

ウズベキスタン共和国  
ナボイ州保健医療サービス改善計画調査  
事前調査報告書

平成 17 年 8 月  
(2005 年)

独立行政法人 国際協力機構  
人間開発部

人 間
J R
05-52

ウズベキスタン共和国  
ナボイ州保健医療サービス改善計画調査  
事前調査報告書

平成 17 年 8 月  
(2005 年)

独立行政法人 国際協力機構  
人間開発部

## 序 文

ウズベキスタン共和国では 1991 年の独立以来、社会主義体制の崩壊により、保健財源の確保が困難となっており、医療水準の維持に影響が現れている。このため同国政府は、保健改革国家プログラムを 1998 年に策定し、同方針にしたがって改革に努めてきた。かかる状況のもと、ウズベキスタン共和国政府の要請を受け、独立行政法人国際協力機構（JICA）は 2002 年 11 月から開発調査「保健医療システム改善計画調査」を実施し、国家全土を対象としたマスタープランを策定した。

ウズベキスタン共和国政府は、ナボイ州（人口：約 80 万人、面積：約 11 万 km<sup>2</sup>）をモデル州として選定し、上記開発調査のマスタープランでの提言の具体化に向けて州別保健医療計画を策定するための開発調査を我が国に対し、要請してきた。

これを受けて JICA は、2005 年 7 月から 8 月にかけて事前調査団を派遣し、ウズベキスタン共和国政府及び関係機関との間で、協力計画の策定に係る協議を行った。本報告書は、要請背景及び案件形成の経過と概略を取りまとめたものであり、今後の調査の実施にあたって活用されることを願うものである。

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

平成 17 年 8 月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部

部長 末森 満

# 調査対象地域図



ナボイ州





ナボイ州保健局入口



ナボイ州救急医療センター入口



ナボイ州救急医療センターの支出記録



州産科病院の手術室



州小児病院外観



州小児病院の新生児室





キジルテパ地区病院管理棟外観



ヌラタ地区病院産科棟の分娩台



シヨルテパSVP外観



シヨルテパSVP内の一室



保健省との協議



S/W署名式

## 略 語 表

略 語	英 語	日本語
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
CT	Computerized Tomography	X線断層撮影
DHS	Demographic and Health Survey	人口統計・保健医療調査
DOTS	Directly Observed Treatment Short course	短期化学療法を用いた 直接監視下治療
FAP	FAP (ロシア語の略語)	准医師／助産師駐在所
GP	General Practitioner	一般医
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
IUD	Intrauterine contraceptive Device	子宮内挿入避妊具
M/P	Master Plan	マスタープラン
NGO	Non-Governmental Organization	非政府機関
PHC	Primary Health Care	プライマリーヘルスケア
SUB	SUB (ロシア語の略語)	農村病院
SVA	SVA (ロシア語の略語)	農村外来診療所
SVP	SVP (ロシア語の略語)	農村診療所
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WHO	World Health Organization	世界保健機関



# 目 次

序 文

調査対象地域図

写 真

略 語 表

目 次

## 第1章 調査概要

1-1	要請の背景及び事前調査の目的	1
1-2	調査団の構成	2
1-3	調査日程	2
1-4	調査結果概要	4

## 第2章 調査総括・調査の方向性及び留意事項

2-1	総 括	7
2-2	保健行政	7
2-3	病院管理	8

## 第3章 調査対象地域の保健医療分野の現状と課題

3-1	対象地域の一般概況	10
3-2	保健政策、行政、財政	12
3-3	保健指標、疾病動向	20
3-4	保健医療サービス	27
3-5	他ドナーの援助の動向	32

## 第4章 本格調査の実施方針

4-1	調査の基本方針	34
4-2	調査対象範囲	34
4-3	調査内容、項目	34
4-4	調査工程及び要員計画	35
4-5	調査実施体制	35
4-6	現地再委託（または調査補助員）	36
4-7	調査用資機材	36
4-8	調査実施上の留意点	36

## 付属資料

1.	S/W 及び M/M	41
2.	主要面談者リスト	63
3.	質問票	65

4. 収集資料リスト	143
5. 打合せ議事録	145
6. 事前評価表	161

# 第1章 調査概要

## 1-1 要請の背景及び事前調査の目的

ウズベキスタン共和国（以下、「ウ」国と記す）は、1991年の独立以来、社会主義体制の崩壊により、保健財源の確保が困難となっており、医療水準の維持に影響が現れている。このため「ウ」国政府は、医療機関の段階的民営化、医療資源の配分見直し、地方のプライマリヘルスケア (Primary Health Care:PHC) 強化等を重点とした保健改革国家プログラムを1998年に策定し、同方針にしたがって改革に努めてきた。

かかる状況のもと、「ウ」国政府の要請を受け、JICAは2002年11月から開発調査「保健医療システム改善計画調査」を実施し、保健医療財政強化、医療資源配分改善、地方公衆衛生の改善を軸にして調査を行い、国家全土を対象としたマスタープラン (Master Plan:M/P) を策定した。同調査のM/Pでは、「医療サービスの質的改善、公平な医療サービスのアクセス実現」「医療サービスの効率的システムの確立」「保健財源の効率的利用の改善及び新しい資金調達メカニズムの導入」を目標にかかげ、具体的な戦略と活動が掲げられており、優先プログラムの一つとして包括的改善プログラムが提案されている。これは、州病院をトップリファラルとして、郡病院、地方診療所と続くリファラル体制を構築するとともに、医療財政や輸血システムの改善なども組み込んだ包括的なプログラムである。

「ウ」国政府は、ナボイ州（人口：約80万人、面積：約11万km<sup>2</sup>）を上記プログラムのモデル州として選定し、M/Pでの提言の具体化に向けて州別保健医療計画を策定するとともに、一部提案内容をパイロット的に実施する開発調査を我が国に要請してきた。具体的な要請内容は以下のとおり。

- (1) ナボイ州における保健医療サービス改善の包括的計画の策定（コンポーネント：①1次医療サービス体制の確立、②郡レベルの医療サービス体制の確立、③州総合病院を含む州レベルの医療サービス体制の確立、④医療財政体制の強化、⑤輸血システムの改善、⑥医療情報システムの構築）
- (2) 医療財政システムのフィージビリティ検証のためのパイロット調査の実施と計画への反映
- (3) 上記(1)及び(2)の他州への紹介・普及

この要請を受けて、今般、調査に関わる「ウ」国側の実施体制、受入れ意思を確認し、現地踏査及び資料収集を行い、実施細則 (Scope of Work:S/W) 案及び協議議事録 (Minutes of Meetings:M/M) の署名交換を目的として、事前調査を実施することとした。

## 1-2 調査団の構成

氏名	担当分野	所属	派遣期間
柳沢 香枝	団長	JICA ウズベキスタン事務所長（現地参团）	7/12-7/22
橋爪 章	保健行政	JICA 人間開発部 技術審議役	7/12-7/23
杉本 孝生	病院管理	医療法人雪ノ聖母会聖マリア病院国際協力部 次長	7/12-7/23
伊藤 賢一	調査企画	JICA人間開発部第三グループ保健人材育成チー ム	7/12-7/23
笹田 志穂	保健医療シ ステム	(株) レックス・インターナショナル コンサルタント（保健・社会開発）	7/12-8/5
黒住 悦子	通訳	(財) 日本国際協力センター研修監理部 研修監理員	7/12-8/5

## 1-3 調査日程

調査期間：2005年7月12日～8月5日

月日	行程
7/12（火）	13:30 成田発（OZ-101） 13:45 福岡発（OZ-131） 17:30 ソウル発（OZ-573） 21:10 タシケント着
7/13（水）	10:00 JICA ウズベキスタン事務所打合せ 12:00 在ウズベキスタン日本大使館表敬 15:00 保健省関係部局表敬・協議
7/14（木）	09:00 保健省との協議 12:00 世界銀行、アジア開発銀行との協議 15:00 米国開発援助庁との協議
7/15（金）	07:00 橋爪団員・杉本団員・伊藤団員・笹田団員・黒住団員タシケント発 08:40 ナボイ州着 10:00 ナボイ州小児病院訪問 12:00 ナボイ州結核病院訪問 14:50 ナボイ州救急医療センター訪問 17:00 ナボイ州産科病院訪問 17:35 ナボイ州保健局表敬・協議
7/16（土）	09:00 ナボイ州がん病院訪問 10:00 ナボイ州精神病院訪問 11:15 キジルテパ地区病院訪問 13:45 キジルテパ地区診断センター訪問 14:20 ザルミタン SVP（タイプ III）訪問
7/17（日）	10:40 スラタ地区病院訪問
7/18（月）	07:00 柳沢団長タシケント発 08:40 ナボイ着 09:00 ナボイ州保健局との打合せ

	09:50 カニメッホ地区病院訪問 11:40 ショルテパ SVP (タイプ II) 訪問 12:15 チョルダラ SVP (タイプ I) 訪問 15:10 ナボイ州看護協会訪問 16:20 ナボイ州保健局との協議
7/19 (火)	09:00 ナボイ州看護学校訪問 10:00 ナボイ州保健局との協議、ナボイからブハラへ移動 14:00 ブハラ州救急医療センター訪問 15:50 ブハラ州産科病院訪問 16:25 ブハラ州立総合病院訪問 21:00 ブハラ発 22:30 タシケント着
7/20 (水)	11:00 JICA ウズベキスタン事務所で団内打合せ 15:00 保健省との協議
7/21 (木)	10:00 S/W、M/M 案協議 17:30 S/W、M/M 署名
7/22 (金)	09:00 看護教育改善プロジェクト視察 11:00 JICA ウズベキスタン事務所との打合せ 16:30 在ウズベキスタン日本大使館報告 22:00 橋爪団員・杉本団員・伊藤団員タシケント発 (0Z-574)
7/23 (土)	資料整理
7/24 (日)	報告書資料作成
7/25 (月)	08:05 笹田団員・黒住団員タシケント発 09:40 ナボイ着 (HY1601) 09:00 州保健局長と日程確認 09:20 州保健局計画経済部長に聞き取り調査 14:30 州保健局統計情報部長に聞き取り調査
7/26 (火)	09:00 州保健局統計情報部長に聞き取り調査 14:30 州保健局改革・民営化・有料医療サービス部長に聞き取り調査 16:00 州財務局長に聞き取り調査
7/27 (水)	09:30 ナバホール地区中央病院・ポリクリニック・救急センター支部見学 13:00 ナバホール地区ツルキストン郡病院 (産科・一般病棟) 見学 14:30 カルマナ地区中央病院見学 16:00 州眼科病院見学
7/28 (木)	09:30 州小児病院長に聞き取り調査 14:30 州保健局長と協議 ブハラへ移動
7/29 (金)	報告書資料作成 タシケントへ移動 (HY1328)
7/30 (土)	報告書資料作成
7/31 (日)	報告書資料作成
8/1 (月)	11:00-18:00 JICA ウズベキスタン事務所にて翻訳作業

8/2 (火)	10:00 保健研究所訪問 12:00-18:00 JICA ウズベキスタン事務所にて資料作成
8/3(水)	15:30 JICA 事務所報告
8/4(木)	10:00 世界銀行 Health 2 事務局 21:15 移動タシケント発 (HY527)
8/5 (金)	帰国

#### 1-4 調査結果概要

「ウ」国側と協議を行った結果として「ウ」国側と合意した、調査の枠組みを定める S/W 及びそれを補足する協議の要点を記した M/M の概要は以下のとおり。なお、S/W 及び M/M の先方署名者は保健大臣であったが、同文書の署名・交換は「ウ」国側及び日本側の極めて限られた関係者のみの臨席で事務的に行った。

##### (1) 調査名称、使用言語

S/W、M/M の使用言語は英語及びロシア語とし、解釈に疑義が生じた場合は英語を正本とすることとした（付属資料 1 の M/M の 1 参照）。

調査内容・対象がある程度具体的になったことから、調査英文名称を要請書に記載のあった“Comprehensive Program on”を削除し、次のとおり変更することで合意した（M/M の 2 参照）。和文名称に変更はない。

当初要請：the Study on Comprehensive Program for the Reform of Health Care Services in Navoi Region

合意名：the Study on the Reform of Health Care Services in Navoi Region

##### (2) 調査対象地域

今回の事前調査でナボイ州だけでなく近隣のブハラ州の州総合病院等の視察・協議を行うことにより、ナボイ州での計画策定で参考となる示唆を得ることができたことから、本格調査においても他州と比較検討することは有意義と考えられる。したがって、調査対象地域についてはナボイ州に加え、ナボイ州との比較を行うため他州も調査することで合意した（M/M の 5 参照）。

##### (3) 調査実施体制（カウンターパート、ステアリングコミッティー）

本格調査に先立ち保健省がカウンターパートとなる人材を任命することで合意した。カウンターパートとなる人材のリストは調査開始前までに JICA ウズベキスタン事務所へ提出することで合意した（M/M の 6 参照）。

また、円滑な調査実施のため「ウ」国側で保健省第一次官を長とするステアリングコミッティーを編成することで合意した。コミッティーのメンバーは、保健省次官、治療局長、母子保健局長、人材教育施設局長、経済財政局長、民営化・有料化局長、ナボイ州保健局長となった（M/M の 7 参照）。



#### (4) 調査目的・調査項目

後述するとおり、現地調査の結果、1次・2次医療サービス供給体制は世界銀行の支援や地元有力者の寄付によりある程度整備されており、医療ニーズへはそれ相応に対応していると思われる。一方、3次医療サービスについては、ナボイ市の医療施設が専門診療科・疾患別に独立して提供しているが、なかには専門性や存在意義に疑義が残るものがあった。主要疾病に対応できているか、それに応じた専門的な3次医療サービスが提供できているか検討の余地があり、また、リファラーの仕組みが複雑なため非効率となっている。

この結果、ナボイ州における3次医療サービスのあり方に重点を置いたナボイ州の保健医療サービスの計画策定を本調査の主要目的とし、調査では、まず1次レベルから3次レベルまでの医療施設の現状調査や病院管理データを収集・分析し、広大な面積を有する地理的特性や疾病構造に則して、3次医療サービスのソフト面での役割・機能を明らかにしたうえで、あるべき3次医療体制の選択肢を示し最適な案を比較検討・選定し、詳細計画を策定することで、「ウ」国側と合意した。

##### 1) 調査目的

以上を踏まえ、調査目的は、以下の2点とした（付属資料1のS/WのII参照）。

- a) ナボイ州で、特に3次レベルに重点を置いた保健医療サービス改善の具体的な計画が策定される。
- b) 「ウ」国側カウンターパートに対して、調査を通じた技術移転を行う。

##### 2) 調査項目

主な調査項目は次のとおり（S/WのIV参照）。

##### a) 現状調査（レビュー及びデータ収集）

- ①ナボイ州における保健指標、疾病構造、死因分析
- ②1次、2次から3次レベルに至る既存の保健医療サービス供給体制の構造とサービス（施設・機材、医療従事者）のレベル
- ③既存の病院管理システムのデータ収集及び分析

##### b) 基本戦略の策定

- ①ナボイ州における目標年次の経済社会指標予測
- ②ナボイ州における優先すべき疾病の選定
- ③ナボイ州における到達すべき保健医療サービスの目標設定
- ④目標と現状とのギャップ分析

##### c) ナボイ州における保健医療サービスの改善案

- ①3次医療サービスの役割と機能と定義
- ②ナボイ州の地理的特性及び疾病構造に基づく医療圏の選択肢の提示
- ③ナボイ州の3次医療施設の配置に関する選択肢の提示
- ④財務分析・効率性に基づく最適案の選定

##### d) 3次医療サービスに求められる詳細計画の策定

- ①組織、②人材、③施設、④機材、⑤財政、⑥病院管理に関する情報

##### e) ワークショップ及びセミナーの開催

##### 3) 調査のアプローチ

本格調査を実施するアプローチとして、以下の諸点に留意することで合意した（M/Mの3参

照)。また、目標年次は2010年とした(M/Mの4参照)。

- a) 計画策定の目的は3次医療サービスの強化によるナボイ州の保健医療サービスの改善とする。
- b) 計画は実際の疾病構造に基づき優先づけする。
- c) ナボイ州の限られた財源で、特に維持管理費用に留意して、効率的かつ質の高い保健医療サービスの計画策定を行うこととする。
- d) 改善案の策定段階で複数の選択肢が示され、「ウ」国側・日本側の議論により、費用対効果・実施可能性に基づいて最適案の選定を行う。詳細計画では、実施にあたって「ウ」国側がとるべきアクションを含むこととする。
- e) 計画は、「ウ」国の人口希薄な地域における保健医療サービスのモデルとなることを目指す。

#### (5) 調査期間

本格調査の期間は約15か月間とすることで合意した(S/WのV参照)。「ウ」国側からは12か月でも実施可能ではないかとの提案があり、できるだけ提案に沿った調査期間としたいが、現段階では手続きに必要な期間を考慮して最大15か月間との考えである旨説明し、了承を得た(S/WのV参照)。

