

ガーナ共和国
アッパーウエスト州
地域保健機能を活用した妊産婦・
新生児保健サービス改善プロジェクト
詳細計画策定調査報告書

平成23年4月
(2011年)

独立行政法人国際協力機構
JICAガーナ事務所

ガーナ事
J R
11-003

ガーナ共和国
アッパーウエスト州
地域保健機能を活用した妊産婦・
新生児保健サービス改善プロジェクト
詳細計画策定調査報告書

平成23年4月
(2011年)

独立行政法人国際協力機構
JICAガーナ事務所

序 文

ガーナ共和国では、2015年のミレニアム開発目標達成を見据え、特に妊産婦死亡率の改善が喫緊の課題となっています。また、保健サービスへのアクセスに関する地域格差是正、コミュニティレベルへの保健サービス提供も重要課題とされており、その手段として、1999年から地域保健師をコミュニティに駐在させ、健康教育や一次医療を提供させる「Community Based Health Planning and Services (CHPS)」政策が採用されています。

独立行政法人国際協力機構（JICA）は2006年からアッパーウエスト州にて技術協力プロジェクト「アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト」を実施し、CHPS政策の実施を支援してきました。この実績を踏まえ、ガーナ共和国政府は、アッパーウエスト州におけるCHPS政策を活用した母子保健分野の状況改善に係る支援を、わが国に対し要請してきました。

これを受けてJICAは、2010年8月から9月にかけて詳細計画策定調査団を派遣し、ガーナ共和国政府及び関係機関との間で、協力計画の策定に係る協議を行いました。本報告書は、プロジェクトの要請背景及び案件形成の経過と概略を取りまとめたものであり、今後のプロジェクトの実施にあたって活用されることを願うものです。

ここに、本調査にご協力を頂いた内外の関係者の方々に深い謝意を表するとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成23年4月

独立行政法人国際協力機構

ガーナ事務所長 稲村 次郎

目 次

序 文
目 次
地 図
略語表
事業事前評価表

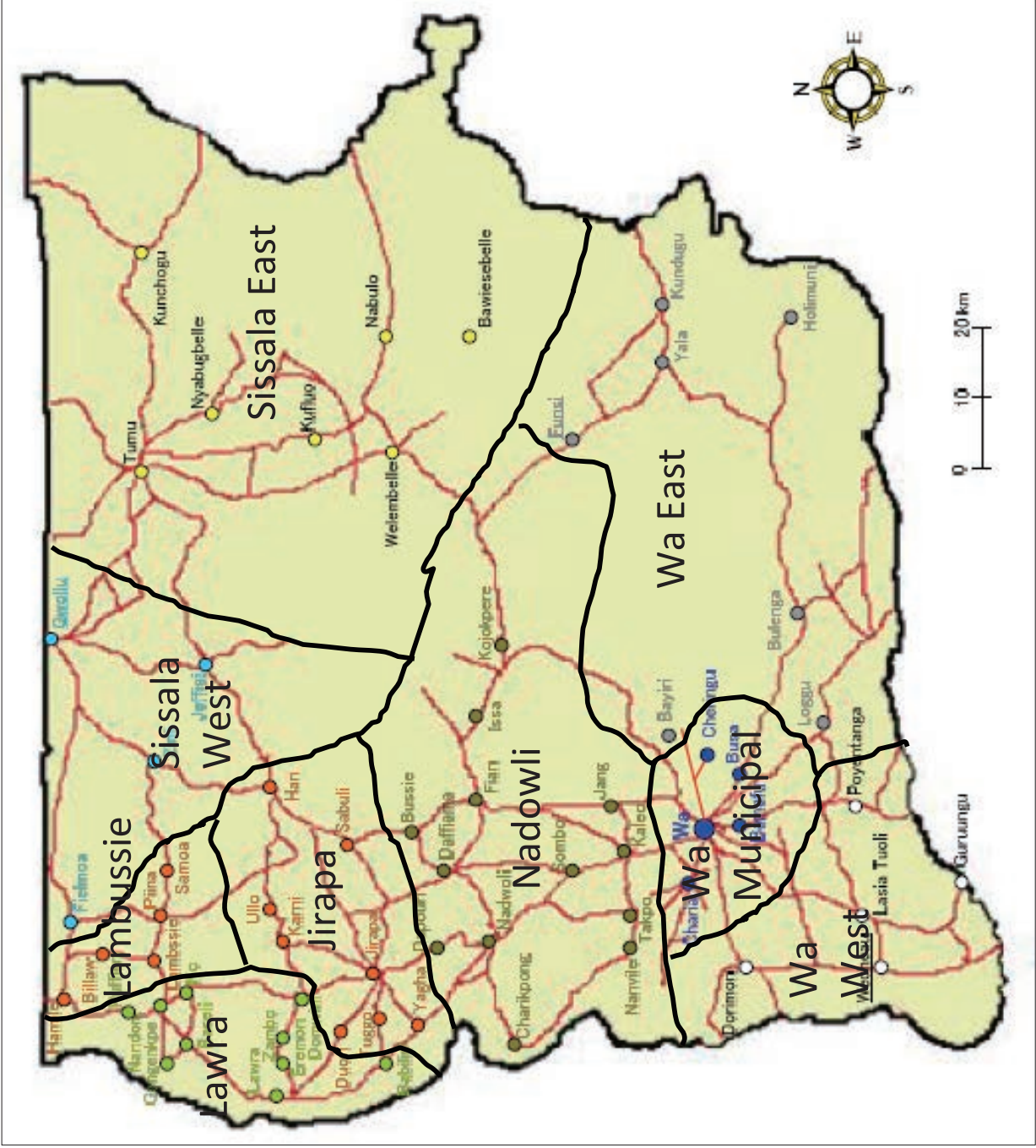
第1章 詳細計画策定調査の概要	1
1-1 プロジェクト要請の経緯及び目的	1
1-2 調査実施内容	1
1-3 調査団の構成と調査期間	2
1-4 調査日程	2
1-5 主要面談者	5
第2章 調査結果概要	7
2-1 総 括	7
2-2 保健医療分野の概況	8
2-2-1 一般保健概況	8
2-2-2 保健医療行政、保健政策及び保健予算	14
2-2-3 保健医療サービス供給体制	20
2-2-4 保健医療人材育成の現状及び課題	24
2-2-5 全国健康保険制度	26
2-2-6 保健情報システム	29
2-3 母子保健分野の概況	30
2-3-1 母子保健行政及び政策	30
2-3-2 現状及び課題	37
2-4 保健医療分野の援助動向	40
2-5 アッパーウエスト州の母子保健分野の概況と課題	45
2-5-1 アッパーウエスト州の地域の概要	45
2-5-2 統計からみたアッパーウエスト州の保健状況	46
2-5-3 アッパーウエスト州の母子保健戦略と活動の実施状況	49
2-5-4 アッパーウエスト州の母子保健の現状と課題	53
2-6 「アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト」終了後の状況確認調査と課題	64
2-6-1 前プロジェクト終了後の状況	64
2-6-2 次期プロジェクトの課題	83
第3章 プロジェクト基本計画	87

第4章 プロジェクトの事前評価	90
4-1 プロジェクトの基本概要・実施プロセス	90
4-2 妥当性	90
4-3 有効性	92
4-4 効率性	92
4-5 インパクト	93
4-6 自立発展性	93

付属資料

1. 詳細計画策定調査協議議事録 (M/M)	97
2. 討議議事録 (R/D)	108
3. 保健省 (MOH) 組織図	123
4. ガーナヘルスサービス (GHS) 組織図	124
5. 第3次保健セクター5カ年計画 (2007-2011) の戦略目標のための活動計画	125
6. アッパーウエスト州のCHPS施設、保健センター等の視察結果	128





アッパーウェスト9郡の地図

略 語 表

略 語	正 式 名 称	和 訳
ACSD	Accelerated Child Survival and Development approach	子どもの生存と成長促進アプローチ
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群、エイズ
BCG	Bacille Calmette Guerin	結核弱毒菌
BEmONC	Basic Emergency Obstetric and Neonatal Care	基礎的緊急産科・新生児ケア
CBA	Community Based Agent	コミュニティー・エージェント (村落ボランティア)
CETS	Community Emergency Transport Systems	コミュニティー緊急搬送システム
CHAP	Community Health Action Plans	地域保健行動計画
CHC	Community Health Committee	地域保健委員会
CHFP	Community Health and Family Planning	コミュニティー保健・家族プロジェクト
CHIM	Centre for Health Information Management	保健情報管理センター
CHN	Community Health Nurse	地域保健看護師
CHO	Community Health Officer	地域保健師
CHPS	Community-based Health Planning and Services	地域保健師による基本的保健医療サービス、地域保健機能
CHV	Community Health Volunteer	地域保健ボランティア
CMAM	Community-based Management of Acute Malnutrition	地域を基盤とした栄養不良管理
C/P	Counterpart	カウンターパート
CRC	Convention on the Right of the Child	子どもの権利に関する協定
DA	District Assembly	郡議会
DANIDA	Danish International Development Assistance	デンマーク国際開発援助庁
DHC	District Health Committee	郡保健委員会
DHIMS	District Health Information Management System	郡保健情報管理システム
DHMT	District Health Management Team	郡保健管理チーム
DMHISs	District Mutual Health Insurance Schemes	郡相互健康保険機構
DPs	Development Partners	開発パートナー
DPT	Diphtheria, Pertussis and Tetanus	三種混合ワクチン(ジフテリア、百日咳、破傷風)
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
EmONC	Emergency Obstetric and Neonatal Care	緊急産科、新生児ケア
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画

FSV	Facilitative Supervision	支援型スーパービジョン
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunization	ワクチンと予防接種のための世界同盟
GDHS	Ghana Demographic Health Survey	ガーナ人口統計・保健調査
GHS	Ghana Health Service	ガーナヘルスサービス (政府の保健サービス実施機関)
GPRS	Ghana Poverty Reduction Strategy	ガーナ成長と貧困削減戦略文書
HC	Health Center	保健所
HIRD	High Impact Rapid Delivery	高インパクトで迅速なサービス提供アプローチ
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム
HRD	Human Resource Department	人材局
IEC	Information, Education, and Communication	情報・教育・コミュニケーション活動
IGF	Income Generation Fund	自己収入資金
IMCI	Integraed Management of Childhood Illness	子どもの病気の統合的管理
IMNCI	Integrated Management of Newborn and Childhood Illness	新生児と子どもの包括的な病気抑制管理
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
MCH	Mother and Child Health	母子保健
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
M/M	Minutes of Meeting	会議議事録、ミニッツ
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey	UNICEF 及び GHS が実施する保健状況分析調査
MLGRD	Ministry of Local Government & Rural Development	地方政府・地方開発省
MNH	Mother and Neonatal Health	新生児保健
MOH	Ministry of Health	保健省
NACP	National AIDS/STD Control Programme	全国エイズ・性感染症対策プログラム
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NHIS	National Health Insurance Scheme	全国健康保険制度
OJT	On the Job Training	現場研修
OPD	Out Patient Department	外来診療部門
OPV	Oral Polio Vaccine	経口ポリオワクチン

ORT	Oral Rehydration Therapy	経口補液療法
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PENTA3		(DPT、B型肝炎、インフルエンザb菌の混合ワクチンの) 予防接種
PHC	Primary Health Care	基礎的保健サービス、プライマリー・ヘルス・ケア
PLWHA	People living with HIV/AIDS	HIV/エイズとともに生きている人々
PO	Plan of Operation	活動計画
PPME	Policy Planning, Monitoring & Evaluation Division	政策計画・モニタリング・評価
RCC	Regional Coordinating Council	州調整委員会
R/D	Record of Discussions	協議議事録
RHMT	Regional Health Management Team	州保健管理チーム
SAM	Severe Acute Malnutrition	重症の栄養不良治療
SDHT	Sub-district Health Team	亜郡保健チーム
SSNIT	Social Security and National Insurance Trust	社会保障・全国保険信託
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TOT	Training of Trainers	講師訓練
UNCT	United Nations Country Team	国連カントリーチーム
UNFPA	United Nation Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children' s Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
UW	Upper West	アッパーウエスト
VCT	Voluntary Counseling and Testing	任意のカウンセリングテスト
WFP	World Food Programme	国連世界食糧計画
WHO	World Health Organization	世界保健機構

事業事前評価表

1. 案件名

(和名) ガーナ共和国アッパーウエスト州地域保健機能を活用した妊産婦・新生児保健サービス改善プロジェクト

(英名) Improvement of Maternal and Neonatal Health Services utilising CHPS system in UWR

2. 協力概要

(1) プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述

本プロジェクトは、アッパーウエスト (Upper West : UW) 州において産前健診・分娩・産後健診のサービスの質の改善、妊産婦及び新生児保健サービスにおけるリファラル・カウンターリファラルシステムの改善、支援型スーパービジョン (Facilitative Supervision : FSV) の強化、コミュニティの地域保健活動への参加が強化されることにより、地域保健機能 (Community-Based Health Planning and Services : CHPS) を活用した妊産婦・新生児保健サービスが改善されることを目的とする。

(2) 協力期間 (想定)

- 1) 協議議事録 (Record of Discussion : R/D) 2010年12月
- 2) 協力実施期間 2011年4月から2016年3月 (60カ月)

(3) 協力総額 (日本側) 8億7,000万円 (想定)

(4) 協力相手先機関

ガーナヘルスサービス¹ (Ghana Health Service : GHS) 計画評価モニタリング局、保健省 (Ministry of Health : MOH) 計画評価モニタリング局

(5) 国内協力機関

未定

(6) 他の関連協力

無償資金協力、青年海外協力隊 (Japan Overseas Cooperation Volunteers : JOCV)、国別研修

(7) 裨益対象者と規模など

UW州の母子約28万人²

¹ ガーナヘルスサービスは、保健省 (MOH) で策定された政策の実施機関である。

² 2009年年次報告書で示された UW 州の総人口は 67 万 1,043 人、うち母子保健の対象となる生殖年齢 (15-49 歳) にある女性の推定人口は 16 万 1,050 人、5 歳以下の子ども (5 年間の新生児出生数の近似値として使用) の推定人口は 12 万 788 人である。

3. 協力の必要性・位置づけなど

(1) 現状と問題点

ガーナ共和国（以下、「ガーナ」と記す）では、保健サービスの提供に関し地域による格差があり、特に北部や農村部の基礎的保健サービス（Primary Health Care : PHC）へのアクセスが限定されている。ガーナ政府は、この保健サービスへのアクセスの格差是正の戦略として、駐在地域保健師による基本的保健医療サービス〔Community-Based Health Planning and Services : CHPS、なお、本案件名としては「地域保健機能」と表記〕政策を採用した。CHPS政策は地域看護師（Community Health Nurse : CHN）に2週間程度の訓練を行い、本訓練を終えたCHNを駐在地域保健師（Community Health Officer : CHO）として、数個のコミュニティから構成される人口2,000人から3,000人のCHPSゾーンに駐在させ、健康教育・住民参加促進・リファラルなどのPHCサービスを実施することを根幹としている。

本政策に基づくサービスのカバー率改善は、当初郡レベルの行政能力の不足、CHPS地区に派遣されるCHOの数や能力の不足、コミュニティの参加度合いの低さなどにより停滞したため、ガーナ政府は、乳幼児死亡率等の保健指標が他地域よりも悪いUW州における本政策支援のための技術協力プロジェクトを要請し、これを受けて技術協力プロジェクト「アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト」（以下「前プロジェクト」）が2006年3月から2010年2月まで実施された。

1) 前プロジェクトの概要

前プロジェクトは、「UW州CHPS政策に関するGHSの行政能力の強化」という目的を達成するために、①州保健管理チーム（Regional Health Management Team : RHMT）・郡保健管理チーム（District Health Management Team : DHMT）・亜郡保健チーム（Sub-district Health Team : SDHT）のCHPSサービス運営管理能力の強化、②CHOのCHPSサービス実施能力の強化、③支援型スーパービジョン（FSV）システムの開発と実施、④病院・保健所（health centre : HC）・CHOのリファラル手順の強化、⑤住民参加促進手順の改善、⑥好事例・革新的事例モデルの紹介—という6項目を柱とした技術協力を行った。終了時評価において、同プロジェクトはプロジェクト目標をおおむね達成し、特に以下の点が大きく貢献したとされた。

- ① CHOのトレーニング体制の標準化。CHO養成研修のモジュール及び教材を使いやすく整備するとともにファシリテーターを育成し、160名のCHOを養成した。
- ② RHMT・DHMT・SDHT・CHPSゾーンのすべてのレベルにおけるマネジメント体制の強化。それぞれのレベルに対応したFSVの体制を構築し、そのツールを開発・普及した。
- ③ 住民参加活動の促進。プロジェクトは、コミュニティ保健活動計画の作成・実行を通じて、CHPS運営に係る住民参加を強化した。

2) アッパーウエスト州の母子保健概況

次表にみられるように、2008年のUW州の乳児死亡率と5歳未満児死亡率は、全国平均と比べ依然として高い。また施設内妊産婦死亡率は増減を繰り返しており、2009年UW州保健局年次報告書によると2009年の施設内妊産婦死亡率（/出生10万）は240.0と報告さ

れている。

	施設内妊産婦死亡率 (/ 出生 10 万) 2008 年	乳児死亡率 (/ 出生千) 2008 年	5 歳未満児死亡率 (/ 出生千) 2008 年
全国平均	199.7	50.0	80.0
UW 州	120.6	97.0	142.0

出所：The Health Sector in Ghana, Facts and Figures 2008, GHS, 2009

ガーナでは、2015 年のミレニアム開発目標達成を見据え、特に妊産婦死亡率については達成の見込みがないことが問題視されており、喫緊の課題となっている。CHPS サービスは、医療施設へのアクセスが難しい地域における保健改善のツールとみなされていることから、今般、本サービスを活用した UW 州における母子保健改善に係る技術協力プロジェクトの要請が挙げられた。なお、UW 州では妊産婦死亡率が 2009 年には前年の 2 倍となっており、妊産婦死亡率の低下が求められていること、全国平均の乳児死亡率 (/ 出生千) 50.0 のうち、88%にあたる 44.0 が新生児死亡であること、妊産婦死亡低下の試みは、新生児死亡低下の試みと重複すること、乳幼児を対象とした介入は他のドナーが実施していることから、州保健局との協議の結果、本プロジェクトのスコープは妊産婦及び「新生児」に絞ることとなった。

(2) 相手国政府国家政策上の位置づけ

ガーナ政府の最新の保健セクター 5 カ年計画 (THE HEALTH SECTOR PROGRAMME OF WORK : 2007-2011) の優先事項のトップに、「妊産婦と子どもの保健を改善する」ことが挙げられている。また、この 5 カ年計画で CHPS 政策の重要性と継続の必要性も明記されている。また、2010 年に保健省 (MOH) と国連が発行したミレニアム開発目標促進枠組み国家行動計画 (Millennium Development Goals Acceleration Framework Country Action Plan) では、ミレニアム開発目標 4 (Millennium Development Goal : MDG4、乳児死亡率の減少) と MDG5 (妊産婦死亡率の減少) の達成が国の最優先事項であることが明示され、特に妊産婦の保健改善が急務であるとされている。

(3) 日本の援助政策との関連 (プログラムにおける位置づけ)

対ガーナ国別援助計画では、戦略プログラム 2 「貧困地域における基礎生活環境の改善」の中で、①地域保健改善、感染症対策、②計画策定・実施・モニタリング強化—を優先課題としている。

2010 年 9 月にわが国が発表した国際保健政策 (2011-2015) においては、目標として「妊産婦と新生児の死亡率削減のための効果が証明されている保健サービスパッケージの導入と、乳幼児の死亡率削減のための効果の高い保健施策の拡大を通じ、妊産婦と乳幼児死亡率の更なる低下をめざす」を掲げている。この目標達成のための具体的な案としてはコミュニティ・ベースの予防及び治療ケアの強化、施設ベースの予防及び治療ケアの強化、コミュニティと施設をつなぐシステム強化が挙げられているが、本プロジェクトは本政策との整

合性がある内容となっている。

同じく 2010 年 9 月に JICA が発表した JICA の保健分野のポジションペーパー「JICA の保健分野の協力ー現在と未来ー」でも、JICA は母子保健を保健協力の重点領域（重点サブセクター）とし、かつ「保健協力の各領域に共通する協力課題、保健事業の仕組みづくり」として、「行政能力の向上」と「保健医療拠点の機能強化と拠点間の連携体制強化」を明示している。

また、同ペーパーでは、「実証的根拠を活用した質の高い事業」を重点アプローチとすることが記載されている。本プロジェクトの内容は、妊産婦死亡削減に効果の高いことが実証されている産前産後健診と熟練医療従事者による分娩介助を促進するものであり、重点アプローチと整合している。

さらに、同ペーパーでは、「従来型のプロセス評価に加え、インパクト評価も実施することで、キャパシティ・ディベロップメントの過程が、保健アウトカム指標（死亡率、罹患率、保健介入の裨益率）に対してどのような影響を与えるかを定量的に検証する。」と記載されている。サービス提供者の能力強化が死亡率低下などのアウトカムを導く過程を量的に評価するため、本プロジェクトでは代替指標として、保健サービスの質の向上（各レベルの、妊産婦・新生児保健に関する評価点の向上）や、保健サービスへのアクセス向上に関する指標を設定している。また、これらの指標の達成による結果として、「スーパーゴール」の指標としてはアウトカム指標である「妊産婦死亡率の減少」「新生児死亡率の減少」を設定しており、ポジションペーパーの重点アプローチとも整合している。

なお、本プロジェクトは無償資金協力、協力隊派遣、集団研修等から構成される UW 州母子保健改善プログラム（名称未定）の中核プロジェクトとなる予定である。

4. 協力の枠組み

(1) 協力の目標（アウトカム）

1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

<協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）>

UW 州で CHPS を活用した妊産婦・新生児保健サービスが改善される。

<指標>

指標に関しては、ベースライン調査後に数値目標を設定する。

- ① 妊産婦・新生児保健に関する支援型スーパービジョン（FSV）における、RHMT・DHMT・SDHT・CHO の評価点（達成すべき項目のうち実際に達成できた項目割合）
- ② 質の高い（focused）産前健診³を受診した妊婦の割合

³ UW 州においても単なる産前健診の受診率は既に 92%以上と高い水準にあるが、妊娠初期（1～3 カ月）の健診やチェックリストによる標準化された健診、出産計画などを提案する質の高い産前健診の実施はまだあまり行われていないことが課題となっている。プロジェクト開始後に、カウンターパート（Counterpart：C/P）とともに「質の高い」産前健診の定義を確定する。

⁴ 施設分娩には、「病院・SDHT が勤務する保健センターにおける医師・助産師の介助による分娩」と「CHPS 施設における CHO の介助による緊急時の分娩介助」の両方が含まれる。施設分娩の増加は妊産婦死亡率の減少に効果的である。

- ③ 施設分娩（institutional delivery）⁴の割合
- ④ 産後健診を受診した母親・新生児の割合⁵

- 2) 協力終了時に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値
<協力終了時に達成が期待される目標（上位目標）>
UW州で妊産婦・新生児保健サービスが継続して改善される。

<指標>

2020年までに、下記の指標が2015年より改善している。

- ① 質の高い産前健診を受診した妊婦の割合
- ② 施設分娩の割合
- ③ 産後健診を受診した母親・新生児の割合

(2) 成果（アウトプット）と活動

以下に成果（アウトプット）と活動、そのための指標を記載する。指標に関しては、ベースライン調査後に数値目標を設定する。

- 1) 成果1：UW州で妊娠後3カ月以内の産前健診受診が増加する。

活動：成果1の達成に向けて、以下の活動を行う。

- 1-1 コミュニティにおける妊娠後3カ月以内の産前健診登録の促進
- 1-2 産前健診の質の改善
- 1-3 産前健診脱落者の追跡強化

指標：妊娠後3カ月以内に登録し、産前健診を受ける妊婦の割合

- 2) 成果2：UW州で熟練医療従事者の介助による分娩が増加する。

活動：成果2の達成に向けて、以下の活動を行う。

- 2-1 コミュニティでの安全な母性に関する認識の普及
- 2-2 保健センターの分娩施設の改善
- 2-3 SDHT及びCHOの能力強化

指標：助産の訓練を受けたCHO及びCHNの立会いによる緊急分娩⁶の割合
熟練医療従事者が介助した分娩数

- 3) 成果3：UW州で産後健診受診者が増加する。

活動：成果3の達成に向けて、以下の活動を行う。

- 3-1 妊産婦及び新生児死亡例の分析検討と検討会の強化
- 3-2 産後健診の質の改善

⁵ (分娩後に少なくとも1回医療従事者による産後健診を受けた母親及び新生児の数) / (推定妊婦数) で計算する。

⁶ 熟練医療従事者（Skilled Birth Attendant）は医師及び助産師のみであるが、児の頭が見えている状態などの緊急時は、CHOによる分娩介助が許されている。また、CHNはヘルスセンターや病院にて医師及び助産師の指示の下の分娩介助が許されている。

3-3 産後健診脱落者の追跡改善

3-4 コミュニティでの産後健診の促進

3-5 医療施設の、分娩後のカウンターリファラル能力の改善

指標：分娩後7日から10日以内に産後健診を受ける母親・新生児の割合

- 4) 成果4：UW州の妊産婦及び新生児保健サービスにおけるリファラル・カウンターリファラル⁷が改善される。

活動：成果4の達成に向けて、以下の活動を行う。

4-1 リファラル記帳及びリファラル様式の活用改善

4-2 病気の母親と子どもに関するカウンターリファラルの改善

4-3 リファラルコーディネーターの機能強化

指標：妊産婦・新生児保健関係のリファラル台帳・文書管理に関するFSVによる評価点

- 5) 成果5：UW州で支援型スーパービジョン（FSV）⁸が強化される

活動：成果5の達成に向けて、以下の活動を行う。

5-1 FSV モニタリングツール、ガイドライン、マニュアルの改訂

5-2 改訂版モニタリングツール、ガイドライン、マニュアルの使用に向けた能力強化

5-3 改訂されたFSVのためのデータベースの開発

5-4 FSV結果の活用の強化

指標：2015年までに、改定されたFSVモニタリングツール及び手法によるモニタリングの実施率が、以下のレベルで、目標値を超えて実施される

- ・ RHMTがDHMTに対して実施するFSVモニタリング
- ・ RHMTがRHMT自身に対して実施する自己FSVモニタリング
- ・ DHMTがSDHTに対して実施するFSVモニタリング
- ・ SDHTがCHOに対して実施するFSVモニタリング
- ・ CHOが村落ボランティア及び地域保健委員会（Community Health Committee：CHC）に対して実施するモニタリング

- 6) 成果6：UW州において地域保健行動計画（CHAP）の実施をはじめとしたコミュニティの健康維持増進活動への参加が促進される

活動：成果6の達成に向けて、以下の活動を行う。

6-1 コミュニティ保健活動計画（CHAP）促進方法の研修

6-2 CHC及びCHVの活動の改善

6-3 保健サービスへのアクセスの強化

指標：① CHAPをもつCHPSゾーンの割合が増加する。

② 機能しているコミュニティ緊急搬送システム（Community Emergency Transport

⁷ リファラルとは、下位の医療機関から上位の医療機関への患者の照会（紹介や搬送）、カウンターリファラルとは上位から下位機関への、照会された患者の処置内容、経過、必要なフォローアップ内容の報告を指す。

⁸ 州保健局、郡保健局、亜郡保健局間の業務監督手法

Systems : CETS⁹) をもつコミュニティの割合が増加する。

- 7) 成果 7 : 妊産婦・新生児保健サービスと CHPS 実施に関する好事例が UW 州の内外での普及に向けて紹介される。

活動 : 成果 7 の達成に向けて、以下の活動を行う。

7-1 CHPS 実施に関する情報管理の強化

7-2 フォーラムやスタディツアーによるグッドプラクティスの普及

指標 : 好事例や革新的な事例が特定かつ文書化される

UW 州内外に事例が紹介される

- 8) 成果 8 : プロジェクトが直接生み出す産出物 (アウトプット) と、その産出物によって達成されると期待される成果 (アウトカム) がモニターされる。

活動 : 成果 8 の達成に向けて、以下の活動を行う。

8-1 ベースライン調査

8-2 活動のモニタリング

8-3 エンドライン調査

8-4 PDM の改訂

指標 : ①ベースラインのモニタリング結果のデータが取りまとめられる (2011 年中)

②エンドラインのモニタリング結果のデータが取りまとめられる (2015 年まで)

(3) 投入 (インプット) (評価時点)

- 1) 日本側 (総額 8 億 7,000 万円)

専門家派遣、供与機材、在外事業強化費、その他

- 2) ガーナ側

カウンターパート人件費、施設・土地手配、光熱費及び水道代、その他

(4) 外部要因 (満たされるべき外部条件)

以下の外部条件は活動開始、成果、プロジェクト目標、上位目標のために満たされる必要があり、プロジェクト実施期間中を通して観測される必要がある。

- 1) 前提条件

- ・ プロジェクト開始に必要な人的・財務的資源が確保される。
- ・ 伝統的首長がプロジェクト活動に賛同する。

- 2) 成果 (アウトプット) 達成のための外部条件

- ・ 訓練されたスタッフが UW 州で継続して働く。

⁹ 機能している CETS の定義はプロジェクト開始後に設定する。

- ・ UW 州が GHS にとって優先地域であり続ける。
- 3) プロジェクト目標達成のための外部条件
- ・ 郡議会と他の開発パートナーが保健改善に対し、主要な開発目標として責任をもって対応し続ける。
 - ・ 州病院、郡病院、保健センターで提供されるサービスの質が維持もしくは改善される。
 - ・ 伝統的首長が住民の行動変容に対し責任をもって対応し続ける。
- 4) 上位目標達成のための外部条件
- ・ UW 州住民を取り巻く社会・経済状況が大きく悪化しない。
 - ・ CHPS サービス範囲が継続的に拡大する。
 - ・ UW 州で他の保健プログラムが継続して実施される。
- 5) 上位目標が継続するための外部条件
- ・ 母子保健を重点項目とする国家保健政策が継続する。

5. 評価5項目による評価結果

(1) 妥当性

妥当性は以下の点から高いと評価された。

- ・ プロジェクト対象地域である UW 州は、乳幼児死亡率等の保健指標が他地域よりも悪く、プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）へのアクセスが限られている貧困地域である。本プロジェクトは PHC へのアクセスの悪い地域での母子保健改善を目的としており、対象地域住民のニーズと合致している。
- ・ 3. (2) (3) で記載のとおり、ガーナ政府の政策、わが国の政策と本プロジェクトの内容は完全に合致している。

(2) 有効性

有効性は以下の点から高くなると見込まれる。

プロジェクト目標は、「UW 州の CHPS システムを活用して妊産婦・新生児保健 (MNH) サービスを改善する」ことである。成果 1 から 3 に関連した州レベル、郡レベル、亜郡レベル及びコミュニティレベルにおける産前健診・分娩・産後健診に係るサービス改善、成果 4 による、妊産婦及び新生児保健サービスにおけるリファラル・カウンターリファラルシステムの改善、成果 5 による上位保健局から下位保健局及び医療施設への業務監督機能の強化、成果 6 によるコミュニティの地域保健活動への参加が強化されることにより、妊産婦及び新生児保健サービス強化のためのシステム強化、サービスの質の改善、サービスの利用増加及び住民による健康の維持増進がなされ、プロジェクトの目標が達成されるという関係性となっている。なお、成果 7 によって国内の関係者や他ドナーと好事例を共有するとともに、成果 8 による成果のモニタリングを行い、円滑にプロジェクトを実施する。

- ・ 重要にもかかわらず満たされる可能性が極めて低い外部条件（キラーアサンプション）は存在せず、成果からプロジェクト目標につながるための外部条件が満たされる可能

性は高い。

- ・ 現状では、プロジェクト目標達成を阻害する大きな要因は見つからないが、以下の項目はモニタリングの必要がある。しかし、これらの事象が起きたとしても、スタッフの交代については前任者から後任者への引き継ぎやプロジェクト専門家からのブリーフィング、国家戦略の改定については必要に応じた教材の改訂など適切な対応により、プロジェクト目標の達成は可能である。
 - ① 州保健局長がプロジェクト期間中に交代する可能性がある。
 - ② 主要な UW 州保健局のスタッフが交代する可能性がある。
 - ③ 母子保健（Mother and Child Health : MCH）の国家戦略が 2012 年に改定される。

(3) 効率性

効率性は以下の点から高いことが見込まれる。

- ・ 成果はプロジェクト目標を達成するために必須の内容をワークショップ参加者で確認し、最終的に選定されたものが設定されている。
- ・ 前フェーズで達成された FSV 強化、リファラル手順向上、住民参加促進などに基づき、さらにそれらの活動・成果を発展させる構造となっており、効率性が高い。
- ・ 本プロジェクトは UW 州母子保健改善プログラム（仮称）を構成するひとつのプロジェクトとして実施される。以下の各スキームの実施による相乗効果により、UW 州全体への投入・費用対効果が最大となることが期待される。
 - ① 前プロジェクトで築いた基礎に基づき、MNH 改善に向けた CHPS システムと組織体制強化を技プロで行い、その量的な広がりを見込める CHPS 施設建設で担保する。
 - ② 郡及びコミュニティレベルのサービス改善を JOCV が行い、保健サービスの現場の課題の把握を可能とする。
 - ③ 母子保健、地域保健に関する本邦研修にプロジェクト関係者を派遣し、能力強化を図る。
 - ④ フォーラムやスタディツアー、連絡会議により、他の援助機関と情報共有を行い、活動の重複を避けるとともに双方の活動に生かす。
- ・ 重要にもかかわらず満たされる可能性が極めて低い外部条件（キラーアサンクション）は存在せず、活動から成果につながるための外部条件が満たされる可能性は高い。

(4) インパクト

インパクトは以下の点から高くなると予測される

- ・ 上位目標となっている母子保健サービスの改善は相手国政府の重点課題であること、プロジェクトのなかでは、サービス提供者の能力強化を行うため、既存の人員によるプロジェクト活動の継続が見込まれること、現時点において外部条件の悪化は見込まれないことから、上位目標は適切で、達成される可能性が高い。
- ・ 重要にもかかわらず満たされる可能性が極めて低い、プロジェクト目標から上位目標につながるための外部条件（キラーアサンクション）は存在しない。
- ・ 本プロジェクトの成果として、産前健診、施設分娩、産後健診を促進するさまざまなツ-

ルや手法、リファラル・カウンターリファラルや FSV、住民参加促進を改善するためのツール・システムが開発される予定である。これらの成果が MOH 及び GHS により他州に紹介され、他州の地域保健機能の強化や母子保健サービスの改善に活用されることが期待される。

