

**コソボ・アルバニア
保健セクター情報収集・確認調査
ファイナル・レポート**

平成 26 年 7 月

(2014 年)

独立行政法人

国際協力機構 (JICA)

株式会社フジタ プランニング

7R
CR (3)
14-013

要約

要 約

コソボ共和国

1. 本調査の背景と概要

わが国はコソボ共和国（以下、「コ」国という。）に対する援助重点分野である「行政能力の向上と人材育成」を目的として、本邦受入れ研修による人材育成を、また、草の根無償のスキームを活用し救急車の供与を行い「コ」国の救急医療サービスの機能強化等に貢献している。加えて、我が国の国際保健外交戦略の趣旨に鑑み、日本の健康医療産業及びその技術力を活かした協力可能性の検討が期待されている。今後わが国が当該分野において効果的・効率的な支援を展開するために必要な情報が不足していることから、本調査により「コ」国保健セクターの包括的かつ最新の情報を収集し、協力の方向性を検討することとした。

「コ」国では2014年4月1日から同17日にかけて現地調査を実施した。当該国における保健セクターの基礎情報を収集すると共に、「コ」国保健省が関与する事業については、これまでの実績に加え、今後の計画やニーズ、更に国際ドナー国・機関の支援動向についても調査した。また、わが国による支援分野と適応スキームについても保健省関係者と意見交換を重ねた。

2. 「コ」国および同国保健セクターの概要

「コ」国は、面積10,887平方km（岐阜県に相当）、人口約180万人を有するバルカン半島のほぼ中央に位置する国である。2008年2月にセルビア共和国より独立を宣言し、その後安定した経済成長を続けているものの、2013年の一人あたり国民総所得（GNI per capita）は3,890米ドル（世界銀行）と、バルカン地域では最貧国の一つである。

「コ」国政府が策定した「国家開発計画（Program of the Government of Kosovo 2011-2014）」では、4つの主要開発課題（①持続的経済成長、②ガバナンスの向上と法の支配、③人的資源開発、④社会福祉）が掲げられており、現在、これら課題解決に向けた取組みが進められている。保健分野においては、「保健セクター戦略（Health Sector Strategy 2010-2014）」において、ヘルスセクター・リフォームによる国民への質の高い医療サービスの提供を目指し、医療関連法規の整備や1次から3次医療施設の拡充と整備に重点をおいた政策が進められている。

独立宣言以降現在に至るまで、保健分野では多くの関連法規が国会で審議・認証されるような機運にあるものの、医療財源の確保、医療人材の確保・育成、医療施設インフラ及び医療機材の更新整備、適切な医薬品の調達・配布といった分野では、未だ十分といえる資本投下と整備を成し得ていない状況にある。「コ」国保健省は、これらの課題を解消するために国際ドナー国・機関の支援を受け、ガバナンス（意思決定や合意システム）の強化、医療保険制度の導入による財源確保の促進、医薬品管理体制の強化、医療情報管理システム（HMIS）の導入など、総花的なヘルスセクターリフォームを進めている。また、2・3次医療サービス施設の整備事業としてコソボクリニカルセンター（University Clinical Center of Kosovo、以下、「UCCCK」という。）の機能拡充を進めている状況にある。

援助動向については、まず、「コ」国のヘルスセクター・リフォームの根幹を成す医療保険制度の整備や医療に関連する法規の整備については、ルクセンブルグ政府による技術支援や世界銀行のソフトローンを拠り所に（約25百万米ドル、世界銀行理事会と「コ」国議会の認証が必要。2014年末か

ら5年間プロジェクトとして計画)、ガバナンスの強化や法整備が実施されている。次に、2・3次医療施設・機材の整備については、UCCKにおける心臓外科手術棟の建設と関連する機材の整備、更に、救命救急センターの建設と機材整備が、オーストリア政府(4.6百万ユーロ)とイスラム開発銀行(約30百万ユーロ)のソフトローンを活用の上で実施するという計画が検討されている(救命救急センターの借入れについては「コ」国財務省と交渉中である)。

3. 「コ」国における課題と案件形成への提言

(1) 疾病構造の変化

近年、循環器疾患、腫瘍、外傷性事故などの早期の診断と処置を要する疾病、予防啓発が求められる疾病が増加傾向にあり、高度な医療技術、緊急対応のための医療サービス、予防啓発に重点を置いた医療活動が求められる。

(2) 3次医療施設への患者の集中化

「コ」国の多くの患者が、同国で唯一の第3次医療機関であるUCCKは“医療施設や機材等の整備が進んでいるうえ、能力の高い医師もあり、その結果高度な治療が受けられる(高度医療必要性の有無は理解されないまま)”と理解しており、第3次医療機関での受診を強く好む傾向がある。このため、1次医療施設や2次医療施設でも対応が可能である疾患にもかかわらず、UCCKに診察や治療を求めて患者が集中するという傾向がある。「コ」国の患者がUCCKに集中化する状況を取り巻く課題を下記1)～3)にまとめる。

1) 2次医療施設の機能の脆弱性

まず、全国に配置されている2次医療施設(10の地域病院)の施設インフラ・機材を整備が必要であると考え。腫瘍、脳血管疾患、心臓疾患などの生活習慣病、交通事故による重症外傷というような早期の診断と処置が求められる疾病や外傷が増加しているため、第3次医療機関まで行かなくとも、第2次医療施設のレベルにおいて、これらの疾患に対応できるような医療施設・機材の整備や患者の搬送体制の強化、更に2次医療施設に勤務する医療人材の能力強化が必要である。

2) 1次医療施設の機能の脆弱性と予防啓発活動の不足

死亡要因の上位を占める循環器系疾患や腫瘍など、生活習慣病といわれる疾病の罹患率や死亡率を低減させるための予防活動を実施するファミリー保健センター(FMC)やメインファミリー保健センター(MFMC)の機能強化も課題となる。生活スタイルや食生活の変容を促す予防対策を普及させるための広報活動やキャンペーンの導入等、地域住民の公衆衛生を担う医療従事者の能力強化に加え、1次医療施設における既存老朽化機材の更新を組み合わせた取り組みが求められている。

保健セクター戦略(2010-2014年)では2014年中に既存医療施設の約半数程度を整備するという目標が掲げられているが事業の進捗に遅れが見られている。これらの1・2次医療施設に導入されている現有機材は、紛争の終焉した2000年初頭に整備された経緯はあるが、老朽化のため更新が求められる状況にある。

3) 3次医療施設における医療機材の老朽化と高度医療サービスに対応できる機材の不足

第3次医療サービスを担う UCCK においても、医療技術を兼ね備えた医療従事者が勤務しているものの、十分な医療機材の整備が伴っていないことから、求められている診療サービスが提供できない診療科がいくつか存在する。小児外科、整形外科、消化器内科（内視鏡）、更に画像診断などの診療サービス科では機材整備が不十分である。そのため、僅かではあるが、それら診療サービスを必要とする患者は民間病院やマケドニアをはじめとする近隣諸国へ転送されている。

3.1 医療機材の整備

「コ」国保健省の指導の基に、第3次医療サービスを担う唯一の施設となる UCCK、また2次医療サービスを担う地域病院のごく限られた施設インフラ整備は高優先度事業として施設や機材の強化が実施されてはいるものの、多くの地域病院や1次医療サービスを担う MFMC の機材整備は殆ど手つかずの状況にある。わが国の技術と知見を活用し、整備された医療資源の有効活用を促進するための技術支援を進めることは、「コ」国政府が進める人材育成を側面的にサポートすることになり、そのニーズも高いと考える。

地域病院、MFMC のサンプリング調査、更に UCCK と保健省関係者からのヒアリングにより、2次医療施設における現有老朽化機材の更新・補充ニーズが高く、次いで1次医療施設となる。優先度は1次医療施設や2次医療施設より低いものの、第3次医療サービスを担う UCCK においても、未だに整備強化の余地がある専門的な診療サービス科に関連する機材の整備は必要な状況にある。これにより、UCCK において患者が集中している現象の解消、ファミリードクター制の優位性を相乗的に発現させ、1次から3次までの各レベルにおいて適切な医療サービスが提供されるバランスのとれた診療体制の強化を実現することができると考える。

【優先順位1】2次医療施設（地域病院）の機能強化

近年の疾病構造の変容に対応し、地域病院としての機能を強化する為の機材整備を実施し、疾病による死亡者数を減少させる。また、2次医療施設の機能を強化することで、UCCK に患者が集中している現象を緩和させる。

対象の地域病院：政府病院は全国に10施設あるが、施設および診療サービスの規模などを鑑みて、表1の上位4地域の病院を高優先度施設として選定した。なお、ミトロヴィツァ地域病院は2014年に増改修のうえ開院を迎えたばかりであることから除外した。4病院は、ジラン、ジャコヴァ、ペヤ、プリズレンの地域病院となる。

表1 地域病院の活動状況（2010年統計値、「コ」国統計局資料）

	地域名/施設名	病床数	医師数	看護師数	入院患者数	手術数	分娩数
1	ジラン・Gjilan / ジラン	414	241	158	16,754	2,077	2,121
2	ペヤ・Peja / ジャコヴァ	417	155	211	17,192	2,797	2,202
3	ペヤ・Peja / ペヤ	422	201	236	16,147	3,547	2,433
4	プリズレン・Prizren / プリズレン	521	240	342	25,668	5,287	4,295
5	ミトロヴィツァ・Mitrovice / ブッシュトリ	76	57	52	4,213	1,658	650
6	ジラン・Gjilan / フェリザイ	65	114	99	3,380	101	1,701
7	ミトロヴィツァ・Mitrovice / ミトロヴィツァ	12	119	83	688	147	1,227
8	ミトロヴィツァ・Mitrovice / 北ミトロヴィツァ	-	-	-	-	-	-
9	ミトロヴィツァ・Mitrovice / 北ミトロヴィツァ	-	-	-	-	-	-
10	プリシュティナ・Prishtina / グラチャニツァ	-	-	-	-	-	-

備考：網掛けされている施設が機材整備の対象候補にあげられた施設

【優先順位 2】1 次医療施設（MFMC）の機能強化

一般 X 線撮影装置や心電計の老朽化が理由となり、検査数や機械の稼働率に減少傾向が見られている。住民により身近な 1 次医療施設において、予防医療サービスの一環として、単純 X 線撮影による胸部検査や心電計による心電図検査は大変重要であり、疾患の早期発見と早期治療に繋がることが期待される。

対象の MFMC：基本的に 1 自治体（市/町）に 1 つあり、現在、38 の自治体があるといわれている。ただし、公表されている統計データは 2010 年当時の情報が最新であり、同統計によると自治体数は 30（施設数も同数）、うち 4 施設は活動記録が提供されていないといった理由により 26 施設を対象施設にカウントした。

【優先順位 3】UCCK における高度医療サービスの機能強化

医療技術を兼ね備えた従事者もある程度揃っていることから、3 次医療施設の整備を進めるニーズは存在する。特に、小児外科、整形外科、消化器内科（内視鏡等）、画像診断などの診療サービス課の機材整備の必要性が高い。

今次調査で整備ニーズがあると判明した主な機材は下表のとおりである。

表 2 主な医療機材

医療施設	診療科	主な機材内容
コソボクリニックセンター (UCCK)	画像診断部	MIR、CT、透視撮影 X 線装置、CR 装置、など
	小児外科・手術部	手術台、無影灯、監視モニター、麻酔器、など
	小児外科・集中治療室	監視モニター、人工呼吸器、心電計、輸液ポンプ、など
	整形外科手術室	手術台、無影灯、監視モニター麻酔器、など
	内視鏡科	上・下部消化管内視鏡、気管支内視鏡、など
地域病院 (Regional Hospitals)	画像診断部	MIR、CT、透視撮影 X 線装置、CR 装置、など
	集中治療室	監視モニター、人工呼吸器、心電計、輸液ポンプ、など
	手術部	手術台、無影灯、監視モニター、麻酔器、など
	検査	血液分析装置、生化学分析装置、電解質分析装置、など
	血液銀行	血液保冷库、血液冷凍庫
	救急部	監視モニター、人工呼吸器、心電計、輸液ポンプ、など
	内視鏡科	上・下部消化管内視鏡、気管支内視鏡、など
メイン・ファミリー保健センター (MFMC)	画像診断部	一般撮影 X 線装置、透視撮影 X 線装置、CR 装置、など
	検査	血液分析装置、生化学分析装置、電解質分析装置、など
	内視鏡科	上・下部消化管内視鏡、など
	救急部	心電計、監視モニター、など

表 3 機材費（概算）

No	施設名	施設数	単価	合計(円)
1	コソボクリニカルセンター（UCCK）	1	709,100,000	709,100,000
2	地域病院	4	572,000,000	2,388,000,000
3	メイン・ファミリー保健センター（MFMC）	26	87,900,000	2,285,400,000
				5,382,500,000

備考：地域病院とメイン・ファミリー保健センターの機材内容は各施設共通とする。

3.2 技術分野の支援

（1）病院運営改善

保健省の EU 統合・政策調整担当官（Director of Department for European Integration and Policy Coordination）であるサディーク・メンター氏（Mr. Mentor SADIKU）は独立行政法人国際協力機構（JICA）が運営する「5S-KAIZEN-TQM」の研修に参加した経験を有し、その概念を「コ」国の医療施設に導入したい考えがある。「コ」国の国会審議で認証される予定（2014 年 6 月末時点で未承認）の「保健セクター戦略計画（Health Sector Strategy 2014-2020）」には、公立病院の適切かつ効率的な運営・管理の実現するための活動計画が明示されているという。地域病院においては施設インフラや医療機材の整備が求められていると同時に、施設の効率的な運営、施設から住民への情報発信をはじめ、診療科毎にサービスラインを確立する運営体制の導入が予定されていること等もあり、現在の運営体制を改める必要がある。病院運営の改善を図るためのツールとして 5S-KAIZEN-TQM の導入を図ることは以上のような意味合いからもニーズは高い。

（2）医療機材の維持管理強化支援

現在、医療機器の維持管理は各医療施設により行われている。しかしながら、医療機器のインベントリーは更新されておらず、機器の情報収集と管理は十分に行き届いておらず、更に不具合や故障後の適切な対応にも事欠く状況にあるため、当該状況を改善し医療資源の効果的な活用に努めることが不可欠である。地域病院には 1～2 名の医療機材管理技術者が配置されていることから、彼等の技術向上と機器の維持管理ツールの整備・強化を図るニーズは高い。

アルバニア共和国

4. 本調査の背景と概要

わが国はアルバニア共和国（以下、「ア」という。）国において援助重点分野となる「医療・教育サービス向上プログラム」のもと、無償資金協力のスキームを活用し救急医療機材の供与や各種研修の実施など、保健セクターにおける支援を進めている。また、我が国の国際保健外交戦略の趣旨に鑑み、日本の健康医療産業及びその技術力を活かした協力の可能性を検討することも期待されている。今後わが国が当該分野において効果的・効率的な支援を展開するために必要な情報が不足していることから、本調査により「ア」国保健セクターの包括的かつ最新の情報を収集し、協力の方向性を検討することとした。

「ア」国では 2014 年 3 月 17 日から同 31 日にかけて現地調査を実施した。当該国における保健セクターの基礎情報を収集すると共に、「ア」国保健省が関与する事業については、これまでの実績に加え、今後の計画やニーズ、更に国際ドナー国・機関の支援動向についても調査した。また、わが国による支援分野の適応スキームについても保健省関係者と意見交換を行った。

5. 「ア」国および同国保健セクターの概要

「ア」国は、バルカン半島南西部に位置する、面積 28,748 平方 km（四国の約 1.5 倍）、人口約 300 万人の国家である。長年鎖国政策の下で計画経済を採用してきたが、1990 年より段階的に開放し市場経済への移行を進めている。しかし、2013 年の一人あたり国民総所得（GNI per capita）は 4,700 米ドル（世界銀行）、1 日 1 米ドル未満で生活する人口割合は 4.3%（2008 年、世界銀行）と、未だに貧困問題を抱えている。

2008 年 3 月に採択された戦略文書「国家開発統合戦略（National Strategy for Development and Integration 2007-2013）」では、経済・社会開発や EU 加盟などを含む中・長期開発目標が定められ、保健セクターについては「全ての人に対し、基本的な、高品質かつ効率的な医療サービスを提供すること」を目標としている。直面している課題としては、①疾病構造の変化への対応、②医療保障制度の複雑さが挙げられており、具体的な戦略としては、「サービス・施設管理能力の向上」、「効果的な医療サービスの受益層の拡大」などが掲げられている。

2013 年、旧政権下に策定され、現在、内容の見直しが進められている National Strategy for Development and Integration 2014-2020（NSDI 2014-2020）では、予防医療サービスの充実を含む診療サービスへのアクセス拡大、サービス・施設の管理能力向上とサービスの質的向上させることにより質の伴った医療サービスの提供、地域間における格差の是正などが課題として掲げられている。開発の鍵になるのが、一次医療サービスを担うファミリー・ドクター制度を基盤として 1 次から 3 次のリファラル体制を適切に機能させること、診療サービスのパッケージ化、ならびに主な疾病の診療プロトコルを導入しサービスの質の確保等である。

現在、「ア」国にて保健セクターで活動している援助機関は、主に世界銀行、USAID、WHO である。特に USAID と WHO は「ア」国保健セクターのドナー調整の場である「Coordination of Health Group」のリード役も担っている。二国間援助機関では上記した USAID の他、スイス開発協力公社（Swiss Development Cooperation）が保健分野において歴史的に支援を継続している他、イタリア

開発協力庁 (Italian Development Cooperation) と我が国 JICA が特に緊急医療システム整備分野での支援を行っていた。国際機関では、国連児童基金 (UNICEF)、国連人口基金 (UNFPA) 等が支援を行っている。現在「ア」国保健セクター開発に携わっているドナーの重点支援分野課題は概ね①医療保険制度の不十分なカバー率、②保健サービスへの不公平なアクセス、③ヘルスリテラシーの欠如、に集約されていると言える。「ア」国に対する保健ドナー支援の特徴としては、保健医療サービスへのアクセスの拡大と質の向上に重点が置かれている様子が伺える。

6. 「ア」国における課題と案件形成への提言

6.1 保健セクターにおける課題

(1) 高齢化の兆候

「ア」国では経済の発展や医療技術の進歩により人口の高齢化が進んでいる。未だ 15 歳以下人口が 65 歳以上の老年人口を上回っており、出生率の動向や海外移住者の帰還などの不確定要素は排除できないものの、今後、徐々に両者間の差は縮まり、高齢化とこれによる高齢者医療負担の増大が予測される。

(2) 疾病構造の変化

病院統計によると、感染症や寄生虫症は減少に転じているが、呼吸器系や消化器系疾患、妊娠中の合併症、外傷事故等は横ばいの状況にあり、生活習慣病といわれる循環器系疾患や腫瘍、新生児疾患は増加傾向を呈している。死亡要因も一般的には改善がもたらされていると言えるものの、外傷事故は横ばい、腫瘍や循環器疾患をはじめ新生児疾患などは増加傾向にある。これらの増加傾向にある疾病に対応するためには、発症現場に近い医療施設における適切な初期診療、早期診断と早期治療が重要となる。

(3) 2 次医療施設の「バイパス」現象

「ア」国では、患者が首都の 3 次医療施設へ集中するという「バイパス」現象が生じており、2 次医療施設の稼働率が著しく低い。主な原因は 2 次医療サービスを担う地域病院や県病院のサービス体制が脆弱であることと推察される。今回調査したドゥラス、エルバサン、ヴロラの地域病院では、比較的多くの機材が老朽化しており、全般的に 2 次保健医療施設としてのサービス機能を果たすために必要な医療機材が不足している印象であった。いずれも病床稼働率は低く、十分な病院収入が得られず、保健省の 2 次医療施設に対する予算も十分ではないため、インフラや機材整備にかけられる資金が不足する悪循環に陥っていると考えられる。施設運営マネジメント能力の低さや病院の整備状況により、住民がより良いサービスを求めて 3 次医療施設に集中していると考えられる。

6.2 今後の協力に関する提言

近年の高齢化の兆候、早期の診断・治療ニーズの増大をふまえると、2 次医療施設の「バイパス」現象は「ア」国保健セクターにおける根源的問題のひとつと言える。その主原因は脆弱な地域医療サービス体制にあると調査結果は示唆している。したがって、地域病院の整備を提言したい。保健省関

係者と協議したところ「ア」国の地理的な拠点地域と言えるヴロラ（南西部・沿岸地域）、ディブラ（北東部）、コルチャ（南東部）などは、地域の拠点病院としての機能強化が求められると聴取した。なお、地域医療サービスの体制強化を図るため、地域病院の整備のみならず、域内病院（県病院等）の整備も併せて進める必要がある。

さらに、医療機材をはじめとする医療施設インフラの整備に併せて、地域医療サービスの活性化を実現するためには、診療リファラル体制の在り方や医療施設間の連携など施設運営の強化を図ることも必要である。整備される医療機材を有効に活用するためには、医療機材の維持管理を担っているバイオメディカルエンジニアリング・センターの機能強化を進めることも必要である。これら分野の機能強化についても技術協力スキームの活用により支援を図るニーズは高いと考えられる。

なお、「ア」国の「国家統一・開発戦略（National Strategy for Development and Integration, NSDI）2007-2013」および現政権で修正検討中の NSDI 2014-2020 草稿でも、一貫して生活習慣病などの疾患への対応の必要性は指摘されており、かつ NSDI 2014-2020 では、診療サービスへのアクセス拡大の目標を達成するために、医療サービスインフラの整備や基礎医療（2 次医療を含む）へのアクセス向上を方針としており、上記提言の「ア」国での政策的重要性は高いと考えられる。

（1）技術分野

1) 診療リファラル体制の強化

域内の医療資源を有効に活用し、県病院の資源を地域病院に移転するような再配分を機能させるためには、施設間における連携メカニズムを強化することも必要になり、これら分野における専門家による技術的な支援のニーズは高い。

2) バイオメディカルエンジニアリング・センターの機能強化

現在、医療機材は各医療施設により維持管理が行われている。しかし、医療機材のインベントリは長期間更新されておらず、実情に基づく維持管理計画や各種ガイドラインが備わっていない状況にある。このような状況を改善するため、国内で一括して医療機材管理を担っている保健省傘下機関のバイオメディカルエンジニアリング・センターに対し、維持管理体制を強化するための技術指導を進めるニーズは高い。

3) 病院運営能力の強化

医療機材整備の対象医療施設に関して、投入の効果を最大限高めるためには、病院運営能力の強化が有効となる。具体的には保健システム強化や 5S-KAIZEN-TQM などの研修をはじめとする技術指導を通して、病院運営能力の強化や保健人材分野の育成を図ることが期待される。

（2）医療機材の整備

1 次医療施設においては、医師による問診と往診により医療サービスの提供を行っている。検査や手術・医療機器を使用する治療等は 2 次病院にて行うため、1 次医療施設としては、医療機材の需要は少ない。また施設についても、問診が中心の診療活動であるため、一般的な部屋を活用することができ、市による予算や施設の確保及び比較的安価な維持管理が可能となり、1 次医療施設のインフラ整備における需要も少ない。一方、3 次医療施設については、比較的予算配分

がなされて、保健省予算による施設・医療機器の整備に加えて、ドナーの援助も入っているため、インフラに対する需要は少ないことが確認された。

しかしながら、2次医療施設に関しては、地域によって差があるものの、医療機材の整備の必要性が高いと判断する。特に、貧困度も高いコルチャ地域、ディブラ地域、また観光客が多く夏季に人口が大幅に増えるヴロラ地域は、保健大臣によると地域拠点病院整備構想の候補地域になっており、特に整備強化の需要が高いと判断される。候補3地域の医療施設状況は下表に示すとおりである。

なお、域内の医療資源を有効に活用するために、地域病院の傘下に位置付けられている県病院を、「デイ・ケアセンター（「ア」国で検討中の新しい施設。外来と緊急医療サービスのみ提供するものであり、1次・2次医療の中間的位置けの施設）」に機能を縮小させ、地域病院の機能強化のために資源を再分配する検討が必要であると考ええる。具体的には、コルチャとヴロラの2県において、県病院の一部を「ディケア・センター」に転換し、入院加療サービス（病棟）は、地域病院や他の県病院に移管する計画である。

表4 整備の候補にあげられている3地域の医療施設

	地域/施設	病床数	入院患者数	病床利用率	手術件数	計画上の施設レベル
1	ディブラ（3県）					
	地域病院	295	6,895	43.4	533	地域病院
	県病院（Bulqize）	65	1,347	40.8	-	県病院
	県病院（Mat）	148	3,039	36.4	523	県病院
2	コルチャ（4県）					
	地域病院	463	11,207	40.2	1,487	地域病院
	県病院（Devoll）	41	1,002	32.7	-	ディケア・センター
	県病院（Kolonje）	83	650	11.5	95	ディケア・センター
	県病院（Pogradec）	165	3,630	21.2	653	県病院
3	ヴロラ（3県）					
	地域病院	591	15,847	55.5	2,107	地域病院
	県病院（Delvine）	30	148	9.4	-	ディケア・センター
	県病院（Sarande）	85	3,458	48.8	477	県病院

出所：「ア」国保健省（病床数や患者数は2012年の統計値）

1) 地域病院の機材内容（ディブラとコルチャ）

	部門・機材名	数量		部門・機材名	数量
画像診断			検査		
1	MRI	1	1	血液分析装置	1
2	CT	1	2	生化学分析装置	1
3	一般撮影 X 線装置	1	3	電解質分析装置	1
4	透視撮影 X 線装置	1	4	免疫検査装置	1
5	CR 装置	1	5	ホルモン検査装置	1
6	超音波診断装置（産婦人科）	1	6	血液保冷庫	1
7	超音波診断装置（循環器）	1	7	血液冷凍庫	1
内視鏡			手術部		
1	内視鏡（上部消化器）	2	1	无影灯	3

2	内視鏡（下部消化器）	2	2	手術台	3
3	気管支内視鏡	1	3	電気メス	3
集中治療室			4	バイタルサインモニター	3
1	人工呼吸器	5	5	麻酔器	3
2	バイタルサインモニター	5	救急部		
3	ICU ベッド	5	1	ECG	1
歯科			2	バイタルサインモニター	5
1	歯科診療ユニット・チェア	1	3	吸引器	5
2	滅菌器	1	4	人工呼吸器	5
3	歯科診療器具	1	5	ICU ベッド	5
			6	輸液ポンプ	5
			7	シリンジポンプ	5

2) 地域病院の機材内容（ヴロラ地域）

	部門・機材名	数量		部門・機材名	数量
画像診断			検査		
1	一般撮影 X 線装置	1	1	血液分析装置	1
2	透視撮影 X 線装置	1	2	生化学分析装置	1
3	CR 装置	1	3	電解質分析装置	1
4	PACS システム	1	4	免疫検査装置	1
5	超音波診断装置（循環器）	1	5	ホルモン検査装置	1
内視鏡			6	血液保冷库	1
1	内視鏡（上部消化器）	2	7	血液冷凍庫	1
2	内視鏡（下部消化器）	2	救急部		
3	気管支内視鏡	1	1	ECG	1
歯科			2	バイタルサインモニター	5
1	歯科診療ユニット・チェア	1	3	人工呼吸器	5
2	滅菌器	1	4	ICU ベッド	5
3	歯科診療器具	1	5	輸液ポンプ	5
			6	シリンジポンプ	5

3) 県病院の機材内容（1 施設あたり）

	部門・機材名	数量		部門・機材名	数量
画像診断			検査		
1	一般撮影 X 線装置	1	1	血液分析装置	1
2	透視撮影 X 線装置	1	2	生化学分析装置	1
3	CR 装置	1	3	電解質分析装置	1
4	超音波診断装置（産婦人科）	1	4	遠心器	1

内視鏡			手術部		
1	内視鏡（上部消化器）	1	1	無影灯	3
2	内視鏡（下部消化器）	1	2	手術台	3
3	保管庫	1	3	電気メス	3
集中治療室			4	バイタルサインモニター	3
1	人工呼吸器	5	5	麻酔器	3
2	バイタルサインモニター	5			
3	ICU ベッド	5			
救急部			歯科		
1	ECG	1	1	歯科診療ユニット・チェア	1
2	バイタルサインモニター	1	2	滅菌器	1

4) ディケア・センターの機材内容（1 施設あたり）

	部門・機材名	数量		部門・機材名	数量
画像診断			検査		
1	一般撮影 X 線装置	1	1	血液分析装置	1
2	透視撮影 X 線装置	1	2	生化学分析装置	1
3	CR 装置	1	3	電解質分析装置	1
4	超音波診断装置（産婦人科）	1	4	遠心器	1
内視鏡			手術部（簡易）		
1	内視鏡（上部消化器）	1	1	吸引器	1
2	内視鏡（下部消化器）	1	2	処置台	1
3	保管庫	1	歯科		
救急部			1	歯科診療ユニット・チェア	1
1	無影灯	2	2	滅菌器	1
2	ECG	2			
3	バイタルサインモニター	2			

5) ディブラ、コルチャ、ヴロラの各地域における機材費試算額（単位：円）

地域・施設名	数量	1 施設当り		地域計
		小計	計	
(1) ディブラ地域				972,100,000
地域病院	1	572,000,000	572,000,000	
県病院	2	200,050,000	400,100,000	
ディケア・センター	-	-	-	
(2) コルチャ地域				985,550,000
地域病院	1	572,000,000	572,000,000	
県病院	1	200,050,000	200,050,000	
ディケア・センター	2	106,750,000	213,500,000	
(3) ヴロラ地域				529,650,000
地域病院	1	222,850,000	222,850,000	
県病院	1	200,050,000	200,050,000	
ディケア・センター	1	106,750,000	106,750,000	
			合 計	2,487,300,000

目次

第1章 調査の目的と背景	1
1.1 調査の目的・概要	1
1.2 背景・経緯	1
第2章 コソボ共和国の保健セクターの概況	2
2.1 コソボ共和国保健セクターの一般概況	2
2.1.1 保健セクター概況	2
2.1.2 主要関連指標	4
2.2 保健行政、保健政策および保健予算	8
2.2.1 保健行政	8
2.2.2 保健政策	9
2.2.3 保健予算	12
2.3 保健医療サービス供給体制	14
2.3.1 保健サービス供給体制	14
2.3.2 医療従事者の配置状況	17
2.3.3 保健人材育成の現状	20
2.3.4 医療保険システム	21
2.3.5 保健情報管理システム	22
2.3.6 救急医療システム	22
2.4 保健セクターにおける援助動向および援助協調	23
2.4.1 保健セクターにおける援助動向	23
第3章 医療インフラ整備関連調査	29
3.1 医療インフラ整備関連調査	29
3.1.1 公立医療施設の配置状況と調査方法	29
3.1.2 1次医療施設の活動状況と現有機材の状況	29
3.1.3 2次医療施設の活動状況と現有機材の状況	34
3.1.4 3次医療施設の活動状況と現有機材の状況	43
3.1.5 医療施設・医療器材の維持管理体制	48
3.1.6 民間病院の状況	48
3.1.7 医療インフラに係る EU 基準	49
3.1.8 民間企業動向	50
3.1.9 関連インフラの整備状況	50
3.2 上記を踏まえた医療インフラ設備の優先度順位付の分析	50
第4章 「コ」国における課題と案件形成への提言	55
4.1 保健セクターの現状と課題	55
4.2 今後の協力に関する提言	57
4.3 今後の確認事項	59
第5章 アルバニア共和国の保健セクターの概況	62

5.1	アルバニア共和国保健セクターの一般概況	62
5.1.1	保健セクター概況	62
5.1.2	主要関連指標	64
5.2	保健行政、保健政策および保健予算	71
5.2.1	保健行政	71
5.2.2	保健政策	72
5.2.3	保健予算	74
5.3	保健医療サービス供給体制	78
5.3.1	保健医療サービス	78
5.3.2	救急医療サービス	81
5.3.3	医療従事者の配置状況	82
5.3.4	保健人材育成の現状	84
5.3.5	保健情報管理システム	84
5.4	保健セクターにおける援助動向および援助協調	85
5.4.1	保健セクターにおける援助動向	85
第6章	アルバニア共和国医療インフラ整備関連調査	90
6.1	医療インフラ整備関連調査	90
6.1.1	公立病院・保健センターの配置状況	90
6.1.2	保健センターの活動状況と現有機材の状況	90
6.1.3	公立病院の活動状況と現有機材の状況	92
6.1.4	医療施設・医療機材の維持管理体制	107
6.1.5	私立病院の状況	108
6.1.6	医療インフラに係る EU 基準	110
6.1.7	医療インフラに係る国際機関/他ドナーの援助動向	110
6.1.8	民間企業動向	110
6.1.9	関連インフラの整備状況	110
6.2	上記を踏まえた医療インフラ設備の優先度順位付の分析	110
第7章	「ア」国における課題と案件形成への提言	114
7.1	保健セクターの現状と課題	114
7.2	今後の協力に関する提言	114
7.3	今後の確認事項	116

添付資料

別添 1 団員リスト

別添 2 調査日程

別添 3 面談者リスト

コソボ共和国地図



アルバニア共和国地図



写 真 (コ ソ ボ)



1. ミトロビッツァ MFHC



2. ミトロビッツァ MFHC 歯科
老朽化した歯科ユニット



3. ジャコヴァ MFHC
施設としては小さすぎる



4. ジャコヴァ MFHC 診察室



5. ミトロビッツァ地域病院



6. ミトロビッツァ地域病院 ICU
新しい医療機器



7. ジャコヴァ地域病院



8. ジャコヴァ地域病院 検査室
古い血液分析装置



9. ジャコヴァ地域病院 X 線
老朽化して故障している透視撮影装置



10. プリズレン地域病院
救急患者観察室



11. プリズレン地域病院
古い CT



12. プリズレン地域病院
老朽化している ICU モニター



13. コソボ大学医療センター(UCCK)



14. コソボ大学医療センター(UCCK)
多数の施設を有する



15. コソボ大学医療センター(UCCK)
医療機材の充実した ICU



16. コソボ大学医療センター(UCCK)
救急手術室



17. コソボ大学医療センター(UCCK)
改修中の施設



18. コソボ大学医療センター(UCCK)
医療機器のワークショップ

写 真 (ア ル バ ニ ア)



1. ティラナポリクリニック No.3



2. デュラス地域病院
改修中の小児病棟



3. デュラス地域病院
古い超音波診断装置



4. エルバサン地域病院
本館 内科棟



5. エルバサン地域病院
内科棟の病室



6. エルバサン地域病院
救急病棟及び検査室



7. ヴロラ地域病院



8. ヴロラ地域病院
新設の超音波診断装置



9. ヴロラ地域病院
古い血液分析装置



10. マザー・テレサ大学医療センター



11. マザー・テレサ大学医療センター
新設された救急棟の新しいCT



12. 国立バイオメディカルセンター
医療機器データベースシステムの見学

表一覧：

表 1 「コ」国の主要な経済指標	3
表 2 年齢構成の分布	4
表 3 郡別人口、地域別 人口および割合	4
表 4 「コ」国の主な指標	5
表 5 男女別死因	7
表 6 病院別疾病統計（2008～2010 年の推移）	8
表 7 政府による医療費の支出状況（単位：ユーロ）	13
表 8 政府予算と保健セクター予算（単位：ユーロ）	14
表 9 行政区と地域病院（市立病院を含む）	15
表 10 レベル別保健医療施設のカバー人口、カバーエリア、構成職員および提供しているサービス内容	16
表 11 全国の医療関連職員数	18
表 12 全国の医師および歯科医師数	19
表 13 1 次医療施設に勤務する医師数	19
表 14 2 次医療施設に勤務する医師数（地域病院：7 施設）	19
表 15 3 次医療施設に勤務する主な診療科の医師数	19
表 16 プリシュティナ大学医学部の就学情報	20
表 17 作成中の医療保険法の概要	21
表 18 保健セクターにおける開発パートナーによる援助動向	24
表 19 保健セクターで実施中のプロジェクト・プログラム	24
表 20 現地調査先	29
表 21 2010 年疾病構造（保健センター患者分）	29
表 22 1 次医療施設に係る主要指標	30
表 23 調査した 1 次医療施設調査	30
表 24 外来患者数（救急を含む）	31
表 25 主要疾患	31
表 26 ミトロヴィツァ MFMC での検査状況	32
表 27 ジャコヴァ MFMC での検査状況	32
表 28 ミトロヴィツァ MFMC（単位：ユーロ）	32
表 29 ジャコヴァ MFMC（単位：ユーロ）	33
表 30 ミトロヴィツァ MFMC とジャコヴァ MFMC の職員数	33
表 31 地域病院における主要指標	34
表 32 2 次医療施設	34
表 33 ミトロヴィツァ地域病院の稼働状況	35
表 34 ミトロヴィツァ地域病院の主要疾患の症例件数（2013）	36
表 35 ミトロヴィツァ地域病院の主要死亡原因とその症例件数（2013）	36
表 36 ミトロヴィツァ地域病院の検査件数	36
表 37 ミトロヴィツァ地域病院のリファラル患者（転入患者）	36
表 38 ミトロヴィツァ地域病院の歳入（単位：ユーロ）	37
表 39 ミトロヴィツァ地域病院の歳出（単位：ユーロ、1 ユーロ以下を切り捨て）	37
表 40 ミトロヴィツァ地域病院の職員数と平均給与	37
表 41 ジャコヴァ地域病院の稼働状況	38
表 42 ジャコヴァ地域病院の検査件数（単位：件）	39
表 43 ジャコヴァ地域病院の歳入（単位：ユーロ）	39
表 44 ジャコヴァ地域病院の歳出（単位：ユーロ、1 ユーロ以下を切り捨て）	39
表 45 ジャコヴァ地域病院の職員数（人）	40
表 46 プリズレン地域病院の稼働状況	41
表 47 プリズレン地域病院の入院患者の主要疾患の症例件数（2013）	41
表 48 プリズレン地域病院の主要死亡原因とその症例件数（2013）	41
表 49 プリズレン地域病院の検査件数	42
表 50 プリズレン地域病院から第 3 次医療施設へ紹介される患者数	42

表 51	プリズレン地域病院の歳出（単位：ユーロ、1 ユーロ以下を切り捨て）	42
表 52	プリズレン地域病院の職員数と平均給与	43
表 53	UCCK の概要	43
表 54	UCCK における主要指標	44
表 55	UCCK の主な病院職員(2013 年上半期)	45
表 56	大学医学部所属の主な職員	45
表 57	UCCK の医薬品・消耗品の調達（単位：ユーロ）	45
表 58	UCCK の診療科（統計資料上確認されたもの）	45
表 59	UCCK の放射線科における職員	46
表 60	UCCK の放射線科における検査件数	46
表 61	UCCK の診療科における職員数	46
表 62	UCCK の活動状況	47
表 63	UCCK の検査件数	47
表 64	UCCK の主な疾患名	47
表 65	地域別医療機器管理技術者の配置状況（単位：人）	48
表 66	2 次医療施設に対して優先度の高い機材	51
表 67	MFMC に対して優先度の高い機材	52
表 68	UCCK において優先度の高い機材	53
表 69	整備の候補にあげられている地域病院の活動状況 と 1~3 次医療施設の整備機材(案)	59
表 70	「ア」国の主要な経済指標	63
表 71	「ア」国の人口の推移	65
表 72	地域別人口と貧困率	65
表 73	「ア」国の主な指標	66
表 74	病院における疾病統計（人口十万人あたり）	68
表 75	病院における死亡統計（人口十万人あたり）	69
表 76	NSDI の保健開発戦略優先課題	73
表 77	医療財源の拠出先（単位：レク）	75
表 78	歳入（単位：千レク）	76
表 79	歳出（単位：千レク）	77
表 80	「ア」国医療施設	79
表 81	レベル別保健医療施設のカバー人口・エリア、構成職員および提供しているサービス内容	80
表 82	人口一人当たりの病床数（2005～2012 年の平均値）	80
表 83	「ア」国の病院医療サービスに関連する基礎データ	81
表 84	医療従事者数	82
表 85	過去 5 年間ににおける主な医療従事者の推移	83
表 86	過去 5 年間の医師数、人口 1 万人当たりの医師数および地域別医師数、人口 1 万人当たりの医師数	83
表 87	主な医療従事者の育成機関、入学者数および就学年数（2012 年）	84
表 88	保健セクターにおける開発パートナーによる援助動向	86
表 89	「ア」国の医療施設	90
表 90	調査先	90
表 91	1 次医療施設調査	91
表 92	2 次・3 次医療施設の活動状況（R：地域病院 D：県病院 T/R：3 次病院）	93
表 93	2 次医療施設	95
表 94	デュラス地域病院の活動状況	96
表 95	デュラス地域病院の主要疾患（入院患者）の症例件数（2013）	96
表 96	デュラス地域病院の主要死亡原因とその症例件数（2013）	96
表 97	デュラス地域病院の検査件数	96
表 98	デュラス地域病院の収入（単位：レク）	97
表 99	デュラス地域病院の支出（レク）	97

