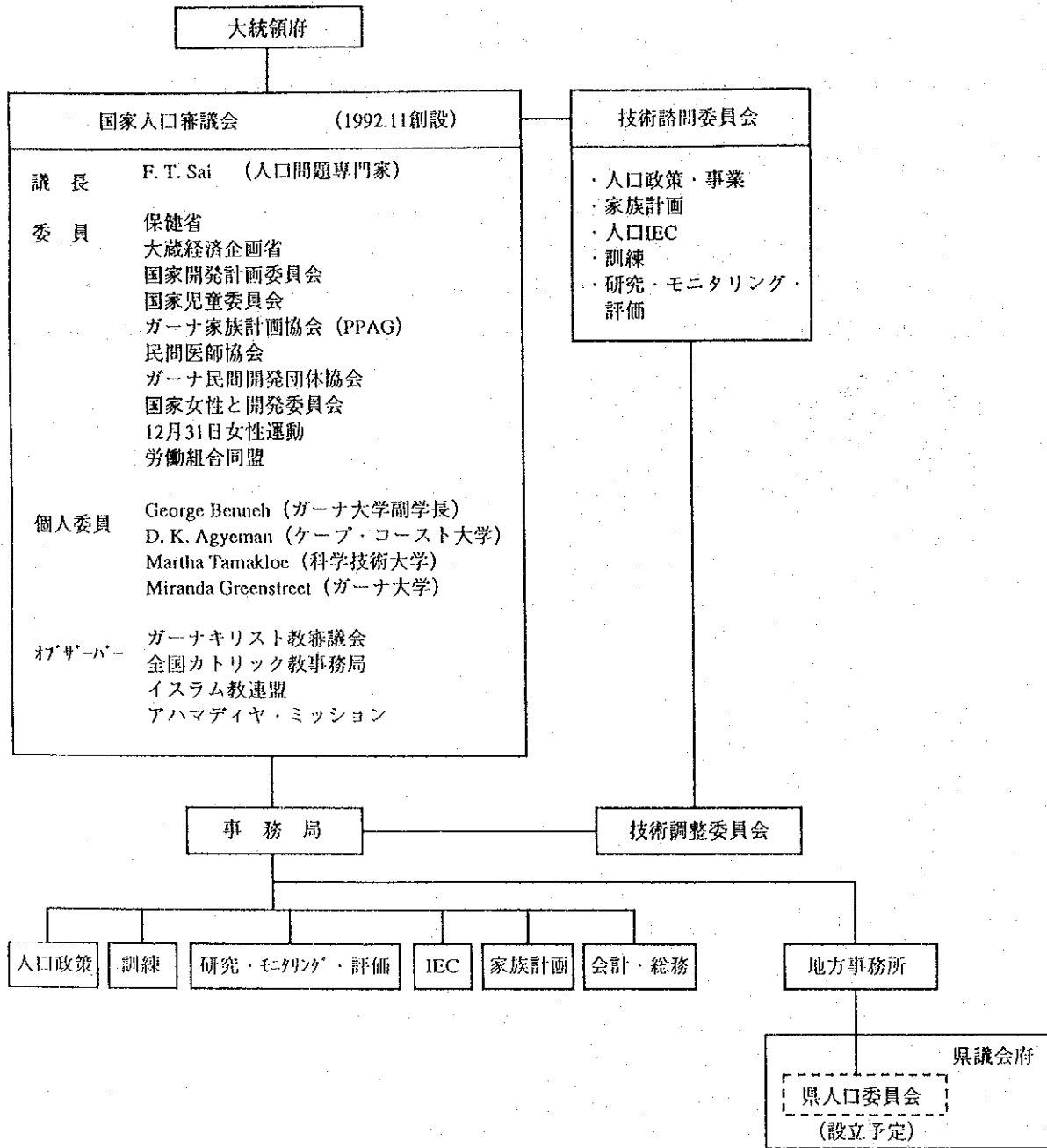
##### (1) 国家人口審議会の機構

図5-1-1に示すとおり、審議会は議長以下14人の委員からなり、他に宗教界を代表する4機関がオブザーバーとして参加する。事務局は6部に分かれ、更に地方事務所を持つ。

