

## 第1章 プロジェクトの背景・経緯

### 1 - 1 当該セクターの現状と課題

#### 1 - 1 - 1 現状と課題

##### (1) キルギス共和国保健医療事情

###### 1) 概要

キルギス共和国(以下「キ」国という)は、ソ連邦の崩壊により1991年8月に独立した中央アジアの一国で、中国・カザフスタン・ウズベクスタン・タジキスタンの4ヶ国に囲まれた内陸国である。北緯37~42度、東経70~84度に位置し、面積は199,945km<sup>2</sup>で、日本の約1/2の広さである。東西2,900km、南北400kmの国土のおよそ90%は海拔1000m以上、40%が3,000mを超える高さにあり、国民の大部分が海拔1,800m以上に住んでいる。国土の大半が砂漠や草地で大陸性気候のため一日の温度差が大きく、年間を通して降水量はほぼ300~600mmと少ない。中国とは天山山脈を挟んで国境を接しており一部に7,000mを超える高さの山を頂いている。

人口は約488万人で、キルギス人52.5%、ロシア人19.6%、ウズベク人13.1%、ウクライナ人2.5%、ドイツ人1.8%、タタール人1.6%、カザフ人0.9%、その他8.0%からなる多民族国家であるが、全人口の33.3%が都市生活者であり66.7%が農村居住者である。

「キ」国は首都ビシュケク市とチュイ・イシククル・ナリン・タラス・ジャララバード・オッシュの6州から構成されていたが、1999年にオッシュの一部がパトケン州として分離され、現在は1都7州から成り立っている。

###### 2) 疾病構造及び保健医療指標

独立以来続いている経済不況は、保健医療分野の予算の減少をもたらし、各医療施設は医薬品不足や医療機材の老朽化・不足などにより診療機能を低下させ、国民の健康保持に深刻な影響を与えてきたが、1996年に打ち出された「マナス保健計画」に基づく医療改革と各種国際援助機関の支援により、1997年を底に徐々に改善されてきている。それは様々な指標となって現れているが、決して満足すべき数字ではなく、また長年続いている地域格差も解消されていない。(表 1-1, 1-2, 1-6)

2000年における「キ」国全体の死亡原因のなかで、旧ソ連邦諸国に共通していえる循環器系疾患が約44%を占めており、次いで呼吸器系疾患(13%)その他(12%)、外傷・中毒(11%)、悪性腫瘍(9%)と続いている。但し、14歳以下の子供の死亡原因第1位は呼吸器系疾患(43.1%)であり第2位 消化器系疾患(17.9%)、第3位 感染症・寄生虫(14.3%)となっている。(出典:保健省2001)

一方結核の感染者も年々増え続けており、深刻な社会問題になってきている。2000年には122.1/100,000人の罹患率を示し、1950年代のレベルに逆戻りしている。その原因は他のCIS諸国と同じように急激な社会・経済状況の悪化によるといわれている。1995年にはNational Programme "Tuberculosis"(1996-2000)、1998年には「国民結核予防法」が制定され改善に努めている。(表 1-1)

さらに、近年問題視されているのは性交渉感染症(STD)の増加現象である。梅毒の罹患率は 1991 年の 2.0/100,000 人から 1997 年には 170.1/100,000 人に増加した。1999 年には 110.8/100,000 人に減少したが、同時に児童や 10 代の若者の間にも感染者が増えたり、先天性梅毒患者の発生がみられたりすることがある。一方、HIV、AIDS も含めた他の STD 感染者の発見が遅れるなど統計上の罹患患者数は実状を十分反映していないと云われているが、これらは困難な経済状況に因る近代的な診断機器や試薬不足の為に必要な検査が十分に行われていない結果である。(出典\*1)

表 1-1 中央アジア諸国の保健医療指標 (2000)

	日本	キルギス					ガ'フスタ'ン	ウズ'ベ'クスタ'ン	タ'ジ'キスタ'ン	トルク'メ'ニスタ'ン	中国
	2000	1991	1997	1998	1999	2000	2000	2000	2000	2000	2000
人口(千人)	126,892		4,634.9	4,667.6	4,835.8	4,887.5	14,900	24,700	6,300	4,800	1,262,500
GNP/人 US\$	34,210					270	1,260	620	170	840	840
平均寿命	81(1999)	69.0	66.9	67.1	68.7	68.6	65(1999)	70(1999)	69(1999)	66(1999)	70(1999)
出生率/1,000人	9.3	29.1	22.0	22.2	21.4	19.7	14(1999)	23.1(1998)	22(1999)	21(1999)	16(1999)
死亡率/1,000人	7.7	8.3	7.4	7.4	6.8	6.9	10(1999)	5.9(1998)	5(1999)	6(1999)	7(1999)
乳児死亡率/1000出生	3.2(2001)	29.1	28.2	26.1	22.7	22.6	21	19	20	33	32
5歳児以下死亡率/1000出生	4	38.6	42.1	40.7	35.5	33.2	75	67	73	70	40
妊産婦死亡率/100,000出生	12(1995)	42.7	76.4	54.7	46.1	46.5	80(1995)	60(1995)	120(1995)	65(1995)	60(1995)
結核発症率	32.4(1998)	56.5	95.3	108.9	114.4	121.8	104(1997)	81(1997)	35.5(1997)	74(1997)	113(1997)
病床数/100,000人	1305(1998)	1,189	832	813	747	704	660(1998)	800(1995)	620(1998)	600(1997)	300(1998)
医師数/100,000人	96.6(1998)	342	312	305	291	282	210(1997)	310(1998)	190(1997)	353(1994)	100(1999)
看護婦数/100,000人**	861(1998)		820	800	774	735	450(1997)	1080(1998)	590(1997)	1190(1994)	
入院患者/100人			17.8	16.3	15.9	15.9	14.9(1998)	12.9(1998)	9.7(1997)	12.4(1997)	
平均在院日数	40.8(1998)	14.9	14.5	16.4	14.1	13.7	13.0(1998)	12.8(1998)	13(1998)	11.1(1997)	13(1998)
Infant Mortality UNCEF	4		90	69	61	53	60	51	54	52	32

(出典：キルギス指標 保健省、他国指標 UNICEF) \*\*看護婦 + 助産婦

## (2) 母子保健医療事情

保健省の資料によると 2000 年における「キ」国の乳児死亡率は 22.6/1,000 出生、妊産婦死亡率は 46.5/100,000 出生である。UNICEF の中央アジア 5 カ国・母子保健指標の資料と比較すると「キ」国はほぼ中間の位置を占めている。(表 1-1)

ことに乳児死亡原因の第 2 位を占める周産期疾患が(第一位は呼吸器疾患)件数・比率とも 1997 年以来上昇を続けていることは改善すべき問題の一つである。(表 1-2)

一方、妊産婦の死亡率も 1997 年を境に改善されつつあるものの依然として高い比率である。(表 1-1) 2000 年には 46.5/100,000 出生を示し、主な死亡原因は妊娠中毒症(38%)・その他(29%)・敗血症(18%)・出血(13%)となっている。1997 年保健省の統計によれば、全女性の 38%が低ヘモグロビン血症、9.1%が軽い貧血、1.4%が重い貧血状態にあるといわれ、妊産婦の貧血症は 1988 年の 17.1%から 1999 年には 55.4%に増加している。これらの症状は南部地域に多く見られ、厳しい経済状態から来る栄養不足が原因と考えられている。

\*1; European Observatory on Health Care Systems 「Health Care Systems in Transition "Kyrgyzstan"」 2000