表 100	デュラス地域病院の職員数と平均給与	98
表 101	エルバサン地域病院の活動状況	99
表 102	エルバサン地域病院の主要疾患の症例件数（2013）	99
表 103	エルバサン地域病院の検査件数	100
表 104	エルバサン地域病院の転入患者	100
表 105	エルバサン地域病院の歳入（単位：百万レク）	100
表 106	エルバサン地域病院の歳出（単位：百万レク）	101
表 107	エルバサン地域病院の職員数と平均給与	101
表 108	3 次医療施設の情報	102
表 109	マザー・テレサ大学医療センターの活動状況	103
表 110	マザー・テレサ大学医療センターの診療科別の病床数	103
表 111	マザー・テレサ大学医療センターの主要疾患の症例件数（2013）	105
表 112	マザー・テレサ大学医療センターの検査件数	106
表 113	マザー・テレサ大学医療センターの収入（単位：千レク）	106
表 114	マザー・テレサ大学医療センターの支出（千レク）	106
表 115	マザー・テレサ大学医療センターの職員数と平均給与	107
表 116	主な私立病院	109
表 117	地域病院に必要な機材	111
表 118	県病院に必要な機材	111
表 119	ディケア・センター	111
表 120	対象となる施設	112
表 121	整備の候補にあげられている 3 地域の医療施設と整備機材（案）	116

図一覧：

図 1	保健行政の仕組み	9
図 2	「コ」国のリファラル・システム	16
図 3	中央保健省の機構図	72
図 4	「ア」国のリファラル・システム	79
図 5	地域別貧困率	112

略語集

略語	英語表記	日本語表記
	Kosovo	コソボ
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
CT	Computed Tomography	コンピューター断層撮影
DoA	Dead on Arrival	来院時心肺休止
ECG	Electrocardiogram	心電図
ENT	Ear Nose Throat	耳鼻咽喉
EPI	Expanded program of immunization	予防接種拡大普及計画
EU	European Union	欧州連合
FMC	Family Medicine Center	ファミリー保健センター
GDP	Gross Development Product	国民総生産
GNI	Gross National Income	国民総所得
GOJ	Government of Japan	日本国政府
GP	General Practitioner	一般医師
HDI	Human Development Index	人間開発指標
HIS	Health Information System	保健情報システム
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMIS	Health Management Information System	保健情報管理システム
ICU	Intensive Care Unit	集中治療室
MFMC	Main Family Medicine Center	メイン・ファミリー保健センター
MMR	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
MoF	Ministry of Economics and Finance	財務省
MoH	Ministry of Health	保健省
MRI	Magnetic Resonance Imaging System	磁気共鳴画像装置
NICU	Neonatal Intensive Care Unit	新生児集中治療室
NIPHK	National Institute of Public Health Kosovo	コソボ国立公衆衛生局
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
OPD	Out-Patient Department	外来診療科
PHC	Primary Health Center	一次医療施設
SDC	Swiss Development Cooperation	スイス開発協力庁
SIDA	Swedish International Development Agency	スウェーデン国際開発機構
STD	Sexually Transmitted Diseases	性感染症
TB	Tuberculosis	結核
U5MR	Under 5 Mortality Rate	5歳児未満死亡率

UCCK	University Clinical Center Kosovo	コソボ大学医療センター
UNDP	United Nations Development Programme	世界開発計画
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
UNMIK	United Nations Interim Administration Mission	国際連合コソボ暫定行政ミッション
UNSC	UN Security Council	国連安全保障理事会
USG	Ultrasonography	超音波検査
WHO	World Health Organization	世界保健機構
WWC	Women Wellness Center	産婦人科診療所
	Albania	アルバニア
ADHS	Albania Demographic Health Survey	アルバニア人口統計調査
CE	Clinical Engineers	臨床工学技士
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease	慢性閉塞性肺疾患
EEHR	Enabling Equitable Health Reform	公平な保健改革
FAO	Food and Agriculture Organization	国際連合食糧農業機関
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）
ICD	International Classification of Diseases	国際疾病分類
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立法人国際協力機構
NATO	North Atlantic Treaty Organization	北大西洋条約機構
NCCE	National Center for Continuing Education	継続教育のための国家センター
NCD	Non Communicable Diseases	非伝染病
NSDI	National Strategy for Development and Integration	開発と統合のための国家戦略
NSDI	National Strategy for Development and Integration	国家開発統合戦略
UHC	Universal Health Coverage	ユニバーサルヘルスカバレッジ
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
USAID	United States Agency for International Development	アメリカ合衆国国際開発庁
WTO	World Trade Organization	世界貿易機関

第 1 章

第1章 調査の目的と背景

1.1 調査の目的・概要

本調査は、コソボ共和国（以下、「コ」国）およびアルバニア共和国（以下、「ア」国）の保健セクターにおける情報収集・課題分析を行い、本邦技術適用可能性も含め、両国の同セクターにおける将来的な案件形成を念頭に、今後の協力の方向性を検討することを目的として実施する。

両国とも、国家レベルの保健政策関連文書および両国の保健セクターにおけるドナー作成文書等のレビューと、現地調査による先方政府、医療施設、他国ドナー等へのヒアリングに基づき、両国における保健セクターの現状と課題にかかる情報を収集・分析した。

現地調査は、「コ」国では2014年4月1日から4月17日まで首都プリシュティナ、ミトロヴィツァ、プリズレン、ペヤ（ジャコバ）にて実施し、「ア」国では2014年3月17日から3月31日まで首都ティラナ、ドゥラス、エルバサンにて実施した。

1.2 背景・経緯

「コ」国は、2008年2月にセルビア共和国より独立を宣言して以来、安定して経済成長を続けているものの、2013年の一人あたり国民総所得（GNI per capita）は3,890 USD（世界銀行）と、未だにバルカン地域の最貧国である。「コ」国では、「保健セクター戦略（Health Sector Strategy 2010-2014）」の中で、第2次・第3次医療サービスの提供が適切に行えるよう機能強化を図ることで、EU基準を満たす取り組みを推進していくことが謳われている。

「ア」国は、長年鎖国政策の下で計画経済を採用してきたが、1990年より段階的に市場経済への移行を進めている。しかし、2013年の一人あたり国民総所得（GNI per capita）は4,700USD（世界銀行）、1日1USD未満で生活する人口割合は4.3%（2008年、世界銀行）と、未だに貧困問題を抱えている。2008年3月に採択された戦略文書「国家開発統合戦略（National Strategy for Development and Integration 2007-2013）」では、保健セクターが直面する課題として、①疾病構造の変化、②医療保障制度の複雑さがあげられている。

我が国は、「コ」国に対する援助重点分野である「行政能力の向上と人材育成」における「行政能力向上プログラム」および「ア」国に対する援助重点分野である「医療・教育」における「医療・教育サービスの向上プログラム」のもと、救急医療機材の供与や各種研修の実施など、保健セクターにおける支援を実施してきている。加えて、我が国の国際保健外交戦略の趣旨に鑑み、日本の健康医療産業及びその技術力を活かした協力可能性の検討が期待されている。今後わが国が当該分野において効果的・効率的な支援を展開するために必要な情報が不足していることから、本調査によりは、「コ」国における保健セクターの包括的かつ最新の情報を更新することが極めて有用となるを収集し、協力の方向性を検討することとした。

第 2 章

第2章 コソボ共和国の保健セクターの概況

2.1 コソボ共和国保健セクターの一般概況

2.1.1 保健セクター概況

(1) 一般概況

「コ」国は、バルカン半島中部の内陸部に位置し、南東ヨーロッパの中心に位置する。北東をセルビア、南東をマケドニア共和国、南西をアルバニア、北西をモンテネグロに囲まれ、中央ヨーロッパと南ヨーロッパ、アドリア海と黒海とを陸で結ぶ重要地点である。面積10,908平方km（岐阜県に相当）、人口約181.6万人（2012年、コソボ統計局）の国家である。コソボは全体で7つの郡に分けられている。1999年に国際連合コソボ暫定行政ミッション（United Nations Interim Administration Mission in Kosovo、以下 UNMIK）の保護下に入った後の2000年に、UNMIKによってセルビア統治時代の5郡から7郡へと再編された¹。それぞれの郡の下には、「コ」国で最小の行政区画である基礎自治体が置かれ、全国で38の基礎自治体がある。

山々に囲まれた「コ」国は南部と北部とでそれぞれ異なった気候帯に属している。南部は暑く乾燥した夏と穏やかで雨の多い冬を特徴とする地中海性気候で、北部は地中海やアルプス等北西からの影響を受ける大陸性気候である。暑い夏と寒い冬が特色で、夏期は30℃以上になり冬期は-10℃に至る。年間平均気温は9.5℃で、最も暑い7月の平均気温は19.2℃、最も寒い1月の平均気温は-1.3℃である。

首都はプリシュティナであり、主な民族はアルバニア人（92%）で、次いでセルビア人（5%）、トルコ人等の諸民族（3%）が占め、言語もアルバニア語とセルビア語が話されている。また、「コ」国の宗教は、主にイスラム教（アルバニア人）とセルビア正教（セルビア人）である。1990年代の紛争等を経て、2008年2月にセルビアより独立を宣言して以来、コソボ独立の承認国（2014年5月現在、108か国）を増やし、将来の国連等国際機関への加盟およびEUへの加盟を目指している。なお、世界銀行およびIMFには2009年に加盟している。2012年の時点で一人当たりの国内総生産はヨーロッパ諸国（旧ユーゴスラビア諸国および旧ソ連諸国を除く）のなかでは名目、実質ともに最低の状態が続いている。「コ」国の主要な経済指標を表1に示す。

¹ 一般的に7郡とされているが、統計庁によると正式でない。もともと5地域（プリシュティナ、ミトロ、プリズレン、ジラン、ペヤ）が6（5+フェリザイ）になり、現在は7（6+ジャコバ）になるが、ジャコバを地域とすることは、まだ裁判所で正式に決定されていない。

表1 「コ」国の主要な経済指標

主要な経済指標	年度	指標および数値
主要な産業	2009年	鉱物採掘、建設資材、ベースメタル、皮革 [GDP 構成比：サービス業 (64.5%)、工業 (22.6%)、農業 (12.9%)] ⁽¹⁾
GDP	2012年	64.45 億ドル (2)
一人当たり GNI	2013年	3,890 ドル (3)
経済成長率	2012年	2.7% (4)
物価上昇率	2013年	1.8% (5)
失業率	2012年	35.1% (6)
主要な貿易品目	2011年	輸出: 卑金属、鉱物性生産品、機械類・電気機器 (7)
		輸入: 鉱物性生産品、調整食料品・飲料・たばこ、機械類・電気機器 (8)
主要な貿易相手国	2012年	輸出: イタリア、アルバニア、マケドニア (9)
		輸入: マケドニア、ドイツ、セルビア (10)
通貨	—	ユーロ (1999年に独自に導入)

出所: 1: CIA World Factbook, 2: 世界銀行, 3: 世界銀行, 4: 世界銀行, 5: 世界銀行, 6: 「コ」国統計局, 7: 「コ」国統計局, 8: 「コ」国統計局, 9: 「コ」国統計局, 10: 「コ」国統計局

(2) 保健セクター概況

「コ」国の最上位開発計画として首相府が策定する「国家開発計画 (Program of the Government of Kosovo ; 2011-2014)」では、4つの主要開発課題 (①持続的経済成長、②ガバナンスの向上と法の支配、③人的資本開発、④社会福祉) を掲げ、これらの開発課題解決に向けた取り組みを実施している。また、保健セクター戦略計画 (2014-2020年) には、これまで採用してきた施設単位の運営スタイルを抜本的に見直し、施設を超え、診療サービスを一つの括りとした運営形態を導入する予定である。例えば首都のコソボクリニックセンター (University Clinical Center of Kosovo、以下、UCCCK) に備わっている小児診療科を本院に、地方病院の小児診療科を本院の傘下に位置付け、地域病院で提供されるサービスはどの地域病院においても同程度のサービスを提供できるような体制を導入しようという考えである。現状では、「コ」国唯一の第三次医療機関である UCCCK の方が医療施設や機材等の整備が進んでおり、能力の高い医師もいることから、患者が初診から第3次医療機関での受診を強く好む傾向がある。よって、1次や2次医療施設が本来の機能を十分に発揮している状況とは言い難く、UCCCK に患者が集中する傾向がある。

「コ」国では EU 加盟を国家目標としており、「保健セクター戦略 (Health Sector Strategy 2010-2014)」の中で、第2次・第3次医療サービスの提供が適切に行えるよう機能強化を図ることで、EU 基準を満たす取り組みを推進していくことが謳われている。具体策としては、今後老朽化機材の更新整備を図る課程において、EU 加盟諸国が採用しているような CE マークならびにそれに準ずる国際基準を備えた医療機材を優先的に整備しようという政策の導入が図られている。

2.1.2 主要関連指標

(1) 人口、出生および死亡

1) 「コ」国全体の人口

表2に示すとおり2013年「コ」国の推定人口は、1,859,203 (Central Intelligence Agency) であり、そのうち、男性が957,782人、女性が901,421人である。全人口に0～14歳が占める割合は26.28%、65歳以上が6.95%となっており、国民の平均年齢は27.8歳である。少子高齢化といわれる社会現象を迎えたとは言い難いものの、高齢化社会の目安とされる65歳以上の人口割合が全人口比の7%に近い値を示していることを考慮すると、今後、高齢化への対応も念頭に置き、将来に備えることが求められていると伺える。また都市部に居住している人口は36.8%を占め、地方部に居住している人口は63.2%になる (Demographic Social and Reproductive Health Survey in Kosovo,2009)。

表2 年齢構成の分布

年齢構成	0～14歳	15～24歳	25～54歳	55～64歳	65歳以上	計
割合 (%)	26.28	18.08	41.54	7.15	6.95	100
人数 (合計)	488,686	336,193	772,376	133,005	128,043	1,859,203
男性	253,876	176,738	407,347	65,762	54,059	957,782
女性	234,810	159,455	365,029	67,243	74,884	901,421
男性：女性比率	1.08	1.11	1.12	0.98	0.72	-

出所: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/kv.html>

2) 地域別人口

7地域に区分されている頃の人口分布図を表3に示した。さらに、各地域は全38の市町村 (Municipality) により構成されている²。人口が最も多いのが首都のプリシュティナで、次いでプリズレン、フェリザイという順になる。

表3 郡別人口、地域別 人口および割合

地域	面積 (Km2)	市	人口 (各市)	人口 比率 (各地域)
1. Mitrovice ミトロヴィツァ郡 (北部と南部に分けられ、北部にはセルビア人の多い居住地域がある。)	2,052	ミトロヴィツァ (Mitrovice)	72,623	234,435 13.0%
		レボサヴィチ (Leposaviq)	13,712	
		スケンデライ (Skenderaj)	51,255	
		ヴシュトリ (Vushtri)	70,495	
		ズビン・ポトク (Zubin Potok)	6,599	
		ズヴェチヤン (Zvecan)	7,443	
		ミトロヴィツァ・ヴェリオレ (Veriole)	12,326	
2. Prishtina プリシュティナ郡	2,288	プリシュティナ (Prishtine)	201,804	487,155 27.1%
		グログツ (Glogoc)	59,160	
		フシェ・コソヴァ (Fushe Kosove)	35,733	
		リピヤン (Lipjan)	58,292	
		ノヴォベルド (Novoberde)	6,796	

² セルビア人の多い居住地域に公立系の病院が3施設あるが、これまでに公表されている統計資料などには記載されていないケースもあるという。表-1では青字で表示されている自治体 (Municipality) が該当する。

		オビリチ (Obiliq) ポドゥイエヴァ (Podujeve) グラチャニツァ (Gracanice) ラニルグ (Ranillug)	21,769 88,877 10,871 3,853	
3. Peje ペヤ郡 (大きくはペヤとジャコヴァに2分割。地域病院はジャコヴァに所在)	1,364	ペヤ (Peje) イストグ (Istog) クリナ (Kline)	97,360 39,727 39,047	176,134 9.8%
	1,224	ジャコヴァ (Gjakove) デチャン (Decan) ラホヴェツ (Rahovec) ユニク (Junik)	95,363 40,392 56,932 6,151	198,838 11.1%
4. Prizren プリズレン郡	1,738	プリズレン (Prizren) ドラガシュ (Dragash) スハレカ (Suhareke) マリシェヴァ (Malishve) マムシャ (Mamushe)	179,869 34,308 60,549 55,470 5,584	335,780 18.7%
5. Gjilan ジラン郡 (大きくはジランとフェリザイに2分割。地域病院はジランに所在)	1,220	ジラン (Gjilan) カメニツァ (Kamenice) ヴィティ (Viti) クロコト=ヴルボヴァツ (Kllokot) パルテシュ (Partesh)	90,863 35,981 47,408 2,585 1,784	178,621 9.9%
	1,020	フェリザイ (Ferzaj) シュティメ (Shtime) カチャニク (Kacanik) シュテルプツァ (Shterpce) ハニ・イ・エレジト (Hani Elezit)	109,899 27,645 33,664 6,942 9,514	187,664 10.4%
	10,908			1,798,645

備考：行政区分上は国を7分割し地域 (Region) としている資料が多いが、保健大臣によれば、保健行政上は、表に示す5つを地域として採用するという説明があった。

出所：コソボ統計局、2012年

(2) 「コ」国の保健関連指標

主な保健指標を表4に示す。

表4 「コ」国の主な指標

No	主な指標	コソボ国	
1	総人口 (人)	1,798,645 ⁽¹⁾	2011
2	人口：0-14歳までの割合 (%)	26.28% ⁽²⁾	2012
3	平均余命 (歳)	70.00 ⁽³⁾	2011
4	5歳未満児死亡率 (対1,000出生)	69.00 ⁽⁴⁾	2005
5	乳児 (1歳未満児) 死亡率 (対1,000出生)	24.70 ⁽¹⁾	2012
6	妊産婦死亡率 (対100,000出生)	35.00 - 49.00 ⁽⁴⁾	2013
7	GDPに占める保健・医療費の割合 (%、2004)	2.10 ⁽⁵⁾	2009
8	政府支出に占める保健・医療費の割合 (%)	7.60 ⁽⁵⁾	2009
9	HDI (Human Development Index) ランク (186カ国中)	0.713 / 1.00 ⁽⁶⁾	2011
10	一人あたり GNI、USドル	3,890 ⁽⁷⁾	2013
11	成人識字率 (%、10歳以上)	96.15 ⁽⁸⁾	2011

出所：1: Kosovo Agency Statistics, 2012, 2: Central Intelligence Agency, 2013

3: Kosovo Human Development Report, 2012, 4: UNICEF in Kosovo, 2005,

5: Ministry of Health, Kosovo 2010, 6: Kosovo Human Development Report 2012, UNDP,

7: 世界銀行, 8: Kosovo Population and Housing Census 2011

³ 人間開発指数は0.00-1.00の間で算出される。

2012 年の世界銀行の統計によると、バルカンの周辺国（ボスニア・ヘルツェゴビナ、セルビア、モンテネグロ、マケドニア、ギリシャ）の 5 歳未満児死亡率の平均が 6.40（対 1,000 出生）、乳幼児死亡率が 5.8（対 1,000 出生）である。「コ」国の 5 歳未満児死亡率、乳児死亡率はバルカンの周辺と比べて高いが、これらは社会的な要因、衛生環境、栄養不足、貧困、健康教育の欠如によって、呼吸器感染症、急性感染性下症、先天性疾患、先天性奇形などを引き起こしたり、それらの処置や対応に遅れたりすることが考えられている⁴。

JICA 報告書（2010 年）⁵によれば、「コ」国の他 EU 諸国と比較して悪い保健指標は、2009 年時点で 40%前後と言われる高い失業率を背景とした貧困者比率の高さ（2005/6 年時点で約 45%）によるところが大きいと考えられる。さらに南東地域等、貧困地域における乳幼児死亡率も高いとされていることから、こうした地域における健康指標の低さが、国としての全体の指標をさらに引き下げているものと思われる。

UNICEF⁶によれば、妊産婦死亡率においても、やはり特に Roma, Ashkali, Egyptian などの少数民族の妊産婦は質の良いサービスへのアクセスが限られている。避妊具の使用率も低く、また、妊産婦健診受診については妊産婦自身以外の人物によって判断される比率が 15－45%と高く、コソボにおける高い妊産婦死亡率は、保健サービスの整備状況の悪さに加えて、他 EU 諸国に比べてコソボにおける女性の地位の低さにも由来していると推測される。前述した避妊具の使用率も 8%と低い。再度上記 JICA の報告書（p12）では、コソボの女性の非識字率は高く、12%とされており、農村部に至っては 16～19 歳の女性の 26%が非識字者であると指摘している。加えて、女性の労働参加率は 35%に過ぎず、これはヨーロッパで最も低い水準である。

（3）「コ」国の疾病構造

保健セクター戦略 2010-2014 年によれば、第 1 次医療サービス施設（保健センター）の統計による来院者の 3 大疾病は、筋骨格発達、結合組織の異常（約 36%）、呼吸系疾患（22%）、皮膚組織異常（8%）と報告されており、病院の報告による 3 大疾患は、呼吸系疾患が約 15%、周産期異常が約 11%、循環器系異常が 10%と報告されている。また、University Clinical Center Kosovo (UCCCK: コソボ大学医療センター)（第 3 次医療サービス病院）における死因を見ると、呼吸系疾患による死亡者が約 13%、周産期系疾患による死亡者が約 12%、更に循環器系疾患と感染症による死亡者が約 9%と報告されている。

下記の表 5 に「コ」国における男女別の死因の 10 位までを示す。脳卒中や腫瘍、心疾患などを含む生活習慣病が大半を占める。男女ともに循環器疾患が約 3 分の 2 を占めており、次いで腫瘍、3 番目に周産期先天性疾患と続く。Analysis of the Health Status of the Population 2012 によると循環器疾患は 2006 年に 137.1（対人口 10 万人）であったが、2011 年には 187.5（対人口 10 万人）と増加傾向にあり、女性より男性が多く、年齢も 65 歳以上に多発してい

⁴ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633379/>

⁵ JICA、2010「JICA コソボ共和国 貧困プロファイル調査（欧州地域）最終報告」（http://www.jica.go.jp/activities/issues/poverty/profile/pdf/kos_02.pdf）

⁶ UNICEF HP, "UNICEF Kosovo"(<http://www.ks.undp.org/content/kosovo/en/home/mdgoverview/overview/mdg4/>) (Access 2014.5)

る。循環器疾患は、虚血性心疾患等を含み、疾病を予防することもさることながら、症状が急激に悪化することも多く、早期診断とその治療のために、高度な医療技術と緊急時にも対応できる医療システムが必要とされる。

死因第3位である周産期先天性疾患に対して、保健省は乳児死亡率の減少や母子保健サービスの質の向上を重要課題として取り組み、2011年には死因第6位へと死亡率が減少した。この理由については同報告書のなかで明言されていないが、2007年から2010年に実施されたUNICEF、WHO、UNFPAの共同プロジェクト「母子保健向上プロジェクト: Improving Health of Maternal and Child Health Of Kosovo」をはじめとして、多くの国際援助機関がリプロダクティブヘルスに対する多くのプロジェクトや研修を実施したことが死亡率の減少に寄与したと推測される。

また、男性の死因第7位である外因性の多くは事故や交通事故や自殺を含んでおり、2006年に3.5（対人口10万人）であったが2011年には14.2（対人口10万人）と急激に増加している。この理由についても、同報告書の中で分析されていない。

表5 男女別死因

	男性			女性			合計		
	病名	人数	%	病名	人数	%	病名	人数	%
1	循環器疾患	1,525	63.15	循環器疾患	1,241	67.74	循環器疾患	2,766	65.13
2	腫瘍	333	13.79	腫瘍	213	11.63	腫瘍	546	12.86
3	先天性疾患	126	5.22	先天性疾患	95	5.19	先天性疾患	221	5.20
4	肺疾患	121	4.78	肺疾患	82	4.48	肺疾患	203	4.78
5	原因不明（異常所見）	106	4.39	原因不明（異常所見）	72	3.93	原因不明（異常所見）	178	4.19
6	泌尿、生殖器系疾患	72	2.98	泌尿、生殖器系疾患	42	2.29	泌尿、生殖器系疾患	114	2.68
7	外因性	58	2.40	内分泌、栄養代謝異常	35	1.91	外傷、中毒、その他	74	1.74
8	内分泌、栄養代謝異常	31	1.28	消化器系疾患	20	1.09	内分泌、栄養代謝異常	66	1.55
9	消化器系疾患	30	1.24	神経性疾患	16	0.87	消化器系疾患	50	1.18
10	神経性疾患	13	0.54	外因性	16	0.87	神経性疾患	29	0.68

出所：Cause of death in Kosovo、コソボ統計局（2009年）

表 6 病院別疾病統計（2008～2010 年の推移）

No.	地域	施設名	入院患者数	死亡数	手術数	分娩数	BOR (%)
1	プリシュティナ	UCCCK	87,399	1,157*	14,096*	10,719*	65.1
			87,489	1,274*	14,096*	10,719*	74.5
			84,911	1,324	25,978	10,574	70.1
2	ジラン	ジラン地域病院	16,973	109	2,073	2,289	53.8
			16,983	148	2,050	2,155	53.4
			16,754	143	2,077	2,121	48.0
3	ペヤ	ジャコヴァ地域病院	16,532	166	2,563	2,130	58.7
			17,030	173	2,479	2,028	57.4
			17,192	145	2,797	2,202	56.2
4	ペヤ	ペヤ病院	15,774	157	3,121	2,619	59.4
			15,929	180	3,534	2,552	56.5
			16,147	202	3,547	2,433	57.6
5	プリズレン	プリズレン地域病院	26,393	318	5,299	4,391	65.0
			25,246	326	5,057	4,333	62.3
			25,668	309	5,287	4,295	61.9
6	ミトロヴィツァ	ヴシュトリ病院	3,467	4	1,222	847	49.5
			3,846	8	1,405	783	47.6
			4,213	2	1,658	650	48.0
7	ジラン	フェリザイ地域病院	3,211	3	199	1,913	34.8
			2,893	1	70	1,787	34.4
			3,380	5	101	1,701	39.2
8	ミトロヴィツァ	ミトロヴィツァ地域病院	NA	NA	NA	NA	NA
			1,436	0	271	712	27.0
			688	0	147	1,227	78.1
9	ミトロヴィツァ	北ミトロヴィツァ病院	NA	NA	NA	NA	NA
10	ミトロヴィツァ	ズヴェチャン病院	NA	NA	NA	NA	NA
11	プリシュティナ	グラチャニツァ病院	NA	NA	NA	NA	NA

備考：上段、中段、下段それぞれ、2008 年、2009 年、2010 年の統計値。

*印 データの数値が同数であり、保健省に問い合わせたものの真意を確認できず。

出所：Health Statistics Kosovo, 2008, 2009 and 2010. Statistical Agency of Kosovo

2.2 保健行政、保健政策および保健予算

2.2.1 保健行政

(1) 中央保健行政

図 1 に示すように、「コ」国保健省は保健大臣を中心に、関連する保健機関と保健省の 6 部門、24 課から構成されている。

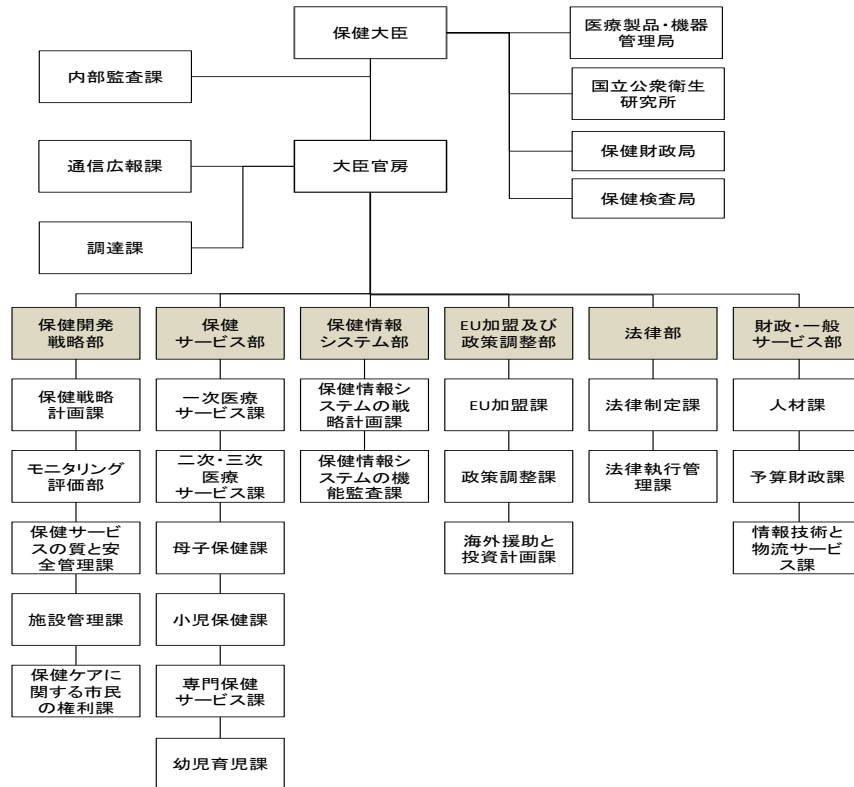


図1 保健行政の仕組み

2.2.2 保健政策

(1) 保健セクター戦略

「コ」国保健省は EU 加盟を視野に入れ、全国民に、ヨーロッパ標準を満たす質の高い医療サービスを提供することを目標とした上で、「Health Sector Strategy 2010-2014 年（保健セクター戦略 2010-2014 年）」を策定した。下記の一般目標のもと、保健サービスを展開している。

目標：

- 疾病、粗死亡率⁷の低下
- 医療資源と保健サービスの質の向上
- 既存の医療施設の運営と再編・医療機材の調達に関するヨーロッパ基準の適応
- 医療情報システムの更なる整備開発
- 保健セクターへの財源確保のためのシステム開発

2014 年-2020 年 版の保健セクター戦略は、現在作成中である。

(2) 保健セクター戦略の考察

保健省は、世界銀行の支援を得て、2008 年に保健セクター戦略を実践するために必要となるマスタープラン（案）を策定し、その中で以下に示すような課題について分析を行っている（「Report to Government of Kosovo-World Bank Health Sector Master Planning Project (2008)」世界銀行）。

⁷ 一定期間の死亡者数を単純にその期間の人口で割った値

課題 1. 保健投資と維持管理計画

新たな保健投資により施設が建設されたとしても、十分な人材と医療機材、それを維持管理するための予算の確保を伴った計画が配慮されていない。専門家から構成される保健投資委員会や機材委員会を設立し、適切な投資計画とその後の維持管理計画をたて、モニタリングを徹底し、医療サービスの質を向上させる取り組みが求められる。また機材のメンテナンス契約に関しても調達規則に含め、機材がより良い状態で長く利用されるよう配慮する。

課題 2. 低給与

医療職者の給与が低いことは問題視されており、そのことが原因となって医師や薬剤師をはじめ他の医療従事者も含めて民間へ流出している状況の下、公共医療施設における医療サービスの「質」が損ねられている（特に薬剤師の不足や医師の民間への流出が指摘されている）。Investigation into public health care in Kosovo (Balkan Policy Institute, 2012)によると、専門医の月給の平均が 273.42 ユーロ、一般医が 234.36 ユーロ、看護師が 175.77 ユーロとの報告であった。「コ」国全体の平均給与が 281 ユーロである⁸ことと比較しても、医療従事者の給与が相対的に低く、このことは「コ」国において医療従事者の人材確保がより難しい状況と言える。保健財政に締める給与の支出について検討されるである。

課題 3. 1 次医療サービス

国民の約 80%が 10 分以内に 1 次レベルの医療サービスにアクセスでき、98%が 20 分以内にアクセスできる体制にあり、1 次レベルの医療施設の配置は良好であると言える。一方、近隣諸国と比較して医療従事者の数が少ないことが指摘される。また十分な医療機器、医薬品、医療従事者への研修が不足しており、医療従事者が適切な医療サービスを提供できていない。そのため、患者が 1 次レベルを受診せずに 2 次または 3 次医療施設を受診する状況となっている。1 次医療サービス施設に関しては、多くが古くなっており、改修が必要な状況である。

課題 4. 病院サービス

近隣国と比べても、病院の急性病床のベッド数、医師や看護師の数が不足している。一方、患者が病院を利用する機会も少なく、ベッドの稼働率が低い。2 次と 3 次医療施設の配置状況は良好で、3 次医療施設までのアクセスに 2 時間以上要する割合は、全国民の 1%のみである。現在、「コ」国の首都に 3 次医療施設として唯一存在する UCCK に 90 分以内にアクセスできる割合は 89%であり、今後、プリズレンの地域病院を 3 次医療施設に格上げすると仮定すれば、国民が 90 分以内に 3 次病院にアクセスできる割合は 98%に上昇する。3 次医療施設内で腫瘍治療、脳卒中治療、熱傷や心臓外科疾患手術に対応できるベッド数を増やし、救急搬送サービスや医療従事者向けの研修を充実させることも求められている。

UCCK をはじめ、ミトロヴィツァにおけるヴシュトリ病院建設はさることながら、多く

⁸ Statistical Office of Kosovo, “Economic Statistics-Structural Business Survey 2005”

の地域病院において施設が老朽化しており、施設の改修や修繕の必要性が高い。

課題 5. 検査機器と X 線機器

X 線や検査機器を有しているものの、高額な維持管理費用を確保できず、機材が壊れた場合に、その復旧が困難となる状況にある。また維持管理を行う為の専門家も少ないのが現状である。

課題 6. 緊急医療サービス

2 次病院が救急対応をできる医療施設として、コソボ全体をカバーしており、コールセンターも設立されている。救急車両は十分にあるものの、配置が不適當であり、全国的に救急車が均等に配置されるように見直す必要がある。救急医療サービスの提供に必要な技術研修が医療従事者に施されていない。

課題 7. 医療薬品

医療薬品の不足が深刻な問題として取りあげられている。

(3) その他の保健政策

EU 加盟を念頭に、医療関連法規の整備も進めており、現在、国会で承認が進められている法規、ならびに草稿中の議案として以下のようなものがあげられる。

- 2004 年に施行された医療法 (Health Law) の改定 (医療法は 2012 年 5 月に一部改正された)
- 強制医療保険 (Health Insurance) 制度 (国会の認証済み首相サイン待ち)
- 医薬品および医療機器 (Medical Products and Devices) に関する法規 (国会の認証済み首相サイン待ち)
- 医師会などをはじめとする医療従事者別の団体や協会の設立 (Chambers of Healthcare Professionals) に関する法規 (国会の認証済み首相サイン待ち)
- タバコ法 (承認)
- 公務員の報酬体系 (草稿中)

保健セクター・リフォーム (Health Sector Reform) ⁹の推進に伴い 2004 年に施行された医療法 (Health Law) の包括的な見直しが行われ、2014 年 4 月 10 日に国会で認証された。現在、医療法の基盤となる活動計画 (Action Plan) ならびに戦略 (Strategy) の最終確認が行われて

⁹ 一般的には、「保健セクターの効率性、公平性、効果を向上させるための持続的かつ目的のある変革」と定義されている。疾病の負担の減少につながる進歩を妨げ、健康問題への新たな取り組みを妨害しているとして、「不適切な配分」、「不公平」、「非効率」、「医療コストの激増」の 4 つの欠陥を特定し、これらを是正するための処方箋として以下の政策目標が掲げられている。1) 家庭の健康増進を可能にする環境作り、2) 保健への政府投資の改善、3) 民間セクターの関与の促進。現在、「コ」国の医療費は基本的に無料といわれているが、医療保険制度を導入し国民が医療費をシェアのうえ、公平な医療サービスを享受できるような体制整備に重きを置いていること、医療サービス運営体系の抜本的な改革、例えば、医療施設毎に行われていた運営形態をとりやめ診療サービス毎の運営スタイルを導入するといったことを包含し、保健セクター・リフォームと総称している。

おり、4 月中には公表される予定であると保健大臣より説明があった¹⁰。

改正の根幹を成すのは、病院医療サービス（2 次および 3 次医療サービス）の運営を専門診療科毎に進めるという制度の導入である（本報告では、当該機関を便宜上「専門診療科病院」と呼称）。現在「コ」国では UCKK に 22 の専門診療科があるが、これを 18 に縮減し、それに 5 つの専門機関を加え（Occupational Institute/作業療法機関、National Blood Transfusion Centre/国立輸血センター、Institute of Sport Medicine/スポーツ医療機関、Telemedicine Centre/遠隔医療センター、Institute of the Faculty of Medicine/医学部）、それぞれの専門診療サービスを担う専門診療科病院と専門（研究）機関として個々に運営を図ることが想定されている。技術的なスーパービジョンに加え、予算管理・人材管理も含めて診療科ごとに行うことが最終的な目標に掲げられている。しかしながら、実質的な診療サービスのあり方は、首都のプリシュティナで 3 次医療サービスを提供し、地方の病院で 2 次医療サービスを提供するという従来のサービス体制を継承する。首都プリシュティナの UCKK に備わっているそれぞれの診療科がサービスの総括責任機関となり（専門診療科の本院的な立場となる）、全国 7 地域（ミトロヴィツァ、ヴシュトリ、ペヤ、フェリザイ、ジャコヴァ、ジラン、プリズレン）にその分院が配置されるという構想である。各地域の分院は、首都のプリシュティナおよび他の地域病院との間で技術交流を図り診療サービスの標準化を目指す、また、医療サービス委員会（University Hospital and Clinical Service of Kosovo ; UHCSK）を編成し、サービスラインによる運営の効率化に務める計画である。

専門診療科病院という運営概念の導入は、医療サービスの質を向上させ、地域間に優劣のない診療サービスの提供を図るという観点では効果的な政策と言えるものの、各専門診療サービスを進める上で、中央診療サービス（専門診療サービスを進めるうえで共通化の図れるサービスを意図する。一例としては画像診断や検体検査サービス等があげられる）のあり方をどのように整理するかが懸案となる。中央診療サービスの整備を、専門診療科を単位として進めるのか（診療科毎に縦割りの発想で整備を進める）、もしくは従来通り病院という括りで整備を進めるという（総合診療科を対象に整備を進める）構想であるのか、現状、保健省より具体的な方針は提示されておらず、今後の課題として処方導き出すことが求められている。

2.2.3 保健予算

(1) 保健省の予算と支出について

医療サービスに必要な財源は政府が負担している。一方、2008 年に行われた世界銀行による世帯調査報告書によれば、政府負担金および民間部門を含む全保健支出の約 40%に相当する金額、つまり政府とほぼ同額程度の資金が患者から非公式に支払われているという報告もある。政府予算は財務省（Ministry of Finance）から保健省へ、1 次医施設への拠出は財務省から地方自治体（Municipalities）を経由して行われている。医療費の支出状況を 2013 年実績で見ると、全体の約 28%は 1 次医療サービス（保健センター）へ拠出されており、22%が 2 次医療サービス（地域・市立病院）、24%が 3 次医療サービス（UCKK）へ拠

¹⁰ 保健省担当官によると、2014 年 5 月下旬現在においても公表に至っていない。

出されている。その他として 25%が計上されているが、その内訳は、国立機関の専門領域を担う血液センターや歯科センターの運営費として拠出されているとともに医薬品の調達費にも充当されている経費である。政府予算として約 1.52 億ユーロ（1 ユーロ 140 円換算で約 212 億円）が拠出されている。

これらの予算の使用用途として、50%は給与や賃金、32%は医療サービス、3%は施設設備経費、2%は搬送費、13%が保健投資費用に充当されている。

表 7 政府による医療費の支出状況（単位：ユーロ）

拠出先	保健省拠出	地方自治政府拠出額	計	1 人当り GDP (ユーロ)	割合 (%)
1 次医療	90,616	42,658,541	42,749,157	22.7	28
2 次医療+メンタルヘルス	30,776,710	2,809,707	33,586,417	17.8	22
3 次医療	36,946,508	-	36,946,508	19.6	24
その他	37,798,028	-	37,798,028	20	25
保健省本省予算	1,191,283	-	1,191,283	0.6	1
計	106,803,145	45,468,248	152,271,393	80.7*	100
全体に占める割合 (%)	70	30	100		
1 人当り拠出額	56.7	24.1	80.8*		

備考：保健省拠出額は、財務省より保健省経由で拠出されている金額である。

1 人当りの数値は、「コ」国の総人口を 1,883,000 人で導きだした数値であり表-1 の人口数で導きだされ数値とは相違がある。

*印：小数点以下の扱いで数値に相違が生じている。

出所：「コ」保健省からのアンケート回答、2014 年 3 月

表 7 および表 8 より、「コ」国における総医療費として、政府予算より約 1.52 億ユーロ（地方自治体予算を含む）、民間部門では凡そ 1.11 億ユーロ、併せて約 2.63 億ユーロが支出されている（1 ユーロ 140 円とすると約 368.2 億円に至る）。表 8 より、2009 年から 2013 年まで保健に関する政府予算は年々増加傾向にあり、財政支出に占める保健支出が 2009 年には 5.6%に過ぎなかったが、2013 年には 6.7%へと上昇している。医療サービスの受診率が大きく上昇したという背景はないものの（表 7 を参照）、診療費の負担が嵩む循環器系疾患や腫瘍患者が増加傾向にあることが起因していると保健省関係者からの説明があった。また、国家予算から国民医療サービスへ充当される予算手当に関連する法整備が取り図られたことも一誘因になったという指摘もあった。