#### (6) 報告書

調査結果は公開することで合意した。また、報告書は英語とロシア語で作成されるが、英語で作成された報告書での解釈を正とすることで合意した(M/Mの8参照)。

#### (7) 先方便宜供与事項

S/Wの「VII.先方便宜供与」に記載された事項については、基本的にすべて合意できた。ただし、本格調査団の使用する車両については、財政上の理由により、日本側での負担を検討するよう要望があった(M/Mの9参照)。

## 第2章 調査総括・調査の方向性及び留意事項

### 2-1 総括

本開発調査は、2002年から2003年にかけて実施された「保健医療システム改善計画調査」(M/P)の第2フェーズという位置づけで要請されたものであり、パイロット地区としてのナボイ州の選定を含め、要請書作成の段階から保健省と密接に協議を重ねてきたため、事前調査も円滑に実施することができた。

「ウ」国は1998年に策定された第1次保健改革プログラムを終了し、第2次プログラムを開始しようとしている。第1次プログラムが1次医療及び救急医療の強化に重点を置いていたのに対し、第2次プログラムにおいては医療サービス・施設の再構築や再編が必要とされている。しかし、その実現は容易ではない。その理由は既存の医療システムが、合理性はともかくも、長い年月を経て確立した形態として強固に構築されており、その再編には組織面、人員面、心理面での現場からの抵抗が強いこと、そして改革のノウハウが不足していることである。その改革には、保健省といえども強権を発動しにくい状況がある。

今回ナボイ州が保健省によってパイロット州として選定された理由は、同州が20年前にブハラ州から独立して作られた新しい州であるため、「ウ」国の定義によれば医療施設が充足していない状態にあり、改革への抵抗が比較的少ないと考えられたからである。「ウ」国側は自由な発想で新しい医療システムを提言してほしいとしており、保健省単独では断行できない改革を、外部(日本)の協力を得て実現したいという期待が感じられる。

調査の実施にあたっては、医療システムの効率化と、住民への医療サービスの向上という2つの異なる課題を最大限実現するための発想や分析の方法論を提示していくことが肝要である。また、策定された計画が調査後のアクションに結びつくよう、具体的かつ現実的な提言を行っていくことが必要である。なお、ナボイ州は人口希薄であり、また遊牧を主とする地域を含むなど、「ウ」国の典型的な州とは言いがたいが、新しいシステム構築のための分析手法などは、他州にも応用可能であり、調査の意義を高めることになると思料する。

### 2-2 保健行政

ナボイ市の周辺地区において1次保健医療施設〔農林診療所(SVP)〕、2次医療施設(地区中央病院、診断センター)を訪問し、ナボイ市においては、州保健局及び特定の機能が付与された医療施設(小児救急病院、救急病院、産科病院、結核病院、がん病院、精神科診療所、薬物中毒診療所)を訪問した。また、比較検討のため、隣接のブハラ州において、救急病院、産科病院(改装中)、州総合病院を訪問した。

SVPには人口規模に応じて三段階のものがあり、一般医(General Practitioner:GP)や助産師、看護師が配置され、地域住民に対するPHC(出産は除く)の提供施設として機能している。SVP当たりのカバー人口は3,000人前後であり、これは日本の郡部における診療所当たりのカバー人口や保健師一人当たりのカバー人口よりも少なく、十分にきめ細かい施設と保健人材の配置が達成できている。なお、世界銀行主導によるHealth Iプロジェクトによる施設統合以前にはさらに多くの施設が存在し、いくらかの施設(準医師詰所、助産所など)は残存しているので、かなりの人口希薄地区に至るまで、住民の1次医療サービスへのアクセスは確保できているといえる。

2次医療施設については、地区(人口2.5~15万人)ごとに数百床規模の地区中央病院が配置され

ており、遠隔地には10床規模の農村病院(SUB)がある。地区中央病院は救急医療センターや血液センターの支部として機能しているだけでなく、10以上の診療科と専門スタッフを有し、ほとんどの医療ニーズには対応できる体制が確保できている。政府予算に制約があるために医療機器・機材は不十分であるが、救急車や超音波診断装置など、2次医療サービスに最小限必要なものは寄付などにより確保できている。なお、2次医療サービスについては、全国規模で、アジア開発銀行(Asian Development Bank:ADB)による機器・機材配置計画が進行中である。地区中央病院の近隣に診断センターやポリクリニクが配置されているところもあるが、それらの施設の存在意義は疑問である。専門性の高い医師を有した民間病院も生まれつつあるが、これらの病院も、契約により、地区中央病院の医療機器を利用している。

このように、1次・2次医療供給体制は完備しているといえるが、外来患者数はまばらであり、住民に十分に活用されているとは言いがたい。地区中央病院はHealth Iプロジェクトにより病床数を半減しても、なお利用が低調な状況であり、SVPからの必要なリファーがなされていないことが類推される。同様に、地区中央病院から高次医療施設へも、ある程度の実績があるとはいえ、患者の所得や社会的地位のいかに問わず必要なリファーがなされているか否かには疑義がある。ほとんどの医療ニーズへの対応は、それぞれの施設レベルで完結しているものと思われる。なお、リファーが必要な患者について、患者自身をナボイ市の医療施設へ移送するのではなく、医療スタッフをナボイ市の医療施設から呼び寄せることが行われているとのことであるが、これも所得や地位に分け隔てなく行われているのか否かは不明である。

3次医療サービスの供給体制については、リファー体制上の位置づけが不明確であるため、現状は全く未整備であるといえる。ナボイ市の医療施設(小児救急病院、救急病院、産科病院、結核病院、がん病院、精神科診療所、薬物中毒診療所等)は、それぞれの疾患に関する1次・2次医療サービスの提供を行っているにすぎない。ナボイ州が広大であり、基本的に医療が地区単位で完結せざるを得ない現状を鑑みると、ナボイ州における3次医療は、1次・2次医療施設への指導的役割を強化したものであるべきであろう。ブハラ州総合病院では、専門分化した診療科のスタッフによる医療チームが計画的に州内を巡回しており、先例として参考となる。ただし、ブハラ州総合病院は、22の専門診療科を有しているにもかかわらず、救急医療、母子医療、がん、循環器疾患、精神科、感染症に関する診療は他の専門施設へ委ね、一般外科、一般内科も診療科としては存在していなかった。これらの科で扱われる疾患は、1次・2次医療施設における優先医療ニーズであると思われるので、白紙状態からナボイ州の3次医療を考えるにあたっては、疾病構造に即した詳細なニーズ分析に基づいた検討が望まれるところである。

なお、遠方に位置しているために本事前調査では訪問することができなかったが、ナボイ州には、X線断層撮影(Computerized Tomography:CT)や結石破碎装置を有した職域病院が存在している。遠隔地医療の拠点としての職域病院の活用についても、その可能性を検討する必要がある。

### 2-3 病院管理

旧ソ連邦社会主義体制のもと、医療へのアクセスは、都会、僻地を問わず平等に準備されていたと考えられる。そのシステムが現在も残っているなか、世界銀行などドナーの協力により1次医療並びに2次医療供給体制が整備されつつあることは、他の途上国と大きく異なる点である。さらに、識字率が100%に近い教育水準の高さ、また歴史的な経緯もあり病院管理に必要な様々な基礎情報が入手可能である。

しかしながら、この国では 1991 年の独立以降、資金不足により適当な医療供給が滞っており、特にナボイ州においては、他州と異なり州総合病院が配置されておらず、さらに小児病院、産科病院を除き、専門病院の機能が低く、施設、設備も老朽化しており、州総合病院の設置、専門病院の統廃合など 3 次医療供給体制に何らかの対応策が必要な状況にある。

他方、国としての保健制度改革が進展するなかで、救急医療、小児医療、専門診療病院を除く一般的な診療科の診療費用については有料化を進める方向にあり、ブハラ州総合病院では既に有料化の実績があがっている。2004 年度、ブハラ州総合病院では総収入の 40% に当たる 1 億 6000 万スムを患者からの収入として計上しているとのことである。この収入は法令により、負債の支払い、医薬品等の購入のほか、職員へのボーナスとして配分された実績もあり、ナボイ州で有料化を含む新たな資金調達、運営経費、施設機能等の問題点を明確にしたシミュレーションを行う際の参考になる。

ナボイ州における医療需要に的確に対応できるよう、医療施設の機能分担や業務の連携を明確にした 1 次から 3 次レベルの医療供給体制の改善策を検討し、特に 3 次医療機能の最適案を計画立案していくことが求められるが、最適案の作成に際しては、各医療施設の組織、要員配置のほか、施設・設備、機材、運営経費などの財政状況も分析し、現状の運営上の問題点を明らかにしたうえで、診療費有料化を含むシミュレーションに必要な数値を求めて整理を進める必要がある。この整理の過程で計画作成のために必要な情報をどのように加工し、どのように組み合わせていくことが重要であるかということを経験移転でき、さらにそこから得られた情報は対象地域のみならず「ウ」国の今後の保健行政並びに他のドナーの今後の活動に資することが考えられる。

この現状分析段階での作業は、①既存の情報がどのような過程で作成されているのか、②その作成方法から検討して信頼できる情報とみなされるか否か、③得られる情報でどの程度までのコスト計算が可能かなどを明確にし、各医療施設の収支状況をかなり正確に把握する必要がある。また、この作業過程で作られる数値からシミュレーションを行うことになるので、情報にはしっかりした裏づけが必要である。さらに、各医療施設の現在の収支状況は、今後検討される複数の開発計画との比較対象になり、計画の優先順位づけにも影響することになるので現状分析にはかなりの重点を置くことが望まれる。

さらに、病院の運営計画を策定する場合、運営に関係する国の方針も明確にしておく必要がある。もちろん白紙の状態では計画を策定することによって、より効率的な計画が提言できるようになることは当然であるが、現状の様々な制約のもとでの運営体制も比較検討できるようにすることで、国への方針転換を具体的に提言できるように準備できる。また、ナボイ州だけ試験的に条件を緩和するような措置を認めさせることが生じる可能性もあるため、病院運営に関係する国の方針はしっかりと把握しておきたい。

いずれにしても、この開発調査は、以前実施された「保健医療システム改善計画調査」の第 2 フェーズという位置づけであり、策定された計画が開発調査後の行動に結びつくような具体的で実現可能なものになる必要がある。

## 第3章 調査対象地域の保健医療分野の現状と課題

### 3-1 対象地域の一般概況

#### 3-1-1 「ウ」国の概況

独立	1991年8月31日
人口	2527万人（2002年） 首都タシケントは214万人
面積	44万7400km <sup>2</sup> （日本の1.2倍）
民族	主な民族はウズベク人（78.4%）、ロシア人（4.6%）、タジク人（4.8%）、カザフ人（4.0%）、タタール人（1.2%）、朝鮮人（0.9%）
公用語	ウズベク語
宗教	イスラム教（スンニ派が85%）、ロシア正教
国民1人当たり所得	610ドル（2002年）
識字率	99%
平均余命	男68.2歳 女73.1歳（1999年）

カリモフ大統領は旧ソ連時代のウズベキスタン共産党第一書記の座からそのまま権力基盤を継承し、建前上は三権分立をとっているが、実質的には政府、議会、司法ともに大統領の支配下にあり政治体制は権威主義的色彩が強い。市場経済化を目標としつつも、移行過程での安定を図るため漸進主義のアプローチを堅持し、独立後の経済の落ち込みが旧ソ連諸国の中では緩やかだった半面、最近の経済成長率ではカザフスタンやキルギルタンと差がついてきており、政府の推進するウズベク語化政策とあいまって、ロシア人、ユダヤ人などの国外流出が続いている。綿花のモノカルチャーに金や石油・天然ガスといった天然資源の輸出を加えることで国際収支を辛うじて維持するという産業構造は独立後も変わらず、国有企業部門の民営化も他の旧ソ連諸国より遅れているといわれる。

強権政治のもと、人権保護や民主化は制約を受けており、貧富の差の拡大や若年層失業の増大といった社会経済的な問題を背景に、イスラム原理主義勢力はテロに訴えるようになり、1999年の大統領暗殺未遂事件以降ムスリムの過激化が促進された。2005年5月にはアンディジャンで大規模な反政府暴動が起こり、大統領辞任を要求する集会が武力鎮圧され数百人が殺害されたといわれている。2001年9月の同時多発テロ後、米軍の駐留を認めるなど対米関係を強化してきたが、米国がアンディジャン事件を擁護しなかったため、米軍へ撤退要求を出しており、国際政治関係は流動的である。

なお、独立後に実質経済成長率がマイナスになり、所得低下、雇用不安、社会サービスの悪化などから平均余命など保健指標も悪化した。1995年以降は徐々に改善しつつある。

（「ウ」国の保健システムを含む一般概況については、「保健医療システム改善計画調査（フェーズ1）」報告書及び同事前調査報告書を参照のこと）。

#### 3-1-2 ナボイ州の概況

##### （1）自然状況・歴史

ナボイ州（面積11万990km<sup>2</sup>、人口81万人、2002年）は、「ウ」国のほぼ中央に位置し、国内でカラカルパクスタン共和国に次いで2番目を誇るその面積の大半をキジルクム砂漠が占め、その周囲にはステップが広がっている。国内でも最も暑い地域で、夏は地表面の温度は60～70



度に達し、気温は45度を超えるが、冬には雪が降り寒暖の差が激しい。自然条件の厳しさから人口は少なく、人口密度も1km<sup>2</sup>当たり9人（全国平均は56人）と低い。主な水源はアムダリア川（農業用水）とザラフシャン川（飲料水）で、州内には3か所の浄水場がある。

州としての歴史は浅いが、ナボイは古代文明が栄え、シルクロードの重要な中継地であった場所であり、名所旧跡は多い。石器時代から冶金産業や鉱山で栄えていたという記録があり、この地域が最も栄えたのはサマニッド族がこの地を支配した10～13世紀で、詩人や宗教家が活躍していた。ナボイという州名は、「ウ」国の偉大な詩人・哲学者だったアリシェール・ナボイからとっている。

## （2）経済状況

州都のナボイ市（人口12万人）は、1958年に旧ソ連がキジルクム砂漠の鉱物資源開発のために建設した人工都市で、旧ソ連各地から鉱山技師が集められ「ウ」国独立以前はロシア人の人口比率が高かったが、現在では大半がウズベク人で占められている。長くブハラ州に属していたが、1982年にナボイ州として独立、その後3年間サマルカンド州とブハラ州に分離した期間を経て、1992年に再度独立し今日に至る。ナボイ、ザラフシャン（ソ連時代は閉鎖都市だった）、ウチクドクの3つの市のほか、8つの地区から形成されるが、人口の85%はナボイ市周辺に集中している。

主な産業は鉱工業と農業（綿花、穀類、牧畜）である。金・ウランの採掘や精錬を行う国内最大の鉱業企業である国営ナボイ鉱業冶金コンビナート（大臣会議管轄）、キジルクムセメント株式会社、ナボイアゾート（窒素系化学肥料及び機械製造、化学工業省管轄）株式会社がナボイ州の3大企業であり、ナボイ市は特に化学工業が発達している。また、ナボイ火力発電所は国内の電力の17%を供給している。ザラフシャン（金を配分するという意味）で採れる純度の高い金とウラン、ウチクドクで取れるウランのほかにもリン鉱石、花崗岩、大理石などを産出し、海外に輸出している。

なお、「ウ」国はカナダ、豪州、ロシアに次ぐ世界4位のウラン輸出国（2002年）であり、1950年代まではフェルガナ盆地で主に採掘されていたが、60年代後半からはナボイが中心となった。また、金に関しては世界9位の産出国でかつ埋蔵量では世界4位であり、タシケント、ジザク、ナマンガンでも採掘が行われている。金の生産高が多いことが、「ウ」国の対外債務の担保となっており、鉱業分野は民営化や構造改革が進んでいる分野である。ザラフシャンの金鉱山は、1995年から米国ニューモント・マイニング社とナボイ鉱業冶金コンビナート、国家地質鉱物資源委員会のJV形式で経営されている。

表3-1 ナボイ州地区別環境汚染手当付加比率

ナボイ市	カルマナ	ナバホール	ヌラタ	キジリテポ	ハタルチ	カニメフ	トンデイ	ウチクドク市	ウチクドク	ザラフシャン市
20%	20%	30%	30%	30%	30%	30%	50%	60%	50%	60%

出典：州保健局

一方、これら企業から排出される有害物質による環境汚染が健康に影響を与えていると考えられるため、ナボイ州だけの特徴として環境汚染手当（表3-1）が全セクターの公務員の給与に付加されている。各地区の汚染度合いに応じて20%（ナボイ市）～60%（ザラフシャン市、ウチクドク市）が上乘せされており、高賃金のコンビナート企業や化学企業の存在とともに、ナボイ州の所得レベルを高める要因となっている。ナボイ州の平均所得は全国でタシケント市に次いで2番目に高く（表3-2）、貧困世帯比率は低い（表3-3）。

