

ウズベキスタン国
保健省

ウズベキスタン国
保健医療セクター情報収集・確認調査
ファイナルレポート

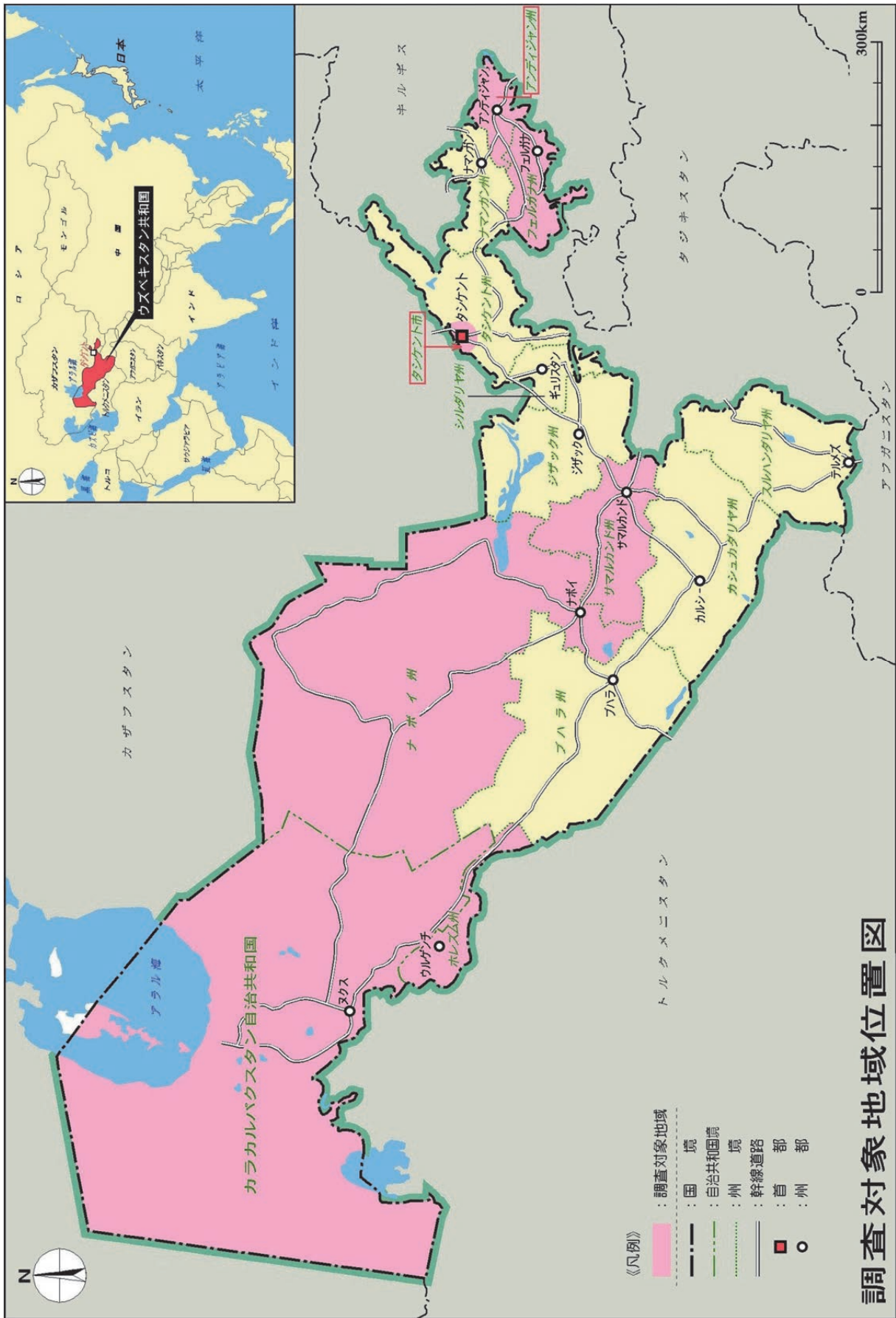
平成 26 年 8 月
(2014 年)

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

システム科学コンサルタンツ株式会社

東中
CR(10)
14-018

調査対象位置図



調査対象地域位置図

写真

タシケント市



保健省外観



第1回ラウンドテーブルミーティングの様子
(JICA ウズベキスタン事務所会議室)



衛生・疫学センター (SES: Sanitation Epidemiological Station)



保健省の保健統計・健康増進部門 (IHMS: Institute of Health and Medical Statistics)



共和国周産期センター外観



共和国周産期センターで使用されている保育器
と管理されている未熟児



共和国泌尿器専門病院外観



人工透析室 (共和国泌尿器専門病院)
6台の人工透析装置が設置されている。

ナボイ州



Karmana District (郡レベルの小学校における集団健康診断実施時の様子)



Madaniyat SVP (農村診療所) 患者ファイルが生年月日により管理されている



Rahtoabad SVP 体重・身長計 (JICA 技プロ供与機材が良好に活用されている)



Rahtoabad SVP (NCD データベース入力作業の様子)

アンディジャン州 (アンディジャン市)



City Family Clinic 外観



City Family Clinic 外来診察室

カラカルパクスタン共和国 (KKP)



保健省外観 (ヌクス市)



がん専門病院 (KKP Cancer Dispensary)



郡病院施設外観 (Rural Medical Union)



届いたばかりの「Health III」プロジェクトから
供与された機材 (Rural Medical Union)

国立リハビリテーションセンター (タシケント市)



ポータブルレントゲン撮影装置
(JICA 無償供与機材)



手術用機器や手術台、照明
(JICA 無償供与機材)



義肢装具制作現場①



義肢装具制作現場②

地方リハビリテーションセンター (サマルカンド州サマルカンド市)



レントゲン撮影装置 (1978年製を使用)



電気治療装置

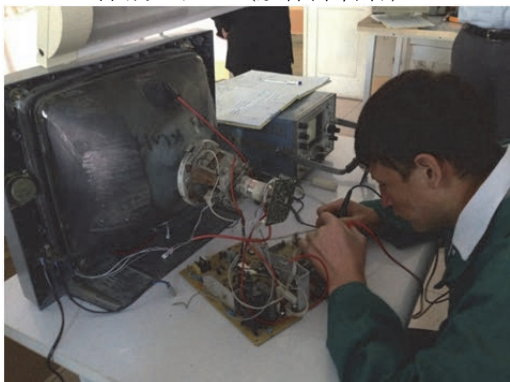
職業訓練学校 (フェルガナ州フェルガナ市)



洋裁クラス (肢体障害者)



靴の製造・ろう者



TV ラジオ修理 (知的障害者)



訓練校の教材 (全国共通)



洋裁クラスの完成品①



洋裁クラスの完成品②

カラカルパクスタン共和国



女性精神障害者施設外観
(ヌクス市内から車で30分)



女性精神障害者施設
(洋裁や編み物をする精神障害者)

略語表

略語	英語	日本語
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
AIDS	Acquired immune deficiency syndrome	後天性免疫不全症候群
APCD	Asia-Pacific Development Center on Disability	アジア太平洋障害者センター
ART	Antiretroviral Therapy	抗レトロウイルス療法
ARVP	Antiretroviral Prophylaxis	(母子感染予防のための抗レトロウイルス療法)
C/P	Counterpart	カウンターパート (相手国実施機関の協力相手)
CBR	Community-based Rehabilitation	地域に根ざしたりハビリテーション
CIS	Commonwealth of Independent States	独立国家共同体
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	慢性閉塞性肺疾患
DET	Disability Equality Training	障害平等研修
DPO	Disabled People Organization	障害者団体
ESC	Employment Support & Social Protection Center	雇用支援社会保護センター
EU	European Union	欧州連合
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations	国連食糧農業機関
GFATM	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア対策基金
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit	ドイツ国際協力公社
GP	General Practitioner	一般医
HIV	Human immunodeficiency virus	ヒト免疫不全ウイルス
IDF	International Diabetes Federation	国際糖尿病連合
IHMS	Institute of Health and Medical Statistics	保健省の保健統計・健康増進部門
IMCI	Integrated Management Childhood Illness	小児疾患の統合的管理
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
IRP	Individual Rehabilitation Program	個別リハビリテーション・プログラム
ISCED	International Standard Classification of Education	教育の国際標準分類
IUD	Intrauterine Device	子宮内避妊用具
JDF	Japan Disability Forum	日本障害フォーラム
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau (Reconstruction Credit Institute)	ドイツ復興金融公庫
KKP	Republic of Karakalpakstan	カラカルパクスタン共和国
MCC	Medical Consulting Commissions	医療相談委員会
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MDR-TB	Multidrug resistant tuberculosis	多剤耐性結核
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey	複数指標クラスター調査
MLEC	Medical Labor Expert Commissions	医療労働専門委員会
MLSSP	Ministry for Labour and Social Security of Population	国民労働・社会保障省
MMR	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡率
MOH	Ministry of Health	保健省
MRI	Magnetic Resonance Imaging	核磁気共鳴画像法
NCD	Non-Communicable Diseases	非感染性疾患

略語	英語	日本語
NGO	Non-governmental Organization	非政府組織
NHA	National Health Account	(国家保健会計)
OJT	On the Job Training	企業内研修
OPD	Outpatient Department	外来患者部門
PEN	Package of Essential Noncommunicable diseases interventions for primary health care in low-resource settings	(限られたリソースでのプライマリヘルスケアのための NCDs 介入の必須パッケージ)
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
PWDs	Person with disabilities	障害を持つ人々
RKKP	Republic of Karakalpakstan	カラカルパクスタン自治共和国
RMU	Rayon Medical Union	地方医療ユニット
SCOS	State Committee of the Republic of Uzbekistan on Statistics	共和国統計委員会
SES	Sanitation Epidemiological Station	衛生・疫学センター
STEPS	STEPwise approach to chronic diseases risk factor Surveillance	STEP 調査 (NCDs リスクファクター調査)
SVP	Selsky Vrachebny Punkt (primary health care facility)	農村診療所
TB	Tuberculosis	結核
UHES	Uzbekistan Health Examination Survey	(ウズベキスタン健康診断調査)
UN ESCAP	United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific	国連アジア太平洋経済社会委員会
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization	国際連合教育科学文化機関
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's	国際連合児童基金
USAID	United States Agency for International Development	アメリカ合衆国国際開発庁
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WIS	Welfare Improvement Strategy	国家福祉改善戦略

本報告書で使用した換算レート

1 米ドル = 102.58 円

1 ウズベキスタンスム (som) = 0.045 円

(2014年5月現在)

目次

調査対象位置図

写真

略語表

目次

第1章	調査概要	1
1.1	調査の背景	1
1.2	目的	1
1.3	調査対象地域	1
1.4	調査の流れ	2
1.5	調査団の構成	2
1.6	主要面談先	3
1.7	調査日程	3
第2章	一般概況	4
2.1	自然条件・社会経済	4
2.2	社会状況	4
第3章	開発政策	5
3.1	国家開発政策	5
3.2	保健セクター開発計画	6
3.3	障害者関連政策・計画	7
第4章	健康課題の状態	12
4.1	概況	12
4.2	母子保健	13
4.3	感染症	15
4.4	非感染性疾患（生活習慣病）	17
4.5	その他（栄養等）	32
第5章	保健システムの状況	34
5.1	保健サービス供給体制、リファラルシステム	34
5.2	管理・監督機能	37
5.3	保健人材	39
5.4	保健財政	43
5.5	健情報システム	47
5.6	施設・機材・医薬品	50
第6章	障害者の状況	53
6.1	概要	53
6.2	リハビリテーション	57
6.3	障害者の就労と職業訓練	60
6.4	障害者の教育	62
6.5	情報とコミュニケーション	65
6.6	障害者関連支援組織	65
第7章	ドナーの協力状況	67
7.1	援助協調の枠組み	67
7.2	ドナーの活動状況	68
7.3	日本の協力実績	75
第8章	保健医療セクター及び障害分野における優先課題と提言	79
8.1	ウズベキスタンにおける優先課題	79
8.2	日本の協力の可能性	82
8.3	優先プログラム提言	87

添付資料

添付資料 1	現地調査工程表	A-1
添付資料 2	主要面談者リスト	A-5
添付資料 3	第 1 回ラウンドテーブルミーティング議事録	A-9
添付資料 4	第 2 回ラウンドテーブルミーティング議事録	A-13
添付資料 5	第 3 回ラウンドテーブルミーティング議事録	A-16
添付資料 6	Health III プロジェクトによる RMU への供与機材リスト	A-18
添付資料 7	保健分野主要指標	A-25

図表目次

表 1.1	調査団の構成	2
表 1.2	調査日程	3
表 2.1	ウズベキスタンの主要指標	4
表 3.1	福祉向上戦略（2013～2015 年）における保健セクターにおける優先課題と活動計画	5
表 3.2	重要開発課題と進捗状況	7
表 3.3	障害者関連機関と主たる役割	7
表 4.1	2012 年州別人口、郡部（Rayon）に住む人口、子供の人口	12
表 4.2	ウズベキスタンにおける有病率（2012 年）	12
表 4.3	妊産婦、乳児、5 歳未満児死亡率	13
表 4.4	主な感染症・寄生虫症患者数（2013 年）	15
表 4.5	NCD 戦略における目標と指標	18
表 4.6	ウズベキスタン保健診断調査 2002 年結果	18
表 4.7	ウズベキスタン国における NCDs 予防・コントロールのためのアクションプラン	19
表 4.8	全国有病率（人口 10 万人あたり）	19
表 4.9	全国発生率（人口 10 万人あたり）	19
表 4.10	悪性新生物の有病率（人口 10 万人あたり）	19
表 4.11	がん患者数と発見率	20
表 4.12	部位別がん患者数	20
表 4.13	糖尿病 2 型 登録患者数	20
表 4.14	ウズベキスタンの健康診断で実施される尿検査項目	23
表 4.15	ウズベキスタンの健康診断で実施される血液検査項目	23
表 4.16	In-depth Medical Examination の対象者、診断する専門科目、検査項目	24
表 4.17	1 次レベルの保健医療施設の例	26
表 4.18	2 次レベルの保健医療施設の例	26
表 4.19	3 次レベルの保健医療施設の例（1：州総合病院）	26
表 4.20	3 次レベルの保健医療施設の例（2：州内分泌ディスペンサリー）	27
表 4.21	3 次レベルの保健医療施設の例（3：州内分泌ディスペンサリー）	27
表 4.22	3 次レベルの保健医療施設の例（4：州がんディスペンサリー）	28
表 4.23	3 次レベルの保健医療施設の例（5：州がんディスペンサリー）	28
表 4.24	共和国レベルの保健医療施設の例（1：共和国がん研究センター）	29
表 4.25	共和国レベルの保健医療施設の例（2：共和国血液学・輸血科学研究所）	29
表 4.26	血液透析関連統計	30
表 4.27	共和国レベルの保健医療施設の例（3：共和国内分泌専門センター）	31
表 4.28	中程度の栄養不良の割合	32
表 5.1	リファラルシステム	37
表 5.2	各州における医師（GP）数と人口 1 万人当たりの医師数（2010 年～2012 年）	41
表 5.3	各州における看護師数と人口 1 万人当たりの看護師数（2012 年）	42
表 5.4	IHMS の人員配置	48

表 6.1	ウズベキスタンの16歳以上の障害者【男女・地域・グループ別】	53
表 6.2	社会手当と年金の支給月額と支給区分	56
表 6.3	障害児の就学状況（人数）	63
表 6.4	知的・身体障害児の学校数（年度別）	64
表 6.5	知的・身体障害者学校の生徒数（年度別、単位：千人）	64
表 7.1	Health III プロジェクトのコンポーネント	69
表 7.2	支援機関と支援内容（2000年～現在）	75
表 7.3	JICA の過去協力案件の背景・成果・提言等（2000年～現在）	76
表 7.4	障害分野における過去の支援実績	78
表 8.1	JICA 技術協力プロジェクト「非伝染性疾患予防対策プロジェクト」への評価と意見	83
図 1.1	調査の流れ	2
図 3.1	中央政府行政組織図	8
図 3.2	労働社会保障省組織図	8
図 4.1	妊産婦死亡率（対10万出生）	13
図 4.2	乳児死亡率（対千出生）	13
図 4.3	結核発生率の変遷、10万人口当たりの新規患者数	16
図 5.1	保健サービス供給体制	34
図 5.2	地方部における保健サービス供給体制と編成	35
図 5.3	救急医療サービス組織図	36
図 5.4	保健省の組織図	38
図 5.5	州保健局組織図	39
図 5.6	ウズベキスタンにおける医学教育システム	40
図 5.7	保健システムにおける資金の流れ	46
図 5.8	共和国・州保健施設における自己収入の割合	47
図 5.8	IHMS の組織図	48
図 5.9	保健情報システム	48
図 5.10	保健医療施設の建設、再建、改修工事費用（2009年-2014年）	51
図 6.1	地区別障害者人口	54
図 6.2	地区別障害者の割合	54
図 6.3	障害児の就学状況・割合と数（2012年度）	63
図 8.1	日本の障害者雇用支援体制	87
図 8.2	Risk factor から生活習慣病への進展と、各段階における対策	88

第1章 調査概要

1.1 調査の背景

ウズベキスタン共和国（以下「ウズベキスタン」と称す）は、中央アジア地域全体の人口の半分にあたる約 2,854 万人（2012 年 WHO）の人口を擁し、同地域の中心的な役割を果たしている。近年は、経済成長も好調を維持し（2011 年 8.3%、IMF）、保健医療の国家歳出に占める割合は 8.5%、金額にして 12.64 億ドルと 2002 年の 4.27 億ドルに比較して約 3 倍と高い伸びを示している。（2002 年～2012 年 WHO）。しかし、全人口の約 49%¹が居住している地方部では都市部に比べて貧困率が高く、社会サービスの提供状況も都市部より芳しくない状況にある。

我が国のウズベキスタンに対する国別援助の基本方針は「経済成長の促進と是正に向けた支援の実施」で、その重点分野の 1 つとして、「社会セクターの再構築支援（農業改革・地域開発、保健医療）」を定め、その中に貧困層や社会的弱者への恩恵と地方における保健医療に対する支援が謳われている。国別分析ペーパーにおいても、農村部における保健医療の質の向上を重点課題と分析している。更に 2013 年 5 月には、第 4 回経協インフラ戦略会議において「国際保健外交戦略」が承認され、国際保健セクターにおける日本の果たす役割の増加、我が国が優位性を有する制度・技術力を活かした貢献に対して期待が高まっている。

ウズベキスタン政府は、1998 年に国民の医療及び保健システムの強化を目的とした大統領令「保健医療改革プログラム（1998 年～2005 年）」を公布、更に 2007 年には大統領令「国家保健医療プログラムの更なる改革と実施に係る方針」を発表し、保健改革を実施している。ウズベキスタン政府は、今後の保健改革の重要事項として、保健医療システムの改善、研究施設の技術刷新と優良人材の配置、全国的な診断ネットワークの確立、重要感染症の予防の強化、地方の女性と子どものケアの改善、人材育成、民間セクター支援を掲げている。保健課題別に見ると、母子保健については MDGs の指標はいまだに達成されていないものの、ドナー等の支援を得つつ、重点的に対策を施行している。また、拡大傾向にある HIV/AIDS・結核等の感染症に関しても、改善に取り組んでいる。非感染性疾患（NCD）については、心血管系疾患等が国民の死因の大半を占めているが、縦割り・細分化された保健システム等の理由から患者は総合的な診療サービスを受けることのできない状況にある。保健システムについては、複雑なリファラルシステムや非効率な予算配分制度が原因となり、医療予算の地域間格差が生じ、地方医療施設の予算不足、医療アクセスの不公平、医師のモチベーション低下、医療機材の老朽化等の課題が確認されている。また、医療人材の質・保健情報の精度の低さと情報未利用といった保健システム全面に亘る課題が見受けられる。

独立行政法人国際協力機構（以下「JICA」と称す）はこれまで無償資金協力、開発調査、技術協力プロジェクト、専門家派遣等を実施してきた。一方、昨年発表された日本政府の国際外交保健戦略に沿うとともに、ウズベキスタンの疾病構造の変化も踏まえ、改めて保健医療セクター（障害者支援等の社会保障分野を含む）の戦略性の強化と質の向上のために、今後の協力方針及び新規協力の可能性を検討する必要性が生じた。本調査は、こうした状況を踏まえ 2014 年 3 月から 8 月にかけて実施されたものである。

1.2 目的

本調査は、ウズベキスタンの保健医療セクター（障害者支援等の社会保障分野も含む）の現状・課題に係る情報収集・整理・分析を踏まえ、課題解決に向けた今後の協力方針及び案件のアイデアの提言案をまとめることを目的とする。

1.3 調査対象地域

本調査は、首都タシケント及び地方数ヶ所を対象として実施された。地方踏査対象地域は、フェルガナ州、アンディジャン州（ウズベキスタン圏内で特に人口の多いフェルガナ盆地に所在）、ナボイ州（開発調査「ナボイ州保健医療サービス改善計画調査」及び技術協力プロジェクト「非

¹ Statistical data on activities of health care facilities 2012, Institute of Health and Medical Statistics

伝染性疾患予防対策プロジェクト」実施済み)、サマルカンド州(地方都市の中で人口が多く医療セクターの整備ニーズが高い)、カラカルパクスタン自治共和国・ホレズム州(地方の障害者リハビリテーションセンターへの機材整備の既要請州)である。

1.4 調査の流れ

調査から、結果分析・協力案策定に至る基本的な流れを以下のフローに示す。

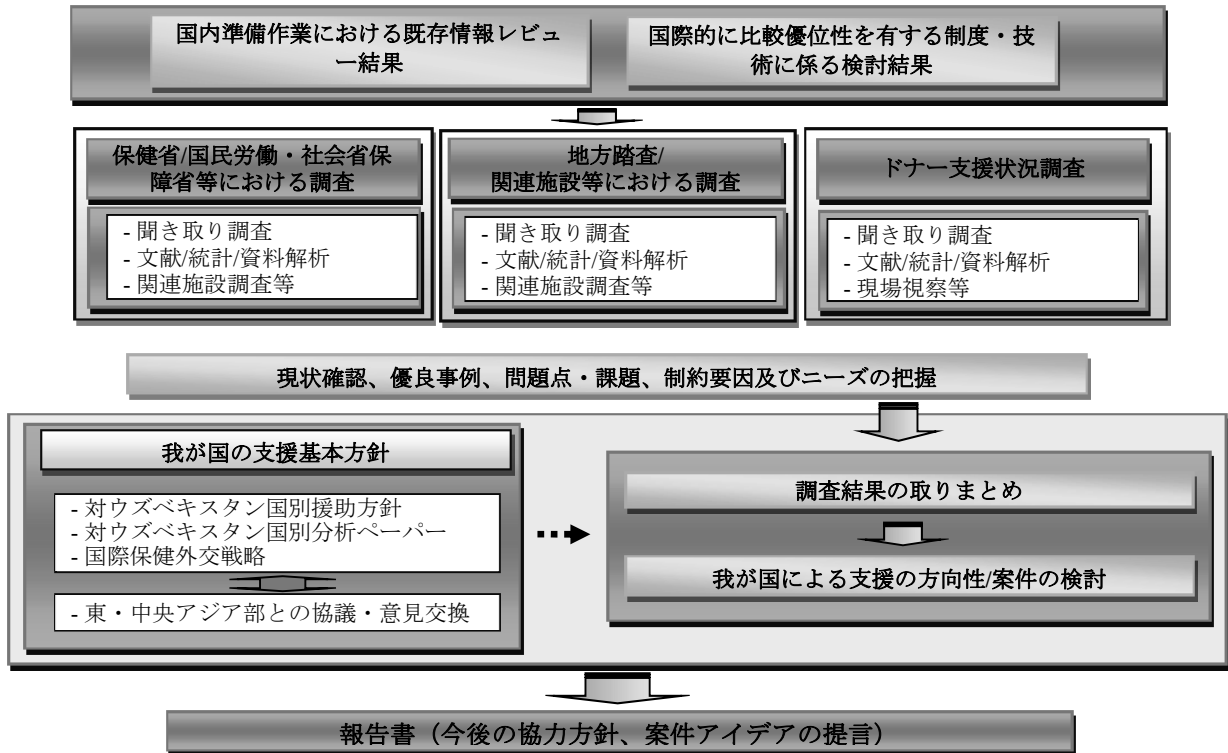


図 1.1 調査の流れ

1.5 調査団の構成

本調査団の構成を以下に示す。

表 1.1 調査団の構成

氏名	担当	業務内容
阿保 宏	総括/保健医療セクター戦略策定 (1)	総括として、調査・計画内容の方針決定、調査全体の工程管理、重要事項に対する最終判断・決定・指示、ウズベキスタン国政府関係者との折衝、各種報告書の作成・監修
本田 地恵	総括/保健医療セクター戦略策定 (2)	副総括として全体業務の管理及び総括の補助、調査結果の整理・分析、報告書の作成
秋山 佳子	保健医療セクター戦略策定 (3)	保健医療セクター(健康課題別、サブ課題別)の概況と今後の支援の方向性に係る現地調査
千葉 寿夫	社会サービス分析	社会サービス政策、国家福祉改善戦略(WIS)・法律・制度、社会サービス分野の概況と今後の支援の方向性に係る調査、分析、報告書の作成
Dr. Nadira Muratova	保健システム分析	保健システム(人材、財政、ドナー協調、情報供給、管理機能)及びユニバーサル・ヘルス・カバレッジに係る今後の支援の方向性に係る調査、分析、報告書の作成

1.6 主要面談先

本調査にあたり主に以下の面談先に訪問インタビューを実施した（詳細は添付資料参照）。

- ・ JICA ウズベキスタン事務所
- ・ GIZ、UNFPA、WHO、UNCEF、WB、UNDP、米国大使館
- ・ 保健省、国民労働・社会保障省、財務省
- ・ タシケント市：共和国専門病院等、障害者関連施設等
- ・ タシケント州：保健施設等
- ・ ナボイ州：ナボイ州保健局等
- ・ フェルガナ州：フェルガナ州保健局等、障害者関連施設等
- ・ サマルカンド州：サマルカンド州保健局等、障害者関連施設等
- ・ アンディジャン州：アンディジャン州保健局
- ・ カラカルパクスタン自治共和国：カラカルパクスタン自治共和国保健省、障害者関連施設等

1.7 調査日程

本調査は 2014 年 3 月から 2014 年 8 月にかけて実施された。調査日程は以下の通りである（詳細は添付資料参照）。

表 1.2 調査日程

日程	作業内容
3 月 1 日 ～ 4 月 12 日	国内作業：インセプション・レポート提出
4 月 13 日 ～ 6 月 4 日	現地調査
6 月 5 日 ～ 7 月 15 日	国内作業：ドラフト・ファイナルレポートの作成及び協議
7 月 16 日 ～ 8 月 8 日	国内作業：ファイナルレポートの作成・提出

<現地調査>

阿保：4 月 13 日～5 月 7 日、5 月 26 日～6 月 4 日

秋山：5 月 2 日～6 月 4 日

千葉：4 月 29 日～5 月 28 日

第2章 一般概況

2.1 自然条件・社会経済

ウズベキスタンは、国土面積約 44 万 km²（日本の約 1.2 倍）を有し、北部をカザフスタン、南西部をトルクメニスタン、南東部をタジキスタンとキルギス、南部でアフガニスタンと国境を接している。民族構成は、ウズベク系（78.4%）、ロシア系（4.6%）、タジク系（4.8%）、タタール系（1.2%）で構成されている。主としてイスラム教スンニ派が信仰されている。ウズベク語が公用語であるが、民族間共通語としてロシア語が使用されている。ウズベキスタンには、12 の州（Oblast）、タシケント特別市とカラカルパクスタン自治共和国があり、121 の都市および 163 の郡（Rayon）がある。

1991 年のソ連崩壊後に独立し、初代大統領に選出されたカリモフ大統領が、現在も大統領を務めている。独立後はロシア依存を脱却する全方位的外交を展開し、独立当初より市場経済化については漸進的なアプローチを採用した結果、CIS²諸国の中では独立後の経済の落ち込みは比較的緩やかであった。GDP 成長率は 2004 年から 7~9% の高水準を維持している。主要産業は、綿繊維産業、食品加工、機械製作、金、石油、天然ガスであり、一次産業が主体の経済であり、産業の高度化が課題となっている³。

表 2.1 ウズベキスタンの主要指標

指標	数値	単位	年
人口	28,540	千人	2012
人口増加率	1.5	%	2012
出生時平均余命	68	歳	2012
粗出生率（人口千対）	21	人口千対	2012
粗死亡率（人口千対）	5	人口千対	2012
一人あたりの国民総所得（GNI）	3,670	米ドル	2012
経済成長率	8.2	%	2012
初等教育就学率	93	%	2012
人間開発指標／187 カ国中の順位	0.654/114*	位（187 カ国中）	2012
1 日 1.25 ドル未満で生活する人口の割合	NA		2012

出典：World Development Indicators (June 2014)、*Human Development Report 2013 (UNDP)

2.2 社会状況

ウズベキスタンの社会状況の特徴として、「マハラ（Mahala）」というコミュニティ組織がある。マハラは、伝統的な人的ネットワークや生活援助・支援等の役割を担っており、同時に価値観を共有する場ともなる。機能・構造が異なるが、日本の「町内会」と比較的類似している近所に住む人々の地域社会である。各マハラにはモスクがあり、マハラの住民の大半がそこでお祈りをし、地域住民間の親しみを強める機会となっている。また、「お茶の部屋」と訳される「チャイハナ」もあり、住民の情報交換の場となっている。

ウズベキスタン政府は、行政改革の一環として各地域の管理・運営を国民に任せることを目指し、伝統的なマハラを行政機関の一部に組み込み、マハラは行政区分の「州」、「郡」、「市」、「区」の末端に位置している。マハラ運営委員会は、行政機関として機能や役割が法律で規定されており、運営委員会の会議は最低でも 1 カ月に 1 回行うことが法律で義務付けられている⁴。また、マハラは、給付金の受領等の社会保障を提供する制度において重要性を増しており、政府予算の効率的な配分を支えている⁵。

² 独立国家共同体

³ ウズベキスタン共和国基礎データ（外務省、2013 年）

⁴ ウズベキスタン自治運営法 18 条

⁵ 「マハラの実像-中央アジア社会の伝統と変容-」（ティムール・ダダバエフ、2006 年）

第3章 開発政策

3.1 国家開発政策

3.1.1 国家開発政策における保健セクターの位置づけ

ウズベキスタン政府は包括的な国家開発計画として「福祉向上戦略（2008～2010年）（Welfare Improvement Strategy Paper : WISP-I）」を2007年に公布している。その中で所得増大や医療・教育・環境・社会保障へのアクセス拡大による国民生活水準の向上と貧困削減の達成を目標として挙げている。さらに、ウズベキスタン型経済社会発展モデルや国民の社会的価値観、国際社会への統合に向けたコミットメントを元に、同国独自の特徴を保護・発展させつつ、改革を促進することを謳い、①持続的な経済成長の達成、②人材育成と社会保障の向上、③地域間格差の是正、④環境改善を4つの柱として掲げている。また、WIS-Iは、5歳未満児死亡率や妊産婦死亡率の削減等を定めたミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）に沿ったものである。

WIS-Iに引き続き、ウズベキスタン政府は2013年3月に「福祉向上戦略（2013～2015年）（Welfare Improvement Strategy Paper for 2013-2015 : WISP-II）」を公布している。内容的にはWIS-Iに掲げた改革の継続が柱となっている。保健セクター改革に関しては、保健医療機関のネットワーク並びに保健財務・マネジメントシステム双方に係る適正化が謳われている。また、州及び郡レベルの保健施設、更には専門病院のインフラ強化が方針として示されている。具体的には、診療基準の見直しを通じた医療サービスの質の向上、国民の健康に係る意識向上、貧困層・老人・障害者に対する無料の医療サービス提供、母子保健改善を通じた保健システム改革、重要疾患の予防・削減、がん治療サービスの改善、最新の医療技術・機材の導入等が優先開発課題として挙げられている。

表 3.1 福祉向上戦略（2013～2015年）における保健セクターの優先課題と活動計画

国民の医療サービスへのアクセス強化	
貧困層、小児、老人、障害者への無料サービス提供	
PHC強化	地方医療ユニット（Rural Medical Union : RMU）の設立、最新医療機材の整備
緊急医療サービスの強化	最新医療機材の整備
医療サービスの質の向上	
州総合病院の近代化	最新医療機材の整備、国際標準の医療技術の導入
国民の健康に対する意識向上	
リプロダクティブヘルス活動の増強	リプロダクティブヘルス活動システムの改善、母子保健サービスの強化、医療従事者の能力向上、輸血システムの構築
重要疾患の予防・削減	
結核対策	ハイリスクグループに対する予防活動、適切なケアの提供、予防接種、患者への支援体制の構築
がん治療サービスの改善	がん治療関連施設への最新機材の整備
HIV/AIDS削減	予防対策の強化、若者への健康教育
内分泌科強化	内分泌科関連施設への最新機材の整備
衛生・疫学サービスの改善	重要疾患からの隔離・予防、検査能力の強化、検査施設・最新検査機器の整備、モニタリングシステムの改善
国民への社会保障	
年金制度の改善	蓄積された年金支給制度の整備
障害者に対する社会福祉の改善	リハビリテーションの提供、就労支援、障害児への教育、社会保険の原則の強化

一方、1992年に公布されたウズベキスタン共和国憲法において、憲法上の権利として、社会的弱者（病人、障害者、老人、失業者等）に対する社会保障が憲法上の権利として定義されており、第39条において障害者に対する社会保障の権利、第40条において医療サービスを受受できる権利が規定されている。

3.2 保健セクター開発計画

3.2.1 保健セクター改革

ウズベキスタン政府は、国民の医療および保健システムの強化を目的に「国家保健改革プログラム（1998 - 2005）」に関する大統領令 No.2107 を 1998 年 11 月に公布し、保健改革に取り組んできた。保健改革の主な柱は、次の通りである。

- 1) 保健サービスおよび社会保障の質的改善
- 2) 保健医療サービスへの公平なアクセス
- 3) 保健システムへの市場原理とメカニズムの導入
- 4) 効率的な母子保健サービス・システム
- 5) 予防医療サービスの実施
- 6) 医療財政システムの改善
- 7) プライマリヘルスケア（PHC）の再構築
- 8) 救急医療システムの強化
- 9) レファレルシステムの改善
- 10) 効率的な医療運営システムの改善
- 11) 保健改革のための法規の確立
- 12) 医療従事者トレーニングの改善

この中でも、特に PHC システムの改革と救急医療システムの構築を大きな柱として、改革を進めてきた。

一方、保健改革の3本目の柱として、専門医療サービス・システムの改革が挙げられ、2003年2月に「将来の保健システムの再構築に係る施策」大統領令 No.3214 が公布され、4ヶ所の共和国専門医療病院（外科、心臓科、泌尿器科、眼科（超微細手術））で改革が始まった。それと同時にこれら4か所の病院において一部有料診療（40%自己収入、60%保健省予算）の試験事業も開始された。現在、対象となる専門医療病院は10施設まで拡大し（産婦人科、小児科、治療・リハビリテーション科、皮膚・性病科、結核・呼吸科、内分泌科）、有料診療による自己収入の割合も2008年より80%にまで拡大している。

保健省は「国家保健改革プログラム 1998 - 2005」の結果を踏まえ、2007年9月に大統領令「国家保健医療プログラムの更なる改革と実施に係る方針」を発表している。その中で、疾病予防及び州・郡レベルの保健医療の更なる改善の必要性を強調し、今後の保健改革の重要事項として、保健医療システムの改善、専門医療施設の技術刷新と優良人材の配置、全国的な診断ネットワークの確立、HIV/エイズを含む重要感染症の予防の強化、特に地方の女性と子どものケアの改善、人材育成、民間セクター支援を掲げている。

3.2.2 保健セクター改革の進捗

ウズベキスタンは上述した大統領令に従い、マルチ三国間ドナーの支援も受けつつ保健改革を実施してきた。1998年から2015年における保健改革における重要開発課題並びに、2014年5月時点で、保健省が示した保健セクター改革の進捗状況と今後の課題を整理すると以下の通りになる。

表 3.2 重要開発課題と進捗状況

重要開発課題	進捗状況	今後の課題
1) PHC の改革	リファラルの再構築：SVP (Rural Medical Focal Point) の整備、一般医 (GP) の育成	施設数の適正化、2 次医療施設の整備
2) 母子保健 (MCH) サービスモデルの構築	産科病院・小児病院の整備と両施設間の連携強化、乳幼児死亡率・妊産婦死亡率の低下	MDGs の指標の達成困難、病床数の適正化
3) 救急医療システムの強化	新救急医療システムの構築、施設・機材の整備	最新医療機材の整備、救急車によるサービス強化
4) 専門医療ケアの強化	10 の専門医療病院の整備、有料診療制度の導入	専門医療病院間の連携強化、州レベルの能力強化、最新診断治療技術・機材の導入
5) 重要疾患対策	感染症 (結核、HIV/AIDS 等) 対策の強化、医療施設の整備	MDGs の指標の達成困難、非感染性疾患 (NCD) 対策の強化
6) 医学教育システムの近代化	新医学教育制度の整備、再教育・現任教育の実施	法制度の整備、教育カリキュラムの改訂

3.3 障害者関連政策・計画

3.3.1 障害政策関連機関

ウズベキスタンでは 1991 年の独立当初から市場経済移行に対する改革 5 原則において、社会的弱者を含む国民の社会保障は重要な政策課題であるとしている。障害問題を担当する省庁は、国民労働・社会保障省、保健省、財務省、高等中等特殊教育省、公教育省などであり、また内閣も国家計画や法律を採択する権限を持っている。各機関の主な役割は以下の通りである。

表 3.3 障害者関連機関と主たる役割

機関名	概要
内閣	社会援助や社会保障を実施するため、国家プログラムと法律を採択する。
国民労働・社会保障省	1. 障害者のための社会保障 2. 社会福祉の組織化と管理 3. 障害者の医療・社会サービスとリハビリテーションの管理 4. 国民への整形外科に関する支援の組織化 5. 雇用プログラムの形成と職業適応支援
保健省	1. 障害者への医療援助と疾病の予防 2. 障害者へのリハビリテーション・サービスの組織化 3. リハビリテーション・医療・診療センターの創設 4. 医療・予防的サービスの専門家の訓練
財務省	2009 年より、障害認定を担当する「医療労働専門委員会」と「医療相談委員会」が財務省の管轄となった。両委員会では、障害等級の認定および基準管理を行う。また社会手当と障害者年金も財務省が管轄している。
高等中等特殊教育省	障害者職業訓練学校
公教育省	障害者特別支援学校・自宅学習
国立人権センター	人権に関する国連条約の批准と実施および評価を担当する政府の調整機関である。人権啓発イベントの実施、条約の理念にそった法律の提言などを行う。「障害者の権利条約」の批准に向けた準備も進めている。

出典：国別障害者情報ウズベキスタン (JICA2009) に加筆・修正

なお、国連アジア太平洋経済社会委員会（ESCAP）が推奨している「国家障害者調整委員会⁶」にあたる公的組織はウズベキスタンでは設立されていない。

またウズベキスタンの中央政府行政組織は、以下のようになっている。

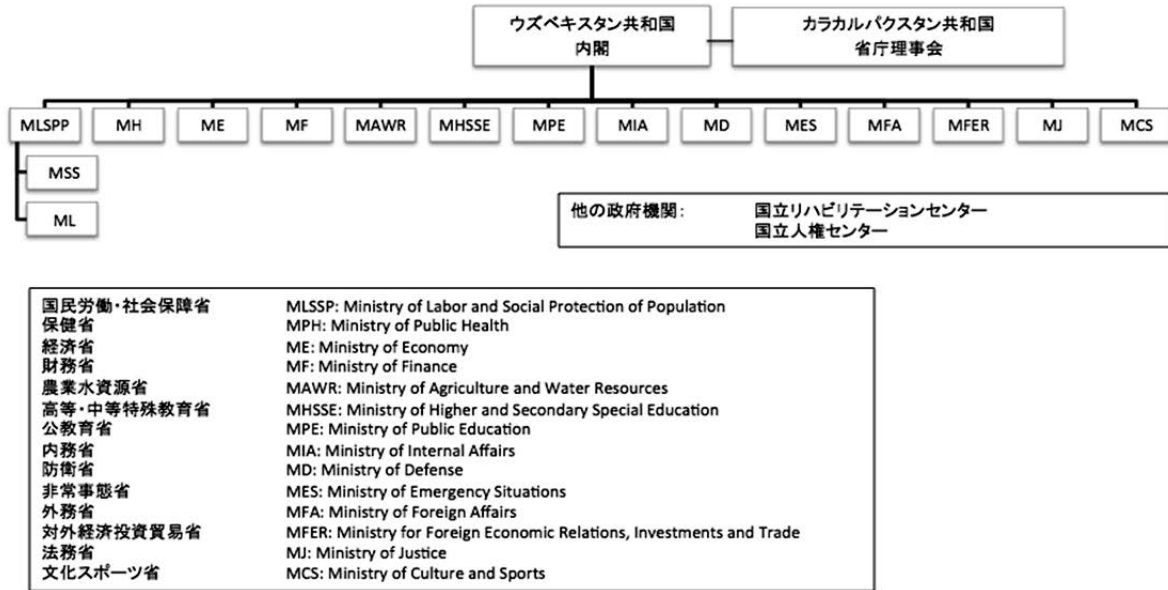


図 3.1 中央政府行政組織図

労働社会保障省の組織図は以下のようになっている。

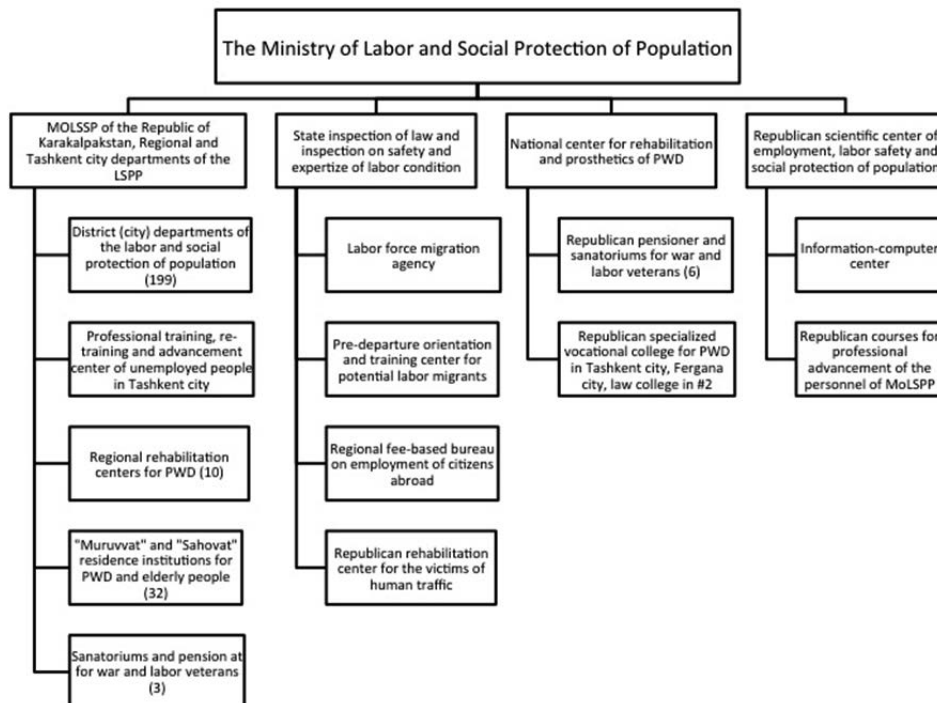


図 3.2 労働社会保障省組織図

⁶ 国家障害者調整委員会（National Coordination committee on Disability）： ESCAP が「アジア太平洋障害者の 10 年」において提言した国内調整機関で関係省庁の代表がメンバーとなり障害問題について協議するもの。

3.3.2 障害者関連法・国際条約

障害者に関連する主な法律は、1) ウズベキスタン共和国憲法、2) 障害者の社会保護に関する法律（以下、保護法）、が主なものである。

法律名	ウズベキスタン共和国憲法
施行年	1992年12月8日
概要	憲法上の権利、自由および社会的弱者（障害者、老人、病人、失業者など）の社会保障の権利を含めた正当な利益を定義している。第39条は障害者の権利について触れており、「全ての人々が年老いた時や障害を持った時、主要な所得獲得者を失った時および法律に特定されている他の出来事が起こった場合、社会保障の権利を有する」と規定している。

法律名	ウズベキスタン共和国の障害者の社会的保護に関する法律 Law on Social Protection for Persons with Disabilities
施行年	1991年11月18日（2008年7月11日改定および2013年8月22日修正）
目的	障害者の社会的保護に関連する規則を定めた法律
概要	8章36条からなり、障害者の社会的保護に関する政府方針や保護の内容、社会支援等について規定している。 社会的保護とは、政府が保障する経済・社会・法的支援制度であり、障害の予防と障害者の生活を制限しているものに対する保障であり、障害者が平等に参加できる機会を提供することである。 障害者の権利は6条で規定されており、政府は障害者の権利、自由および法的利益を保障する、障害者に対する差別を禁止する、機会の平等を保障する、教育を保障する、市民社会との関係を促進する等が記載されている。

3.3.3 「障害者の権利条約」の推進

ウズベキスタン政府は、2008年に保護法を改定し障害者の権利を保障することにより、「障害者の権利条約」に2009年2月27日に署名した。現在は、批准に向けた準備を進めている最中である。

ウズベキスタン政府は、国連の人権条約を批准・実施・監視するために法務省の下に政府間作業部会を設置している。障害者の権利条約もその作業部会で検討されており、権利条約の批准に向けてこれまで、条約のウズベク語への翻訳、障害認定基準の見直し、リハビリテーション・サービスの改善などが行われてきた。国家人権センターによれば、ウズベキスタン政府は独立当初から国際社会との協調を重視しており、これまで国連の人権条約6つ⁷を含む73条約を批准し、35の報告書を提出している。その意味で、国家人権センターは、権利条約の批准にも強い意欲を示している。

一方で、権利条約の批准に対する課題もいくつか上げられている。まず実施に対する予算確保は、ウズベキスタン政府がもっとも懸念していることである。その為、政府は条約の実施、例えば、物理的アクセシビリティや手話通訳の確保などにいくらの予算が必要なのか、関連省庁に費用の算出を命じているところである。また監視機関の設置も課題と考えられており、監視機関の役割や責務、そして機能などについて他国事例を参考にしたいと、人権センターは考えている。さらに人権センターによれば、権利条約の批准に向けた関係者の理解促進や啓発も必要ということであった。

ところで、権利条約の批准に対して、ウズベキスタンでは障害者団体が非常に積極的である。まずタシケントの障害者団体を中心に障害問題を取りまとめる統括団体として障害者団体審議会が2012年に設立された。審議会は国連開発計画（UNDP）やJICAの支援により発足し、タシケ

⁷ 1) International Convention on Civil and Political Rights

2) International Convention on Economic, Social and Cultural Rights

3) Convention on Elimination of All Forms of Discrimination against Women

4) Convention on Elimination of All Forms of Racial Discrimination

5) Convention against Torture, and Other Cruel, Inhuman or Degrading Punishment

6) Convention on the Rights of the Child

ントの 20 以上の障害者・支援団体がメンバーとなっている。審議会は権利条約を批准する為の活動計画を作成し、政府にすでに提出している。

一方で、審議会は正式な民間組織としてまだ登録されておらず、また地方のニーズも十分にくみ上げられていない。全国的な障害問題の統括団体にはなっていないので、障害者の正式な代表とはいえない状況にある。さらに政府との公式な協議の場も設定されておらず、作成された活動計画をもとに政府と協議を進めることはできない。また法務省下にある政府間作業部会には、ウズベク障害者団体の会長がメンバーとなっているが、審議会からの代表は出席していない。

このような状況で、ウズベキスタン政府および障害者団体ともに、権利条約の批准と実施に向けて、日本や他国の事例を参考にしたいという要望が出されている。

3.3.4 障害者関連政策と活動計画

(1) 福祉戦略

障害者を含む社会的弱者に対する福祉戦略は、福祉向上戦略 I と II で規定されている。基本戦略は、経済の自由化と経済体制の強化ばかり、国民の収入を向上させた上で、教育や保健などの社会サービスを向上させ、国民の福祉増進をはかるものである。しかし障害者に関する特定の条項は少なく、本戦略は福祉の大枠を示すものとなっている。

関連施策名	福祉向上戦略-II (Welfare Improvement Strategy-II)
施行年	2013-2015 年
目的・概要	これまでの福祉改革を継続するために作成された。継続的で高品質な国民全体の福祉の成長を達成するために、行動優先順位、社会経済方針で最も効果的な対策と方法を確定することを目的とする。

関連施策名	福祉向上戦略-I (Welfare Improvement Strategy-I)
施行年	2008-2010 年
目的・概要	力強くインクルーシブな経済発展、国際競争力を持ち近代的で多様な経済、国家全体に裨益する包括的な開発、公平な分配、更に教育、保健、他の社会分野における質の高いサービスを通じた開発と発展を基礎とした生活水準の向上を目的とする。

一方で障害者福祉に関する政策や活動は、保護法を基本に閣僚会議令や大統領令で規定されている。例えば、障害者年金や社会手当の額や支給基準、また障害者等級に関することである。現在の社会保障や年金、リハビリテーションに関する閣僚会議令と大統領令は以下の通りである。

(2) 社会保障・年金

関連施策名	給与、年金、棒給、手当の増額に関する法令 (2013 年 12 月 2 日 大統領令第 4582 号)
施行年	2013 年
目的・概要	最低賃金を定め、それに対して障害者や高齢者の年金や社会手当の額を定めたもの。本法令によれば、年金と社会手当はともに月額 187,970 スム (約 8,400 円) であり、職務経験のない障害者への社会手当は月額 115,340 スム (約 5,100 円) となっている。

