

**ガナナ共和国
地域医療強化計画
予備調査報告書**

**平成 17 年 11 月
(2005 年)**

**独立行政法人 国際協力機構
無償資金協力部**

序 文

日本国政府は、ガーナ共和国政府の要請に基づき、同国の「地域医療強化計画」に係る予備調査を行うことを決定し、独立行政法人国際協力機構が平成17年4月28日から5月19日まで予備調査団を現地に派遣しました。

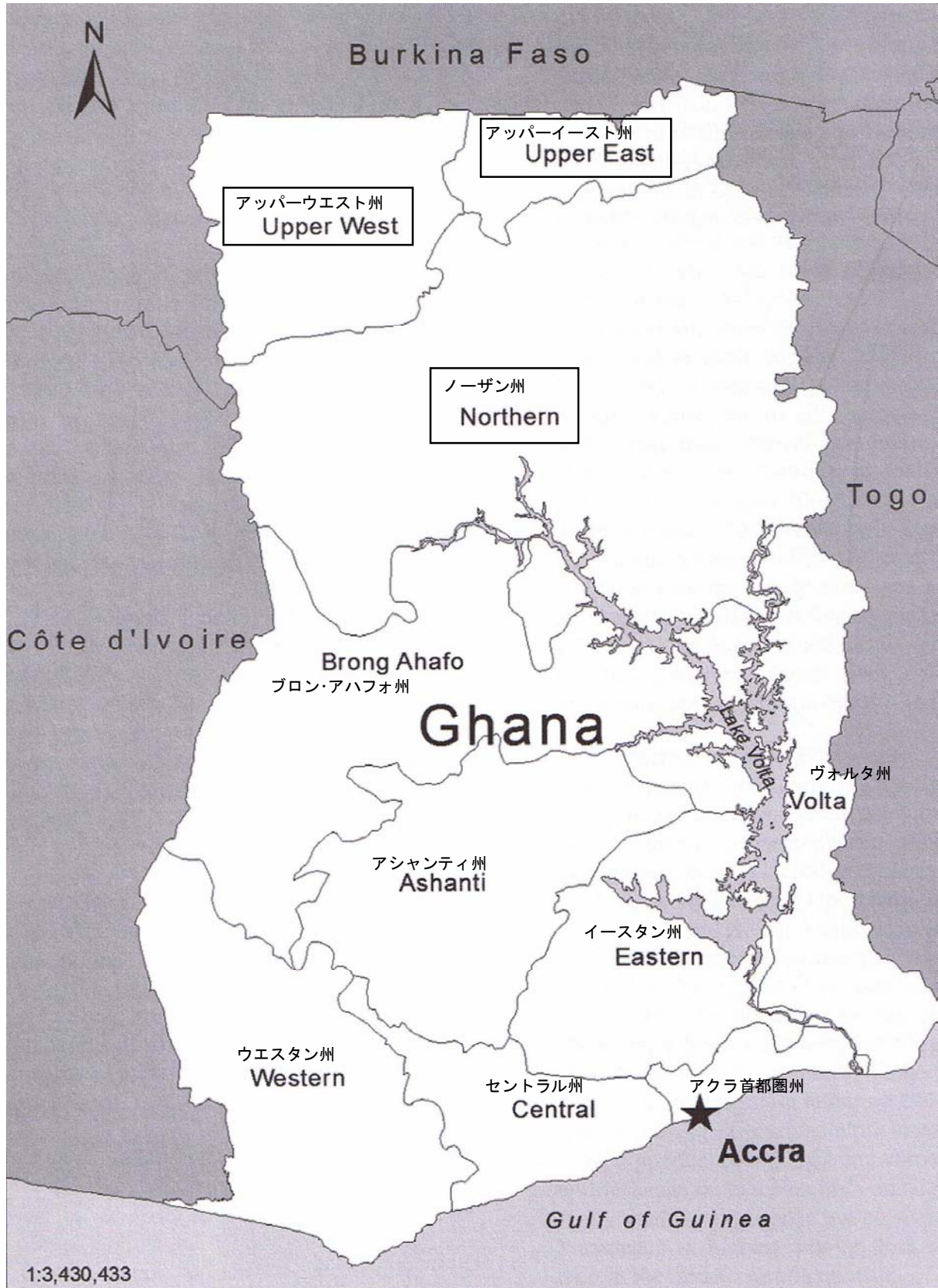
この報告書が、今後予定される基本設計調査の実施、その他関係者の参考として活用されれば幸いです。

終わりに、本調査にご協力とご支援をいただいた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成17年11月

独立行政法人国際協力機構
無償資金協力部部長 中川 和夫

ガーナ共和国



出典 : Ghana Statistical Service, "Ghana Demographic and Health Survey 2003", Sept. 2004

調査対象地域

調査対象地域の写真
 アッパーウエスト州ジラパ郡病院、ジラパ地域保健看護師養成学校



現地工法の病棟・洗濯室等の施設(ジラパ郡病院)



産科棟・小児棟には蚊帳の設置あり(ジラパ郡病院)



電圧降下により使用できない装置(ジラパ郡病院)



現地工法の新校舎(ジラパ地域保健看護師養成学校)



手狭な教室内観(ジラパ地域保健看護師養成学校)



現地工法の寄宿舍(ジラパ地域保健看護師養成学校)



手狭な外来受付(アッパーウエスト州病院)



病室の老朽化した機材(アッパーウエスト州病院)

アッパーウエスト州 州病院、トゥム郡病院、ローラ郡病院

	
<p>古い形式の手術室機材(アッパーウエスト州病院)</p>	<p>古い型式の歯科診察台(アッパーウエスト州病院)</p>
	
<p>現地工法の病棟建物(トゥム郡病院)</p>	<p>耐用年数が大幅に経過した手術台(トゥム郡病院)</p>
	
<p>眼科の非常に古い検査機器(トゥム郡病院)</p>	<p>主要廊下に多発している天井漏水(ローラ郡病院)</p>
	
<p>電圧降下で使用できないX線機器(ローラ郡病院)</p>	<p>検査室の型式の古い顕微鏡(ローラ郡病院)</p>

アッパーウエスト州 ウェレンベル HC、サカイ CHPS、アッパーイースト州病院、郡病院



診察室・産科(ウェレンベルヘルスセンター)



維持管理の必要な蓄電池バッテリー・冷蔵庫(同左)



新地の診察室外観(サカイ CHPS)



診察室前のCHPS用井戸ポンプ(サカイ CHPS)



辛うじて機能する機器(アッパーイースト州病院)



故障が頻発する老朽化した消毒器(州病院)



主要廊下に沿って配置された病棟(郡病院)



郡病院電圧降下により廃棄された无影灯等(郡病院)

略 語

ADHA	Additional Duty Health Allowance	追加手当
AMO	Assistant Medical Officer	アシスタント医師
AfDB	Africa Development Bank	アフリカ開発銀行
BCG	bacille Calmette-Guérin	結核ワクチン
BMC	Budget Management Centre	予算管理センター
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	疾病予防対策センター（米国）
CED	Clinical Engineering Department	臨床工業技術課 （GHS内にある医療機材保守管理部門）
CG	Consultative Group	支援国グループ
CHAG	Christian Health Association of Ghana	ガーナ国キリスト教保健協会
CHN	Community Health Nurse	地域保健看護師
CHO	Community Health Officer	地域保健担当官 （CHPSプログラムでコミュニティに常駐するCHNの職位）
CHPS	Community-based Health Planning and Services	コミュニティベース保健計画・サービス（プログラム）
CPR	Contraceptive Prevalence Rate	避妊普及率
CRS	Catholic Relief Service	カソリック救済サービス （NGOのひとつ）
DA	District Assembly	郡議会
DACF	District/Municipal Assembly Common Fund	郡・都市議会共通ファンド
DAIA	Deprived Area Incentive Allowance	僻地手当
DANIDA	Danish International Development Agency	デンマーク国際開発庁
DFID	Department of International Development	英国国際開発省
DHA	District Health Administration	郡保健局
DHMT	District Health Management Team	郡保健マネジメント・チーム
DMHIS	District Mutual Health Insurance Scheme	郡相互健康保険制度
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course	直接監視下短期化学療法
D/PPME	Policy Planning, Monitoring and Evaluation Division	保健省 計画・モニタリング・評価局
D/PS	Procurement and Supply Division	保健省 調達・供給局
DPT	Diphtheria-pertussis-tetanus (vaccine)	3種（ジフテリア・百日咳・破傷風）混合ワクチン
EOC	Essential Obstetric Care	必須産科ケア
EMF	Earmarked Fund	ドナー特定（イヤーマーク）資金
EmOC	Emergency Obstetric Care	救急産科ケア
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大プログラム
EU	European Union	欧州共同体
GDHS	Ghana Demographic and Health Survey	ガーナ人口保健調査
GDP	Gross Domestic Production	国内総生産
GHS	Ghana Health Service	ガーナ・ヘルス・サービス
GLSS	Ghana Living Standard Survey	ガーナ生活水準調査
GPRS	Ghana Poverty Reduction Strategy	ガーナ貧困削減戦略
GTZ	German Agency of Technical Cooperation	ドイツ技術協力公社
HASSD	Health Administration and Service Support Division	保健管理・サービス支援局
HIPC	Heavily Indebted Poor Country	重債務貧困国
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
ICBP	Integrated Community-based Programme	コミュニティベース総合プログラム （ユニセフの実施するプログラム）
IGF	Internal Generated Fund	内部収益金（費用徴収等による）
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
IMCI	Integrated Management of Child Illness	包括的小児疾患管理

IPT	Intermittent Preventive Treatment	(抗マラリア剤の)妊娠中予防投与
ITN	Insecticide Treated Net	殺虫剤処理蚊帳
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人 国際協力機構
MA	Medical Assistant	医療アシスタント
MDBS	Multi-Donor Budgetary Support	多ドナー一般財政支援
MDG	Millennium Development Goal	ミレニアム開発目標
MTEF	Mid-Term Expenditure Framework	中期支出枠組み
MTHS	Mid Term Health Strategy	中期保健戦略
NDC	National Democratic Congress	国民民主会議
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NHIC	National Health Insurance Council	国家健康保険評議会
NHIS	National Health Insurance System	国家健康保険制度
NPP	New Patriotic Party	新愛国党
ODA	Office of the District Assembly	郡議会事務局
PDF	Pooled Donor Fund	ドナー共同資金
PHC	Primary Health Care	プライマリ・ヘルスケア
POW	Programme of Work	国家保健5カ年計画
PPME	Policy Planning, Monitoring and Evaluation Division/Department	政策策定・モニタリング・評価局 (保健省及びGHSにある部局)
RCC	Regional Coordinating Committee	州調整協議会
RHA	Regional Health Administration	州保健局
RHMT	Regional Health Management Team	州保健マネジメント・チーム
SDHT	Sub-District Health Team	サブディストリクト・ヘルスチーム
SWAP	Sector Wide Approach	セクター・ワイド・アプローチ
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的助産士 (産婆)
U5MR	Under 5 Mortality Rate	5歳未満児死亡率
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Funds for Population Activities	国連人口活動基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金 (ユニセフ)
USAID	United States Agency of International Development	米国国際開発援助庁
WHO	World Health Organization	世界保健機構

目 次

序文	
地図	
写真	
略語	
第 1 章 調査の概要	1-1
1.1 予備調査派遣の経緯と目的	1-1
1.2 調査団の構成	1-2
1.3 調査日程	1-2
1.4 主要面談者	1-4
1.5 調査結果概要	1-7
1.5.1 現地調査（踏査）結果	1-7
(1) 北部 3 州における保健医療体制と CHPS プログラムについて	1-7
(2) 医療機材に関して	1-8
(3) 医療施設に関して	1-8
(4) CHPS 活動について	1-8
1.5.2 先方との協議結果	1-8
1.5.3 結論要約	1-9
(1) 協力の全体的な方向性(案)について	1-9
(2) 技術協力の方向性(案)について	1-10
(3) 無償資金協力の方向性（案）について	1-11
第 2 章 保健医療セクターの概況	2-1
2.1 一般概況	2-1
2.1.1 自然・地理	2-1
2.1.2 政治・経済	2-1
(1) 内政	2-1
(2) 経済状況	2-1
(3) 一般行政	2-2
(4) 新しい行財政システム	2-2
2.1.3 人口分布・構成と人口動態	2-3
(1) 人口規模と構成	2-3
(2) 人口動態	2-3
2.1.4 保健医療にかかわる社会的・文化的背景	2-4
(1) 民族・言語	2-4
(2) 宗教	2-4
(3) 生活環境	2-5
(4) 貧困	2-6
(5) 教育（識字率）	2-7
2.1.5 北部 3 州の一般概況	2-8
2.2 保健医療セクターの現状	2-8
2.2.1 保健指標と疾病構造	2-8
(1) 保健指標の推移	2-8
(2) 疾病構造	2-11

(3)	小児保健	2-15
(4)	リプロダクティブヘルスと安全な母性	2-15
(5)	栄養状態	2-16
(6)	感染症	2-16
2.2.2	保健政策及び保健セクター計画	2-17
(1)	国家政策	2-17
(2)	保健政策及び保健セクター計画	2-18
(3)	保健医療分野のプログラム	2-21
2.2.3	保健医療行政	2-24
(1)	中央保健行政組織	2-24
(2)	地方保健行政組織	2-25
(3)	地方分権化と地方政府（郡議会）	2-29
2.2.4	保健医療財政	2-30
(1)	保健医療分野の新しい行財政システム	2-30
(2)	政府保健予算	2-31
(3)	地方保健医療財政	2-34
(4)	国家健康保険制度（NHIS）	2-36
2.2.5	保健・医療サービスの供給体制	2-37
(1)	保健・医療サービスの供給機関（者）	2-37
(2)	保健・医療サービスの供給体制と供給施設	2-37
(3)	サービスへのアクセスと利用状況	2-41
2.2.6	保健医療サービスにかかわる人材	2-42
(1)	医療従事者の種類と分布	2-42
(2)	医療従事者の養成	2-45
2.2.7	保健医療施設及び機材	2-47
(1)	施設・設備及び医療機材にかかわ投資計画、整備・調達事情	2-47
(2)	医療機材の維持管理体制	2-49
(3)	北部3州における保健医療施設の整備状況	2-50
(4)	北部3州における医療機材の現状と問題点	2-55
2.3	ドナー援助実績と動向	2-59
2.3.1	ドナー協調の枠組み	2-59
(1)	セクター・ワイド・アプローチ	2-59
(2)	一般財政支援の枠組みの成立	2-59
2.3.2	ドナー動向	2-60
(1)	ユニセフ	2-60
(2)	デンマーク国際開発庁（DANIDA）	2-60
(3)	USAID	2-61
(4)	DFID	2-61
(5)	オランダ	2-61
2.4	北部3州における地域保健医療の課題	2-61
2.4.1	地域保健医療の課題	2-62
2.4.2	CHPSプログラムにおける課題	2-63
(1)	CHOの確保・配置、助産技術の向上、モチベーションの維持と支援体制	2-63
(2)	郡行政レベルでの連携システムの構築	2-64
(3)	社会動員・地域住民のエンパワメント	2-65
(4)	予算確保	2-65
(5)	リファラル強化の具体的な仕組みの確立	2-65

第3章	適切な協力範囲・規模等	3-1
3.1	地域保健医療分野への協力の枠組み.....	3-1
3.2	協力事業（案）	3-3
3.2.1	技術協力事業（案）	3-3
(1)	CHPS プログラムの現状と課題.....	3-3
(2)	技術協力のあり方と方向性.....	3-3
3.2.2	無償協力事業（案）	3-5
(1)	整備内容の概要と優先度.....	3-5
(2)	施設設備の整備（案）	3-6
(3)	医療機材等の整備.....	3-7
(4)	具体的な無償資金協力案件（案）の規模と概算	3-8
3.3	本格調査実施の妥当性と実施の方向性.....	3-10
3.3.1	本格調査実施の妥当性.....	3-10
3.3.2	本格調査実施の方向性と留意点.....	3-10
(1)	本格調査の方向性.....	3-10
(2)	本格調査実施の留意点.....	3-11

付属資料

1. ミニッツ
2. 主要面談者リスト
3. 医療機材整備（案）の一覧
4. 無償資金協力（案）のケース別概算一覧
5. 施設設備整備（案）の積算根拠
6. 州別の基本保健指標及び保健サービス指標
7. 保健省の指定する困窮郡の一覧
8. CHPS コンパウンドに必要な資機材の一覧
9. 保健省組織図
10. ガーナヘルスサービス（GHS）組織図
11. 保健施設から8 km以内の距離にあるコミュニティ（2003年）-アッパーイースト州
12. GHSが医療機材のアフター・サービス契約を締結している現地業者の一覧
13. 視察施設の施設ごとの整備状況
14. 社会投資基金（SIF）
15. 収集資料の一覧

図表目次

図 1-1	現状と協力の全体図.....	1-9
図 1-2	技術協力と無償資金協力の連携の概念図(案).....	1-10
図 2-1	地域人口に占める貧困層*の割合（州別）.....	2-7
図 2-2	乳児死亡（IMR）及び5歳未満児死亡率（U5MR）の推移.....	2-9
図 2-3	州別乳児死亡率（IMR）の推移.....	2-10
図 2-4	州別5歳未満児死亡率の推移（1988-2003年）.....	2-10
図 2-5	保健省及びガーナ・ヘルスサービス（GHS）の組織概要図.....	2-26
図 2-6	アッパーウエスト州 州及び郡保健局の組織図.....	2-27
図 2-7	アッパーイースト州 州及び郡保健局の組織図.....	2-28
図 2-8	保健省・GHS 下の地方行政機関と地方政府の関係.....	2-29
図 2-9	公的保健医療サービスの供給体制.....	2-38
図 2-10	地域保健医療システムのイメージ.....	2-39
図 2-11	GHS 保健管理支援サービス局臨床工学部の組織体系.....	2-50
図 2-12	日本を例とした電気の流れ.....	2-57
図 3-1	現状と協力の全体図.....	3-2
図 3-2	技術協力（案）と無償資金協力の連携の概念図.....	3-2
表 1-1	無償資金協力案件（案）のケース別概算.....	1-12
表 2-1	一般行政区分.....	2-2
表 2-2	人口分布と人口構成（2000年）.....	2-3
表 2-3	州別の部族別人口割合.....	2-4
表 2-4	州別の信仰による人口割合.....	2-4
表 2-5	州別の世帯の居住環境（天井材料の種類）.....	2-5
表 2-6	州別の世帯における電気の有無.....	2-5
表 2-7	州別の世帯の飲料水源.....	2-5
表 2-8	州別の世帯のトイレの設備.....	2-6
表 2-9	地域人口に占める貧困層の割合（地域別）.....	2-6
表 2-10	州別の非識字率.....	2-7
表 2-11	州別の教育歴.....	2-7
表 2-12	州別・男女別の就学率.....	2-8
表 2-13	主要保健指標：近隣諸国との比較.....	2-9
表 2-14	アッパーウエスト州における10大死亡原因疾患.....	2-11
表 2-15	アッパーウエスト州の年齢群別の10大死亡原因疾患（2004年）.....	2-12
表 2-16	アッパーイースト州における10大死亡原因疾患.....	2-12
表 2-17	外来における主要疾患（全国）.....	2-13
表 2-18	外来患者における主要疾患（10大疾患）－アッパーウエスト州.....	2-13
表 2-19	外来患者における主要疾患（10大疾患）－アッパーイースト州.....	2-14
表 2-20	入院患者における主要疾患（10大疾患）－アッパーウエスト州.....	2-14
表 2-21	入院患者における主要疾患（10大疾患）－アッパーイースト州.....	2-15
表 2-22	貧困削減戦略（GPRS）の達成目標.....	2-18
表 2-23	POW II（2002-2006）セクターワイド指標.....	2-20
表 2-24	CHPS 開始のための15のステップ.....	2-22
表 2-25	CHO/CHN の活動内容の一覧.....	2-22
表 2-26	CHPS プログラム進捗状況.....	2-23
表 2-27	保健サービス提供プログラムの主要コンポーネント.....	2-24
表 2-28	保健医療分野の政府年次計画策定サイクル.....	2-30
表 2-29	保健予算：資金源別支出実績（2004年）.....	2-31

表 2-30	保健予算：総支出に対する資金源別の割合（2001～2004年）	2-31
表 2-31	HIPCの政府予算への資金流入額	2-33
表 2-32	保健セクター予算（政府資金及びドナー共同基金）の費目別割合（2001-2004年）	2-33
表 2-33	BMCグループ別の人件費を除く経常費（2004年）	2-34
表 2-34	アッパーウエスト州全体の歳入・歳出（2004年）	2-34
表 2-35	アッパーウエスト州の郡病院別の予算（2005年）	2-35
表 2-36	アッパーイースト州全体の歳入・歳出（2004年）	2-35
表 2-37	アッパーイースト州保健医療分野のBMC別の歳入・歳出（2004年）	2-36
表 2-38	全国の保健サービス提供施設の種別・所管別数（2004年）	2-37
表 2-39	公的保健医療サービスの供給体制	2-38
表 2-40	リファラル患者数	2-40
表 2-41	職種別医療従事者数（2002年）	2-42
表 2-42	保健医療従事者の人材流出数（1993-2004）	2-42
表 2-43	北部州の医師及び看護師一人当たりの人口	2-43
表 2-44	アッパーウエスト州保健医療分野のBMC別の職員数（2004年）	2-44
表 2-45	アッパーイースト州保健医療分野のBMC別の職員数（2004年）	2-45
表 2-46	保健医療従事者の養成（入学者）数（1996-2004）	2-46
表 2-47	医療機材整備に係る資本投資計画（2002-2006年）	2-47
表 2-48	2005年度の医療機材調達計画	2-48
表 2-49	北部3州の保健医療サービス提供施設の一覧	2-51
表 2-50	北部3州における視察調査の対象施設一覧	2-52
表 2-51	水質検査結果	2-54
表 2-52	病院における主要既存機材	2-58
表 3-1	地域保健医療サービス提供施設の整備内容（案）と優先度	3-6
表 3-2	地域保健看護師（CHN）養成校の整備内容（案）と優先度	3-6
表 3-3	無償資金協力案件（案）のケース別概算	3-9