表 1-2 乳児の主な死亡原因 (1,000 出生)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Respiratory diseases 呼吸器系疾患	13.74 47.1%	13.1 46.7%	12.30 47.5%	12.26 43.5%	10.50 40.2%	8.52 37.5%	7.69 34.0%
Digestive organs diseases 消化器系疾患	0.24 0.8%	0.15 0.5%	0.19 0.7%	0.29 1.0%	0.11 0.4%	0.18 0.8%	0.29 1.3%
Certain perinatal states 周産期疾患	6.97 23.9%	6.83 24.3%	5.63 21.7%	5.78 20.5%	6.51 24.9%	6.72 29.6%	7.59 33.6%
Infections and parasitry diseases 感染症・寄生虫	4.16 14.3%	4.42 15.7%	3.26 12.6%	4.70 16.7%	4.54 17.4%	3.32 14.6%	3.19 14.1%
Innate anomalies 先天性異常	1.36 4.7%	1.21 4.3%	1.91 7.4%	1.83 6.5%	1.83 7.0%	1.76 7.8%	2.04 9.0%
Accidents, poisonings and injuries 事故・中毒・外傷	1.24 4.3%	0.99 3.5%	1.02 3.9%	1.06 3.8%	1.02 3.9%	0.99 4.4%	0.64 2.8%
Others その他	1.44 4.9%	1.38 4.9%	1.59 6.1%	2.28 8.1%	1.59 6.1%	1.21 5.3%	1.16 5.1%
Total 合計	29.15 100.0%	28.12 100.0%	25.90 100.0%	28.20 100.0%	26.1 100.0%	22.7 100.0%	22.6 100.0%

### (3) 地方の対象地域概要

#### 1) ナリン州

ナリン州は面積が 45,202k m<sup>2</sup> で国内最大であり国土の 22.6% を占めるが、人口は 253.1 千人 (5.18%) で、少ない方から 2 番目の州である。南側に中国と国境を接する 4,000m 級の山々 (天山山脈) を有する山岳地方であり、人口密度も 5.5/ k m<sup>2</sup> と「キ」国でもっとも低い地域である (日本の全国平均人口密度 337/ k m<sup>2</sup>)。

州都のナリン市は首都ビシュケクから南東へおよそ 380 k m 標高約 2,000m、人口およそ 4 万 5 千人でナリン川沿いに発達した農業を主産業とする小都市である。経済不況のため、州内に水力発電所を数多く抱えているにもかかわらず、夜間の深夜 0 時から朝 6 時まで病院等特殊施設を除いて、市内全域に計画停電を実施していた。(2002 年 1 月時点)

#### 2) イシククル州

イシククル州は旧ソ連邦時代の保養地として知られるイシククル湖を中心に、北側ではキュンゲイ-アラト-山脈 (3,000m 級) でカザフスタンに、南東側では天山山脈 (4,000m 級) で中国に接している面積 43,144km<sup>2</sup> でナリン州に次いで 2 番目の広さを持つ州である。人口は約 417 千人 (5 位) であるが、人口密度は 9.7 人/km<sup>2</sup> とナリン州に次いで低く、多くの過疎地域を抱えている。

州都カラコル市はイシククル湖から東へ 9 k m ほどの標高 1,690~1,990m にある人口 8 万人の「キ」国第 3 の都市で、天山山脈の最高峰ポベタ (7,439m) その他 7,000m 級の山々への登山口であり、今後イシククル湖周辺とともに国際観光地としての開発が期待される小都市

である。

### 3) タラス州

タラス州は国の北西部にあり、面積が 11,446 k m<sup>2</sup>でビシュケク特別市を除く 7 州の中では最も面積が小さく、国の 5.72%を占めているにすぎない。北側はカザフスタンと国境を接しており、チュイ州とは東側で接している。州人口も 202.7 千人で最も少なく、人口密度も 18.0 /k m<sup>2</sup>と低い地域の一つである。

州都のタラス市は首都ビシュケクから西に約 370 k m離れたところあり、その往来には 3,000m を越すキルギス山脈を越えねばならず、道路事情は良くない。一般的には道路事情の良い北側のカザフスタン領内を一度通り抜けて再入国する方法がとられている。

## (4) 地方の対象地域の母子保健医療事情

### 1) ナリン州

2000 年乳児死亡率は全国で 3 番目に少なく、乳児死亡 (117 件) の原因は、周産期疾患 (37.6%)・呼吸器系疾患 (32.5%)・感染症 (11.1%)・先天性異常 (9.6%)・消化器系疾患 (6.0%) の順であり、妊産婦死亡 (2 件) の原因は敗血症及び妊娠中毒症であった。(表 1-3)

表 1-3 ナリン州母子保健指標

乳児死亡率/1,000 出生	18.5 (2000 年)
妊産婦死亡率/100,000 出生	32.4 (2000 年)

### 2) イシククル州

2000 年における乳児死亡率は全国最少であり、乳児死亡 (46 件) の原因は呼吸器系疾患 (56.5%) が断然多く周産期疾患 (?%)・感染症 (11.1%)・先天性異常 (9.6%)・消化器系疾患 (6.0%) の順であり、妊産婦死亡 (2 件) の原因は敗血症及び妊娠中毒症であった。(表 1-4)

表 1-4 イシククル州母子保健指標

乳児死亡率/1,000 出生	18.1 (2000 年)
妊産婦死亡率/100,000 出生	59.9 (2000 年)

### 3) タラス州

2000 年乳児死亡率は順位・数値とも国内中間の位置を占め、死亡原因は、呼吸器疾患 (37.6%)、周産期疾患 (27.5%) の順であり他州と同様であるが、第 3 位を感染症 (14.7%) が占めているのが注目される。さらに周産期疾患による死亡数・比率とも近年増加しつづけているのも解決すべき課題である。(表 1-5)

表 1-5 タラス州母子保健指標

乳児死亡率/1,000 出生	23.1 (2000 年)
妊産婦死亡率/100,000 出生	43.3 (2000 年)

「キ」国の地域別母子保健指標の主なもの下記に示す。(表 1-6)

表 1-6 地域別保健医療指標 (2000 年)

	全国平均	ビシュケク	チュイ	イシククル	ナリン	タラス	ジャラバド	オッシュ	バトケン
平均寿命	68.6	69.5	67.3	68.0	69.0	69.1	70.2	69.6	68.3
出生率/1000	19.7	12.7	14.2	19.9	24.1	22.8	23.2	22.2	24.0
死亡率/1000	6.9	7.6	9.8	8.3	7.1	7.1	5.7	5.4	5.8
乳児死亡率/1000 出生	22.6	27.5	19.4	18.1	18.5	23.1	18.3	25.5	27.6
妊産婦死亡率 /100,000 出生	46.5	99.7	45.7	59.9	32.4	43.3	48.6	30	32.2

(出典：保健省) <乳児死亡率(2000年):日本-4,ドイツ-5 妊産婦死亡率(1995年):日本-12,ドイツ-12>

<乳児死亡率> 単位:/1000出生

	1996	1997	1998	1999	2000
Bishkek	30.3	30.4	29.0	23.8	27.5
Chui	17.0	19.8	20.1	16.4	19.4
Issyk-Kul	23.1	20.5	21.8	19.5	18.1
Naryn	22.5	28.9	21.2	18.3	18.5
Talas	20.7	29.0	19.2	23.1	23.1
Djalal-Abad	24.2	27.8	21.3	19.4	18.3
Osh	29.9	29.7	32.2	27.5	25.5
Batken					27.6
Total	25.9	28.2	26.1	22.7	22.6

<妊産婦死亡率> 単位:10万出生

	1996	1997	1998	1999	2000
Bishkek	82.8	138.7	53.1	102.3	99.7
Chui	25.1	54.0	27.5	35.2	45.7
Issyk-Kul	103.8	169.7	47.7	58.4	59.9
Naryn	132.4	101.9	81.8	58.5	32.4
Talas	19.1	44.8	40.6	20.3	43.3
Djalal-Abad	83.5	60.8	63.5	52.9	48.6
Osh	50.9	60.4	51.4	30.1	30.0
Batken				29.3	32.2
Total	65.0	76.4	54.7	46.1	46.5