表 8 政府予算と保健セクター予算（単位：ユーロ）

Categories	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
GDP（名目）	4,008	4,291	4,776	5,015	5,205
一人当り GDP	2,293	2,418	2,650	2,783	2,889
保健に関する政府予算	66,000,000	72,000,000	79,000,000	89,000,000	107,000,000
財政支出	1,192,000,000	1,458,000,000	1,612,000,000	1,524,000,000	1,591,000,000
保健支出/ 財政支出（%）	5.5	4.9	4.9	5.8	6.7
保健に関する政府予算の上昇率（%）		9	9	12	20
保健支出/ GDP（%）* 1	1.7	1.7	1.7	1.8	2.1
PHC における保健支出/ GDP（%）	2.4	2.4	2.4	2.5	2.9
民間における保健支出/ GDP（%）	3.9	4.0	3.9	4.2	4.5

備考：Remark 1 は病院医療サービスに充当された医療費である。

出所：「コ」国財務省

「コ」国の GDP に対する民間部門ならびに公的資金による保健支出は、EU の中でも低いレベルにある。経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development、以下 OECD）の 2010 年の情報によると、EU 諸国の GDP に対する医療費（民間部門と公的資金の合計）支出の平均割合は 9.0%であるのに対し、「コ」国は 4.5%と低く、かつ自治体によってその支出比には差がある。保健省からの聴き取りによると、プリシュティナの一市民あたりの年間の保健支出（民間部門と公的資金の合計）は 45 ユーロで、マリシェヴァは 17 ユーロと低く、約 3 倍近い差がある。国民に対する公平な医療サービスの提供を実現するためには、都市部と地方におけるその差が逆転するような状況になることが望ましく、地域間における格差是正を図ることが課題とされている。

2.3 保健医療サービス供給体制

2.3.1 保健サービス供給体制

(1) 保健医療サービス供給システム

公共の保健医療施設として、PHC 施設、地域病院（Regional Hospital）、大学病院・研究所がある。PHC 施設と称する 1 次レベルの保健施設はメインファミリー保健センター（Main Family Medicine Center :MFMC）、ファミリー保健センター（Family Medicine Center :FMC）、外来診療所（Ambulatory Care Clinics）、産婦人科診療所（Women Wellness Center: WWC）が該当する。中でも MFMC はファミリー保健センターを統括する施設に位置付けられ、画像診断（一般 X 線撮影や超音波による診断）、心電図検査、歯科検診などのサービスを受けることが可能である。さらに 2 次レベルの医療施設は、表 9 に示したとおり、全国に 10 施設ある。各郡の中心地にそれぞれ 1 次施設（ペヤ郡の場合はジャコバに所在）、その他に、市立病院としてミトロヴィッツァとフェリザイに各 1 施設、更にセルビア人居住区に 3 施設（ミトロヴィッツァ郡のズヴェチャン市立病院、ミトロヴィッツァ・ヴェリオレ市立病院、プリシュティナ郡のグラチャニツァ市立病院）が 2 次医療サービスを提供する病院として位置付けされている。

表 9 行政区と地域病院（市立病院を含む）

Region	Centre	Area (Km2)	Pop	Municipality
1. Mitrovica ミトロヴィツァ郡 (北部と南部に分けられ、北部にはセルビア人の多い居住地域があり、青字で表示)	ミトロヴィツァ (Mitrovica) (ヴシュトリに市立病院あり)	2,052	234,435	ミトロヴィツァ (Mitrovica) レボサヴィチ (Leposavik) スケンデライ (Skenderaj) ヴシュトリ (Vushtri) ズビン・ポトク (Zubin Potok) ズヴェチヤン (Zvecan) ミトロヴィツァ・ヴェリオレ (Veriole)
2. Prishtina プリシュティナ郡 (セルビア人の居住地域を青字で表示)	プリシュティナ (Prishtine)	2,288	487,155	プリシュティナ (Prishtine) グログツ (Glogoc) フシェ・コソヴァ (Fushe Kosove) リピヤン (Lipjan) ノヴォベルド (Novoberde) オビリチ (Obiliq) ポドゥイエヴァ (Podujeve) グラチャニツァ (Gracanice) ラニルグ (Ranillug)
3. Peje ペヤ郡 (大きくはペヤとジャコヴァに 2 分割。地域病院はジャコヴァに所在)	ペヤ (Peje)	1,364	176,134	ペヤ (Peje) イストグ (Istog) クリナ (Kline)
	ジャコヴァ (Gjakove)	1,224	198,838	ジャコヴァ (Gjakove) デチャン (Decan) ラホヴェツ (Rahovec) ユニク (Junik)
4. Prizren プリズレン郡	プリズレン (Prizren)	1,739	335,780	プリズレン (Prizren) ドラガシュ (Dragash) スハレカ (Suhareke) マリシェヴァ (Malishve) マムシャ (Mamushe)
5. Gjilan ジラン郡 (大きくはジランとフェリザイに 2 分割。地域病院はジランに所在)	ジラン (Gjilan)	1,220	178,621	ジラン (Gjilan) カメニツァ (Kamenice) ヴィティ (Viti) クロコト＝ヴルボヴァツ (Kllokot) パルテシュ (Partesh)
	フェリザイ (Ferzai) (フェリザイに市立病院あり)	1,021	187,664	フェリザイ (Ferzaj) シュティメ (Shtime) カチャニク (Kacanik) シュテルプツァ (Shterpce) ハニ・イ・エレジト (Hani Elezit)
		10,910	1,798,645	

出所：現地調査

3 次レベルの医療施設は国立専門病院・研究所となっている（図 2、表 10）。3 次病院は、UCCK、国立公衆衛生局（National Institute of Public Health）、労働安全衛生局（Occupational Institute）、国立輸血センター（National Blood Transfusion Center）、スポーツ医療機関（Institute of Sport Medicine）、遠隔医療センター（Telemedicine Center）、歯科大学病院（Dentistry University Clinical Center）の 7 施設である。病院医療サービスという臨床医療を担う施設としては UCCK が、3 次レベルの医療サービスを提供する公的医療施設であり、22 の診療科と医学部を併設している。国立衛生局は主に疾病の流行の予防とコントロールや畜産関連の検査および食品衛生検査などのサービス提供している。

提供されている保健医療サービスの内容は 1 次～3 次レベルにおいて下記のとおり異なる

っている。1次医療施設では、予防接種、産前・産後検診、健康教育、家族計画、入院を伴わない外科処置、症状緩和のための投薬、2・3次レベルの医療施設への紹介などを行っている。2次医療施設では、1次レベル医療サービスに加えて専門的な診断・治療、入院が必要な外科医療サービスを提供している。2次レベル医療施設に多い疾病として、高血圧、糖尿病、インフルエンザや肺炎等がある。2次レベルと3次レベルの医療施設の違いは、例えば内科でいうと2次には内科のみが存在するのに対し、3次医療施設の UCCK では、血液科、消化器科、内分泌化科、心臓科、リュウマチ科と診療科が細分化されておりそれぞれに専門医が配置されていることがあげられる¹¹。

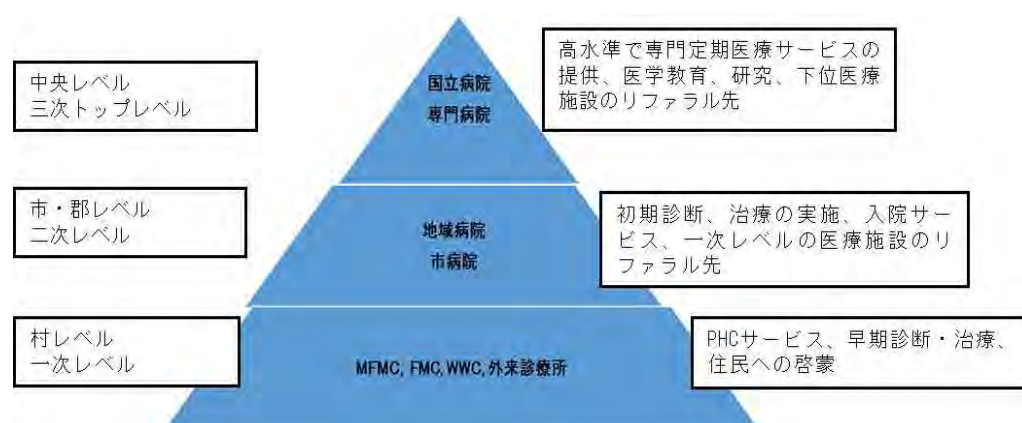


図2 「コ」国のリファラル・システム

表10 レベル別保健医療施設のカバー人口、カバーエリア、構成職員および提供しているサービス内容

	保健医療施設名	カバーエリア	提供する保健医療サービス内容
1次	FMC	村レベル	救急サービス、予防接種、健康教育、産前・産後検診、家族計画、小外科処置、診断、リハビリ、医薬品提供
	WWC		リプロダクティブヘルスに関わる健康教育、産前産後検診、産婦人科
	外来診療所		救急サービス、予防接種、健康教育、産前・産後検診、家族計画、小外科処置、診断、リハビリ、医薬品提供
	MFMC		救急サービス、予防接種、健康教育、産前・産後検診、家族計画、小外科処置、診断、リハビリ、医薬品提供 (FMCを地域によって統括している)
2次	地域病院 (8ヶ所)	郡レベル	外科、小児科、産婦人科、歯科、内科専門入院サービス、1次レベルの保健医療施設のリファラル先 *心療内科専門2次病院は別途有り
	市立病院 (2ヶ所)	市レベル	
3次	国立専門病院・研究所	市および国レベル	専門的かつ高度な医療サービスの提供、医学教育および研究など

出所：Health Sector Strategy (2010-2014年)と質問票回答より

(2) 保健医療施設数および病床数の推移

2012年における「コ」国の保健医療施設は公的医療施設が381ヶ所（1次医療施設：364ヶ所、2次医療施設：10ヶ所、3次医療施設：7ヶ所）、登録されている民間病院は、1,421ヶ

¹¹ Report to government of Kosovo, *Health System Network Master Plan*, World Bank, (2008)

所（1次医療施設：905ヶ所、2次医療施設：516ヶ所）である¹²。

「コ」国の公共の保健医療施設の病床数は、2008年は3,994床（2次医療施設：1,900床、3次医療施設：2,094床）、2009年は3,764床（2次医療施設：1,935床、3次1,829床）、2010年は3,897床（2次医療施設：1,927床、3次医療施設：1,970床）で過去3年間大きな増減（3,764～3,994床）はなく、2次医療施設で27床（1.4%）増加、3次医療施設で124床の減少（5.9%）となっている¹³。単純に比較はできないが、「コ」国の人口一人当たりの病床数は凡そ21.6床であり（2010年の総病数が3,900床、人口は約18百万人）、欧州諸国の平均に満たない「ア」国（約24床）よりも更に少ない状況にある（表82を参照）。3次医療施設の病床数を減少させ、2次医療施設の病床数を増加させるといったことを、政策的に進めているようには伺えないものの、今後導入が予定されている「専門診療科病院」構想との関連性なども配慮のうえ、病床の再分配計画を検討することが求められる。対人口比を基に論じれば、総病床数の減少を進めることは考えにくいと想像する。

2.3.2 医療従事者の配置状況

2003年にStatistical Office of Kosovoより発表された地方と職種別の医療人材を表11に示す。

¹² Republic of Kosovo, Ministry of Health, *Performance Study of Health Sector 2012*

¹³ Statistical Agency of Kosovo, *Health Statistics 2008-2010*

表 11 全国の医療関連職員数

郡/市	医師	歯科医	医療専門職	薬剤師	医療専門補助職	医療スタッフ以外	合計
ミトロヴィツァ郡	ミトロヴィツァ (Mitrovica)	73	11	404	20	144	652
	レポサヴィチ (Leposavik)	-	-	-	-	-	-
	スケンデライ (Skenderaj)	16	2	122	-	33	173
	ヴシュトリ (Vushtri)	30	5	225	2	57	319
	ズビン・ポトク (Zubin Potok)	-	-	-	-	-	-
	ズヴェチヤン (Zvecan)	-	-	-	-	-	-
	ミトロヴィツァ・ヴェリオレ (Verilje)	-	-	-	-	-	-
プリシュティナ郡	プリシュティナ (Pristine)	900	136	2,310	4	59	4,770
	グログツ (Glogoc) (=Drenas)	24	2	123	-	45	194
	フシェ・コソヴァ (Fushe Kosove)	20	4	43	2	20	89
	リビヤン (Lipjan)	25	5	112	1	41	184
	ノヴォベルド (Novoberde) (=Artana)	1	-	11	-	5	17
	オビリチ (Obiliq)	38	5	100	6	41	190
	ポドウエヴァ (Podujeve)	37	5	139	2	67	250
	グラチャニツァ (Gracanice)	-	-	-	-	-	-
	ラニルグ (Ranillug)	-	-	-	-	-	-
ベヤ郡	ベヤ (Peje)	170	26	539	1	269	1,026
	イストグ (Istog) (=Burrin)	16	5	76	-	35	132
	クリナ (Kline)	20	2	80	-	36	138
	ジャコヴァ (Gjakove)	174	33	578	19	245	1,049
	デチヤン (Decan)	31	7	91	-	18	147
	ラホヴェツ (Rahovec)	16	6	76	1	29	128
	ユニク (Junik)	-	-	-	-	-	0
プレズレン郡	プレズレン (Prizren)	246	37	761	1	14	1,360
	ドラガシュ (Dragash)	16	5	56	-	22	100
	スハレカ (Suhareke) (=Theranda)	16	7	93	-	33	150
	マリシェヴァ (Malishve)	17	5	77	1	29	129
	マムシャ (Mamushhe) (=Dardania)	24	5	111	1	54	195
	ジラン (Gjilan)	189	20	547	9	233	998
ジラン郡	カメニツァ (Kamenice)	-	-	-	-	-	-
	ヴィティ (Viti)	12	4	103	1	48	168
	クロコト=ヴルボヴァツ (Klokot) (=Vitina)	-	-	-	-	-	0
	パルテシュ (Partesh)	-	-	-	-	-	-
	フェリザイ (Ferzal)	62	16	347	3	129	561
	シュティメ (Shtime)	14	2	42	-	16	74
	カチャニク (Kacanik)	5	4	80	2	30	121
	シュテルプツァ (Shterpce)	21	4	63	1	20	109
	ハニ・イ・エレジト (Hani Elezit)	-	-	-	-	-	-
	合計	2,213	363	7,309	11	166	13,423

出所：Employees in Public Health Sector 2004, Ministry of Health

1～3 次公的医療施設に勤務する医師数は、2,213 名で、そのうち 55% (1,202 名) は専門医、32% (718 名) は専門研修医、13% (293 名) は一般医となっている。そのうち首都のプリシュティナには 301 名の専門研修医、534 名の専門医が配置されている。歯科医師に関しては、半数以上がプリシュティナにて従事している。

表 12 全国の医師および歯科医師数

区分	専門研修医*	一般医	専門医	計
医師	718	293	1,202	2,213
歯科医師	71	192	100	363

出所：Employees in Public Health Sector, Ministry of Health (2004)

*一般医から専門医になるための研修中の医師

1 次医療施設に配置されている医師は、計 850 名で、そのうち 49% (423 名) は専門医、32% (276 名) は一般医、17% (151 名) は研修医である。

表 13 1 次医療施設に勤務する医師数

地域	専門研修医	一般医	専門医	計
全国	151	276	423	850

出所：Employees in Public Health Sector, Ministry of Health (2004)

2 次医療施設に勤務する医師数は、計 596 名で、そのうち 58% (348 名) は専門医、0.3% (2 名)、41% (246 名) は専門研修医である。

表 14 2 次医療施設に勤務する医師数 (地域病院：7 施設)

地域	専門研修医	一般医	専門医	計
ジャコヴァ	51	1	56	108
ジラン	71	-	52	126
ミトロヴィツァ	-	-	47	47
ペヤ	42	-	70	112
プリズレン	77	-	91	168
プリシュティナ	-	1	19	20
フィリザイ	2	-	13	15
計	246	2	348	596

備考：セルビア人居住区の 3 市立病院の情報は含まず。

出所：Employees in Public Health Sector, Ministry of Health (2004)

下記表 15 に 3 次医療施設の主な診療科の医師数を示した。なお、3 次医療施設には 1 次・2 次医療施設とは異なり一般医は存在せず、専門医もしくは研修医のみ在籍している。

表 15 3 次医療施設に勤務する主な診療科の医師数

診療科	医師数	診療科	医師数
外科	80	神経科	44
整形外科	61	内科	74
泌尿器科	30	感染症科	30
神経外科	27	小児外科	32
産婦人科	111	耳鼻咽喉科	43
理学療法化	26	眼科	35
心療内科	30	麻酔科	61
心臓科	60	皮膚科	31
小児内科	63	その他	32
計			870

出所：Health Statistics, Statistical Agency of Kosovo (2010)

2.3.3 保健人材育成の現状

(1) 組織、職員および人材育成計画

「コ」国の公的保健組織職員・医療従事者およびそれらの人材育成計画は、医療財政/一般サービス局 (Department of Finances and General Services) の人材課 (Human Resource Division) で担当している。

(2) 主な医療従事者の育成

「コ」国の医師、歯科医師の公的医療従事者育成施設は、プリシュティナ大学医学部 (Faculty of Medicine, University of Pristina) の1校となっている。プリシュティナ大学医学部は、UCCCKの一部に統合され機能している。プリシュティナ大学医学部には、医学部、歯学部、薬学部、理学療法学部、看護学部の5学部があり、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、正看護師の育成にあたっている。医師は6年間の就学および1年間の病院内での研修を経て国家試験を受験し、合格すると医師免許および一般医 (General Practitioner) として認定される。専門医になるには、一般医に認定された後、最低でも2年以上1次医療施設で勤務する必要がある¹⁴、その後4年から5年各専門臨床科で研修医として働くことが義務付けられ、最終的には医師会等で専門医として認定されることになる。医師、薬剤師、歯科医師のみが国家試験を合格して資格を取得できるシステムとなっており、それ以外の職種は各学校の試験を合格することで資格を取得し、就職できることとなっている。看護師および助産師の養成は、2014年に国立ジャコヴァ大学に養成コースが設けられ (修学期間は3年、生徒数は少数)、2つの私立校がプリシュティナにある。また放射線技士と臨床検査技師の私立学校が1つプリシュティナにある。

表 16 プリシュティナ大学医学部の就学情報

職種	学生数 (全学年)	入学者数 (2012年)	就学年数	インターンシ ップ期間	学費/年
一般医	1,508人	394人	6年、3～4年は専門課程	12か月	100/ユーロ
歯科医師	652人	255人	6年、3～4年は専門課程	12か月	
薬剤師	295人	125人	5年	12か月	
看護師	416人	139人	3年	6か月	
助産師	178人	53人	3年	6か月	
理学療法士	313人	151人	3年	6か月	

出所: Faculty of Medicine, University of Prishtina “Hasan Prishtina”からの質問票への回答
Medical Education in Kosovo, 2011 (Med Teach)

(3) 人材育成の課題

プリシュティナ大学からの聞き取り調査による医療人材育成の課題は下記のとおりである。

1) 看護学部および理学部の教員数不足

医学部・歯学部・薬学部での教員数は足りているものの看護学部 (助産師育成を含む)

¹⁴ “Medical Education in Kosovo”, 2011 (Med Teach)

や理学療法学で十分な実務経験・高等機関での教育を有する教員数が不足している傾向にある。

2) 医療従事者育成のための機材不足

医療技術の向上を目的とした十分な教育用モデルおよび検査（ラボラトリー）機材が不足していることがあげられている。とくにラボラトリー機材については、試薬等の消耗品を購入する予算が不足していることから適切な利用に支障をきたしていることが報告されている。

2.3.4 医療保険システム

これまで「コ」国の保健医療サービスの提供に必要な費用は税収基盤によってまかなわれており、凡そ一人当たりの国内総生産（GDP）のうち、約3%を一人当たりの年間の医療費支出としてあてている。しかし、未だ医療サービスを受けるにあたって必要な医療費の大半を患者が負担しなければいけない状態であり、現在の税収基盤の医療システムは、財政的負担が医療施設へのアクセスの弊害となっているとの報告もあり¹⁵、医療保険制度を導入する必要性が高まっている。

このような中で「コ」国政府は、2006年医療保険法を採択し、現在医療保険制度の導入も含め検討している。医療保険制度では源泉徴収制度を用いて公的医療サービスのためのさらなる歳入の確保を目的としている。2012年には医療制度改革および医療保険導入にあたり、保健医療分野の組織改革に関する法律が承認されている。「コ」国の中期政策戦略（Declaration of Medium-term Policy Priorities 2014-2016）の保健分野における目標に、医療保険制度確立のため保健省下に医療保険導入の専門組織として医療保険機構を組織する必要があることが述べられている。

現地調査において現在作成中の医療保険法には表17の詳細が記載されている。

表17 作成中の医療保険法の概要

医療保険法の目的	すべての国民と住民が質の高い保健医療サービスにアクセスが可能になり、各種保健医療の指標向上および保健医療サービスへのアクセスを保障することで経済的な負担を減らす
対象人口	18歳以上の勤労者（被保険者の配偶者および18歳以下の子どもは同保険適応内となる）
対象医療サービス	基礎医療サービス、救急医療、両者に伴う医薬品代
保険料支払法	被保険者と事業主がともに被保険者の年間所得に対して3.5%（計7%）を負担する
保険料支払免除者	公的扶助を受けている貧困家庭、服役者、戦争障害者、高齢者等

出所：Draft of Law on Health Insurance, Ministry of Health

¹⁵ World Bank, *Kosovo Health Financing Reform Study*, 2008

2.3.5 保健情報管理システム

「コ」国保健省において保健情報管理を実施しているのは保健財政・一般サービス局の保健医療情報部および国立公衆衛生局（National Institute of Public Health）である。「コ」国では紛争後、人口調査が10年にわたって行われていない¹⁶など、保健情報管理が機能しているとは言い難い状況にある。保健戦略 2010-2014（Health Sector Strategy 2010-2014）には、保健情報管理システムについて下記4点を重点課題として改善の必要があるとされている。

1) 受診者登録

患者登録には臨床登録や医学的意思決定過程サポートシステム、入院・退院・リファールの有無、医療費等の記載が必要である。また疾患の集団発生を予防・コントロールするための医療情報も不足している。

2) 国家での統一した保健情報システム

公的医療施設からは断片的な医療情報しか提供されないことが問題視されており、私立病院からの医療情報収集システムがないことも課題としてあげられている。

3) 提供を行った医療サービスに関連した医薬品とその経済的手当についての情報

4) 保健情報管理システム維持予算

2013年12月より、上記の課題に関しルクセンブルグ経済開発局が保健情報管理システム強化について支援を開始している¹⁷。

2.3.6 救急医療システム

現在、「コ」国の救急医療サービスは、1次、2次、3次医療施設で統合的に提供されている。救急患者は、まず1次医療施設である MFMC において最初の診断を行い、必要に応じて2次以上の医療施設への振り分けを行っている。この際、受診時間によっては、一般X線撮影や検体検査を提供できない施設もある。自分で MFMC に来ることのできない患者の場合、各 MFMC では、救急電話サービスシステムを有しており、24時間体制で救急要請を受け付けている。原則、医師が同乗した救急車が患者のもとに行き、対応を取り、搬送を行う。全ての2次医療施設では救急センターと救急車が配置されている。この救急車は、主に入院患者を UCCK へ搬送する際に使われており、来院患者は1次医療施設の救急車等によって病院に搬送される。2次医療施設の医療機材と機材の維持管理状態については各施設によって異なっている。

人口が他県に比べて多いこと及び二次病院が存在しないことから、プリシュティナ市の救急体制は、他の地域とは異なっている。救急患者は最初にプリシュティナ市立救急センター（Prishtina City Emergency Center¹⁸）で受け入れられる。ここは他県の MFMC に比べて、救急医療のための機材が一式整備され、1次救急の医療施設としては、国内で最も充実したものになっている。この施設の判断で、必要に応じて UCCK の救急センターに搬送される。

3次医療施設である UCCK は、プリシュティナ市立救急センターのそばにあり、多くの

¹⁶ NATO-Harvard Medical School *The Kosovo Case Study*, 2012

¹⁷ Service Provision for the Health Information System (HIS) Software in Kosovo ,Lux, Dev, 2012

¹⁸ Report to Government of Kosovo, Health System Network Master Plan ,World Bank (2008)

救急患者が、各 2 次病院及びプリシュティナ市立救急センターから転送されている。しかしながら、患者数の多さ、救急医療機材の不足およびメンテナンスの問題から提供できる医療サービスに制限が十分に行えなくなっていることから、UCCK 内に新しい救急センターを新設する建設計画が進められている。

救急医療の改善については保健戦略 2010-2014 年にも記載されており、医師・看護師の人材育成や救急医療サービスのガイドラインの作成が「コ」国の重要課題となっている。

2.4 保健セクターにおける援助動向および援助協調

2.4.1 保健セクターにおける援助動向

「コ」国への援助傾向として紛争後、人道的な理由と、復興を促進するため、多くのドナーにより医療施設整備に対する援助が行われていた。特に紛争により医療施設も大きな打撃を受けたため、この復興のため、数多くの医療のハード分野の援助が 2000 年から数年間実施された。その後、援助の重点はソフト的な分野に移っている。現在は EU への統合化への要求や、政策策定能力が限定的であることから法制度やその運営、さらにはマネジメント強化についての支援が、援助の中心となっている。

現在「コ」国保健セクターで活動している二国間主要ドナーは、ルクセンブルク、スイス、イタリアであり、ドイツやフランスも支援の可能性を検討している動きがある。国際援助機関からは世界保健機構（WHO）、国連児童基金（UNICEF）に加えて欧州連合（EU）や世界銀行が活動している。

世界銀行は 2008 年に「Report to Government of Kosovo-World Bank Health Sector Master Planning Project 2008」を公表し、「コ」国保健分野支援にかかるマスタープランを作成している。このプランにおいて、保健投資、保健人材・医療機材の維持管理計画、保健人材の給与等の保健システム強化にかかる諸課題や、医療施設におけるサービスの質の課題、医療機材や医薬品調達における課題、そして緊急医療サービスに関連する課題があげられており、各ドナー国およびドナー機関は概ね上記マスタープランのフレームワークに沿った事業を展開している。最近の傾向としては保健セクター改革に伴う保健システム・マネジメント体制や保健財政制度の構築に関連する支援がより目立ってきている。我が国もこれまで保健システム強化や 5S-KAIZEN-TQM などの本邦研修への招聘など、主に保健人材育成の分野で支援を進めている。我が国の外務省国別データブックによると、本邦受入れ研修（2008 年以降、累計で 3-4 名）、草の根無償等による救急車や救急医療サービスに関連する医療機材の供与（2008 年から 2012 年の累計で約 0.8 億円）なども行われている。

また「コ」国保健分野における借款事業に関してはまだ事例は少ないものの、世界銀行の他、イスラム開発銀行やオーストリア政府の借款事業計画が検討段階にある。現在具体化している事業の例をあげると、世界銀行による医療制度改革や医薬品調達システムの改善支援、強制加入保険制度構築による保健財政強化対策等を狙いとした借款事業（25 million USD）、イスラム開発銀行による緊急医療センターの建設（34 million ユーロ）、オーストリア政府による心臓外科関連の病院機能強化事業や保健システム・マネジメント強化関連事業（総額 9.5

million ユーロ）が保健省内で合意されている。「コ」国保健セクターにおける開発パートナーの援助動向は表 18、過去 5 年間で現在実施中のプロジェクトならびプログラムは表 19 の通りである。

表 18 保健セクターにおける開発パートナーによる援助動向

開発パートナー名	優先支援分野
ルクセンブルグ	ガバナンス強化／保健情報マネジメント／医療施設の改善
スイス	社会的脆弱層を対象にした保健サービスの質とアクセスの向上支援
WHO	母子保健／社会的弱者支援／緊急医療支援
UNICEF	子どもの生存（予防接種による感染症予防、栄養対策等）
UNDP	公共行政改革（一貫性のある計画策定支援と能力開発支援）の一環として保健省も支援中だが、保健分野は本来支援対象としていない。
世界銀行	リプロダクティブヘルス／子どもの健康／青少年の健康／栄養／感染症／非感染症疾患／保健システム／保健財政／保健情報マネジメント
EU	子どもの健康／保健システム／保健財政／保健情報マネジメント
Global Fund	感染症対策／保健システム強化（調達方法の改善、医薬品・医療機材等のサプライチェーンマネジメント）

出所：質問票への回答、インターネットサイト検索結果を取りまとめたもの

表 19 保健セクターで実施中のプロジェクト・プログラム

援助機関名	現在実施中、また過去 5 年間に実施したプログラム・プロジェクト	支援金額	期間
ルクセンブルグ	- 保健省の能力強化（マネジメント能力、組織的力強化、公的・民間保健サービス提供者とサービス提供にかかる全システムを統制するための法的枠組みの強化） - 患者カルテの電子化等 e-Health の推進を含む保健情報システムの強化 - 保健サービスおよび医療診断と治療手順にかかるプロトコルの導入 - 新生児集中治療室の建設と改築によるブリズレン地域病院改善	No data	No data
スイス	- 臨床心理療法支援 - 世界銀行を介しヘルスケアの質の改善向上支援計画を支援	USD 670,000 USD250,000	2012-2015 2013-2014
WHO	- MFMC における救急医療支援 - 母子保健改善計画 - Polje 市と Obilic 市の市民のためのより良い未来構築：教育・保健・持続可能な生活様式の改善のための参加、保護、多民族パートナーシップ	No data EUR 2,524,200 EUR 275,418	2011 2012-2016 2013-2015
世界銀行	- 保健省管轄組織である保健財政機構 (Health Financing Agency: HFA) の能力強化 - 保健技術支援	USD 560,000 USD 250,000	2012-2016 2013-2014
EU	- 保健分野フィージビリティ調査 - 医療施設支援	EUR 499,420 EUR 1,000,000 EUR 235,647	2009-2010 2010-2012 2012-2014

	・ 抗生剤の消費と耐性にかかる最新サーベイランスシステムの実施能力強化		
グローバル・ファンド	・ HIV 感染予防対策拡大 (1) ・ 結核対策・治療活動拡大 ・ HIV 感染予防対策拡大 (2) ・ 保健インフラおよび医療機材関連支援	EUR 2,137,121 EUR 2,420,929 EUR 2,481,556 No data	2008-2010 2011-2014 2011-2014 No data

出所: 質問票への回答をとりまとめたもの

以下は主要ドナーの支援内容の詳細である。

(1) ルクセンブルグ (Luxembourg Cooperation)

ルクセンブルグは二国間援助のリーディングドナーであり、現在定期的に行われている保健分野ドナー会合の幹事役も担っている。2009 年から包括的な技術支援プロジェクトを実施しており 2009-2014 年を第 1 フェーズ、2015-2018 年を第 2 フェーズと位置づけている。具体的には保健省に専門家を派遣し、法制度整備や人材育成等のガバナンス強化、保健情報システム (HMIS) の構築、診療プロトコル概念の導入、プリズレン地方における新生児集中治療室の整備等を継続的に進めており、特にプリズレン地方での支援はルクセンブルグとして「コ」国に対する最も大規模な支援活動の一つとなっていると同時に、「コ」国において唯一地域病院を対象とした特色ある支援として注目されている。人材育成支援の一環として、医師や看護師をトルコやドイツの大学に長・短期間の専門研修に派遣している。

(2) スイス開発協力公社 (Swiss Agency for Development and Cooperation: SDC)

SDC は現在「Swiss Cooperation Strategy Kosovo 2013-2016」に沿って社会的脆弱層を含む全国民に質の高い保健サービスを提供するための持続可能性の高いヘルスケアシステムの構築に貢献することを目指している。具体的には保健財政の拡大と保健サービスのマネジメントの改善を通じた保健セクター改革の推進と、社会的脆弱層を含む全国民に保健サービスへのアクセスと質の高いヘルスケアの提供を支援している。

また、SDC は複数年にわたりメンタルヘルス分野における支援も実施している。特にコミュニティベースによるメンタルヘルス対策の概念の導入では成果を出しており、コミュニティベースのメンタルヘルスセンター、第 3 次医療レベルにおける精神科集中治療室等の関連施設の建設、関連研修、サービス・マネジメントへの支援を実施している。

現在、SDC が実施しているプロジェクトは下記の通りである。

1) 「Support to Clinical Psychology and Psychotherapy in Kosovo : 「コ」国における臨床心理療法支援」

(期間 : 2012 年 6 月～2015 年 9 月、支援総額 : USD 67 万)

メンタルヘルスにかかる提供サービスをより充実させることによって、関連する専門的技術と質を高めるための支援をしている。保健省による臨床心理学の包括的な卒業研修プログラムの確立をスーパーバイザーの育成も含め支援している。

2) 「Contribution to World Bank's Improving the Quality of Healthcare in Kosovo : 世界銀行による「コ」国におけるヘルスケアの質の改善支援への貢献」

(期間：2013 年 9 月～2014 年 6 月、支援総額：USD 25 万)

国民に質の高い保健サービスを提供しつつ、保健改革の教訓を西バルカン諸国に裨益させることを目標とし、「コ」国における持続性のある保健システムの構築への貢献を目指している。「コ」国関連省庁の根拠とベストプラクティスに基づいた透明性のある政策決定能力を強化させるため、世界銀行の持つ経験と専門性を活用しようというものである。

今後の SDC の支援の方向性としては、リプロダクティブヘルス、非感染症疾患対策、保健サービスにかかるガバナンスとマネジメント等の分野への参画計画を挙げている。具体的には現在下記の 2 つの案件が検討段階にある。

- 1) 世界銀行とスイス信託銀行の協調融資による保健省向け保健セクター改革実施支援
医薬品調達方法の改善や、強制加入保険制度にかかるターゲット制度および保険制度の実施支援を想定している。
- 2) 「Affordable Quality Healthcare project (AQH)：負担可能かつ質の高いヘルスケアプロジェクト」
当プロジェクトの主な狙いは、質が高くアクセス可能、かつ負担可能な保健サービスの提供で、特に 1 次レベルの医療システムに焦点を当てる予定である。医療施設と保健サービス提供者のマネジメント、患者ならびにより多くの人口を対象としたヘルスプロモーションの促進と啓発活動の実施が想定されている。

(3) WHO

WHO は、現在下記の 2 つのプロジェクトを実施中である。

- 1) 「Mother and Child health program：母子保健改善計画」
(期間：2012 年～2016 年、支援総額：EUR 77.5 万)
家族計画支援、安全なお産と子どもの予防接種、HIV/AIDS・性感染症・妊産婦の喫煙率の削減の促進を目的としている。
- 2) 「Building a better future for citizens of FushëKosovë/Kosovo Polje and Obiliq/Obilić: Participation, Protection, and multi-ethnic Partnerships for improved education, health and sustainable livelihoods：Polje 市と Obilic 市の市民のためのより良い未来構築：教育・保健・持続可能な生活様式の改善のための参加、保護、多民族パートナーシップ」
(期間：2013 年～2015、支援総額：EUR 27,5 万)
WHO, UNICEF, UNFPA, UNDP による社会的マイノリティーや脆弱層 (Rome, Ashkali, Egyptians, Serbs 等)、国内避難民に対する共同支援プログラム。保健分野の支援では各市レベルで弱者に対する基礎的保健サービスへのアクセスの確保を目指している。

(4) 世界銀行

現在、世界銀行は下記の 2 つのプロジェクトを実施中である。

- 1) 「Strengthening the capacity of the Health Financing Agency：保健財政機構の能力強化」
(期間：2012 年 11 月～2016 年 1 月、支援総額：USD56 万)

保健省管轄組織である保健財政機構(Health Financing Agency: HFA)の保険制度における単一支払い元としての機能の強化、ならびに当制度においてサービスを提供する医療施設の管理職・医療サービス提供者の能力の強化を目指している¹⁹。よって、当支援によって世銀は、現在保健省の傘下にあるといわれる Health Financing Agency (HFA)としての存在である Health Care Commissioning Agency (HCCA)の能力を強化し、将来的に Health Insurance Fund (HIF: "the Kosovo Public Health Insurance Fund")として発展させていく構想を描いていると考えられる。^{20 21 22 23}

2) 「Kosovo Health Technical Assistance : 「コ」国保健技術支援」
(期間 : 2013 年 12 月～2014 年 8 月、支援総額 : USD25 万)

また、世界銀行は優先保健サービスの質の向上と保健サービス関連コストからの財政保護を目的として、「保健 5 カ年計画プロジェクト:「コ」国保健プロジェクト(Kosovo Health Project)」(支援総額 2,550 万ドル)の計画策定の最終段階にあり、特に強制加入保険制度改革と、保険制度を通じた成果に基づく基礎的保健サービスの購入制度の構築によって保健セクター改革の実施を支援しようとしている。「コ」国では保健分野に対する公的支出割合が低く、国民に割高な医療費への個人負担を強いている状況であるが、こうした状況を改善するのが狙いである。強制加入保険制度の改善により保健歳入を増やし、限られた資源の中でより効率的かつ質の高い保健サービスを提供することを目指している。そのために、特に 1 次医療施設と病院における母子保健関連の医療機器と、政策決定に寄与する保健情報管理システムの整備への投資を優先事項とするとしている。また、貧困層に対しては、保険料を免除し、彼らの保健サービスへのアクセスを保障する計画である。地方自治体、保健医療施設、そしてそれら施設で勤務する保健サービス提供者には能力向上関連の支援もなされる予定である。世界銀行の理事会と「コ」国政府議会の承認が今年 5 月に得られたため、当プロジェクトは 2014 年 10 月から開始される予定である²⁴。

(5) 欧州連合 (European Union: EU)

現在、EU は「Capacity Building to implement state of the art surveillance systems for antibiotic consumption and resistance in Kosovo (「コ」国における抗生剤の消費と耐性にかかる最新サーベイランスシステムの実施能力強化)」(期間 : 2012 年 7 月～2014 年 12 月、支援総額 : EUR23 万 5647) のプロジェクトを実施中である。当プロジェクトは、抗菌薬耐性病原体に感染した患者とその家族の健康と福祉の向上を目指すと同時に、「コ」国における抗生物質耐性菌の患者数を測定および抗生物質処方にかかるサービスの質の改善を図るために、公的保健セクターにおける調査能力を強化することを目指としている。支援対象は、医師、研修医、小児科

¹⁹ <https://www.devex.com/projects/tenders/strengthening-the-capacity-of-the-health-financing-agency/134661>

²⁰ Republic of Kosovo, Ministry of Health, *Health Sector Strategy 2010-014*

²¹ Republic of Kosovo, Government, *Draft Law on Health Insurance*

²² Republic of Kosovo, Government *Declaration of Med-term Policy Priorities 2014-2016*

²³ Percival.V “A case study of health sector reform in Kosovo: Conflict and Health” 2010
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864221/pdf/1752-1505-4-7.pdf>)

²⁴ World Bank, Press release (May 13, 2014)

(<http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2014/05/13/world-bank-health-reforms-kosovo>)

医、新生児生理学者、抗生物質を処方するヘルスワーカー、国家公衆衛生研究所の博士課程学生、中央・地方病院の検査技師としている。

EU による今後の保健分野における支援の方向性は、Instrument for Pre-Accession AssistanceII（IPAII 2014-2020）（EU への潜在的候補国や加盟候補国への支援：政治面、経済面で EU の基準に合わせていくためのインフラや法の整備）において保健分野が優先支援分野とされていないため、現時点では明確にされていない。

第 3 章

第3章 医療インフラ整備関連調査

3.1 医療インフラ整備関連調査

3.1.1 公立医療施設の配置状況と調査方法

「コ」国における公立医療施設は、行政区域をベースとして、以下の通り設置されている。1次医療施設は地方自治体の管轄、2次及3次医療施設は保健省の管轄となっている。これらの医療施設に対して、公表されている統計資料による分析、一部の施設に対する質問書への回答、および表20の通り現地調査を行った。なお、現地調査の対象病院は、調査の時間的な制約や施設規模などを考慮し、保健省の助言等をベースに選択された。

表20 現地調査先

調査施設	カテゴリー
ミトロヴィツァ MFMC	1次医療施設
ジャコヴァ MFMC	1次医療施設
ミトロヴィツァ地域病院	2次医療施設
ジャコヴァ地域病院	2次医療施設
ブリズレン地域病院	2次医療施設
UCCK	3次医療施設

3.1.2 1次医療施設の活動状況と現有機材の状況

(1) 統計データによる分析

医療施設の活動状況については、「コ」国統計局より、2010年までの保健統計データ（Health Statistics）は発行されているものの、それ以降のデータは公表されていない。当該データは「コ」国が正式に発表しているものであるが、保健データ収集システムが未熟な状況で精度に問題があるといわれている。1次医療施設における疾病構造は表21の通り報告されている。ただし、地域により1次医療施設特にMFMCの機能が異なっていることが現地調査により明らかになっている。