第 1 章 調査の概要

第1章 調査の概要

1.1 予備調査派遣の経緯と目的

ガーナ共和国（以下「ガ」国、国土面積 23.8 万 km²、人口約 1,840 万人）では、他のアフリカ諸国同様に医療施設は絶対的に不足している。特に農村部では近代的な医療に接する機会を持ち得ない人が圧倒的に多く、また、高い人口増加率（3.1%）ともあいまって、貧困層の増大、教育・医療サービスの低下等が問題となっており、経済成長の効果を減殺する要因の一つともなっている。

そのため、「ガ」国では「第二次保健5ヵ年計画（2002年～2006年）」を策定し、地方部住民と都市部の貧困層に対する医療・保健サービスの拡充を目指し、地方における最低水準の医療機材の確保、マラリア・感染症に関する情報管理システムの確立、医療従事者のインサービス・トレーニング（卒後教育）等に取り組んでいる。

我が国も、「ガ」国の保健計画に基づき、野口記念医学研究所を中心とした感染症サーベイランスシステムの強化、医療従事者の卒後研修システムの構築（ボルタ州、ブロン・アハフォ州及びウエスタン州がモデル地域）、ボルタ州、ブロン・アハフォ州及びウエスタン州における基礎的な医療機材の調達等、保健医療分野において多岐にわたる協力を実施してきている。

このような状況の中、平均余命は80年の53歳から97年には60歳に、5歳未満児死亡率は80年の1000人当たり157人から97年には102人になるなど、それぞれ改善傾向が見られるが、依然として劣悪な水準にある。

そのため、保健省としても2000年度以降も我が国に対し関連する無償資金協力の要請をあげてきているが、それら要請は、基本的には地方の医療サービス強化を目的としているものの、HIV/AIDS対策やマラリア対策に特化したもの、感染症検査機能の強化を目指すもの、地方病院の基本的な医療サービスの改善を図るもの等多岐にわたっており、保健省においても優先度等を整理できない現状にある。

このような状況を踏まえ、第1次・第2次レベルでの医療サービス強化を目的に、要請された案件の整理を目的とした感染症対策支援に関する予備調査を平成14年2月に実施した。しかし、その予備調査において「ガ」国側にてコモンファンド方式の援助の推進を始めたため、その後の本格調査の実施は見送られた。

その後、現地タスクフォース等における協議の結果、コモンファンド方式も存在するものの、二国間援助の必要性もあるので、二国間援助の実施を歓迎する旨「ガ」国政府から表明があり、今般、地方の医療サービス機能の強化を目的とした無償資金協力案件の形成を目的とした新予備調査の要請が挙げられた。

他方、2005年秋頃を目途に対ガーナ援助計画の策定が予定されており、現地 ODA タスクフォースやガーナ国別援助計画東京タスクフォース等において各セクターレビュー、セクター戦略が策定されている。

セクター戦略等の策定において先方政府との協議の結果、今回の予備調査の位置付けとして、保健セクターにおける優先分野の一つとしてあげられた開発目標「地方農村部の活性化」のうち「基礎的な保健医療改善」プログラム（「感染症対策の充実」は別のプログラムとして整理された）に位置づけることで合意が得られた。

また、「ガ」国においては保健医療サービスへのアクセスについて都市と農村部との間で地域格差が大きく、特に経済的に立ち遅れている北部3州（ノーザン州、アッパーウエスト州、アッパーイースト州）は、州全体の人口に占める貧困層の割合がそれぞれ69%、84%、88%と「ガ」国においてもっとも貧困層が多く、特に状況は厳しい。そのため、上述の「第二次保健5ヵ年計画（2002年～2006年）」において「最貧困州に焦点を当てた、質の高い保健医療サービスへのアクセスに係る格差是正」が戦略目標の一つとしてあげられている。

そのため我が国としても平成16年10月に北部3州における人間の安全保障に関連するプロジェクト形成を目的とした企画調査員を派遣し、さらに、平成17年度技協プロジェクト案件として「北部3州地域保健強化プロジェクト」が要請されているなど、「北部3州」への支援強化を進め

ている。

これら経緯を踏まえ、今回の新予備調査では経済的に立ち遅れた北部3州（ノーザン州、アッパーウエスト州、アッパーイースト州）を対象にした「地域保健サービス強化／州・郡レベルにおける機材を含むインフラ整備を通じた医療体制強化」に重点を据え、サイト調査、先方との協議を踏まえ、優良な無償資金協力案件を形成することを目的とする。併せて、無償資金協力の実施についての妥当性が確認される場合は、基本設計調査の調査方針、調査内容、留意事項等を取りまとめる。

1.2 調査団の構成

- (1) 中川 和夫：総括
独立行政法人国際協力機構無償資金協力部部長
- (2) 稲葉 淳一：技術参与
国立国際医療センター国際医療協力局
- (3) 芳沢 忍：計画管理
独立行政法人国際協力機構無償資金協力部業務第二グループ保健医療チーム
- (4) 小澤 真紀：技術協力計画
独立行政法人国際協力機構人間開発部第3グループ保健行政チーム
- (5) 田中 雅子：地域医療体制
株式会社タックインターナショナル
- (6) 古角 信弘：施設/設備計画
株式会社福永設計
- (7) 野崎 保：機材計画
株式会社フジタプランニング

1.3 調査日程

日順	月・日	行 程	備 考	
	4・27	水	コンサルタント団員：成田 (BA008 : 13:10) → ロンドン (17:15)	
2	4・28	木	コンサルタント団員：ロンドン (BA081A) → アクラ (20:00)	
3	4・29	金	JICA 事務所、保健省・GHS	
4	4・30	土	書類整理	
5	5・01	日	移動：アクラ→ボルガタンガ	約 850km (12 時間)
6	5・02	月	① 国立保健研究センター (カセナ・ナンカ郡ナブロンゴ) ② CHN 養成校 (カセナ・ナンカ郡ナブロンゴ) ③ カセナ・ナンカ郡保健局 (カセナ・ナンカ郡ナブロンゴ) ④ プンガ北 CHPS コンパウンド (カセナ・ナンカ郡) ⑤ ナガ CHPS コンパウンド (カセナ・ナンカ郡)	ボルガタンガ→ナブロンゴ : 30km ナブロンゴより 10 分 ナブロンゴより 40 分
7	5・03	火	① アッパーイースト州保健局 (ボルガタンガ) ② 州病院 (ボルガタンガ)	
8	5・04	水	① カセナ・ナンカ郡病院 (通称:戦争記念病院) ② チュチュリカ・ヘルセンター (フイル郡) ③ チアナ・ヘルセンター (カセナ・ナンカ郡)	
9	5・05	木	① アッパーイースト州病院 (ボルガタンガ) 移動 (ボルガタンガ → リ) ② アッパーウエスト州保健局 (リ)	ボルガタンガ→リ : 280km
10	5・06	金	① アッパーウエスト州保健局 (リ) ② アッパーウエスト州病院 (リ)	

日 順	月・日	行 程	備 考
11	5・07	土 官団員：成田→ロントソ コンサルタント団員：書類整理	
12	5・08	日 官団員：ロントソ → アクラ コンサルタント団員：書類整理	
13	5・09	月 官団員： ① JICA 事務所 ② 大使館 (ODA タスクフォース) ③ 保健省・GHS コンサルタント団員： ① ジラバ 郡保健局 ② ジラバ 郡病院 ③ ジラバ CHN 養成校 ④ カルニ・ヘルスセンター (ジラバ 郡カルニ・サブディストリクト)	ワ→ジラバ：65km
14	5・10	火 官団員： 移動：アクラ→ワ コンサルタント団員： ① ジェフィシ・ヘルスセンター (シラ東郡) ② シラ東郡病院 (シラ東郡トウム) ③ シラ東郡保健局 ④ サカイ CHPS コンパウンド (シラ東郡ウエレンバレ・サブディストリクト) ⑤ ウエレンバレ・ヘルスセンター (シラ東郡ウエレンバレ・サブディストリクト)	ワ→トウム：135km
15	5・11	水 官・コンサルタント団員： ① アッパーウエスト州保健局 (ワ) ② アッパーウエスト州病院 (ワ) ③ ナトリ郡病院 ④ ダファイマ・ヘルスセンター (ナトリ郡ダファイマ・サブディストリクト) ⑤ コリ・CHPS コンパウンド (ナトリ郡コリ・サブディストリクト)	ワ→ナトリ：43km
16	5・12	木 官団員： ① ジラバ 郡保健局 ② ジラバ 郡病院 ③ ジラバ CHN 養成校 コンサルタント団員： ① ローラ郡保健局 ② サンボ・ヘルスセンター (ローラ郡サンボ・サブディストリクト) ③ ナヤリ・ヘルスセンター (ローラ郡ナヤリ・サブディストリクト) ④ ナヤリ・CHPS コンパウンド (ローラ郡ナヤリ・サブディストリクト) ⑤ ローラ郡病院	ワ→ローラ：100km
17	5・13	金 移動：ワ → ダモンゴ ① 西ゴンジャ郡病院 (ノサン州西ゴンジャ郡ダモンゴ) 移動：ダモンゴ → タマレ ② ノサン州病院 (タマレ) ③ タマレ CHN 養成校 (タマレ)	ワ→ダモンゴ：180km ダモンゴ→タマレ：130km
18	5.14	土 移動：タマレ → アクラ	タマレ→アクラ：620km
19	5・15	日 ① 団内協議 ② JICA ガーナ事務所での協議	
20	5・16	月 ① ODA タスクフォースメンバーとの協議 ② 保健省との協議 (調査報告、ミニッツ案協議)	
21	5・17	火 ① 他ドナーとの協議 (DANIDA、ユニセフ) ② 保健省生物医学工学部での協議 ③ 保健省でのミニッツ協議、ミニッツ署名	
22	5・18	水 ① コレブ教育病院 ② 保健省・GHS での協議 官団員：アクラ (BA078, 22:20) →	

日 順	月・日	行 程	備 考
23	5・19	木 官団員： ロンドン着、ロンドン（BA005：13:50）→ コンサルタント団員： 補足調査（保健省、GHS、医療機材代理店、看護師・助産師 協会） 移動：アクラ（BA078：22:30）→	
24	5・20	金 官団員：成田着 コンサルタント団員： ロンドン着（06:30）、ロンドン（BA005：13:50）→	
25	5・21	土 コンサルタント団員：成田着	

1.4 主要面談者（詳細は付属資料2を参照）

(1) アクラ

保健省

Honorable Mrs. Dr. Gladys Morley Ashitey	副大臣
Mrs. Salamata Abdul-Salam	総局長
Mr. F. G Dakpallah	政策策定・モニタリング・評価局 政策・企画・予算部、部長
Mr. Isaac Admms	研究・統計・情報管理局、局長（代行）
Mr. Mawuli Hlodze	政策策定・モニタリング・評価局 設備投資部、部長
及川 雅典	保健セクター戦略情報システム構築プロジェクト、チーフ アドバイザー

ガーナ・ヘルス・サービス

Dr. Frank Nyonator	政策策定・モニタリング・評価局、局長
Mr. Emmanuel Tidakbi	保健管理・支援サービス局、局長
Dr. Nicholas Adjabu	保健管理・支援サービス局 臨床工学部、副部長
Mr. Yahya Khasem	プロジェクト管理・計画課、建築士
Mr. Adamus Asuma	施設維持課、課長（エンジニア）

デンマーク国際開発庁 保健セクター支援事務所

Ms. Helen K. Dzikunu	上級プログラム・アドバイザー
----------------------	----------------

ユニセフ（UNICEF）

Dr. Aliu Bello	プロジェクト担当官
----------------	-----------

在ガーナ国日本大使館

窪田 博之	一等書記官（経済協力班）
中瀬 崇文	専門調査員（経済協力班）

JICA ガーナ事務所

宍戸 健一	所長
小淵 伸司	次長
晋川 眞	所員
清水 治代	保健セクター企画調査員
藤原 好子	保健セクター企画調査員
矢敷 裕子	企画調査員
正木 幹生	企画調査員
小濱 真澄	シニア隊員

(2) アッパーイースト州

ナブロンゴ国立保健研究センター

Dr. Abraham Hodgson 所長
Dr. Ayaga Bawah 人口統計専門家
Dr. John Williams サーベイランス・コーディネーター

州保健局

Dr. Joseph A. Amankwa 局長
Mr. Augustini Ayidiya 卒後研修コーディネーター
Mrs. Vida A. Abaseka 公衆衛生行政官
Mr. Abdul Rauf Ibrahim 機材マネージャー

ボルガタンガ州病院

Dr. Aduko Amiah 医師
Mr. Kaba Edward-Danlami 運営管理官

カセナ・ナンカナ郡保健局

Mrs. Rofina Asuru 局長
Mrs. Mary K. Atiare 公衆衛生担当官 (リプロダクティブヘルス・小児保健)
Mr. Hypolite Yeladuor 疾病対策担当官

カセナ・ナンカナ郡病院 (戦争記念病院)

Mr. Kofi Konlan 運営管理官
Mr. Aoron Abuosi 保健サービス管理官

ナブロンゴ地域保健看護師 (CHN) 養成校

Mr. Amalba David 校長

ブイルサ郡チュチュリガ・ヘルスセンター

Mr. Agamba Augustine 公衆衛生・疾病対策担当官
Mr. David Abolua 看護師
Ms. Gifty Ayamdoo CHN/CHO

カセナ・ナンカナ郡北プング CHPS コンパウンド

Mrs. Diana Kaba CHN/CHO

カセナ・ナンカナ郡ナガ CHPS コンパウンド

Ms. Pordia Adoba CHO (助産師)

(3) アッパーウエスト州地域

州保健局

Dr. Daniel Yayemain 副局長 (医師)
Mr. Yaw Owusu Ansait 保健情報担当官
Mrs. Mary I. Bapuwroh 看護サービス副部長

州病院

Dr. Abdulai Abukari 病院長 (代行、医師)
Mrs. Faith Loggah 看護サービス部長

ジラパ郡保健局

Mrs. Beatrice Kunfah 局長

Mrs. Grace Danlara	栄養担当官
<u>東シサラ郡保健局</u>	
Dr. Thompson Dumba	局長
<u>ナドリ郡保健局</u>	
Mrs. Pespetua Mosdah	局長
Mrs. Melary Bolcumr	郡保健サービス行政官
Mrs. Alijata Issaka	上級看護行政官（助産師）
<u>ローラ郡保健局</u>	
Mrs. Kuuder Virginia Sauboh	局長（代行）
Mrs. Enphemia Gamdaa	看護行政官
<u>ジラパ郡病院</u>	
Mrs. Mary Doozuoh	看護サービス副部長
Mr. Albert Zineyelle	総務副部長
<u>東シサラ郡トゥム郡病院</u>	
Mr. Kuubetuure George	運営管理官
Mrs. Lawrencia Hanee	看護部長（代行）
<u>ナドリ郡病院</u>	
Dr. Sabastian Sendari	医師
<u>ローラ郡病院</u>	
Dr. Oclod Doe	医師
Mrs. Susana Tang	看護サービス副部長
<u>ジラパ地域保健看護師（CHN）養成学校</u>	
Mr. Vincent Tanye	講師（看護学校）
Mrs. Ngsotinge Elizabeth	講師（助産学校）
<u>ジラパ郡カルニ・ヘルスセンター</u>	
Mrs. Helen Aswicoono	助産師
<u>東シサラ郡ウェレンベレ・ヘルスセンター</u>	
Mrs. Rosemary Bangzie	CHN
<u>ナドリ郡ダフィアマ・ヘルスセンター</u>	
Mrs. Magdahire Saayeng	医療アシスタント（MA）
<u>ローラ郡ザンボ・ヘルスセンター</u>	
Mrs. Augustina Jatoe	助産師
Ms. Faustina Chapirah	CHN
<u>東シサラ郡ウェレンベレ、サカイ CHPS コンパウンド</u>	
Mr. Patrick Baduon	コミュニティ保健ボランティア
<u>ナドリ郡ゴリ CHPS コンパウンド</u>	
Mrs. Catrine Tumchoge	CHO（助産師）

(4) ノーザン州地域

タマレ州病院

Mr. Gotdon Anafo 施設管理部マネージャー

西ゴンジャ郡病院

Dr. Chrysamsus Kublo 病院長
Mr. Damasus Ayangba 運営管理官
井澤 真栄子 協力隊員（放射線技師）

タマレ地域保健看護師（CHN）養成学校

Mrs. Juliet Atioga 校長（代行）、看護師
Mrs. Mary Mwach 副校長

1.5 調査結果概要

1.5.1 現地調査（踏査）結果

調査団は現地調査において北部3州における医療関連施設（州病院、郡病院、ヘルスセンター、コミュニティベース保健計画・サービス（Community-based Health Planning and Services：CHPS¹）コンパウンド、地域保健看護師（Community Health Nurse：CHN²）養成校を視察し、北部3州の地域医療に関する現状、問題点の分析を行った。主な調査結果は以下のとおり。

(1) 北部3州における保健医療体制とCHPSプログラムについて

- ヘルスシステム、リファラルシステムは良く構築されている。しかし、アッパーイースト及びアッパーウエストの2州では州病院は郡病院レベルにとどまっており、ノーザン州と大きな差がある。住民の保健医療サービス機関へのアクセス・利用は低く、ヘルスセンターおよび病院へのリファラルケース数は少ない。
- コミュニティの人々の、ヘルスセンターへのアクセスが十分でない状況において、CHPSプログラムは医療従事者及びコミュニティの人々に広く受け入れられている。
- CHPSプログラムの普及状況はアッパーウエスト州と比べるとアッパーイースト州で進んでおり、また、アッパーイースト州内においてもCHPS活動やその普及状況は各郡や各CHPSにおいて違いが見られる。この違いを生み出す要因の一つとして、各郡議会（DA）と保健局の協力関係が挙げられる。
- CHOの確保については3州ともCHN養成校があり、増員を図っており、郡のスポンサーシップ・プログラムも導入され、その要員確保をめざしているようすがうかがえた。しかし、

¹ CHPS（Community-based Health Planning and Services）：郡内のサブディストリクトをさらにCHPSゾーン（人口約3,000～5,000人）に分け、各ゾーンのコミュニティ内にCHPSコンパウンド（診療所と地域看護師住居を兼ねる）を設置し、地域保健看護師（Community Health Nurse: CHN）を常駐させ、住民が質の高い基本的保健サービスに住居に近い所でアクセスできることを目指すと共に、コミュニティ・エンパワメントによる健康推進を目指すプログラム。同プログラムの推進及び実施の監督指導・支援は各郡保健局が中心となって行うが、各ゾーンにおけるCHPSプログラムの導入及びCHPSコンパウンドの建設、CHPS活動の推進には各ゾーンのコミュニティ・リーダー及びコミュニティ保健委員会のリーダーシップによる住民の積極的参加が求められている。CHNは各家庭を巡回して保健衛生指導、簡単な治療サービスの提供、必要な患者の上位保健医療施設への紹介等を行う。また、コミュニティ・リーダー、コミュニティ保健委員会、コミュニティ内ボランティア及びヘルスセンターの助産師と連携してコミュニティの保健活動及び健康推進活動を行う。我が国において戦後の沖縄で導入された公衆衛生看護婦と類似している。

² CHN（Community Health Nurse）：地域保健看護師。「ガ」国ではコミュニティにおける活動を推進する看護師としてCHNを養成し（養成コースはCertificateコース。正看護師としては認められておらず、資格としては准看護師レベルに相当）、ヘルスセンターに配置してきた。CHPSプログラムではCHNをCHPSコンパウンドに常駐させるが、これらCHNはCHO（Community Health Officer）と呼ばれる。そのため従来のCHN養成コースはCHOとしての活動を前提とした内容に改善され、また既にCHNである者がCHOとして勤務する場合は再教育を行っている。

さらなる CHO の確保と定着のためには CHN のモチベーションをあげるための制度上の改革が必要とされている。

- CHPS プログラムと連動したリファラルシステムの強化に当たり、通信手段及び交通手段の確保が必要と判断される。

(2) 医療機材に関して

- 視察した全ての医療施設には基本的な医療機材が備わっているが、その多くは稼働年数が15年から20年程度経過したものが多いため、故障もしくは老朽化が進んでいる。
- 多くの医療機材が電圧変動や停電により故障していた。機材の更新・設置に先駆け、電気供給の問題を解決することが必要と思われる。また、一部の機材については据付けされずに放置されているものも見られた。
- 全ての施設に電気技師が配置され、機材の維持管理やトラブルシューティングを行っているが、X線撮影装置、超音波診断装置、検査機器等の高度な保守管理が必要となる機材はメーカーの現地代理店との保守契約により対応している。
- 機材台帳の考え方は一般的になっているが、必要な情報が系統的に集められていない。州レベルにおいてより効率・効果的な機材の維持管理制度を構築する必要がある。