## 1 - 1 - 2 開発計画

ソ連邦崩壊による 1991 年 8 月の独立とそれに伴う中央統制経済から市場経済への転換は社会のあらゆる方面で根本的な変化を惹き起こしたが、保健医療分野においても例外ではない。独立以来続いている経済不況に追い討ちをかけるように生じた 1998 年のロシア通貨危機はさらに危機的状況をもたらしている。国家財政の逼迫は保健医療分野の予算にも大きく影響し、独立以前の半分以下に縮小されたばかりか、GDP に対する割合も年々減りつづけている。

### (1) 「マナス保健計画」による医療改革

旧ソ連邦時代の専門別に細分化された入院治療に重点を置いた過剰なまでの病床と人員を抱えた医療サービス体制は非効率的・非経済的であり、経済危機のために十分な機能を発揮できず質の低下を招くことになり、国民の健康生活に様々な支障を来たすようになった。そこで「キ」国政府は保健医療体制を根本的に見直すべく、1994 年に WHO、世界銀行その他の国際的な協力の下に、改革委員会「マナス委員会」を発足させ改革案の作成にかけ、1996 年に「マナス保健計画」(MANAS Health Care Reform Programme) を発表した。改革はやや遅れ気味ではあるがほぼ順調に進められており、現在は第 3 段階目に入ったところである。「マナス保健計画」の概要は以下の通りである。

#### 1) 改革の基本方針

- 保健医療指標の改善
- 医療サービスにおける地域格差の解消
- 医療施設に対する以前と変らぬ受診機会の保証
- 医療サービスの効率化と質の向上
- 患者の人権尊重

#### 2) 改革の進め方

##### 短期戦略 (1996 ~ 1997 年)

- ・ 基本構想の作成と同構想に基づく病院の統廃合、過剰な病床数及び医療スタッフの削減等による医療サービス体制の合理化・効率化の促進

##### 中期戦略 (1998 ~ 2000 年)

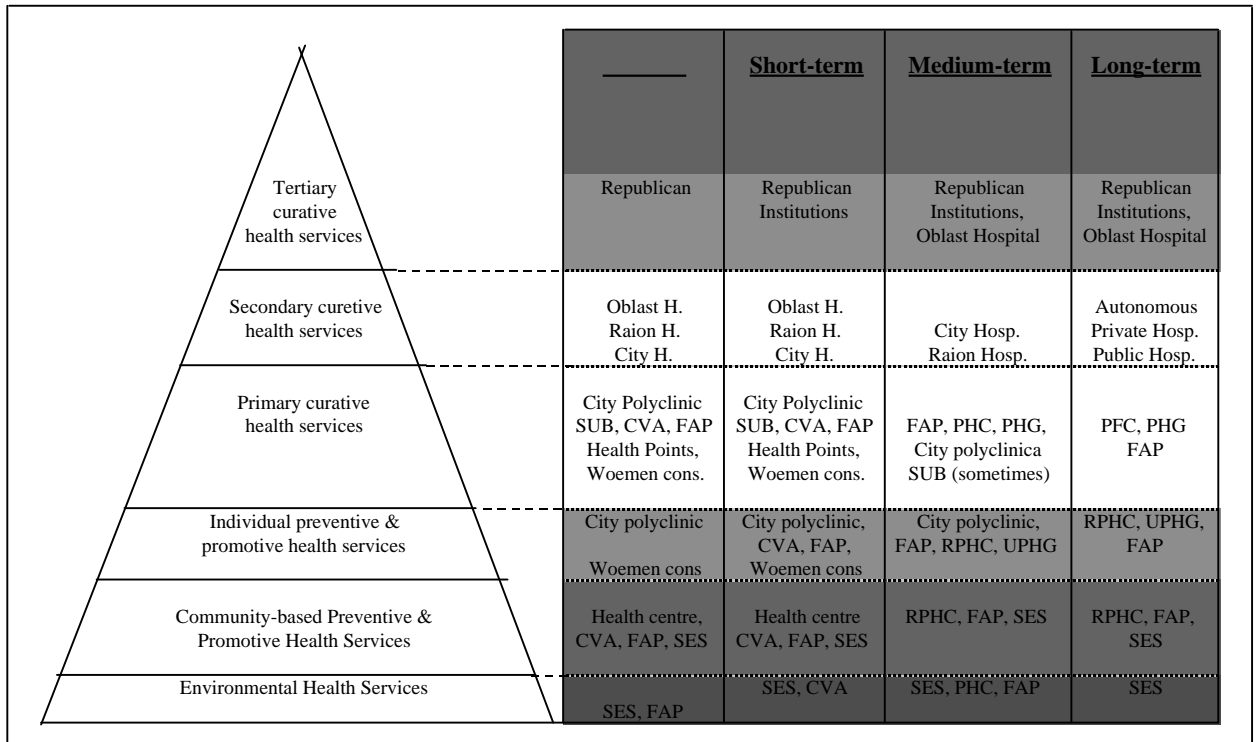
- ・ 医療サービス体制の合理化・効率化の一層の促進
- ・ パイロット地区における総合外来病院の開設とグループ家庭医(GSV)による在宅医療の開始とホームドクター制導入の試み
- ・ 民間による有料医療サービスの開始と医療保険制度の発足

##### 長期戦略 (2001 ~ 2006 年)

- ・ 医療保険制度の定着と医療サービスの有料化
- ・ 公的医療施設と私的医療施設の共存
- ・ ホームドクター制度の定着によるレファレルシステムの確立

図 1-1 は「マナス保健計画」に基づきプライマリヘルスケアに重点を置いたリファレル体制構築のプロセスを示したものである。

図 1-1 マナス保健計画：医療サービス体制の整備過程



SUB : Rural hospital , CVA : Rural polyclinic , FAP : Feldsher Accoucher Point  
 PHC : Primary Health Care , PHG : Primary Health Care Group  
 RPHG : Rural Primary Health Care Group  
 UPHG : Urban Primary Health Care Group  
 SES : Sanitary Epidemiological Stations

(出典：MOH - MANAS NATIONAL PROGRAMME ON HEALTH CARE REFORMS -)

( 2 ) 21 世紀のキルギス保健計画 ( Programme “Health care of Kyrgyzstan in the XXI century” )

1998 年 5 月に WHO より発表された“Health for All in the XXI century”は「全ての人々が健康的な生活」をおくる為に、21 世紀に入った最初の 20 年間で解決すべき問題点を掲げている。それを受けて「キ」国保健省は、「第 2 のマナス保健計画」とも言える「21 世紀のキルギス保健計画」を作成し、具体的な問題点とそれを解決すべき戦略及び担当機関（国外援助機関を含む）を発表した。

母子保健分野に関しては 2010 年を目指して次の目標を掲げている。

妊産婦死亡率を 25%削減する。

乳児死亡率を 20/1000 出生以下にする。（但し、計算方法を WHO 基準-1000 出産に変更する）

ヨード不足状態の子供の割合を 20%削減する。

6～12 歳児童の地方病性甲状腺腫の罹患率を 5%削減する。

上記子供に加えて、妊産婦のヨード不足を 40%以下、母乳を与えている母親のヨード不足を 30%以下に削減する。

急性呼吸器疾患(ARI)及び下痢 ( DD ) 死亡率を 15%削減する。

生後 3 ヶ月以内の乳児を母乳で育てる割合を 50%までに上げる。

以上の目標を達成すべく衛生状態の改善・流産（人口）を減らす為の家族計画/避妊の普及・栄養指導等に加えて、健康的なライフスタイルの指導・プライマリヘルスケアの拡充などを関係各機関協力して総合的に推し進めることを図っている。

### （３）第２医療改革プロジェクト

2001年より「マナス保健計画」は長期戦略段階に入ったが、より強力に計画を推し進める為、に引き続いて「キ」国は世界銀行に「第２医療改革プロジェクト（Second Health Sector Reform Project）」の支援を依頼した。