- ・ 負のインパクトは現状では想定されていない。

(5) 自立発展性

自立発展性は予算面で継続的なモニタリングが必要であるものの、概して組織・制度・技術面の自立発展性は高いと予測される。

- ・ ガーナの保健政策と MOH、GHS の聞き取り結果から、政策における MNH の優先性、CHPS の重要性は、協力終了予定の 2016 年以降も継続する可能性が高い。
- ・ 前プロジェクトで能力強化された講師グループや CHPS ユニットメンバーが存在し、技術的な自立発展性を担保できる。
- ・ 前プロジェクトの終了時に、① CHO 新人研修の継続（約 140 万円/年）、② FSV 実施の燃料費とレビュー会議開催費（約 330 万円）、③ FSV ツールの印刷費（約 70 万円）を継続支出することを GHS 本部に依頼したが、州保健局予算への増額は実現されず、これらのコストを州保健局予算に含めるように指示があったのみであった。結果として、①は国連児童基金（United Nations Children's Fund : UNICEF）の支援により 2010 年に実施予定、②は UW 州保健局予算で実施されたが、③は予算の見込みが立っていない。2009 年の中央政府から UW 州保健局の支出は、全体額（約 1,370 万セディ＝約 9 億 5,900 万円）の 3%（約 49 万 2,000 セディ＝約 3,440 万円）に過ぎず、ほとんどの収入は自己収入資金（IGF）（約 940 万セディ＝約 6 億 6,000 万円）とグローバルファンド、ワクチンと予防接種のための世界同盟（Global Alliance for Vaccine and Immunization : GAVI）等から拠出される「プログラム資金」（約 376 万セディ＝約 2 億 6,300 万円）による予算構成となっている。プロジェクト実施中に、IGF あるいはプログラム資金の活用などの検討を促し、終了後の事業予算確保を担保するよう働きかけることが必要となる。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

- ・ 本プロジェクトはガーナのなかでも貧困度の高い UW 州の住民を対象として実施される。
- ・ 本プロジェクトの主な裨益者は UW 州の妊産婦である。また、女性の知識や決定権の不足により医療施設を受診が妨げられているが、本プロジェクトの実施により女性及びコミュニティが正しい知識をもち、かつ女性の判断がより尊重されるようになることが予想される。
- ・ 環境に関する負の影響は想定されない。なお、医療廃棄物の処置については、前プロジェクトと同様、FSV を通した医療施設に対する業務モニタリングにより、適切な指導・実施を強化することができる。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

前プロジェクトは州レベル、郡レベル、亜郡レベル、CHPS ゾーンの GHS 関係者の行政能力向上及び CHPS ゾーンに勤務する CHO の育成を実施した。今回、妊産婦・新生児保健サービスの

改善を行うにあたり、州全体の保健サービスの質は州保健局が監督していること、次プロジェクトで新たに支援の対象となる保健センター及びクリニックのサービスの質については亜郡保健管理チームが監督していること、コミュニティレベルの保健サービス提供は CHO が行っていることから、前プロジェクトで確立した監督手法である「FSV」や育成した人材を活用するとともに、教訓を踏まえて案件を実施する必要がある。活用できる教訓としては以下のとおり。

- ・ CHO の能力向上には FSV によるモニタリングが有効である。
- ・ リファラルとその結果のフィードバックにより、CHO はリファラル能力を向上させることができる。
- ・ 医療施設へのアクセス改善のためにはコミュニティ緊急搬送システム（CETS）が有効である。

8. 今後の評価計画

- ・ 2010年12月 二国間合意文書（R/D）署名
- ・ 2013年（プロジェクトの第3年次） 合同中間レビュー
- ・ 2015年（プロジェクトの第5年次） 合同終了時評価
- ・ 2018年 事後評価（プロジェクト終了3年後） 予定

第1章 詳細計画策定調査の概要

1-1 プロジェクト要請の経緯及び目的

ガーナ国家開発戦略では、ガーナ共和国（以下、「ガーナ」と記す）が一定期間内に中所得国となるべく経済成長を促進させることを主目標としており、保健セクターにおいては生産層保護の観点から①保健サービスへのアクセス、②マラリア予防、③ HIV/ 後天性免疫不全症候群（Acquired Immunodeficiency Syndrome : AIDS）予防を重点課題として掲げている。

主要保健指標をみると、妊産婦死亡率（10万対、施設内）、乳児死亡率（出生千対）、5歳未満児死亡率（出生千対）とも改善傾向にあるが、特に妊産婦死亡率については介入の量に比して成果が上がらないことが問題視されており、年内（2010年）には全国においてガーナ保健サービスによる緊急産科ケアに関する調査が行われる予定である。

1999年には「Community Based Health Planning and Services（CHPS）」プログラムが開始された。このプログラムはコミュニティと家族の健康維持増進に係る活動を促進することにより、国民の健康を改善することを目標としており、「2015年までに1,706カ所のCHPSコンパウンドを設置すること」「2015年までに、すべての国民がCHPSサービスを受けられるようになること」をめざしている。CHPSコンパウンドには地域保健師（CHO）が常駐し、簡単な疾病の処置、予防接種、各種保健指導、重症例の上位医療機関への照会を行っている。

JICAは所得が低い北部3州の1つ、アッパーウエスト（UW）州において2006年3月から2010年2月まで「アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト」を実施し、保健政策の実施を担う機関であるガーナヘルスサービスの計画モニタリング評価局、UW州ガーナヘルスサービス保健管理局をカウンターパート（C/P）機関とし、CHPSサービス提供に係るUW州ガーナ保健サービスの組織能力強化を目的とした活動を行った。その結果、プロジェクト目標はおおむね達成され、特に地域保健師（CHO）の研修についてはC/Pのみで実施できるようになった。他方、プロジェクトで強化された支援型スーパービジョン（FSV）の実施、上位機関への照会については実施が不十分であり、支援を継続する必要がある。また、C/P機関の組織能力強化により、喫緊の課題である母親への保健サービスが改善される必要がある。

このような背景の下、ガーナ政府から同プロジェクトで実施した保健システム強化の成果を生かした形でUW州における母子保健分野の協力要請があった。

本件調査は、ガーナ政府からの協力要請の背景、内容を確認し、案件の事前評価を行うとともに、計画策定に必要な情報・資料を収集・分析し、C/P機関であるガーナヘルスサービスをはじめとする先方実施機関と合意された協議内容について、協議議事録（M/M）として署名することを目的とする。

なお、UW州においては、無償資金協力、技術協力プロジェクト、青年海外協力隊（JOCV）派遣から構成される新プログラムの形成を予定しており、本プロジェクトはこの新プログラムのなかに位置づけられる。

1-2 調査実施内容

- (1) ①現地踏査（UW州）によるファシリテータータイプスーパービジョン等前技プロで実施した活動の現状調査、②既存資料の整理と分析による基礎情報調査、③開発パートナーへの聞き取り、④保健省（MOH）、ガーナヘルスサービスへの聞き取り、⑤州及び郡保健局関係

者を対象とした PCM ワークショップの実施、等を通して、プロジェクトの協力の枠組み（目標、対象範囲、成果、投入、指標等）について検討し、先方政府と協議を行う。

- (2) 上記 (1) の協議結果に従い、プロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM) (案)、活動計画 (Plan of Operation : PO) (案) を作成し、実施体制を確認のうえ、双方の負担事項やプロジェクト実施上の留意事項、プロジェクト開始までに双方で必要な作業等について協議を行う。
- (3) 評価 5 項目に沿って、プロジェクト事前評価を行う。
- (4) 協議結果を合意文書〔ミニッツ (Minutes of Meeting : M/M)〕にまとめ、先方政府と署名交換を行う。

1-3 調査団の構成と調査期間

担当分野	氏名	所属	現地調査期間
団長 / 総括	木藤 耕一	JICA ガーナ事務所 次長	現地より参加
評価計画(1)	加藤 恵	JICA ガーナ事務所 所員	現地より参加
評価計画(2)	会沢 栄志	JICA 人間開発部 保健第一グループ 保健第二課	2010.8.27~9.3
評価分析	池田 高治	アイ・シー・ネット株式会社 シニア アコンサルタント	2010.8.7~9.30
母子保健政策	渡慶次 重美	国際環境科学研究所 取締役社長	2010.8.7~9.30
地域母子保健	石賀 智子	アイ・シー・ネット株式会社 シニア アコンサルタント	2010.8.7~9.30

1-4 調査日程

				訪問先	主務
8月16日	月	渡慶次・池田・石賀 成田→アムステルダム			
8月17日	火	アムステルダム→アクラ			
8月18日	水			JICA ガーナ事務所 保健省 (MOH) GHS 計画評価モニタリング 課、家庭保健課	打合せ 表敬 表敬、情報収集
8月19日	木		池田・石賀 アクラ→ワ	GHS 人材育成課、UNICEF、 WHO	情報収集、意見交換
8月20日	金			【アクラ】 財務・経済計画省、USAID、 UNFPA、世銀 【U/W】州保健局、CHPS コ ユニット	表敬、情報収集、意 見交換 表敬、現地調査スケ ジュール確認
8月21日	土				情報整理
8月22日	日				情報整理

8月23日	月			【U/W】州保健局、ワ中央SDHT、Pisie CHPS zone	情報収集、意見交換 現地調査準備（調査補助員との打合せ、質問紙のプレテスト等）
8月24日	火			【アクラ】母子保健課、保健情報管理センター（CHIM） 【U/W】ワ市保健局（DHMT、CHO、SDHT）	情報収集
8月25日	水	木藤 アクラ→ワ		【U/W】ナドゥリ郡保健局（DHMT、CHO、SDHT） ナドゥリ郡議会事務所	情報収集
8月26日	木			【アクラ】保健セクタードナー会合出席 【U/W】ランブシエ郡保健局（DHMT、CHO、SDHT） ランブシエ郡議会事務所、ローラ郡保健局	情報収集
8月27日	金			【アクラ】GHS 人材育成課 【U/W】ワウエスト郡保健局（DHMT、CHO、SDHT）、ワウエスト郡議会事務所、ナドリ郡病院	情報収集
8月28日	土	木藤 ワ→アクラ	池田・石賀 ワ→アクラ		情報整理
8月29日	日				団内打合せ
8月30日	月			【アクラ】GHS 栄養課	現地調査途中経過の共有
8月31日	火			【アクラ】MOH 人材育成局	対処方針会議
9月1日	水	会沢 アクラ→ワ	池田・石賀 アクラ→ワ	【アクラ】GHS/ 計画評価モニタリング課	
9月2日	木	会沢 ワ→タマレ		【U/W】ジラパ郡保健局（DHMT、CHO、SDHT）、ジラパ郡病院、ワイースト保健局、ワ市議会事務所	現地調査
9月3日	金	会沢 タマレ→アクラ→		【アクラ】家族計画局、EPIプログラム 【U/W】シサラウエスト郡保健局、シサライースト保健局、ラウラ郡保健局（DHMT、CHO、SDHT）、ラウラ郡病院	現地調査
9月4日	土	会沢 ドバイ			情報整理

9月5日	日	会沢 →成田			情報整理
9月6日	月			【アクラ】看護師・助産師協会 【U/W】州保健局	情報収集
9月7日	火			【アクラ】全国健康保険協会 【U/W】州保健局、州病院、ワ市議会	情報収集
9月8日	水			【アクラ】JICA 事務所 【U/W】州保健局、	打合せ 情報収集
9月9日	木			【U/W】州保健局、州メディカルストア	PDM 案検討、ワークショップ準備
9月10日	金	* ガーナ休日			情報収集
9月11日	土	加藤・渡慶次 アクラ→ワ			情報整理
9月12日	日				PCM ワークショップ準備
9月13日	月			【U/W】州保健局	PCM ワークショップ
9月14日	火	木藤 アクラ→ワ			PCM ワークショップ
9月15日	水			【U/W】州保健局、	州保健局との打合せ、PDM、PO、ミニッツ作成
9月16日	木			【U/W】州保健局、州病院	同上
9月17日	金			【U/W】州保健局	同上、ボランティア調整員、青年海外協力隊員との情報共有
9月18日	土	木藤・加藤・渡慶次 ワ→アクラ			報告書作成
9月19日	日				報告書作成
9月20日	月	* JICA ガーナ事務所休日		【アクラ】家族計画局 / 施設ケア局 【U/W】州保健局、州病院	報告書作成、PDM 改訂、インタビュー
9月21日	火	* ガーナ休日			報告書作成、情報収集
9月22日	水			【U/W】州保健局	報告書作成、情報収集
9月23日	木		池田・石賀 ワ→アクラ		報告書作成、

9月24日	金				団内打合せ、ミニッツ、PDM、PO 準備
9月25日	土				報告書作成
9月26日	日				報告書作成
9月27日	月			MOH、GHS 報告	現地調査結果報告
9月28日	火			MOH、GHS、財務・経済計画省	ミニッツ署名
9月29日	水			JICA、在ガーナ日本国大使館	現地調査結果報告
9月30日	木	渡慶次・池田・石賀 アクラ→アムステルダム			
10月1日	金	アムステルダム→			
10月2日	土		→成田		

1-5 主要面談者

(1) 保健省 (Ministry of Health : MOH)

Dr. Joe Adomanko	Acting Chief Director
Mr. Samuel Boateng	Director of Procurement
Mr. Sulemana Bening	Budget Officer/JICA Desk Officer
Mr. George Dakpallah	Acting Director, PPME
Ms. Mavis Okyere	Assistant Director (Office of Chief Director)

(2) ガーナヘルスサービス (Ghana Health Service : GHS)

Dr. Frank Nyonator	Director of PPME
Mr. Stephen Darko	Deputy Director of Planning, HRDD
Mrs. Veronica Apetorgbor	Coordinator of CHPS Policy unit, PPME
Mr. Dan Darko	Head of Center for Health Information Management
Mr. Dennis Adalety	Statistician of Center for Health Information Management
Dr. Gloria Quansah-Asare	Director of Family Health Division
Dr. Macdamien Dedzo	Director of Human Resources
Mr. Symon Koku	Deputy Director of curriculum development /HRD
Mr. Said Al-Hussein	Deputy Director of Training and Capacity development /HRD
Ms. Esi Amoiful	Program Manager of Nutrition Unit
Dr. Antiw Agyei	EPI Program Manager

(3) 財務省

Mr. Okyere-Nyako	Director, External Resource Mobilization-Bilateral
------------------	--

(4) 看護師助産師協会

Mrs. Veronica Darko	Chief Executive Officer
---------------------	-------------------------

- (5) 国連児童基金 (United Nations Children's Fund : UNICEF)
- | | |
|-----------------------|-------------------------------|
| Dr Anilban Chatterjee | Chief of Health and Nutrition |
| Dr. George Ameh | Child Survival Specialist |
| Dr. Daniel Yayemain | Child Health Specialist |
| Josephine Agborson | programme Analyst |
- (6) 世界保健機構 (World Health Organization : WHO)
- | | |
|-------------------------------|---|
| Dr. Charles Fleische-Djoletto | Advisor-Family Health and Population |
| Dr. Mary Brantuo | Advisor-Child Adolescent Health and Nutrition |
- (7) 国連人口基金 (United Nation Population Fund : UNFPA)
- | | |
|------------------------|---|
| Dr. Robert Mensah | Reproductive and Child Health Team leader |
| Dr. Sabastian Elliason | Reproductive and Child Health Team |
- (8) 世界銀行 (World Bank)
- | | |
|------------------|-------------------------|
| Dr. Karima Saleh | Senior Health Economist |
|------------------|-------------------------|
- (9) 米国国際開発庁 (United States Agency for International Development : USAID)
- | | |
|------------------|--|
| Mrs Susan Wright | Deputy Chief of Health, Population and Nutrition |
|------------------|--|

第2章 調査結果概要

2-1 総括

本案件は、先行実施した技プロ「アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト」（2006年3月から2010年2月まで）の後継案件に位置づけられるものであるが、今回の詳細計画策定調査において、協力内容の検討に際して留意した点は、以下のとおりである。

(1) 母子保健は、現在、当国保健セクターの最重要課題である。

2010年5月の当国ヘルスサミットにおいて、特にMDG5妊産婦死亡率低下は当面の喫緊の課題として取り上げられ、UNDP主導により国際機関及びガーナ政府による「MDGs Acceleration Framework (MAF)」が作成され、MDG5達成のために推奨される介入について、分析が行われている。また、UW州においては2008年には減少傾向にあった妊産婦死亡率が2009年には倍増しており、妊産婦死亡の改善はUW州における最優先課題ともなっている。

(2) CHPS政策に沿った協力内容とすること。

国民の保健サービスへのアクセスを改善させるため、1999年に採用された「地域保健師による基本的保健医療サービス(Community Based Health Planning and Services : CHPS)」政策は、①地域保健師(CHO)のコミュニティへの常駐、②住民参加型の健康維持増進活動を進めるものである。前回の技プロの成果として、CHOの研修はガーナ側C/Pのみで実施できるようになったが、支援型スーパービジョンの実施や上位機関への照会については、まだ不十分な状況であり、更なる支援ニーズが高い。

(3) 自立発展性の確保に向けて、更にガーナ側オーナーシップを醸成する。

前回の技プロ終了後、支援型スーパービジョン(FSV)は継続できているものの、予算不足によるCHO研修やスーパービジョンのフォーマット印刷の滞り、CHPSユニットの無給スタッフなど、自立発展性に係る懸念材料は多い。UW州保健局をはじめとして、今回の案件実施に向けたガーナ側のオーナーシップは高く、「プロジェクトを良いものにしていきたい」という声が複数から聞かれている。先方オーナーシップが実質的な形(必要予算の確保等)としても発現されることが必要である。

以上の観点からガーナ側と協議を行い、おおむね上記をカバーする形で協力内容について合意できたものと考えられる。

他方、今回の協議結果を踏まえて、実施段階に向けて、更に留意しなければならない点は、次のとおりと考えられる。

(イ) 協力内容の絞込み

「母子保健」は非常に広い概念であり、協力内容や協力対象について、ガーナ側と常に認識を共有しておかなければ、協力範囲がいつの間にか拡散してしまう危険性がある。

UW州保健局からは、今回のプロジェクトで直接的に裨益効果がある妊産婦と新生児を対象を絞ること、プロジェクト目標はJICAとGHSの協力によって達成される目標とするよう

に依頼があった。また、妊産婦死亡率を長期的に改善するうえで効果的な介入としては「家族計画の推進」が挙げられるが、州保健局からは家族計画は宗教的な要素も多分に関係するものであり、ドナーの中で比較優位のある UNFPA にまかせるほうがよいとの助言があった。この助言を踏まえ、現在の PDM 案では家族計画への積極的な支援は含めていない。いずれにしても、実施中にスコープが拡大していかないように注意が必要である。

(ロ) コストシェアリング

上記(3)と重なるところがあるが、前回の技プロでは、研修経費等を積算したうえで GHS 本部へ共有しており、これを受け GHS 総裁から UW 州保健局へ「自立発展性確保のための予算確保」を指示するレターが発出されている。しかしながら、追加の予算が GHS 本部から UW 州保健局へ下りたわけではない。また、CHPS コンパウンド建設のためには、事前の住民への CHPS サービスに関する説明や、地域保健活動への協力依頼が必要となるが、PCM ワークショップにおいては、この住民の mobilization のための会場費等も州保健局では負担が難しいとの声が挙げられた。

本プロジェクト実施にあたっては、当面はプロジェクトで負担しつつも、いつまでもドナー丸抱えではなく、プロジェクトの進捗とともに段階的にローカルコストの州保健局負担額を増やす、もしくは GHS 本部にて追加予算を割り当てるよう依頼するなど、R/D 協議の際に検討を行う必要がある。

(ハ) 無償資金協力との連携

無償資金協力で予定されている CHPS コンパウンドの建設にあたっては、前述のように住民への説明、地域保健活動への協力依頼が必要となる。技術協力プロジェクトにおいては、州保健局や郡保健局スタッフへの講師訓練 (Training of Trainers : TOT) を実施し、彼らが CHO に対し、効果的なコミュニティ住民への説明、動員ができるよう支援を行っていくが、無償資金協力による CHPS 建設予定コミュニティに対して CHO による適切な働きかけがなされるよう、CHO 等を通してモニタリングを行っていくことが望ましい。また、可能であれば無償資金協力の予備調査、基本設計調査などへも、プロジェクトから実施上の留意点等のインプットが行われることにより、プログラムとしての協力効果が最大限発揮されることが期待される。

2-2 保健医療分野の概況

2-2-1 一般保健概況

(1) 人口動態

1) 総人口

GHS 管轄の保健情報管理センター (Center for Health Information Management : CHIM) によると、2009 年のガーナ全体の推定総人口はおよそ 2,425 万 2,437 人であり、男女の人口の割合は男性 51% に対して女性は 49% である。また、都市部と農村部の人口の割合は都市部が 44% に対して、農村部は 56% である。

2010 年 9 月 26 日～10 月 10 日までの期間に 10 年に 1 度の国勢調査 (Population and Housing Census) が実施された。

2) 州別推定人口

2009年において、首都圏を含む10州のうち、アシャンティ州が最も人口が多く（288万人）、次いでアクラ首都圏（428万人）となっている（表2-2-1）。アクラ首都圏は人口密度が高く（1,319人/km²）、人口密度の低いノーザン州（33人/km²）のおよそ40倍になっている。

表2-2-1 州別推定人口及び人口密度（2009年）

州名	面積 (km ²) / 割合 (%)		人口 / 割合 (%)		人口密度
ウェスタン (Western)	23,921	10.0	2,555,362	10.5	107
セントラル (Central)	9,826	4.1	1,921,640	7.9	196
アクラ首都圏 (Greater Accra)	3,245	1.4	4,281,137	17.7	1,319
ボルタ (Volta)	20,570	8.6	1,937,301	8.0	94
イースタン (Eastern)	19,323	8.1	2,387,502	9.8	124
アシャンティ (Ashanti)	24,389	10.2	4,881,427	20.1	200
ブロン・アハフォ (Brong Ahafo)	39,557	16.6	2,267,195	9.3	57
ノーザン (Northern)	70,384	29.5	2,334,540	9.6	33
アッパーイースト (Upper East)	8,842	3.7	1,015,290	4.2	115
アッパー・ウェスト (Upper West)	18,476	7.7	671,043	2.8	36
全国	238,533	100.0	24,252,438	100.0	102

出所：The Health Sector in Ghana, Facts and Figures 2008, 2009, GHS, 2010

3) 出生率及び平均寿命

2008年のガーナの粗出生率は32、平均寿命は57歳、合計特殊出生率は4.3である（UNICEF世界子ども白書2010）。

(2) 人口、衛生及び保健関連指標の近隣諸国との比較

近隣諸国〔コートジボアール共和国（以下、「コートジボアール」と記す）、ブルキナファソ、トーゴ共和国（以下、「トーゴ」と記す）と比較して、ガーナの乳児死亡率、5歳未満児死亡率及び低出生体重児の割合はいずれも低く、予防接種率は比較的高い水準にあるが、妊産婦死亡率は依然と高く、ブルキナファソやトーゴとほぼ同レベルの450台である（表2-2-2）。また、ガーナの都市部での適切な衛生施設の設置が他の近隣諸国に比べて遅れている。

表 2-2-2 ガーナ、他の近隣諸国における人口、衛生及び保健関連指標

各種指標	対象年	ガーナ	コートジボアール	ブルキナファソ	トーゴ
人口 (千人)	2008	23,351	20,591	15,234	6,459
粗出生率 (/人口千)	2008	32	35	47	33
粗死亡率 (/人口千)	2008	11	11	13	8
合計特殊出生率	2008	4.3	4.6	5.9	4.3
人口の年間増加率 (%)	2000-2008	2.2	2.2	3.3	2.6
平均寿命 (歳)	2008	57	57	53	65
改善された水源を利用する人の比率					
都市 (%)	2006	90	98	97	86
農村 (%)	2006	71	66	66	40
適切な衛生施設を利用する人の比率					
都市 (%)	2006	15	38	41	24
農村 (%)	2006	6	12	6	3
乳児死亡率 (/出生千)	2008	51	81	92	64
5歳未満児死亡率 (/出生千)	2008	76	114	169	98
低出生体重児率 (%)	2003-2008*	9	17	16	12
予防接種率 (%)					
BCG (1歳児)	2008	99	91	92	92
DPT3	2008	87	74	79	89
ポリオ3	2008	86	58	79	88
麻疹	2008	86	63	75	77
B型肝炎	2008	87	74	79	24
報告済み妊産婦死亡率 (/出生10万)	2003-2008*	450	540	480X	480X
産前健診受診率 (%)	2003-2008*	96	85	85	84
医療従事者の介助による分娩 (%)	2003-2008*	55	57	54	62
避妊法の普及率 (%)	2003-2008*	24	13	17	17

* : 指定の期間内に入手できる最新年のもの

X : 指定の年次や期間以外のもの、標準的な定義によらないもの、あるいは国内の一部の地域のもの

出所 : 世界子ども白書 2010、UNICEF、2010

(3) 疾病構造

1) 粗死亡率及び主な死因

2008年のガーナの粗死亡率は11/人口千 (UNICEF 世界子ども白書 2010) である。同年の死亡原因の5割がマラリアで占められている (The Health Sector in Ghana, Facts and Figures 2008)。

2) 疾患別外来患者数

主要10位疾患別外来患者数は2007年と2008年ともにマラリアが最も多く (2008年で453万人、44.7%)、次いで上気道呼吸器感染症 (79万、7.3%)、下痢疾患である (38万人、7.8%) (表 2-2-3)。

表 2-2-3 主要 10 位疾患別外来患者数及び割合 (2007 ~ 2008 年)

順位	疾患名	2007		2008	
		患者数	割合	患者数	割合
1	マラリア	5,270,108	41.6	4,532,984	44.7
2	上気道呼吸器感染症	920,806	7.3	794,301	7.8
3	下痢疾患	539,197	4.3	385,737	3.8
4	皮膚疾患	539,197	4.3	422,948	4.2
5	高血圧症	505,180	4.0	321,994	3.2
6	急性眼感染症	288,908	2.3	185,175	1.8
7	リウマチ・関節痛	270,296	2.1	254,518	2.5
8	腸管寄生虫症	208,429	1.6	165,534	1.6
9	傷害	194,695	1.5	133,051	1.3
10	妊娠合併症	188,731	1.5	158,458	1.6
全外来患者数		12,667,324	100.0	10,131,505	100.0

出所：The Health Sector in Ghana, Facts and Figures 2009, GHS, 2010

3) 入院患者数

2009 年の年齢区分別入院患者数のうち、15 ~ 49 歳が半数を占め、次いで、0 ~ 4 歳が 23.4% を占めている (表 2-2-4)。

表 2-2-4 年齢区分別入院患者数と割合 (2009 年)

年齢区分	入院患者数	割合
0 ~ 4 歳	212,943	23.4
5 ~ 14 歳	77,758	8.5
15 ~ 49 歳	497,784	54.7
50 歳以上	121,160	13.3
合計	909,645	100.0

出所：CHIM から入手したデータを取りまとめたもの

(4) 主な感染症

1) マラリア

マラリア対策プログラムが実施中であるが、大きな成果が上がっておらず、2003 年を除いて、2001 ~ 2007 年でマラリア患者数は 300 万人台であったのが、2008 年に 504 万人に増えている (表 2-2-5)。マラリアは死亡原因の第 1 位、罹患疾患の第 1 位を占め、国民はかなりの負担を強いられている。

表 2-2-5 マラリアの患者数及び罹患率の推移 (2001 ~ 2008 年)

指標	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
患者数	3,044,844	3,141,000	2,259,191	3,379,527	3,799,158	3,861,348	3,630,911	5,041,025
罹患率*	15,667	15,726	16,363	16,015	17,513	18,032	15,833	21,376

* 人口 10 万対

出所：The Health Sector in Ghana, Facts and Figures 2009, GHS, 2010

2) 結核

全国結核対策プログラムが 1993 年にデンマーク国際開発援助庁 (Danish International Development Assistance : DANIDA) の支援を受けて再開した。翌年 1994 年から WHO の直接監視下短期化学療法 (Directly Observed Treatment Short-Course : DOTS) 戦略を導入し、2000 年には DOTS のカバー率 100% を達成した。現在、WHO の技術支援の下、2015 年の MDGs 達成のため、結核対策戦略計画を実施中である。主な活動資金は Global Fund の支援を受けている。

結核新患者数はやや微増傾向にあるが、治癒率は 2002 年の 45% から 2008 年の 76% と大きく改善している (表 2-2-6)。

表 2-2-6 結核新患者数の推移及び治癒率の推移 (2001 ~ 2008 年)

指標	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
結核新患者数*	61.4	59.1	58.4	56.6	57.0	57.0	57.0	61.9
治癒率	—	44.9	55.1	61.0	64.0	67.6	76.1	75.5

* 人口 10 万対

出所：The Health Sector in Ghana, Facts and Figures 2009, GHS, 2010

3) HIV/エイズ

1986 年に最初のエイズ患者が発見されてから、1987 年に WHO の技術支援を受けて全国エイズ・性感染症対策プログラム (National AIDS/STD Control Programme : NACP) が発足した。2000 年には、大統領府直轄のガーナエイズ委員会 (The Ghana AIDS Commission : GAC) も設置され、HIV/エイズ問題解決に MOH/GHS だけではなく、多くの省庁や関連機関をも巻き込んで取り組んでいる。

ガーナの HIV 罹患率は 2009 年で一般の 1.7%、妊婦の 2.9% と低い状況にあるが、イースタン州の 4.2、アシャンティ州の 3.9 では高くなっている (表 2-2-7)。また、2009 年の HIV/エイズとともに生きている人々 (People living with HIV/AIDS : PLWHA) は推定 24 万 820 人で、そのうち 15 歳以下の子どもは 2 万 1,202 人 (8.8%) である。抗レトロウィルス治療を受ける必要のある患者が 7 万 988 人いると推定されているが、実際に治療を受けている患者は 1 万 131 人 (14%) のみである。

政府は、UNAID の支援を受けて、2015 年までに 90% の母子感染の減少、HIV 罹患の妊婦の 80% に治療を実施し、15 ~ 24 歳の女性の HIV 感染を 20% まで減少させるとしている。

表 2-2-7 州別妊婦 HIV 罹患率 (2009 年)

州名	妊婦 HIV 罹患率	州名	妊婦 HIV 罹患率
ウェスタン	3.1	ブロン・アハフォ	2.9
セントラル	3.0	ノーザン	2.0
アクラ首都圏	3.2	アッパーイースト	2.2
ボルタ	2.6	アッパーウエスト	3.1
イースタン	4.2	全国	2.9
アシャンティ	3.9		

出所：PMTCT Scale-up Plan 2011-2015, MOH/UNAIDS, 2010

(5) 生活環境

2008 年のガーナ人口統計・保健調査 (Ghana Demographic Health Survey : GDHS) の結果によると、改善された水源を利用できる世帯の割合は都市部で 93.8%、農村部で 78.0%であり、煮沸した水を飲料する世帯は数%である (表 2-2-8)。電気を使用できる世帯は都市部で 84.8%に対して、農村部では 38.2%である。

都市部と農村部とではほぼ 4 割の世帯が何らかの移動手段を持っているが、都市部での自動車を持つ世帯が 11.9%に対して、農村部では 2.5%である。

都市部では、電話を保有する世帯が 84.9%、農村部では 37.9%である。固定電話より携帯電話の方が普及している。ラジオを保有する世帯が都市部と農村部とで 6 割以上を占めている。

表 2-2-8 水源、衛生施設、移動手段及び保有率 (2008 年)

指 標	都市部	農村部	全国
・改善された水源を利用できる世帯の割合 (%)	93.8	78.0	85.5
・飲料前に煮沸する世帯の割合 (%)	2.6	1.9	2.3
・衛生施設を使用している世帯の割合 (%)	15.6	7.3	11.3
・電気を使用できる世帯の割合 (%)	84.8	38.2	60.5
・移動手段			
自転車	19.7	31.2	25.7
オートバイ	4.7	4.7	4.5
自動車	11.9	2.5	7.0
・保有率			
ラジオ	79.4	68.6	73.7
テレビ	67.1	20.7	42.9
携帯電話	78.4	37.3	57.0
固定電話	6.5	0.6	3.4
冷蔵庫	43.6	9.1	25.6

出所：Ghana Demographic and Health Survey 2008, GHS, 2009

2-2-2 保健医療行政、保健政策及び保健予算

(1) 保健医療行政

ガーナの保健医療行政の最高責任部署は保健省（MOH）であり、その実施責任部局がガーナヘルスサービス（Ghana Health Service : GHS）である。1996年以降、MOHは主として、国家保健計画の開発、保健戦略計画の策定、法的規制の制定、保健財源の確保と配分、他省との調整、開発パートナー調整などを担い、GHSは政策及び計画を具体的に実施し、国家保健情報システムの管理、保健活動と介入に対するモニタリング及び評価、伝染病への対応、保健医療サービス業務（三次レベルの教育病院を除く）などを提供する責任を担っている。しかし、MOHとGHSには、重複している部局（人材育成、政策決定・モニタリング・評価、医薬品管理）があり、明確な管轄区分に曖昧な点も残っている。MOHとGHSの組織図は付属資料3.と4.を参照。

GHSは2008年に8局（内部監査、政策決定・モニタリング・評価、保健施設ケア、公衆衛生、人材育成、保健管理・支援サービス、倉庫・供給・医薬品管理、財務）から2局（家庭保健、研究・開発）が増えて、10局になり、現在に至っている。

ガーナの保健医療行政区分は、10の州（Region）があり、さらに、郡（District）、亜郡（Sub-District）に分かれている。それぞれの州には州サービス保健局、郡には郡保健サービス局が設置され、それぞれの管轄の州、郡の地方保健医療行政をつかさどっている。

(2) 保健政策

1) 国家保健政策

2007年9月に策定された国家保健政策（National Health Policy 2006-2015）において、「健康を介して富を創造することと2015年までに中所得国になるという国家ビジョンに寄与すること」を国家保健ビジョンとし、保健セクターの目標として下記の3つを挙げている。

- ① 人々が傷害や死の危険にさらされることなく、健康で生産的に生き、長寿を享受できることを確実にする。
- ② 住民、特に貧困者や社会的弱者に対して罹患、死亡や傷害の危険と負担を減少させる。
- ③ 保健サービスへのアクセス、人口・栄養・保健サービスを享受するにあたっての不公平を減少させる。

さらに、7つの優先分野を掲げている。

- ① 健康的なライフスタイル、健全な環境の推進
- ② 保健・人口・栄養サービスの提供
- ③ 保健セクターの能力開発における格差の是正
- ④ 保健セクターでの計画とマネジメント情報の利用の推進
- ⑤ 適切で効率的な財源の活用
- ⑥ 地域保健産業の促進
- ⑦ 政府と開発パートナーとの連携の促進