表21 2010年疾病構造（保健センター患者分）

疾病名		件数	比率
1	寄生虫疾患*	53,762	28.0%
2	循環および代謝の内分泌異常	25,212	13.1%
3	眼疾患	21,320	11.1%
4	耳および乳様突起疾患	18,989	9.9%
5	脳血管疾患	15,490	8.1%
6	精神性疾患	13,488	7.0%
7	呼吸器疾患	6,962	3.6%
8	妊産婦検診	5,737	3.0%
9	循環器疾患	5,139	2.7%
10	造血器官疾患および免疫疾患	5,091	2.6%
11	その他	20,964	10.9%
合計		192,154	100.0%

出所：Health Statistics 2008-2010, Statistical Agency of Kosovo

* Health Statistics の記載には寄生虫疾患とあるが、感染性疾患の間違いと説明された。

一番多い疾患が寄生虫疾患（説明では感染症）となっており、衛生状況に問題が残っていることが伺える。一方、慢性疾患も多くなっており、生活習慣病等の新しい疾病構造も有していることがわかる。さらに紛争の影響が残っていることから精神性疾患も多く、各医療施設の詳細な活動については別途、統計資料をまとめ添付した表 22 の主要指標の分析から、以下のような特徴と傾向が把握された。

表 22 1 次医療施設に係る主要指標

区分/年	2008 年	2009 年	2010 年
1 次医療施設への患者数*	4,318,850	909,253	3,802,995
1 次医療施設医師数*	5,466	5,533	5,435
人口**	1,747,383	1,761,474	1,775,680
医師一人当たりの人口	319	318	327

出所:* Health Statistics 2008-2010, Statistical Agency of Kosovo

**<http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview.aspx>

2008 年から 2010 年より患者数は 11%減少傾向にある。その理由としては、経済状況の改善による私立病院やマケドニアの医療施設の利用の増加と、一定程度の健康状態の改善が予想される。医師数については「コ」国保健省のガイドラインにより人口 2,000 人から 2,500 人あたり 1 名の基準で配置されることになっており、平均値としてはこの基準をはるかに達成していることになる。

(2) 現地調査

現地調査により 2 ヶ所の MFHC の調査を行った。その調査結果は下記のとおりである。両施設において保健医療情報の収集状況に差異があり、現地にて入手した情報は表 23 に示すとおりである。

表 23 調査した 1 次医療施設調査

施設名	MFMC ミトロヴィツァ	MFMC ジャコヴァ
場所	ミトロヴィツァ	ジャコヴァ
機能	FHC 9 ヶ所・外来診療所 11 ヶ所の中心施設、検査は MFMC のみで可能。	FHC10 ヶ所・外来診療所 16 ヶ所の中心施設、検査機能なし。救急患者の 1 次受け入れと歯科。
職員数	290 名（医師 37 名、看護師 200 名、その他 53 名）	355 名（医師 123 名、看護師 150 名、その他 82 名）
医師	ファミリードクター（一般医および専門医）	ファミリードクター（一般医および専門医）
外来患者数	630 人／日程度（下部施設および救急を含む）、診療時間：一般外来 7:30 - 14:00 救急 24 時間	1,090 人／日程度（下部施設および救急を含む）、診療時間：一般外来 7:30 - 14:00 救急 24 時間
診療内容	一般内科、産前産後検診、新生児検診、予防接種、往診活動、各種検査、処方箋の発行、歯科。救急患者の 1 次受け入れ。	一般内科、産前産後検診、新生児検診、予防接種、往診活動、処方箋の発行、歯科。救急患者の 1 次受け入れ。
機材状況	X 線撮影装置、血液学・生化学検査、歯科ユニット	歯科ユニット
死亡件数	6 名（2013 年、主に心疾患）	-

出所：質問書回答、聞き取りおよび目視調査

「コ」国における 1 次医療では、一般診療と救急医療サービスを提供している。各地域に MFMC があり、それ以下の町や村の場所と人口に合わせて、FHC と外来診療所が設置されている。FHC には数名の医師と看護師が常駐し、外来診療所には看護師が常駐し定期的に FHC から医師が巡回してくる。検査が必要な場合には、MFMC また地域病院に患者を送り対応している。

救急搬送システムは、患者が MFMC を自ら訪問するか、救急番号に電話することにより、医師が同乗する救急車が患者を迎えに行く形で運用されている。簡易な救急処置は FMC でも対応可能だが、多くの 1 次救急医療サービスは MFMC が担当し、患者の状況を確認したうえで地域病院の救急部門に送るかどうか決定している。そのため、救急患者が直接地域病院に行くことはないと言われている。

現地調査を行ったミトロヴィツァ MFMC の施設規模は一般的と言われるものであったが、医療機材の老朽化に伴い、適切な検査は困難な状況にある。現在のジャコヴァ MFMC は、2000 年に旧施設より移設が行われたものである。移転前の旧ジャコヴァ MFMC 施設（現在は閉鎖）は、建物の構造とその所在地に問題（交通の便が悪い）があり、緊急の移設が必要となったため、新規建設を計画し、現在の施設を新施設完成までの臨時施設として使用している。現在の臨時施設は FHC を一部増築したもので、MFMC としては極端に狭く、必要な検査設備も設置できない状況である。しかし、新しい MFMC の土地は確保されており、他援助機関の支援等も検討しているが、今のところ新規建設のための予算確保の目途がたっていない状況にある。その結果、ジャコヴァ MFMC においては検査が適切に実施されておらず、地域病院に依頼している。このように、ミトロヴィツァ MFMC・ジャコヴァ MFMC もインフラストラクチャーに改善が求められている状況である。

表 24 外来患者数（救急を含む）

施設名	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
ミトロヴィツァ MFHC	198,605	159,803	208,899	209,688	231,115
ジャコヴァ MFHC	410,285	435,486	433,497	400,242	400,127

出所：質問書回答

表 25 主要疾患

施設名	主要疾患
ミトロヴィツァ MFMC	循環器疾患、呼吸器疾患、感染症（下痢、その他消化管感染）、内分泌異常（糖尿病タイプ I および II）
ジャコヴァ MFHC	N/A

出所：質問書回答

・検査件数

表 26 ミトロヴィツァ MFMC での検査状況

検査内容/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
X-ray	7,024	6,991	5,783	6,472	5,899
ECG	3,102	1,992	2,945	2,451	2,759
血液・一般検査	14,631	14,881	15,133	14,933	15,433

表 27 ジャコヴァ MFMC での検査状況

検査内容/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
血液・一般検査	11,362	14,136	19,769	15,879	17,748

備考： ジャコヴァでは小規模施設のため X 線装置や ECG が設置できず、血液・一般検査のみを行っている。
出所：質問書回答

・予算状況

いずれの施設も歳出の状況が質問への回答により確認された。予算は市から配分されており、その状況は表 28 と表 29 のとおりである。ミトロヴィツァ MFMC においては、2009 年から 2013 年の間は、予算全体の 70%から 80%が人件費である給与として使用されている。MFMC で実施される診療活動の多くは、施設内外での医師による、問診等による診療であるため、この人件費が極端に多いという予算分布はうなずける状況である。しかし、MFMC では患者に対しては検査や投薬も行われているので、この 2 分野に対する予算が十分ではないことが予想される。機材購入は少ない金額ではあるが、毎年ある程度行われていたにも関わらず、2013 年は予算配置が減少している状況にある。

ジャコヴァ MFMC の予算は、人件費以外の部分は市で管理されていてデータが提供されなかったため、分析を行うことが困難であるが、ミトロヴィツァ MFMC と同様の状況と推定される。

表 28 ミトロヴィツァ MFMC (単位：ユーロ)

歳出/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
給与	1,010,857	1,137,185	1,335,526	1,440,918	1,384,428
医薬品	32,956	41,577	39,238	53,068	46,431
機材購入	17,572	31,378	42,917	42,758	105,979.90
維持管理費用	16,081	20,477	23,805	15,491	19,997.08
試薬・消耗品	20,009	21,891	22,612	29,106	19,178
その他（投資を含む）	327,391	179,927	266,876	204,071	227,220
合計	1,424,866	1,432,435	1,730,976	1,785,412	1,707,852

表 29 ジャコヴァ MFMC (単位：ユーロ)

歳出/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
給与	1,038,839.90	1,368,504.66	1,741,887.47	1,811,811.11	1,812,844.45

備考：ジャコヴァの場合、給与以外の部分は市で管理されている。

出所：質問書回答

・職員

表 30 ミトロヴィツァ MFMC とジャコヴァ MFMC の職員数

職種	ミトロヴィツァ MFMC	ジャコヴァ MFMC
一般医	20	75
専門医（ファミリードクター、産婦人科、小児科等）	14	48
薬剤師	1	-
看護師	168	150
看護助手	-	40
助産師	-	13
検査技師（検査室）	14	7
事務職	-	10
その他	68	12
合計	285	355

出所：質問書回答

本来 1 次医療施設のファミリードクターは、各医師が担当の家族を持ち、その家族の医療ケアを長期間行うものである。しかし「コ」国においては、特定の医師が家族を担当するという制度が確立されておらず、施設内のカルテの共有により複数の医師による診療が行われている。よって本来のファミリードクターの制度がまだ十分機能していない状況と言える。

一人の医師がカバーする人口は、平均値としては、ミトロヴィツァは 2,136 人、ジャコヴァは 775 人である。いずれも保健省のガイドラインをクリアーしているものの差は大きい。

以上 2 ヶ所の MFMC の詳細調査から以下のような状況と問題点が指摘できる。これは 2 施設の調査結果であるが、他の MFMC でも類似した状況が見られると言われている。

- 各種検査用機材の老朽化が激しい、又は設置が困難な施設となっており、適切な検査を行うには問題がある状況である。
- 医師の数は地域により格差がある。
- 1 次医療は地方自治体の管轄にある。地方自治体は保健省に比較して予算規模が小さいことが想像できるため、その中から拠出される保健分野への予算配置（特に投資や維持管理費用）は、いずれの MFMC においても必ずしも十分な状態にはないと予想される。

3.1.3 2次医療施設の活動状況と現有機材の状況

(1) 統計データによる分析

2次医療施設である地域病院では、保健省の政策により医師数は大幅な増加傾向にある（医科大学の定員が増加された）ものの入院患者、病床数、平均入院日数、病床稼働率は2008年から2010年を比べると、横ばい、もしくは減少している。この理由に対する調査は行われていないが、以下のような事情が推測される。

- データに誤りがある
- 2次病院の機能に限界があるため、本来は2次病院で治療を行うべき患者も3次病院へ紹介している
- 対象地域あるいは全体の人口減少
- 所得の向上（海外からの送金を含む）による私立病院やマケドニア等海外での受診の増加

表 31 地域病院における主要指標

区分/年	2008 年	2009 年	2010 年
入院患者数 (人)	169,749	170,852	168,953
医師数 (人)	1,067	963	1,997
病床数 (床)	3,994	3,764	3,899
平均入院日数 (日)	4.9	4.8	4.0
病床稼働率 (%)	58.4	56.2	55.5

出所：Health Statistics 2008-2010, Statistical Agency of Kosovo

(2) 現地調査

3ヶ所の病院調査の概略を表 32 にまとめた。また各病院における調査結果の詳細を以下にまとめた。病床数、診療科、機材状況、医療機器維持管理担当者数ともに同じ地域病院でも提供している医療サービスおよび施設状況がやや異なっていることがわかる。

表 32 2次医療施設

施設名	ミトロヴィツァ地域病院	ジャコヴァ地域病院	プリズレン地域病院
場所	ミトロヴィツァ	ジャコヴァ	プリズレン
機能	2次医療施設、入院治療（初診・最新）、救急診療	2次医療施設、入院治療（初診・最新）、救急診療	2次医療施設、入院治療（初診・最新）、救急診療
病床数	95 床	204 床	521 床
職員数	416 人	552 人	763 人
入院患者数	6,350 件	2,884 件	24,828 件
手術室	6 室（一般外科 2、産婦人科 2、その他 2）	8 室（外科 4、耳鼻咽喉科 1、眼科 1、産婦人科 2）	10 室（一般外科 1、泌尿器科 1、整形外科 1、救急用 1、耳鼻咽喉科 2、眼科 2、婦人科 1、産科 1）
診療科	外科、麻酔・蘇生科、産婦人科、新生児科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、内科、神経科、呼吸器科、感染症科、小児科、皮膚科、リハビリテーション科、救急、病理、検査室、画像診断、輸血	外科、整形外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、産婦人科、新生児科、小児科、内科、感染症科、神経科、精神科、胸部内科、皮膚科、集中治療室（ICU）、心臓病集中治療室	外科、麻酔・蘇生科、産婦人科、新生児科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、内科、神経科、呼吸器科、感染症科、小児科、皮膚科、リハビリテーション科、救急、病理、検査室、画像診断、輸血等

機材状況	画像診断（MRI、CT、X 線撮影装置、内視鏡、超音波診断装置）、手術室機材、ICU 機材等一通りそろっている。	画像診断（CT、X 線撮影装置、超音波診断置）、手術室機材、ICU 機材等一通りそろっている。	画像診断（MRI、CT、X 線撮影装置、超音波診断装置）、手術室機材、ICU 機材等一通りそろっている。
医療機器維持管理	3 名	5 名（医療機器に特化しておらず、施設の維持管理も担当）	20 名（医療機器に特化しておらず、施設の維持管理も担当）

出所：質問書回答、聞き取りおよび目視調査

(a) ミトロヴィツァ地域病院

ミトロヴィツァ地域病院はセルビア人自治地域のあるミトロヴィツァ地域の南部に位置している。建物はノルウェーの協力により建設され、機材は保健省予算により調達されている。そのため当該施設においては、施設、機材ともに比較的新しい 95 床の小規模の病院である。診療科として地域病院に必須の内科、外科、産婦人科、小児科に加えて、救急部門の他、各種検査機能（画像診断、血液検査）、薬局を有する。手術室は一般外科用 2 室、産婦人科用 2 室、その他 2 室となっている。平均手術件数は、一日あたり平均約 9 件（2013 年、2,235 件 ÷ 250 日 = 8.9 件）となっている。正常分娩件数は一日あたり平均 4 件（2013 年、1,567 件 ÷ 365 日 = 4.3 件）となり稼働率は高い。平均在院日数は 4.2 日（2013 年）と平均的な日数となっている。また CT 検査は 4 件／日（2013 年、1,004 件 ÷ 250 日 = 4.0 件）、超音波検査件数も平均 14 件／日（2013 年、3,494 件 ÷ 250 日 = 14.0 件）で、病床稼働率が 76.4%（2013 年）となっており適度な稼働状況にある。当施設の稼働状況を表 33～表 37 に示す。病床数に変化はないものの、2012 年より入院・外来患者、病床稼働率、手術件数が大幅に増加している。これは、不足していた外科医師等を UCKK からの派遣により確保できるようになったためである。死亡率も若干低下傾向にあり、医師が確保できている効果は大きいと判断される。病床稼働率は 8 割に近くなっており、適度な状況と言える。なお、聞き取り調査では、同病院では、2013 年において、994 人（心疾患、脳神経疾患、小児外科、未熟児等、）の患者を UCKK にリファーしている。

表 33 ミトロヴィツァ地域病院の稼働状況

区分/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
病床数 (床)	95	95	95	95	95
年間入院患者 (人)	13,077	14,194	14,766	14,984	15,537
外来患者 (人)	772	2,703	4,070	6,064	6,305
病床稼働率 (%)	-	36.6	51.6	71.7	76.4
平均在院日数 (日)	-	4.7	4.4	4.1	4.2
年間手術件数 (件)	58	854	1,388	1,339	2,235
年間分娩数 (件)	714	1,225	1,383	1,495	1,567
年間死亡件数 (%)	-	0.85	1.54	1.15	1.31

出所：質問書回答

表 34 ミトロヴィツァ地域病院の主要疾患の症例件数（2013）

疾患名（入院患者）	件数	疾患名（外来患者）	件数
心筋梗塞	280	ヘルニア	64
盲腸	157	悪性疾患	44
胆のう炎	98	高血圧	428
回盲弁症候群	84	咽頭扁桃炎	980
内大脳静脈疾患	30	-	-

出所：質問書回答

表 35 ミトロヴィツァ地域病院の主要死亡原因とその症例件数（2013）

No.	疾患名	件数
1	各種腫瘍	17
2	心臓発作	9
3	脳血管疾患	8

出所：質問書回答

表 36 ミトロヴィツァ地域病院の検査件数

検査内容/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
CT	-	605	1,372	1,311	1,004
X 線撮影	10,099	11,388	6,222	6,111	7,785
心電図	-	-	-	-	-
超音波診断	3,206	2,683	2,818	3,186	3,494
内視鏡検査	-	-	-	-	83
血液、尿等	-	-	7,363	12,810	15,210

出所：質問書回答

表 37 ミトロヴィツァ地域病院のリファラル患者（転入患者）

年度	自宅 より	1 次医療 施設よ り	警察	その他 病院	民間病 院	民間ク リニッ ク	職場	その他	計
2013 年	3,034	2,467	36	39	176	179	24	18	5,973

出所：質問書回答

同地域病院の予算を以下に示す。病院の歳入は、すべて保健省予算と診療報酬によって得られている。2013 年歳出に占める人件費の割合は 70%と非常に高く、固定費の 5 割以上は人件費が占めている。予算の半分以上が自由度のない固定費となり、予算運営の自由度（調整幅）が減ってしまうことから、経営には好ましくない状況になる。変動的な予算となりやすい医薬品、消耗品、維持管理等を適切に管理してゆくのは、絶対額を含めて困難な状況であり、病院の運営管理の難しさが伺える。ミトロヴィツァ地域病院の予算状況を表 38 と表

39 に示す。

表 38 ミトロヴィツァ地域病院の歳入（単位：ユーロ）

歳入/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	割合
診療報酬	24,076	28,876	20,651	17,108	18,719	24,076

出所：質問書回答

診療費は患者が受診時に支払う 1 回の受診にあたり支払う 1 ユーロの事務手続き費用のである。この他に保健省からの予算があるはずであるが、そのデータは提供されなかった。ただしこの歳入は、そのまま財務省に送金される規定となっており、病院側で使うことは出来ない。

表 39 ミトロヴィツァ地域病院の歳出（単位：ユーロ、1 ユーロ以下を切り捨て）

歳出/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2013 年の 予算にお ける比率 (%)
給与	877,756	1,344,347	1,665,787	1,891,576	2,196,681	70.1%
医薬品	-	-	500,758	600,528	568,611	18.1%
機材	501,431	912,158	396,014	585,694	291,261	9.4%
維持管理、試薬、消 耗品、その他	17,057	42,284	40,523	65,972	74,121	2.4%
合計	1,396,245	2,298,791	2,603,082	3,143,771	3,130,674	100.0%

出所：質問書回答

職員数と平均給与は表 40 の通りである。

表 40 ミトロヴィツァ地域病院の職員数と平均給与

職員	配置数 (人)	平均月額給与（ユーロ）
専門医	61	507.51
薬剤師	3	290.00
看護師	222	326.40
助産師	24	327.18
検査技師	8	327.18
医療機器維持管理担当者	3	435.27
事務職員	23	290.00
その他	72	241.67
合計	416	

出所：質問書回答

95 床の病院としては、異常に多い職員が配置されていることになっている。本施設では

常駐の医師は一部で、UCCK から出張ベースで診療を行っている医師が多数いる。一つの理由としては、この医師数が延べ人数で計算されているため、職員数が異常に多くなっていると推測される。またその他の職員が多いのも、政治的な理由があると思われる。

(b) ジャコヴァ地域病院

ジャコヴァ地域病院は「ア」国との国境を有する地域にある地域病院であり、「コ」国のみならず、両国保健省間の契約により、「ア」国からの患者も無料（保健省間での支払いがあり「ア」国側の患者は保険が適用される）で診療が可能となっている。手術棟はノルウェーの支援により 2000 年に建設されているが、他の部分はユーゴスラビア時代に建設されたものである。204 床の比較的規模の大きい施設であり、手術室は一般外科用として 4 室、産婦人科用として 2 室、その他 2 室の合計 8 室を有する。平均手術件数は、一日あたり平均 8 件となっている。正常分娩件数は一日あたり平均 4 件となっている。MRI は所有していないが、CT 検査平均 5 件／日である。超音波検査は機材を所有し使用しているが、その件数が開示されていないので、定期的に各種のデータがまとめられていない状況がうかがえる。

平均在院日数も最近では 5 日以下と平均的な日数となっており、適度な稼働率と思われる。しかし、病床稼働率は 100%を超えており、2011 年からは入院患者を制限していると思われ、病床が不足している状況がうかがわれる。CT をはじめ一部の機材は保健省により更新が行われているが、古い機材（検査室の分析装置、X線撮影装置、ICU 機器等）が多く見受けられ、更新の必要がある。本施設においては、MRI は所有していない。年間上位病院ヘリファーストしている患者数は 250 人程度である。

表 41 ジャコヴァ地域病院の稼働状況

区分/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
病床数 (床)	204	204	204	204	204
年間入院患者 (人)	16,979	17,220	16,542	16,266	16,603
外来患者 (人)	93,092	94,278	99,741	98,166	99,389
病床稼働率 (%)	120.9%	115.6%	104.4%	102.7%	100.3%
平均在院日数 (日)	5.3	5.0	4.7	4.7	4.6
年間手術件数 (件)	2,479	2,797	2,687	2,761	2,884
年間分娩数 (件)	1,562	1,655	1,596	1,575	1,589
年間死亡件数 (%)	1.01%	0.84%	0.98%	0.97%	0.88%

出所：質問書回答

表 42 ジャコヴァ地域病院の検査件数（単位：件）

検査内容/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
CT	-	390	1,028	1,278	1,734
X 線撮影	11,781	11,368	10,558	9,070	11,533
心電図	12,389	15,804	16,846	16,260	19,235
超音波診断	-	-	-	-	-
内視鏡検査	503	402	472	407	264
血液、尿等	28,061	31,257	27,640	21,106	21,253

出所：質問書回答

予算状況について下記表 43 と表 44 のデータが提供された。診療報酬は病院の収入とはならず、そのまま財務省に送金される。本施設の予算はすべて保健省予算で賄われている。2013 年の支出に占める人件費の割合は 61%と高く、医薬品の調達を含めて施設運営を逼迫しているものと推察される。

表 43 ジャコヴァ地域病院の歳入（単位：ユーロ）

歳入/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2013 年の 予算にお ける比率 (%)
診療費	24,076	28,876	20,651	17,108	18,719	24.076

出所：質問書回答

患者が受診時に支払う診療費は、1 回の受診にあたり支払う 1 ユーロの事務手続き費用である。この他にも保健省からの予算割当てがあるが、そのデータは提供頂けなかった。ただしこの歳入は、そのまま財務省に送金される規定となっており、病院側で使うことは出来ない。

表 44 ジャコヴァ地域病院の歳出（単位：ユーロ、1 ユーロ以下を切り捨て）

歳出/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2013 年の 予算にお ける比率
給与	1,631,420	2,188,846	2,902,209	3,229,390	2,945,421	61.7
医薬品	603,960	540,758	532,754	659,466	841,349	17.6
投資予算	582,000	328,798	300,924	335,799	328,799	6.9
各種消耗品	348,799	370,001	279,775	476,822	600,000	12.6
計	3,166,179	3,428,395	4,015,663	4,701,480	4,771,569 (寄付 56,000 を含 む)	100.0

出所：質問書回答

職員数は表 45 の通りである。

表 45 ジャコヴァ地域病院の職員数（人）

職員	配置数
一般医	4
専門医	82
薬剤師	1
看護師	336
事務職員	40
その他	90
合計	552

出所：質問書回答

(c) プリズレン地域病院

プリズレン地域病院は「コ」国第二の都市に位置しており、観光客も多く訪問している地域である。新生児病棟がルクセンブルグの支援により改修され、医療機材も更新されている。また同援助機関が実施予定の保健情報システム管理プロジェクトの端末類を設置しており、ソフトの導入や操作指導を待っている状況にある。新生児病棟は施設・機材ともに適切に整備されているが、他の診療科（CT 等画像診断装置、超音波診断装置、検査室の分析装置、ICU 機器等。手術室については確認できなかった。）については医療機材の老朽化が目立ち、更新の必要性があると判断された。

入院患者と手術件数はやや増加傾向にあるが、外来患者や分娩件数は横ばいである。病床稼働率もかなり余裕のある状態でやや減少傾向が見られている。プリズレン地域の人口は約 34 万人で病床数が約 520 床であることから、人口 1 万人当りの病床数は約 15.5 床となり、対人口比の病床数が欧州をはじめとする近隣国より少ない「コ」国全体の病床数（約 21 床）よりも更に少ない。人口比に占める病床数が少ないにもかかわらず、病床利用率が 60%前後に留まっているのは、「ア」国との国境付近に居住する「コ」国住民が「ア」国の医療サービスを受診していることも一因と言われている²⁵。また、同病院で提供できる医療サービスが限定的なまま過去 5 年間変化していない状態であるものの、リファーされる患者の多くは脳外科、胸部外科、血管外科、心臓外科、早産児などの高度医療が必要な患者であるという回答があった。

²⁵ プリズレン病院関係者からのヒアリング

表 46 プリズレン地域病院の稼働状況

区分/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
病床数 (床)	521	521	521	521	521
年間入院患者 (人)	13,077	14,194	14,766	14,984	15,537
外来患者 (人)	25,177	25,165	25,000	24,985	24,828
病床稼働率 (%)	63.5%	70.0%	64.4%	60.4%	59.9%
平均在院日数 (日)	4.8	5.3	4.9	4.6	4.6
年間手術件数 (件)	5,057	5,287	5,138	5,346	5,419
年間分娩数 (件)	4,332	4,293	4,409	4,388	4,203
年間死亡件数 (%)	0.01%	0.01%	0.01 %	0.01 %	0.01 %

出所：質問書回答

表 47 プリズレン地域病院の入院患者の主要疾患の症例件数 (2013)

No	疾患名	件数
1	スクリーニング検査	5,321
2	妊娠、出産、周産期疾患	4,785
3	呼吸器疾患	2,731
4	消化器疾患	2,371
5	循環器疾患	2,297
6	感染症・寄生虫疾患	1,081
7	外傷、中毒	772
8	泌尿器疾患	718
9	眼球、付属器官疾患	663
10	その他	571
11	血液疾患	513

出所：質問書回答

表 48 プリズレン地域病院の主要死亡原因とその症例件数 (2013)

No.	疾患名	件数
1	循環器疾患	236
2	救急（交通事故、心不全）	95
3	腫瘍	37
4	呼吸器疾患	16
5	その他の異常	19
6	内分泌・代謝異常	10

出所：質問書回答

表 49 プリズレン地域病院の検査件数

区分/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
CT	2,975	3,839	2,612	3,137	3,006
X 線撮影	22,633	20,848	17,381	17,559	17,222
心電図	8,491	7,143	6,946	8,23	7,771
超音波診断	16,108	17,814	24,126	20,617	15,694
内視鏡検査	991	1010	962	1189	1528
血液、尿等	497,253	515,183	491,067	441,590	475,042

出所：質問書回答

表 50 プリズレン地域病院から第 3 次医療施設へ紹介される患者数

年度	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
患者数	462	449	497	536	443

出所：質問書回答

本施設の予算は全て保健省予算から得られている。2013 年で全体予算に占める人件費率は 56.5%でミトロヴィツァ地域病院よりは低い、運営においては未だに自由度の低い状況になっている。歳入についてはデータが提供頂けなかったが全て保健省からの資金によるものである。

表 51 プリズレン地域病院の歳出（単位：ユーロ、1 ユーロ以下を切り捨て）

歳出/年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2013 年の予算における比率 (%)
給与	2,623,811	3,382,644	4,107,026	4,520,914	4,583,478	56.5%
医薬品	1,442,666	1,557,637	692,817	1,443,216	1,667,867	20.5%
機材	639,930	552,562	399,272	549,617	597,374	7.4%
維持管理	61,660	52,246	49,121	72,243	198,264	2.4%
試薬・消耗品	144,460	155,740	134,066	167,152	167,380	2.1%
その他	611,375	503,453	547,486	604,797	905,005	11.1%
合計	5,523,902	6,204,282	5,929,790	7,357,942	8,119,371	100.0%

出所：質問書回答

521 床の病院としては、医療従事者がやや多い人材配置であり、他の病院に比べればより適切な運営がなされていることが推察される。

表 52 プリズレン地域病院の職員数と平均給与

職員	配置数（人）	平均月額給与（ユーロ）
専門医	159	507.50
薬剤師	1	507.50
看護師	186	327.18
準看護師	187	290.00
助産師	45	327.18
検査技師	44	327.18
医療機器維持管理担当者	5	435.01
事務職員	38	290.00
その他	98	241.67
合計	763	

出所：質問書回答

この 3 ヶ所の地域病院の現地調査において以下のような状況が確認された。

- 病院によっては病床の稼働率が少ない、あるいは過剰な状態となっている。
- 機材の更新や新規導入の状況は不十分で、適切な医療サービスが行えていない可能性が高い。
- 病院により稼働状況が異なる状況があるので個別に検討する必要がある。

3.1.4 3 次医療施設の活動状況と現有機材の状況

(1) 統計データによる分析

3 次医療施設はプリシュティナ市内の UCCK のみである。プリシュティナ地域には地域病院がないことから、同地域の 2 次医療施設機能、医学部の機能も有している。この施設の中に、別組織として、歯科の 3 次医療施設である歯科大学病院も併設されている。

表 53 UCCK の概要

施設名	UCCK
場所	プリシュティナ
病床数	1,972 床（Health Statistics 2010, Statistical Agency of Kosovo）
診療科	32 診療科（これらの一部は独立した建物の専門病院となっている） と 6 つの検査サポート部門（画像診断、検査、病理、解剖等）
職員数	3,000 人
医師数	700 人
入院患者数	90,000 人／年
診療内容	3 次およびプリシュティナ市の 2 次医療
機材状況	アンギオ装置 1 台、MRI 1 台、CT 2 台等。 充実した機材がそろっているものの、一部更新が必要なものも含まれている。
医療機器 維持管理	5 名の医療機器技術者が配置されている。大型機器は維持管理契約を結んでいる。

(2) 現地調査

当施設は 1,972 床の巨大な施設である。質問書による情報提供を求めるとともに、一部の診療科において視察調査を実施した。質問書に対しては回答がなかったため、統計資料と病院のホームページにあった 2013 年上半期の統計データから確認できた情報を用いて分析をおこなった。UCCK の患者数は全ての地域病院で受入れている総患者数と同等となり、3 次病院に患者の多寡が見られていることが一目できる。一部の診療科の活動状況を分析したところ、いずれの診療科も稼働率が高い状況にあった。小児科においては病床稼働率が 100% を超えており、非常に混雑している。また画像診断においても、MRI、CT、超音波診断等、一日の検査・診断数としては限界に近い件数に至っている（次項の統計資料を参照）。

職員数も、大学の職員が病院で臨床と教育の両方の役割を持ち、勤務しているため 1,972 床の病院としては、4,216 名と多い。この職員以外にも、研修医、医学生、看護学生等が実習・研修を行っており、患者以外のスタッフも大変多く、院内は大変混雑している。

院内は多数の建物がつながった形で運営されている、患者が診療を受ける多くの部門は内廊下でつながっており、屋外に出る必要はない。視察した放射線科と ICU では必要な機材は整備され稼働率が高いため機器への負荷は高いものの、運用は充足している状況にあった。保健省予算やドナーの援助により、十分とは言えないものの、使用に耐え得るレベルで施設や機材の維持管理や更新整備が行われている。今回の調査データからでは分析が困難であるものの、充足した機材状況は全診療科に言えるわけではなく、ある診療科によっては強化が必要な状況も院長より説明を頂いた。特に「コ」国全土において、医療サービスの供給能力が不足している、小児外科、整形外科、内視鏡検査については、機材の新規導入や更新により、サービスの供給量を増やせるような対応が必要になっている。

表 54 UCCK における主要指標

区分/年	2008 年	2009 年	2010 年
入院患者数 (人)	87,399	87,489	84,991
年間手術件数 (件)	14,069	14,069	25,978
医師数 (人)	600	553	870
病床数 (床)	2,094	1,829	1,972
平均入院日数 (日)	5.7	5.7	5.9
病床稼働率 (%)	65.1	74.5	70.1

出所：Health Statistics 2008-2010, Statistical Agency of Kosovo

表 55 UCCK の主な病院職員(2013 年上半期)

No.	医療職・職種	人数	No.	補助職・補助職員	人数
1	院長	1	1	事務	154
2	副院長	1	2	技術サービス	182
3	看護部長	32	3	給食サービス	125
4	看護師長	141	4	消防	12
5	看護師	930	5	整形外科センター	18
6	感染対策	4	6	医療機器維持管理	17
7	助産師	196	合計		508
8	小児科看護師	170			
9	検査技師	106			
10	放射線技士	43			
11	薬剤師	24			
12	看護師（継続教育）	9			
13	理学療法士	24			
15	助手	102			
16	技術職	19			
17	その他	7			
合計		1,809			

出所：Raporti i punës gjashtëmujori i parë 2013, UCCK

表 56 大学医学部所属の主な職員

No.	職種	合計（人）
1	医師	556
2	看護師	1,809
3	事務	28
4	助手（教育担当）	14
合計		2,407

出所：Raporti i punës gjashtëmujori i parë 2013, UCCK

表 57 UCCK の医薬品・消耗品の調達（単位：ユーロ）

月	調達金額	合計調達金額における調達品の比率
1	105,709.16	一般医薬品 39% 細胞増殖抑制剤（抗がん剤） 31% 医療消耗品 25%
2	98,506.56	
3	93,687.60	
4	160,963.86	
5	128,843.17	
6	144,284.90	
合計	731,995.25	

出所：Raporti i punës gjashtëmujori i parë 2013, UCCK

（入手できた情報は 2013 年 6 月まで）

表 58 UCCK の診療科（統計資料上確認されたもの）

No	診療科	No	診療科	No	診療科
1	救急	11	眼科	21	耳鼻咽喉科
2	外科	12	産婦人科	22	精神科
3	整形外科	13	腫瘍科	23	腎臓科
4	外来	14	麻酔科	24	呼吸器科
5	神経科	15	放射線科	25	口腔外科
6	皮膚科	16	新生児科	26	泌尿器科
7	消化器科	17	整形外科センター		
8	感染症科	18	小児科		
9	リハビリテーション	19	放射線科		
10	循環器科	20	リウマチ科		

備考： UCCK の公式見解によると 22 診療科と説明があった。

出所： Raporti i punës gjashtëmujori i parë 2013, UCCK

(3) 各診療科における活動状況

・放射線科

表 59 UCCK の放射線科における職員

職種	人数
放射線専門医	25
看護師	25

出所： Raporti i punës gjashtëmujori i parë 2013, UCCK

表 60 UCCK の放射線科における検査件数

検査項目	2013 年上半期（人）	1 日あたりの平均患者数 （180 日で計算）
超音波診断	4,724	26
MRI	2,323	13
CT	5,440	30
一般 X 線撮影	44,451	247

出所： Raporti i punës gjashtëmujori i parë 2013, UCCK

スタッフの人数および機材の台数（MRI 1 台、CT 2 台）を鑑みると、想定以上の検査・診断数をこなしている傾向が読み取れる。

・診療科

表 61 UCCK の診療科における職員数

職種	外科	整形外科	循環器科	小児科
専門医	68	-	26	40
看護師	145	-	57	134
その他				42

出所： Raporti i punës gjashtëmujori i parë 2013, UCCK

表 62 UCCK の活動状況

活動項目	外科	整形外科	循環器科*	小児科
病床数	282	102	61	151
入院患者数	2,487	873	800	3,025
外来患者数				9,847
手術件数	787	540	-	-
平均在院日数	7.2	13.2	5.2	9.8
病床稼働率	80.9%	62.6%	76.2%	109.5%
死亡件数	45	0	34	18
死亡率	1.8%	0%	4.3%	0.6%

*備考：第 2 四半期のみ

出所：Raporti i punës gjashtëmujori i parë 2013, UCCK

表 63 UCCK の検査件数

活動項目	外科	整形外科	循環器科*	小児科
腹部超音波検査	206	1,755	-	2,169
心臓超音波検査	-	-	2,280	522
ドップラー検査	-	-	804	-
頭部超音波検査	-	-	-	341
上部内視鏡検査	255	-	-	-
下部内視鏡検査	51	-	-	-
肛門鏡検査	59	-	-	-
内視鏡的逆行性胆管 膵管造影（ERCP）	120	-	-	-
生検	75	-	-	-
ポリープ切除	3	-	-	-
気管支鏡検査	41	-	-	-
心電図等生理検査	258	455	7,029	520
その他	0	920	435	13

出所：Raporti i punës gjashtëmujori i parë 2013, UCCK

*備考：第 2 四半期のみ

表 64 UCCK の主な疾患名

診療科	主な疾患
外科	胆のう炎、ヘルニア、乳房切除、生検、静脈切開 等
整形外科	骨折、異物除去、先天性異常、その他、腫瘍 等
循環器科	急性心筋梗塞、冠状動脈急性疾患、動脈高血圧、心筋症、2 型糖尿病 等
小児科	肺炎、気管支炎、貧血、熱性痙攣、予防接種 等

出所：Raporti i punës gjashtëmujori i parë 2013, UCCK

3.1.5 医療施設・医療器材の維持管理体制

1 次医療施設においては、維持管理が必要な医療機器は MFMC のみで使用されている。維持管理は MFMC を管理する市と各 MFMC の責任となる。いずれにも維持管理を行う技術者は配置されておらず、医療機器代理店や外注技術者を必要に応じて契約することにより、維持管理を行っている。

2 次および 3 次の各医療施設では、医療機器維持管理技術者が配置され、独自に施設と各医療機器の維持管理を行っている。保健省には機器や施設の維持管理担当部署はなく、各施設の責任で実施されることになっている。また CT や血管造影撮影装置等の大型機器については、各医療施設がメーカー代理店またはメーカーと直接保守管理契約を結び維持管理を行っている。

「コ」国には医療機器維持管理技術者の教育を行う機関はない。現在勤務している技術のうち 14 人に対しては 2002 年から 2 年間 SIDA の協力により、「コ」国の国内で医療機器の技術と維持管理手法の教育が行われている。研修当時は 20 人が研修を受けたが、現在も勤務しているのはこのうちの 14 名となっている。この 14 名は、各施設でその後採用された医療機器維持管理技術者（計 10 名）とともに全国に配置されている。各地域における医療機器管理技術者の配置状況は表 65 の通りと説明があった。UCCK では、医療機器の維持管理を専門にしている技術者がいるが、他の病院では、施設（電気、空調、給排水等）を含めて担当している者も多い。追加された 10 名の人材については、電気関係の教育を受けた技術者を採用し、現場での実務教育（On the Job Training、以下 OJT）による指導が行われたうえで、医療機器担当技術者として勤務しているものの、彼らに対しては組織的な医療機器維持管理技術に対する教育は行われておらず、新しい技術を利用した医療機器や、高度機材の維持管理に関する知識は不足している状況にある。各技術者との面談時には強い能力強化研修の要望があった。

表 65 地域別医療機器管理技術者の配置状況（単位：人）

地域	人数	地域	人数
ミトロヴィツァ	3	プリズレン	5
プリシュティナ	4	ジラン	2
ペヤ	4	フェリザイ	1
ジャコヴァ	5	計	24

出所：聞き取り調査

3.1.6 民間病院の状況

「コ」国には入院設備を持たない民間クリニックをはじめとして、民間医療施設の多くがプリシュティナに集中しているが、最近では入院可能な民間病院も建設され医療サービスを提供している。金銭的に余裕のある富裕層や外国人が主な対象層である。また、公立病院が現在提供できる高度医療サービスには限界があるため、私立病院が保健省と提携し、公的病院の機能を一部補完している状況にもある。例えば、心臓外科や脳外科の疾患により公立

病院からの転送された患者に対して手術を実施するとともに、高度技術を持った民間病院の医師を公立病院へ派遣し、共同で手術を行うなどの活動も行っている。以下の二ヶ所の私立病院を見学し診療活動状況を概観した。

(1) 医療病院（メディカルホスピタル）

2010年8月17日にトルコの病院グループ（医科大学も有する）により設立された病院で、心疾患の専門病院として設立された。2014年初めに一般外科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科を開設し総合病院を目指している。113人職員が従事しており、医師は17名で各科の医長のみがトルコ人である。手術室2室持ち、病床は52床（14室1床室、19室2床室）ある。現在まで5,000人の内科系患者、447人の外科系患者を受け入れている。心疾患患者は成人のみで小児患者は受け入れていない。画像診断装置としては島津製の血管造影撮影装置を使用している。検査・手術費用は、PTCA（冠動脈形成術）1,000～1,500ユーロ、PCI（ステントを使用した冠動脈形成術）2,000～2,500ユーロ、開胸手術は5,000～10,000ユーロとなっている。患者のうち85%は自費診療で、10%が公立病院からのリファー患者（政府が費用負担する）、そして残りの3%程度が民間保険適応患者となっている。本病院は民間保険会社5社と契約している。施設は衛生的に維持されており、比較的患者も多く見られた。