その内容は下記の通りで、実行予算として2001～2006年まで19.50MUS\$を計上している。

保健医療サービスシステムの再構築

保健財政の改善

医療の質の向上

公衆衛生の向上

プロジェクト管理と評価

### （４）保健医療サービスシステムの再構築

#### １）地方におけるサービスシステムの再構築

「キ」国は「マナス保健計画」の最重要テーマである効率的・合理的サービス体制の構築を目指して、プライマリヘルスケアに重点を置いたホームドクター制の確立を図りながら、過剰な病床と人員の削減を漸次進めてきたが、その集大成ともいえる統廃合計画を2000年4月13日付け保健省令により州毎に実施した。その主な内容は下記の通りである。

それぞれ単独に存在していた州都の州立病院（Oblast Hospital）、州立小児病院（Oblast Children Hospital）、州立産婦人科病院（Oblast Maternity Hospital）、戦傷者・労災者病院、州立皮膚科・性病科専門病院、州立精神科・麻薬専門病院、州立結核病院・州立がん病院あるいは州都にある中央地域病院（Central Rayon Hospital）その他を一つの組織に集約し、州立統合病院（Oblast Merged Hospital）とする。病床数は各病院病床数の合計を大きく下回る数とする。（ナリン州の場合で合計619床を478床に削減し、さらに2002年には396床としている）

当面分散している既存施設はそのまま継続して使用し、管理部門のみ一カ所にまとめる。

削減されて空いた病棟に他の部門が順次移転する。最終的には一カ所にまとめる方向である。

州保健衛生局を廃止し、州保健医療行政委員会を設け、委員長を州立統合病院長が兼任する。

総合病院化された州立統合病院を地方におけるトップリファレル病院として機能を拡充し、地方のリファレル体制を整備する。

その他、各中央地域病院（Central Rayon Hospital）、地区病院（Rural Hospital）等の病床数



は改革前に対し 70～80%削減された。さらに将来、地区病院は他にアクセスが困難な地区のみ中央地域病院の部門(分院)という形でしか残さない方針である。

表 1-7 合理化計画による病床数及びスタッフ数等の削減経緯

	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000
全病院数	304	341	341	335	-	-	-
(内急性期病院)	275	288	282	306	-	-	-
全病床数	53,305	38,703	38,197	38,332	-	-	-
(内急性期病床数)	44,050	31,469	31,593	34,627	-	-	-
病床数/100,000	1,189	857	840	832	813	747	704
医師数/100,000	342	317	329	312	305	291	282
歯科医/100,000	26	24	25	24	27	26	23
看護婦・助産婦/100,000	912	909	878	820	800	774	735
パラメディカル /100,000	91	90.9	87.7	82.0	80.0	77.4	73.5
外来件数/1人	5.5	4.8	4.4	5.6	4.9	4.9	4.9
入院患者/100人	17.7	16.9	16.4	17.8	16.3	15.9	15.9
平均在院日数	15.4	14.7	15.0	14.5	16.4	14.1	13.7
病床利用率% (急性期病院)	78.3	79.3	80.5	83.6	-	-	-

(出典：MOH\*1)

## 2) ビシュケク市の医療サービスシステム再構築

ビシュケク市には、「キ」国全体の第三次医療を行う高度な技術と教育病院としての機能を持つ医療施設とビシュケク市の地域医療を担っている施設とが混在している。(35施設) その上他省庁や他機関に属している施設も在る。市内には 1,050 床/100,000 人の病床があり、市外の 510 床 (国平均 746 床) に比較して差が大きい。一方、最近の経済状態を反映して、地方から国立の医療機関に訪れる入院患者は 40%から 19%に減少した。(オッシュ・ジャララバード地方からは 2%に過ぎない) 従って、ビシュケク市内の病床数は 7,694 床から 6,114 床に削減することが求められている。(1,580 床削減)

国立の医療機関は国の予算、ビシュケク市の医療機関は市の予算で運営されていることから、それらを統合して病床数を削減することは経済的な誘因なしにはかなり難しいことであると理解されているが、下記のような統廃合計画が予定されている。

国立性病専門病院 (300 床) を廃院し、国立感染症病院の一部門 (60～100 床) として移設する。

ビシュケク市結核病院が一部間借りしている国立結核病院(455 床)を全て市結核病院(病数不明)として使用する。(国立結核病院の廃院)

国立産科・小児科学研究所(351 床)、国立小児病院(290 床)及びビシュケク市第 3 小児救急指定病院(370 床)を統合し、国立小児・外科センターを設立する。但し、施設は国立小児病院及びビ市第 3 小児救急指定病院 ('99 年無償プロジェクト・ビシュケク市緊急医療改善計画対象施設) に分かれて設置される。

\*1: 現地調査時の保健省より得た回答、キルギスデータ 1991-2000

国立産科・小児科学研究所(351 床)の一部門である産科病院を国立病院 (1233 床) に移設する。国立病院は総合病院となる。

国立ヒューマンリプロダクションセンター(70 床)とビシュケク市周産期センター(‘99 年無償プロジェクト・ビシュケク市緊急医療改善計画対象施設 230 床)及び家族計画相談所“結婚と家族”を国立ヒューマン・リプロダクションセンターの下に統合し、「国立産婦人科センター」を設立する。これが今回統合を取り止めて単独の施設(108 床)となった対象施設である。

国立精神病院(660 床)の病床削減した部分に精神保健センター(精神科リハビリテーション)を設置する。

国立リハビリテーションセンターを独立経営体とする。

全ての市立外来病院(Polyclinics)に家族保健センターを設置する。

以上、施設の一部廃止及び病床数の削減からビシュケク市内の国及び市の保健予算の15%削減が期待できる。

### 3)「キ」国の医療サービス・リファレルシステムの構成

「キ」国の医療サービスのリファレルシステムは既述の図 1-1 にある構成で病院数・病床数の削減を伴いながら整備されつつあるが、「マナス保健計画」では各レベルの病院数・病床数の目標値が表 1-8 のように発表されている。(参考に 1997 年と併記)

表 1-8 有床病院数・病床数の構成

	1997年	目標(2013年)			備考	リファレル
		施設数	施設数	病床数		
1 国立病院研究所	17施設	国立病院	1施設	1,700床	300床 / 施設	3次
		国立専門病院	15施設	4,515床		
2 州立病院 Oblast Hospital	11施設	州立統合病院 Oblast Merged Hospital	6施設	3,611床	300床 / 施設	3次
3 市立病院 City Hospital	26施設	市立病院 City Hospital	30施設	6,019床	200床 / 施設	2次
4 療養所(専門病院) Dispensary	44施設	長期療養病院	15施設	6,019床	400床 / 施設	
5 産婦人科病院 Maternity Hosp.	11施設				州立統合病院 に吸収	
6 中央地域病院 Central Rayon Hosp.	40施設	中央地域病院 Central Rayon Hosp.	42施設	12,600床	300床 / 施設	2次
7 地区病院 Rural Hospital	157施設	地区病院 Rural Hospital	6施設	180床	30床 / 施設	1次
計 全病床数	78,600床			34,643床		

但し、「マナス保健計画」策定後の1999年に分割されたバトケン州は計画に含まれていない。

1-1-3 社会経済状況

(1) 一般経済状況

「キ」国は CIS 諸国の中で最も早く市場経済制度を採用するなど熱心に国の改革に取り組んでいるが、厳しい経済不況が続いている。1996年から1997年にかけて一時かなりの経済成長(10%)を遂げたにもかかわらず、1998年のロシア通貨危機による大きな打撃を受けて以来低迷が続いている。GDP(国民総生産)の名目成長率は1998年以来なんとかプラスを維持しているが、インフレーション率(1998年-18%、1999年-39.9%、2000年-9.6%)の方が大きく、実質的には1998年以来マイナス成長を続けており、GDPそのものは1990年代の60%にすぎないといわれている。

このような経済状況下の2000年・国民1人当りのGNP(国民総生産)270US\$を他国と比較すると、ヨーロッパ・中央アジア平均2,010US\$に比べ低値である。また、低所得国平均420US\$と比較してもかなり低い数字であり、経済不況は深刻である。現在、国民の51%が貧困層(1US\$以下/日・生活費)に属するといわれている。(1997年)

