

〈資 料〉

ガーナの保健医療

和田 耕 太 郎

(国立公衆衛生院専門課程)

Health care system in Ghana

Kotaro WADA

(from the Institute of Public Health)

K. WADA *Health care system in Ghana*. Bull. Inst. Public Health, 41(1), 13-21, 1992

Ghana is divided administratively into 10 regions which are subdivided into 65 districts. The health services are organized at three levels, headquarters, regional and district. The district is the basic unit of health management and planning. The National Health Policy recommended decentralization of the Ministry of Health to manage the Health Service. Aims of the policy access to basic and primary health care. This includes environmental and personal health care built on the principle of community participation. District health care is organized at three levels as to level A, B and C. Level A services are carried out by community health workers who are selected and compensated by the community. Their main function include preventive and promotive services, simple curative measures for health related community projects. The level B is the second level. Undertake all routine immunization and take care of patients referred from Level A. Level C is at the district level. It is the level for the management of the entire system. A District Health Management Team is responsible for the planning implementation and evaluation of health services for entire district.

Key words Ghana, Health Care System, District Health Care, Primary Health Care, Health Centre

(Accepted for publication, February 12, 1992)

はじめに

現在、国際保健医療協力に対する関心が高まってきている。しかし、日本で入手できる発展途上国の保健医療行政に関する情報は非常に限られている。その理由として発展途上国側の資料の整備などに問題もあるが、日本国内では発展途上国の国レベルの概況はWHOなどから得られる情報はあっても、地域レベルの保健行政の状況を知るための資料は乏しい現状にある。そのことは今までの国際医療協力が主として国レベルで行われているために、収集される資料は中央レ

ベルの情報を必要としていたことによると思われる。しかし、国によっては保健行政は地方分権に重きをおいており、しかもプライマリ・ヘルス・ケア政策は地域レベルで実施されている現状がある。西アフリカのガーナについても同様なことが言える。ガーナの保健医療行政も他の国¹⁾と同様に既に紹介されている²⁾が、主として国の保健医療全般や中央機構についての情報である。

そのような国際保健医療の状況の中で筆者は、ガーナのプライマリ・ヘルス・ケア政策を推進しているヘルス・センターに1986年から89年まで青年海外協力隊の一員として栄養業務に従事した体験を得た。そこでそのヘルス・センターでの活動状況を取り上げながら、今回、今後の保健医療協力を行う際の資料となること

[キーワード] ガーナ、保健医療、地域保健、プライマリ・ヘルス・ケア、ヘルスセンター

[平成4年2月12日]

をねらいとして、ガーナの地域レベルにおける保健医療行政について紹介する。

1. 一般的事項

1) 自然環境

ガーナは北緯4度30分から11度0分、東経1度15分から西経3度15分、ギニア湾に面する西アフリカ諸国のほぼ中央部に位置し、南はギニア湾、東はトーゴ、北はブルキナ・ファソ、西は象牙海岸にそれぞれ面している。ガーナの海岸線は約560kmに及び、南北は672kmである。面積は239,000km²、日本の約3分の2である。地形は標高500m以下の低い台地の広がる地域で、首都アクラ付近から北北東に細長くのびるトーゴ山脈(600~800m)を除いて、高い山地は見られない。気候は、北から南に向かって降水量は次第に増加し、湿度も次第に高くなる。温度は地方によって異なるが、概ね37℃(最高)から20℃(最低)の間であり、全国的に3月が最も暑い。湿度は北部の乾燥地帯を除くと、年間概ね80%前後の日が多い。

2) 社会環境

ガーナの人口動態は表1のとおりである。人口増加率は依然として年3%を越えている。1984年には国民

の68.0%が農村に住み、32.0%が都市に住んでいた²⁾が、近年は都市に流入する人口が増えている。

ガーナは数多くの部族からなり、その内、ガ族(アクラ周辺)、エヴェ族(南東部ボルタ地域)、アカン族(中西部クマシ周辺)が人口も多く際立っている。公用語としては英語が用いられるが、生活上は各部族の言語を使用している。宗教はキリスト教が一番多く国民の43%を占め、伝統的土着宗教が40%とこれに次ぎ、この他にイスラム教が12%を占めている。