(2) アロカ外科クリニック

2008年に開院した一般外科、血管外科の外科専門病院である。外科分野において、血管外科の高度医療サービスを提供している。コソボ人による経営で、外科専門医8名、看護師30名を雇用している。2室の手術室により16～18件／月の手術をこなし、15床の病床を持つ。画像診断機器として、デジタル乳房撮影装置、CT（64スライス）、MRI（1.5T）、一般撮影装置、超音波診断装置をもち、これらの画像をPACS（医療用画像管理システム）でつないで、集中管理している。整形外科を新設準備中で、将来的には産婦人科も計画している。医師は公立病院と業務を兼業しており（法律上許されている）、大学での講義も行っている。検査の代金は条件により異なるが、腹部造影CTで125ユーロ、腹部造影MRIで230ユーロとなっている。支払いが困難な患者には50%程度のみで検査を実施することもある。手術費用は盲腸で450ユーロとなっている。施設は衛生的に維持されていた。患者はそれほど多い状況ではなかった。

3.1.7 医療インフラに係るEU基準

現在「コ」国はEUへの加盟を目指しており、そのための法整備を進めている。その中でEUの基準に合わせていく必要のあるものが多く存在する。保健セクターにおいては、こうした基準に合わせた法律の整備がほぼ完了しており、今後はこの法律に合わせて各種詳細な規定を作成して、実際の運用を行っていくことになる。

ヨーロッパ地域において日本から輸出される医療機材や設備機材に関して問題になるのは、CEマークの要求である。「コ」国で医薬品や医療機器の輸入許認可や検査を行っているのは、保健省の下部組織であるコソボ医薬品機構（Kosovo Medicine Agency）であり、今後もこの業務を行うことになっている。この機関が、現在、新しい法律に基づいて医薬品と医療

機器に係る輸入規定の修正を行っている。現在「コ」国においては CE マークの要件が、法規上具体的に規定されていない。医薬品および医療機器ともに ISO、FDA、JIS 等、国際的に認知されている規定が取得されていて、それを輸入許可の申請書に明記すれば、輸入が許可される制度を採用している。コソボ医薬品機構からは、この規定を今後修正する計画はないとの説明を受けたが、今後も輸入規定の修正有無の確認が必要である。現在は、医薬品・機材とも、輸入の度に輸入許可を得る必要があるものの、これを登録制とすることも計画されている。また入札に参加できる輸入業者は、「コ」国の公的組織全ての入札を管理している KRPP (Public Procurement Regulatory Commission) への登録が必要となっており、医薬品・医療機器の分野で 200 社、医療機器のみの分野で 30 社程度が登録されているとの説明があった。この登録業者のリストを要求したが提供頂けなかった。

3.1.8 民間企業動向

「コ」国に医療関係で進出している日本企業はない。日系企業としては「日本たばこ産業株式会社(JT)」および不動産開発会社が進出しているのみである。日本の医療機器メーカーのいくつかは、現地あるいは近隣国に代理店を設置し、それら代理店を経由して販売活動を行っている。これらの代理店は各メーカーのヨーロッパにある現地法人の管轄となっており、日本のメーカーで十分に情報をつかんでいない場合も多い。欧州地域の医療機器メーカーも代理店を設置しており、これらのメーカーが活発に活動している状況にある。

3.1.9 関連インフラの整備状況

都市部においては、給排水および電気供給は整備されている。過去には停電が頻発し、電圧の変動も高かったが、現在は比較的改善されている。それでも停電は不定期に発生しており、対処しておく必要がある。また給水については、やや不安定な状況が見受けられる。

3.2 上記を踏まえた医療インフラ設備の優先度順位付の分析

(1) 2 次医療施設

2 次病院については、医療インフラ整備の需要は病院において差がある。ミトロヴィツァのように新しい病院や、プリズレンのようにその施設の一部であるにせよドナーや NGO 等により整備が行われている病院もあることから、病院別にその優先度を検討する必要がある。また、概ね、施設よりも医療機器に対する整備の必要性が高いと判断される。

3 ヶ所の病院における機材状況から、表 67 の機材に対する優先度が高いと判断される。優先度が高いと判断された理由は、前述した 1 次医療施設と同様に、1) 現有機材の老朽化が激しく更新の必要がある、2) 旧式の機材のため医療サービスの提供に困難な状況が生じている、3) 必要な機材が調達されておらず医療サービスの提供に困難が生じている、という 3 つの理由からである。具体的には病院毎に状況が異なるため個別に調査を行う必要がある。

対象となる 2 次医療施設である、地域病院と市立病院は合計 10 ヶ所となっている。このうち、ミトロヴィツァについては、機材についても施設についても需要が低いことが確認できている。またジャコヴァとプリズレンの地域病院については機材の更新需要が高いことが確認されている。セルビア人地域にある病院については、保健省としては情報が非常に限ら

れており評価や調査を行うのも困難な状況にある。今後各病院の調査を行い、需要の有無を確認していく必要がある。

表 66 2 次医療施設に対して優先度の高い機材

部署	機材名	台数
画像診断	MRI	1
	CT	1
	一般撮影装置	1
	透視撮影装置	1
	CR 装置	1
	プリンター	1
	IP 撮影板	6
	PACS	1
	超音波診断装置（腹部、産婦人科）	1
	超音波診断装置（心臓用） 等	1
内視鏡	上・下部消化管ビデオ内視鏡	2
	気管支ビデオ内視鏡	2
	テレビユニット	1
	内視鏡洗浄器 等	2
		2
検査室	血球カウンター	1
	生化学分析装置（自動式および手動式）	1
	電解質分析装置	1
	免疫分析装置	1
	ホルモン分析装置	1
	遠心分離機	1
	ピペットセット	4
	冷蔵庫	1
	血液用冷蔵庫	2
	フリーザー 等	1
手術室 (3 室あると想定)	無影灯	3
	手術台	3
	電気メス	3
	患者監視装置	3
	麻酔器	3
	徐細動器	1
	吸引器	3
	器具台 等	3
ICU (5 床あると想定)	患者監視装置	5
	吸引器	5
	人工呼吸器	5
	ICU ベッド	5
	輸液ポンプ	5
	シリンジポンプ	5
	心電計 等	1
救急	心電図	1
	患者モニター	1
	徐細動器	1
	酸素吸入器	1
	アンビュー 等	1

(2) 1次医療施設

1次医療施設は、38ヶ所の MFMC とその傘下の多数の FHC と HC および外来診療所について、機材および施設の両方を整備する必要があると判断される。

機材については、必要な機材の更新が適切に行われておらず、適切な検査が行えない状況にある。MFMC で行うべき検査、活動内容及び確認できた機材の状況から表 67 の機材に対して優先度が高いと判断される。優先度が高いと判断された理由は、1) 現有機材の老朽化が激しく更新の必要がある、2) 旧式の機材のため医療サービスの提供に困難な状況が生じている、3) 必要な機材が調達されておらず医療サービスの提供に困難が生じている、という 3 つの理由がある。

施設については、今回行った 2ヶ所の MFMC の調査結果から、施設の改修が必要な施設があることが想定される。その必要性の確認には、具体的に各施設改修や新規建設の必要性を確認する必要がある。現在確認できているのは、ジャコヴァ MFMC の新規建設である。ジャコヴァ MFMC は予算がつかないため長期間改修が行われておらず、本来の機能を果たしていない状況にある。市がこの投資の責任を持っているが、十分な予算が配置されていないものと予想される。

対象の候補となる施設は合計 38ヶ所である。このうち 3ヶ所がセルビア人地区となっており、「コ」国保健省にとってはアクセスが困難な場所にある。対象施設の選定と具体的な機材内容については、施設毎に状況が異なることから今後個別に調査を行う必要がある。

表 67 MFMC に対して優先度の高い機材

診療科	機材名	台数
画像診断	一般撮影装置	1
	透視撮影装置	1
	CR 装置	1
	プリンター	1
	IP 撮影板	6
	超音波診断装置（腹部、産婦人科）	1
	等	
内視鏡	上部消化管ビデオ内視鏡	1
	下部消化管ビデオ内視鏡	1
	テレビユニット	1
	内視鏡洗浄器	1
検査室	血球カウンター	1
	生化学分析装置（自動式および手動式）	1
	電解質分析装置	1
	遠心分離機	1
	ピペットセット	1
	冷蔵庫	1
	等	
歯科	歯科ユニット	1
	オートクレープ	1
	器具セット	1
救急	心電図	1
	患者モニター	1
	酸素吸入器	1
	アンビュ	1
	等	

(3) 3 次医療施設

3 次医療施設については、比較的予算配分がなされており、保健省予算による施設・医療機器の整備に加えてドナーの援助も入っている。しかし、部署によっては医療機器の整備が需要に追いついていない状況もあり、医療機器更新の必要性があることが確認された。

その中でも、地方部での医療サービスの提供が困難な部署で、今までドナーや保健省予算で強化が行われてこなかった診療科が 3 部門（小児外科、整形外科、内視鏡診断部門）あり、これら 3 部門を含めた全診療科の診断能力の向上に必須となる画像診断部門の強化も求められる。以上より、小児外科、整形外科、放射線科、内視鏡診断部の合計 4 部門における需要が高いと判断される。簡易的な情報収集と現地で確認した結果から、表 68 に示す機材の優先度が高いことが確認された。

表 68 UCCK において優先度の高い機材

部署	機材名	台数
小児外科、手術室 (3 室を想定)	無影灯	3
	手術台	3
	電気メス	3
	患者監視装置	3
	麻酔器	3
	吸引器	3
	尿道鏡、硬性	1
	テレビユニット	1
	除細動器 等	1
小児外科、ICU (5 床を想定)	患者監視装置	5
	吸引器	5
	人工呼吸器	5
	ICU ベッド	5
	輸液ポンプ	5
	シリンジポンプ	5
	心電計 等	1
放射線科	MRI	1
	CT	1
	一般撮影装置	1
	透視撮影装置	1
	CR ユニット	1
	プリンター	1
	IP 撮影板	8
	PACS	1
整形外科、手術室 (4 室を想定)	超音波診断装置（心臓用）	1
	無影灯	3
	手術台	3
	電気メス	3
	患者監視装置	3
	麻酔器	3
	吸引器	3
	尿道鏡、硬性	1
	テレビユニット	1
整形外科、ICU (5 床を想定)	除細動器 等	1
	患者監視装置	5
	吸引器	5
	人工呼吸器	5
	ICU ベッド	5

	輸液ポンプ	5
	シリンジポンプ	5
内視鏡診断部	心電計 等	1
	上部消化管ビデオ内視鏡	4
	上部消化管ビデオ内視鏡、小児用	1
	下部消化管ビデオ内視鏡	4
	気管支ビデオ内視鏡	2
	テレビユニット	10
	内視鏡洗浄器 等	5

第 4 章

第4章 「コ」国における課題と案件形成への提言

4.1 保健セクターの現状と課題

(1) 疾病構造の変化

男女ともに死因第1位は虚血性心疾患などを含む循環器疾患で、全体の約3分の2を占めている。死因第2位は腫瘍であり、第1位と第2位は近年増加傾向にある。特に男性の死因第7位である外傷事故・自殺は、2006年から2011年に約4倍も増加している。

以上より、早期の診断と処置を要する疾病、急激な症状の変化がみられる疾病、予防啓発が求められる疾病が増加傾向にあり、疾病の変容にあわせ、高度な医療技術や、緊急対応のための医療サービスの強化、予防啓発に主眼を置いた医療活動が求められる。

(2) 3次医療施設への患者の集中化

「コ」国における保健セクターの大きな課題の一つは、3次医療施設に患者が集中することである。「コ」国の多くの患者が、同国で唯一の第3次医療機関である UCCK は“医療施設や機材等の整備が進んでいるうえ、能力の高い医師もおり、その結果高度な治療が受けられる（高度医療必要性の有無は理解されないまま）”と理解しており、第3次医療機関での受診を強く好む傾向がある。このため、1次医療施設や2次医療施設でも対応が可能である疾患にもかかわらず、UCCK に診察や加療を求めて患者が集中するという傾向がある。「コ」国の患者が UCCK に集中化する状況を取り巻く課題を下記 a) ～c) にまとめる。

a) 2次医療施設の機能の脆弱性

腫瘍、脳血管疾患、心臓疾患などの生活習慣病、交通事故による重症外傷というような早期の診断と処置が求められる疾病や外傷が増加しているため、第3次医療機関まで行かなくとも、第2次医療施設のレベルにおいて、これらの疾患に対応できるような医療施設・機材の整備や患者の搬送体制の強化、更に2次医療施設に勤務する医療人材の能力強化が必要である。全国に配置されている2次医療施設（10の地域病院）の施設インフラ・機材を整備し、各レベルで提供される医療サービスが適正な水準に到達するための取組みと²⁶、こうした活動の成果を地域住民に伝達するための広報活動が必要である。

b) 1次医療施設の機能の脆弱性と予防啓発活動の不足

死亡要因の上位を占める循環器系疾患や腫瘍など、生活習慣病といわれる疾病の罹患率や死亡率を低減させるための予防活動を普及させるためには、FMC や MFMC の機能強化も課題となる。生活スタイルや食生活の変容を促す予防対策を普及させるための広報活動やキャンペーンの導入等、地域住民の公衆衛生を担う医療従事者の能力強化に加え、一次医療施設における既存老朽化機材の更新を組み合わせた取り組みが求められている。

今次調査では3つの地域病院（ミトロヴィツァ、ジャコヴァ、プリズレン）と2つの

²⁶ 前章において、病院医療サービスの運営を専門診療科毎に運営を図る構想を専門診療科病院と呼称のうえ説明を展開している。

MFMC を視察した。セルビア国と国境を接する「コ」国の北部地方に位置するミトロヴィツァの地域病院は、同地域の南部地方に多数居住するアルバニア人にとってアクセスが大変困難である。そのため、南部地方に 100 床規模の地域病院を整備したばかりであり（既存の小規模医療施設を増・改修のうえ地域病院に格上げし 2014 年に開院）、当該病院の整備ニーズは確認されなかった。一方、ジャコヴァとプリズレンにある地域病院は、紛争の終焉を迎えた 2000 年頃に多くの医療機材を整備したものの、その後、更新が図られてこなかったことから、老朽化した現有機材の更新ニーズが確認された。近代的な医療機材の整備を進めることは、ヨーロッパ基準を適応させるためにも重要である。

1 次と 2 次医療施設の架け橋となる MFMC は、視察した 2 施設を見る限りジャコヴァ MFMC では本来備えられなければならない一般 X 線撮影装置や心電計が備えられていない等、既存機材の整備状況は、施設間でばらつきが見られた。保健省関係者の説明より、MFMC の機材整備状況は、一般的に老朽化した機材の割合が多く、その更新が求められる施設が多く存在していることが明らかになった。なお、視察した 2 施設のデータを見ると、ミトロヴィツァ MFMC では外来患者数が増加傾向を示し、ジャコヴァ MFMC では僅かであるが減少傾向を示している。ミトロヴィツァ MFMC では一般 X 線撮影による画像診断や心電計による心電図検査は、既存機材の老朽化のため故障がちであることから、やや減少傾向にあり、その更新が求められている。一方、検体検査件を扱う検査機器は良好な状況で稼働しており検査数も増加傾向にある。

c) 3 次医療施設における医療機材の老朽化と高度医療サービスに対応できる機材の不足

第 3 次医療サービスを担う UCK は、医療技術を兼ね備えた医療従事者が勤務しているものの、十分な医療機材の整備が伴っていないことから、求められている診療サービスが提供できない診療科がいくつか存在する。小児外科、整形外科、消化器内科（内視鏡）、更に画像診断などの診療サービス科では機材整備が不十分と伺えた。そのため、僅かではあるが、それら診療サービスを必要とする患者は民間病院やマケドニアをはじめとする近隣諸国へ転送されている。また、1 次医療施設と 2 次医療施設の機材整備を優先させることで、各レベルでの診療医療体制を強化し、3 次医療施設に集中する患者の低下が期待される。このことにより、専門的な高次医療サービスを必要とする患者のために、本来の 3 次医療施設としての役割を果たすことができると考えられる。

以上のとおり、地域病院における老朽化機材の更新ニーズが最も優先度が高いと判断される。次に、MFMC の機材整備の優先度が高いと言えるが、今次調査では 2 施設の状況確認に留まっていることから、更なる詳細調査を基に既存機材の追加調査を行い、効果的な案件形成に繋げることが望まれる。最後に、UCK は国立系の第 3 次医療施設として唯一の高次医療施設となることから、医療技術サービスの強化を目的とした機材整備を図ることで私立病院、並びに海外へ転送される患者数の減少と国内で治療体制の向上に貢献されることが期待される。しかしながら、裨益患者数も限られていることから、地域病院の整備、MFMC の整備に次いだ優先度になると考える。

4.2 今後の協力に関する提言

「コ」国保健省の指導の基に、第3次医療サービスを担う唯一の施設となる UCCK、また2次医療サービスを担う地域病院のごく限られた施設インフラ整備は高優先度事業として施設や機材の強化が実施されてはいるものの、多くの地域病院や1次医療サービスを担う MFMC の機材整備は殆ど手つかずの状況にある。保健セクター戦略(2010-2014年)では2014年中に既存医療施設の約半数程度を整備するとした目標が掲げられているが、保健省からの聞き取り調査によると、UCCK、ミトロヴィツァ地域病院、プリズレン地域病院の一部で実施されているものの、達成度合いは、全体の30%から35%程度に留まっており、事業実施の進捗に遅れが見られている状況にある。これらの1・2次医療施設に導入されている現有機材は、紛争後の2000年初頭に整備されたもので、現在は老朽化のため更新が必要な状況にある。

まず、UCCK に患者が集中している現象を緩和するために、地域病院の機材整備を実施し、運営体制の強化によるサービス体制の改善を図る優先度は高い。循環器疾患や腫瘍、外傷性事故の増加など、近年の疾病構造の変容に対応するための医療体制を強化し、疾病による死亡者数を減少させるためには、2次医療施設の機能強化は欠かせないと判断される。

次に MFMC の整備である。一般 X 線撮影装置や心電計は、老朽化のため稼働率(検査数等)に減少傾向が見られている。保健省や施設関係者からの聞き取りより、このような老朽化機材の存在は、視察できなかった施設でも多数見られており、更新のニーズは高い。予防医療サービスの一環として、単純 X 線撮影による胸部検査や心電計による心電図検査は大変重要であり、腫瘍や疾患の早期発見に繋がることが期待される。保健セクター戦略を実践するために必要となるマスタープラン(草稿中)の中でも、1次医療施設の医療機器が不十分である課題が取り上げられており、これらの機材を整備する必要性は非常に高いと言える。

最後に UCCK である。UCCK は本来の3次医療施設としての役割を果たし、1次や2次では対応できない疾患を有する患者に対して高度な医療技術や医療サービスを提供する病院として機能することが理想である。医療技術を兼ね備えた従事者もある程度揃っていることから、3次医療施設の整備を進めるニーズは存在する。

なお、「コ」国の「保健セクター戦略 2010-2014 年」の中で「医療資源と保健医療サービスの質の向上」と「既存の医療施設の運営と再編・医療機材の調達に関するヨーロッパ基準の適応」が謳われており、「コ」国の政策と合致するといえる。機材の整備にあたっては、我が国の技術と知見を活用し、医療資源の有効活用と技術支援を進めることは、「コ」国政府が進める人材育成を側面からサポートすることになり、そのニーズも高く、我が国の対コソボ支援とも合致していると考ええる。

(1) 医療機材の整備

地域病院、MFMC のサンプリング調査、更に保健省関係者からのヒアリングにより、2次医療施設における現有老朽化機材の更新・補充ニーズが高く、次いで1次医療施設となる。

優先度は1次医療施設や2次医療施設より低いものの、第3次医療サービスを担う UCCK においても、未だに整備強化の余地がある小児外科、整形外科、内視鏡等の専門的な診療サービス科に関連する機材の整備は必要な状況にある。現状では診療ニーズに応えるために必

要な機材が整っていないうえ、稼働中の一部機材は更新を検討すべき時期に至っている。

今次調査で整備ニーズがあると判明した主な機材は下表のとおりである。なお、地域病院と MFMC への支援を優先させる理由は、UCCK において患者が集中している現象の解消、ならびにファミリードクター制の優位性を相乗的に発現させ、1 次から 3 次医療サービスにおいてバランスのとれた診療リファラル体制の強化を実現するためである。各々の施設数は以下の通り導いた。

- MFMC：基本的に 1 自治体（市/町）に 1 つあり、現在、38 の自治体があるといわれている。ただし、公表されている統計データは 2010 年当時の情報が最新であり、同統計によると自治体数は 30（施設数も同数）、うち 4 施設は活動記録が提供されていないといった理由により 26 施設を対象施設にカウントした。
- 地域病院：政府病院は全国に 10 施設あるが、施設および診療サービスの規模などを鑑みて、4 つの病院を高優先度施設として選定した。なお、ミトロヴィツァ地域病院は 2014 年に増改修のうえ開院を迎えたばかりであることから除外した。4 病院は、ジラン、ジャコヴァ、ペヤ、プリズレンの地域病院となる（表 69 を参照）。

（2）技術分野の支援

1) 病院運営改善

保健省の EU 統合・政策調整担当官（Director of Department for European Integration and Policy Coordination）であるサディーク・メンター氏（Mr. Mentor SADIKU）は独立行政法人国際協力機構（JICA）が運営する「5S-KAIZEN-TQM」の研修に参加した経験を有し、その概念を「コ」国の医療施設に導入したい考えがある。「コ」国の国会審議で認証される予定（2014 年 6 月末時点で未承認）の「保健セクター戦略計画（Health Sector Strategy 2014-2020）」には、公立病院の適切かつ効率的な運営・管理の実現するための活動計画が明示されているという。地域病院においては施設インフラや医療機材の整備が求められていると同時に、施設の効率的な運営、施設から住民への情報発信のための広報支援をはじめ、診療科毎にサービスラインを確立する運営体制の導入が予定されていること等もあり、現在の運営体制を改める必要がある。対象は、2 次医療施設（地域病院）の管理職スタッフを中心に、5S-KAIZEN-TQM の概念を導入支援することを想定する。病院運営の改善を図るためのツールとして 5S-KAIZEN-TQM の導入を図ることは以上のような意味合いからもニーズは高い。

2) 医療機材の維持管理強化支援

現在、医療機器の維持管理は各医療施設により行われている。しかしながら、医療機器のインベントリーは更新されておらず、機器の情報収集と管理は十分に行き届いておらず、更に不具合や故障後の適切な対応にも事欠く状況にあるため、当該状況を改善し医療資源の効果的な活用に努めることが不可欠である。地域病院には 1～2 名の医療機材管理技術者が配置されていることから、彼等の技術向上と機器の維持管理ツールの整備・強化を図るニーズは高い。

4.3 今後の確認事項

医療機材の更新・補充整備をプロジェクトとして事業化を図るためには、次に示すことが求められている。

維持管理を担う人材や財源などの手当は十分に配慮されているか、手当の可能性はあるかといった観点より、事業の内容や規模を検討することが求められる。「コ」国の場合、2014年4月の国会審議で医療財源を確保する一手段として医療保険制度が採択されたこと等、医療施設の運営や施設インフラの維持管理費用の捻出に繋がる政策が採用されたことは一考に値する。人材面では、現在、UCCKで本格的な導入が検討されている小児外科など、「コ」国の医療人材（医師等）に更なる技術・技能向上が求められる診療サービス科については、人材育成を伴った事業計画に至るように配慮する必要がある。

表 69 整備の候補にあげられている地域病院の活動状況 と 1~3 次医療施設の整備機材(案)

	地域名/施設名	病床数	医師数	看護師数	入院患者数	手術数	分娩数
1	ジラン・Gjilan / ジラン	414	241	158	16,754	2,077	2,121
2	ペヤ・Peja / ジャコヴァ	417	155	211	17,192	2,797	2,202
3	ペヤ・Peja / ペヤ	422	201	236	16,147	3,547	2,433
4	プリズレン・Prizren / プリズレン	521	240	342	25,668	5,287	4,295
5	ミトロヴィツァ・Mitrovice / ブッシュトリ	76	57	52	4,213	1,658	650
6	ジラン・Gjilan / フェリザイ	65	114	99	3,380	101	1,701
7	ミトロヴィツァ・Mitrovice / ミトロヴィツァ	12	119	83	688	147	1,227
8	ミトロヴィツァ・Mitrovice / 北ミトロヴィツァ	-	-	-	-	-	-
9	ミトロヴィツァ・Mitrovice / 北ミトロヴィツァ	-	-	-	-	-	-
10	プリシュティナ・Prishtina / グラチャニツァ	-	-	-	-	-	-

備考：網掛けされている施設が機材整備の対象候補にあげられた施設

1) UCCK の機材整備のニーズ

	部門・機材名	数量		部門・機材名	数量
小児外科：手術部			小児外科：集中治療室		
1	手術台*	3	1	バイタルサインモニター*	5
2	無影灯*	3	2	吸引器	5
3	電気メス*	3	3	人工呼吸器	5
4	バイタルサインモニター*	3	画像診断部		
5	麻酔器	3	5	MRI*	1
6	尿道鏡	1	6	CT スキャナ*	1
整形外科・外傷：手術部			7	一般撮影 X 線装置*	1
1	無影灯*	4	8	透視撮影 X 線装置*	1
2	手術台*	3	9	CR 装置*	1
3	手術台（整形外科用）*	1	10	PACS システム	1
4	電気メス*	4	11	超音波診断装置（循環器）*	1
5	バイタルサインモニター*	4	整形外科・外傷：ICU		
6	麻酔器	4	1	バイタルサインモニター*	5
内視鏡センター			2	吸引器	5

1	内視鏡（上部消化管）＊	5	3	人工呼吸器	5
2	内視鏡（下部消化管）＊	4	4	ICU ベッド＊	5
3	気管支内視鏡＊	2	5	輸液ポンプ＊	5
4	保管キャビネット＊	3	6	シリンジポンプ＊	5

＊は本邦品の機材が想定可能な医療機材

2) 地域病院（4 施設）の機材整備のニーズ

	部門・機材名	数量		部門・機材名	数量
画像診断部			内視鏡		
1	MIR＊	1	1	内視鏡（気管支）＊	2
2	CT＊	1	2	内視鏡（上・下部）＊	2
3	一般、透視撮影 X 線装置＊	2	検査		
4	CR 装置＊	1	1	血液分析装置＊	1
5	PACS システム	1	2	生化学分析装置	1
6	超音波診断装置（産婦人科）＊	1	3	電解質分析装置	1
7	超音波診断装置（循環器）＊	1	4	免疫分析装置	1
集中治療室			5	ホルモン分析装置	1
1	バイタルサインモニター＊	5	血液銀行		
2	人工呼吸器	5	1	血液保冷庫＊	1
3	ICU ベッド＊	5	2	血液冷凍庫＊	1
4	輸液、シリンジポンプ＊	10			

＊は本邦品の機材が想定可能な医療機材

	部門・機材名	数量		部門・機材名	数量
手術部			救急部		
1	無影灯＊	3	1	ECG＊	1
2	手術台＊	3	2	バイタルサインモニター＊	5
3	バイタルサインモニター＊	3	3	吸引器	5
4	電気メス＊	3	4	人工呼吸器	5
5	吸引器	3	5	輸液、シリンジポンプ＊	10
6	麻酔器	3	6	気管支鏡（硬性）	1

＊は本邦品の機材が想定可能な医療機材

3) メインファミリー保健センター (MFMC : 26 施設)

	部門・機材名	数量		部門・機材名	数量
画像診断			検査		
1	一般撮影 X 線装置*	1	1	血液分析装置*	1
2	透視撮影 X 線装置*	1	2	生化学分析装置	1
3	CR 装置*	1	3	電解質分析装置	1
4	超音波診断装置 (産婦人科) *	1	歯科		
内視鏡			1	歯科診療ユニット・チェア*	1
1	内視鏡 (上・下部消化器) *	2	救急		
2	内視鏡保管庫*	1	1	ECG*	1
			2	バイタルサインモニター*	1

*は本邦品の機材が想定可能な医療機材

4) 機材費の試算額

	施設名	施設数	単価	合計
1	UCCK	1	709,100,000	709,100,000
2	地域病院	4	572,000,000	2,388,000,000
3	メインファミリー保健センター	26	87,900,000	2,285,400,000
				5,382,500,000

第 5 章

第5章 アルバニア共和国の保健セクターの概況

5.1 アルバニア共和国保健セクターの一般概況

5.1.1 保健セクター概況

(1) 一般概況

「ア」国は、バルカン半島南西部に位置する、面積約 28,700 平方 km（四国の約 1.5 倍）、人口約 282 万人（2011 年、国勢調査）の国家である。「ア」国の国土は最大で南北が約 340km、東西が 150km である。海岸部の平野以外は起伏があって山がちな地形が多く、国土の約 7 割が海拔高度 300m 以上である。モンテネグロ・セルビア・マケドニア共和国との国境地帯にはディナラ・アルプス山系の 2000m 級の山々が連なる。海岸付近の低地は典型的な地中海性気候で降雪は珍しいが、内陸部の高地は大陸性気候で冬には大量の降雪がある。年間降水量は 1,000mm を超える。夏の最高気温は 30℃以上となるが、冬の最低気温は海岸部で 0℃、内陸部で -10℃以下となる。

首都はティラナであり民族はアルバニア人が大部分であるが、国土の北部と南部では言語や風習に差異がある。南部にはギリシャ人、国境付近にはマケドニア人やモンテネグロ人もいる。公用語はアルバニア語であるが、北部のゲグ方言と南部のトスク方言に別れ、標準語はトスク方言に近い。イタリア語を話せる人が多いが、南部のサランダを中心とした地域に住むギリシャ系住民の間ではギリシャ語を話す人もいる。

また、「ア」国の宗教はイスラム教徒 57%、ローマカトリック教徒 10%、正教徒 7%を占め、異なる宗教の信者間での結婚も少なくない。

長年、半鎖国的な社会主義体制をとってきた「ア」国では、東西冷戦の終結、東欧諸国の民主化、国内の経済情勢の悪化等の背景から対外開放政策に転じ、1990 年以降、先進諸国・国際機関との関係強化および安全保障の確保を基本的な外交方針としている。1990 年より段階的に市場経済への移行を進めており、徐々に経済回復を続け 2000 年に世界貿易機関(WTO)に加盟し、2009 年 4 月、「ア」国は EU 加盟を申請し、2014 年 6 月に EU 加盟候補国のステータスを獲得した。NATO および EU 加盟を最重要視している。2012 年の時点で、一人当たりの GDP はヨーロッパ諸国（旧ユーゴスラビア諸国および旧ソ連諸国を除く）のなかでは名目、実質ともに最低の状態が続いている。「ア」国の主要な経済指標を表 70 に示した。

表 70 「ア」国の主要な経済指標

主要な経済指標	年度	指標および数値
主要な産業	2011 年	食品・タバコ、繊維・衣料品、木材、セメント、化学薬品、鉱物、ベースメタル、水力発電 [GDP 構成比：サービス業（68.5%）、工業（12.0%）、農業（19.5%）] ⁽¹⁾
GDP	2012 年	127 億ドル ⁽²⁾
一人当たり GNI	2013 年	4,700 ドル ⁽³⁾
経済成長率	2012 年	2.0% ⁽⁴⁾
物価上昇率	2013 年	1.9% ⁽⁵⁾
失業率	2013 年	16.9% ⁽⁶⁾
主要な貿易品目	2012 年	輸出: 鉱物・燃料・電気、繊維・靴、建築機材 ⁽⁷⁾
		輸入: 鉱物・燃料・電気、機械、食料品・飲料品・タバコ ⁽⁸⁾
主要な貿易相手国	2012 年	輸出: イタリア、スペイン、コソボ、トルコ ⁽⁹⁾
		輸入: イタリア、ギリシャ、中国、ドイツ ⁽¹⁰⁾
通貨	—	Lek（レク）
為替レート	2014 年（5 月）	1 ドル=約 100.7 レク ⁽¹¹⁾

出所：1: CIA World Factbook, 2: 世界銀行, 3: 世界銀行, 4: 世界銀行, 5: 世界銀行, 6: CIA World Factbook, 7: EIU, 8: EIU, 9: EIU, 10: EIU, 11: OANDA,

(2) 保健セクター概況

「ア」国は未だに貧困問題が解消されるに至っておらず、保健指標において代表的ともいえる乳児死亡率や妊産婦死亡率は未だに改善の余地があり課題とされている。しかしながら、全般的に見れば各保健指標に改善は見られており、今後は予防医療を含む 1 次医療サービスの充実と、地方における病院医療サービスの機能強化が課題となっている。「ア」国政府の NSDI 2007-2013 年における保健分野の開発政策は、経済・社会開発や EU 加盟などを含む中・長期開発目標が定められ、保健セクターについては「すべての人に対し、基本的な、高品質かつ効率的な基本的医療サービスを提供する」ことを目標に掲げていた。直面する課題としては、①疾病構造の変化への対応、②医療保障制度の複雑さを挙げており、「サービスや施設を効率的に活用するための運営能力の向上」、「効率的な医療サービス享受する機会の増加」などの戦略が採用されていた。2013 年に策定された NSDI 2014-2020 年（草案）では、①診療サービスへのアクセス向上、②臨床および制度管理の改善による医療サービスの質的向上、③医療システム管理の向上等により国民のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の実現を目指すとする政策が採用されている。現在、同草案は新政権により見直しされており、2014 年の秋頃に NSDI 2014-2020 年として公表される予定である。

いずれも 1 次・2 次医療施設インフラの機能強化により、地域住民の医療サービスに対するアクセス状況を向上させること、強制医療保険に代表される保健医療に係る制度設計を整備すること等の解決に取り組んでいる様子は現地調査においても確認された。

5.1.2 主要関連指標

(1) 「ア」国全体の人口

1990年代以降の人口動態を見ると、大きく3つの波があるように伺える。1990年代はギリシャやイタリア等の近隣諸国を中心に、全人口の20%に相当する人々が海外へ流出していたと言われている²⁷。合計特殊出生率（出生率）も低下が見られていたものの、3.0～2.0と比較的高かったこともあり人口は横ばい状況を呈していた。その後、2000年から2010年にかけては、出生率に低下が見られ、2007年には1.3近くまで下降し人口の減少が見られるようになった。しかし、2012年以降は出生率²⁸の低下に歯止めがかかり、加えて海外移住者の帰還といった要因も加わり、人口の減少に歯止めがかかっているようだ。ただし、この状況が一過性の現象に過ぎないのかどうかを判断するには、今暫く動向を伺うことが必要である。2012年に見る65歳以上の老年人口は全人口比の約11%に至り、高齢化社会の目安といわれる全人口比に占める65歳以上の老年人口の占める割合（高齢化率が7%を超えると高齢化社会といわれる）を超過している。その背景には、1990年代に海外へ流出した人口の多くは生産年齢層といわれており、そのような要因が人口比に占める老年人口の割合を高くしている要因であると伺える。2000年以降は経済の発展や医療技術の進歩等により平均寿命も伸び、高齢層人口が増加している様子が伺える。ただ、表72を見ると明らかなように、国内では都市への偏重が見られており、地方での地域開発が待たれるところである。アドリア海に面する沿岸地域では観光産業に傾注した施策を講じている様子が伺えるものの、マケドニアやギリシャと国境を接する山岳地域には目立った産業もなく未だに人口の流出が続いているようである。

2012年と2013年の2年間の統計だけで言い切れるわけではないが、増加に転じた出生率が今後も増加を迎れば、将来的に人口の減少に歯止めがかかることも期待される。

現状、少子化が改善されるか否かについては今暫く様子を伺う必要があるが、高齢化の進行は、今後、高齢者医療費用の増大をもたらしことに繋がる。そして年金、医療、福祉等の社会保障の分野においても、現役世代の負担が増大することにつながることから、高齢者医療の対応を講じていくことが求められている。

²⁷ World Bank, *Albania Health Sector Note*, February 2006, Report No. 32612-AL

²⁸ 静止人口（増減のない人口）を保障する合計特殊出生率（人口置換水準）は、統計的学的に国や地域における死亡率に関係するため、国・地域によって異なる。現在、日本では約2.07、先進国では一般的に約2.1とされる（WHO）。途上国では先進国と比較して死亡率が高いことから、人口置換水準を保つための合計特殊出生率も全体として高くなる傾向がある。

表 71 「ア」国の人口の推移

年	人口	15歳< (千人)	65歳> (千人)	出生数 (人)	死亡数 (人)	自然増加 (人)	粗出生率* (千人当り)	粗死亡率 ** (千人当り)	合計特殊 出生率***
2000	3,061,000			50,077	16,421	33,656	16.4	5.4	2.00
2001	3,064,000	897	232	53,205	19,013	34,192	17.4	6.2	2.36
2002	3,051,000	876	241	42,527	19,187	23,340	13.9	6.3	1.94
2003	3,034,000	851	249	45,313	20,294	24,019	14.9	7.0	1.97
2004	3,015,000	826	258	40,989	20,269	20,720	13.6	6.7	1.78
2005	2,993,000	796	269	38,898	20,430	18,468	13.0	6.8	1.60
2006	2,968,000	762	279	35,891	20,852	15,039	12.1	7.0	1.37
2007	2,941,000	728	289	34,448	20,886	13,562	11.7	7.1	1.32
2008	2,913,000	699	300	33,445	20,749	12,696	11.5	7.1	1.41
2009	2,884,000	670	309	34,114	20,428	13,686	11.8	7.1	1.48
2010	2,884,000	641	317	34,061	20,107	13,954	11.9	7.0	1.52
2011	2,829,000	614	323	34,285	20,012	14,273	12.1	7.1	1.54
2012	2,902,000	589	332	35,295	20,849	14,446	12.6	7.4	1.65
2013	—	565	342	35,750	20,442	15,308			

備考：上表中で人口センサスが行われいるのは 2001 年と 2011 年のみ。

*粗出生率：人口に対する出生数の割合、**粗死亡率：人口に対する死亡数の割合、***合計特殊出生率：1 人の女性が生涯に産む子供の数

出所：Albanian Institute of Statistics (INSTAT)

表 72 地域別人口と貧困率

	地 域 (州)	中心地 県／コミューンの数	地域面積 (Km2)	人口 密度	人口			貧困率 (%) *
					2001 年 4 月	2011 年 10 月	増加率 (%)	
1	Berat／ベラト	Berat (3/20)	1,798	159	193,020	141,944	-26	24～28.6
2	Diber／ディブラ	Peshkopi (3/32)	2,586	58	189,854	137,047	-28	>36
3	Durres／ドゥラス	Durres (2/10)	766	367	245,179	262,785	7	24～28.6
4	Elbasan／エルバサン	Elbasan (4/45)	3,199	105	362,736	295,827	-18	28.6～36
5	Fier／フィエル	Fier (3/37)	1,890	198	382,544	310,331	-19	28.6～36
6	Gjirokaster／ジロカストラ	Gjirokaster (3/24)	2,884	36	112,831	72,176	-36	<24
7	Korce／コルチャ	Korce (4/31)	3,711	69	265,182	220,357	-17	24～28.6
8	Kukes／クスケ	Kukes (3/25)	2,374	33	111,393	85,292	-23	>36
9	Lezhe／レジヤ	Lezhe (3/14)	1,620	100	159,182	134,027	-16	>36
10	Shkoder／シュコド	Shkoder (3/28)	3,562	69	256,473	215,347	-16	28.6～36

	ラ							
11	Tirane／ティラナ	Tirane (2/24)	1,652	491	597,899	749,365	25	<24
12	Vlore／ヴロラ	Vlore (3/19)	2,706	67	192,982	175,640	-9	<24
	合 計	36/309	28,748		3,069,275	2,800,138	-9	—

備考 ディブラ：マケドニアと国境を接する。

コルチャ：ギリシャ、マケドニアと国境を接する山岳地帯に位置する。

ヴロラ：アドリア海に面する。

出所：Albanian Institute of Statistics (INSTAT), (2011 年資料 *のみ 2004 年次資料より)

(2) 「ア」国の保健関連指標

主な保健指標を表73に示す。平均寿命、乳児死亡率など、「ア」国の基本保健指標は、バルカン諸国の中でも優れている。しかしながら、妊娠合併症が病院統計上で主要な疾病となっていること、新生児疾患が増加傾向にあること等（表74を参照）、妊産婦死亡率や乳児死亡率はEU諸国と比較すると、他のバルカン諸国と同様に未だ改善の余地が残っているといえよう。これらは小児及び産婦人科専門医の技能向上と併せて妊産婦検診等をはじめとする予防医療の充実が課題であると言える。一方、GDPに占める医療費の支出割合はEU諸国で見られる7～10%には至っていないものの、近似した予算が費やされている状況にあることが読み取れる。今後は老年人口層が増加することも予測され、公的医療費の需要増は差し迫った課題となるが、単に需要増に伴う投入量の増加に留まるのではなく、効率性や生産性も伴った予算措置を講じるような配慮が求められている。