国家保健政策 7 つの優先分野とそれぞれの主要な成果となる分野を表 2-2-9 に示した。

表 2-2-9 国家保健政策 7 つの優先分野とそれぞれの主要な成果となる分野

優先分野別主要な成果となる分野
優先分野①健康的なライフスタイル、健全な環境の推進
健康なライフスタイルを選択するための情報、健康な食物、衛生環境、健康的な住居（コミュニティ、学校、自宅、職場など）、インフラとサービスの提供、規律の制定と施行、組織強化
優先分野②保健・人口・栄養サービスの提供
逆症療法的（allopathic）*、伝統的あるいは代替的医療提供者からのホリスティック治療（自然の治癒力を重視した治療）と統合された、途切れないサービス、健康増進、予防、診断、治療とリハビリから成る保健介入パッケージの導入、サービス格差の是正、サービスの質とアクセスへの向上、可能なマネジメント自主性の向上
優先分野③保健セクターの能力開発における格差是正
人材育成（技術・マネジメント）、インフラ、医療機材、医薬品、必須ロジの整備
優先分野④保健セクターでの計画とマネジメント情報の利用の推進
研究、情報管理システム、研究・統計能力開発、ICT（情報、コンピュータ、技術）の開発
優先分野⑤適切で効率的な財源の活用
資源の動員（ガーナ政府、全国健康保険、無償、ローン、現金支払い）、保健財源の公平かつ効果的な分配、保健財源の効果的な活用
優先分野⑥地域保健産業の促進
分析・能力開発、製品開発、市場開発、基準・質管理
優先分野⑦政府と開発パートナーとの連携促進
政策開発・連携、良い政府・協調、責任ある制度を推進するマネジメントプロセス、立法・規定管理、パートナーシップ開発、連携・協調

*：治療しようとする疾患と全く反対の病的症状を引き起こす薬剤を用いての治療法
出所：National Health Policy 2006-2015, MOH, 2006

2) ガーナ保健セクター 5 年計画（5-Years Programme of Work）

第1次保健セクター5年計画（1997-2001）、第2次保健セクター5年計画（2002-2006）を経て、現在、第3次保健セクター5年計画（2007-2011）の下に保健セクターの活動が実施されている。同計画はガーナ成長と貧困削減戦略文（Ghana Poverty Reduction Strategy：GPRS）に対応して作成され、「国民の健康の向上と不公平さの削減」をめざし、4つの戦略目標—①健康的なライフスタイルと環境の推進、②質の高い保健・リプロダクティブヘルス・栄養サービスの提供、③保健システム能力の強化、④良好な統制と持続可能な財源—を掲げている。さらに、4つの戦略目標ごとに活動計画（付属資料 5.）を設定している。

2010年4月に発表されたガーナ保健分野報告（Ghana Independent Health Sector Review for 2009）によると、4つの戦略目標のうち1を除いて、他の3つの戦略目標の達成度が+1とスコアを伸ばし、全体的に戦略目標に対する達成度は+2と評価している。さらに、

2006～2009年までの戦略目標の達成度を示している（表 2-2-10）。

表 2-2-10 2006～2009年までの戦略目標の達成度

戦略目標及び指標	2006	2007	2008	2009
国家保健政策における保健セクターの目標 1： 人々が傷害や死の危険にさらされることなく、健康で生産的に生き、長寿を享受できることを確実にする				
・乳児死亡率	71	—	50	—
・5歳未満児死亡率	111	—	80	—
・妊産婦死亡率	N/A	—	451	—
・5歳未満低体重児	18%	—	13.9%	—
・合計特殊出生率	4.4	—	4.0	—
国家保健政策における保健セクターの目標 2： 住民、特に貧困者や社会的弱者に対して罹患、死亡や傷害の危険と負担を減少させる。				
・HIV 罹患率	2.9	2.6	2.2	2.9
・ギニアワーム（メジナ虫症）患者数	4,136	3,358	501	242
国家保健政策における保健セクターの目標 3： 保健サービスへのアクセス、人口・栄養・保健サービスを享受するにあたっての不公平を減少させる。				
・5歳未満児死亡率	1.18	—	1.72	—
・監督下での分娩介助	2,95	2.47	2.17	1.49
・人口対看護師数	4.14	3.26	2.03	1.77
保健セクター 5 年計画の戦略目標 1：健康的なライフスタイルと環境の推進				
・衛生施設を持つ世帯の割合	60.7%	—	—	—
・安全な飲料水を使用できる世帯割合	78.1%	—	—	—
・肥満の割合	25.3%	—	9.3%	—
保健セクター 5 年計画の戦略目標 2：質の高い保健・リプロダクティブヘルス・栄養サービスの提供				
・完全授乳の割合	54.0%	—	—	—
・医療従事者による分娩介助の割合	44.5%	35.1%	39.3%	45.6%
・家族計画実施率	25.4%	23.2%	33.8%	31.1%
・産前健診率	88.4%	89.5%	97.4%	92.1%
・蚊帳下で就寝する 5 歳以下の子どもの割合	41.7%	55.3%	40.5%	N/A
・DPT（3 回）予防接種率	84.2%	88.0%	86.6%	89.3%
・治療を受けている HIV 患者	7,338	13,249	23,614	33,745
・外来受診回数	0.52	0.69	0.77	0.81
・施設内妊産婦死亡率（出生 10 万対）	187	224	201	170
・結核治癒率	67.6%	76.1%	84.7%	85.3%
保健セクター 5 年計画の戦略目標 3：保健システム能力の強化				
・人口対医師数	1 : 15,423	1 : 13,683	1 : 13,499	1 : 11,649
・人口対看護師数	1 : 2,125	1 : 1,537	1 : 1,353	1 : 1,172

保健セクター 5 年計画の戦略目標 4：良好な統制と持続可能な財源				
・保健セクターの MTEF (Medium Term Expenditure Framework) の割合	16.2%	14.6%	14.9%	14.6%
・郡へのサービス部門の予算配分	40%	49%	49%	62%
・1人当たりの保健予算 (US ドル)	25.4	23.0	23.2	25.6
・予算執行率	89%	110%	115%	80.4%
・6月前に執行される予算の割合	N/A	N/A	23%	39%
・全国健康保険制度 (NHIS) カード所有者割合	17.7%	36.2%	44.7%	50.0%
・4週間以内で処理された苦情の割合	N/A	N/A	—	—
・NHIS からの IGF (Income Generation Fund) の割合	45%	N/A	66.5%	83.5%

出所：Ghana Independent Health Sector Review for 2009, GHS, 2010

3) CHPS 政策の進捗状況及び課題

1994 年のアッパーイースト州ナブロンゴ郡で実施されたコミュニティ保健・家族プロジェクト (Community Health and Family Planning : CHFP) の成果を受けて、1999 年に同プロジェクトを CHPS (Community-based Health Planning and Services) 政策として全国に展開している。

CHPS 政策は 2015 年までにすべてのガーナ国民が CHPS サービスを受けられるようになることをビジョンとして掲げている。CHPS のプロセスの開始には、一般住民のほか、DHMT、SDHT やコミュニティリーダーが組織的に計画し、実施する必要があるが、15 のステップ (表 2-2-11) を経て、CHPS は機能し、DHMT と SDHT がすべてのステップを介して、CHPS の活動をモニターし、監督するとしている。2009 年には 310 カ所の CHPS 施設、機能している CHPS ゾーン (CHPS 施設はないが、CHO が配属されて住民へのサービスが開始しているゾーンも含む) が 868 カ所あり、全人口の 15.3% をカバーしている (表 2-2-12)。機能している CHPS ゾーンで地域差が大きく、UW 州は機能している CHPS ゾーンが 85 カ所あり、カバーしている人口は 1.02% となっている。

表 2-2-11 CHPS 政策を組織的に計画し実施するための 15 のステップ

ステップ	組織的に計画し実施するための 15 のステップ
1	プログラム計画：DHMT のレベルで状況分析と問題確認、郡議会、郡知事と社会サービス委員会との協議、コミュニティの選出
2	ヘルスワーカーとの協議
3	コミュニティリーダーとの対話
4	コミュニティへの CHPS サービス、CHO に関する説明会
5	CHO の選出と研修
6	CHC メンバーの選出とオリエンテーションの実施、CHC 承認に関する住民集会
7	コミュニティのプロファイル—地理的・人口的特徴、保健の現況と既存の保健施設—の収集

8	CHPS コンパウンドの建設
9	詳細計画調整（物品管理とマネジメントシステムの確立）
10	CHO 活動の正式な開始の公開(CHO の活動開始 6 カ月後に CHV プログラム開発の開始)
11	CHV の選出
12	CHV の承認のための住民集会
13	CHV の研修
14	CHV へのロジスティックスと機材の動員
15	CHV プログラム開始のための住民集会

出所：CHPS The operational Policy, GHS, 2005

表 2-2-12 州別 CHPS 政策の実施状況（2009 年）

州名	機能している CHPS ゾーン	機能している CHPS ゾーンがカバーする人口の占める割合	CHPS 施設数	CHPS 施設がカバーする人口の占める割合
ウェスタン	114	0.48	23	0.17
セントラル	68	1.26	34	0.62
アクラ首都圏	20	0.72	0	0
ボルタ	50	0.82	24	0.47
イースタン	298	4.61	52	0.83
アシャンティ	8	0.17	3	0.06
ブロン・アハフォ	62	1.24	5	0.10
ノーザン	75	1.35	35	0.62
アッパーイースト	104	1.66	94	1.49
アッパーウエスト	85	1.02	40	0.45
全国	868	15.3	310	5.35

出所：2009 GHS Annual Report, 2010, GHS

CHPS 政策を統括しているのは、GHS の政策計画・モニタリング・評価局（Policy Planning, Monitoring & Evaluation : PPME）であり、その下に 3 つの部（政策、計画、情報・モニタリング・評価）がある。2005 年に CHPS 政策の運用政策（The Operational Policy）が GHS より制定されて以来、今年（2010 年）は 5 年ごとの見直しの時期にきている。現在、開発パートナーを含めた関係者との協議を進めている。

CHPS ゾーンのカバー人口を 3,000 ～ 4,500 人から 1,500 人にするという計画（行政区分のユニットの住民数に合わせて）が出ているため、さらに、CHPS 施設の設置が必要となる。CHPS コンパウンドはコミュニティの所有物となるため、コミュニティ

を管轄する郡議会ないしは郡議会を管轄する地方政府・地方開発省が費用を負担すべきではという議論もあったものの、現状では MOH 予算での設置を予定している。なお、CHPS 施設がなく、地域のボランティアの活動もなく、地域保健委員会（Community Health Committee : CHC）がないゾーンでも、CHO を配属させ、家庭訪問を通して、保健指導、保健情報の提供、簡単な処置及び高次保健医療施設への搬送を手助けするという本来業務を行っている場合は機能的 CHPS ゾーンとみなされる。また、従来の CHPS 施設に 1 名の CHO を配置していたが、今後は業務上及び治安面の観点から 2 名配置することも予定されており、将来的には更なる人件費の確保も必要となる。業務分担としては、1 名がフィールドにて健康教育やサーベイランス等を行い、もう 1 名が CHPS 施設にて来院した住民の対応にあたるというものである。

地方行政の地方分権化の流れで、CHPS 政策には、郡レベルで郡議会、亜郡のレベルでユニット委員会との連携が不可欠になる。

伝統的産婆（Traditional Birth Attendant : TBA）の情報（所在、人数、技能レベルなど）を的確に把握することが困難ということから、TBA を積極的に分娩に介入させることを MOH は奨励していない。TBA が自宅出産に立ち会う際に、CHO を立ち合わせるよう推奨しているが、現場では実行に移されていない。

(3) 保健予算

ガーナの会計年度は 1 月～12 月であり、2010 年の保健予算は 10 億 5,329 万ガーナセディ（7 億 4,175 万 US ドルに相当）であり、国家予算の 10.3% に該当する。全国健康保険制度（National Health Insurance Scheme : NHIS）基金が 2009 年以降増額となり、2010 年の保健予算は前年度の保健予算の 1.46 倍に増えている（表 2-2-13）。

政府は 2015 年までに国家予算に占める保健予算を 15% まで増額するとしている。

2009 年の国民 1 人当たりの保健支出は 25.6US ドルで、前年度 2008 年から 2.4 ドル増加したが、2006 年と比較すると 0.2 ドルの増加のみにとどまっている。

2005～2009 年までの保健支出の内訳をみると、過去 5 年間で支出額が増加傾向にあり、人件費は 40% 台、サービス費用は 25～33% 台で推移している（表 2-2-14）。サービス費用のなかに、予防・治療サービス費用が含まれているが、予防サービス費用と治療サービス費用を区別するのは困難である。治療サービス費用は NHIS と診療費からくる保健医療施設の自己収入資金（IGF）などから支出され、一部、MOH が母性サービスプログラムに補助金（2/3 は DFID からの支援）を割り当てている。予防保健サービスは MOH から直接支出され、一部保健医療施設のインフラ整備の費用は NHIS から支出されている。

表 2-2-13 保健予算の推移 (2006 ~ 2010 年)

単位：ガーナセディ (割合)

保健予算内訳	2006	2007	2008	2009	2010
政府資金 (GOT)	192,013,300 (40.1%)	226,696,300 (40.9%)	269,903,900 (42.3%)	344,398,438 (37.4%)	381,261,233 (36.2%)
自己収入資金 (IGF)	31,397,200 (6.6%)	33,898,400 (6.1%)	36,271,500 (5.7%)	108,312,030 (11.7%)	150,075,720 (14.2%)
重債務貧困国資金 (HIPC)	-	9,500,000 (1.7%)	6,485,000 (1.0%)	11,427,000 (1.2%)	19,319,805 (1.8%)
PDs (開発パートナー) 資金	83,878,200 (17.5%)	111,080,500 (20.1%)	129,429,400 (20.3%)	82,582,842 (9.0%)	79,402,297 (7.5%)
NHIS (全国健康保険) 基金	171,366,000 (35.8%)	172,513,800 (31.2%)	195,353,200 (31.7%)	375,209,162 (40.7%)	423,232,720 (40.2%)
計	478,654,700 (100.0%)	553,689,000 (100.0%)	637,443,000 (100.0%)	921,929,472 (100%)	1,053,291,775 (100.0%)

出所：「Budget Estimates and Economic Policy of Government of Ghana, Ministry of Finance and Economic Planning, 2007-2010」を取りまとめたもの

表 2-2-14 保健支出の内訳の推移 (2005 ~ 2009 年)

単位：百万ガーナセディ (割合)

保健支出内訳	2005	2006	2007	2008	2009
人件費	142.4 (40.8%)	235.2 (46.8%)	264.8 (47.0%)	325.0 (46.1%)	395.6 (43.2%)
管理費	38.4 (11.0%)	27.4 (5.5%)	53.5 (9.5%)	47.1 (6.7%)	65.1 (7.1%)
サービス費用	95.4 (27.3%)	130.0 (25.9%)	159.2 (28.2%)	234.5 (33.2%)	250.6 (27.4%)
投資費用	73.0 (20.9%)	109.5 (21.8%)	86.1 (15.9%)	98.9 (14.0%)	204.7 (22.3%)
総額	349.1 (100.0%)	502.1 (100.0%)	563.6 (100.0%)	705.5 (100.0%)	919.0 (100.0%)

出所：Ghana Independent Health Sector Review for 2009, GHS, 2010

2-2-3 保健医療サービス供給体制

(1) 保健医療サービスシステム

ガーナの公共の保健医療サービスを提供するシステムは3段階に分かれている。

一次レベルの保健医療サービスを提供するのはCHPS施設、母子センター、保健センター及び郡病院である。二次レベルは州病院であり、三次レベルは教育病院である。

2009年のGHSの年次報告によると、NHISの導入以来、年々外来患者数が増加し、1人当たりの外来受診回数が2006年の0.55から2009年の0.81まで大きく増えたが、州によってはあまり変わらない州もあり、更にその要因を探る必要があるとしている(表2-2-15)。

表 2-2-15 州別 1 人当たりの外来受診回数の推移 (2006 ~ 2009 年)

州名	2006	2007	2008	2009
ウェスタン	0.57	0.72	0.86	0.99
セントラル	0.50	0.70	0.68	0.71
アクラ首都圏	0.47	0.60	0.51	0.51
ボルタ	0.41	0.51	0.73	0.69
イースタン	0.65	0.94	0.97	0.95
アシャンティ	0.59	0.72	0.73	0.89
ブロン・アハフォ	0.91	1.02	1.30	1.15
ノーザン	0.30	0.31	0.49	0.53
アッパーイースト	0.55	0.69	1.01	1.37
アッパーウエスト	0.46	0.65	0.70	0.72
全国	0.55	0.69	0.77	0.81

出所：2009 GHS Annual Report, 2010, GHS

(2) 保健医療施設の分布

ガーナの公共の保健医療施設は全体の 57% を占め、キリスト教系列病院が 27 ~ 28%、半官半民病院が 7%、民間病院が 5% をそれぞれ占めている (表 2-2-16)。

2007 年の保健医療施設の 7 割 (1,059 カ所) が保健センターで占められているが (表 2-2-17)、2009 年では CHPS 施設が 868 カ所に増え、今後、保健センター数を上回ると予想される。

UW 州における CHPS 施設と保健センターへの視察結果は付属資料 6. を参照。

レベル別の保健医療施設の主な設置基準及び管轄機関は表 2-2-18 のとおりである。

表 2-2-16 管轄別医療施設数の推移 (2007 ~ 2008 年)

管轄機関	2007		2008	
	実数	割合	実数	割合
保健省 (MOH)	12,418	57.0	12,806	57.9
半民間病院 *	1,599	7.4	1,713	7.8
キリスト教系	6,019	28.0	6,004	27.2
イスラム教系	289	1.3	303	1.4
民間 *	1,196	5.6	1,279	5.8
合計	21,521	100.0	22,105	100.0

* : すべての数値ではない

出所：The Health Sector in Ghana, Facts and Figures 2008, 2009 GHS, 2009, 2010

表 2-2-17 レベル別保健医療施設数（2007 年）

レベル	保健医療施設名	数
一次レベル	CHPS 施設	285
	母子センター	10
	保健センター	1,123
	郡病院	125
二次レベル	州病院	9
三次レベル	教育病院	2*

*2010 年 4 カ所存在する。

出所：The Health Sector in Ghana, Facts and Figures 2009, GHS, 2010

表 2-2-18 レベル別公共保健医療施設の主な設置基準及び管轄機関

レベル	保健医療機関名	カバー人口（人）	構成する主な医療従事者	サービス内容	管轄機関
一次	CHPS 施設	3,000 ～ 4,500 人	CHO	健康推進、予防、家族計画、基礎的な治療、産前健診、緊急分娩介助	郡保健局
	保健センター	2 万人	メディカルアシスタント、CHO、助産師、CHN	健康推進、予防、家族計画、基礎的な治療、産前・産後健診、正常分娩介助など	
	郡病院	10 ～ 20 万人 1 郡に 1 カ所	医師、メディカルアシスタント、薬剤師、看護師、助産師、技師など	基本 4 科（内科・外科・産婦人科・小児科）の外來・入院・検査サービス、専門医療サービス、保健センターから搬送された患者の対応	
二次	州病院	120 ～ 150 万人	医師、薬剤師、看護師、助産師、技師など	州レベルのトップリファラル病院、専門医療サービスの提供	州保健局
三次	教育病院	4 カ所 (アクラ 2 カ所、 タマレ市 1 カ所、 クマシ市 1 カ所)	専門医、薬剤師、看護師、助産師、技師など	国レベルのトップリファラル病院かつ、医学部の教育機関、高度で専門医療サービスの提供	保健省 (MOH)

出所：GHS にて聞き取り調査結果及び地域医療強化計画予備調査報告書、JICA、2005 を取りまとめたもの

(3) 保健医療従事者の配置

ガーナの保健医療従事者の配置として、保健医療人材の不適切な配置や都市部への集中、人材不足、特に専門医、助産師の不足、若い人材の離職の多さ、保健医療人材の質として、職場でのモラルや意欲の低下などが指摘されている。

主な保健医療従事者は2009年までの過去5年間で微増傾向にある（表2-2-19）。

州別医師、看護師及び助産師1人当たりの人口は、地域差が大きく、医師がアクラ首都圏に集中し、ノーザン州は最も医師が少ない州である（表2-2-20）。さらに、UW州では人口1人当たりの看護師と助産師数が多くなっている。

表2-2-19 主な保健医療従事者の推移（2005～2009年）¹

職種	2005	2006	2007	2008**	2009**
医師	1,188	1,223	1,640	818	732
歯科医師	26	34	36	19	33
薬剤師	300	295	346	204	249
メディカルアシスタント	422	442	435	387	478
登録看護師	5,791	5,740	6,416	4,642	4,119
準看護師	5,857	5,693	5,941	4,129	7,476
助産師	2,736	3,074	3,208	2,556	3,199
検査技師	224	199	230	159	185
合計	16,544	16,700	18,252	12,914	16,471

出所：保健省 GHS の人材育成開発局データベース

表2-2-20 州別医師、看護師及び助産師1人当たりの人口（2008年）

州名	医師		看護師		助産師*
	実数	1人当たりの人口	実数	1人当たりの人口	1人当たりの人口
ウェスタン	78	32,761	1,753	1,458	9,555
セントラル	72	26,689	2,104	913	6,742
アクラ首都圏	827	5,177	4,656	919	5,643
ボルタ	68	28,490	2,132	909	5,181
イースタン	134	17,817	2,454	973	5,065
アシャンティ	495	9,861	3,533	1,382	8,329
ブロン・アハフォ	103	22,012	1,940	1,169	6,815
ノーザン	33	70,744	1,480	1,577	8,602
アッパーイースト	30	33,843	1,051	966	5,210
アッパーウエスト	15	44,736	758	885	4,460
全国	1,855	13,074	21,861	1,109	—

*：2009年のデータ，出所：Human Resource for Health Directorate, Annual Report 2009, GHS, 2010

出所：The Health Sector in Ghana, Facts and Figures 2009, GHS, 2010

¹ 準看護師は現在養成されていない。また、2008年及び2009年のデータはキリスト系病院と教育病院データを含まない。

2-2-4 保健医療人材育成の現状及び課題

(1) 管轄機関

ガーナの保健人材育成を管轄しているのは MOH の人材育成管理 (Human Resource Management) 局と GHS の人材育成開発 (Human Resource Development) 局であり、前者は保健人材計画の策定、医師・歯科医師・薬剤師以外の保健医療従事者の養成機関の監督、各関係機関 (教育省、教育病院の人材育成部、医師会、看護・助産師会など) との協調及び連携、後者は人材育成計画の実施、州レベルでの現場の管理者や保健医療従事者への研修 (In Service Training) の管理・監督、保健人材データベースの作成などである。本来、効率性や一貫性を考慮するのであれば 1 つの局ですべき業務を MOH と GHS とに分けており、人材と情報が分散している。

医師・歯科医師・薬剤師の人材育成の管轄は教育省であり、入学者数や卒業生数などの情報を GHS の人材育成開発局は把握していない。

MOH の人材育成管理局 (Human Resource Management Division) の下に、3 つの部 (人材管理、人材開発、人材計画) がある。

ガーナ看護師・助産師協会 (Nurse-Midwife Council of Ghana) が 1972 年以降、MOH の管轄下で、看護師と助産師の登録、試験、監督、研修及び規制・規則策定などに独立した立場で関与している。ガーナ国内で看護師もしくは助産師として業務に従事するためには当協会に登録し、3 年ごとに更新する必要がある。2006 年で約 1 万 6,000 人の看護師と助産師の登録者がいると想定されているが、詳細な数値については当協会は把握していない。全国規模で今年 (2010 年) の 10 月から 2 年間の助産師教育が再開されるため、その準備を進めている。養成すべき看護師・助産師の数は WHO の基準に照らして人口に比例した数値を設定している。

2008 年に 5 年間戦略計画を策定し、現在、それに沿って活動中である。各州に当協会の支所がある。当協会の Web-Site は www.nmcgh.org/ である。

(2) 保健医療人材育成計画

現在、2007 年に策定された保健セクターにおける人材育成政策及び戦略 (Human Resource Policies and Strategies for the Health Sector 2007-2011) に沿って人材育成計画が実施されているが、本計画の目的を「適切な人材計画・管理・育成を支援することによってガーナ国民の健康を維持し、向上させる」としている。2011 年までに達成するとして保健サービスの目標を掲げており、MOH の保健医療施設の建設計画なども考慮に入れて、2011 年までに養成する人材の職種及び人数を定めているとしているが、年間養成する人材の人数はほぼその年の予算で決定され、年間、5% の予算増額を見込んで、養成する人数を計画している (表 2-2-21)。しかし、各保健医療施設にどの職種が何人いるかなどの情報の入った保健人材データベースはできていない。GHS の人材育成開発局長は即急に同データベースを作成し、現場のニーズに合った人材養成を実施したいとの意向である。

現在、MDGs4 及び 5 の達成に向けて、助産師の養成が最も大きな優先課題となっている。そのため、CHO への 2 年間の修学による助産師資格に積極的に取り組んでいる。原則として、現職の CHO には給料の支給があるため、授業料は政府が負担し、本人は食事や宿泊、教科書代など (年間 800 ガーナセディ) を支払うのみである。CHO の助産師養

成には1人当たり年間3,000～5,000ガーナセディの経費がかかる。現在、CHOは緊急の分娩介助のみが認められているが、2年間の助産師学校で資格をとった場合は、正常分娩の介助が可能である。さらに、CHPS施設の増設に伴ってCHOの育成も急務としている。増員される人件費はすべて政府で支払うことができるとしているが、具体的な財源額は示されていない。

この5年間で達成する人材管理計画として、①看護師・助産師などの医療スタッフに焦点を当てて保健医療従事者の養成と雇用の増加、②保健従事者の質の向上と生産性の向上のための待遇改善、監督業務と規則・規制の強化、③健康の維持と促進のために寄与する保健サービスケアに関連する他の専門家の支援と動員、④労働衛生環境の基準の施行のための環境保健監査官の強化を挙げている。

表2-2-21 2011年までに養成する主な保健医療人材の職種及び人数

主な保健医療人材の職種	2009年現在		2011年目標	
	入学者数	人口当たりの人数	目標入学者数	人口当たりの人数
医師	480人	11,981人	500人/年	8,093人
メディカルアシスタント	210人	44,622人	220人/年	24,000人
看護師	2,276人	3,158人	2,000人/年	2,029人
助産師	875人	6,575人	1,000人/年	4,305人
CHN	2,236人	3,931人	2,000人/年	2,281人

出所：Human Resource for Health Directorate, Annual Report 2009, GHS, 2010

(3) CHPS政策への人材育成計画と実施

CHPS政策の一環として、女性のCHOに2年間の助産師教育を実施し、認可助産師の資格を取らせる試みが8つの助産師学校で2010年10月から再開される。今後必要とされる需要に応じるために年間450名を養成する計画であるが、卒業後に新規雇用する財源が不十分という問題が生じている。

メディカルアシスタントも即急に必要になるということから、看護師学校を卒業後、18カ月間でメディカルアシスタントになれる試みも今年(2010年)から実施される予定である。

(4) 保健人材養成機関

現在、ガーナには、主な医療人材養成機関として、医科大学4校、歯科大学2校、看護師養成学校15校、助産師養成学校14校、地域保健訓練学校(Rural Health Training School)3校、CHN養成学校9校などがある。

主な保健医療従事者の養成機関、入学基準、修学年数などは表2-2-22のとおりである。

主な医療人材養成機関の問題として、養成機関の不足(需要に追いつけない)、MOHと教育機関との連携の悪さが指摘されている。

助産師の資格を習得するには、まず、看護師学校での修学(2年間)及び資格修得後の

数年の勤務期間が必要であり、さらに、助産師学校で3年間修学することになる。助産師の年齢分布をみると、40～50歳台に人材が集中している。MOHは今後5年前後で定年退職による助産師が多数退職することになっていることから人材の不足を危惧し、高校卒業後、看護師の資格や勤務経験がなくとも、助産師学校における3年間の修学で助産師の資格取得を可能とする予定である。

表 2-2-22 主な保健医療従事者の養成機関、入学基準及び就学期間

職種名	学校・機関名（数）	入学基準	就学期間	年間入学予定数
医師	教育省管轄の4大学	高校教育卒 24歳以下	6年	200人
歯科医師	教育省管轄の2大学	高校教育卒 24歳以下	6年	24人
薬剤師	教育省管轄の4大学	高校教育卒 24歳以下	4年	150人
メディカル アシスタント	Rural Health Training School (3)	高校教育卒 24歳以下	3年	100-200人
Registered General Nurse（看護師）	Nursing Training School (15)	高校教育卒 24歳以下	3年	2,000人
Registered Community Health Nurse（CHN）	Community Health Nursing Training School (2)	高校教育卒 24歳以下	3年	500人
Registered General Midwife（助産師）	Midwife Training School (14)	高校教育卒 35歳以下	3年	1,000人

出所：MOHの人材育成管理局での聞き取り調査結果を取りまとめたもの

2-2-5 全国健康保険制度

全国健康保険制度（National Health Insurance Scheme：NHIS）は全国健康保険協会（National Health Insurance Council：NHIC）に管轄されている。2004年からパイロット的に一部の郡で実施されたのち、全国に導入され、2009年には全人口の60.1%（1,428万2,620人）をカバーするまでに至っている。保険加入者は、自営業者や農家など、70歳以上の高齢者、社会保障・全国保険信託（Social Security and National Insurance Trust：SSNIT）保険者及び年金受給者、妊婦、18歳未満の子どもなどである（表 2-2-23）。

当健康保険を利用するためには、カード作成費用の2ガーナセディ（5年ごとに更新する必要がある）と月額保険料（7.2～48.0ガーナセディ）、年更新料（0.6ガーナセディ）が必要である。現在、18歳未満の子どものみは何も支払う必要はないが（地域によってはカード代金のみ支払いがある）、妊婦、70歳以上の高齢者、社会保険年金受給者はカード作成費用の2ガーナセディのみを支払うことになっている。しかし、貧窮者や上記の者で支払いのできない者はコミュニティ・健康保険協議協会（Community Health Insurance Council）の承認があれば支払いの必要はない。月額保険料（7.2～48.0ガーナセディ）は、支払い能力に応じて6段階に分かれている。2009年のカード保持者の内訳は表 2-2-23のとおりで、18歳未満の子どもが49.5%を占め、次いで自営業者・農家などが28.9%である。貧窮者の割合は3.1%であるが、この割合は州によっ

て大きく異なる（表 2-2-24）。

税金の 2.5%、SSNIT 保険加入者の給料 2.5%が主な保険財源である。2009 年の財源は 4 億 2,700 万ガーナセディで、その内訳割合は 61%が税金、17%が投資、15%が保険料、3.8%が手数料や登録料、2.3%が他のセクターからの支援などである。

健康保険財源は財政・経済計画省（Ministry of Finance and Economic Planning）から健康保険基金（National Health Insurance Fund）に流れ、次に、健康保険基金から郡相互健康保険機構（District Mutual Health Insurance Schemes : DMHISs）に補助金及び保険金の形で支給される。

州相互健康保険機構が 10 カ所、郡相互健康保険機構が 145 カ所あり、CHPS 施設を含むすべての医療施設が郡相互健康保険機構に保険請求をし、郡相互健康保険機構から医療費の支払いを受けている。郡相互健康保険機構は郡保健局との協力の下に、サービスや医薬品の適正価格を設定し、二重・不正請求のチェックなどを実施している。しかし、患者の無駄な受診、保健医療施設からの不正請求、保健医療施設ごとに異なっている診療報酬や医薬品の価格の差の拡大、保険金返還の遅れ、保険請求額の膨張、適切な健康保険財源の確保などの課題などが指摘されているなかで、今年（2010 年）の 11 月から健康保険財源基金自らが財政・経済計画省から健康保険財源を受け取り、かつ保険請求の審査・支払いを行うとしている。郡相互健康保険機構は保険の勧誘促進、住民の啓発活動、情報提供及びクレームなどに対する対応などを主な業務とするとしている。

無料となる医療サービスは以下のとおり。

- ① 外来サービス：診察料、検査（臨床検査、レントゲン検査、超音波診断検査など）、投薬〔NHIS が定めた医薬品、食品・医薬品委員会（Food and Drug Board）や公認伝統医療士によって認可された医薬品〕、外科手術（ヘルニア治療、切開、排膿など）、理学療法治療
- ② 入院サービス：入院ケア、検査（臨床検査、レントゲン検査、超音波診断検査など）、投薬（NHIS が定めた医薬品、食品・医薬品委員会や公認伝統医療士によって認可された医薬品）、輸血など、子宮ガンや乳ガンの治療、外科手術、入院理学療法治療、部屋（一般棟）、食事（財源的余裕があれば）
- ③ その他の特別な医療サービス：口腔衛生ケア（鎮痛、切開と排膿、抜歯など）、眼科ケア（検眼、角膜手術、スキャン精査、白内障治療、瞼手術）、妊産婦ケア（産前、分娩介助、帝王切開手術、産後）、救急サービス（内科、事故による頭部外傷を含む外科手術、小児、帝王切開術を含む産婦人科、交通事故、急性腎不全のための透析）

なお、予防接種、家族計画（産後健診の一環にて）、精神疾患の外来・入院サービス、結核・オンコセルカ症・ブルリ潰瘍・トラコーマの治療、HIV 感染確定検査などは健康保険でカバーされている。

表 2-2-23 健康保険カード保有者の割合 (2009 年)

カード保有者	人 数	全保有者の中に占める対象者の割合 (%)
18 歳未満の子ども	7,071,270	49.5
自営業者・農家など	4,132,783	28.9
70 歳以上の高齢者	960,549	6.7
社会健康保険加入者	876,034	6.1
妊婦	721,943	5.1
貧窮者	444,597	3.1
社会健康保険年金受給者	75,444	0.5

出所：Health Summit- New Strategic Direction for the NHIS, NHIA, 2010

表 2-2-24 州別健康保険登録者 (2009 年)