専門技術面で審議会を補佐するため分野別に5つの技術諮問委員会が作られており随時助言をする。また、実務面でそれら5分野の間の調整を図るのが技術調整委員会で、ここには5技術諮問委員会の委員長のほか、保健、教育、農業、情報、地方自治各省の代表者及び審議会事務局各部が参加する。

##### (2) 国家人口審議会の人員

審議会そのものの人員構成は上述したとおりである。一方、同事務局は1994年末にようやくオフィスを持ち機能を始めたばかりで、組織としての体制はまだ整っていない。したがって現時点で陣容は不明である。



出所：Government of Ghana, "Revised National Population Policy 1994 :  
Action Plan" Vol. 1, pp. 59-60をもとに作成

図5-1-1 国家人口審議会の機構

## 5-2 人口・家族計画分野の指標

### 5-2-1 使用する資料

人口動態に関する基本統計は3-2で概観したので、本節では家族計画関連指標を中心にまとめることとする。ガーナにおける家族計画の実体を知るための基礎統計資料は次の3点である。

- (1) Ghana Statistical Service, "Ghana Demographic and Health Survey 1988" (September 1989) [DHS 1988 と省略]
- (2) Ghana Statistical Service, "Ghana Demographic and Health Survey 1993" Preliminary Report (April 1994) [DHS 1993]
- (3) Ghana Statistical Service, "A Situation Analysis Study of Family Planning Service Delivery Points in Ghana" (March 1994) [SAS]

DHS 1988 と DHS 1993 はともに全国から無作為抽出した約 4,500 人の 15~49 歳女性サンプルを対象とする調査であるのに対し、SAS は家族計画サービスを供給している医療施設をベースに（全国約 900 カ所のうち約 500 カ所をサンプリング）需要者の実態とあわせてサービス供給面の実情も分析した調査である。

また、ガーナの家族計画プログラムの詳細な事後評価として次の資料があり、これも有用である。

- (4) Social Sector Policy Unit, Ministry of Finance and Economic Planning, "In-Depth Assessment of the Ghana National Family Planning Programme : 1970-1990" (1992)

### 5-2-2 合計特殊出生率

ガーナの合計特殊出生率は近年急速に低下した（表 5-2-1）。1988 年に 6.4 だった値が 1993 年には 5.5 となった。これがいかに急激であるかは 1979 年に行われた調査時 ("Ghana Fertility Survey") の値が 6.5 であったことと比較すれば明確である。低下の程度は都市部で著しく、5.3 から 4.0 へ 3 割近い減少である。これに対し農村部の減少は 6.9 から 6.4 とはるかに緩い。州別にみても都市化の進む地域の数値が低く、逆に北部 3 州ではほとんど改善がみられない。

この急激な低下は、その同じ期間に近代的避妊実行率が 5% から 10% へ増えたに過ぎないこと（後述）を考えると、極めて注目すべきものである。この原因として、「改訂国家人口政策」は次のような点が考えられるとしている。

- (1) 避妊の全般的な普及
- (2) リズム法の効果の向上
- (3) 望ましい子供の数の減少
- (4) 女子教育の改善

この他に次の要因を指摘する専門家もいる（USAID での聞き取り）。

- (5) 出稼ぎの増加
- (6) 人口妊娠中絶の増加

表 5-2-1 合計特殊出生率の変化

州/地域	1988	1993
ウエスタン	6.10	5.54
セントラル	6.58	5.54
グレートアクラ	4.64	3.56
ヴォルタ	6.66	5.42
イースタン	5.72	5.11
アシャンティ	5.90	5.60
ブロンゴ・アハフォ	6.86	5.46
ノーザン		7.40
アッパーウエスト	6.80	6.27
アッパーイースト		
-----	-----	-----
全国	6.43	5.5
都市部	5.3	4.0
農村部	6.9	6.4

注：1988年データは15～44歳、1993年データは15～49歳対象。  
ただし、都市/農村別データはともに15～49歳。

出所：DHS 1988、表3.1  
DHS 1993、表5、表6

### 5-2-3 家族計画の知識

避妊法に関する知識は男女を問わず相当に高い（表 5-2-2）。1988年には既婚女性、既婚男性とも79%が何らかの方法を知っているが、それが1993年にはそれぞれ91%、94%に伸びた。近代的避妊法に限ってもそれとほぼ同レベルの知識普及率である。しかも、1988年から1993年にかけて、全ての避妊法について知識の普及度が高まっている。中でも避妊注射とピルの伸びが著しく、後述する実行率との関連がみてとれる。