表 73 「ア」国の主な指標

NO	主な指標	アルバニア国	
1	総人口（人）	2,800,138 ⁽¹⁾	2011
2	人口：0-14 歳までの割合（%）	21.00 ⁽¹⁾	2011
3	平均余命（歳）	77.04 ⁽¹⁾	2011
4	5 歳未満児死亡率（対 1,000 出生）	21 ⁽⁷⁾	2006
		18 ⁽⁶⁾	2010
5	乳児（1 歳未満児）死亡率（対 1,000 出生）	22.6 ⁽⁷⁾	2006
		15 ⁽²⁾	2012
6	妊産婦死亡率（対 100,000 出生）	21 ⁽⁶⁾	2013
7	GDP に占める保健・医療費の割合（%、2004）	6.30 ⁽²⁾	2011
8	政府支出に占める保健・医療費の割合（%）	8.40 ⁽²⁾	2010
9	HDI ランク（186 カ国中）	0.739 / 70 ⁽⁵⁾	2012
10	一人あたり GNI、US ドル	4,700 ⁽³⁾	2013
11	成人識字率（%、15 歳以上）	95.94 ⁽³⁾	2008
	成人識字率（%、10 歳以上）	-	-
12	安全な水にアクセスできる人口の割合	95.00 ⁽⁴⁾	2010

出所： 1: National Institute of Statistics, Albania, Last Census (2011)

2: WHO, 3: 世界銀行, 4: United Nations Statistics Division (UNSTATS),

5: UNDP Report 2013, 6: UNICEF, 7: UN

2012 年の世界銀行の統計によると、バルカンの周辺国（ボスニア・ヘルツェゴビナ、セルビア、モンテネグロ、マケドニア、ギリシャ）の 5 歳未満児死亡率の平均が 6.40（対 1,000

出生)、乳幼児死亡率が 5.8 (対 1,000 出生)、2013 年の世界銀行の統計によると妊産婦死亡率が 8.6 (対 100,000 出生) である。UNICEF²⁹の報告によると、「ア」国の乳幼児・妊産婦死亡率が EU 加盟国と比較して高くなっている原因は、「ア」国が他 EU 諸国に比べ経済基盤が脆弱であることによる財政不足や医療機材不足等の問題で PHC システムが上手く機能していないこと、また、特に北部や農村地域における貧困や医療施設レベルの格差の問題が大きいとしている。一人当たりの公的保健支出は EU 諸国平均の\$1,709 (2013 年) に比べ、「ア」国では\$256 程度 (同年) に留まっている。農村地域では産婦人科のある医療施設はかなり限られており、かつ医薬品・医療機器も不足している。また、「ア」国では 22-23% 程度の 5 歳児以下の子どもが栄養失調状態 (発育障害) にあるとしている³⁰。これは EU 諸国の平均 7.5% と比較しても高い数値となっており、乳児死亡率が子供の栄養状態と貧困問題と密接にかかわることを UNICEF は指摘している³¹。

また、保健省からの聴き取り調査より、これらの要因以外にも保健人材不足も一因となっているとのことであった。人口 10 万人に対する医師と看護師・保健師の比率は EU 諸国でそれぞれ 33.1 人、80.5 人 (2013 年) であるに対し、「ア」国ではそれぞれ 11.5 人と 39.9 人 (同年) である³²。産前産後ケア、出産まですべてを任されている助産師は、周産期に関わる知識や技術をブラッシュアップする機会がなく十分な知識に乏しく、給料など労働環境も悪い。

「ア」国の妊産婦で妊娠初期に妊産婦健診を受けているのはたった 18% と報告されており³³、医療従事者が妊産婦へ適切に介入できていないことが伺える。

また、「ア」国の保健関連指標に関する他ドナーの見解として、WHO³⁴は、乳児死亡率、妊産婦死亡率に関しては 1990 年代から大きく改善していることを評価する一方で、昨今において非感染症の死亡率が高まっていることを懸念している。また、保健システム、特に保健財政における課題である個人負担の割合の高さや汚職による医療費の非公式な支払いを憂慮しており、保健財政強化する取り組みを支援している。UNDP アルバニア³⁵は、『MDGs レポート』で、開発目標 4 にあたる「乳幼児死亡率の削減」に関しては大きな成功を挙げたとしており、その成果には特に医療従事者の介在する出産率の高さ、医療施設における出産率の高さ、予防接種率の向上が貢献したとしており、更なる投資と医療人材に対する研修を強化していくことで今後削減率はより高まるとしている。また、開発目標 5 にあたる「妊産婦死亡率の削減」に関しては、数値は削減されているもののまだ課題は多いとしている。特に医療施設へのアクセスの限られる山岳地域に住む人々にいかに母子保健サービスを提供していくか、また、「ア」国では保健システムのあらゆるレベルで非公式な支払いを求められることが多いことを挙げ、特に貧困層の人々が負う負担の大きさを憂慮しており、WHO 同様、公正

²⁹ UNICEF, “Albania Children”, (<http://www.unicef.org/albania/children.html>) (Accessed May 2014)

³⁰ WHO, *World Health Statistic*, 2014

³¹ 貧困と子どもの栄養失調との関係は UNICEF の Conceptual Framework (<http://www.unicef.org/nutrition/training/2.5/4.html>) を参照

³² WHO, *World Health Statistic*, 2014

³³ Albania by europe-cities, “Health care in Albania” (<http://www.europe-cities.com/en/633/albania/health/>)

³⁴ WHO, *Country Cooperation Strategy at glance, Albania* (updated May 2013) (http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_alb_en.pdf?ua=1)

³⁵ UNDP Albania, “MDGs Eight Goals for 2015” (<http://www.al.undp.org/content/albania/en/home/mdgoverview/>) (Accessed June 2014)

な保健システムの整備、ならびに保健財政の健全化の必要性を提起している。

このことから特に「ア」国においては、国際援助機関は、保健財政の健全化・強化を目的とした保健システムの強化を課題として取り組んでいる傾向にある。

(3) 「ア」国の疾病構造

医療施設（病院統計）における疾病と死亡に関する情報は以下のとおりである。疾病状況に係る過去 10 年間（2002～2011 年）における推移を見ると、妊娠合併症患者数が 2008 年以外は最も多い。感染症や寄生虫症は減少に転じているものの、呼吸器系や消化器系の疾患、更に妊娠合併症等は、それ自体が主要な疾病であると共に、疾病者数に大きな変化が見られず横ばい状況を呈している。また、微増ではあるが、腫瘍、循環器系疾患、新生児疾患などに増加傾向が見られている。

死亡率に目を向けると、死亡率が比較的低く、診療サービスに改善がもたらされた疾病としては感染症や寄生虫症、更に内分泌・代謝異常などがあげられ、死亡率が比較的高かったものの、診療サービスに改善がもたらされた代表的な疾病としては呼吸器系疾患などがあげられる。依然として死亡率が高い疾病としては循環器系疾患や腫瘍などがあげられ、今後は成人病と言われる脳卒中、腫瘍、心臓病といった疾病の診療対策を講じた医療サービス体制を構築していくことが求められる。

表 74 病院における疾病統計（人口十万人あたり）

病名	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
感染症、寄生虫症	631.3	691.5	531.2	577.2	560.8	646.9	602.0	631.4	633.9	533.5
腫瘍	423.0	415.1	403.2	441.3	443.3	564.1	572.4	593.0	625.7	619.2
内分泌・代謝異常	119.8	119.6	126.4	125.2	134.0	144.9	138.5	152.7	140.8	150.8
血液、造血管関連疾患	98.5	94.5	90.8	101.4	58.1	64.9	58.7	58.7	62.2	73.3
精神障害	139.5	127.7	143.6	134.3	134.2	116.8	130.0	128.5	157.3	180.2
神経系疾患	386.3	378.9	370.5	331.3	315.6	361.4	348.4	373.7	348.2	353.9
循環器系疾患	608.5	655.9	646.3	656.5	681.6	716.8	705.3	785.3	767.2	883.4
呼吸器系疾患	1384.8	1442.8	1345.8	1501.3	1247.4	1527.0	1223.4	1482.0	1331.9	1487.6
消化器系疾患	1365.9	1397.0	1421.4	1409.2	1265.6	1357.7	1355.1	1378.3	1341.2	1320.3
泌尿器、生殖器異常	463.0	430.9	470.3	504.3	437.0	492.9	428.8	496.6	477.1	522.6
妊娠合併症	1671.5	1791.3	1656.9	1680.3	1469.6	1593.0	1280.9	1533.8	1504.8	1601.2
皮膚、組織異常	122.0	131.8	118.9	114.4	115.9	113.9	109.1	126.0	129.7	134.2
骨、筋肉系疾患	119.5	115.0	112.6	112.2	125.8	135.9	123.1	127.4	135.2	143.2
先天性異常	51.2	49.2	46.1	88.4	58.7	51.8	57.1	50.0	55.3	57.0
新生児の疾患	8.1	75.3	43.2	44.3	75.5	78.8	77.1	96.8	109.2	114.2
特定不能疾患	53.5	68.8	70.9	71.3	69.8	83.3	102.2	123.9	81.3	68.4
外傷、中毒	456.9	434.2	396.8	423.6	418.6	472.3	442.4	438.5	454.9	522.2

出所：「ア」国保健省

表 75 病院における死亡統計（人口十万人あたり）

病名	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
感染症、寄生虫症	3.00	3.1	3.0	3.1	2.5	2.9	1.9	2.0	1.0	1.0
腫瘍	82.80	86.9	95.5	92.9	88.1	92.7	77.8	85.9	82.2	64.0
内分泌・代謝異常	5.50	5.7	5.9	6.8	6.3	7.2	2.8	1.9	1.0	1.0
血液、造血管関連疾患	1.70	1.7	1.6	2.0	1.7	1.8	1.5	0.8	1.0	1.0
精神障害	3.70	2.6	2.6	3.4	3.7	4.0	1.7	1.6	1.5	2.0
神経系疾患	13.80	12.9	15.3	16.0	14.2	15.1	12.8	4.8	4.9	8.0
循環器系疾患	262.40	260.7	288.5	285.4	281.5	284.5	245.0	294.0	286.2	209.0
呼吸器系疾患	28.90	29.7	32.9	30.5	25.7	24.5	19.3	15.7	15.2	11.0
消化器系疾患	11.40	10.0	10.1	10.1	9.6	10.5	9.0	8.8	8.9	6.0
泌尿器、生殖器異常	11.00	9.0	8.3	8.0	9.0	8.4	7.9	8.1	7.1	6.0
妊娠合併症	0.20	0.2	0.0	0.03	0.20	0.20	0.20	0.10	0.00	0.00
皮膚、組織異常	0.30	0.2	0.3	0.16	0.30	0.40	0.10	0.03	0.10	0.00
骨、筋肉系疾患	1.10	1.3	1.3	1.2	1.1	1.2	1.0	0.6	0.4	1.0
先天性異常	2.00	1.5	2.0	1.8	1.6	1.8	2.6	1.6	1.2	1.0
新生児の疾患	5.50	3.3	3.0	2.0	2.2	2.0	1.6	2.5	1.5	1.0
特定不能疾患	46.50	55.4	65.2	65.3	68.4	49.2	44.3	49.8	50.4	46.0
外傷、中毒	44.80	40.3	39.2	38.9	38.6	31.5	30.5	31.1	29.0	22.0

出所：「ア」国保健省

表 74 及び表 75 から「ア」国における主要な疾病の過去 10 年間における動向は以下のようにとまとめられる。腫瘍や循環器系疾患は、疾患数に上昇が見られ、死亡数も横ばい状況にあり、今後も対応策を備えることが必要な状況にある。

1) 妊娠合併症

病院疾病統計上では最も多い疾患である。過去 10 年にわたり横ばい状況にある。また、母子関連でみると新生児の疾患も数は少ないものの、過去 10 年を通して増加が見られている疾患となっている。また、相対的に多い疾患に分類される訳ではなく、婦人科に限定される疾患とは言えないものの、婦人の割合が多い³⁶泌尿器、生殖器の異常も横ばいを呈し改善は見られていない。何れの疾患も死亡数は減少傾向が見られている。

2) 非感染症

病院疾病統計上では合併症に継いで多いのが呼吸器疾患、消化器系疾患である。数字は少ないものの内分泌・代謝異常なども統計にあがっている。これらの疾患は、過去 10 年間に及び、横ばい、また僅かではあるが、内分泌・代謝異常は上昇している様子が見える。これらの疾病の死亡者数を見ると何れも減少している。一方、呼吸器系疾患

³⁶ 踏査病院からの聞き取り情報（ドゥラス及びプロラの各地域病院）。

や消化器系疾患に次いで多い腫瘍や循環器系疾患は、疾病統計で上昇し、死亡統計でも横ばいになり、今後も改善に向けた介入が必要な疾患と言える。

3) 感染症

病院疾病統計では6番目に多い疾患であるが、疾患数と死亡統計のいずれも減少傾向が見られている。

4) 事故

疾病統計では感染症に継いで多く、増加傾向が見られるものの、死亡統計では減少している。

参考までに、以上で説明した疾病については、スイス開発協力公社（Swiss Development Cooperation : SDC）が以下のようなとりまとめを行い、報告書を公開している³⁷。

1) 母子医療

「ア」国の妊産婦死亡率（MMR）は、1990年以降、周辺諸国（バルカン6か国）と遜色ない44%の減少を成し遂げた（セルビアが-46%、ボスニア・ヘルツェゴビナが-56%）。

1990年代より、二国間・多国間援助機関は「ア」国政府に対して、ヘルスケア改革分野や公衆衛生分野の支援を行ってきた。その中でも特にリプロダクティブヘルス分野を積極的に支援してきたことは、母子保健分野におけるこれらの指標の改善に寄与したと考えられる。また、2000年以降はUSAIDの実施したプロジェクトにおいて、主に地方のコミュニティレベルで進めた周産期ケア（陣痛、分娩、産後）を推奨する支援が大きく貢献した。WHOのWorld Health Statistics 2014では、2000年に25（対千出生）であった乳児死亡率が2012年には15（対千出生）と改善された。

しかしながら、現在に至っても妊娠中の合併症による入院は多い。農村部では医療施設へのアクセスビリティに困難があることから、質の伴った出産前ケアの享受が難しいといった農村部における事情が災いして状況の改善を困難にしている。出産前ケアが不十分であるため、処置の難しくなった状態の妊産婦が首都ティラナの大学病院へ送られてくる事例が多いと言われている。

2) 非感染症（Non Communicable Diseases : NCD）

NCDの中でも最も主要な疾患となっているのは、心血管疾患および慢性呼吸器疾患、糖尿病、多くの腫瘍および神経精神状態異常をはじめとする代謝性疾患（糖尿病や高血圧症等）である。これらの疾病は現在、西バルカン諸国をはじめ世界の多くの地域で主な死因となっている。WHOは年齢でみる標準死亡率では西ヨーロッパの地域よりも2〜3倍近く高い状況にあることを明らかにし、NCDの最新の数字を伝えている（例えば男性を例にとると、フランスで10万人口対400に対して、凡そ1,000人に達していると言われている）。そして、非感

³⁷ 1) から 5)までの分野別疾病の状況説明は、SDC のレポート「Albania Health Sector Assessment, Swiss Cooperation with Albania, October 3-10, 2012」を引用。

染症による死亡者数は、「ア」国において死亡要因の約38%を占める最も高い死因となっており、労働力の削減と財政負担の増加に繋がることになるため、優先的に対策を講じていく必要がある³⁸。

3) 事故

2009年の統計³⁹では、約14,000名の入院患者が記録され891名が死亡に至っている。うち24%にあたる216名は交通事故により死亡している。人口10万人当りの入院患者数は、救急医療サービスの強化が功を奏し2000年当りから減少傾向を呈している。ただ、ジェンダーによる違いが明らかであり、生産年齢人口層で見ると女性の4倍に及ぶ男性が死亡に至っており、業務中の事故（運転中の事故や屋外作業時の外傷事故等）に対する安全確保を促す介入が重要であることを物語っている。

4) 感染症、性感染症、HIV/エイズ、結核

過去10年間、感染症および寄生虫症の入院患者数は横ばい状況にある。主な原因は、胃や腸をはじめとする消化器系疾患および呼吸器感染症であることが想定できる。麻疹など、ワクチン接種で予防可能な感染症の報告は2010年以降殆ど影を潜めるようになった。肝炎は未だに報告があるものの（B型やC型に使用されるIV-薬物使用）、1990年代には人口10万人あたり200件の報告があったものの、2010年には100件と半減するに至っている。

性感染症については、サーベイランスの結果や特定の疾病データが報告されていないものの、2008～2009年のADHSでは性感染症に関する関心を喚起することが課題と指摘されている（アンケート回答によれば、コンドームの使用率が低い、回答者の2/3がHIV/AIDSに関する十分な知識を有することなく性交渉に至っている等が判明している）。グローバル・ファンド（Global Fund : AIDS、結核およびマラリア対策世界基金）は、2007年以降、5.1百万米ドルの助成金を「ア」国に支援し始めた。2012年現在、160人が抗レトロウイルス療法で治療にあたっている。

結核については、2011年に160の新塗抹陽性例が検出され、DOTSによる治療が試みられた。2000年以降、結核罹患率と死亡率は各々23から14、0.8から0.4と減少しており（人口10万人当り）、治療の成功率も89パーセントと高い。グローバル・ファンドは2007年以降、「ア」国の結核対策支援として、1.2百万米ドルを交付している。

5.2 保健行政、保健政策および保健予算

5.2.1 保健行政

保健行政の担い手となるのが保健省であり、9つの部門と25課から構成されている。中央保健省の構成図を図3に示す。

³⁸ 一般論として、生産年齢人口（15～64歳）が疾病者となれば、一家の収入源を失うことになり、彼／彼女の医療費の負担に加え、彼／彼女の家族を養うために公的資金を充てて対応を図ることになるため、財政負担の増加に繋がるといわれている。

³⁹ Switzerland, *Demographic and health survey ADHS 2008-09*

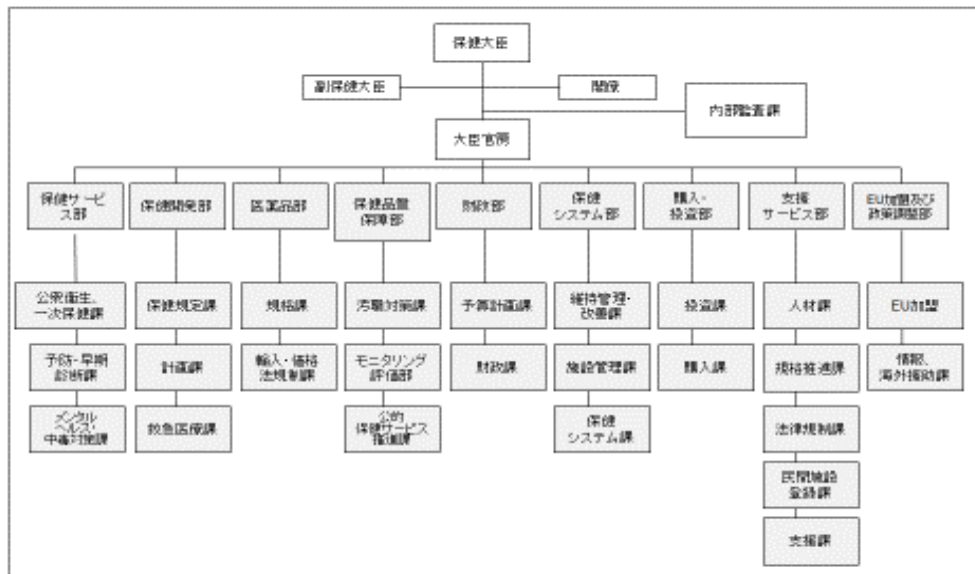


図 3 中央保健省の機構図

「ア」国では、全国が 12 の州（Counties）に区分され、州下には 36 の県（Districts）がおかれ、更に県下には 309 のコミューン（Communes）と呼ばれる行政区が存在する。保健省は、第 3 次医療施設であるマザー・テレサ大学医療センターをはじめ、2 次医療サービス施設となる地方病院を管轄している。保健センターをはじめとする 1 次医療サービス施設は県の公衆衛生局（Public Health Directorates）が管轄している。首都のティラナを含め全国には 43 の公立系病院が存在している。

5.2.2 保健政策

2013 年 6 月に実施された総選挙では野党である社会党が率いる「欧州アルバニアのための同盟」が与党民主党を大きくリードして 8 年ぶりに政権が交代した。民主党政権時代に策定された「国家統一開発戦略 2014-2020 / National Strategy for Development and Integration; 2014-2020」（2013 年 6 月に公表。以下、「NSDI 2014-2020」）が、現在、新政権により内容が見直され、2014 年の下半期には新政権が主導する NSDI2014-2020 が公表される予定である。

NSDI 2007-2013 の策定にあたっては、疾病構造の変容を課題と認識し、死亡要因として腫瘍や循環器系疾患の台頭をあげ、予防医療や公衆衛生によるキャンペーンなどを強化することにより、疾患のリスク因子といえるタバコの消費量削減と食生活の改善を普及させ、それら疾患の予防強化と医療費の抑制に繋がる政策を導入した。一方、医療財源の適正配置システムが未だに整備されず課題と指摘されている。その背景には、2007 年に一次医療サービスに係る財源を医療保険基金（Health Insurance Institute : HII）に移管したこと、給与税ベースの強制保険制度を導入した結果、医療サービスへのアクセスに不平等が生まれたと指摘され、医療保険基金の受益者は僅かな人々に限定されているという要因も分析から導かれてい

る。以上のような背景を基に NSDI 2007-2013 が策定されている。

一方、旧政権により作成された NSDI 2014-2020 における保健セクター開発戦略の策定にあたっては、ガバナンスの改善や保健人材の開発により効果的な医療サービスの提供と医療機関の管理を実現し、質の伴った医療サービスへのアクセスが確保されること、また予防医療の拡大に焦点を充てている。特に、NSDI 2007-2013 において課題として取り上げられていた疾病対策や強制保険制度は未だに改善の余地があることから継続的に取組みが求められるとの判断で採用されていると推測される（NSDI 2007-2013 では、2）の効果的な医療サービスの受益層の拡大、NSDI 2014-2020 では 1）の診療サービスへのアクセス拡大が該当）。

NSDI 2007-2013 及び NSDI 2014-2020 における保健戦略の概要は、下記の表 76 に示すとおり。NSDI 2014-2020 では、1）診療サービスへのアクセス拡大、2）サービス・施設の管理能力向上とサービスの質的向上、3）保健システムのガバナンス向上、4）医療サービスにおける不平等の改善等による国民のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の実現達成を目指している。

表 76 NSDI の保健開発戦略優先課題

NSDI 2007-2013	NSDI 2014-2020
1) サービス・施設管理能力の向上 - 官民連携・革新的組織スキームの導入 - 施設・臨床に係るマネジメントの改善 - 医療システムの質と安全性の向上 - 保健サービスに係るマネジメントの改善 2) 効果的な医療サービスの受益層の拡大 - 社会的、経済的、地理的障壁の軽減と地域・人口にあわせたサービスの配分 - 医療の継続性向上と一次医療の窓口化 - 無料基礎医療サービスの広範な提供 - 医薬品供給網の確立 3) 保健システム財政の向上 - 現物支給サービスの拡充 - インフォーマルな医療支出の削減 - 単一の医療サービス購入者（医療保険）による効率的なリソース配分 4) 保健システムのガバナンス向上 - 保健省の政策立案能力強化 - 明確かつ実効性のある関連法規の確立 - 透明性と説明責任ある評価体制の確立 - 医療情報システムの確立	1) 診療サービスへのアクセス拡大 - インフラストラクチャー整備 - 基礎医療へのアクセス向上（無料化を含む） - 医療保険制度の拡大 - 医療機関への継続的な医薬品供給 2) サービス・施設の管理能力向上とサービスの質的向上 - 革新的組織スキームと新たな官民連携の導入 - 医療施設における臨床・一般業務運営改善 - 医療システムの質と安全性の向上 3) 保健システムのガバナンス向上 - 透明性の確保と説明責任の遵守 - インフォーマルな医療支出の削減 - 資金・予算の適正配分 4) 医療サービスにおける不平等の改善 - 公衆衛生の主流化（他セクターとの連携）

出所：National Strategy for Development and Integration （2007-2013, 2014-2020）

NSDI 2014-2020 では、「1) 診療サービスへのアクセス拡大」を実現するためには、1 次医療サービスを担うファミリードクター⁴⁰を基盤として 1 次から 3 次のリファラル体制を適切に機能させることが重要とされる。そのためには、1 次医療サービスで担うサービスパッケージや診療プロトコル（診療手順やリファラル手順の標準化）を導入・運用し、2 次や 3 次医療施設へ患者が適切に搬送されることが必要である。それに加えて、各 1 次医療施設が自立的な医療サービスの提供を実現できるように、各施設の責任者に対し、より大きな裁量権を与える政策が導入された。実際、政策の導入前と後を比較するとファミリードクターによる診療訪問回数が、5.7 回から 2011 年には 9.3 回に増加しており、患者に対するサービスの向上・改善につながっていると共に、保険による還付収入も増加し施設運営の改善につながっている様子も伺える⁴¹。

5.2.3 保健予算

(1) 全般

2009 年に見る保健分野に費やされた資金は約 650 億レク相当に達しており、約 50%が政府、47%は民間で、残る 3%は海外援助により賄われている。総支出額は国内総生産（GDP）の 5.7%に至る。一方、分野別に見る拠出先は表 77 に示すように、医薬品・医療材料費に凡そ 40%、治療に 40%弱、リハビリテーション、投資、公衆衛生等の活動に、それぞれ 5～7%といった割合で支出されている。また、公表はされていないものの、保健省の提供による 2013 年の支出をみると、管理費用として 276,088,000 レク、1 次医療サービスに 9,639,975,000 レク、2・3 次医療サービスに 16,074,973,000 レク、公衆衛生に 2,391,354,000 レク、合計で 28,382,390,000 レクが政府予算として手当てされている。2013 年に手当てされた予算はリーマンショックの発生した 2007 年より増加しているものの、2009 年の値より下回った金額になっている⁴²。保健省はその理由の一つとしてとて民間部門の台頭を挙げている。なお、GDP に占める医療費の割合をみると、2009 年の 5.65%から 2011 年には 6.3%へと増加が見られており、国家歳出に占める医療費の割合は年々増加傾向にあることが読み取れる。

⁴⁰ かかりつけ医のこと。診断と簡易な処置を施す。「ア」国では、緊急の場合やケガをしたときは、ファミリードクターに電話をいれるか、近隣の救急施設のある病院へ行く。

⁴¹ 世界銀行報告書

⁴² 2013 年の物価水準では、2009 年の政府支出額は、凡そ 36,101,538,000 レクに相当する。物価上昇率は、IMF World Economic Outlook Databases, 2014 年 4 月を参照。2010 年：3.55、2011 年：3.43、2012 年：2.02、2013 年：1.94 であることから、4 年間における年平均上昇率を 2.73%として、2009 年の政府支出実績に物価上昇率を加味した 2013 年の公的支出額を算出すると、32,414,293,000 レク（2009 年実績） $\times 1.02734 = 36,101,538,149$ レクとなる。

表 77 医療財源の拠出先（単位：レク）

	出 処	2007 年	2008 年	2009 年
1	政府	25,441,700,000	29,112,314,000	32,414,293,000
2	民間	25,940,352,000	28,923,492,000	30,647,333,000
3	海外援助	622,926,000	1,582,959,000	2,104,734,000
	合計	52,004,978,000	59,618,765,000	65,166,360,000
	GDP に占める割合 (%)			
1	政府資金	2.63	2.68	2.81
2	民間	2.68	2.66	2.66
3	海外援助	0.06	0.15	0.18
	合計	5.37	5.49	5.65
	拠出先	2007 年	2008 年	2009 年
1	医薬品・医療材料費	42.5%	41.5%	40.6%
2	治療費	35.7%	39.6%	37.8%
3	リハビリテーション	5.8%	5.9%	7.0%
4	投資	5.7%	5.3%	6.7%
5	補助サービス	2.6%	2.5%	3.6%
6	公衆衛生	6.2%	3.5%	3.2%
7	管理	1.3%	1.4%	1.0%
8	長期看護ケア	0.1%	0.1%	0.1%

出所：保健省

(2) 医療保険収入

1) 医療保険システムの概要

2011 年より履行された医療保険法（Law on compulsory healthcare insurance in the Republic of Albania）により、全ての国民の医療保険加入が義務付けられた。医療保険基金が中心公的機関として設立され、同基金が各種の医療施設や薬局等と契約することにより保険の加入者に対して医療サービスが提供されている。

18 歳以上の勤労者は医療保険加入および保険料の支払いが義務づけられている。被保険者と事業雇用主が被保険者の所得分の 3.4%を半分ずつ負担している。ただし失業者、年金生活者、幼児や 25 歳以下の学生、身体障害者等の支払いが困難な脆弱層は保険料の支払いが免除され、政府が保険料を負担する仕組みとなっている。

医療保険加入により契約医療機関から提供される保険適応内の医療サービスは救急医療、小児科、成人医療、婦人科、高齢医療、精神科、健康教育の分野となっている。医療サービス提供機関は、公立医療施設もしくは同基金と契約している私立保健センターであり、公立

医療施設では医療サービス診察および処置⁴³、私立医療施設では、1次レベル医療サービスの診察、処置である。また提携している医療サービス提供者による医薬品、検査および処置も保険適応内である。

その他にも臨床検査、X線検査、新生児・乳児医療に関わる金額、腫瘍および腎移植に必要な医薬品等料金はすべて医療保険基金によって払い戻されることとなっている。

医療保険基金発行の2012年年間報告書によると、「ア」国政府は2012年に医療保険計画を開始して以来、国民に医療保険制度の情報提供を目的に小冊子等を配布し、啓発活動を行っている。医療保険導入の結果、1次医療施設年間利用者は2011年では10万人であったが、2012年では13万人と著しく増加している。

2) 資金の状況と支出

医療保険基金の資金源は、保険加入者からの負担金、政府からの補助金、その他の3種類から構成されている。2012年度における資金源の割合は以下のとおりである。

表 78 歳入（単位：千レク）

歳入	計画	実行	計画歳入における実行歳入 (%)	全体歳入占める割合 (%)
国家補助金	9,057,000	9,057,000	100	57.9
保険加入者からの負担金	6,246,000	6,467,034	103.5	41.3
その他*	190,000	124,208	65.3	0.8
計	15,493,000	15,648,242	101	100

出所: Health Insurance Fund, Annual Report 2012

*その他には銀行利息、サービスに対する対価収入、医療情報に関連する小冊子の販売、処方箋テンプレートの販売などが含まれる。

表 78 より政府からの補助金が約6割を占めており、2013年も同じような傾向が認められている。保険加入者からの負担金を規定通り徴収することができても、その割合が全収入の6割を超えることは困難といわれている⁴⁴。保険加入者からの徴収料金をどのあたりに設定するかについては、保険制度そのものの見直しも併せて新政権下の懸案事項となっている⁴⁵。一方、医療保険基金の支出状況は表 79 のとおりである。医薬品の還付とドゥラス地域病院（Dures Hospital）への手当は計画どおりに進められ、更に1次医療サービスと管理部門への手当についても、それぞれ99.8%と96.2%の割合で行われたものの、投資分野では計画の27.7%に留まっている。

⁴³ 2次及び3次医療施設で保険の適用制度を採用しているのは、ドゥラス地域病院1施設である。そのため公・私立共々、1次医療サービスが対象になっている状況にある。

⁴⁴ 医療保険基金関係者からの聞き取り。

⁴⁵ 保健大臣からの口上説明。

表 79 歳出（単位：千レク）

歳入	計画	実行	計画歳入における 実行歳入（%）	全体歳入占める 割合（%）
医薬品還付	7,881,000	7,880,269	100	51
1 次医療	6,260,000	6,246,328	99.8	41
管理費	657,000	631,782	96.2	4
投資	10,000	2,766	27.7	0.0
ドゥラス病院*	685,000	685,000	100.0	4
計	15,493,000	15,446,145	99.7	100.0

出所：Health Insurance Fund, Annual Report 2012

*医療保険の還付制度が採用可能な病院は、「ア」国において当ドゥラス地域病院のみ。医療保険の還付制度を病院に取り込むメカニズム作りは、ドゥラス地域病院を試験として実施された経緯がある。他の地域病院についても今後導入される予定である。

上記は医療保険基金が直接手当する資金源の支出実績についての一覧であるが、医療保険基金が管理する資金源に加え、政府（地方自治財務局）が直接手当とする財源を加えた場合を見ると、総歳出の51%を医薬品の還付が占め、1次医療サービスに41%、また管理費には4%の割合で充当されている

医薬品の還付とは、1 次医療サービスを受診した際に発行される処方箋に対する医薬品代の還付を意味するものであり、薬局は患者に対して支給した医薬品代金を医療保険基金に請求し還付を受けるという仕組みになっている。なお代金の還付をクレームできる医薬品はリスト化され毎年更新されている。

1 次医療サービスに対する支出は保健センターで勤務する職員（医師、看護師、その他）に対して払われる人件費が主となっている。当該人件費は、80%は各保健センターが対象とする診療圏人口比で導きだされ、業務評価とボーナスが各々10%程度を占めている。保健センターは自立した組織であり理事会により運営されている。医療サービスに必要な医療消耗品については、この組織により別途確保されている。また保健センターの投資予算は地方政府の責任で進められている。

ドゥラス地域病院を除く 2 次及び 3 次医療サービスを担う病院医療サービスは、中央政府が直接資金を手当しており、2012 年は 13,441,000,000 レクが拠出された（48%が人件費に、44%が医療材料費やサービスに充てられた）⁴⁶。

3) 医療保険の課題、問題点等

2012 年度において、次に示す計画が制度改善するための試みとして策定・実施された。

- ・都市部の大規模保険センターと病院とのネットワーク接続とデータセンターの強化
- ・支払いの迅速化のための E-Pharmacy システムの構築と強化
- ・患者情報の電子化による医療サービスの効率化

⁴⁶ Health Insurance Fund Annual Report 2012, P24. なお、2013 年に手当てされた金額は 16,074,973,000 レクである（本報告書の 5.2.3 保健予算を参照）。

- ・ PHC 情報収集システムの強化 (2012 年現在前保健センター430 ヶ所のうち 114 ヶ所の
みネットワークがつながっている)
- ・ 病院での医療サービスコストの分析
- ・ 保険適応医療パッケージのサービス内容拡大
- ・ 私立医療施設の医療保険適応サービス拡大

これらの活動はある程度の目標を達成しているが、まだ十分といえる状況には至っておらず、今後も引き続き課題を改善するための努力が必要である。

特に留意することは、強制保険加入者及び加入者が勤務する企業から徴収される負担金の割合が低いこと（徴収額は政府が支出する公的医療費の 20%程度に過ぎない）、病院に対する医療保険基金の適用はドゥラス地域病院を除き皆無であること等があげられる。医薬品に対する還付と 1 次医療サービスに対する支出管理は現在安定した状況にあることから、今後は質の向上とドゥラス地域病院以外の病院にも保険が適用されるよう拡大を進める段階にある。残念ながら、保健省においては保険料の適用を前提に診療費の還付を受けるためのメカニズムは未だに構築されていないものの、NSDI 2014-2020 年の見直しに併せて、強制医療保険についても、保険加入者や企業の不正申告を抑止するための対策、保険加入者の保険負担率を増加し保険負担金の増収可能性を探る等、保険制度の改革は新政権（保健省）が懸案とするテーマであり、2014 年の後半以降に新たな方向性が示唆されるものと伺える⁴⁷。

5.3 保健医療サービス供給体制

5.3.1 保健医療サービス

(1) 保健医療サービス概要

公共の保健医療施設として、PHC 施設（各 1 次保健医療施設）、県病院 (District Hospital)、地域病院 (Regional Hospital)、マザー・テレサ大学医療センター (Medical University of Tirana and University Hospital Center “Mother Theresa”) や専門病院がある。PHC 施設と称する 1 次レベルの保健施設は保健センター (Health Center)、保健ポスト (Health Post)、ポリクリニック (Polyclinic) が該当し、2 次レベルの医療施設は、県病院、地域病院であり、3 次レベルの医療施設は国立病院であるマザー・テレサ大学病院センターと専門病院になっている。専門病院は、大学産科病院 (2 ヶ所)、肺疾患病院、外傷センターがある。「ア」国における各医療施設数と医療サービス内容は表 80 に示す通りである。

また、1 次医療施設では、予防医療、家族計画や産前健診、更に予防接種などのサービスに加えて、初期診療サービス（外来診療サービス）を提供している。2 次医療施設は病院医療を担っており、各種検査に基づく診断や入院加療サービスを提供している。そして 2 次医療施設で手に負えない高度な医療サービスが必要な患者は首都の 3 次医療施設へ搬送されることになる。

⁴⁷ 保健省からの聴き取り

表 80 「ア」国医療施設

区分	施設名	施設数
1 次医療施設	保健センター	475
	保健ポスト	1,927
	ポリクリニック	48
2 次医療施設	県病院	33
	地域病院	10
3 次医療施設	国立病院、専門病院	11

出所：Health Sector Assessment（Swiss Cooperation 2010）

「ア」国は行政区として 36 県（District）に分割されており、基本的に 1 県に 1 つ県病院が備えられており、2～3 県で中心となっている県病院を地域病院と呼んでいる。加えて、首都のティラナには、大学病院でもあるマザー・テレサ大学医療センターや専門病院がいくつか存在している。例えば、以前は軍病院であったが現在は外傷治療を扱っているトラウマセンター（保健省下の病院に位置付けされている）、心臓病など循環器系疾患を専門に扱っている循環器病センターなどがある。1 次医療サービスを担う保健センターは全国に 475 施設。なお、首都のティラナには 2 次医療施設（病院）がないことから、他県より高度な診療サービスが提供できる保健センターが存在しており、それら施設はポリクリニックと呼ばれている。ファミリードクターは保健センターを拠点に活動しており、アウトリーチによる訪問診療サービスも行うこともある。

保健大臣からの口上説明の範囲であるが、病院の統廃合についても検討しているという説明があった。11 の地域病院をより充実させ、ほぼ 1 県に 1 施設備わっている県病院の機能を簡素化する方向で検討しており（Daily Hospital または Health Centers という名称が適当と言われるようなサービスを提供する施設へ格下げる）、救急医療サービスや外来サービスを中心に提供する施設に変容させるような構想である。

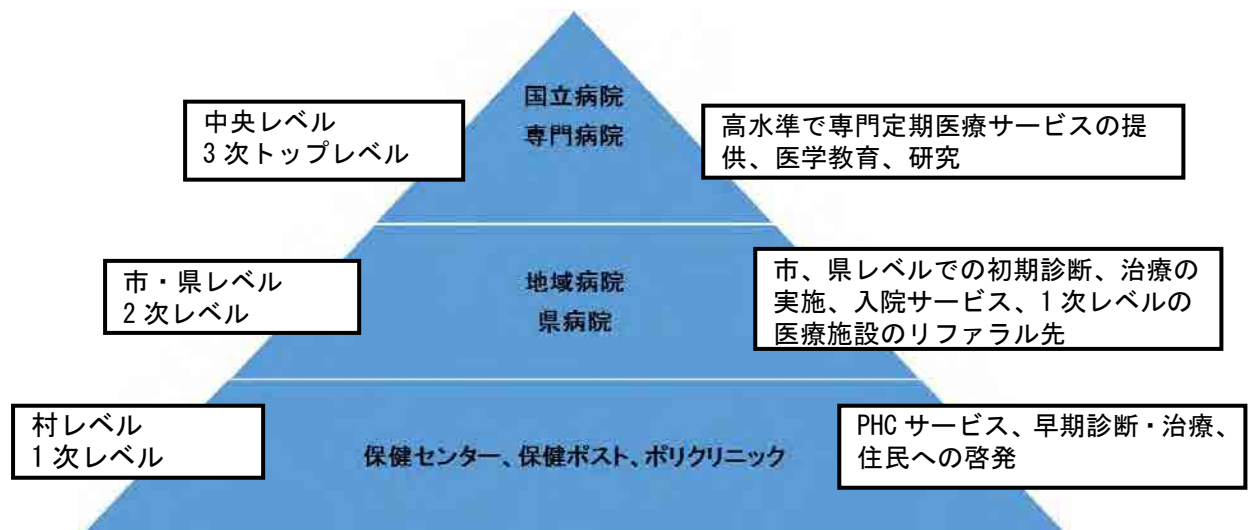


図 4 「ア」国のリファラル・システム

表 81 レベル別保健医療施設のカバー人口・エリア、構成職員および提供しているサービス内容

	保健医療施設名	カバー人口	カバーエリア	病床数、構成職員	提供する保健医療サービス内容
1 次	保健センター	人口 7692.3 人/施設	コミュニ ン ⁴⁸	ファミリードク ターと看護師	予防接種、健康教育、産前・産後 健診、家族計画、小外科処置、診 断、リハビリ、医薬品提供
	保健ポスト			最低 3 人のファ ミリードクター	予防接種、健康教育、産前・産後 健診、家族計画、小外科処置など
	ポリクリニック			1~2 人のファミ リードクター	
2 次	県病院	県に 1 ケ 所配置	県	100~400 床 一般医、専門医、 看護師など	外科、小児科、産婦人科、内科外 来および入院サービス
	地域病院	人口 294117.6 人 /施設	市	100~500 床 一般医、専門医、 看護師など	外科、小児科、産婦人科、内科、 眼科、整形外科、外相、神経内科、 精神科、胸部内科、感染症科
3 次	マザー・テレサ大 学病院センター	全国	市および 国レベル	1,400 床、専門 医、看護師など	専門的かつ高度な医療サービスの 提供
	専門病院	全国	市および 国レベル		3 次レベルの専門的医療サービス を提供。