州名	登録者内数 (%)	18 歳 未 満の子ど も	自 営 業 者・農家 など	70 歳 以 上の高齢 者	社会健康 保険加入 者	社会健康 保険年金 受給者	妊婦	貧窮者	合計
ウェスタン		681,334 (51.5)	380,481 (28.7)	56,219 (4.2)	112,431 (8.5)	5,038 (0.5)	80,796 (5.5)	7,927 (0.6)	1,324,226 (100.0)
セントラル		561,304 (48.9)	237,921 (20.7)	101,888 (8.9)	85,611 (7.5)	12,797 (1.1)	100,114 (8.7)	48,140 (4.2)	1,147,775 (100.0)
アクラ首都圏		684,493 (40.3)	555,258 (32.7)	62,824 (3.7)	208,071 (12.2)	10,485 (0.6)	141,492 (8.3)	36,363 (2.1)	1,698,986 (100.0)
ボルタ		532,805 (52.5)	252,911 (24.9)	91,876 (9.1)	63,228 (6.2)	10,424 (1.0)	48,683 (4.8)	14,368 (1.4)	1,014,295 (100.0)
イースタン		777,338 (49.1)	506,471 (32.0)	117,400 (7.4)	93,576 (5.9)	11,579 (0.7)	49,694 (3.1)	27,845 (1.8)	1,583,903 (100.0)
アシャンティ		1,589,543 (47.6)	1,112,724 (33.3)	218,406 (6.5)	174,990 (5.2)	12,632 (0.4)	200,133 (6.0)	32,331 (1.0)	3,340,759 (100.0)
ブロン・アハフォ		914,759 (53.5)	510,993 (29.9)	96,085 (5.6)	68,641 (4.0)	5,183 (0.3)	69,601 (4.1)	45,027 (2.6)	1,710,289 (100.0)
ノーザン		814,622 (55.1)	386,511 (26.1)	102,976 (7.0)	32,375 (2.2)	1,936 (0.1)	79,635 (5.4)	60,296 (4.1)	1,478,351 (100.0)
アッパーイースト		318,014 (49.2)	163,578 (25.3)	70,355 (10.9)	22,095 (3.4)	3,249 (0.5)	16,753 (2.6)	52,140 (8.1)	646,184 (100.0)
アッパーウエスト		300,873 (53.1)	159,203 (28.1)	49,372 (8.7)	23,648 (4.2)	3,651 (0.6)	17,549 (3.1)	12,713 (2.2)	567,009 (100.0)
全国		7,175,085 (49.4)	4,266,051 (29.4)	967,401 (6.7)	884,666 (6.1)	76,974 (0.5)	804,450 (5.5)	337,150 (2.3)	14,511,777 (100.0)

出所：NHIS から入手したデータを取りまとめたもの

2-2-6 保健情報システム

ガーナのすべての保健医療施設からの情報を管轄しているのが、GHS の PPME 局の情報・モニタリング・評価部に属する保健情報管理センター（Center for Health Information Management : CHIM）である。

さらに、GHS 保健局の情報オフィサーが、州に 4～5 名、郡と亜郡に 1～2 名配置されている。また、CHPS 施設以外のすべての保健医療施設には専属のスタッフ（規模によって人数は決まっている）が配属されている。

各保健医療施設は毎月郡支所へ紙ベースの報告書提出があり、郡支所にてコンピュータにデータ入力される。さらに、郡支所で取りまとめた情報が州支所へ報告される。州支所では収集した情報の分析をし、各郡支所と各保健医療施設にフィードバックする。州支所で行った取りまとめた情報が当センターに報告され、当センターは半年報告書及び年次報告書（Facts and Figures）を作成し、各関係機関へ配布している。質管理チェックリスト（Quality Check List）に沿ってデータを二重にチェックしており、重複や不一致なデータは回避できるとしている。

CHPS 施設では、USAID の資金供与で作成した下記 3 種類の登録台帳がある。

- ① 産前健診・予防接種・家族計画・出産・産後健診（Antenatal care/Immunization//Family planning/Delivery/Postnatal care）
- ② 日常保健サービス・コミュニティ保健経過（Daily service /Community Health Process）
- ③ カウンセリング記録（Counseling）

CHO が毎日提供した保健サービス内容を記録台帳に記載し、下記のような 8 種類の報告書を毎月最寄りの郡支所か亜郡支所へ提出している。その作成に 4～5 日かかり、日常業務を圧迫している。

- ① 外来患者サービス報告書（Statement of Outpatients Ghana Health Service）
- ② マラリア報告書（Malaria Report）
- ③ ワクチン・ロジスティックス報告書（Ghana Health Service Vaccines/Logistics Returns Form）
- ④ 助産報告書〔Monthly Midwives Returns（Form A）〕
- ⑤ 家族計画報告書〔Monthly Family Planning（Form B）〕
- ⑥ 子どもの健康サービス報告書〔Monthly Child Health Returns（Form C）〕
- ⑦ リプロダクティブヘルス関連報告書（Monthly RCH Returns- Miscellaneous）
- ⑧ 外来患者疾病報告書（Monthly Outpatients Morbidity Returns）

現在、毎月の報告書作成の負担を軽減するために、ビル & メリンダ・ゲイツ財団、コロンビア大学、グラミン財団の支援でデータの電子化（小型携帯端末を使っての CHO によるデータ入力）がアッパーイースト州のパイロット地域（kassena-nankana 郡及び kassena-nankana west 郡）で実施されている。

保健情報システムを改善するための財源が不足していること、末端レベルにおけるデータの質（記載間違い、計算ミス）などが問題である。

出生と死亡に関しては、届け出ることになっているが、罰則義務がないため、徹底されていない。当センターでは死亡届は 35%、出生届は 65% のカバー率と予想している。

2-3 母子保健分野の概況

2-3-1 母子保健行政及び政策

(1) 母子保健行政

ガーナの母子保健行政を管轄する局は、GHSの家庭保健（Family Health）局であり、2008年に公衆衛生局から独立した。部から局へ昇格し、予算や人員は増えたが、詳細は不明である。家庭保健局の下に、4部（健康増進、栄養、リプロダクティブヘルス・子どもの健康部、高齢者ケア）がある。

リプロダクティブヘルス部の技術職員は10名であり、そのうち医療従事者は医師4名、看護師3名、助産婦2名、薬剤師1名となっている。

(2) 母子保健政策

リプロダクティブヘルス・子どもの健康部では、全国リプロダクティブヘルスサービスの政策及び基準（National Reproductive Health Service policy and Standard 2003）、リプロダクティブヘルス戦略計画（Reproductive Health Strategic Plan 2007-2011）、5歳以下子どもの健康に関する政策（Under 5 Child Health Policy : 2007-2015）、5歳以下子どもの健康に関する戦略（Under 5 Child Health Strategy : 2007 -2015）を柱に活動を実施している。優先分野は、①医療従事者による分娩介助の推進、②新生児ケアの向上、③家族計画の推進、④青少年の健全な育成である。

1) リプロダクティブヘルス戦略計画

1990年代に人口政策が策定され、1994~1996年にかけて全国リプロダクティブヘルスサービスの政策及び基準が策定され、2003年に同政策の第2版が策定され、現在に至っている。リプロダクティブヘルス戦略計画のなかでリプロダクティブヘルスの戦略目的は、より質の高いリプロダクティブヘルスサービスを提供することによって妊娠可能な女性や乳児・小児の健康を向上させることとしている。リプロダクティブヘルスの戦略目標として下記の6つを掲げている。5年間で1億3,478万ドルの予算を計画している。

- ① 妊産婦疾病及び死亡の削減
- ② 新生児疾病及び死亡の削減
- ③ リプロダクティブヘルスの促進及び向上
- ④ 家族計画サービスへのアクセスとサービスの質を向上させることによる避妊率の増加
- ⑤ 家族計画サービスへのアクセスとサービスの質を確保するための横断的な方法の開発及び開始
- ⑥ リプロダクティブヘルスを向上させる実践と価値をコミュニティや家庭活動に開発し、促進させる

2010年に、MOH、GHS、国連カントリーチーム（United Nations Country Team : UNCT）がMDGs促進フレームワーク・国別行動計画を策定した。同計画は進捗が遅れているMDG5（妊産婦死亡の削減）の達成に向けてのコミュニティと保健医療施設において科学的根拠に基づいた、実行可能な、費用対効果の高い介入によって妊産婦の健康を向上

させることをめざすものであり、3つの優先する介入分野—①家族計画の改善、②医療従事者による分娩介助の増加、③緊急産科・新生児ケアの改善—を挙げている。さらに、同計画書には、上記の3つの優先する介入分野ごとに指標となる介入（表2-3-1）、介入の際の障害、障害ごとの解決策が明記され、2010～2015年までの年別行動計画とそのモニタリング計画も盛り込んでいる。3つの優先する介入分野の1つである「医療従事者による分娩介助の増加」の障害に対しての解決策の「緊急産科・新生児ケア（EmONC：Emergency Obstetric and Neonatal Care：EmONC）の評価結果に基づいた保健サービス評価システムの開発や保健医療施設の機能改善」に MOH/GHS 以外に WHO、UNFPA、EU、日本が取り組むことを期待され、支援を行う候補として挙げられている。

表 2-3-1 優先する介入分野の指標となる介入

	優先介入分野	指標となる介入
1	家族計画の改善	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族計画に必要な器具・医薬品の供給と分配の改善 ・ 家族計画サービス提供のキャンペーンの改善 ・ 家族計画、医療従事者による分娩介助の割合、EmONC、栄養、性感染症、HIV/エイズ、ジェンダーを含む母性保健の一般の意識や理解の改善
2	医療従事者による分娩介助の増加	<ul style="list-style-type: none"> ・ 分娩の全過程のモニタリング、新生児と産後ケアサービスの改善 ・ NHIS 内で無料の分娩サービス政策の継続 ・ CHPS を動員し、緊急産科に対応するリファラル・コミュニティ支援システムの強化 ・ 高インパクトで迅速なサービス提供アプローチ（HIRD）を介してサービス提供の統合パッケージの範囲拡大
3	緊急産科・新生児ケアの改善	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健センターや医療施設へ基礎的 EmONC と包括的 EmONC 機材の供給の拡大と分配の向上 ・ 「全国輸血政策」に沿って輸血サービスのリファラルの改善 ・ 生命を救う技術研修の拡大と州の保健人材の強化

出所：MDGs Acceleration Framework（MAF）Country Action Plan（CAP），MOH/GHS, USAID, 2010

2) 5歳以下の子どもの保健政策（Under 5 Child Health Policy 2007-2015）

第3次保健セクター5カ年計画（2007-2011）とGPRSに沿って、同政策は策定され、すべての子どもの生存、成長及び発達を向上させることを目標とし、2006年の5歳以下死亡率111（/出生千）を2015年までに40（/出生千）までに削減させるとしている。これは、MDG4が1990年から2015年までに5歳以下死亡率を2/3まで削減させるという数値目標と一致している。GDHS2008の結果によると、5歳以下死亡率を過去20年間で30%まで削減したという結果を受けて、MOHは2015年までにはMDG4の目標数値を達成可能とみている。

具体的な技術介入として、①妊娠期、②出産及び早期の産後期、③新生児期、④乳児・児童期に分け、サービス内容を具体的に明記している。

① 妊娠期：

最低4回の産前健診の受診、初回産前健診時での破傷風の予防接種、妊娠期間中

の抗マラリア予防薬 SP (sulphadoxine pyrimethamine) の投与、妊婦への蚊帳の給付、HIV テストの実施、HIV 陽性妊婦に対する抗レトロウイルス薬の投与、産前健診カウンセリングの実施

② 分娩及び早期の産後期：

分娩時のモニター、異常や合併症の早期発見と管理、EmONC の提供、適切な新生児ケアの提供、HIV 母子感染の予防措置、ビタミン A の投与

③ 新生児期（生後 28 日間）：

早期の新生児チェック（1 回目は生後 48 時間内、2 回目は生後 7 日以内）の推奨、完全母乳の推奨、HIV 母子感染予防措置、未熟児ケアの提供、予防接種（BCG、ポリオ）、鎌型赤血球性貧血のスクリーニングや一般検査（新生児黄疸、先天性奇形など）の実施

④ 乳児・幼児期（1~59 カ月間）：

予防内容（生後 6 カ月間の完全母乳、2 年間の授乳、離乳食、蚊帳の使用、完全な予防接種、ビタミン A 投与、ヨード添加塩使用など）、治療内容（マラリア、下痢、肺炎、低栄養、HIV 感染児のケア）

同政策を実施するために、12 の戦略—①適切な産前健診のカバー率の増加、②医療従事者による分娩介助の割合の増加、③新生児ケアのカバー率の増加、④生後 1～59 カ月の小児への効果的な介入の割合の増加、⑤子どもの健康への活動を連携、計画、管理する能力の強化、⑥子どもの健康への活動のために健康推進や行動変容を開始する能力の強化、⑦子どもの健康のための行動をコミュニティレベルで開始する能力の強化、⑧子どもの健康のための人材の活用の向上、⑨子どもの健康を提供する保健システムの向上、⑩子どもの健康を提供する民間セクターの能力の強化、⑪子どもの健康のための財源の活用の向上、⑫子どもの健康の進捗状況をモニターし、評価すること—を掲げている。5 歳以下の子どもの健康に関する戦略では、戦略ごとの指標及び達成目標を定め、さらに、2015 年までの戦略ごとの活動計画を示している（表 2-3-2）。

表 2-3-2 戦略ごとの指標及び達成目標

指 標	最新の データ	2011年 目標値	2015年 目標値
戦略 1：適切な産前ケア受診のカバー率の増加			
・産前ケアを最低 4 回受診した妊婦の割合	69% (2006)	85%	90%
・破傷風の予防接種を受けた新生児の割合	77% (2006)	90%	92%
・抗マラリア剤を最低 2 回服用した母親の割合	28% (2006)	60%	-
戦略 2：医療従事者による分娩介助の割合の増加			
・医療従事者により介助された分娩の割合	50% (2006)	65%	-
・1 時間以内で最初の授乳をした母親の割合	35% (2006)	60%	-
・EmONC を提供できる施設への搬送割合	NA	50%	-

戦略3：新生児ケア介入のカバー率の増加			
・ 生後 48 時間以内でケアを受けた新生児の割合	54% (2006)	75%	80%
・ 完全授乳されている新生児の割合	62% (2003)	80%	85%
戦略4：生後 1～59 カ月の小児への効果的な介入の割合の増加			
・ 生後 6 カ月間完全授乳の乳児の割合	54% (2006)	70%	75%
・ 適当な授乳と離乳食を摂取した生後 6～9 カ月の乳児の割合	58% (2006)	70%	-
・ 6 カ月間でビタミン A を摂取した生後 6～59 カ月の乳幼児の割合	60% (2006)	90%	-
・ 完全に予防接種を行った生後 12～23 カ月の幼児の割合	64% (2006)	70%	-
・ 殺虫剤浸漬蚊帳 (ITN) の下で就寝する子どもの割合	22% (2006)	55%	-
・ 24 時間以内で適切な抗マラリア剤を服用した熱のある子どもの割合	61% (2006)	70%	-
・ ORT を受けた水様性下痢をした子どもの割合	37% (2006)	60%	-
・ ORT と亜鉛の投与を受けた水様下痢をした子どもの割合	NA	25%	-
・ 適切な抗生物質投与を受けた肺炎の疑いのある子どもの割合	33% (2006)	50%	-
戦略5：子どもの健康への活動を連携して計画、管理する能力の強化			
・ 国家子どもの健康調整会 (National Child Health Coordination Body) の結成、年間最低 2 回の会議開催	なし	完了	完了
・ MDG4 と MDG5 達成のための国家計画を見積もる	完了	完了	完了
・ 子どもの権利に関する協定 (Convention on the Rights of the Child : CRC) についての報告メカニズムの強化	完了	完了	完了
・ 輸入粉ミルクのモニターメカニズムの確立	完了、弱い	完了	完了
・ 質 (子どもの健康に焦点を当てた) 管理チームをもつ病院の割合	なし	100%	100%
	-	-	-
戦略6：子どもの健康への活動のために健康推進や行動変容を開始する能力の強化			
・ 現場で適応・可能な子どもの健康推進メッセージの基準作成	なし	完了	-
・ 適応可能な子どもの健康推進のための材料や方法の基準作成	なし	完了	-
・ 緊急ケアを必要とする最低 2 つのリスクをもつ 59 カ月までの子どものケアをした保健人材の割合	-	-	-
戦略7：子どもの健康のための行動をコミュニティレベルで開始する能力の強化			
・ 前年度に研修を受けた CHO と CHN の人数	-	100%	100%
・ 前年度に子どもと新生児の疾病の統合的管理 (IMNCI) やケア管理を受けた CHV やボランティアの人数	-	100%	100%
戦略8：子どもの健康のための人材の活用の向上			
・ IMNCI 研修を受けた医師、看護師、他の保健人材の人数	-	100%	-
・ 過去 3 年間で IMNCI 研修を受けた外来部門の保健人材の人数	34% (2008)	50%	60%

戦略 9：子どもの健康を提供する保健システムの向上			
・ IMNCI の一次レベルの医薬品の最低 80% を備える一次レベルの医療施設の割合	66% (2002)	80%	90%
・ 子どもの使用のために酸素や小児ケアシステムを備えた病院の割合	NA	50%	60%
・ 2 年間子どもにやさしい (Baby Friendly) 病院に認定された病院や母子センターの割合	15.7%(2007)	50%	-
・ 抗生物質や抗マラリア剤の処方を受けた 59 カ月までの子どもの割合	97% (2002)	98%	100%
戦略 10：子どもの健康を提供する民間セクターの能力の強化			
・ 子どもの治療指針や健康教育教材を供与された民間病院の割合	NA	100%	100%
・ 民間医薬品会社を使用している郡の割合	NA	80%	85%
・ Baby Friendly 病院に認定された民間病院の割合	NA	20%	25%
戦略 11：子どもの健康のための財源の活用の向上			
・ NHIS でカバーされた 5 歳以下の子どもの割合	NA	100%	100%
・ 前年度に Family Health 局が受け取った確定予算の割合	NA	100%	100%
・ 前年度に郡計画分析ツールを開始した郡の割合	0%	30%	50%
・ 前年度に疾病の負担に応じて子どもの保健財源を割り当てて活動計画を作成する郡の割合	NA	50%	50%
戦略 12：子どもの健康の進捗状況をモニターし、評価すること			
・ 成果をモニター、評価し基準指標を使った活動計画を作成する郡の割合	NA	100%	100%
・ 過去 5 年間で実施された子どもの健康のための医療施設の監査	なし	有	有
・ 過去 2 年間で実施された子どもの健康の短期プログラムの再検討	なし	有	有
・ 子ども健康合同会と保健研究局との子どもの健康に関する研究の公開	なし	有	有

出所：Under 5 Child Health Strategy 2007-2015, MOH, 2009

3) 緊急産科ケア (EmOC) に関する MOH/GHS の見解

EmONC の緊急新生児ケアについては UNICEF の協力を得て、現在作成中であり、EmOC を導入するにあたって、2 つのレベルー 基礎的緊急産科ケア (BEmOC)、包括的緊急産科ケア (CEmOC) ーに分け、BEmOC は保健センターで、CEmOC は郡病院以上で実施されるようにすべきとしている。

2009 年、分娩介助を実施する医療施設の 2,880 カ所のうち、BEmOC を有する医療施設が 704 カ所 (24.4%)、CEmOC を有する医療施設が 246 カ所 (8.5%) のみ所在している。

BEmOC に含まれる機能：

- ① 抗生物質 (Parenteral antibiotics) の投与
- ② 抗痙攣剤 (Parenteral anticonvulsants) の投与

- ③ オキシトシン作用子宮収縮促進剤（Parenteral oxytocics）の投与
- ④ 胎盤の手動摘出
- ⑤ 胎盤残在物の摘出（例：手動真空吸引 manual vacuum aspiration）
- ⑥ 吸引分娩器や鉗子を用いての経膈分娩の介助
- ⑦ 新生児蘇生の実施

さらに、CEmOCに含まれる機能として、上記の7つの機能のほかに、帝王切開手術、輸血（血液銀行の設置）の実施を挙げている。

妊産婦死亡を測定する困難性や制限から、WHO、UNICEF、UNFPAなどは妊婦・新生児死亡の減少の経緯と成果を計る指標を開発している（表 2-3-3）。

表 2 - 3 - 3 EmOC 指標の定義と提言

EmOC 指標	定 義	提 言
EmOC の有効性 (BEmOC と CEmOC を 備 え る保健医療施設)	人口に対する EmOC をもち、十 分に機能している施設の割合	人口 50 万単位で、最低 5 カ所 の BEmOC 施設と最低 1 カ所 の CEmOC 施設の設置
EmOC 施設の地理的分布	州レベルで EmOC サービスを提 供できる施設の数	州単位で最低 5 カ所の BEmOC 施設と最低 1 カ所の CEmOC の施設の設置
施設分娩の割合	実際に施設で分娩する人数の推 定	地域で受け入れられる人数
EmOC サービスの要求度	施設で EmOC ケアを受ける妊婦 の割合（予想される出産の 15% に相当する）	100%
帝王切開手術の実施の割合	母子を守るサービスが提供され る	5 ~ 15%
直接的な産科ケースの死亡	ケアの質の指標	1%以下
間接的要因による妊産婦死亡	間接的要因による妊産婦死亡の 割合	情報なし
胎児死亡と早期新生児死亡率	分娩時ケアの質の指標	基準作成中

出所：Protocol for a needs assessment for EmONC, GHS, 2010 (Draft)

(3) その他の関連プログラム

1) 栄養

栄養を管轄している部局は Family Health 局の下にある栄養部であり、栄養士の資格をもつ部長のほかに、職員は 10 名いる。

栄養部の目標は、たんぱく質、エネルギー及び低栄養（PEM）の削減、微量栄養素欠乏の削減及び撲滅、栄養に関連した疾病（糖尿病、高血圧、肥満など）の減少をめざし、目的は、栄養に関する意識や知識、乳幼児の食事の実践、低栄養に対する啓発活動などを向上させ、微量栄養素欠乏（ヨード、鉄、ビタミン A）の予防と対策を講じることである。

さらに、11 の優先分野－①新 WHO 成長基準の適応の強化と施設 / コミュニティでの成長の促進の強化、②栄養行動変容コミュニケーションにおいてサービス提供者の技

術と知識の向上、③選択した郡における2歳以下の乳児や妊婦のためのコミュニティ・ベースでの保健・栄養サービスの活用の向上、④重篤な急性栄養失調への管理強化、⑤妊婦、高齢者、就学前の児童と学童における貧血対策の効果の強化、⑥子どもへのビタミンA錠剤の日常摂取の強化と妊婦のビタミンA錠剤供与への政策の再検討、⑦ビタミンA添加オイル拡大への効果の持続と添加物への需要の一般化の強化、⑧ヨード添加塩使用を促進する取り組みの強化、⑨重篤な急性栄養失調の管理を保健サービスへ統合することと重篤な急性栄養失調の管理のためのサービスの質の確保、⑩重篤な急性栄養失調の管理における国家政策やガイドラインに沿って北部3州における重篤な急性栄養失調の緩和、⑪乳児や小児を含む発達の過程に焦点を当てた栄養と微量栄養素欠乏に関する啓発活動の強化—を掲げている。

2010年と2011年の重点分野として、①乳幼児の栄養の強化、②一般の栄養に関する住民啓発の充実、③サービス提供者の技術・能力の開発、としている。

乳幼児の栄養プログラムがUW州を含む北部3州において実施中であり、研修や住民啓発教材の作成、州レベルでのTOTの展開、郡と亜郡での研修などが行われている。

さらに、微量元素欠乏対策のヨード欠乏対策として、ヨード添加食塩の促進プログラムを実施中であり、UNICEFや国連世界食糧計画（World Food Programme：WFP）などによるモニタリングも行われている。また、鉄欠乏性貧血対策として、該当女性への鉄サプリメントの提供、回虫やマラリア対策を実施中である。

全国規模で2歳以下の乳幼児と授乳中の女性に対するビタミンAの提供、ビタミンA添加小麦粉やオイルの普及、ビタミンAと鉄を多く含む食品の摂取の推進、果実（オレンジ）や野菜（トマト）の生産と消費の促進も進めている。

2) EPI プログラム

予防接種拡大計画（Expanded Programme on Immunization：EPIプログラム）の管轄部局はGHSの公衆衛生局の疾病対策部であり、職員はEPIプログラムマネジャーを入れて、10名である。各州の疾病対策部長の監督下に、EPIマネジャーが郡レベルのEPIチームを率いている。

現在、予防接種拡大計画5カ年計画（EPI 5-year Plan of Work 2007-2011）に沿って、産前産後健診サービスの普及、妊娠可能な女性（12～49歳）への破傷風予防接種の強化、清潔で安全な分娩の普及などの活動を実施している。

現在、ワクチン保管庫は中央倉庫を含む2カ所がアクラ、北部3州を包括している地方倉庫がノーザン州のタマレにあり、中央倉庫から州倉庫へ3カ月ごとにワクチンが配送される。さらに、毎月、州倉庫から郡倉庫へ配布され、各保健医療施設には適時必要量に応じて供給される。

2003年以降、はしかの発生がなく、乳幼児の死亡率が徐々に減少しており、EPIプログラムの成果が出ているとみている。

EPIプログラムで直面している課題として、ワクチンを保管する太陽光発電式（ソーラー式）冷蔵庫の維持管理の財源の不足のほかに、修復・メンテナンスのための技術者の不足で修理や故障の需要に応じられないことである。現在、1名の技術者が州全体をカバーしている。さらに、中央レベルからのワクチンの供給が遅れ、何箇所も予防接種

活動ができない州もあり、安定した供給システムが必要である。

CHPS 施設に、ソーラー式の冷蔵庫を入れるには数が多く、財源がないため、一部保管ボックスを活用している。

2-3-2 現状及び課題

(1) 母性の健康

産前健診受診率は 90% 台を維持しているが、監督下の分娩や施設分娩が全体の出産の半分以下であり、さらに、家族計画の普及率も 3 割と低いままである (表 2-3-4)。さらに、妊産婦死亡率は WHO の発表 (World Health Statistics 2009) によると 560 (/ 出生 10 万) となっており、依然として高い水準であり、また、施設内妊産婦死亡率は過去 8 年間、ほぼ同じ水準にとどまっており (表 2-3-5)、即急な対策やサービスの改善などが必要である。ガーナ政府は、2015 年までに MDG4 の達成目標値を 3/4 まで減少させるとし、160 (/ 出生 10 万) をめざすとしているが、目標達成は非常に難しいとしている。

ガーナの合計特殊出生率は 1988 年の 6.4 から大きく減少し、2008 年の 4.0 になっている。教育水準や家庭の裕福度が上がると合計特殊出生率は減少する傾向にあり (GDHS)、適切な情報が伝わっていないこと、経済的な理由やアクセスが悪いことから保健医療施設への利用ができないことが原因と考えられる。現在、NHIS では家族計画サービスの無料化を検討している (一部産後健診では無料となっている)。ちなみに、ガーナの結婚平均年齢が 19.8 歳、初産平均年齢が 20.7 歳、次の出産までの期間は 40 カ月間である (GDHS2008)。

2008 年の 15 ~ 49 歳の女性の 59% が貧血状態 (妊婦のヘモグロビン値 11.0g/dL 以下、それ以外の女性はヘモグロビン値 12.0g/dL 以下) にあり、2003 年 (45%) の貧血状態の状況は悪化している。さらに、妊娠していない女性で貧血状態にある割合が 57% に対して、妊婦では 70%、授乳中の女性では 61.8% となっている。

産前健診時の出産のリスクをみると、妊娠 3 期に最も多く、次いで妊婦の年齢が 35 歳以上、15 ~ 19 歳での出産である (表 2-3-6)。州別にリスクをみると、アクラ首都圏では妊娠 3 期に最も高い (19.4%) ののに対して、UW 州では、5 回以上出産で 20.3% と最も高くなっていることかことから、産前健診時のリスク管理の際には全国一律ではなく、地域の特徴をとらえるなどの注意が必要である。

女性が保健医療施設への受診をためらう理由 (複数回答) として、45.1% の女性が「治療費の支払い」と答えており、「適切な医療従事者の不在」と「医薬品がない」が 4 割、「保健医療施設への移動手段がない」と「保健医療施設が遠い」が 25% いた (GDHS2008)。

表 2-3-4 ガーナにおけるリプロダクティブヘルスサービスの推移 (2001 ~ 2008 年)

指標	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
産前健診受診率	93.6	93.7	91.2	89.2	88.7	88.1	91.1	97.8
監督下の分娩	49.3	52.6	52.1	53.4	54.2	44.5	32.1	42.2
産後健診受診率	52.9	53.7	55.7	53.3	55.0	53.7	56.7	57.5
家族計画普及率	20.3	21.0	22.3	24.3	22.6	25.4	23.2	33.8

出所 : The Health Sector in Ghana, Facts and Figures 2009 GHS, 2010

表 2-3-5 ガーナにおける施設内妊産婦死亡者及び死亡率*の推移 (2001～2008年)

指標	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
死亡者数	954	834	854	824	863	957	996	953
死亡率*	255.7	204.4	204.5	186.0	196.8	187.2	230.2	199.7

*：出生 10 万に対する保健医療施設内で死亡した妊産婦数

出所：The Health Sector in Ghana, Facts and Figures 2009, GHS, 2010

表 2-3-6 産前健診サービスにおけるリスク発見の割合 (2009年)

州名	リスクの割合					
	妊娠 3 期	10～14 歳 での出産	15～19 歳 での出産	35 歳以上 での出産	5 回以上の 出産	低身長 (152cm 以下.)
アシャンティ	15.3	0.2	12.3	12.5	11.4	3.5
ブロン・アハフォ	17.5	0.2	13.2	18.1	9.1	9.1
セントラル	16.6	0.2	14.7	13.0	11.8	7.1
イースタン	16.5	0.2	13.5	12.1	10.2	3.7
アクラ首都圏	19.4	0.2	8.1	11.1	5.8	1.3
ノーザン	18.7	0.1	10.5	10.3	16.3	2.2
アッパーイースト	19.0	0.1	13.7	13.9	12.4	2.5
アッパーウエスト	14.8	0.1	11.9	16.5	20.3	1.2
ボルタ	18.3	0.2	13.9	14.1	11.9	3.7
ウェスタン	14.8	0.3	13.4	11.7	12.3	4.5
全国	17.1	0.2	12.2	12.8	11.3	3.9

出所：CHIM から入手したデータを取りまとめたもの

(2) 子どもの健康

EPI プログラムは各疾患とも 70% 以上のカバー率となっており (表 2-3-7)、その結果として、ガーナ全体の乳児死亡率や 5 歳未満児死亡率は徐々に減少している (表 2-3-8)。しかし、新生児死亡は 5 歳未満児死亡率の 2/3 を占め、新生児死亡の 40% が生後 24 時間内、75% が生後 7 日以内に集中し、減少傾向にない状況にある。さらに、乳児死亡の原因は、マラリア、下痢疾患、低栄養など、新生児の死因は感染症、仮死、未熟、低体重などであり、これらの死因は予防可能でかつ、適切な処置で減少させられることから、乳児、特に新生児ケアの即急なサービス改善が必要とされている。

地域差が大きく、農村部では依然として乳児死亡率は高い。UW 州は乳児死亡率と 5 歳未満児死亡率ともに最も高くなっている (表 2-3-8)。

2008 年に実施された GDHS によると、10 人に 1 人の子どもが慢性的に栄養失調状態にあり、地域によっても大きく差異があり、アクラ首都圏では 14% であるのに対して、状況の悪いイースタン州で 38% の子どもが慢性的な栄養失調である (表 2-3-9)。また、78% の子どもが貧血であり、56% の子どものみが過去 6 カ月以内にビタミン A 摂取を受けて

いると報告している。

表 2-3-7 EPI プログラム実績の推移 (2001 ~ 2008 年)

予防接種名	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
はしか	82.4	83.8	79.0	78.0	81.0	85.1	88.6	86.5
DPT3	76.3	78.1	76.0	76.0	83.0	84.2	87.8	86.6
ポリオ 3	75.9	78.8	75.5	76.0	84.0	83.7	87.6	86.1
BCG	90.8	95.6	92.0	92.0	97.0	99.6	102.4	102.6
破傷風	72.9	101.4	101.3	67.4	68.0	68.2	70.1	76.3
黄熱病	78.6	71.0	72.4	76.0	80.0	84.0	88.1	86.1

出所：The Health Sector in Ghana, Facts and Figures 2009, GHS, 2010

表 2-3-8 乳児死亡率と 5 歳未満児死亡率の推移 (1998 年、2003 年、2008 年)

州 名	乳児死亡率 (/ 出生千)			5 歳未満児死亡率 (/ 出生千)		
	1998	2003	2008	1998	2003	2008
ウェスタン	68.0	66.0	51.0	109.7	109.0	65.0
セントラル	83.8	50.0	73.0	142.1	90.0	108.0
アクラ首都圏	41.4	45.0	36.0	62.0	75.0	50.0
ボルタ	53.8	75.0	37.0	98.0	113.0	50.0
イースタン	50.2	64.0	53.0	89.1	95.0	81.0
アシャンティ	41.9	80.0	54.0	78.2	116.0	80.0
ブロン・アハフォ	77.3	58.0	37.0	128.7	91.0	76.0
ノーザン	70.1	69.0	70.0	171.3	154.0	137.0
アッパーイースト	81.5	33.0	46.0	155.3	79.0	78.0
アッパーウエスト	70.6	105.0	97.0	155.6	208.0	142.0
全国	57	64	50	108	111	80
都市部	67.5	70.0	56.0	122.0	118.0	90.0
農村部	42.6	55.0	49.0	76.8	93.0	75.0

出所：The Health Sector in Ghana, Facts and Figures 2009, GHS, 2010

表 2-3-9 慢性的な栄養失調にある 5 歳以下の子どもの割合 (2008 年)

州名	栄養失調の子どもの割合	州名	栄養失調の子どもの割合
ウェスタン	27%	ノーザン	32%
セントラル	34%	アッパーイースト	36%
アクラ首都圏	14%	アッパーウエスト	25%
ボルタ	27%		
イースタン	38%	全国	28%
アシャンティ	27%	都市部	21%
ブロン・アハフォ	25%	農村部	32%

出所：Children Health and Nutritional Status in Ghana, Results from the 2008 GDHS, USAID, 2008

2-4 保健医療分野の援助動向

現在、保健分野を支援している開発パートナーの二国間協力援助国として、米国、デンマーク王国（以下、「デンマーク」と記す）、カナダ、英国、オランダ王国（以下、「オランダ」と記す）、日本などであり、援助国際機関として、UNFPA、WHO、UNICEF、世界銀行（World Bank）、グローバルファンド、アフリカ開発銀行などがある。支援内容は、マラリア・HIV/エイズ・結核予防、感染症対策、栄養、母子保健、家族計画、開発計画・行政能力強化など多岐にわたっている。

ガーナにおいて保健セクターのドナー協調は進んでおり、前記した 5 年保健開発計画をもとに、MOH・GHS と開発パートナーが毎年の保健サミット（2010 年は 5 月に開催された）にて検討を実施し、計画の実施進捗状況をモニタリング・評価し、次年度計画の検討も実施している。