関連施策名	【大統領布告】高齢者、年金生活者、障害者の社会保障を強化するため追加処置 2011 年~2015 年 (2011 年閣僚会議令第 22-23 号 229 条)第 22-23 号 229 条)
施行年	2011 年 5 月 30 日
目的・概要	独り身や年金受給者、障害者の社会保障を強化するために以下のような対策を講じる。社会サービスの法制度の改善、社会サービスの質の向上、対象者への処置とリハビリテーション、医療・社会リハビリテーションの方法、高齢者ケア、生活環境の改善など。

関連施策名	老人、年金生活者、障害者への社会援助の増加に関する 2000 年~2005 年のプログラム (1999 年 12 月 7 日閣僚会議令第 520 号)
施行年	1999 年 12 月
目的・概要	独り身の年金受給者や障害者に対し、医療・介護サービス、食事や薬の提供、サナトリウムの利用券や医療・ヘルスケア施設の提供などを含めた包括的援助を提供する方策を企画・実施する。

(3) リハビリテーション

関連施策名	医療労働専門委員会(MLEC)による障害認定の方法と基準に関する規則 (2011 年 7 月 1 日閣僚会議令第 195 号)
施行年	2011 年
目的・概要	MLEC が障害の認定と障害等級を決める際の認定基準を定めたもの。本令によれば、障害の種類は以下の 6 つである。 1) 精神機能障害、2) 言語・発話障害、3) 感覚障害、4) 運動機能障害、5) 内部機能障害、6) 奇形障害。 障害等級 (グループ) は 3 つあり (重度・中度・軽度)、以下の 7 項目より判定される。 1) 自活能力、2) 自力移動能力、3) 自己診断能力、4) コミュニケーション能力、5) 自己規制能力、6) 学習能力、7) 労働能力

関連施策名	障害者の医療・社会・職業リハビリテーションを改善する為の対策 (2010 年 12 月 23 日閣僚会議令第 307 号)
施行年	2010 年
目的・概要	MLEC サービスの構造や組織運営を改善する為の方法と、個別リハビリテーション・プログラムを発展させ実施する為の規則を定めたもの。医療・社会・職業リハビリテーションの定義を以下のように定めている。 医療リハビリテーション：治療や手術、義肢装具を提供するもの。 社会リハビリテーション：社会環境への適応と需要、自己管理、生活管理などをできるようにする。 職業リハビリテーション：就労指導、職業訓練、企業への指導と障害者雇用の促進、となっている。

関連施策名	2001-2005 年 障害児のための医療・社会リハビリテーションに関する国家プログラム (1999 年 10 月 6 日閣僚会議令第 296 号)
施行年	1999 年
目的・概要	障害児のための医学・社会・教育・職業リハビリテーションとスポーツ・文化活動

第4章 健康課題の状態

4.1 概況

2012年の保健統計によれば、ウズベキスタンでは人口の51%が都市部に在住している。郡部(Rayon)に住む住民の割合が多いのは、ホレズム州(67%)、ブハラ州(62%)、サマルカンド州(61%)等である。14歳以下の子供の割合は全国平均29%で、最も子供の数の割合が低いのはタシケント市で23%である。

表 4.1 2012年州別人口、郡部(Rayon)に住む人口、子供の人口

市・州・共和国	人口(千)	郡部住民の数(千)	14歳以下の子供の数(千)
タシケント市	2325,9	-	542,3
アンディジャン州	2735,4	1290,3	774,0
ブハラ州	1718,6	1068,2	466,4
ジザク州	1195,8	625,1	370,1
カシカダリア州	2804,1	1589,9	879,8
ナボイ州	884,8	456,2	240,8
ナマンガン州	2439,6	879,0	699,5
サマルカンド州	3353,5	2046,4	1019,7
スルハンダリア州	2239,7	1426,1	704,9
シルダリア州	745,0	437,6	223,0
タシケント州	2683,5	1359,1	722,7
フェルガナ州	3305,2	1413,9	920,8
ホレズム州	1641,6	1094,5	493,9
カラカルパクスタン州	1702,3	859,4	511,0
全国	29775,0	14545,7	8568,9

出典：Statistical data on activities of health care facilities 2012, Institute of Health and Medical Statistics (IHMS)

また、2012年までの直近10年間の平均人口増加率は1.5%、平均寿命は68歳である(世界銀行の「World Development Indicator」による)。保健省の統計では73.1歳(2012年)。

疾病構造は、WHOの「Global Health Observatory Country Statistics」によれば、2012年は人口10万人あたり、感染症、周産期及び栄養の状態などにより死亡する年齢調整死が104、非感染性疾患(Non-communicable Diseases, NCDs)で死亡する年齢調整死が838、負傷で死亡する年齢調整死亡率が44となっている。保健省の統計によれば、NCDsは2013年の死亡の81%を占め、感染症は2.1%となっている。主な死亡原因は、循環器疾患(61.6%)、悪性新生物(7.6%)、呼吸器疾患(5.9%)、消化器疾患(5.8%)である(保健省 Round Table Meetingでの発表による)。WHOの「Highlights on Health in Uzbekistan 1999」によれば、1998年には65歳未満の死亡原因に占める割合は循環器疾患39%、悪性新生物11%、呼吸器疾患14%、事故外傷10%、感染症5%等であったことをみても、循環器疾患の死亡割合が増加していることがわかる。

疾病構造を有病率でみると、以下の表の通りである。

表 4.2 ウズベキスタンにおける有病率(2012年)

	疾病分類(ICD-10による)	全疾患に占める割合(%)	人口10万人あたり有病率
1	血液および造血器の疾患ならびに免疫機能の障害	22.19	17,974
2	呼吸器系疾患	21.12	17,106
3	消化器系疾患	11.41	9,240
4	内分泌及び代謝疾患	7.06	5,719
5	循環器系疾患	6.75	5,464
6	尿路器系疾患	5.66	4,584
7	損傷、中毒及びその他外因の影響	4.13	3,347
8	神経系疾患	3.33	2,694
9	皮膚及び皮下組織の疾患	3.14	2,541
10	眼及び付属器の疾患	3.05	2,471

出典：Statistical data on activities of health care facilities 2012, IHMS

11位以下は、感染症及び寄生虫症、耳及び乳様突起の疾患、精神・行動の障害、筋骨格系及び結合組織の疾患、妊娠分娩及び産褥、周産期に発生した病態、新生物、先天奇形、変形及び染色体異常と続く。1位の血液関連疾患はほとんどが貧血であり、患者数の多さは妊産婦健診での検査による発見率が高いためであると思われる。

また、母子保健指標は、MDGsによれば、2010年妊産婦死亡率対10万出生28（保健省統計によれば2013年20.9）、2012年乳児死亡率は対千出生34.4（保健省統計によれば2013年10.6）、2012年5歳未満児死亡率は対千出生39.6である。

4.2 母子保健

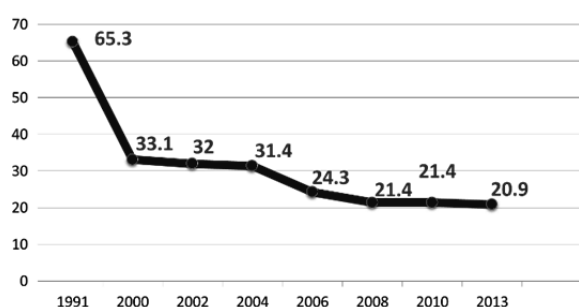
「MDGs Indicators」によれば、1990年から2010年までの妊産婦死亡率（対10万出生）、乳児死亡率（対千出生）、5歳未満児死亡率（対千出生）は以下の通りで、いずれも減少している。

表 4.3 妊産婦、乳児、5歳未満児死亡率

年	1990	1995	2000	2005	2010
妊産婦死亡率	59	36	33	32	28
乳児死亡率	60.5	56.9	51.3	43.1	36.7
5歳未満児死亡率	73.8	69.0	61.4	50.8	42.5

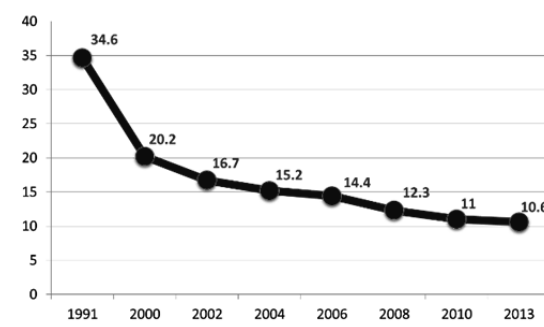
出典：MDGs Indicators

また、保健省統計による妊産婦死亡率、乳児死亡率の年次推移は以下の通りである。



出典：保健省

図 4.1 妊産婦死亡率 (対10万出生)



出典：保健省

図 4.2 乳児死亡率 (対千出生)

保健省は Health Sector Reform Program (1999-2005)で母子保健に焦点を当て、緊急産科システムの強化とプライマリレベルのリプロダクティブヘルスサービスの再構成を実施した。また、母子保健ケアのインフラ整備と人材能力強化、母子保健に対する啓発活動に力を注ぎ、その結果、避妊薬使用率、妊産婦健診受診率、施設分娩率、予防接種率等の向上により妊産婦と子供の死亡が減少した。

4.2.1 家族計画

UNFPA 「The State of the World's Midwifery」によれば、2011年、ウズベキスタンのリプロダクティブ・エイジ（15 - 49歳）の女性は人口の29%存在し、年間551,000件の出産があった。全ての出産は登録され、170名の妊産婦が死亡している。2006年 MICS (Multiple Indicator Cluster Survey)によれば、結婚している女性の65%が避妊を実行しており、最も良く使用されている避妊方法はIUDであった。また、89%の女性が避妊方法を手に入れることができるとしており、保健従事者・ドナー双方とも、ウズベキスタンの家族計画に特に問題点はないとしている。

4.2.2 産前ケア

妊婦健診はウズベキスタンでは 99%の妊婦に対して実施されている⁸。ウズベキスタンの妊婦健診は 8 回実施という多さにもかかわらず高い健診率を記録している要因は、普段から管轄する PHC 施設が地域住民とコンタクトを取り、妊娠早期発見からその後の健診へという流れができているからである。

妊婦健診では、体重測定、血圧測定、血液検査、尿検査等が実施され、HIV 検査も含まれる。また妊婦健診は、妊婦が健康に産する情報提供の場でもある。さらに健診を通じて総合ビタミン剤、鉄剤等の配布もなされている。毎月「Health week」という週が設定され、この時期は特に遠隔地での健診に重点が置かれる。全国の 2,500 か所以上の SVP において健診車を活用し、リプロダクティブ・エイジの女性と子供を対象に健診を行う。

1998 年からは「Mother and Child Screening」国家プログラムが進められている。これは、奇形等の先天性障害児をいち早く発見し、人工流産させるプログラムである。2011 年から 2013 年の 3 年間で、合計 535,700 人の妊婦が検査され、8,680 人の胎児が産されなかった。

4.2.3 母子感染

UNDP が GFATM (Global Fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria) 資金で HIV 対策を実施しており、2011 年から 2012 年にかけて、501 人の妊産婦に対し母子感染予防のための抗レトロウイルス療法 (Antiretroviral prophylaxis; ARVP) を行ったとのことである (UNDP ウェブサイトより)。HIV の発見と発見された妊産婦への対応は、PHC 施設が大きな役割を担っており、施設に健診に来てもらう以外にも定期的に家庭訪問することにより、リスクのある妊産婦をフォローしている。この結果、保健省によれば HIV 陽性と診断された母親 (2013 年は 304 名) から生まれた子供が感染しなかった割合は、2014 年 5 月現在 97%であるとのことである。

4.2.4 専門技能介助者による出産

ウズベキスタンの施設分娩率は 99%と高く、ほとんど医師によって介助が行われている。Family Clinic や SVP では妊産婦健診は実施するが分娩は取り扱わず、出産の時期になると正常出産できると考えられる妊産婦は Maternity House と呼ばれる施設で分娩、異常出産が考えられる妊産婦は病院で分娩するよう指導する。

全国の母子保健病院ネットワークの整備が完了したことで、産科救急も充実した。ADB の支援により、全ての郡レベルと市レベルの産科に最新のインキュベータ、麻酔器、超音波診断機、患者生体情報モニタ、人工呼吸器等の機材が整備された。また、州レベルの産科病院はドイツ政府の支援で、全国を 4 つのリージョンに区分した地域の産婦人科病院の機材も整備され、国家レベルの産婦人科病院は日本の支援で機材整備が行われた (保健省 Round table meeting での発表による)。

上記共和国産婦人科研究病院とは別に、共和国周産期センター (135 床、医師数 78 名) も存在し、産科のトップリファラルとしての機能を果たしている。出産件数はセンターの整備と共に 2003 年の年間 2,300 件から 2012 年の年間 4,700 件に増加している。患者の 60%は地方の州からリファーされた人で、全出産の 60%が異常出産とのことである。最近の傾向としては早産 (ウズベキスタンでの定義は妊娠 32 週未満) が増加したことである。2003 年には患者の 4%だったものが、2012 年には 15%を占めるまでになった。本センターで早産が増加している原因については、地方からのリファーが確実にされるようになったことが要因のひとつと考えられるが、他の要因、例えば妊産婦に高血圧・糖尿病・腎臓病が増加したのか、感染症が増加したのか等については調査が実施されたことはないとのことである。本センターによれば、ウズベキスタンの新生児死亡率は対千出生 17 (The State of the World's Midwifery でも同数値) で、死亡原因は 1 位早産、2 位先天性奇形、3 位感染症とのことである。

また、妊産婦死亡原因について Countdown to 2015 によれば、1997 年から 2007 年の間のデータ

⁸ 政府関係者によると、この割合は 8 回受診した妊婦の数値とのことであるが、MDGs Indicators のデータでは「最低でも 1 回受診」にカテゴリ化されている。

では、28%が出血、14%が高血圧、18%が間接的な原因によるもの、10%が産科的塞栓症、同じく10%が安全でない人工中絶によるもの、7%が敗血症であった。

4.2.5 予防接種

2006年 MICS によれば、予防接種が記録されたカードを持つ子供は96%であった。BCG 接種記録は12か月の時点で99.2%存在し、DPTの第1回接種は98%に実施されていた。また2回目は95%、3回目は90%であった。ポリオの第1回接種（12か月時点）は96%、第2回目接種率は87%。15か月時点の麻疹予防接種率は96%であった。推奨されている8種類の予防接種を全て受けた子供は81%であった。

予防接種のデータは、UNICEF と WHO の Childinfo においても、2010年のカバレッジ率で、BCG 99%、DPT1 回目 99%、DPT3 回目 99%、B 型肝炎 3 回目 99%、ヘモフィルス・インフルエンザ菌 b 型 99%、麻疹 98%、ポリオ 3 回目 99%、と高い実施率が見て取れる。

これらのデータの信頼性は、PHC 施設への視察から容易に推測することができた。PHC 施設では、登録され管理されている子供のデータより予防接種記録が読み取れるようになっており、ワクチン・ルーム（ワクチンが保管され接種が行われる部屋）には温度管理されたワクチンが保管され、接種が実施されていた。

4.3 感染症

ウズベキスタンで感染症を管理している組織は、SES（Sanitation Epidemiological Station）で、共和国レベル、州レベル、郡レベルにも SES があるという垂直構造になっている。SES の組織には5つの科学研究所（疫学・微生物学・感染症学、衛生、寄生虫学、ウイルス学、予防学）と、AIDS センターがあり、州レベルの組織も同様である。郡レベルは、細菌学・衛生学・寄生虫学の3種の検査室のみが存在する。全国で4,000名の衛生医師が存在するがそれでも充足率は65%とのことである。また看護師は12,000名所属しており充分とのことである。感染症対策の戦略・策定は SES で実施され、モニタリングも行われている。感染症関連データも PHC レベルから郡 SES に送られ、州 SES を経由して共和国 SES で取りまとめられている。

2013年、主な感染症と寄生虫症の全国患者数は、以下の通りである。

表 4.4 主な感染症・寄生虫症患者数（2013年）

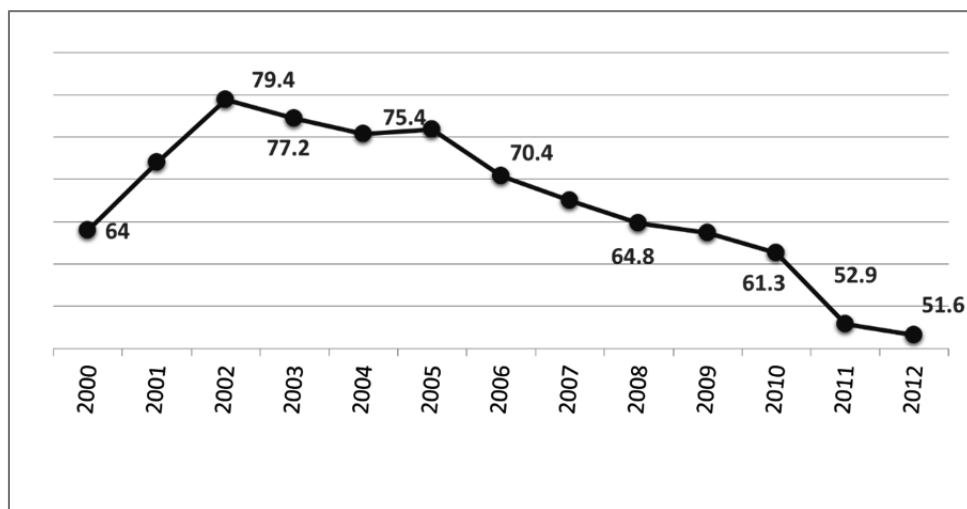
	総数	内 女性の数	内 14歳以下 の子供の数	内 農村地域 に住む人の数
腸チフス	70	32	22	14
その他サルモネラ感染症	654	329	410	282
志賀菌による細菌性赤痢	2,244	1,136	1,126	1,107
細菌性腸管感染症・細菌性食中毒	7,068	3,287	5,684	4,193
その他の急性腸管感染症	25,554	11,822	18,618	14,386
ブルセラ症	572	137	30	498
水痘	4,270	1,999	3,177	1,471
猩紅熱	403	171	370	99
急性ウイルス性肝炎（A型）	41,103	20,088	36,914	25,223
急性ウイルス性肝炎（B型）	445	194	17	269
急性ウイルス性肝炎（C型）	164	69	20	69
慢性ウイルス性肝炎 B型	9,757	5,862	75	6,347
急性上気道炎感染症（総数）	380,199	175,987	248,102	108,386
インフルエンザ	773	373	371	390
結核、全てのタイプ	15,360	6,396	1,931	9,991
呼吸器結核	13,519	5,337	1,531	8,716
梅毒	2,085	731	2	1,082
淋病	4,566	1,613	18	2,621
蟯虫症	212,250	96,819	190,921	154,697

出典：SES

予防接種の徹底により、接種で予防できる感染症の発生は問題となっていない。例えば、百日咳は 2004 年から 2012 年まで人口 10 万人あたり 0.1 から 0.2 程度で、2012 年の患者数は 62 名であった。麻疹は 2005 年から 2007 年までは人口 10 万人あたり 3 程度の患者がいたが、2008 年と 2009 年は 0、2010 年 0.4、2011 年 1.7、2012 年 0 と抑えられている。

4.3.1 結核

WHO によればウズベキスタンは、結核対策が必要な優先国に指定されており、とりわけ多剤耐性結核 (Multidrug Resistant Tuberculosis; MDR-TB) 対策が必要な国の一つである。WHO Tuberculosis Country Work Summary によれば、2011 年の結核患者数は約 5 万人、新規患者数は 2 万 8 千人、死亡数は 1,700 人で、人口 10 万人あたりではそれぞれ、177、101、6.1 である。結核発見率は 52% と低く、2010 年の治療成功率は喀痰検査陽性患者で 81% である。WHO Tuberculosis Country Work Summary のデータとは異なるが、保健省発表の結核発生率のデータを以下に示す。



出典：保健省

図 4.3 結核発生率の変遷、10 万人口当たりの新規患者数

政府は、結核を社会的に重要な疾患 (Socially Important Diseases) のひとつと位置づけ、2011 年から 2015 年の間、結核発生率を減少させるための法令を策定した。共和国 DOTS センターと 14 の州と市の支部を中心に、GFATM と国境なき医師団等の支援を得て DOTS (Directly Observed Treatment, Short-Course) を遂行している。

前述の通り MDR-TB の問題は旧ソ連各国に共通するものである。原因としては抗結核薬の不適切な投薬 (ウズベキスタンでは抗結核薬は処方箋なしで入手できる)、標準的な治療薬が効かなかった場合の第 2 選択の医薬品の入手の困難さ、結核診断能力の不充分さなどが挙げられる。ウズベキスタンは旧ソ連各国の中でも特に MDR-TB の割合が高いことで知られ、2001 年以降新規患者の 13 - 15%、治療完了したはずの患者の 40 - 60% が MDR-TB であると言われている。2010 年から 2011 年にかけて、初の大規模な MDR-TB 有病率調査が実施された⁹。全国で千人余りの結核患者を調べて判明した MDR-TB のリスクファクターとしては、45 歳未満で、住む家がなく、無職で、過去 10 年間刑務所に入所していたか、過去病院に入院していた、という要因が挙げられた。

⁹ D.J.Ulmasova, et al. "Multidrug-resistant tuberculosis in Uzbekistan: results of a nationwide survey, 2010 to 2011" Eurosurveillance. Volume 18, Issue 42, 17 Oct 2013.

4.3.2 HIV/AIDS

ウズベキスタンではAIDSも社会的に重要な疾患のひとつと位置付けられている。UNAIDSによれば、2012年、15-24歳のHIV感染率は男女ともに0.1%で、HIV感染者数は3万人（内、15歳以上は2万7千人、そのうち女性は7,200人）、死亡者数は2,400人であった。

保健省の統計によれば、HIV検査を受けた人は2012年190万人、2013年は220万人であった。ウズベキスタンでは特にロシア等に出稼ぎに行った人へのHIV感染が問題とされるが、これらの人に対する検査数は、2012年19万人、2013年28万人となっている。2013年に新たにHIV感染者と診断された人は4,247名で、新規患者数は2012年より369件増加している。特に、シルダリア州で2.7倍、ナボイ州で2.5倍、ホレズム州で1.6倍、カシュカダリア州で1.5倍、スルハンダリア、ジザク、カラカルパクスタンの各州でも1.2倍に増加した。これら新規患者数の増加を受けて、保健省はHIVと性感染症の予防活動を引き続き強化させていく予定である。

HIV予防の知識について、2006年MICSによれば、96%の女性がAIDSについて聞いたことがあると、2000年の74%より増加している。また、基本的な3つの予防法（一人のパートナー、コンドームの使用、性行為の回避）については、3つとも回答できたのは49%であり、14%は3方法とも知らないと回答した。HIVに関する知識については、蚊は媒介しないこと（正解率68%）、健康に見える人でも感染していること（正解率71%）、食べ物をシェアしても感染しないこと（正解率67%）、注射針を共有すれば感染可能性があること（正解率93%）など、概ね正しい知識を有していることが確認された。これらはHIV対策として行ってきた住民教育が一定の効果を上げたことを示している。

HIV検査については、55%がどこで検査してもらえるかを知っており、実際検査した女性は33%存在した（2006 MICS）。この結果には地域差があり、中東部では81%が検査場所を知っているのに対し、南部では30%であった。また、若年層グループでは検査の場所を知っているのは、35%に留まった。そもそもウズベキスタンの15-24歳の女性は未婚での性行為や複数のパートナーが存在することはまれであるが（4%）、政府はHIVへの正しい知識の普及、検査の奨励、ART（Anti-Retroviral Therapy）受療率向上、母子感染予防のために、GFATM等の支援でHIV対策を進めている。

4.4 非感染性疾患（生活習慣病）

4.4.1 一般状況

ウズベキスタンのNCDs対策で対象となる疾患は、循環器疾患（高血圧、心筋梗塞、脳卒中）、糖尿病、がん（肺がん、乳がん、子宮頸がん）、慢性閉塞性肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD）と気管支ぜんそくの4種類（下記NCD戦略による。また、保健省NCD担当官にも確認済み）である。これら疾患の予防のため、リスクファクターとなりうる生活習慣、すなわち喫煙、飲酒、偏った栄養、身体活動の少なさ、過体重、高血圧、高血糖、高コレステロールのコントロールを行うこと、また早期発見と適切な治療のため、「Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the Republic of Uzbekistan in 2014-2020（以下、NCD戦略と略す。）」を国家プログラムとして開始予定である。

本プログラムで目標とするものは、2025年までに60歳未満の若年死を15%削減することである。その他、以下の具体的目標を掲げている。ただし、2014年5月現在、以下の指標のベースラインデータは存在しない。WBのHealth System Improvement Project Phase III（通称Health III）プロジェクトを通じて、指標に関するフィールド調査が実施され、5月にデータベース作成とデータクリアランス、8月以降に調査結果のドラフトが出る予定である。

表 4.5 NCD 戦略における目標と指標

1) NCD リスクファクターを削減すること
・喫煙 (18 歳以上) 15%削減
・飲酒 (18 歳以上) 10%削減
・運動しない人 (18 歳以上) を 10%削減
・塩分摂取率 20%削減
・果物と野菜摂取を 20%増加
・妊産婦、乳幼児で WHO/FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations) のガイドラインに沿った栄養摂取率が 15%増加
2) 18 歳以上の肥満率を半減すること
3) 予防医学の質を向上すること
・80%の保健施設が、基礎的診断機器と治療用品を備えていること
・少なくとも 50%の高リスク患者に、脳卒中と心臓発作の予防のための適切な医薬品治療とカウンセリングが提供されていること
・2017 年までに、18 歳以上の高血圧の発見率が 25%増加すること
・2020 年までに、18 歳以上の高血圧患者が半減していること

現在入手できる最新のリスクファクター調査は、2002 年の Uzbekistan Health Examination Survey (UHES)である。参考までに 2002 年 UHES のデータは、次表の通りである。高血圧に関しては男性、女性ともに同様の割合であるが、高血圧と気づいていなかった割合が男性に多いこと、治療を受けてコントロールできている割合が男性に少ないことがわかる。喫煙習慣も男性に多い。女性は BMI30 以上の肥満の割合が男性より高く、揚げ物を食べる日数や食べ物に油を追加する人の割合も男性より多いことがわかる。本年実施されている上記リスクファクター調査の結果を 2002 年、2008 年の結果と比較することにより、よりの確な NCDs 予防へのアプローチができることが期待される。

表 4.6 ウズベキスタン保健診断調査 2002 年結果

(() 内は、2008 年見積り値)

調査項目	男性 (15-49 歳)	女性 (15-49 歳)
高血圧の割合	8.3% (36.7%)	7.6% (32.1%)
高血圧の人で		
高血圧と気づいていなかった割合	63%	38%
気づいていたが治療していない割合	19%	7%
治療を受けてコントロールできている割合	10%	37%
喫煙習慣のある人の割合	21% (17%)	1% (3%)
BMI 25 以上 30 未満の過体重	27% (45%)	21% (43%)
BMI 30 以上の肥満	5% (13%)	7% (17%)
週のうち肉を食べる日数	5.0	5.0
緑黄色野菜を食べる日数	5.1	7.0
果物を食べる日数	7.0	7.0
砂糖製品を食べる日数	7.0	7.0
揚げ物を食べる日数	3.6	6.0
食べ物に塩を追加する人の割合	13%	13%
食べ物に油を追加する人の割合	6%	18%

出典：Uzbekistan Health Examination Survey, Analytical and Information Center, MOH

本プログラムのアクションプランも同時に作成されており、2014 年から 2017 年をフェーズ 1、2018 年から 2020 年をフェーズ 2 としている。

フェーズ 1 の主な活動は、法・規制の整備、組織体制の整備と資金メカニズムの強化、NCDs 予防啓発活動、疾病とリスクファクターの記録・報告の強化、科学的研究開発、NCDs 予防・管理のモニタリングシステム強化、健康的な生活のための環境づくり等である。フェーズ 2 の主な活動は、運動・スポーツの奨励、マルチセクターのマネージャーへの NCDs 予防・管理の啓発・研修、健康的な職場環境づくり、「健康な市・村・マハラ」イニシアティブの導入、NCDs 分野のサービス提供システムの向上、患者・リスクグループへの教育と医療サービス提供の向上等であ

る（下表参照）。

表 4.7 ウズベキスタン国における NCDs 予防・コントロールのためのアクションプラン 2014-2020（大項目）

1. 主要 NCDs 因子に対する法律、規制、セクター間プログラムと介入
1) タバコ・アルコールの使用削減のための法律と規制の枠組みの強化
2) 健康的な栄養摂取を奨励するための法律と規制の枠組みの強化
3) 身体活動、定期的な運動やスポーツを奨励するための法律と規制の枠組みの強化
4) NCDs プログラムのための組織体制や資金メカニズムの強化
5) NCDs とそのリスクファクターに関連した広告、商業、スポンサー規制のための法律と規制の枠組み及び仕組みの確保
2. NCDs 予防のための情報、教育、IEC 活動の強化
3. 国家レベルの NCDs サーベイランス・システムの開発
4. NCDs 予防と管理のための関係セクターの人材と研究能力の開発
5. 市民の役割強化と健康的な環境づくり
6. NCDs 患者とリスクグループに対する、予防、医療、社会ケア体制の強化

出典：Action Plan for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the Republic of Uzbekistan for 2014-2020

NCDs のうち、本調査で入手できた情報を以下に示す。疾患別死亡率について、アンディジャン州とカラカルパクスタン共和国のデータを参考に記載する。アンディジャン州内での 2013 年全死亡数は 14,188 名で、内循環器疾患による死亡が 8,960 名で全体の 63.2% を占める。以下、がんによる死亡 918 名（6.5%）、消化器疾患による死亡が 756 名（5.3%）、事故・外傷による死亡が 705 名（5.0%）、呼吸器疾患による死亡が 696 名（4.9%）、感染症による死亡が 208 名（1.5%）と続く。カラカルパクスタン共和国での 2013 年全死亡数は 8,134 名で、内循環器疾患によるものが 46.2%、呼吸器疾患が 13.9%、がんが 9.9%、外傷が 7.9%、消化器疾患が 4.4% であった。

全国の有病率と発生率は、循環器疾患と呼吸器疾患で増加している。悪性新生物の有病率は、この 10 年間変化が見られない。

表 4.8 全国有病率（人口 10 万人あたり）

疾病分類/ 年	2010	2011	2012
新生物	587	567	557
内分泌疾患	6,314	5,727	5,719
循環器疾患	5,066	5,134	5,464
呼吸器疾患	15,741	16,207	17,106

出典：Statistical data on activities of health care facilities 2012, IHMS

表 4.9 全国発生率（人口 10 万人あたり）

疾病分類/ 年	2010	2011	2012
新生物	150	139	131
内分泌疾患	2,792	2,493	2,585
循環器疾患	1,580	1,574	1,846
呼吸器疾患	11,679	12,340	14,101

出典：Statistical data on activities of health care facilities 2012, IHMS

上表「発生率」の定義は「新規患者数を人口で除したもの」である。日本の 2008 年の全がんの粗発生率は人口 10 万対で男性 703、女性 477 である（公益財団法人 がん研究振興財団「がんの統計 '13」）。

表 4.10 悪性新生物の有病率（人口 10 万人あたり）

年	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
有病率	68	66	69	71	68	68	68	66	65	66

出典：Statistical data on activities of health care facilities 2012, IHMS, MOH, Republic Research Center for Oncology

上表「有病率」の定義は「登録されている患者数を人口で除したもの」である。日本の 2011 年の新生物による受療率（調査日当日受診した患者の全国推計数を人口で除して、人口 10 万対で表したもの）とは数の取り方が違うものの、参考までに日本の 2011 年の新生物による受療率を記すと人口 10 万対で 295 である（公益財団法人 がん研究振興財団「がんの統計 '13」）。

表 4.11 がん患者数と発見率

年	2009	2010	2011	2012	2013
登録患者数	93,058	96,756	99,853	104,983	108,260
新規患者数	19,005	19,115	19,339	19,215	20,003
健診での発見率 (%)	22	23	27	22	23

出典：Republic Research Center for Oncology

表 4.12 部位別がん患者数

	2012 年	2013 年
乳がん	2,639	2,678
胃がん	1,642	1,777
子宮頸がん	1,323	1,312
肺がん	1,245	1,303
皮膚がん	1,134	1,084

出典：Republic Research Center for Oncology

日本のがん患者は、1 胃、2 大腸、3 肺、4 乳、5 前立腺（2008 年）の順に多いが、ウズベキスタンでは乳がんが 1 位である。これは乳がんのスクリーニングが他のがん検診に比べて進んでいるからと考えられる。乳がんスクリーニング体制は、明確な制度化は確認できなかったものの、郡レベルでは超音波診断によるスクリーニング、陽性を疑われれば州ディスペンサリーでマンモグラフィーによる診断、というようにスクリーニング方法と診断機器がどちらも確立・整備されているため、対象年齢の女性に広く実施されている。スクリーニングから抜け落ちた女性も拾うため、乳がん啓発マラソン大会等のキャンペーン活動もさかんに実施されている。

ウズベキスタンのがんの 5 年生存率は 42%（2013 年）で、日本では 2003 年から 2005 年に診断された患者の 5 年生存率の平均は 59%である（公益財団法人 がん研究振興財団「がんの統計 '13」）。

糖尿病に関するデータは共和国内分泌センターから入手した。糖尿病 2 型と、1 型・2 型の合計数の年別登録患者数は以下の表の通りで、年々増加しているのがわかる。後項に州別の糖尿病新規患者数、登録患者数、死亡数を示すが、2009-2013 年の 5 年間で糖尿病 2 型の患者数は全ての州で増加している。一方、死亡数は、州また年によってもばらつきが大きく、傾向を把握することは困難である。

表 4.13 糖尿病 2 型 登録患者数

	2009	2010	2011	2012	2013
糖尿病 2 型 登録患者数	97,741	103,049	108,912	116,517	127,341
糖尿病患者 1・2 型合計)	117,240	122,460	128,968	135,751	145,618

出典：Republican Center for Endocrinology

2013年の糖尿病2型患者数を人口10万人あたりに換算すると391になる。IDF（International Diabetes Federation）のDiabetes Atlas 4th EditionのThe Global Burden Diabetes and Impaired Glucose Toleranceによれば、2010年のウズベキスタンの糖尿病（全ての型）の推定患者数は673,800人で、有病率は人口10万人あたり4,000であると記されている。2010年の登録患者数実数が10万人程度、また糖尿病全体でも12万人程度であることから考えると、見積もられた患者の18%しか発見できていないことになる。また、IDFによればウズベキスタンの2030年糖尿病患者数は、140万人に上

るとのことである。

4.4.2 NCD 予防のための取り組み

疾病予防活動のための組織として、Institute of Health and Medical Statistics (IHMS)が存在する。2001年に保健統計情報組織として設立された Republican Information and Analytical Center (RIAC) に 2005年健康増進部門が付帯し、2008年に現在の名称になった。したがって IHMSには大きく統計部門と健康増進部門があり、疾病予防の取り組みは健康増進部門が中心となって進められている。各州、各郡にも IHMS 部署がある。健康増進課の活動は学校やマハラでの健康教育である。

学校（小中高）での健康教育は、小学校では毎月第2週目は Health Week と制定されており、IHMS のスタッフが学校に出向いて健康教育を実施する。第7年次学級では健康教育が正式カリキュラムに組み込まれており、他年次は10分程度の時間で健康について話をする。トピックは、年少クラスでは主に衛生について、携帯電話やコンピュータ使用の弊害について等である。中学生以上では HIV 予防、早期婚予防、リプロダクティブヘルスについて話す。2014年は、特に国家プログラム「Healthy Child」実施中であるため、教育省の予算により、マルチメディア教材としてアニメーションで健康教育教材を作成する予定である。

マハラでの健康教育は、管轄する PHC 施設の GP (General Practitioner) か看護師がマハラの保健担当者と一緒に毎日健康教育を行っている。トピックは曜日によって決まっており、月曜は老人の健康、火曜は妊産婦の健康、水曜は子供と青少年の健康、木曜はエコロジーと家庭での衛生、金曜は女性の健康、土曜は健康全般について話をする。

アンディジャン州 IHMS での聞き取りによれば、健康増進課には28名、統計課には6名のスタッフが存在しているとのことである。健康増進課は風邪、下痢、肝炎、HIV、呼吸器疾患、がん、肥満等30種類の疾病・症状リストを作成し、それらの疾患への知識向上のためのプロモーション活動を行っている。例えばがん予防についてはタバコ・アルコールを控えること、乳がんは健診を受けること、肥満予防は炭水化物と脂肪を控えること等である。コミュニティ活動は通常、郡の IHMS と一緒に行う。カラカルパクスタンの IHMS には2013年まで青年海外協力隊 (JOCV) が赴任しており、健康的な生活や、母子保健や母乳促進、内科疾患、感染症予防等について、紙芝居のような健康増進教育用マテリアル作成を支援していた。



写真：JOCV が作成した健康増進教育用マテリアル

IHMS の統計課は、州に必要な指標について州の保健施設にフィードバックするための冊子を毎年発行している。共和国レベルのような300ページものボリュームではないものの、40ページ程度にまとめた表を掲載した冊子である。内容は、社会的重要疾患に指定されている結核、精神病、がん、性感染症等のデータや母子保健指標が郡ごとに記載されている。カラカルパクスタンでも同様の冊子を毎年発行している。冊子発行のための保健統計分析は委員会によって実施され、メンバーは、各 RMU 院長、各 RMU のチーフドクター、郡レベルの専門医、カラカルパクスタン共和国レベルの専門医、保健省所属の専門医、IHMS 長から構成されている。分析する内容は疾病状況の変化、死亡状況の変化、妊産婦死亡、乳幼児死亡、子供の死亡等である。

また、予防活動には保健医療施設も関わっている。2009 年に出された「SVP 活動改善に関するウズベキスタン共和国保健大臣令」では、SVP の健康増進活動の一環として、対象人口への健康教育及び家庭訪問によるカウンセリング、慢性疾患の早期発見及び対象住民の健康診断の実施が規定されている。

家庭訪問による健康教育及びカウンセリングは、主に訪問看護師が担当する。NCD に係る訪問内容は、健康診断に来ることができない人への健康診断の実施、リスクファクターを持っている人への生活指導等である。Family Clinic や SVP 院長へのインタビューによれば、訪問での健康診断の実施は住民から歓迎されるが、生活指導には時折困難があるとのことである。特に男性で生活習慣について指導されることに抵抗を感じる人がおり、そのような場合はマハラと協力して、マハラ・リーダーから訪問看護師の指導を受け入れるよう話してもらうこともあるという。

Family Clinic や SVP では、母子保健サービスについては妊産婦健診、予防接種、乳幼児健診、報告様式等決められたプロトコルと長年の経験があるため、実施に困難はないようであったが、NCDs については現在のところまだ体制が整備されていないので、対応は GP や看護師の能力または患者の受け入れ方によって様々なケースがあるようである。一般的な健康増進活動としての NCD 予防については各種リーフレット等健康教材が作成されているが、リスクファクター患者別の指導ということになると、統一された教材や研修は本調査で確認することはできなかった。

系統立った質問票による質問ではないが、1 次レベルの保健医療施設での GP との会話から得られた印象では、NCDs に対する知識と取り組みはまだ不十分であると推察できる。その根拠として、糖尿病は遺伝病なので予防のしようがないと発言したこと、家庭訪問の際栄養指導をすることがあるかという質問に回答がなかったこと、食事の際に果物・野菜は食べるべきとしつつも砂糖の量には無頓着だったこと、管轄する人口の高血圧患者や肥満の人のだいたいの割合を聞いても回答がなかったこと、健康診断の結果の分析方法について明確な回答がなかったことなどが挙げられる。これは、アンディジャンとカラカルパクスタン共和国のいずれの 1 次施設も同様のものであった。

ただし、州保健局として、NCDs に何らかの対策を施さなくてはいけないという意識は高い。例えばアンディジャン州保健局長によれば、州保健局として 2013 年 12 月に NCDs 予防活動を開始した。当面はパイロットとして人口 10 万人、37 のマハラが存在するハジャバト郡のみでの活動である。予算は州と郡の両方から出資されている。活動内容は、各マハラに保健担当を 4 名（男女 2 名ずつ）選出してもらい、州の医師、栄養士、経済学者によってそれぞれ NCDs 予防、栄養指導、家庭でのお金の使い方を講習する。これは、今まで病気になれば医師によって治療がなされるというマインドセットを、住民側も医師側も変容させようというねらいがある。すなわち、住民側には治療より予防がより重要であること、つまり栄養に気を配り、家庭でのお金の使い道をタバコ・アルコール消費から野菜・果物消費へ変えていけば、病気が起こりにくくなることを理解してもらうこと、そして医師側には病院で患者を待っているだけではなく、積極的に住民に働きかける慣習を作り出したいということである。

4.4.3 診断

一般的な健康診断は、Family Clinic や SVP で対象住民に対し実施されている。

通常、住民に対する健康診断は年に 1 回 Family Clinic や SVP で実施される。検査項目は身長、体重等身体測定、血圧測定、尿検査、血液検査、検便である。尿検査の項目は以下の通りである。

表 4.14 ウズベキスタンの健康診断で実施される尿検査項目

	項目	判明事項
1	pH	通常 pH6 付近。尿路感染でアルカリ、呼吸器疾患でガス交換できない場合酸性。
2	タンパク質	陽性で腎疾患、上気道感染による糸球体炎症の可能性。
3	ブドウ糖	陽性で糖尿病の可能性。
4	ケトン体	陽性でインフルエンザ等感染症、糖尿病等の可能性。
5	ビリルビン	陽性で肝炎による黄疸。
6	潜血	陽性で急性糸球体腎炎、尿路結石、がん等の可能性。
7	ウロビリノーゲン	陽性で肝疾患の可能性。
8	胆汁酸	胆管閉塞の可能性
9	上皮細胞	尿道炎、尿細管炎の可能性。
10	赤血球	増加で腎炎、尿道の炎症、腎腫瘍、腎結石の可能性。
11	白血球	増加で尿道の炎症の可能性。
12	円柱	腎炎等の可能性。
13	塩類	痛風の可能性。
14	細菌	大腸菌・溶血性レンサ球菌・ブドウ球菌・サルモネラ・カンジダ等感染の可能性。

出典：アンディジャン州保健局（「判明事項」の欄は調査団が記載）

また、以下の表はウズベキスタンの健康診断で実施される血液検査項目である。貧血の患者数の多さが指摘されてきたからなのか、造血機能に関する検査項目が多い。一方、NCDs に関連する脂質代謝能検査（総コレステロール、中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール等）、糖代謝能検査（血糖、ヘモグロビン A1c 等）の検査は現在のところ行われていない¹⁰。

表 4.15 ウズベキスタンの健康診断で実施される血液検査項目

	項目	判明事項
1	ヘモグロビン量	貧血または多血症の可能性
2	赤血球数	貧血または多血症の可能性
3	平均赤血球ヘモグロビン濃度	貧血の可能性
4	網赤血球数	造血機能障害の可能性
5	血小板数	減少で肝機能障害の可能性
6	白血球数	増加で炎症や感染症の可能性
7	骨髄球	造血機能障害の可能性
8	後骨髄球	造血機能障害の可能性
9	（好中球）桿状核球	増加で細菌感染症、リウマチ熱、白血病等、減少でウイルス感染症、貧血等の可能性
10	（好中球）分節核球	
11	好酸球	増加でアレルギー疾患、寄生虫症の可能性
12	好塩基球	増加で甲状腺疾患の可能性
13	リンパ球	増加で白血病、リンパ腫の可能性、減少でエイズ、がん、遺伝性疾患の可能性
14	単球	増加で感染症の可能性、減少で悪性貧血の可能性
15	形質細胞	がんの可能性
16	赤血球沈降速度	上昇で炎症、感染、がん、血液疾患等の可能性

出典：アンディジャン州保健局（「判明事項」の欄は調査団が記載）

これら健康診断の結果、住民は、①健康（健診で異常が何もなかった人、軽度リスクグループ

¹⁰ 日本の標準的な国保基本健診での検査項目は、肥満・高血圧（計測による）、脂質異常・糖尿病・痛風・腎機能・肝機能・貧血（血液検査による）、膀胱尿路系の異常（尿検査による）、心機能（心電図による）、動脈硬化等血管の状態（眼底検査による）であり、結果は「問題なし」「要観察（軽度異常）」「要医療（生活習慣改善で数値改善しない場合は受診推奨）」「今すぐ受診が必要」に分けられる。

はここにカテゴライズ)、②ほぼ健康 (以前罹患したことはあるが、悪化していないもの)、③要治療の3グループにカテゴライズされる。①と②の健診結果者は1次レベルで管理され、③は2次以上の病院にリファーされる。訪問先のアンディジャン州第7市立 Family Clinic、カラカルパクスタン共和国 Nukus 郡の Darsan SVP にて、これら3つのグループの人口構成比を聞いてみたが、回答は得られなかった。

カラカルパクスタン共和国保健省によれば、健康診断の結果の分析は四半期健康診断レポートによって行っているとのことである。分析に使用される指標としては新規患者数と割合を挙げた。分析結果のフィードバックは、計13名の専門医(ヌクス市から6名と、タシケントから出張してもらった6名にSESの代表を含めた人数)を2チームに分け、それぞれのチームで郡を訪問しGPを対象に行う。月に2度、合計4郡への訪問を実施する。3か月半で管轄郡全てをカバーする計算である。

また、アンディジャン州とカラカルパクスタン共和国での聞き取りによれば、2014年度は、定期健康診断は行わず、大統領令の“About additional measures on further strengthening social protection of lonely elderlies, pensioners and invalids for 2011-2015”と、今年度国家プログラム“Year of Healthy Child”を合わせて、国民に対する“In-depth Medical Examination”が大々的に実施されているとのことである。これは、州内で名高い専門医が州の人口に対し健康診断およびカウンセリングを行う機会を設け、同時に1次レベルの医師も同行することでGPへのOJTとしての機能も狙ったものである。保健省令が2014年1月13日に発令され、半月後に州保健局令が出され、実施は2014年8月までを目途にして、全ての人口がカバーできるよう日程が組まれている。

In-depth Medical Examinationの対象者、診断する専門科目、検査項目は以下の表の通りである

表 4.16 In-depth Medical Examination の対象者、診断する専門科目、検査項目

対象者	専門科目	検査項目
1-5 歳児	小児科、神経科、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科、歯科、言語療法士 (3歳までの子供) 精神科 (3歳までの子供)	血液検査、尿検査、便 (寄生虫) 検査、身体測定
6-7 歳児	小児科、神経科、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科、歯科、言語療法士、精神科、内分泌科	血液検査、尿検査、便 (寄生虫) 検査、身体測定
2-8 学年の児童	小児科、神経科、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科、歯科、内分泌科、婦人科 (9歳以上)	血液検査、尿検査、便 (寄生虫) 検査、身体測定
14-15 歳	小児科、神経科、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科、歯科、内分泌科、婦人科	血液検査、尿検査、便 (寄生虫) 検査、X線検査、超音波検査 (女性のみ) 身体測定
16-17 歳	セラピスト、神経科、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科、歯科、内分泌科、婦人科	血液検査、尿検査、便 (寄生虫) 検査、X線検査、超音波検査 (女性のみ) 身体測定
リプロダクティブ・エイジの女性	セラピスト、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科、外科、神経科、内分泌科、皮膚科、性病科	血液検査、尿検査、X線検査、心電図 (15歳以上は3年に一度、40歳以上は毎年)、マンモグラフィー (35歳以上は2年に一度)、子宮頸がん細胞診 (18歳以上)、超音波、身体測定
18 歳以上	セラピスト、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科、外科、神経科、内分泌科、皮膚科、性病科	血液検査、尿検査、心電図 (15歳以上は3年に一度、40歳以上は毎年)、X線 (リスクグループのみ)、身体測定

出典：保健省令 No.11 (Jan 13, 2014)とアンディジャン州保健局令 No.19 Annex1 (Jan 30, 2014)

その他、疾患別のスクリーニングは州ディスペンサリー (専門病院)¹¹で実施されている。がんと糖尿病についての州レベルのスクリーニング状況を記す。

がんスクリーニング (乳がん、子宮頸がん) は、聞き取りを行ったアンディジャン、カラカルパクスタン両地域とも、郡レベル¹²で超音波診断により疑い例としてリファーされてきた人への、

¹¹州ディスペンサリーは、州レベルの専門病院の位置づけに当たる。全ての州にあるのは結核、がん、皮膚及び性感染症、精神、内分泌、麻薬に係るディスペンサリーである。

¹²Rayon レベルには1名癌専門医が存在する。また、民間病院でも超音波診断は1回2万スムで実施している。

マンモグラフィー（乳がん）、細胞診（子宮頸がん）を州ディスペンサリーレベルで行っている。アンディジャン州では 2013 年、11,000 名の女性にスクリーニングを行い、150 名の pre-cancer stage（がん病期分類の 0 期と思われる）と 3 名の初期のがんを発見した。州ディスペンサリーで診断ができなかったケースは共和国レベルのがんセンターにリファーする。2012 年は 32 名、2013 年は 40 名リファーした。また 2012 年より細胞診も開始したが、免疫組織化学は行えていないとのことである。カラカルパクスタンでも状況はほぼ同様であった。いずれの州も課題として①郡レベルでのスクリーニングを充実させる必要があること、②治療費が患者の家計を圧迫しており、本来無料提供のはずのがん治療（化学療法）はアンディジャンでは 60%、カラカルパクスタンでは 70%の患者が自己負担していること、を挙げた。

糖尿病スクリーニングは、アンディジャン州ではディスペンサリーがリスクグループに対して行っており、2013 年 46 万人に対して実施し、実施率（計画していた数に対する割合）は 85%であった。アンディジャンの成人の人口は約 200 万人であることから、リスクグループの人口はもっと多いはずであると認識しているものの、州に 1 個所しかないディスペンサリーが検査を担っている現状では限界に近いとのことである。また、カラカルパクスタンでもスクリーニングはディスペンサリーで行われており（血糖・尿糖合わせて 1 日平均 250 件の検査数）、ここではリスクグループに指定されているのは人口のわずか 5%程度で、その人数では発見時に既に重症化していたり合併症を併発していたりする患者が 70%に達しているとのことである。その結果、いずれの州でも、糖尿病を発見してもその患者の多くは下肢の切断や腎不全発症という結果を迎えているのが現状で、医長は 1 次レベルでのスクリーニング実施の重要性を強調していた。