表3-2 州別所得レベル指数（1999年）

全国平均	タシケント市	ナボイ	フェルガナ	アンディジャン	ブハラ	サマルカンド	シルダリヤ	ホレズム	タシケント州	カシカダリヤ	カラカルハパク	ナマンガン	スルハンダリヤ	ジザク
100	239	122	114	106	91	87	85	83	82	79	70	67	65	59

出典：Ministry of Macroeconomics and Statistics

表3-3 貧困指標

	貧困世帯比率	絶対的貧困世帯比率	全国貧困世帯に占める比率
ナボイ州	18.7	5.6	2.2%
全国平均	27.5	9.7	100%

出典：Common Country Assessment 2003, UNDP

州内の企業からの税収は3510億スム（約351億円、2005年度）にのぼり、このうち75%はナボイ鉱業冶金コンビナートからの税収となっている。この税収はいったん国庫に納められたあと、人口に応じて中央政府から各州に配分され、2005年度にナボイ州の予算として中央から配分されたのは682億スムであり、差額の2800億スムは、全国を均一に発展させるという大統領の政策のもと、自主財源が少なく赤字を抱える他州へ配分されている。

## 3-2 保健政策、行政、財政

### 3-2-1 保健政策

旧ソ連の保健システムの特徴として、医師数・病院数・病床数が過剰でハード偏重、しかも外来より入院重視でコストの高い2次・3次医療を中心としたインフラ配備を行い、患者のニーズや疾病構造を反映せずに専門を細分化した数多くの専門病院を設置するといった共通点があげられる。予算配分はすべてモスクワが決定し、必要なだけの補助金が配分されていたが、ソ連崩壊とともにこうした高コスト体質の保健システムを維持することは困難になった。

「ウ」国では、1991年の独立後の経済状況の悪化による保健財源不足から保健サービスの質の低下が顕著になったこと、新体制に合致する新たな保健システム構築の必要性などを背景に、大統領令による「保健制度改革国家プログラム（1998-2005）」が実施されている。PHC、救急、社会的弱者への医療は国家の責任とし無料で提供、それ以外の分野は有料化するとともに、医療施設の近代化・合理化、医療従事者の再教育などが全国規模で推進されてきた。1次医療を強化するのは、予防可能な疾病を減らし、健康教育の普及などで住民の健康意識を高めることで、国民医療費の増大を抑える目的がある。改革プログラムの基本課題は以下のとおりである。

- (1) 1次レベル保健医療サービスの質と水準の保障
- (2) 救急医療サービスの強化
- (3) 保健医療・予防施設の設置とその近代化
- (4) 医療サービス部門及び医療保険部門の市場の創設
- (5) 保健医療機関への権限付与による効率化促進、及び民営化・民間医療の発展
- (6) 医療従事者の育成・再教育
- (7) 保健医療財源の整備

ナボイ州は、世界銀行がこの改革プログラムに基づいて実施した Health 1 プロジェクトの3つのパイロット州の1つとして選ばれ、1次レベル保健医療サービスの強化(施設整備、機材供与、一般医育成)が既にほぼ完了している。

### 3-2-2 保健行政

#### (1) 保健行政

「ウ」国では大統領に権力が集中しているため、各分野の政策を決定するのは大臣会議及び大統領府であり、保健省は実質的には政策の決定機関ではなく実務官庁である。国の方針もまず大統領令が発表され、次にそれに基づいて大統領が議長である大臣会議で実施要領が決定され、最後に法律が制定されるという手順を踏むことが多い。

保健省の最高責任者は保健大臣であるが、「ウ」国の場合、選挙で選ばれた政治家ではなく行政官である。大臣の下に4人の次官がおり、70人ほどの職員で運営されている。保健政策策定、保健計画の承認と資金提供、保健制度の運営は大臣会議の権限であり、保健省の権限は病院・医科大学などの活動の指導、医師など医療従事者の養成・再教育、医療サービスの内容や価格などの国家基準策定などの実務面に限定されている。

ナボイ州保健局は局長をトップに、副局長が3人、その下に治療・予防部、統計情報部、看護部、計画・経済部、有料化・民営化部などが設置され医師15人を含む60人の職員で運営されている。州(Oblast)の下の行政区分である地区(Rayon)には、地区保健局が地区中央病院内に設置され、病院長が地区保健局長を兼務している。地区保健局は2次レベル及び1次レベル保健医療施設を管轄し、1次レベル保健医療施設の職員の人事権は地区保健局が有している。地区保健局に地区内の1次・2次レベルの全施設からの保健統計が提出され、電子データ化されて州保健局内の統計センターに送信されている。

#### (2) リファラルシステム (各施設のサービス詳細については3-4節参照)

旧ソ連の保健システムを引き継いでいるため、1次から3次のすべてのレベルにわたって保健医療施設の種類が非常に多く、リファラルシステムは複雑なままで非効率な面が残っている。反面、1次レベルにおいても必要な施設や医師が確保され、一定程度は住民に利用されており、各レベルへの患者紹介も実際に機能し、上位病院から下位病院へのアウトリーチも行われるなど、他国には見られない長所もある。

##### 1) 救急医療施設

救急医療の再編成は1998年から大統領令により開始され、全国均一的な救急システムを1次レベルに至るまで構築し、基本的に無料で提供される。タシケント市の救急科学センター

を頂点に、各州の救急センターをその支部と位置づけ中央管理体制を敷いている。州の地区レベルでは地区中央病院の中に救急部門が設置されたが、州（3次）レベルでは州総合病院と別の場所に州救急センターが設置されたため、救急センターと総合病院との連携が機能しにくい状況が各州で生まれている。ナボイ州には州総合病院がないため、救急センターが総合病院を兼ねている。

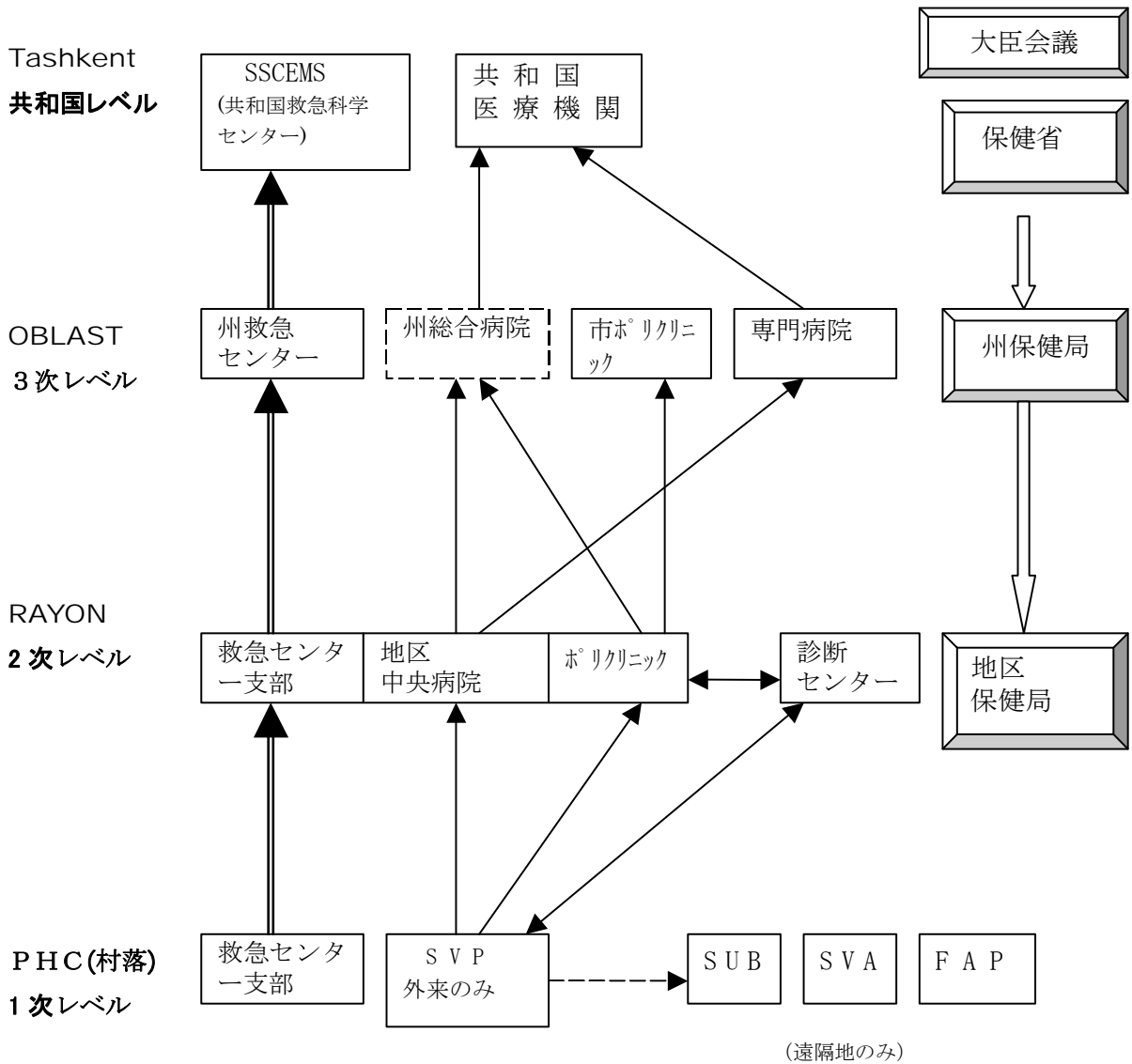


図3-1 ナボイ州の保健行政とリファラルシステム

## 2) 1次レベル保健医療施設

初期治療、予防接種、健康教育などを行うが、以前は3段階あった施設を保健改革プログラムで1段階に簡素化した。従来は、人口600～3,000人あたりに設置された准医師/助産婦駐在所(FAP)が距離にして2km以内に設置されており、次いで医師のいる外来サービスのみの農村外来診療所(SVA)にかかり、入院が必要となると40床規模のSUBに紹介された。現在では、これがSVPに一本化され、診療圏人口に応じてⅠ～Ⅲの3タイプがある(Ⅰ:1,500

人以下、Ⅱ：1,500～3,000人、Ⅲ：3,000～6,000人）。SVPは基本的に外来のみの施設であり、ベッドを有する施設もあるがデイケアのみで、妊婦検診や乳児検診は行うが分娩はできない。SVPはHealth 1プロジェクトで実験的に設置が始まったばかりの施設であり、主に予算上の制約から入院を伴う夜間のサービスは実施していないが、将来は機能を見直しして入院・分娩も行うようになる可能性はある。

Health 1プロジェクトではSVPの勤務医に10か月の研修で一般医の資格を取らせ、内科や小児科といった1つの診療科目のみでなく、幅広い医療サービスを提供できるかかりつけ医を養成している。「ウ」国では1次と2次レベルのサービスの厳密な区別がもともとなく、FAPは1次レベル施設だが、SVAやSUBは従来は1次と2次の両方のサービスを提供していたという。また、ナボイ州は人口が希薄な地域が多いため、患者のアクセスを確保するために、遠隔地には既存のFAP、SVA、SUBなどを残している。SVPには財務マネージャーも配置され、個々のSVPが銀行口座を持ち、州保健局から直接配分される予算を自ら管理するなど、以前の1次レベル施設より独立性も高まった。SVPで提供されるサービスの定義・活動内容などは、付属資料4．収集リストの5のBusiness Plan 2005 for Health 2 Project Implementationに記述されている。

### 3) 2次レベル医療施設

外来及び入院のための多くの医療施設があり、専門医によるサービスが提供されている。地区中央病院は基本的に入院のための施設であり、同じ敷地の中に外来を扱うポリクリニックと救急患者を扱う救急センター（病床あり）が設置され、急性期を脱した患者は地区中央病院に移送される。これ以外に地区中央病院から離れた地域に、ポリクリニックや病気の診断（検査）のみを行う診断センターが設置されSVPからの患者を受け入れている。また、「ウ」国では母子サービスは主に2次レベルの施設で提供されており、1次レベルの施設でも分娩可能だったSUBが遠隔地以外ではなくなることから、分娩はほぼ地区中央病院か3次レベル産科病院で行われることになる。2次レベルでは3次レベル専門病院の支部にあたる専門診療所があり、ナボイ州では州結核病院の支部の診療所が4つの地区に設置されている。

### 4) 3次レベル医療施設

州のトップレベルにあたるが、ナボイ州の場合、州総合病院がないことが問題となっている。もともと550床の総合病院があったが、各科のサービス需要が増大したのを受け、小児科、産科、感染症科が分離し、2000年に200床の州救急センターとして生まれ変わった。州総合病院がないのはナボイのほかはジザク州だけであり、ナボイ州は歴史が浅くインフラ整備が不十分なため設置が見送られたとのことである。州救急センターで救急以外の患者も受け入れ、実質的に総合病院の機能を兼ねているが、患者の7割が救急患者であり余裕のあるときしか一般患者の対応ができない。また、専門医不足から、ナボイ州における主要疾病である心臓病や呼吸器疾患に対応する専門病院がなく、疾病構造に対応した医療サービスが提供されていないことも課題の1つである。

ナボイ州の特徴として、職域病院（詳細は3－4節参照）の存在があげられる。ナボイ鉱業冶金コンビナートなどの企業は独自資金で運営する病院（保健省の管轄外）を所有しており、基本的に各企業の従業員のみが受診できる。職域病院は医師数、病床数とも多く、質の

高い専門医も揃っており、CT など最新の医療機材による高度な医療サービスが提供されているが、同じ税金で運営されながら、職域病院と保健省管轄病院との連携が少ないことが問題となっている。ナボイ州では人口 80 万人のうち約 10 万人が、企業の従業員として職域病院を利用している。

### 3-2-3 保健財政

#### (1) 州保健予算

ナボイ州予算 682 億スム（2005 年度）の配分としては教育分野が最大で 344 億スム、次が保健分野で 116 億スムとなっている。この配分比率は全国一律だが、公共施設を建設するための投資プログラムや追加予算を活用して、州予算の中で新たな保健医療施設を建設することは可能であり、SVP などの小規模施設は州の裁量で建設できる。大型施設を建設する場合は保健省の許可が必要になるが、州看護学校（建設費 2 億円）を州予算で建設したばかりであり、州総合病院を新設する場合も州予算で建設は可能とのことである。

保健予算は基本的に人口と各保健医療施設の前年度支出実績に基づいて配分される（表 3-4）。ナボイ州はシルダリヤ州に次いで人口が少ないため、保健予算の絶対額も 2 番目に少ないが、外来と入院の配分は各州でそれほど大きな差はみられない。

表 3-4 州別保健予算（2005 年上半期）

No	州	合計 100 万スム	内訳					
			外来サービス		入院サービス		その他	
			100 万スム	%	100 万スム	%	100 万スム	%
1	カラカルパクスタン共和国	8436.1	4074.6	48.3	4042.1	47.9	319.4	3.8
2	アンディジャン	10559.6	5302.4	50.2	4942.6	46.8	314.6	3.0
3	ブハラ	8395.7	4105.5	48.9	3853.6	45.9	436.6	5.2
4	ジザク	6290.0	3127.3	49.7	2391.5	38.0	771.2	12.3
5	カシカダリヤ	13189.6	6393.9	48.5	6344.1	48.1	451.6	3.4
6	ナマンガン	10057.7	4857.8	48.3	4983.0	49.5	216.9	2.2
7	サマルカンド	12347.0	5062.3	41.0	6675.2	54.1	609.5	4.9
8	スルハンダリヤ	10005.3	5102.7	51.0	4502.4	45.0	400.2	4.0
9	シルダリア	4598.6	2414.3	52.5	2099.9	45.7	84.4	1.8
10	タシケント	14701.0	7689.0	52.3	5622.0	38.2	1390.0	9.5
11	フェルガナ	14982.4	5212.0	34.8	8572.1	57.2	1198.0	8.0
12	ホレズム	7988.5	3602.8	45.1	3834.5	48.0	551.2	6.9
13	タシケント市	13357.3	5486.7	41.1	6815.1	51.0	1055.5	7.9
14	ナボイ	5319.8	2458.9	46.2	2488.2	46.8	372.7	7.0
	小計	140228.6	64890.2	46.3	67166.3	47.9	8172.1	5.8
15	共和国医療機関	18687.6	53.0	0.3	7720.7	41.3	N.A.	0.0
	合計	158916.2	64943.2	40.9	74887.0	47.1	8172.1	5.1

出典：保健省

州ごとの予算外収入内訳（表 3-5）をみると、ナボイ州はその人口の少なさを勘案しても、他州と比較して予算外収入が少ない。有料化実施病院が少ないことなどが要因となって、依然として政府予算への依存度が高いままである。なお有料医療制度は、患者負担で費用をまかなう自己負担制度（user fee による有料診療制度）と、政府からの補助金も受け取り有料サービス



と無料サービスの両方を提供するミックスファイナンスの2種類ある。

表3-5 予算外収入の内訳 (2005年上半期、単位：100万スム)