(1) UNICEF

- UNICEF が支援している分野として、母子保健、栄養、HIV/エイズ対策、青少年の健全な育成支援、水・衛生の改善に取り組んでおり、2 つのレベルー MOH/GHS への政策決定への助言、地域でのプログラム実施ーで支援している。
- UNICEF が乳幼児の疾病・死亡、栄養失調を低減するための介入パッケージとして、アッパーイーストのパイロット地域で開始した子どもの生存と成長促進アプローチ（Accelerated Child Survival and Development approach : ACSD）は成功し、各種指標の低減がみられたことから、政府は全国へ拡大することとなり、現在、UW 州においても子どもの生存と成長促進アプローチ/高インパクトで迅速なサービス提供アプローチ（ACSD/HIRD）が実施されており、その介入パッケージには、EPI-Plus（予防接種、ビタミン A 補給、駆虫）、IMCI-Plus [蚊帳の設置、経口補液療法（Oral Rehydration Therapy : ORT）、完全母乳実施、適切な離乳食の推奨など]、ANC-Plus（妊娠中の抗マラリア剤の投与、鉄剤の摂取、蚊帳の設置など）がある。ACSD プロジェクトによる保健サービス提供のための戦略としては 3 つー①主としてボランティアを活用した家族計画、栄養・衛生の実践パッケージをコミュニティで促進させること、②予防接種、ビタミン A 摂取、産前健診などの保健サービスの提供を継続して実施すること、③優先された介入を含む統合された基礎的保健サービスが保健医療施設で受けられることーが挙げられている。
- UNICEF 担当官は、母子保健分野での課題として、妊婦が医療従事者による分娩介助を

活用していないことや避妊・緊急産科ケアへのアクセスが不十分であることからくる妊産婦死亡があること、小児死亡に占める新生児死亡の割合が増加していることを挙げている。

- UW州を含む北部3州への支援を継続し、ACSD/HIRDでの介入を促進し、更に保健・水・衛生を統合した介入も構築していくとしている。
- 今年（2010年）10月にニーズ確認調査を実施し、その結果に基づいて次の支援内容を決定する。

(2) WHO

- WHOは原則として、MOH/GHSでの政策決定への技術協力が主であり、資金提供やある特定地域を支援することはないが、例外がある。数年前から、ウェスタン州のタクア郡において、妊婦の搬送の遅れに対する対策として、救急車の提供、妊婦を優先的に乗車するタクシーサービス、保健医療施設の医療従事者への研修を実施した。
- UNFPAと国際連合（UN）の資金支援を受けて、家族計画におけるケアの質を向上させる手段として避妊の使用方法を判断するWHO医療基準輪なるもの（WHO Medical Eligibility Criteria Wheel for Contraceptive Use）を5,000部発行し、MOHを介して全国に普及させている。
- 子どもの健康のなかで、5歳以下子どもの健康に関する政策（2007-2015）、5歳以下子どもの健康に関する戦略（2007-2015）の作成に技術支援を実施した。
- GAVIとは国レベルの介入でEPIプログラムを技術支援している。
- UNICEF、USAIDなどの資金支援（医薬品、機材など）にて、28郡でマラリア、肺炎、下痢疾患の対策として技術支援を実施した。
- 母性・子どもの健康に関連したMDGs達成のための道しるべ（Road Map for Accelerating the attainment of the MDGs related to maternity and child health）の作成に協力し、9月に正式に発行するとしている。
- 妊産婦死亡検死マニュアルのドラフトを作成中であり、妊婦死亡の原因を追究し、改善の策を練るとしている。

(3) USAID

- 5年単位で5つの分野—家族計画・母子保健、マラリア対策、HIV/エイズ対策、水供給・衛生及びその他の感染症対策、地方行政管理能力向上—to支援している。2010年に、保健セクターの予算は総額およそ6,500万ドルで、そのうち2,200万ドルがマラリア対策、1,500万ドルがHIV/エイズ対策、250万ドルが栄養対策であり、HIV/エイズ対策と栄養対策は近年増加している。
- 現在進行中のプログラム（表2-4-1）は、①ガーナ行動変容支援プロジェクト（Ghana Behavior Change Support Project）、②州保健プロジェクト（Focus Region Health Project）、③マラリア予防対策プロジェクト、④食物・栄養技術支援フェーズII（Food & Nutrition Technical Assistance II）、⑤保健サービスプロジェクト（Deliver Project II）、⑥都市部・農村部における水・衛生プロジェクトである。
- 母子保健での問題として、多くの母親のニーズに合わない保健医療施設のために自宅

分娩やTBA介助による分娩が行われていること、分娩介助の経験や技術のないCHOによる正常分娩の実施、緊急産科ケアにおけるリファラルシステムの不備、包括的緊急産科・新生児ケアサービスの質の悪さ、妊婦や子どもの貧血対策の遅れなどを挙げている。

表2-4-1 USAIDが実施しているプロジェクト

プロジェクト名	支援内容	支援総額 USドル	対象地域	実施機関	支援期間
①ガーナ行動変容支援	行動変容コミュニケーションの支援、コミュニティ動員とエンパワーの促進、コミュニティベースでの活動促進、能力強化と支援	2,000万	アクラ首都圏、ウェスタン州、セントラル州	Johns Hopkins 大学、コミュニティプログラムセンター	2009～2013
②州保健	州・郡行政能力の強化、各保健サービスへのアクセスの強化と推進、保健供給システムの強化など	3,906万	アクラ首都圏、アシャンティ州、イースタン州	JSI (John Snow Incorporated) 研究・研修所	2009～2013
③マラリア予防対策	蚊帳の設置への推進、妊婦へのマラリア予防活動、広報活動の推進、正式な抗マラリア予防薬販売業者の認証、モニタリング・評価の支援	1,544万	全国	Johns Hopkins 大学、研究センター	2009～2012
④食物・栄養技術支援フェーズII	コミュニティ、保健医療施設での重篤な急性低栄養の早期発見と予防の推進、サービスの向上とモニタリング・評価の強化など	224万	全国	教育開発アカデミー (AED)	2007～2010
⑤保健サービス	ロジスティックス行政管理能力の強化、ロジスティックスシステムの開発、保健医療施設の報告システムの向上など	2,747万	全国	JSI	2004～2011
⑥都市部・農村部における水・衛生	家庭、医療施設や学校での安全な飲料水、衛生施設へのアクセスの推進、包括的公衆衛生の実践の推進	1,320万	アクラ首都圏、ウェスタン州、セントラル州、イースタン州、ボルタ州、ブロン・アハフォ州	Relief International (RI) 2009～	2013

出所：質問票に対する回答を取りまとめたもの

(4) UNFPA

- ・ 現在、UNFPA は、5つのプロジェクト(表 2-4-2)－①母子保健ケアサービスの提供の向上、②産科ケアサービスの管理能力の強化、③ HIV・性感染症予防とサービスに関する情報の質管理、④青少年向けのサービスの向上、⑤リプロダクティブヘルス関連用品の十分な量の確保－を実施し、年間予算がおおよそ 4,500 万ドルである。
- ・ 2006 年から開始された母子保健ケアサービスプロジェクトでは、リプロダクティブヘルス、特に EmONC に重点が置かれ、EmONC のための郡病院への医療機材の供与、看護師・助産師養成学校への技術支援、コミュニティリーダーやヘルスボランティアへの家族計画及び CHPS 政策に関する研修などを実施している。
- ・ 郡病院レベルで妊婦や子どもを対象として、栄養指導も実施している。5つの州〔セントラル、ボルタ、ノーザン、アッパーウエスト (UW)、アッパーイースト〕で実施中である。
- ・ リプロダクティブヘルス関連用品の十分な量の確保プロジェクトの家族計画の活動の一環で、5つの州 (UW、アッパーイースト、セントラル、ボルタ、アシャンティ) にて、避妊具の供与を実施している。
- ・ MOH 及び UN 関連の開発パートナーはこれまでの試みとその結果から TBA を活用しないことに決め、研修も実施していない。ただし、TBA が出産に介入する際には、CHO を立ち会わせるよう推奨している。
- ・ UNFPA 担当官によると、母子保健分野での課題として、EmONC へのアクセスを確保するための関連機関との協調が円滑にっていないこと、家族計画での財源の不足、適切な熟練した分娩介助者の不足を挙げている。

表 2-4-2 UNFPA が実施しているプロジェクト

プロジェクト名	支援内容	対象地域	支援総額 US ドル	支援 期間
①母子保健ケアサービスの提供の向上	研修サービス、施設で可能な EmONC サービスの支援、保健センターと郡病院への医療機材（正常分娩・帝王切開手術対応のため）の強化	中央政府と本文に記載した 5 州のなかの 40 郡	100 万 (5 年間)	2006～ 2011
②産科ケアサービスの管理能力の強化	産科ろう孔患者の治療、産科ろう孔に関する研修、産科ろう孔治療センターの建設と機材供与	北部 3 州	年間 40 万	2007～ 2011
③ HIV・性感染症予防とサービスに関する情報の質管理	HIV/エイズ戦略計画の開発に向けた政府への技術・財政的支援	全国	年間 35 万	2006～ 2011
④青少年向けのサービスの向上	青少年センターの確立、若者を支援する人材の研修	全国	年間 25 万	2010～ 2011
⑤リプロダクティブヘルス関連用品の量の確保	避妊具の提供やその他の関連器具の量の確保	本文に記載のある 5 州	年間 250 万	2006～ 2011

出所：質問票に対する回答を取りまとめたもの

(5) 世界銀行 (World Bank)

- ・ 現在、World Bank は第3次保健セクター5カ年計画 (2007-2011) に沿って、3つのプロジェクト (表 2-4-3) —①マルチセクター HIV/エイズ (Multi-Sectoral HIV/AIDS) プロジェクト、②子どもの生存のための栄養・マラリア対策 (Nutrition and Malaria Control for Child Survival) プロジェクト、③健康保険プロジェクト (Health Insurance Project) —を支援している。
- ・ World Bank の保健担当経済専門家によると、中央医薬品倉庫における医薬品 (必須医薬品、EPI、抗マラリア薬) の品質管理、医薬品供給への政策、公正な価格設定などを支援する用意があり、USAID、DANIDA、JICA とともに協議したい意向である。また、栄養、特に貧血の問題が深刻であり、早急の対策が急がれるとのことである。今後、医薬品管理、インフラ、健康保険、地方分権化を重点課題とする。

表 2-4-3 世界銀行 (World Bank) が実施中のプロジェクト

プロジェクト名	支援内容	支援総額 US ドル	対象 地域	支援 期間
①マルチセクター HIV/エイズ	情報・教育・行動変容・コミュニケーション活動の支援、母子感染の防止、任意のカウンセリングテスト (Voluntary counseling and testing : VCT)、施設内感染防止などの支援、抗レトロウイルス薬の給付、PLWHAs の支援とエイズ孤児のケアモデルの実践、各レベルでの活動を強化するための計画・マネジメント・社会参加の支援など	3,500 万ドル (DFID から 1,000 万ドル、DANIDA から 1,000 万ドル)	全国	2005 ~ 2011
②子どもの生存のための栄養・マラリア対策	5歳以下の子どもと妊婦を対象とし、プロジェクト実施の組織強化と各関連機関との連携の強化の支援、コミュニティをベースとした保健・栄養サービスの実施、マラリア予防のための蚊帳の活用の推進の支援など	2,550 万ドル	全国	2007 ~ 2013
③健康保険	NHIS のマネジメント能力の強化、DHIMSs の機能強化、紙ベースから電子ベースへのシステム移行、MOH、NHIS、DMHISs における職員の保険管理能力の向上などの支援など	3,900 万ドル	全国	2007 ~ 2012

出所：World Bank の Web-site の情報及び聞き取り調査を取りまとめたもの

(6) その他

CIDA と DFID の支援動向は表 2-4-4 のとおりである。DFID の 2009 ~ 2010 年のガーナへの支援総額は 8,990 万ユーロで、保健分野は 25% (2,240 万ユーロ) を占めている。

表 2-4-4 CIDA と DFID が実施中のプロジェクト

機関名	プロジェクト名	支援内容	支援総額	対象地域	支援期間
CIDA	低栄養	妊婦と 5 歳以下の子どもの低栄養改善の活動支援	400 万ドル	北部 3 州	2009 ~ 2010
	学校給食	WFP への財政支援	200 万ドル	北部 3 州	2009 ~ 2010
DFID	子どもの健康	妊婦と 18 歳以下の子どもの健康保険の財源支援	800 万ユーロ	全国	2009 ~ 2010
	家族計画	妊婦への啓発活動、妊産婦死亡の検死のための政府への支援	800 万ユーロ	全国	2009 ~ 2010
	マラリア対策	蚊帳の支給、迅速診断や効果的治療の促進活動への支援	200 万ユーロ	全国	2009 ~ 2010

出所：CIDA：www.acdi-cida.gc.ca

2-5 アッパーウエスト州の母子保健分野の概況と課題

2-5-1 アッパーウエスト州の地域の概要

(1) UW 州の地理、文化

UW 州は国の北西部に位置し、北はブルキナファソ、西はコートジボアールと国境を接し、南はノーザン州、東はアッパーイースト州の州境と接している。首都からの距離は約 600km で車での移動時間は約 11 時間である。タマレ経由で金曜日、日曜日の週 2 便、小型旅客機が首都から定期的に就航している。州の全面積は 1 万 8,476 平方 km² で全国では 7 番目の大きさだが、人口は 67 万 1,043 人でノーザン州に次いで少ない。人口密度は全国平均が 1km² 当たり 102 であるのに対して、約 3 分の 1 に当たる 36 となっており、広い土地に散在している個々の世帯へのアクセスの難しさがうかがえる。²

UW 州は、ガーナのなかでも特に社会経済指標の悪い北部 3 州の 1 つである。富裕度を 5 つに分けた場合、UW 州では最低に属する世帯が 52.7% あり、全国で 3 番目に貧困世帯が多い州である。女性の識字率は 33.8% と全国で 2 番目に低く、男子の識字率は 55.1% と全国で 3 番目に低い。過去 12 カ月間に仕事をしていない女性は 33.8% と全国で最低、男性は 19.7% と全国で 2 番目に低い。このように UW 州は全国のなかでの貧困度が高い結果となっている。³

UW 州では住民は年長者を敬い、村のルールは村のチーフやオピニオン・リーダー、年長者を中心に決定され、住民集会などを通じて村全体にルールを広めるシステムになっている。このように昔からの伝統や文化を大切にしており、いろいろな慣習が色濃く残る地域である。

² データは The Health Sector in Ghana, Fact and Figures 2008、2009、GHS、2010 によるものである。

³ データは Ghana Demographic health Survey(GDHS)2008 によるものである。

(2) UW 州の行政

州の政治や行政は、州知事を委員長とする州調整委員会（Regional Coordinating Council : RCC）によって行われている。州調整委員会は、9つの行政郡の郡議会（District Assembly : DA）の調整、活動のモニタリングや評価を行っている。郡議会の下には、1つの市議会（ワ市）と4つの町議会（ジラパ、ロウラ、テュム、ナンドン）、そして47の地区議会があり、さらにその下部に618の地域の選挙区委員会（Unit Committee）がある。これらの議会のメンバーには地域のオピニオン・リーダーやチーフが含まれているところも少なくない。

保健についてはGHS管轄下に州保健局、郡保健局、亜郡保健所、そしてCHPS施設があり、国の保健政策を実施している。公的な医療機関としては州病院、郡病院があり、亜郡レベルでは亜郡保健所に保健センターが併設されて、治療や分娩介助を行っている。CHPS施設ではCHOが勤務して、家庭訪問を軸に地域での疾病予防・健診活動、そして疾病の初期治療や緊急時の分娩介助を行っている。

2-5-2 統計からみたアッパーウエスト州の保健状況

(1) 母子保健対象人口

UW州の総人口は、2009年が約67万人で、うち母子保健の対象となる15から49歳の生殖年齢の女性は推定16万人、5歳以下の子どもは推定12万人である。

表 2-5-1 UW 州人口（2009年）

郡名	人口 / 割合 (%)		WIFA*	5歳以下の子ども数**
シラパ (Jirapa)	63,549	9.5	15,252	11,439
ランブシエ (Lambussie)	49,149	7.3	11,796	8,847
ロウラ (Lawra)	101,864	15.2	24,447	18,336
ナドリ (Nadowli)	96,267	14.4	23,104	17,328
シサラ・イースト (Sissala East)	52,662	7.8	12,639	9,479
シサラ・ウエスト (Sissala West)	46,778	7.0	11,227	8,420
ワ・イースト (Wa East)	63,645	9.5	15,275	11,456
ワ市 (Wa Municipal)	116,229	17.2	27,895	20,921
ワ・ウエスト (Wa Wes)	80,900	12.1	19,416	14,562
アッパーウエスト州 (Upper West)	671,043	100.0	161,050	120,788

出所：2009年 UW 州保健局年次報告書（2009 Annual Report, RHMT UW）

*WIFA (Women In Fertility Age) = 生殖年齢（15-49歳）にある女性の推定数で、全人口の24%として計算。

**5歳以下の子どもの推定数で、全人口の18%として計算。

(2) 医療施設

UW 州の保健医療施設を表 2-5-2 に示す。病院数は州・郡の公立病院数である。ロウラ郡のナンドン病院はミッション系の病院だが、実質的に GHS の職員がスタッフとして働いているので郡病院と同等の扱いとなっている。ほとんどの SDHT⁴ には保健センターが併設されているが、4 つの SDHT には保健センターがない。民間医療施設の多くは小規模でワ市に集中している。

表 2-5-2 UW 州の保健医療施設

郡名	病院	SDHT	保健センター	CHPS	民間診療所	民間病院	民間助産所
シラパ (Jirapa)	1	7	7	8	0	0	0
ランブシエ (Lambussie)	0	6	6	9	1	0	1
ロウラ (Lawra)	2	10	8	10	0	0	0
ナドリ (Nadowli)	1	13	12	14	0	1	0
シサラ・イースト (Sissala East)	1	6	6	5	0	0	1
シサラ・ウエスト (Sissala West)	0	4	4	7	0	0	0
ワ・イースト (Wa East)	0	7	6	9	0	0	0
ワ市 (Wa Municipal)	1	6	6	13	3	2	1
ワ・ウエスト (Wa Wes)	0	6	6	12	0	0	1
アッパーウエスト州 (Upper West)	6	65	61	87	4	3	4

(3) 保健人材

質の良い保健サービスを提供するのに必要な人材不足が深刻である。特に医師の不足と助産師の不足や高齢化は大きな問題となっている。医師不足を補うためにキューバ共和国（以下、「キューバ」と記す）政府の支援で派遣された 19 名のキューバ人医師がいるが、専門医の不足も含め問題の根本的な解決には至っていない。長い間助産師コースが閉鎖されていたことから助産師の不足と高齢化が起こっている。ほとんどの SDHT の保健センターには助産師が 1 名のみ配置されている。都市の SDHT のなかには助産師が 2～3 名配置されているところもごくまれにある。一方で、助産師がいない保健センターも存在する。現在働いている助産師の半数近くが数年で引退するため、CHN⁵ や CHO を助産師に養成することが緊急の課題となっている。ジラパ郡の看護学校の助産師コースは、2010 年 10 月から再開予定で各郡から 5～10 名が入学する予定である。

⁴ SDHT は CHO の監督を含めた垂郡内の GHS の保健活動の管理や実施を行っている。SDHT には通常、保健センターが併設されている。SDHT の長はイン・チャージ (In Charge) と呼ばれ、保健センターの助産師がその職についているところが多い。

⁵ CHO は多くが SDHT で勤務している。1 つの SDHT には平均 3 名ほどの CHN がいて、それぞれがいろいろな活動を行っている。活動としては、CHN が直接地域に出向き、家庭訪問、地域での啓発活動、地域保健ボランティア (Community Health Officer: CHV) や TBA の監督指導 (特に CHPS ゾーンがまだできていない地域や SDHT 近隣の地域で実施) など CHO に類似した活動と、SDHT 内における業務、母子健診業務や治療、出産介助といった保健センター内での活動を行っている。

表 2-5-3 UW 州の医療人材 (2010 年 9 月現在)

職 種	人 数	備 考
医師 (合計)	34	キューバ人医師 19、ガーナ人医師 15
産婦人科医	4	キューバ人医師 2、ガーナ人医師 2
小児科医	5	キューバ人医師 5
外科医	1	ガーナ人医師 1
助産師	154	平均年齢 45 歳以上 (病院勤務が半数以上)
地域看護師 (CHN)	320	ほとんどが SDHT 勤務、病院に勤務する者も少数あり。
地域保健師 (CHO)	110	CHPS コンパウンドは 40 設置されている。CHPS ゾーンにコンパウンドがない場合は SDHT に勤務し、通いで CHPS ゾーンを担当。

(4) 保健指標・保健サービス指標

2008 年に減少傾向のみえた妊産婦死亡率が倍増しており、その改善が UW 州の最優先課題となっている。医療者の介助による分娩率は徐々に上がり、全体の分娩の半数以上が施設分娩に移行している。産後健診カバー率は産前健診カバー率に比べ、まだかなり低い。家族計画実施率は半分程度で推移している。また子どもの栄養不良状態は改善していない。

表 2-5-4 主要な保健指標データの推移

指 標	2007	2008	2009
医療施設における妊産婦死亡率 / 出生十萬対	156	109	240
医療施設における乳児死亡率 / 出生千対	6	9	9
医療施設における 5 歳以下の子どもの死亡率 / 1 数 (0-59 カ月の子ども千人当たり)	1	2	2
産前健診受診率	96.3	91.1	92.2
熟練医療者による監督下での分娩率	33.0	42.2	51.6
産後健診受診率	73.1	67.4	67.5
家族計画実施率	77.0	52.7	55.9
Penta3 予防接種率	94.0	90.2	90.8
はしか予防接種率	98.0	98.2	91.8
% Underweight (年齢に対して低体重)	26.0	19.5	23.2
% Wasting ⁶ (身長に対して低体重)	11.9	12.6	19.3
% Stunting ⁷ (年齢に対して低身長)	26.4	29.7	30.3

出所：2009 年 UW 州保健局年次報告書 (2009 Annual Report, RHMT UW)

6 Wasting(身長に対して低体重)は、急激な食糧不足や急性の疾患罹患によって起こり、5 歳未満児の死亡と高い関連がある。(出所：Progress for Children 2007, UNICEF)。

7 Stunting (年齢に対して低身長)は、長期的低栄養と頻回の感染によって起こる。Stunting は一般的に 2 歳以下までに起こり、その影響は非可逆的である。途上国の 5 歳以下の子どものうち 1/3 近くが Stunting であるといわれている (出所：Progress for Children 2007, UNICEF)。

郡病院と州病院における妊産婦死亡率を表 2-5-5 に示した (0 は病院がない郡)。都市部やワウエスト郡では、ワイースト郡からのリファラル病院である州病院での死亡数が多い。シサライースト郡病院での死亡が多くなっているが、これはシサラウエスト郡から搬入された妊産婦も含むためである。

表 2-5-5 病院における妊産婦死亡の郡別の推移

District	2007		2008		2009	
	妊産婦死亡数	MMR	妊産婦死亡数	MMR	妊産婦死亡数	MMR
ジラパ (Jirapa)	5	147	4	142	7	444
ランブシエ (Lambussie)	0	0	0	0	0	0
ロウラ (Lawra)	10	402	4	135	6	287
ナドリ (Nadowli)	1	42	2	93	1	56
シサライースト (Sissala East)	3	174	3	218	5	862
シサラウエスト (Sissala West)	0	0	0	0	0	0
ワイースト (Wa East)	0	0	0	0	0	0
ワ市 (Wa Municipal)	9	238	6	143	24	738
ワウエスト (Wa Wes)	1	57	0	0	0	0
アッパーウエスト州 (Upper West)	29	156	19	109	43	240

* Lambussie は 2008 年まで Jirapa と一緒の郡であったために 2008 年までのデータがない。
出所：2009 年 UW 州保健局年次報告書 (2009 Annual Report, RHMT UW)

2-5-3 アッパーウエスト州の母子保健戦略と活動の実施状況

2010 年 8 月 19 日から 9 月 9 日まで、UW 州の母子保健について概況と課題を検討するために現地調査を行った。州保健局では局長、副局長、母子保健担当オフィサー、人事担当オフィサー、統計担当オフィサー、CHPS コーディネーターなど主要メンバーと面談した。州保健局では主に州としての保健戦略、母子保健上の優先課題、統計を中心に情報収集した。

(1) UW 州の母子保健戦略

現在、ガーナでは第 3 次保健セクター 5 年計画 (2007-2011 年) の下に保健セクターの活動が実施されている。そのなかの戦略目標 2 の「質の高い保健・リプロダクティブヘルス・栄養サービス提供」で示された優先活動に重点を置いた母子保健活動が、UW 州でも行われている。特に妊産婦死亡率は、医療施設での死亡率が 2008 年の 109/ 出生十萬対から 2009 年には 240/ 出生十萬対と倍増しており、この改善が最優先の課題に掲げられている。妊産婦死亡率には社会経済的要因も含めたさまざまな要因が絡み合っているため、死亡率増加の原因を特定することはできない。しかし、UW 州で深刻な問題になっている

慢性的な人材不足問題（特に医師、助産婦、専門医）や、医療機関へのアクセスの悪さ⁸（距離的、経済的）が影響していることは否定できない。全国的に新生児死亡数は5歳児未満死亡数の3分の2を占め、特に生後7日目までの死亡は減少していない。これは産前健診の質、母親の栄養状態、新生児ケアに問題があると考えられる。これはUW州でも同様で、新生児死亡の削減も優先課題である。

1) CHPS 政策の推進

ガーナ政府は村落の保健医療サービスのアクセスを改善するために、家庭訪問を中心としたサービスを提供する地域看護師（CHO）をCHPSゾーンと呼ばれる単位ごとに駐在させるCHPS政策を保健の優先戦略として採用している。GHSとJICAはUW州で2006年から2010年まで地域保健強化プロジェクトを実施し、CHPS政策を推進した。その結果、UW州で機能するCHPSゾーン数は2006年の21から、2010年8月の調査時点で87までに増えた。州はこのCHPSゾーンの拡大による住民の保健アクセスの改善を基盤にして、保健活動の重点を疾病治療から疾病予防や健康増進に移そうと取り組んでいる。母子保健活動も母子の健康増進、産前産後健診の促進、施設分娩の推進といった、妊娠出産時の事故やリスクを減らす予防活動に重点を移そうとしている。上部機関からのFSVによるCHPS機能のモニタリングやCHOの支援を行うシステムも構築されたので、これを応用して母子保健活動のモニタリングを行うことも可能になっている。

2) 高インパクトで迅速なサービス提供アプローチ（High Impact Rapid Delivery : HIRD）の実施

GHSはMDG4とMDG5の改善のスピードを上げるため、インパクトや費用対効果の高い戦略として、高インパクトで迅速なサービス提供アプローチ（HIRD）をUW州を含めた4州で2005年11月から開始し、その後は全国へと拡大して継続実施している。HIRDの予算は郡レベルでの母子保健活動を行ううえで主要な財源となっており、以下に挙げる指標値を改善するための母子保健活動が行われている。

HIRDで掲げられた主要な指標は以下のとおり。

- 殺虫剤浸漬蚊帳（ITNs）で寝る5歳以下の子どもの率
- 殺虫剤浸漬蚊帳（ITNs）で寝る妊婦の率
- 適時で適切なマラリア治療を受けた5歳以下の子どもの率
- PENTA3の予防接種率（DPT、B型肝炎、インフルエンザb菌の混合ワクチン）
- 6-59カ月の子どもが年に2回ビタミンAを受け取る率
- HIV治療を受けた子どもの数
- VCTセンターの数
- 最低4回産前健診を受けた妊婦率

⁸ 経済的なアクセスで最も問題になっているのは医療施設への交通費である。これは、保険ではカバーされないために、医療施設にアクセスするための大きな障害となっている。加入の手続きを村でまとめて行うなどの簡素化が行われてきているため、保険カバー率は増加しているが、年間14GHCの保険料が払えない貧困家庭も多い。物理的なアクセスでは雨期になると道路状態の悪化や橋がないため、孤立するコミュニティもある。郡によっては道路事情が悪く、搬送に2～3時間かかる場所も少なくない。ケアや治療を受けるための交通費については、今後保険でカバーすることを国が検討中である。

- 熟練医療者による分娩介助を受けた妊婦率
- 家族計画サービスを受けた生殖年齢にある女性の率

(2) 州保健関連予算

UW 州保健局の予算は、主に政府資金（GOG）、国連を含めた開発パートナー資金、内部収益金（IGF）の3つの財源から成り立っている（表 2-5-6 は 2009 年の例）。IGF が 82.5% で最も大きな財源となっているが、開発パートナー資金も 13.2% ある。

表 2-5-6 州保健局の保健関連予算（2009 年）

財源	総額（GHC）	全体に占める割合
政府資金（GOG/DPF）	492,157.13	4.30%
内部収益金（IGF）	9,441,555.58	82.50%
開発パートナー資金	1,511,191.04	13.20%
総額	11,444,903.75	100%

2010 年度の州保健局の主要な母子保健関連の予算は、開発パートナーからのものである。国連人口基金（UNFPA）からの予算が約 GHC 15 万 3,260、地域での子どもの病気の統合的管理（Integrated Management of Childhood Illness : IMCI）関連データ収集やコミュニティー・エージェント（Community Based Agent : CBA）の訓練のための国連児童基金（UNICEF）からの予算が 4 万 4,081.50 ガーナセディ（GHC）である。

表 2-5-7 州保健局の主要な母子保健関連予算（2010 年）

ドナー名	活動内容	予算（GHC）
UNICEF	コミュニティ IMCI 調査	18,645.50
	コミュニティ IMCI データ強化のための CBA 訓練	25,441
	合計	44,086.50
UNFPA	Safe Motherhood ⁹ 強化訓練と血液バンクの整備	45,597.49
	熟練の医療者による分娩、妊産婦死亡検討会強化	31,332
	家族計画関連研修 [皮下埋め込み式避妊器具（Jadelle）研修]	20,305.50
	中絶後のケア研修	4,214.50
	産科ろう孔の管理とケア	28,855
	HIV/SRH 関連、青少年保健研修	22,956.50
	合計	153,260.99

⁹ Safe Motherhood 訓練は、産前産後健診や分娩、新生児ケアなどすべてが包括されており広範囲の母子保健訓練をカバーする。EmONC 訓練はそのなかの一部となっている。現在 UW 州では 9 名の Safe Motherhood 講師がおり、すべては病院の助産師で、BEmONC 訓練の実習まで指導できる。

(3) 母子保健関連活動の実施状況

UW 州保健局が現在実施中か、または 2009 年に実施された母子保健に関係した主要な活動は以下のとおりである。

1) 母子保健に重点を置いた医療施設でのケア

無料母子ケアサービスや保険を利用した受診者数の増加に対応するため、医療施設の母子保健サービスのキャパシティ強化を行っている。これには施設への機材供給が含まれ、妊産婦死亡調査の強化も進められている。

2) 栄養不良の子どもの削減

微量栄養素欠乏、特にビタミン A、鉄、ヨードの不足が大きな問題となっている。これを解決するために、栄養教育をはじめとした、栄養補助食品や栄養強化食品の摂取を促すためのさまざまな介入が、いろいろなレベルで実施されている。

3) 子どもの生存、成長の改善

世界銀行と UNICEF からの支援を受けて、子どもの生存のための栄養改善とマラリアコントロール（A joint nutrition and malaria control for child survival project : NMCCSP）を実施中である。体重計やバイク、車の供給、地域を基盤とした栄養不良管理（Community-based Management of Acute Malnutrition : CMAM）や重症の栄養不良治療（Severe Acute Malnutrition : SAM）の訓練などの活動が行われている。

4) 疾病サーベイランス、緊急準備体制の改善

国のポリオ予防接種キャンペーンが成功裡に実施された。EPI プログラムからコールドチェーン用の 16 の太陽発電用バッテリーや 12 の冷蔵庫が供給されたほか、州のワクチン保存のための冷蔵室の建設費用が配分されている。

5) 質の良い妊産婦新生児ケアサービスとリプロダクティブヘルスサービスへのアクセス

32 名の助産師への安全な母性の臨床技術訓練と 28 名の再訓練、24 名の助産師への新生児蘇生訓練が 2009 年に実施された。州・郡病院はカンガルー・ケア・プログラムを実施し、700 人近い低体重・未熟児がケアを受けた。しかし、そのなかでも 10.5% の子どもが死亡しており、監視委員会がプログラムのモニタリングを行っている。エイズ関係では世界エイズ結核マラリア基金（GFATM）の資金によって、HIV 感染の子どものケアを充実させるために、12 の PMTCT 施設の再整備が進行中である。6 つの病院で ART による治療が 400 人近くに提供されている。

6) 臨床ケアの質の改善

すべての郡病院において国のリファラル政策に沿ったガイドラインの普及、訓練と FSV によるリファラル状況のモニタリングが実施されている。3 病院での感染予防訓練も実施された。

SDHT の保健センターと病院を EmONC 施設としての機材供給を前提とした、GHS による機材アセスメント調査が 2010 年 9 月の調査時点で実施されたところであった。GHS はこの結果をもとに、施設への機材供与を行う予定だったが、今後の詳細な供給計画について州保健局レベルではまだ情報をもっていない。機材供与を行う場合は、国の計画と重複しないように配慮する必要がある。供給の時期に合わせてタイムリーな研修時期を決める必要もある。

エジプト・アラブ共和国（以下、「エジプト」と記す）政府の支援により、ワ市内に新州病院の建設が進行中である。2012～2013年の完成をめざして、現在の州病院は市病院となり、新州病院がスタートする予定である。人材の配置やリファラルの流れに影響することが考えられる。

2-5-4 アッパーウエスト州の母子保健の現状と課題

(1) 現地訪問調査の概要

本調査において UW 州保健局の下の DHMT、SDHT、CHO や CHV に対しては、各郡を巡回訪問して質問票による聞き取り調査を行った。聞き取りの内容は母子保健上の問題や優先課題、可能な介入方法、必要とされる研修などである。第一次の分娩施設である SDHT の保健センターでは BEmONC 施設としての機材・施設アセスメントもあわせて行った。郡以下の SDHT や CHPS ゾーンの全施設数は 200 近くであり、全数調査は時間的に不可能であるため、各郡の局長と相談のうえ、よく機能している施設とそうでない施設を混ぜ、SDHT、CHO レベルで各 3 カ所を訪問対象施設として選んだ。調査は専門家と調査補助員 2 名を入れた 3 名のチームで 1 名が 1 日 2～3 カ所を訪問する形で、8 月 23 日から 9 月 3 日までのうち 10 日間で実施した。補助調査員に対しては、最初の 1 日目に、調査の意図や方法を説明して現場訓練を行い、なるべく調査者による偏りが入らないように配慮した。質問票のプレテストも同時に行い質問票の改定を行った。ちょうど、雨期で道路事情が悪く移動に時間がかかったこと、施設によっては担当者が研修で不在のため面談できない施設もあった。計画していたすべての施設は巡回できなかったが、最終的には以下の表 2-5-8 のように面談を実施した。

表 2-5-8 訪問調査を行った施設

	全施設数	調査を予定した施設数	調査を実施した施設数 (全体に対する割合)
郡保健局	10	10	10 (100.0%)
SDHT	65	29	22 (33.9%)
CHPS ゾーン (CHO)	87	29	24 (33.0%)
CHPS ゾーン (CHC、CHV)	87	29	22 (33.0%)
州・郡病院	6	5	4 (66.6%)