表 5-2-2 避妊法の知識の変化

	(%)			
	1988		1993	
	既婚女性	既婚男性	既婚女性	既婚男性
何らかの方法	79.4	79.0	91.3	94.0
何らかの近代的方法	76.5	76.4	90.7	92.9
ピル	63.9	63.0	81.3	79.6
IUD	39.6	38.5	47.3	44.3
避妊注射	46.5	39.8	79.4	74.2
ベッサリー等	38.0	40.7	56.6	62.1
コンドーム	49.5	59.5	78.2	86.8
女性不妊手術	57.3	58.1	69.1	70.4
男性不妊手術	10.7	17.6	22.5	32.4
何らかの伝統的方法	51.9	55.5	68.6	77.7
周期法	41.0	44.9	57.5	64.0
膣外射精	32.6	40.7	53.2	65.4
その他	9.4	4.5	7.3	7.6

出所：DHS 1988、表4.1、表7.7  
DHS 1993、表7、表11



#### 5-2-4 家族計画の実行

知識はあまねく広まっているが、実行となると極めて低調である。表5-2-3にみる限り、1993年時点で何らかの避妊法を実行している既婚女性は20%にとどまっている。近代的方法に限ればわずかに10%である。

1993年のデータでは、最も使われている方法は周期法(7.5%)、次いでピル(3.2%)、コンドーム(2.2%)、膣外射精(2.1%)である。1988年に比べて伸びが目覚ましいのはコンドーム(7倍強)、次いで避妊注射(5倍強)である。逆にIUDの不人気が目立つ。

なお、参考として1993年の既婚男性のデータも掲げたが、女性と比較しての差が特にコンドームで極めて大きいことに注目されたい。

表には示さなかったが、家族計画実行率は都市/農村の別及び学歴と明らかな相関を持っている。すなわち、都市部及び学歴が高いほど実行率が高い。この点は1988年、1993年とも変わっていない。

州別の実行率の変化を表5-2-4に示す。州間の差の大きいことと5年間に急速に実行率の伸びた州のあることが目につく。全体に南部の成績が向上し、北部3州との差が拡大している。

表5-2-3 避妊実行率の変化(既婚女性)

	(%)			
	1979	1988	1993	
			既婚女性	既婚男性
何らかの方法	9.5	12.9	20.3	33.5
何らかの近代的方法	5.5	5.2	10.1	19.9
ピル	2.4	1.8	3.2	4.7
IUD	0.3	0.5	0.9	1.1
避妊注射	0.1	0.3	1.6	0.9
ベッサリー等	1.6	1.4	1.2	2.1
コンドーム	0.6	0.3	2.2	10.4
女性不妊手術	0.5	1.0	0.9	0.7
男性不妊手術	0.0	0.0	0.0	0.0
何らかの伝統的方法	4.0	7.7	10.1	13.6
周期法	3.8	6.2	7.5	9.1
膣外射精	0.2	0.9	2.1	4.0
その他	0.0	0.6	0.5	0.5

注：1979年データは"Ghana Fertility Survey"の結果。

出所：DHS 1988, 表4.7

DHS 1993, 表8

表 5-2-4 州別避妊実行率の変化（既婚女性）

州	1988			1993		
	何らかの方法	近代的 方法	伝統的 方法	何らかの方法	近代的 方法	伝統的 方法
ウエスタン	8.2	3.2	5.0	26.4	14.4	12.0
セントラル	9.7	4.9	4.9	15.6	7.6	8.0
グレーターアクラ	27.2	10.6	16.7	36.8	18.0	18.8
ヴォルタ	14.6	3.9	10.7	25.2	7.7	17.5
イースタン	11.4	5.8	5.6	25.9	12.9	12.9
アシャンティ	10.1	6.5	3.6	13.7	8.0	5.8
ブロンゴ・アハフォ	12.0	5.2	6.7	25.4	14.0	11.4
ノーザン				11.2	5.1	6.1
アッパーウエスト	} 10.7	} 0.7	} 10.0	6.6	5.1	1.5
アッパーイースト				10.2	7.2	3.0
全 国	12.9	5.2	7.7	20.3	10.1	10.1