(3) 医療施設に関して

- 全ての病院施設は老朽化が著しく雨漏り等も多い。医療機材の使用にも影響を及ぼしている。
- 病院に設置されている発電機の容量はかなり限られている。
- ほとんどのヘルスセンターにおいて、適切な水供給システムがなかった。清潔な水の確保は、安全で清潔な出産を進めていく上で最低限必要となるものである。
- 北部3州全てに CHN 養成校があり、CHPS 拡大によるニーズに応じて増加した学生数になんとか対応している状況にある。そのため、学習環境や学生寮の環境は必ずしも良い状態とは言えない。

(4) CHPS 活動について

- 「ガ」国側はCHPSの有効性を認識の上、それら活動の拡大に取り組んでいる。
- 実施状態が良いCHPSと必ずしも良くないCHPSがあり、その要因分析が今後の拡大に重要である。
- CHPS拡大に関する明らかな問題は、CHPS拡大に必要な経費の財政的問題、CHPSに配属される要員(CHN)の意欲を向上させるための資格制度等の支援システム作り、コミュニティや住民への啓発活動の更なる促進、等々である。
- 財政的問題については、地方自治体からの支援と協力確保のための、郡議会との連携システムの改善が必要である。
- CHNの意欲改善のためには、保健婦受験資格の拡大、CHPSスーパーバイザ・コーディネーターコースの開設、CHNに対する助産技術研修制度、CHN研修モジュールの標準化等が有用であろう。
- 健康問題の根幹にあるのは乏しい衛生観念と栄養不良であり、CHPSはコミュニティや住民が健康問題に取り組むことの啓発を促進する必要がある。
- これらの改善を行っていくには、モデル地区を選定して具体的な実践結果をフィードバックしていくことが現実的である。
- またCHPSからのレファラル先となる、ヘルスセンターや郡病院の整備も必要である。

1.5.2 先方との協議結果

上述「1.5.1 現地調査（踏査）結果」に記載した、調査団が確認した現状・問題点について先方と協議し、合意を取り付けた。その後、今後、日本側にて今後の協力の方向性（案）を検討する際の原則について以下のとおり説明し、先方から合意を取り付けた。

- 1) 北部3州を対象候補地域とし、技術協力プロジェクトはさらに対象地域を絞り込んで行

- う方向。
- 2) CHPS の推進を含む地域保健医療の強化を目的とし、郡病院以下のレベルを協力の対象とする。
 - 3) 技術協力と無償資金協力の有機的な連携による、相乗効果を図る。

1.5.3 結論要約

その後、上述のとおり確認された問題点及び今後の協力の方向性の検討に当たっての原則を基に、日本側関係者及び現地 ODA タスクフォースとも協議した結果、以下のとおり協力の方向性案について関係者の合意を取り付けた。

(1) 協力の全体的な方向性(案)について

特にアフリカ地域においては行政基盤が脆弱なため、技術協力と無償資金協力の有機的な連携が重要であるとされていることから、人間の安全保障の点に鑑み技術協力との連携を念頭に、プログラムアプローチの観点から「北部 3 州における地域医療強化」プログラムとしての概念の整理を行った。

現状と協力の全体図を図 1-1 に、技術協力と無償資金協力の連携の概念を図 1-2 に示した。

なお、対象地域に関しては、先方のリカレントコスト能力等を見極める必要があり、ある程度限定的に実施することが望ましいと考えられ、地域としてはアッパーウエスト州を対象とすることが最も妥当と考えられる。その理由としては、アッパーウエスト州は北部 3 州の中で一般的に基本保健指標が悪く、乳幼児死亡は過去 5 年間で改善するどころか悪化する傾向を示しており、貧困人口の割合も高い。また、北部の他 2 州に比較して、他ドナーの協力も少ないためである。

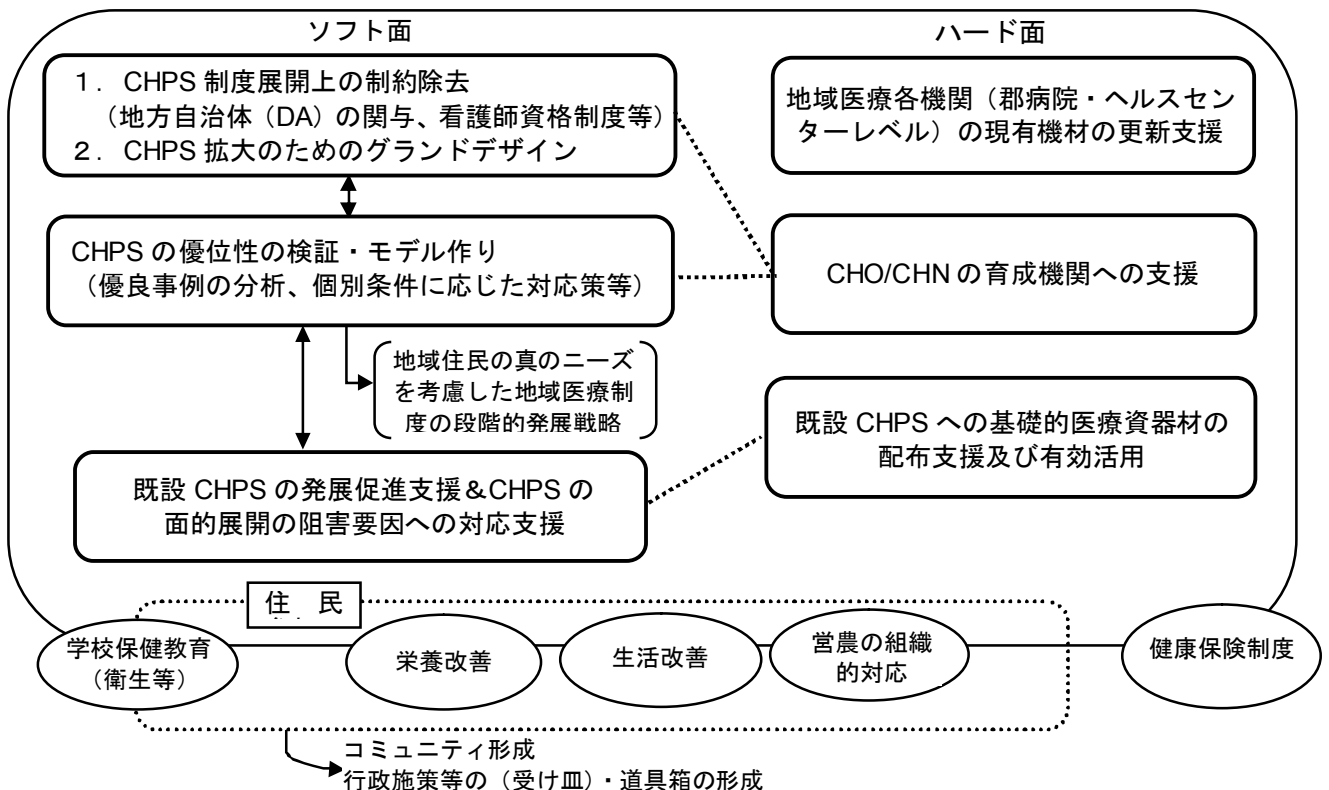


図 1-1 現状と協力の全体図

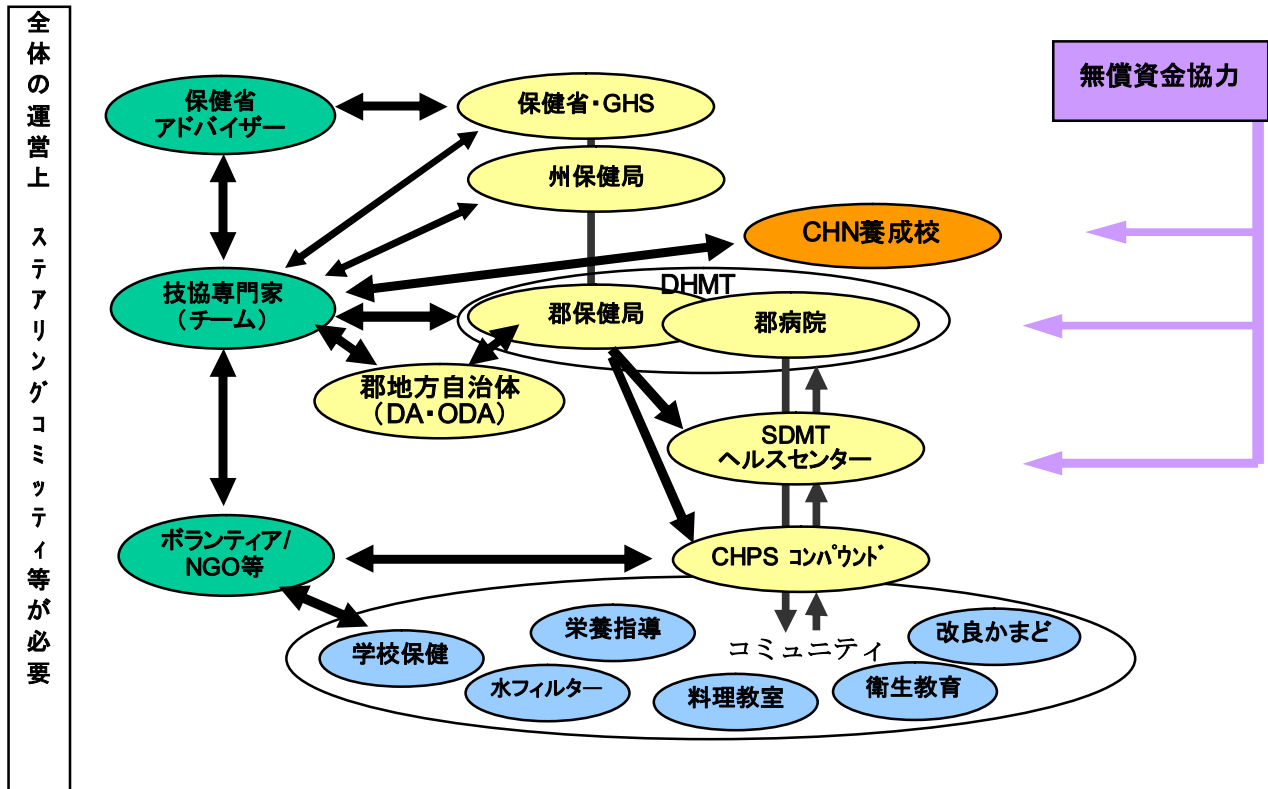


図 1-2 技術協力と無償資金協力の連携の概念図(案)

(2) 技術協力の方向性(案)について

ガーナ北部 3 州において住民の健康レベル向上のためにはよりコミュニティに根ざした住民参加による PHC 活動が望まれており、その手段として CHPS の全国的展開、特に貧困郡での拡大は有効であると思われる。

しかし、全国展開にあたっては上述のとおり解決すべき課題が見られ、その対策として① CHO/CHN の確保・配置、助産技術の向上、モチベーションの維持と支援体制、②地方自治体や他セクター（特に貧困対策）との連携、③社会動員・地域住民側のエンパワメントと CHPS 活動パッケージの明確化、④予算確保（特にインフラのための資金：Heavily Indebted Poor Countries (HIPC)、Social Investment Fund (SIF) 等の活用)、⑤リファラル強化の具体的な方策が挙げられる。

そのために考えられる日本側の技術協力の方向性案は以下のとおり。

1) 専門家

- 郡レベルの保健行政体・地方自治体に対する技術指導を通し、これらの職員と共に既存の資金調達制度の活用活性化、郡レベル保健（特に PHC）行政能力の強化、他セクターとの連携システム作り、社会動員・住民参加推進方法の指導等による CHPS 支援を行っていく。
- CHPS 展開に必要な人材育成分野においてガーナ側リソースと連携協力してカリキュラム・教材開発等を実施する。
- プロジェクト展開のための制度整備やプロジェクト成果に基づく政策・制度レベルへのアプローチについては中央と連携して行っていく。そのために、日本側として保健政策アドバイザー等の派遣が考えられる。

- コミュニティ活動に関して、専門家は郡保健局と共に技術指導を行うが、コミュニティにおける実際の活動はNGO、ボランティアが実施し、専門家はその指導、支援にあたる。特にある程度技術指導がなされ、活動内容や方法が確立された活動についてはボランティアがこれを面的に広げていく。

2) 草の根レベルの活動（ボランティア、現地 NGO 等）

- 村落開発分野：郡レベルを所属機関とし、コミュニティにおいて村落調査実施、村落保健委員会の活動支援、生計向上・生活改善活動、村落識字・保健教育活動、小規模金融活動等を行い、プロジェクトと連携。プロジェクトが連携する NGO に所属しその活動員の一人として活動することも考えられる。
- 生活改善分野：郡レベルを所属機関とし、衛生指導・改善、栄養指導、料理教室、生計向上、保健衛生教育・啓蒙（コミュニティ、学校）、デイケアセンター等の活動を行い、プロジェクトと連携する。
- 統計分野：郡レベルを所属機関とし、郡保健局、DA 及びコミュニティレベルの保健統計等の指導・研修活動を行い、プロジェクトと連携。
- 農業改良普及分野：農業者組織と生計向上・保健活動の連携。
- 理科教師分野：学校保健活動及びコミュニティの保健関連イベント（特に啓蒙）においてプロジェクトと連携。

(3) 無償資金協力の方向性（案）について

1) 想定される協力内容（案）について

CHPS プログラムと連動したリファラルシステムの強化及びCHPS 活動の推進に必要な人材育成に関し、ハード面で必要と考えられる協力案は以下のとおり。

① 郡病院に対する協力

- 基本的な開腹手術（帝王切開等）ができるレベルを基準とし、既存機材の更新及び不足機材の調達を行う（標準的な機材リスト案は付属資料3参照）。
- 施設については、施設のリハビリと発電機・トランスの調達を検討する。

② CHN トレーニングセンターに対する協力

- 教育・実習用機材の調達（機材リスト案は付属資料3を参照）。
- 教室、学生寮等の施設建設については、現地仕様で建設した際の設計・積算のみを日本側で実施し、見返り資金等の他資金源で対応することを想定。

③ ヘルスセンターに対する協力

- 正常分娩用機材
- 井戸等の建設

2) 無償資金協力の想定される協力範囲(案)について

上述の検討結果を踏まえた、無償資金協力案件の規模として想定されるケース案は表 1-1 のとおり積算される（詳細は付属資料4、その積算根拠は付属資料3及び5を参照）。

表 1-1 無償資金協力案件（案）のケース別概算

ケース	ケース 1	ケース 2	ケース 3
対象範囲（規模）	1 州 3 郡	1 州 3 郡	1 州全体
対象地域	アッパ-ウエスト州 ジラハ郡・ナトリ郡・リ郡	アッパ-ウエスト州 ジラハ郡・ナトリ郡・ リ郡	アッパ-ウエスト州全郡
内容説明	アッパ-ウエスト州上記 3 郡 にある郡病院(3 カ 所)・ヘルセンター(37 カ所)、 及びアッパ-ウエスト州 CHN 養成校	ケース 1 + アッパ-ウエスト州の残り の郡病院(2 カ所)	ケース 2 + アッパ-ウエスト州の残り の全ヘルセンター(18 カ所)
A. 一般無償資金協力での支援を検討する項目			
A1. 給水設備整備*（ヘルセンター）	29,692,500	29,692,500	44,137,500
A2. 医療機材・電気設備 （郡病院・ヘルセンター）	170,948,156	257,410,260	320,711,312
A3. 救急車（郡病院）	14,700,000	24,500,000	29,400,000
A4. 無線設備 （行政機関・郡病院・ヘルセンター）	57,100,000	58,100,000	85,500,000
A5. 教育機材（CHN 養成校）	5,048,000	5,048,000	5,048,000
A6. スクールバス（CHN 養成校）	4,000,000	4,000,000	4,000,000
A の合計	281,488,656	378,750,760	488,796,812
B. 上記以外の資金源（見返り資金等）が想定される項目			
B1. 施設改修（郡病院）	17,211,690	28,686,150	34,423,380
B2. 施設改修・増設（CHN 養成校）	7,128,725	7,128,725	7,128,725
B の合計	24,340,415	35,814,875	41,552,105
概算総合計（A+B）	305,829,071	414,565,635	530,348,917

（注）* ヘルセンター給水設備整備（井戸掘削等）の概算は、地域によって環境条件等が異なるため、北部 3 州で最も深い井戸の掘削（40m）が必要なヘルセンターの場合を基準とし、また配管設備整備（必要でない場合もあると思われるが）の費用を含めたものとした。

第2章 保健医療セクターの概況

第2章 保健医療セクターの概況

2.1 一般概況

2.1.1 自然・地理

ギニア湾に面する西アフリカ諸国のほぼ中央部に位置し、東はトーゴ、北はブルキナ・ファソ、西は象牙海岸共和国の仏語圏諸国に囲まれ、南はギニア湾に面している。南北に長い長方形の国で面積は約238,537km²で日本の約3分の2に相当する。全国的に平坦な国で高い山脈もなく、ヴォルタ川が国内を貫くように流れる。

地勢により (1) 海岸線の砂漠地帯、(2) 海岸から内陸に向かって 100km位までの平原地帯、(3) 西部国境付近からアシャンティ南部 280km 付近に広がる森林地帯、(4) 北部および東部の乾燥サバンナ地帯の4地帯に分けられる。北部3州はこの4番目の地帯に属する。

気候は熱帯性気候で、アクラにおける平均気温は24～29℃、降水量は年間700mm程度である。西部では降水量が2,000mmを超えるのに対し、北部では一般に乾燥しており1,000mm前後であり、12月から2月にかけて吹くサハラ砂漠からのハマターン (Harmattan) と呼ばれる熱くて乾燥した北東風と南の海上から湿気を帯びた西南貿易風の影響を受ける。気温は3月が最高で8月が最も涼しい。雨期は1年に2回(4～6月と9～11月)あるが、北部では1回で3～9月の間続く。

南部森林地帯は熱帯雨林気候で雨量も豊富で土壌もよく農業生産に適しているが、北部及び南部海岸地域は相対的に農業の条件としては恵まれていない地域である。

2.1.2 政治・経済

(1) 内政

1957年3月英国より独立後1981年のローリングス政権発足までの25年、4回のクーデターを含め頻繁に政権交代が繰り返された。1981年末の軍事クーデターで政権に就いたローリングス議長率いる暫定国家防衛評議会は、1980年代後半より民主化に着手し、複数政党制導入等を規定した新憲法草案の国民投票、大統領選挙(1992年11月実施しローリングス大統領が選出)、議会選挙を経て1993年1月、平和裡に民政移管を果たした。1996年12月には同大統領が再選され、ローリングス大統領の指導のもと長期にわたる政治的安定を享受した。

ローリングス大統領は憲法の三選禁止規定を遵守し2000年12月の大統領選挙には出馬せず、野党(新愛国党:NPP)であったクフォー候補³が選出され翌2001年1月に正式に大統領に就任した。同選挙は「ガ」国の歴史上初めて選挙による与野党間の政権交代が平和裡に実現したのものとして注目された。

これにより、「ガ」国はNPPとこれに対する野党の国民民主会議(NDC)の2大政党体制となった。これらの政党支持基盤の相違は明確で、NPPは都市部と経済資源を有し開発の進んだ南部地域の中心部で支持を集め、NDCはヴォルタ州、ガーナ北部、ガーナ西部の遠隔地など開発の遅れた地域に支持層を有している。

2001年1月に発足したクフォー政権は、「積極的変革」をスローガンに、民主主義と法を尊重したグッドガバナンスの確立を政策目標とし、汚職に対する厳しい姿勢を堅持している。2004年、大統領、国民議会選挙が行われクフォー大統領が再選を果たした。

(2) 経済状況

経済構造は過去20年間ほとんどかわらず農業・鉱業等に依存する典型的な一次産品依存型であり、カカオ、金が主な輸出品となっているため国際貿易の影響を受けやすい環境にある。1983年よりローリングス政権は世銀、IMFの協力を得て構造調整政策に基づく経済の自由化路線を推進した結果、1980年代後半から年平均5%のGDP成長率を維持している。2000年の国民一人当た

³ John Agyekum Kufuor、アシャンティ族出身。アシャンティ族はガーナの有力部族であり、NPPは特にアシャンティ族が居住するアシャンティ州で支持率が高い。

りの GNP は 390 米ドルである。このように「ガ」国は早くから構造調整に積極的に取り組み経済成長率、輸出増加率の上昇や財政赤字の縮減などの実績から、構造調整の成功国として評価されてきた。しかし、この安定した経済成長は大量の援助流入により支えられたもので、国内産業の育成は遅れており、民間主導の成長構造とは程遠いものとなっている。