(2) JICA による介入が可能で効果的と考えられる活動分野

質問票による調査結果は、RHMT/DHMT、SDHT、CHO、CHV レベル、そして病院の 5 つに分けて要約した。それを第 3 次保健セクター 5 年計画 (2007-2011 年) の戦略目標 2 のなかの「Reproductive and sexual health」と「Child Health」で掲げられている主要な活動に沿って、現状や課題をまとめなおし検討を加えた。その活動分野を、① UW 州の戦略や活動のなかでの優先度、② プロジェクトの投入や期間での介入が可能か現実的か、③ 他の開発パートナーの介入や援助と重複していないか、という点について検討し、JICA の技術協力プロジェクトを通しての介入が可能で、効果が期待できると思われるものに絞り

込んだ（表 2-5-9 を参照）。

表 2-5-9 JICA による効果的な介入が期待できる活動分野の検討

	戦略 2 の活動項目	州の保健戦略や活動と優先度（◎優先度高、○優先度中）	他のドナーの介入	考えられる JICA の介入
リプロダクティブ・ヘルス				
1	基礎的・包括的産科ケアへのアクセスの改善による熟練した介助者による分娩の増加	◎ 亜郡の保健センターと病院への EmONC 施設強化のため、機材供給のためのアセスメントを国が実施。 2010 年度に UNFPA による Safe motherhood 講師再訓練実施。	助産師訓練で UNFPA の介入あり。(2009 年、2010 年の Safe Motherhood 訓練。)	SDHT 助産師の再訓練。 CHO、CHN への Safe Motherhood 訓練の実施。 SDHT や病院への BEmONC 機材供給（GHS の機材供給の補完）。 CEmONC 施設としての医師、助産婦の能力強化。
2	家庭内・コミュニティ内での緊急時対応プログラムの実施	◎ 医療者電話帳配布による緊急連絡網の整備、郡による車両の配置整備。		緊急移送用コミュニティ基金の設立、継続推進。 地域の緊急移送連絡網の構築。 （SDHT 以下）地域用緊急連絡電話帳の作成支援と配布。
3	リプロダクティブヘルスサービスのモニタリングと監督強化	◎ 妊婦や子どもの全数把握の推進。 DHIMS2 ¹⁰ の導入による統計の質の強化。		FSV による母子保健関連サービスと活動のモニタリングの強化。 FSV 機能の強化。
4	リファラル連絡網と交通の改善	○ 緊急リファラルのための医療者電話帳配布、連絡網の改善。 コミュニティからの早期リファラルを促進するためのインセンティブパッケージの導入。		リファラル記録の活用促進。 カウンターリファラル（CR）のシステム改善。 地域の緊急連絡網の更なる整備。 CETS の促進。 地域住民に対するインセンティブ・パッケージの促進。

¹⁰ DHIMS2 (District Health Information Management System 2) とは、現在の郡保健情報管理システム (DHIMS) を改良し、Web 上でデータ管理ができるようにしたものである。

5	産前健診の質向上と受診率の増加	◎ 早期産前健診促進。 産前健診のチェックリストのパイロットテストの実施(より焦点を絞った ANC の促進)。 出産プランの推進。		産前健診の質の改善、内容の標準化。 産前健診チェックリストの改訂、普及支援。 母親指導用教材作成。 住民啓発活動による妊娠1～3カ月の産前健診促進。 Mother's home の建設。
6	妊産婦死亡調査の強化 (Maternal Mortality Audit)	◎ 妊産婦死亡検討会(州全体)の実施。 妊産婦死亡調査の100%の実施推進。		妊産婦死亡検討会の支援と改善のための議事内容の活用促進。
7	HIV・性感染症関連の母子保健活動への統合	○ 病院関係者への再訓練実施。 PMTCT センターの再整備。 アドボカシーのためにメディアを対象にした性感染症セミナー開催。	UNFPA の予算を使用した活動あり。 再整備は NACP/GFATM の予算によるもの。	(UNFPA、Global Fund が既に介入)
8	リプロダクティブヘルスケアに対する男性の巻き込みと改善			住民集会 (Durbar) や家庭訪問による男性への啓発強化。 父親グループ (Father to father group) の結成の推進。
9	法を順守した包括的中絶の実施	○ 病院と SDHT の助産師の安全な中絶の能力強化。	Path Finder International (NGO) による安全な中絶関連活動の支援。	(PAF Finder International が既に介入)
10	家族計画の推進と避妊具の安全性の担保	◎ 皮下埋め込み式避妊器具 (Jadelle) 使用を促進するための助産師、CHO の技術強化。	UNFPA からの予算による Jadelle 訓練	(UNFPA が既に介入)
11	妊産婦健康調査の推進			(GHS にて実施を検討中)

12	青少年少女への性教育の強化	○ 青少年の性とリプロダクティブヘルスに関する18の保健クラブを学校に設立。	UNFPA の予算による。	(UNFPA が既に介入)
13	家庭内暴力防止法実施の推奨			(GHS にて実施を検討中)
14	産後健診の質と受診率の向上 **	◎ 産後健診、特に医療施設での48時間後の健診と、1週間後の健診の促進。		施設出産後の母子のカウンターリファラルのシステム構築。 CHO による家庭訪問促進。 回復室の整備。
子どもの健康				
1	5歳児未満死亡の減少	◎ 新生児死亡に重点を置いた活動の強化。州の新生児死亡調査ガイドライン開発と調査の推進。		新生児死亡調査の実施支援。 CHO、CHN に対する新生児ケア訓練の実施。 新生児蘇生キットのSDHTへの配布。
2	病院と地域における新生児ケアの質の向上	◎ 病院のカンガルーケアとモニタリング強化。	UNICEF の予算による病院でのカンガルーケア訓練 (2009年)	CHO、CHN、助産師への新生児ケア訓練。
3	地域を基盤にした小児疾患管理のサービスのカバーの改善	◎ コミュニティ IMCI の調査、CBA の訓練によるデータの質の改善とモニターの強化。HIRD による疾病への対応強化。	UNICEF の予算によるコミュニティレベルの IMCI 強化。	CHO レベルの IMCI 能力強化。 (コミュニティレベルは UNICEF が既に介入)
4	CHPS を含んだ保健医療施設での IMCI の強化	○ HIRD による疾病への対応強化。		CHO レベルの IMCI 能力強化。
5	学校保健サービスを強化するためのガーナ教育サービス (GES) との対話	○ 青少年の性とリプロダクティブヘルスに関する18の保健クラブを学校に設立。	UNFPA の予算による。	(UNFPA が既に介入)
6	青少年保健についての地域へのアドボカシー強化とプログラム開発	○ 州の青少年保健チームへの訓練実施。	UNFPA からの予算による。	(UNFPA が既に介入)

*** 産後健診に関しては優先される活動として戦略目標2のなかに入っていない。しかし、UW州における産後健診受診率は低く、大きな問題であるために加えた。産後健診とは、産後48時間、6日目、6週間目に産後のチェックを行うものであり、母親と新生児の両者のチェックが同時に行われる。

JICA の技術協力プロジェクトを通しての介入が可能で、効果が期待できると思われる活動項目は、以下のとおりである。

- ・ 基礎的・包括的産科ケアへのアクセスの改善による、医療者の介助による分娩の増加
- ・ 家庭内・コミュニティ内での緊急時対応プログラムの実施
- ・ リファラル・システムの改善
- ・ 産前健診の質向上と受診率の増加
- ・ 産後健診の質と受診率の向上
- ・ リプロダクティブヘルスのモニタリングと監督の強化

(3) JICA の介入が効果的と考えられる活動分野の現状と課題

これらの分野の現状と課題について述べる。保健センターを併設していない SDHT も 4 つあるが、ここでは SDHT と保健センターをまとめて SDHT として記述している。

- 1) 基礎的・包括的産科ケアへのアクセスの改善による、医療者の介助による分娩の増加
各レベルで異なった問題があるが、施設分娩の推進に最も影響しているのは、地域の根強い施設分娩への抵抗、施設分娩が進んだ場合の SDHT・保健センターの基礎的緊急新生児ケア（BEmONC）施設としてのキャパシティ不足、病院の包括的産科新生児ケア（CEmONC）施設としてのキャパシティ不足である。

a) 現状と問題

ア) 住民レベルの問題

UW 州で施設分娩を促進するうえで最も大きな障害となっているのが、施設分娩に対するコミュニティや母親の抵抗感である。例えば出産を公の場（CHPS、保健センター、病院）で行うと安全な出産にならないという迷信、自宅分娩は家族への信頼を示すものという認識、人の助けを借りない分娩は妊婦の勇敢さを示すといった考え方が根強く残っている。施設分娩の際の交通費は自己負担となるために、妊婦だけでは決められず、家族の意思決定者の了解が必要であることも障害となっている。

イ) CHO、SDHT レベルの問題

施設分娩はわずかずつではあるが増加傾向にある。一方で基礎的緊急新生児ケア（BEmONC）を提供する SDHT の機材や人材不足が大きな問題となってきている。特に助産師の不足は深刻である。SDHT では助産師が 1 人体制で分娩や SDHT の管理業務すべてをこなしており、恒常的に大きな負担がかかり許容量の限界で活動している。CHO は緊急分娩を行い、CHV は助産師の監督下で分娩介助を行うことで助産師を助けているが、施設分娩の増加に対応するためには質量ともに SDHT のキャパシティを強化することが早急の課題となっている。機材不足に関しては BEmONC 施設の強化のための機材供給を国が計画しており、機材調査が実施されたところである。詳細な供給計画についてはまだ RHMT には通知されていない。

ウ) 州・郡病院レベルの問題

包括的産科新生児ケア（CEmONC）を提供する郡・州病院においても、医師、特

に産婦人科医が致命的に不足している。帝王切開や輸血は産科医、または一般医や外科医によって行われているが、不在の際には帝王切開や輸血措置に対応できない。MOHでは医師の養成数を増やしたり、建設中の新病院へ若手の医師を派遣する計画を立てている。増加する施設分娩と下部の医療機関からのリファラルに対応するための器具の数が少ないため、十分に対応できていないケースもある。病院の機材に関してはCEmONC施設の強化のための機材供給を国が計画しており、機材調査が実施されたところである。郡病院での出産数は1日平均1～3件、州病院は7～8件で、1日10件近くの出産数が必要とされる分娩実習に対応できる可能性があるのは州病院である。Safe Motherhood講師訓練を受けた助産師は9名いるが、分娩実習を行うための機器の数が十分でない。現在の講師は数年で引退するので新たな講師養成が必要となる。

b) 可能な介入と提言

ア) 地域レベル

家庭訪問による家族の意思決定者を巻き込んだ啓発活動や、コミュニティの意思決定者を巻き込んだ地域全体への強い啓発活動が必要である。既に行われているインセンティブ・パッケージを効果的に利用して、地域の保健要員であるCHVやTBAを巻き込んで施設分娩を加速することが重要である。医療者側の住民啓発活動の能力強化、例えばCHOの地域啓発活動の能力強化、コミュニケーション技術の強化、CHVやTBA、CHCの活動のモニタリングや支援能力の強化がプロジェクトを通じた介入として可能である。

イ) CHO、及びSDHTレベル

国の機材供給計画があるため、協調しながら研修の時期を機材投入の時期に合わせたり、補完的な機材配布を行うことが考えられる。助産師の養成に関しては、校舎の増設を支援して、助産師養成数を増やすことも可能性のひとつである。ここ数年は養成される助産師数と引退する助産師数が相殺されるので、全体の助産師数の増加は期待できない。その間の対策として、CHOとCHNの分娩介助と新生児ケアの能力を強化して、助産師の支援体制を整備すること、CHOやCHNによる緊急分娩の場合の妊産婦新生児死亡リスクを減らすようにすることで対応する。将来の助産師候補でもあるCHNとCHOの養成は今後も継続的に必要であり、支援を続ける必要がある。CHNの養成に関しては、DHMTを支援してDAへ奨学金支援要請を行い、CHO養成に関しては予算不足で滞っているCHO新人研修の定期的な実施を支援する。SDHTスタッフの業務分掌や業務内容を検討して、効率的な役割分担を行い、助産師1人にかかっている負荷を減らす必要がある。

ウ) 州・郡病院レベル

CEmONCを提供するための施設としての機材の充実と、人材の確保が早急な課題である。機材は国の供給計画があるので、その供給状況をみながら補助的な設備や機材支援を行える可能性はある。医師については国が養成計画や配置を進めているので、プロジェクトで行う介入は特にない。助産師養成の分娩実習の場としては州病院が最も現実的なオプションだと考えられる。講師は既に養成されているが、

研修機材は不足しているので、研修用機材を投入することで研修機能を強化できる。

2) 家庭内・コミュニティ内での緊急時対応プログラムの実施

a) 現状と問題

ア) 緊急対応の問題

緊急対応に関しては、①伝統的な治療への信頼による医療機関受診の遅れ、②緊急搬送手段の手配の遅れや道路が悪いための医療施設への到着の遅れ、③緊急移送手段を備上するための費用不足、などの問題がある。家庭の経済的な状況は、緊急対応の遅れに大きく影響している。

イ) 住民の意識の問題

病気になると、まず家庭で安価なケアを行い、深刻な状態になって初めて医療機関に行く傾向がある。安価な昔からの伝統的薬草師の処方する薬草による治療に対する信頼が大きく、お金がかかる医療施設への搬送は、家庭の意思決定者の同意も必要であり、最後の手段としてあとに回されている。

ウ) 地域から医療施設へのアクセスの問題（距離的、経済的、物理的）

インフラ整備の遅れのために、雨期になると依然孤立するコミュニティがいくつかある。DHMTではDAと交渉し道路の改修や橋の建設を要請しているが、DAの予算枠もあり解決には時間がかかりそうである。交通手段は郡保健局が中心になって交通手段の確保と整備を進めている。救急車が郡の病院やSDHTに配置されているが、数は不足している。救急車は車高が低く、水に弱いのでピックアップトラックなど保健局の車両を必要に応じて緊急用に使っているところもある。このように交通手段は確保されつつあるが、最大の問題は交通手段が確保できても、そのガソリン代は保険などでカバーされないため、住民がぎりぎりまで緊急移送を使おうとしない点にある。MOHでは救急車の供給を進め、交通費が健康保険によってカバーされるようなスキームの改善を進めている。

エ) 緊急連絡網の整備

州保健局が中心となって、UW州のすべての医療者の連絡先を載せた電話帳をCHPSレベルまで配布して、携帯電話による緊急時の連絡網を強化しようとしている。ただし、住民レベルでの連絡網にはまだ着手されていない。住民はその都度CHOやCHVに連絡し、救急車を要請している状況である。

b) 可能な介入と提言

ア) 住民の意識の問題

伝統的薬草師との連携に既存のインセンティブ・パッケージを利用し、早期に適切なリファーマが行われるようにする必要がある。家庭訪問や住民集会（ダーバー）を通して、家庭の意思決定者をターゲットに医療機関への早期受診を啓発し推進する必要がある。母親への教育では、妊娠出産や子どもの疾病の危険な兆候についての指導を強化する必要がある。このためには、産前健診のなかに教育項目を入れ込むなど、すべての母親一人ひとりに、体系的なアプローチが行えるようにする必要がある。母親向けの教材に開発、特に文字が読めない母親向けの教材を開発する必

要がある。

イ) 医療施設へのアクセスの問題（経済的、物理的）

道路や道に関しては DA 同士のスタディツアーや意見交換会などの機会を設けて、DA へのアドボカシーを行う。JICA プログラムとしての連携を生かし、無償などのスキームを利用して、補完的にインフラ整備への助言を行う。交通費は早期の医療機関受診を促進する鍵である。国は将来的には交通費を保険でカバーできるようにする意向だが、それが実現するまでの過渡期の対策として、CETS 基金の設立や継続を推進するように住民の啓発活動を行う。保険で交通費がカバーされるようになれば、CETS 基金は住民同士の相互支援の基金となって、ほかの活動に使うことができる。

ウ) 緊急連絡網の整備

既に配布された医療関係者電話帳は州全体のものなので、SDHT レベル以下で更に地域別に詳しいものを作成して、住民に配布する必要がある。それによって、住民が直接医療者に電話相談をしたり、救急車の出動を依頼したりできるように、個人レベルからの連絡方法やルートを改善することができる。

3) リファラル・システムの改善

a) 現状と問題

移送にかかわる問題は既に前項で述べた。ここではリファラルとカウンターリファラルのシステムに絞って述べる。リファラルにおける問題は、リファラル台帳が十分に活用されていないこと、カウンターリファラルを行うことの意義がそれぞれのレベルで十分に認識されず、うまく機能していないことである。

ア) 下部機関から上部機関へのリファラル

リファラル台帳が正確に記入されていない。台帳記入の元データとなるリファラル用紙を個人カルテに入れてしまったり、保険請求のエビデンスとして送ってしまうため、リファラル台帳の照合ができず、台帳のデータの信頼性に問題が出てきている。台帳のデータについては、統計を取ってスタッフにフィードバックしたり、活動に反映させたりするなど活用可能なデータであるが、現状ではせっかく記録した情報が十分に活用されていない。昨年(2009年)、各病院に設置されたリファラル・コーディネーターも役割が明確でないため、ほとんど機能していない。

イ) 上部機関から下部機関へのカウンターリファラル

カウンターリファラルを下部機関ではどのように活用するのかが明確になっていないため、カウンターリファラル用紙が下部にきちんと届いたのかをチェックするためのシステムが機能しておらず、下部機関ではカウンターリファラルの活用についてガイドラインがない。例えば、地域でのフォローが必要な患者のカウンターリファラルを CHO が受け取り、そのあとのフォローを家庭訪問で行うといった、活動に結びついていない。

b) 可能な介入と提言

ア) 下部機関から上部機関へのリファラル

リファラル用紙のファイリング・システムを確立し、上部機関に必ずリファラル用紙が残って台帳と照合できる形にする必要がある。病院では1枚のリファラル用紙が多目的に使われているため、1枚では足りなくなっている。用紙の綴り枚数を増やすなど、現実に合った改善とファイリング方法の統一が必要である。リファラルデータの活用を促進するためには、リファラル台帳のデータの検証と月ごとの統計の強化、そしてその結果のスタッフへのフィードバックを定期的に行う方法を標準化することが必要である。リファラル・コーディネーターの役割を明確にして、能力強化を行う必要がある。

イ) 上部機関から下部機関へのカウンターリファラル

カウンターリファラルの目的は、通院で治療できる疾患を下部の施設、例えば CHO や SDHT が地域で継続的にフォローできるようにすることである。施設分娩に関しても、産後健診は CHO や SDHT が行うことが期待されており、分娩施設から CHO や SDHT へのカウンターリファラルによって健診をフォローする。しかし、カウンターリファラルの目的や連絡方法について合意がとれていない。カウンターリファラルをどのように行い、情報をどのように活用するのか、医療者間でまず合意をとり、標準化された手順にする。加えて、カウンターリファラル用紙が確実に下部組織に届くように、システムやチェック機能を強化する必要もある。CHO や CHN に対しては、カウンターリファラルを地域でのフォローアップにどのように活用するかの訓練も必要となる。

4) 産前健診の質向上と受診率の増加

産前健診の受診率は90%以上とかなり高い。しかし、妊娠1～3カ月目までの第1回の健診率が非常に悪い。医療者側の問題として、一般的なコミュニケーションスキルも含め、産前健診の内容や質を改善する必要がある。

a) 現状と問題

ア) 地域、母親レベルでの問題

早期に妊娠を公にすると妊娠が安全なものでなくなるという、この地域での迷信があるため、妊娠1～3カ月目までの妊婦登録や産前健診が進んでいない。家庭内の意思決定者である義父や義母、夫によって早期健診が阻まれるケースも多くみられる。妊婦が妊娠の兆候を知らないために、健診が遅れるケースもある。男性と女性が一緒に行動することの少ない文化的背景があるため、夫同伴での夫婦への指導を産前健診で行えず、個々に家庭訪問しないと夫を指導することができないという状況もある。

イ) 医療者側の問題

産前健診の内容や手順が標準化されていないため、産前健診の質が一定でない。産前健診のためのツール不足のみでなく、医療者のコミュニケーション技術や産前健診能力も十分ではない。母親に教育を行うための教材も不足している。現在、産

前健診の内容を標準化するため、健診で行うべき活動や内容を含んだチェックリストを使用して、産前健診を行うパイロットテストが2郡で進んでいるところである。

b) 可能な介入と提言

ア) 地域・母親レベル

住民集会（ダーバー）を通じた早期健診の重要性の啓発、家庭訪問による夫や意思決定者の巻き込みを推進する必要がある。CHV や TBA を効果的に地域と医療施設の仲介者として活用したり、インセンティブ・パッケージを用いて住民全体に協力を促したりすることも効果的である。母親へは視覚的で分かりやすい教育教材の開発が必要である。特に文字が読めない母親や現地語しかできない母親を対象にした教材が必要である。

イ) 医療者レベル

まず、産前健診の内容と手順の標準化を進める必要がある。現在パイロットテスト中のチェックリストをはじめとしたツールを開発して、活用を進めることになる。質の良い産前健診が実施されるようにするためには、助産師、CHO、CHN の能力強化が重要である。ガーナで使用されている ANC カードは医療記録部分のみで、母親への産前教育資料や医療者がチェックに使える部分が入っていないため、それらを補完するための教材やツール開発といったイメージである。

5) 産後健診¹¹の質と受診率の向上

産後健診は産後の母子を同時に健診するもので、母親の産後の感染による死亡や、生後1週間までの新生児の死亡を防ぐために大切な健診である。しかしUW州では、受診率が産前健診の半分近くの50%と低迷している。これは産後健診の重要性が十分に認識されていないこと、施設分娩後の退院時期が早すぎるなどの問題が背景にある。分娩後の受診は、医療施設への物理的なアクセスが悪いことから、体力的にも母親への大きな負担となっている。この問題を解決するために、CHO や CHN の家庭訪問による健診率の改善が期待されている。CHO や CHN による産後健診の質も一定しておらず、健診能力の強化も必要である。

a) 現状と問題

ア) 地域・母親レベルの問題

施設分娩を行った母親は、コミュニティの外で産んだ子どもはよそ者とみなされること、産後長く休んでいると怠け者であると家族に思われることから、出産後できるだけ早く家に帰りたがる傾向がある。そのため、SDHT においては24時間で自宅に産婦を帰してしまうため、48時間の継続した産後の観察ができていない状況である。産後1週間の健診は主にCHOの家庭訪問によって行われているが、TBAによる分娩や施設分娩の場合、CHOに分娩があったという情報が回ってこなければ、タイムリーな家庭訪問ができない。産後6週間目の健診は、農作業や仕事

¹¹ 産後健診については政策が変わり、産後3回受診が必要とされている。1回目は産後48時間、2回目は6日目、3回目は6週間後である。

を優先して健診を受けない母親が多い。

イ) 医療施設の問題

SDHT ではほとんどが分娩後、1日かそれ以内で産婦を自宅に帰している。これは産婦が希望することもあるが、滞在が延びれば助産師の負担が大きくなること、産後の回復室が宿泊できるようにはなっていないことも原因している。1週間目の健診はCHOが家庭訪問を行っているが、病院やSDHTといった分娩施設から連絡がないと施設分娩を行った産婦をタイムリーに訪問することは難しく、CHOと分娩施設との連絡システムの確立が必要となっている。産後健診は内容も技術も、CHOやCHNによってばらつきがある。

b) 可能な介入と提言

ア) 地域・母親レベル

産前健診において事前に母親へ産後健診の必要性を教育することが大切である。家庭訪問によって義父や義母、夫にも産後健診の重要性を認識させる必要がある。母親向け教材も不足しており、視覚的で分かりやすい教育教材の開発が必要である。他の母親向けの教材と同様に、特に受診率の低い教育レベルの低い母親や文字が読めない母親をターゲットにした教材開発が必要である。

イ) 医療施設の問題

SDHTの助産師に、48時間産婦を分娩施設に滞在させることを徹底させる必要がある。そのためには産後の回復室の整備¹²も進めていく。いわゆる施設分娩後のフォローアップがスムーズに行えるような、分娩施設とCHOとの連絡ラインをつくる。産後健診の質を標準化するために、CHOやCHNの産後健診についての能力強化が必要である。

6) リプロダクティブヘルスのモニタリングと監督の強化

2006年から2010年まで実施されたJICAプロジェクトでは、UW州のCHPS機能が強化された。そのなかのひとつのコンポーネントとして、FSVが導入されて、現在も順調に上部組織から下部組織へのスーパービジョンが行われている。現在のFSVはCHPSの機能とそれを支援する能力をみるためのものになっているが、ツールを改訂すれば、母子保健活動のモニタリングを行うのに有効な手段として活用できる。

a) 現状と問題

FSVの現状と問題については、2-6で詳細に述べられているのでここでは割愛する。

b) 可能な介入と提言

現在のFSVを母子保健活動のモニタリングの手段として活用する場合は、以下の点に留意する必要がある。

¹² 回復室は多くのSDHTにあるものの、ベッドと床頭台があるだけのものがほとんどである。台所やトイレ、洗面所はついていない。

ア) ツールやマニュアルの改訂

現行の FSV のチェック項目に母子保健の活動をモニタリングするための項目を加える必要がある。併せてマニュアルの改訂も必要となる。現在のチェック項目だけでもかなりの量になっているため、既に十分に実施できている箇所のチェックは削除して、あまりチェック項目が膨らまないようにしないと、FSV 実施に過大な負担がかかり、持続性に問題の可能性がある。現在は毎回同じチェック項目で FSV を行っているが、短期でチェックを続ける必要があるもの、長期でもよいものを分けて、長期でよいものは年 1 回だけにして、短期のものは定期的なチェック項目に入れるなどの、強弱をつけた FSV の実施が考慮されてよい。

イ) DHMT の FSV チームの能力強化

母子保健活動でモニタリングを強化する必要があるのは SDHT の保健センターである。特に保健センターの分娩施設としての機能や技術を監督していく必要がある。しかし、分娩施設や分娩技術を監督するためには、スーパーバイザー自身が助産師を指導できるための知識と技術をもっていなければならない。現在 DHMT には助産師資格をもつスタッフもいるが、FSV のチームによっては助産師資格のあるスタッフが入っていないチームもある。今後はこれらを考慮したチームの再編成や、助産師資格のない FSV チームメンバーへの助産師資格をもったスタッフによる OJT を通した能力強化が必要になる。

ウ) CHO の CHV や TBA への指導監督の能力強化

UW 州において住民のなかにある根強い意識や迷信は、安全な妊娠・出産への障害となっており、住民啓発と行動の変容は母子保健の改善に大きく影響する。住民のモニタリングは必要であるが、住民のモニタリングを現在行っている CHO は既にかかなりの業務をこなしているため、CHO に負担ができるだけかからないように考慮して、頻度、方法、そしてツールに改善する必要がある。住民の保健リーダー的役割を担っている CHC、CHV や TBA との連携など、地域からの支援も必要となる。

2-6 「アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト」終了後の状況確認調査と課題

2-6-1 前プロジェクト終了後の状況

(1) 前プロジェクトの概要

ガーナでは、特に北部や農村部で基礎的保健サービスへのアクセスが限定されており、その結果、5 歳未満児の死亡率や妊産婦死亡率などの保健指標の改善が進まない状況であった。そこで、ガーナ政府は、保健サービスへのアクセス改善戦略として、駐在地域保健師による基本的保健医療サービス (Community-Based Health Planning and Services : CHPS) を採用した。しかしながら、郡レベルの行政能力の不足、CHPS に派遣される駐在地域保健師 (Community Health Officer : CHO) の数や能力の不足、コミュニティの参加度の低さなどにより、CHPS の拡大は停滞していた。

こうした背景の下、JICA は CHPS 政策支援を目的とした「アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト」を実施した。プロジェクト対象地域であるアッパーウエスト (Upper West : UW) 州は、乳幼児死亡率等の保健指標が他地域よりも悪く、プライマリー・ヘルス・ケア (PHC) へのアクセスが限られている貧困地域であった。

同プロジェクトは、「UW 州 CHPS 政策に関する GHS の行政能力の強化」という目的を達成するために、①州保健管理チーム（Regional Health Management Team：RHMT）・郡保健管理チーム（District Health Management Team：DHMT）・亜郡保健チーム（Sub-district Health Team：SDHT）の CHPS 運営管理技能の強化、② CHO の CHPS 実施技能の強化、③支援型スーパービジョン（Facilitative Supervision：FSV）システムの開発と実施、④病院・保健所（health centre：HC）・CHO のリファラル手順の強化、⑤住民参加促進手順の改善、⑥好事例・革新的事例モデルの紹介—という 6 項目を柱とした技術協力を行った。

前プロジェクトで構築した FSV 体制の全体概略図を図 2-6-1 に示す。図 2-6-1 の黒い下向きの矢印は、上部機関が下部機関に対して FSV の実施中に口頭で行う指導や、実施直後の簡単な書面によるフィードバックを示す。上向きの格子矢印は、FSV 結果データが実施した上部機関に戻ることを示している。グレーの下向きの矢印は、FSV を行った上部機関が下部機関へ結果のフィードバックを行うことを示している。RHMT から DHMT へのフィードバックは、半年ごとの州内レビュー会議で行われ、同時に分析レポートも配布される。SDHT や CHO へのフィードバックは、各 DHMT が主催する月例の CHPS レビュー会議で行われ、同時に分析レポートが配布される。下向きの斜線縞の矢印は、文書によるフィードバックを示している。このレポートは、複数の施設間の比較や時系列での比較を入れて、分析を加えたものである。

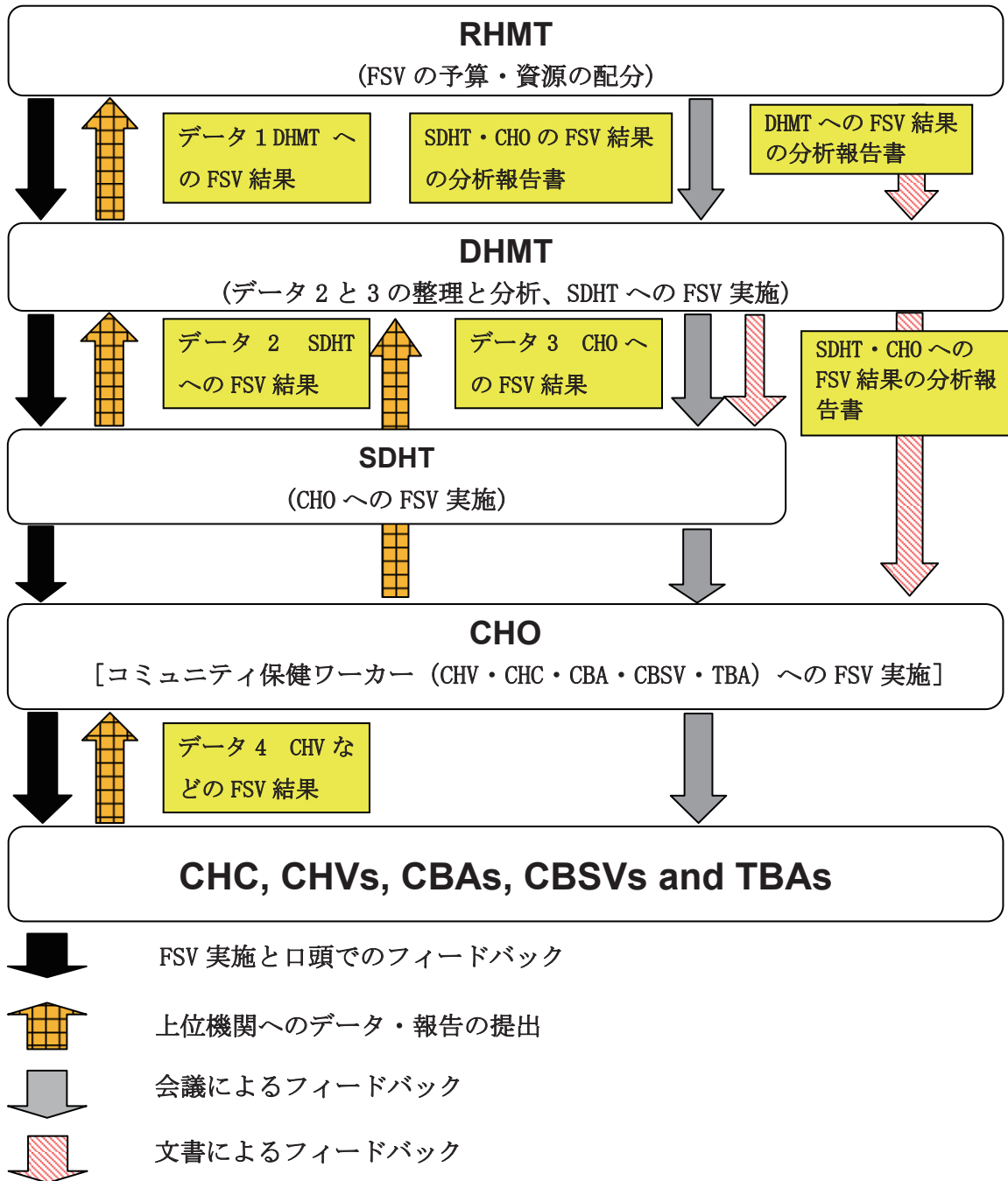


図 2-6-1 スーパービジョンの流れ

終了時評価において、同プロジェクトはプロジェクト目標をおおむね達成し、特に以下の点が大きくプロジェクト目標達成に貢献したとされた。

- ① CHO のトレーニング体制の標準化
CHO 養成研修のモジュールや教材を使いやすく整備するとともにファシリテーターを育成し、160 名の CHO を養成した。
- ② RHMT・DHMT・SDHT・CHPS ゾーン的全レベルにおけるマネジメント体制の強化
それぞれのレベルに対応した FSV の体制を構築し、そのツールを開発・普及した。

③ 住民参加活動の促進

コミュニティによる地域保健行動計画（Community Health Action Plan : CHAP）の作成・実行を通じて、CHPS 運営への住民参加を強化した。

なお、同プロジェクトは、JICA の理事会によって「プログラム」として承認された初めてのプログラム「UW 州住民の健康改善（健康の輪）プログラム」の中核を成しており、青年海外協力隊（JOCV）や無償協力と連携した。

(2) 前プロジェクト終了後の活動実施状況

本案件の要請タイトルは「Project for improving the health system through functional CHPS in the Upper West Region」、つまり前プロジェクトで強化した CHPS サービスを活用した、ヘルスシステムの改善となっており、プロジェクト終了後の CHPS サービスの提供体制や前プロジェクト終了後の活動の実施状況、課題を確認する必要があったため、これらを RHMT と全 9 郡での聞き取り調査により確認した。