州	合計	内訳			
		スポンサーの寄付	有料給食収入	有料診療サービス収入	ミックスファイナンス実施病院の収入
カラカルパクスタン共和国	139.4	3.4	10.3	73.8	51.9
アンディジャン	251.8	55.9	51.9	115	29
ブハラ	537.7	26.1	23.6	189.3	298.7
ジザク	147.5	51	21.8	42.1	32.6
カシカダリヤ	252.6	18.3	42.7	51.9	139.7
ナマンガン	790.7	355.7	102.7	73.5	258.8
サマルカンド	410.3	0	129.4	92.3	168.6
スルハンダリヤ	359.3	51.4	41.7	138	128.2
シルダリア	438.8	150	17.2	142.6	129
タシケント	454.2	60	66.9	81.5	245.8
フェルガナ	1004.2	0	95.3	550.9	358
ホレズム	970.6	600.5	17.9	120.5	231.7
タシケント市	1007.2	0	107.8	386.3	513.1
ナボイ	105.3	0	4.9	76.6	23.8
共和国医療機関	6330.8	0	318.6	2993.4	3018.8
合計	13200.4	1372.3	1052.7	5127.7	5627.7

出典：保健省

過去5年の保健予算(表3-6)は、主にインフレーションの影響で毎年25~50%という高い比率で全体額は増加しているが、2005年度に170億スム要求したのに対し実際に配分が許可されたのは116億スムと、必要額の7割程度しか配分されず常に不足している。

表3-6 ナボイ州地区別保健予算額推移 (単位：1,000スム)

地区	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ナボイ市	155,138	229,560	283,819	377,689	434,844	541,666
カルマナ	174,234	271,208	377,459	510,118	649,543	852,550
ナバホール	180,188	298,979	439,498	564,441	718,353	900,133
ヌラタ	210,741	338,921	451,800	636,604	753,741	970,544
キジリテポ	280,085	409,137	573,158	747,843	958,878	1,172,306
ハタルチ	356,000	496,100	699,957	971,199	1,140,119	1,401,127
カニメフ	137,817	210,113	326,559	375,543	521,013	545,280
トンディ	81,321	135,171	188,625	245,151	274,289	336,101
ウチクドク	86,523	127,159	173,497	251,761	318,722	369,650
ザラフシャン	26,460	41,228	111,477	130,141	138,616	140,758
リハビリセンター*						
州レベル病院	732,754	1,099,804	1,790,113	2,265,925	2,889,082	4,403,597
合計	2,421,264	3,657,382	5,415,963	7,076,419	8,797,204	11,633,712
前年比伸び率		151%	148%	130%	124%	132%

出典：州保健局

\*：ザラフシャン市には職域病院があるが保健省管轄外であり、リハビリセンターは保健省施設で主に麻薬中毒患者のリハビリを行っている。

州保健局計画経済部がこの予算を人口に応じて各地区と各 SVP に配分し、3次レベル病院には患者数（退院した患者数及びポリクリニックの外来患者数）に応じて分配している。予算不足の結果、無料を建前としている病院においても患者負担が増大しており、薬は特に不足が著しいため病院外の民間薬局で患者が購入することが多い。入院する場合、シーツや枕カバーは自分で用意して持参するか、代金を払って購入しなければならない。病院の給食の質も旧ソ連時代に比べ、著しく低下したという（表3-7）。

世界銀行 Health 1 の実施で1次レベル予算の比率は増加したがそれでも18%程度、2次レベルが47%、3次レベルが約35%という配分になっている。医師給与は5つの階級に応じて29,561（約27ドル）スムから39,567スムとなっており、専門医より一般医のほうが給与が高い。市以外の地区で勤務すると僻地手当が付加されるが遠隔地では医師・看護師ともに不足している。医師給与は労働者の平均給与の6割程度と非常に低く、かつ「ウ」国では民間セクター（病院）の発達が遅れているため副業の機会も多くなく、結果として患者に袖の下を要求することが半ば慣習化している。

表3-7 ナボイ州保健支出内訳（単位：1,000スム）

費目	2003		2004		2005	
	金額	%	金額	%	金額	%
給与	5,109,349	72.2	6,073,753	69.0	9,105,418	78.0
光熱費	228,678	3.2	317,997	3.6	446,679	3.8
給食費	416,336	5.8	394,466	4.4	383,559	3.2
医薬品費	479,204	6.7	477,274	5.4	526,161	4.5
機材購入費	72,549	1.0	308,601	3.5	252,574	2.1
大型修繕費	212,988	3.0	614,320	6.9	264,701	2.2
その他	573,189	8.1	633,398	7.2	721,290	6.2
合計	7,076,419	100.0	8,797,204	100.0	11,633,712	100.0

出典：州保健局

保健改革プログラムの中で、病院サービスの有料化が進められており、多くの州では10か所以上の病院で既に有料化が導入されたが、ナボイ州は1か所（州眼科病院）でしか有料化が実施されておらず、全国で最も導入が遅れている（表3-8）。ナボイ州は人口が少なく、専門医や専門病院の数がもともと少ないことが背景にあるが、保健財源に限られしかも保健予算の8割近くが人件費に支出されている（表3-7）なか、新たな財源の確保が今後の大きな課題になると思われる。

なお、ナボイ州における民間クリニック・病院の数は67にのぼり、ナボイ市以外の地区でも最低1か所は民間医療機関が開業されている模様である。

表3-8 州別有料化実施病院数

共和国レベル	タシケント市	アンデイジャン	ブハラ	ジザク	カシカダリヤ	ナマンガン	シルダリヤ	サマルカンド	スルハンダリヤ	タシケント州	フェルガナ	ナボイ
18	14	17	7	4	22	39	7	16	14	15	13	1

出典：保健省

ナボイ州において、全面的に（60種類以上の）有料サービスを実施しているのは州眼科病院のみであるが、無料診療が義務づけられている州小児病院や州救急センターにおいても、他州からの患者や検査（X線、エコーなど）に関しては有料化が認められており、州産科婦人科病院にも有料ベッドが設置されている。また、土地を貸して賃貸収入を得たり、地元企業・有力者などからの寄付を得たりして独自収入を得ている一方、患者から得た収入を設備投資や職員の給与に当てるなどして、サービス改善や職員のやる気向上に活用している。

表3-9 有料化対象病院における有料化進捗度（2005年上半期）

医療機関名		2005年上半期 進捗度%	
		計画	実績
共和国レベル医療機関			
1	タシケント第一医療研究所クリニック（TashMI-I）	80	33.9
2	タシケント第二医療研究所第一クリニック（TashMI-II）	80	30.3
3	タシケント第二医療研究所第二クリニック（TashMI-II）	80	22.3
4	サマルカンド医科大学病院（SamMI）	80	19.1
5	アンディジャン医科大学病院（AndMI）	80	32.4
6	外傷・整形外科病院 RSI	80	42.7
7	リハビリ・理学療法病院 RSI	80	57.4
8	産婦人科病院 RSI	80	56.4
9	共和国第一病院	80	39.9
10	神経外科科学センター	80	9.1
11	ウズベキスタン科学アカデミー医療ユニット	80	10.8
12	アルゴリズム医療ユニット	80	11.1
13	アレルギーセンター	80	9.4
14	眼科病院	80	38.2
共和国レベル専門病院			
1	共和国泌尿器専門病院	80	38.6
2	共和国外科専門病院	80	37.4
3	共和国眼科顕微鏡手術専門病院	80	81.0
4	共和国心臓病専門病院	80	75.4
ブハラ州			
1	州総合病院	80	32.2
2	州眼科病院	80	19.5
3	州外来診療所	50	30.1
4	州心臓病診療所	80	51.7
5	ブハラ市立病院	80	23.6
6	州母性健康センター	80	36.9
7	州専門産科病院	35	17.7
ナボイ州			
1	州眼科病院	80	57.0

出典：保健省

なお、無料サービスの対象は以下のとおり規定されている。

- 1) 社会的に影響のある疾病（結核、がん、精神病、ハンセン氏病、麻薬中毒、梅毒、HIV、放射線被爆など職業病、内分泌疾患、貧血のある妊産婦、伝染病）
- 2) 17歳未満の子ども、孤児、アフガンなど戦争経験者、戦争による障害者、徴兵中の者、チ

エルノブイリ被爆者

3) 救急医療

4) 予防サービス

表3-10 ナボイ州有料サービス実施病院の収支 (2004年、1,000 スム)

医療機関名	収入内訳					支出内訳					
	合計	診療報酬	食費	賃貸収入	スポンサー寄付	合計	給与	機材設備	医薬品	ローン	食費
1. 眼科病院	25114	22384	2,730	-	-	21079	3348	6336	3745	4336	2730
2. 衛生検査センター	19854	-	-	-	-	18970	4992	-	404	1125	-
3. カルマナ地区病院	8704	7005	969	50	-	7678	2056	353	893	934	969
4. キジリテポ地区病院	4370	2447	590	201	-	4799	2104	-	470	322	590
5. 輸血センター	3313	3313	-	-	-	4561	-	-	4088	-	-
6. 麻薬アルコール中毒病院	3270	3270	-	-	-	3295	2171	-	-	-	-
7. ハタルチ地区病院	3161	1622	958	120	-	2970	1041	-	-	444	642
8. ヌラタ地区病院	3038	866	303	120	225	3712	718	1673	-	-	303
9. ナボイ市ポリクリニック	2859	2690	-	168	-	1870	-	-	404	1125	-
10. エイズセンター	2614	2614	-	-	-	2729	843	-	568	-	-
11. 救急医療センター	2325	-	1814	138	373	2610	-	-	-	-	2530
12. 産婦人科病院	2005	2005	-	-	-	878	-	-	-	300	-

出典：州保健局

表3-10に記載した以外にも金額は少ないが、州小児病院、州皮膚・性感染症病院、州感染症病院、州健康研究所、ナバホール地区中央病院、カニメフ地区中央病院を含め、有料サービス導入病院は合計21施設にのぼる。

### 3-3 保健指標、疾病動向

#### 3-3-1 人口動態

家族計画の推進や経済状況の悪化を背景に、全国レベルで人口増加率が下がってきているのはナボイ州でも同様だが、それでも人口は徐々に増えている。社会増はほとんどなく、人口増加は基本的に自然増によるものである。年齢別構成では、0~14歳が34%、65歳以上が3%で全国の傾向と同様である。都市部人口は4割、農村部人口は6割となっている。

表3-11 ナボイ州地区別人口推移

地区名	2001	2002	2003	2004	2005 (前半)	全体に占める比率
ナボイ市	143,445	145,000	145,996	124,150	125,511	15.4%
カルマナ地区*	69,983	71,164	72,191	92,930	95,344	11.7%
ナバホール地区	78,289	79,168	80,146	80,362	81,773	10.0%
コフメック地区	41,123	41,288	40,829	40,033	39,892	4.9%
キジリテポ地区	109,847	109,979	111,085	111,926	112,467	13.8%
ヌラタ地区	72,302	73,701	74,615	74,103	75,677	9.3%
トンディ地区	25,311	26,392	25,887	23,971	24,990	3.0%
ウチクドク地区	43,659	40,032	38,892	41,233	38,669	4.7%
ハタルチ地区	145,320	147,203	149,437	150,470	151,950	18.7%
ザラフシャン市	67,834	65,442	65,094	68,017	66,015	8.1%
合計	797,123	799,369	804,172	807,195	812,288	100.0%

出典：ナボイ州保健局

\*：2004年にカルマナ地区はナボイ市の一部を編入して面積が拡大したため人口が増え、ナボイ市の人口は減少

### 3-3-2 保健指標

ナボイ州の保健指標や疾病統計を見る際には、環境面の影響（大気汚染、土壌汚染、放射線汚染）を十分に考慮する必要がある。全国平均では10年間で半減した妊産婦死亡が高止まっている（表3-13、全国で3番目に高い）背景に、化学物質等に汚染された食物を摂取することによる貧血が指摘され、州内の女性はほぼ全員が貧血だという。

表3-12 ナボイ州と「ウ」国の人口・基礎保健指標推移

	ナボイ州			「ウ」国全国		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
人口	79万	80万	80万	2527万	2556万	2586万
出生率（1,000人当たり）	19.4	18.9	20.1	20.9	19.8	20.9
死亡率（1,000人当たり）	5.2	5.0	4.9	5.4	5.3	5.0
自然増加率（1,000人当たり）	14.2	13.9	15.2	15.5	14.5	15.9
乳児死亡率（出生1,000対）	14.3	15.7	12.4	16.5	16.4	15.2
妊産婦死亡率（出生10万対）	51.5	71.9	55.8	32.0	32.2	30.2

出典：保健省

表3-13 州別妊産婦死亡率推移（出生10万対）

	1992	1998	1999	2000	2001	2002
1. タシケント市	94.7	38.0	64.3	63.9	36.4	59.9
2. タシケント州	31.0	20.9	31.4	27.5	44.2	59.8
3. ナボイ州	52.1	76.3	58.3	91.6	91.5	51.5
4. ブハラ州	47.8	33.4	21.2	49.0	54.4	37.3
5. カシカダリヤ州	51.1	30.1	45.6	39.9	40.6	37.1
6. ホレズム州	44.3	16.1	21.2	24.9	36.2	32.3
7. ジザク州	69.2	30.2	33.5	29.4	42.5	29.7
8. カラカルパクスタン共和国	98.6	60.1	47.9	38.8	41.9	26.6
9. シルダリヤ州	50.6	26.4	27.5	21.0	35.7	26.4
10. フェルガナ州	38.6	19.6	24.9	22.5	25.3	25.8
11. サマルカンド州	35.8	19.4	18.4	26.4	17.9	21.9
12. スルハンダリヤ州	67.3	32.2	28.6	24.6	19.3	20.4
13. ナマンガン州	32.4	27.0	18.1	27.0	29.3	18.4
14. アンディジャン州	42.3	17.7	21.1	20.2	20.5	17.3
全国平均	51.0	28.6	31.2	33.1	34.1	32.0

出典：Health of Population and Health Care of Republic of Uzbekistan in 1991-2002、保健省、2004年

乳児死亡率は、多くの国ではWHO方式を利用しているが、「ウ」国では旧ソ連の定義を長らく使用していたため、実際より低く算出されてきた。現在はWHO方式へ移行しようとしている過渡期にあると思われ、WHO方式を導入すると乳児死亡率は20~25%高くなるとされている。1996年のDHSでは「ウ」国の乳児死亡率は49とされ、2002年に米国政府の協力で行われたUzbekistan Health Examination Surveyでは61という結果がでており、ナボイ州での死亡統計の定義を確認する必要がある。

州小児病院における乳児死亡の原因を表3-14に示したが、ナボイ州の特徴として、先天異常が他州より多いためスクリーニングセンター（全国でタシケント、ブハラ、カシカダリヤ、ナマンガ

ン、ナボイの5か所のみ)で胎児の段階で異常が発見されると中絶を行っている。

表3-14 州小児病院における主な乳児死因

	2003年		2004年	
	1	周産期疾患	15 (39%)	呼吸器疾患
2	呼吸器疾患	11 (28%)	周産期疾患	11 (23%)
3	先天異常	2 (5.3%)	敗血症	7 (15%)
4	敗血症	1 (2.6%)	先天異常	4 (8%)
5	事故	1 (2.6%)		
	合計	38人	合計	48人

出典：州小児病院

注：2004年の州内の乳児死亡は合計80人

表3-15 地区別乳児死亡率推移及び新生児死亡率(2004年)

	乳児死亡率				2004年新生児死亡率	
	2001	2002	2003	2004	6日未満死亡	27日未満死亡
ナボイ市	14.9	10.5	14.3	10.5	2.6	4.6
カルマナ地区	17.0	15.2	14.2	14.0	2.6	4.7
ナバホール地区	8.2	10.2	9.4	7.1	2.9	2.9
コフメック地区	15.6	12.4	16.7	16.0	5.2	5.2
キジリテポ地区	14.5	12.3	10.3	9.5	1.3	2.2
ヌラタ地区	14.2	10.6	13.7	8.7	2.9	2.9
トンディ地区	24.6	12.2	11.0	5.3	-	-
ウチクドク地区	26.4	17.5	14.3	14.3	-	-
ハタルチ地区	16.9	15.5	15.2	13.5	0.2	3.1
ザラフシャンリハビリセンター	7.0	17.5	17.1	-	-	-
コンビナート職域病院ナボイ市				6.8	4.8	4.8
コンビナート職域病院ウチクドク市				31.5	24.9	24.9
コンビナート職域病院ザラフシャン市				18.1	11.0	11.0
州平均	17.2	14.5	13.8	12.6	3.7	4.3

出典：ナボイ州保健局

なお、ナボイ州の統計では乳児死亡率が改善し全国平均より低い数値となっているが、妊産婦死亡率が高いまま乳児死亡率だけが低下することは不自然であり、ナボイ州では中絶が多い(表3-17、全国平均の2倍でタシセントに次いで2位)ことや実際には報告されていない乳児死亡が多数あることが背景にあると類推される。