一方、産業構造(1999年)はGDPの39%が農業、22%が鉱工業、39%がサービス業である。1990年には農業の割合が32%であったことから、農業に依存した経済構造になりつつあるといえる。

「キ」国の通貨Somの対US\$交換レートは前述のロシア通貨危機の影響を受けて1998年11月に僅か数週間のうちに22som/\$から35som/\$に大きく下落して以来、39som/\$-1999年、48.3som/\$-2000年、47.7som/\$と厳しい状況が続いている。独立以来、対外貿易赤字が続いており、借款も含め増えつづける対外債務は極めて深刻な状況になってきている。1997年には1,356mUS\$,1998年には1,473mUS\$となり、GDPの70%を超えた状況は最大債務国(比率)の一つである。

表 1-9 経済諸元

	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
人口 (1,000)			4,512.4	4,543.2	4,634.9	4,667.6	4,836.8	4,887.5	
国民総生産 (百万ソム)	425	12,019	16,145	23,399	30,438	33,890	48,320	61,230	73,130
国民総生産成長率 %	3.0	-20.0	1.3	5.6	10.4	1.8	3.0	5.1	5.3
インフレーション %		181.0	43.0	32.0	23.0	18.0	39.9	9.6	3.7
対米ドル平均交換レート					18.0	21.0	39.0	48.3	47.7
国民総生産/国民 ソム		2,413							
国民総生産/国民 US\$								270	
平均賃金/月・国民 US\$		22	36	39	36				
実質賃金指数 (1994=100)		100	112	114	126				
消費者物価指数 (1995=100)			100	132	162.9				
歳出対国民総生産比 %	38.3	23.4	28.6	22.2	21.8	21.0	18.7	18.4	
歳入対国民総生産比 %		15.7	17	16.8	16.6	17.9			
財政赤字対国民総生産比 %		7.7	11.5	5.4	5.2	3.0			
貿易収支 (百万US\$)		-86.1	-122	-252	-15.2	-220	-107		
累積対外債務 (百万US\$)		414	585	1,151	1,356	1,472			
(登録)失業率 %		0.70	2.90	4.40	3.10				

出典 ( NationalStatisticsCommittee, W.B. )

## (2) 国家財政と保健医療財政

### 1) GDP と国家予算

長引く経済不況のなかで国家財政は年毎に逼迫してきており、国家予算（歳出）の GDP に対する比率も減少してきている。特に保健医療予算の GDP に対する比率は 1995 年の 3.9% をピークに年々下がってきて、1997 年には 2.9% まで減少した。GDP の 3～4% が旧ソ連邦中央アジア諸国の平均であり、ヨーロッパ諸国の平均が 8.5%（1997 年）であることなどから、問題がより深刻化してきていることが判る。同時に、国家予算（歳出）のなかにも占める比率も 1997 年の 14.6% を境に 2000 年の 11.5% と減りつつづけている。（表 1-10 参照）

実質的な国民 1 人あたりの予算は 1995 年を基準にすると 142som から 132som（1997 年）、129som（1998 年）へと下がりつつづけていることになる。（WHO 報告書）

表 1-10 国家予算（費用）の推移

		1991	1996	1997	1998	1999	2000
Total 合計	1,000som %	24,374.8 100.0	5,202,357.0 100.0	6,695,680.0 100.0	7,298,339.0 100.0	9,042,170.0 100.0	11,284,499.5 100.0
Government services 総務	1,000som %	463.3 1.9	579,504.0 11.1	850,354.0 12.7	1,014,821.0 13.9	1,267,131.6 14.0	1,999,612.9 17.7
Defence 防衛	1,000som %	0.0	314,071.0 6.0	481,848.0 7.2	491,114.0 6.7	807,766.2 8.9	1,131,876.3 10.0
Internal security 警察	1,000som %	330.8 1.4	385,164.0 7.4	473,173.0 7.1	420,696.0 5.8	459,290.4 5.1	731,684.7 6.5
Education 教育	1,000som %	5,554.9 22.8	1,222,830.0 23.5	1,514,035.0 22.6	1,681,599.0 23.0	1,892,284.0 20.9	2,289,920.0 20.3
Health care 保健医療	1,000som %	2,823.5 11.6	732,917.0 14.1	977,072.0 14.6	962,091.0 13.2	1,121,687.9 12.4	1,295,742.1 11.5
Social insurance and security 社会保障・安全	1,000som %	5,122.3 21.0	884,862.0 17.0	1,055,305.0 15.8	981,028.0 13.4	1,197,987.8 13.2	1,113,998.9 9.9
Housing and public utilities 住宅・公共施設	1,000som %	883.5 3.6	297,789.0 5.7	279,644.0 4.2	373,682.0 5.1	468,724.0 5.2	666,515.1 5.9
Recreational, cultural and religious service 文化・宗教・娯楽	1,000som %	490.5 2.0	125,011.0 2.4	148,034.0 2.2	187,417.0 2.6	292,893.7 3.2	338,490.2 3.0
Fuels and energy 石油・エネルギー	1,000som %	0.0	78.0 0.001	7,676.0 0.1	146,173.0 2.0	76,649.3 0.8	22,989.9 0.2
Agriculture, water supply organization, forestry, fishing and hunting 農水産	1,000som %	2,724.0 11.2	181,077.0 3.5	238,283.0 3.6	350,394.0 4.8	360,675.1 4.0	476,223.1 4.2
Mining industry and mineral resources, ex. fuel; processing industry, construction 鉱工業・建設	1,000som %	351.6 1.4	43,956.0 0.8	67,358.0 1.0	68,325.0 0.9	98,089.3 1.1	85,301.3 0.8
Transport and communications 運輸・通信	1,000som %	617.1 2.5	98,771.0 1.9	169,839.0 2.5	227,998.0 3.1	523,597.5 5.8	465,048.2 4.1
Other services その他	1,000som %	3,502.0 14.4	100,295.0 1.9	202,535.0 3.0	53,379.0 0.7	38,463.4 0.4	48,447.2 0.4
Other expenditure not elsewhere classified 分類不能	1,000som %	1,511.3 6.2	236,032.0 4.5	230,524.0 3.4	339,622.0 4.7	436,929.8 4.8	618,649.6 5.5

### 2) 国家保健医療費の構成

「キ」国の医療サービス体制は財務省と保健省の 2 つの省庁により管理運営されている。保健省は健康に係る国の基本方針の作成と医療行政の監督官庁としての役割に加えて国立医療機関の管理を行っている。しかし、財務省を通して地方政府から直接予算を支給されている地方の医療機関に対しては、保健省は直接監督責任を持たず、そのため国全体の医療サービス体制のコントロールは行っていない。財務省は医療財政及び全ての保健医療予算の組立と配分に対し直接責任を持っている。（図 1-2 参照）