1985年における就学率(標準就学年齢に対する総就学者の比率)は初等教育では66%、中等教育では39%、高等教育は2%であった。

3) 政治及び行政

ガーナは1957年3月6日にアフリカで最初に英国より独立し、1960年7月1日に共和国に移行した。1966年、初代大統領ンクルマが中国歴訪中に軍クーデターが起こり、軍事政権となった。その後、1969年には第2共和国の時代に入ったが、1972年には軍クーデターによって再び、軍事政権に代わっている。

1979年に第3共和国体制になったが、1981年12月31日に現元首のローリングス空軍大尉がクーデターを行い、憲法の停止、政党の禁止を宣言した。そして、暫

表1. ガーナの人口動態

	1984	1990
人 口	12,296,000	15,028,000
人口構成		
年少人口(0-14歳)	45.0%	45.4%
生産年齢人口(15-64歳)	50.9%	51.8%
老年人口(65+歳)	4.1%	2.8%
人口増加率	3.2% (1980-83)	3.4% (1985-89)
	1975~80	1985~90
出生率(人口千対)	47.1	44.3
死亡率(人口千対)	15.9	13.1
乳児死亡率(出生千対)	156.0	142.8
出生時における平均余命(歳)	男 48.3 女 51.7	男 52.24 女 55.81

出典: Central Bureau of Statistics, Ghana: 1984 Population Census of Ghana, Preliminary Report. Ghana, Accra, 1984

: 国際連合世界統計年鑑1982, 1985

: 1989 Demographic Yearbook. United Nations, 1991

: 1990 World Health Statistics Annual. WHO, 1991

定国家防衛評議会 (Provisional National Defence Council: PNDC) を設立し、議長に就任して現在に至っている⁵⁾。

暫定国家防衛評議会 (以下、PNDC) が国家の最高意志決定機関になっており、その下に19の省庁が設置されている。全国は10の Region (州) に分割され、Region の下に合計110 (1988年までは65) の District (郡: 基準人口 都市10万人, 地方75,000人) がある。地方行政は中央政府任命の州知事、郡長により行われる。郡以下の町村、部落は郡長の行政権下におかれるが、町村等においては伝統的酋長が町長、村長の役割を果たしているところが多い。

4) 経 済

1990年の歳出は1,978億セディ (6億ドル) であり、歳入は2,725億セディ (8.3億ドル) である。1990年の経済は雨期の到来の遅れ、ココア豆の国際価格の低迷による輸出額の減少、ならびに湾岸危機による石油の暴騰により、経済が悪化したと言われている。GNP は過去6年間にわたって年平均5%の成長を記録してきたが、1990年には2.7%にとどまっている。インフレは食糧供給の困難と、石油の高騰によって1989年の25%から1990年には37%へと悪化している。セディ貨のドルに対する両替率は1988年の202.4セディから1991年には380セディへと悪化している⁶⁾。産業別経済活動人口 (1984) は、第1次産業が61.1%、第2次産業が12.6%、第3次産業が26.4%であった³⁾。

2. 国の保健医療行政

保健医療行政は PNDC の下で保健省 (Ministry of Health) が担当している。なお、日本の厚生省と異なり、社会福祉については別の省庁 (Ministry of Mobilisation & Social Welfare) が担当している。

保健省の基本的な役割は以下のとおりである。

- a. 国家政策に基づいた保健政策の構築
- b. 保健サービスをあらゆる観点から計画、監視、評価すること
- c. 保健従事者の養成
- d. 全国的な保健資源、薬剤、その他の物資を活用し、公平に分配すること
- e. 国家開発の一環として飲料水、食料、教育、その他の保健関連サービスの供給において全ての方