政府は 1995 年に国家開発計画（ビジョン 2020）を策定し、2020 年までに年間 8% の GDP 成長率と一人当たり 500 米ドルの国民所得を達成し、中進国の仲間入りを果たすとしたが、近年は金やカカオの国際価格の低迷、主要輸入品である原油価格の高騰等により経済は厳しい状況となった。クフォー政権はこのような経済状況の悪化を踏まえ、ガーナ貧困削減戦略（GPRS）暫定案を策定、2001 年 3 月に拡大 HIPC（重債務貧困国）イニシアティブ適用による債務救済申請を行う政策転換を行い、経済の再建に向けた努力を行っている。その結果、2002 年から 2004 年にかけてマクロ経済状況は改善、安定した。

(3) 一般行政

行政的には 10 州（Region）に区分され、さらに各州は郡（District）・都市に区分され、全国で 138 の郡・都市⁴がある（2004 年）。これらは議会（Assembly）により統治され、行政最高責任者として長官（Chief Executive）が任命されている。

郡はさらに市・町・村評議会（Urban/Town/Area Council）に区分され、それぞれは人口 500～1,500 人の地域や村全体を単位とする地区委員会（Unit Committee）から成り立っている。

一方、伝統的な組織も地方には強く残っており、村落においては村落チーフ（ヴィレッジチーフ）や長老と呼ばれる人々が大きな影響力を持っている。

表 2-1 一般行政区分

州 (Region)	面積 (対総面積比)	人口 (対総人口比)	郡 (District) の数
ウエスタン (Western)	10.0 %	10.2 %	11
セントラル (Central)	4.1 %	8.4 %	12
アクラ首都圏 (Greater Accra)	1.4 %	15.4 %	5
ヴォルタ (Volta)	8.6 %	8.6 %	12
イースタン (Eastern)	8.1 %	11.1 %	15
アシャンティ (Ashanti)	10.2 %	19.1 %	18
ブロン・アハフォ (Brong Ahafo)	16.6 %	9.6 %	13
ノーザン (Northern)	29.5 %	9.6 %	18*
アッパー・イースト (Upper East)	3.7 %	4.9 %	8*
アッパー・ウエスト (Upper West)	7.7 %	3.0 %	8*
全 国 10州	100.0 %	100.0 %	138郡*

出典: (1) 保健省・GHS、アッパー・ウエスト州 RHA、アッパー・イースト州 RHA 提供資料（2005 年 5 月）

(2) Ghana Statistical Service, “2000 Population & Housing Census: Summary Report of Final Results”, Mar. 2002

(注) * 2005 年の数。その他の州については 2004 年の古い数。

(4) 新しい行財政システム

ガーナ貧困削減戦略（GPRS）はビジョン 2020 をほとんど置き換える形で策定されたが、2003-2005 年の 3 年計画とすることで総合的な財政プロセスである中期支出枠組み（MTEF）とリンクさせたことが最も大きな相違であり、ここに初めて財政的な裏づけを伴う国家政策を持つに至ったと言える。

各省庁は GPRS に基づいて省の開発計画と予算案を作成し財務省に提出、財務省がこれを取りまとめ国家予算を GPRS の優先順位にそって査定し、各省庁と折衝後最終的な MTEF を決定され

⁴ 大都市（Metropolitan）（アクラ、クマシ、シヤマ・アハント・イースト等）と都市（Municipal）がある。

る。また、各省庁の予算案作成にあたりドナーも翌年の援助額を開示することが求められる⁵。

さらに、新しいモダリティとして一般財政支援方式（MDBS）が2003年6月から導入された。これはDFIDを中心とするドナーが推進してきたもので、財務省に直接財政支援するものである。

このように、国家開発計画（GPRS）、中期支出枠組み（MTEF）、各省庁の事業計画と予算案（SWAP）の3つがリンクした体制が2004年1月から始動した。また、一般財政支援も稼働している。

2.1.3 人口分布・構成と人口動態

(1) 人口規模と構成

2000年の国勢調査による総人口は約1,840万人であり、性比（女性100名に対する男性数）は97.9である。人口構成は5歳未満人口が約15%、15歳未満人口が約43%を占め、途上国に見られるような典型的なピラミッド型を示している。

州別の人口分布は下表のとおりであり、中央部にあるアシャンティ州が最も多く（総人口の19.1%）、首都アクラのあるアクラ首都圏がこれに次ぐ。

表 2-2 人口分布と人口構成（2000年）

州	面積 (km ²)		人口		人口 密度	人口構成 (%)				
		(%)		(%)		<5歳	<14歳	15-64歳	>65歳	WIFA*
ウエスタン	23,921	(10.0%)	1,924,577	(10.2%)	80	14.6	41.3	53.4	5.3	23.9
セントラル	9,826	(4.1%)	1,593,622	(8.4%)	162	15.1	42.4	53.1	4.5	23.2
アクラ首都圏	3,245	(1.4%)	2,905,726	(15.4%)	895	15.3	43.2	51.0	5.7	23.4
ウ・オルタ	20,570	(8.6%)	1,635,421	(8.6%)	80	11.0	33.1	63.0	3.9	28.5
イースタン	19,323	(8.1%)	2,106,696	(11.1%)	109	13.9	41.1	52.3	6.6	23.3
アシャンティ	24,389	(10.2%)	3,612,950	(19.1%)	148	14.5	41.7	52.5	5.8	23.1
ブロン・アハフォ	39,557	(16.6%)	1,815,408	(9.6%)	46	15.3	42.0	51.9	6.1	23.2
ノーザン	70,384	(29.5%)	1,820,806	(9.6%)	26	15.7	43.1	52.5	4.5	23.2
アップ・イースト	8,842	(3.7%)	920,089	(4.9%)	104	18.0	46.2	49.2	4.5	22.0
アップ・ウエスト	18,476	(7.7%)	576,583	(3.0%)	31	14.7	43.4	50.2	6.4	23.0
全国	238,533	(100.0%)	18,912,079	(100.0%)	79	14.8	43.4	50.5	6.1	23.1

出典：2000 Population & Housing Census: Summary Report of Final Results, Ghana Statistical Service, Mar. 2002

(注) * WIFA: Women in Fertility Age（再生産年齢（15-49歳）女性人口）

(2) 人口動態

独立（1957年）以来これまでに4回の国勢調査を実施しており（1960、1970、1984、2000年）、1960年に約670万人であった総人口は2000年には2.7倍の約1,840万人となっており、1984～2000年の年平均人口増加率は2.7%である。特殊合計出生率は6.4から低下したが、2000年の調査においても依然として4.4である。

政府は人口増加による社会サービスへの政府負担を危惧し、人口抑制策として家族計画の促進や人口分布の均衡に努めており、2006年の家族計画普及率の達成目標は40%である。また、都市人口比率は1970年には28.9%であったが2000年には43.8%となっており、人口の都市集中化が進んでいる。

2000年の出生時平均余命は男性55.4歳、女性59.6歳であり、乳児死亡率の低下及び疾病対策等により16年間で男性は5.1年、女性は5.8年増加している。

⁵ 日本は単年度予算であること、会計年度がずれていること等から開示できる予算額が限定されている。また、GTZなど予算をまったく公表しないドナーもある。

2.1.4 保健医療にかかわる社会的・文化的背景

「ガ」国の人間開発指数は 177 カ国中 131 位で人間開発中位国に属するが、サブ・サハラ諸国 39 カ国中では上から 8 番目である。

(1) 民族・言語

多民族国家であり 100 以上の部族が存在する。最も優勢なアカン系族をはじめ(全人口の 49%)、エベ族 (13%)、モレ・ダボン (モシ) 系族 (17%)、ガ・ダンメ族、ダゴンバ族、ゴンジャ族などが大きな部族である。しかし、人口の部族構成は州により異なり、南部ではアカン族、ヴォルタ州ではエベ族、北部ではモレ・ダゴン (モシ) 系族の割合が圧倒的に多い。また、ガ・ダンメ族はアクラと沿岸部に多い。このように北部 3 州は他州とは異なる部族構成により成り立っている。

公式言語は英語であり教育も英語で行われる。部族語も日常的に使用されており、南部のティ・ファンテ、ガ、エベ、北部のダバネ、グルシ、グルミが最も使用されている言語である。

表 2-3 州別の部族別人口割合

(単位 %)

州	ウエスタン	セントラル	アクラ 首都圏	ヴォルタ	イースタン	アシャンティ	ブロン・ アハフォ	ノーザン	アッパー イースト	アッパー ウエスト	全国
アカン	78.3	82.0	39.8	8.5	52.1	77.9	62.7	10.0	2.3	3.2	49.1
ガ・ダンメ	3.5	2.3	29.7	2.0	18.9	1.4	1.9	0.5	0.3	0.5	8.0
エベ	5.9	4.8	18.0	68.5	15.9	3.2	3.4	1.9	0.2	0.2	12.7
グアン	1.5	6.1	2.9	9.2	7.2	1.7	3.9	8.7	0.7	0.9	4.4
グルマ	0.7	0.4	0.8	6.5	0.6	1.5	4.3	21.8	3.2	0.2	3.9
モレ・ダボン	7.6	1.6	5.1	1.4	3.1	9.0	15.4	52.2	74.5	75.7	16.5
グルシ	1.3	1.0	2.0	0.7	1.0	2.4	4.2	2.8	8.5	18.4	2.8
マンテ・ブサカ	0.8	0.4	0.8	0.2	0.3	1.8	1.5	0.5	6.2	0.3	1.1
その他	0.4	1.5	1.0	3.1	0.8	1.2	2.7	1.6	4.1	0.6	1.5
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典: 2000 Population & Housing Census: Summary Report of Final Results, Ghana Statistical Service, Mar. 2002, pp.23

(2) 宗教

全人口に占めるキリスト教徒の割合は 69%、イスラム教徒が 16%、伝統的宗教を宗教とする人口は 9%である。また、キリスト教徒のうち 35%がプロテスタント・ペンテコスト派及びアフリカ系協会系、27%がプロテスタント、22%がカソリックである。

これを州別にみると北部 3 州と他州では大きく異なり、北部 3 州ではイスラム教徒及び伝統宗教を宗教とする人口割合が非常に高い。特にノーザン州では人口の 56%がイスラム教徒である。一方、アッパーウエスト州ではカソリック、イスラム、伝統宗教はほぼ同じ割合である。

表 2-4 州別の信仰による人口割合

(単位 %)

	ウエスタン	セントラル	アクラ 首都圏	ヴォルタ	イースタン	アシャンティ	ブロン・ アハフォ	ノーザン	アッパー イースト	アッパー ウエスト	全国
カソリック	19.4	14.1	9.7	20.1	9.6	15.7	22.6	8.3	16.3	30.2	15.1
プロテスタント	19.5	21.3	26.0	22.5	26.7	19.6	17.1	3.0	3.5	1.3	18.6
ペンテコスト派等	26.1	25.4	38.0	18.8	33.4	27.4	20.8	5.1	6.1	2.2	24.1
その他のキリスト教	16.1	20.7	9.3	5.8	13.1	14.8	10.3	2.9	2.4	1.8	11.0
イスラム	8.5	9.2	10.2	5.1	6.1	13.2	16.1	56.1	22.5	32.2	15.9
伝統的宗教	1.5	1.2	1.4	21.8	2.4	1.2	4.6	21.3	46.4	29.3	8.5
その他の宗教	0.8	0.8	0.9	0.7	0.7	0.7	0.6	0.5	0.8	0.6	0.7
信仰なし	8.2	7.4	4.6	5.3	8.1	4.6	7.8	2.8	1.9	2.3	6.1
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典: 2000 Population & Housing Census: Summary Report of Final Results, Ghana Statistical Service, Mar. 2002, pp.26

(3) 生活環境

住居の建築材料、水・衛生設備の状況、電気の利用等から国民のおおよその生活環境が理解できると思われるので、国勢調査の結果を以下に示す。

全国の世帯の半数は泥・土壁の家に住んでおり、照明として電気を使用している世帯は44%である。飲料水源は、配管された水道を利用している世帯が40%（自宅内水栓と自宅外共同水栓利用の合計）、井戸を利用している世帯が33%（浅井戸17%、深井戸16%）であるが、小川・池・湖などを利用している世帯も16%である。自宅にトイレがあるのは44%の世帯である。

しかし北部3州では80%以上の世帯は泥・土壁の家に住んでおり、照明として電気を使用している世帯はわずか12~22%、水道を利用している世帯は13~22%であり、井戸、泉・小川・池・湖を利用している世帯も多い。トイレを利用せず藪で用を済ます世帯が70%以上である。

表 2-5 州別の世帯の居住環境（天井材料の種類）

(単位 %)

住居の天井材料	ウエストン	セントラル	アクラ 首都圏	ヴォルタ	イースタン	アシャンティ	ブロン・ アハフォ	ノサン	アッパー イースト	アッパー ウエスト	全国
泥・泥レンガ・土	56.8	56.1	9.1	60.1	56.2	39.2	63.7	82.6	87.7	83.3	50.0
木材	4.8	3.0	9.8	1.3	2.9	3.4	3.1	1.0	1.2	0.8	4.0
金属シート・スレート	0.3	0.3	1.5	0.4	0.4	0.5	0.3	0.2	0.2	0.2	0.5
石	0.2	0.1	0.4	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
焼成レンガ	1.6	1.0	1.9	1.1	1.3	2.6	1.2	0.4	1.0	1.2	1.5
コンクリート・セメント	29.6	35.4	74.2	32.9	33.5	48.9	25.6	10.8	8.8	13.0	39.1
竹	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2
椰子葉・わら	2.1	0.3	0.3	2.0	0.4	0.3	0.5	1.6	0.3	0.5	0.8
その他	4.3	3.6	2.4	1.7	5.0	4.5	5.4	3.0	0.6	0.7	3.6
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典：2000 Population & Housing Census: Summary Report of Final Results, Ghana Statistical Service, Mar. 2002, pp.37

表 2-6 州別の世帯における電気の有無

(単位 %)

電気 (照明用電気)	ウエストン	セントラル	アクラ 首都圏	ヴォルタ	イースタン	アシャンティ	ブロン・ アハフォ	ノサン	アッパー イースト	アッパー ウエスト	全国
有	43.1	40.1	76.4	26.5	34.8	52.5	35.5	22.0	12.4	15.3	43.7

出典：2000 Population & Housing Census: Summary Report of Final Results, Ghana Statistical Service, Mar. 2002, pp.39

表 2-7 州別の世帯の飲料水源

(単位 %)

飲料水源の種類	ウエストン	セントラル	アクラ 首都圏	ヴォルタ	イースタン	アシャンティ	ブロン・ アハフォ	ノサン	アッパー イースト	アッパー ウエスト	全国
自宅内の配管水道	8.5	9.4	35.9	4.6	0.0	19.3	5.1	7.6	4.9	4.5	14.3
自宅外の配管水道	23.2	40.6	45.0	20.3	19.4	20.7	18.4	14.8	8.3	11.1	25.6
タンク車	0.7	4.9	7.3	0.7	0.6	0.7	0.7	0.9	0.5	0.6	2.2
井戸	23.2	11.5	5.4	23.0	23.0	17.5	15.6	12.6	31.6	10.6	16.6
深井戸（ボアホール）	14.2	17.3	1.1	9.3	16.4	22.5	25.3	17.0	36.6	47.8	16.4
泉・天水	4.4	2.7	1.4	5.8	5.2	3.7	5.6	4.4	10.7	13.1	4.4
川・小川・池・湖	24.1	11.0	1.6	25.7	23.6	14.1	26.2	22.8	4.5	7.6	16.2
その他	1.7	2.6	2.3	10.6	3.0	1.5	3.2	19.8	2.9	4.7	4.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典：2000 Population & Housing Census: Summary Report of Final Results, Ghana Statistical Service, Mar. 2002, pp.41

表 2-8 州別の世帯のトイレの設備

(単位 %)

トイレの種類	ウエスト	セントラル	アクラ 首都圏	ヴォルタ	イースタン	アシャンティ	ブロン・ アフオ	ノーザン	アッパー イースト	アッパー ウエスト	全国
水洗トイレ	7.2	4.9	22.1	2.5	4.0	11.6	3.0	2.5	2.5	2.5	8.5
落とし便所	30.4	25.1	11.2	28.6	37.5	20.5	31.8	1.9	1.5	2.5	22.0
KVIP*	5.7	7.0	10.1	6.1	7.0	7.7	7.7	2.3	1.6	4.3	6.9
バケツ又はパン	2.7	2.8	9.1	4.8	5.5	2.8	1.0	1.6	1.4	1.9	4.0
他の家の施設	7.5	4.4	8.7	11.1	10.6	5.5	2.3	1.0	8.3	9.1	6.9
公衆便所	34.2	37.6	27.0	21.9	29.8	46.3	39.7	14.5	6.3	10.1	31.4
なし(藪・海岸)	12.3	18.2	11.8	25.0	5.5	5.7	14.5	76.1	78.5	69.6	20.2
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典: 2000 Population & Housing Census: Summary Report of Final Results, Ghana Statistical Service, Mar. 2002, pp.41

(注) KVIP (Kumasi Imprved Ventilated Pit Latrin): 1990年代に都市低収入コミュニティを対象とした世銀優先プログラムの一部として設置されたVIP(改良式換気おとし便所)

(4) 貧困

第4次ガーナ生活水準調査(GLSS 4)によると全国で貧困といわれる人口⁶は約40%である。貧困人口の割合は北部サバンナ地帯で高く、州別では北部3州で圧倒的に高い(ノーザン州69%、アッパーウエスト州84%、アッパーイースト州88%) (図2-1)。

政府は1999年に世銀・IMFが提言した「2015年までには貧困人口割合を半減する」貧困削減戦略ペーパー(PRSP)に基づいたガーナ貧困削減戦略(GPRS)を策定し最重要国家政策として取り組んでいる。特にアッパーイースト州、アッパーウエスト州、ノーザン州、セントラル州の4州を貧困州(Deprived Regions)として優先的に貧困対策に取り組むべき州としている。

表 2-9 地域人口に占める貧困層の割合(地域別)

地域	調査名	貧困ライン以下* 人口の割合 (%)		極貧ライン以下** 人口の割合 (%)	
		GLSS 1 (1991-1992)	GLSS 4 (1998-1999)	GLSS 1 (1991-1992)	GLSS 4 (1998-1999)
		アクラ	23.1	3.8	11.3
都市部	沿岸地帯	28.3	24.2	14.2	14.3
	森林地帯	25.8	18.2	12.9	10.9
	サバンナ地帯	37.8	43.0	27.0	27.1
農村部	沿岸地帯	52.5	45.2	32.8	28.2
	森林地帯	61.6	38.0	45.9	21.1
	サバンナ地帯	73.0	70.0	57.5	59.3
都市部		27.7	19.4	15.1	11.6
農村部		63.6	49.5	47.2	34.4
全国		51.7	39.5	36.5	26.8

出典: Ghana Statistical Service, "Poverty Trend in Ghana in the 1990s", Oct. 2000, pp.