避妊法としては子宮内挿入避妊具(Intrauterine Contraceptive Device:IUD)が9割近く、次いでピルとなっている。コンドームは単価が高いこともあり普及していない。表3-16にある「一時的に出産を禁止された女性」とは、出産間隔が短い、合併症のおそれがあるなどの理由で出産を禁止されたケースであり、この比率はナボイ州だけが特に高いわけではないという。禁止されたにもかかわらず妊娠した場合、当局は中絶を勧めるが、夫婦ともに納得しない場合そのまま出産する。



表3-16 地区別避妊普及率（2004年）

地区	出産可能年齢 女性数	避妊 普及率	一時的に出産を禁止された 女性比率
ナボイ市	14,131	67.2%	83.2%
カルマナ地区	24,936	65.3%	83.2%
ナバホール地区	22,213	58.5%	83.7%
カニメフ地区	9,690	56.0%	86.1%
キジリテポ地区	31,291	71.3%	81.2%
ヌラタ地区	18,256	67.8%	83.3%
トンディ地区	4,663	55.1%	84.0%
ウチクドク地区	5,886	49.0%	86.1%
ハタルチ地区	38,550	57.7%	81.2%
ザラフシャンリハピリセンター	2,792	44.3%	85.1%
コンビナート職域病院	23,378	69.2%	82.3%
州全体	195,789	67.5%	84.2%

出典：ナボイ州保健局

避妊法の普及につれて、中絶件数が減少している事実は表3-17からも明らかだが、それでもなお「ウ」国における中絶件数は多い。最近では中絶による死亡はほぼなくなったとの報告もあるが、妊産婦死亡、乳児死亡との関連も含め、検証が必要だと思われる。

表3-17 州別中絶件数推移（1,000出生当たり）

	1991	2000	2001	2002
1. タシケント市	1060	664	693	696
2. ナボイ州	403	195	185	195
3. サマルカンド州	218	126	123	119
4. タシケント州	356	105	95	84
5. シルダリア州	173	90	102	83
6. フェルガナ州	234	77	95	77
7. ナマンガン州	171	104	83	73
8. アンディジャン州	145	87	77	68
9. ホレズム州	227	68	67	67
10. ジザク州	157	65	60	65
11. ブハラ州	378	72	65	62
12. カラカルパクスタン共和国	157	62	59	55
13. シルダリア州	58	43	40	41
14. カシカダリア州	166	36	36	34
全国平均	261	117	116	109

出典：Health of Population and Health Care of Republic of Uzbekistan in 1991-2002、保健省、2004年

なお、州別の平均余命のデータは算出されていないが、州保健局ではナボイ州の平均余命は男女とも全国平均より10歳近く短いと話している。

### 3-3-3 疾病動向

ナボイ州の死因1位は他州と同じく心臓血管疾患で、脂肪分の多い食事、運動不足など生活習慣が大きな要因とされているが、ナボイ州のような専門医の不足している地方においては、心臓が停

止したことをもって「心臓病」と医師が診断する可能性もあり、また重篤な患者は自宅に帰され自宅で死亡するケースも多いため、この統計が現状をどこまで反映しているかは不明である。死因の上位にあるがんの内訳では1位肺がん（大気汚染の影響）、2位胃がん、3位骨がん（土壌汚染・放射線）、4位リンパ肉芽腫（放射線）となっており、トップが胃がんである他州の傾向と異なり、環境汚染の健康への影響がうかがえる。また、ナボイ州ではがんの専門医が少なくがん専門病院のベッド数も12しかないため、がんであっても診断や治療を受けずに死亡している患者が多数いるといわれ、実際のがんによる死亡数はこれより多いものと思われる。

ナボイ州における結核の主要感染源はゾーンと呼ばれる刑務所（懲役刑を伴う囚人が収容される）で、劣悪な生活環境から受刑者の半数以上が結核に感染するといわれている。州内に4か所（ナボイ市、ザラフシャン、キジリテポ、ウチクドク）あるゾーンのうち、Global Fundによる結核対策が3つのゾーンで既に実施されており、近々残りの1か所でも対策が始まる予定だという。

表3-18 ナボイ州主要死因

	2003年		2004年	
1	その他血液循環器系疾患	797	虚血性心不全	1071
2	虚血性心不全	526	その他血液循環器系疾患	388
3	脳血管障害	502	がん	358
4	がん	379	高血圧症	342
5	高血圧症	312	消化器系疾患	271
6	消化器系疾患	305	脳血管障害	238
7	溺死	240	溺死	229
8	肺炎・急性呼吸器疾患	167	肺炎・急性呼吸器疾患	146
9	結核	112	結核	98
10	その他呼吸器系疾患	104	その他呼吸器系疾患	71
	死亡総数	4,052	死亡総数	3,936

出典：ナボイ州保健局

表3-19 地区別死亡率（2004年、人口1,000人当たり）

地区	死亡率
ナボイ市	4.6
カルマナ地区	4.9
ナバホール地区	4.5
カニメフ地区	4.6
キジリテポ地区	4.5
ヌラタ地区	4.4
トンディ地区	3.4
ウチクドク地区	6.0
ハタルチ地区	4.4
ザラフシャンリハビリセンター	4.2
コンビナート職域病院	6.1
州平均	4.8

出典：ナボイ州保健局

表3-20 地区別疾病別死亡件数（2004年）

死因	州全体	ナボイ市	カルマナ	ナバホール	カニメフ	キジリテポ	ヌラタ	トンデイ	ウチクドク	ハタルチ	ザラフシヤン市
がん	358	88	35	19	25	41	31	12	26	33	48
虚血性心不全	1071	188	137	118	48	111	82	19	33	236	99
高血圧症	342	51	42	28	12	58	47	10	22	61	11
脳血管障害	238	41	28	34	11	30	26	6	13	27	22
その他血液循環器系疾患	388	74	47	42	12	66	28	11	25	41	42
肺炎・急性呼吸器疾患	146	5	20	10	11	20	19	2	4	43	12
その他呼吸器系疾患	71	11	3	7	6	20	2	2	6	12	2
消化器系疾患	271	36	25	19	16	30	36	5	24	55	25
結核	98	27	5	10	6	9	6	5	6	16	8
肝炎	4			1							3
その他感染症	22		3	2		2	1		6	4	4
妊娠出産後合併症	9	2	1	1		2	2		1		
その他疾病	557	96	73	51	23	88	30	8	42	93	53
故意でない中毒	5	1	1						2		1
溺死	229	45	36	15	14	26	15	5	13	32	28
その他の中毒と外傷	31		2	4	3	5	4	1	3	6	3
自殺	68	11	9	6	2	7	8	1	5	11	5
殺人	29	7	3	1					9	1	8
合計	3,936	682	470	368	189	515	337	87	240	671	377

出典：ナボイ州保健局

主要疾病（表3-21）では人口の実に5人に1人が呼吸器疾患にかかっており、喘息やアトピー性皮膚炎といったアレルギー疾患も多いという。

表3-21 ナボイ州主要疾病（2004年）

	疾病名	患者数
1	呼吸器系疾患	166,906
2	血液・造血等の免疫システムを破壊する疾病	109,020
3	消化器系疾患	57,543
4	泌尿生殖器系疾患	30,732
5	外傷・中毒	29,846
6	皮膚・皮下細胞疾患	26,654
7	代謝障害・内分泌疾患・栄養失調	22,170
8	神経疾患	16,351
9	伝染病・寄生虫疾患	15,119
10	耳鼻科系疾患	12,355

出典：ナボイ州保健局

表3-22に地区ごとの疾病統計を示したが、ナボイ市周辺地区において呼吸器疾患や免疫疾患の患者の割合が高く、またコンビナート職域病院において呼吸器疾患、先天異常などの有病率が高いことがわかる。

表3-22 ナボイ州地区別及び職域病院における有病者数（2004年）

	ナボイ市	カルマナ	ナバホール	カニメフ	キジリテポ	ヌラタ	トンデイ	ウチクドク	ハタルチ	ゼラフシヤン市	リハビリセンタ	ナボイ鉱業コンビナート職域病院	(株)ナボイアゾート職域病院
1. 呼吸器系疾患	22426	28363	21550	5578	21488	8658	1803	52	20979	207	33865	1937	
2. 血液・造血等の免疫システムを破壊する疾病	3029	7116	12132	7179	19423	16558	6750	2713	29660	932	3259	269	
3. 消化器系疾患	11490	11377	10095	2566	3289	2759	398	31	11789	173	2635	941	
4. 泌尿生殖器系疾患	4321	4043	1994	2042	2989	5912	481	42	4812	515	3075	506	
5. 外傷・中毒	4389	4170	2239	2134	1575	1720	26	N.A.	6109	53	6642	789	
6. 皮膚・皮下細胞疾患	9153	2626	1070	569	2765	1917	406	69	1960	36	5170	913	
7. 代謝障害・内分泌疾患・栄養失調	2061	2769	2057	252	6876	573	112	329	5201	188	1731	21	
8. 神経疾患	3500	3089	1217	996	2842	1215	11	83	1163	16	1833	386	
9. 伝染病・寄生虫疾患	4388	971	357	742	1375	702	383	47	154	14	5844	142	
10. 耳鼻科系疾患	2630	1995	568	1878	403	1047	31	23	162	40	3168	410	
11. 眼科系疾患	1821	2715	321	1749	568	1329	143	31	58	32	2858	569	
12. 血液循環器系疾患	1041	1401	676	267	1596	418	95	25	5314	28	1022	220	
13. 周産期疾患	826	689	717	58	2198	581	510	467	693	184	518	255	
14. 骨筋肉系疾患	1725	270	290	64	735	157	87	NA	262	36	3009	197	
15. 新生児疾患	1346	950	247	27	222	128	3	NA	NA	10	1557	NA	
16. 精神疾患	459	166	107	82	187	156	17	36	274	23	534	97	
17. がん	415	95	126	34	52	164	17	28	423	21	398	40	
18. 先天異常	87	79	61	12	98	37	2	NA	87	3	351	NA	

出典：ナボイ州保健局

予防接種率は表 3-23 に示したように 100%に近く、感染症・寄生虫症の罹患率は全国平均よりも低い。ただし、麻疹、チフス、パラチフス、赤痢などは一定数の患者が発生している。

表 3-23 予防接種率 (2000 年)

ジフテリア (1 歳)	ポリオ (1 歳)	麻疹 (1 歳)	BCG (乳児)	百日咳 (1 歳)	B 型肝炎 (1 歳)
99.4%	99.4%	98.8%	97.0%	99.1%	53.5%

出典：州保健局

### 3-3-4 環境保健

ナボイ州において、産業公害が健康へ与える影響に関する疫学調査は行われておらず、因果関係も特定できていないが、影響があると類推されるのは以下のものである。

(1) ナボイ鉱業冶金コンビナートによる金・ウランの採掘・精錬

採掘過程での塵やガスによる大気汚染、化学処理工程で発生した物質の排水による土壌汚染、6000 万トンの放射性廃棄物（ナボイ市近郊）による放射能汚染

(2) 火力発電所、セメント工場による大気汚染

(3) 化学工場による大気汚染と工場廃水による土壌汚染

UNECE (UN Economic Commissions for Europe) が、2000 年に欧州各国及び WHO の環境保健専門家による「ウ」国の環境調査を実施しており、その報告書<sup>1</sup>の中でナボイ州における金・ウラン採掘現場で発生する具体的な有害物質や、企業側が提出したデータ、州別大気汚染状況のデータ（ナボイ州の数値は全国で最悪）など詳しく記述されているので参照のこと。

## 3-4 保健医療サービス

### 3-4-1 州レベル病院

表 3-25 に示したように、ナボイ州（3 次）レベル保健医療施設は主要 3 病院のほかに専門病院が 8 つ、専門診療所が 7 つ（患者治療に当たっているのは 1 施設のみ）であり、他州にはある州総合病院がなく州救急センターが実質的に総合病院の機能を兼ねている。州救急センターの患者比率は 7 : 3 で救急が多く、病床稼働率は 100%で救急以外の部門の治療は十分に対応できていない。

分娩数減少により産婦人科病院の稼働率は下がっている一方、死因の上位にあるがんの専門病院は 12 床しかなく専門医も不足しているため、薬剤治療のみで多くの患者がブハラやサマルカンドのがん病院に送られ放射線治療を受けているのが現状である。また心臓血管疾患、呼吸器疾患などナボイ州で重要な疾患に対応する専門病院はなく、専門医不足とあいまって十分な医療サービスは提供されていない。

<sup>1</sup> www.unece.org/env/epr/studies/uzbekistan、“Environmental Performance Review of Uzbekistan” の特に 9 章と 12 章を参照。

表 3-24 ナボイ州と全国の保健医療施設関連及び医師数データ

	ナボイ州			「ウ」国		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
入院医療機関数	40	40	38	1014	1010	987
病床数	3228	3223	3265	139977	140072	136058
1万人当たり病床数	40.4	40.1	40.3	55.1	54.5	52.3
患者総数	87269	93246	100485	3564211	3633559	3838274
病床占有日数	325.9	325.8	328.13	304.9	299.0	308.5
平均在院日数	10.6	10.3	9.6	11.5	11.1	10.6
SVA 数	25	20	13	575	474	383
SVP 数	90	103	116	2065	2335	2566
医師数	1582	1563	1540	72368	71623	70958
1万人当たり医師数	19.8	19.4	19.1	28.5	27.8	27.3
中間職数	7065	7071	6822	254666	256183	257113
1万人当たり中間職数	88.4	87.91	84.5	100.2	99.7	99.4

出典：保健省

表 3-25 ナボイ州（3次）レベル保健医療機関

	名称	病床数	医師数	設立年	主な機能
主要病院	州救急病院 (共和国救急センターナボイ支部)	200	85	2000	もともと 550 床の州総合病院から小児・産・感染症が分離し、救急と総合病院を兼務
	州産婦人科病院	150	27	2002	妊婦検診、分娩、新生児ケア
	州小児病院	125	35	1996	14 歳未満の小児・新生児
専門病院	州感染症病院	90	NA	2002	州総合病院から分離
	州小児感染症病院	60	NA	NA	90 床あったが患者減少のため 60 床のみ利用
	州皮膚・性感染症病院	110	11	NA	皮膚病、性病、アレルギー疾患
	州眼科病院	60	4	NA	小児眼科も扱う州で唯一の有料化病院
	州結核病院	162	14	1972	結核治療、2003 年から州全域で DOTS 導入
	州がん病院	12	11	1992	州内でがん治療ができる唯一の病院、薬剤治療のみ
	州精神病病院	40	8	NA	市内は外来のみ、郊外に 40 床の病院
専門診療所	州麻薬アルコール中毒病院	65	8	1987	市内に外来中心診療所、郊外に 40 床の病院
	州内分泌専門診療所	0	6	1992	糖尿病や小人症の治療
	州エイズセンター	0	12	1992	HIV 感染者の発見、予防教育の普及
	州母子スクリーニングセンター	0	NA	NA	フェニケルトン尿症、甲状腺異常、先天異常を胎児の段階で発見して中絶
	州健康研究所	0	NA	NA	予防医学、環境医学、健康教育
	州青少年ポリクリニック	0	NA	NA	徴兵用身体検査
	州衛生検査センター	0	NA	NA	衛生面の検査を行う
州法医学センター	0	NA	NA	事故や暴力事件の被害者を医学面で調査	

出典：質問票回答などから作成

表 3-26 地区別（1次・2次レベル）保健医療機関数

地 区	地区中央病院	診療所*	SUB	ポリクリニック	SVP	SVA	FAP
ナボイ市				7	(0) 1		
カルマナ	1	1		2	(10) 15	(3) 1	
ナバホール	1		(0) 1	1	(8) 15	(8) 3	(4) 1
ヌラタ	1	1	(6) 4	2	(9) 13	(5) 2	(9) 9
キジリテポ	1	1		2	(18) 30	(4) 2	(8) 8
ハタルチ	1		(1) 1	1	(18) 24	(4) 3	(43) 29
カニメフ	1		(3) 2	1	(6) 9		(27) 22
ウチクドク	1	1	(5) 3	1	(2) 3	(1) 1	(16) 13
トンディ	1		(4) 3	1	(4) 5		(24) 24
ザラフシャンリ ハビリセンター					(3) 3		
合 計	8	4	(19) 14	18	(78) 118	(25) 12	(127) 106

\*：診療所はすべて結核診療所

注：2005年上期現在、カッコ内は2000年の数字

表 3-27 3次病院と2次病院の機能比較（2005年）

	診療圏 人口	病床数	医師数	総職員数	診療科数	1日当たり 外来患者数*	平均在院 日数*
州救急センター	81万	200	85	729	14	76	6.0
州小児病院	81万	125	35	308	7	26	8.0
キジリテポ地区中央病院	11万	465	187	1528	16	2809	10.7
ヌラタ地区中央病院	7.5万	226	92	591	6	1126	10.6
カニメフ地区中央病院	4万	220	57	659	20	754	9.6