面の協力を推進させること

- f. プライマリ・ヘルス・ケア (以下、PHC) の基盤となる保健サービスや生物・医学的研究を促進する
- g. 国際保健協力
- h. 保健に関する条約、協定、法令の制定

3. 地域保健医療行政

1) 概 況

現在の保健医療政策の基本は、PHC と地方分権に置かれている。従って、保健行政の基本単位は District レベルの行政にあり、全ての保健活動が District レベルに集中されるようになっている。

基本的な保健活動と PHC は地域社会を基盤とするもので、そこには保健活動拠点として Health Centre (以下、H/C) 及び Health Post (以下、H/P) が置かれている。そして、これらは医療機関との連携のもとに全地域、国民の保健サービスを確保している。

地域における保健サービスの重点は次のようなものである。

- a. 全ての地域社会における大規模な衛生教育プログラムの展開
 - b. 学校における衛生教育と保健サービスの推進
 - c. 健康リスクの多い集団、特に妊婦、学齢前幼児、農民、危険業務労働者などの保健プログラムの作成と推進
 - d. 栄養や家族計画を含む母子保健サービス
 - e. 重要な常在的疾患、特に経済的重要性のある疾病 (マラリア、メジナ虫症、オンコセルカ症、住血吸虫症、歯科疾患など) の予防
 - f. 精神障害対策
 - g. 栄養改善計画については保健省は農業省 (Ministry of Agriculture) と協同してこれを推進する
- 以上の他、安全な飲料水の供給、し尿等の種々の廃棄物の処理、伝染病媒介昆虫の防除、快適な住宅、食品衛生の改善、環境汚染の防止などに関して保健省は各々の関係機関に協力している。

2) District の保健医療行政の組織・機構

District の衛生行政当局は District Council であり、行政の責任者として District Medical Officer of Health (以下、DMOH) が任命されている。DMOH は

保健省の定める研修を経験した医師をもって当てられている。DMOHの下には District Health Management Team (以下、DHMT) が置かれ、District 病院事務長、District 総婦長、公衆衛生専門家、薬剤師、衛生統計官、衛生監視員、防疫官、衛生行政官、その他の専門家、技術者からなるスタッフを有している(図1)。DMOH は国や Region の支援を得ながら、DHMT とともに管轄地域の保健医療全般について対策の立案や実施に関する権限を有している。

District Council は種々の衛生行政を行うものであるが、事業は実施しない。実際に地域における PHC の実施については、全て H/C またはその他の保健機関が責任を持っている。その保健サービスの内容は、ア、医療サービス、イ、予防業務、ウ、訪問サービス、エ、