4.4.4 治療

患者が 1 次レベルで発見された場合、1 次レベルの Family Clinic と SVP では、患者のリファーに関して以下の 3 つの選択が可能である。① Central Multiple Outpatient Clinic（30 種以上の専門医が存在する外来病院）にてさらに検査・診断を深める、② 病名が確定している場合は 2 次レベルの Rayon/City Medical Union で（主に入院）治療する、③ディスペンサリーで専門医のもとで管理される。

救急病院を除く下記の 2 次・3 次レベルの病院は、1 次レベルからのリファラル・シート持参の患者以外は原則的に受け付けないが、現実的には人道的見地から直接来た患者もカウンセリングは受け付けているとのことである。

疾病が慢性化した軽症の患者の管理は、1 次レベルで行われるものであるが、NCDs 疾患に関してはまだ登録体制が 1 次レベルに整備されていない。したがって、1 次レベル管理の患者数などは不明である。また、現状では定期健康診断項目で NCDs 早期発見のための項目が尿糖と血圧程度であり、それ以上の検査になると 2 次・3 次にリファーしていることなどから 1 次レベルでの早期発見を体系的に行うことが困難なこと、ディスペンサリーで管理された NCDs 患者は（ディスペンサリー院長によれば）そのまま専門医にかかりたがる傾向にあることなどから、カウンター・リファラルを行いにくい状況にある。

すなわちウズベキスタンにおいては、我が国厚労省の「健康日本 21」に示される生活習慣病の進行イメージにおける第 1 段階の「不健康な生活習慣（エネルギー・食塩・脂肪の過剰等不適切な食生活、運動不足、喫煙、過度の飲酒、過度のストレス）グループ、第 2 段階の「境界領域グループ（肥満、高血圧、脂質異常、高血糖）と一部の第 3 段階（第 2 グループに診断名が付く）グループの把握がごっそりと抜け落ちており、第 4 段階の心筋梗塞・狭心症・脳出血・脳梗塞・糖尿病合併症を発症して初めて患者として登録されるケースが多いと言ってよい。

その他、フィールド調査を基にした、各レベルの保健医療施設の概要について次表に示す。

表 4.17 1次レベルの保健医療施設の例

	都市部	地方部
名称	Family Clinic	SVP
本表で例にする地域	アンディジャン州都	カラカルパクスタン共和国 ヌクス Rayon
カバー人口	41,000	3,607
スタッフ数 医師	15	1
スタッフ数 看護師	44	9
最も遠い世帯までの距離	5.5km	17.0km
1日平均訪問者数	250人	20人
2013年予算	1,148,000,000 som	74,802,000 som

出典：アンディジャン City Family Clinic No.7 Head Doctor, Darsan SVP の GP からの聞き取りによる

表 4.18 2次レベルの保健医療施設の例

郡 (Rayon) レベル	
名称	ヌクス Rayon Central Hospital
本表で例にする地域	カラカルパクスタン共和国
カバー人口	44,200人
カバーする SVP 数	8
病床数	140床
スタッフ数 医師	30名
スタッフ数 看護師	150名
最も遠い世帯までの距離	40km
1日平均訪問者数	350人
調査時点での入院患者数	135名
1日平均手術数	2件
1日平均分娩数	2件
科	外来、内科、外科、産婦人科、小児科、感染症科、ICU
調査時の特徴的な活動	外来で In-depth health check up 実施中である。GP は全部で 1日 100名程度、専門医は全員で 1日 200名程度の健康診断を行っている。
患者に多い疾患	がん、循環器、糖尿病
2013年妊産婦死亡数	1名 (胎盤剥離)
2013年乳児死亡数	7名 (最も多いのは早産によるもの)
在庫している医薬品品目数	150品目
調査時に指摘された問題点	医師不足。がん科と眼科に現在医師が不在。また、超音波診断装置は 6台保有しているが扱える医師が 1名のみ。

出典：Nukus Rayon Central Hospital Deputy Head Doctor からの聞き取りによる

表 4.19 3次レベルの保健医療施設の例 (1：州総合病院)

州レベル	
名称	Andijan Oblast General Hospital for Adults
本表で例にする地域	アンディジャン州
カバー人口	280万人
病床数	323床
スタッフ数 医師	102名
スタッフ数 看護師	268名
1日平均訪問者数	250人
調査時点での入院患者数	255名
1日平均手術数	10件
1日平均分娩数	出産取り扱わず
科	循環器内科、リウマチ科、消化器内科、神経内科、腎臓内科、内分泌科、理学療法、ICU、胸部外科、肛門科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、整形外科、外傷科、神経外科、眼科
調査時の特徴的な活動	専門医が In-depth health check up に出かけている。
患者に多い疾患	循環器、泌尿器、消化器、神経、外科
2013年病院患者死亡数	13名 (全て循環器疾患による)
在庫している医薬品品目数	300品目

2013年予算	州政府から14億スム、院内収入16億スムの合計30億スム
有料診療の例	コンサルテーション：5,000から7,000スム 血液検査：3,000から4,000スム 入院患者ベッド代：1日37,000から45,000スム（検査、診察全て含む）
備考	若年層のNCDsが年々増えている。 糖尿病は発見時既に合併症を併発している。 技術研修は定期的にあるが、マネジメント研修の対象者が病院長のみであり他スタッフへの共有に乏しい。 超音波診断装置の供与が重複してなされた。（Health IIIプロジェクトのみならず、中国からも送られてきた。事前の調整なし。） 有料診療に対し、支払い能力のない患者が少なくない。 循環器患者の増加で、病棟への入院待ちが30日から50日になっている。 10年ほど前は月に10件程度であった糖尿病合併症の壊死による四肢切断手術が、現在では月に40件程度になっている。

出典：上記病院 Head Doctor からの聞き取りによる

表 4.20 3次レベルの保健医療施設の例（2：州内分泌ディスペンサリー）

州レベル																									
名称	Andijan Oblast Endocrinology Dispensary																								
本表で例にする地域	アンディジャン州																								
カバー人口	280万人																								
病床数	120床																								
スタッフ数 医師	14名																								
スタッフ数 看護師	54名																								
1日平均訪問者数	50人																								
2013年上位へのリファアー患者数	45名																								
患者に多い疾患	糖尿病、甲状腺腫																								
スクリーニング体制について	内分泌疾患に関する健康診断を、ディスペンサリーで実施している。 各年の計画件数、実施件数、実施率は以下の通りである。 <table border="1" data-bbox="587 1149 1374 1323"> <thead> <tr> <th></th> <th>2009年</th> <th>2010年</th> <th>2011年</th> <th>2012年</th> <th>2013年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>計画されていた件数</td> <td>495,540</td> <td>509,880</td> <td>514,593</td> <td>542,836</td> <td>546,734</td> </tr> <tr> <td>実際に実施した件数</td> <td>436,075</td> <td>455,167</td> <td>460,560</td> <td>441,418</td> <td>463,933</td> </tr> <tr> <td>実施割合</td> <td>88%</td> <td>89.2%</td> <td>89.5%</td> <td>90%</td> <td>84.8%</td> </tr> </tbody> </table>		2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	計画されていた件数	495,540	509,880	514,593	542,836	546,734	実際に実施した件数	436,075	455,167	460,560	441,418	463,933	実施割合	88%	89.2%	89.5%	90%	84.8%
	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年																				
計画されていた件数	495,540	509,880	514,593	542,836	546,734																				
実際に実施した件数	436,075	455,167	460,560	441,418	463,933																				
実施割合	88%	89.2%	89.5%	90%	84.8%																				
糖尿病2型の疾病状況	2型として登録された患者数は、2009年7,356人、2010年7,669人、2011年8,150人、2012年8,699人、2013年9,509人と、年々増加している。																								
備考	リファラドキュメント持参の患者と、緊急患者は無料だが、軽症と判断した場合はカウンセリングのみで帰す。 入院患者は2、3週間待ちである。 糖尿病患者は7、8年前の2倍になった。																								

出典：上記病院 Head Doctor からの聞き取りによる

表 4.21 3次レベルの保健医療施設の例（3：州内分泌ディスペンサリー）

州レベル	
名称	Karakalpakstan Republican Endocrinology Dispensary
本表で例にする地域	カラカルパクスタン共和国
カバー人口	170万人
病床数	100床
スタッフ数 医師	21名
スタッフ数 看護師	53名
1日平均訪問者数	100人
患者に多い疾患	糖尿病、甲状腺腫
備考	糖尿病患者の70%は合併症を発症してから来院するため、治療が手遅れになっている。尿糖検査3,200スム(144円)、血糖検査3,700スム(167円)で実施している。

出典：上記病院 Head Doctor からの聞き取りによる

表 4.22 3次レベルの保健医療施設の例（4：州がんディスペンサリー）

州レベル	
名称	Karkalpakstan Republican Oncology Dispensary
本表で例にする地域	カラカルパクスタン共和国
カバー人口	170 万人
病床数	160 床
スタッフ数 医師	33 名
スタッフ数 看護師	90 名
1 日平均訪問者数	50 人
調査時点での入院患者数	160 名
患者に多い疾患	子宮頸がん、乳がん、胃がん
備考	郡レベルでも乳・子宮頸がんスクリーニングができないため、本ディスペンサリーで州（KKP）内全ての検査を実施しなくてはならない。 現状、自覚症状が出て本ディスペンサリーにリファーされてきた患者にマンモグラフィもしくは細胞診検査を行う。 本ディスペンサリーでの登録者は約 5 千名。新規患者数は年間 1,200 名。

出典：上記病院 Head Doctor からの聞き取りによる

表 4.23 3次レベルの保健医療施設の例（5：州がんディスペンサリー）

州レベル	
名称	Andijan Oblast Oncology Dispensary
本表で例にする地域	アンディジャン州
カバー人口	280 万人
病床数	180 床
診療科目	乳がん、頭部・頸部がん、婦人科がん、胸部・腹部がん、小児がん、泌尿器がん、直腸がん、化学療法科、放射線療法科、ICU、外来
スタッフ数 医師	46 名
スタッフ数 看護師	93 名
月間平均入院患者数	587 名
1 日平均訪問者数	18 人
ディスペンサリー年間予算	1,438,862,000 スム
主な機材	マンモグラフィ1台（一日平均検査数 6.8） X線診断1台（一日平均検査数 7.1） 超音波診断装置1台（一日平均検査数 56） その他内視鏡、直腸鏡等
化学療法とその問題点	10 日間入院を 6 クール実施している。 がん治療は無料の建前であるが、予算的に実際に無料で治療できているのは全体の患者の 35%-40%のみである。最も優先される患者は、マハラで決定された低所得者で、これらの人はだいたい無料で受けられる。しかしその他の患者は化学療法の合計 420 万スムを自費で支払っており、患者の家計を圧迫している。

出典：州保健局 Chief Oncologist からの聞き取りによる

表 4.24 共和国レベルの保健医療施設の例（1：共和国がん研究センター）

名称	National Research Center of Oncology							
病床数	370床（州がんディスペンサリーを合わせた全国のがん病床は2,165床）							
がん患者のリファラルシステム	GPによる疑い例⇒郡のがん専門医⇒州ディスペンサリー⇒共和国							
全国のがん病院整備状況 （2012年の大統領令による）	新築：シルダリア、ジザク、ナボイ 改築：タシケント市、タシケント州、フェルガナ、スルハンダリア、ブハラ、カシュカダリア、ナマンガン、ホレズム 修復：アンディジャン、サマルカンド、カラカルパクスタン							
全国のがん病院機材整備状況 （上記同令による）	放射線治療機器（イスラム銀行からの供与）、X線・超音波診断装置、内視鏡等。							
部位別患者数				2012年	2013年			
	1	乳がん		2,639	2,678			
	2	胃がん		1,642	1,777			
	3	子宮頸がん		1,323	1,323			
	4	肺がん		1,245	1,245			
	5	皮膚がん		1,134	1,084			
その他データ	有病率対人口10万人							
	年	2005	2006	2009	2010	2011	2012	2013
		66.2	68.5	68.4	67.7	65.4	64.5	66.1
	新規患者数							
	年	2009	2010	2011	2012	2013		
		19,005	19,115	19,339	19,215	20,003		
	がん発見率（%）							
	年	2009	2010	2011	2012	2013		
		21.8	22.5	26.8	21.8	23.1		
	登録患者数							
	年	2009	2010	2011	2012	2013		
		93,058	96,756	99,853	104,983	108,260		
スクリーニング体制	現状確立した体制は存在しない。2015年から乳がん・子宮頸がんのスクリーニング開始予定。その後、大腸がん・胃がんのスクリーニング体制を確立予定。ただし、スクリーニング体制そのものから他国のシステムを学ぶ必要がある。							

出典：上記病院 Director からの聞き取りによる

表 4.25 共和国レベルの保健医療施設の例（2：共和国血液学・輸血科学研究所）

名称	Hematology and Blood Transfusion Science Research Institute
病床数	血液がん病棟は90床で、2014年9月に透析装置を3台設置予定。
備考	現在国内で透析治療を実施しているのは全て公立病院。 透析治療は緊急医療カテゴリーなので、患者負担金は発生しない。 透析導入に関する臨床クライテリアは存在しない。 透析装置設置予定の部屋は、透析室10畳程度、水管理室6畳程度、ダイアライザ洗浄室4畳半程度の広さからなる。特段の事態がなければ、ドイツのフレゼニウス社から購入する予定。

出典：上記施設 Director からの聞き取りによる

また、共和国血液学・輸血科学研究所経由で、共和国泌尿器専門センターから入手したウズベキスタンの血液透析に関するデータは、表 4.26 の通りである。

表 4.26 血液透析関連統計

No	州/ 病院	腎臓病患者数	慢性腎不全患者数	透析が必要な患者数	透析施設数	定期的に透析を受けている患者数	2013年に透析を受けた全患者数	2013年の透析回数	腎不全で死亡した患者数	透析台数	内、機能している透析器台数	内、修理が必要な透析器台数	内、機能していないが修理可能な透析台数	内、機能しておらず、修理不可能な透析台数
1	KKP	12,849	238	58	2	27	82	1,717	41	5	5	0	0	0
2	アンディジャン	8,813	588	99	2	59	81	4,048	21	8	7	2	0	1
3	フハラ	4,500	700	210	2	33	120	2,218	21	6	5	2	0	1
4	ジザク	4,873	168	103	1	46	87	4,024	24	2	2	2	0	0
5	カシュカダリア	44,672	2,800	150	2	150	69	5,339	27	4	4	2	0	0
6	ナボイ	5,676	2,012	98	1	35	78	2,257	12	4	2	0	0	2
7	ナマンガン	8,630	715	159	2	61	118	7,343	32	8	7	3	1	0
8	サマルカンド	6,618	182	140	1	58	110	6,298	51	8	5	2	1	2
9	シルダリア	1,426	48	27	1	30	55	4,390	13	4	2	2	0	2
10	スルハンダリ	14,000	1,870	48	2	42	50	1,785	22	5	5	2	0	0
11	ホレアズム	32,298	605	70	2	44	130	3,070	19	4	3	1	1	0
12	フェルガナ	18,231	3,015	120	2	72	132	8,181	39	8	6	2	0	0
13	タシケント州	9,575	4,250	220	2	220	344	21,700	66	15	15	0	0	0
14	タシケント市	16,120	880	183	1	230	282	26,297	3	28	27	5	1	0
	州合計	188,281	18,071	1,685	23	1,107	1,738	98,667	391	109	95	25	4	10
15	Scientific Institute of Epidemiology and infectious diseases	0	0	0	1	102	142	11,170	3	12	9	3	3	0
16	Republic scientific center of urology	0	0	0	1	22	36	3,292	5	10	6	4	0	4
17	Republic scientific center of surgery	0	0	0	1	21	60	1,924	9	6	6	0	0	0
18	Republic scientific and practical center of emergency medical care	0	0	0	1	0	242	3,291	13	6	2	1	2	2
19	Republic scientific and practical center of endocrinology	0	0	0	1	50	106	4,902	0	5	5	0	0	0
20	Republic clinical hospital No.1	0	0	0	1	64	91	7,119	8	10	8	5	1	1
	共和国レベルのセンター合計	0	0	0	6	259	677	31,698	38	49	36	13	6	7
	合計	188,281	18,071	1,685	29	1,366	2,415	130,365	429	158	131	38	19	17

出典： Republic scientific center of urology

共和国内分泌専門センターから入手したウズベキスタンの糖尿病に関するデータ（全国州別新規患者数、登録患者数、死亡数）は、表 4.27 の通りである。

表 4.27 共和国レベルの保健医療施設の例（3：共和国内分泌専門センター）

名称	Republican Specialized and Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology					
全国州別糖尿病データ 新規患者数	州	2009	2010	2011	2012	
	カラカラパク	643	924	733	716	
	アンディジャン	814	1,097	1,110	1,212	
	ブハラ	991	991	1,082	1,091	
	ジザク	611	680	564	687	
	カシュカダリア	549	646	601	571	
	ナボイ	412	438	440	413	
	ナマンガン	723	696	698	1,055	
	サマルカンド	1,568	1,573	1,611	1,500	
	スルハンダリア	553	555	529	461	
	シルダリア	342	727	699	700	
	タシケント	1,215	1,672	1,280	1,526	
	フェルガナ	1,005	1,127	1,492	1,555	
	ホレズム	943	836	803	769	
	タシケント市	2,074	2,404	1,995	2,633	
全国	12,443	14,366	13,637	14,889		
全国州別糖尿病データ 登録患者数	2009	2010	2011	2012	2013	
	カラカラパク	4,913	5,521	5,850	6,052	6,666
	アンディジャン	8,554	9,021	9,592	10,136	10,952
	ブハラ	8,991	9,483	10,038	10,570	11,052
	ジザク	5,709	6,123	6,457	6,900	7,442
	カシュカダリア	5,178	5,184	5,363	5,600	5,801
	ナボイ	2,987	3,247	3,622	3,858	4,069
	ナマンガン	8,540	8,909	9,280	10,025	11,082
	サマルカンド	11,710	12,162	13,071	13,572	14,407
	スルハンダリア	3,938	4,167	4,471	4,729	5,250
	シルダリア	3,595	4,109	4,275	4,585	4,761
	タシケント	12,912	13,313	14,103	14,857	16,100
	フェルガナ	13,577	13,439	14,200	15,173	16,248
	ホレズム	7,669	7,976	8,272	8,273	9,215
	タシケント市	18,967	19,806	20,374	21,421	22,573
全国	117,240	122,460	128,968	135,751	145,618	
全国州別糖尿病データ 糖尿病 2 型 登録患者数	2009	2010	2011	2012	2013	
	カラカラパク	4,470	4,976	5,299	5,458	6,130
	アンディジャン	7,356	7,669	8,150	8,699	9,509
	ブハラ	7,591	7,975	8,516	9,056	9,538
	ジザク	5,223	5,584	5,933	6,382	6,884
	カシュカダリア	3,121	2,895	2,977	4,168	4,243
	ナボイ	2,738	2,998	3,352	3,570	3,777
	ナマンガン	6,973	7,310	7,632	8,345	9,417
	サマルカンド	9,162	10,028	10,936	11,465	12,738
	スルハンダリア	3,263	3,455	3,744	3,980	4,440
	シルダリア	2,875	3,427	3,551	3,871	4,073
	タシケント	10,840	10,942	11,242	11,924	13,198
	フェルガナ	11,420	11,600	12,259	13,182	14,253
	ホレズム	5,829	6,171	6,501	6,511	8,126
	タシケント市	16,880	18,019	18,820	19,906	21,015
全国	97,741	103,049	108,912	116,517	127,341	

全国州別糖尿病データ 糖尿病による死亡数		2009	2010	2011	2012
	カラカラパク	90	122	82	57
	アンディジャン	289	295	308	665
	ブハラ	316	163	445	234
	ジザク	182	186	230	212
	カシュカダリア	163	165	117	140
	ナボイ	20	30	16	103
	ナマンガン	226	324	327	303
	サマルカンド	466	464	702	465
	スルハンダリア	114	136	129	131
	シルダリア	154	148	148	375
	タシケント	345	345	453	376
	フェルガナ	226	555	629	388
	ホレズム	155	143	485	511
	タシケント市	670	797		516
全国	3,416	3,873	4,071	4,476	
糖尿病にかかる課題点	1. 患者の治療へのコンプライアンスが良くない。症状悪化のケースが多い。 2. 早期発見体制が確立していないため、発見時既に合併症発症患者が全体の新規患者の6割程度存在する。 3. インスリン無料患者は1型が優先で、2型の患者は6割程度しかカバーされていない。				

出典：上記施設からの聞き取りによる

4.5 その他（栄養等）

4.5.1 子供の栄養状態

MICS2006によれば、1996年から2006年の10年間で、著しい栄養改善が見られた。下表に示す通り低体重児（出生時体重 2,500 グラム未満）は19%から5%に減少し、スタントニング（慢性栄養不良）は31%から15%に、ウェスティング（急性栄養不良）は12%から3%に減少した。

表 4.28 中程度の栄養不良の割合

調査年	1996	2002	2006
ウェスティング（急性栄養不良とみなされている） Wasting（体重/身長）	11.6%	7.1%	3.3%
スタントニング（慢性栄養不良とみなされている） Stunting（身長/年齢）	31.2%	21.1%	14.6%
低体重 Underweight（体重/年齢）	18.8%	7.9%	5.1%

出典: Findings from the Uzbekistan Multiple Indicator Cluster Survey 2006

子供の栄養状態はウズベキスタンでは既に問題ではなくなっているが、2006年 MICS では、地域別に見ると少しではあるが差はある。ウェスティング（急性）は中央部（6%）が国の平均 3.3%より高い。スタントニング（慢性）は西部（18%）、東部（17%）、南部（16%）、中東部（15%）が国の平均 14.6%より高く、中央部とタシケント市では低い。低体重は、南部（7%）と東部（6%）が国の平均 5.1%より高い。

母乳での子育て状況は、MICS2006によれば、出生した日には85%の子供が母乳を与えられ、特にカラカルパクスタン共和国では98%の子供に母乳が与えられている。しかし、WHO/UNICEFが推奨する6か月までは母乳のみで育てる完全母乳（Exclusive breastfeeding）を実行している割合は26%と、時間の経過と共に急激に低下する。詳細を見ると、子供が4か月になると母乳のみの子育ては10%程度になり、この時期から母乳と離乳食の併用が始まる。8か月になると、母乳のみの子育ての割合はほぼなくなり、母乳と離乳食併用が半数を占め、残りは離乳食のみとなっている。

4.5.2 微量栄養素

微量栄養素のデータに関して、MICS2006 年以降大規模調査が実施されていないため、それ以降公式な統計は存在しない。以下、鉄、ヨウ素、ビタミン A について保健省やドナーからの聞き取りや資料をもとに記載する。

1) 鉄

2005 年に「National Flour Fortification Program」が開始されて 2009 年に一旦終了したものの、その後再び国家プログラムとして現在も実施されている。2005 年には 74.4%の女性が貧血と診断されていたが、2008 年には 30%にまで低下したとのことである（National Flour Fortification Program からの聞き取りによる）。2010 年には小麦粉への鉄添加は法律化され、鉄添加小麦粉の義務化、添加率の基準が整備され、現在国内生産の 95%の第 1 級小麦粉に鉄が添加されている。鉄の他にも亜鉛とビタミン B 複合体（B1, B2, B6, B12, ニコチン酸、パントテン酸、ビオチン、葉酸）が含まれる。添加小麦粉の価格は、添加されていない小麦粉に比べて 1 トン当たり 4 千スム（180 円）高いだけであり、価格が抑えられている。これは、小麦粉会社は原料に対して使用した添加物の価格を政府に支払う回転資金システムをとっているためである。品質検査は定期的に行われている。

2) ヨウ素

WHO 「Global Database on Iodine Deficiency (Vitamin and Mineral Nutrition Information System)」によれば、2005 年全国 14 の市と州で 4,200（各州 300 ずつ）の尿検体を調査した結果、尿中ヨウ素排泄量¹³の中央値は 141.2 $\mu\text{g}/\text{L}$ で、50 $\mu\text{g}/\text{L}$ 未満の Moderate deficiency が 20%、20 $\mu\text{g}/\text{L}$ 未満の Severe deficiency が 12%存在した。Severe deficiency の割合が最も多いのはカシュカダリア州で 31.3%存在し、同州では Moderate deficiency を含めると約半数がヨウ素欠乏症であった。政府は 2009 年に塩へのヨード添加を法律化し、ヨード化塩の製造、販売を進めている。

3) ビタミン A

ウズベキスタン政府は UNICEF/WHO ガイドラインに従って、6-11 か月の子供に 1 回、12-59 か月の子供に 6 か月ごとにビタミン A 投与を行っている。2003 年から、保健省は UNICEF とビタミン A 欠乏症予防プロジェクトを実施している。ビタミン A を一度も投与されていない子供は 8%で、この割合はタシケント市で高い傾向（35%）にあったが、UNICEF によれば、現在は国内の 98%の子供が投与されており、タシケント市の割合も同様に高いとのことである。

¹³ 尿中ヨウ素排泄量中央値が 50-99 $\mu\text{g}/\text{L}$ は Mild、20-49 $\mu\text{g}/\text{L}$ は Moderate、20 $\mu\text{g}/\text{L}$ 未満は Severe と分類される。

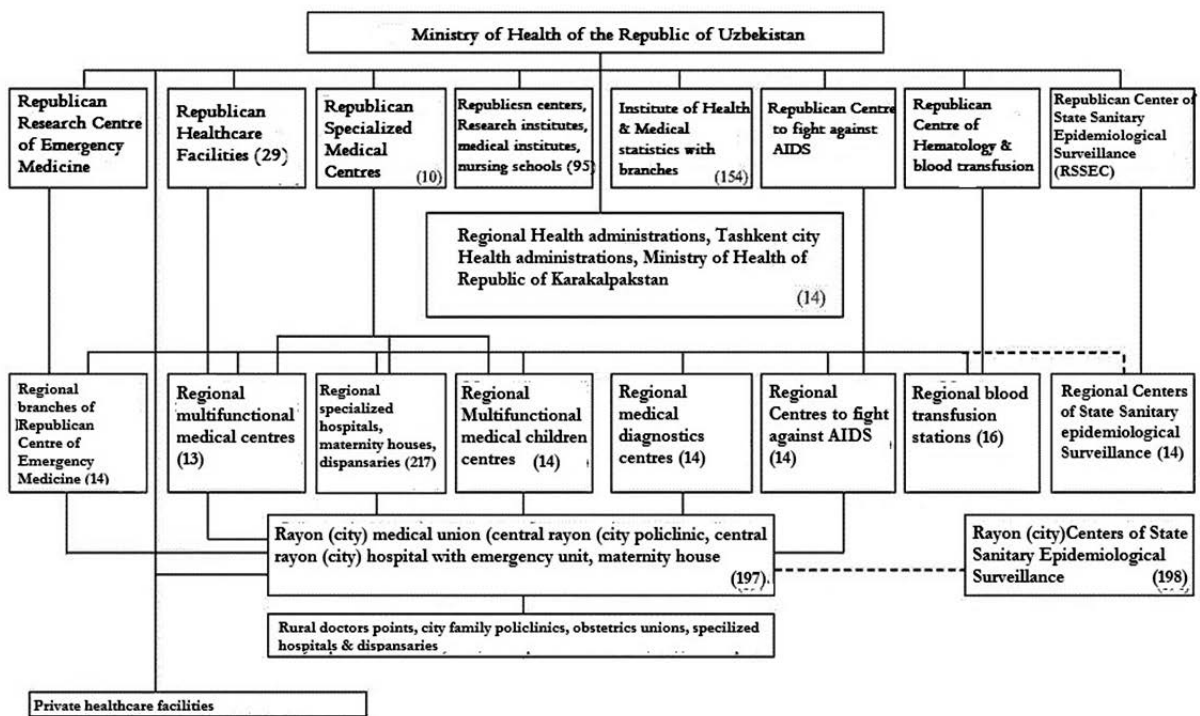
第5章 保健システムの状況

5.1 保健サービス供給体制、リファラルシステム

5.1.1 保健サービス供給体制

(1) 保健医療施設

2012年の共和国統計委員会（SCOS: State Committee of the Republic of Uzbekistan on Statistics）のデータによると、全国に外来保健サービスを提供している施設は 6,389 カ所、入院施設は 1,225 か所ある。そのうち、保健省管轄下の外来施設は 4,154 カ所（65%）、入院施設は 743 カ所（60.6%）である。民間保健施設は、外来施設 2,091 カ所（32.7%）、入院施設 414 カ所（33.8%）ある。その他に、国防省や総務省、国民労働・社会保障省といった他省や国営航空会社などによる施設がある。民間保健施設があるものの、ウズベキスタンでは、外来・入院ともに 90%以上の患者が公的保健施設からサービスを受けており、公的保健施設が主要な役割を占めている。ウズベキスタンのサービス供給体制は、1 次的ケア、救急ケア、専門的ケア、「社会的に重要かつ危険な」健康状態へのケアに区分できる。ウズベキスタンの保健サービス供給体制を下図に示す。

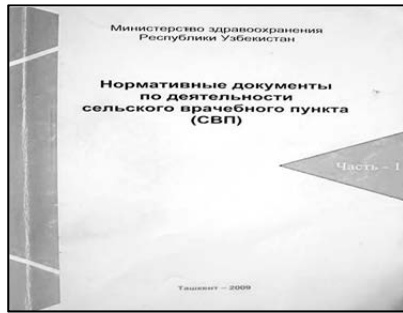


出典：ウズベキスタン保健省ウェブサイト

図 5.1 保健サービス供給体制

地方部における保健サービス供給体制と編成は、図 5.2 のように示される。新しいシステムにおける SVP の再編成は、WB 支援による「Health I」及び「Health II」プロジェクトにより実施され、建物や機材の整備が行われた。現在実施中の「Health III」プロジェクトでは RMU の再編成に取り組む事になっている（後述の「7.2 ドナー活動状況」を参照）。

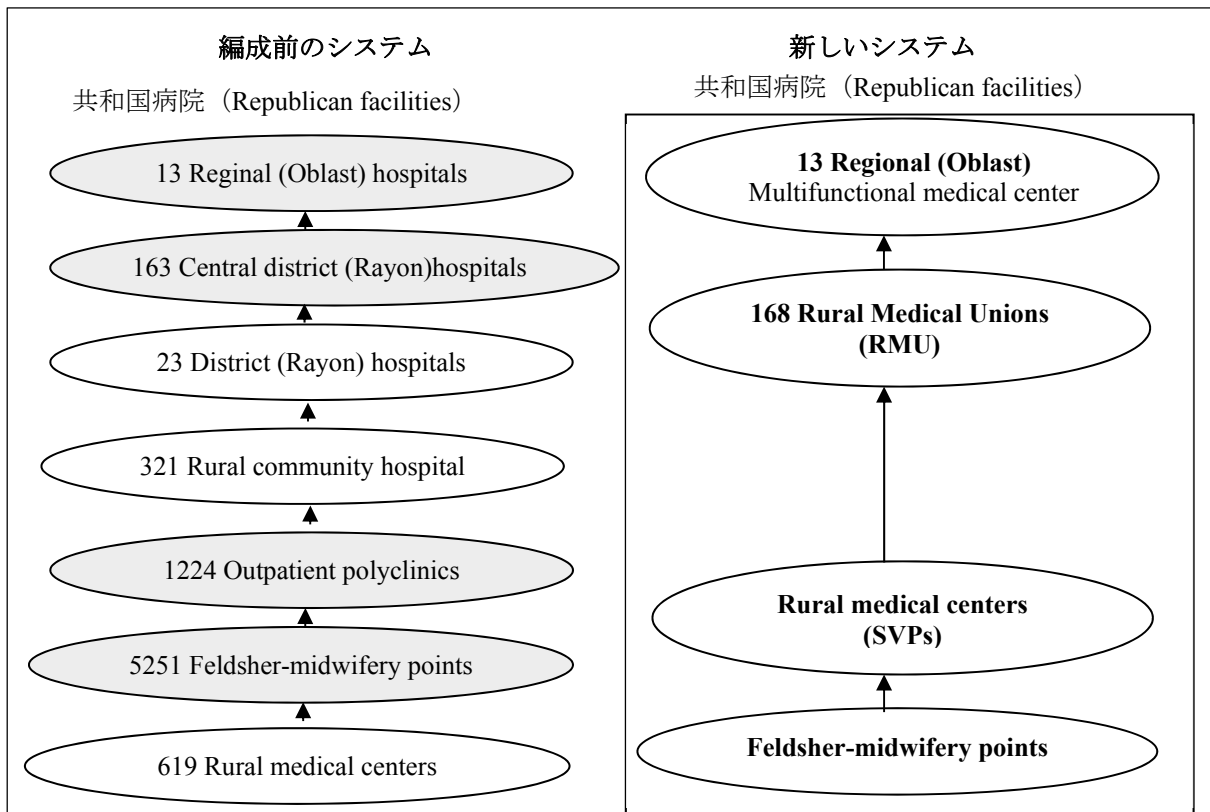
SVP の機能や活動に関し、2009 年に「SVP の活動改善に関するウズベキスタン共和国保健大臣令」80 号が発令されている。本令により、SVP 院長の義務や SVP 財務担当者に関する規定、SVP における GP に関する規定、SVP で行われる医療サービス、予防対策が規定された。また、対象住民数、医療従事者数、SVP の活動の主な指標が設定されている。下写真は、SVP の役割を示した冊子の表紙と、その中で疾病や症状ごとにどのレベルの保健医療機関で管理すべきかを記したページである。



写真：SVP の役割を定めた文書

Перечень заболеваний	Объем оказываемой медицинской помощи				
	Диагностика и лечение в СВП	Диагностика	Хирургическая помощь	Специализация в РМО	Рейтинговая диспансеризация
1.1.1 Трахеит	+				
1.1.2 ХОБЛ	+				+
1.1.3 Бронхиты острые и хронические	+				
1.1.4 Бронхиальная астма*	+				+
1.1.5 Астматический статус				+	
1.1.6 Бронхоэктазическая болезнь				+	+
1.1.7 Плеврит**	+				
1.1.8 Плеврит - а) сухой б) экссудативный					+

写真：疾病別にどのレベルで治療すべきかを記した表



* ナボイ州病院は建設中であり、JICA 及び KfW の支援により機材整備される過程にある。
 ** 多くの地方病院が閉鎖、再編成される予定となっているが、地方の農村部や砂漠地帯における地方病院は残ると思われる。
 *** 補助医師・助産ポイントの多くが閉鎖、再編成される予定となっているが、遠隔地には一部残ると思われる。

出典：調査団作成

図 5.2 地方部における保健サービス供給体制と編成

新システムにおいては、1次レベルを簡素化し、GP 制度を取り入れた事により、編成前よりも効率的に下位施設から上位施設への患者のリファーが行われるようになっている。また、上位施設は下位施設に対して、医師の派遣やスーパービジョン等の技術的なサポートを行っている。一方、郡レベルでは RMU 院長が郡全体の保健の責任者であり、SVP 等の情報は基本的には RMU に集約され、SVP 等に対する施策や毎週州保健局で行われる定例会での報告等に用いられている。

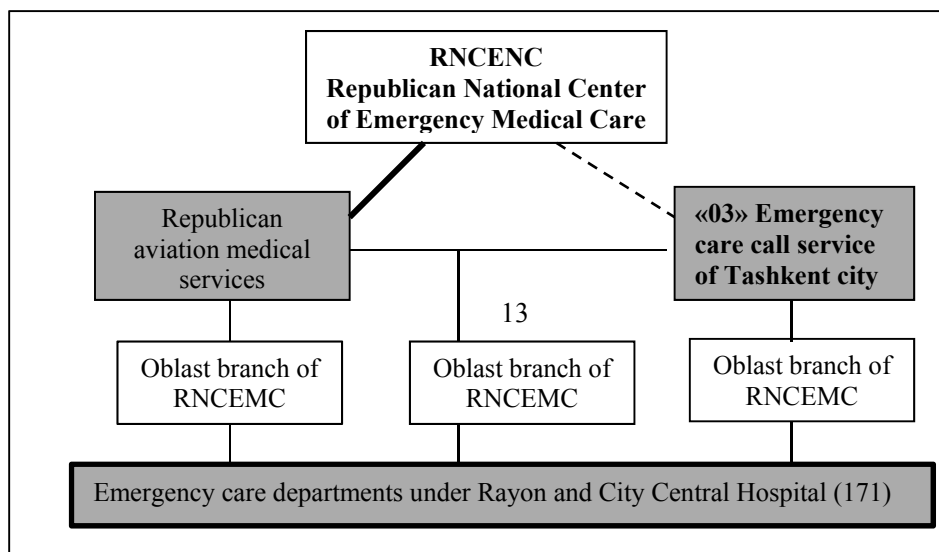
保健省は、2012 年から 2015 年にかけて、医療施設の病床数（郡レベル：1,322 床、州レベル：2,527 床、共和国レベル：360 床）を実際の利用率（病床利用率や患者数など）に鑑み、適正化を

図るため削減する事を計画している。また、効率が低い 45 の結核施設（1,830 床）も削減する計画である。また施設間ネットワークとベッド使用の最適化のため、2011 年から 2013 年にかけて、77 の医療施設（288 の建物）が閉鎖され、6,626 床が削減された（保健省資料による）。

(2) 救急医療サービス

救急医療サービスは下図のように共和国及び州の救急医療センター並びに郡や市レベルの病院内の救急医療科から構成されている。

救急医療サービスは、年間 635,000 人に提供されている。120 台の救急車と 758 台の特別車を整備した結果、住民への救急医療サービスのカバー率が 78.8%から 92%に増加し、330,000 人以上に救急医療サービスを提供する事が可能となった。また、2011 年と比較すると、2013 年は、入院患者の手術時間が平均 6 時間から 1 時間に短縮し、平均入院日数は 6.1 日から 5 日に減少しており、医療サービスの質が向上している。



出典：保健省資料

図 5.3 救急医療サービス組織図

(3) 共和国専門病院

タシケント市には国家レベルとして、下記の分野に係る 10ヶ所の専門化された共和国専門病院がある。これらは 2003 年の大統領令「将来の保健システム構築に係る施策」にもとづき整備されたものである。

- ・ 外科
- ・ 泌尿器科
- ・ 眼科（手術）
- ・ 心臓病
- ・ 産婦人科
- ・ 小児科
- ・ 治療・リハビリテーション
- ・ 皮膚科・性病
- ・ 結核・呼吸器
- ・ 内分泌

これらの専門病院では、1,000 以上の疾患について、標準的な診断と治療方法を開発し、これらサービスを患者に対し提供している。また、20,000 件以上の高度で複雑な外科的介入が毎年行われている。外来部門では、年間 580,000 人以上にサービス提供をし、困難な病気を持つ 85,000 人以上の患者のために高度で質の高い専門的医療を提供している。これら専門病院は European Society 等の協力を得ながら、診療ガイドラインの整備や新技術の習得に努めており、現在では心臓病専門病院においてはカテーテル治療が毎日 2~3 件、泌尿器科専門病院においても腹腔鏡手術が日に 10 件程度実施されている¹⁴。一方、2007 年より共和国専門病院には、全国の全ての病院の専門医療のケアを行うことが義務づけられている。

¹⁴ 両病院長に対する聞き取り結果による。

5.1.2 リファラルシステムについて

リファラルシステムは、国家保健改革プログラム（1998-2005）に従って再編されており、PHC レベルに重点がおかれている。しかし、旧ソ連邦時代からのシステムとして、外来診療と入院診療の完全分離体制があり、複雑なリファラルシステムとなっている。特に、3 次レベルの総合病院は、入院診療が中心で、退院後の外来フォローアップは、外来施設（ポリクリニックなど）に任せる事となる。しかし、総合病院の専門医と外来施設の一般医との連携が不十分であり、効率的な継続ケアの提供が行われているとは言い難い。また、専門志向が強く専門病院や分野の確立を目指しているが、各専門科間をつなぐメカニズムが弱く、なるべく外来診療で解決して医療費を節減しようというインセンティブが乏しく、安易に入院治療が選択されている¹⁵。このため、Health III プロジェクトでは、郡レベルの各専門病院（2 次レベル）、外来・入院の統合化のため、RMU 施設の改修・建設を進めている。また、州レベル（3 次レベル）においても、Oblast Multifunctional Medical Center として、統合化に向けた動きが進められている。

表 5.1 リファラルシステム

レベル	行政レベル	医療施設
4 次	国家 (保健省)	Republican Hospital (共和国病院)
3 次	州 (Oblast) (州保健局)	Oblast Multifunctional Medical Center (州総合病院)、Emergency Center (救急センター)、Specialized Dispensary (専門病院)
2 次	郡 (Rayon)	Rayon (City) Medical Union (RMU)
1 次		City : Family Polyclinic, Rayon : SVP, Feldsher-Midwifery Points

出典：調査団作成

5.2 管理・監督機能

ウズベキスタンの公的保健システムは、管理・監督機能において、共和国レベル (Republican)、州レベル (Oblast)、郡又は市レベル (Rayon/City) の 3 つのレベルに分けられる。

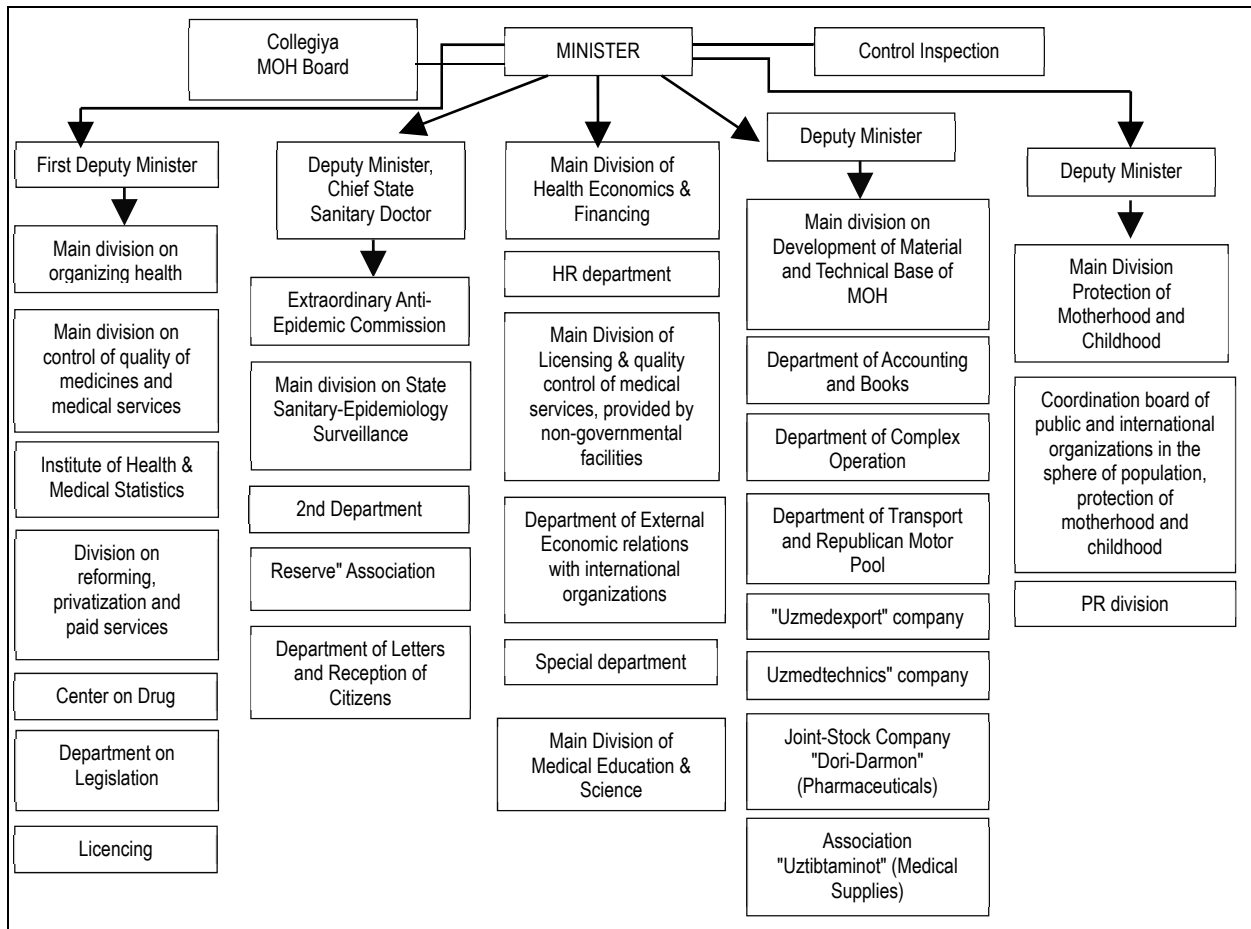
(1) 共和国レベル

保健省と他の共和国機関が、3 つの階層の最上位となり、保健省は、国の保健システムの計画、管理、組織等を担っている。保健省の意思決定機関は、「Collegiya」と呼ばれ、メンバーは、保健大臣、副大臣、大臣のアドバイザー、タシケント市の保健局長、その他の関係者が必要に応じて閣議任命され組織される。保健省は、カラカルパクスタン共和国の保健省にガイダンスを行い、州と郡/市の保健局に対しては監督責務を担っている。保健省の組織は、近年頻繁に変更されており、スタッフの増減も行われている¹⁶。

保健省における計画策定は、ドナーの協力のもと実施されているのが現状であり、計画策定能力について十分であるとは言い難い。保健省大臣の話によると、2014年6月2日に開催した全国規模のマネジメント会議では、750名のマネージャークラス（州・郡）を集め、教育・知識・技術の向上が必要な事を確認した。能力があるマネージャーは、リソースが限られていたとしてもマネジメントでき、そのためのマネジメント能力の強化が必要と考えていると述べられた。

¹⁵ ナボイ州保健医療サービス改善計画調査最終報告書要約版（2008年、JICA）

¹⁶ Ahmedov M, Azimov R, Alimova V, Rechel B. Uzbekistan: Health system review. Health Systems in Transition, 2007; 9(3): 1-210.