出典：質問票回答より作成

\*：1日当たり外来患者数と平均在院日数は2004年の数字

表3-27に明らかなように、ナボイ州においては3次病院よりも2次病院のほうが病床数、医師数、診療科数などが多く、患者数もはるかに多いことがわかる。地区中央病院は広大な敷地にポリクリニック（外来）、救急センターを含めた必要施設・診療科がすべて揃っており、ローンや地元企業・有力者からの寄付を募って医療機材を購入しサービス改善にも努め、3次病院といっても遜色のないインフラ整備が既になされている。2次病院ではがんの診断はできるが治療はできないといった、医師の専門性を除けば3次病院と2次病院のサービスの差はあまりないと思われる。3次病院へのリファーは外来患者で5%、入院患者で15%（ヌラタ地区中央病院）程度とそれほど多くなく、逆に3次レベルからのアウトリーチ件数のほうが多くなっている。ナボイ市に隣接している地区もそれぞれ面積が広大なため、ナボイ市から地区中心まで車で1時間半程度かかる地区が多いという地理的特性から、3次レベルの病院機能を強化するより、2次レベルですべての医療サービスを提供できるよう望む声が地区側には強い。また、ヌラタ地区病院内の産院はローンにより高額な医療機材を揃えたことから、タシケントやカザフスタンからも患者が来るとのことであり、こうした特徴のある2次レベル病院を州全体の医療サービスの拠点として活用することも検討する必要がある。

ただし、病院側回答データに関しては、各病院に配分される予算金額が（特に3次病院では）患者数などをもとに算出されることから、実際に見学した際の病床稼働率や患者数より多く記入され

ている印象もあるので、実際の患者利用状況をできるだけ正確に把握する必要がある。

各病院の詳細なデータは、巻末の付属資料 3 の質問票回答を参照のこと。

### 3-4-2 職域病院

ナボイ州の特徴としてコンビナートや化学企業が独自財源（保健省管轄外）で運営する職域病院（表 3-28）の存在があり、他州とは異なる保健医療システムを形成している。鉱業冶金コンビナートはナボイ市に本社があり、ナボイ州に 3 つの病院を有するだけでなく、サマルカンド、ブハラ、カラカルパクスタン、さらにモスクワにも病院があり、重篤な患者はモスクワに航空機で搬送している。ナボイ市の職域病院（州救急センターに隣接している）には州で唯一の CT が最近導入されたほか、他市にある病院にも結石破碎装置、がんの放射線治療、眼科レーザー手術など最先端医療サービスが従業員対象にすべて無料で提供されており、特にザラフシャン市職域病院は「ウ」国でも随一のサービスレベルを誇るという。

表 3-28 ナボイ鉱業冶金コンビナート職域病院の概要

	医療衛生部 (ナボイ市)	医療衛生支部 (ザラフシャン市)	医療衛生支部 (ウチクドク市)	合計	州病院 全体	全国平均
病床数	380	425	131	935	3265	
医師数	255	232	96	583	1540	
看護師数	674	587	239	1500		
1日当たり 患者数	1726	1842	711			
病床占有率	92.0%	91.7%	91.7%			
がん有病率 (10万対)	155.7	65.2	105.6			67.7
診療対象人口	ナボイ市 12 万中 社員 2 万人のみ	ザラフシャン市 5 万 8,000 人全員	ウチクドク市民 のうち 1 万 2,000 人			
一般市民の 受診料	全額自己負担	無料	無料			

出典：州保健局

最近になってザラフシャン市の病院は同市内の 3 つの SVP からの一般患者の入院を受け入れるようになり、ウチクドク市の病院も地区中央病院からの重症患者に限って入院を受け入れ、どちらも患者負担はないが、あとで州保健局が必要経費を支払っている。また、ウチクドク職域病院は、隣接するトンディ地区の救急患者のためのアウトリーチも実施している。ナボイ市病院に関しては州保健局との交渉がまとまっておらず、従業員以外で 100% 治療費を負担できる（例えば入院 1 日 8,000 スム）富裕層のみが利用している。2004 年から職域病院（他州の病院も含め）のデータが州保健局に提出されるようになり、同病院患者におけるがん有病率の高さ（全国平均の 2 倍以上）、乳児死亡率の高さ（州平均 12.6 に対し、ウチクドク市職域病院 31.5）など工場から排出される有害物質の影響が類推される。

この 3 病院だけでナボイ州 3 次レベル病院（計 1,074 床）とほぼ同数のベッド数と豊富な専門医を有しており、化学企業やセメント企業の職域病院と合わせ、その医療資源を活用できれば遠隔地医療や州総合病院の問題も解決できる可能性はあり、今後の州保健局との協力関係を見極める必要があると思われる。



### 3-4-3 保健医療従事者

保健省は改革プログラムの中で、医師数の削減に取り組んでいる。医師の絶対数も年々減少し保健省の給与リストからはずれているが、その多くは民営化されたかつての国営企業に附属する病院に勤務していた医師、民間クリニックを開業した医師だと思われる。医師給与があまりに低いため医師を廃業して全く別のビジネスを始めるケースもあるという。

しかし、表3-24、表3-29にあるように、ナボイ州では人口当たり医師数は全国平均より低く、特に主要疾病に対する専門医の不足が深刻である。ナボイ州には医科大学がなく（看護学校が2つのみ）、環境問題もあるため、他州からあえてナボイに働きにくる医師は少なく、ナボイ州出身者以外の専門医の確保は難しいのが実情である。看護師については遠隔地では不足しているものの、ナボイ市周辺の地区では充足している。

今後、既存の多くの専門病院を統合して州総合病院を新設するとした場合でも、中間職などで発生する余剰は他のポストへ配置転換し、事務職もナボイ州は産業が多いので雇用は確保できると州保健局では考えている。実際に、Health 1 プロジェクトで多くのFAPやSVAが閉鎖されたのに伴い余剰人員が発生したが、新設されたSVPや他のポストへ配置転換することで雇用問題は発生しなかった。

表3-29 専門別医師数（2004年）

	総数		内科		外科		小児科	
	人数	人口1万対	人数	人口1万対	総数	人口1万対	総数	人口1万対
ナボイ州	1540	19.0	164	2.0	39	0.4	241	9.0
全国	70958	27.2	8351	3.2	2158	0.8	9793	10.8
	産婦人科		心臓科		呼吸器		がん	
	人数	人口1万対	人数	人口1万対	総数	人口1万対	総数	人口1万対
ナボイ州	116	2.8	10	0.1	4	0.05	11	0.1
全国	5700	4.3	900	0.3	219	0.08	343	0.1

出典：ウズベキスタン共和国保健医療機関統計2004、保健省

医学部卒業後数年で専門医になると、5年ごとに研修と資格認定試験を受けるシステムが旧ソ連時代は機能していたが、独立後は財政逼迫のため研修参加費が自己負担となったため、参加率は急激に低下し、ナボイ州では18%しか研修に参加できていない。専門医のスタンダードや医療サービスに係わる手順書が存在しない、もしくはあっても使用できないため、資格要件と実際に提供するサービスの間には大きなギャップがある。

### 3-4-4 アウトリーチ

「ウ」国の保健システムの特徴の1つとして、下位機関が上位機関に患者を紹介するだけでなく、上位機関の医師が下位機関に自ら出向いて、患者を治療するというアウトリーチ（旧ソ連時代は航空機を利用してのサービスが行われていたのにちなんで、航空衛生 Sanitary Aviation と呼んでいる）活動があげられる。アウトリーチには4半期に1回を目標に計画的に実施されるものと、救急患者の発生に応じて派遣されるものの2種類がある。計画的アウトリーチは、州保健局のチーフドクターをトップに複数の専門医が各地区へ出向き、救急アウトリーチは州救急センターがそれぞれの患者の症状に応じて、他病院にも声をかけて必要な専門医のチームを編成する。

表3-30に示したのは上位病院から各地区へのアウトリーチ件数だが、ナボイ市から約340km離

れたウチクドク市まで、ナボイ市から直接アウトリーチに出かけている。ただし、ザラフシャンとウチクドクの職域病院が、最近になって従業員以外の一般住民も一部受け入れるようになったので、職域病院の活動内容を正確に把握したうえで、ナボイ市から離れた地域での3次医療の提供方法を検討する必要があると思われる。

表3-30 地区別アウトリーチ実施件数（2004年）

	アウトリーチ実施件数		総患者数
	救急	計画	
カルマナ地区	49	1	50
ハタルチ地区	36	0	36
ナバホール地区	66	6	72
キジリテポ地区	57	1	58
ヌラタ地区	59	2	61
カニメフ地区	74	0	74
トンディ地区	8	1	9
ウチクドク地区	16	0	16
ザラフシャン市	7	0	7
ナボイ市	32	0	32
合計	404	11	415

出典：州保健局

表3-31 アウトリーチで出動した専門診療科別件数（2004年）

1. 産婦人科	59	9. 眼科	26
2. 外科	57	10. 神経科	23
3. 蘇生科	48	11. 心臓血管科	22
4. 産婦人科班	39	12. 新生児科	17
5. 脳外科	36	13. 外傷科	16
6. 感染症科	33	14. 結核科	16
7. 内分泌科	30	15. 血液科	15
8. 小児科	29	16. 内視鏡科	13

出典：州保健局

### 3-5 他ドナーの援助の動向

ナボイ州で活動している主要ドナーは世界銀行とUSAIDであり、どちらも1次レベルを対象としている。世界銀行は2005年から開始されたHealth 2プロジェクトで部分的に2次レベルも対象とするが、引き続きPHCレベルのサービス強化を目的としている点が変わらない。ADBは2次レベルの母子保健サービス強化を目的としたWCH(Woman and Child Health Development Project)を開始したが、対象6州の中にナボイは含まれていない。

また、「ウ」国には約450のNGOがあるといわれ、他州では国境なき医師団など国際NGOも活動しているが、ナボイ州で保健分野において活発な活動を行っているNGOに関しては情報が得られなかった。

#### 3-5-1 世界銀行

世界銀行は、1998年から2003年にかけてHealth 1プロジェクトを、ナボイ州、フェルガナ州、シルダリヤ州（「ウ」国の東部、中央部、西部から1州ずつ選択）の3州で実施した。2002年から

は砂漠地帯の代表としてカラカルパクスタン共和国とホレズム州も加えて、1次レベル医療施設(SVP)の建設・機材供与、医師の研修、予算制度変更を伴う財政マネジメント強化を通して、1次レベルサービスの改善を実現した。SVP という新たな外来専用の保健医療施設を設置することで、1次レベル保健医療サービスを1段階に簡素化し、近代的施設・機材を供与し、GPを育成することで1次レベルの施設でより幅広いサービスを提供できるようにした。また、従来は地区中央病院を経由して配分されていた予算を、医療圏の人口に応じて直接、州保健局からSVPに配分されるように変更し、1次レベルの施設に配分される予算の増大にも成功している。患者一人当たり保健予算は1999年に639スムだったのが、2004年には3450スムと5倍以上増加した。長期的には、地域保健の自立を目指している。

Health 1によりナボイ州では総額39億2311万スム(約3億9000万円)をかけて118のSVPが建設されただけでなく、一般医研修(470人)やWHO短期研修(657人)などに医療従事者が参加した。また、計66台のコンピューターが州保健局や地区中央病院に配備されたことで保健統計の電子化も進んでいる。Health 2では同様の活動を残りの全部の州に展開するが、ナボイ州においても引き続きSVPの建設(2005年に17か所)や医師の研修が実施される予定である。

### 3-5-2 USAID

USAIDは2000年から2005年にかけて、ナボイ州においてZdrav Plusプロジェクトを実施した。1996年から開始したZdravプロジェクトを継続したもので、世界銀行Health 1とプロジェクト全体で協調して1次レベルサービスの強化と新しい財政システムの構築を目指し、施設・機材供与やコミュニティ主体の健康教育やSVPでの財務マネジメント改善を行った。このほかにも1999年から母子保健プロジェクトを継続しているほか、看護師の海外研修も支援している。

なお、アンディジャン事件を受け、米国政府は「ウ」国に派遣していたピースコー隊員(約200名)を全員撤退させた。

## 第4章 本格調査の実施方針

### 4-1 調査の基本方針

#### (1) 本格調査の目的

- 1) ナボイ州で、特に3次レベルに重点を置いた保健医療サービス改善の具体的な計画が策定される。
- 2) 「ウ」国側カウンターパートに対して、調査を通じた技術移転を行う。

### 4-2 調査対象範囲

ナボイ州を対象とする。ただし、ナボイ州との比較を行うため、ブハラ州など他州においても調査を行う。

### 4-3 調査内容、項目

本調査では、ナボイ州における3次医療サービスのあり方に重点を置いたナボイ州の保健医療サービスの計画策定を主要目的とし、まず1次レベルから3次レベルまでの医療施設の現状調査や病院管理データを収集・分析し、広大な面積を有する地理的特性や疾病構造に則して、3次医療サービスのソフト面での役割・機能を明らかにしたうえで、あるべき3次医療体制の選択肢を示す。さらに、最適な案を比較検討・選定し、詳細計画を策定する。

#### (1) 現状調査（レビュー及びデータ収集）

- 1) ナボイ州における保健指標、疾病構造、死因分析
- 2) 1次、2次から3次レベルに至る既存の保健医療サービス供給体制の構造とサービス（施設・機材、医療従事者）のレベル
- 3) 既存の病院管理システムのデータ収集及び分析

#### (2) 基本戦略の策定

- 1) ナボイ州における目標年次の経済社会指標予測
- 2) ナボイ州における優先すべき疾病の選定
- 3) ナボイ州における到達すべき保健医療サービスの目標設定
- 4) 目標と現状とのギャップ分析

#### (3) ナボイ州における保健医療サービスの改善案

- 1) 3次医療サービスの役割と機能と定義
- 2) ナボイ州の地理的特性及び疾病構造に基づく医療圏の選択肢の提示
- 3) ナボイ州の3次医療施設の配置に関する選択肢の提示
- 4) 財務分析・効率性に基づく最適案の選定

#### (4) 3次医療サービスに求められる詳細計画の策定

- 1) 組織
- 2) 人材

- 3) 施設
- 4) 機材
- 5) 財政
- 6) 病院管理に関する情報

(5) ワークショップ及びセミナーの開催

#### 4-4 調査工程及び要員計画

##### (1) 調査工程

最長でS/Wにて「ウ」国側と合意した15か月とする。(以下は、13か月間で終える例)。

年 月	2005 12	2006 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
現地 作業	■					■				■		■	
国内 作業	□								□			□	□
報告書	IC/R			P/R					IT/R			DF/R	F/R

IC/R: Inception Report

P/R: Progress Report

IT/R: Interim Report

DF/R: Draft Final Report

F/R: Final Report

##### (2) 要員計画案

- 1) 総括／保健計画
- 2) 疫学1 (全期間にわたり調査を担当)
- 3) 疫学2 (現状調査の期間のみ調査を担当)
- 4) 病院管理1／保健財政
- 5) 病院管理2／情報分析
- 6) 機材計画
- 7) 施設計画

#### 4-5 調査実施体制

本件のカウンターパート機関は保健省及びナボイ州保健局長である。カウンターパートとなる人材のリストは、本格調査開始前までに保健省が JICA ウズベキスタン事務所へ提出する。また、円滑な調査実施のため、「ウ」側で保健省第一次官を長とするステアリングコミッティーを編成する。コミッティーのメンバーは、保健省次官、治療局長、母子保健局長、人材教育施設局長、経済財政局長、民営化・有料化局長、ナボイ州保健局長である。

#### 4-6 現地再委託（または調査補助員）

保健分野を得意とする民間コンサルタントは少なく、保健省や世界銀行などにもヒアリングした結果、本格調査のために推薦できるのは保健省保健研究所(Institute of Health)に所属する研究員であるとの意見で一致した。同研究所研究員は、DHS(Demographic and Health Survey)をはじめ、海外機関との共同調査の経験が豊富であり、地方における世帯調査などにおいても実績がある。

#### 4-7 調査用資機材

本格調査に必要な資機材は、ほとんど現地にて入手可能であるが、ナボイにはレンタカー、コンピューター、コピーなどの販売代理店がないため、基本的にすべてタシケントで手続きを行い、ナボイまで車で搬送することになると思われる。タシケントでの代理店に関する情報は JICA ウズベキスタン事務所が所有している。