入院患者治療(特に妊婦のケア)、オ、その他の保健関連サービスや機関との協力などである。

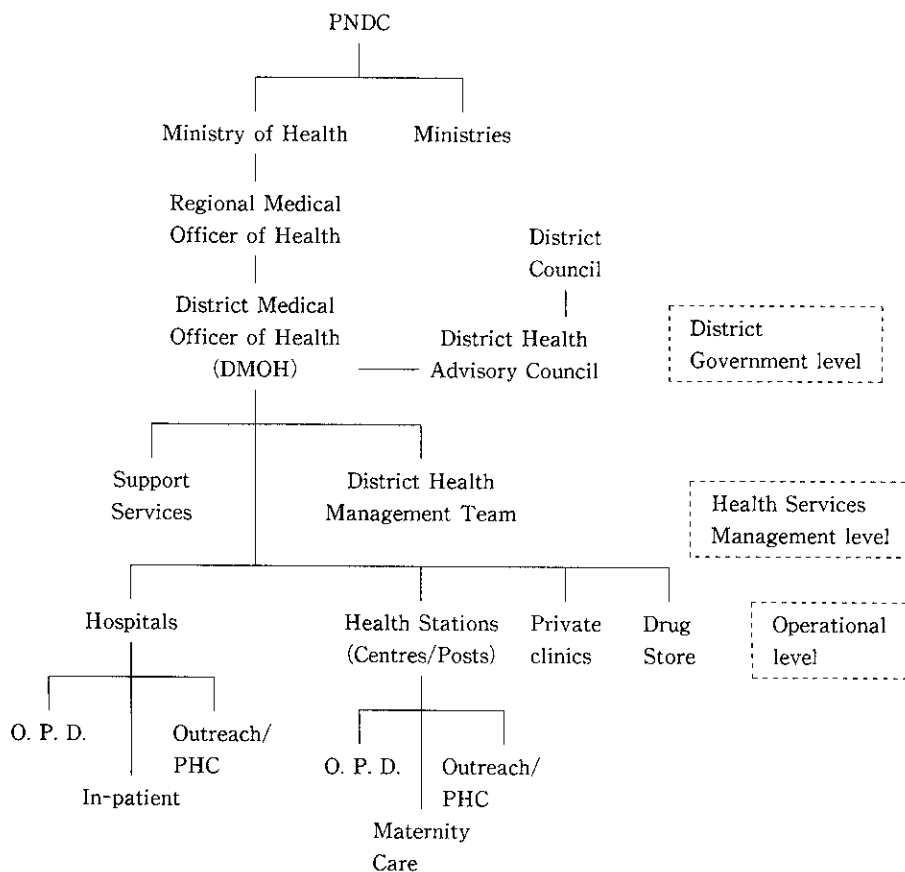
District 病院の主な業務は外来及び入院患者の医療であるが、District の PHC の支援の役割も果たしている。

3) プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) と医療

ガーナの PHC 政策の基本は Level A, B, C の3段階からなっている。

Level A はこのシステムの基本であり、コミュニティレベルを指している。コミュニティクリニックがあり、Community Health Worker (以下、CHW) がその任を担っている。Traditional Birth Attendant (以下、TBA: 伝統的出産介助者) もこの中に含まれる。CHW は地域社会自身によって選任され、居住地域の

図1. District Health Services—機構図



出典: Health Policy of Ghana, 1982

Bull. Inst. Public Health, 41(1) : 1992

District で保健省によって基本的な予防と健康増進の教育訓練を受け、初歩的な医療、特に妊婦のケアや小児保健の技術も習得した者である。

第2段階の Level B は専門の保健医療従事者がいる H/C や H/P のレベルを指す。H/C、H/P は District 病院の下に置かれており、病床を持たず、医師も置いていない。H/C の責任は Medical Assistant (医師補) が持ち、District 病院から技術的な指導を受ける。一方、H/C は CHW の技術的監督の責任があり、また、通常の前接種やレベル A から回される患者の治療にも当たる。

Level C は District レベルであり、PHC システムの基幹を成している。DHMT が保健医療全般を担当しており、CHW の研修や H/C や H/P のスタッフの再研修も行う。医療機関として District 病院があり、H/C や H/P で治療できない患者の診療も行っている⁷⁾。

基本的にはガーナのどこの Region や District でも同じであるが、ただ予算や人員の配置によって実施状況は異なっている。

4. 母子保健サービス

1) 保健水準

ガーナの1989年の5歳未満児の死亡率は出生千人当たり143であり、乳児死亡率は87であった。また、1980～88年の2500g以下の出生割合は17%であった⁸⁾。1980年における全年齢死亡に対する1歳未満死亡は13.7%であり、5歳未満死亡は33%、15歳未満死

亡が38%であった。また、1980年のガーナ全体における出産割合を見ると、病院出産が全出産の26.2%、クリニック出産が13.4%、開業産婆が13.2%であり、自宅出産が47.0%であった²⁾。