出典：保健省資料

図 5.4 保健省の組織図

(2) 州レベル

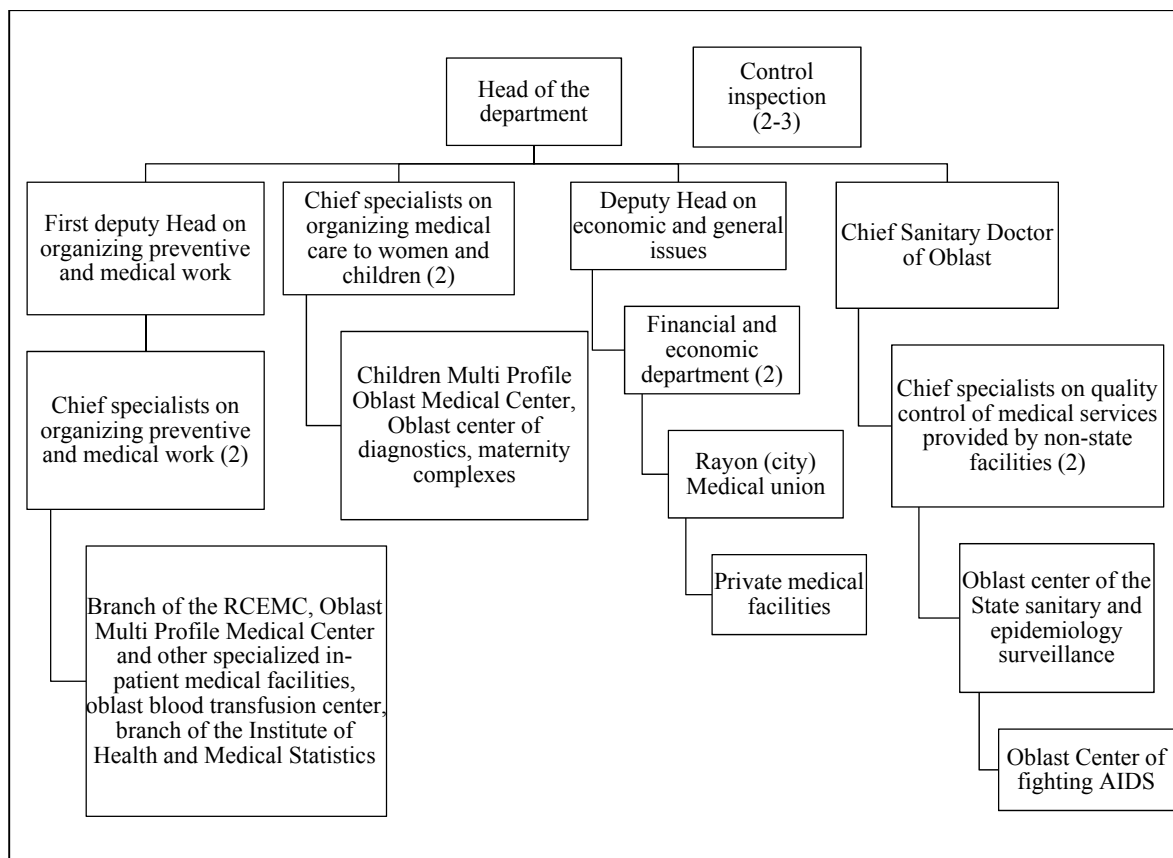
州の計画策定は、郡が立てた計画を集積し、策定される。一方、保健省からは 79 項目の計画項目が提示されており、これを網羅するように計画策定を行う。したがって州の計画には①共和国プログラム、②州内プロジェクトの 2 つが含まれる。

モニタリングについては、月報、四半期報告等を参考に実施している。医療科目ごと（垂直的）には、州の専門医が州の病院の専門医、郡の専門医を監督している。1 次レベルにいけばいくほど多くのスーパーバイズを受けていることになり、郡レベルであれば毎週何かしらのスーパーバイズを受けている。

モニタリングやデータ収集は実施されているも、結果や分析に基づいた視点が欠けており、保健省の提示した計画を参考に各州の計画策定が実施されているため、上記①と②のうち、②の各州独自の特徴や課題における対応に欠ける点がある。

保健局内では毎週月曜にジェネラル・ミーティングを開き、全ての課の長と郡長が参加し、翌週の計画について話し合い、州政府長に報告している。

アンディジャン州保健局の組織図は以下の通りである。各州の組織・体制は閣僚会議令 84 号（2008 年発令）で定められており、基本的には各州同様である。



出典：アンディジャン保健局

図 5.5 州保健局組織図

(3) 郡/市レベル

郡政府は、下位レベルとして、社会扶助のための資金管理と、健康と社会サービスを管理する責任がますます強くある。郡レベルでは、RMU や SVP が含まれ、RMU 院長が郡レベルの保健の責任者となる。

市レベルでも郡と同様に、管轄地域にある医療施設のモニタリング・管理責任を担っており、City Medical Union 院長が市レベルの保健の責任者となっている。

(4) 地方分権と中央集権

地方分権化は、徐々に進められており、州保健局に行政管理機能が委ねられるようになっている。一方で、規制されていないものの市場への出現防止、医療サービスへのアクセス保証や保健システムの改革実施のため、意思決定は中央である共和国レベルに残っている。地方分権化は、主に予算責任の委任に大きく反映されるが、州レベルでの決定は、縦割り構造と厳しい国のガイドラインや規範を維持しながら実施することになっている。州保健局は、州政府の一部であるが、独立した保健省の支部と考えられている。

5.3 保健人材

5.3.1 基礎教育制度

ウズベキスタンの医療制度における保健人材は、学歴に基づき 3 つのカテゴリーに区分される。最も高いレベルの医療従事者 (Highest level of medical personnel) は、専門家とされ、修士または博士課程を修了した大学院卒業レベル、または心臓外科といった専門コースを修了した者となり、主に医師が含まれる。次のレベルの医療従事者 (High level medical personnel) は、大学卒業レベルとなり、医科大学やタシケント薬科大学などを卒業した医師や看護師、薬剤師が含まれる。残りのカテゴリーは、中間レベル (middle level medical personnel) と呼ばれ、医療サービス提供の

ための基本的な技術コースを修了したメディカルカレッジ（医療専門高校）または専門学校卒業レベルとなる。中間レベルは、日本の高校卒業レベルに相当する。この中間レベルカテゴリーには、看護師、助産師、補助医師（Feldesher）、検査技師などが含まれる。

(1) 医学教育システム

ウズベキスタンの医学教育システムは、ユネスコの ISCED（International Standard Classification of Education：教育の国際標準分類）に基づき下図のように構成されている。

ISCED 別レベル	教育の種類		教育レベル
6	労働市場		
	博士課程の学修（少なくとも3年間）		大学院（博士）レベル
労働市場			
4-5	公衆衛生（MPH） コース	ISCED 5a 行政長官（修士号） （2-3年）	大学院（修士）レベル
	労働市場		
4-5	看護 （高い教育を受けた 看護師） 3年	医学教育 （歯科医、内科医、衛生医、お よび衛生学者、小児科医） （5-7年）	大学レベル
	労働市場		
3	ISCED 3a ● 専門学校（3年間） ● 看護学校（3年間）	ISCED 3a ● 専門学校（3年間） ● 単科専門学校（3年間） ● 看護学校（3年間）	高等教育レベル
	労働市場		
9	↑義務教育		初等中等教育レベル

*義務教育は、7歳～18歳までであるが、飛び級も多い。7歳～15歳までは小中一貫校の9年間、16歳～18歳まではリツェイ（一般教養高等学校）かカレッジ（職業専門高等学校）において3年間の教育を受けなければならない、合計12年間の義務教育としている。

出典：調査団作成

図 5.6 ウズベキスタンにおける医学教育システム

(2) 医学教育について

現在、7医学系高等教育機関（HEI：Higher Education Institutions）、医学系高等教育機関の3つの地方分校、1つの大学院医学教育のための学校がある。それぞれの学校の設置学部は下記のようになっている。また、サマルカンド州とアンディシヤン州の医療機関には、再訓練のための専門学部もある。5年間（口腔衛生学）または7年間の大学教育後、3年間の専門医学実習期間を医療施設で実施する事になっている。

- 1) タシケントメディカル・アカデミー（学部：治療学、医学、医学教育学、口腔衛生学、衛生学、看護学）
- 2) タシケント小児医学研究所（学部：小児学、医学、医学教育学、看護学）
- 3) タシケント製薬研究所（学部：製薬、バイオ技術、農業生態、薬剤教育学、産業製薬）
- 4) サマルカンド医学研究所（学部：治療学、小児学、医学、医学教育学、看護学、技術向上）
- 5) ブハラ医学研究所（学部：治療学、口腔衛生学、医学、医学教育学、看護学）
- 6) アンディシヤン医学研究所（学部：治療学、小児学、看護学）
- 7) フェルガナ・タシケント医学研究所-2（学部：医学、医学教育学、衛生学）
- 8) ヌクス・タシケント小児医学研究所（学部：小児学）
- 9) ウルゲンチ・タシケント医学研究所-1（学部：治療学、小児学、医学教育学）
- 10) 大学院医学教育タシケント研究所（学部：治療学、小児学、外科、医療・予防学）

医学研修については、タシケント医学研究所により実施されており、年間 15,000～16,000 人の医師が研修を受けている。また、ロシアで研修を受けたり、WHO や UNICEF、USAID によって各種研修が実施されている。研修参加は、義務ではなくボランティアであるが、医師は、5 年毎に 288 クレジット時間の研修を受けなくてはならないことになっている。研修を受けた医師の割合は、毎年約 22%となっている（2009 年～2012 年、保健統計）。

(3) 中間レベルの教育について

国により認定されているメディカルカレッジ（医療専門高校）、専門学校は、78 校あり、11 専門コースが設置されている。看護師は、その後の専門教育として、医科大学に併設された看護学科で3年間学ぶ事で大学卒業レベルと見なされる。

5.3.2 保健人材の種類と労働力の配分

(1) 医師について

保健省のデータによると、医師数は、人口 1 万人当たり 29.6（2000 年）から、24.2（2012 年）と低下している。最近 3 年間の各州における医師数（GP）と人口 1 万人当たりの医師数は、下表のようになっており、各州でバラつきが見られる。

表 5.2 各州における医師（GP）数と人口 1 万人当たりの医師数（2010 年～2012 年）

市・州・共和国	医師数 (全ての専門医含む)				人口 1 万人当たりの 医師数			
	2010	2011	2012	(GP)	2010	2011	2012	(GP)
タシケント市	8,175	8,178	8,053	704	35.8	35.5	34.6	3.03
アンディジャン州	6,267	6,274	6,221	904	23.7	23.3	22.7	3.30
ブハラ州	4,888	4,691	4,734	719	29.2	27.7	27.5	4.18
ジザク州	1,949	1,923	1,956	198	16.8	16.3	16.3	1.66
カシカダリア州	5,164	5,115	5,044	474	19.2	18.6	18.0	1.69
ナボイ州	1,654	1,679	1,711	258	19.1	19.1	19.3	2.92
ナマンガン州	4,668	4,627	4,622	592	19.8	19.3	18.9	2.43
サマルカンド州	7,728	7,774	7,699	867	23.8	23.6	22.9	2.59
スルハンダリア州	3,633	3,609	3,568	429	16.9	16.4	15.9	1.92
シルダリア州	1,460	1,465	1,435	190	20.2	20.0	19.3	2.55
タシケント州	5,337	5,187	5,103	624	20.3	19.5	19.0	2.33
フェルガナ州	6,405	6,464	6,504	981	20.0	19.9	19.7	2.97
ホレズム州	4,116	4,365	4,324	500	25.9	27.0	26.3	3.05
カラカルパクスタン州	3,749	3,750	3,727	467	22.4	22.2	21.9	2.74
国立病院	7,329	7,446	7,306	59	-	-	-	-
全国	72,522	72,547	72,007	7,966	25.1	24.7	24.2	2.68

出典：保健統計 2012 Institute of Health and Medical Statistics

SCOS (State Committee of the Republic of Uzbekistan on Statistics) によると、2012 年の全ての医療施設の医師の合計数は、81,337 人（保健省に登録されている専門医 72,007 人含む）であった。全ての医療施設における医師の充足率は、全国で 92.3%（2012 年）となっており、2004 年以降、90%以上の充足率を維持している。2012 年時点における全国の女性医師の割合は、38,184 人（53%）であり、女性医師の割合が最も低いのは、ジザク州の 735 人（37.6%）であり、タシケント市の 6,067 人（75.3%）が最も高い。5 年未満経験の医師の従事者数は、1 万人あたり 4.7 人（2000 年）から 3.6 人（2012 年）に減少している。

また、医師の内の約 4000 人が SES (Sanitation Epidemiological Station) の専門医であり、充足率は約 62%（全 6458 施設）となっている。

(2) 看護師について

保健省の統計では 310,313 人を 2012 年時点の「Nurse」として示しているが、その内訳をみると、助産師、診療補助、歯科、視力矯正師、検査技師、X 線技師といった職種が含まれており、看護職としてひとまとめに数値を計上しているため、注意が必要である。保健省の統計によると、看護職者数は、228,000 人（2001 年）から 310,313 人（2012 年）に増加している。人口 1 万人あたりの看護職者数の割合は、100.5（2000 年）から 104.2（2012 年）に上昇している。他の CIS 諸国と比較すると、人口対看護師の割合が高く、日本と同水準の割合¹⁷との見解をもっている。看護職者の充足率は、2004 年～2012 年では、97.1%～99.0%と高い充足率を示しており、各州においても 90%代後半となっている。看護師（Nurse）として分類されている人数は下表のようになり、全体の約 76%を占め、その他の職種は残りの約 24%を占めている。

表 5.3 各州における看護師数と人口 1 万人当たりの看護師数（2012 年）

市・州・共和国	大卒看護師* (Nurses with higher education)		看護師* (Nurses)		合計	
	看護師数	人口 1 万人 当たり	看護師数	人口 1 万人 当たり	看護師数	人口 1 万人 当たり
タシケント市	241	1.04	14,725	63.31	14,966	64.34
アンディジャン州	103	0.38	19,461	71.14	19,564	71.52
ブハラ州	117	0.68	15,021	87.40	15,138	88.08
ジザク州	18	0.15	8,564	71.62	8,582	71.77
カシカダリア州	37	0.13	21,939	78.24	21,976	78.37
ナボイ州	18	0.20	7,276	82.23	7,294	82.44
ナマンガン州	82	0.34	18,679	76.57	18,761	76.90
サマルカンド州	106	0.32	20,027	59.72	20,133	60.04
スルハンダリア州	38	0.17	16,002	71.45	16,040	71.62
シルダリア州	25	0.34	7,490	100.54	7,515	100.87
タシケント州	77	0.29	23,030	85.82	23,107	86.11
フェルガナ州	85	0.26	31,618	95.66	31,703	95.92
ホレズム州	103	0.63	11,239	68.46	11,342	69.09
カラカルパクスタン州	90	0.53	11,820	69.44	11,910	69.96
国立病院	161	-	8,405	-	8,566	-
全国	1,301	0.44	235,296	79.02	236,597	79.46

*看護師は、3 年間の医療専門高校終了レベル。大卒看護師は、医学部併設の看護科でさらに 3 年間修学したレベル。

出典：保健統計 2012 Institute of Health and Medical Statistics

(3) 臨床工学技士について

医療技術者については、人材不足と専門性が低いことがインタビューを実施した調査機関から寄せられた。国家統計によると、国全体で臨床工学技士は約 68 名しかいないことになっている。2004 年以降、タシケント州立ポリテクニク大学で、臨床工学技士を養成する修士課程が設立された。また、タシケントのチランザー電気工学大学で研修を受ける事ができる。地方では、多くの臨床工学技士は、専門性を欠き、新しい機材が導入された際に、機材の供給会社や薬剤会社などから非公式にトレーニングを受けている。

5.3.3 雇用形態と人材配置

医療従事者養成学校の卒業生は、PHC レベルの施設の医師として雇用される。学費の自己負担

¹⁷ 日本の人口 1 万人対看護師は、114.9 (WHO, 2012)

または国からの奨学金に関わらず、規則により全ての医師が、修士コースへの進学または、臨床医学に従事する事になっているが、約 90%の卒業生は、就職をしていない。人員配置については、施設レベルと年齢に偏りが見られている。業務内容については、2009 年に SVP の標準業務内容を規定したところであるが、各種医療人材に対する基準がない事が課題となっている。また、施設数が減少していることから、医療従事者数も減少していくと考えられる。

経済省のデータによると、医療従事者は、高い教育コストにもかかわらず、労働市場では低い賃金に分類されている（聞き取りでは看護師の月給 100 ドル、医師 500 ドル）。このため、医療従事者は、他国で働いたり、民間セクターに移ったり、保健医療分野以外に職を替えている事例が報告されている。従って、魅力的な賃金形態の見直しが必要とされており、保健省の資料によると、医療従事者の給与については、2014 年 3 月 5 日に発行された閣議決定 No 50 「Measures of further optimization and efficacy of SVP activities」により、継続勤務により SVP の訪問看護師（Patronage nurse）の給与が 20%-40%上げられる。これは、訪問看護師の活動を活発化させたい狙いがある。また、SVP の医療従事者の月給は、5-10%または 10-20%に増加する。並行して、財政プロモーションの展開を目的とした医療機関の基金の共有を 25%-50%増加する。いくつかの地域では、特殊な労働条件で働く SVP スタッフのための関税率 25%の特別給与の支給が導入される。また、地方の PHC を管理、調整するために、中央外来総合病院に SVP コーディネーター職が導入される事となっている。

5.3.4 政策

「国家保健改革プログラム（1998 ～ 2005 年）」に基づき 1998 年に始まった国の制度改革により、PHC レベルを強化するようになり、ウズベキスタンの医療システムは大きく変化した。各ドナーの支援、特に WB による Health I 及び Health II プロジェクトのもと GP および看護師の再教育が大々的に実施された。さらに現在実施されている Health III プロジェクトによりトレーニングは継続実施されている。この改革により、家庭医学や一般診療といった新しい専門分野が開発された。しかし、同時に多くの専門分野を持っていない卒業生を排出することになり、これらの医師はポリクリニックでしか働く事ができないのが現実である。インタビュー調査では、産婦人科（3.61）、胃腸科（0.07）、思春期科（2.37）、小児科医（8.17）、耳鼻咽喉科（0.49）、心臓病（0.40）に関する専門医が不足している事に対する懸念が挙げられた（（）内の数字は人口 1 万人あたりの各専門医数、保健統計 2012 年のデータ）。また、標準保健ケアと認証資格受領のための必要条件が規定されていないため、必要な人材を推定する事、医療サービス範囲を定義する事が困難となっている。さらに、現在実施されている医療施設の統廃合は、人材不足と相まって、多くの医師を再トレーニングや再教育することにつながっている。

その他の問題として、地方住民の入学定員割当の廃止は、農村部からの教育へのアクセスを制限し、結果、都市部と農村部における医師の配置が効率的に機能しないことにつながっている。

5.4 保健財政

5.4.1 保健財政

ウズベキスタンの保健分野に対する 2012 年の公的支出は、下表に示す通り 15.99 億ドル、GDP に対する比率は 5.9%である。2007 年の 5.12 億ドルに比較して約 3 倍と高い伸びを示している。公的保健支出の国家支出に占める割合は、7.9%から（2007 年）9.7%（2012 年）に年々増加している。

表 5.4 保健財政指標の推移

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
公的保健支出 (億米ドル)	5.12	7.06	8.99	10.94	12.61	15.99
国内総生産における保健支出の割合 (%)	5.5	5.6	5.2	5.7	5.6	5.9
国内総生産における公的保健支出の割合 (%)	2.3	2.5	2.6	2.8	2.9	3.1
国内総生産における民間保健支出の割合 (%)	3.2	2.6	2.7	2.6	2.8	2.8
公的保健支出の国家支出に占める割合 (%)	7.9	7.6	8.4	8.6	8.5	9.7
総保健支出における公的支出の割合 (%)	42.2	49.1	48.8	51.9	50.9	53.1
総保健支出における民間支出の割合 (%)	57.8	50.9	51.2	48.1	49.1	46.9
民間支出のうち家計による直接負担の割合 (%)	94.0	93.9	94.0	94.0	94.0	94.0
総保健支出における家計による直接負担の割合 (%)	54.4	47.8	48.1	45.2	46.2	44.1
保健支出全体における外部資金の割合 (%)	1.5	2.3	1.8	1.8	2.0	1.5
一人当たりの公的保健支出 (米ドル)	16	19	26	33	43	-
一人当たりの自己負担 (米ドル)	24	28	33	37	39	-

出典：WHO Uzbekistan Statistics 2013 年、Global Health Expenditure Database (<http://apps.who.int/nha/database>)

一方、患者自身による自己負担も同様に増加しており、2011 年の一人当たりの支出は 2007 年に比較して約 1.6 倍の 39 ドルとなっており、この数値は一人当たりの公的支出の 43 ドルとほぼ額である。これは、2004 年の大統領令「将来の保健システムの再構築に係る施策」において患者負担による有料診療（利用者負担制度）が導入されたためである。また、2010 年の一人当たりの総医療費は、80 ドルであり、WHO 欧州地域の平均 3,373 ドルより遥かに下回っているが、低中所得国の平均 72 ドルよりは上回っている¹⁸。

2012 年の総保健支出における公的支出の割合は 53.1%、民間支出の割合は 46.9%となっている。2007 年の総保健支出における公的支出の割合は 42.2%、民間支出の割合は 57.8%であったため、公的支出と民間支出の割合が逆転している。しかし、民間支出のうち家計による直接負担の割合は、約 94.0%（2007 年～2012 年）と変わっていない。これは、WHO 欧州地域の平均 68.7%より高く、低中所得国の平均 87.8%¹⁹より高い（2010 年）。また、総保健支出における家計による直接負担の割合は、44.1%（2012 年）あり、近隣諸国のカザフスタン 41.7%、トルクメニスタン 36.8%、キルギス 34.8%よりも高い。日本では、14.1%となっている²⁰。これらの事から、ウズベキスタンでは、自己負担が大きいと言える。保健サービスへの自己負担金額が高いことは、家計を脅かすことになり、保健サービスへのアクセスの阻害要因となりうる。

一方、個人で保健支出のために資金をプールすることには限界があり、公的に個人の資金を集めプールするメカニズムが望まれている²¹。1998 年の大統領令の中で、保健財源の選択肢の一つとして医療保険をあげられているものの、義務的な保険（公的健康保険）に関する法整備が遅れたために、民間保険が先行している。公的保険の導入に際しては、法整備に加え保険料徴収並びに支払いシステム等の多くの事項に対する制度設計や検討が必要である。このため保健省財務部が中心となり、委員会を立ち上げこれら課題に対する検討が始められている。

また、非感染性疾患の増加に伴い人口 1 人当たりの総保健支出は、2007 年を基準年として 2012 年に 1.95 倍、2017 年に 3.20 倍、2022 年に 4.78 倍に増加すると予測されている。その内訳として、政府保健支出は 2012 年に 2.03 倍、2017 年に 3.42 倍、2022 年に 5.18 倍になり、民間保健支出も、2012 年に 1.87 倍、2017 年に 3.00 倍、2022 年に 4.39 倍になると考えられている²²。

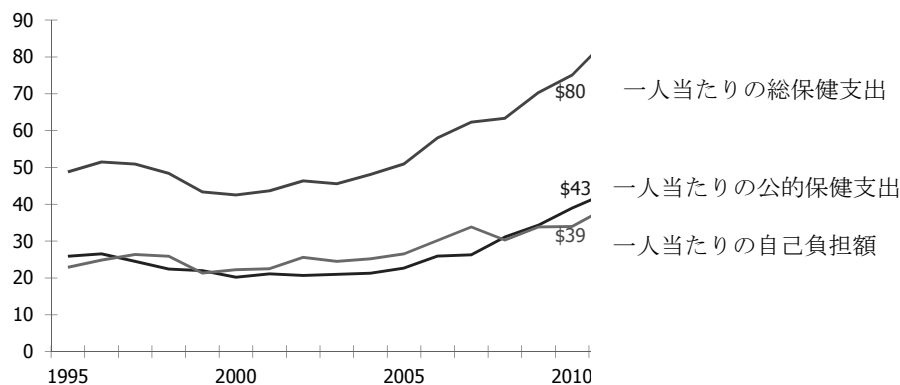
¹⁸ World Health Statistics 2013 (2013 年、WHO)

¹⁹ World Health Statistics 2013 (2013 年、WHO)

²⁰ Global Health Expenditure Database、WHO (<http://apps.who.int/nha/database>)

²¹ 保健省財務部部長よりの聞き取り結果。Country Cooperation Strategy (2011 年、WHO)

²² ナボイ州保健医療サービス改善計画調査最終報告書要約版 (2008 年、JICA)



出典：WHO, Health System Financing Profile by country, 2012

図 5.7 一人当たりの保健支出 (constant 2012 US\$)

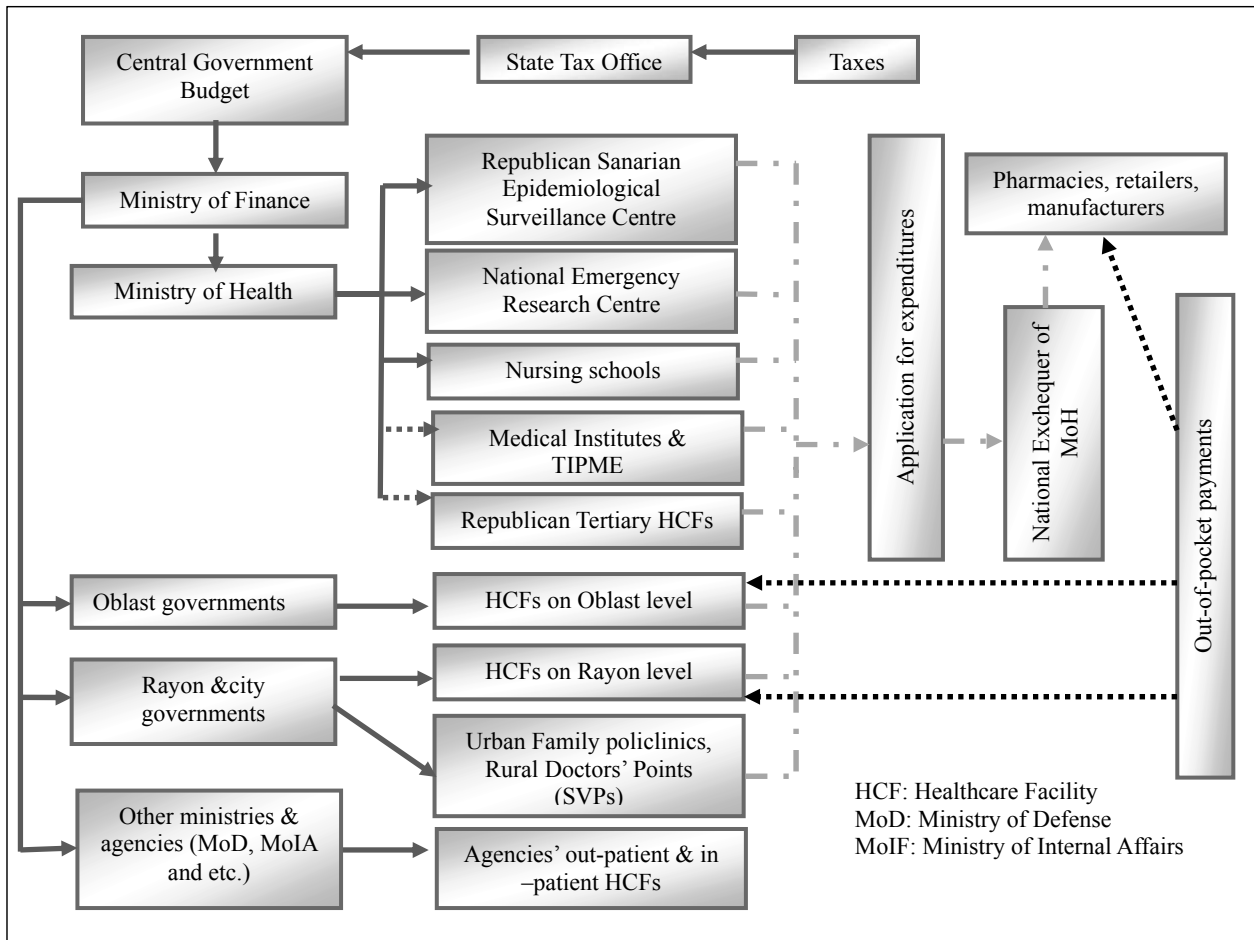
なお、ウズベキスタン政府は国民の健康を保障するということから、母子保健サービス、緊急医療、PHC レベルでは無償での医療行為を提供している。また、「社会的に重要かつ危険」と分類された特定疾患である結核、がん、性感染症、精神疾患、麻薬中毒、内分泌疾患は、公的保健機関によってサービス提供され、公的資源により完全に賄われる事になっている。また、政府が認定した下表の患者グループは、負担減免措置が受けられることになっており、全てのケアが無料で提供される。しかし、予算がなくなると、下記の患者でも費用を支払うことになる。下記患者の中で、一番優先順位が高いのは、「マハラが指定した貧困家庭」の患者となっている。処方薬は、有料となる。

表 5.4 医療費無料になる患者

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 障害 1&2 のカテゴリー 2. 孤児 (両親ともいない) 3. チェルノブイリ被害者 4. 第2次世界大戦とアフガニスタン戦争に従事した人 5. マハラが指定した貧困家庭 6. 引退 (退職) した人 |
|---|

5.4.2 保健システムにおける資金の流れ

保健システムにおける資金の流れは、下図に示す通りである。保健省は、管轄の共和国レベルの保健施設や研究所、教育機関に直接予算を配分している。一方、州や市/郡の保健施設は、各管轄の地方行政局から予算を配分される。

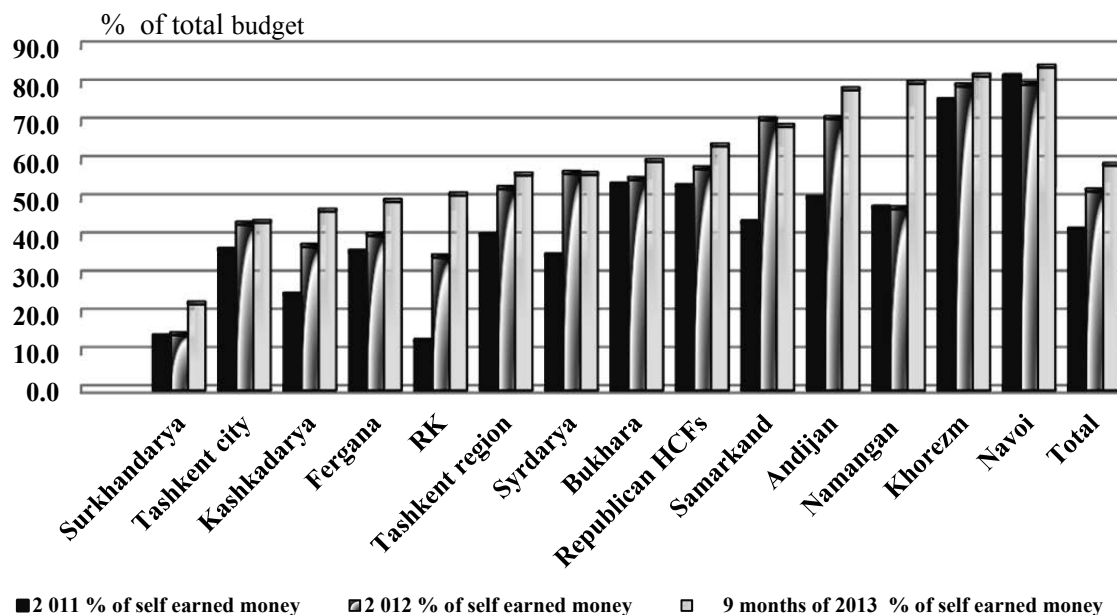


出典：調査団作成

図 5.8 保健システムにおける資金の流れ

従来の予算配分は、過去の例に倣って予算項目に応じて実施されており、主な予算割当の指標は病床数であった。WB の支援により財政改革が進められており、SVP においては、SVP が管轄する住民数により予算割当が決められる Capitation financing（人頭割予算）方式がとられている。郡レベルでは、支出に基づいた予算見積（expenses-based budgeting system）を導入しているところである（「7 章ドナーの協力状況」(2) WB 参照）。州レベルの予算は、人口に応じて予算を組み立てるため、人口の少ない州は、相対的に少ない保健予算しか組めないことになる。また各州・郡の予算は州保健局並びに郡のマネージャーが取りまとめ州政府・郡政府に提出、最終的に財務省が取りまとめることになっているが、州・郡のマネージャーは医師出身で予算の計画・立案能力が必ずしも高いものとはいえず、前年度の実績ベースでの計画に終始している。

ナボイ州保健局予算は、鉱工業が盛んなこともともあり、この 5 年間で増加を続けているが、すべて人件費の上昇分であり、維持管理や燃料・食糧・医薬品等の購入予算はほとんど変化がない状況にある。この予算不足を補うことを期待されているのが利用者負担制度であるが、ナボイ州における導入状況は芳しくない。現在建設中のナボイ州総合病院は、最も容易に制度を導入できる施設であると考えられる。他方、タシケントに次いで多くの人口を抱え、経済規模も大きいサマルカンド州にあるサマルカンド州総合病院では、利用者負担制度が進んでおり、病院の運営予算の 70%が同制度により徴収された資金により運営されており、病院の独自の判断で機材調達等が行われている。



出典：調査団員入手データより

図 5.9 共和国・州保健施設における自己収入の割合

5.4.3 健康保険制度について

ウズベキスタンでは、任意健康保険について信頼できる国家データはないが、小規模に、保険サービスが提供されている。1つのタイプは、民間保健施設が提供している自分の施設内のサービスを利用する際に利用できる保険であり、MDS (Medical Diagnostics Services) クリニックがそのような民間保健施設として知られている。また、もう1つのタイプとして、国と共同運営されている Uzbekinvest National Export-Import Insurance Company (UNIC) という保険会社がある。Uzbekinvest は、1994年にウズベキスタン政府によって国民保険会社として設立されたが、1997年に国立輸出入保険会社 (UNIC) に改編された。個人向けサービスと法人向けサービスを提供している²³。任意健康保険の価格設定については規則がなく、販売規模が小さく、リスクを最小限にし、高収入者向けの偏った対象であるため、保険金が高くなっている。MDSでは、1年間で500ドル (個人、外科治療を除く) から800ドル (家族、外科治療を除く) を徴収している (2004年時点)。UNICでは、低リスクグループと高リスクグループで複雑な料金システムが設定されている²⁴。十分でない健康保険制度は、上述のように高い自己負担を強いており、保健サービスの平等なアクセスを阻害する要因となっている。

健康保険制度について、ウズベキスタン関係者に対する聞き取り調査より、現在では高い治療費から自分を守るといった意味合いが理解されてきているように感じられた。本邦研修で日本の国民皆保険制度を学んだ保健省財務部長は、将来の導入を見据えて関係者によるワーキンググループを組織している。またアンディジャン州保健局長もドイツに研修に行った際にドイツの健康保険制度について学ぶ機会があり、導入したいとの意向から、州内にある30社の企業に働きかけ、賛同を得ている (州内には韓国の車体組み立て工場がある)。

5.5 保健情報システム

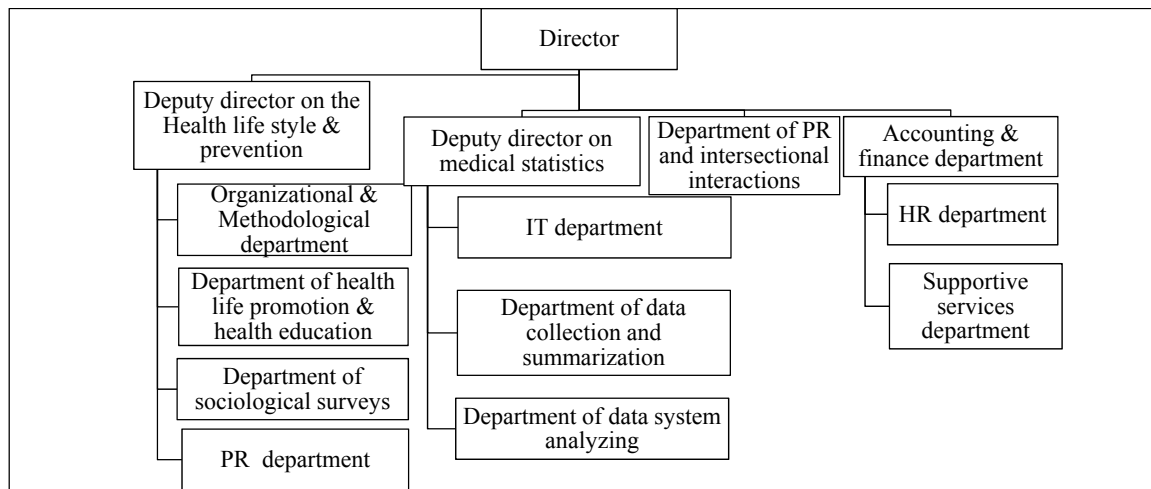
5.5.1 保健情報システムに関する法律と規制

ウズベキスタンの保健統計における情報収集は、2002年に発行され、2012年に改訂された特別法「国家統計」、及び2013年に発行された「2014年における国家統計処理に関する見解」によ

²³ Uzbekinvest ホームページ (<http://en.uzbekinvest.uz/>)

²⁴ Uzbekistan: Health System Review 2007 (2007年、Mohir Ahmedov 他)

り規定されている。また、保健省のシステムにより、統計的会計処理を行うことが規定されている。保健情報システムにおける主な責任者は、共和国統計委員会（State Committee of the Republic of Uzbekistan on Statistics）と、保健省の機関である保健医療統計局（IHMS : Institute of Health and Medical statistics）である。IHMS は、下図のような組織構造と人員配置がされている。



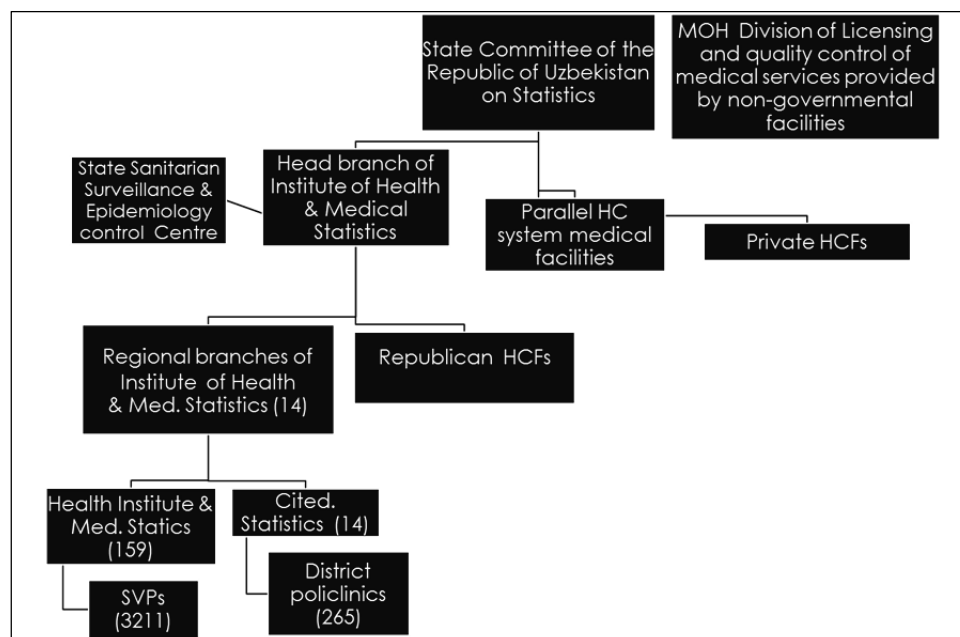
出典：調査団作成

図 5.10 IHMS の組織図

表 5.5 IHMS の人員配置

職種	健康増進&健康教育部門	医療統計部門	合計
医師	521	408	929
看護師	552	1860	2412
その他	792		

IHMS は、各州に支部があり、さらに郡にも支部が設置されている。統計情報は、SVP⇒郡 IHMS⇒州 IHMS⇒共和国 IHMS の順に、データによって四半期、年間で収集される。共和国レベルの病院は、共和国 IHMS に直接報告するシステムとなっている。



出典：調査団作成

図 5.11 保健情報システム

5.5.2 保健情報システムの現状

現在の保健情報システムは、多くのデータが収集され、統計処理が不十分であり、断片化されていることが課題となっている。保健省により指示されている統計フォームは、治療サービスを提供している医療施設における 299 会計指標、衛生監視制御（サーベイランスシステム）のための 138 指標の合計 437 指標、および約 30 のレポートフォームがある。さらに、公共・民間医療施設は、様々なデータを、異なる機関に報告する必要がある。下記に主なデータ収集とその過程について示す。しかし、これらのデータ収集システムは、互いに独立して機能しているため、収集されたデータがどのくらい重複しているか、異なるレベルで集約されているか明らかではない。

- 1) 国家統計：共和国統計委員会は、州と郡に設置されている統計局を通じて、データを収集している。このデータ収集システムは、罹患率、死亡率、出生、ヘルスケア施設、物流に関する指標をカバーしている。3 種類の統計があり、定期的にオンラインでウェブサイトを紹介して提出しなければならない。
 - フォーム 1：医療活動（入院・外来患者部門、スタッフ、病気の発生率と有病率）
 - フォーム 2：子供のためのヘルスケア
 - フォーム 3：妊娠・出産・産褥期の女性のためのヘルスケア
- 2) IHMS：IHMS は、保健省の主要なデータ収集機関であり、すべての公共医療施設から郡の統計局（Rayon Organizational and Methodological Units of District Medical Unions）を経由してデータを収集している。収集されたデータは、その後、州の IHMS で処理され、その後、タシケントの中央 IHMS に集約される。
- 3) 衛生疫学（SES）システム：本システムは、保健省の一部であるが、IHMS のシステムとは別に、感染症や健康増進に関するデータのみ収集されている。そして、頻繁に全てのレベルで意思決定の際に使用される手段となっている。データは、すべての公共医療施設から収集されており、最初に郡レベルで衛生・疫学単位で収集される。その後、州、そして国の衛生疫学部門に集約される。
- 4) プログラム：国家プログラムは、モニタリングと評価のために、独自のデータ収集システムを開発している。このようなデータ収集システムの例としては、結核研究所と薬局システム、HIV / AIDS ネットワーク等が挙げられる。他の例としては、ユニセフの支援により開発された国立周産期センターの新生児死亡データベースがある。収集されたデータの使用は限られており、保健省のトップレベルのみ使用可能となっている。
- 5) その他の公的保健システム：国防省、国家安全保障サービス、総務省、ウズベク航空と他の省庁や企業によって実施されている保健システムでは、独自のレポートシステムを使用している。これらの並列システムによって収集されたデータの中には、まれに、保健省のデータ収集システムに組み込まない可能性があり、各地域により異なる。また、一部のデータは、共和国統計委員会に提出するために使用される。
- 6) 民間の医療システム：民間医療施設や NGO により提供される医療サービス施設は、共和国統計委員会や、保健省の品質管理部門にデータを提出している。また、泌尿器科、循環器、眼科、内分泌学、産婦人科、薬局などのような各サービスにおいて独自のデータを収集し、IHMS にそれらのデータを共有することなく、本部のタシケント施設内に集約している。

5.5.3 ウズベキスタンにおける保健情報システムの変遷

1999 年、保健省の統計局は、情報センターとコンピューティングセンターを合併し、国家情報分析センターを新しい部門として設置した。データ収集に加えて、センターでは、情報システム、IT およびデータ解析の開発を担当していた。データ収集を実施すると共に、データ収集および公的保健医療システムにおける IT の発展に関して、国家戦略及び政策を確立する上で重要な役割を果たしてきた。センターとそのすべての責務は、2005 年 4 月に IHMS に編入された。

その後、ヘルスケアシステムにおける IT 開発のため、「UZMEDINFO」が設立された。これは、WB プロジェクト「Health II」で整備された。現時点では、感染症・疫学サーベイランスやドナーに関する全てのデータは、このシステムを介して収集されている。

収集したデータに基づいて、IHMS では、保健省の関係機関に配布する様々な定期レポートを作成している。これらのすべてのレポートは、ほとんど地方の郡や施設レベルに注意を払わず、国や州レベルでの意思決定と政策決定を容易にするように設計されている。また、これら報告者は 4 半期または 1 年に 1 回の割合で作成されているため、地方の行政官に対する政策や意思決定のための分析や統計に関する研修の不足という問題もあり、収集されたデータの有効利用は十分ではない。

また、IHMS におけるデータ収集は、特に現場レベルでは手動で行われており、州から集約されたデータが、国家レベルで電子データベースに入力されている。IHMS が実施しているデータ収集プロセスは、現在、公共部門に限定されているため、現時点では、民間セクターの正確なデータ収集は行えておらず、民間セクターに関する正確な情報が不足している。しかし、近年の民間セクターの業務拡大を鑑みると、疾病状況に加え、患者の自己負担額や医薬品の使用状況等を把握する上で、将来的には民間セクターの保健情報を収集する必要がある。

Health III プロジェクトでは、National Health Accounts (NHA) の開発が保険財政強化とマネジメント改革の活動の 1 つとして組み込まれている。医療サービスに対する支出に対するパイロット世帯調査が実施されている。NHA を実施するにあたり考えられる阻害要因は、主要なデータ収集プロセスと分析における責任者が不明瞭な状況にあることである。現段階では、IHMS は、国家レベルから NGO レベル、また世帯における自己負担費用を含めたすべての資金の流れに関するデータを収集するための資源と力を有していない。

5.5.4 保健情報システムにおける主な課題

上述の現状をまとめると、以下の課題が挙げられる。

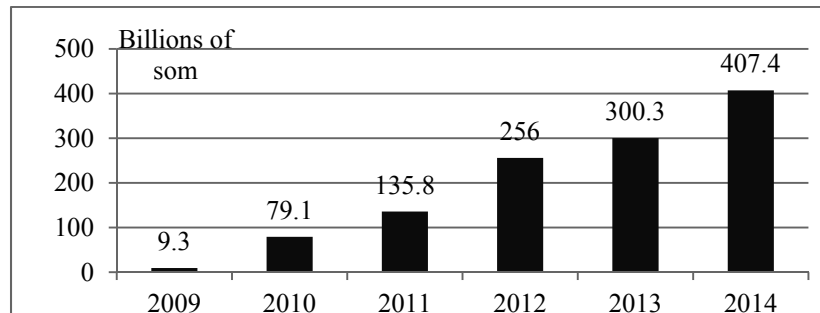
- 1) 医療機関における統計指標、会計および報告のフォームの種類が多さ
- 2) これらのフォーム記入の際の作業の多さ。このため、エラー（記入漏れ、計算間違い等）が起りやすい。
- 3) 収集されたデータ処理のための統一されたソフトウェアツールの欠如によるデータ処理の際の労働負担。データ統合の際のデータ喪失の恐れ。
- 4) 特に地方部におけるハードウェアおよびソフトウェアを管理する IT 専門家の不足
- 5) 脆弱なシステムと正確なデータ収集を確保するため効果的なツールがない。
- 6) 地方部における IHMS の基本的な技術不足
- 7) 他セクターや保健省の他部門間における情報の交換、統合、及び共有の不足
- 8) IHMS と保健省の専門家間の不十分な協力
- 9) 近代的な統計解析ツールや手法に関する統計学者の知識・技術不足
- 10) 計画策定や将来的予測のための近代的な統計解析ツールに関する管理者や政策立案者の知識・技術不足
- 11) 民間セクター、その他の公的保健システム、商業データからの情報が IHMS に提供されていないこと
- 12) IHMS に設置されている健康増進及び健康教育部門と、医療統計部門のデータ収集・分析における相互協力の必要性。

5.6 施設・機材・医薬品

5.6.1 施設について

前述のように WB 支援による「Health I」および「Health II」プロジェクトにより実施された SVP の再編により、保健医療施設は、新たに建設、再建又は改修工事が実施されている。これら工事に係る費用は下図に示す通り飛躍的に増加している。2013 年は、42 施設の新規建設と 101 施設の再建が合計 143 施設において実施された。143 施設において、10,338 ベッド設置されたこ

とになる。2014 年現在で、外来施設 4,195、入院施設 741、計 4,893 の公的施設がある。特に Health I においては、これまで複数の段階が有った PHC レベルの施設を SVP に統合された。また、JICA が実施した開発調査「保健医療システム改善計画調査」の提言も受け、保健省はこれまでバラバラに点在していた州や郡レベルの病院を州総合病院、郡総合病院として統合化を進めており、施設の統廃合、それに伴う施設の改修等が行われている。これは検査や診療行為の統合化を図ることにより、患者負担の軽減や医療サービスの質の向上、更には検査・ラボ用機器の共有化を図ることによるコストの削減に有効な施策である。一方、SVP に関して、効率の悪い施設を精査し、全体施設数を見直し施設数の適正化を図るという施策が 2014 年 4 月に発表された。



出典：保健省資料

図 5.12 保健医療施設の建設、再建、改修工事費用（2009 年-2014 年）

保健医療施設の間取り、施設・病棟に必要なスペース、付帯施設等に関して、全て保健省で基準が制定されおき、各施設は同基準に従い、施設整備を行っている。

5.6.2 機材について

各医療施設の標準機材については、保健省によって規定されている。また、機材業者・製品名・型式に関しても保健省に登録される必要がある。移管 2 次レベル施設の機材と数量は、「Central district hospitals」と「Central district of multidisciplinary clinics」において、ベッド数又は外来患者数に応じて、それぞれ規定されている（タイプ I：150 ベッド（訪問）、タイプ II：150～300 ベッド（訪問）、タイプ III：300 ベッド（訪問）以上）。SVP における機材整備は、前述の「Health I」および「Health II」プロジェクトによって実施された。現在実施中の「Health III」プロジェクトでは、2 次レベル（RMU）の施設整備において機材も、保健省の標準整備機材リスト²⁵に基づいて、供与される予定となっている。その他に、機材については、各ドナーの支援により、基本機材・いくつかの最新機材に係る供与が行われている（第 7 章「ドナーの協力状況」(5) GIZ 参照）。

病院踏査を通じて、PHC レベルから高次医療施設にわたる全てのレベルの病院において、これら供与機材が適切に維持管理され、使用されているのが確認された。例えば、ナボイ州小児病院は 1999 年に日本の無償資金協力で医療機材が供与されている（2 百 50 万ドル）。供与後 15 年という期間を経たのに関わらず、現在故障して使えなくなった機材はオートクレーブ 1 台、患者監視モニター 2 台のみである。これら機材は、修理したくとも部品の供給が終了しているため、修理できない状態にあるものの、その他の機材は十分に活用され、医療サービス提供に寄与している。

なおサマルカンド州総合病院のように安定的に医療収入が確保されている病院では、自己収入による機材の更新、最新機材の購入が行われている。

機材については、維持管理システムが無いに等しく、既存機材数量や整備状況について曖昧な点がある事が課題となっている事が聞き取り調査の中で指摘された。また、機材の故障や不良に

²⁵ 保健省の Main division on control of quality of medicines and medical services が中心となり作成。RMU 用標準機材として、レントゲン撮影装置、緒王音波診断装置、滅菌器、シリンジポンプ、遠心分離機等がある。また、診断、診察、検査、治療といった各部署における必要な機材が決められている。

対する発見・対応ができるような日常保守管理システムの向上が必要であることも伺われた。既存では機材のユーザー（医師、看護師等）が、異常、或は故障発生時に、病院営繕課・院長に報告し、保健省下の UZmedtechnicas²⁶若しくは機材代理店に対して修理依頼を行う。しかし、病院予算の多くは人件費であり、UZmedtechnicas の技術が必ずしも現在の機材の水準に至っていないこと、ドイツ製品等の機材代理店はあるものの、必要となるスペアパーツの購入に際して、外貨交換の手続きにより（スムから米ドル、ユーロの交換困難）、必要な時に入手できない等も問題がある。

ウズベキスタンの医療施設（特に三次医療施設・専門医療施設）においては、医療に近代化が進んでおり、最新医療機材医用及び医療技術の導入が望まれている。具体的には、内視鏡を用いた診断や治療、腹腔鏡手術、超音波診断装置や X 線撮影装置といった画像診断装置（遠隔医療や NCD の早期発見に寄与）、ガイドワイヤーを用いたカテーテル治療、腫瘍等の性状・位置等の情報を正確に得るための高精度診断装置（コンピュータ断層診断装置 CT 等）、NCD 診断に必要な臨床検査機器等が挙げられ、ウズベキスタンで増加している NCD に係る診断・治療のために必要な医療機材・医療技術で、日本が技術的に優勢性を有する分野でもある²⁷。

5.6.3 医薬品について

医薬品については、保健省によって規定された必須医薬品リストがあり、各病院レベルでもリストはきちんと保持されている。郡病院レベルの在庫医薬品は、150 アイテム、州病院レベルでは、300 アイテム（約 3 分の 1 が注射薬）となっている。

医薬品は、病院が入札を実施し、落札者から購入する事になっている。地元薬品製造会社があり、それらの会社が入札時には応札してくる。また、ロシア圏で実施されてきた伝統的手法として、院内製造を実施しており、主に輸液を院内製造している。院内製造をすることで、例えば生理食塩水（500ml）は、市販品を購入すると 3,000 スムするところ、300～500 スムで製造する事ができる。州病院レベルでは、約 20 種類を院内製造している。院内製造薬品の品質管理については、州 SES が実施している²⁸。

また、州病院では、在庫管理は、コンピュータで実施している。

²⁶ 保健省による合資会社。医療機材の販売・据付、維持管理、修理が主たる業務で、保健省と契約し、サービスを提供している。タシケントの他、各州にも要員を配置している。

²⁷ 共和国レベル病院（心臓病・泌尿器科・内分泌専門病院、癌研究センター等）への聞き取り調査結果。MEJ 「日本の医療」 <http://www.medical-excellence-japan.org>。「医療の国際化」（経済産業省 2013 年 5 月）。医療機器産業ビジョン 2013（厚生労働省 2013 年 6 月）。