出所：DHS 1988, 表4.8  
DHS 1993, 表9

#### 5-2-5 家族計画サービス供給

視点を変えて、ガーナにおける家族計画サービス供給面の実態を前掲の(3)の資料(SASと略す)によって概観してみる。この資料の基となった調査は、1993年に全国489カ所の医療施設をサンプルとして実施されたものである。その内訳は下のとおりである。

	対象サンプル	総数 (サンプリング率：%)
公立病院	66	66 (100)
保健省管轄クリニック	276	551 (50)
PPAGクリニック <sup>1)</sup>	35	35 (100)
民間産院	112	223 (50)
計	489	875 (56)

注1) PPAG=Planned Parenthood Association of Ghana

表5-2-5はこれらの施設の設定の現状をまとめたものである。上水道、電気、トイレという最も基本的な設備さえ完備からほど遠い。特に保健省管轄クリニックの実情が劣るのはこれらの多くが農村部にあるからである。

これらの医療施設が提供されている家族計画サービスの内訳を表5-2-6に示す。IUDや不妊手術のように医療行為を伴う避妊法の提供率が下がるのは止むを得ない。それでも1施設当たり平均4.5種類のサービスが提供されている。ただ、問題は避妊具のストック切れがよく起きていることで、ストック管理のまずさ(特に需要予測の不正確さ)が指摘されている。

家族計画サービス供給の効率という点からみると、これらの医療施設の間には大きな差がみられる。すなわち、施設によって利用者数に大きな差があるのである。過去1年間の新患の利用分布をみると、数の多い方から数えて最上位4分の1の施設が全体の71%の利用者を集めているのに対して、最下位4分の1の施設はわずかに3.5%を集めているに過ぎない。しかも、この差異は施設タイプ別にも顕著にみられ、1施設当たり、最も多くの新規利用者を集めたのはPPAGクリニック(881人)で、他を圧する多さである(表5-2-7)。SASはこの原因を今後の究明に待つとしているが、おそらくPPAGクリニックの所在が都市に偏っていることと家族計画専門施設としての専門性、サービスの質に対する利用者の評価が高いことが理由であろう。

表5-2-5 家族計画サービス供給施設の現状(1993)

	利用者の 平均到達時間 (分)	完備している施設の割合		
		上水道 (%)	電 気 (%)	トイレ (%)
公立病院	40	52	74	74
保健省クリニック	42	34	31	50
PPAGクリニック	30	41	66	50
民間産院	49	60	72	96

出所：SAS, pp. 12~13

表5-2-6 避妊法の種類、避妊具のストック及び料金(1993)

	サービス供給 (%)	調査時に ストックあり (%)	ストック切れあり (調査前6カ月内) (%)	平均料金 (セディ)
複合ピル	97	91	8	97
ミニピル	64	46	33	97
避妊注射	96	92	4	185
IUD	55	52	8	290
殺精子剤	94	85	18	68
コンドーム	98	88	11	30
女性不妊手術	6	—	—	6,650
男性不妊手術	3	—	—	5,500
伝統的避妊法	45	—	—	—

出所：SAS, pp. 15~16, p. 19

表 5-2-7 年間の新規利用者数  
(1 施設当たり 中間値、1993)

	年間新規利用者数
公立病院	173
保健省クリニック	93
PPAGクリニック	881
民間産院	47

出所：SAS, p.18

(参考)

(1) 家族計画サービスの実情

家族計画サービスとその利用状況の実際を、今回訪問調査したいくつかの病院、保健センターでの聞き取りを基にまとめておく。

1) アッシャー母子保健クリニック (アクラ)

首都アクラにある典型的な都市型クリニックである。アッシャー地区はアクラの中でも最も早く開けたいわば旧市街地で、現在は住商混在の人口密集地になっている。このクリニックのサービス人口は7万人程度と推定される。

クリニックの開業時間は月～金曜日、午前8時から午後3時までとなっている。スタッフ構成は医師3、歯科医1、medical assistant 4、看護婦8、準看護婦25、助産婦約30で、規模は相当大きい。ところが、利用者数は相談などを含めても1日当たり100人程度にとどまる。スタッフ数に比べるといかにも少ない。ただ、このクリニックでは看護婦、助産婦が各戸を巡回して予防接種などをしており、それに多くのスタッフが充てられていることに注意する必要がある。