#### 4-8 調査実施上の留意点

##### (1) 調査内容

- 1) 計画策定の目的は3次医療サービス強化によるナボイ州の保健医療サービスの改善とし、計画は実際の疾病構造に基づき優先づけを行う。
- 2) 限られた財源の中で、特に維持管理費用に留意して、効率的かつ質の高い保健医療サービスの計画策定を行う。改善案の策定段階で複数の選択肢が示され、「ウ」国側・日本側の議論により、費用対効果・実施可能性に基づいて最適案の選定を行う。詳細計画では「ウ」国側がとるべきアクションを含むこととする。
- 3) 計画は、「ウ」国の人口希薄な地域における保健医療サービスのモデルとなることを目指す。
- 4) 「ウ」国においては、得られたデータが実際の状況と乖離しているケースが多いため、情報のバイアスに十分留意すべきである。保健セクターにおいても、政府報告書には出てこないインフォーマルな制度(informal payment など)が混在しており、サービス利用者やドナーを含め幅広い関係者から情報を収集したうえで現状を分析することが肝要となる。
- 5) ナボイ州保健局内に、世界銀行 Health 2 及び USAID のプロジェクト・オフィス(スタッフは元ナボイ州保健局職員)があるので、十分に情報交換を行い、特に1次レベル医療の現状を把握すること。
- 6) ナボイ州においては産業公害の健康への影響が類推されているが、本調査の目的及び内容に鑑み、環境汚染のもととなる汚染源の詳細調査やその対策は調査の対象としない。優先疾病を選択する段階で、環境影響の大きい疾病が対象となる場合には、他の疾病と同様、それら疾病の早期発見・早期治療につながるような、3次医療サービスを中心とした保健医療システムの提言を調査の中で行うこととする。

##### (2) 調査環境(宿泊場所、連絡手段、治安状況等)

###### 1) 安全管理

「ウ」国をめぐる国際政治状況は流動的であり、テロ発生の可能性も含め、「ウ」国、日本側関係機関と密接に協議のうえ、十分な安全管理のもと、現地調査を実施すること。

###### 2) 宿泊施設

本格調査は前半はナボイ州で、後半(データ分析終了後)はタシケントで行うのが望ましい

が、州都ナボイ市には2つしかホテルがなく、老朽化しており長期滞在には適さない。ナボイにおいても民間アパートの賃貸は可能とのことなので、州保健局を通して交渉すること。ナボイ市内はレストランが少なく外食は限られるが、食材はバザールで調達可能。また、アパートに電話回線を通してもらえば現地プロバイダーを通じて電子メールは可能である。

### 3) 通信手段・車両

特にナボイは通信環境が悪く、公共の電話はほとんどなく、国際通話は電話局でしかできないため、現地調査においては携帯電話が不可欠である。ただし、通話可能なのは市街地のみであり、ザラフシャンやウチクドクなどへ現場踏査を行う際は、砂漠の中を数時間走行することになるため、衛星電話などで連絡手段を確保して実施すること。なお、ザラフシャン及びウチクドクまでの道路は舗装状況が良く、セダンで走行可能であるが、市中心部からさらに遠隔地に行く場合は4WDの必要性があるか州保健局に確認すること。

### 4) 通訳

タシケントにおいてはロシア語が通用するが、ナボイ州では統計・データはすべてウズベク語で作成されているため、ロシア語・ウズベク語の両方ができる通訳を現地で雇用する必要がある。英語が使えるのはタシケントのホテルやレストランなどに限られ、中央省庁でも英語を理解する人材はほとんどいないため、正式な報告書以外でも文書を提出する際はロシア語に翻訳すること。

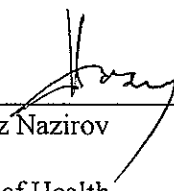
## 付 属 資 料

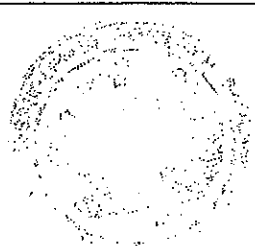
1. S/W 及び M/M
2. 主要面談者リスト
3. 質問票
4. 収集資料リスト
5. 打合せ議事録
6. 事前評価表



SCOPE OF WORK  
FOR  
THE STUDY  
ON  
THE REFORM OF HEALTH CARE SERVICES  
IN NAVOI REGION  
IN  
THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN  
AGREED UPON BETWEEN  
MINISTRY OF HEALTH  
AND  
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY

Tashkent, 21 July, 2005

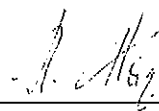
  
\_\_\_\_\_  
Mr. Feruz Nazirov  
Minister  
Ministry of Health



  
\_\_\_\_\_  
Ms. Kae Yanagisawa  
Leader of the Preparatory Study Team  
Japan International Cooperation Agency  
(JICA)



<Witnessed by>

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Abdurakhmon Nasirov  
Chief  
Navoi Regional Health Care Administration

## **I. INTRODUCTION**

In response to the request of the Government of the Republic of Uzbekistan (hereinafter referred to as "the Government of Uzbekistan"), the Government of Japan decided to conduct the Study on the Reform of Health Care Services in Navoi Region in the Republic of Uzbekistan (hereinafter referred to as "the Study") in accordance with the relevant laws and regulations in force in Japan.

Accordingly, the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA"), the executing agency responsible for the implementation of the technical cooperation programs of the Government of Japan, will undertake the Study in close cooperation with the authorities concerned of the Government of Uzbekistan.

The present document sets forth the Scope of Work with regard to the Study and will be valid after the notification of approval by JICA Uzbekistan Office to the Uzbekistan side.

## **II. OBJECTIVES OF THE STUDY**

The objectives of the Study are:

1. To formulate a concrete program for the improvement and reform of health care services in Navoi Region with special emphasis on the reform of tertiary level.
2. To pursue technology transfer to the counterpart personnel in the course of the Study.

## **III. STUDY AREA**

The Study will cover the whole Navoi Region, and other regions for comparison.

## **IV. SCOPE OF THE STUDY**

In order to achieve the objectives mentioned above, the Scope of Work for the Study shall cover the following items:

1. Basic study (review and collection of data)
  - (1) Health indicators, structure of diseases and analysis of mortality in Navoi Region
  - (2) Structure of existing health care service delivery from tertiary, secondary to primary level and the level of its service (facility and equipment, human resources)

(3) Data collection and analysis on existing hospital management system

2. Formulation of Basic Strategy

(1) Projection of economic and social indicators of the target year in Navoi Region

(2) Selection of priority diseases in Navoi Region

(3) Achievement goals of health care services in Navoi Region

(4) Analysis of gaps between the goal and the present situation

3. Improvement plan for health care services in Navoi Region

(1) Definition of roles and functions of tertiary level services

(2) Presentation of options for zoning of service areas based on geographical situations and structure of diseases in Navoi Region

(3) Presentation of options for allocation of tertiary service facilities in Navoi Region

(4) Selection of optimal plan based on financial analysis and effectiveness

4. Detailed plan on selected tertiary level health care services

(1) Organization

(2) Human Resources

(3) Facility

(4) Equipment

(5) Finance

(6) Information analysis on hospital management

5. Workshops and seminars

**V. SCHEDULE OF THE STUDY**

The Study will be carried out in accordance with the tentative schedule attached in Appendix 1.

**VI. REPORTS**

JICA shall prepare and submit the following reports in English and Russian to the Government of Uzbekistan.

1. Inception Report:

Fifteen (15) English copies and thirty (30) Russian copies at the commencement of the Study.

 2



2. Progress Report

Fifteen (15) English copies and thirty (30) Russian copies in the middle of the Study.

3. Interim Report

Fifteen (15) English copies and thirty (30) Russian copies in the middle of the Study.

4. Draft Final Report

Fifteen (15) English copies and thirty (30) Russian copies in the middle of the Study.

The Government of Uzbekistan shall submit comments within one (1) month after the receipt of the Draft Final Report.

5. Final Report

Twenty (20) English copies and forty (40) Russian copies within one (1) month after the receipt of the comments on the Draft Final Report.

**VII. UNDERTAKINGS OF THE GOVERNMENT OF UZBEKISTAN**

1. To facilitate the smooth conduct of the Study, the Government of Uzbekistan shall take necessary measures:

(1) To permit the members of the Team to enter, leave and sojourn in the Republic of Uzbekistan for the duration of their assignments therein and exempt them from foreign registration requirements and consular fees;

(2) To exempt the members of the Team from taxes, duties and any other charges on equipment, machinery and other material brought into the Republic of Uzbekistan for the implementation of the Study;

(3) To exempt the members of the Team from income tax and charges of any kind imposed on or in connection with any emoluments or allowances paid to the members of the team for their services in connection with the implementation of the Study; and

(4) To provide necessary facilities to the Team for the remittance as well as utilization of the funds introduced into the Republic of Uzbekistan from Japan in connection with the implementation of the study.

2. The Government of the Republic of Uzbekistan shall bear claims, if any arises, against the members of the Team resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with, the discharge of their duties in the implementation of the Study, except when such claims arise from gross negligence or willful misconduct on the part of the team.

3. Ministry of Health shall, at its own expense, provide the Team with the following, in cooperation with other organizations concerned :

- (1) Security-related information on as well as measures to ensure the safety of the Team;
- (2) Information on as well as support in obtaining medical service;
- (3) Available data (including maps and photographs) and information related to the Study;
- (4) Counterpart personnel;
- (5) Suitable office space with necessary equipment; and
- (6) Credentials or identification cards.

### **VIII . CONSULTATION**

JICA and the Ministry of Health shall consult with each other in respect of any matter that may arise from or in connection with the Study.



4



Appendix I. The Schedule of the Study

Months	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Work Schedule															
Reports	IC/R			P/R					IT/R				DF/R		F/R

Note:

IC/R: Inception Report

P/R: Progress Report

IT/R: Interim Report

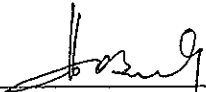
DF/R: Draft Final Report

F/R: Final Report


ОБЪЕМ РАБОТ

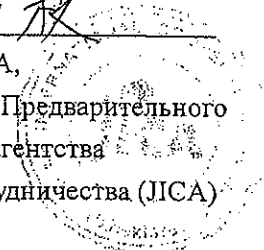
ПО ИЗУЧЕНИЮ РЕФОРМИРОВАНИЯ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В  
НАВОЙСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН, СОГЛАСОВАННЫЙ  
МЕЖДУ МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН И  
ЯПОНСКИМ АГЕНТСТВОМ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА (JICA)

Ташкент, 21 июля 2005 г.

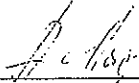
  
г-н Феруз НАЗИРОВ,  
Министр здравоохранения Республики  
Узбекистан



  
г-жа Каэ ЯНАГИСАВА,  
Руководитель Группы Предварительного  
Изучения Японского агентства  
международного сотрудничества (JICA)



В качестве наблюдателя

  
д-р Абдурахмон НАСИРОВ  
Начальник Управления здравоохранения  
Хокимията Навоийской области

## **I. ВВЕДЕНИЕ**

В соответствии с заявкой Правительства Республики Узбекистан (ниже – «Правительство Узбекистана»), Правительство Японии приняло решение о проведении Изучения Реформирования услуг здравоохранения в Навоийской области Республики Узбекистан (ниже – «Изучение»), в соответствии с относящимися к этому вопросу законами и нормативными актами, действующими в Японии.

В связи с этим Японское Агентство Международного Сотрудничества (ниже – «JICA»), являющееся исполнительным агентством, отвечающим за реализацию программ технического сотрудничества Правительства Японии, предпримет Изучение, действуя в тесном сотрудничестве с соответствующими ведомствами Правительства Узбекистана.

Настоящий документ устанавливает Объем Работ по Изучению и вступит в силу после передачи Узбекостанской стороне Представительством JICA в Узбекистане уведомления об утверждении.

## **II. ЦЕЛИ ИЗУЧЕНИЯ**

Изучение имеет следующие цели:

1. Сформулировать конкретную программу совершенствования и реформирования услуг здравоохранения в Навоийской области с особым акцентом на реформирование областного уровня медицинского обслуживания.
2. Осуществить в ходе Изучения передачу опыта, навыков и знаний персоналу стороны-партнера.


## **III. ЗОНА ИЗУЧЕНИЯ**

Изучение будет охватывать всю Навоийскую область, а также некоторые другие области, в целях сопоставления.

## **IV. ОБЪЕМ ИЗУЧЕНИЯ**

В интересах достижения вышеуказанных целей, Объем Работ по Изучению будет включать следующие пункты:

1. Базовое изучение (обследование материалов и сбор данных)
  - (1) Индикаторы, характеризующие сферу здравоохранения, а также структура заболеваний и анализ причин смертности в Навоийской области





- (2) Структура имеющейся в настоящее время системы услуг здравоохранения, а также уровень обслуживания - от первичного до вторичного и третичного уровней медобслуживания (объекты и оборудование, кадровые ресурсы)
- (3) Сбор данных и анализ имеющейся в настоящее время системы больничного менеджмента

## 2. Формулирование базовой стратегии

- (1) Перспективная оценка экономических и социальных индикаторов для Навоийской области в целевом году
- (2) Выбор приоритетных для Навоийской области заболеваний
- (3) Цели, которые должны быть достигнуты службой здравоохранения в Навоийской области
- (4) Анализ разрыва между целями и положением, имеющимся в настоящее время

## 3. Разработка Плана совершенствования службы здравоохранения в Навоийской области

- (1) Определить роль и функции, выполняемые медучреждениями областного уровня
- (2) Представить некоторые варианты путем сравнительного изучения зонирования обслуживаемых территорий с учетом географических условий и структуры заболеваний в Навоийской области
- (3) Представить некоторые варианты путем сравнительного изучения расположения объектов медобслуживания третичного уровня в Навоийской области
- (4) Выбрать оптимальный план на основе финансового анализа и эффективности

## 4. Подробный план выбранных услуг здравоохранения, относящихся к третичному уровню

- (1) Организация
- (2) Кадровые ресурсы
- (3) Объекты
- (4) Оборудование
- (5) Финансы
- (6) Анализ информации для больничного менеджмента

## 5. Воркшопы (рабочие семинары) и семинары

## V. ГРАФИК ИЗУЧЕНИЯ

Изучение будет проведено в соответствии с предварительным графиком, указанным в Приложении 1.

## VI. ОТЧЕТЫ



ЛСА подготовит и представит Правительству Узбекистана следующие отчеты на английском и русском языках.

1. Первоначальный отчет:

Пятнадцать (15) экземпляров на английском языке и тридцать (30) экземпляров на русском языке при начале Изучения.

2. Отчет о ходе работ

Пятнадцать (15) экземпляров на английском языке и тридцать (30) экземпляров на русском языке на промежуточном этапе Изучения.

3. Промежуточный отчет

Пятнадцать (15) экземпляров на английском языке и тридцать (30) экземпляров на русском языке на промежуточном этапе Изучения.

4. Проект Окончательного отчета

Пятнадцать (15) экземпляров на английском языке и тридцать (30) экземпляров на русском языке на промежуточном этапе Изучения.

Правительство Узбекистана представит свои замечания в течение одного (1) месяца после получения Проекта Окончательного отчета.

5. Окончательный отчет

Двадцать (20) экземпляров на английском языке и сорок (40) экземпляров на русском языке в течение одного (1) месяца после получения замечаний по Проекту Окончательного отчета.

## **VII. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПРАВИТЕЛЬСТВА УЗБЕКИСТАНА**

1. Для содействия гладкому и беспрепятственному проведению Изучения Правительство Узбекистана примет следующие необходимые меры:

- (1) Разрешит членам Группы въезд, выезд и пребывание в Республике Узбекистан на время выполнения их рабочих обязанностей в этой стране, а также освободит их от требований в отношении регистрации иностранцев и от консульского сбора;
- (2) Освободит членов Группы от налогов, пошлин и других сборов на оборудование, технику и другие материалы, ввозимые в Республику Узбекистан для проведения Изучения;
- (3) Освободит членов Группы от подоходного налога и сборов любого рода, налагаемых на заработки или пособия, выплачиваемые членам Группы за их работу в связи с проведением Изучения, или в связи с названными заработками/пособиями;
- (4) Обеспечит Группу необходимыми условиями/услугами для перевода и использования денежных средств, передаваемых в Республику Узбекистан из Японии в связи с

проведением Изучения.

2. Правительство Республики Узбекистан обязуется взять на себя иски и претензии (в случае возникновения таких исков и претензий) в отношении членов Группы, происходящие из выполнения членами Группы своих обязанностей по проведению Изучения, или же возникающие в ходе Изучения или иным образом связанные с ним, за исключением исков/претензий, связанных с грубой небрежностью или умышленными неправомерными действиями со стороны Группы.
3. Министерство здравоохранения за свой счет и сотрудничая при этом с другими имеющими отношение к этому вопросу организациями обеспечит Группу следующим:
  - (1) Информацией по вопросам безопасности, а также мерами обеспечения безопасности Группы;
  - (2) Информацией в отношении получения медицинского обслуживания, а также помощью в получении медицинских услуг;
  - (3) Связанными с Изучением имеющимися данными (включая карты и фотографии) и информацией;
  - (4) Партнерским персоналом;
  - (5) Подходящим офисным помещением с необходимым оборудованием
  - (6) Рекомендательными письмами или удостоверениями

## **X. КОНСУЛЬТАЦИИ**

ЛСА и Министерство здравоохранения Узбекистана будут консультироваться друг с другом по любым вопросам, которые могут возникнуть по причине Изучения или в связи с ним.