主な活動の継続状況を以下に示す。

1) RHMT のマネジメント体制

RHMT のマネジメント体制を、DHMT への FSV 実施、その結果の分析と DHMT への結果のフィードバック、自己モニタリングによる業務達成率（達成すべき項目のうち実際に達成できた割合）により判断した。表 2-6-1 ～ 2-6-3 は RHMT による DHMT への FSV 実施率、自己モニタリングの実施率、自己モニタリングの結果を示している。

RHMT は 2009 年第 2 四半期から 2010 年第 1 四半期まで、DHMT への FSV を 36 回中 36 回の 100% 実施し、自己モニタリングを 32 回中 18 回の 56% 実施した¹³。ただし、RHMT の監督者がそろわず 2010 年 1 月はジラパ病院とナンドン病院への FSV が実施されなかった。2010 年 5 月に、「DHMT への FSV 結果分析報告書」を作成し、その発表と行動計画策定のため州の FSV レビューミーティングを 7 月に開催した。RHMT の自己モニタリングによると、モニタリング事項全体のうち達成できた項目の割合に大きな向上がみられた¹⁴。特に報告書作成・情報管理・資機材供給などは、前期プロジェクトの実施以前には、体系的な業務モニタリングが存在しなかったこともあり、大きく達成率が改善した。ただし、CHO 新人研修や FSV ツールの印刷に関しては、前フェーズ終了前に GHS 本部と予算確保に関する検討を行い、中央から州保健局に予算確保の指示が出たものの、州保健局予算の全体額は増額されなかったため、実施できていない。

¹³ 自己モニタリングの実施が十分でないのは、自己モニタリングを実施できる人が限られており、それらの実施者をタイミングよくそろえることが難しかったため。

¹⁴ 2009 年第 3 四半期は 40% だった達成率が、2010 年第 1 四半期は 86% に向上した。

表 2-6-1 RHMT から DHMT への FSV 実施

チーム	DHMT	2009年 第3四半期			2009年 第4四半期			2010年 第1四半期			2010年 第2四半期			合計	実施率 (%)
		Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun		
RHMT チーム 1	Lawra	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4	100.0
	Jirapa	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4	100.0
	Lambussie	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4	100.0
RHMT チーム 2	Sissala East	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4	100.0
	Sissala West	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4	100.0
	Wa East	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4	100.0
RHMT チーム 3	Wa Municipal	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	4	100.0
	Nadowli	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	4	100.0
	Wa West	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4	100.0
合計	月別	0	0	9	0	7	2	7	0	2	0	9	0	36	
	四半期別	9			9			9			9			36	100.0

表 2-6-2 RHMT 自己モニタリングの実施

監督者	被監督者	2009年 第3四半期			2009年 第4四半期			2010年 第1四半期			2010年 第2四半期			合計	実施率 (%)
		Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun		
州副局長(看護サービス)/州副局長(公衆衛生)	州 CHPS コーディネーター/州情報オフィサー	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	75.0
州 CHPS コーディネーター	FSV チーム 1 リーダー	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	50.0
同上	FSV チーム 2 リーダー	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	50.0
同上	FSV チーム 3 リーダー	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	50.0
州副局長(総務)	医薬品倉庫マネジャー	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	50.0
州副局長(総務)	機材オフィサー	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	50.0
州副局長(総務)	輸送・自動車オフィサー	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	50.0
州副局長(看護サービス)/州 CHPS コーディネーター	州病院産科・小児科病棟担当者	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3	75.0
合計	月別	0	0	7	1	0	3	0	1	6	0	0	0	1	
	四半期別	7			4			7			0			18	56.3

表 2-6-3 RHMT の項目ごとの業務達成率

(達成すべき項目のうち実際に達成できた割合)

実施時期	達成率 (%)	達成度 (%) 〔CHPS に直接関係する項目〕				達成度 (%) 〔一般管理業務に関する項目〕			
		RHMT への CHPS に関する報告	CHPS に関する情報管理	CHPS に関する管理会議	CHPS に関する FSV	医薬品供給管理	機材管理	車両管理	州病院のリファラル手順
2009 年第 3 四半期	39.6	0.0	25.0	0.0	79.2	33.3	66.7	62.5	50.0
2009 年第 4 四半期	83.3	66.7	100.0	100.0	50.0	70.0	n.a.	n.a.	71.4
2010 年第 5 四半期	86.1	100.0	100.0	75.0	77.8	n.a.	91.7	58.3	100.0
平均 (%)	69.7	55.6	75.0	58.3	69.0	34.4	52.8	40.3	73.8

2) DHMT のマネジメント体制

DHMT のマネジメント体制を SDHT への FSV 実施、SDHT と CHO への FSV 結果の分析と分析結果のフィードバック、RHMT からの FSV 結果による業務達成率により判断した。以下の表 (表 2-6-4、2-6-5) と図 (図 2-6-2、2-6-3) は、DHMT から SDHT への FSV 実施率、郡別の項目達成率を示している。

表 2-6-4 DHMT から SDHT への FSV 実施率

郡	2008 年第 3 四半期	2008 年第 4 四半期	2009 年第 1 四半期	2009 年第 2 四半期	2009 年第 3 四半期	2009 年第 4 四半期	2010 年第 1 四半期	平均 (%)
Jirapa	28.6	0.0	42.9	100.0*	100.0	100.0	100.0	67.4
Lambussie	16.7	0.0	100.0	50.0	16.7	100.0	100.0	54.8
Lawra	40.0	20.0	50.0	40.0	40.0	100.0	90.0	54.3
Nadowli	7.7	0.0	0.0	61.5	53.8	100.0	100.0	46.1
Sissala East	0.0	0.0	0.0	100.0	33.3	100.0	100.0	47.6
Sissala West	0.0	0.0	0.0	100.0	75.0	100.0	100.0	53.6
Wa East	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0	100.0	42.9
Wa Municipal	50.0	0.0	66.7	100.0*	100.0	100.0	100.0	73.8
Wa West	16.7	16.7	0.0	100.0	100.0	100.0	100.0	61.9
平均	17.7	4.1	28.8	83.5	57.6	100.0	98.9	
	10.9		67.5				98.9	

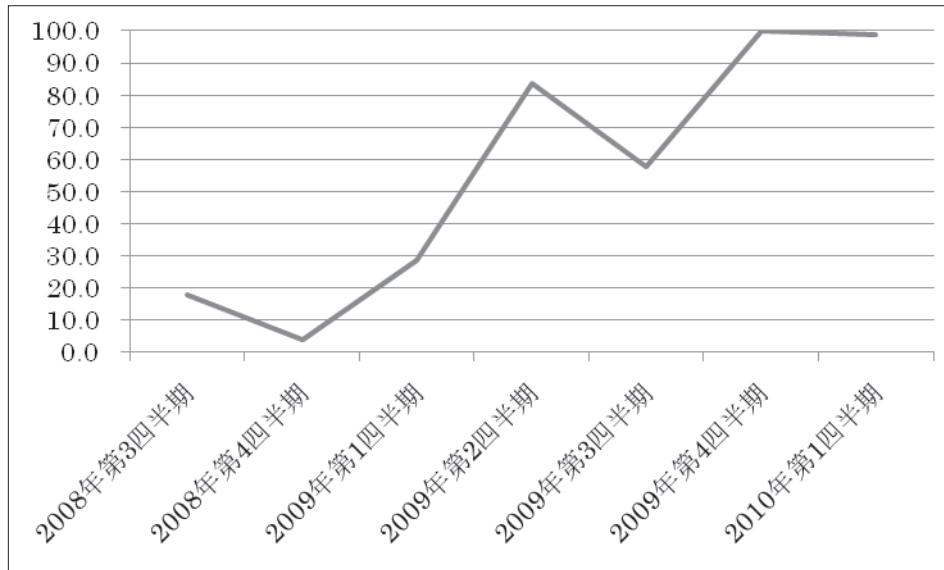


図 2-6-2 DHMT から SDHT への FSV 実施率の推移 (%)

表 2-6-5 郡別項目ごとの業務達成率 (2010 年第 1 四半期の実績)

郡	全項目の平均	RHMT への報告	医薬品管理	車両・機材維持管理	情報管理	管理会議	SDHT への技術支援	郡病院産科・小児科のリファラル手順
JIRAPA	87%	75%	100%	100%	100%	67%	80%	n.a.*
LAMBUSSIE	87%	100%	75%	80%	100%	67%	100%	N.A.**
LAWRA	87%	100%	75%	80%	92%	78%	100%	88%
NADOWLI	83%	100%	75%	80%	83%	78%	80%	81%
SISSALA-EAST	51%	75%	100%	60%	50%	0%	20%	50%
SISSALA-WEST	69%	0%	100%	100%	100%	11%	100%	N.A.**
WA-EAST	93%	100%	100%	90%	92%	78%	100%	N.A.**
WA-MUNICIPAL	79%	75%	75%	80%	83%	100%	60%	N.A.**
WA-WEST	63%	0%	75%	90%	75%	89%	50%	N.A.**

* "n.a." 当該病院への FSV は実施されなかった。

** "N.A." 郡病院が存在しない。

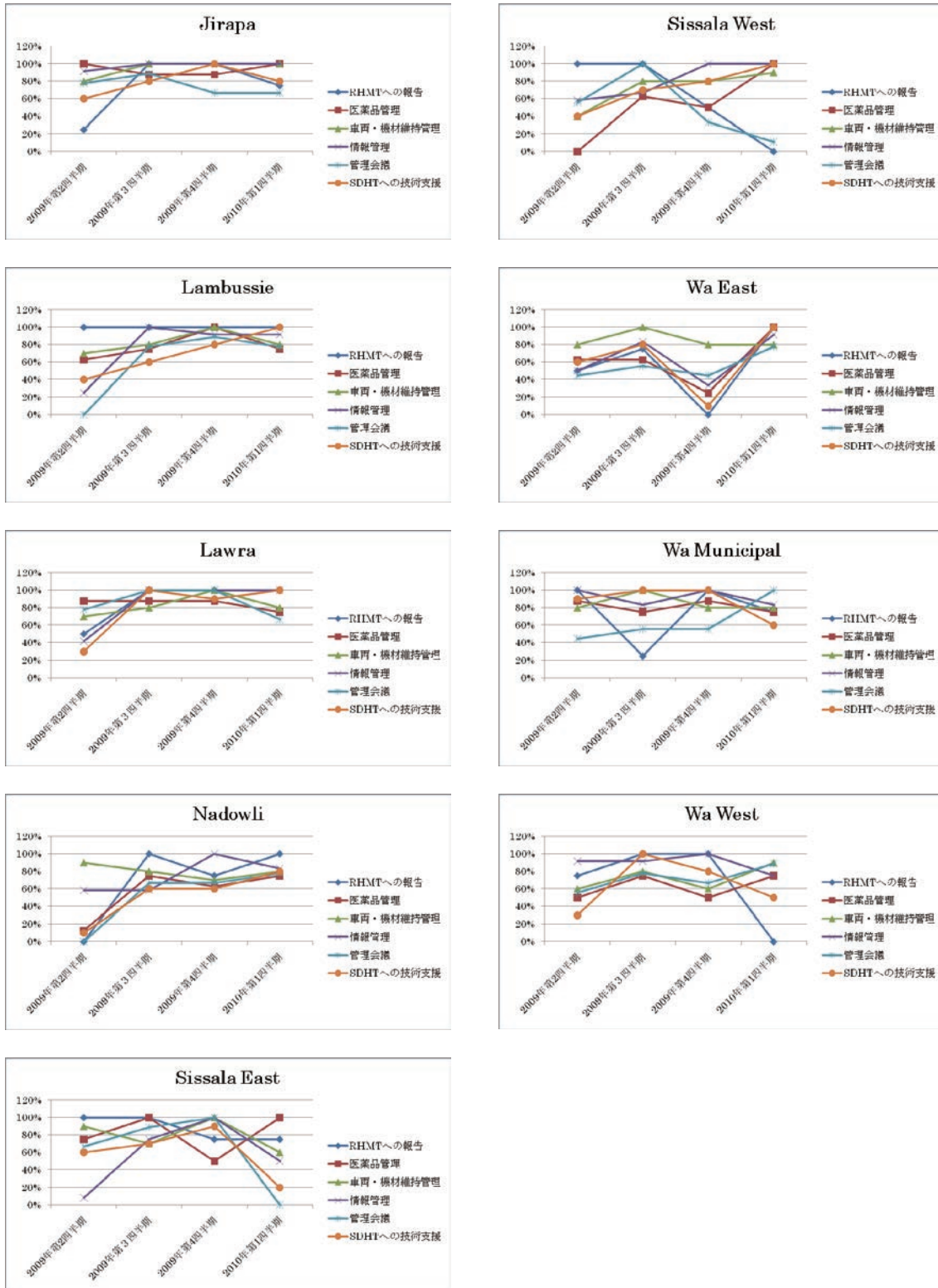


図 2 - 6 - 3 DHMT の業務達成率の推移

2009 年第 2 四半期から 2010 年第 1 四半期まで DHMT から SDHT への FSV 平均実施率は、83.5%、57.6%、100%、99%であり、FSV 継続の重要性が認識されていることがうかがえる。

DHMT の情報オフィサーにより分析が継続し、すべての郡でレビューミーティングによる FSV 結果のフィードバックが定期的に行われている。ただし、いくつかの郡で、FSV 実施後のデータがウイルスなどで損なわれた郡があり、結果としてフィードバックレポートや FSV 結果のフォローが行われていない郡がある。SDHT、CHO への分析結果のフィードバックは、多くの郡でカテゴリーごとの成績を並べてみせているだけだった。

RHMT から DHMT への FSV の結果、DHMT のモニタリング事項全体のうち達成できた項目の割合は、2009 年第 2 四半期は 58% だった。2010 年第 1 四半期は 78% に向上した。特に 2009 年に成績の低かった郡が大きく達成率を向上させたことが注目される。RHMT からの継続的な FSV で業務実績の標準化が進んだ結果と思われる。

図 2-6-5 と後述の SDHT のマネジメント体制の達成率の図 2-6-7 を比較すると、FSV が本格的に始まった 2009 年第 3 四半期以降 2010 年第 1 四半期までの間に、DHMT の管理会議または SDHT への技術支援の成績が安定せず 50% 以下となったことがあるシサライースト (Sissala-East)、シサラウエスト (Sissala-West)、ワイースト (Wa-East)、ワムニシパル (Wa-Municipal)、ワウエスト (Wa-West) の各郡では、SDHT から CHO への技術支援や SDHT レベルの管理会議の評価点も低い、あるいはデータが損失していることが確認された。そのほか、① DHMT から SDHT や CHO へのフィードバックが遅れる場合が度々ある、② 分析結果を皆で確認する過程がなく分析が浅い、③ FSV 文書結果のデータ加工は情報オフィサーのみが行い、不在時は分析が滞る一などの課題がみられた。

3) SDHT のマネジメント体制

SDHT のマネジメント体制を CHO への FSV 実施と DHMT からの FSV 結果による業務達成率により判断した。以下の表 (表 2-6-6、2-6-7、2-6-8) と図 (図 2-6-4、2-6-6) は、SDHT から CHO への FSV 実施率、全 SDHT の郡別の項目達成率を示している。

表 2-6-6 SDHT から CHO への FSV 実施率

	CHPS ゾーン数	2009												2010			平均
		Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar				
Jirapa	8	14.3	0	14.3	50.0	25.0	62.5	75.0	37.5	37.5	87.5	62.5	75.0	45.1			
Lambussie	8	0	0	20	60	0	N.A.*	N.A.*	N.A.*	N.A.*	N.A.*	N.A.*	N.A.*	16.0			
Lawra	11	18.2	18.2	36.4	54.5	27.3	45.5	54.5	36.4	27.3	36.4	81.8	N.A.*	39.7			
Nadowli	14	28.6	42.9	57.1	78.6	78.6	64.3	57.1	85.7	64.3	42.9	100.0	85.7	65.5			
Sissala East	6	50.0	0	0	0	0	N.A.*	N.A.*	66.7	16.7	66.7	33.3	66.7	30.0			
Sissala West	7	0	0	28.6	28.6	0.0	14.3	0.0	14.3	14.3	0.0	71.4	71.4	20.2			
Wa East	11	22.2	18.2	9.1	27.3	36.4	9.1	N.A.*	N.A.*	N.A.*	54.5	72.7	45.5	32.8			
Wa Municipal	11	63.6	45.5	63.6	90.9	90.9	81.8	72.7	81.8	100.0	90.9	81.8	100.0	80.3			
Wa West	12	27.3	0	16.7	50.0	50.0	33.3	33.3	25.0	33.3	25.0	33.3	33.3	30.1			
計 CHPS 数	88																
平均		24.9	13.9	27.3	48.9	34.2	44.4	48.8	46.8	46.1	48.2	71.9	68.5	43.7			
四半期ごとの平均		2009 年 第 2 四半期			2009 年 第 3 四半期			2009 年 第 4 四半期			2010 年第 1 四半期						
		22.0			42.5			47.2			62.9						

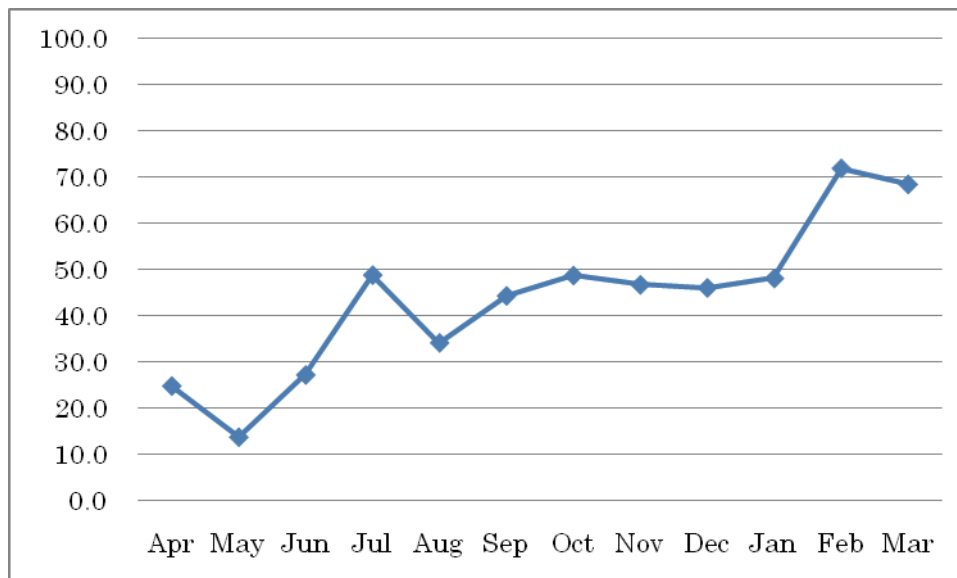


図 2 - 6 - 4 SDHT から CHO への FSV 実施率の推移 (%)

表 2 - 6 - 7 全 SDHT の郡別の業務達成率

郡	2008 年 第 2 四半期	2008 年 第 3 四半期	2009 年 第 1 四半期	2009 年 第 2 四半期	2009 年 第 3 四半期	2009 年 第 4 四半期	2010 年 第 1 四半期	平均 (%)
Jirapa	69.9		67.3	62.3	61.2	70.6	71.4	67.1
Lambussie			73.4	68.5	74.8		66.0	70.7
Lawra	35.6	43.3	50.4	41.5	48.7	79.7	60.4	51.4
Nadowli	50.0			50.0	75.6	58.3	66.2	60.0
Sissala East				41.0	31.4	63.6	73.0	52.3
Sissala West				43.7	48.6	55.7	60.1	52.0
Wa East				37.1		52.1	55.5	48.2
Wa Municipal	46.8		61.6	63.7	77.9	79.6	73.8	67.2
Wa West	80.8	55.8		64.1	62.6	84.3	82.8	71.7
平均	56.6	49.6	63.2	52.4	60.1	68.0	67.7	59.7

* 空欄箇所は FSV を実施しなかった、もしくはデータの損失により、データがない。

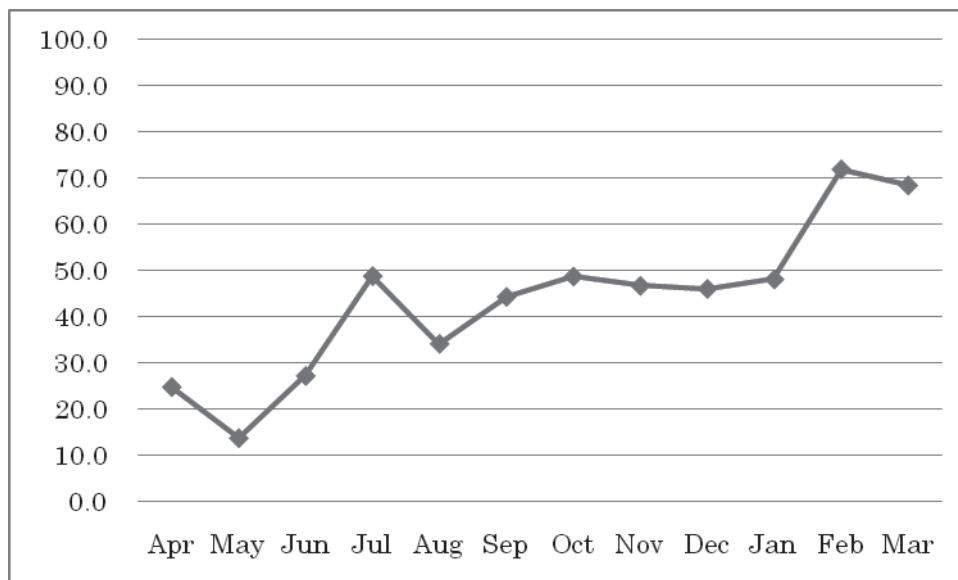
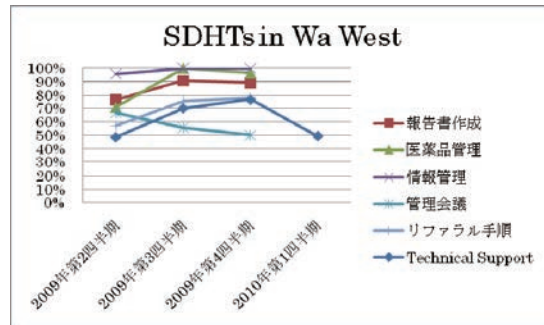
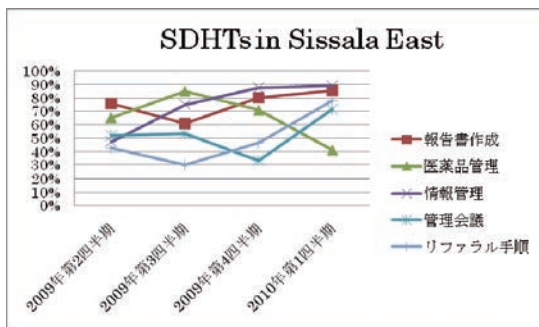
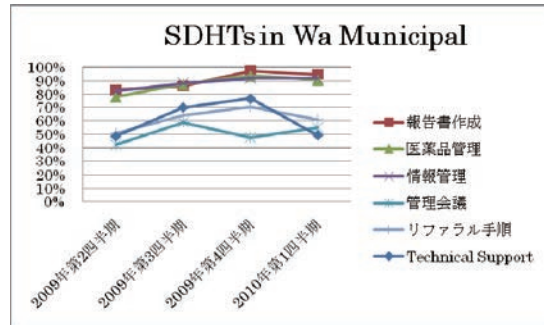
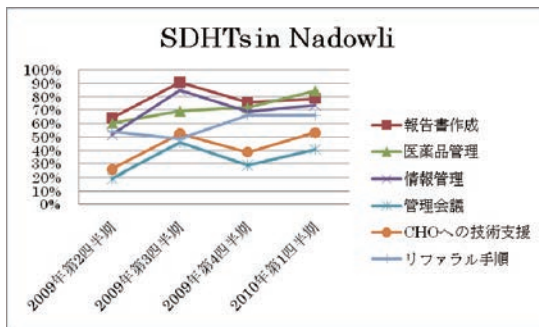
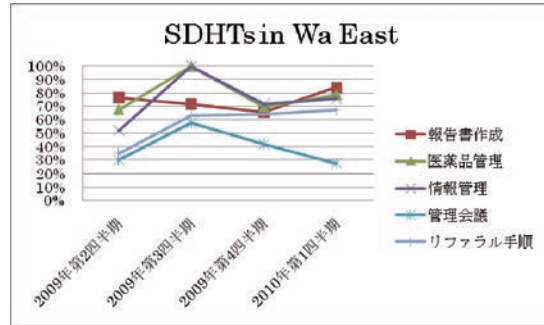
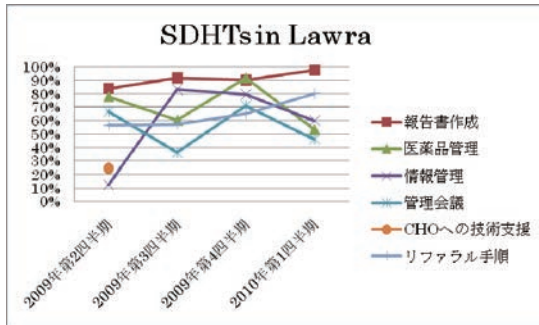
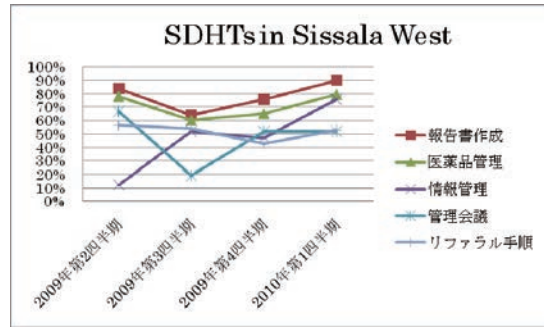
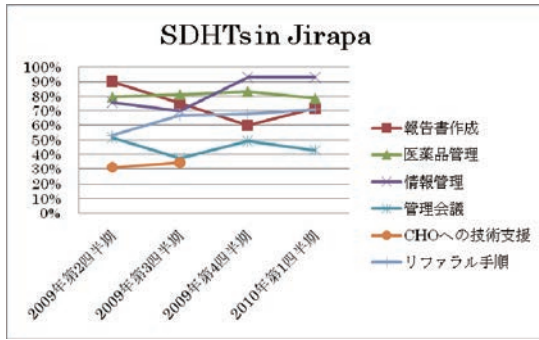


図 2 - 6 - 5 全 SDHT の業務達成率の推移 (%)

表 2 - 6 - 8 SDHT の郡別項目ごとの業務達成率 (2010 年第 1 四半期の実績)

郡	前項目の平均	報告書作成	医薬品供給管理	情報管理	管理会議	CHO への技術支援	リファラル手順
JIRAPA	71%	72%	79%	93%	43%	n.a.	80%
LAMBUSSIE	71%	90%	79%	76%	52%	31%	53%
LAWRA	60%	98%	53%	60%	46%	25%	80%
NADOWLI	66%	79%	85%	74%	41%	53%	66%
SISSALA-EAST	73%	85%	41%	89%	71%	0%	78%
SISSALA-WEST	71%	90%	79%	76%	52%	31%	53%
WA-EAST	56%	84%	79%	76%	27%	0%	67%
WA-MUNICIPAL	74%	95%	91%	92%	55%	49%	61%
WA-WEST	83%	89%	96%	100%	50%	0%	78%
全体平均	69%	86%	75%	82%	48%	40%	69%



* ランブシエ郡はコンピュータの故障により SDHT の達成度に関するデータが損失した。

図 2 - 6 - 6 SDHT の業務達成率の推移

2009年第2四半期から2010年第1四半期のSDHTからCHOへのFSV実施率は、22%、42.5%、47.2%、62.9%であり、徐々に改善している。ただし、郡によりCHOへのFSV実施率に大きなばらつき（30～100%）がある。FSV継続の重要性は広く認識されているが、以下の理由でFSVに行けない場合がある。

- ・ SDHTによっては所長しかFSVができず、所長に他の用事があるときはCHOへのFSVができない。
- ・ オートバイの運転がうまくない。
- ・ 悪路でFSVに行けない。
- ・ 燃料が不足でFSVに行けない。

DHMTからSDHTへのFSVの結果、SDHTのモニタリング事項全体のうち達成できた項目の割合は、2009年第2四半期は52%だった。2010年第1四半期は60%と若干向上した。CHOへの技術支援、FSV結果の報告、管理会議の成績が安定していない郡があることが、達成率が上がらない原因となっている。それらは所長の能力や意欲による場合が多い。

4) CHOのCHPSサービス実施能力

CHOのCHPSサービス実施能力をコミュニティの地域保健ボランティア（CHV）へのモニタリング実施とSDHTからのFSV結果による業務達成率により判断した。以下の表（表2-6-9、2-6-10）と図は、CHOからCHVへのモニタリング実施、CHOの郡別の項目ごとの達成率を示している。

表2-6-9 CHOによるCHVへのモニタリング実施
(州内の80人中25人CHOへの聞き取り結果)

項目	CHO数 (%)
FSVを実施している	20 (80.0)
FSVを実施していない（もしくは記録がない）	5 (20.0)

モニタリングを行っていない5名のうち4名のCHOは、いずれもモニタリングツールを持っていなかった。

表 2-6-10 郡別 CHO の業務達成率

郡	2009年 第2四半期	2009年 第3四半期	2009年 第4四半期	2010年 第1四半期	平均 (%)
Jirapa	35.5	64.4	74.8	72.1	61.7
Lambussie	n.a.	n.a.	n.a.	83.2	83.2
Lawra	71.5	68.9	75.2	74.8	72.6
Nadowli	73.6	72.4	80.5	80.8	76.8
Sissala East	n.a.	n.a.	74.4	78.0	76.2
Sissala West	69.3	73.3	72.9	62.6	69.5
Wa East	63.9	69.5	n.a.	71.6	68.3
Wa Municipal	63.5	67.8	74.3	73.2	69.1
Wa West	70.6	76.2	79.3	84.0	77.5
平均	64.0	70.4	75.9	75.6	71.5

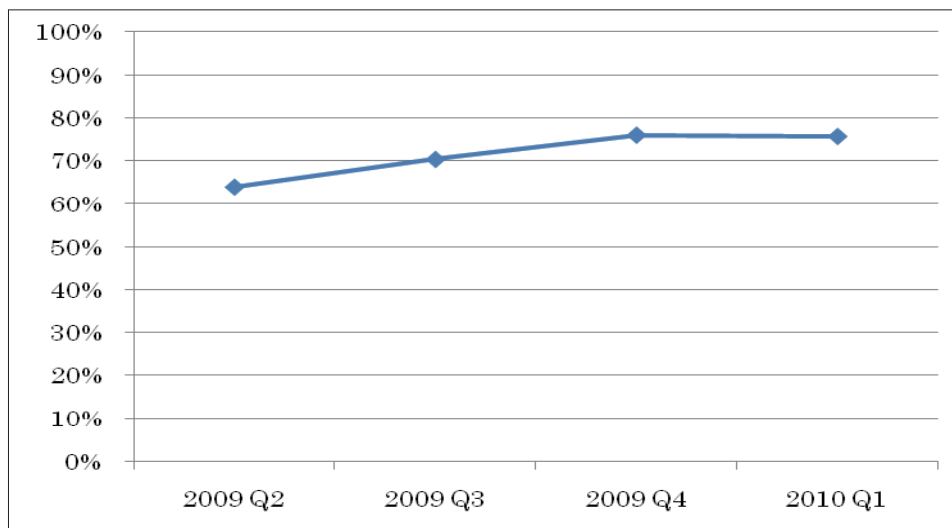


図 2-6-7 全 CHO の業務達成率の推移

CHV を定期的にモニタリングしている CHO は、24 名中 20 名の 83% だった。一方、モニタリングツールを持っていない CHO が 4 名の 17% いた。

SDHT から CHO への FSV の結果、CHO のモニタリング項目のうち達成できた割合は、2009 年第 2 四半期は 64% だった。2010 年第 1 四半期は 76% で、若干改善傾向がみられた。特に機材の整備状況はまだ改善の余地が大きいものの、1 年前に比べると大きく改善した。これは SDHT から CHO への機材の整備状況の体系的なモニタリングが始まったことで、機材状況が改善した結果と考えられる。

SDHT から CHO への体系的な業務モニタリングの重要性は認識されているものの、SDHT で解決できない人員・施設・機材などの課題が残されていることが、業務達成率

の上がない主な原因と考えられる。

5) リファラル・カウンターリファラルの手順

CHO と SDHT のリファラル手順は上記の FSV のなかでモニタリングが行われている。州病院・郡病院のリファラル・カウンターリファラル手順の状況を、RHMT からの FSV 結果により判断した。

州病院の産科・小児病棟におけるリファラル・カウンターリファラルの手順に関するモニタリング事項全体のうち達成できた割合は、2009 年第 3 四半期は 50%だったが、2010 年第 1 四半期は 100%に向上した。これは、リファラル手順に関する体系的なモニタリングが始まったことで改善が始まった結果と考えられる。一方で、現在のモニタリング項目は手順のみであり、フォーム・台帳管理についてはモニタリングができていない。

5つの郡病院の産科・小児病棟におけるリファラル・カウンターリファラルの手順に関するモニタリング項目全体のうち達成できた割合は、2009 年第 2 四半期は平均 41%であったが、2009 年第 1 四半期は 75%に向上した。しかし、州病院と同様に、リファラル手順には向上がみられるが、フォーム・台帳管理はモニタリングができておらず、問題がある可能性がある。各病院にリファラル・コーディネーターが任命され、リファラル・カウンターリファラルの監督と報告をすることになっているが、聞き取りを行ったところ、リファラル・コーディネーターが不在時は、それらの業務が滞っているとのことであった。