家族計画実行率は17%程度とみられ、以前に比べて向上している。家族計画サービスのために訪れる利用者は1日5～15人ほどである。相談は無料であるが、サービスは有料で、IUD100セディ、コンドーム(4個入り)10セディなど。避妊法の中ではIUD、避妊注射の人気の高いという。

乳幼児の予防接種の普及が頭打ちである理由の1つに、病院に来るたびに親子とも新しい服を調べねば近所の人間に揶揄されるという事象があるという。予防接種が必要なことがわかっていても、多くの貧しい母親はつい病院から足が遠のいてしまうわけである。各戸巡回の予防接種という入手のかかる方法を探っているのは、このような障害を乗り越えようとする工夫である。因みに農村部でも同じ問題があるが、そもそも病院施設が遠いことの方が要因として大きく効いてくるので、都市部と事情は異なっている。

このクリニックには産院が附属していて、1日当たり6～10人の出産がある。助産婦、看護婦全18名が勤務していて、産院敷地内の詰所に24時間態勢で待機している。

2) クマシ母子保健センター (アシャンティ州)

アシャンティ州の州都クマシにある母子保健専門の病院である。開業時間は月～金曜日、午前8時から午前3時まで。3名の医師と35名の看護婦等が勤務する。アッシャー母子保健クリニックに比べて利用者は多い。乾季は1日平均180人程度、雨季には300人程度である。クマ

ンが物資流通の中心地であることもあって患者の分布は広い。アシャンティ州内はもちろん州外、更には隣国のマリからも患者が来る（調査時、20人の子供入院患者がいたが、そのうちの3人はマリ人であった）。

家族計画サービス利用者は1日に30~40人が訪れる。家族計画の普及が進まない理由として女医が挙げたのは次のようなことである。

- ①男性、女性とも大家族に誇りを持っている。
- ②子供が多いと村の基金から援助を受けられる。
- ③コンドームを好まない。
- ④避妊に関する様々な迷信が根強い。

### 3) アマサマン保健ポスト（グレーターアクラ州）

アクラから北東へ20kmほど離れた農村部のガー県にある。サービス人口は約8万人。medical assistant 2名、看護婦、助産婦24名を擁する。診療内容は次のとおりである（農村部にある施設の典型例である）。

一般診療	月～金曜日	午前8時～午後3時
妊産婦検診	同上	（実際は金曜日のみ）
分娩	随時	
家族計画・予防接種・栄養相談	月～金曜日	午前8時～午後3時
小児科・児童養育相談	水曜日	午前8時～午後3時

利用者は1日に20~30人程度。金曜日の妊産婦検診には更に20人ほどが来る。この保健ポストで出産する人は月間18~20人である。

### 4) クンタナシ保健センター（アシャンティ州）

クンタナシはクマシ南東約30kmにある人口3,000人ほどの町である。この保健センターは月～金曜日の午前7時30分から午後3時まで開く。スタッフはmedical assistant 1名、看護婦7名、助産婦1名である。

利用者は全て合わせて日に40~50人、そのうち家族計画サービス利用者は日に10~20人程度である。この地域での平均的な子供の数は6人と多く、家族計画実行率は5%程度と推測される。なぜ実行率が低いのかとの問いに、次のような理由が挙げられた。

- ①家族計画の知識はあるが、周囲に実行している人がいないと自分からはやろうとしない。  
「ピルを飲むと腹に血が固まる」などの噂が根強く広まって、家族計画に対する恐怖感がある。
- ②夫が賛成しない。

### (2) 家族計画を実行する女性

調査団が訪れたココデイの村で、ある女性が家族計画サービスを受けるために巡回医療チームを訪れた。この女性は30歳で、5人の子供があり、一番年長の子は15歳、最年少の子供は3歳だそう。6番目の子供が8カ月で亡くなったばかりとのこと。5番目の子供を妊娠した時に、彼女は家族計画の必要性を考え始めたという。もう子供は十分いるのではないかと。かなり以前に家族計画のことを聞いたが、それまではあまり気に止めなかったという。しかしそろそろ考える時がきたと思った。彼女はもう子供をこれ以上作らないことを夫と相談した。幸いにも夫は理解

を示し、巡回医療チームに相談することとなった。しかし彼女はもし夫が反対しても、家族計画を実施するつもりであったという。「自分のことは自分で守らなければと決意しました。」そう語った彼女は、村人が大勢集まる場所で、人目にさらされるプレッシャーに耐えながら、避妊のための注射を受けた。