²⁸ 郡病院、州病院における聞き取り調査による。

第6章 障害者の状況

6.1 概要

6.1.1 障害別統計

最新の財務省の統計資料（2014年1月1日）によれば、ウズベキスタンの16歳以上の障害者数は581,869人、総人口の約2%²⁹となっている。このうち男性は348,937人、女性は232,932人となり、障害者の6割は男性、4割が女性と男性障害者が多くなっている。各州の障害者数は表6.1の通りであり、最も障害者人口が多いのがフェルガナ州の59,480人で、最も少ないのがシルダリア州の18,451人である。また人口に占める障害者の割合がもっとも多い州は、ナボイ州の3.2%で、少ないのはカシュカダリアの1.7%となっている。

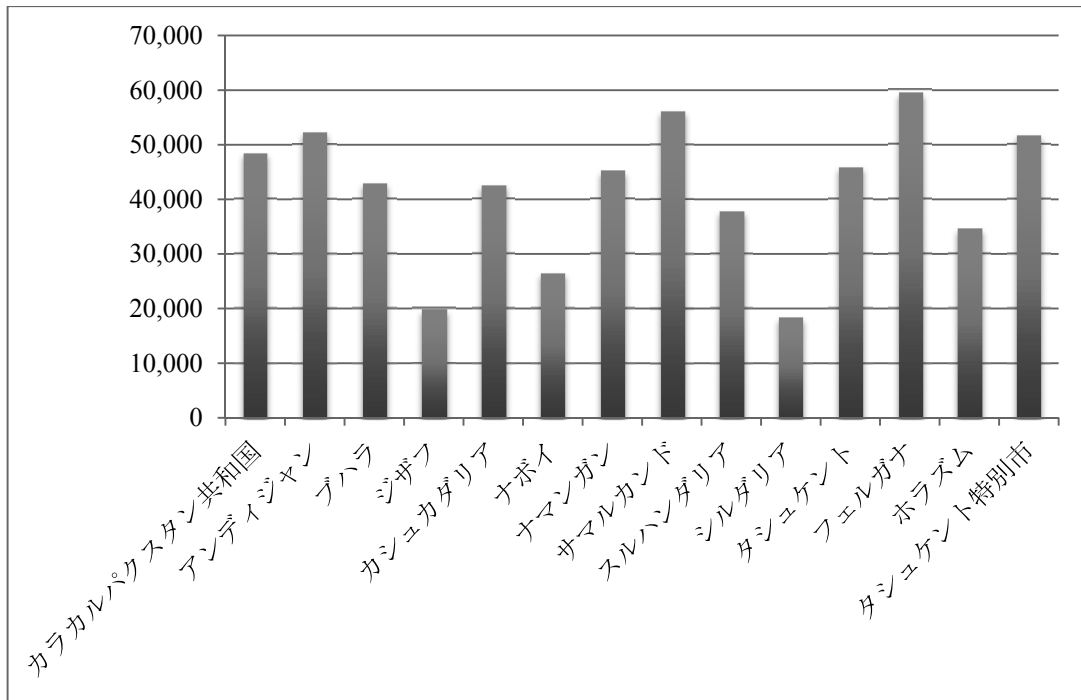
グループ別に統計を見ると、グループ1が56,365人（9.7%）、グループ2が428,840人（73.7%）、グループ3が96,664人（16.6%）となっており、7割以上がグループ2の中度に分類され、重度とされるグループ1は、10%以下しか存在しない。

表 6.1 ウズベキスタンの16歳以上の障害者【男女・地域・グループ別】

州・地域	16歳以上の障害者			グループ		
	合計（割合）	男性	女性	1（重度）	2（中度）	3（軽度）
カラカルパクスタン共和国	48,379(3.0%)	28,798	19,581	4,646	39,212	4,521
アンディジャン	52,341(2.1%)	30,392	21,949	5,209	38,103	9,029
ブハラ	42,900(2.7%)	23,937	18,963	3,328	32,631	6,941
ジザフ	19,771(1.8%)	11,955	7,816	1,972	15,084	2,715
カシュカダリア	42,558(1.7%)	25,248	17,310	3,580	30,213	8,765
ナボイ	26,530(3.2%)	15,136	11,394	2,589	20,820	3,121
ナマンガン	45,167(2.1%)	26,786	18,381	3,846	32,840	8,481
サマルカンド	56,224(1.9%)	34,649	21,575	7,195	38,552	10,477
スルハングダリア	37,852(1.9%)	24,654	13,198	3,748	26,962	7,142
シルダリア	18,451(2.7%)	10,934	7,517	1,296	15,553	1,602
タシケント	45,883(1.8%)	28,146	17,737	4,196	31,794	9,893
フェルガナ	59,480(2.0%)	36,356	23,124	6,126	42,513	10,841
ホラズム	34,639(2.3%)	21,498	13,141	3,644	26,899	4,096
タシケント特別市	51,694(2.2%)	30,448	21,246	4,990	37,664	9,040
合計	581,869	348,937	232,932	56,365	428,840	96,664

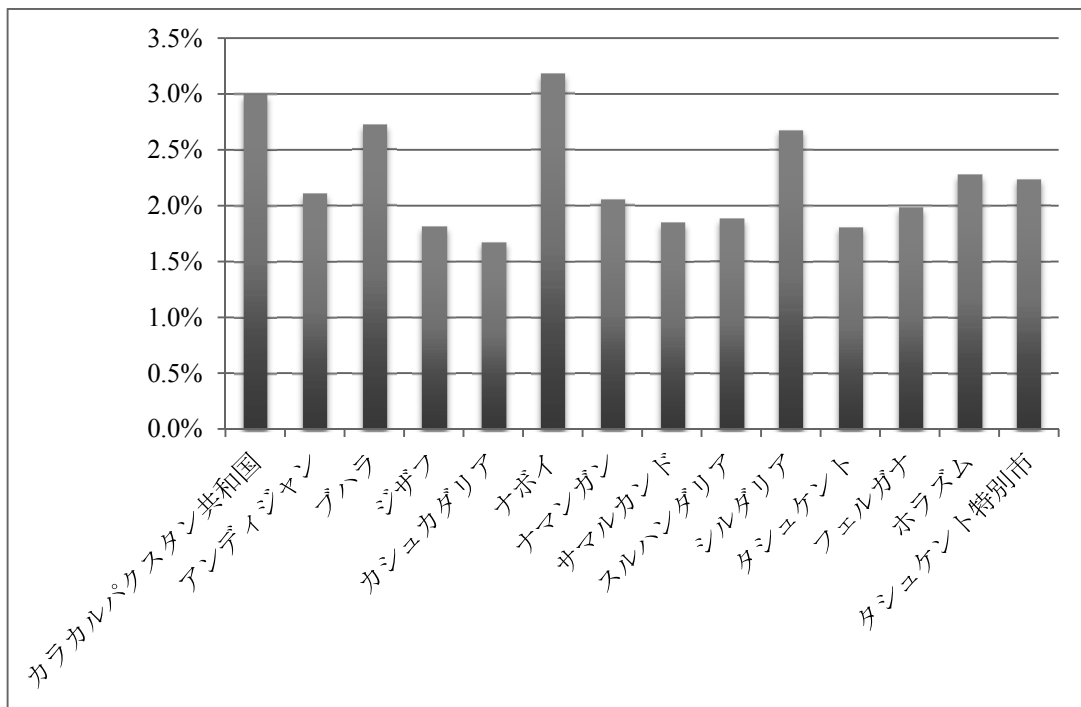
出典：財務省からの統計データをもとに作成（2014年5月15日入手）

²⁹ 2014年の人口を29,503,645人(<http://worldpopulationreview.com/countries/uzbekistan-population/>)とした場合。



出典：財務省からの統計データをもとに作成（2014年5月15日に入手）

図 6.1 地区別障害者人口



出典：財務省からの統計データをもとに作成（2014年5月15日に入手）

注：各地区の人口は <http://www.citypopulation.de/Uzbekistan.html> から入手

図 6.2 地区別障害者の割合

6.1.2 障害者の定義

「障害者の社会保護に関する法律（1991年、2008年改訂）」で、障害者は以下のように定義されている。

障害者とは、身体的、知的、精神や感覚の欠如により日常生活に制限があるために既存の法律によって障害者と定義づけられた人、および社会的支援・保障に依存している人々を指す。（保護法第3条）³⁰

6.1.3 障害の種類

また2011年の閣僚会議令第195号によれば、障害の種類は以下のように分類されている。

1. 精神機能障害（認知力、注意力、記憶力、思考力、学力、感情、意志、意識、行動、精神運動機能）
2. 言語・発話障害（発声障害、読書障害、発声・非発声障害）
3. 感覚障害（視覚、聴覚、嗅覚、感覚、触覚、痛み、体温、他）
4. 運動機能障害（頭部、胴体、四肢などの運動機能）
5. 血流、呼吸、消化機能、排出物など内部機能障害
6. 奇形障害（顔面、頭部、胴体、四肢など）

6.1.4 障害者の認定機関と基準

ウズベキスタンで障害者を認定する機関は2つあり、16歳以上の場合は、医療労働専門委員会（MEDICAL-LABOR EXPERT COMMISSIONS：以下 MLEC）、16歳未満の場合は、医療相談委員会（MEDICAL-CONSULTING COMMISSIONS：以下 MCC）となっている（保護法1章4条）。

MLECの機能は主に4つあり、1）障害者の労働能力、グループ（等級）、障害の原因、発生時期、期間などの認定、2）労災や傷病などによる健康被害や生活能力の低下の程度の認定、必要な支援の決定、3）障害に合わせた適切なリハビリテーション（医療・社会・職業）の選択と個別リハビリテーション・プログラムの策定、4）雇用、研修、再研修などの推薦状の発行である。

障害認定を受けるには、居住地のMLECもしくはMCCに行く必要がある。16歳以上の成人には、認定区分が3つあり、グループ1が重度、グループ2が中度、グループ3が軽度となっている³¹。グループ1と2は、社会手当か年金のどちらかが受給でき、グループ3は福祉サービスを受けることができる³²。

障害認定の判断項目³³は、1) 自活能力、2) 自力移動能力、3) 自己診断能力、4) コミュニケーション能力、5) 自己規制能力、6) 学習能力、7) 労働能力と7つあり、MLECによって総合的に判断される。また7項目すべてで、さらに細かい3段階の程度区分があり、MLECはその基準に沿って障害程度を認定する。

³⁰ 原文：DISABLED PERSON – A PERSON THAT IN ACCORDANCE WITH THE ESTABLISHED LEGAL REGULATIONS DEFINED AS DISABLED PERSON BECAUSE OF LIMITATIONS IN DAILY LIFE CAUSED BY PHYSICAL, INTELLECTUAL, MENTAL OR SENSOR DEFECTS, AND DEPENDS ON SOCIAL ASSISTANCE AND PROTECTION

³¹ 正確には、グループ4（障害なし）と診断される場合もある。

³² 2010年12月から、グループ3は平等な雇用機会が提供されているという理由から社会手当と年金は支給されなくなった。（UNDP 2012）

³³ 2011年7月1日付、閣僚会議令第195号。

例えば、「自活能力」の程度区分は以下の3段階に別れている。

程度1 (軽度)	時間をかければ自活可能で、すでに部分的に自活できている。福祉機器の利用は今後減少する
程度2 (中度)	定期的に数時間介助サービスを使えば自活できる。必要に応じ福祉機器を利用する。
程度3 (重度)	自活できない。定期的な介助が必要で、他の人に頼る必要がある。

7項目すべてで程度1~3を診断し、基本的に程度3はグループ1(重度)、程度2はグループ2(中度)、程度1はグループ3(軽度)となっている。

MLEC委員会は、通常3人以上の医師から構成され、委員資格は新たに取得する必要がある。例えば、サマルカンド市のMLEC委員会は3人で、それぞれ、手術、神経、カウンセリングの専門医であった。

MCCは、地域クリニックの医者が兼ねており、これも少なくとも3人で構成される。通常は、クリニックの所長が委員長を務め、副院長や部局長が副委員長となる。さらに医療専門医を加えれば3名となる。MCCの役割は障害児の認定と証明証の発行、社会手当受給の事務手続き補助、そして生活や教育への助言などである。

個別リハビリテーション・プログラム(Individual Rehabilitation Program以下、IRP)は障害の種類や程度に合わせMLEC/MCCで作成される。障害者はIRPにそって無料でリハビリテーション・サービスを受けることができる。

6.1.5 社会手当と年金

ウズベキスタンでは、障害者と認定されると社会手当か年金を受給することができる(保護法第26条)。16歳未満の児童が障害者と認定されると社会手当を受給することができる。一方で、16歳以上の成人が障害者と認定された場合は、社会手当もしくは年金のどちらかが受給可能である。社会手当と年金の月額額は以下の通りである。

表 6.2 社会手当と年金の支給月額と支給区分

	社会手当	年金
16歳未満で障害児と認定された場合	187,970スム (約8,400円) 最低賃金の約2倍 生涯受給	受給資格無し (正規雇用されれば受給資格が発生する)
16歳以上で職務経験が2年以下の場合	115,340スム (約5,100円) 最低賃金の1.2倍	受給資格無し
18歳以上で2年以上の職務経験がある場合	無し	187,970スム以上 (約8,400円)の年金受給資格が生じる (金額は勤続年数に依る)

出典：2013年12月2日付大統領令4582号より作成

注1) 1円=22.4スムで計算(2014年6月5日の公式レート)

注2) 2013年12月15日から月額最低賃金は96,105スム(約4,300円)

注3) 2010年のウズベキスタン平均給与月額額は47万6千スム(約21,250円)となっている。(UNDP 2012)

年金を受給するには2年以上の正規労働が必要となっている。ウズベキスタンでは労働手帳(Labor Book)によって労働履歴が管理されており、そこで2年以上の職歴があれば年金が受給される。また就業中の事故により障害者となった場合は、給与の55%、もしくは最低賃金のどちらか高額の方が会社から支払われる。

一方で、16歳未満で障害児と認定されれば18.7万スムの社会手当が受給できるものの、例えば、18歳で勤続年数が2年以下で障害者になると、年金の受給資格がなく、社会手当は11.5万スムと安くなっている。

また障害者の特権として、就労しても障害者は年金受給資格を失うことはない。つまり障害者は、年金全額と給与を同時に受け取ることができる。これは障害者が職場復帰した時に年金が受給できなくなると、就労意欲が減退する可能性があるという理由から特別に認められた制度である。

ちなみに、社会手当の財源は税金で賄われているが、年金は社会税（Social Tax）を基にした基金で賄われている。雇用主は従業員給与の25%を社会税として納付する義務があり、このうち24.8%は年金に、0.1%は雇用サービスセンターに、そして0.1%は労働党へ配分される。

6.1.6 福祉サービス

障害者に対する福祉サービスとして、医薬品、福祉機器（義肢装具、補聴器、車イスなど）、基礎介助、移動サービスなどが無料もしくは割引で提供される。これには家屋の修繕や居住スペースの提供なども含まれている（保護法6条、31、32条）。義務教育は全国民に無料で提供されるが、障害児で特別寄宿学校に入学した場合は、寄宿サービス（宿舎と食事）と給付金が支給される。またリハビリテーションも無料である。ただし、寄宿学校に入学している期間の社会手当は支給されなくなる。

6.2 リハビリテーション

ウズベキスタンには、医療・社会・職業と3つのリハビリテーション・サービスが存在し、障害者はIRPに沿って無料でサービスを受けることができる（保護法14条）。一方で、理学療法士や作業療法士、義肢装具士などのリハビリテーションの専門職が確立されておらず、理学療法は、理学療法医³⁴の指示のもと看護師が実施している。

6.2.1 医療リハビリテーション

医学的治療とリハビリテーションは、保健省システム内の全ての医療と予防施設で行われている。ウズベキスタンには外来診療施設が4,152ヶ所あり、入院診療施設は741ヶ所ある。そのうち病院は520ヶ所である。病院では、理学療法医が看護師に指示を与えリハビリテーション（理学療法や運動療法）を提供しているが、看護師はリハビリに関して数ヶ月の訓練しか受けておらず、リハビリの質は低い。またすべてのリハビリテーションは病院内で完結されるため、生活環境整備や生活支援は提供されていない³⁵。

6.2.2 社会リハビリテーション

社会リハビリテーションは、労働省のリハビリテーションセンターで実施されている。国立リハビリテーションセンターがタシケント市にあり、地方（州）に地域リハビリテーションセンターが10ヶ所設立されている。

タシケントの国立リハビリテーションセンターには130床用意されており、年間5,500人程の障害児・者にサービスを提供している。サービスには、理学療法、運動療法、マッサージ、義肢装具の提供も含まれるが、主に外科手術、超音波診断、整形外科、神経病理、心電図、レントゲン、紫外線療法、歯科治療を提供しており、社会リハビリテーションといっても、医学的な治療が多くなっている。日本のように作業療法士やソーシャルワーカーが生活環境を整えるというこ

³⁴ウズベキスタンでは、大学及び大学院で、理学療法に関する専門課程を修了した医師がいる。日本と異なり、ウズベキスタンには、内科、外科、小児科といった専門分野と同等にレントゲンや検査といった分野にも専門の医師免許が公布されている。p40の図5.6「ウズベキスタンにおける医学教育システム」参照のこと。

³⁵フェルガナ州中央総合病院附属のJOCV（理学療法士）から（2014年5月9日）

とはなく、センター内でサービスは完結している。

センターには理学療法医がおり、看護師に指示を出して運動療法などのリハビリテーションを実施している。しかし看護師は看護学校卒業後に職場でリハビリテーションの訓練を数ヶ月受けるだけなので専門性は低い。また作業療法士は養成されていない。義肢装具士はウズベキスタン全土で 10 人しかおらず、そのうち 7 人がタシケントで働いている。ロシアで専門教育を受けた人が 1 人おり、その 1 人が講師となり他の 9 人を現場で指導している。したがって、義肢装具士としての専門性は低く、また資格制度もない。

国立リハビリテーションセンターには日本の無償資金協力（2009 年）によって、牽引装置、筋電計、滅菌器、間接鏡などの最近の医療用機材が提供されている。提供された機材は丁寧に利用されており、メンテナンスも行き届いていた。一方で、故障した機器がすでに 2 つあるが、機材輸入の問題で修理ができないということであった。

国立リハビリテーションセンターでは、地方のリハビリテーションセンターからほぼ 3 ヶ月毎に職員を招き人材育成研修を実施しており、中央と地方でサービス格差が生じないように努力している。一方で、地方リハビリテーションセンターの機材は非常に老朽化しており、日本から支援された国立リハビリテーションセンターの機材とは大きな格差が生じている（巻頭写真参照）。3 ヶ月毎の研修などで地方職員も国立リハビリテーションセンターの最新機器を目にするので、地方にも同様の機材を導入して欲しいとの要望が強い。

地方のリハビリテーションセンターは、ブハラ州、スルハングリア州などを除く 10 州に存在し、タシケントの国立リハビリテーションセンターとほぼ同じサービスを提供している。ただし、国立リハビリテーションセンターと比べると規模が小さく、通常 50 床である。また手術室が用意されているのは、タシケント、サマルカンド州、ホラズム州の 3 ヶ所だけである。

1988 年に、政府はすべてのリハビリテーションセンターに同じ機材を導入しているが、その後は、各センターの自助努力や海外支援などによって機材を導入しない限り、機材の入れ替えは行われていない。例えば、サマルカンド州のリハビリテーションセンターは、小児病院の中に建設されており、病院と合同で運営されているため、他の地方リハビリテーションセンターと比べると資金が潤沢であった。その為、自助努力により病床も 75 床と増設され、手術台など、いくつか新しい機材を導入していた。一方で、その他の機材、例えばレントゲン機材は 1978 年製と非常に古く、同じセンター内でも使用機材に格差が生じている。またカラカルパクスタンでは、日本大使館の草の根無償資金供与（2013 年）により最新のレントゲン機材が導入されたが、他の機材は老朽化が進んでおり、日本政府からの支援を期待していた。ただ両施設とも施設内は綺麗に清掃され、古い機材でも丁寧に利用されていた。機材管理が行き届いており、職員が機材を大切に使用している様子がうかがえた。

サマルカンド州のリハビリテーションセンターは、年間の患者数は 1,200~1,500 人なのでタシケントの 5,500 人と比べると規模が小さいが、障害者以外も有料で受入れ、また近隣州からも手術を要する患者を受け入れていた。現在は 2 週間程度の入院待ちも発生しており、規模の拡大や効率的な運営が求められていた。

6.2.3 職業リハビリテーション

職業リハビリテーションは、雇用支援社会保護センター（Employment Support & Social Protection Center、以下 ESC）で受けることができる。ESC は就労を斡旋する、日本でいうハローワークのようなセンターである。

医療・社会リハビリテーションが終了した人は ESC に行き、求人紹介サービスを受けことができる。MLEC で発行された IRP には、教員やアカウンタントなど、どんな職種ならその障害者が就労できるのか記載されている。ESC はその推薦内容をみて、障害者に適切な求人を紹介する。

MLEC が労働能力を判定する基準は、障害認定 7 基準の一つとされており、以下のように定められている（2011 年閣僚会議令 195 号）。

- 程度 1：普通の環境で働くことができるが、資格不要で、単純作業で、プレッシャーが少なく、仕事量を減らすような配慮が必要とされる。専門性の高い仕事を継続することは難しい。
- 程度 2：特別に配慮された環境なら働くことができる。支援機器や支援者を必要とする。
- 程度 3：仕事ができない。もしくはすべきでない。

グループ 1（重度）の障害者でも、労働能力基準の程度が 1 か 2 ならば就労可能と考えられている。例えば、全盲の場合、障害グループは 1（重度）だが、教員として問題がないと判断されれば、労働基準の程度 2 と判定され、ESC はこの判断に沿って就労を斡旋する。

受入れ企業は、面接から 5 日以内に可否の判定を下す必要があり、労働基準程度が 1 か 2 の場合、障害を理由に不採用とすることはできない。もし断った場合には最低賃金の 5~7 倍の罰金³⁶を課せられることとなる。不採用理由の妥当性は裁判で決定されるので、罰金から逃れることは難しい。一方で、労働基準程度が 3（就労不可）と診断された場合、企業の雇用義務が生じない為、就労は難しい。

MLEC によれば、2011 年に閣僚会議令が変更されてからは「程度 3（就労不可）」と判断することは少なくしており、できるだけ障害者の能力を記載するようにしている³⁷。しかしながら、労働能力の判断基準はやはり曖昧で、結局は MLEC 専門家、つまり医者判断に委ねられてしまう。また一度「程度 3」と判断されると変更が難しく、2011 年以前に判定された障害者は未だに「就労不可」と記載されている³⁸。

ESC によれば、グループ 3（軽度）の障害者に対する就労支援は難しいことはなく、グループ 1（重度）と 2（中度）に対しても、できるだけ能力を見つけ就労に繋げる努力をしているということであった³⁹。

6.2.4 地域に根ざしたリハビリテーション（CBR）

ウズベキスタンでは CBR はそれほど活発に見られない。しかし、JICA の草の根支援によって 2008~2010 年に「タシケント市における地域に根ざした障害者支援事業」が実施されている。本事業はタシケント市内の 10 のマハラ（地域コミュニケーション）で障害者が CBR を通して適切な支援を受けられるようにするものであった。本事業の CBR 基本コンセプトは、社会の障害者理解、環境アクセシビリティの確保、そしてリハビリテーション・補助器具の提供であり、障害者のエンパワメントだけでなく社会の偏見を減らし、社会と障害者を繋ぐ為のアクセシビリティの確保が重要とされた。本事業を通し、家族や地域における障害理解が深まり、多くの障害者がエンパワメントされ、そのうち何人かはこれまでの障害者リーダーとして活躍している。

6.2.5 障害者施設

ウズベキスタンにはリハビリテーション以外に、障害者施設もいくつか存在する。少なくとも成人障害者施設が男女別に 8 ヶ所ずつ、障害児童の施設が 4 ヶ所ある。カラカルパクスタンには女性の精神・知的障害者用入居型施設が 1984 年に設立され、2014 年 5 月現在で 168 人が入所している。グループ 1（重度）が約 3 割を占め、残り 7 割はグループ 2（中度）の障害者である。入所者の平均年齢は 40~45 歳で入所期間は数年~30 年以上と幅広い。すべてのプログラムが施設内で実施されており、植物の育成、養鶏、洋裁、編み物などが実施されている。外出には特別な許可が必要となり、通常、外出や外部者との面談は認められていない。退所できる人数は年間 2~3 人で、ほとんどの人は長期滞在である。退所には医者の許可が必要で受入先（通常は家族）

³⁶ 2013 年 12 月時の最低賃金は 96,105 スム（約 4,300 円）なので、罰金は 480,525~672,735 スム（約 2.1~3 万円）となる。

³⁷ MLEC サマルカンドでのインタビューより（2014 年 5 月 2 日）

³⁸ 障害当事者へのインタビューより（2014 年 5 月 14 日、タシケント）

³⁹ サマルカンド ESC 所長へのインタビューより（2014 年 5 月 2 日）

の同意も必要とされる⁴⁰。

部屋から出られない重度障害者が数名いるということだが、今回、それほど重度の精神・知的障害者を見ることはできなかった。施設内は綺麗に清掃され悪臭もない。入所者は洋裁や編み物を指示通りにこなし、規則正しい生活を送っていた。

6.2.6 リハビリテーション関連職の役割と資格制度

下表にリハビリテーション関連の各職種の役割と資格制度等についてまとめる。

職種名	役割と活動	養成・資格制度
MLEC (医療労働専門委員会) MCC (医療相談委員会)	障害等級認定、リハビリテーション・プログラムの作成、就労生活への助言。	医師の資格を得た上で、障害に関する専門教育を受ける。5年毎にテストされ委員として合否判定を受ける。医師の職務経験が5年以上必要となり、手術、神経、カウンセリングなどの専門医療分野の資格も必要である。
医療専門家	医療・社会リハビリテーション。外科手術やカウンセリング	医師の資格を得た上で、整形外科、外科、内科、呼吸器科、神経科、精神科などの専門教育を受ける。
理学療法医	運動療法、物理療法、マッサージなどの処方箋を書く	医師の資格を得た上で、理学療法に関する専門教育を受け資格を取得したもの。
看護師 (理学療法)	医師の処方箋を受け、運動療法、物理療法、マッサージなどを実施する。	3~4年の看護課程を修了し、さらに運動療法、物理療法、マッサージなどの専門訓練を受ける。
理学療法士 作業療法士	なし	リハビリテーション専門職としての資格制度はない。看護師が数ヶ月の訓練を受けて実施している。
義肢装具士	義肢装具の製作	資格制度はない。ロシアで義肢装具学を学んだ人が講師として職場で訓練を実施している。講師1名、訓練を受けた義肢装具士は9名。
ソーシャルワーカー	医療・衛生サービスを含めた、障害者のための国家保護サービスの提供	2006年から大学でソーシャルワークの学士および修士を育成しているが、職域として確保されておらず資格認定制度もない。

6.3 障害者の就労と職業訓練

6.3.1 障害者の就職状況

サマルカンド障害者団体によれば、18歳以上の会員で働いている人はわずか30%程であり、このうちほとんどが自営業やインフォーマルセクターで働いており、正規雇用の障害者は5%以下しかいない。障害種別により就職状況は異なるが、視覚障害者は比較的就労率が高く、次いで聴覚障害者と肢体障害者となっている。知的障害者の就職は非常に困難である⁴¹。

一方でUNDPの報告書によれば、最近の障害者雇用は増加傾向にある。例えば、2010年には障害者に対する求人が18,555件提示され、このうち7,559人が就職に成功している。2008年に2,032人の障害者しか就職できなかったことに比べると3.5倍以上の増加である。

増加の背景には、2008年の保護法の修正、また同年の省令186号「社会保護や就労における社

⁴⁰ カラカルパクスタン州施設内でのインタビューより（2014年5月19日）

⁴¹ サマルカンド（身体）障害者協会、タシケント視覚障害者協会、ろう文化クラブなど、各種障害者団体へのインタビューから推測。

会的弱者に対する雇用保障規則」などによって、障害者雇用促進サービスが強化されたことにあると思われる。特に 3%の法定雇用率の未達に対する罰金⁴²や障害を理由に不採用にすることができなくなった⁴³点などが、障害者の就労を押し上げている。

また毎年 9 月になると州知事の命令により、各企業は障害者の雇用状況を書面にして地方政府に報告しなくてはならない。この時、障害者の雇用率なども確認される。さらに企業は 3 ヶ月毎に求人広告を公表しなければならず、その時、障害者雇用率を満たしていない企業は、障害者に対する求人も掲載しなければならない。広告は新聞などでも構わないが、障害者を雇用した場合は ESC に届け出る必要がある。

障害者の月額平均収入は、UNDP (2012) によればおよそ 26 万 5 千スム (約 11,800 円) となっている。一般国民の平均給与が 47 万 6 千スム (約 21,200 円) なので、障害者は平均と比べると半分程度しか収入を得ていないが、18 万 9 千スム (8,400 円) の社会手当より多くの収入を得ている。また障害者は給与に加え、社会手当もしくは年金を同時に受給できるので、就労していればほぼ健常者と変わらぬ収入が得られている。障害グループ間における収入の違いは少なく、グループ 1 (重度) の平均収入が 24 万 8 千スム (約 11,000 円) に対し、グループ 3 (軽度) は 28 万 5 千スム (約 12,700 円) であった。

6.3.2 職業訓練学校

障害者の職業訓練学校は全国に 4 校あり⁴⁴、年間 1,500 人以上の障害者を訓練している。訓練内容は以下のように 4 校ともほぼ統一されている。

- 1) 洋裁 (ドレスなどの製作)
- 2) 織物
- 3) 靴の製造や修理
- 4) 電子・ラジオ機器修理
- 5) 工芸品の製作
- 6) ICT (視覚障害者が中心)
- 7) 会計・経理

障害種別は学校により多少異なるが、知的と聴覚障害者が多く、次いで運動機能障害者、視覚障害者となっている。

サマルカンドの職業訓練校では、全校生徒 256 名のうち、77 人が洋裁、75 人が工芸品の製作、60 人が靴の製造・修理を勉強していた。障害種別でみると、知的障害者が 96 人、聴覚障害者が 109 人、運動機能障害者が 36 人であった。なお、職業訓練校ではろう生徒に手話通訳を付けている。またグループ別でみると、フェルガナの訓練校では全校生徒 449 名のうち、グループ 1 が 46 人 (10%)、グループ 2 が 283 人 (63%)、グループ 3 が 97 人 (22%) であった (不明 5%)。

職業訓練学校には、通常、義務教育 9 年を終えた障害児が入学する。年齢は 16~18 歳が主流である。成人障害者も入学することがあるが人数は少ない。訓練期間は通常 2 年であり、特別コースとして 1 年間延長することも可能である。学校は寄宿舎付きで、地方からも多くの障害学生

⁴² 20 人以上を雇用する組織・機関・企業は、3%以上の従業員を障害者にしなければならない。もし規定に違反し障害者を雇用できなかった場合は、未達分の従業員の年間平均給与と同額の罰金を支払わなくてはならない。徴収された罰金は、国家基金に納められ、障害者の雇用促進のために使用される。もしくは障害者を雇用している組織・機関・会社にローンとして提供される。また地方自治体の条例違反に対する反則金を払っていても、本法令には従わなくてはならない。障害者のために、特別な会社、ワークショップ、職場を提供することができる。また盲人は、彼らの能力や環境に合わせて、優先的に仕事を得る権利がある。地方政府や組織・企業は、自営や自宅で働く障害者に支援を提供することになっている。(保護法 25 条)

⁴³ 法律で定められた雇用条件基準を下回って雇用することはできない。障害者は、一般的な職場、特別な組織、ワークショップ、そして障害者のための分野において働く権利を有している。また障害を理由に、不採用にしたり、不当な移動を強要したり、雇用を解除したりしてはならない。(保護法 24 条)

⁴⁴ タシケントに 2 校、サマルカンドとフェルガナに 1 校ずつ

が入学している。授業料は無料で、寄宿舎も食事付きで無料である。

卒業生の多くは就職しているそうだが、公式な統計は取られていない。多くの学生が地方から来ているので、帰郷後の就職状況まで把握できないようである。卒業生は ESC に行って就労支援を受けることができる。卒後は ESC を通して企業に就職するか、帰郷して自営業とするかが主な選択肢となっている。なお人数は非常に少ないが大学に進学する学生もいる。

訓練校を視察した時、生徒の障害程度は比較的軽度な印象を受けた。特に知的障害者と呼ばれるグループは電気回路図を勉強しており、数学、物理、読解力を必要とする授業を受けていた。また車イスの生徒は数名しかおらず、杖は何人か見られたが、補助具を使用しない生徒も多かった。

6.3.3 障害者団体の貢献

障害者の就労に関しては、障害者団体も貴重な役割を果たしている。例えば、サマルカンド障害者団体は ESC と連携し障害者に仕事を斡旋している。働く意欲のある障害者には、ESC に同行し求人情報を探したり、彼・彼女ができそうな職種を提案したりして一緒に就労先を探している。また雇用主は通常、障害者雇用に抵抗があるので、障害者の能力を紹介したり、雇用における免税などのメリットを紹介したりして、障害者の理解促進にも努めている。また研修期間を設けるなど、雇用主の抵抗なく障害者を受入れられるような工夫もしている。実際サマルカンドでは、いくつかの縫製工場で障害者団体の支援により障害者が就職した実績もある。

また一般就労が難しい障害者には、自営業や起業支援なども提供している。特に助成金が得られた場合は、ベーカリーショップ、床屋、小規模縫製工場、養鶏・養羊などの小規模資金援助を実施している。通勤に難を抱えている障害者には自宅就労を推薦している。このような努力は様々な障害者団体が各地域で実施しており、タシケントの盲人協会では 3,000 人以上⁴⁵の視覚障害者が自営業を営んでおり、紙製品やプラスチック、シートやマットなどの生活用品を製造している。また Millennium や盲人協会、ろう協会、UzOI、ビジネス女性障害者協会などは、自ら工場を運営し合計 2,000 人以上⁴⁶の障害者を雇用している。これら障害者団体が運営する企業は、利益税や社会税などの免税を受けることができる。

6.4 障害者の教育

6.4.1 一般教育制度

ウズベキスタンの学校制度は、4年の初等教育、5年の基礎教育、3年の中等教育、そして4年以上の高等教育となっている。1997年から中等までの12年間は義務教育となり授業料は無料である。初等・基礎は一貫教育であり全国9,800校、569万人の児童が学習している(2006-2007年度)⁴⁷。中等教育は一般教養高等学校(リツェイ)と職業専門高等学校(カレッジ)に分かれている。全国に99校のリツェイと953校のカレッジがあり、生徒数はそれぞれ49,600人(リツェイ)、587,600人(専門課程)で、リツェイには8%ほどの学生しか進学していない⁴⁸。また3歳~6歳児を対象とした就学前学習も受けることができる。

ウズベキスタンで教員になるためには、少なくとも担当教科において学士を修了していなければならない。教員免許を取得するための国家試験は存在せず、学士を持っていれば教員となる資格が得られる。一方、教員の中には修士課程を修了している人も多い。これは、大学院で更なる専門性を身につけた方が就職に有利に働くからである。例えば、障害者を受け入れる特別支援学校の教員は、大学院で特殊教育を学んだ人が多い。

⁴⁵ タシケント視覚障害者協会とのインタビューより(2014年5月2日)

⁴⁶ p11, UNDP 2012

⁴⁷ p132, Central Asia Sub-Region EFA, Mid-Decade Assessment, Synthesis Report, UNESCO (2008)

⁴⁸ p134, Central Asia Sub-Region EFA, Mid-Decade Assessment, Synthesis Report, UNESCO (2008)

6.4.2 障害児教育の現状

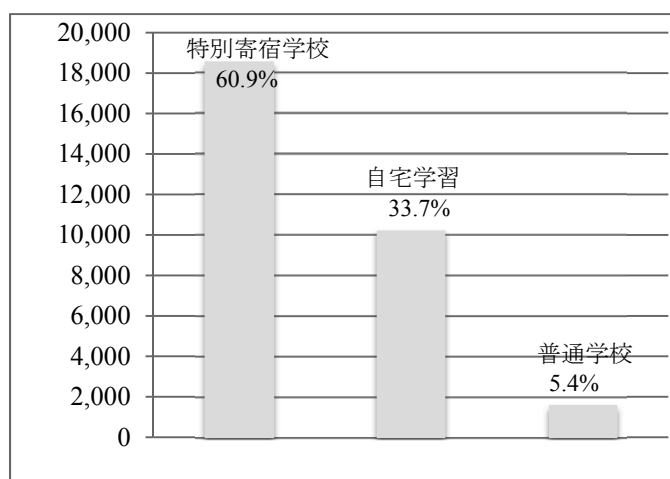
ウズベキスタンの障害児教育は、1) 特殊寄宿学校、2) 自宅学習、3) 普通学校（メインストリーム）に別れており、UNESCO の報告では、障害児の義務教育へのアクセスは、この3形態を通し概ね確保されている⁴⁹。一方で、本来 12 年ある義務教育課程だが、障害児の場合、9 年で終了してしまうことも多い。これは中等教育であるリツェイやカレッジ、障害者職業訓練学校に進学できる障害児の数が限られているからである。

障害児の就学状況は以下の通りである。

表 6.3 障害児の就学状況（人数）

	特別寄宿学校	自宅学習	普通学校	合計
2000	20,853	3,316	879	25,048
2005	19,950	8,471	1,682	30,103
2010	19,147	11,055	3,353	33,555
2011	19,049	9,886	1,775	30,710
2012	18,559	10,268	1,631	30,458

出典：UNICEF-Central Asia Child Protection Forum-Uzbekistan 2013



出典：UNICEF(2013)より作成

図 6.3 障害児の就学状況・割合と数（2012 年度）

本統計を見ると、義務教育を受けている約 3 万人の障害児のうち、2 万人が特別寄宿学校で教育を受けている。また自宅学習が約 1 万人なので、普通学校に行ける障害児はわずか 1,600~1,700 人程度（全体の 5%）でしかない。特別寄宿学校の費用（授業料、食費、宿泊費など）はすべて無料となるが、寄宿学校に通っている期間、障害児に対する社会手当は支給されていない。

特別寄宿学校は全国で 86 校（2006 年）あり、表 6.4 の様に知的、盲人、弱視、ろう児、難聴、ポリオ・脳性まひ、発達障害、精神薄弱など細かくに分かれている⁵⁰。最も多いのが知的障害児の学校で 49 校、盲学校 9 校、ろう学校 13 校となっている。またこれとは別に、療養・寄宿学校が 23 校あり、障害児でも医療ケアが必要な児童はここに入学する。特別寄宿学校には障害者用の特別な教材や教具、例えば視覚障害者も使えるコンピュータなどが用意されている。

⁴⁹ p136, Central Asia Sub-Region EFA, Mid-Decade Assessment, Synthesis Report,, UNESCO (2008)

⁵⁰ 実際は、これらの障害者を中心に受入れている学校と思われる。

表 6.4 知的・身体障害児の学校数（年度別）

	2000/ 2001	2001/ 2002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007
知的・身体障害児学校	87	85	85	85	85	86	86
障害種別：							
知的関係	52	52	53	50	51	49	49
盲人	8	8	8	9	8	9	9
弱視	2	3	3	3	3	3	3
ろう児	12	12	11	13	13	13	13
難聴	6	6	7	5	5	5	5
ポリオ・脳性まひ	1	1	1	1	1	1	1
発話障害	1	1	1	1	1	1	1
精神薄弱	1	1	-	2	2	4	4
その他	4	1	1	1	1	1	1
療養施設付き学校	6	3	3	3	2	-	-
療養・寄宿舎学校	15	20	19	16	19	23	23

出典：Primary and Secondary Education in Uzbekistan – Statistical Bulletin (2000-2006)

表 6.5 の障害種別の児童数で見ると、知的関係の障害者がもっとも多く、約 2 万人の生徒のうち 1 万人強となっている。次いで多いのがろう児の約 3,500 人、盲人の 1,600 人である。

表 6.5 知的・身体障害者学校の生徒数（年度別、単位：千人）

	2000/ 2001	2001/ 2002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007
全体	19.8	21.8	21.0	19.2	18.8	19.0	18.8
障害種別：							
知的関係	11.5	14.6	13.9	11.6	11.2	10.6	10.5
盲人	1.9	1.5	1.4	1.5	1.5	1.7	1.6
弱視	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
ろう児	2.6	2.9	2.8	3.1	3.2	3.4	3.5
難聴	1.5	1.4	1.6	1.1	1.1	1.1	1.2
ポリオ・脳性まひ	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
発話障害	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
精神薄弱	0.2	0.2	-	0.5	0.4	0.8	0.7
その他	1.0	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.1
普通校の知的・身体障害児教室	1.1	0.8	0.9	0.8	0.4		
知的障害児	0.3	0.4	0.5	0.3	0.4	0.3	0.3
精神薄弱児	0.8	0.4	0.8	0.1	0.2	0.1	0.2
療養施設付き学校	1.8	0.8	0.9	0.8	0.4	-	-
療養・寄宿舎学校	4.2	5.6	5.7	5.0	5.9	6.5	6.5

出典：Primary and Secondary Education in Uzbekistan – Statistical Bulletin (2000-2006)

これら特別寄宿学校の教育内容は普通学校と変わらないという説明もあったが⁵¹、障害種別にもより、知的障害児などの対する授業内容は変更されているようである。

現在、ろう学校で手話の使用は禁止されており、口話が中心になっている。発話練習が必修科目とされ、ろう団体によれば、ろう児には苦痛である⁵²。このため、多くの児童が学習についていけず学校への興味を失っている。ウズベキスタンではロシア手話を使用しており、ソビエト時

⁵¹ 障害者団体へのインタビューより（2014年5月2日）

⁵² ろう団体へのインタビューより（2014年5月20日）

代に教育を受けた手話通訳者がいるが数は少ない。ろう団体では、手話教本として、JICA 支援⁵³で作成されたガイドブックをいまでも使用している。

寄宿学校を修了すると職業訓練学校に進学するか、自宅に戻ることになるが、職業訓練学校の受入人数が全体で 1,500 人程度なので進学のコツは限られている。また自宅学習は、教師が自宅に訪問し授業することになっているが、訪問回数が週 1~2 回と少なく、教育レベルも低いといわれている。進学のコツはほぼなく、卒業後も自宅で過ごすことになる。普通学校に行く生徒は元々限られているので、大学に進学できる障害者はほとんどない。

6.4.3 インクルーシブ教育

EU 助成プロジェクトによるインクルーシブ教育の推進が、2014 年 3 月から 2 年間、オーストリアのコンサルティング会社⁵⁴によって進められている。本事業は、2 年間で少なくとも 670 人の教師と 170 人の支援スタッフを研修し、1,350 人以上の障害児および両親への相談事業を通して 840 人の障害児を普通学校に入学させるものである。対象地域は、タシケント、サマルカンド、ナマンガン、ホレズム、スルホンダリアであり、本事業の成果として、インクルーシブ教育の拠点センターを設置し、長期戦略を作成することになっている。

UNICEF (2013) によれば、2013 年時点でウズベキスタンでは他にもインクルーシブ教育のパイロットプロジェクトが実施されているが、まだ全国的に展開されていない。公的教育省、保健省、労働社会保障省、高等中等特殊教育省は、インクルーシブ教育の推進を目指しており、障害児教育も含んだ「教育計画(Education sector plan)2013-2017 年」が作成されている。また学校再建国家計画では、障害児の在籍に関係なくスロープをつけることが求められている。

アジア開発銀行は、2006 年~2009 年に「障害児のための基礎教育」プロジェクトを実施したようだが、本事業の成果報告書はまだ公表されていない。試験校においてインクルーシブ教育を実施し、それをモデル校として全国展開する計画だったが、成果は不明である⁵⁵

6.5 情報とコミュニケーション

障害者の職業訓練学校では、視覚障害者用のコンピュータが導入されており、音声呼び上げソフトとして JAWS (ロシア語版) が使用されていた。しかし、視覚障害者がコンピュータを使って就労することは難しく、コンピュータクラスは、視覚障害学生が資料を読む際の補助として使用されている⁵⁶。職業訓練学校に録音図書は導入されておらず、視覚障害学生は携帯型録音機器を授業の復習に使っている。

6.6 障害者関連支援組織

ウズベキスタンでは、保護法によって、公的な障害者団体が以下のように規定されている。「障害者の権利、自立、法的給付を保護するために障害者によって作られた組織で、他の市民と平等な権利を提供するものを公的障害者団体と呼ぶ」(32 条)。「公的障害者団体は、法律の規定により助成金を受けられ、また他の組織や個人から、技術的、物質的、財政的な支援を受けられる」(33、34 条)。現在、公的な障害者団体として認められているのは、1) ウズベク障害者団体、2) ウズベク盲人団体、3) ウズベクろうあ団体である。

⁵³ 2002~2004 年の手話通訳養成計画

⁵⁴ Hulla & Co Human dynamics (www.humandynamics.org)

⁵⁵ Human Dynamics に対するインタビューより (2014 年 5 月 13 日)

⁵⁶ サマルカンド、フェルガナの職業訓練学校訪問時のインタビューより (2014 年 5 月 3 日、10 日)

6.6.1 障害者団体

ウズベキスタンの障害者団体の歴史は古く、ろうあ団体と盲人団体は 1930 年代に組織化されている⁵⁷。(身体) 障害者団体はそれより遅く、1980 年代後半に組織化された。これらの組織は中央集権的であり、組織に属する障害者は組織の工場での就労が許可されていた。これらソビエト連邦時代の 3 種の障害者団体をもとに、ウズベキスタン独立後も公的な障害者団体として政府から認定されている。

公的な障害者団体は、中央・地域(州)・地区にある国の下部機関等の行政組織に対応するかたちで組織化されている。例えば盲人団体は、ウズベキスタン全土の 14 州・184 地区、(身体) 障害者団体は 120 地区に支部を持っている。

サマルカンド障害者団体によれば、団体の目的は「障害者の権利」と「平等な社会参加」を促進することであり、そのために会員に雇用や教育の機会を提供している。サマルカンド州の障害者約 5 万 2000 人のうち 1 万人弱がメンバーである。グループ 3 (軽度) の障害者が会員の半数を占め、グループ 1 (重度) の会員は非常に少ない。車イス使用者もわずか 40~50 名程度である。

雇用・自営業支援に加え、研修や啓発セミナーなども実施している。政府の財政支援はほとんどなく、財源は会費や助成金で賄っている。会員の多くは職を探しており⁵⁸、ESC と協力して仕事を斡旋したり、自営業を教えたりしている。また経営者に免税など障害者雇用のメリットや合理的配慮などを教え、雇用環境の改善にも努めている。

民間の障害者団体も数多く設立されており、活動が活発なのは、ミレニウム、イスティクボル、ろう者文化センター、DET ファシリテーターグループなど多数ある。ミレニウムは、障害者の就労支援で実績を上げている。イスティクボルは 2009 年のアジア太平洋障害者センター (APCD) による CBR 研修のウズベキスタン受講生を母体にして作られた当事者団体であり、障害者の発見や啓発に努めている。DET ファシリテーターグループは、JICA 支援による DET 研修に参加した受講生が設立したもので、ウズベキスタンで DET 研修をすでに 50 回以上実施している。

一方で、これら障害者団体を総括する団体は作られておらず、障害者団体は一体感に欠けている。2012 年に障害者の権利条約批准を目的として障害者団体審議会が設立されたが、まだ NGO として登録されておらず、また地方や各種障害者団体から信任を得られていない。

主な障害者団体のリストは以下の通りである。

1. Uzbek Society of Disabled People (ウズベク障害者団体)
2. Uzbek Blind People Society (ウズベク盲人団体)
3. Uzbek Deaf People Society (ウズベクろうあ団体)
4. Consultative Council of NGO for PWDs (障害者団体審議会)
5. Millennium
6. DET Facilitator Group
7. Istiqbol
8. Opa-Singilar (Society of Disabled Woman)
9. STATUS – Social and Legal Support Center for Spinal Disabled People
10. Republican Association “Chernobyl People of Uzbekistan”
11. Republican Charity Fund of Afghan War PWD
12. Republican Fund of War PWD “Mehr-shavkat soglomlatirish sport”
13. Association of Disabled Athletes of Uzbekistan
14. Public Aid Centre “Umr” for Disabled Children and teenagers Suffered from Palsies
15. Anti Cancer Society of the Republic of Uzbekistan
16. “Panoh shulasi” Fund for Rehabilitation of Uzbek Children with Visual Disabilities
17. Association of business women of the Tashkent region “Tabdirkorael”
18. Children Fund
19. Namangan Regional Board of the Children Fund
20. Fergana Regional Centre for Social and Law Support of Females and Teenagers “Ishonch”

⁵⁷勝井(2005)によればソビエト連邦の政策として各団体の支部が連邦内に設立された。

⁵⁸会員の 70%は無職、25%くらいが自営業、残り 5%程度が就職しているということであった (5 月 2 日インタビューより)

第7章 ドナーの協力状況

7.1 援助協調の枠組み

7.1.1 保健分野

ウズベキスタンの保健セクターに対しては、多くの援助機関が支援をしてきている。以下に主たる援助機関と重点支援分野を示す。

表 7.1 主要援助機関と重点支援分野

	母子保健	栄養	PHC/地域保健	救急医療	感染症	HIV/AIDS	専門医療	人材育成	非感染性疾患	健康増進	水、衛生	行政能力強化	施設/機材	保健財政
WHO	✓	✓	✓					✓	✓	✓		✓	✓	✓
UNICEF	✓	✓								✓		✓		
UNFPA	✓	✓				✓		✓						
UNDP								✓				✓		✓
WB	✓		✓					✓	✓	✓		✓		✓
ADB	✓													
イスクラム開発銀行				✓							✓		✓	
USAID			✓		✓	✓	✓	✓						
EU	✓		✓											
GIZ/KfW	✓			✓			✓	✓					✓	
スイス	✓													
フィンランド*													✓	
中国													✓	
クエート			✓				✓						✓	
サウジアラビア							✓						✓	
KOICA	✓						✓						✓	
MASHAV							✓	✓						
Global Fund					✓	✓								