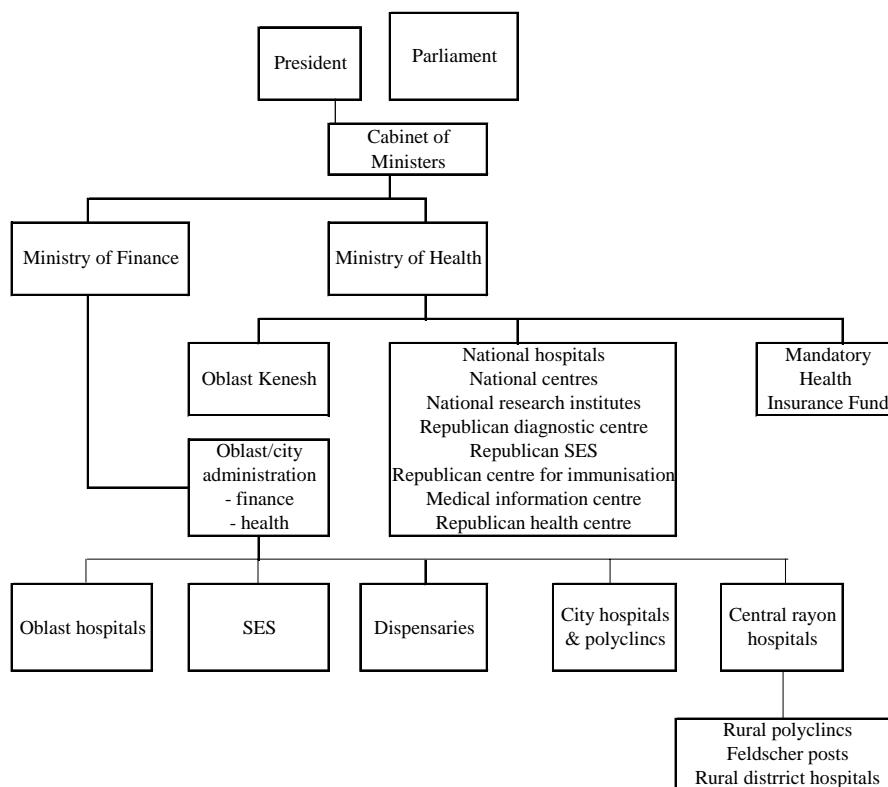


図 1-2 国家保健医療費管轄組織

国の保健医療費は中央政府が管理する予算（保健省管轄下の国立保健医療機関用予算及び内務省病院や軍関係の病院予算）と地方政府が管理する予算（地方保健医療機関用）に分けられるが、その比率は 1997 年以降国立保健医療機関用予算 25%、地方保健医療機関用予算 75% 前後で推移している。従って国立の医療機関が集中しているビシュケク市の住民一人あたりの保健医療費（2000 年）は 520.7som（国立医療機関を除いた場合 184som）となり地方とは 3 倍ほどの開きがあり、都市と地方との間に大きな格差が生じているばかりでなく、地方間でも格差が生じている。（ナリン:185.9som、バトケン:138.7som、タラス:194.9som 表 1-11、表 1-12）

表 1-11 地方保健医療費推移（1995-2001）

(1,000 som)

	1995	1996	1997	1998*	1999	2000	2001
Bishkek	71,570.0	95,880.1	99,897.4	110,791.8	138,452.1	141,100.0	168,914.8
Chui	81,220.0	90,908.0	93,046.0	104,087.2	119,446.1	136,774.6	147,087.1
Issyk-kul	50,887.8	52,602.3	50,046.9	56,678.8	62,841.8	70,726.0	76,159.8
Naryn	40,725.4	42,504.3	45,442.6	49,091.4	63,162.7	47,070.7	66,164.7
Talas	22,992.5	23,884.4	26,474.1	30,001.5	33,057.8	39,504.6	38,514.2
Djalal-Abad	79,632.0	71,679.3	82,927.4	98,234.2	116,169.6	135,797.9	164,560.9
Osh	123,413.0	153,236.7	157,877.7	164,636.3	146,191.7	178,349.0	209,883.3
Batken	-	-	-	-	45,229.7	54,138.9	82,041.8
Total	470,440.7	530,695.1	555,712.1	613,521.2	724,551.5	803,461.7	953,326.6

(出典: W.B, MOH) \* Draft Budg

表 1-12 一人当たりの地方保健医療費推移 (1994-2001) (soms)

	1994**	1995	1996	1997	1998	2000
Bishkek	69.9	134.9	160.5	189	182.1	184.0
Bishkek-2*	184.0	-	-	-	520.8	520.7
Chui	86.1	104.9	120.5	129.4	136.2	177.9
Issyk-kul	87.1	121	124.4	124.3	132.4	169.7
Naryn	78.4	148.3	162.0	174.4	184.2	185.9
Talas	95.8	113	116.3	128.7	143.2	194.9
Djalal-Abad	76.9	96.9	85.0	103.9	112.4	153.0
Osh	62.6	95.2	105.2	109.9	108.5	148.4
Batken	-	-	-	-	-	138.7
Total	90.2	108.7	116.8	128.2	131.4	164.4

(出典: National Statistics Committee, MOH\*\*) \* Include the expenditure of Republican Institutions

用途別及び項目別保健医療費の構成は表 1-13 のとおりであるが、次のような問題点が指摘できる。

#### 医薬品代

全体の 12～13% を占めているが、ヨーロッパや日本 (20%～30%) に比べて比率が低い。旧ソ連邦時代は多くの医薬品は無償であり、指定外の特殊な医薬品のみ外来患者から徴収されていた。しかし 1991 年独立以降、輸入に頼っている医薬品は高騰し、地方病院の予算不足は必要な医薬品の提供を困難にし、多くの患者は個人で医薬品を買わざるを得ない状況になっている。医療費の私費負担の多くは医薬品代であり、公私合わせた全医療費の 24% にも上る額と言われ、強制医療保険基金 (Mandatory Health Insurance Fund) を設立する大きな要因になったといわれている。(WHO 報告書)

#### 設備投資・運転費

財政悪化による予算不足は施設の改修や新しい医療機器はおろかスペアパーツの購入をも困難にしている。(全医療費の 3% 前後) 特に地方の医療施設では X 線フィルム・検査機器等の試薬/消耗品が極端に不足し、年度末には満足な診療活動が困難な状況である。

#### 光熱費等

多くの施設は旧ソ連邦時代に建設されたものであるが、低品質の上に満足な維持・改修が行われず損傷が激しいことに加えて、非効率的な施設の使い方や設備システムの為に燃料費の高騰も重なって光熱費の占める割合は異常に高く全費用の 15～20% に及んでいる。(日本は 3% 以下) これは極めて異常であり、ただでさえ少ない保健医療費の健全な執行を歪めることであり早急に解決されるべき問題である。

表 1-13 保健医療費の構成

	2000				2001			
	Hospitals & others under MOH	Hospitals under Local Governments	Total		Hospitals & others under MOH	Hospitals under Local Governments	Total	
	1000Som	1000Som	1000Som	%	1000Som	1000Som	1000Som	%
1 給与	63,703	358,550	422,253	38.5	64,789	414,751	479,540	38.4
2 社会保険費	16,739	109,933	126,672	11.6	19,300	119,758	139,058	11.1
3 旅費	81.4	2,553.6	2,635	0.2%	0	4,104	4,104	0.3%
4 機材費	6,400	4,788	11,188	1.0%	6,529	14,878	21,407	1.7%
5 医薬品費	55,082	46,735	101,817	9.3%	57,352	99,780	157,132	12.6%
6 食料品費	35,500	64,314	99,814	9.1%	35,269	85,464	120,733	9.7%
7 通信水道光熱費	73,373	164,614	237,987	21.7%	68,267	187,836	256,103	20.5%
8 輸送費	2,577	23,181	25,758	2.4%	2,743	24,346	27,089	2.2%
9 改修費	12,050	41,013	53,063	4.8%	14,960	14,119	29,079	2.3%
10 その他	2,635	11,879	14,514	1.3%	1,811	12,536	14,347	1.1%
合計	268,140	827,561	1,095,701	100.0%	271,020	977,572	1,248,592	100.0%

( 出典 : 保健省 )

### 3 ) 医療費財源

医療費の財源は 税金に基づく国家予算 ( 保健省・地方保健予算 ) 強制医療保険基金 私費負担 ( Out-of-pocket payment ) 海外からの援助 ( 借款及び無償援助 ) の 4 種類から構成されている。 及び が主であり、その支払ルートは下図のようになる。