農業を生計にしている彼女の家庭にとって子供は多く必要ではないですかと尋ねたが、「そんな大農園を持っているわけでもないし、子供は多ければ多い方がいいとは思いません」と答え、家に帰っていく表情がふっきれていた感じだった。

### (3) CBD (community-based distributor) の活動

ココデイ村に住む CBD (女性) から聞き取りをすることができた。この女性は、女性向けのノンフォーマル教育講習 (21 日間) を受けたあとクンタナシ県保健部から CBD にならないかと誘いを受け、それに応じたものである。この講習には村から選ばれて参加したので CBD を務める義務を感じたという。活動を始めて 1 年と、まだ経験が短い。

県全体で 8 人ほどの CBD がいる。彼女の受け持ちはココデイ村のほか、近くの村も含まれている。CBD は基本的にボランティアで給与は出ないが、避妊具売上げの 40% をもらえることになっている。その中から近隣の村を巡る際の交通費も支払っている。

扱っている避妊具はコンドーム (1 個 20 セディ)、サンブーン (フォーミング・タブレット、250 セディ)、ダイアフラム、ピルなど。サンブーンの人気が高い。各戸を巡ってデモンストレーションや相談をしながら売る。夫の協力が得られないという女性がいれば夫にも話す。利用客はココデイ村だけで月に 120 人程度になる。全体に若い人の方が受け入れる気持が強い。エイズへの関心は強い。

彼女自身は 4 人の子供を持つ。夫は既に死亡した。CBD になる前に訓練を受けたが、その後特に新たな研修などは受けていない。ただ、毎年クマシに CBD が集まって開く会議には出ている。

活動上で一番の大きな問題は県から給付されることになっていながらまだ支給されないものがあることである。懐中電灯、長靴、レインコート、カバン、活動資金、バイクがそれである。自分のもので間に合わせたり、なしで済ませたりしているが不便で困る。特に雨季の巡回には長靴とレインコートが必需品であるし、夜に家庭を訪ねることが多いので懐中電灯も欠かせない。今は徒歩で回っているが、バイクがあると本当に楽になる。

## 5-3 人口・家族計画分野の実施体制

### 5-3-1 政府関連機関の各々の役割と相互関係

人口・家族計画分野に何らかの関わりを持つ政府関連機関は以下のとおりである。それらの調整機関として作られたのが国家人口審議会であるが (5-1-4 参照)、以下の機関が全て同審議会に加わっているわけではないことに注意されたい。

機 関

人口・家族計画分野での主な役割

(1) 国家人口審議会	人口政策策定 人口・家族計画関連事業調整
(2) 保健省	医療施設運営 医療・家族計画サービス供給 保健医療要員教育・訓練 保健衛生教育 [教育省と協力]
(3) 教育省	女子教育普及
(4) 雇用・社会福祉省	保母訓練 [教育省と協力]
(5) 地方自治省	NGO の登録、モニター 県議会府の活動支援 県議会府レベルの人口活動の遂行
(6) 農業省	農業改良普及員を通じての人口・家族計画の啓蒙
(7) 環境・科学技術省	環境衛生改善
(8) 青年スポーツ省	校内活動・課外活動のカリキュラム作成 [教育省と協力]
(9) 情報省	人口・家族計画 IEC 用プログラムの開発
(10) 大蔵省	人口・家族計画関連事業に対する配分予算の確保
(11) 国家女性と開発委員会	女性活動グループの組織化 女性のための司法教育
(12) 国家開発計画委員会	国家計画フレームワークの策定
(13) ガーナ大学・ケープコースト大学	人口学研究
(14) ガーナ経営・行政管理研究所 (GIMPA)	保健省職員向け講習 (保健医療行政、女性のための管理運営法)
(15) ガーナジャーナリズム研究所・ガーナ大学コミュニケーション学部	IEC 要員の訓練
(16) ガーナ大学コミュニティ開発学科・同社会福祉学科・成人教育研究所	社会福祉事業、成人教育、コミュニティー開発等に係る訓練

5-3-2 NGO の役割と政府機関との関係

ガーナの人口・家族計画分野で活動する国内 NGO の数は、他国に比べてむしろ少ないといつてよい。これは NGO 活動がガーナで低調であることを意味するのではなく、政府部門が相対的にきっちりと機能しているために公的事業のいわば「穴埋め」としての NGO 活動がさほど必要とされなかったことの反映であろう。