Приложение I. График Изучения

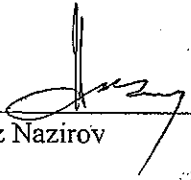
Месяцы	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
График работы															
Отчеты	IS/R			P/R					IT/R				DF/R		F/R

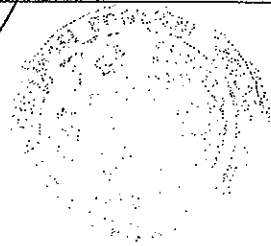
Обозначения:

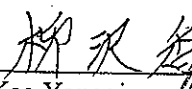
- IS/R: Первоначальный отчет
- P/R: Отчет о ходе работы
- IT/R: Промежуточный отчет
- DF/R: Проект окончательного отчета
- F/R: Окончательный отчет


MINUTES OF MEETINGS  
FOR  
THE STUDY  
ON  
THE REFORM OF HEALTH CARE SERVICES  
IN NAVOI REGION  
IN  
THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN  
AGREED UPON BETWEEN  
MINISTRY OF HEALTH  
AND  
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY

Tashkent, 21 July, 2005

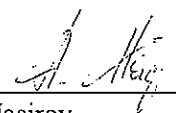
  
\_\_\_\_\_  
Mr. Feruz Nazirov  
Minister  
Ministry of Health



  
\_\_\_\_\_  
Ms. Kae Yanagisawa  
Leader of the Preparatory Study Team  
Japan International Cooperation Agency  
(JICA)



<Witnessed by>

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Abdurakhmon Nasirov  
Chief  
Navoi Regional Health Care Administration

The Japan International Cooperation Agency dispatched the Preparatory Study Team to the Republic of Uzbekistan from July 12 to August 4, 2005, to discuss and agree on the Scope of Work (hereinafter referred to as "S/W") for the Study on the Reform of Health Care Services in Navoi Region in the Republic of Uzbekistan (hereinafter referred to as "the Study.")

The Team carried out field surveys and held a series of discussions with the Ministry of Health (hereinafter referred to as "MOH") and other authorities concerned.

The Minutes of Meetings (hereinafter referred to as "M/M") summarize the result of discussions held between the JICA Preparatory Study Team and the concerned agencies of the Government of the Republic of Uzbekistan. The list of attendants is attached in the Appendix.

### **1. Language**

The Uzbekistan side and the Japanese side agreed that the S/W and M/M be prepared in both English and Russian text, each one being equally authentic. In the case of any divergence of interpretation, the English text shall prevail.

### **2. The Title of the Study**

Both sides agreed that the Study title would be "the Study on the Reform of Health Care Services in Navoi Region in the Republic of Uzbekistan."

### **3. Approach of the Study**

Both sides agreed that;

- (1) The objective of the plan would be improvement of health care services in Navoi Region through strengthening of tertiary level services;
- (2) Priority in the plan would be given based on the actual structure of diseases;
- (3) The plan would focus on efficient and quality health care services in limited financial resources of Navoi Region, with special attention to the operation and maintenance cost;
- (4) Several options would be presented in the improvement plan, and through discussions between both sides, the optimal plan would be selected based on cost-effectiveness and feasibility. The detailed plan would include recommendations of actions to be taken by the Uzbekistan side for the implementation; and
- (5) The plan would be aimed at being the model of health care services in sparsely populated regions in Uzbekistan.

### **4. Target Year**

Both sides agreed to set the target year of the plan up to 2010.

### **5. Study Area**

Both sides agreed that the Study area would be the whole Navoi Region, and the Study would be conducted in other regions for comparison with Navoi Region, while the Study team would not conduct surveys in the areas for which JICA, based on the security reasons, provide to the team the



warning of not entering.

## **6. The Counterpart Personnel**

Both sides agreed that MOH would assign suitable persons as counterpart personnel in advance of the commencement of the Study. The counterpart personnel will jointly work at all times with the Study Team as core facilitators and focal points. The member list of the Counterpart team should be submitted to JICA Uzbekistan Office not later than the commencement of the Study. In the course of the Study, whenever the necessity arises, additional counterpart personnel will be assigned.

## **7. The Steering Committee**

The Uzbekistan side will set up a Steering Committee for smooth implementation of the Study. The committee will be chaired by First Deputy Minister of Health, and comprised of representatives of concerned ministries and agencies shown below. The chairman may invite representatives from other relevant ministries, departments and agencies, whenever necessary.

- (1) Deputy Minister of Health
- (2) Chief of Main Treatment Department of MOH
- (3) Chief of Main Maternal and Child Health Department of MOH
- (4) Chief of Main Department of Human Resources and Educational Institutions of MOH
- (5) Chief of Economic and Finance Department of MOH
- (6) Chief of Main Department of Privatization and Paid Services of MOH
- (7) Chief of Navoi Regional Health Care Administration

## **8. Reports**

- (1) Both sides agreed that the Study reports would be open to the public in order to achieve maximum use of the Study.
- (2) Both sides agreed that all the reports would be principally prepared in English and Russian as indicated in S/W. Yet, both sides further agreed that the Draft Final Report and Final Report's annexed documents such as data sets, maps and drawings would be available only in English. In the case of any divergence of interpretation, the English text shall prevail.

## **9. Undertakings of the Government of the Republic of Uzbekistan**

Regarding the necessary vehicles of the Study, the Uzbekistan side, due to its budgetary constraints, requested to the Japanese side to prepare them at JICA's expense.



APPENDIX

LIST OF ATTENDANTS

(Uzbekistan side)

Ministry of Health

Mr. Feruz Nazirov	Minister
Dr. Abdukhakim Khadjibaev	First Deputy Minister
Dr. Marat Khodjibekov	Deputy Minister
Mr. Abdunamon Siddikov	Chief of External Economic Department
Dr. Abdurakhmon Nasirov	Chief, Navoi Regional Health Care Administration

(Japanese side)

Preparatory Study Team

Ms. Kae Yanagisawa	Team Leader (Resident Representative of JICA Uzbekistan Office)
Dr. Akira Hashizume	Health Administration
Mr. Takao Sugimoto	Hospital Management
Mr. Kenichi Ito	Study Planning
Ms. Shiho Sasada	Health Care System
Ms. Etsuko Kurozumi	Interpreter

JICA Uzbekistan Office

Dr. Rano Sabitova	In-House Consultant in Health Sector
-------------------	--------------------------------------




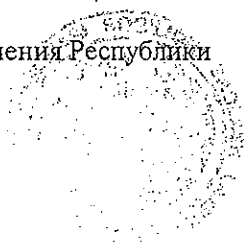



ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЙ

ПО ИЗУЧЕНИЮ РЕФОРМИРОВАНИЯ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В НАВОИЙСКОЙ  
ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН, СОГЛАСОВАННЫЙ МЕЖДУ  
МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН И ЯПОНСКИМ  
АГЕНТСТВОМ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА (JICA)

Ташкент, 21 июля 2005 г.

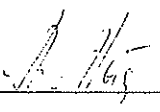
  
г-н Феруз НАЗИРОВ,  
Министр здравоохранения Республики  
Узбекистан



  
г-жа Казэ ЯНАГИСАВА  
Руководитель Группы Предварительного  
Изучения Японского агентства  
международного сотрудничества (JICA)



В качестве наблюдателя

  
\_\_\_\_\_

д-р Абдурахмон НАСИРОВ  
Начальник Управления здравоохранения  
Хокимията Навоийской области

Японское Агентство Международного Сотрудничества направило в Республику Узбекистан на срок с 12 июля по 4 августа 2005 г. Группу Предварительного Изучения с целью обсуждения и согласования Объема Работ (ниже именуется О/Р) по Изучению Реформирования услуг здравоохранения в Навоийской области Республики Узбекистан (ниже – «Изучение»).

Группа провела полевые обследования, а также ряд обсуждений с Министерством здравоохранения (ниже – «МЗ») и другими организациями, имеющими отношение к этому вопросу.

Протокол заседаний (ниже – «П/З») обобщает результаты обсуждений между Группой Предварительного Изучения ЛСА и соответствующими ведомствами Правительства Республики Узбекистан. Список присутствовавших лиц приводится в Приложении.

### **1. Язык**

Узбекская и Японская стороны согласились, что О/Р и П/З будут составлены как на английском языке, так и на русском языках, причем тексты на обоих языках будут иметь силу оригинала. В случае каких-либо расхождений в толковании приоритет отдается тексту на английском языке.

### **2. Название Изучения**

Обе стороны согласны с тем, что Изучение будет именоваться «Изучению Реформирования услуг здравоохранения в Навоийской области Республики Узбекистан».

### **3. Позиции, с которых будет проводится Изучение**

Обе стороны согласились со следующим:

- (1) Цель составления Плана заключается в совершенствовании службы здравоохранения в Навоийской области посредством усиления медобслуживания областного уровня;
- (2) Приоритетные направления Плана будут отобраны, основываясь на имеющейся в настоящее время структуре заболеваний в Навоийской области;
- (3) План должен быть сфокусирован на вопросе об эффективных и качественных услугах в сфере здравоохранения в условиях ограниченных финансовых ресурсов Навоийской области, причем особое внимание следует обратить на эксплуатационные затраты и затраты на техобслуживание и текущий ремонт;
- (4) Некоторые варианты Плана будут разработаны в целях дальнейшего совершенствования имеющихся планов, обсуждаемых между обеими сторонами, и из них будет отобран Оптимальный план с учетом его затраты-эффекта и осуществимости. Более подробно проработанный Оптимальный план должен включать рекомендации для Узбекской стороны в отношении действий его реализации.
- (5) Цель Плана - представить образцовую модель для других аналогичных областей с учетом

низкой плотности населения и огромной территории.

#### **4. Целевой год**

Обе стороны согласились установить 2010 г. целевым годом Плана.

#### **5. Зона Изучения**

Обе стороны согласились с тем, что зоной Изучения будет вся Навоийская область, а также некоторые области для изучения и сопоставления с Навоийской областью. Вместе с тем, Группа Изучения не будет проводить обследования в районах, в отношении которых ЛСА предупредит ее о воздержании от въезда в связи с соображениями безопасности.

#### **6. Партнерский персонал**

Обе стороны согласились, что МЗ назначит надлежащих лиц в качестве партнерского персонала до начала проведения Изучения. Партнерский персонал будет постоянно работать вместе с Группой Изучения в качестве координаторов и контактных лиц. Список членов Партнерской группы должен быть передан в Представительство ЛСА в Узбекистане не позже начала проведения Изучения. В любом случае, когда в ходе проведения Изучения возникнет необходимость, будет назначен дополнительный партнерский персонал.

#### **7. Координационная комиссия**

В интересах гладкого и беспрепятственного проведения Изучения Узбекская сторона учредит Координационную комиссию. Председателем комиссии будет первый заместитель Министра здравоохранения, а членами комиссии будут представители, перечисленные ниже. В случае необходимости председатель комиссии может приглашать в нее представителей имеющих отношение к данному вопросу министерств, департаментов и ведомств.

- (1) Заместитель Министра здравоохранения
- (2) Начальник Главного Управления оказания медпомощи Минздрава
- (3) Начальник Главного Управления охраны материнства и детства Минздрава
- (4) Начальник Главного Управления кадров и учебных заведений Минздрава
- (5) Начальник Главного экономического и финансового Управления Минздрава
- (6) Начальник Главного Управления приватизации и платных услуг Минздрава
- (7) Начальник Управления здравоохранения Хокимията Навоийской области

#### **8. Отчеты**

- (1) Обе стороны согласились, что отчеты Изучения будут открыты общественности в интересах обеспечения максимального использования Изучения.
- (2) Обе стороны согласились, что отчеты, в принципе, будут составляться на английском и русском языках, как указано в О/Р. При этом, однако, обе стороны согласны с тем, что такие документы-приложения к Проекту Окончательного отчета, как карты и чертежи, будут только на английском языке. В случае каких-либо расхождений в толковании приоритет будет иметь текст на английском языке.



### 9. Обязательства Правительства Республики Узбекистан

Что касается автомобилей, требующихся для Изучения, то Узбекская сторона в связи с бюджетными ограничениями попросила Японскую сторону подготовить их за счет расходов ЛСА. Японская сторона указала в протоколе, что передаст эту просьбу в головной офис ЛСА в Токио для рассмотрения.



## Приложение

### Список присутствовавших в подписании Протокола заседаний лиц

#### Узбекская сторона

##### Министерство здравоохранения

1. г-н Феруз НАЗИРОВ – Министр здравоохранения
2. г-н Абдухаким ХАДЖИБАЕВ – Первый заместитель Министра здравоохранения
3. г-н Марат ХОДЖИБЕКОВ – Заместитель Министра здравоохранения
4. г-н Абдуномон СИДИКОВ – Начальник Департамента внешнеэкономических и международных связей Минздрава
5. г-н Абдурахмон НАСИРОВ - Начальник Управления здравоохранения Хокимията Навоийской области

#### Японская сторона

##### Группа Предварительного Изучения JICA

1. (г-жа ) ЯНАГИСАВА Каз

Руководитель Группы

Директор Представительства JICA в Узбекистане

2. ХАСИДЗУМЭ Акира (д-р медицины)

Управление здравоохранением

Исполнительный технический советник Генерального директора Департамента развития людских ресурсов JICA

3. (г-н) СУГИМОТО Такао

Больничный менеджмент

Заместитель начальника Департамента международного сотрудничества Больницы Св. Марии

4. (г-н) ИТО Кэнъити

Планирование Изучения

Группа подготовки персонала здравоохранения, Группа III (Здоровье-I),

Департамент развития людских ресурсов JICA

5. САСАДА Сихо (магистр общ. здравоохранения)

Система здравоохранения

Консультант по социальному развитию и общественному здравоохранению

Компания RECS Интернэшнл Инк.

6. (г-жа) КУРОДЗУМИ Эцуко

Переводчик

Японский центр международного сотрудничества (JICE)

##### Представительство JICA в Узбекистане

1. (д-р) Рано САБИТОВА

## 2. 主要面談者リスト

### <保健省>

Mr. Feruz Nazirov	Minister
Dr. Abdukhakim Khadjibaev	First Deputy Minister
Dr. Marat Khodjibekov	Deputy Minister
Mr. Abdunamon Siddikov	Chief of External Economic Department
Dr. Alijon Dadajonov	Deputy Chief of External Economic Department
Dr. Farkhad Akilov	Chief of Department of Human Resources and Educational Institutions
Dr. Klara Yadgarova	Chief of Maternal and Child Health Department
Dr. Shukhrat Mashimov	Chief of Treatment Department
Dr. Agzamov	Chief of Department of Restructuring and Reform
Dr. Elkin Fayzulloev	Deputy Chief of Finance Department

### <世界銀行>

Mr. Jamshid Maksumov	Deputy Director, Joint Project Implementation Bureau of Health II and Maternal and Child Health Project
----------------------	---

### <アジア開発銀行>

Mr. Yuki Shiroishi	Health Specialist, Social Sectors Division, East and Central Asia Department
--------------------	--

### <米国開発援助庁>

Dr. Benjamin Mills	Health Advisor, Central Asia Republics
--------------------	--

### <ナボイ州財務局>

Mr. Yorqin Ergashevich	Chief of Navoi Finance Department
------------------------	-----------------------------------

### <ナボイ州保健局>

Dr. Abdurakhmon Nasirov	Chief of Navoi Health Care Administration
Dr. Najmuddin Shadiev	Deputy Chief of Navoi Health Care Administration
Dr. Isomiddin Nodirov	Chief of Statistics and Information Dep.
Ms. Maksudo Norova	Chief of Planning Economic Department
Dr. Ochilov Kholmurod	Chief of Privatization and Self-financing Dep.
Dr. S.S. Shamsiev	Chief Doctor of Internal Medicine

### <ナボイ州医療施設>

Dr. Nizom Siddikov	Chief Doctor of Navoi Children's Hospital
Dr. Bakhiyer Yangiev	Chief Doctor of Navoi Emergency Care Center
Dr. Eric Batirbaev	Deputy Chief Doctor of Navoi Emergency Care Center

Dr. Saen Bekmirzaev  
Dr. T. I Makhmudov  
Dr. Shaim Nabiev

Chief Doctor of Oncology Dispensary  
Chief Doctor of Eye Hospital  
Chief Doctor of Kiziltepa Central District  
Hospital

Dr. Shavkat Khalilov

Chief Doctor of Nurota Central District  
Hospital

Dr. Kholnazar Tuksoubaev

Chief Doctor of Kiineh District Hospital

Dr. V. T Saidor

Chief Doctor of Navbahor District Hospital

Dr. Bozorova Rokhila Ibadovna

Deputy Chief Doctor of Karmana District  
Hospital

<ブハラ州医療施設>

Dr. Bakhtiyer Rasulev

Chief Doctor of Bukhara Regional Hospital

Dr. Mamur Abdu

Chief Doctor of Bukhara Emergency Care  
Center

<在ウズベキスタン日本大使館>

楠本 祐一

特命全権大使

北村 弘子

三等書記官

<JICA ウズベキスタン事務所>

柳沢 香枝

所長

浅見 栄次

所員

Dr. Rano Sabitova

在外専門調整員

Dr. Angela Rakhimova

在外専門調整員