2) 妊産婦ケア

助産婦(Midwife)は主に妊娠6ヶ月以後の妊婦の看護に携わる。地域看護婦(Community Health Nurse)は直接出産には関与せず、主に出産前妊婦の管理に当たる。現在、妊婦に対して破傷風の予防接種(5ヶ月と7ヶ月の2回)を行っているが、その接種率は10%以下であり、未だに新生児破傷風が問題となっている。H/C や H/P などて出産した場合は出産後約3時間以内に、病院などで出産した場合でも24時間以内に退院するのが普通であり、出産後の管理が未だ十分とは言えない。

3) 予防接種

予防接種拡大プログラム(Expanded Programme on Immunization: 以下、EPI)対象疾患として結核、ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、麻疹の6種類を挙げている。1988～89年に1歳児が安全な予防接種を受けた比率は結核が99%、3種混合が51%、ポリオが51%、麻疹が65%であった⁸⁾。

ワクチンはWHOやユニセフの援助により供給されており、予防接種の実施は近年コールド・チェーンの充実に伴って、全国的に普及のための努力がなされている。特に麻疹については死亡率が高いこともあって重点が置かれている。しかし、他のワクチン、DPT、BCG、ポリオはいずれも接種率は上昇しているが、そ

表2. ガーナにおける予防接種スケジュール

ワクチン	接種開始年齢	回数	間 隔	量	部 位
B. C. G.	生下時	1	—	0.05～0.1ml	右肩:皮内
D. P. T.	6 週	3	4週以上	0.5ml	大腿、尻;皮下、筋
ポリオ	生下時	4	2回目:6週 3回目:10週 4回目:14週	2—3滴	経口
麻 疹	9ヶ月	1	—	0.5ml	左上腕:皮下、筋
破傷風	15～44歳 女	2	4週以上		左上腕:皮下、筋
	妊 婦	2	妊娠5→7ヶ月		
黄 熱	1 歳	1	10年毎	0.5ml	腕:皮下、筋
C. S. M.	2 歳	1	5年毎	0.5ml	腕:皮下、筋

出典: Epidemiology Division, M. O. H., Ghana

れほど高い接種率は得られていない。

妊婦には破傷風トキソイドの接種が義務づけられ、黄熱に対しては特別のプロジェクトの下で流行地を中心に接種が行われている。

予防接種の接種スケジュールは表2のとおりである。

5. ヘルスマンパワーと医療施設

医療従事者は1981年では医師は1,665人、歯科医師95人、薬剤師611人、看護職員17,758人となっている⁹⁾。

医科大学としては現在ガーナには Ghana University (Accra) と University of Science and Technology (Kumasi) の両大学に医学部があるのみである。入学定員は前者は60名、後者は40名である。ガーナに

医師の数が少ないのは独立前にも独立後数年間も医科大学がなかったからであり、ガーナ大学医学部に卒業生が出たのは1969年からであった。また、ガーナには歯科医養成のための大学または大学歯学部は存在せず、資格を持った歯科医は全て外国の歯科大学卒業生である。

Medical Assistant は看護婦・士になって5年間の実地経験の後、1年間の臨床教育を受けて資格を取得する。H/C や H/P の責任者として勤務している。その他の保健医療従事者については表3のとおりである。

このようにガーナでは現在でも医師を始めとする保健医療従事者は決して充分とは言えない状況にある。しかも、医学部卒業後、外国に流出する医師も少なくなく、また、国内においては医師だけでなく他の医療

表3. ガーナにおけるパラメディカルスタッフの教育

学 校	数	修業年限	入 学 資 格	定員
State Registered Nurse (S. R. N.)	10	3 年	Secondary School 5年以上	250
Psychiatric Nurse	2	18ヶ月	S. R. N. 卒, Nurse 資格取得者	20
Midwife	2	1 年	S. R. N. 卒	340
	8	3 年	Secondary School 5年以上	
Public health Nurse	1	1 年	S. R. N. 卒	30
Community Health Nurse	4	2 年	Middle School 卒	160
Medical Assistant	1	18ヶ月	S. R. N. 卒, Nurse として5年	30