数こそ少ないが、ガーナの NGO はこの分野で極めて重要な役割を果たしている。その概要は以下のとおりである。

NGO

人口・家族計画分野での主な役割

(1) ガーナ家族計画協会 (PPAG)	クリニックの運営 (7州で全 37カ所) 家族計画・母子保健サービス供給 CBD 訓練 (累計 654人) 栄養改善・寄生虫駆除事業
(2) ガーナ助産婦協会 (GRMA)	産院における避妊具供給
(3) ガーナ社会マーケティング財団 (GSMF)	避妊具の社会マーケティング
(4) 全国カトリック教事務局	クリニックの運営 要員訓練
(5) ガーナキリスト協会	クリニックの運営 要員訓練

NGO と政府との関係は、この分野でガーナ最大の NGO であるガーナ家族計画協会 (PPAG) の例が典型であろう。それは一言でいえば冷静な共存共栄関係とでもいうべきものである。基本的に PPAG はプロジェクトベースでは保健省や他の NGO と協同することなく、独立して活動する。しかし、保健省との関係は極めて密接に、しかもうまく相互補完するように保たれている。

まず、PPAG が全国で運営している 37カ所のクリニックのうち、11カ所は保健省から建物の無料貸与を受けているものである。それらのクリニックで働く医療スタッフのうち7人の看護婦は保健省から PPAG に出向している。更に、世銀の第二次ガーナ保健人口プロジェクトの中で購入された避妊具の一部が保健省から PPAG へ寄与されている。保健省は家族計画以外にも責任範囲が広く、どうしても家族計画サービスが軽んじられる傾きがあるが、それを家族計画専門の PPAG が補完する形で両者がうまく機能しているわけである。

このように保健省の要員が NGO の医療施設に派遣される例は普通で、ミッション系の病院やクリニックでは相当数の医者、看護婦が保健省雇用になっている。しかし、ミッション系 NGO は全般的に独自性が強く、保健省との事業調整が十分ではないという評価も聞いた。ただ、サハラ以南アフリカのいくつかの国の実情と比較すると、ガーナの保健医療・家族計画分野における政府と NGO の関係は全体として良好かつ建設的である。両者のこの密接な関係は国家人口審議会のメンバー構成に象徴的に示されているといえよう。



## 6. エイズについて

### 6-1 エイズコントロールの必要性の背景

エイズを引き起こすウイルスである HIV による感染とエイズはガーナで拡大の一途をたどっている。

ガーナ保健省に報告されたエイズ症例は 1995 年 1 月 1 日現在で 1 万 4,934 例となっている。この数は、アフリカ州 54 カ国中第 10 位であり、ガーナの人口が 1,500 万人と少ないことを考えると、いかにガーナでエイズが蔓延しているかがわかる。例えば 1990 年には 2,500 例であったものが 1991 年には 4,500 例あった。そして 1992 年には 1 万とまさに幾何級数的に増加している。

HIV 感染の蔓延も大きな問題である。各州にわたる HIV 感染調査によると 1995 年 1 月現在、妊婦で 4~6% が HIV 抗体陽性であり、性病患者では約 10%、そして献血者では約 2% となっている。これらの数字は 1~2 年前と比較して約 2 倍のレベルに増加している。更にエイズの報告が正確になされていないこと（アンダーレポート）を考慮に入れると、ガーナにおけるエイズや HIV 感染の蔓延の実態は更に深刻なものと思われる。

### 6-2 エイズ対策の現状

保健省の下に National AIDS Control Programme (NACP) があり、国全体のエイズ対策活動の中心的役割を担っている。1992 年保健省は州や県を対象としてエイズ対策のガイドラインを作成し、エイズや HIV のサーベイランス、健康教育、カウンセリング、輸血用の血液検査、感染のコントロール、感染者のケアなどを州や県のレベルで包括的にエイズ対策を展開している。もちろんこのエイズ対策には保健省のみならず、UNICEF、UNDP、WHO などの国連機関を始め EEC、USAID、GTZ や ODA-UK などの国際機関や国家援助機関が協力している。