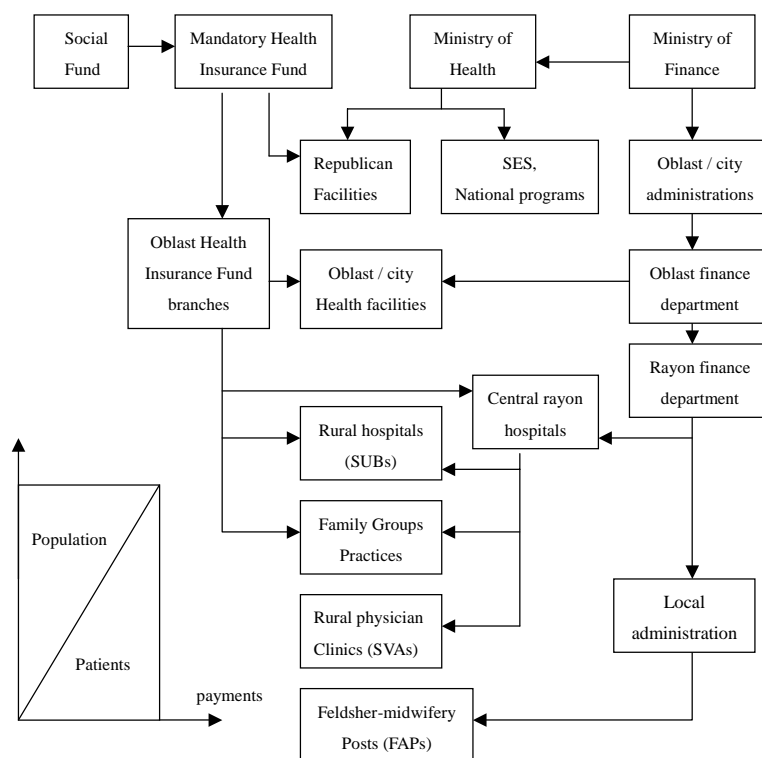


図 1-3 医療費支払い制度

## 国家予算からの配分

国立医療機関に対しては保健省から、地方に医療機関に対しては財務省から地方政府を通して直接配分される。配分はソ連邦時代と同様に、施設の機能・規模（病床数・職員数・設備等）に応じて行われてきた。しかし、強制医療保険制度導入を機に、患者数などの実績に応じた配分が試みられはじめている。（イシククル州等）さらに、具体的な配分方法も人件費・社会保険費・医薬品費・光熱費等の18基準項目に分けて行われ、項目間の融通が許されず、項目によって余った予算は返却しなければならない状況であった。（特に国立の医療機関は現在でも遵守させられている）しかし、地方により多少融通が利く事もあり、今後は項目別ではない一式予算で配分する方法も試み始められている。（イシククル州）

## 強制医療保険

1992年に医療保険法（Medical Insurance Law）を制定し、国民階級保険制度の導入を図ったが、進行状況は思わしくなかった。導入が進まない大きな原因は保険料の徴収方法にあった。農村人口が全人口の60%であり、農業がコルホーズから個人企業に変わって、保険金や税金の徴収する手段が困難になり、法体制も未整備のままであったことがあげられる。

そこで、新たに強制医療保険基金が1996年1月に設立され1997年に活動を開始した。保険料の徴収方法は以下の通りである。

- a. 給与生活者の保険料は官公庁も含む事業者（雇主）が給与の2%を強制医療保険基金（Mandatory Health Insurance Fund）に納入する。
- b. 農家は農地（土地）税金の一部から支払われる。（土地税金の2%-1999年）
- c. 保険金免除対象者 年金生活者・登録失業者・児童・障害者・学生等の保険料は、国家が社会保険費から支払う形をとっている。（平均給料の1.5%相当 = 112som）

保険加入率は1999年全人口の32%であったが、保険金免除対象者を増やすことで加入率を高めつつある。保険金の負担率は毎年政府により定められ、1998年には医療費全体の4.3%相当であった。

しかし、経済状況の悪化や失業者の増加等で保険金の徴収は期待通り運んでいないばかりか、社会保険から廻ってくる筈の保険金の回収も思わしくないなど厳しい状況が続いている。

## 私費負担（Out-of-pocket payment）

総額不明ではあるものの大きな財源として長年続いている。その内容については次のように分類される。

- a. 公認利用者負担金で医療行為外サービス料金：賃貸料・輸送費・卒後教育費
- b. 準公認利用者負担金：医療用消耗品類
- c. 非公認利用者負担金：謝礼金（Under-the-table payment）
- d. 私的サービス料金：民間業者の提供品・サービス料金（医薬品代も含む）

利用者負担金制度は1991年から公認されている制度であり、1993年に保健省は基準を定めている。各医療施設はその収入の20%を保健省に納入しなければならなかったが、1996年には税金という形で2.3%まで引き下げられた。（出典：WHO）

## 4) 利用者負担制度

利用者負担金（User fees）の内容について、各医療機関はそれぞれリストを作成し、国立医療機関は国の、地方医療機関は地方のそれぞれの財務機関から許可を得て実施している。

病院や救急医療で一部或は全額負担を要求される項目は下記の通りである。



- a. 医薬品（救急医療以外）
- b. アメニティサービス 特別病室代・テレビジョン代
- c. 指定 17 項目：補助的治療（針灸・マッサージ・物療など）
- d. 臨床検査代（入院患者・外来患者対象）：試薬代・X 線フィルム代相当
- e. 入院管理費
- f. 外来患者：超音波検査・細胞診・X 線検査等の検査代
- g. 初診料（外来病院）

#### 医療費の有料化「共払い制度」の発足

2002 年 3 月 1 日よりナリン・タラス・チュイ州、7 月 1 日よりビシュケク市で個人による医療費の一部負担と強制医療保険とを抱き合わせた「共払い制度」が実施されることになった。（イシククル州はすでにモデル地区として一部先行）患者の一部負担を明確にすることで、不透明な私費負担を極力少なくすることも目的にしている。医療費「共払い制度」の概要は以下のとおりである。

- a. 入院治療費（参考資料 2 参照）
  - ・ 医療費は、国 70% + 保険基金 10% + 個人支払 20%（ビシュケク市国立機関では 35% + 35% + 30% の比率とのこと）の割合で支払う。
  - ・ 入院治療費は入院費・診断治療費・医薬品費及び給食費など入院から退院まで一切を含んだ額である。
  - ・ 個人支払価格は所得別・社会的立場等により 5 段階に分けられているが、強制医療保険加入 + ホームドクターグループ加入者を標準として、内科系診療は 570 ソム、外科系診療は 740 ソムと設定されている。（但し、州によって負担率が異なる場合がある）
  - ・ 各診療費の平均価格を病気の種類と重症度に応じた原価計算モデルにより算出し、保健省が毎年決定する。（計画）
  - ・ 保健省が定める料金を超える診療は、患者負担となる場合がある。
  - ・ 結核、癌、出産、救急医療の場合は、全額無料である。
- b. 標準診療支払表の設定（参考資料 3 参照）
  - ・ 「共払い制度」を導入した医療機関には、検査・診断・治療（医薬品も含む）に対する標準支払表（プライスリスト）を設定する。
  - ・ 入院治療費と同様、適用除外や緩和基準が設けられている。
  - ・ 入院治療費は原則既述どおり一定額であり、標準診療支払表はもっぱら外来診療に対する支払基準となる。
  - ・ 強制保険加入者で第一次医療機関からの紹介患者は、標準支払額の半額を支払うことを標準としている。
- c. 「共払い制度」を導入した医療機関は、新財務システムを適用することになり、前期実績に基づく予算配分及び項目間の予算流用可能な一括決算方式を採用する。

## 1 - 2 無償資金協力要請の背景・経緯及び概要

### 1) 背景・経緯

キルギス共和国は旧ソビエト連邦の崩壊に伴って、1991年8月に独立して以来、経済状態が悪化し、GNPは独立前の半分にまで落ち込み、財政全般が逼迫するようになった。保健医療分野の予算についても同様に半分以下になり、各保健医療施設は医薬品不足や医療機器棟の老朽化や不足などにより、深刻な問題を抱えている。その結果として現れた質・量ともにおける医療施設の診療機能の低下は、国民の医療機関に対する信頼感の喪失をもたらし、生活水準の悪化、健康に対する無関心等が相俟って、保健医療指標の低下となって現れてきている。しかし、2000年の乳児死亡率22.6/1,000を他の地域の発展途上国（トルコ37.9 1998年；エジプト51.0 1998年；タンザニア85.0 1999年）に比べればかなり低い数字であり、同国の保健医療は高い水準といえる。しかしながら国内ではチュイ州19.8からイシククル州30.5までかなりの地域格差がみられる。妊産婦死亡率についても平均46.5/100,000（2000年）のところ、ナリン州32.4、イシククル州59.9、ビシュケク99.7まで地域格差が激しい。