(注) *年間収入 900,000 セディ以下(必要カロリー摂取と日用品購入ができる収入以下)

**年間収入 700,000 セディ以下(収入のすべてを食料にあてても必要カロリー摂取ができない収入以下)

⁶ 年間収入 900,000 セディ以下、即ち基本的な必要カロリー摂取と日用品を購入できる収入以下の人口

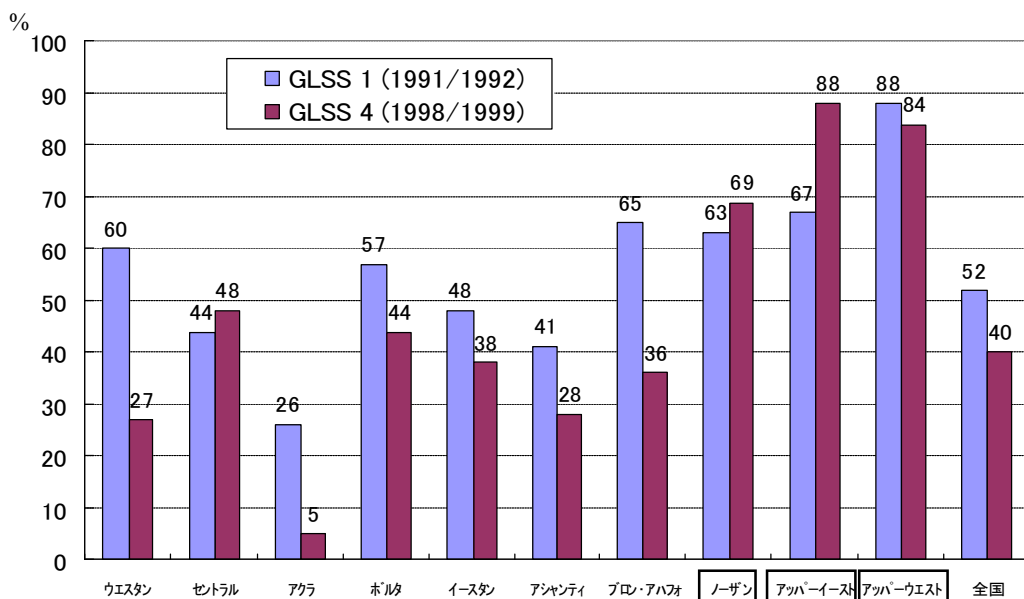


図 2-1 地域人口に占める貧困層*の割合 (州別)

出典: Ghana Statistical Service, "Poverty Trend in Ghana in the 1990s", Oct. 2000, pp.13

*必要最小限のカロリー摂取と日用品を購入できる収入 (900,000 セディ/年) 以下の人口の割合

(5) 教育 (識字率)

2000年の国勢調査によれば、全国の15歳以上成人の非識字率は45.9%である。しかし、北部3州では教育歴のない人口の割合が非常に高く(76~79%)、したがって非識字率は男性で69~73%、女性で81~85%であり他州に比較して男女とも極めて高いものとなっている。

表 2-10 州別の非識字率

(単位 %) (単位 %)

州	ウエスタン	セントラル	アクラ 首都圏	ヴォルタ	イースタン	アシャンティ	ブロン・ アハフォ	ノーザン	アッパー イースト	アッパー ウエスト	全国
15歳以上の成人	45.7	47.9	20.6	44.6	40.8	40.4	53.5	78.7	78.1	75.5	45.9
15歳以上の男性	35.6	35.0	14.0	34.3	30.6	31.9	45.4	72.6	71.8	69.4	37.1
15歳以上の女性	56.4	58.8	27.2	53.8	50.3	49.0	61.6	84.7	83.1	80.6	54.3

出典: 2000 Population & Housing Census: Summary Report of Final Results, Ghana Statistical Service, March 2002,

表 2-11 州別の教育歴

(単位 %)

州	ウエスタン	セントラル	アクラ 首都圏	ヴォルタ	イースタン	アシャンティ	ブロン・ アハフォ	ノーザン	アッパー イースト	アッパー ウエスト	全国
教育歴なし	16.6	43.5	28.8	46.2	40.1	42.9	50.7	78.6	75.7	75.6	47.7
小学校	7.7	22.8	17.3	20.8	22.5	19.3	19.7	10.7	12.6	11.0	18.6
中学校	8.3	23.4	28.1	21.1	26.5	25.6	20.1	4.5	5.2	5.7	21.1
高等学校以上	4.2	10.3	25.7	11.8	10.9	12.2	9.4	6.3	6.5	7.8	12.7

出典: 2000 Population & Housing Census: Summary Report of Final Results, Ghana Statistical Service, March 2002

表 2-12 州別・男女別の就学率

(単位 %)

		ウエスタン	セントラル	アクラ 首都圏	ヴォルタ	イースタン	アシャンティ	ブロン・ アハフォ	ノーザン	アッパー イースト	アッパー ウエスト	全国
6～11 歳	男子	93.6	84.7	91.7	81.4	89.0	90.8	91.6	67.2	64.9	60.3	84.4
	女子	90.8	82.6	85.9	83.6	90.4	87.8	83.9	57.3	54.6	73.2	81.6
12～15 歳	男子	93.0	89.1	87.3	84.6	87.1	85.4	88.7	71.9	60.2	62.6	83.8
	女子	84.3	81.6	85.4	82.0	77.4	78.3	82.3	46.1	47.2	71.6	76.8

出典: Ghana Statistical Service, “Ghana Living Standards Survey Report of the Forth Round 4 (GLSS 4)”, Oct. 2000, pp.10

2.1.5 北部 3 州の一般概況

上記のとおり、北部は乾燥サバンナ気候に位置し、農業生産の条件は劣る。また、全体として北部地域は人口密度が低く、都市の数が少なくその規模も小さい。社会経済インフラの整備も相対的に遅れ、社会開発の遅れは教育指標や保健指標にも表れている。これら一連の現状は「豊かな南部」と「貧困な北部」という国内の南北問題を生じさせている。「貧困な北部」は行政区分でみると、アッパーウエスト州、アッパーイースト州、ノーザン州（以下、これらを北部 3 州とする）及びセントラル州に属する。

北部 3 州は全国土の約 41%を占めるが、人口は総人口の約 18%である。

部族的に南部とは異なり、モレ・ダボンの割合が多くガーナの多数部族であるアカン族の割合は少ない州である。政党は部族・地域を支持基盤としており、北部 3 州を含む開発の遅れた地域（少数部族）を支持基盤とする NDC は現政権では野党である⁷。宗教的にもイスラム教徒の割合が他州に比較して多く、伝統的宗教を信仰する人口の割合も他州に比較すると非常に高い。

貧困層の割合が高く、しかも 1991/92 年から貧困層の割合は増加するか、わずかな減少しかみられていない。成人の教育歴は低く（教育歴のない成人 75%以上）、識字率も低く（25%以下）、子供の就学率も他州に比較して低い。さらにジェンダー格差も大きい。また、基本的な生活インフラ（居住環境、電気照明の有無、水道、トイレ等）の整備状況も他州に比較して低いものとなっている。これらはこの地域が保健指標の悪いこととも大きく関係している。

2.2 保健医療セクターの現状

2.2.1 保健指標と疾病構造

(1) 保健指標の推移

国民の健康状況を表す基本保健指標は長期的にみれば徐々に改善されている。乳児死亡率は 1957 年の 133 から 2003 年には 64 と半数以下に減少したが、2015 年のミレニアム開発目標である 1990 年の 3 分の 2 を達成するには厳しい状況にある。平均寿命は 1984 年の男性 50 歳、女性 54 歳から 2000 年には男性 55 歳、女性 60 歳と 4~5 年間延長した。妊産婦死亡率については正確なデータがなく調査地域・方法により 214 から 740 までの報告があるが、いずれにせよ高いものとなっている。

また、2003 年のガーナ人口・保健調査（GDHS）の結果は全体的に近年（1998～2003 年）の保健指標の改善が停滞又は悪化していることを示しており（図 2-2）、地域別にみるとアッパーウエスト州、アシャンティ州、ヴォルタ州、イースタン州及びアクラ首都圏州で乳幼児死亡率が悪化する傾向にあり、政府及び開発関係者の懸念するところとなっている。

⁷ 与党である NPP の支持基盤は、都市部と経済資源を有し開発の進んだ南部地域の中心部（多数部族であるアカン族の居住する地域）である。

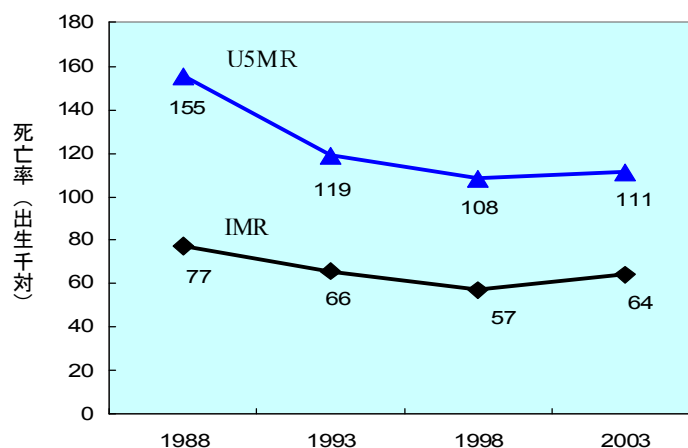


図 2-2 乳児死亡率 (IMR) 及び 5 歳未満児死亡率 (U5MR) の推移

出典: Ghana Statistical Service, "Ghana Demographic and Health Survey 2003", Sep. 2004, pp.128

近隣諸国との比較では、ユニセフの世界子供白書 2004 年によると 5 歳未満児死亡率は 130 カ国中 48 番目に高い水準となっている。「ガ」国の保健状況はほとんどの保健指標において近隣諸国及びサブ・サハラ諸国の平均より良好であるものの、途上国平均と比較すると子供の死亡率、出生時平均余命、低体重児の割合、農村部における衛生施設へのアクセスにおいては低いものとなっている (表 2-13)。

表 2-13 主要保健指標： 近隣諸国との比較

指 標	年*	ガーナ	象牙海岸	ブルキナ ファソ	トゴ	サブ・サハラ・ アフリカ	途上国 平均
人間開発指標 (順位)	2002	131	154	171	143	—	—
粗出生率	2003	32	35	18	38	40	24
粗死亡率	2002	10	20	17	15	18	9
出生時平均余命 (年)	2003	58	41	46	50	46	62
乳児死亡率 (出生千対)	2003	59	117	107	78	104	60
5 歳未満児死亡率 (出生千対)	2003	95	192	207	140	175	87
合計特殊出生率	2003	4.1	1.7	6.7	5.3	5.4	2.9
避妊普及率 (%)	1995-2003*	25	15	14	26	22	60
1 歳児予防接種率 - BCG (%)	2003	92	66	83	84	74	85
- DPT (%)	2003	80	54	84	64	60	76
- ポリオ (%)	2003	80	54	83	63	63	77
- 麻疹 (%)	2003	80	56	76	58	62	75
産前検診受診率	1995-2003*	92	88	73	73	66	70
熟練介護者による分娩	1996-2003*	41	63	31	49	41	59
妊産婦死亡率	2000	570	690	1,000	570	940	440
出生時低体重児出生率 (%)	1998-2003*	11	17	19	15	14	17
中・重度低体重児 (5 歳未満児) (%)	1995-2003*	25	21	31	43	29	27
中・重度発育障害児 (5 歳未満児) (%)	1995-2003*	26	25	37	22	38	31
HIV 陽性率 (15-49 歳) (%)	2003	3.1	7.0	4.2	4.1	7.5	1.2
安全な水へのアクセス (%) - 全国	2002	79	81	51	51	57	79
- 都市/農村	2002	93/68	98/71	82/44	80/36	82/44	92/70
衛生施設へのアクセス (%) - 全国	2002	58	40	12	34	36	49
- 都市/農村	2002	74/46	61/23	45/5	71/15	55/26	73/31

出典: UNICEF, "The State of the World's Children 2005 – Childhood under Threat", 2004

(注) * この期間内の最新年のデータ

上記のとおり「ガ」国の保健状況は全国的にみると改善してきており、サブサハラ諸国より良好であり、途上国平均よりやや劣るという状況である。しかし、乳児死亡率 64 という数字には、州別にみればアクラ首都圏州の 33 からアッパーウエスト州の 105 までが含まれており、また、農村部・都市部の格差も未だ大きく、保健指標やその改善度において大きな地域格差がある(図 2-3、図 2-4)。このような地域格差は貧困や地域の社会開発度合いともあいまって、保健サービスへのアクセスの困難やサービス普及率の低さと関連しており、地域格差是正と保健指標の改善が保健医療分野において重要な課題のひとつとなっている。州別の基本保健指標及び保健サービス指標の一覧は付属資料 6 に示した。

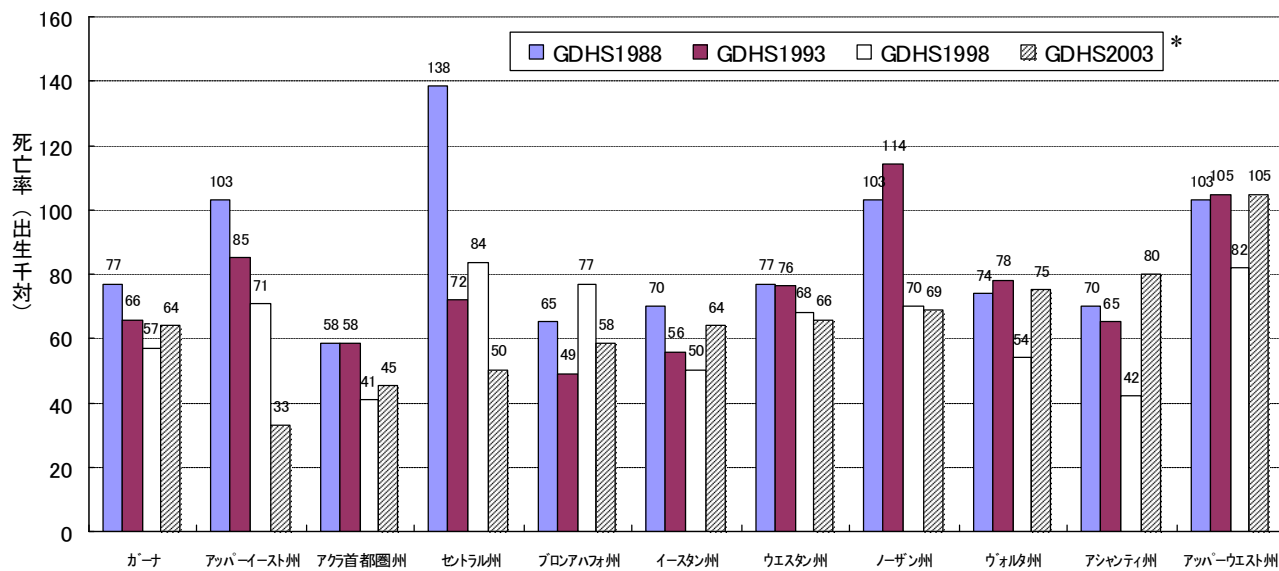


図 2-3 州別乳児死亡率 (IMR) の推移

出典: Ghana Statistical Service, “Ghana Demographic and Health Survey 1988”, “ibid 1993”, “ibid 1998”, “ibid 2003”
 (注) *GDHS: ガーナ人口・保健調査 (Ghana Demographic and Health Survey)

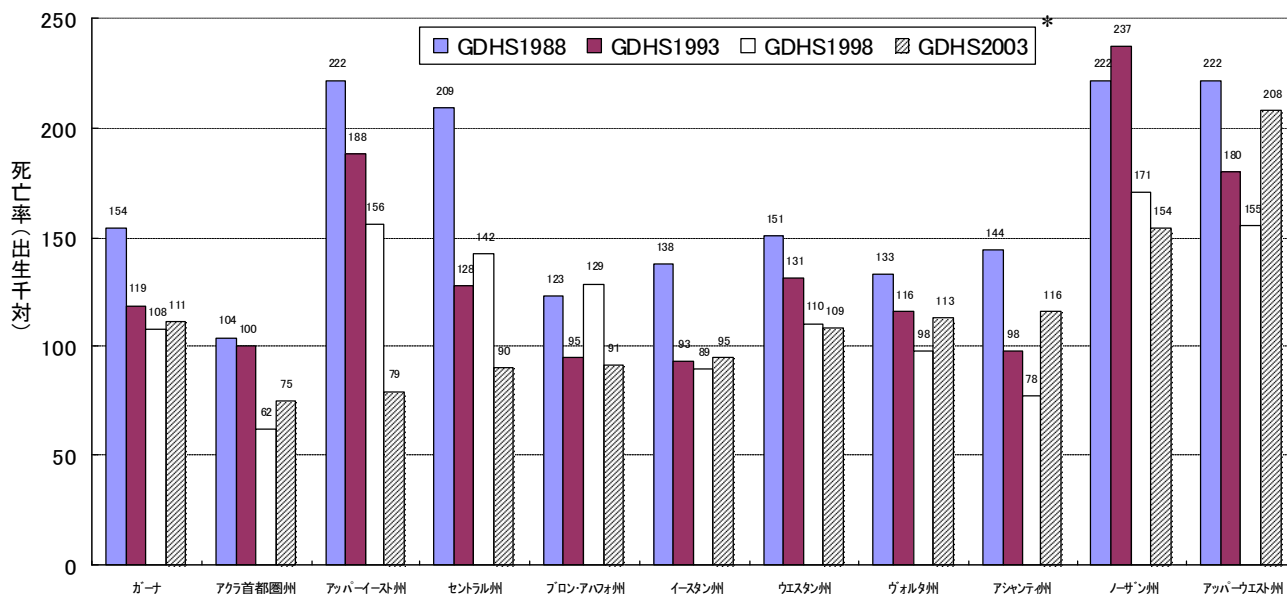


図 2-4 州別 5 歳未満児死亡率の推移 (1988-2003 年)

出典: Ghana Statistical Service, “Ghana Demographic and Health Survey 1988”, “ibid 1993”, “ibid 1998”, “ibid 2003”
 (注) *GDHS: ガーナ人口・保健調査 (Ghana Demographic and Health Survey)

(2) 疾病構造

疫学的な状況はサブサハラ諸国と同様であり、感染症疾患が大半を占め、栄養不良、低いリプロダクティブヘルスの状況を伴い、さらに悪性腫瘍、糖尿病、心臓・循環器系疾患のような非感染症の問題が新しく起こってきている。

「ガ」国北部でも全般的な状況は「ガ」国全体と同様であるが、非感染性疾患の問題は「ガ」国全体及び都市部に比較するとその割合は低いようである。また、「ガ」国北部はアフリカ髄膜炎ベルト地帯に位置し、1996年以来大流行は発生していないが部分的な流行が毎年起きている。

1) 主要な死亡原因疾患

施設（病院）における死亡原因⁸ はマラリア、貧血、脳梗塞、肺炎、結核が上位を占める。特に15歳未満の死亡の40%はマラリアと貧血によるものである。15歳以上の成人においては外傷、肝疾患、エイズ及び結核が大きな割合を占め、45歳以上では脳梗塞、高血圧が多い。また、肺炎と下痢はいずれの年齢においても主要な死亡原因となっている。妊産婦死亡の主たる原因は出血、妊娠中の高血圧性疾患、中絶、鎌状赤血球貧血、性器感染症、貧血、閉塞性分娩である。早期新生児死亡は未熟児、新生児仮死、敗血症、呼吸不全、分娩外傷、先天性異常である。

1980年代初めにはマラリア、麻疹、小児の肺炎、鎌状赤血球貧血、重篤な栄養不良、未熟児、分娩時外傷、事故、胃腸炎、結核が疾病負担（Burden of Disease：疾患により喪失した健康な日々）全体の57%を占めていた。現在でもこれらは依然として主要な死亡原因ではあるが、予防接種の普及等により麻疹による疾病負担は減少し、HIV/エイズや心循環器系疾患による疾病負担が大きくなっている。

<北部3州の状況>

アッパーウエスト州及びアッパーイースト州では全国と同様にマラリアによる死亡が大きな割合を占め、貧血、肺炎による死亡が多い。しかし、脳血管障害などの疾患は10大死因疾患となっていない。さらに、髄膜炎、チフス、上気道感染症、敗血症等の感染性疾患による死亡が多く、乳幼児では栄養失調、乳児と高齢者を除く年齢層では事故による死亡の割合も高い。また成人では脳血管障害も10大死因に入ってきている。以下にアッパーウエスト州及びアッパーイースト州の10大死因疾患の一覧を示した。

表 2-14 アッパーウエスト州における10大死亡原因疾患

順位	2002年		2003年		2004年	
	疾患	%	疾患	%	疾患	%
1	マラリア	18.1	マラリア	17.3	マラリア	38.8
2	髄膜炎	10.6	貧血	9.5	貧血	15.9
3	貧血	9.7	肺炎	7.4	肺炎	10.7
4	肺炎	7.9	肝炎	4.9	肝炎	9.3
5	肝炎	3.6	髄膜炎	3.6	URI	6.7
6	エイズ ⁸	3.0	チフス熱	3.0	髄膜炎	5.5
7	敗血症	2.6	上気道感染症	2.5	チフス熱	3.8
8	栄養失調	2.5	エイズ ⁸	1.9	上気道感染症	3.4
9	チフス熱	2.2	事故	1.9	エイズ ⁸	3.1
10	その他の疾患すべて	48.3	その他の疾患すべて	47.9	その他の疾患すべて	2.8
	計 (死亡患者総数 853)	100.0	計 (死亡患者総数 1,027)	100.0	計 (死亡患者総数 580)	100.0

出典：Upper West Regional Health Services, “2005 Draft Annual Report”, Apr. 2005

⁸ 通常途上国においてはコミュニティを含む国民すべての死亡・疾病統計を把握することは困難である。ガーナにおいても疾病統計は施設ベースである。必ずしも正確ではないが、傾向を知ることができる。

表 2-15 アッパーウエスト州の年齢群別の 10 大死亡原因疾患 (2004 年)

(年齢群別の全死亡患者数に対する割合：%)

順位	1 歳未満		5 歳未満		5～14 歳		15～44 歳		45～60 歳		60 歳以上	
	疾患	%	疾患	%	疾患	%	疾患	%	疾患	%	疾患	%
1	マラリア	33.1	マラリア	39.5	マラリア	19.9	マラリア	10.9	肺炎	8.3	マラリア	14.1
2	貧血	22.9	貧血	15.1	肝炎	11.0	肝炎	8.7	マラリア	5.8	肺炎	6.7
3	肺炎	9.1	栄養失調	4.9	蛇咬傷	8.9	事故	5.3	エイズ ⁶	5.0	結核	6.7
4	栄養失調	3.4	髄膜炎	2.7	貧血	6.2	蛇咬傷	4.9	事故	5.0	高血圧	5.5
5	その他の下痢	2.3	肝炎	2.2	肺炎	4.1	肺炎	4.0	肝硬変	5.0	心不全	4.9
6	引き付け (痙攣)	1.7	その他の下痢	1.6	髄膜炎	2.7	エイズ ⁶	3.8	貧血	4.1	喘息・気管支 炎・URTI	4.9
7	喘息・気管支 炎・URTI	1.7	事故	1.6	事故	2.1	貧血	2.7	肝炎	4.1	蛇咬傷	4.3
8	敗血症	1.1	脂肪腫・膿瘍	1.6	エイズ ⁶	1.4	脳血管障害	2.4	蛇咬傷	4.1	貧血	3.7
9	髄膜炎	1.1	喘息・気管支 炎・URTI	1.6	精巣炎	1.4	肝硬変	2.2	脳血管障害	3.3	髄膜炎	2.5
10	低血糖	0.6	肺炎	1.1	破傷風	0.7	髄膜炎	2.0	髄膜炎	2.5	肝硬変	1.2
11	その他	22.9	その他	28.1	その他	41.8	その他	53.0	その他	529	その他	45.4
	計	100.0	計	100.0	計	100.0	計	100.0	計	100.0	計	100.0