出典：国際協力事業団：ガーナ共和国感染症基礎調査報告書、1988

表4. 全国の医療施設 (1985年)

REGION	HOSPITAL						
	TEACHING	REG.	DIS.	SPECIAL	QUASI GOVT.	MISSION	MINES
Greater Accra	1	—	4	3	4	—	—
Volta		1	5	1	1	6	—
Eastern		1	9	—	1	3	1
Central		1	3	2	1	4	1
Western		1	7	1	2	3	3
Ashanti	1	—	3	2	2	6	2
Brong Ahafo		1	1	—	1	8	—
Northern		1	2	2	1	2	—
Upper East		1	1	—	—	1	—
Upper West		1	1	—	—	2	—
TOTAL	2	8	36	11	13	35	7

表4. 全国の医療施設 (1985年) 続き

REGION	HEALTH CENTRES	HEALTH POSTS	CLINICS	
			GOVT.	MISSION
Greater Accra	9	10	9	—
Volta	11	28	49	3
Eastern	10	24	6	8
Central	6	28	8	—
Western	6	16	10	1
Ashanti	13	26	10	7
Brong Ahafo	9	13	33	1
Northern	7	18	9	4
Upper East	2	7	—	8
Upper West	1	8	5	3
TOTAL	74	178	139	35

出典：国際協力事業団：ガーナ共和国感染症基礎調査報告書、1988

従事者も農村よりは都会に偏る傾向がある。従って、ガーナの保健政策の基本が地方分権や PHC に重点を置いてあるとはいえ、保健医療従事者の不足により充分に発揮できないという問題点が見られる。

ガーナの医療施設 (1985) は全国に病院数が112病院であったが、65の District (1985年当時) の内、District 病院があるのは36の District のみであった。H/C は全国に74、H/P は178であった (表4)²⁾。

6. Binaba Health Centre の現状

次にガーナの中でも特に PHC 政策を充実させて推進している District に所属するヘルス・センターの概要について紹介する。

1) 対象地域の概況

UPPER EAST REGION, BAWKU DISTRICT はガーナの北東部に位置し、面積は3,000km²であり、人口はおよそ35万人 (1984) である。21の区域に分かれており、主要な49の村 (人口5,000~6,000) と462の小さな村 (人口1,500~2,000) が点在して成り立っている。主要な産業はなく、家内産業的な陶器や編み物、皮工芸などがあるが、住民のほとんどは農業を営んでいる。

地区内には小学校、中学校、高等学校、職業訓練学校などがある。医療機関は District 病院が1、H/C が2、H/P が1それぞれ配置されており、その中の1つ

が Binaba Health Centre (以下、BHC) である¹⁰⁾。

2) 業務内容

a. 概況 BHC は1963年に設立され、Bawku District のおよそ3分の1の面積を管轄範囲としており、管内人口は1984年国勢調査によると64,274人であった¹¹⁾。

BHC は地域の保健医療の拠点として外来診療、妊産婦ケア、児童福祉、出産ケア、予防接種、栄養改善、健康教育等の事業をとおして治療や疾病の予防にあたっている。入院施設は設置していないが、出産のための病棟は付設している。その他に、Eye Clinic (眼科専門)、Mobile Clinic (巡回移動診療) があり、それぞれ担当の職員がおり、業務は独立して行っている。

b. スタッフの構成 BHC は、Medical Assistant がヘルス・センター内の全ての監督や管理をしている。また、ヘルス・センターに來所する患者の治療も行っている。その他、保健婦 (Public Health Nurse) 1、助産婦3、地域看護婦3、看護婦・士 (Enrolled Nurse)、眼科看護婦・士 (Eye Nurse)、眼科看護助手 (Eye Assistant)、栄養担当スタッフ (Nutrition Field Worker) 2、介護助手3、運転手1、他総勢45名の職員がいる。