そのような状況の下で、1996年に「キ」国はWHO、世界銀行等の国際機関の援助を受けて、保健医療水準の向上と質の高い効率的な医療サービス体制（ホームドクター制、医療保険制度の導入）の構築を目指して「マナス保健計画」を策定した。同時に母子保健プログラムを策定し、乳児死亡率及び妊産婦死亡率を引き下げること为目标に掲げた。

また、母子保健サービスの地域格差を解消し保健医療指標の改善を図るために、地方5州における中核的産婦人科病院の診療機能の向上を計画した。「キ」国は、すでにドイツ国の援助により進められている州（オッシュ州及びジャララバード州に2002年チュイ州が追加された）を除くナリン・イシククル・タラス3州の中核的産婦人科病院及び不妊治療を中心とした国立ヒューマン・リプロダクションセンターの診療機能拡充を目的とする本計画を策定し、我が国に対し医療機器などの調達にかかる無償資金協力を要請してきた。

なおビシュケク市の中核的産婦人科病院の診療機能整備計画は、平成10年度事業の我が国の無償資金協力プロジェクト「ビシュケク緊急医療改善計画」により実施済みである。よって、本プロジェクトとドイツ国によるプロジェクトの実施を併せると、地域中核的産婦人科病院の診療機能の整備が全国的に一応完了することになる。

以上の経緯をふまえて、本件では次の4施設の機材が要請され、1999年8月に現地調査が開始されたが、調査団の現地滞在中に同国内オッシュ地方で発生した日本人拉致事件により、現地調査途中で一旦終了された。（第1年次調査）

しかし、その後「キ」国内の情勢が安定した結果を踏まえて、本プロジェクトは「キ」国側の強い要請に基づき、再開されることになったものである。（第2年次調査）

2) 要請内容

対象施設	要請機材
ヒューマン・リプロダクションセンター	X線撮影装置、乳房X線撮影装置、超音波診断装置(カートプラー)、麻酔器、尿道膀胱鏡、ヒストロレクテスコープ、バルドスコープ、電気メス、手術台、手術灯、胎児監視装置、保育器、分娩台、除細動装置、ヘッドサイトモニター、患者監視装置、人工呼吸器、血液ガス分析装置、コルポスコープ、体外受精機材、蛍光顕微鏡、血液分析装置、生化学分析装置、免疫血清自動分析装置、自動細菌検査装置、コグロメータ、尿分析装置、超純水製造装置、マイクロ波治療器、干渉低周波治療器、オートクレーブ、洗濯機、救急車他
ナリソ州立総合病院産婦人科	胎児監視装置、保育器、インファントウォーマー、手術灯、人工呼吸器、輸液ポンプ、ヘッドサイトモニター、シリンジポンプ、光線治療器、オートクレーブ、患者監視装置、心電計、超音波初ライザー、移動式X線撮影装置、コルポスコープ、手術台、電気メス、麻酔器、除細動装置、超音波治療器、尿分析装置、超音波診断装置(カートプラー)、生化学分析装置、電解質分析装置、血液ガス分析装置、コグロメータ、血液分析装置、洗濯機、救急車他
インクケル州立総合病院産婦人科	人工呼吸器、ヘッドサイトモニター、除細動装置、麻酔器、手術台、手術灯、電気メス、オートクレーブ、洗濯機、胎児監視装置、超音波診断装置(カートプラー)、コルポスコープ、心電計、輸液ポンプ、保育器、インファントウォーマー、光線治療器、マイクロ治療器、超短波治療器、超音波初ライザー、干渉低周波治療器、双眼顕微鏡、生化学分析装置、コグロメータ、血液ガス分析装置、電解質分析装置、血液分析装置、救急車他
タラス州立総合病院産婦人科	人工呼吸器、患者監視装置、ICUヘッド、血圧計、救急カート、麻酔器、除細動装置、中央式吸引システム、移動式X線撮影装置、産科器具セット、診察台、光線治療器、検診台、作業台、体重計、吸引器、保育器、インファントウォーマー、X線撮影装置、超音波診断装置、生化学分析装置、オートクレーブ、救急車他

### 1 - 3 我が国の援助動向

1993年度から1999年度までに我が国が「キ」国に対して実施した援助の総額は349.2億円に上る。この金額は世銀 IMF 及びアジア開発銀行に次いで4番目であり、我が国は2国間援助では最大の援助国である。

#### (1) 無償資金協力

1993年度～1999年度間の無償資金協力分野での協力は60.49億円に上るが、そのうち保健医療分野における実績は次の通りである。(表1-14)

表1-14 我が国の援助動向(無償資金協力)

	案件名	総額
1	国立小児病院 医療機材整備計画(1995年)	5.32億円
2	狂犬病ワクチン調達計画(草の根無償)(1996年)	455万円
3	ビシュケク緊急医療改善計画(1999年)	8.39億円
4	オシュ州アライ地区診療所機材更新計画(草の根無償)	
5	バトケン地区中央病院に対する医療器具・医薬品供与(草の根無償)	
6	カラコル市診療所に対する医療機材供与(草の根無償)	
7	ミン・クシュ市診療所改修及び医療機材更新計画(草の根無償)	
8	ワクチン接種協力医療用冷蔵庫の供与(草の根無償)25箇所(2002年)	840万円

#### (2) 有償資金協力

運輸建設分野が、有償資金協力の主要分野として1996年より実施されており、ビシュケク・オッシュ道路改修計画、マナス国際空港近代化計画等他、計約256億円にのぼる協力が実施されてきた。しかし、98年発生したロシア金融危機は同国経済に深刻な影響をもたらし、通貨ソム下落、消費者物価の上昇、鉱工業生産、貿易の停滞をもたらした。自国通貨が下落する中、対外債務の重みが増しており(対GDP比率135%)、ロシア、トルコ、パキスタン等と債務繰り延べ交渉を開始している。

#### (3) 技術協力

技術協力については、市場経済、行政分野を中心に研修員を受け入れており、財政金融や鉱業技術、環境などの分野に専門家派遣を行っている他、2000年度より青年海外協力隊の派遣が行われている。開発調査は、金融、通信、資源開発、工業開発を対象に実施している。

#### 1 - 4 他ドナーの援助動向

1996年世銀の援助により「マナス保健計画」が策定されて以降、同じ援助の下で病院の統廃合を含めた医療サービス体制の根本的な改革が進められている。

現在、南部オッシュュ・バトケン地方においても、上記計画に基づいて統合された医療施設に対し改修計画が進められている。また、それらの施設に対し、ドイツ共和国による産婦人科部門の医療機材の調達計画（借款）が実施されようとしている。

本協力事業対象施設の一つがあるナリン州の地区中央病院4施設の改修計画（建物改修工事のみで機材を含まず）は、スイス国による無償援助で進行中である。（表 1-15）

表 1-15 他ドナー援助動向

	Title of the project	Type of the project	Donnor	Ammount of assistance	Schedule	Stage of allocation of project sum
1	Health Sector Reform Project (01)	Loan	W.B	\$ 18,500,000	1996~2000	Finalised
2	Health Sector Reform Project (02)	Loan	W.B	\$ 19,500,000	2001~2005	Being implemented
3	Program of Mother and Child protection	Grant	Germany	\$ 1,800,000	~1995	Finalised
4	Program of Mother and Child protection 2	Loan	Germany	\$ 5,263,000	2002~	Bidding in July
5	Health care program on TB	Grant	Germany	\$ 2,100,000	~1996	Finalised
6	Grant for procurement of medical equipment	Grant	Switzerland	\$ 3,400,000	1995	Finalised
7	Health care support project (Renovation of 4 central rayon hospital in Naryn oblast)	Grant	Switzerland	\$	1999~2004	Being implemented