出典：保健省及び援助機関への聞き取り結果により調査団作成

ドナー間の援助協調に係る調整のための定期的な援助機関調整会議は、現在のところ設置されていない。本調査団が開催した関係援助機関を一同に介したラウンドテーブル会議（2014年5月6日開催）の場で、調整会議設置の必要性が参加援助機関より寄せられた。

現在、援助に関しては保健省内の対外経済局が、案件を取りまとめて、ウズベキスタンの援助窓口機関である対外経済関係・投資・貿易部が関係援助機関と協議・調整を行う形を取っている。また、ローン案件に関しては、援助機関により財務省に要請書が提出され、財務省内で援助機関を定めた上で、関係援助機関と協議・調整を行っている。

7.1.2 障害分野

障害分野は労働社会保障省がキー局となり、社会および職業リハビリテーションおよび職業訓練校を担当している。訓練学校は4校のうち2校が労働社会保障省の担当だが、残り2校は高等中等特殊教育省が担当している。また医療リハビリテーションは保健省の管轄だが、社会リハビリテーションも医療の側面が強いため、実際は重複する部分も多い。医療か、社会リハビリテーションかの判断は、MLECに任されている。MLECは、2009年まで労働社会保障省の担当であったが、現在は、財務省の管轄である。MLECの判断は年金や社会手当と直結するため、財源を扱う財務省が受け持つこととなった。また権利条約に関しては人権センターが担当している。実際の批准は内閣の担当となるが、人権センターは批准までの準備、すなわち政策の提案や実施ガイドラインの作成などを担当している。

ドナーにおいては、障害分野の援助を調整する機関や機能は特に存在しない。一方で、UNDPが障害分野に強い興味とコミットメントがあり、障害団体審議会も支援しているため、権利条約

の批准や障害者団体の会議などは UNDP が主催することが多い。UNDP は人権センターとも権利条約の批准に向け連携している。

7.2 ドナーの活動状況

7.2.1 保健分野

(1) WHO

WHO 欧州地域事務局は、対象国への協力方針を（Country Cooperation Strategy という名称ではなく）、WHO Country Office が小冊子として発行する印刷物に掲載している。また保健省との協力事項は Biennial Collaborative Agreements (BCAs)により決定される。WHO ウズベキスタン事務所の発行した小冊子「WHO Country Office in Uzbekistan」によれば、2012年、2013年の2年間のBCAsでは以下の5点が優先事項であった。1. NCDs、2. 感染症、3. 保健システム強化と公衆衛生、4. 保健情報、エビデンス、研究とイノベーション、5. 欧州保健政策「Health 2020」。

WHO ウズベキスタン事務所によれば、今後の協力方針は欧州保健政策「Health 2020」に則り、特にウズベキスタンで深刻な問題となっている NCDs に関する政策協力を主に実施していくとのことである。政策協力は、マルチセクター協力として財務省（税関）と連携したタバコの増税政策、食品会社と連携した栄養政策等、NCDs プロトコル（心筋梗塞、腎臓病、脳卒中、高血圧、糖尿病ガイドライン、健康教育、喘息や COPD 予防、子宮頸がんと乳がんスクリーニングの4つのコンポーネントで構成されている）の整備である。また、Health III プロジェクトには STEPS（STEPwise approach to chronic disease risk factor Surveillance）と PEN（Package of Essential Noncommunicable disease interventions for primary health care in low-resource settings）の実施に協力している。

聞き取り調査により、JICA へは NCDs 対策への期待が大きいことが伺われた。その期待は、他のドナーに先駆けて NCDs 対策に取り組んだことへの評価の高さから来るものである。NCDs 戦略策定にあたっては「ナボイ州保健医療サービス改善計画調査」でのデータや、「非伝染性疾患予防対策支援プロジェクト」（後述「表 7.3 JICA の過去協力案件の背景・成果・提言等」参照）での健診システムの試行等の活動が大いに参考になったことを感謝していた。また、プロジェクト実施中は日本人専門家が WHO と密に意見交換を行っており、日本人専門家から現場の状況を聞くことができたことも、NCDs 戦略策定に役立ったとのことである。WHO のみならず他ドナーも Post 2015 を見据えた JICA のプロジェクト策定の先見性の高さを評価しており、ウズベキスタンでは「NCDs 対策といえば JICA」との評判が定着しているとのことである。

(2) 世界銀行

保健省は、世界銀行からのローンで、1998年から「Health System Improvement Project」を実施しており、現在フェーズ3（通称 Health III Project）である。Health Iはフェルガナ州の3か所の郡で開始された。PHCの展開、per capita fundingの導入と実施、GP教育の実施、卒前卒後教育のカリキュラム変更を主な活動として実施した。フェルガナ州でのパイロット後、シルダリア州、ナボイ州、カラカルパクスタンへの拡大を経て全国展開された。Health IIは2005年開始され、全国3,195か所のSVPに所属する7千名のGPを対象にした10か月の教育を実施した。また、SVPで実施されたPHC展開システムを、タシケント、フェルガナ州、サマルカンド州、シルダリア州の4市25か所のFamily Clinicへ展開した。

Health III プロジェクトは、以下のコンポーネントで構成されている。

表 7.1 Health III プロジェクトのコンポーネント

Component 1. 保健サービス提供の向上	
1.1 病院サービスの向上	1. RMU 建設モニタリング
	2. RMU 供給機材の準備
	3. RMU 医療廃棄物マネジメント
	4. RMU の機能的計画と建設標準
	5. 臨床ガイドラインの開発と使用
	6. 機材維持管理システムの向上と機材操作研修
1.2 PHC 展開	1. PHC モデルの都市ポリクリニック（人口 5 万以上）への 拡大
	1. GP 研修プログラム（10 か月）の継続
	2. 継続専門教育下における SVP 医師・看護師の専門職開発
1.3 医療サービスの質の向上	1. サービスの質向上
Component 2. 保健財政強化とマネジメント改革	
	1. Consolidation and institutionalization of PHC financing and management reforms
	2. 病院での contract-based financing のパイロット
	3. 保健省における保健財政政策の開発と実施に関するキャパシティ・ビルディング
	4. 保健セクターの支出分析
	5. National Health Accounts (NHA) 開発
	6. 保健省、RMU、PHC 施設における財政管理研修
	7. Health management information system development to support a finance system approbation in hospitals
Component 3. NCDs 予防とコントロールに係る能力強化	
3.1 保健プロモーションと NCD 予防	1. 保健プロモーションに係る能力強化
	2. 保健人材への保健プロモーション、NCDs の疫学、効果的なコミュニケーション等の教育
	3. PHC 提供者への高血圧と糖尿病スクリーニングと予防研修
	4. 2 か所のパイロット州における Rayon/city 支局を含む Institute of Health and Medical Statistics departments (IHMS)への PC、マルチメディア機材供与と保健コミュニケーション・マテリアルの開発、活動のモニタリングと報告
3.2 サーベイランス・システム強化	1. 定期的なサーベイランス指標の定義づけと国家 NCD モニタリング報告システムの開発、IHMS の保健統計担当への正確なデータ収集と分析のための研修、必要機材とソフトウェアの供給
	2. NCD 指標収集のための 3 州でのベースライン調査とフォローアップ
	3. NCD 予防とコントロールにおけるドナー等関係者との協力

出典：Progress Report for the period of Jan-Mar 2014, Health System Improvement Project, Health III Central Project Implementation Bureau, MOH

各活動の 2014 年 3 月現在の進捗状況については、以下の通りである。

(1.1.1) RMU 建設モニタリング

2011 年に 6 か所の RMU、2012 年に 9 か所の RMU、2013 年には 21 か所の RMU を統合または建設した。州ごとでは、カラカルパクスタン 11、カシュカダリア 3、アンディジャン 1、サマルカンド 6、ホレズム 2、ナボイ 4、ジザク 4、ナマンガン 1、スルハンダリア 1、フェルガナ 1 である。2014 年計画では 62 の RMU を統合・建設する。

(1.1.2) RMU 供給機材の準備

「Uztibetchnika」を通じて、現在までに完了している機材供与は、以下の通りである。X 線 58 セット、デジタイザ 115 台、超音波診断機 115 台、滅菌器 355 台、シリンジポンプ 1,150 台、検査室用乾式滅菌器、蒸留器、遠心分離機各 470 台、冷蔵庫（各種）126-575 台、ポータブル心電図計 355 台、生体情報モニター460 台、パルスオキシメーター920 台、ワクチン保冷ボックス 482 個、胃ファイバースコープ 115 セット。

(1.1.3) RMU 医療廃棄物マネジメント

国際コンサルタント（1 名）とナショナル・コンサルタント（2 名）雇用の手続き中。

(1.1.4) RMU の機能的計画と建設標準

コンサルタント雇用の手続き中。

(1.1.5) 臨床ガイドラインの開発と使用

2013年3月、TIPMEのEvidence Based Medicine Centerを含めて作成した4種（糖尿病、尿路感染症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍）の臨床ガイドラインが保健省に承認された。同年4月にWHOのNCDs予防とマネジメントが適用され、5月から6月にかけてRMU, SVP用の臨床ガイドラインが準備された。6月には循環器病、糖尿病、気管支ぜんそく、慢性閉そく性呼吸器疾患のワークショップが、8月にも臨床ガイドラインの科学的アプローチに関するワークショップが開催された。2014年2月には上記4種のNCDsに関するWHOプロトコルの適用がなされた。上記プロトコルの導入は、3月には対象州の郡やPHC施設の職員に導入された。

(1.1.6) 機材維持管理システムの向上と機材操作研修

機材維持管理システムの開発と、フェルガナ、シルダリア、タシケント、アンディジャンの各州とタシケント市でパイロットが実施された。機材維持管理システムでは、維持管理の計画と組織のための知識の不足、現場でのエンジニアとインフラの不足、資金不足が指摘された。2014年2月、供与機材のひとつであるX線操作についての研修を実施したが、その際、基礎的なコンピュータ知識の不足が露呈した。同年3月には同じく機材供与しているドイツ国際協力公社（Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit; GIZ）プロジェクトやドイツ復興金融公庫（Kreditanstalt für Wiederaufbau; KfW）、UzMedoInfoセンター、Uztibetechnika等の協力も仰いで、GIZの機材情報システム「MEDIS」導入のワークショップを開催した。

(1.2.1) PHCモデルの都市ポリクリニックへの拡大

Health IIの枠組みの中で、タシケント市、サマルカンド市、マルギラン市、グリスタン市の計25か所のファミリー・ポリクリニックへのGPの原則を図っていった。現在これを人口5万人以上の各都市に拡大している。2014年中には155のファミリー・ポリクリニックへ拡大する予定でGPへの10か月の研修を実施している。また、機材も、76か所へ冷凍庫付冷蔵庫、保冷箱、滅菌器の供与が完了している。

(1.2.2) GP研修プログラム（10か月）の継続

2013年6月には665名の医師（385名はファミリー・ポリクリニックから、135名はSVPから、高等医学教育院の教師から22名が参加）が終了し、同年9月には770名を新たに受け入れた。

(1.2.3) 継続専門教育下におけるSVP医師・看護師の専門職開発

全国のRMU研修室について、整備状況が調査された。また、「保健マネジメント」研修のTOTが実施された。ファミリー・ポリクリニックの看護師向けに、母乳、リプロダクティブヘルス、5歳未満児の成長等についての教本が作成・研修され、医師向けにもガイドブックが作成・研修された。2013年には全国でContinuous Professional Medical Educationを通じて1,210名の医師と2,349名の看護師が研修を受けた。また、看護師向けの教材は2013年2月に国際コンサルタントの指導のもと改訂を行い、新たなモジュールが導入されている。

(1.3.1) 医療サービスの質の向上

母子保健サービスの質の向上における病院IMCI（Integrated Management of Childhood Illness）は、EU-UNICEFのIMCHSプロジェクト（母子保健サービス向上プロジェクト）と費用を分担して行っている。Health IIIプロジェクトは8つの州（アンディジャン、ナマンガン、シルダリア、ジザク、サマルカンド、カシュカダリア、スルハンダリア、ナボイ）を担当し、EU-UNICEFは6州（フェルガナ、タシケント、ブハラ、ホレズム、カラカルパクスタン、タシケント市）を担当した。

(2.1) Consolidation and institutionalization of PHC financing and management reforms

2013年2月、閣僚決議（閣僚会議令）第37号にて、フェルガナ州パイロット病院でのfinancingと、ファミリー・ポリクリニックでのper capita financingが決議され、第44号にて全国のファミリー・ポリクリニックでのper capita financingが決議された。また、SVP、ファミリー・ポリクリニックの医師・看護師の新たな就業基準や給与基準が試行されている。

- (2.2) 病院での **contract-based financing** のパイロット
2013 年、フェルガナ州の 3 か所の郡での **Central Rayon Hospital** レベルでの **Contract-based financing** が開始された。
- (2.3) 保健省における保健財政政策の開発と実施に関するキャパシティ・ビルディング
保健財政専門職 (**Deputy director on economic affairs, chief accountant, economist, accountant, lawyer** 等) の規則と給与水準が作成された。
- (2.4) 保健セクターの支出分析
2010 年から 2012 年の間、保健セクターへの政府支出に関する情報が収集され、分析された。2013 年 11 月には、財務省と保健省の間で情報収集への課題が協議され、保健財政に関する情報システムの開発の必要性が決議された。
- (2.5) **National Health Accounts (NHA)** 開発
2012 年 12 月、保健支出と家庭調査がタシケント市とタシケント州の一部で実施された。その後、**System of Health Accounts (SHA) 2011** マニュアルに則りウズベキスタンに適応する NHA に改訂中である。
- (2.6) 保健省、RMU、PHC 施設における財政管理研修
TIPME の協力のもと、保健財政管理の研修システムが構築された。
- (2.7) **Health management information system development to support a finance system approbation in hospitals**
フェルガナ州保健局とともに、RMU の保健情報システムについて協議し、情報システムのコンピュータ化、ネットワーク化を準備中である。
- (3.1.1) 保健プロモーションに係る能力強化
WHO と協力して実施する。対象 2 州での活動計画策定中。
- (3.1.2) 保健人材への保健プロモーション、NCDs の疫学、効果的コミュニケーション等の教育
2012 年 7 月、WHO からコンサルタントを招へいし、政策決定者に対し NCD 予防と対策に関するワークショップを開催した。また、リスクファクター調査のため、STEPS の手順を指導した。2013 年 10 月には調査手順の研修を調査実施者と検査担当者に対し行った。また、対象州の NCDs 担当者の海外研修も実施した。
- (3.1.3) PHC 提供者への高血圧と糖尿病スクリーニングと予防研修
PHC レベルでの高血圧と糖尿病 2 型の診断、モニタリング評価、リスクファクターに関する基準を作成した。また 2013 年 4 月には **WHO Package of Essential NCD Interventions for Primary Health Care (PEN)** のワークショップを開催した。また、対象州 (フェルガナ、カシュカダリア) への WHO ガイドラインの適用を検討するため、6 月に PHC 施設キャパシティに関する調査を実施し、その後導入が決定された。保健省は、WHO ガイドラインを、循環器疾患、糖尿病 2 型、気管支ぜんそく、COPD の 4 種について導入することを決定し、2014 年 3 月、対象 2 州に対するアクションプランの作成を開始した。
- (3.1.4) 2 か所のパイロット州における Rayon/city 支局を含む **Institute of Health and Medical Statistics departments (IHMS)** への PC、マルチメディア機材供与と保健コミュニケーション・マテリアルの開発、活動のモニタリングと報告
2013 年 1 月、保健省は、対象 2 州の IHMS と TIPME の **Valeology** 課に必要機材を供与することを決定。
- (3.2.1) 定期的なサーベイランス指標の定義づけと国家 NCD モニタリング報告システムの開発、IHMS の保健統計担当への正確なデータ収集と分析のための研修、必要機材とソフトウェアの供給
NCDs の疫学的サーベイランス・システム構築には CDC (**Centers for Disease Control and Prevention**) の協力を仰ぐこととなり、2014 年 3 月、CDC から専門家を招へいし協議した。
- (3.2.2) NCD 指標収集のためのベースライン調査とフォローアップ
WHO STEPS に準じて実施される。2012 年 7 月に調査計画が開始され、8 月に保健省から調査の承認が下りた。同年 12 月から 2013 年 9 月にかけて全国 50 の郡と市、148 の保健施設、4,350 の家庭がサンプリングされ、12 月に調査会社と契約した。2014 年 1 月、保健省令によりフィールド調査が許可され、2 月にラジオ等を通じて調査への協力を呼

びかけた。フィールド調査は2月から4月にかけて実施され、5月にデータベース作成とデータクリアランスが行われる。6月には結果が出る予定である。

(3.2.3) NCD 予防とコントロールにおけるドナー等関係者との協力

2013年4月、「アルコールとタバコ供給と消費規制」の法律の改訂が行われ、内閣に提出された。改訂例としては、アルコールの販売店の距離を、教育施設・スポーツ施設・宗教施設から従来の200m以上離すことから500m以上離すこと、等。2013年11月にはWHOの協力のもと、様々なセクターが参加してNCDs 予防とコントロールのためのアクションプランが作成された。

以上のようにHealth プロジェクトは、フェーズ1と2にわたってPHCレベルのサービス提供とfundingを整備してきた。フェーズ3ではPHCサービスのコンポーネントを都市部にも拡大し、そして2次レベルの保健サービス提供の整備にも着手している。フェーズ3の主要コンポーネントのひとつであるNCDs 対策においてはJICAのほうノウハウを蓄積しているであろうということで、連携への期待が高い。

(3) UNICEF

UNICEFのウズベキスタンでの活動は大きく母子保健、栄養、HIV対策、衛生の4つに分けられるが、最も大規模に支援している分野は母子保健である。EUと組んで「Improvement of MCH Service」プロジェクトを実施しており、フェーズ1が2008年から2011年まで、フェーズ2は2016年まで実施する予定である。

1) 「Improvement of MCH Service」プロジェクトについて

活動は政府レベルと州レベルに分けられる。

政府レベルの活動としては、妊産婦と青少年の保健に関する政策など、Regulates/ Ordersの策定時にWHOなどと協力して保健省を支援している。共和国レベルのFinancing, Documentation, IECなどの活動には、その都度コンサルタントを雇って支援している。また、母子保健分野のドナーコーディネーションのステアリング・コミティは4半期に一度実施されており、保健省がコーディネートするのを支援している。加えて、現在の母子保健課題は、例えば施設分娩率が高いのに新生児死亡が多いということを経験すると、技術・マネジメント両面の質が低いことだと考えており、質のアセスメント・ツールを作成し現場で使うことを計画している。同時にマネジメント強化への介入の必要性も感じている。

州レベルの活動として、フェーズ2の対象州は、フェーズ1で対象にしなかったタシケント市、タシケント州、ブハラ、フェルガナ、ホレズム、カラカルパクスタンの5州1市である。活動は、研修を通じたキャパシティ・デベロップメントが主体である。研修内容は大きく①新生児ケアと②子供のケアに分けられ、①の項目は、perinatal care, neonatal care (新生児蘇生など), essential newborn care, near-miss case review, analysis using BABIS tool 等である。BABISは、新生児へ最も適切な処置が取れるように問題を分析できるツールである。BABISのデータは、Republican perinatal Centerに集約されている。②の項目は、IMCI (primary Out-patient Department-OPD- level, child hospital level, and community level-for patronage nurses), breastfeeding, growth monitoring などである。また、特にカラカルパクスタンとナマンガン州では、WHOのHealth system strengthening projectに母子保健分野で協力しており、WB health IIIにも協力している。具体的活動としてはCommunity behavior change componentを6月からコミュニティで開始する予定で、コミュニティレベルのHealth promotionについての現状分析を行うことから始める。

2) MICSについて

2010年にデータは収集したが不備があり発表できなかったため、2006年のものを最新にせざるをえない。今後のMICS等国際比較が可能な大規模調査の計画はない。

3) 微量栄養素について

貧血については最新データがないのでなんとも言えないが減少している。ヨード欠乏症については、34-41%の子供が何らかの甲状腺異常があるとされている。ビタミンAについては、現

在は 98%が受け取っている。

(4) UNFPA

2010 - 2015 年の 6 年間の Country Programme Action Plan によれば、総額 890 万 USD（うち 110 万 USD は co-financing）の支援を行っている。支出内訳はリプロダクティブヘルスに 64%、人口と開発、ジェンダーにそれぞれ 15%ずつである。リプロダクティブヘルス活動は、下記 4 点について活動しており、現在、プログラムの評価を開始したところである。

1. 国家リプロダクティブヘルス政策等能力強化（Strengthen technical and institutional capacity of the national health-care system to develop and implement comprehensive reproductive health policies and provide an integrated package of essential sexual and reproductive health services）
2. 緊急産科向上（Improved quality of emergency and essential obstetric and perinatal care in selected geographical areas）
3. 家族計画のための能力強化（Increased capacity of the health-care system to ensure contraceptive commodity security and provide high-quality family planning services）
4. HIV 啓発（Strengthened capacity of national institutions to provide high-quality, gender-sensitive, life skills-based education, information, and youth-friendly services for sexual and reproductive health and HIV and AIDS prevention）

1) リプロダクティブヘルスにかかる統計について

妊産婦死亡率については、政府の出す統計にある程度信頼性があるとみている。根拠として、高い避妊薬使用率、国際標準値内の帝王切開率、高い妊産婦健診率、高い施設出産率等のデータから推察できること、遠隔地においても PHC 施設が機能していることが挙げられる。ただし、以下のいくつかの改善すべき点もある。1. 妊産婦の死亡原因を皆が共有できるようにすること、2. 「妊産婦死亡」の定義、特に産後死亡日数を「妊娠中または妊娠後 42 日未満の死亡」などと明らかにすること、3. 妊産婦死亡原因究明のための大規模サーベイを実施すること、4. 妊産婦死亡症例検討会を確実に実施できるようにすること。

2) 貧血への取り組みについて

UNFPA が持っている貧血の最新データも、2005 年に小麦粉への鉄添加が開始された時のベースラインデータという状況である。貧血状況の調査も許可が下りていない。ただし、状況を見聞きする限り、現在の妊産婦の貧血状態は 50%程度ではないかということである。カラカルパクスタンにおける貧血割合が高い原因については、貧困が原因かと考えている。

3) HIV 母子感染予防への取り組みについて

HIV の母子感染予防はウズベキスタンが他国に誇れる成果のひとつで、母子感染率は現在 2 - 3%になっている。この数値に至った要因としては、妊産婦健診の実施率が高く、健診で HIV 検査を実施するため発見率も高く、ART もきちんと受けていること、これらシステムが全て機能しているためである。

4) 避妊薬ロジスティック・システムについて

UNFPA が開発した「CHANNEL」ソフトウェアを使用したロジスティック・システムの第 2 ステージに入っている。本ソフトはシンプルであるため PHC レベルでも使いやすいものである。

(5) GIZ

2011 年から 2014 年の 5 年間のプロジェクト「Advanced Training of Doctors and Medical Staff to Work on Modern High-Tech Medical Equipment in Uzbekistan」を展開中である。本プロジェクトは、医療画像システム、磁気共鳴画像診断装置、内視鏡等の最新医療機器を効果的・効率的に使用できるよう、機材供与、専門家派遣、研修コースの設立、海外研修等を通じて支援するものである。

医療機材支援分野は、様々なドナーが関わり情報が錯綜している。そこで、機材支援に当たっては、保健省 Coordination of Investment Project 課の Mr. Tiraiev Tikmat に必ず確認することをアドバイスされた。最近の医療機材情報の主なものとしては、中国の支援で核磁気共鳴画像法

(Magnetic resonance Imaging; MRI) が各州病院に設置される予定であること、韓国開発銀行が 4 次レベルの小児病院に専門機材と研修をセットで支援すること、KfW も MRI や腹腔鏡の供与を行い、コンポーネントのひとつとしてエンジニアの現任研修を行う予定であること、等である。

機材関連の課題としては、機材の在庫管理を含む情報システムが存在しないに等しい状況であること、軽微な不良の発見と修理ができる程度の日常点検の重要性を理解し実施できるための、機材維持管理システムの向上が必要であること、検査・診断能力の向上が必要であること、等である。

7.2.1 障害分野

いくつかのドナー団体が障害者就労やインクルーシブ教育の推進などの事業を実施しているが、ウズベキスタンにおける障害分野の国際支援は活発とはいえない。ただその中でも、重要なプログラムがいくつか展開されている。

まず、UNDP は障害分野に強い関心を示している。特に 2008 年から継続して障害者就労に力を入れており、障害者雇用状況に対する分析や提言が含まれる報告書は有益な情報を提供している。また事業を通し障害者団体ともネットワークを構築し、権利条約を推進すべく障害者団体審議会に対して支援を実施している。また、これから UNDP が優先課題として取り組むプロジェクトは、ソーシャルワーカーの育成と職域の確保であり、障害者の社会的支援に焦点を当てた支援を実施しようとしている。また JICA など他機関との関係にも積極的であり、UNDP がソーシャルワーカーを担当し、JICA が義肢装具士や作業療法士の育成に取り組んではどうかという提案も見られた。

その他には、EU がオーストリアのコンサルティング会社に助成しているインクルーシブ教育推進事業が今年の 3 月から始まっている。対象地域はタシケントやサマルカンド、他で、実施期間が 2 年と短い。事業評価と準備を含めると実質は 1 年程度しかないが、それでも 840 人の障害児をメインストリーム学校に移動させるという意欲的なプログラムである。さらに教員養成、リソースセンターの設立、インクルーシブ教育推進戦略の策定など、様々な成果が期待されている。一方でインクルーシブ教育は、これまでも ADB や USAID が支援を提供している。ADB 支援事業は今回の EU 事業と基本コンセプトが似ているが、事業報告書がまだ公表されていないので、成果を分析することはできなかった。

その他、米国大使館は 150 万円以下の小規模事業でいくつか障害者支援事業を助成している。年間 20~30 件の採択のうち、2~3 割は障害案件であり、これまで女性障害者の起業、ろう者文化センターの手話通訳養成、障害者団体の就労支援、CBRなどを支援している。

ドナー支援の概況は以下の通りである。

表 7.2 支援機関と支援内容 (2000年～現在)

No.	援助機関	支援内容
国際機関		
1	EU 2014.3-2016.2	インクルーシブ教育の推進。タシケント、サマルカンド、ナマンガン、ホレズムなどでインクルーシブ教育を推進し 840 名の障害児童を普通学校に移動させる。また教員養成を実施し、リソースセンターを作る。(199 万ユーロ)
2	UNDP 2011.4-2014.3	「インクルーシブな雇用と社会参加」プロジェクト。タシケント、サマルカンド、ディザックなどを対象に市民団体と政府の協力を強化し障害者雇用を促進する。(120 万ドル)
3	UNPD-Uzbekistan 2008.8-2011.3	障害者のアクセシビリティ、市民の認識、雇用と社会支援促進プロジェクト (92 万ドル) http://www.undp.uz/en/projects/project.php?id=127
4	ADB 2006.4-2008.12	障害児に対する基礎教育 (150 万ドル) :試験校において障害児の学習効率を向上させ、自信を与え、社会参加を促進する。教員養成のモジュールを完成させ、障害児の指導教材を作成する。インクルーシブ教育のモデルケースとして内外に紹介する。公共教育省が担当。 http://www.adb.org/projects/38657-012/main
5	世界銀行	障害予防を含むプライマリヘルスケアの改革 (3 千万ドル)
6	UNICEF	Kashakadarya 地区における家庭と衛生 SIGIS プログラム (100 万ドル)。小児の包括治療プログラム・世界銀行と協力 (9 万 5 千ドル)。予防 (5 万ドル)
二国間協力		
1	米国(USAID) 2009.10-2012.9	インクルーシブ教育：教育を通して障害児の生活の質を高め、社会参加を促進する。
2	米国(USAID) 2009.5-2010.5	障害者支援：研修センターの開設を支援する。センターでは、会計、コンピュータ、裁縫などの技術を障害者に教える。また法律に付いて講義し、無料の法律相談も実施する。
3	米国(USAID)	コンピュータ・センターの開設。センターでは、視覚障害者にコンピュータを教える。障害者に研修を実施する時の問題について、コミュニティに考えさせる。
4	フィンランド	病院機器支援 (720 万ドル)、タシケント小児科病院治療センター・クリニック支援 (320 万ドル)、Gulistan リハビリテーションセンター (280 万ドル)、Nurata 産院支援 (120 万ドル)
5	ドイツ	障害予防と社会医療リハビリテーション・診断機器と特別セラピー (5 百万マルク)、母子健康機関に対する医療機器・薬 (350 万ドル)、反結核プログラム (7 万ドル)
その他		
1	SOS-Kinderdorf International	SOS-Kinder village 建設支援 (1200 万ドル)

7.3 日本の協力実績

日本とウズベキスタンは、1992年に外交関係樹立、1993年には同国を ODA 対象国とし、研修員受入れや専門家派遣等を開始している。1994年に無償資金協力、1995年には有償資金協力案件の実施を開始しており、下表のように保健医療分野では医療機材供与を中心にした支援が実施されてきた。1998年には青年海外協力隊派遣取極に署名し、2006年には技術協力協定が締結され、同年、国別援助計画 (2012年に国別援助方針に改訂) が策定された。

日本のウズベキスタンへの支援は、基本方針 (大目標) として、「経済成長の促進と格差の是正に向けた支援の実施」が掲げられている。重点分野 (中目標) として、①経済インフラの更

新・整備（運輸・エネルギー）、②市場経済化の促進と経済・産業振興のための人材育成・制度構築支援、③社会セクターの再構築支援（農業改革・地域開発、保健医療の3つが設定され、実施されている。

保健医療については、独立後、国家予算の規模縮小に伴い、医療従事者の技術水準と医療機材の老朽化に伴う医療の質の低下が問題となっている。旧ソ連型サービスから経済合理性に基づくサービスへの質的転換及びコスト削減が求められるとともに、市場経済化の中で不利な立場に置かれる社会的弱者層の自立支援などが課題である。これらの開発課題に対し、日本の対応方針は、医療の質の向上を目的とした技術支援及びシステム改善のための支援を、予防医療についても視野に入れながら行っていく。また、障害者支援等の社会福祉サービスの強化を行うこととしている。

表 7.3 JICA の過去協力案件の背景・成果・提言等（2000年～現在）

	案件名	背景、成果、提言等
1.	無償資金協力「救急科学センター機材整備計画」 ・期間：2001年 ・金額：7.93億円	<ul style="list-style-type: none"> 全国 12 州に救急医療サービスを集中的に行う各州の救急医療センターを設置し、更にタシケント市および全国的な救急医療体制の中核的医療施設として「救急科学センター」を整備する計画に対し、医療機材の整備に必要な資金についての要請を受け実施された。
2.	開発調査「保健医療システム改善計画調査」 ・期間：2002年11月～2003年11月	<ul style="list-style-type: none"> 独立後、保健医療サービスが低下、新たな保健医療システム構築の必要性から実施。 調査を通じサブセクター（健康課題別）毎の現状・課題の抽出、改善案の提案。 全国レベルでのマスタープラン、保健医療システム改善のための開発戦略策定。
3.	無償資金協力「看護教育改善計画」 ・期間：2003年4月～2004年3月 ・金額：2.92億円	<ul style="list-style-type: none"> 機材整備による教育内容の充実及び“看護モデル”による教育改革を上位目標とし、全国 53 の医療専門高校/医療専門学校及び医科大学看護学科(6校)において必要とされている老朽化した機材の更新及び“看護モデル”に基づく教育に必要な基本的教育機材を整備。 無償資金協力にて供与された機材を技術協力プロジェクトによって活性化させ、きめ細かいフォローアップを可能にするるとともに、各地の看護教育機関にて上位目標を目指す質の高い看護教育を実施できるようになったという点で効果的であったと考えられる。
4.	技術協力プロジェクト「看護教育改善プロジェクト」 ・期間：2004年7月～2009年6月 ・金額：6.4億円	<ul style="list-style-type: none"> 医療サービス向上のため国際的水準の看護の導入、看護教育システム改善の必要性より実施。「患者に寄り添う看護（CON：Client-oriented nursing）」が導入された。 2012年に実施された事後評価結果によると、2010年に全国の78医療専門高校において CON に基づいた看護教育実施のためのカリキュラム導入、設備や機材の整備、教員の再教育研修が実施された。行政が必要と判断し取り組んだことで、活動が迅速に実行された。しかし、地方の学校では、実習のための医療機材を整備する必要がある。また、教員の再教育を担う看護教育センターへの予算確保が必要である。
5.	無償資金協力「タシケント州及びジザク州一次医療改善計画」 ・期間：2005年6月～2008年3月	<ul style="list-style-type: none"> 開発政策において、地域格差の是正のため、一次医療施設である農村医療センター(SVP)を整備し、サービスの質向上を図るべく医療機材整備を推進することになっており、医療機材整備については、世界銀行・アジア開発銀行による支援が行われていたが、対象外のSVPに対して、機材整備に係る無償資金協力が要請された。 タシケント州4郡及びジザク州4郡の計114カ所のSVPに対して一次医療機材の整備を行うことにより、各施設の保健医療サービスの向上を図る。

		<ul style="list-style-type: none"> • 一般診療用機材、処置室用機材、予防接種関連機器、検査・試験機器、婦人科用機材、滅菌関連機器の調達 • 医療機材のメンテナンスは契約ベースで外部の技術サービスを利用しており、高額機材等に問題が生じた際などにはメーカー代理店がバックアップする体制は整っているとのことであり、本事業の効果を継続するに十分。 • 交換部品・消耗品購入や修理費などは、各施設において必要になった際に、その都度施設運用費から支出。→供与機材にかかる維持管理計画を立て、その実行に必要な予算を確保することが必要。
6.	<p>無償資金協力「産婦人科研究病院医療機材整備計画」</p> <ul style="list-style-type: none"> • 期間：2007年～2008年9月 • 金額：3.67億円 	<ul style="list-style-type: none"> • ウズベキスタンにおける産婦人科分野のトップリファラル病院である産婦人科研究病院（タシケント市）の産婦人科関連機材の改善により、同病院の医療サービスの向上を図る。 • 一次、二次レベルの医療施設整備が進展することにより、全体のリファラルシステムとしては改善するものより高次の病院における入院患者数等が減少することがあるため、三次レベルの病院施設を整備する案件については、それより下位レベルの医療サービスの整備による影響を考慮すべきである。また、高次病院において実施される高度医療サービス提供に係る指標も設定することが望ましい。
7.	<p>開発調査「ナボイ州保健医療サービス改善計画調査」</p> <ul style="list-style-type: none"> • 期間：2007年1月～2009年3月 	<ul style="list-style-type: none"> • 2) の開発調査の提言を受け実施。 • ナボイは総合病院が無く、各専門病院では3次医療施設本来の機能を有せず、州レベルの保健医療システム再構築が必要。 • ドナーの活動を踏まえた計画の実施が効果増に寄与。 • 計画に基づき総合病院の建設、機材整備が必要。
8.	<p>技術協力プロジェクト「非伝染性疾患予防対策プロジェクト」</p> <ul style="list-style-type: none"> • 期間：2010年10月～2013年10月 	<ul style="list-style-type: none"> • 疾病構造が非伝染性疾患へ移行しており、予防医療強化の必要性から実施。 • 予防対策のための計画が策定され、国レベルで必要なパイロットをナボイ州で実施 • プロジェクト成果の全国レベルへの展開の必要性。
9.	<p>ノン・プロジェクト無償資金協力「途上国の要望を踏まえた工業用品の等の供与」</p> <p>期間：2012年3月～</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2012年3月に交換公文が署名され、東日本大震災の被災地域で生産された医療機材が供与される。2013年2月22日入札。2.5億円。内視鏡（宮城県）、X線撮影装置デジタル化装置（埼玉県）が、国立がんセンターに供与された。

出典：対ウズベキスタン共和国・国別援助方針、JICA ナレッジサイト、終了時評価結果要約表

また、障害分野における日本による支援は、下表のようにリハビリテーションセンターの機材整備や専門家派遣等が実施されている。

表 7.4 障害分野における過去の支援実績

No.	援助機関	支援内容
1	個別専門家 2011.6.13-2014.3.31	障害者支援 1. 労働社会保障省が障害者権利条約の批准に関して必要な情報資源・ネットワーク・支援を得る 2. 障害当事者と障害当事者団体ネットワークのキャパシティ・ディベロプメント
2	専門家派遣 2013.10	タシケント市における盲ろう者コミュニケーション技術支援：盲ろう者についての啓発および通訳介助者育成。盲ろう当事者の専門家を派遣。
3	課題別研修 2010-2012, 2013-2015	中央アジア地域 障害者のメインストリーム及びエンパワメント促進：日本の障害者団体や支援団体の活動、障害者政策、行政との関係事例に対する理解を深め、中央アジア地域の障害者の主体的な社会参加を促進する行動計画の提案を行う。
4	JOCV (2012年)	保健改革分野のボランティア (13名)
5	無償 4.41億円 (2009年)	国立障害者リハビリテーションセンター整備計画：老朽化が著しい国立センターに対し、障害者の治療・リハビリを行うのに必要な機材を供与し、保守・管理技術を指導した。
6	草の根技術協力 2008/5～2010/3	「タシケント市における地域に根ざした障害者支援事業」(ワールド・ビジョン・ジャパン)：タシケント市内の障害に関わる主要な関係機関により CBR が促進され、10 の馬原地域で暮らす障害児・者がコミュニティで適切なサービスを受けられるようにする。
7	NGO：財団法人ユネスコ・アジア文化センター 2006-2008	障害を持つ就学前児童及び小中学生のためのインクルーシブ教育の試験的实施 (出典： http://www.accu.or.jp/esd/jp/projects/ip/ip01_uzbekis.shtml)
8	日本 NGO 支援無償、草の根・人間の安全保障無償 2006年	ウズベキスタン障害児の栄養改善事業 (3750 万円) (ワールド・ビジョン・ジャパン、ワールド・ビジョン・ウズベキスタン)
9	開発福祉支援事業 2002.1-2004.12	手話通訳養成講座 ウズベキスタン

第8章 保健医療セクター及び障害分野における優先課題と提言

8.1 ウズベキスタンにおける優先課題

(1) 国民の健康状態からみる優先課題

1) 母子保健分野での課題

保健省、ドナーも避妊薬へのアクセス、妊産婦健診実施、施設分娩実施、予防接種実施には問題はない、すなわち 1 次レベルでできることはある程度実施しているという見解である。しかしながら、妊産婦死亡と乳児死亡の減少がここ 5 年ほど鈍化していることは問題で、原因として分娩を取り扱う 2 次レベル・3 次レベルの産科緊急ケアと新生児蘇生ケアの質がまだ低いのではないかという分析である。また、妊産婦死亡の主な原因が出血や高血圧、新生児死亡の主な原因が早産にあるということから、2 次レベル・3 次レベルの産科緊急・新生児蘇生体制の整備が不十分であると考えられる。

2) 感染症分野での課題

予防接種対象疾患を抑えることにはある程度成功している。サーベイランス・システムについても、SES を中心に体制ができています。現在問題となる感染症は、多剤耐性結核と HIV であり、それぞれのリスクグループも特定されています。すなわち、多剤耐性結核は 45 歳未満の無職、住む家がなく、過去長期にわたって刑務所か病院に入所・入院していた人がリスクグループで、HIV についてはロシア等に出稼ぎに出かけたことがある人がリスクグループである。結核にしても HIV にしても、コンタクトが取りにくい人または容易にコンタクトを失う人がリスクグループとなっており、管理が困難な状況にある。

3) NCDs 分野での課題

2014 年 5 月現在、NCDs 戦略は法務省の通過を待っている段階である。保健省と WHO によれば、最終ドラフトが法務省を通過し正式に認可されることは確実ということで、ウズベキスタンの NCDs 対策は始まったばかりの段階と言える⁵⁹。一方で NCDs による死亡割合や有病率・発生率の増加を見ると、すぐにでも対策が必要であると言える。また、NCDs 予防活動や早期発見体制についても体系化されたものは確認できず、NCDs と診断された患者は既に重症化している例が多いということから、予防活動・早期発見・軽度の患者の治療が十分ではないと言える。

4) 栄養分野での課題

栄養に係る全国的な調査は 2006 年以降実施されておらず、データがない。子供の低体重、栄養不良は 1996 年からの 10 年間で随分改善し、その後も栄養状態は良好と見受けられるが、微量栄養素特に鉄とヨウ素については正確な情報が必要である。

以上から、健康状態に係る優先課題としては、以下の事項が挙げられる。

- ・母子保健分野：2 次レベル・3 次レベルの産科緊急・新生児蘇生体制の整備
- ・感染症分野： 多剤耐性結核の対策
- ・感染症分野： HIV 対策
- ・NCDs 分野： 予防体制確立と予防活動の実施、早期発見体制確立と実施、軽度患者の管理
- ・栄養分野： 現状把握のための調査の実施

⁵⁹ 第 1 段階として、タバコ税の引き上げが検討されており、これには財務省等他関連セクターも異論なしのようであるが、その次の対策については、調査段階ではまだ明確ではなかった。

(2) 保健システムの現状からみる優先課題

1) 保健行政・ガバナンスにおける課題

現在、保健行政のマネジメントに関わるマネージャークラスの数、国、州及び郡レベルを含め約 750 名である。しかし、多くのマネージャーは医師出身で、一部の人材を除いて保健行政や財務管理に係るマネジメント能力・知識不足は否めない状況にある。特に地方分権化下においては、各地域に対する保健戦略・実施計画は、州や郡の保健局が策定するため、地域における保健医療サービス改善・医用資源の有効利用のためには、マネージャークラス的能力強化が不可欠である。現在、マネージャーに対する研修等は中央政府（保健省）が行っているものの、保健省自体のマネジメント能力、政策立案能力及び人材育成に係る能力は、地方人材の育成に際して、十分とは言い難い状況にあり、中央レベルの能力強化が望まれる。

2) 保健情報システムにおける課題

保健情報は、2002 年の共和国統計法に従い、保健省下の IHMS 及び SES により収集するシステムが構築されている。しかし、収集される情報量が膨大であること（437 指標）、上記組織を含め 6 つの情報収集のフローがあり、情報収集のため施設レベルに多くの負荷が生じており、そのためデータ精度の確保に課題が生じている（同じ指標が収集フローにより異なるケースが見受けられる）。また、情報のフィードバックが適宜、州や郡レベルへ行われていないこと、更には IHMS が各種の報告書を作成しているものの現場レベルでの政策決定や戦略・計画立案に生かされておらず、限られた医療資源の有効利用、現状の疾病状況に対する適切な医療サービスの提供のためには、情報利用の文化の構築が求められる。

3) 保健財源における課題

ウズベキスタンの保健分野に対する 2012 年の政府支出は 2007 年に比較して約 3.1 倍の 15.99 億ドル（WHO）と高い伸びを示している。しかし、患者自身による自己負担も同様に増加しており、一人当たりの 2011 年の支出は 2007 年に比較して約 2.4 倍の 39 ドルとなっている。疾病構造の変化に伴い、今後医療費の嵩む非感染性疾患の増加が予想されることから、医療費の確保・患者負担の軽減が今後の課題となっている。

保健財源の調達には、①一般税収入、②公的健康保険、③任意健康保険、④自己負担金の 4 つの手段がある。突発的な疾病に対する高額な医療費に対する患者負担の軽減のためには健康保険が有効な手段ではあるが、任意健康保険の場合、対象者は一部の高所得者に限定される。そのため、国民から保険料という形で資金を徴収し、疾病に対する財政的なリスク回避のための保健財源をプールする公的健康保険の導入を検討していく必要があると考えられる。保健省スタッフからの聞き取り調査の中でも、保険制度導入についての要望が聞かれた。しかし、保険料徴収に際し、国民の所得水準がまだ低いこと、質の高い医療サービスの提供が大前提になること、診療報酬対象サービスの選定（有料診療と控除対象サービス）、保険制度運用に係る組織・法制度の整備、関係書類の整備等、保険制度導入に際してクリアすべき様々な課題が存在している。

4) 最新医療技術・機材導入における課題

ウズベキスタンの医療技術の向上に際し、先進諸国で一般的に行われている最新の医療技術の導入、そのための医療機材の導入が課題となっている。このため GIZ 等が医療技術・医療機材導入に係る支援を行っており、今後非感染性疾患の増加に伴い、最新医療技術・機材導入のニーズがハード・ソフト両面に亘り増々高まるものと予想される。内視鏡のように世界的に優れた日本製品に対するニーズは高いものの、現地に販社を有しない等の理由から、調達が困難である状況にあり、民間ベースでの進出が望まれる。

また、ICT を利用した遠隔医療システムの構築は、中央と地方の医療技術の格差が大きく、且つ地方の交通インフラの発達していないウズベキスタンにおいては、有効な手段であると言える。

一方、ウズベキスタンの各医療施設における医療機材の維持管理は概して良好であるものの、近年導入されている最新式の医療機材の維持管理に関し、特に高次医療施設より懸念が寄せられており、JICA がこれまで他国で実施してきた 5S（整理、整頓、清掃、清潔、躰）・カイゼン手法と

いった技術協力の経験を生かした医療機材の維持管理体制の構築が望まれる⁶⁰。

これらのことから、保健システムに係る優先課題として以下のことが挙げられる。

- 1) 保健行政・ガバナンス： 保健省スタッフの戦略・計画策定能力向上、地方のマネージャークラスのガバナンス能力向上、人材育成制度の構築
- 2) 保健情報システム： 収集情報・収集ツールの再検討、データベースの構築、情報利用の拡大・定着
- 3) 公的健康保険制度： 診療報酬対象サービスの検討、導入に必要な各種書類の準備、法律策定・保険組合組織化に係る制度設計・検討
- 4) 最新医療技術・機材導入： 導入に際しての試験事業の実施と技術移転、機材維持管理体制の構築（5S・カイゼン等）、民間ベースでの市場開拓

(3) 障害分野からみる優先課題

1) 権利条約の批准と実施、統括的な障害者団体の不在

ウズベキスタン政府は 2009 年 2 月に権利条約に署名したものの、現在（2014 年 6 月）でも批准の目処は立っていない。政府は、実施するための財政支出を強く懸念しており、コストの目処が立たない限り批准には慎重である。またウズベキスタン政府は、障害者等級や年金制度の見直しを進めているが、まだ有効な手だてが見えていない。

法務省や国家人権センターは、権利条約の批准を進めようとしているが、条約に対する関係者の理解不足を懸念している。また条約の批准・実施・評価の各段階で障害当事者を参加させることが重要であるが、政府はまだ限定的にしか障害者と協議を進めていない。

また、ウズベキスタンには障害者団体が数多く存在するものの、それら障害者団体を統括する組織が設立されていない。したがって、障害者団体の意見の取りまとめができず、政府協議に代表者を送ることもできず、政府との協議が進まない状態である。ウズベキスタンの障害者団体はこれまで何度か統括団体の設立を試みたが、利害衝突や方向性の違いなどから設立を断念してきた。しかし、「権利条約の批准と実施」という目標ができたことで、最近では、改めて障害者団体で結束する機運が高まっている。

2) 障害者雇用に関する課題

ウズベキスタンの障害者の多くは未就労であり、仕事があっても自営業が多い。政府の職業リハビリテーションや職業訓練、また 3%の法定雇用率と罰金が障害者雇用を押し上げているが、成果は限定されている。大きな要因として、障害者の就労能力や合理的配慮に関する理解不足が考えられる。現在の支援制度は、就労能力を医者が判定し、その判定に従って支援が提供されている。職業訓練学校の授業も洋裁や靴の修繕など職種が限定されており、障害者の能力を十分に引き出しているとはいえない。職場における合理的配慮は雇用主の負担となり、企業はできるだけ配慮の要らない障害者を雇用する傾向がある。

3) リハビリテーション専門職（理学・作業療法士、義肢装具士）の不足

現在、ウズベキスタンには作業療法士や義肢装具士のようなリハビリテーションの専門家が養成されておらず、職域も確保されていない。理学療法医はいるものの、実施は短期間の訓練を受けた看護師に任されており、サービスの質を確保することが難しい。義肢装具士はわずか 10 人しかおらず、その多くは職場で技能を身につけただけである。ソーシャルワークの学士コースは

⁶⁰ JICA は病院の医療機材の維持管理改善のため、スリランカ、ケニア、エリトリア等において 5S/カイゼンに係る技術協力プロジェクトを実施している。

あるものの、卒後の職域が確保されていない。ウズベキスタン政府はこれらの人材育成を思案しているが、新しい職域なので、人材育成の方法やカリキュラムのあり方、また具体的な資格制度や職域の確保などに対する知識が不足している。

8.2 日本の協力の可能性

(1) 国民の健康状態改善への日本の協力の可能性

前述した課題に対する日本の協力の可能性としては、以下が考えられる。

分野	課題	日本の協力の可能性
母子保健分野	2次レベル・3次レベルの産科緊急・新生児蘇生体制の整備	「Improvement of Mother and Child Health Service」プロジェクト ⁶¹ 等を通じて、各種活動が既になされているので、その一部を担当することが可能である。
感染症分野	多剤耐性結核の対策	日本は結核対策に多数の経験があるが、多剤耐性結核のリスクグループの多くは刑務所経験者等コンタクトが困難な人たちであり、これらグループへの介入は NGO 等を通じたほうがスムーズかもしれない。
	HIV 対策	現在問題とされるリスクグループはロシア等への出稼ぎ経験者であり、リスクグループへのアプローチは容易でない可能性が高い。
NCDs 分野	予防体制未整備と予防活動の実施の不充分さ、早期発見体制未整備と実施の不充分さ、軽度患者の管理	NCDs 予防体制と活動は、下記のとおり日本の経験を応用可能である。 早期発見体制と活動は、検査体制等のより詳細な調査が必要であるが、日本の NCDs 予防啓発活動の経験と、1次レベルの施設で実施されているスクリーニング方法等を活かせる可能性がある。 ナボイでのプロジェクトの評価が高いことから、プロジェクト拡大を視野に入れることができる。
栄養分野	現状把握のための調査の実施	調査許可が政府から下りないことから、日本の協力可能性も低い。

母子保健に関して、日本の協力の可能性は考えられるが、既に他ドナーの活動が活発なこともあり、これから日本が参加しても活動や成果は限定的なものになると考えられる。

感染症分野は、リスクグループが既に特定されているが、それらは出稼ぎ経験者や刑務所経験者等であり、これら通常コンタクトしにくい人口へのアプローチは、NGO を通じた方がスムーズに運ぶ可能性が高い。