この結果、ガーナでは公的医療機関での輸血用の血液はその約 90% が HIV 抗体検査がなされており、HIV 感染のサーベイランスは全州の性病クリニックや母子保健センターに定点調査拠点を設けて行っている。更に注目すべきことはガーナ内の多数の NGO がエイズ対策活動に加わっており、保健教育、カウンセリング、輸血用血液の検査そしてエイズ患者のケアなどの分野で活動している。

エイズ対策の実行には資金や人材の確保が重要である。1992 年には上記の国連機関、国際機関や国家援助機関などによるドナー会議が開かれ、これら協力機関から 620 万米ドルの協力の申し出がなされている。

### 6-3 今後の対応

エイズと HIV 感染の全国レベルでの蔓延という深刻な状況を踏まえると、保健省のみではその人材並びに資金的資源の不足からみて到底有効なエイズ対策を立てることは不可能である。UNICEF や WHO を始めとする国連機関や JICA、USAID、GTZ などの 2 国間協力機関や NGO 等の協力が必須であることはいうまでもない。しかし長期的にはガーナが自力でこのエイズ対策を実行できる方向で協力を進めることが重要である。

(参考)

エイズ

クマシにおいて調査団が訪れたエイズ・クリニックは、エイズ検査を実施したり、エイズ感染が確認された患者を対象にカウンセリングを実施している。1日25人程度の患者が訪れ、そのうち約3分の1がHIV感染者であるという。ここでは、hetero-sexual coupleの場合、男性と女性の両方を検査し、カウンセリングを行っている。このクリニックでは女性の患者の方が男性より多いが、これは文化的要因もあるかと思われる。すなわち、男性はこのようなカウンセリングに参加したがる傾向がある。

カウンセリングでは、エイズとは何か、エイズになったからといって悪霊にとりつかれているのではないこと、エイズ患者への食事(ダイエット)、生活環境・衛生環境の改善、休息の重要性、家族や社会関係の維持、更に家族を始め他の人々へ感染が広がらないようにする方法、など幅広い課題に関して話し合われる。カウンセラーは愛情とケアがカウンセリングの中でも最も大切と語ってくれた。

エイズやHIV/STDはこのあたりでも増加傾向にあり、普通の妊産婦の感染率も除々にはあるが増加している。これは男性がコンドームを使用しないことが1つの要因であるが、性教育はそう簡単に実施できないと指摘された。この地方には、キリスト教徒とイスラム教徒の両方が住んでいるがNGOのCatholic Relief Service (CRS)は、性行為のパートナーを1人にするようにキャンペーンを行っている。イスラム教徒の場合は男女関係に特定の考えを持っているため、男性の性教育への理解を得ることが問題解決の鍵になる。イスラム教徒の女性が時々家族に内緒でクリニックへ来ることもあるという。

## 7. 今後の望ましい協力及び協力に当たっての留意点

### 7-1 留意点

現在保健省では、District、Subdistrict レベルで提供される MCH/FP サービスの質量双方の向上が重要な政策となっており、我が方の協力もこの方針に沿うものであることが望ましい。また、今回の調査結果から、協力計画立案に際して次の2点を踏まえることが重要であろう。

- ① コミュニティーのニーズに基づいた、いわゆる住民参加型プロジェクトであること
- ② 協力プログラムが、プロジェクト終了後も自力で維持可能なシステムであること

協力に当たっての留意点として、他援助機関の今までの教訓を十分取り込みながら、実施に際してプロジェクトサイト、協力内容等についての調整が必要であろう。

### 7-2 想定される協力の内容

上記の点を考慮しつつ、具体的な協力内容としては以下のものが考えられるとともに、これらに関連させながら包括的に実施していくことにより効果的な協力になると思われる。

- ① コミュニティーの保健医療分野の人材資源発掘のために、末端レベルで保健サービスを担っている、あるいは担い得る TBA, Chief, Queen Mother に対する保健健康教育を行う。
- ② District, Subdistrict レベルを中心に Administrator, Midwife, Nurse, Medical Officer 等に対するインサービス・トレーニングを強化する。
- ③ なお、これらの研修のうちに、現在十分に機能していないヘルスインフォメーションシステムに関する項目も盛り込む必要がある。
- ④ 現在、妊婦のエイズウイルス感染が増加しており、この対策としてエイズ教育の普及が最も重要であり、ヘルススタッフのインサービス・トレーニングを強化する必要がある。