出典：Upper West Regional Health Services, “2005 Draft Annual Report”, Apr. 2005

表 2-16 アッパーイースト州における 10 大死亡原因疾患

順位	2002 年		2003 年		2004 年	
	疾患	%	疾患	%	疾患	%
1	マラリア	17.2	マラリア	18.4	マラリア	21.6
2	貧血	13.3	貧血	8.4	貧血	10.7
3	肺炎	10.4	髄膜炎	7.2	肺炎	9.4
4	髄膜炎	8.8	肺炎	6.8	敗血症	4.5
5	敗血症	2.9	チフス熱	4.2	髄膜炎	4.2
6	チフス熱	2.8	敗血症	3.8	結核	3.5
7	その他の下痢性疾患	2.8	結核	3.2	チフス熱	3.1
8	肝炎	2.6	その他の下痢性疾患	2.9	肝炎	2.2
9	結核 栄養失調	2.0 2.0	肝炎	2.6	エイズ ⁶	1.9
10	—		交通事故	1.5	その他の下痢性疾患	1.9
11	その他のすべて	35.1	その他のすべて	41.1	その他のすべて	37.1
	計 (死亡患者総数 1,515)	100.0	計 (死亡患者総数 1,510)	100.0	計 (死亡患者総数 1,438)	100.0

出典：Upper East Regional Health Administration, “Annual Report 2004”, Mar. 2005

2) 主要な罹患原因疾患

保健医療施設における外来患者統計では、過去 10 年間マラリアがすべての年齢において圧倒的に多く、2000 年の統計では上気道感染症と合わせて全体の半数以上を占めている。妊娠合併症、腸管寄生虫症のほか、皮膚疾患、眼疾患で外来受診する患者が多い。また、事故・外傷も多く、貧血が多いのも特徴的である。

表 2-17 外来における主要疾患（全国）

（総患者数に対する割合：％）

順位*	疾病	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年
1	マラリア	40.1	40.4	42.2	41.4	41.9	43.9
2	上気道感染症	8.3	8.3	8.0	7.9	8.0	8.1
3	下痢性疾患	4.7	4.7	4.4	4.6	4.9	5.4
4	皮膚疾患（含む潰瘍）	6.4	6.6	5.1	5.0	4.7	4.3
5	外傷・事故	4.1	4.4	4.0	3.7	3.8	3.5
6	妊娠合併症	2.8	2.6	3.0	3.1	3.6	2.9
7	急性眼疾患	1.9	2.0	1.8	2.3	2.4	2.7
8	腸管寄生虫	3.5	2.5	2.3	2.5	2.4	2.4
9	高血圧	1.7	1.7	1.7	2.0	2.2	2.1
10	貧血	1.3	1.4	1.5	1.7	1.8	1.9
11	リウマチ・関節痛	1.6	1.6	1.5	1.5	1.8	1.7
12	婦人科系疾患	1.8	2.1	2.0	1.9	2.2	1.6
13	口腔疾患	1.0	1.0	1.1	1.1	1.5	1.4
14	肺炎	0.7	0.8	0.9	1.1	1.1	1.3
15	耳の感染症	0.9	0.9	1.0	1.0	1.2	1.2

出典：GHS Center for Health Information Management, “Report of Health and Disease Analysis Task Team”, 2001

（注）*2000年の順位

<北部3州の状況>

ガーナ全国と同様に外来においても入院においてもマラリアが圧倒的に多く、住民のマラリアによる疾病負担が非常に大きいものとなっていることがわかる。外来患者におけるその他の主要疾患もガーナ全国と特に大きな違いはなく、上気道感染症、下痢性疾患、眼疾患、皮膚疾患、肺炎、貧血等が多い。また、入院患者における主要疾患は貧血、肺炎、妊娠合併症がマラリアに次いで最も多い。以下にアッパーウエスト州及びアッパーイースト州における外来及び入院における十大疾患の一覧を示した。

表 2-18 外来患者における主要疾患（10大疾患）－ アッパーウエスト州

順位	2002年		2003年		2004年	
	疾患	%	疾患	%	疾患	%
1	マラリア	43.9	マラリア	49.3	マラリア	49.7
2	上気道感染症	7.9	上気道感染症	7.7	皮膚疾患	5.2
3	皮膚疾患	5.7	皮膚疾患	4.7	上気道感染症	3.8
4	その他の下痢性疾患	4.1	急性眼疾患	4.1	急性眼疾患	3.4
5	急性眼疾患	3.2	その他の下痢性疾患	2.9	その他の下痢性疾患	2.8
6	肺炎	2.3	肺炎	2.2	事故	1.7
7	胃腸管障害	2.3	事故	2.0	肺炎	1.6
8	事故	2.1	貧血	1.2	貧血	1.0
9	梅毒・性感染症	1.6	胃腸管障害	1.7	耳の感染症	1.0
10	その他すべて	26.7	その他すべて	24.2	腸管寄生虫症	0.9
11					その他すべて	29.0
	計 (総患者数 236,985)	100.0	計 (総患者数 246,901)	100.0	計 (総患者数 236,945)	100.0

出典：Upper West Regional Health Services, “2005 Draft Annual Report”, Apr. 2005

表 2-19 外来患者における主要疾患（10大疾患）－ アッパーイースト州

順位	2002年		2003年		2004年	
	疾患	%	疾患	%	疾患	%
1	マalaria	56.2	マalaria	55.4	マalaria	54.6
2	その他の急性 呼吸器感染症	7.5	その他の急性 呼吸器感染症	7.0	その他の急性 呼吸器感染症	7.9
3	皮膚疾患（含・潰瘍）	4.6	下痢性疾患	4.8	下痢性疾患	4.4
4	下痢性疾患	4.2	皮膚疾患（含・潰瘍）	4.3	皮膚疾患（含・潰瘍）	4.1
5	肺炎	2.4	急性眼疾患	2.5	急性眼疾患	2.4
6	急性眼疾患	2.2	肺炎	1.9	肺炎	2.0
7	貧血	1.8	貧血	1.7	チフス熱	1.4
8	腸管寄生虫	1.5	リウマチ・関節痛	1.4	貧血	1.3
9	妊娠合併症	1.3	腸管寄生虫	1.4	リウマチ・関節痛	1.3
10	リウマチ・関節痛	1.2	妊娠合併症	1.2	妊娠合併症	1.2
11	その他のすべて	17.2	その他のすべて	18.5	その他のすべて	19.4
	計 (総患者数 484,936)	100.0	計 (総患者数 465,462)	100.0	計 (総患者数 489,650)	100.0

出典: Upper East Regional Health Administration, "Annual Report 2004", Mar. 2005

表 2-20 入院患者における主要疾患（10大疾患）－ アッパーウエスト州

順位	2002年		2003年		2004年	
	疾患	%	疾患	%	疾患	%
1	マalaria	25.7	マalaria	31.4	マalaria	32.2
2	貧血	4.8	貧血	6.2	貧血	6.3
3	肺炎	4.6	肺炎	4.4	肺炎	4.1
4	妊娠合併症	3.6	妊娠合併症	3.9	妊娠合併症	3.3
5	事故	2.0	蛇咬傷	2.6	蛇咬傷	2.6
6	蛇咬傷	1.9	事故	2.6	喘息・気管支炎 ・上気道感染症	2.5
7	婦人家系疾患	1.9	婦人家系疾患	2.3	事故	2.4
8	ヘルニア	1.7	ヘルニア	1.9	ヘルニア	1.9
9	—		—		婦人家系疾患	1.7
10	—		—		高血圧	1.3
11	その他すべて	53.8	その他すべて	44.7	その他すべて	41.7
	計 (総患者数 30,666)	100.0	計 (総患者数 29,270)	100.0	計 (総患者数 34,205)	100.0

出典: Upper West Regional Health Services, "2005 Draft Annual Report", Apr. 2005

表 2-21 入院患者における主要疾患（10大疾患）－ アッパーイースト州

順位	2002年		2003年		2004年	
	疾患	%	疾患	%	疾患	%
1	マラリア	30.7	マラリア	31.1	マラリア	35.5
4	貧血	10.5	貧血	8.9	妊娠合併症	8.7
2	肺炎	7.5	妊娠合併症	8.3	貧血	8.2
3	妊娠合併症	3.3	チフス熱	3.7	肺炎	4.4
5	チフス熱	3.1	肺炎	3.4	チフス熱	3.5
6	その他の下痢性疾患	2.9	その他の下痢性疾患	2.6	その他の下痢性疾患	3.3
7	(急性)上気道感染症	2.7	白内障	2.1	(急性)上気道感染症	3.1
8	白内障	1.9	交通事項	2.0	白内障	2.7
9	ヘルニア	1.9	(急性)上気道感染症	1.8	交通事項	2.5
10	髄膜炎	1.9	ヘルニア	1.6	ヘルニア	1.8
11	その他すべて	33.5	その他すべて	34.4	その他すべて	26.2
	計 (総患者数 37,118)	100.0	計 (総患者数 39,164)	100.0	計 (総患者数 41,695)	100.0

出典: Upper East Regional Health Administration, “Annual Report 2004”, Mar. 2005

(3) 小児保健

保健指標は長期的には全体に改善してきたものの、前述のとおり過去5年間（1998～2003年）の乳児死亡率及び5歳未満児死亡率の全国値とともに悪化しており、地域別にみると10州のうち6州で悪化している状況である⁹。これに鑑みて第2次国家保健計画（5Y POW II）の2005年次計画（案）は「子供の生存」に取り組むことを強調している。特に新生児死亡率は43であり、5歳未満児死亡のおよそ3分の1が新生児期に起こっていることになるが、新生児死亡率は1988年以来ほとんど改善されていない。これらの多くは未熟児、分娩児の外傷、新生児破傷風、感染症、先天性異常による死亡であると推定され、通常これらは基本的な母子保健ケアで予防が期待できるものである。また、新生児死亡率は母性保健サービスがいかに効果的に提供されているかの良い指標であり、一層の母子保健サービス強化が必要であると考えられる。

小児の疾病構造は相変わらずマラリア、呼吸器感染症、消化器感染症の感染症と栄養不良が主要疾患である。特にマラリアによる死亡率、罹患率が高い。2003年のGDHSによると（調査日前の2週間の症状を調査）約5人にひとりの5歳未満児に発熱があり（アッパーウエスト州30%、アッパーイースト州21%、ノーザン州16%）、このうち発熱当時又は翌日に抗マラリア薬を投与されたのは44%（同31%、32%、36%）でしかない。また蚊帳を使用して睡眠する5歳未満児の割合はわずかに15%（同22%、24%、12%）である。同様に呼吸器感染症の症状があった5歳未満児は約1割（アッパーウエスト州8%、アッパーイースト州9%、ノーザン州7%）でこのうち保健サービス提供者からの治療を受けたのは44%（同51%、65%、49%）でしかなかった。

栄養不良も子供の死亡や疾患の直接、間接の原因となっている。

また、事故及び外傷が増加してきており、1996年のコレブ病院小児病棟ではマラリアに次いで多い入院理由であった。

(4) リプロダクティブヘルスと安全な母性

妊産婦死亡率（妊産婦10万対）は214（1992年）から740（1996年）まで調査により大きな差

⁹ アッパーイースト州は貧困人口の割合が最も高いが、例外的に指標が一貫して改善してきており、2003年のGDHSでは全国の死亡率より低くなっている。その背景には、同州にGHSのナブロンゴ保健研究所があり介入プロジェクトを実施していたことや、同州へのドナーのインプットが大きいことなどが挙げられる。また、同州はCHPSプログラムのパイロット・プロジェクトが実施された州でCHPSプログラムが最も進んでいる上に、小児保健プログラムを包括的なパッケージとして全州で実施しており（ユニセフ支援による）、これらのことが寄与しているのではないかと推測されている。

があり、他の途上国と同様に妊産婦死亡の実態は把握されていないことが懸案となっている¹⁰。

アッパーウエスト州及びアッパーイースト州の州・郡病院における2004年の妊産婦死亡例数はそれぞれ27及び47で、ほとんどが敗血症、分娩後出血、分娩前出血、子宮破裂7、閉塞性分娩、中絶による合併症であった。いずれにせよ妊産婦死亡率は高く必須産科ケア(EOC)、救急産科ケア(EmOC)の推進が課題である。

妊産婦ケアでは産前検診は受診率が高いものの産後検診の受診率は低く、出産は半数以上が自宅分娩である(全国で53%、アッパーウエスト州65%、アッパーイースト州73%、ノーザン州83%)。医療従事者(医師・助産師・準助産師)又は伝統的産婆の介護による分娩は全国では78%であるが、北部3州では44~62%である。このうち伝統的産婆の介護による分娩は全国で40%、北部3州では36~70%であり大きな割合を占めるが、その妊産婦死亡率低下に対する寄与率は極めて低いとされており今後の課題と思われる。

リプロダクティブヘルス分野では望まない妊娠も課題であり、2003年のGDHSによればアンメットニーズ¹¹は34%にのぼる。特殊合計出生率は4.4であり、一人の女性が生涯に4.4人の子供を産んでいることになる。

(5) 栄養状態

途上国では栄養不良又は栄養障害が共通して死亡や罹患、さらに罹患の長期化の根底にあることが多い。「ガ」国もその例外にもれず、一説には子供の死亡の50%は栄養不良・障害と関連しているとも言われる。

2003年のGDHSによれば5歳未満児の53%(アッパーウエスト州56%、アッパーイースト州57%、ノーザン州64%)が中等度・重度の貧血¹²であり、低体重児の割合は27%(アッパーウエスト州36%、アッパーイースト州42%、ノーザン州44%)、中等度・重度の急性栄養障害児、慢性栄養障害児の割合はそれぞれ8%及び41%である(アッパーウエスト州14%及び47%、アッパーイースト州15%及び44%、ノーザン州8%及び70%)。

(6) 感染症

1) マラリア

死亡原因疾患の第1位、罹患疾患の第1位(外来患者の約40%、入院患者の30%以上)を占め、国民のマラリアによる疾病負担は非常に大きい。アッパーウエスト州の統計によれば1歳未満児死亡の33%、5歳未満児死亡の40%がマラリアによるものである。その80~90%が熱帯熱マラリアであり、都市部から農村部まで全国に蔓延している。

マラリア対策プログラム(ロールバックマラリア)が実施されているが、5歳未満児の致死率は2001年3.5%、2002年3.7%、2003年3.7%、2004年2.8%と推移しておりわずかに低下しているのみで、大きな成果はあがっていない。

2) 下痢症

下痢症も10大死亡原因のひとつであり、外来患者数も多く住民が日常的に罹患している疾患である。水・衛生設備、衛生習慣と密接に関連するが、1999年の調査では安全な水にアクセスできる人口は都市部では62%だが農村部では44%である。またトイレを使用しない住民が全国で20%おり、特に北部3州ではその割合は70~78%にのぼる。

2003年のGDHS(調査日前の2週間の症状を調査)によると、5歳未満児の15%は下痢症を有しており(アッパーウエスト州27%、アッパーイースト州21%、ノーザン州15%)、このうち経口補水療法又はなんらかの補水療法を受けた子供は63%(同56%、83%、60%)でしかなかった。

¹⁰ 妊産婦死亡統計についてはPOW2004において改善を進めたIDSR(Integrated Disease Surveillance and Response)に妊産婦死亡が統合され、今後はより正確な統計が得られるものと期待される。

¹¹ 次の子供を2年以上先に生みたいと考えている女性、いつ次のこどもを産むか決めていない女性、及びもう子供を生みたくない女性で避妊を実行していない再生産年齢女性合計数の再生産年齢女性総数に対する割合。

¹² 中等度貧血：血中ヘモグロビン濃度7.0-9.9g/dl、 重度貧血：血中ヘモグロビン濃度7.0g/dl以下

3) 結核

HIV/エイズ流行のために結核も徐々に増加している。結核対策の世界戦略である直接監視下短期化学療法 (DOTS) が「ガ」国でも 1996 年から導入され、国家対策プログラムが実施されている。患者数は 1999 年時点で約 7,000 名であった。

結核患者の発見率 (10 万対) は 2001 年 62、2002 年 59、2003 年 58、2004 年 56 と改善していないが、患者治癒率は 2001 年 48%、2002 年 55%、2003 年 61% と改善を示している。

4) HIV/エイズ/性感染症

HIV 陽性率は 1990 年よりセンチネル・サーベイランス (2004 年は全国 35 ヶ所の定点で妊産婦検診受診者及び性感染症クリニック受診者を対象に実施) により追跡されている。2001 年の HIV 陽性率は 2.9%、2002 年は 3.4%、2003 年には 3.6% であり、性感染症患者では陽性率は 17% と高く、輸血の供血者では 3.4% であった。

一方、2003 年の GDHS は初めて人口ベースの HIV 陽性率を調査し、その結果 15-49 歳の成人女性の 2.7%、男性の 1.5% が HIV 陽性であることが示された。女性の陽性率は男性の 1.8 倍であり、女性がより影響を受けやすいことを示している。州別にはイースタン州 (女性 4.4%、男性 2.9%)、ウエスタン州 (女性 3.9%、男性 1.8%)、ブロン・アハフォ州 (女性 3.8%、男性 1.3%) で高く、北部 3 州は比較的低い (アッパーウエスト州 1.8%、アッパーイースト州 1.5%、ノーザン州 1%)。

国家エイズ予防・対策プログラムが実施されており、2004 年は特に抗レトロウイルス薬配布の拡大と伝統的予防戦略の強化が実施された。

5) メジナ虫 (ギニア虫) 症

メジナ虫 (ギニア虫) 症はアジア・アフリカの蠕虫症で、中間宿主は淡水棲のケンミジンコであり、感染が生じやすい条件は飲料水を原始的な水源 (池、ヒトが水汲みに降りていく開放性の井戸、雨水を水源とする屋内水槽など) から供給している場合に限られる。飲料水を布で濾したり、煮沸すれば感染の危険性は完全になくなるし、伝統的な開放水源を周囲を囲った掘り抜き井戸の水を飲むような方法を導入すればメジナ虫症は 1-2 年で消失することが知られている。

「ガ」国のメジナ虫症はノーザン州、ヴォルタ州、ブロン・アハフォ州に集中している (総数の 95% がこの地域でみられる)。メジナ虫症撲滅は POW II の優先介入疾病対策のひとつであるが、2001 年の報告例数が 4,749、2002 年 5,611、2003 年 8,290、2004 年 7,275 と前年に比較して 2004 年にわずかに減少したにとどまっている。

2.2.2 保健政策及び保健セクター計画

(1) 国家政策

1) ガーナビジョン 2020

1996 年に前政権は長期国家開発政策の枠組み (ガーナビジョン 2020) を策定し、これに基づき第一次中期国家開発計画 (1996-2000 年) を発表・実施している。基本的な開発分野として①人間開発、②経済成長、③地域開発、④都市開発、⑤環境保全があり保健セクターは人間開発に含まれ、貧困削減、所得改善、人口緩和などとともに最優先課題に位置付けられている。保健セクターにおける達成目標として以下の 5 項目があげられている。

- 乳幼児、妊産婦死亡率を有意に低減する。
- 主要な伝染病の危険因子に対する効果的なコントロールを図る。
- 特に地方における保健サービスへのアクセスを改善する。
- 新しい公衆衛生サービスの供給に向けた効果的な保健システムを再構築する。
- 効果的かつ能率的な保健管理システムを実施する。

2) ガーナ貧困削減戦略 (GPRS)

新政権は2001年3月に拡大HIPCイニシアティブ適用による債務救済申請を行う政策転換を行い、その条件となるGPRSを策定、2003年2月に世界銀行理事会に提出し支持を得た。GPRSは現在の「ガ」国の「実質的国家開発計画」と位置付けられる。

GPRSは貧困削減を重視した政策枠組みであるとともに、民間セクターの発展を持続的開発の鍵として重視しており、貧困人口に対する社会サービスの拡充に止まらず、成長ファクターをより意識したものになっていると言われている。また、貧困削減の実現のための費用概算が付されており、予算と貧困削減戦略の関連づけを中期的に示す試みがなされている。

GPRSにおいては、(1) マクロ経済の安定、(2) 生産および雇用の拡大、(3) 人材育成と基礎社会サービスの拡充、(4) 社会的弱者への対応、及び(5) グッド・ガバナンスが優先課題とされており、これら優先課題の実現を図るための政策の立案・実施、そのモニタリングのために参照すべき60の主要指標を設定している。

ヘルスケアのための重要課題としては以下の3項目をあげている。

- 保健及び栄養サービスへのアクセスの公正：貧困地域へ医療従事者を適切な配置
- 貧困予防のための安定的な財政の保証：(例) 高齢者を保護するための免除措置の改善
- 効果的なサービスの強化：基本的サービスの質の改善と効率化、地方分権化された管理とモニタリング

表 2-22 貧困削減戦略 (GPRS) の達成目標

貧困主要指標	2000年*	2005年	補足指標	2000年*	2005年
貧困人口 (%)	39	32	食糧生産者の貧困人口 (%)	59	46
極貧人口 (%)	27	21	貧困人口 (%) ノーサン州	69	60
実質 GDP 成長率	3.7	5.0	アッパー・イースト州	88	75
一人当り実質 GDP 成長率 (%)	1.4	2.4	アッパー・ウェスト州	84	70
初等学校就学率 (%) 全体	77	82	消費者物価指数 (年末) (%)	40	5
女子	71	80	農業成長率 (%)	3.8	5
5歳未満児死亡率 (出生千対)	110	95	乳児死亡率 (出生千対)	56	50
妊産婦死亡率 (出生十万対) **	200	160	公立初等学校基準試験 (%)		
低体重児 (5歳未満児、%)	25	20	英語	8.7	11.0
特殊合計出生率	4.6	4.2	数学	4.0	6.4
			中等学校就学率 (%)	60	65
			安全な水へアクセスできる世帯 (%)		
			都市部	70	78
			農村部	40	54

出典：Government of Ghana, “Ghana Poverty Reduction Strategy 2003-2005: An Agenda for Growth and Prosperity”, Feb. 2003.