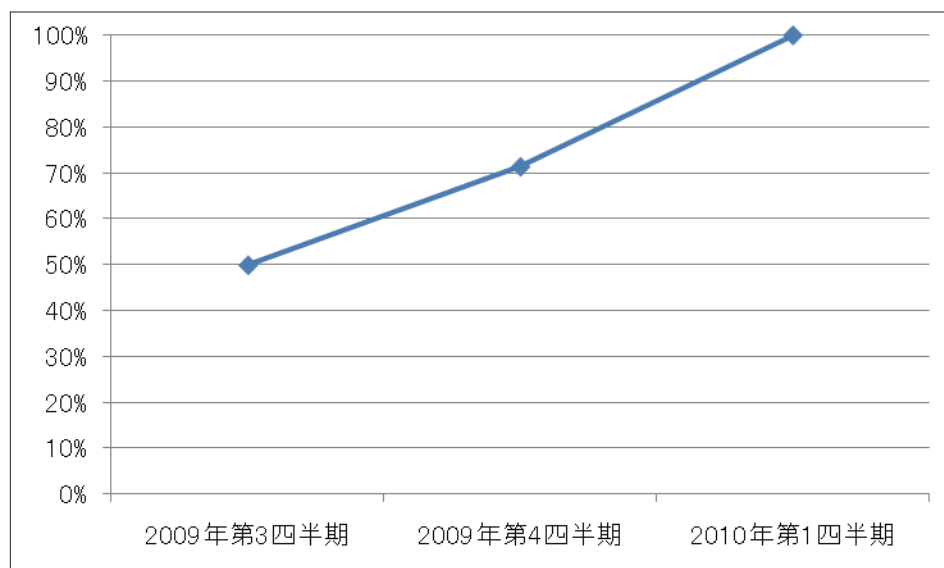


図 2-6-8 州病院（小児科・産科）のリファラル・カウンターリファラル手順業務達成率の推移

表 2-6-11 郡病院（小児科・産科）のリファラル・カウンターリファラル手順
業務達成率

	Jirapa	Lawra	Nandon	Nadowli	Tumu	平均
2009 年第 2 四半期	56.00%	25%	63%	38%	25%	41.4%
2009 年第 3 四半期	88%	50%	50%	69%	63%	63.8%
2009 年第 4 四半期	94%	75%	50%	88%	69%	75.0%
2010 年第 1 四半期		88%		81%	50%	72.9%

2010 年第 1 四半期は、RHMT の監督者が揃わず、ジラパ病院とナンドン病院への FSV が行われなかった。

6) 住民参加促進

住民参加促進の状況を、前期プロジェクトで推進した地域保健行動計画（CHAP）とコミュニティ緊急搬送システム（Community Emergency Transportation System : CETS）の普及状況、住民啓発の状況により判断した。CETS の詳細に関しては、次ページ（80 ページ）の囲み記事に記載した。

表 2-6-12 CHAP をもつ CHPS 地区（2009 年 8 月時点の全数調査結果）

郡	CHPS ゾーン数	CHAP 活動がモニタリングツールに記録されている CHPS ゾーン数 (%)
Jirapa	7	5 (71.4)
Lambussie	5	5 (100.0)
Lawra	11	4 (36.4)
Nadowli	12	5 (41.7)
Sissala East	4	1 (25.0)
Sissala West	7	2 (28.6)
Wa East	9	2 (22.2)
Wa Municipal	10	8 (80.0)
Wa West	11	8 (72.7)
計	76*	40 (52.6)

表 2-6-13 CHAP と CETS を実施している CHPS 地区
(2010 年 9 月の 24 地区でのサンプル調査結果)

	CHPS ゾーン数 (%)
CHAP を実施している	22 (91.7)
CETS を実施している	11 (45.8)

2009年8月時点で全CHPS地区76のうち、CHAPを作成しているのは40地区の53%だった。2010年9月のサンプル調査では24CHPS地区のうち22地区の92%がCHAPを作成し、普及が進んでいるとみられた。ただし、CHAPの活動がCHOへの水汲みなどCHOへの支援活動にとどまっているCHPS地区が多く、住民主体の保健活動を含むCHAPはまだ多くない(22件のうち3件のみ)。この原因として、CHPSが地域住民主体の事業であるという考えを正確に理解できている住民がまだ多くないため、住民主体の保健活動のイメージをもてない状況があると想定される(州内のグッドプラクティスの情報共有がまだ十分でない)。

2010年9月のサンプル調査で24地区のうち、CETSを始めているのは11地区の46%であり、ある程度の普及が認められた。CETSのモデルは2009年9月ごろから紹介されまだ1年余りしか経っていないため、普及の速度は比較的早い。ただしCETSはあっても、会員となる人数が少ないコミュニティや、CETSの毎月の会員費を払わない住民が始められている。CETSを開始したあと、DHMTやSDHTの車両・燃料への支援、郡議会(DA)などとの協力による支援がまだ不十分なため、CETSを維持していく動機づけが不足していることが原因と考えられる。

特筆すべきこととして、CHO業務開始時に住民のCHPSに関する理解が不足だったと答えるCHOが24名中10名の41%、SDHTが17名中7名の41%いた。CHPS開始時の住民啓発の質を担保するシステムがなく、啓発が十分でなかったCHPSゾーンが多いことが原因と考えられる。

コミュニティ緊急搬送システム

多くのコミュニティでは、市場以外の日には交通手段がなく、州内の救急車も必要数に満たない状況である。緊急時に医療施設へ到達する手段を確保するため、前プロジェクトではコミュニティ緊急搬送システム(Community Emergency Transport System : CETS)基金を導入した。本基金では、コミュニティメンバーが共同で貯蓄を行い、また救急車が使用できない際の車両提供を車両所有者と交渉しておくことにより、緊急時に車両を使用し、ガソリン代をCETS基金から支出することが可能となる。

本基金の詳細な運用方法は、コミュニティにより決定されるが、基本的にはCETS基金のメンバーは緊急時に基金が活用でき、一定期間に返済する必要がある。本基金は、コミュニティから選出された議長、秘書、出納係から成る委員会にて運営される。

本基金の一例として、ワウエスト郡ダボ(Dabo)CHPS地区のシーラ(Siira)コミュニティの運用例を紹介する。

登録料 : 1GHC/1名

月会費 : 0.5GHC

免除 : 親が月会費を払っている18歳以下の子ども、高齢者、困窮者は支払いを免除される。

運営：月会費については、コミュニティの毎月の会合にて支払いを行う。最寄りのヘルスセンターもしくは州病院へ搬送を行った場合、委員会は車輛保有者に30GHCを支払い、本システム利用者は3カ月後までに全額を委員会へ返済する。本基金は、信用組合の口座に貯蓄されており、引き出す際には議長、秘書、出納係のうち2名の署名が必要となる。

実績：2009年8月時点で142名（男性53名、女性89名）が加盟しており、11名が実際に搬送され、燃料費の借受けサービスを利用した。

*シーラコミュニティでは定額だが、コミュニティから医療施設までの距離に合わせて、費用を設定（ヘルスセンターであれば6.5GHC、州病院であれば62GHC）しているコミュニティも存在する。

7) 地方行政機関やその他関係機関との連携

前プロジェクトでは、フォーラム及びスタディツアーにより、地方行政機関である州調整審議会（RCC）、郡議会（DA）、ドナー、NGO、他省庁の開発パートナー等に、プロジェクトの進捗、グッドプラクティスを共有するとともに、CHPS政策に関する広報を行い、関係者の理解を促進させるとともに各機関の連携の側面支援を行った。

コミュニティの健康維持増進については郡議会の管轄でもあり、かつCHPSコンパウンドはコミュニティの所有物となり、コミュニティによってメンテナンスを行っていくこととなる。また、保健分野に進む人材への奨学金も郡議会より支出される。以上の点から、GHS及びコミュニティを管轄する郡議会との連携は次プロジェクトでも不可欠である。

そこで、今回の調査では、GHSの各機関（RHMT、DHMT、SDHT、CHO）と地方行政機関（RCC、DA）及びその他関係機関との連携状況の現状について聞き取り調査を行った。

すべての郡で、DAとDHMTは定期的な会合をもっていて、RCCやDAの多くの人にCHPSの重要性が認識されていることがうかがえた。SDHTもDAや議会議員と定期的な連絡をもっている割合が19件中15件の79%と多かった。

しかしコミュニティレベルではDAとの定期会合はあまりもたれていない。CHOで定期的な連絡を議会議員ともっているのは24名中13名と約半数に過ぎず、コミュニティの地域保健委員会（CHC）は、DAや郡保健委員会（District Health Committee、DHC）と連絡がない状態で活動している。そのため、コミュニティの地域保健委員会やCHOと定期的な情報交換が必要と思っている議員はまだ多くない。

将来の保健スタッフへの学費支援は、郡によってばらつきが大きい。特に助産師への支援は行われている郡もあるが、全体に不足している。助産師養成課程のルールが改定されたばかりで、郡の計画への反映が不足していることが原因と考えられる。

DAとの連携に比べると、他の省庁との連携は遅れている。RHMTやDHMTが他省庁のスタッフとの共同活動を議論・計画する場合は、縦割り行政のため、DAでの発表時以

外はあまりない。

いくつかのドナーが UW 州の保健開発へのコミットメントを継続している。また、プランガーナ（Plan Ghana）やオランダ開発組織（Netherlands Development Organisation、SNV）など現地に常駐スタッフをもち保健活動を行う NGO との連携も継続している。

2-6-2 次期プロジェクトの課題

図 2-6-9 に示したとおり、次期プロジェクトでは、前プロジェクトで導入した手法、システム等を活用し、妊産婦及び新生児ケアのサービス改善を実施する予定である。前プロジェクトで導入した手法、システムの活用にあたっての留意事項を以下に述べる。

(1) 地域保健サービス実施のための行政機関の能力強化

1) RHMT の能力強化

RHMT は、地域の保健課題を州レベルで分析し、対策を講じる要となる機関である。前プロジェクトにより、FSV の結果を分析し、州、郡、亜郡、CHPS ゾーンの各レベルで、特定された問題について対応策を作成することが可能となっているが、機材や人材の不足など SDHT や DHMT で解決できない対応策は、そのままになっている場合が多い。機材や医薬品の調達など、州レベルでまとめて行うのがふさわしい内容もあり、また州保健局が代表し、GHS 本部や開発パートナーに要請することが必要な問題もある。したがって、州レベルでいつまでも解決されない対応策を定期的に総点検する機会をもつことが望ましい。

また FSV ツールやデータベースツールなどを改定し、州内での使用を指示することも RHMT の重要な責務となる。

2) DHMT の能力強化

RHMT と同様に、郡内の対応策を総合的に見直す機会がないため、同じ課題がいつまでも解決されずに残っている場合がある。定期的に郡内の対応策全体を見直し、消耗品・機材の一括調達や、RHMT への申請など、郡として対処すべきことを行っているか確認するチェック機能が必要である。

DHMT から SDHT への FSV 実施率は高いため、DHMT が実施する FSV にて SDHT レベルのクリニック、保健センターの業務内容のモニタリング及び技術指導が可能となれば、母子保健サービスを改善することができる。ただし、現在は FSV のフィードバックについてはカテゴリ別の成績の提示のみとなっているため、次プロジェクトでは、より FSV が課題の把握とサービス改善につながるよう、FSV 結果の分析及び結果のプレゼンテーション能力などを強化することが望ましい。また、FSV 結果のデータ加工は情報オフィサーのみが行っているが、オフィサーの不在時には分析が滞っているため、データ加工ができるスタッフを増やすことも検討する必要がある。

3) SDHT の能力強化

妊産婦及び新生児保健サービスの改善を目的とする次期プロジェクトでは、SDHT 及び保健センター、クリニックの能力強化が大きな課題となる。所長は多忙であり、

SDHT 内に所長を支援できるスタッフを増やす必要がある。具体的には① SDHT の管理業務、②産前健診（ANC）や分娩介助や産後健診（PNC）、③ CHO への技術支援以下に関する能力強化に関し、スタッフの能力強化を行うとともに効果的な業務分担が必要となる。

SDHT は薬剤の販売による内部収益金（Income Generation Fund : IGF）を管理しているが、SDHT 間で、この有効利用や燃料費の捻出などのグッドプラクティスを共有する機会が少ない。スタディツアーなどによる情報共有が重要となる。

(2) 上位機関から下位機関へのスーパービジョンの強化

1) すべてのレベルにおける FSV ツールの改訂

前プロジェクトで FSV ツールを開発したものの、このツールが主に CHPS の運営管理業務に関するツールであったため、EPI やマラリア等ほかのプログラム実施のモニタリングを含めた形で改訂するよう州保健局から依頼があった。本ツールを他プログラムや MNH サービスのモニタリングに活用できるよう、すべてのレベルで、FSV ツールの改定の必要がある。

2) コミュニティレベルのモニタリングツールの改訂

現在のコミュニティ保健ワーカー（CHC、CHV など）のモニタリングツールは、CHAP の更新と会議記録が主な内容で、保健活動をモニタリングするようにはできていない。コミュニティ保健ワーカーは GHS の職員ではなくボランティアであるため、業務指示ができないことがその理由である。しかし、コミュニティ保健ワーカーによる妊婦や産婦の全数把握、産前健診（ANC）や産後健診（PNC）へ行っていない妊婦や産婦の把握及び働きかけなどが次フェーズでは重要となる。したがってコミュニティ保健ワーカーの業務実績をモニタリングできるようなツールを開発し、業務実績が芳しくない場合には、住民への啓発活動の強化や、場合によっては CHV の交代を検討する必要がある。

なお、CHPS が機能している地区では CHO が、CHPS がまだ機能していない地区では SDHT の地域保健看護師（CHN）が、本モニタリングツールを用いてコミュニティ保健ワーカーの活動モニタリングを行うこととなる。

3) データ分析用データベースの改訂

前プロジェクトではデータ分析用データベースをファイルメーカーで作成したが、本ソフトは州保健局スタッフによる改訂が困難なため、今後も現状に合わせ改訂を行うことを可能にすべく、より改訂が容易なソフトを使用した分析用データベースの開発が必要となっている。

(3) 上位機関へのリファラル（照会）、カウンターリファラル（照会後の上位機関から下位機関へのフィードバック）強化

患者の適時、適切な上位機関へのリファラルは、患者の死亡率を低下させるために有効である。また、適切にカウンターリファラルを行うことにより、下位機関にて経過観察が

必要な患者のフォローアップが可能となる。

前プロジェクトでは CHO 用のリファラル基準の作成、配布を行っており、本基準は引き続き活用が可能である。現在はリファラル、カウンターリファラルに関し、FSV にて手順のモニタリングが行われており、改善傾向にあることが認められた。ただし、州病院と郡病院におけるリファラルについては台帳の記録、記録した情報の活用に課題があるため、強化が必要となっている。詳細については、「2-5-4 (3) 3) リファラル・システムの改善」を参考にされたい。

現在はリファラル・コーディネーターの不在時は業務が滞っているため、リファラル・コーディネーターの役割を確認し、各病院のリファラル・コーディネーターを増員する必要がある。リファラル・コーディネーターへの研修を行うことも重要である。

(4) 地域住民の健康維持増進活動の強化

前プロジェクトで支援を行った CHAP の作成、CETS の導入は進んでいるものの、前者については住民の健康増進のための活動というよりも地域保健師 (CHO) を支援するための水汲み等の活動となっており、後者については会員となる住民が少ない、住民が毎月の会員費を払わないという課題も出てきている。

CHAP については、特に母親の健康、新生児の健康増進のためにコミュニティが何ができるか、という観点から作成するよう促していく必要がある。また、CHO と CHN が住民主体の MCH 活動を促進できるような教材開発も一案である。

CETS については、緊急時の医療機関へのアクセスのためのガソリン代、車輻代を賄うことができる有用なシステムである。国は将来的には交通費を保険でカバーできるようにする意向だが、それが実現するまでの過渡期の対策として、CETS 基金の設立や継続を推進するように住民の啓発活動を行うことが望ましい。なお、保険で交通費がカバーされるようになれば、CETS 基金は住民同士の相互支援の基金として、ほかの活動に使うことも可能である。

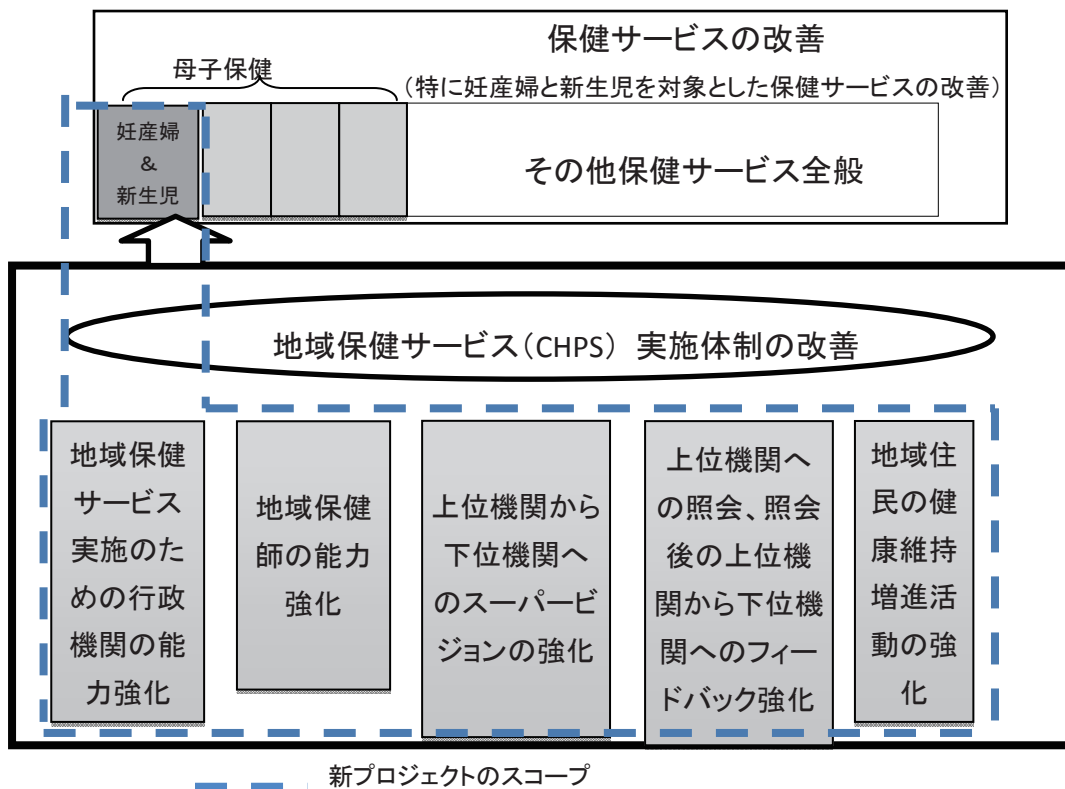


図 2-6-9 技プロのコンセプト：地域保健サービスを活用した、妊産婦と新生児を対象とした保健サービスの改善

(5) 地方行政機関やその他関係機関との連携

今回の聞き取り結果では、郡保健委員会（DHC）と地域保健委員会（CHC）の連絡や協力が欠如していることが判明した。両者の定期的な連絡会議を試行し、DHC、CHC の連携による地域保健行動計画（CHAP）作成の試行を行うことが提言される。

また、現在州内で保健活動を行うドナーとの情報共有を行い、住民参加や母子保健促進に関する各種ツールの共同開発支援を行うことが効率性向上のために重要である。

第3章プロジェクト基本計画

(1) プロジェクト名

ガーナ共和国アッパーウエスト州地域保健機能を活用した妊産婦・新生児保健サービス改善プロジェクト

(2) 上位目標

UW州で妊産婦・新生児保健サービスが継続して改善される。

(3) プロジェクト目標

UW州でCHPSを活用した妊産婦・新生児保健サービスが改善される。

(4) 期待される成果と指標

1) 成果

1. UW州で妊娠初期3カ月の産前健診受診者が増加する。
2. UW州で熟練医療従事者の介助による分娩が増加する。
3. UW州で産後健診受診者が増加する。
4. UW州の妊産婦及び新生児保健サービスにおけるリファラル・カウンターリファラルが改善される
5. UW州でFSVが強化される。
6. UW州においてCHAPの実施をはじめとしたコミュニティの動員が改善される。
7. 妊産婦・新生児保健サービスとCHPS実施に関する好事例と革新的事例がUW州の内外での普及に向けて紹介される。
8. プロジェクトが直接生み出す産出物（アウトプット）と、その産出物によって達成されると期待される成果（アウトカム）がモニターされる。

2) 指標

1. 妊娠後3カ月以内に登録し、産前健診を受ける妊婦の割合
2. ① 助産の訓練を受けたCHO及びCHNの立会いによる緊急分娩の割合
② 熟練医療従事者が介助した分娩数
3. 分娩後7日から10日以内に産後健診を受ける母親・新生児の割合
4. 妊産婦・新生児保健関係のリファラル台帳・文書管理に関するFSVによる評価点
5. 2015年までに、改定されたFSVモニタリングツール及び手法によるモニタリングの実施率が、以下のレベルで、目標値を超えて実施される。
 - ・ RHMTがDHMTに対して実施するFSVモニタリング
 - ・ RHMTがRHMT自身に対して実施する自己FSVモニタリング
 - ・ DHMTがSDHTに対して実施するFSVモニタリング
 - ・ SDHTがCHOに対して実施するFSVモニタリング
 - ・ CHOがCHV及びCHCに対して実施するモニタリング
6. ① CHAPをもつCHPSゾーンの割合が増加する

- ② 機能している CETS をもつコミュニティの割合が増加する。
- 7. ① 好事例や革新的な事例が特定かつ文書化される。
- ② UW 州内外に事例が紹介される。
- 8. ① ベースラインのモニタリング結果のデータが取りまとめられる (2011 年中)。
- ② エンドラインのモニタリング結果のデータが取りまとめられる (2015 年まで)。

3) 活動の概要

<妊娠初期 3 カ月の産前健診受診者の増加>

- 活動 1-1 コミュニティにおける妊娠後 3 カ月以内の産前健診登録の促進
- 活動 1-2 産前健診の質の改善
- 活動 1-3 産前健診脱落者の追跡強化

<熟練医療従事者の介助による分娩の増加>

- 活動 2-1 コミュニティでの安全な母性に関する認識の普及
- 活動 2-2 保健センターの分娩施設の改善
- 活動 2-3 SDHT 及び CHO の能力強化

<産後健診受診者の増加>

- 活動 3-1 妊産婦及び新生児死亡例の分析検討と検討会の強化
- 活動 3-2 産後健診の質の改善
- 活動 3-3 産後健診脱落者の追跡改善
- 活動 3-4 コミュニティでの産後健診の促進
- 活動 3-5 医療施設の、分娩後のカウンターリファラル能力の改善

<妊産婦及び新生児保健サービスにおけるリファラル・カウンターリファラルの改善>

- 活動 4-1 リファラル記帳及びリファラル様式の活用改善
- 活動 4-2 病気の母親と子どもに関するカウンターリファラルの改善
- 活動 4-3 リファラルコーディネーターの機能強化

<FSV の強化>

- 活動 5-1 FSV モニタリングツール、ガイドライン、マニュアルの改訂
- 活動 5-2 改訂版モニタリングツール、ガイドライン、マニュアルの使用に向けた能力強化
- 活動 5-3 改訂された FSV のためのデータベースの開発
- 活動 5-4 FSV 結果の活用の強化

<コミュニティ保健活動計画の実施をはじめとしたコミュニティの動員の改善>

- 活動 6-1 CHAP 促進方法の研修
- 活動 6-2 CHC 及び CHV の活動の改善
- 活動 6-3 保健サービスへのアクセスの強化

<妊産婦・新生児保健サービスと CHPS 実施に関する好事例と革新的事例の普及に向けた紹介>

- 活動 7-1 CHPS 実施に関する情報管理の強化
- 活動 7-2 フォーラムやスタディツアーによるグッドプラクティスの普及

<プロジェクトが直接生み出す産出物 (アウトプット) と、その産出物によって達成される

と期待される成果（アウトカム）のモニタリング>

活動 8-1 ベースライン調査

活動 8-2 活動のモニタリング

活動 8-3 エンドライン調査

活動 8-4 PDM の改訂

第4章 プロジェクトの事前評価

4-1 プロジェクトの基本概要・実施プロセス

(1) C/Pの配置・体制

C/Pの配置・体制に関して以下を確認した。実施上の大きな問題は見受けられない。

- ・ 前プロジェクトと同じく、RHMT内主要メンバー、郡保健局長などによる講師グループ、各郡のCHPSコーディネーターや情報オフィサーを主要なC/Pとして実施する。
- ・ 前プロジェクトと異なり、州保健局にCHPSユニット（7名）が他業務と兼務とはいえ存在するので、彼らを通じた活動の準備・実施が可能となる。
- ・ 前プロジェクトのOJTにより、研修の講師となることのできるスタッフの数が増えており前フェーズ開始時よりも体制が整っている。さらに安全な母性研修講師として、本邦研修OB等の病院スタッフを活用可能である。

(2) プログラムの他スキームとの調整

プログラムの他スキームとの調整に関して、以下のような方法によりお互いの長を生かして有効性や効率性を高めることが可能と思われる。

- ・ 無償資金協力によるCHPS施設建設に先立ち、住民啓発活動の進捗をモニターするツールの開発やモニタリング体制強化を技プロが行う。これにより、住民参加の不十分な地区でCHPS施設建設が始まることを防ぐ。なお、無償においても建設開始前に、住民組織化の最終確認のための現地調査を行うことが提言される。
- ・ UNICEFによれば、州保健局（RHMT）による資金管理、各郡の郡議会（DA）による施工管理にてCHPS施設建設を行った実績があるとのことであった。RHMTとDHMT、DA、無償の施工管理チーム、技プロチームの定期的な連絡により、円滑なCHPS施設建設を進めることが可能となる。
- ・ 本プログラムに関連する青年海外協力隊（JOCV）については、早い時期に本プログラムに関し説明することが望ましい。JOCVがより効率的に現地の状況を把握するため、派遣後の早い時期に技プロから現地の状況の情報提供を受ける機会をもち、その後も定期的な情報交換を行うことが提言される。なお、プロジェクト側から、JOCVが対応可能であり、かつ興味をもちそうな活動案を紹介するのも一案である。

4-2 妥当性

妥当性は以下の点から高いと評価された。

- ・ プロジェクト対象地域であるアッパーウエスト（UW）州は、乳幼児死亡率等の保健指標が他地域よりも悪く、プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）へのアクセスが限られている貧困地域である。本プロジェクトはPHCへのアクセスの悪い地域での母子保健改善を目的としており、対象地域住民のニーズと合致している。
- ・ ガーナ政府の保健セクター5カ年計画（THE HEALTH SECTOR PROGRAMME OF WORK：2007-2011）の優先事項のトップに、「妊産婦と子どもの保健を出産に関連した緊急かつ効果の高い介入により改善する」ことが挙げられている。これは本プロジェクトの目標と完全に整合している。この5カ年計画でCHPSの重要性と継続の必要性も明

記されている。

- 2010年に保健省（MOH）と国連が発行したミレニアム開発目標促進枠組み国家行動計画（Millennium Development Goals Acceleration Framework Country Action Plan）では、MDG4とMDG5の達成が国の最優先事項であることが明示され、特に妊産婦の保健改善が急務であるとされている。これはプロジェクトの上位目標、プロジェクト目標と合致している。
- 対ガーナ国別援助計画では、戦略プログラム2「貧困地域における基礎生活環境の改善」のなかで、①地域保健改善、感染症対策、②計画策定・実施・モニタリング強化、を優先課題としている。
- 2010年に発表された国際保健政策（2011-2015）においては、目標として「妊産婦と新生児の死亡率削減のための効果が証明されている保健サービスパッケージの導入と、乳幼児の死亡率削減のための効果の高い保健施策の拡大を通じ、妊産婦と乳幼児死亡率の更なる低下をめざす」を掲げている。この目標達成のための具体的な案としてはコミュニティ・ベースの予防及び治療ケアの強化、施設ベースの予防及び治療ケアの強化、コミュニティと施設をつなぐシステム強化が挙げられているが、本プロジェクトは①コミュニティの健康維持増進能力の強化及びコミュニティレベルでの保健サービス提供能力の強化、②施設ベースの保健サービス提供能力の強化（特にクリニック及び保健センターレベルでの緊急産科ケアの質の向上）、③母親の医療施設受診増加のための、母親及びコミュニティへの啓発、コミュニティ緊急搬送システム（CETS）の導入、コミュニティレベルの医療施設から上位レベルの医療施設へのリファラル強化を行うことから、本政策との整合性は高い。
- 2010年9月に策定されたJICAの保健分野のポジションペーパー「JICAの保健分野の協力ー現在と未来ー」で、JICAは母子保健を保健協力の重点領域（重点サブセクター）とし、かつ「保健協力の各領域に共通する協力課題、保健事業の仕組みづくり」として、「行政能力の向上」と「保健医療拠点の機能強化と拠点間の連携体制強化」を明示している。これらは本プロジェクトの内容と完全に整合している。
- ポジションペーパーでは、「実証的根拠を活用した質の高い事業」を重点アプローチとすることが記載されている。本プロジェクトの内容は、妊産婦死亡削減に効果の高いことが実証されている産前産後健診¹⁵と熟練医療従事者による分娩介助を促進するものであり、重点アプローチと整合している。
- ポジションペーパーでは、「従来型のプロセス評価に加え、インパクト評価も実施することで、キャパシティ・ディベロップメントの過程が、保健アウトカム指標（死亡率、罹患率、保健介入の裨益率）に対してどのような影響を与えるかを定量的に検証する。」と記載されている。サービス提供者の能力強化が死亡率低下などのアウトカムを導く過程を量的に評価するため、本プロジェクトでは代替指標として、保健サービスの質の向上（各レベルの、妊産婦・新生児保健に関する評価点の向上）や、保健サービスへのアクセス向上に関する指標を設定している。また、これらの指標の達成による結果として、

¹⁵ WHOが2005年に出版した『The World Health Report 2005: Make every mother and child count』で、妊産婦死亡を減少させるには、家族計画、ANC、熟練医療従事者の介助による分娩、PNCが効果があり強化されなければならないことが記述されている。本プロジェクトでは、他のドナーとの重複のリスクの高い家族計画を除いた3点の強化を行う。

「スーパーゴール」の指標としてはアウトカム指標である「妊産婦死亡率の減少」「新生児死亡率の減少」を設定している。この点からも、ポジションペーパーの重点アプローチとの整合性は高いといえる。

4-3 有効性

有効性は以下の点から高くなると予測される。

(1) プロジェクト目標の内容

以下の点からプロジェクト目標の内容は適切であると考えられる。

- ・ プロジェクト目標は、「UW 州の CHPS システムを活用して妊産婦・新生児保健 (MNH) サービスを改善する」ことであり、その内容を 4 つの指標、① GHS の各レベル (RHMT、DHMT、SDHT、CHO) の MNH サービスの能力向上、② 質の高い ANC 受診率の向上、③ 施設分娩率の向上、④ PNC 受診率の向上—でみる構成となっている。これらが継続するシステムをつくることで上位目標 (5 年後も②、③、④が継続して改善)、ひいては妊産婦死亡や新生児死亡の減少に貢献できる内容となっている。活動—成果—プロジェクト目標—上位目標の因果関係が明確である。
- ・ 指標は入手可能なものが選択されている。ただし、指標の具体的な数値は、プロジェクト開始後に、投入規模に見合い、かつ達成可能で明確な指標を設定する。

(2) 外部条件

重要にもかかわらず満たされる可能性が極めて低い外部条件 (キラーアサンプション) となる外部条件は存在せず、活動の開始、活動から成果、成果からプロジェクト目標、プロジェクト目標から上位目標につながるための外部条件が満たされる可能性は高い。外部条件のモニタリングと適切な対応により、プロジェクト目標の達成は可能と考えられる。

現状、プロジェクト目標達成を阻害する大きな要因は見つからないが、以下の項目はモニタリングの必要がある。しかしこれらの事象が起きたとしても、適切な対応により、プロジェクト目標の達成は可能である。

- ・ 州保健局長がプロジェクト期間中に交代する可能性がある。
- ・ 主要な UW 州保健局のスタッフが交代する可能性がある。
- ・ MCH の国家戦略が 2012 年に改定される。

4-4 効率性

効率性は以下の点から高くなる可能性が高い。ただし具体的な投入の量及びタイミングは、プロジェクト開始後に作成する PDM 1 にて決定することとなる。

- ・ 成果はプロジェクト目標を達成するために必須の内容をワークショップ参加者で確認し、最終的に選定されたものが設定されている。
- ・ 前フェーズで達成された FSV 強化、リファラル手順向上、住民参加促進などに基づき、さらにそれらの活動・成果を発展させる構造となっており、効率性が高い。
- ・ 本プロジェクトは UW 州母子保健改善プログラム (名称未定) を構成する 1 つのプロジェクトとして実施される。以下の各スキームの実施による相乗効果により、UW 州全体へ

の投入・費用対効果が最大となることが期待される。

- ① 前プロジェクトで築いた基礎に基づき、MNH 改善に向けた CHPS システムと組織体制強化を技プロで行い、その量的な広がりは無償による CHPS 施設建設で担保する。
 - ② 郡及びコミュニティレベルのサービス改善を JOCV が行い、保健サービスの現場の課題の把握を可能とする。
 - ③ 母子保健、地域保健に関する本邦研修にプロジェクト関係者を派遣し、能力強化を図る。
- ・ フォーラムやスタディツアー、連絡会議により、他の援助機関と情報共有を行い、活動の重複を避けるとともに双方の活動に生かす。

4-5 インパクト

インパクトは以下の点から高くなると予測される

- ・ 上位目標は適切で、達成される可能性が高い。
- ・ 本プロジェクトの成果として、ANC、施設分娩、PNC を促進するさまざまなツールや手法、リファラル・カウンターリファラルや FSV、住民参加促進を改善するためのツール及びシステムが開発される予定である。これらの成果は他州に紹介され、CHPS 活用の効果や効率を上げるために使用されることが期待される。
- ・ 負のインパクトは現状では想定されていない。

4-6 自立発展性

自立発展性は予算面で継続的なモニタリングが必要であるが、概して組織・制度・技術面の自立発展性は高いと予測される。

- ・ ガーナの保健政策と保健省（MOH）、GHS の聞き取り結果から、政策における MNH の優先性、CHPS の重要性は、協力終了予定の 2016 年以降も継続する可能性が高い。
- ・ 州調整委員会（RCC）や郡議会（DA）においても、CHPS の重要性に関する認識の高まりがみられ、CHPS 活動支援への継続したコミットメントが今回調査で確認された。
- ・ 前プロジェクトで能力強化された講師グループや CHPS ユニットメンバーが存在し、技術的な自立発展性を担保できる。
- ・ 前プロジェクトの終了時に、① CHO 新人研修の継続（約 140 万円/年）、② FSV 実施の燃料費とレビュー会議開催費（約 330 万円）、FSV ツールの印刷費（約 70 万円）を継続支出することを GHS 本部に依頼したが、州保健局予算への増額は実現されず、これらのコストを州保健局予算に含めるように指示があったのみであった。結果として、①は UNICEF の支援により 2010 年に実施予定、②は UW 州保健局予算で実施されたが、③は予算の見込みが立っていない。2009 年の中央政府から UW 州保健局の支出は、全体額（約 1,370 万セディ＝約 9 億 5,900 万円）の 3%（約 49 万 2,000 セディ＝約 3,440 万円）に過ぎず、ほとんどの収入は内部収益金（IGF）（約 940 万セディ＝約 6 億 6,000 万円）とプログラム資金（約 376 万セディ＝約 2 億 6,300 万円）による予算構成となっている。プロジェクト実施中に、IGF の有効利用あるいはプログラム資金の継続的な支出などにより終了後の事業予算確保を担保することが必要となる。