出所：聞き取り調査結果および質問票への回答を取りまとめたもの

(2) 病床数の推移

表 82 は人口 1 万人当りの病床数を比較してみたものである。参考までに、同データによる我が国の病床数は 1 万人あたり 137 床である。

表 82 人口一万人当りの病床数（2005～2012 年の平均値）

国名	「ア」国	英国	ドイツ	マケドニア	イタリア
ベッド数	24	30	82	46	35

出所：Global Health Facts; <http://kff.org/global-indicator/hospital-beds/>

「ア」国の病床数は、2000 年に 10,161 床あったものが 2012 年には 8,410 床に減少している。対人口比でみる病床数は、他の近隣諸国と比較して少ない状況にあるにも係わらず、地方の地域病院や県病院の病床利用率⁴⁹は 50%前後を示す希有なデータが公表されている。首都の 3 次医療施設に患者が集中していることに加え、地域病院や県病院で入院加療を妨げる構造的な欠陥が存在している可能性もあるため、その原因を探る必要がある⁵⁰。この点は第 5 章でさらに検討する。

⁴⁸ 4～5 村の集合体。「ア」国ではコミュニンと呼ばれる自治体である。

⁴⁹ 病床利用率 (%) = 在院患者延数×100/病床数×365 (日)

⁵⁰ 一般的に病床利用率が低い理由としては、医師不足で患者を受入れられない、効率的な医療を展開し入院日数短縮するといった理由が主流とされている。

表 83 「ア」国の病院医療サービスに関連する基礎データ

No	指 標	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年
1	病院数	45	44	44	44	44
2	病床数	9,092	8,805	8,707	8,711	8,410
3	入院患者数	260,164	265,200	258,407	240,562	247,220
4	退院者数	258,965	263,028	255,024	239,049	NA
5	病床利用率	46	47	46.3	44.2	49.2
6	平均在院日数	5.9	5.7	5.8	5.7	6.1
7	外科手術件数	55,908	54,553	52,086	51,163	50,802

出所：「ア」国保健省（質問書に対する保健省からの回答）

5.3.2 救急医療サービス

2007 年に「ア」国は救急医療サービスの改善のため国家戦略（Strategy of Emergency Medical System Reform in Albania）を作成した。本戦略には、①救急医療サービスのシステム、②地域病院における標準的診療科の設備、機材医薬品を備えた救急部門の設置、③外傷センター、④救急医療の国内水準、⑤患者情報管理、⑥救急医療に関する医療従事者の能力、⑦リファラル・システムなどが記載されている。

我が国の援助により、2011 年にマザー・テレサ大学病院センターを含むティラナ首都圏にある中核医療施設 2 施設、地域病院 11 施設、県病院 2 施設に質の高い救急医療サービス提供のため、必要な救急医療機材が整備されている⁵¹。

「ア」国では、地域病院がそれぞれ救急サービスセンター（ESC）を持ち、24 時間体制で県内の救急医療サービスの中心的機能を担っている。さらに地区病院も 24 時間救急患者を受け入れ、救急医療サービスを提供している。ESC においては、患者側からの要請、あるいは警察からの要請を受け、医師の判断で救急車のみ出動か医師・看護師を同乗させるかを決め、救急車が出動する。この際、ESC で対応できない患者は地域病院内の専門科に、地域病院でも対応できない重症患者は首都ティラナの三次医療施設に救急車により搬送される。救急車は地区病院にも配備されており、ESC と同様の形で患者の受け入れと搬送が行われる。

首都ティラナは、地方部と異なる形で救急システムが構築されている。ティラナにはティラナ救急搬送センター（Emergency Dispatch Center Tirana）があり、24 時間体制で、医師と運転手からなる、5 つの救急チームが待機する体制をとっている。半径約 50Km をサービス圏として、市民や警察からの救急要請により、救急車が出動する。救急チームは現場で応急手当を行い、センターへ搬送して 24 時間以内の観察・治療、あるいは圏内の三次医療病院（軍病院外傷センター、マザー・テレサ病院、大学産科病院など）への搬送を行う。

⁵¹ JICA, 「アルバニア共和国救急医療機材改善計画予備調査報告書」2009 年

5.3.3 医療従事者の配置状況

「ア」国では医師、看護師、薬剤師、歯科医師など約2万人の医療従事者がいる。近隣諸国と比較すると都市部に集中している傾向にある。これは、1997年に起こった政治的・経済的混乱の時代に医師を含む多くの有識者が海外流出してしまったこと（この間、保健センタースタッフの3分の1が失われたとも言われている。）、さらに、1999年のコソボ紛争の影響で4,000名にも上る難民が流入し、病院に収容され、また病院をシェルターとして使用したことから多くの地方で医療施設が疲弊した⁵²。こうした歴史を背景に、特に地方においては今も医療施設を取り巻く環境が完全に改善されるに至っていない。政府は給与の引き上げや勤務環境の改善により、地方における医療従事者の配置に対応してきているものの、未だに適切な人材配置は実現していない。また、一般医と専門医の割合が10:8と、ほぼ同じような割合になっているというアンバランスがあり、医療資源の効果的な活用を実現するためには補正が必要とされている。

また、都市部の専門医には、政府や製薬会社のバックアップによる研修機会などが得やすい環境にあり、そのような意味合いからも都市偏重になり易い状況にある。これに対して1次医療サービスに従事する医療スタッフは、医療現場で導入される新たな技術の修得等を目的とする現任研修などの機会に恵まれないことから、技術向上の機会を増やすことが課題となっている。保健センターやポリクリニックで働く医師は、多くが一般医としての教育を享受している者が殆どであり公的には専門医と分類されないものの、長い職務経験からファミリードクター専門医としてカウントされるケースがある。同様に看護職でも、例えば看護師が助産の現場経験を踏むことで、助産師として勤務している者もいる。専門職には、それぞれの専門教育や研修が不可欠であることから、教育制度を分科する（橋渡し教育・研修）ことが求められている。

「ア」国では、中央および地方の医療施設においても、医療施設運営の専門知識を有する者が意志決定を下す状況にないという問題の解決が、保健セクター・リフォーム⁵³のひとつの柱となっている。ティラナ大学医学部には、「医療政策、経済経営学部」が導入され、施設経営・運営を担う人材の輩出が進められている。

表 84 医療従事者数

	職 位	人 数	備 考
1	一般医	2,000	
2	専門医	1,685	
3	歯科医	1,035	
4	薬剤師	1,573	
5	看護師／助産師（大学卒）	5,168	1次医療施設 : 6,974 2次医療施設（病院） : 4,674
6	看護師／助産師	8,160	マザー テレサ大学医療センター : 1,680

⁵² World Bank, *Implementation completion and results report on a credit in the amount of SDR10.7 million to Albania for a health system modernization project*, December 20, 2012

⁵³ 5.2.2 保健政策を参照

7	理学療法士	400	
8	検査技師	1,800	
9	放射線技師	380	

看護師／助産師：教育課程が分科されておらず、現場経験により看護師又は助産師と名乗る。

出所：「ア」国保健省、2012年

2012年「ア」国では、およそ 20,000 名の医療従事者が従事している。医師数は 3,685 名で、その内訳は一般医が 2,000 名、専門医が 1,685 名、その他研究職に従事している医師が 108 名である。人口 1 万人当たりの医師数は 0.12 名、看護師/助産師数は 0.39 名である。2008 年の統計で日本においては人口 1 万人当たりの医師数は全国平均 20.63 (最も多い県で 27.29、最も少ない県で 13.55) となっている。ドイツ、フランスでは人口 1 万人当たりの医師数は平均 35 人 (2010 年) である。「ア」国は医師数・看護師/助産師数ともに圧倒的に配置人数が不足しており、地方ではさらに医療従事者が少ないという報告がある。専門医や薬剤師は都市部に集中して配置されている傾向にある。そのため、政府は地方部に勤める医療職者への給与を増やす取り組みを行っている。

表 85 過去 5 年間における主な医療従事者の推移

医療従事者名	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	2012 年
医師	1,982	1,925	1,855	1,899	3,685
歯科医師	739	791	791	772	8,160
薬剤師	391	376	387	372	1,570
看護師	18,674	18,668	19,156	19,047	13,328
助産師	790	769	765	776	6,203
検査技師	1,402	1,345	1,403	1,738	2,180

出所:質問票への回答をとりまとめたもの

表 86 過去 5 年間の医師数、人口 1 万人当たりの医師数および地域別医師数、人口 1 万人当たりの医師数

指標	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年
医師数	10,646	10,723	10,784	10,619	10,657
人口 1 万人当たりの医師数	29.8	30.1	30.3	29.8	29.9
都市における医師数	9,418	9,508	9,596	9,439	9,477
都市における人口 1 万人当たりの医師数	63.8	64.4	65.0	63.7	63.8
地方における医師数	1,228	1,215	1,188	1,180	1,180
地方における人口 1 万人当たりの医師数	5.9	5.8	5.7	5.7	5.7

出所：Statistical Series of the Health System in Moldova for year 2011, National Center for Health Management, 2012 (原資料はルーマニア語)

5.3.4 保健人材育成の現状

(1) 保健人材育成の現状

医師、歯科医師、薬剤師、看護師/助産師、臨床検査技師の育成は、マザー・テレサ大学医療センターが主として行っている。1 次医療施設の医師（ファミリードクター）になるためには2 年、一般医は6 年の就学後が必要である。2009 年に制定された法律により、上記の医療従事者は、国家試験を受験し、合格すると医師免許および一般医（General Medicine, Public Health）の資格が得られる。専門医になるためには、さらに2～6 年の就学が必要となる。看護師、助産師や臨床検査技師の育成は、マザー・テレサ大学医療センターの他にも、公立大学である University of Egerem Cabej of Girokaster, や University of Fan Noli of Korca や私立大学も行っている。

表 87 主な医療従事者の育成機関、入学者数および就学年数（2012 年）

職種	育成機関	入学者数	就学年数
ファミリードクター	マザー・テレサ大学医療センター	N/A	2 年
一般医		240 人	6 年
歯科医師		120 人	5 年
薬剤師		120 人	5 年
看護師		280 人	3 年
助産師		100 人	3 年
検査技師		80 人	3 年

出所：質問票への回答をとりまとめたもの

また、医療従事者の現任研修は法律によって定められており、医師、歯科医師、薬剤師は5 年に一度定期的に研修を受講することが国家プログラムとして定められている。

(2) 人材育成の課題

人材育成の課題の1 つとして、公立・私立の医療従事者育成学校に入学してきた多くの学生数に対し、各学校の主要教科に統合性が乏しいことがあげられている。また、医療従事者が在学中に義務付けられている医療施設での実習時間の短さも問題となっている。現任研修もシステムが導入されたが現時点では実施が不十分であるため整備が必要である⁵⁴。

5.3.5 保健情報管理システム

「ア」国は、保健省管轄下にある医療情報局（Technology and Health Information）において保健関連情報を管理している。1 次レベルの保健医療施設で定型様式に記載された保健関連情報は、県レベルの保健局に送られる。情報収集に使用されている定型様式は、世界保健機関（World Health Organization: WHO）が勧告している国際疾病分類（ICD-9）に基づき分類され、産前・産後保健情報、外来患者保健情報、外来小児健康情報や臨床結果等の記載が義

⁵⁴ マザー・テレサ大学病院センター院長からの聞き取り。

務化されている。各県で収集された情報は、医療情報局に送られるが、ティラナ首都圏の大学病院は、直接医療情報局に情報を提供している。医療情報局で収集された情報は、統計局（Institute of Statistics）、公衆衛生局（Institute of Public Health）によって詳細に分析される。公衆衛生局では、収集された情報に基づいて感染症の予防・コントロール、予防接種、安全な飲料水の確保等を行っている。

同分野の課題として、地方における保健医療情報管理に従事する人材開発、インフラストラクチャーや必要機材の整備不足があげられている⁵⁵。本分野に対し、WHO が「ア」国保健省とともに 2008 年に調査、2009 年に活動計画（2010-2015 年）を作成している。

5.4 保健セクターにおける援助動向および援助協調

5.4.1 保健セクターにおける援助動向

現在、「ア」国にて保健セクターで活動している援助機関は、主に世界銀行、USAID、WHO である。特に USAID と WHO は「ア」国保健セクターのドナー調整の場である「Coordination of Health Group」のリード役も担っている。ドナーを一堂に会した意見交換会は基本的に月例会議と定められて運営が図られている。

二国間援助機関では上記した USAID の他、スイス開発協力公社（Swiss Development Cooperation）が保健分野において歴史的に支援を継続している他、イタリア開発協力庁（Italian Development Cooperation）と我が国 JICA が特に緊急医療システム整備分野での支援を行っていた。それ以外の二国間援助機関、ならびに NGO 団体のいくつかは数年前に撤退して以降、特筆すべきコミットメントは表明していない。

国際機関では、国連児童基金（UNICEF）、国連人口基金（UNFPA）等が支援を行っている。最近ドラフトされた“*One-UN Program, Development Albania*”では、目指すべき成果の一つとして、「医療保険の普及と、社会的脆弱層を含めた全国民にジェンダーセンシティブかつ年齢に合わせた適切な公的保健サービスを提供すること」を盛り込んでいる。そしてこの成果を達成するために、①医療保険制度の拡大（提供サービスの拡大、事務手続きの簡素化、情報提供促進）、②社会的脆弱層の人々への質の高い医療サービスへのアクセスの向上、③マルチセクターによる協力とコミュニティによる参加を通じた疾病の予防と健康促進、に取り組むとしている。また、グローバル・ファンドが HIV 結核対策として医療機材を供与した実績がある。

現在「ア」国保健セクター開発に携わっているドナーの重点支援分野課題は概ね①医療保険制度の不十分なカバー率、②保健サービスへの不公平なアクセス、③ヘルスリテラシー⁵⁶の欠如、に集約されていると言える。また、ドナー国にとって「ア」国が推進する保健セクター・リフォームは「ア」国の発展のための必要不可欠かつ価値のある政策とみなされているが、その実施能力においては政府にはまだ課題が多く、ドナーによる支援は必要不可欠と認識されている⁵⁷。

「ア」国に対する保健ドナー支援の特徴としては、保健医療サービスへのアクセスの拡大と

⁵⁵ Curatio International Foundation, *Assessment of the health information system in Albania*, 2008

⁵⁶ ヘルスリテラシー（health literacy）：健康を維持するのに必要な情報を取得し、使いこなす能力

⁵⁷ SDC, *Albania Health Sector Assessment*, 2012

質の向上に重点が置かれている様子が伺える。特に、二国間支援においては、社会的脆弱層がまず一次レベルの保健医療サービスにアクセスできるよう支援を目指すプログラムや、保健人材の能力強化、ガバナンス強化、保健情報整備支援を通じてサービスの質の向上を目指すプログラムが多い。よって概ね「ア」国政府が掲げる国家統一開発戦略(NSDI 2013-2020)に即した支援を展開していると言える。一方、国際機関は二国間援助機関と同様、社会的脆弱層の人々に質の高い保健医療サービスの提供を目指した支援や NSDI の優先課題である医療保険制度拡大支援に加えて、母子保健分野への支援等、引き続き MDGs 達成に向けた支援も継続して展開している模様である。医療機材面の支援を実施中または支援予定のドナー（スイス政府、世銀）も散見され、特に著しい支援の偏重は確認されないものの、WHO は「ア」国支援の課題として、中所得国となった「ア」国支援に対するドナーの関心は全般的に低下しており、いくつかの優先事項における投入資源が不足していることを憂慮している。⁵⁸

各援助機関の援助の詳細は下記表に示すとおりである。

表 88 保健セクターにおける開発パートナーによる援助動向

機関名	支援プログラム名 および内容	実施中、または過去 5 年間に実施したプロ グラム・プロジェクト	支援額	期間
スイス開 発協力公 社 (SDC)	- 保健人材育成 - 保健インフラ整備 (第 1 次・2 次レベ ル保健医療施設が 中心) - 地域保健改革支援	「Support to Health Reform for Inclusive Access & Better Quality of Services」 「Professional Development System in the Health Sector Reform」	- CHF10,000,000 (第 1 フェーズ) - CHF10,000,000 (第 2 フェーズ) - CHF1,835,000 (第 1 フェーズ) - CHF1,730,000 (第 2 フェーズ)	2014-2018 2018-2021 2007-2010 2011-2015
米国国際 開発庁 (USAID)	保健システム強化	「Enabling Equitable Health Reform」 「Telemedicine and e-Health Program」	- USD 8,600,000 - USD1,250,000	2010-2015 2009-2013
イタリア 開発協力 庁	緊急医療	「ショコドラ地域病院 救急システム強化」	USD 1,100,000	2009-2011
オースト リア政府	保健インフラ整備(借 款による)	No data	No data	-2013
世界銀行	- 保健システム強化 - 医療財政	「Health system modernization project」	USD 15,400,000	2006-2010
WHO/ WHO Europe	「WHO/Europe とア ルバニア政府による 隔年共同協定 (2012-2013)」 戦略課題： European health policy -Health 2020 推進 (公平性 と社会的弱者を	・母子保健事業等	No data	No data

⁵⁸ WHO, “Country Cooperation Strategy at a glance Albania”, updated May 2013

	考慮した UHC の推進) ・保健システム強化 ・保健情報、エビデンス、調査と革新 ・感染症サーベイランスとコントロール ・非感染症対策 その他： ・食品安全管理	・「Biennial collaboration WHO-Euro Food Control Institutions」	EUR 2,000,000 (総額)	・ 2009-2012 (第 1 フェーズ) ・ 2012-2013 (第 2 フェーズ)
UNICEF	母子保健	「Equitable Access to MCH services」(母子相談センターへの支援)	No data	2012-2016
UNICEF & UN Agencies	保健財政	「Health Financing」(経済的障壁の分析)	No data	2012-2016
UNFPA	・ジェンダー平等化 ・リプロダクティブヘルスと権利	No data	No data	2012-2013
WHO, UNICEF, FAO	栄養失調改善 (小児) (MDG 達成に向けた取り組み)	「Joint Program: Reducing malnutrition in children」	USD 5,000,000	2010-2013
グローバル・ファンド (GFATM)	・感染症対策 (HIV/AIDS・結核対策強化)	・「Scaling-up the National Response to Tuberculosis」 ・「Strengthening Albania's National Response to HIV/AIDS Among Vulnerable Groups」	・ USD 1,263,060 ・ USD 5,356,170	・ 2007-2012 ・ 2007-2014

出所：Swiss Cooperation, 2012 “Health Sector Assessment”、JICA, 2009 「アルバニア共和国 救急医療機材改善計画 (基本設計) 報告書」、質問票回答、各ドナーHP

以下は主要ドナーの支援内容の詳細である。

1) スイス開発協力公社 (Swiss Cooperation :SDC)

SDC は「ア」国保健セクターにおいて過去からの支援の実績もあり、最も主要な二国間援助国として位置づけられている。過去 8 年間にわたって医師・歯科医師・薬剤師の継続医療教育 (Continuing Medical Education: CME) のための認定制度整備を通じて保健人材育成を支援している。現在 Albania Health Sector Assessment 2012 に基づいて、次期 4 年間 (2015-2018 年) の対アルバニア援助計画を策定中である。今後の支援の方向性として、第 1 次保健医療サービスの供給システム強化により、包括的なアクセスとより質の高いサービスの提供を目指した保健セクター・リフォームへの支援を予定している⁵⁹。

① 「Support to Health Reform for Inclusive Access & Better Quality of Services : 包括的なアクセスと

⁵⁹ フジタプランニング、SDC との会合議事録「コソボ・アルバニア保健セクター情報収集・確認調査 経過報告 (アルバニア その 2)」、2014 年

質の良いサービス提供のための保健セクター・リフォーム支援」

(期間：第1フェーズ 2014年4月～2018年12月、第2フェーズ 2018年～2021年、支援総額：各フェーズそれぞれ CHF1,000 万)

本プログラムは保健人材の育成を通じて社会的脆弱層を含む全ての国民に対し、質の高い、適切にマネジメントされた第1次・第2次レベルにおける保健医療サービスへのアクセスを提供することを目標に実施されている。具体的な戦略は、特に地方において不足していた第1次保健医療に携わる保健人材の継続医療教育制度を強化し、必要に応じて関連機材や施設整備の支援も行うというものである。また、保健ガバナンスや保健財政に関連する改革を支援する。さらに、新設された School of Health Management や他の研修施設に関連資材の提供や専門家の派遣によって支援する。健康推進プログラムでは、主要な医療従事者の他に、コミュニティや市民団体やマイノリティグループも対象にし、ヘルスリテラシーを高める支援をする。⁶⁰

②「Professional Development System in the Health Sector Reform：保健セクター・リフォームにおける専門家養成システム」

(期間：第1フェーズ 2007年～2010年、第2フェーズ 2011年3月～2015年2月、支援総額：第1フェーズ CHF183.5 万、第2フェーズ CHF 173 万)

本プログラムの第1フェーズは「ア」国政府の強力な支援の下、継続医療教育のための認定制度整備と、「継続教育のための国家センター (National Center for Continuing Education)」の設立を通じて保健人材育成を支援し、成功を収めた。一方で、当新制度は保健セクター・リフォームによる急激な変化にさらされており、体制は未だ確立したとは言えない。そこで、第2フェーズでは当制度の持続的な機能確立・維持のための支援を行っており、全ての種類の保健人材のための継続医療教育プログラムの認定制度にかかる国家システムや、保健人材のための再認証制度を通じて、保健サービスの質の改善への貢献を目指している。⁶¹

2) 米国国際開発庁 (USAID)

USAID は「ア」国保健セクター支援を積極的に展開してきた二国間援助機関の一つである。2009年頃までの重点項目はプライマリーヘルスケア拡大支援、リプロダクティブヘルス分野であったが、現在は主に保健システム強化分野を重点支援している。

①「Enabling Equitable Health Reform：公平な保健改革への支援」

(期間：2010年～2015年、支援総額：USD 860 万)

本プロジェクトは、貧困層のための基礎的保健サービスへのアクセスの拡大と国家保健改革を支援するために立ちあげられた5年間のイニシアティブである。これまでの「ア」国保健セクターにおける度重なる汚職・腐敗は保健サービスの公正かつ公平な提供を阻害する主な原因の一つとなっており、ただでさえ資金不足に陥っている公的保健セクターに

⁶⁰ SDC より提供されたプロジェクト概要シート”Support to Health Reform for Inclusive Access & Better Quality of Services”より

⁶¹ SDC より提供されたプロジェクト概要シート”Professional Development System (PDS 2 in the Health Sector Reform)”より

において医療費の高い自己負担比率は貧困層をさらに圧迫している。本プロジェクトは、保健セクターにおける汚職を廃し、ガバナンスを改善させ、公平性のある保健改革を推進するためのリーダーシップを促進することを狙いとし、反汚職のための行動規範の設定、透明性と説明責任の確保、汚職緩和のためのプログラムの策定を目指している。⁶²

② 「Telemedicine and e-Health Program : 遠隔治療と e-Health プログラム」

(期間 : 2009 年~2013 年、支援総額 : USD 125 万)

本プログラムでは、情報通信技術を活用した質の高い保健サービスを提供するため、「ア」国初となる「国家遠隔治療センター (National Telemedicine Center)」と 5 つの地方遠隔治療センター (Regional Telemedicine Centre) を創設した。また、当センター整備によって中央と地方の医師・看護師等の保健サービス提供者ならびに研修生が診断と治療に関する情報を交換することができることから、研究開発を促進させ、継続医療教育の機会を彼らに提供していくとも狙いとしている。この支援は 2002 年にコソボで整備された遠隔治療ネットワークサービスプログラムの成功事例をモデルにバルカン地方で整備が進められている遠隔治療ネットワークの一部という位置付けである。⁶³

3) 世界銀行

2006 年から 2010 年にかけて実施された「Health system modernization project」では、①特に貧困層の人々に対して質の高い 1 次保健医療サービスへの物理的・財政的なアクセスを確保し、②保健省の保健サービス提供者への支払い制度と、保健システムパフォーマンスにかかる改革の計画・実行にかかる効率性を目指し、③病院セクターでのガバナンスとマネジメントを改善することを目指した。当プロジェクトの最終報告書では、プロジェクト目標はある程度達成され、例えば第 1 次レベルの保健医療施設へのアクセス回数の増加、家計に占める医療費の負担を削減するために必要な医療サービスを受けない世帯の割合の減少等を実現したと示されている。⁶⁴

世界銀行は、2014 年後半に完了予定のコンサルタントによるアセスメントの結果に基づいて次期 4 年間の支援プログラムを策定する予定としている。今後想定される支援対象分野は保健財政、保健医療情報システム (HMIS) と、医療機材の提供を含めた医療技術管理の強化で、支援対象エリアは未定である。⁶⁵

⁶² USAID HP, “USAID Launches Project to Support Health Reforms in Albania” (<http://www.usaid.gov/news-information/press-releases/usaid-launches-project-support-health-reforms-albania>)(Accessed May 2014)

⁶³ USAID HP, “USAID Launches New e-Health Program”

(<http://www.usaid.gov/news-information/press-releases/usaid-launches-new-e-health-program>)(Accessed May 2014)

⁶⁴ World Bank, 2012 “Implementation completion and results report on a credit in the amount of SDR10.7 million to Albania for a health system modernization project”, 27-39

⁶⁵ フジタプランニング、世銀との会合議事録「コソボ・アルバニア保健セクター情報収集・確認調査 経過報告 (アルバニア その 2)」、2014 年

第 6 章

第 6 章 アルバニア共和国医療インフラ整備関連調査

6.1 医療インフラ整備関連調査

6.1.1 公立病院・保健センターの配置状況

「ア」国における公立病院および保健センターは表 89 のとおり配置されている。

表 89 「ア」国の医療施設

区分	施設名称	所在地	数
3 次医療施設	マザー・テレサ大学医療センター、大学病院	ティラナ	2 ヶ所
2 次医療施設	マザー・テレサ大学医療センター、大学病院、地域病院、県病院	各都市	地域病院：11 ヶ所 県病院：22 ヶ所
1 次医療施設	ポリクリニック（ティラナのみ）および保健センター	ティラナ等の都市部と村落部	ポリクリニック：3 ヶ所 保健センター：全国に多数

出所：聞き取り調査

これらの医療施設に対して、入手できた統計資料による分析、一部の施設に対する質問書への回答、および表 90 の通り実地調査を行った。

表 90 調査先

No.	調査施設	カテゴリー
1	マザー・テレサ大学医療センター	2 次および 3 次医療施設
2	大学病院	2 次および 3 次医療施設
3	デュラス地域病院	2 次医療施設
4	エルバサン地域病院	2 次医療施設
5	ヴロラ地域病院	2 次医療施設
6	ティラナポリクリニック No. 3	1 次医療施設
7	カバイエ（Kavaje）保健センター	1 次医療施設

6.1.2 保健センターの活動状況と現有機材の状況

(1) 統計データによる分析

「ア」国では公開情報および収集されている情報が非常に少なく、保健センターの活動については網羅された資料を入手できていない状況である。

(2) 現地調査

現地調査により 2 ヶ所の保健センターの調査を行った。その結果以下の状況が把握された。入手できたデータには両施設で差異があるため、全部比較できていない。

ティラナポリクリニック No. 3 はティラナ特有の 1 次医療施設である。No.1～3 の 3 ヶ所あり、ティラナ市内の保健センターで受診を指示された患者が、検査を受けたり、専門医の診断を受けたりする施設である。他の地域では、このような検査や専門医の診断は、2 次医療施設である病院で行われている。しかし、ティラナ市は人口が多いことと、2 次医療施設をマザー・テレサ大学医療センターが兼任していることから、混雑を避けるためにこういった体制が組まれている。4 ヶ所のポリクリニックを有し、1 次レベルの医療施設として検査と専門外来診療が実施されている。

保健センターでは、内科的診断と治療（処方箋の発行）のみが行われている。機材はほとんど使わず、問診や触診、聴診と体重・血圧検査で診療が実施されている。1 次医療施設のみで治療を行うのが困難な患者については 2 次医療施設（ティラナ市はポリクリニック）に送られることになる。

（1 次医療施設）

表 91 1 次医療施設調査

施設名	ティラナポリクリニック No. 3	Kavaje 保健センター
場所	ティラナ市	Kavaje 市
機能	ファミリードクターから指示される検査や専門的な医療を行う。	一般診療と処方箋の発行、母子検診、予防接種等がファミリードクターにより実施される。
職員数	117 名（医師 50 名）	48 名（医師 16 名、看護師 31 名、その他 衛生部事務長等）
医師	医師は専門医であり、ファミリードクターから紹介された患者の専門診療を行い、ファミリードクターに戻している。	16 名は一般医であるが、3 名は小児診療の訓練を受けている。
外来患者数	800 人／日程度 7:30 - 14:00 のみ	200 人／日程度 8:00 - 14:40 と 13:20 - 20:00 の 2 シフトで医師と看護師が勤務する。このスケジュールの間に、必要な患者に対しての往診も行う。
診療内容	専門外来、各種検査、処方箋の発行	一般内科、産前産後健診、新生児健診、予防接種、往診活動
機材状況	X 線撮影装置、超音波診断装置、内視鏡、血液学・生化学検査装置等	体重計、血圧計等

出所：質問書回答、聞き取りおよび目視調査

ティラナのポリクリニックは活動に必要な機材は所有しているものの、更新の必要があるもの（一般撮影装置、内視鏡等）、台数を増やして機能を強化する必要のあるもの（超音波

診断装置等）もある。

ポリクリニックおよび保健センターの予算は、全て地方自治体から配分されている。給与、医薬品とも現物供与の形で、保健センターでの予算管理は行われていない。患者は診療のたびに定額で 100 レイを支払うが、これも保健センターから地方自治体に送金されている。

6.1.3 公立病院の活動状況と現有機材の状況

(1) 統計データによる分析

「ア」国における 2 次医療施設の活動状況が表 92 のとおり提供された。本資料では、「ア」国には 11 ヶ所の地域病院、22 ヶ所の県病院が設置されていることがわかる。ティラナ市には 2 次医療施設を兼ねた 3 次病院 6 ヶ所が設置されている。郡別のデータが提供されているが、保健省の説明では、各施設のデータ品質には問題があるとの説明があった。

表 92 2 次・3 次医療施設の活動状況（R：地域病院 D：県病院 T/R: 3 次病院）

No.	種類	県	人口（センサス2011）	人口1,000人当たりの病床数＊	病院数	部門数	病床数	入院患者		外来患者				手術件数	入院総日数	平均病床利用率**	平均在院日数**	病床回転率**
								合計	他郡よりの患者	合計	農村部よりの患者数	1才以下の患者数	60才以上の患者数					
1	R	Berat	141,944	2.66	1	14	258	9,392	1,436	9,392	3,706	722	1,448	1,703	35,535	37.7%	3.78	96.5
2	D	Kucove			1	4	53	976	22	974	357	19	186	0	6,352	32.8%	6.51	56.1
3	D	Skrapar			2	9	67	464	24	455	141	47	111	0	3,188	13.0%	6.87	53.1
4	R	Diber	140,002	3.63	1	12	295	6,895	1,603	5,901	5,234	330	1,109	533	46,713	43.4%	6.77	53.9
5	D	Bulquize			1	5	65	1,347	0	1,344	476	243	201	0	9,670	40.8%	7.18	50.8
6	D	Mat			1	6	148	3,039	199	3,039	1,606	140	479	523	19,688	36.4%	6.48	56.3
7	R	Durres	262,785	1.77	1	6	340	15,176	2,012	14,984	4,485	744	3,438	3,844	71,157	57.3%	4.69	77.8
8	D	Kruje			1	8	124	2,497	101	2,496	1,179	155	290	308	11,049	24.4%	4.42	82.5
9	R	Elbasan	295,827	3.45	2	13	725	13,752	2,243	13,550	7,007	495	1,853	2,947	139,584	52.7%	10.15	36.0
10	D	Gramsh			1	5	115	3,307	134	3,224	1,989	228	630	395	19,066	45.4%	5.77	63.3
11	D	Librazhd			1	4	158	3,867	229	3,866	3,547	389	806	970	62,214	107.9%	16.09	22.7
12	D	Peqin	310,331	1.46	1	4	22	210	9	210	65	2	52	0	1,234	15.4%	5.88	62.1
13	R	Fier			1	11	421	12,326	2,288	12,130	6,713	790	1,879	2,511	44,384	28.9%	3.60	101.4
14	D	Mallakaster			1	2	32	74	2	74	54	0	7	0	127	1.1%	1.72	212.7
15	R	Gjrokaster	72,176	5.26	1	12	184	5,341	1,688	5,323	1,965	395	1,357	755	26,252	39.1%	4.92	74.3
16	D	Permet			1	5	98	972	23	961	304	79	308	0	4,647	13.0%	4.78	76.3
17	D	Tepelene			1	7	98	714	27	706	390	60	148	0	3,366	9.4%	4.71	77.4
18	R	Korce	220,357	3.41	1	15	463	11,207	575	11,049	5,646	692	3,012	1,487	67,986	40.2%	6.07	60.2
19	D	Devoll			1	3	41	1,002	33	1,004	708	85	191	0	4,887	32.7%	4.88	74.8
20	D	Kolonje			1	6	83	650	29	649	353	16	162	95	3,479	11.5%	5.35	68.2
21	D	Pogradec	85,292	4.36	1	8	165	3,630	245	3,618	2,086	339	260	653	12,749	21.2%	3.51	103.9
22	R	Kukes			1	11	236	5,584	1,140	5,538	3,334	222	524	698	36,604	42.5%	6.56	55.7
23	D	Has			1	3	35	552	0	552	359	98	140	0	3,927	30.7%	7.11	51.3
24	D	Tropoje	134,027	2.38	1	5	101	858	24	859	541	14	188	0	5,707	15.5%	6.65	54.9
25	R	Lezhe			1	10	162	6,540	1,757	6,470	2,810	373	1,039	1,305	32,583	55.1%	4.98	73.3
26	D	Lac			1	4	65	1,416	44	1,422	523	190	298	0	9,371	39.5%	6.62	55.2
27	D	Mirdite	215,347	3.03	1	6	92	1,449	144	1,449	789	90	351	172	10,244	30.5%	7.07	51.6
28	R	Shkoder			1	16	568	12,821	1,124	12,094	6,584	402	3,419	2,572	59,763	28.8%	4.66	78.3
29	D	Puke			1	6	85	1,387	26	1,383	664	28	372	76	8,932	28.8%	6.44	56.7
30	R	Vlore	175,640	4.02	2	0	591	15,847	649	15,757	4,571	807	2,590	2,107	119,824	55.5%	7.56	48.3
31	D	Delvine			1	4	30	148	0	148	48	2	61	0	1,024	9.4%	6.92	52.8
32	D	Sarande			1	8	85	3,458	857	3,458	1,134	167	710	477	15,140	48.8%	4.38	83.4
33	T/R	Tirana Mental hospital	749,365	2.92	1	0	30	783	783	783	227	12	0	0	6,007	54.9%	7.67	47.6
34	T/R	Tirana, Natrionla trauma center hospital			1	12	214	5,770	0	5,770	0	0	0	2,861	41,575	53.2%	7.21	50.7
35	T/R	Tirana, Mother Teresa Univeresity Hospital Center			1	46	1,440	59,593	25,592	61,824	7,453	3,126	16,501	17,029	422,922	80.5%	7.10	51.4
36	T/R	Tirana, University Hosital			1	3	136	3,821	1,989	3,744	1,032	0	1,644	0	39,138	78.8%	10.24	35.6
37	T/R	Tirana, Obstetric and gynecology hospital No. 1			1	3	152	11,771	2,498	11,548	4,073	0	264	3,338	37,753	68.0%	3.21	113.8
38	T/R	Tirana, Obstetric and gynecology hospital No. 2			1	3	132	7,499	2,024	7,499	1,979	0	141	2,459	25,406	52.7%	3.39	107.7
39	D	Kavaje			1	6	86	2,715	211	2,714	1,381	331	421	0	9,629	30.7%	3.55	102.9
合計			2,803,093	2.92			8,195	238,850	51,784	237,961	85,513	11,832	46,590	49,818				

＊人口 1,000 人当たりの病床数 = 病床数 ÷ (人口 (センサス 2011) ÷ 1,000)

平均病床利用率 = 入院総日数 ÷ (病床数×365 日)、平均在院日数 = 入院総日数 ÷ 入院患者数合計、**病床回転率 = 365 日 ÷ 平均在院日数 (**は調査団が算出) ⁶⁶ 出所：保健省病院局提供の資料(2012)

⁶⁶ **平均病床利用率 = 入院総日数÷(病床数×365 日)：平均値として病院のベッドがどれだけ利用されているかを示す指標である。高いと病床の利用度が高く、低いと利用度が低いと判断される。救急患者や緊急事態も配慮して 100%に達していなくても十分利用されていると判断できる。100%を超えると、非常に混雑している状況と解釈される。

**平均在院日数 = 入院総日数÷入院患者数合計：平均値として、入院患者の入院から退院までの在院期間を示す指標である。また、この日数で院内の全ての患者が入れ替わることになる。疾病や患者の状況により適切な在院期間は異なるものの、精神科を除き、1 週間から 10 日程度になる例が多い。日本では、国際的に比較すると非常に長い日数となっている。入院期間が長くなると、多くの医療費がかかることになる。

**病床回転率 = 365 日÷平均在院日数：平均値として病床が、年間何回利用されているかを示す指標である。経営上は回転率が高いほうが望ましいことになる。

表 92 のデータについて以下の通り分析を行った。

- ・人口 1,000 人当たりの病床数は地域により 1.46～4.36、平均は 2.92
- ・手術が行える県病院:9 ヶ所（全体の 40.9%）
- ・病床占有率が 50%を超える地域病院:4 ヶ所（全体の 36.4%）
- ・病床占有率が 50%を超える県病院:1 ヶ所（全体の 4.5%）

保健省より 3 次病院に患者が集中しているという問題点が指摘されている。3 次病院の病床稼働率は、2013 年において、マザー・テレサ大学医療センター80.5%、大学病院 78.8%となっている。一方、地方の 2 次病院の病床稼働率は、極端に高い及び低い病院を除くと、おおそ 30%～55%の間となっている。3 次病院、2 次病院とも、平均的には、満床にはなっておらず、いつでも患者を入院させ、治療を行えるベッドがある状態である。したがって、病床数としては患者受け入れに困難が生じるような極端な混雑には至っていないと判断され、逆に地方病院においての病床稼働率の低さが指摘される。2 次病院では、平均的に、病床のほぼ半分に患者が入院していない状態で運用が行われている。職員数について、個別訪問で一部のデータを提供受けた。職員の適正数の査定は、国により状況が異なるが、日本では、病床数と同じ人数の職員が適正と言われている。この比較を採用すると、マザー・テレサ大学医療センター（1,450 床に対して 2,772 人）、デュラス地域病院（340 床に対して 701 人）、エルバサン地域病院（383 床に対して職員数 449 人）と、職員数の少なさにより、患者の受け入れに制限が生じている状況とも思えない。

この 2 次病院の病床稼働率の低さは、以下のようなものが想定される。後述する 2 次医療施設の現地調査で具体的な状況を確認している。

- ・地方病院の機能の低さ（老朽化した機材、現代的な医療サービスに必要な医療機材の不足、医療従事者の能力不足、施設運営マネジメント能力不足は住民に知られている。この状況を嫌う住民で、かつティラナへ移動が可能な人は、保健センターで交渉することによりティラナの 3 次医療施設への紹介してもらうことが可能な状況にあるため、患者が 3 次医療施設に集中していると予想される。）
- ・保健省に地方病院の機能向上を支えるだけの予算がない。

(2) 2 次医療施設の現地調査

本調査において、医療現場の事情把握を確認するため 3 ヶ所の地域病院の現地調査を行い、その結果を以下の通りまとめた。デュラスおよびエルバサン地域病院から詳細データが提供されている。各施設の調査結果概要は表 93 のとおりである。なお、保健大臣から口上説明があった地域拠点病院整備構想等の想定地域であるコルチャ地域、ディブラ地域、ヴロラ地域の病院については今回調査できなかった。したがって、本調査ではデュラスおよびエルバサンの地域病院の状況を分析することで、地域病院の一般的状況を推察することとしている。