(注) *2000年又は最新(2003年2月当時において)のデータ(上記出典のまま)

**同妊産婦死亡率は、施設における死亡かコミュニティも含めた全国民の指標かが不明。また「200」という値は現実とかけ離れているという指摘がある。

(2) 保健政策及び保健セクター計画

1) 中期保健戦略 (MTHS) と国家保健5ヵ年計画 (POW)

ガーナビジョン2020を受けて「中期保健戦略・ビジョン2020にむけて(MTHS)」が策定され、そこにはヘルスリフォームの内容が明言された。MTHSに対応して「第1次国家保健5ヵ年計画1997~2001年(POW I 1997~2001)」が策定された。

<第2次国家保健5ヵ年計画 2002~2006年(POW II 2002~2006)>

現在はPOW IIのもとに保健セクターの活動が実施されている。POW IIはGPRSに対応して作

成されており、「健康状態の向上と健康における不平等の削減」を目指し、(1)保健サービスの質改善、(2)保健サービスへのアクセス向上、(3)保健サービス供給の効率改善、(4)パートナーシップの育成、(5)保健財政の改善を戦略の5つの柱とする。

貧困削減の観点からは、北部3州（アッパーウエスト州、アッパーイースト州、ノーザン州）及びセントラル州が介入プログラム実施推進の特別配慮の対象州となっている。また、地域格差是正のために4つの指標に基づき55の困窮郡（Deprived District）¹³を指定し、困窮地域インセンティブ手当て（DAIA）の設定、実施などこれらの郡を対象にした対策も実施している。

POW IIの戦略目標ごとにモニタリング指標が設定され達成目標値が示されている（表2-23）。

ビジョン	
すべてのガーナ国民の健康状態の向上と健康における不平等の削減	
ゴール	
すべてのガーナ国民の良好な健康と公正のために共に働くこと	
戦略目標	優先介入保健プログラム
<ul style="list-style-type: none"> ■ 基本保健サービスへの地理的、財政的アクセスの改善 ■ アウトリーチ及びすべての保健医療施設におけるケアの質の向上 ■ 保健セクターの効率性の向上 ■ 保健セクターとコミュニティ、他分野セクター、民間サービス提供者とのよりよい連携と協力 ■ 保健セクターの資源の増加とその公正かつ効率的な配分 ■ 質の高い保健サービスへのアクセスにおける不公正な格差の是正、特に貧困4州と他州との格差是正 ■ 貧困層や社会的弱者を保護するための持続可能な財源の準備 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 保健サービス <ul style="list-style-type: none"> - 母性保健・リプロダクティブヘルス - 小児・青少年保健サービス - 事故・救急サービス ■ 疾病対策 <ul style="list-style-type: none"> - 予防接種プログラム（ポリオ根絶、麻疹消滅を含む） - HIV/エイズ・性感染症 - 結核・ブルリ潰瘍 - マラリア - メジナ虫症・トラコーマ撲滅 - 口腔保健・眼科ケア - 非伝染性疾患 ■ 精神科ケアを含む専門家によるサービス

「優先介入保健プログラムについては、さらに① 優先介入保健プログラムのパッケージ実施、② 健康改善と質の高い基本的保健ケアへのアクセスのためのコミュニティのエンパワメント、③ 保健サービス給付の効率性と有効性の改善、④ 保健医療施設における質の制度化、⑤ 第2次・3次保健医療サービスの再構築という5つの戦略目標がかかげられ、特に②については「CHPSはこの戦略目標を達成するための重要なイニシアティブであり、最前線のヘルスケア給付のメカニズムとしてCHPSを実施する」とし、活動の鍵であるとされている。その導入数はPOW IIのセクターワイド指標とされている（目標数は2004年85¹⁴、2005年205、2006年400）。

CHPSとは「コミュニティベースの保健計画とサービス」であり、コミュニティに近いところでのPHCサービスの提供が住民のアクセス向上を推進し乳幼児死亡率や出生率を低下する成果があるというパイロット・プロジェクトの結果から、保健サービスへのアクセスが困難なコミュニティに診療所を設置し、地域保健看護師（CHN）を常駐させると共に、コミュニティ・エンパワメント推進により健康向上をめざすコミュニティ保健プログラムである。CHPSについては事項「(3)保健医療分野のプログラム」に詳細を記載した。

¹³ 困窮郡の一覧は付属資料4に示した。

¹⁴ 2004年実績は84

表 2-23 POW II (2002-2006) セクターワイド指標

指標	2001年	2002年	2003年	2004年		2005年	2006年
	ベースライン	実績	実績	実績	目標	目標	目標
目標：健康状態の改善							
乳児死亡率（出生千対）	57	55	64	na	—	—	50
5歳未満児死亡率（出生千対）	108	100	111	na	—	—	95
妊産婦死亡率（出生10万対）	214（'93）	204	187	na	—	—	150
5歳未満の栄養不良児（%）	25	na	22.1	29.9	22	—	20
妊産婦 HIV(+)（%）	2.9	3.4	3.6	na	3.6	3.4	2.6
目標：サービスの成果改善							
保健サービス結果							
一人当たり外来受診回数（/年）	0.49	0.49	0.50	0.52	0.55	0.6	0.6
入院率（対人口1000人）（/年）	34.9	34.1	35.9	34.5	38	40	40
病床占有率（%）	64.7	65.5	64.1	63.0	65	70	80
専門アウトリーチサービスの回数（/年）	na	na	na	162*	158	160	—
結核治癒率（%）	47.9	55.1	na	61.0*	65	60	63
結核患者発見率（%）	61	59	58	56	55	—	65
5歳未満児マリア致死率（%）	1.7	1.9	3.7	2.8*	3.5	3.0	1.0
指標医薬品の利用可能率（%）	70	80	93	87.5	90	90	95
リプログラムヘルスサービス結果（質と範囲）							
家族計画受容率（CPR）（%）	20.3	21	22.6	24.3	24	30	40
産前検診受診率（%）	93.5	93.7	91.2	89.2	94	98	99
産後検診受診率（%）	52.9	53.6	55.8	53.3	57	65	60
監督下の出産（%）	49.2	na	51.9	53.4	60	60	60
妊産婦死亡についての調査実施率（%）	<10	67	85	70.5	85	85	50
予防サービスとサーベイランス結果							
EPI実施率 - DPT3（%）	76.3	77.9	76	75	80	85	85
EPI実施率 - 麻疹（%）	82.4	83.7	79	78	80	90	90
マナ虫症患者数	4,739	5,611	8,290	7,275	5,000	3,000	0
AFP非ボリア患者（%）	2.8	2.3	1.4	1.5*	>1	>1	4
目標：保健資源のレベルと分布の改善							
人材							
医師・人口比	22,811	22,193	17,489	17,615	16,500	16,000	16,500
看護師・人口比	2,043	2,080	2,598	1,513*	2,000	1,800	1,500
保健インフラ							
開始済み（機能中の）CHPSゾーン数	19	39	55	84*	85	250	400
財務							
政府予算に定める保健予算（%）及び歳出（%）	na / 8.7	7.6 / 9.3	9.5 / 9.1	8.2 / 8.2	9.4 / —	13	10
政府経常費に定める保健予算（%）及び歳出（%）	na / 10.2	10.5 / 11.5	12 / 11.2	10.7 / 11.9	13.3 / —	14	15
費目2+3において郡レベル以下で執行される予算（%）及び歳出（%）	48.5 / na	na / 40.9	47.8 / 35.4	45 / 37.9	—	45	43
総開発パートナー予算に定める指定予算（%）及び歳出（%）	na / 62.3	44.7 / 32.8	40.8 / 39.5	41.3 / 26.3	—	40	40.9 / 40.9
前払い費用からのIGFの割合（%）	3	na	na	na	—	10	20
政府及びヘルスファンドから民間セクターへ割当てられる経常費予算（%）	1.2	na	na	na	—	2	2
支払い免除制度の経常費（%）	3.6	na	na	na	—	7	8

出典：1. Ministry of Health, "Review POW 2004: Report of the External Review Team", Apr. 2005, pp.9

2. Ministry of Health, "The Ghana Health Sector 2005 Programme of Work, Theme: Bridging the Inequality Gap: Addressing Emerging Challenges with Child Survival", Dec. 2004, pp.4

(注) 表中「na」はデータなしをあらわす。

(3) 保健医療分野のプログラム

「ガ」国では上記の国家政策及び POW II にしたがってさまざまな国家プログラムが実施されている。地域保健強化・向上のためのプログラムとしては、地方保健行財政制度の強化・改善にかかわるプログラムのほか、PHC 供給システムを強化しようとする CHPS プログラムがあり、また一般的な保健サービスの介入プログラムとして小児保健プログラム、母性・リプロダクティブヘルス・プログラム、感染症プログラム等がある。以下に地域保健供給体制強化の鍵となる CHPS プログラムについて説明し、他のプログラムについてはそれらに共通する課題を述べる。

1) CHPS プログラム

<歴史>

1994 年からアッパーイースト州ナブロンゴの GHS のヘルスリサーチセンターにおいて、USAID がジョーンズホプキンス大学人口コミュニケーション・サービス (JHU/PCS) と協力して保健・家族計画プロジェクト (CHFP: Community Health and Family Planning) を実施した。同プロジェクトにおいてはコミュニティに看護師を配置し、伝統的チーフとボランティア及び男性の家族計画への参加を得て 3 年間に乳児死亡率が 38% 改善されるなど大きな成果を挙げた。さらにこのナブロンゴの経験を他の地域へ展開することが検討され、ヴォルタ州クワンタ郡で同様の活動を展開した結果、保健省・GHS は 1999 年に同プロジェクトを CHPS イニシアティブとして全国に拡大実施することを決定した。

<CHPS プログラムの位置付けと実施手順>

保健省は CHPS を GPRS に対応した重要保健戦略として採用し、国家プログラムとして全国的なスケールアップを図っている。POW II では 2006 年の設置目標数を 400 としている。GHS の政策策定・モニタリング・評価部 (PPME) 部長がプログラムのナショナルコーディネータであり、CHPS モニタリング・評価室が PPME に置かれている。

プログラムは既存の保健サービス施設へのアクセスの困難なコミュニティに CHPS コンパウンドと呼ばれる診療所を設置すると共に、CHN を常駐させ¹⁵、住民が基本的保健サービスに経済的に無理なく容易にアクセスできることを目指したプログラムである。また、コミュニティにおいて啓蒙教育を行うにより健康を推進することも目的としている。CHN はコミュニティで従来から活動しているボランティア (TBA やコミュニティ保健ボランティア等) 及び住民組織と連携して住民参加型の活動を推進する。

保健省は CHPS スケールアップの研修において各郡がナブロンゴとクワンタの訪問視察を通して学ぶことを推奨している。各郡は学んだ事柄からそれぞれの地域に適切な CHPS モデルをパイロットとして開始し、その後郡内に拡大していくことを期待されている。既に GHS 及び USAID により策定された実施ガイドライン、ハンドブック、研修モジュールや多くの経験紹介記事・報告書がある。

CHPS プログラムは通常、郡内で最も保健サービスへのアクセスが困難である地域を優先対象地域として開始されるが、対象コミュニティへ CHPS についての説明した上での同コミュニティの同意と協力意志が確認されて初めて導入手順が開始される。導入手順は表 2-24 に示す 15 のステップに定義されており、これらをすべて完了して CHPS が機能する。

ステップ 9 で調達されるべき資機材 (CHPS に配置される CHO の活動及び生活のための資機材)¹⁶及びコンパウンド建設等のインフラ整備のコストは電気が供給されているコミュニティで約 12,000 米ドル、電気のないコミュニティでは太陽光発電装置をつけるためにさらに 11,000 米ドルの費用がかかると試算されている。このほか、CHPS コーディネータが巡回監督指導用の自動二輪車、ボランティアのための資機材調達も必要となる (ステップ 14)。

¹⁵ CHPS コンパウンドには診療室、衛生設備、倉庫、患者の待合空間のほか、CHN のための居住室、キッチンが付帯する。CHPS に配置される CHN はコミュニティヘルス・オフィサー (CHO) と呼ばれる。

¹⁶ 自動二輪車、無線通信機器、コールドチェーン器材、聴診器・血圧計・体重計等の基本的医療機材、基本的医薬品、家具等。付属資料 5 に資機材の一覧を示した。

表 2-24 CHPS 開始のための 15 のステップ

活動内容	実施責任者
1) 現状分析とコミュニティの選定	DHMT
2) 保健スタッフに対するコンセプトの教育	DHMT
3) コミュニティリーダー及び郡議会との協議	DHMT
4) コミュニティ全員集会の開催	コミュニティリーダー、DHMT
5) CHO の選出と研修	DHMT、SDHT*
6) コミュニティヘルスコミッティの選出とリエゾン	コミュニティリーダー、DHMT、SDHT
7) コミュニティの保健プログラム作成 (まず最初にコミュニティの全世帯票が作成される)	DHMT、SDHT、コミッティ、コミュニティリーダー
8) コミュニティヘルス・コンパウンド (CHC) の建設	コミッティ、コミュニティリーダー
9) 機材調達・管理システム構築	DHMT
10) CHPS プログラムのコミュニティ全員集会での紹介、開始宣言	伝統的チーフ、コミッティ、DHMT
11) ボランティアの選定・選出	コミッティ、SDHT
12) ボランティアの全員集会での紹介、承認	コミッティ、SDHT
13) ボランティアの研修	DHMT、SDHT
14) ボランティアの機材調達・管理システム構築	DHMT、SDHT
15) ボランティア活動プログラムの全員集会での紹介、開始宣言	SDHT、伝統的チーフ、コミッティ

出典: Ministry of Health, "Community-based Health Planning and Services Handbook", Nov. 1999

(注) *SDHT: サブディストリクト・ヘルスマネジメント・チーム

<CHPS プログラムの活動と支援体制>

コミュニティに配置される CHO/CHN の活動内容は表 2-25 のようなものである。これらを CHO/CHN ひとりだけで実施するというのではなく、コミュニティ・ボランティアと連携し住民参加を得て活動することになっている。同表に 2004 年 8 月に 10 州の CHO265 名を対象にした調査による、実際の活動内容の頻度も合わせて示した。活動項目 5)~7)の安全な母性にかかわる活動頻度が低いのは従来の CHN の教育これらは助産師の領域として重点をおいていないからであり、出産は原則として緊急な場合以外は TBA 又は助産師が介護することになっている。

CHO に対する監督指導・支援体制として、郡保健局及びサブディストリクト・レベルに CHPS コーディネータを置き、定期的巡回指導やモニタリングにあたっている。

表 2-25 CHO/CHN の活動内容の一覧

活動項目	実際の業務頻度*
1) 世帯訪問 (保健活動)	92.8 %
2) 家族計画	95.8 %
3) 予防接種	94.7 %
4) 栄養指導	97.3 %
5) 産前妊婦指導	71.0 %
6) 安全な出産	29.4 %
7) 産後指導・乳児ケア	83.5 %
8) 簡単な疾病と応急処置	95.4 %
9) HIV/エイズ (主として啓蒙)	52.5 %
10) 疾病サーベイランスと疾病対策	75.2 %
11) TBA*とボランティアの支援	84.8 %
12) 生活習慣指導と対話	89.0 %
13) 住民の保健活動参加促進	61.3 %

出典: 1. CHO Workbook, Module 1, Draft, May 2002

2. 及川雅典「ガーナ国コミュニティベース保健サービス (CHPS) 技プロ案件形成調査」、2005 年 1 月, pp.30

(注) *「常時」又は「しばしば」実施すると応えた回答者の割合

<北部3州の状況 CHPSプログラムの課題>

アッパーイースト州はCHPS発祥の地とも言え、ナブロンゴのヘルスリサーチ・センターのフォーローもありCHPSは拡大されつつあり、42のCHPSゾーンが機能、人口の18%をカバーしている。しかし、ヘルスリサーチ・センターでの同プロジェクトは完全に終了し、カセナ・ナンカナ郡ではすべてが郡保健局に移行されたところであり、今後の展開が注目される。

アッパーウエスト州ではその展開は遅れ気味であり、16のCHPSが機能しており、導入ステップ開始済みのCHPSゾーンは21である（ゾーン総数168）。CHPS導入コミュニティの選定は、アクセスの困難さ、罹病率・死亡率、サブディストリクトの業績、住民参加、サービスの利用状況等を総合的に判断して行っている。

表 2-26 CHPSプログラム進捗状況

(2004年末現在の状況)

ア ッ パ ー イ ー ス ト 州	郡	機能している CHPS 数	2009年までに機能する CHPS の総数	CHPS ゾーン総数
		ボルガタンガ	8	18
	ボンゴ	5	14	14
	カセナ・ナンカナ	17	31	38
	ビルサ	4	13	13
	ボク西	3	15	15
	ボク東	5	21	35
	計	42	112	140
ア ッ パ ー ウ エ ス ト 州	郡	機能している CHPS 数	導入手順開始済みの CHPS 数	CHPS ゾーン総数
		ワ市	0	3
	ワ東	3	2	21
	ワ西	4	2	29
	ナドリ	7	2	21
	ジラバ	2	3	30
	ローラ	0	4	27
	シサラ東	1	5	17
	シサラ西	0	2	14
	計	16	21	168

出典：州保健局提供資料及び Upper East Regional Health Administration, “Annual Report 2004”, Mar. 2005

郡保健局との協議では、CHPS のコンセプト・意義及びプログラム内容については非常に良く浸透しているものの、郡保健局の話はどこでも画一的で実際の現場に即した問題意識からCHPSプログラムをいかに展開していくか考えられているようには見受けられなかった。一方で早急に数だけ増やすのではなく、着実に実施していきたくという保健局長の展望も聞かれた。

2) 保健サービス提供プログラム

保健サービス提供プログラムはすべてのサービスレベル（1次～3次医療）において実施されているが、その共通する課題はすべての活動が包括的なパッケージとして効果的に結びついて提供されていないことである。特にCHPSプログラムのような地域保健プログラムにおいて、これらが包括的基本サービス・パッケージとして効率的に供給され、また住民の健康推進活動にも取り込まれる必要がある。主要プログラムの基本コンポーネントを表2-27に示した。

表 2-27 保健サービス提供プログラムの主要コンポーネント

小児保健	母性保健・リプロダクティブヘルス	感染症対策
① 予防接種プログラム (EPI) + ビタミンA投与と駆虫 ② コミュニティにおける包括的小児疾患管理 (Community-based IMCI) ③ 医療従事者による施設レベルでの臨床 IMCI (Clinical IMCI) ④ 早期新生児ケア	① 産前検診 (4回以上の検診受診、妊産婦の薬剤処理蚊帳の使用推進、鉄・葉酸剤投与、妊娠中のマリア薬予防投与、破傷風ワクチン投与) ② 熟練介護者による分娩介護とパルトグラフ (分娩経過図表) の使用 (TBA の研修、分娩サービスの無料化を含む) ③ 産科救急ケアと救急リファラルシステム ④ 産後検診 ⑤ 家族計画 (コミュニティにおける避妊具・薬配布を含む) と中絶後ケア ⑥ 思春期男女へのケアと支援	① マリア対策プログラム (IMCI、リプロダクティブヘルス・プログラム、血液塗抹標本検査や住民教育活動等の PHC プログラムとの連携・統合が必要) ② 結核対策プログラム (IMCI、保健医療施設における DOTS・喀痰検査・住民教育等の PHC 活動との連携・統合が必要) ③ エイズ予防対策プログラム (母性保健・リプロダクティブヘルス、任意検査推進・住民教育・在宅ケア等の PHC 活動との連携・統合が必要) ④ マジナ虫症根絶プログラム (衛生教育等の PHC 活動との連携・統合が必要)

2.2.3 保健医療行政

政府の保健医療行政は保健省が管轄し、一般行政区分に準じて中央、州、郡の 3 レベルで行政機関を置いている。中央には保健省とその執行機関 (保健サービス提供機関) としてガーナ・ヘルス・サービス (GHS) があり、その管轄下に各州に保健サービス州局長を長とする州保健局 (RHA) が置かれている。各州保健局の下には各郡に保健局 (DHA) が置かれ郡内の保健医療行政を統括している。保健行政組織の概要図を図 2-5 に示した (保健省及び GHS の組織図はそれぞれ付属資料 9 及び付属資料 10 に示した)。