Mobile Clinic は BHC スタッフの中の保健婦、助産婦、地域看護婦、栄養担当スタッフ、計測助手、看護士、運転手の7名でチームを作っており、メンバーは

定期的に入れ替わっている。そして、BHC 管轄地域内の特定の村を曜日毎に交代して巡回をし、診療を行う。

c. 業務内容

ア. 日常診療 来所した患者は、新規の人は患者カードを作成してもらい、再来の人は診療カードを出してもらい、診療が始まる前に毎日、その日来院した患者を集めて衛生教育を行う。内容はその日毎、担当するスタッフによって異なる。子供が下痢をしたときには経口補水液を作って飲ますことの必要性や、炭疽病が発生したときはその予防、または食べ物の望ましい組み合わせ方や時には家族計画のことなど一回に20分くらい時間をかけて話をする。その後には診療が始まる。

5歳以下の乳幼児は、診療後、栄養担当のスタッフのところに回り、体重測定を行い、栄養状態のチェックをしてもらう。最初に H/C で体重測定をしたときに配布された体重測定記録用紙 (Growth Chart) を毎回持参し、その用紙に測定結果を記入してもらう。スタッフはその結果を過去の記録と併せて助言する。時には離乳食の作り方を実際に作って見せて、母親に食べてもらって離乳食とはどういう物を教えている。その後にはまだ接種していない予防接種があればその予防接種を地域看護婦が行う。予防接種の接種記録も体重測定記録用紙に記入する。

母親には子供の発育状態を見るために毎月体重を測りにヘルス・センターに連れて来るように言っても、子供が病気になるいとヘルス・センターには来ない。そして、来るときには栄養失調がひどくなっていることがある。

妊婦は、特に病気でなければ直接助産婦のいる産科部門に行き、助産婦による妊婦検診を受ける。妊婦には妊婦用の検診記録用紙 (Maternity Card) を配布し、妊婦の体重測定結果や検診結果などを記入して妊婦に渡す。その後、定期の破傷風の予防接種を受ける。

イ. Eye clinic 専任のスタッフが管轄地域を回り、検診を行う。この地域は特に Vitamin A (V.A) 欠乏症や白内障による失明が多い。視力検診や予防教育、V.A の投与を行い、必要であれば、Bawku District 病院を紹介し、手術を受けるよう指導する。

ウ. Mobile clinic 主に5歳以下の乳幼児と妊婦を対象としており、乳幼児は体重測定や栄養状態の

チェック、未接種の予防接種を行う。そして、妊婦には検診をし、破傷風の予防注射を行い、必要があれば最小限の薬も投与する。処方薬は主に寄生虫の駆除薬やマラリア治療薬などが多いようである。

エ. 学校保健 BHC の保健婦と地域看護婦とで管轄地域内の学校に行き、健康教育を行う。授業時間中に決められたカラキュラムの中で行い、対象の学年に応じて、なぜ身体を清潔にしなければいけないのか、下痢をしたときにはどうしたらいいかなど個人の健康に関する衛生問題について簡単に指導している。

学校訪問の際、学校の施設の衛生状況(特にトイレ、水飲み場の周囲)をチェックし、学校の責任者に指導も行っている。

オ. 予防接種キャンペーン 5歳以下の乳幼児に対する予防接種の実施率が低く、来所する乳幼児を待つだけで予防接種をするだけでは限界があるため、定期的に予防接種だけを目的として普段 Mobile Clinic でも行かない地域にも出向いていき、予防接種を行う。その際には事前に連絡をしておき、予防接種会場に集まるよう指示を出しておく。

この予防接種キャンペーンも BCG のように1回だけの接種で終了するものであれば効果が上がるが、DPT やポリオのように3回、4回の接種が必要なものは定期的の実施しないと効果を上げにくい。