栄養分野は、大規模調査が行われないことには実態が把握できず、支援実施の根拠に欠けるが、どのドナーも政府から調査許可が下りず苦心している。

健康課題の観点から、日本の支援の可能性が最も高く、日本の経験を活かすことができる分野は、NCDs 分野と考えられる。また、JICA がナボイ州で実施していた「非伝染性疾患予防対策支援プロジェクト」は、まだ具体的な NCDs 対策活動を実施していない保健省と他ドナーに、具体

⁶¹ 7.2.1 (3) UNICEF 参照。母子保健に関する政策支援、研修等の活動を行っている。

的活動を既に実施し一定の知見を得ているプロジェクトとして評価されている。聞き取り調査による結果を表 8.1 に示す。さらに保健省と他ドナーは、NCDs 対策活動から得られたプロジェクトの知見の共有を期待しており、プロジェクトの継続・拡大を期待している。

表 8.1 JICA 技術協力プロジェクト「非伝染性疾患予防対策プロジェクト」への評価と意見

保健省	<ol style="list-style-type: none"> 1) 日本で研修を受けたことで、NCDs 対策の実際を学べた。 2) ナボイ州での JICA プロジェクトの活動によって、具体的な NCDs 対策として何をすべきかの具体的対策案を得ることができ、それは国家 NCD 戦略につながった。 3) また、1 次レベルに適したスクリーニング方法をとったこと、現地レベルに合わせた研修の実施、日本人専門家のアドバイスが適切だったこと、データベースを作成したこと、データ収集等において日本人の着実な手法に感銘した等の点で評価している。 4) 保健省は NCDs 対策を実施するにあたり、WB ローンでまかなえるのは今のところ 2 州分（フェルガナ、カシュカダリア）で、他ドナーが他州をカバーしてくれることを期待している。また、活動種類が多ければ、どのアプローチ、どの介入が効果的か比較検討できると考えている。 5) プロジェクトは 4 か所の SVP を対象にしていたが、規模が小さすぎた。州レベルでの支援を希望する。 6) 日本では、PHC レベルでの NCDs 予防体制と病院における疾患マネジメントが確立されている。それらをウズベキスタンに適用してもらいたい。日本の協力は、ウズベキスタンの文化背景・価値観等を考慮し適用可能なものとする点として評価が高い。
ナボイ保健局	<ol style="list-style-type: none"> 1) 日本で研修を受けたことで、健康診断のあり方を知ることができた。また、ウズベキスタンの 1 次レベルの施設でも効果的な健診が実施可能なことを知った。 2) 健康診断に係る啓発活動のパッケージ（広報マテリアルや SVP での健診啓発チームでの家庭訪問等）を開発し、現在も活用している。 3) プロジェクトでは糖尿病に焦点を当てたが、糖尿病発症患者のみならずリスクグループについてもデータベースを電子データで作成した。 4) そのデータベースを基に IHMS が収集している糖尿病患者数と比較すると、患者数が 1.7 倍存在していた。それはすなわち、既に発病した人のみならず、今後 10-15 年間に発病する恐れのある人（リスクグループの）を早期発見できたことにつながった。 5) 糖尿病患者数が実際に（今までのデータより）多数いたことで、他の NCDs のデータについても興味を持った。 6) 身体測定と尿検査紙という簡便な方法で糖尿病を早期発見でき、しかもそれが 1 次施設のレベルで実施できたということで、1 次レベルの医療従事者へのモチベーションにつながった。 7) これら一連の活動を、日本人専門家が注意深く準備し、モニタリングしてくれた。また、以上の活動は他地域への展開可能であると考えている。
WHO	<ol style="list-style-type: none"> 1) 「ナボイ州保健医療サービス改善計画調査」でのデータは、ウズベキスタンの NCD 戦略を策定するうえで参考になった。 2) ナボイ州での「非伝染性疾患予防対策プロジェクト」での現場の話を日本人専門家が定期的に報告してくれた。普段現場で働けない WHO にとっては貴重な情報源であった。（NCD 対策での WHO の役割は政策的な支援と診療ガイドライン整備である。） 3) NCD 戦略は策定したものの、具体的にどう取り組むのかは今後の課題である。カバーする SVP 数や疾患は限定されていたものの、具体的に取り組んだ経験があるのは JICA プロジェクトのみである。 4) 他ドナーに先駆けて NCDs に取り組んだ日本の先見性を評価すると共

	に、プロジェクトの拡大を期待する。
Health III Project (WB)	<p>1) JICA ナボイプロジェクトは、1次レベルに適したスクリーニング方法をとったこと、現地レベルに合わせた研修実施と日本人専門家のアドバイスが適切だったこと、データベースを作成したこと、データ収集が確実に行われたことを評価している。</p> <p>2) Health III では NCDs 対策に介入実施するのはフェルガナ・カシュカダリアの2州のみであり、ウズベキスタン全体の NCDs 疾患の問題の大きさを考えると、早期に他州でも介入を開始すべきである。</p> <p>3) リスクファクター調査は所謂 STEPS であり、1次レベルの保健施設が定期的にデータ収集し分析するというものではない。JICA のナボイでのプロジェクトで作成したデータベースの方法を共有したい。</p> <p>4) 現在確定している介入は、リスクファクター調査の実施と啓発活動の実施である。その他の介入は WHO PEN⁶²に従って行う予定ではあるが、具体的な介入実績のある JICA が NCDs 関連プロジェクトを継続してくれば、効果的な介入やアプローチについて相談することができ、経験を共有することでさらにウズベキスタンの NCDs 対策が加速する。</p>

出典：保健省 NCD 担当官、ナボイ州保健局 JICA プロジェクトカウンターパート、WHO ウズベキスタン事務所長、Health III project, NCD 担当への聞き取りによる

また、日本の NCDs 対策は、1978 年の「第 1 次国民健康づくり対策」に始まり、その後 1988 年の「第 2 次国民健康づくり対策」、2000 年の「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」と切れ目なく続き現在は 2013 年開始の「健康日本 21（第 2 次）」が実施されている⁶³。第 1 次と第 2 次国民健康づくりでは、健診と保健指導体制の確立、健康増進センターや市町村保健センター等の整備、健康づくりの啓発・普及活動を実施した。「健康日本 21」では、メタボリックシンドロームに着目した普及啓発、効果的な健診・保健指導の実施、産業界との連携、エビデンスに基づく施策の展開を実施した。これら対策により、日本人の 3 大死因の死亡率は減少した。（心疾患は 1989 年から、がんと脳血管疾患は 1995 年から減少している。）また、世界的に大きな健康課題となっている肥満についても、ここ 20 年間で多くの国が著しく増加する中、日本ではその増加が抑制されている。従って、このような日本の実績・経験を、今後のウズベキスタンの NCDs 対策に活かすことが可能である。

(2) 保健システム改善への日本の協力の可能性

8.1 (2) で述べた保健システムに係る優先課題に対する我が国の協力の可能性として、以下の事項が考えられる。

優先課題	日本の協力の可能性
1) 保健行政・ガバナンス 保健省スタッフの戦略・計画策定能力の向上、地方マネージャークラスのガバナンス能力の向上、人材育成制度の構築	JICA はこれまで多くの保健行政向上に係る技術協力を実施しており、成果をあげてきている。また、技術協力を通じて、各種ガイドラインの作成、研修システムに係る経験を有する。 一方、日本の厚生労働省や各自治体は、国民の健康改善のために多くの計画を立案し、施行してきた。また評価・モニタリングも行い、その後の計画立案に反映させている。従って、保健行政・ガバナンスの改善に関して、JICA 並びに日本の知見を活かすことが可能である。

⁶² WHO Package of Essential NCD Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings, 2010 WHO

⁶³ 「健康日本 21（第 2 次）の推進に関する参考資料」平成 24 年 7 月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会、次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

2) 保健情報システム	
収集情報・収集ツールの再検討、データベースの構築、情報利用の拡大・定着	日本は保険制度と同時に保健情報システムが整備されてきた歴史がある。また保健所を通じた疫学データの収集システムが構築されている。これら情報は、保健医療サービスの提供、保健行政を行う上で有効に活用されている。 一方、JICA はパキスタンにおいて、それまでの保健情報システムを見直し、指標の設定、収集フォーム・データベース開発、情報の有効利用のための人材育成を図った経験を有している。パキスタンでは、JICA による情報システムが国のシステムとして活用されており、同経験を活かすことが可能である。
3) 公的健康保険制度	
実績ベース払い制度の検討、導入に必要な各種書類の準備、法律策定・保健組合組織化に向けての準備	日本の国民健康保険の歴史は 70 年以上あり、国民が等しく医療サービスを受けることが出来る世界的にも優れた制度であるといえる。現制度が出来上がるまでは、その時の状況に合わせ、且つそれまでの経験をもとに数度の改定が行われてきた。従って、ウズベキスタンに適した公的健康保険の制度設計・検討に際しては、日本の経験・知見を活かすことが可能である。 現在、WB は Health III プロジェクトにおいて、RMU を対象に財政能力強化に係る支援を行っており、その中で実績ベースの支払い制度の試験事業を行っている。従って、実績ベースの支払い制度・帳簿管理（日本の場合は保険点数として制度化）に係る経験共有が可能である。
4) 最新医療技術・機材導入	
導入に際しての試験事業の実施と技術移転、機材維持管理体制の構築（5S・カイゼン等）、民間ベースでの市場開拓	日本の内視鏡や腹腔鏡手術、ICT を活用した遠隔医療等の先進技術は国際的にも優位性を有しており、日本国内の健康医療産業及びその技術力を発揮できる分野であり、ウズベキスタンの医療技術向上に寄与するものと思料する。また、日本は世界で最も優れた健康長寿社会を達成しており、非感染性疾患向けの医療技術・機材は、世界的にも優れているといえる。 また、たんに医療機材の導入に止まらず、医療機材の適切な維持管理のため、5S・カイゼン、総合的品質管理といったソフト面の支援において、これまでの技術協力の経験を活かすことが可能である。

なお、保健行政・ガバナンスに関しては、地方展開を前に、まずは中央省庁である保健省の能力強化が必要である。現在、保健省に一番重要なのは、保健戦略・計画策定に係る能力構築であり（これまで戦略・計画書は援助機関が作成）、従って最初の介入段階としては、その策定作業の中心となる大臣・副大臣クラスに寄り添い、直接アドバイスを与え、策定作業を通じながら能力向上を図っていくことが望ましい。このため、個別専門家派遣という形態が考えられる。

保健情報システムに関しては、既存情報システムの検証、指標設定から帳票・ソフトウェア開発、情報利用に係る指導等、多くの専門的分野に係る専門家が必要になることから、技術協力プロジェクト形式が望ましい。

公的健康保険制度に関しては、導入に際してクリアーにしておく条件も多く、特に医療サービスの質の改善（国民が保険料を支払うインセンティブ）、保険料を払えるレベルまでの国民所得の向上といった要因は、短期での解決は困難である。従って、介入は将来を見据えた導入のための礎造りのための支援が望ましく、技術協力プロジェクトといった大規模なものではなく、個別専門家の派遣等が望ましい形態である。

最新医療技術・機材の導入に関しては、日本の保健医療産業がその製品・技術力を発揮できる場であり、民間活力利用を念頭においた民間連携や普及・実証事業の推進という形態が望ましい。また、機材の維持管理体制の構築に関しては、民間投資による維持管理体制（現地代理店・ワークショップの設立、維持管理研修実施等）の構築に係る支援や個別専門家等による維持管理に係る指導等が考えられる。

(3) 障害分野への日本の協力の可能性

前述した課題に対する日本の協力の可能性として、以下が考えられる。

1) 障害統括団体の設立と権利条約の実施経験の共有

日本は権利条約の批准に6年以上⁶⁴の歳月を要したが、「障がい者制度改革推進会議」のように、障害者団体の代表が長時間、政府と協議し、条約を実施する為に必要な政策や活動を策定した経験がある。このような日本の経験は、ESCAP⁶⁵からも高い評価を受けており、他国の参考となるものである。条約の実施に困難を抱えているウズベキスタンにとって、日本を中心とした他国の経験や知見を学ぶことは非常に有益と考えられる。実際に、国家人権センターから、日本の権利条約の批准過程や監視機関について学びたいという要望書が JICA ウズベキスタン事務所に出されている。

またウズベキスタンには、包括的に障害問題を扱う全国規模の団体が設立されていない。その為、障害者団体の代表が決まらず、政府との協議が進展しない現状がある。一方日本は、「日本障害フォーラム（以下、JDF）」という総括的な障害団体が設立され、障害者の代表が政府と協議し、障害者の要望を伝えることで、障害者の意見が政策や法律に反映されてきた。このような経験を、ウズベキスタンの障害者団体と共有することで、障害者団体が自ら結束し、政府と協議を進め政策策定に参加していくことが期待される。

2) 障害者の就労支援制度の紹介

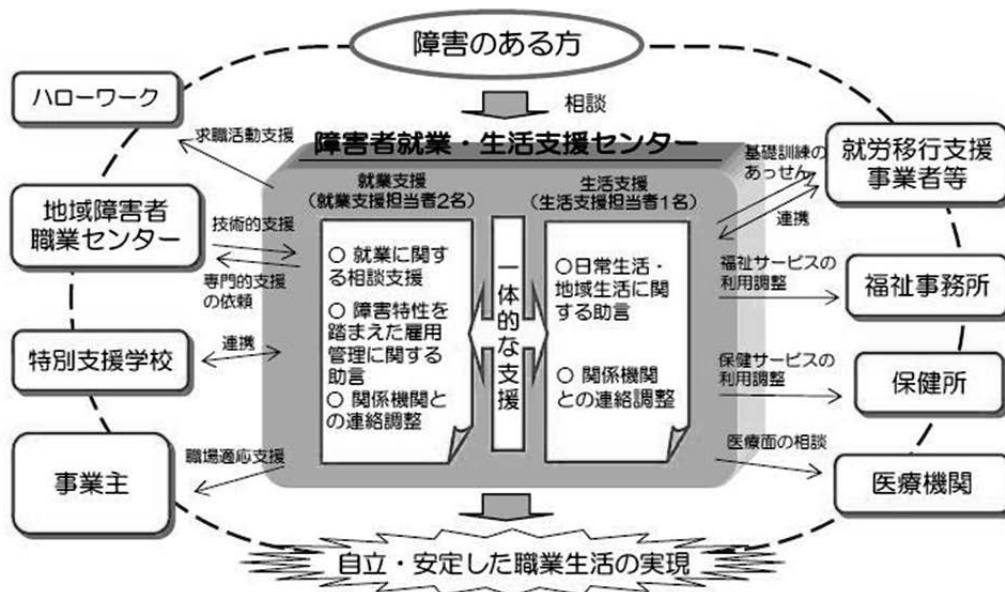
ウズベキスタンでは、医師が障害者の就労能力を判定し、雇用主や就労支援関係者はその判定に従って就労支援を実施している。しかし医師は限定された職域しか提案することができず、結果として障害者の職域は広がらず、能力も十分に活用されていない。その結果、障害者の就業および自立が困難になっている。一方日本には、包括的な就労支援体制が構築されており、豊富な雇用事例が存在している。

例えば、日本の障害者就労支援は、就労面だけでなく生活面でも支援を提供している。また豊富な「障害者の雇用事例」として、大分県別府市にはホンダ、SONY、オムロンなど12社が「社会福祉法人 太陽の家」と連携し700名以上の障害者を雇用している。農業分野でも知的障害者を雇用する「ココ・ファーム」、サービス業では「スワンカフェ」、またアパレルでは「ユニクロ」などの事例がある。これら日本を中心に障害者就労の他国事例を示すことで、就労支援関係者の意識改善をはかり、支援体制の見直しを期待することができる。

⁶⁴ 権利条約「署名」から「批准」まで（2007年9月28日～2014年1月20日）

⁶⁵ 2011年12月6日「障害者権利条約と制度改革の最新動向」の国連 ESCAP 社会開発部長ナンダ・クライリクシユの発言より

雇用と福祉のネットワーク



出典：厚生労働省ウェブサイト「平成19年度における障害者の職業紹介状況」
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/05/h0516-3.html> から転載

図 8.1 日本の障害者雇用支援体制

3) リハビリテーション専門職の人材育成

日本には理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、義肢装具士などリハビリテーション専門職が確立されており、養成・資格制度も整備されている。また彼ら専門職員は、医師や看護師、ソーシャルワーカーなどと連携し、生活環境も含めた総合的なリハビリテーションを提供している。これら日本のリハビリテーション専門職の養成制度や資格制度、また総合的なリハビリテーション・サービスは、ウズベキスタンに非常に参考になると思われる。

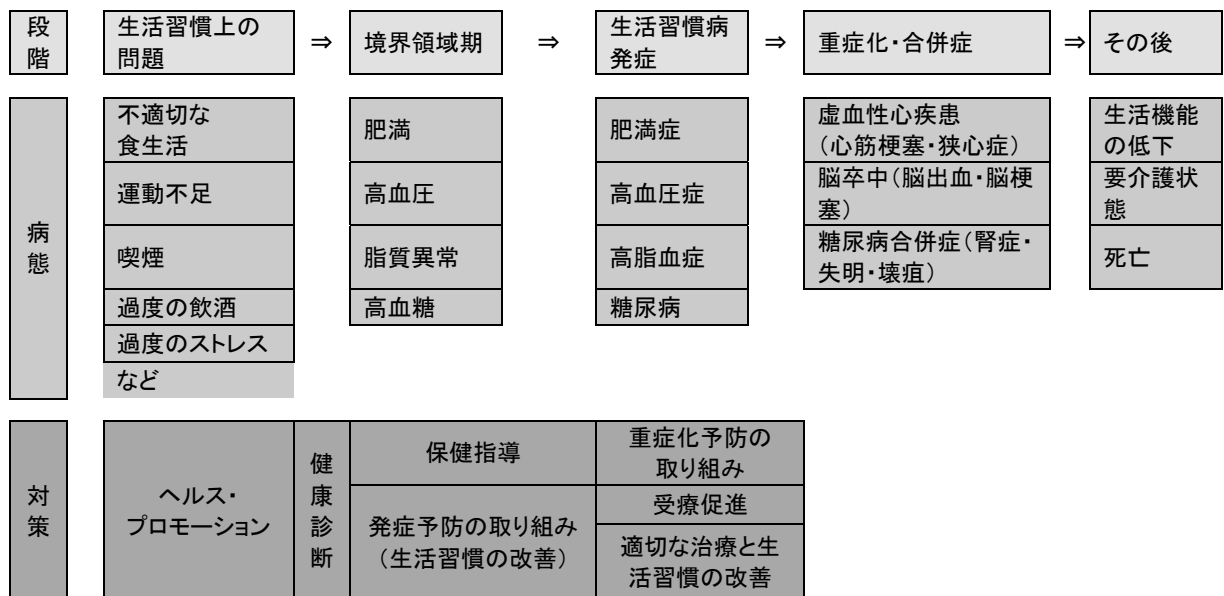
8.3 優先プログラム提言

(1) 国民の健康状態から考える優先プログラム

NCDs の死亡率と有病率が増加し問題となっていることから、NCDs 予防と重症化予防のためのプログラムを提言する。

ウズベキスタンにおいて、NCDs 対策戦略が法案化される見通しであることから、「ウズベキスタン国における NCD 予防・コントロールのためのアクションプラン 2014-2020」に則って活動を行うことが重要である。大項目に沿って考えると、「1 主要 NCDs 因子に対する法律、規制、セクター間プログラムと介入」に関しては、保健省を中心とした 22 のマルチセクターや WHO が既に法案策定にとりかかっており、日本が直接関与する必要性は低い。

「2 NCDs 予防のための情報、教育、IEC 活動の強化」、「3 国家レベルの NCDs サーベイランス・システムの開発」、「4 NCDs 予防と管理のための関係セクターの人材と研究能力の開発」、「5 市民の役割強化と健康的な環境づくり」、「6 NCDs 患者とリスクグループに対する、予防、医療、社会ケア体制の強化」に関して、日本での厚生労働省が実施している「健康日本 21」での経験（図 8.2）をもとに、以下の提言を行う。



出典：厚労省のものを一部改訂

図 8.2 Risk factor から生活習慣病への進展と、各段階における対策

1) NCDs 予防のためのヘルス・プロモーション活動を支援する。(NCDs Action plan 2, 5 に適合)

IHMS 等と協力して、ヘルス・プロモーションの活動を促進させる。共和国 IHMS はマスメディアを通じて大々的に広報を行う予定である。州 IHMS も予算があるところは、ローカル・マスメディア等での広報を行うと聞いている。日本の介入としては、コミュニティ活動の活動を促進させたい。「4.4.2 NCD 予防のための取り組み」で述べたようなアンディジャン州保健局のアイデアのように、マハラの機能を利用した住民への知識普及のアプローチ等を参考にしてコミュニティでの住民への啓発活動を行う。

2) 早期発見のための健康診断実施を支援する。(NCDs Action plan 5 に適合)

対象疾患である循環器・糖尿病・がん・COPD のスクリーニング方法と、スクリーニングを実施する施設のレベルを明確にする。特に、脂質代謝機能・糖代謝機能の測定が可能かどうか等、介入に先立ち、実施可能なスクリーニング方法を調査し、支援する対象疾患を特定する。同時に、1 次レベルの施設で何が実施可能であるか調査する。1 次レベルでスクリーニングが困難な検査項目については、2 次レベルで実施するようにし、スクリーニングが住民全体に裨益するよう、保健局と協議し健診実施方法等を調整する必要がある。

健診実施に際しては、1) の予防活動と連携して住民が積極的に健診に参加するよう働きかける。

また、疾患の早期発見により想定される一時的な患者数の増加については、保健省によれば、現在 1 次レベルの施設で実施されている Capitation financing (人頭割予算) の一人当たり医療費単価で対応できるとしている。コスト・エフェクティブな介入のために、原則として「WHO PEN (Package of Essential NCD Interventions for primary care in low-resource settings)」に則った疾病予防・治療・管理を実施する予定である。また、NCDs 増加による長期的な医療費の見通しと、コスト・エフェクティブな介入については、保健省と WHO 等が「Disease Control Priorities in Developing Countries」等の研究も参考にしながら検討するとしている。

3) リスクグループに対し、発症予防の取り組みを支援する。(NCDs Action plan 6 に適合)

健診でリスクグループと認定されれば、それらの人を取りこぼさないよう、1 次レベルで管理する必要がある。アプローチの方法としては、1 次レベルの訪問看護師による家庭訪問活動を利用することが考えられる。現在のところ、家庭訪問による生活指導は対象者から敬遠される傾向があるということなので、リスクグループが興味を持って受け入れてくれる指導方法を考え、実施する。

4) 患者の重症化予防のための取り組みを支援する。(NCDs Action plan 6 に適合)

現在は疾病を診断された患者はディスペンサリー（専門病院）で管理されていることが多いが、早期発見の患者数が増加すれば、ディスペンサリーでの受入れ可能範囲に制限が生じる事が予測される。その場合、ディスペンサリーが管理する患者は重症患者に限り、軽症患者は1次レベルで管理できる体制を構築する事が必要と考える。例えば、月に1度薬の処方をしてもらう等の投薬治療を行いながら経過観察するレベルの患者であれば、1次レベルで管理し、定期的に2次・3次で検査・カウンセリングを行うような体制を構築し、患者の重症化を予防する。そのために1次レベルの医師・看護師にはどのような知識が必要なのかを明らかにし、研修等にて知識を普及する。現在、患者がGPより専門医に管理されることを好むのは、専門医の知識・経験が豊富だからである。1次レベルのGPでも重症化予防管理が十分できると認識されれば、患者もGPに管理してもらってもよいと考えるはずである。

5) 疾病状況が正確に把握できるようにするための、情報システム整備を支援する。(NCDs Action plan 3 に適合)

現状認識のためにも、また介入の効果を測るためにも、疾病状況の正確な把握は必要不可欠である。しかしながら、どのような情報を、どこから、どういった頻度で得るのかについて、詳細策定が必要である。Health III プロジェクトにおいて STEPS に基づくサーベイランスが実施される予定で、それによってベースライン値は得られるかもしれないが、継続して測定できるほうが望ましい。少なくともリスクグループの特定、健康診断の結果分析等のために、1次レベルで定期的に数項目のNCDs関連データは収集され、分析されるべきである。

6) 担当部局（例えば州保健局等）が、以上の1)～5)の取り組みを計画・実施モニタリング・評価分析できるよう、能力強化する。(NCDs Action plan 4 に適合)

州保健局を例にすれば、NCDsのデータを分析する能力、それをもとに次期計画を策定する能力、予算確保や分配計画を策定する能力、活動実施をモニタリングする能力等が必要である。現状、保健局がどの程度能力があるかを調査し、どのように支援するかを考える必要がある。保健局の局長、IHMS、予防治療課、保健局所属の栄養士と、各専門医等が州のNCDs対策に関しどのような役割を持つかを明確にし、各課人材の能力強化を目指す。

以上の支援を効果的に実施するため、以下の形態を取ることが望ましいと考える。また、ウズベキスタンのNCDs対策は保健省が中心となり、WHOが政策支援、WBがフェルガナとカシュカダリアの2州を対象に実施することから、日本の協力も州レベルを対象に実施することで、他ドナーとの協力体制も取りやすいと考える。

「協力の形態」

NCDs対策は専門分野が多岐に亘り、かつ長い期間を要すると思われることから技術協力プロジェクトが有効である。

「本プロジェクトの狙い」

対象州におけるNCDs対策が強化されて、NCDsにかかる予防、生活習慣の改善、重症化予防等の内容が向上し活動が活性化される。

「プロジェクトの概要」

目的： 対象州のNCDsにかかる予防、生活習慣の改善、重症化予防等の内容が向上し活動が活性化される。

成果： NCDs予防のためのヘルス・プロモーション活動が強化される。

早期発見のための健康診断実施体制が強化される。

リスクグループに対しての発症予防と、患者の重症化予防のための取り組みが強化される。

NCDsにかかる情報システムが整備される。

州保健局がNCDs対策の計画・実施モニタリング・評価分析できるよう、能力

強化される。

活動： 住民への知識普及・健診の推進
 対象疾患のレベル別スクリーニング実施の調査と明確化
 リスクグループへの発症化予防家庭訪問活動への技術支援
 レベル別患者管理内容の明確化
 1次レベルでの患者管理方法技術支援
 NCDsにかかるとの情報システム整備
 州保健局における情報をもとにした計画策定・実施モニタリング評価技術支援
 州保健局内における NCDs 担当各課（健康増進・予防治療・栄養・各疾患専門医）の役割の明確化と能力強化のための技術支援

協力期間： 5年間

協力対象： 州保健局、州内保健医療施設

投入：

専門家派遣	総括、州保健局人材能力強化 ヘルス・プロモーション 健康診断体制 リスクグループ・患者管理 情報システム 各種研修計画とモニタリング	(計 120 MM)
資機材調達	対象州への必要機材供与	
本邦研修	日本の NCDs への取り組み	

(2) 保健システムから考える優先プログラム

1) 保健管理情報システムの改善

限られた医療資源を有効に活用し、保健医療サービスを提供するため、保健管理情報システム改善に係るプロジェクトを提言する。

「協力の形態」

保健管理情報システム構築に関して、専門分野が多岐に亘り、かつ長い期間を要すると思われることから技術協力プロジェクト、若しくは長期個別専門家派遣に加えて各専門分野に応じた短期専門家の派遣が有効である。

「本プロジェクトの狙い」

地方分権化下における州・郡レベルの計画・立案、評価・モニタリング等のマネジメント能力強化のため、既存の保健情報システムを見直し、情報・データの質の向上と共に現場レベルでの医用資源マネジメント等の意思決定に有効活用可能なシステム構築を図る。

「プロジェクトの概要」

目的： 各州・郡において、保健情報システムにより根拠にもとづく業務計画立案、予算計画が策定される。

成果： 指標が設定され、情報収集に必要なツール・マテリアルが作成される。
 収集された情報の入力、分析、報告書策定のためのデータベースが開発される。
 各施設、郡・州レベルにおいて、データ収集、データ管理に係る人材が育成される。
 データを活用して、政策決定、計画立案ができるようになる。

活動： 既存情報システムに係る検証、ベースライン調査の実施
 新指標の設定（マネジメントに必要な最低数の指標選択）、情報システム統一に係る合意形成

帳票（データ記入シート等）、データ収集マニュアル類の作成
ソフトウェアの開発
トレーニング実施（データ収集、コンピュータ操作）
情報分析・利用に係るマニュアル作成と研修の実施
モニタリング及びフォローアップの実施、帳票・ソフトウェアの更新

協力期間： 5年間

協力対象： 保健省、IHMS、各州保健局

投入：

専門家派遣 総括、保健情報管理システム
データ収集
データ利用
システムエンジニア
研修計画
モニタリング (計 120 MM)

資機材調達 パイロット州・郡へのコンピュータ・プリンター等
第三国研修 パキスタンの District Health Information System (DHIS) の視察・関係者との意見交換 (DHIS の概要、ソフトウェアの概要、DHIS をマネジメントしている DHIS Cell の状況、データ利用状況等)

2) 保健行政・ガバナンス改善に係る政策アドバイザー

将来的な地方の保健行政・ガバナンスの強化に鑑み、地方を指導する中央レベル（保健省の政策決定・立案者）の人材育成のための技術協力を提言する。

「協力の形態」

本技術協力で一番重要なのは、保健省の保健戦略・計画策定に係る能力構築であり、その策定作業の中心となる大臣・副大臣クラスに直接アドバイスを与え、能力向上を図るため個別専門家（政策アドバイザー）の派遣が有効である。

「協力の狙い」

保健省の政策立案の中核をなす大臣・副大臣レベルの行政官に対して、OJT を通じながらアドバイスを与え、戦略・計画立案、評価・モニタリング等の能力を図ると同時、地方の行政官に対する能力強化に係る研修計画立案に係る支援を行う。

「協力の概要」

目的： 保健省の保健戦略・計画の策定等に係る能力が向上する。
成果： 保健戦略・計画が策定される。
保健指標が設定され、情報収集に必要なツール・マテリアルが作成される。
計画の実施・進捗の確認のためのモニタリングが実施され、次の計画に反映される。

協力期間： 2年間

協力対象： 保健省

投入：

専門家派遣 長期専門家「政策アドバイザー」
本邦研修 我が国の戦略・計画立案、モニタリング状況、フィードバック等について学ぶ。

3) 最新医療技術・機材の導入

ウズベキスタンの最新医療技術の向上と日本に優位性のある医療技術・機材の海外展開を維持管理の視点も含めた支援を提言する。

「協力の形態」

最新の医療技術・機材は、日本の保健医療産業がその製品・技術力を発揮できる場であり、民間活力を念頭においた民間連携や普及・実証事業の推進という形態が望ましい。また、機材の適切な維持管理体制構築という視点から短期の個別専門家派遣が効果的である。

「協力の狙い」

民間連携や普及・実証事業等の協力を通じて、日本の優位性のある医療技術・機材のウズベキスタンへの導入・普及を図る。また、同協力を通じて、民間投資による維持管理体制（現地代理店・ワークショップの設立、維持管理研修実施等）の構築を図る。一方、個別専門家等による指導により維持管理能力及び維持管理体制が構築される。

「協力の概要」

- 目的： 日本が優位性を有す医療技術・機材がウズベキスタンに導入される。
- 成果： 以下のような医療技術・機材が検証される。
- ・ 内視鏡等の日本の誇る最新機材を用いた診断や内視鏡等を用いた先端の低侵襲医療技術（腹腔鏡手術等）
 - ・ X線撮影装置、CT、超音波診断装置等を用いた非感染性疾患（がん、心臓病、肝臓疾患等）の診断やカテーテル（ガイドワイヤー）による狭心症や心筋狭窄治療等
 - ・ ICTを活用した遠隔医療システム
- 上記機材に係る販路ができ、導入・普及される。
- 上記機材の対する維持管理体制が構築される（民間業者による投資を含む）。
- 協力期間： 1～2年間
- 協力対象： 保健省、専門医療センター、対象州・郡総合病院
- 投入：
- 民間連携、普及・実証事業の実施
事業開始に際し、日本の医療機材メーカー、商社、医療法人、大学等に対するウズベキスタン市場セミナーを開催し、同国の医療機材・医療技術に係るニーズの周知を図る。また多くのメーカー、医療機関が参加する MEJ⁶⁶に情報を提供し、参加メンバー・連携医療機関等への共有化を図る。
 - 専門家派遣
短期専門家「機材維持管理」
 - 本邦研修
民間連携、普及・実証事業の一環として、先進医療技術・機材の活用状況、機材の操作・利用法、維持管理体制等について学ぶ。
 - 現地セミナー
日本から講師を招へいし、本邦研修に示したテーマについてウズベキスタン関係者に対して研修を実施する。

⁶⁶ Medical Excellence JAPAN : MEJ、2010年10月に日本の医療の国際化を進めるため一般社団法人として設立。主たる業務は、日本の医療サービス・機器の海外展開支援、日本の高度医療の海外紹介等。メンバー企業は医療機材メーカー等23社、連携医療機関は50機関。

4) 公的保険導入に係る関係者の知識向上

将来的な国民健康保険導入のため、ウズベキスタン関係者の知識向上、準備作業の推進のための技術協力を提言する。

「協力の形態」

国民健康保険に関しては、導入に際してクリアーにすべき条件も多く、短期的な導入は困難と思われることから、将来を見据えた導入のための礎造りのための支援という位置付けとし、個別専門家の派遣、本邦研修、現地セミナーを提案する。

「協力の狙い」

技術協力を通じ、関係者に対し国民健康保険に係る実績ベースの支払い制度、運用法、保健組合等の関連機関の役割・マネジメント、法制度の整備、必要関係書類の等に係る理解を促し、今後の導入に係る準備作業を推進する。

「協力の概要」

目的： 国民健康保険に対する理解が深まり、導入に向けての準備作業が推進される。

成果： 国民健康保険に対する知識が関係者に定着する。

導入に必要な作業内容・必要書類、法制度が明確化する。

導入までのロードマップが策定される。

導入に必要な関係書類の整備が行われる。

協力期間： 2年間

協力対象： 保健省、財務省

投入：

専門家派遣 長期専門家「国民健康保険システム」

本邦研修 我が国の国民健康保険の歴史、法制度、保健組合等の関連機関の役割・マネジメント状況、実績ベースの支払い制度・運用法、必要関係書類等について学ぶ。

現地セミナー 日本から講師を招へいし、本邦研修に示したテーマについてウズベキスタン関係者に対して研修を実施する。

(3) 障害分野から考える優先プログラム

障害分野においては以下の3プログラムが優先事項と考えられる。その中でも「権利条約の実施」が最重要プログラムであり、次いで「障害者の就労支援体制の改善」、そして「リハビリテーション専門職の育成」が重要と考えられる。

プロジェクト1	障害統括団体の設立を通じた障害者の権利条約の実施
【重要度：高】	
目的	政府と障害者団体が協力して権利条約を実施する為のメカニズムが強化される。 権利条約の実施を通し、障害者がエンパワメントされ、障害者の平等な社会参加が促進される。
成果	1. 障害問題を扱う統括的な市民団体が設立される。 2. 障害統括団体と政府の協議を通し権利条約を実施する為のメカニズム（戦略、活動計画、監視機関）が強化される。 3. 権利条約を実施する為のガイドラインやマニュアルが作成される。
活動	1-1. 本邦・第三国研修を通して、障害統括団体の意義、目的、機能、運営方法、組織構成などを学ぶ。 1-2. 権利条約の意義や障害統括団体の役割について理解するために、タシケントと地方都市でセミナーやワークショップを開催する。 1-3. 障害統括団体を設立する為の全国障害者大会を実施する。 2-1. 本邦・第三国研修を通して、権利条約の実施メカニズムや政府と障害統括団体の役割と協力体制について学ぶ。 2-2. 障害統括団体と政府の代表が権利条約の実施戦略、活動計画、監視機関について協議する。 3-1. 本邦・第三国研修を通し、権利条約を実施するためのガイドラインやマニュアルを作成する。
協力期間	3年間
協力対象	国家人権センター、法務省、労働社会保障省、財務省
投入	専門家派遣（1名） 政策アドバイス、障害者運動、本法研修 短期専門家（年間4名） 障害者団体の強化、統括団体の設立 本邦研修 権利条約実施のメカニズム（実施戦略、活動計画、監視機関） 障害者団体の役割と政府協力 第三国研修 途上国（タイなど）の権利条約実施のメカニズム 障害者団体の役割

プロジェクト2
【重要度：中】

障害者就労支援体制の改善と強化

目的	障害者の就労支援関係者の意識改革を通して、既存の就労支援体制が改善され、障害者の経済的自立が促進される。
成果	1. 障害者の労働能力判定基準が見直される。 2. 企業や就労支援関係者が合理的配慮や障害者差別について理解する。 3. 障害者の職業訓練学校の授業内容が見直される。 4. 障害者の就労事例集と就労支援ガイドブックが作成される。
活動	1-1. 本邦・第三国研修を通し、障害者団体の代表および企業を含む就労支援関係者が、障害者の様々な就労事例、就労支援制度、合理的配慮、職業訓練などについて学ぶ。 1-2. セミナーやワークショップを通し、他国事例が国内の就労支援関係者に共有される。 1-3. 就労支援関係者や企業に障害者の権利や合理的配慮に関する研修（障害平等研修など）を実施する。 2-1. 職業訓練学校の関係者が、他国事例を参考に授業内容を見直す。 3-1. 本邦・第三国研修を通し、障害者の就労事例集と就労支援ガイドブックを作成する。
協力期間	3年間
協力対象	労働社会保障省、財務省
投入	専門家派遣（1名） 就労支援 本邦研修 障害者の就労支援制度・各機関の役割 障害者の就労事例・職業訓練事例 第三国研修 タイなどの就労支援制度と職業訓練事例

プロジェクト3
【重要度：低】

リハビリテーション専門職の人材育成

目的	人材育成を通し、リハビリテーション・サービスの質が向上する。 リハビリテーションを通してより多くの障害者が社会参加できるようになる。
成果	1. 作業療法士および義肢装具士の人材養成カリキュラムが作成される。 2. カリキュラムに沿った研修が実施される。 3. 研修を通し、作業療法士と義肢装具士が育成される。
活動	1-1. 青年海外協力隊員が作業療法士・義肢装具士の育成カリキュラムを作成する。 2-1. 青年海外協力隊員が育成カリキュラムを実施できる講師を育成する。 3-1. 講師が研修を実施し、作業療法士および義肢装具士を育成する。
協力期間	4年
協力対象	労働社会保障省
投入	青年海外協力隊：作業療法士（1名 x 2回）、義肢装具士（1名 x 2回） *ただし、医師のカウンターパートとして協力隊員を派遣すること。看護師をカウンターパートとすると、マンパワーとして利用されてしまい、講師としての役割を果たすことが難しい。

添付資料

添付資料 1 現地調査工程表

Day	Date		Abo	Akiyama	Chiba	Nadira
1	13-Apr	Sun	Arrived in Tashkent			
2	14-Apr	Mon	JICA Office, MOH - International Economical Affairs Division			←
3	15-Apr	Tue	MOH - Minister, Chief of Radiology			←
4	16-Apr	Wed	Preparation of document/letter for field visit			←
5	17-Apr	Thu	MOH - International Economical Affairs Division			←
6	18-Apr	Fri	Ms. Saimoto - JOCV			Mr. Morgunov E, IT consultant of Health - III WB Project
7	19-Apr	Sat	Data arrangement			Data arrangement
8	20-Apr	Sun	Data arrangement			Preparation of documents & questionnaire for survey/letter for field visit
9	21-Apr	Mon	Republican Specialized Center of Urology			←
10	22-Apr	Tue	MOLSPP - Deputy Minister			←
11	23-Apr	Wed	Medical exhibition (Specialized Center of Urology, Cardiology), Tashkent Pharmaceutical Institute			←
12	24-Apr	Thu	Preparation for field visit (Navoi)			←
13	25-Apr	Fri	Tashkent - Navoi, Navoi Multiple Hospital, Navoi Branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Ms. Kikuchi - JOCV			←
14	26-Apr	Sat	Navoi Health Department, Regional Medical Children Center, Madaniyat SVP			←
15	27-Apr	Sun	Navoi - Tashkent			←
16	28-Apr	Mon	Institute of Virology, Republican Cardiology Center			←
17	29-Apr	Tue	Health III, WHO		Arrived in Tashkent	←
18	30-Apr	Wed	MLSPP JICA Uzbekistan Office		←	Meeting with MoH

Day	Date		Abo	Akiyama	Chiba	Nadira
19	1-May	Thu	Tashkent - Samarkand, Regional Rehabilitation Center		←	Meeting with the chief of Finance & Economical department
20	2-May	Fri	Samarkand Regional Multiple Hospital, Postargonskiy District Rural Medical Unit, Samarkand Health Department - Deputy Director	Arrived in Tashkent	Samarkand Regional branch of the National Society of the Disabled Sewing Factory for Women with Disability Samarkand Employment Support & Social Protection Center Samarkand MLEC of Smalkand City No.60	Preparation invitation letters and documents for 1-st round table and dissemination to partners
21	3-May	Sat	Samarkand Specialized Vocational College for PWDs, Samarkand - Tashkent	Preparation	Samarkand Specialized Vocational College for PWDs, Samarkand - Tashkent	Main division on organizing health care
22	4-May	Sun	Preparation for roundtable meeting	←	←	←
23	5-May	Mon	JICA Office	←	←	←
24	6-May	Tue	Roundtable meeting 1, Departure from Tashkent	←	←	←
25	7-May	Wed	Arrived in Tokyo		UNDP Round Table meeting Consultative Council of NGOs for PWDs Ministry of Finance	Review collected documents & information, preparation letters for field visits
26	8-May	Thu		Institute of Health	Tashkent-Ferghana	Meeting with the Deputy directors of the Institute of Health & Medical Statistics
27	9-May	Fri		Holiday (Data management)	Oblast Department of Labor and Social Protection, Regional Rehabilitation Center Ferghana Provincial Hospital	Review of collected documents & information, statistic data base of health sector
28	10-May	Sat		Data management	College for persons with disabilities under MLSP Factories produced wheelchairs	Working with collected materials, preparation and review the questionnaire
29	11-May	Sun		Data management	←	Working with collected materials, preparation and review the questionnaire
30	12-May	Mon		GIZ, WB Health III (finance), UNFPA	National Rehabilitation Center in Tashkent city College for PWDs	MoH, Deputy Minister Saydaliev

Day	Date		Abo	Akiyama	Chiba	Nadira
31	13-May	Tue		UNICEF, SES	Human dynamics supported by EU in collaboration with National Inclusive Education for Children with Special Needs in Uzbekistan Uzbek Blind People Society	UNICEF, RSCSES
32	14-May	Wed		Tashkent-Andijan, Oblast health dept. (Head, Head of OPD, Institute of Health, Statisitian, Dietican, Oncology)	DET Forum Uzbekistan	WHO Round table
33	15-May	Thu		Oblast General Hospital for Adults, City family clinic	Embassy of the United State of America DET Forum Uzebkistan	Ministry of Economics, GIZ
34	16-May	Fri		Endocrinology dispensary, Oblast health dept	Consultative Council of NGO for PWDs Cultural Center of Deaf	TIPME, Rector Prof. Sabirov, Health management department Prof. Asadov
35	17-May	Sat		Andijan-Tashkent	Data management	MoH, Main division on organizing health care, Preparation to field trip to Khorezm region
36	18-May	Sun		Tashkent-Nukus (KKP)	Tashkent-Nukus (KKP)	Preparation to field trip to Khorezm region
37	19-May	Mon		KKP Republic MOH, Institute of health, Endocrinology dispensary	Ministry of Labour and Social Protection of Population, KKP Hojayli Mercy House of Female PWD KKP Rehabilitation Center for PWD	Departure to Khorezm region for field trip
38	20-May	Tue		Nukus Rayon hospital, Darsan SVP	KKP Society of Disabled KKP Society of Deaf	Urgench Meeting with regional branch of MoH Visit to regional branch of Regional Multifunctional Hospital, Pediatric Multifunctional Hospital
39	21-May	Wed		WB Health III project (NCDs, Clinical guideline), Flour Fortification Program	Medical Consulting Commission UNDP Uzbekistan	Regional branch of RSCU, Regional branch of Institute of Health, Regional branch of Republican Specialized Cardiology Centre, Urgench branch of TMA, Regional ER Hospital

Day	Date		Abo	Akiyama	Chiba	Nadira
40	22-May	Thu		Institute of hematology and blood transfusion	Data management	Urgench Regional Oncology dispensary, departure to Tashkent
41	23-May	Fri		Republican center (Oncology), WHO	Human Resource Center	Republican Specialized Center of Pediatrics
42	24-May	Sat		Data management	←	Review of collected documents & information, statistic data base of health sector
43	25-May	Sun		Data management	←	Preparation for field visit Fergana
44	26-May	Mon	Arrived in Tashkent	Department of Valeology, TIMPE	Meeting with JICA Office	MOH - International Economical Affairs Division
45	27-May	Tue	Roundtable meeting 2 (Social Security)	Republican center (Endocrinology), NCDs in-charge, MOH	Roundtable meeting 2 (Social Security) Departure from Tashkent	Departure to Fergana region for field trip, Regional Urology Centre
46	28-May	Wed	Data arrangement, Team meeting, Preparation of document/letter for roundtable meeting	Republican perinatal center	Arrived in Tokyo	Oblzdrav Regional Endocrinology dispensary, Regional Multifunctional Hospital
47	29-May	Thu	MOH, Head of Department of Economy, Financing and Planning	Yuyori Chirchil Rayon, Tashkent Oblast (Rayon hosp. and SVP)		Regional Children hospital, Regional branch of Institute of Health Fergana district Rayon Medical Union
48	30-May	Fri	Meeting with JICA Office	←		Regional oncology disnansary, departure to Tashkent
49	31-May	Sat	Preparation for roundtable meeting	←		Preparation for roundtable meeting
50	1-Jun	Sun	Preparation for roundtable meeting	←		Preparation for roundtable meeting
51	2-Jun	Mon	Roundtable meeting 2 (Health)	←		Roundtable meeting 2
52	3-Jun	Tue	JICA, MOH, MOLSSP, Departure from Tashkent	←		MoH, Meeting with Minister
53	4-Jun	Wed	Arrived in Tokyo	←		Uztibtehnika (Medical Techniques supplies organization)

添付資料 2 主要面談者リスト

Position/ Organization	Name
Tashkent City	
Minister, Ministry of Health	Prof. Anvar V. Alimov
Head, International Economical Affairs Division, Ministry of Health	Mr. Sidikov
Head, Department of Economy, Financing and Planning, Ministry of Health	Mr. Bakhtiyor Orifijonovich Khashimov
Specialist, Department of treatment & preventive care, Nat. coordinator of WHO on NCDs, Ministry of Health	Ms. Gulbahor Pulatova
Director, Formation of Healthy Lifestyle in Population Dept. Institute of Health and Medical Statistics, Ministry of Health	Ms. Gulbahor Ibragimorha Abdullaeva
Chief of Radiologist, Ministry of Health	Dr. Damir Zaredinov
Deputy Minister, Ministry for Labour and Social Security of Population	Mr. Khalilov Furkat Kamalovich
Head of Department on Social Protection, Ministry for Labour and Social Security of Population	Mr. Sharapov Bakhodiv
Chief of National Inspection of Medical Labor Expert Commissions, Ministry of Finance	Mr. Sultanov Dilshod Shuhratovich
Chief of National Inspection of M Medical Labor Expert Commissions, Ministry of Finance	Mr. Mahmanazarov Umarali
Aid coordination department of Ministry of Finance	Mr. Ganiev Aziz
Project Team Leader, GIZ	Mr. Roger Schmitt
Project Administration Assistant, GIZ	Shomirzaeve Drire
Coordinator, GIZ	Raushau Atamiyazova
Project National Coordinator, Use of Modern Advanced Medical Technology, GIZ	Dr (Ms). Nigora Murotova
Representative, UNFPA	Mr. Karl Kulesa
Assistant Representative, UNFPA	Mr. Fuad Aliev
Representative, WHO	Dr. Asmus Hammerich
National Professional Officer, Non-communicable diseases unit, WHO	Ms. Elena Tsoyi
Chief of Health, UNCEF	Dr. Svetlana Stefanet
Advisor on special policy issues, UNCEF	Mr. Khayrulla Malikov
Advisor on special policy issues, UNCEF	Dr. Fakhridin Nizamov
Executive Director, Health III, WB	Dr. Djamshed Djabriyev
Coordinator, Health III Project, WB	Ms. Sevil Abdurakhmanova
Consultant, Human Development Sector, WB	Mr. Iqbal son Ahadsonov
Coordinator on hospital service improvement, Health III, WB	Ms. Mukhamediyarova Roza Galievna
Head of Good Governance Unit, UNDP	Ms. Aziza Umarova
Project Manager, UNDP	Ms. Yana Chicherina
Program Associate of Gender, UNDP	Ms. Komila Rakhimov
Chief Representative, JICA Uzbekistan Office, JICA	Mr. Masao Shikano
Senior Representative, JICA	Mr. Iida Jiro
Representative, JICA Uzbekistan Office, JICA	Ms. Yuko Furuichi
Program Officer, JICA Uzbekistan Office, JICA	Mr. Malik Mukhitdinov
Program Officer, JICA Uzbekistan Office, JICA	Mr. Sharifzoda Sharipov
JOCV	Ms. Sanae Saimoto
JOCV (Nurse)	Ms. Tomoe Kikuchi