(1) 中央保健行政組織

保健省は保健行政統括機関であるが、1996 年に公的部門構造改革の一環としてその管轄下に執行機関として GHS が設置された。これにより、保健省は政策及び計画策定、ドナー調整、資源確保と配分、監督業務に専念し、GHS が第 1 次・第 2 次保健医療サービス提供の実質的な最高機関となった。しかし、保健省と GHS に同様の部局がある等、その管轄区分に不明な点も残っている。保健システムの効率性向上のために設置された GHS は、そのマネジメントの柔軟性を確保するために自立的な執行機関 (autonomous executive agency) として位置づけられており、職員も公務員ではなく公務員法に縛られる必要がない。職員は公募され、一定期間の契約により雇用されることになっている。構造改革により第 3 次医療施設 (教育病院) もより自立的な機関として位置づけられた (GHS 下でなく保健省に直結)。

また、保健省により設置された種々の関連機関が存在し、政策対話、技術サービス提供における基準や倫理の策定・実践やモニターにおいて規制機関としてまたサービス機関として保健省と協力連携している。これらの主要機関は以下のとおりである。

- 医・歯学評議会 (Medical and Dental Council)
- 食品・医薬品委員会 (Food and Drug Board)
- 薬局評議会 (Pharmacy Council)
- 伝統的・代替医療評議会 (Traditional and Alternative Medicine Council)
- 私立病院・産院委員会 (Private Hospital and Maternity Home Board)
- 看護師・助産師評議会 (Nurses and Midwives Council)
- ガーナ救急サービス (GAS: Ghana Ambulance Service)

保健省は都市議会・郡議会や関連省 (地方自治体・農村開発省、公共投資・住宅省、教育・青

年・スポーツ省、財務省）とも定例会合（毎月）を持ち、政策課題について話し合いセクター間協調に努めている。

(2) 地方保健行政組織

地方保健行政は GHS 直轄の地方局である州保健局及び郡保健局が担っている。地方分権化政策及び行財政改革により、これらはそれぞれひとつの予算策定・管理の単位（BMC）として位置付けられており、予算策定・管理、POW II に基づく活動成果の定期的報告、年次報告書の作成を行っている。地方行政組織の例として、アッパーウエスト州及びアッパーイースト州の州保健局及び郡保健局の組織図を図 2-6 及び図 2-7 に示す。

州保健局（RHA）は国家政策に基づく州の保健政策や保健プログラムの策定、予算編成、あらゆる専門的、技術的、行政的調整を行う機関であり、郡保健局に対して監督指導及びマネジメント支援を行う。また資料・情報の分析、プログラム評価、職員の現職研修の計画と実施、保健施設・設備、医療資機材、医薬品等の供給・管理支援も行っている。州保健局の技術スタッフ及び州病院院長からなる州保健マネジメントチーム（RHMT）を構成し、郡レベルの巡回指導にあたる。

郡保健局（DHA）は郡における一次医療及びプライマリヘルスケア全般の行政責任を担っており、郡保健計画及び予算の策定、プログラムの実施、モニタリング・評価等を実施すると共に保健サービス提供を統括している。郡保健局技術スタッフ及び郡病院院長からなる郡保健マネジメントチーム（DHMT）を構成し、郡内のヘルスセンター及びその他の保健サービス施設の監督指導にあたる。

州保健局は監督局であり、地方で地域保健医療行政を担う実質的な中心はこの郡保健局である。郡を単位とした地域保健医療計画の策定、活動、評価が郡保健局を核として実施されていると言える。郡保健局は比較的頻繁に管轄施設の訪問指導を実施しているが¹⁷、人員の不足と多くの業務のために「忙しくて」計画通り監督指導ができていない郡もある。郡保健局から州保健局への報告書等の提出もすべての郡が比較的定期的に行っている。しかし、プログラム化された活動を機会的にこなしているという印象も否めず、郡内の種々の状況分析に基づく郡の真のニーズにより郡保健計画が策定され、実施されているのかどうかやや疑問に思われる。また、郡保健局長の能力にも差があると見受けられ、プロジェクト実施時にはキーとなるポジションであり、留意が必要である。

なお、各郡には地方自治・開発省の管轄下の郡議会（DA）があり、地方自治体（地方政府）として郡住民の健康改善にかかわる環境衛生・健康教育啓蒙事業にもかかわっており、DHA と DA の 2 つの行政組織の連携が課題となっている。

¹⁷ 現地視察調査にて視察先施設の訪問記録等により確認した。

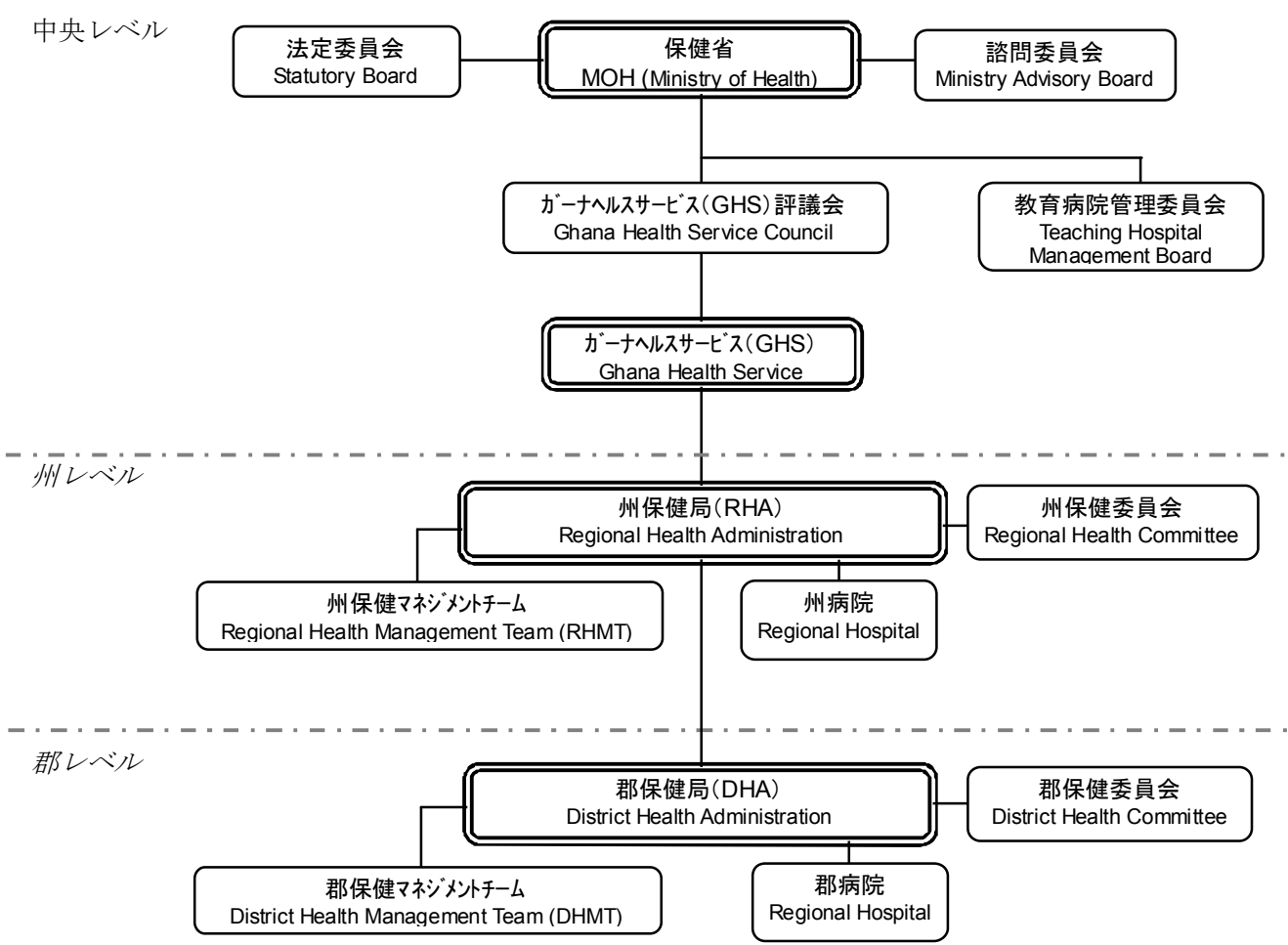


図 2-5 保健省及びガーナ・ヘルスサービス (GHS) の組織概要図

出典: ガーナヘルスサービス ホームページ

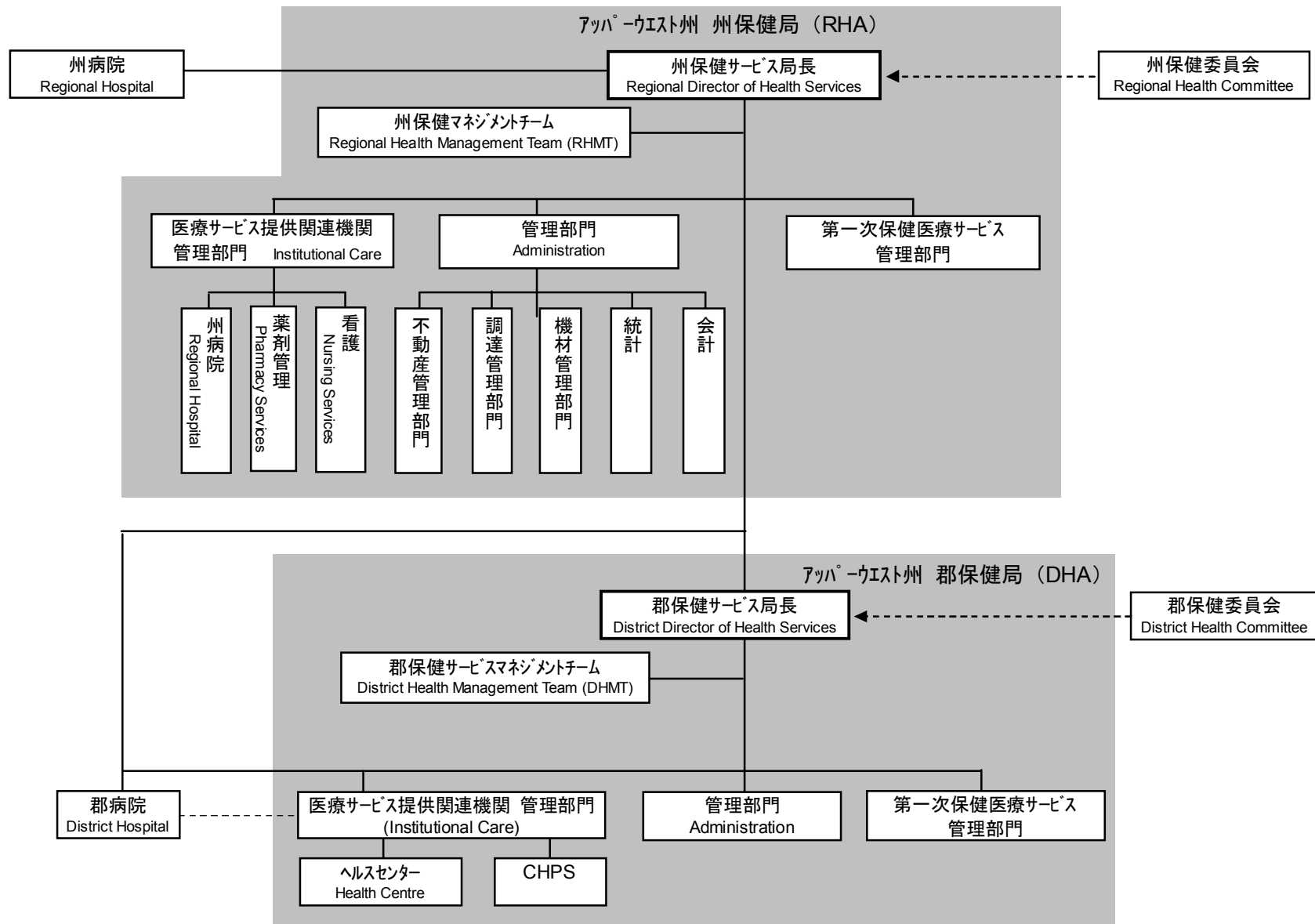


図 2-6 アッパーウエスト州 州及び郡保健局の組織図

出典: アッパーウエスト州保健局提供資料 (2005年4月)

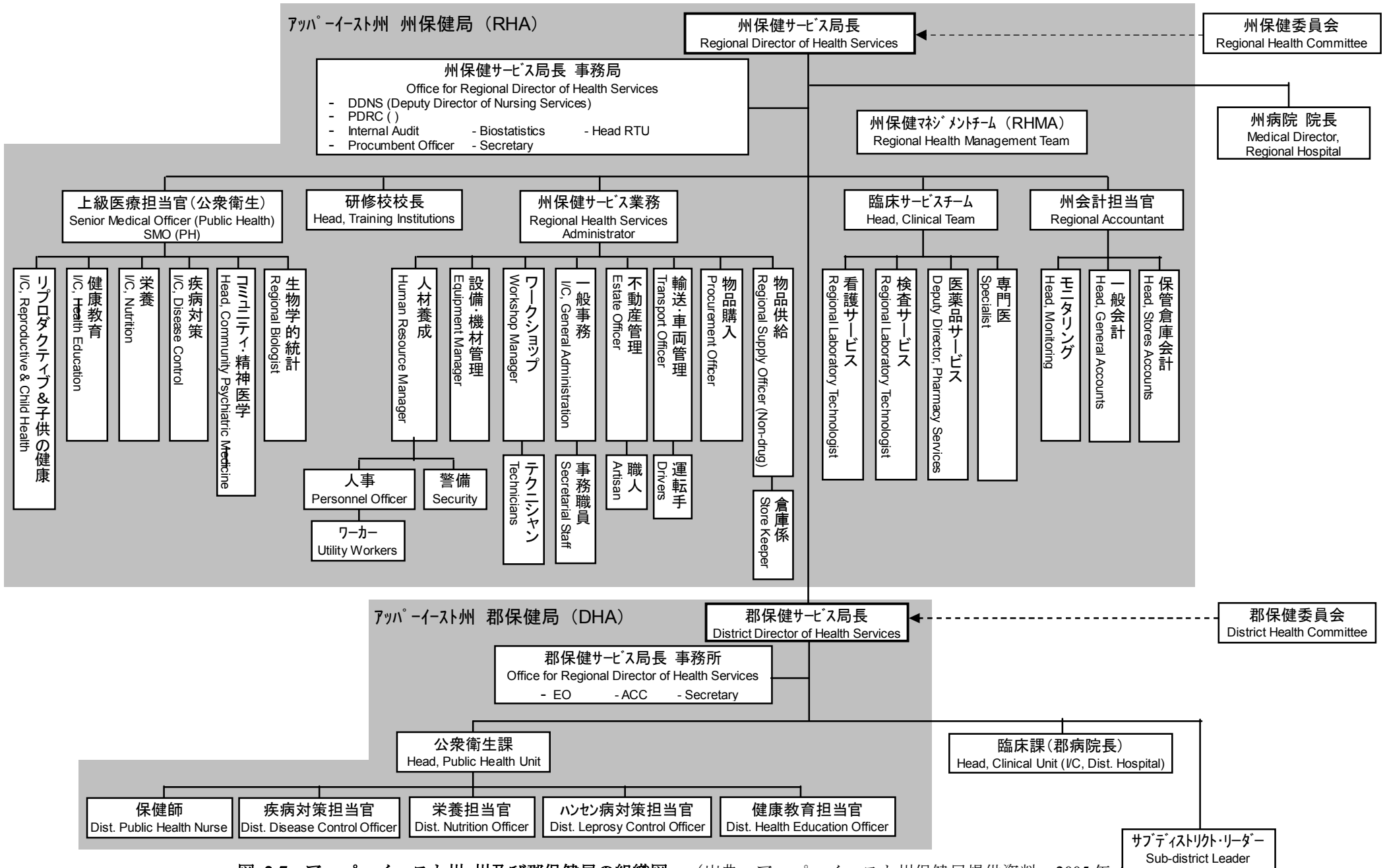


図 2-7 アッパーイースト州 州及び郡保健局の組織図 (出典：アッパーイースト州保健局提供資料、2005年4月)

(3) 地方分権化と地方政府（郡議会）

地域の保健行政においては保健省・GHS に直結したラインと地方自治行政ラインの 2 つが存在すると言える（図 2-8）。DA は主として環境・衛生行政、住民への啓蒙活動を行っており、政府予算の 5% が一種の地方交付金として割り当てられるコモンファンド（DACF）があり、保健分野では HIV/エイズに 1%、マラリア・結核対策に 1% が同ファンドから支出されることになっている（地方自治・開発省における取り決め）。また、議会事務局（ODA）の中に HIV/エイズ・プログラム・コーディネータが配置されるなど人材も手当てされている。しかし主たる保健医療サービス行政は DHA が担っている。

これら 2 つの行政機関（DHA と DA）の連携は必ずしも良好とは言えない。しかし特にコミュニティレベルの保健プログラムの遂行においては DA の役割も大きく、DHA と DA の連携・協力が求められる。CHPS プログラムでは両者の間に良好な協力関係が構築されている郡ではプログラム進捗状況も良好であることが一般的に言える。2004 年の POW レビューでは郡保健局と DA の連携がひとつの課題とされ、保健省がガイドラインを策定することとなった。

地方分権化においては 2 つの側面があり、ひとつは保健省内での中央から州、州から郡への権限委譲、もうひとつは地方自治体（DA）への権限委譲である。政府の地方分権化構想においては、最終的には各中央省庁直轄ラインの行政局を廃止し、州調整会議（RCC）及び DA がそれぞれ州及び郡の行政を統括し、郡レベルでは郡調整官（District Coordinating Director）を長とする DA 事務局（ODA）の財務部、保健部、教育・青年・スポーツ部等 11 の部局（都市の場合は 13 部局）が地域の行政サービスを提供することになっている。しかし、これまでは RHA 及び DHA がすべての保健行政を担ってきており経験も豊富であるのに対し、DA の資源及び行政能力はいまだ弱体で技術スタッフもほとんどいない。保健分野ではヘルスリフォームにより GHS が設置されたばかりでもあり、各省庁直轄ラインから地方自治体ラインの地方分権化には時間がかかるものと思われる。

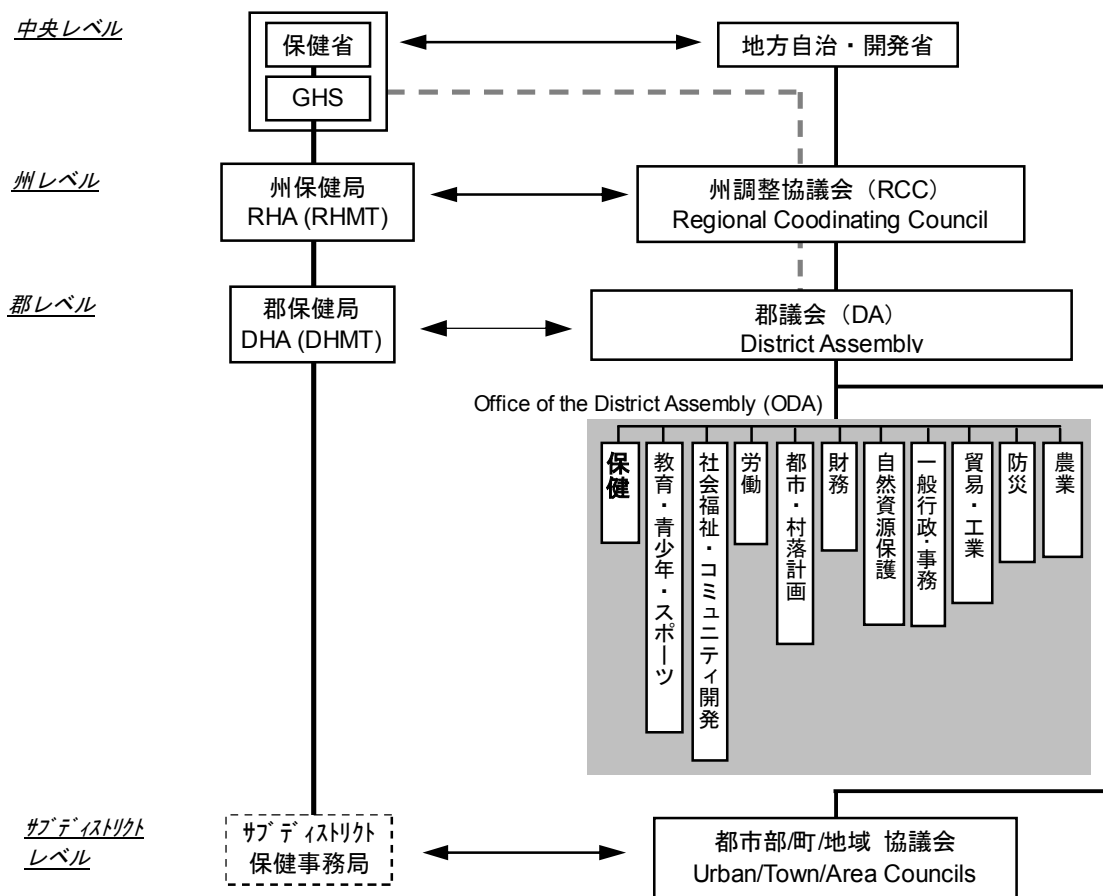


図 2-8 保健省・GHS 下の地方行政機関と地方政府の関係