カ. Traditional Birth Attendant (TBA) の教育

Bawku District にはクリニックや開業産婆は開業しておらず、病院や H/C、H/P で出産することはまだ一般的とは言えない。Bawku District の調査によると Bawku District では1977~79年には84%、1981年では87%が医療機関以外で、つまり自宅等で出産を行っている。BHC 管内では近年でも BHC で出産をするものは年間100例ほどである。しかも、BHC の管轄地域には30以上ある村の内、11の村に22名の TBA が活動しているだけである。そこで従来は距離的に遠く、交通に不便である Bawku District Hospital で行っていた TBA の研修(3日間)を1988年から地元の BHC で行うようになった。しかし、BHC の予算の制約や TBA 候補者の選定難から容易には増員することは困難な現状である。

おわりに

ガーナの保健医療行政は以上のように地方分権やPHC政策に重点が置かれている。しかし、ガーナのヘルス・センターの1つである Binaba Health Centre は保健省の管轄ではあるが、その上部機関の Bawku District の DHMT 自体が宗教団体からの援助を受けている。そのために、Bawku District の管轄地域は他の地域と異なって予算やスタッフの人材などに恵まれており、現在の活動が成り立っていると考えられる。従って、ガーナの中では例外的にうまくいっている事例と言えるだろう。

ガーナの保健行政は地方レベルを中心として行われているが、全国的に見た場合、限られた予算やマンパワーの不足により十分に発揮できていない状態にある。また、ヘルス・センターの活動は日本の保健所と異なり、疾病のための予防活動だけでなく、最低限の初期治療も行っているが、現在の状況では治療部門に必要な医薬品は予算の関係から十分に調達できないことも事実である。しかしそれに関わらず、ヘルス・センターのスタッフは自分たちのできることを考え、利用できる資源を使って、乳幼児や妊産婦の死亡率の減少や感染症の予防などの基本的なニーズに対して最低限必要な初期治療や予防接種などの予防活動を行っている。従って、これらの事実が示すようにガーナのヘルス・センターのような初期治療と予防活動の両輪の活動がPHCを推進させる原動力となっていると考えられる。そして、今後もヘルス・センターの活動のあり方を考えた場合、地域での5歳以下の乳幼児や妊婦に対する疾病の予防活動に対しては限られた予算やスタッフで行い得る方法や活動を実施していかなけれ

ばならない。それには、住民参加などの地域活動や健康教育の面での充実も要求されるが、早急には予算やスタッフの充実の改善は困難であろう。言い換えれば、地域毎にその地域に合った保健活動が必要とされることを示唆している。そしてそのことは、地域レベルでの保健を向上させるために、地域レベルを視野にいった国際保健協力が必要であり、そうすることによって発展途上国のPHC政策をさらに前進させる可能性を占めていると考えられる。

文 献

- 1) 橋本正己, 丸地信弘, 他編: 世界の公衆衛生——各国の公衆衛生と国際保健の動向, 日本公衆衛生協会, 東京, 1981.
- 2) 国際協力事業団: ガーナ共和国感染症基礎調査報告書, 1988.
- 3) 世界人口年鑑 1988 第40集, 国際連合, 1990.
- 4) 経済技術協力国別資料(援助地図)——ガーナ, 国際協力事業団企画部地域課, 1988.
- 5) アフリカ協会調査部: ガーナ 政治, 軍事, 経済, 社会の展望——9年を経た軍政権も民主化の波に直面, 月刊アフリカ, 31(2): 7-12, 1991.
- 6) エコノミック・トピック, 月刊アフリカ, 31(3): 26, 1991.
- 7) Ministry of Health, Ghana: Primary Health Care Review. Ministry of Health, Ghana, Accra; 1984.
- 8) ユニセフ: 世界子供白書, 1991.
- 9) 国際連合世界統計年鑑1982, 国際連合, 1985.
- 10) Bawku Rural Health Service: Bawku District-District Profile. Ghana, Bawku, 1982.
- 11) Central Bureau of Statistics, Ghana: 1984 Population Census of Ghana: Preliminary Report. Ghana, Accra, 1984.