Position/ Organization	Name
Deputy head doctor on Epidemiological issues, Sanitary Epidemiological Inspection (SES)	Mr. Karim Mamarahimov
Chief Medical Officer, Sanitary Epidemiological Inspection (SES)	Bakhrom I. Arlmatov
Program Manager, National Flour Fortification Program	Mr. Shrzad Atahanov
Director, Hematology and Blood Transfusion Scientific Research Institute	Mr. Alonur Saidov
Medical Doctor, Transfusiologist, Hematology and Blood Transfusion Scientific Research Institute	Ms. Gulnoza Kayumova
Medical Doctor, scientific head of the children hematology department, Hematology and Blood Transfusion Scientific Research Institute	Ms.Sapura Ibragimova
Vice Director, National Research Center of Oncology	Yusurbekov Abrorbek Akhmedjanovich
Academic Secretary, National Research Center of Oncology	Dilshod M. Egamberdiyev
Director, Republican Specialized Scientific and Practical Center of Endocrinology	Mr. Said Ismailov
Director, Republican Specialized Center of Urology	Dr. FarkhadA. Akilov
Director, Republican Institute of Virology	Dr. Erkin I. Musbayev
Deputy Director, Neonatologist, Republican Perinatal Center	Ms. Dr Saida Khasanova
Chairman, Department of Valeology, Tashkent Institute of Postgraduate medical Education	Mr. Shukhrat B. Irgashev
Rector, Tashkent Pharmaceutical Institute	Dr. Yunuskhodjaev Akhmmad
Director, National Rehabilitation Center	Mr. Muminov Asqar
Head of social rehabilitation, National Rehabilitation Center	Mr. Qosimov Shokir
Head of prosthetic factory, National Rehabilitation Center	Mr. Jabbarbergenov Mahmud
Director, College for Person with disabilities (PWDs)	Mr. Boboqulov Ikrom
Deputy director, College for PWDs	Ms. Salaeva Rano
Deputy director, College for PWDs	Ms. Gazibaeva Dinara
Deputy director, College for PWDs	Ms. Turabaeva Nina
Human dynamics supported by EU in collaboration with National Inclusive Education for Children with Special Needs in Uzbekistan Team Leader, Communications Manager Project Officer	Mr. Jurgen Becker Mr. Yuriy Sarukhanyan Ms. Rebecca Olevskaya
Chairman, Uzbek Blind People Society	Mr. Abduqayum Abdunabiev
Deputy Chairman, Uzbek Blind People Society	Mr. Dilmurod Sobirov
Head of Department, Uzbek Blind People Society	Mr. Shavkat Yarmuhamedov
Disability Equality Training (DET) Forum Uzbekistan	Mr. Abduhalilov Abdullo Ms. Qosimova Shodiya Ms. Valijonova Shahlo Ms. Rahimova Muhabbat Ms. Mansurova Muyassar Ms. Shokirova Nazokat Ms. Akramova Safiya

Position/ Organization	Name
Small Grants Coordinator, Embassy of the United State of America	Ms. Dilbar Sulaimanova
Small Grants Program Assistant, Disability Equality Training	Ms. Nargiza Abdukadirova
Consultative Council of NGO for PWDs	
Chairman of Disabled People Organization (DPO)	Mr. Farkhad Abdurahmanov
DPO "Opa-Singillar"	Ms. Natalia Plotnikova
NGO "Mehribonlik"	Mr. Rayhona Nurmuhamedova,
DPO "Status"	Mr. Yuriy Aitov
Coordinator of Council, Deputy Chair of Uzbek Society of PWDs	Mr. Oybek Isakov
Cultural Center of Deaf	Ms. Guzal Shodieva
	Mr. Komil Shodiev
Senior Specialist of BTE of Ministry of Health, Medical Consulting Commission	Mr. Docent Turdiev Hnvar
Senior Adviser, Research & Analysis Department, Human Resource Center	Mr. Arslanova Kamola
Senior Adviser, Department for International Cooperation , Human Resource Center	Ms. Saipov Ikrom
Tashkent Oblast	
Head doctor, Yugori Chirchik Rayon Medical Unit	Ms. Eshimbetova Damira Ashimovna
Head, Kavardow SVP	Ms. Uzakova Sanobar
Navoi Oblast	
1st Deputy of Oblast Health Department, Navoi Oblast Health Department	Dr. Abdul Muhammad
Director, Navoi Branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Navoi Oblast Health Department	Dr. Yusuf Malikov
Ferghana Oblast	
Oblast Department of Labor and Social Protection, Regional Rehabilitation Center	Mr. Qosimov Fayzulla
JOCV(Physical Therapist, Ferghana Oblast Hospital)	Ms. Asuka Kimura
College for persons with disabilities under MLSP	Mr. Pulatov Mirzohid
Factories produced wheelchairs	Mr. Niyazov Abdurakhmon
Samarkand Oblast	
1st Deputy of Oblast Health Department, Samarkand Oblast Health Department	Dr. Djurev Aziz Tursunbawich
Head of External Affairs, Oblast Health Department, Samarkand Oblast Health Department	Dr. Yuldashev Rahim Ahmatovich
1st Deputy Director of Samarkand Multiple Hospital	Dr. Babakolaov Shuhrat Iboagimovich
Head of Administration, Pastargonskiy District	Mr. Kazakav Maksudjov
Director, Regional Rehabilitation Center	Mr. Jumaniyozov Davron
Chairperson, Samarkand Regional branch of the National Society of the Disabled	Mr. Pardayev Dilmurod
Manager, Sewing Factory for Women with Disability	Ms. Feruza Hasanova

Position/ Organization	Name
Director, Samarkand Employment Support & Social Protection Center	Ms. Nasiba Vafakulova
Samarkand Medical Labor Expert Commissions (MLEC) of Samarkand City No.60 Surgery Expert, Chairperson Neurotic Expert Therapist	Mr. Isokov Ravshan Ms. Kayumova Mavjuda Ms. Matlatipova Nigora
Samarkand Specialized Vocational College for PWDs	Ms. Mahmudova Manzura Rakhimovna
Andijan Oblast	
Head, Oblast Health Department	Mr. Hakimov Vakihan Alihanovich
Director of Project Implementation Bureau, Oblast Health Department	Mr. Hurshid Mamathomov
Deputy head of Children's General Hospital	Ms. Vakasbva Lola
Head Doctor of Andijan Oblast General Hospital for Adults	Mr. Abdugani Yuldashev
Head doctor, Andijan oblast Endocrinology Dispensary	Mr. Hatamov Ergashboy
Head Doctor of the City Family Clinic № 7 (outpatient)	Mrs. Bahtierhon Abdullaeva
Head Specialist on Outpatient Clinics of Andijan Oblast	Mr. Vosiljon Nazarov
Director of Andijan branch of the Institute of Health and Medical Statistics	Mr. Rustam Ubaydullaev
Head of the Statistics department of the Institute of Health and Medical Statistics	Mr. Abdurahim Nosirov
Chief Dietician of Andijan Oblast	Mr. Isroiljon Fazilov
Chief Oncologist of Andijan Oblast	Mr. Valijon Husanov
Republic of Karakalpakstan (KKP)	
First Deputy Minister of Health	Mr. Kuralbay Kamalov
Temp. Director of the Institute of Health and Medical Statistics of the RKKP	Mrs. Tamara Rahmetova
Chief Specialist on organization of Medical and Preventive help	Mrs. Zulmurad Bekatova
Medical Doctor, Statistician of the Institute of Health and Medical Statistics of the RKKP	Mrs. Gulayim Yusupova
Deputy Head Doctor of Oncology Dispensary	Mr. Fahriddin Abdullaev
Head Doctor of Oncology Dispensary	Mr. Murod Kurbanov
Head Doctor of the 1st therapy Department of the Endocrinology Dispensary	Mr. Jenis Prniyazov
General Practitioner of the Darsan rayon SVP	Mrs. Raya Kaytnazarova
Deputy Head Doctor of the Central Rayon Hospital of Nukus Rayon	Mr. Seitmurat Jaksimov
Head of Nukus Rayon Outpatient Clinic, Deputy Head of OPD of Nukus Rayon RMU	Mrs. Gulbahor Murtazaeva
Director, Hojayli Mercy House of Female PWD	Ms. Halmuratova Mauzura
Director, KKP Rehabilitation Center for PWD	Ms. Gaipova Gulnara
Head, KKP Society of Disabled	Ms. Davletyarova Parshaeul
Chairperson, KKP Society of Deaf	Ms. Beknazarova Maya
Sign Language Interpreter, KKP Society of Deaf	Ms. Nasiba Najmiddinova

添付資料 3 第 1 回ラウンドテーブルミーティング議事録

Minutes of stakeholder meeting in the frame of JICA's survey in health and disability sectors

Date and time: May 6, 2014, 10:00 – 13:00

Venue: Conference room of JICA Uzbekistan, Business Center, 9th floor

Participants: Ministry of Health (MoH), Ministry of Labor and Social Protection of Population (MLSPP), Ministry of Finance (MoH), WHO, UNICEF, UNDP, GIZ, World Bank

MoH presentation:

- There are 4 893 medical facilities through the country under the structure of MoH.
- Since 2009 the MoH has been reconstructing its medical facilities. The budget allocation for the reconstruction purposes has been growing year by year. According to the MoH statistics, the budget of 2009 reconstruction was 9.3 billion USD while for 2014 407 billion USD is budgeted for the reconstruction. The special decree on health care system reformation came out in 2009 (the details of the decree and reform directions are available in the presentation slides of the MoH speaker). The MoH has widely cooperated with “Health-1” and “Health-2” projects of World Bank in implementing the reforms.
- The decree #50 of Cabinet of Ministers from March 5, 2014 came out for the regulation of further optimization and increasing the efficiency of Rural Medical Units (RMU). In compliance of the decree, 243 outdated RMU were demolished and new ones ordered to reconstruct.
- On a monthly basis, the doctors of various narrow specialties make health check visits to RMUs spending one week in various RMUs of regions. By now 2 534 RMUs were visited by the doctors.
- Since 2010 133 old style polyclinics are reformed into 115 family polyclinics. It is expected to form 180 family polyclinics by the end of 2016.
- As part of the health care reform, the MoH cooperated with German government in improving child and maternity care services where German government allocated 27 million Euros.
- State program “On screening of mother and child” has contributed to the reduction of congenital disease rate in the country. Statistically, since 1991 the ratio of maternal and child mortality decreased three times.
- In the area of emergency healthcare services, the priority areas for 2014 are: improvement of primary health care services, decreasing the causes of emergency service use, improvement of ambulance call centers (03), improvement of standards of diagnosis and treatment practices, and improvement of medical engineering.
- There are special attentions put on tackling with significant diseases such as TB, psychiatric illnesses and HIV. Each of these diseases is addressed through special state programs. For instance, decree # 207 of Cabinet of Ministers from 2013 regulates the interventions for psychiatric diseases.
- In 2013 “Health-3” project of WB started and it will mainly focus on improvement of RMUs within five years.
- Currently MoH is working on adoption of decree of Cabinet of Ministers on non-communicable diseases.

MLSPP presentation:

- Social protection measures of PWD are regulated by the Law on Social Protection of PWD and other international instruments in Uzbekistan.
- After the release of decree #433 in 1995 11 rehabilitation centers for PWD were founded in Uzbekistan. Annually approximately 17 000 persons receive rehabilitation services from one central and ten regional rehabilitation centers. The rehabilitation center in Tashkent has the capacity of 200 beds while regional rehabilitation centers can accommodate 50 persons at a time. Out of total 700 beds 80 are for children.
- In accordance with president's decree # 1542 complex reconstruction works in rehabilitation centers are underway.
- There is no formal education for professional rehabilitation. Therefore, we enhance our rehabilitation skills via partnership projects with JICA and UNDP. By now our rehabilitation staff received trainings in UK, Japan, Australia and China.
- Medical rehabilitation services are in sufficient condition at the moment, but need more assistance in social and vocational rehabilitation.
- Another area we need external assistance is improvement and provision of prosthetic and assistive devices.
- The legislation and implementation mechanisms for social rehabilitation also require further advancement. JICA's assistance in this area would be necessary, especially in regional rehabilitation centers.
- The cooperation with DPOs would foster social rehabilitation services provided by our rehabilitation institutions.
- There a nationwide system of supporting employment of PWD. The MLSPP has special database of quoted vacancies and employments of PWD, including deaf and blind.
- The major causes of unemployment of PWD are lack of motivation of PWD in employment and necessary professional qualification. To meet such needs MLSPP provides vocational education through specialized professional vocational colleges for PWD.
- NGOs also have been putting their efforts for the promotion of employment of PWD through vocational education and job referral services.

Free discussion:

MoF:

- the figures presented by Mr. Hisao Chiba are a bit outdated and need to be updated. We need assistance in reforming disability categorization criteria in partnership with MoH and MLSPP.
- We also need assistance in setting up information management system for treated case and system for quality control management.

UNDP:

- UNDP is now working on the development of a system for vertical validation of MLSPP's functions in comparison with financial resources allocated by MoF for social protection purposes.
- Compulsory health insurance system should be introduced considering current taxation system.
- Another issue that requires significant consideration is who will cover the expenses of health insurance of elder people and children? Is it employer or some other party?

- Currently UNDP in cooperation with UNICEF working on development of social work profession.
- Promotion of UNCRPD is also UNDP's high priority area.
- We would recommend JICA to cooperate with UNDP in promotion social services area through introducing OT profession.
- Another field where JICA could provide high quality assistance is development of assistive device production.

UNICEF:

- Equipment for cold chain vaccination would be helpful in health sector if JICA could provide.
- Results of the health financing, which is coordinated by UN will be issued in July.

WHO:

- Enhancement of quality assurance and management of healthcare services.
- NCD prevention and control.
- Support for health system issues.
- Health information related assistance.
- Social support for PWD.

GIZ:

- Provide assistance to MoH in improvement its systematic issues.
- Equipment base upgrade.
- We provide assistance to Blind society in professional development of Blinds.
- Suggestion to JICA is provision of assistance in improving health services in rural areas in cooperation with "Health-3" project of WB.
- Capacity development for nurses' pre- and -post formal education.
- Promotion of PWD's social inclusion.

World Bank

- Pilot on introduction of a kind of health insurance scheme has started through the Health III project.
- Health information system needs to be improved.
- Treatment quality needs to be improved.

List of Participants

Organization	Name	Position
MOH	Mr. Khashimov B.A.	Head, Financial Division
	Mr. Sidikov	Head, International Economical Affairs Division
	Dr. Mirazimov D. B.	Head, Dept. of Organizing Curative and Prevention Care
	Dr. Mutalova, Z. D.	Director, Institute of Health and Medical Statistics (IHMS)
	Dr. Ismailov U. S.	Head, Science and Medical Education Institutions Division
MOLSPP	Mr. Muminov Askar	Director, Republican Rehabilitation Center for Persons with Disabilities
	Mr. Kasimov Shokir	
	Mr. Djabberghenov Makhmud	
	Mr. Ruzibaev Dilmurod	
	Mr. Bekmurodov Zaynitddin	
MOF	Mr. Nazarmatov Umirali	Deputy head, Inspection on Medical Social Expertise Commission of MF
	Ms. Khodjaeva Shakhnoza	Chief specialist
GIZ	Mr. Roger Schmitt	GIZ Project Team Leader
	Shomirzaev Drire	Project Administration Assistant
	Raushau Atamiyazova	Coordinator,
UNFPA	Mr. Karl Kulesa	Representative
	Mr. Fuad Aliev	Assistant Representative
WHO	Dr. Asmus Hammerich	Representative
UNDP	Ms. Flora Salikhova	Health Issues Division, GGU
	Ms. Yana Chicherina	Social Protection Issues, GGU
	Ms. Aziza Umarova	Head, Good Governance Unit
UNCEF	Dr. Svetlana Stefanet	Chief of Health
	Mr. Khayrulla Malikov	Advisor on special policy issues
WB	Ms. Sevil Abdurakhmanova	Coordinator, Health III Project
	Mr. Iqbal son Ahadsonov	Consultant, Human Development Sector
	Mr. Djabriev Djamshid	Director, Bureau of Joint Project Health III
JICA	Mr. Masao Shikano	Chief Representative, JICA Uzbekistan Office
	Ms. Yuko Furuichi	Representative, JICA Uzbekistan Office
	Mr. Malik Mukhitdinov	Program Officer, JICA Uzbekistan Office

添付資料 4 第 2 回ラウンドテーブルミーティング議事録

第 2 回ラウンドテーブルミーティング議事録（障害分野）

日時：5 月 27 日（火） 午前 10 時～12 時

場所：JICA ウズベキスタン事務所・会議室

質疑応答（千葉のプレゼンテーションを受けて）

DPO①：職業訓練を適切に指導できる専門家がウ国にはいない。普通学校はアクセスが悪くスロープも用意されていない。大学に行く障害者は極端に少ない。知る限りで 15 人の障害者だけである。

我々は、「障害者ができる 100 種類の仕事」という冊子をまとめた。しかし誰も興味を示さない。提案のように、体系的で可能性が広がる職業訓練を提供できれば障害者雇用は進むのではないか。

DPO②：障害者団体の代表がない、というのはその通り。障害者審議会と政府も同様の問題意識を持っている。代表が決まらないので政府との話し合いも進んでいない。

現在、我々は統括的な団体を設立し、障害者の意見を取りまとめようとしている。この点で、日本の経験を学ぶことは非常に重要なので、ぜひ支援して欲しい。

また政府との対話をどのように進めればよいのか、日本の経験を学びたい。さらに、障害者政策の研究手法、モニタリングの方法なども勉強したい。

またリハビリテーションも重要であるが、ハビリテーション⁶⁷も重要である。ウ国にはハビリテーションの専門家がない。また雇用、特に心理的なカウンセリングの専門家も欲しい。社会モデルに加え平等な権利についても勉強したい。

障害者職業訓練学校：我々の学校では毎年、卒業生のうち 4～5 名が大学に進学している。その意味でカリキュラムの質は確保できていると思っている。一方で、教科が限定されているという指摘はその通りで、現在、義肢装具士の育成コースを導入できないか検討中である。ぜひ JICA にも支援して欲しい。

⁶⁷ 権利条約 26 条に記載されているハビリテーションを意図していた。健康、雇用、教育などの分野で社会参加できる能力を身につける、という意味だと思われる。

UNDP:

ウ国では高等教育進学率はわずか9%（健常者）。

産業も単純労働が多いので、障害者を受入れる余地が少ない。また一般労働市場でも失業率が高い（ロシアに出稼ぎに行く人も多い）。

リハビリテーションに関しては、作業療法・義肢装具士の専門家がない。育成研修も実施できない。この点に関しては、日本から技術的な支援だけでなく政策に関わる支援が有効だと思う。また福祉機器（車イスなど）の産業も育っていない。日本からのビジネス支援が有効ではないか。UNDPはUNICEFと協力してCRPDの支援にも取り組みたい。その一環としてソーシャルワーカーの育成を行う。もし日本が作業療法士・義肢装具士の育成を支援してくれれば、我々のプロジェクトと補完し合うことができる。

DPO②：日本には、障害者団体の起業家育成も考えて欲しい。

財務省：職業訓練のプロがないことには同意。また作業療法士やソーシャルワーカーの職域も確立されていない。この点は保健省の協力が必要。大学のカリキュラムとして導入することはできないだろうか。日本からこの点に関し学ぶことは重要だと思っている。

国立リハセンター：我々は医療リハには強みがあるが、職業訓練や作業療法士などの専門家がない。大学院にカリキュラムを導入する方がより専門的ではないか。

財務省：日本にはリハビリテーションの専門家にどんな種類があるのか？

千葉：理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士、ソーシャルワーカーなど、またピアカウンセリングなどもある。

国立リハセンター：障害者の労働能力を計る基準はあるのか？ 誰が判断するのか？

千葉：公式な判断基準はない。また医者が判定することもない。昔は医者が仕事についても何ができて何ができないなどのアドバイスをすることもあったが、実際に労働能力を判定することは難しいし、知的障害者は単純作業しかできない等の考えは間違えという意見も強くなり、現在、医者によって労働能力を判定することは行われていない。

人権センター：我々の考えは、今回の提言と方向性が同じなので賛同できる。特に障害者団体の育成には強く同意する。権利条約の批准は日本と協力して進めて行きたい。

以上

List of Participants

Name	Organization
Yarmuhaedov Sh.	Blinds society
Abdurakhmanov F.	Association of disabled entrepreneurs "Nur"
Aitov Yu.	NGO "Status"
Isakov O.	Uzbek society of PWD
Arslanova K.	National Human Rights Center
Tyan I.	Ministry of Finance
Umarova A.	UNDP
Bekmuradov Z.	National center of rehabilitation of PWD
Boboqulov I.	Vocational college for PWD
Turabaeva N.	Vocational college for PWD
Kasymov Sh.	National center of rehabilitation of PWD
Kasymova Sh.	SHG "Istiqbol"

添付資料 5 第 3 回ラウンドテーブルミーティング議事録

Minutes of stakeholder meeting in the frame of JICA's survey in health sectors

Date and time: June 2, 2014, 11:00 – 13:00
Venue: Conference room of JICA Uzbekistan, Business Center, 9th floor
Participants: 出席者名簿参照

鹿野所長の開会のご挨拶

Survey team presentation:

- 調査結果と提案するプログラムについて発表

Free discussion:

WHO:

- 調査結果は透明性のあるものであった。
- NCDs と保健システムはウズベキスタン保健セクターの最大の問題である。そこに着目したことを評価する。保健システムは挑戦的な課題ではあると思うが、改善の必要性は高い。
- TQM が日本の得意分野であることは理解しているが、ウズベキスタンの保健システムの改善と強化は我々全員にとって野心的試みとなっている。
- WHO もまた JICA 同様に NCD に取り組んできた。また UHC の分野への支援が重要と考えている。

MOH:

- JICA のこれまでの取り組みに感謝申し上げる。
- 保健分野の改善に関しては MoH だけではなくドナーの協力を仰ぎながら進めている。
- 現在、MDGs 達成に向けた取り組みと、Post 2015 に向けての取り組みを行っている。
- 今後の政策は Euro の Health 2020 をもとに、ウズベキスタンとしての活動計画を策定する。
- NCDs 対策は確実に承認される見通し。タバコとアルコール規制から取り組みを開始する。
- 保健予算の効率化・最適化のため病床数の削減を行っている。これから公的保険導入の第 1 ステップを考えていきたい。
- MOH はドナーに対し、動きをクリアにしてもらいたいと望む。報告書等は共有してもらいたい。

UNICEF:

- JICA が NCDs の取り組みを行う場合、UNICEF は将来の NCDs 予防のため、子供に対する健康的な生活習慣への取り組みに協力したい。
- 保健システムについても、保健財政調査等実施する計画があるので、それら分析結果は将来役立つと思われる。結果共有等で協力したい。
- (質問) 保健ガバナンスについて研修を実施するとすればどのように行うのか？
- (調査団回答) TOT で州レベルの行政官を指導する。

WB:

- 大多数の病院が self-financing に移行していることを付け加えたい。

調査団長:

- 皆様のコメントに感謝申し上げ、調査団の報告書作成の参考とさせていただく。我々の調査に快く応じてくださったことに感謝申し上げます。

鹿野所長の閉会のご挨拶。

List of Participants

Organization	Name	Position
MOH	Mr. Rafael Krivleev	Deputy Head, Financial Divison MOH
	Mr. Sidikov	Head, International Economical Affairs Division
	Dr. Gulbahor Pulatova	Specialist on NCD
	Mr. Alim Djabbarovich	Deputy, Institute of Health and Medical Statistics
MOF	Mr. Kazakov Zarif	
GIZ	Nigora Murotova	Project National Coordinator
	Umida Dusmatova	Project Assistant
UNFPA	Hudaykurova Dilafruz	
WHO	Dr. Asmus Hammerich	Representative
UNDP	Liya Perepada	Public Health program assistant
UNICEF	Dr. Svetlana Stefanet	Chief of Health
	Safaeva Kamole	
WB	Ms. Sevil Abdurakhmanova	Coordinator, Health III Project
JICA	Mr. Masao Shikano	Chief Representative, JICA Uzbekistan Office
	Mr. Malik Mukhitdinov	Program Officer, JICA Uzbekistan Office

添付資料 6 Health III プロジェクトによる RMU への供与機材リスト

**List of equipment
RMU (Central district hospitals) per beds within the project "Health III"**

№	Name of the equipment	Type I	Type II	Type III
		150	150 to 300	More than 300
Diagnostic department				
1	X-ray diagnostic complex			
1a	Universal X-ray machine , type I (per workstation)	1	1	1
1b	Universal X-ray machine , type II (for two seats)	1	1	1
1B	digitizer (CR system)	1	1	1
2	Spirometer	1	1	1
3	Personal computer incl.printer	1	1	1
3a	UPS Voltage Regulator	1	1	1
4	Digital stationary ultrasonic diagnostic system with color Doppler and 3 sensors 1	1	1	1
5	Stress system with bicycle ergometer	1	1	1
6	Defibrillator with a monitor	1	1	1
Admission department				
1	Medical Scales for newborns	1	1	1
2	Scales for adults and children	1	1	1
3	Bag Ambu, for children	1	1	1
4	Bag Ambu, for adults	1	1	1
5	Personal computer vkl.printer	1	1	1
6	Voltage stabilizer + UPS	1	1	1
7	Access with removable stretcher	1	1	1
8	Medical wheelchair	2	2	2
9	Changing table with heated	1	1	1
Admission- diagnostic ward				
1	Electrocardiograph , 3 channel	1	1	1
Laboratory				
1	Laboratory centrifuge	2	2	2
2	Binocular microscope with combined lighter	2	2	2
3	Refrigerator 220 L.	2	2	2
4	Laboratory furniture set with exhaust hood and laboratory washing set	1	1	1
5	Hematocrit centrifuge	1	1	1
6	RBS counter	1	1	1
7	RBC cell counter	5	5	5
8	ESR measurement device	3	3	3
9	Pipe dose measuring device setb (4 units)	2	2	2
10	Distillator 10 l/h	1	1	1
11	Semiautomatic Biochemical analyzer with the set of reagents+ electricity stabilizer	1	1	1
12	Oven-drying device	1	1	1
Therapeutic department				
1	Electrocardiograph, 3-channel portable	1	1	1aB
Chamber				
1	Functional bed with mattress	8	12	17
2	Medical wheelchair	1	1	1

3	Access with removable stretcher	1	1	1
Treatment room				
1	Medical cabinet	1	1	1
2	Refrigerator 140 liter.	1	1	1
3	Ultrasonic Nebulizer (nebulizer)	1	1	1
4	medical suction	1	1	1
5	syringe pump	2	2	2
6	Pulse Oximeter	2	2	2
7	Bag Ambu, for adults	1	1	1
Nurse station:				
1	Roller table for bandaging with shelves	2	2	2
Children's department				
Ward				
1	Child bed	24	30	36
2	Baby cot	4	5	6
3	Functional bed with mattress	2	2	3
4	Trolley	1	1	1
5	Changing Table	4	5	6
Intensive care for children				
1	oxygen Concentrator	1	1	1
2	Baby cot	2	2	2
3	patient Monitor	2	2	2
4	Neoterm (children's table for intensive therapy)	1	1	1
5	Lamp for phototherapy	1	1	1
6	Radiant heat (mobile)	1	1	1
7	X-ray view box	1	1	1
8	Neonatal laryngoscope with a set of blades	1	1	1
9	Humidifiers gas mixture heated (water bath)	1	1	1
10	Medical Scales for newborns	1	1	1
11	Ultrasonic Nebulizer (nebulizer)	1	1	1
12	syringe pump	2	2	2
13	Pulse Oximeter	2	2	2
14	Ventilator	1	1	1
15	Bag Ambu, for children	1	1	1
16	Bag Ambu, for adults	1	1	1
17	Refrigerator 140 liter .	1	1	1
18	Bix metal for storing tools in a sterile condition	6	6	6
Treatment room				
1	changing table	1	1	1
2	Medical cabinet	1	1	1
3	Stadiometer	1	1	1
4	Scales for adults and children	1	1	1
5	Medical Scales for newborns	1	1	1
6	Refrigerator 140 liter.	1	1	1
7	Ultrasonic Nebulizer (nebulizer)	1	1	1
8	medical suction	1	1	1
9	syringe pump	2	2	2
10	Laryngoscope	2	2	2
11	Pulse Oximeter	2	2	2
Nurse station:				
1	Roller table for bandaging with shelves	2	2	2

	Consulting room			
1	Sphygmomanometer with cuffs for children and infants	2	2	2
	Infectious ward			
1	Medical wheelchair	1	1	1
2	Trolley	1	1	1
3	Scales for adults and children	1	1	1
4	Doctor's set	1	1	1
	Ward			
1	Functional bed with mattress	4	5	6
2	patient Monitor	1	1	1
	Treatment room			
1	Medical cabinet	1	1	1
2	Refrigerator 140 liter.	1	1	1
3	Ultrasonic Nebulizer (nebulizer)	1	1	1
4	medical suction	1	1	1
5	syringe pump	2	2	2
6	Pulse Oximeter	2	2	2
7	oxygen Concentrator	2	2	2
8	Bag Ambu, for adults	1	1	1
9	Bag Ambu, for children	1	1	1
10	Штатив для вливаний	1	1	1
	Nurse station:			
1	Roller table for bandaging with shelves	2	2	2
	Retrofit resuscitation and operating			
1	patient Monitor	2	2	2
2	medical suction	1	1	1
3	syringe pump	2	2	2
4	oxygen Concentrator	1	1	1
5	A set of surgical instruments (large surgical suite)	1	1	1
	Branch centralized sterilization			
1	Autoclave 75 liters	3	3	3
2	drying cabinet	2	2	2
3	Metallic box for keeping sterile instruments	12	12	12
4	Distillator 10 l/hour	2	2	2
5	Device for hermetic packaging of medical instruments	1	1	1
6	Ultrasound washer	1	1	1
7	Metalic laboratory table (size 1200/600/750)	1	1	1
8	Two-door laboratory table with two washers (size 800/600/900)	1	1	1
9	Metalic laboratory table ceramics and granite (size 1200/600/900)	1	1	1
10	Metalic laboratory table ceramics and granite (размер 1500/800/900)	1	1	1
11	Laboratory shelves (size 1000/450/2200)	2	2	2
	Disinfection equipment			
1	Stationary disinfection chamber (capacity 5 м3) including hydro console panel and uniform	1	1	1
	Equipment for recycling			
1	Set of equipment for waste disposal	1	1	1
	supply Center			
1	Electric generator 3 phase at least 63 kVA diesel	1	1	1
	Laboratory *			

	ELISA analyzer	1	1	1
Retrofit resuscitation and operating *				
1	Anesthesia apparatus	1	1	1
2	Portable lamp	1	1	1
3	Operating table	1	1	1
4	Operating lamp	1	1	1

*The following items will be procured in case of saving allocated money, based on the results of bidding for main equipment.

List of equipment Central district of multidisciplinary clinics (per visits)

№ III	Name of the equipment	Type I	Type II	Type III
		150 per day	300 per day	More than 300 per day
Diagnostic department clinics				
1	X-ray view box	1	1	1
2	Fibrogastroscope (with illuminator)	1	1	1
3	Stationary digital ultrasound diagnostic system withcolor Doppler and 2 sensors	1	1	1
4	Instrument table with shelves on wheels	3	3	3
5	Personal computer vkl.printer	1	1	1
5a	Voltage stabilizer + UPS	1	1	1
6	Electrocardiograph, 3 channel	1	1	1
7	EEG machine 16 channel	1	1	1
8	Dynamometer	5	5	5
9	Echo Encephalography	1	1	1
10	Stress system with bicycle ergometry	1	1	1
11	Defibrillator with monitor	1	1	1
Registry				
1	Personal computer incl. printer	1	1	1
1a	Voltage stabilizer + UPS	1	1	1
Otolaryngologist (ENT) room				
1	Forehear reflector	1	1	1
2	ENT set of instruments	1	1	1
3	ENT set of instruments 2	1	1	1
4	Set of camertones	1	1	1
5	Rolling instrument table with shelves	1	1	1
6	Otoscope	1	1	1
7	Audiometry device	1	1	1
8	Medical Cabinet	1	1	1
9	Special otolaryngological chair for patient	1	1	1
10	Laryngoscope	1	1	1
11	Negatoscope	1	1	1
treatment room				
1	Medical cabinet	1	1	1
2	Changing table	1	1	1
3	Rolling instrument table with shelves	1	1	1
4	Refrigerator 140 liter.	1	1	1
5	Medical couch	1	1	1
6	Portable quartz lamp	1	1	1
Traumatologist- orthopaedist room, rabiologist				

1	Set for removing plaster bandage (scissors, spin, saw for plaster works gipsorez)	1	1	1
2	Set of tools for removal of sutures (tweezers, scissors, clamps, etc.)	1	1	1
3	X-ray view box	1	1	1
4	Instrument table with shelves on wheels	1	1	1
5	dressing table	1	1	1
6	Big sterilizing box	1	1	1
7	Goniometer	1	1	1
Surgeon room				
1	Bandage changing table	1	1	1
2	Portable lamp	1	1	1
3	Set of surgical instruments	1	1	1
4	Negatoscope	1	1	1
5	Rolling Instrument table with shelves	1	1	1
6	Medical suction pump	1	1	1
7	Medical bed	2	2	2
8	Big sterilizing box	1	1	1
Urologist room				
1	Negatoscope	1	1	1
2	Set or plastib urethra bougies	1	1	1
3	Orchometr	1	1	1
4	Examination table	1	1	1
5	Set of urological instruments	1	1	1
6	Rolling instrument table with shelves	1	1	1
7	Portable lamp	1	1	1
Neurologist room				
1	Set of camertones	1	1	1
Oncologist room				
1	Examination table	1	1	1
2	Rectoscope	1	1	1
3	Negatoscope	1	1	1
4	Rolling instrument table with shelves	1	1	1
5	Set of gynecological instruments	1	1	1
6	Personal computer, incl. Printer	1	1	1
7	Electricity stabilizer + UPS	1	1	1
8	Medical bed	1	1	1
Ophthalmologist room				
1	Adult Eyesight examination table	1	1	1
2	Stationary slit lamp with supplies and spare lamps and elevating table	1	1	1
3	Contactless tonometer	1	1	1
4	Contact tonometer	2	2	2
5	Direct ophtalmoscope	1	1	1
6	Specular ophtalmoscope	1	1	1
7	Perimetr for measuring eye fields	2	2	2
8	Set of eyeglass lenses	1	1	1
9	Table Examination lamp	1	1	1
10	Rabkin's polychromatic table	1	1	1
11	Autorefraction meter	1	1	1
12	Gonioscope	1	1	1
13	Rolling instrument table with shelves	2	2	2

14	Set of sciascopic liners	1	1	1
15	Magnifying glass	1	1	1
16	Binocular magnifying glass	1	1	1
17	Automatic projector of signs	1	1	1
18	Optotypes of Polyak	1	1	1
19	Control tables and signs of Polyak	1	1	1
Pulmonologist/Tuberculosis specialist room				
1	Negatoscope	1	1	1
2	Spirometer	1	1	1
3	Peakflowmeter	1	1	1
Endocrinologist room				
1	Weights Scales for adults and children	1	1	1
2	Height scales	1	1	1
3	Orchidometer	1	1	1
Therapist/ Physician room				
1	Doctor's set	2	2	2
Obstetrician-gynecologist (2 rooms – examination and treatment rooms)				
1	Gynecological chair with steps	1	1	1
2	Weight scales for adults and children	1	1	1
3	Fetal Doppler	1	1	1
4	Set of gynecological instruments	2	3	4
5	Colposcope	0	0	1
6	Rolling instrument table with shelves	1	1	1
7	Examination lamp	1	1	1
8	Height scale	1	1	1
9	Tray	2	2	2
10	Sterile big box	2	2	2
Pediatrician's room				
1	Doctor's set	2	2	2
2	Tonometer with phonendoscope and cuffs for children	1	1	1
3	Weight scales for adults and children	1	1	1
4	Medical weight scales for newborns	1	1	1
5	Height scale	1	1	1
6	Height scale for infant	1	1	1
7	Negatoscope	1	1	1
8	Changing table with heater	1	1	1
Vaccination room				
1	Rolling instrument table with shelves	1	1	1
2	Drug cabinet, metallic with glass doors	1	1	1
3	Refrigerator for vaccine storage 200 l.	1	1	1
4	Refrigerator bag	4	4	4
5	Changing table with heater	1	1	1
6	Ambu bag for children	1	1	1
Laboratory of Central Rayon Outpatient clinic				
1	Semiautomatic analyzer with set of reagents + electricity stabilizer	1	1	1
2	Laboratory centrifuge	2	2	2
3	Refrigerator 220 L.	2	2	2
4	Laboratory furniture set with exhaust hood and laboratory washing set	2	2	3
5	Hematocrit centrifuge	1	1	1

6	RBS counter	1	1	1
7	RBC cell counter	4	4	4
8	ESR measurement device	2	2	2
9	Pipe dose measuring device setb (4 units)	1	1	1
10	Distillator 10 l/h	1	1	1
11	Semiautomatic Biochemical analyzer with the set of reagents+ electricity stabilizer	1	1	1
	Oven-drying device			
For the outpatient GP catchment area				
1	Set of camertones	1	1	1
2	ECG 3 channel	1	1	1
3	Equipmment for preparation of disinfection solutions	1	1	1
4	Stand for intravenous injection	4	4	4
5	Set of immobilization tires	1	1	1
6	Sterile metallic box of middle size	10	10	10
7	Sterile metallic box ofsmall size	10	10	10
8	Mobile quartz lamp	4	4	4
For the outpatient GP catchment area *				
1	Child vaginoscope	1	1	1

**The following items will be procured in case of saving allocated money, based on the results of bidding for main equipment.

添付資料 7 保健分野主要指標（ウズベキスタン共和国）

大項目	中項目	指標	出典	指標	年		
0 基礎 情報	0.1 人口 動態	0.1.01 人口	Population, total	WDI	29,774,500	2012	
		0.1.02 人口増加率（直近10年間の平均）	Population growth (annual %)	WDI	1.5%	2012	
		0.1.03 出生時平均余命（平均寿命）	Life expectancy at birth, total (years)	WDI	68	2012	
		0.1.04 粗出生率	Birth rate, crude (per 1,000 people)	WDI	21	2012	
		0.1.05 粗死亡率	Death rate, crude (per 1,000 people)	WDI	5	2012	
		0.1.06 都市人口率	Urban population (% of total)	WDI	36%	2012	
	0.2 経済・開 発状 況	0.2.01 一人あたり国民総所得	GNI per capita, Atlas method (current US\$)	WDI	3,670	2012	
		0.2.02 経済成長率	GNI growth (annual %)	WDI	8.2%	2012	
		0.2.03 初等教育就学率	Total enrollment, primary (% net)	WDI	93%	2011	
		0.2.04 初等教育就学率における男女比	Ratio of female to male primary enrollment (%)	WDI	97%	2011	
		0.2.05 成人識字率	Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)	WDI	99%	2011	
		0.2.06 人間開発指標	Human Development Index	HDR	0.654	2012	
		0.2.07 人間開発指標の順位	Human Development Index (rank)	HDR	114	2012	
	0.3 水と 衛生	0.2.08 1日1.25ドル未満で生活する人口の割合	Poverty gap at \$1.25 a day (PPP) (%)	WDI	NA	2012	
		0.3.01 安全な水を使用する人口の割合	Improved water source (% of population with access)	HNP Stats	87%	2012	
	0.3.02 改善された衛生設備を使用する人口の割合	Improved sanitation facilities (% of population with access)	HNP Stats	100%	2012		
1 受 益 者 の 健 康 の 状 況	1.1 疾病 構造	1.1.01 感染症、周産期及び栄養の状態などにより死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Communicable	GHO	104	2012	
		1.1.02 非感染性疾患で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Noncommunicable	GHO	838	2012	
		1.1.03 負傷で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Injuries	GHO	44	2012	
		1.1.04 感染症、周産期および栄養の状態等により死亡する割合	Cause of death, by communicable diseases and maternal, prenatal and nutrition conditions (% of total)	HNP Stats	15%	2012	
		1.1.05 非感染性疾患で死亡する割合	Cause of death, by non-communicable diseases (% of total)	HNP Stats	79%	2008	
		1.1.06 負傷で死亡する割合	Cause of death, by injury (% of total)	HNP Stats	6%	2012	
		1.1.07 感染症による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Communicable	GHO	34	2008	
		1.1.08 非感染性疾患による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Noncommunicable	GHO	55	2008	
		1.1.09 負傷による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Injuries	GHO	10	2008	
	1.2 母子 保健	1.2.01 妊産婦死亡率	Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)	MDGs	28	2010	
		1.2.02 青年期（15～19歳）女子による出産率	Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19)	MDGs	25.5	2006	
		1.2.03 5歳未満児死亡率	Mortality rate, under-5 (per 1,000)	MDGs	39.6	2012	
		1.2.04 乳児死亡率	Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	MDGs	34.4	2012	
		1.2.05 低体重児出生率	Low-birth weight babies (% of births)	HNP Stats	4%	2006	
		1.2.06 合計特殊出生率	Fertility rate, total (birth per woman)	HNP Stats	2.5	2012	
	1.3 感染 症	1.3.01	15～24歳のHIV感染率（男性）	a) Prevalence of HIV, male (% ages 15-24)	MDGs	0.1%	2012
			15～24歳のHIV感染率（女性）	b) Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)	MDGs	0.1%	2012
		1.3.02	マラリア罹患率	Notified cases of malaria per 100,000 population, all ages	MDGs Database	13	2010
1.3.03		マラリアによる死亡率	a) Malaria death rate per 100,000 population, all ages	MDGs Database	0	2010	
	マラリアによる死亡率（0-4歳）	b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4	MDGs Database	0	2010		

大項目	中項目	指標		出典		年	
		1.3.04	結核有病率	Tuberculosis prevalence rate per 100,000 population (mid-point)	MDGs Database	177	2011
		1.3.05	結核罹患率	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	MDGs	101	2011
		1.3.06	結核による死亡率	Tuberculosis death rate (per 100,000 people)	MDGs	6.1	2011
		1.3.07	HIV陰性における結核による死亡率	Deaths due to tuberculosis among HIV-negative people (per 100,000 population)	GHO	6.1	2012
		1.3.08	15～49歳の推定 HIV 感染率	Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)	HNP Stats	0.20%	2012
		1.3.09	AIDSによる推定死亡数	AIDS estimated deaths (UNAIDS estimates)	HNP Stats	2,400	2012
		1.3.10	HIV新規感染率	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)	MDGs Database	NA	2012
		1.3.11	GFによる優先度スコア (HIV)	Partial Prioritization Score by the Global Fund (HIV)	GF	7	2012
			GFによる優先度スコア (マラリア)	Partial Prioritization Score by the Global Fund (Malaria)	GF	4	2012
			GFによる優先度スコア (結核)	Partial Prioritization Score by the Global Fund (TB)	GF	9	2012
1.4	栄養不良	1.4.01	5歳未満児における中・重度の低体重の比率	Prevalence of wasting (% of children under 5)	HNP Stats	9%	2000
2 サ ー ビ ス 提 供 の 状 況	2.1 母子保健対策	2.1.01	助産専門技能者の立会による出産の割合	Births attended by skilled health personnel, percentage	MDGs Database	99.9%	2006
		2.1.02	帝王切開率	Birth by caesarian section (%)	GHO	6.3%	2006
		2.1.03	避妊具普及率	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	MDGs	64.9%	2006
		2.1.04	産前健診 (1回以上)	Pregnant women receiving prenatal care (%)	HNP Stats	97%	2000
		2.1.05	産前健診 (4回以上)	Pregnant women receiving prenatal care of at least four visits (% of pregnant women)	HNP Stats	NA	2012
		2.1.06	家族計画の必要性が満たされていない割合	Unmet need for family planning, total, percentage	MDGs Database	13.70%	1996
		2.1.07	麻疹の予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Measles	Childinfo	98%	2010
		2.1.08	結核の予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Tuberculosis	Childinfo	99%	2010
		2.1.09	ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合ワクチンの初回接種を受けた乳児の割合	a) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received their first dose of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)	Childinfo	99%	2012
			ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合ワクチンの予防接種を3回受けた乳児の割合	b) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received three doses of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)	Childinfo	99%	2012
	2.1.10	ポリオの予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Polio	Childinfo	99%	2012	
	2.2 感染症対策	2.2.01	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率 (男性)	Condom use with non regular partner, % adults (15-49), male	MDGs	NA	2012
		2.2.02	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率 (女性)	Condom use with non regular partner, % adults (15-49), female	MDGs	NA	2012
		2.2.03	HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15～24歳の割合 (男性)	Men 15-24 years old with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, percentage	MDGs Database	NA	2012
		2.2.04	HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15～24歳の割合 (女性)	Women 15-24 years old with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, percentage	MDGs Database	28%	2000
2.2.05		10～14歳のエイズ孤児でない子どもの就学率に対するエイズ孤児の就学率	Ratio of school attendance of orphans to school attendance of non-orphans aged 10-14 years	MDGs Database	NA	2012	

大項目	中項目	指標	出典	年				
		2.2.06	殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合	Use of insecticide-treated bed nets (% of under-5 population)	HNP Stats	NA	2012	
		2.2.07	適切な抗マラリア薬により治療を受ける5歳未満児の割合	Children under 5 with fever being treated with anti-malarial drugs, percentage	MDGs Database	NA	2012	
		2.2.08	DOTSのもとで発見され治療された結核患者の割合	Tuberculosis treatment success rate under DOTS, percentage	MDGs Database	81%	2010	
		2.2.09	抗レトロウイルス薬による治療を受ける感染者の割合	Antiretroviral therapy coverage (% of people with advanced HIV infection)	MDGs	8.4%	2011	
		2.2.10	HIV検査・カウンセリングを受けた15歳以上の割合	People aged 15 years and over who received HIV testing and counselling, estimated number per 1,000 adult population	GHO	95.2	2010	
		2.2.11	人口10万人あたりのHIV検査・カウンセリング施設数	Testing and counselling facilities, estimated number per 100,000 adult population	GHO	33.1	2010	
		2.2.12	HIV検査を受けた妊婦の割合	Pregnant women tested for HIV, estimated coverage (%)	GHO	NA	2012	
		2.2.13	HIV陽性妊婦のうちARTを受ける割合	Percentage of HIV-infected pregnant women who received antiretroviral drugs to reduce the risk for mother-to-child transmission (Mid point)	MDGs Database	95%	2011	
		2.2.14	結核患者発見率	Tuberculosis case detection rate (all forms)	HNP Stats	52%	2011	
		2.2.15	結核治療成功率	Tuberculosis treatment success rate (% of registered cases)	MDGs		2012	
	2.3 栄養不良対策	2.3.01	5歳未満児に対するビタミンA補給率	Vitamin A supplementation coverage rate (% of children ages 6-59 months)	HNP Stats	99%	2012	
		2.3.02	ヨード添加塩使用世帯の割合	Consumption of iodized salt (% of households)	HNP Stats	NA	2012	
	2.4 質とカバレッジ	2.4.01	公的セクターによるサービスカバレッジ	Estimate of health formal coverage	ILO	NA	2010/2011	
		2.4.02	財源不足のためにカバーされない割合	Population not covered (%) due to financial resources deficit	ILO	73.9	2010/2011	
		2.4.03	人材不足のためにカバーされない割合	Population not covered (%) due to professional health staff deficit	ILO	0	2010/2011	
	3 保健システムの状況	3.1 保健人材	3.1.01	人口1,000人あたりの医師数	Physicians (per 1,000 people)	HNP Stats	2.4	2012
			3.1.02	人口1,000人あたりの助産師数	Midwives (per 1,000 people)	HNP Stats		2012
			3.1.03	人口1,000人あたりの看護師数	Nurses (per 1,000 people)	HNP Stats	12.0	2012
			3.1.04	人口10,000人あたりの歯科医師数	Dentistry personnel density (per 10,000 population)	GHO	1.8	2012
3.1.05			人口10,000人あたりの薬剤師数	Density of pharmaceutical personnel (per 10,000 population)	GHO	0.4	2012	
3.2 保健財政		3.2.01	国内総生産における保健支出の割合	Health expenditure, total (% of GDP)	HNP Stats	5.9%	2012	
		3.2.02	保健支出全体における公的支出の割合	Health expenditure, public (% of total health expenditure)	HNP Stats	53.1%	2012	
		3.2.03	総保健支出における民間支出の割合	Health expenditure, private (% of total health expenditure)	HNP Stats	2.8%	2012	
		3.2.04	民間支出のうち家計による直接負担の割合	Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health)	HNP Stats	94.0%	2012	
		3.2.05	公的保健支出の国家支出全体に占める割合	Health expenditure, public (% of government expenditure)	HNP Stats	9.7%	2012	
		3.2.06	総保健支出における外部資金の割合	External resources for health (% of total expenditure on health)	HNP Stats	1.5%	2012	
		3.2.07	公的保健支出における社会保障支出の割合	Social security expenditure on health as a percentage of general government expenditure on health	GHO	NA	2012	
		3.2.08	一人あたりの保健支出	a) Health expenditure per capita (current	HNP Stats	105	2012	

大項目	中項目	指標	出典	年
		US\$)		
	3.2.09	一人あたりの公的保健支出	b) Per capita total expenditure on health (PPP int. \$) GHO	177 2010
			Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US\$) GHO	87 2010
	3.3 施設・機材・医薬品等	3.3.01 必須医薬品：ジェネリック医薬品の入手可能状況	a) Median availability of selected generic medicines (%) - Public GHO	NA
			b) Median availability of selected generic medicines (%) - Private GHO	82.5 2012
	3.3.02	必須医薬品：ジェネリック医薬品の平均価格	a) Median consumer price ratio of selected generic medicines - Public GHO	NA 2012
			b) Median consumer price ratio of selected generic medicines - Private GHO	2.0 2012
	3.3.03	人口1,000人あたりの病床数	Hospital beds (per 1,000 population) HNP Stats	4.4 2012

< 出典 >

WDI: World Development Indicators & Global Development Finance (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>)

HDR: Human Development Reports (<http://hdr.undp.org/>)

HNP Stats: Health Nutrition and Population Statistics (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>)

GF: Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (http://theglobalfund.org/documents/core/eligibility/core_EligibleCountries2012_list_en/)

GHO: Global Health Observatory Country Statistics (<http://www.who.int/gho/countries/en/>)

MDGs: Millennium Development Goals (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>)

MDG database: Millennium Development Goals Indicators (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>)

地域データは The Millennium Development Goals Report Statistical Annex 2011.

Childinfo: Childinfo UNICEF (<http://www.childinfo.org/>)

ILO: World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond. International Labour Office Geneva: ILO 2010.