表 93 2 次医療施設

施設名	デュラス地域病院	エルバサン地域病院	ヴロラ地域病院
場所	デュラス市	エルバサン市	ヴロラ市
機能	2 次医療施設、ポリクリニックでの専門外来診療と入院治療	2 次医療施設、施設外のポリクリニックでの専門外来診療と入院治療	2 次医療施設、ポリクリニックでの専門外来診療と入院治療
病床数	340 床	383 床	340 床のうち 120 床のみ使用
職員数	701 人(医師 139 人、看護師 245 人等)	449 人(医師 74 人、看護師 263 人、助産師 26 人)	-
入院患者数	15,782 件	11,574 件	分娩 1,350 件
手術室	3 室	5 室 (3 室 外科、2 室 産婦人科用)	
検査件数	2 次医療 (主要 4 科の内科および外科的の専門的診療)	2 次医療 (主要 4 科の内科および外科的の専門的診療)	2 次医療 (主要 4 科の内科および外科的の専門的診療)
診療内容	外傷、心臓血管疾患、呼吸器疾患、消化器疾患、ウイルス性疾患、神経疾患、糖尿病等	消化器疾患、呼吸器疾患、循環器疾患、泌尿器疾患、脳神経疾患、骨折、外傷および中毒、内分泌疾患 等	-
主な疾病	画像診断 (MRI、CT、X 線撮影装置、内視鏡、超音波診断装置)、手術室機材、ICU 機材等	画像診断 (CT、X 線撮影装置、超音波診断装置)、手術室機材、ICU 機材	画像診断 (MRI、CT、X-ray、超音波診断装置)、手術室機材、ICU 機材等
機材状況	クリニカルエンジニア(CE) 1 名(施設担当の技術者の協力を得ている。)	エンジニア 2 名 (1 名医療機器、1 名電気設備担当) 他にテクニシャンもいる。	-
医療機器維持管理	デュラス地域病院	エルバサン地域病院	ヴロラ地域病院

出所：質問書回答、聞き取りおよび目視調査

(a) デュラス地域病院

デュラス地域病院は、「ア」国で 2 番目に人口の大きい地域である、デュラス地域にある。本施設は 2000 年より、医療保険基金のパイロットプロジェクト施設となっており、医療保険基金の支出リストに病院名が記載されている。他の病院については、他の病院は保険基金を通さず配布されている。当施設の活動状況を表 94～表 100 に示す。

表 94 ドュラス地域病院の活動状況

活動内容	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
病床数	340	340	340	340	340
年間入院患者	13,007	14,226	14,816	15,176	15,782
病床稼働率	48.7%	55.9%	56.7%	58.1%	58.2%
平均在院日数	4.65	4.88	4.75	4.75	4.58
年間手術件数	3,903	3,916	3,921	3,844	3,863
年間分娩数	2,697	2,784	2,945	2,851	2,851
年間死亡件数	98	85	86	93	111

出所：質問書回答

表 95 ドュラス地域病院の主要疾患（入院患者）の症例件数（2013）

No.	疾患名	件数
1	外傷	1,635
2	心臓血管疾患	1,344
3	呼吸器疾患	1,114
4	消化器疾患	1,056
5	ウイルス性疾患	495
6	神経疾患	438
7	糖尿病	138
8	その他	193

表 96 デュラス地域病院の主要死亡原因とその症例件数（2013）

No.	疾患名	件数
1	心臓血管疾患	58
2	外傷	5
3	脳神経疾患	9

出所：質問書回答

表 97 ドュラス地域病院の検査件数

検査項目	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
MRI*	0	0	0	634	909
CT*	0	0	0	2,910	3,545
X 線撮影	12,113	18,589	18,077	17,606	17,460
心電図	14,859	22,168	23,706	17,339	25,335
超音波診断	16,845	18,397	18,496	19,893	22,475
内視鏡検査	530	614	750	686	664
血液、尿等	190,734	203,205	209,215	250,355	213,311

備考*オーストリアの借款支援により供与された。

出所：質問書回答

デュラス地域病院は340床の規模の大きい施設である。診療科として、地域病院に必須の内科、外科、産婦人科、小児科に加えて、耳鼻咽喉科、リウマチ科を有する。この他に救急部門に加えて、各種検査機能（画像診断、血液検査）、薬局を有する。手術室は一般外科用として7室、産婦人科用として2室有する。平均手術件数は、一日あたり平均15件となっている。正常分娩件数は一日あたり平均8件となり稼働率が高い。平均在院日数も5日以下と国際的に平均的な日数となっている。CT検査数は1台のCTに対して多すぎる傾向がある。超音波検査の件数も1日当たり平均80件を超えており、かなり高い状況にある。しかし、病床稼働率が60%に達しておらず、稼働率が低めの傾向にあり、病床規模の設定が大きすぎる可能性がある。

受診する患者は、救急患者を除き、レファラル体制によりファミリードクターより紹介を受けている。しかし、デュラス地域病院からティラナに転送する患者は少なく、2013年で90名であった。これは、ファミリードクターにより、地域病院で手に負えないレベルが判断され、紹介対象医療施設の選別が行われているためである。

・予算状況

本施設の予算は、他の病院とは異なり医療保険基金から得られている。

表 98 デュラス地域病院の収入（単位：レク）

収入項目	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2013 年の 予算にお ける比率 (%)
医療費	288,465	329,630	270,961	246,405	275,484	3.7%
医療保険	6,260,000	6,540,000	6,695,000	6,850,000	7,130,620	96.0%
その他	30,602	25,528	34,818	19,165	20,047	0.3%
合計	6,579,067	6,895,458	7,000,779	7,115,570	7,426,151	100.0%

出所：質問書回答

表 99 デュラス地域病院の支出（レク）

支出項目	2011 年	2012 年	2013 年	2013 年の 予算にお ける比率 (%)
給与	3,739,854	3,885,165	3,952,132	54.1%
医薬品	1,470,768	1,309,878	1,283,198	17.6%
機材	9,957	41,063	18,562	0.3%
維持管理	43,387	91,572	100,209	1.4%
試薬・消耗品	35,964	48,650	48,692	0.7%
その他	1,999,087	1,590,246	1,899,496	26.0%
合計	7,299,017	6,966,574	7,302,289	100.0%

出所：質問書回答

近年では収入・支出とも同じ傾向が続いている。2013 年の各項目の比率を見てみると収入の主な部分は医療保険基金より得られている。その一方、固定費である人件費が支出の半分以上を占めている。このことは、ただでさえ多くない予算の半分以上が自由度のない固定費となり、予算運営の自由度（調整幅）が減ってしまうことになり、経営には好ましくない状況であることを示している。変動的な予算となりやすい医薬品、消耗品、維持管理等、を適切に管理していくのは、その絶対額を含め、困難な状況と言える。

・職員

職員数と平均給与は表 100 の通りである。

表 100 ドュラス地域病院の職員数と平均給与

職名	人数	月額平均給与 (Lek)
専門医	139	69,500
薬剤師	3	59,000
看護師	245	40,500
看護助手	3	35,200
助産師	63	41,000
検査技師	40	40,100
医療機器技術者	1	67,000
事務長	1	108,000
その他	206	40,300
合計	701	

出所：質問書回答

一般医は配置されておらず、全ての医師が専門医となっている。合計職員数が 701 人と、340 床の病床数から考えるとかなり多い人数が配置されている。また本施設では、病院管理を行う事務長の給与が一番高い。

・医療機器と施設

現在デュラス地域病院ではアルバニア保健省の予算で小児病棟を改修中である。改修後、小児科はこの病棟に移動する。見学を行った施設は古い建物と判断されたが、設備を含めて適切に改修と維持管理が行われており、診療に問題ない状況と思われる。

デュラス地域病院の医療機器について、現在全国で作業が行われているインベントリー調査の一環で整理されたとと思われるインベントリーリストが入手できた。循環器科および救急科の機材（患者監視装置、心電計、除細動器のうち必要な数量の半分程度）は 5 年以内に更新されたとと思われる新しいものが多い状況となっているが、一般 ICU と小児科（患者監視装

置、心電計、除細動器、ネブライザー等) については、すでに 10 年を超える機材が多く配置されており、更新の必要があると思われる。手術室についても、製造後 10 年を超える機材(無影灯、手術台、電気メス、患者監視装置、麻酔器、吸引器等)が多い状況となっている。

医療機器の維持管理は 1 名配置されている CE (クリニカルエンジニア) を中心に、2 名の技術者により行われている。大型機材については、外部の代理店と維持管理契約が結ばれている。調査時には CT は故障中で修理を待っている状態であった。施設の維持管理は 3 名のエンジニアと 30 名の技術者により行われている。

(b) エルバサン地域病院

エルバサン地域病院は、ティラナ市の南部にあるティラナ地域内の病院である。当施設の活動状況を表 101～表 107 に示す。

表 101 エルバサン地域病院の活動状況

活動内容	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
病床数	383	383	383	383
年間入院患者	11,574	12,483	12,934	12,392
外来患者数	24,477	20,548	24,184	14,947
病床稼働率	36.6%	37.9%	34.6%	36.4%
平均在院日数	4.4	4.1	4.1	3.9
年間手術件数	2,723	3,195	2,947	2,767
年間分娩数	2,201	2,180	2,318	2,234
年間死亡件数	58	37	59	53

出所：質問書回答

表 102 エルバサン地域病院の主要疾患の症例件数 (2013)

No.	疾患名	患者数	No.	疾患名	患者数
1	消化管疾患	2,025	6	骨折等骨についての疾患	701
2	呼吸器疾患	1,643	7	外傷および中毒	526
3	循環器疾患	1,579	8	内分泌疾患	325
4	泌尿器疾患	1,048	9	感染症	272
5	脳神経疾患	792	10	腫瘍	199

出所：質問書回答

表 103 エルバサン地域病院の検査件数

種類	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
CT	-	-	664	1,476
X 線撮影	-	-	-	-
心電図	-	-	-	-
超音波診断	-	-	-	-
内視鏡検査	-	-	-	-
血液、尿等	26,532	76,305	79,934	87,036

出所：質問書回答

(X-ray、ECG、USG、Endoscopy 等のデータは所有機材があるにもかかわらず提供されなかった。)

表 104 エルバサン地域病院の転入患者

年度	2010 年	2012 年	2012 年	2013 年
転入患者数	1,221	1,344	1,455	1,347

出所：質問書回答

当病院は 383 床の規模の大きい施設である。診療科として、地域病院に必須の、内科、外科、産婦人科、小児科に加えて、耳鼻咽喉科、リウマチ科、を有する。この他、救急部門に加えて、各種検査機能（画像診断、血液検査）、薬局を有する。手術室は一般外科用として 3 室、産婦人科用として 1 室、耳鼻咽喉科用 1 室、眼科用 1 室の合計 6 室の手術室を有する。平均手術件数は、一日あたり平均 7 件となっている。正常分娩件数は一日あたり平均 6 件となり稼働率が高い。また CT 検査は一日あたり約 6 件となっている。これらの件数は適切なレベルでの稼働状況と考えられる。平均在院日数も約 4 日と国際的に平均的な日数となっている。しかし、病床稼働率は例年約 36%と非常に低い稼働率となっており、病床規模の設定が大きすぎる可能性がある。2013 年においては 166 人をマザー・テレサ大学医療センターに転送した。

・予算状況

本施設の予算は、その全てが保健省から割り当てられている。

表 105 エルバサン地域病院の歳入（単位：百万レク）

収入	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
医療費	-	-	-	-	-
政府割当金	-	-	172	182	182
その他	-	-	-	-	-
合 計	-	-	172	182	182

出所：質問書回答

表 106 エルバサン地域病院の歳出（単位：百万レク）

支出	2012 年	2013 年
給与	-	-
医薬品	40	45
機材費	-	-
維持管理	1.5	1.6
試薬	1.4	1.3
医療消耗品	14	15
透析用消耗品	36	37
合計	92.9	99.9

出所：質問書回答

このデータは一部の支出のみが回答されていると思われ、一番大きな比率があると予想される給与のデータが記載されていない。よって歳入と歳出の差が給与部分と思われる。

職員数と平均給与は表 107 の通りである。

表 107 エルバサン地域病院の職員数と平均給与

職種	人数	平均月収（レク）
救急医	6	87,000
専門医	68	71,000
薬剤師助手	4	39,500
看護師	263	42,000
看護助手	-	-
助産師	26	43,600
検査技師	32	43,000
医療機器技術者	-	-
事務関係の各課長	10	65,000
医長	17	78,900
看護師長、検査課長	23	47,000
合計	449	

出所：質問書回答

383 床の病床数から考える適切な人数が配置されていると思われる。しかし、病床の稼働率が低いので、各職員の業務はかなり余裕がある状況と思われる。

・医療機器と施設

エルバサン地域病院はオーストリアのローンにより 2013 年に新しい病棟が開設され、移

転が完了した状況である。この新病棟には外科系の診療科と小児科、産婦人科が入っている。古い本館には内科系の診療科があり、別棟に救急部門、放射線科、検査室がある。新棟を除き各施設はかなり古い状況である。現有機材リストが提供されていたが、機材状況の詳細が記入されていない不十分なものである。新棟の医療機材（手術室、ICU、産婦人科用機器）および CT は、建設に合わせて更新や新規導入が行われているが、旧棟の機材（検査室の生化学分析器、血球カウンター等の分析機器、一般撮影装置、超音波診断装置など）は古く、更新が必要なが確認されている。

施設の管理は 1 名の機械技術者の下に、4 名のスタッフにより実施されている。医療機器の維持管理は 1 名配置されている CE（クリニカルエンジニア）の下に 4 名いる技術者により行われている。CT についてはメーカー代理店と維持管理契約が結ばれている。

(3) 3 次医療施設の現地調査

3 次医療施設はティラナ市内に存在するマザー・テレサ大学医療センターのみであるが、大学病院の呼吸器科にもその機能がある。大学病院は過去には呼吸器疾患病院（Pulmonary Diseases Hospital）という名称で呼ばれた病院で呼吸器科専門の病院であった。その後の名称変更で大学病院という名称になっているが、いずれかの大学に付属しているわけではなく、一般的に各公立および私立の大学と提携して教育（呼吸器科のみ）と医療サービスの提供とを行っている。大学病院の詳細データは提供されなかった。

表 108 3 次医療施設の情報

施設名	マザー・テレサ大学医療センター	大学病院
場所	ティラナ市	ティラナ市
病床数	1,450 床	300 床
診療科	48 診療科（これらの一部は独立した建物の専門病院となっている）	呼吸器科、内科、消化器、循環器等
職員数	2,772 人（医師 500 人、看護師 1,170 人）	-
医師数	44,671 人／年	-
入院患者数	呼吸器科を除く 3 次およびティラナ市の 2 次医療	呼吸器科のみ 3 次およびティラナ市の 2 次医療
診療内容	充実した機材がそろっている。その中には、古く更新が必要なものも含まれている。アンギオ装置 2 台、MRI2 台、CT3 台。	充実した機材がそろっている。その中には、古く更新が必要なものも含まれている。心臓用アンギオ装置 1 台、CT1 台。
機材状況	7 名の医療機器技術者による。大型機器は維持管理契約を結んでいる。	-
医療機器維持管理	マザー・テレサ大学医療センター	大学病院

3次医療施設はティラナ市にのみ存在する。この結果、患者は本来受診すべき地元の2次医療施設を信頼せず（事実、医療サービスの提供能力は不足している）、3次医療施設を受診する傾向が強く、マザー・テレサ大学医療センターは大変混雑しているといわれている。今回の訪問でも、地域病院より混雑している様子が見受けられた。マザー・テレサ大学医療センターは1,450床の施設が広いセンターの中に診療科別の建物に分かれて点在している。また外傷病院と2つの母子病院がセンターから離れた場所に存在している。このような施設の配置状況から、本センターにおいては、各種の管理を行うことが困難であることが想像される。

大学病院はもともと呼吸器科病院であった。現在ティラナ市の2次病院としての機能拡張が進んでいるところである。保健省予算により敷地内の古い建物の改修が進められており、完成後、この改修された建物に多くの部門が移転する。現在の病院施設は2次医療施設の機能強化のための、専門外来として使用される。

(a) マザー・テレサ大学医療センター

「ア」国で最大の病院で、国内全体のレファラルのトップに位置する病院であるとともに、一番人口の多いティラナ市の2次病院の一つとなっている。本センターは施設内に5つの独立した病院と管理や検査を行うための機能、そして施設外に母子病院（2ヶ所）、外傷病院（1ヶ所）を有する。これらの各病院に分かれて、合計64の診療部門と診療科、そして手術室を合計30室有する巨大な病院である。当施設の活動状況を表109～表115に示す。

表 109 マザー・テレサ大学医療センターの活動状況

分 類	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年（8 月まで）
病床数	1,450	1,450	1,450	1,450	1,450
入院患者数	60,065	61,303	59,614	64,462	44,671
外来患者数	-	78,798	70,366	80,622	98,041
病床稼働率	77.2%	79.9%	76.6%	80.3%	54.0%
平均在院日数	6.8	6.9	6.8	6.6	6.4
年間手術件数	20,378	19,414	18,571	18,695	12,510
年間死亡患者数	732	715	779	879	618

出所：質問書回答

表 110 マザー・テレサ大学医療センターの診療科別の病床数

病棟番号	診療科	部署名	病床数
第一病院	心臓病科	第一クリニック	49
第一病院	心臓病科	第二クリニック	47
第一病院	心臓病科	蘇生科	19
第一病院	血液科	血液科	34

第一病院	消化器科	消化器科	50
第一病院	内分泌科	内分泌科	33
第一病院	高血圧科	高血圧科	40
第一病院	腎臓科	腎臓科	36
第一病院	リウマチ科	リウマチ科	25
第一病院	アレルギー科	アレルギー科	22
第一病院	アレルギー科	眼科	18
第一病院	アレルギー科	日帰り病棟	4
第一病院	耳鼻咽喉科	第一クリニック	20
第一病院	耳鼻咽喉科	日帰り病棟	4
第一病院	口腔外科	口腔外科	10
第一病院	口腔外科	日帰り病棟	2
第一病院	皮膚科	皮膚科	40
第二病院	一般外科	第一クリニック	30
第二病院	一般外科	第二クリニック	45
第二病院	一般外科	第三クリニック	50
第二病院	形成外科	第一クリニック	35
第二病院	血管外科	第一クリニック	20
第二病院	心臓外科	第一クリニック	30
第二病院	ICU	蘇生室	12
第二病院	整形外科	整形外科	70
第三病院	ICU	ICU	15
第三病院	リハビリテーション	リハビリテーション	5
第三病院	第一特別小児部	アレルギー科	35
第三病院	第一特別小児部	結核科	6
第三病院	第一特別小児部	心臓・リウマチ熱科	14
第三病院	小児血液科	血液科	23
第三病院	第二特別小児部	消化器科	10
第三病院	第二特別小児部	内分泌科	10
第三病院	第二特別小児部	腎臓科	10
第三病院	第二特別小児部	神経科	10
第三病院	小児外科	小児外科	20
第三病院	一般小児科	第十病棟	27
第三病院	一般小児科	第七病棟	13
第三病院	小児感染症科	第八および十一病棟	45
第四病院	感染症科	1 階	25
第四病院	感染症科	2 階	25

第四病院	感染症科	3 階	25
第四病院	感染症科	蘇生	5
第五病院	神経科	3 階	30
第五病院	神経科	4 階	31
第五病院	神経科	蘇生	14
第五病院	精神科	救急（男性）病棟	13
第五病院	精神科	救急（女性）病棟	7
第五病院	精神科	男性病棟	25
第五病院	精神科	女性病棟	25
第五病院	精神科	小児病棟	20
第五病院	精神科	慢性病棟	15
第五病院	神経科	3 階	16
第五病院	神経科	4 階	16
第五病院	神経科	蘇生	8
第五病院	中毒・アルコール科	中毒	13
第五病院	中毒・アルコール科	アルコール	8
腫瘍病院	腫瘍部	外科	22
腫瘍病院	腫瘍部	婦人科	18
腫瘍病院	腫瘍部	基準科	2
腫瘍病院	腫瘍部	化学療法科	19
腫瘍病院	腫瘍部	放射線治療科	44
腫瘍病院	腫瘍部	日帰り病棟	6
内科棟	内科棟	内科棟	30

出所：質問書回答

表 111 マザー・テレサ大学医療センターの主要疾患の症例件数（2013）

No.	疾患名	件数
1	外傷	1,635
2	心疾患	1,344
3	呼吸器疾患	1,114
4	消化器疾患	1,056
5	ウイルス性感染症	495
6	神経疾患	438
7	その他	193
8	糖尿病関連症	138

出所：質問書回答

表 112 マザー・テレサ大学医療センターの検査件数

	種類	2013 年
1	MRI	10,043
2	CT	21,924
3	X 線撮影	46,174
4	心電図	-
5	超音波診断	-
6	内視鏡検査	-
7	血液、尿等	1,796,364

出所：質問書回答（ECG、USG、内視鏡も所有しているがデータは提供されなかった。）

「ア」国におけるトップレファラル施設である。1,450 床という巨大な施設となっている。平均手術件数 50 件/日以上、MRI 検査件数 27 件/日以上、CT 検査件数 60 件/日以上となっている。病床稼働率は 2012 年に 80%を超えている。主要死亡原因は報告されていないが、主要疾患としては、慢性疾患が多い状況にある。産婦人科関係のデータが含まれて居ないため、この提供されたデータには敷地外に 3 つ病院の数値は含まれていないことがわかる。

・予算状況

本施設の予算は、他の病院同様保健省から得ている。

表 113 マザー・テレサ大学医療センターの収入（単位：千レク）

収 入	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	割合 (%)
政府割当金	4,080,500	4,339,720	4,601,000	4,749,479	5,227,844	96.7%
その他	870,946	500,733	298,959	392,465	173,778	0.3%
合 計	4,951,446	4,840,453	4,899,959	5,141,944	5,401,622	100.0%

出所：質問書回答

表 114 マザー・テレサ大学医療センターの支出（千レク）

支 出	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	割合 (%)
給与	1,015,749	1,405,626	1,526,223	1,576,858	1,608,395	46.5%
医薬品	1,220,062	1,608,629	1,361,984	1,296,712	1,603,358	46.4%
医療機材	-	-	-	-	-	0%
維持管理、試薬・消耗品、その他	66,532	99,985	133,595	163,847	245,178	7.1%
合 計	2,302,343	3,114,240	3,021,802	3,037,417	3,456,931	100.0%

出所：質問書回答

他の施設に比較すると、巨大な予算額となっている。医療機材は保健省による直接の投

資となり、病院予算としては計上されていない。マザー・テレサ大学医療センターにおいては、給与支出が 50%を超えておらず、医薬品と同じ比率となっていることから自由度が確保された運営がなされていることが伺える。

・人材と給与

職員数と平均給与は表 115 の通りである。

表 115 マザー・テレサ大学医療センターの職員数と平均給与

No	職 種	人 数	給与（レク）
1	専門医	500	68,620
2	薬剤師	24	71,700
3	看護師	1,170	44,600
4	検査技師	4	43,665
5	医療機器技術者	4	72,500
6	事務職員	97	55,000
7	その他	973	40,000
	合 計	2,772	

出所：質問書回答

1,450 床の病床に対して、職員が 2,771 人とかなり多い状況と言える。大学病院であるため診療行為だけではなく教員や指導を受けている職員も含まれており職員数が多くなっている状況が伺える。

医療機器と施設

数多くの施設が点在しているため、今回の調査では全体の把握は困難な状況である。一部の診療科の見学と調査を行い、機材状況を確認した。救急センターは昨年、欧州復興銀行のローンにより新しい施設が建設され、機材の調達も行われている。血管造営装置はまだ稼動しておらず現在準備中である。MRI、CT、および検査室についてはすでに稼動しており、患者の受け入れも行われている。腫瘍病院の ICU、および CT は新しくはないが、十分使用可能なレベルの装置が活用されていた。これらの調査から、多くの部署では整備状況が良好なことが予想され、現状、本施設においてはインフラに対する需要は少ないと思われる。

6.1.4 医療施設・医療機材の維持管理体制

「ア」国の公立病院においては維持管理に対する人材が比較的充実している。施設管理には IT や機械系の技術者が、そして医療機器については大学院で医療機器について教育を受け、研究を行った CE（Clinical Engineer）や電気系の技術者が配置されており、各病院で維持管理を行っている。病院のみで維持管理を行うことが困難な MRI や CT 等の大型機器についてはメーカーの代理店等と保守管理契約を結んでいる。保健省には国立バイオメディカルエ

ンエンジニアセンター（National Center for Biomedical Engineering）があり、各病院レベルで修理が困難な機材に対して援助を行っている。

現在、各病院での維持管理は修理作業のみが行われ、予防保守点検はあまり実施されていない。また、機材リストも 2007 年頃のデータしか残っておらず、各医療施設の現有機材の状況が十分に把握されていない。こうした状況を改善するための活動が、国立バイオメディカルエンジニアセンターにより実施される計画である。現在は、全国の医療機器の状況を把握するための現有機材リストの提出を、各病院に求めているところであった。そしてこの現有機材リストを基に、機材状況の分析を行い、予防保守点検、投資計画の作成、稼働率の向上化など、医療機器に対するマネジメントを強化する予定である。各種法令やガイドライン等も作成し、2007 年に作成されている、「ア」国の医療機器管理に関する国家政策（National Policy for Management of Medical Devices in Albania）を改定することにより進めて行く計画である。こうした取り組みの一環として、現在は各病院の職員である医療機器維持管理技術者を、将来国立バイオメディカルエンジニアセンターの所属に組織変更することも検討している。今回の調査の中ではこれらの活動に対する技術協力の希望がなされている。

6.1.5 私立病院の状況

「ア」国では、ティラナを中心に私立病院が多数設立されている。一部は地方都市にも小規模なものが設立されている。今回の調査ではいくつかの病院への訪問調査を試みたが、手続き上の問題で受け入れてもらえなかった。各種資料から「ア」国における規模の大きい私立病院は表 116 のとおり確認されている。

表 116 主な私立病院

病院名	web ページ	特徴	診療科	主要大型診断機材	病床数	ICU	手術室	透析
American Hospital	http://www.spitaliamerikan.com/	ティラナ 2 ヶ所、ドゥラス、フィエル、プリシュティナに展開。	内科、外科、小児科、産婦人科、救急診療等の主要科に加えて、各種専門診療科を有する。	超音波診断装置、MRI、CT、内視鏡、血液分析装置、救急車等	あり	あり	あり	あり
Hygeia Hospital	http://www.hygeia.al/	2007 年ギリシャ資本により設立された私立病院。	内科、外科、小児科、産婦人科、救急診療等の主要科に加えて、各種専門診療科を有する。	超音波診断装置、MRI、CT、骨密度測定、心臓用超音波診断装置、内視鏡、血液分析装置、救急車等	94 床	一般 16 床、NICU8 床	一般 9 室、産婦人科 5 室	10 床
German Hospital Tirana	http://www.spitaligjerman.com/	ドイツ資本とスタッフにより運営されている。すべてドイツの技術を使用して運用。	内科、外科、小児科、産婦人科、救急診療等の主要科に加えて、各種専門診療科を有する。	超音波診断装置、MRI、CT、心臓用超音波診断装置内視鏡、血液分析装置救急車等	あり	あり	あり	あり
Kompleksi Spitalor Universitar Zoja e Keshillit te Mire	http://www.unizkm.al/	Universitar Katolic の付属病院。	詳細不明	詳細不明	詳細不明	詳細不明	詳細不明	詳細不明
American Medical Surgical Center (AMSC)	詳細不明	詳細不明	詳細不明	詳細不明	詳細不明	詳細不明	詳細不明	詳細不明

6.1.6 医療インフラに係る EU 基準

現在、「ア」国における医療機器は全て CE マーク（商品が全ての EU 加盟国の基準を満たすものに付けられるマーク）を取得することが原則になっている。これは EU の規定を遵守しようとする意向があるためである。しかし、この原則は各医療機器の入札に個別に要求されている事項であり、今のところ法令等で規定されている状況ではない。国立バイオメディカルエンジニアリング・センターが今後作成してゆく法令やガイドライン等において、CE マークについての検討が行われる予定である。保健省の下部機関で、公立病院向けの医薬品調達と供給、および一部の医療機器の調達を行う機能があるメディカルストア（Medical Store）がこの規定を管理する可能性もあるとの説明があった。

6.1.7 医療インフラに係る国際機関/他ドナーの援助動向

別途国際機関の援助動向については分析されているが、医療インフラに特化すると、昨年まで実施されていたオーストリアによるローンが大規模なものとなっている。来年以降も世界銀行によるローンが計画されている。情報システムのハード面での支援が含まれることは決まっているようであるが、医療機器が含まれるかどうかは、まだ決まっていない。

6.1.8 民間企業動向

「ア」国に進出している日本企業はない。日本の医療機器メーカーの一部は、欧州の子会社を通じて代理店を設定し、医療機器の販売とサービスを行っている。これらの代理店は各メーカーのヨーロッパにある現地法人の管轄となっており、日本では十分に情報をつかんでいない場合も多い。欧州地域の医療機器メーカーも代理店を設定しており、これらのメーカーの方が活発に活動している状況にある。

6.1.9 関連インフラの整備状況

かつては発電能力の不足と送電網の不良により冬季極端な電圧低下が起こっていたが、日本の円借款による発電所と送電網の改善が行われ状況は大幅に改善されている。都市部においては、給排水についても整備されており、病院の運営には問題の少ない状況にある。

6.2 上記を踏まえた医療インフラ設備の優先度順位付の分析

(1) 2 次医療施設

2 次病院については、医療インフラ整備の需要は病院において差があるものの、いずれの病院についても、整備の需要があり、病院別にその優先度を検討する必要がある。また、現在各病院の活動状況を鑑みると、病院施設を機能縮小し、地域と需要に合った効果的な活動が出来るように、システムを変更していく必要もある。

施設の増改築や新設は、現地側予算で進められている例が多いため、現在は、施設よりも医療機器に対する整備の必要性が高いと判断される。また、稼働率が低い県病院について

は、現在の入院設備を廃止して、外来と現在も行っている救急サービスのみを提供するディケア・センターに改革する計画を保健省で検討されている。この機能変更に合わせて、機材を更新・強化する必要性も高い。

表 117 地域病院に必要な機材

部署	主な対象機材
画像診断	MRI、CT、透視撮影装置、一般 X 線撮影装置、CR ユニット、画像プリンター、超音波診断装置（一般および心臓用） 等
内視鏡	上部消化管ビデオ内視鏡、下部消化管ビデオ内視鏡、内視鏡ビデオカメラセット 等
検査室	血球カウンター、生化学分析装置、電解質分析装置、遠心分離機 等
手術室	无影灯、手術台、電気メス、麻酔器、患者モニター、吸引器 等
ICU	患者モニター、吸引器、人工呼吸器、ICU ベッド、輸液ポンプ、シリンジポンプ 等
歯科	歯科ユニット、オートクレーブ 等
救急	ECG、患者モニター、酸素吸入セット、蘇生器 等

表 118 県病院に必要な機材

部署	主な対象機材
画像診断	一般 X 線撮影装置、CR ユニット、画像プリンター、超音波診断装置（一般用） 等
内視鏡	上部消化管ビデオ内視鏡、下部消化管ビデオ内視鏡、内視鏡ビデオカメラセット 等
検査室	血球カウンター、生化学分析装置、電解質分析装置、遠心分離機 等
歯科	歯科ユニット、オートクレーブ 等
救急	ECG、患者モニター、酸素吸入セット、蘇生器 等

表 119 ディケア・センター

部署	主な対象機材
画像診断	一般 X 線撮影装置、CR ユニット、画像プリンター、超音波診断装置（一般用） 等
検査室	血液分析装置、生化学分析装置、電解質分析装置、遠心分離機 等
歯科	歯科ユニット、オートクレーブ 等
救急	ECG、患者モニター、酸素吸入セット、蘇生器 等

表 120 に示す 3 地域は、他の地域に比較して、表 72 で示したように、貧困度も高く（コルチャ地域、ディブラ地域）、また観光客が多く夏季に人口の増加が大きいこと（ヴロラ地域）、更に、保健大臣から口上説明のあった地域拠点病院整備構想等の候補地域になっているといった理由により、整備強化の需要が高いと理解のうえ検討を行った。具体的には、各地域と施設の更なる調査が必要である。

表 120 対象となる施設

地域	地域の特徴	対象施設
コルチャ地域	貧困度の高い地域	コルチェ地域病院、デヴェレ県病院、コロ ンジェディケアセンター、ポグラデスデ イケアセンター
ディブラ地域	貧困度の高い地域	ディベル地域病院、ブルクウイゼディケア ーセンター、マッティディケアセンター
ヴロラ地域	観光客が多く、夏季に人口の増加が大きい 地域	ヴロラ地域病院、サランダ県病院、デルビ ネディケアセンター

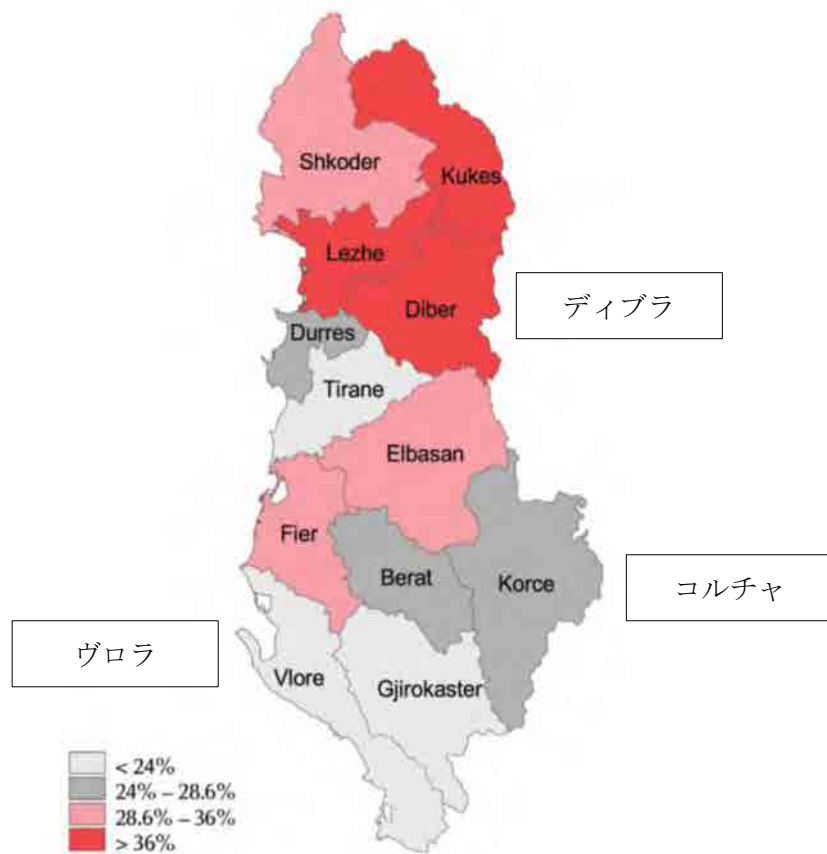


図 5 地域別貧困率

出所：INSTAT(2004)

(2) 1 次医療施設

1 次医療施設においては、医師による問診と往診により医療サービスの提供を行っている。検査や手術・医療機器を使用する治療等は 2 次病院にて行うため、1 次医療施設としては、医療機材の需要は少ない。また施設についても、問診が中心の診療活動であるため、一般的な部屋を活用することができ、市による予算や施設の確保及び比較的安価な維持管理が可能となり、施設についての需要も少ない。

(3 次医療施設)

3 次医療施設については、比較的予算配分がなされて、保健省予算による施設・医療機器の整備に加えて、ドナーの援助も入っているため、インフラに対する需要は少ないことが確認された。

第 7 章

第7章 「ア」国における課題と案件形成への提言

7.1 保健セクターの現状と課題

(1) 高齢化の兆候

「ア」国では経済の発展や医療技術の進歩により人口の高齢化が進んでいる。未だ15歳以下人口が65歳以上の老年人口を上回っており、また出生率の動向や海外移住者の帰還などの不確定要素は排除できないものの、今後、徐々に両者間の差は縮まり、高齢化とこれによる高齢者医療負担の増大が予測される。

(2) 疾病構造の変化

病院統計によると、感染症や寄生虫症は減少に転じているが、呼吸器系や消化器系疾患、妊娠中の合併症、外傷事故等は横ばいの状況にあり、生活習慣病といわれる循環器系疾患や腫瘍、新生児疾患は増加傾向を呈している。死亡要因も一般的には改善がもたらされていると言えるものの、外傷事故は横ばい、腫瘍や循環器疾患をはじめ新生児疾患などは増加傾向にある。これらの増加傾向にある疾病に対応するためには、発症現場に近い医療施設における適切な初期診療、早期診断と早期治療が重要となる。

(3) 2次医療施設の「バイパス」現象

「ア」国では、患者が首都の3次医療施設へ集中するという「バイパス」現象が生じており、2次医療施設の稼働率が著しく低い。主な原因は2次医療サービスを担う地域病院や県病院のサービス体制が脆弱であることと推察される。今回調査したドゥラス、エルバサン、ヴロラの地域病院では、比較的多くの機材が老朽化しており、全般的に2次保健医療施設としてのサービス機能を果たすために必要な医療機材が不足している印象であった。いずれも病床稼働率は低く、十分な病院収入が得られず、保健省の2次医療施設に対する予算も十分ではないため、インフラや機材整備にかけられる資金が不足する悪循環に陥っていると考えられる。施設運営マネジメント能力の低さや病院の整備状況により、住民がより良いサービスを求めて3次医療施設に集中していると考えられる。

7.2 今後の協力に関する提言

近年の高齢化の兆候、早期の診断・治療ニーズの増大をふまえると、2次医療施設の「バイパス」現象は「ア」国保健セクターにおける根源的問題のひとつと言える。その主原因は脆弱な地域医療サービス体制にあると調査結果は示唆している。したがって、地域病院の整備を提言したい。保健省関係者とも協議したところ、問題認識が共有でき、さらに「ア」国の地理的な拠点地域と言えるヴロラ（南西部・沿岸地域）、ディブラ（北東部）、コルチャ（南東部）などは、地域の拠点病院としての機能強化が求められるとの見解を聴取した。

⁶⁷。なお、地域病院の整備のみならず、域内病院（県病院等）の整備も併せて進める必要が

⁶⁷ 北西部はドゥラスが担う。ドゥラスはティラナに次ぐ都市であり、そこにあるドゥラス地域病院はある程度

ある。

さらに、医療機材をはじめとする医療施設インフラの整備に併せて、地域医療サービスの活性化を実現するためには、診療リファラル体制の在り方や医療施設間の連携など施設運営の強化を図ることも必要である。整備される医療機材を有効に活用するためには、医療機材の維持管理を担っているバイオメディカルエンジニアリング・センターの機能強化を進めることも必要である。これら分野の機能強化についても技術協力学スキームの活用により支援を図るニーズは高いと考えられる。

なお、「ア」国の「国家統一・開発戦略（NSDI）2007-2013」および現政権で修正検討中の NSDI 2014-2020 草稿でも、一貫して生活習慣病などの疾患への対応の必要性は指摘されており、かつ NSDI 2014-2020 では、診療サービスへのアクセス拡大の目標を達成するために、医療サービスインフラの整備や基礎医療（2 次医療を含む）へのアクセス向上を方針としており、上記提言の「ア」国での政策的重要性は高いと考えられる。

具体的な整備の内容を下記に示す。

（1）地域医療施設における医療機材の整備

医療機材の整備は地域単位で進める。候補 3 地域（ディブラ、コルチャおよびヴロラ）の医療施設の状況と整備機材案は表 121（章末）に示すとおりである。なお、あくまで本案は、今回調査したドゥラスおよびエルバサンの地域病院の状況から一般的な地域病院の状況を推察し、これを候補 3 地域の医療施設に当てはめたものである。したがって、より具体的な整備機材ニーズは、当該地域の医療施設の状況や疾病動向等を詳細に調査の上で確認することが必要である。

なお、域内の医療資源を有効に活用するためには、地域病院の傘下に位置づけられている県病院を「デイ・ケアセンター」⁶⁸に機能縮小し、地域病院の機能強化の方に投資する資源再配分の検討も必要と考える。具体的には、コルチャとヴロラの 2 県において、県病院の一部を「ディケア・センター」に転換し、その入院加療サービス（病棟）は、地域病院や他の県病院に移管する。

（2）技術分野

1) 診療リファラル体制の強化

上記の域内資源の再配分を機能させるためには、施設間における連携メカニズムを強化することが必要であり、NSDI 2014-2020 では、「1) 診療サービスへのアクセス拡大」を実現するためには、1 次医療サービスを担うファミリードクターを基盤として 1 次から 3 次のリファラル体制を適切に機能させることが重要としている。同戦略内で、サービス・施設の管理能力向上とサービスの質的向上も謳っており、専門家による技術的な支援のニーズは高い。特に県病院の機能縮小により地域住民の診療サービスへのアクセスが悪化する

の整備が行われている状況にある。なお、地域分けに基づく拠点病院整備構想は、保健大臣からの口上説明があったもので、NSDI 2014-2020 をはじめとする保健政策関連文書にはない。

⁶⁸ 「ア」国で検討中の新しい施設。外来と緊急医療サービスのみ提供するものであり、1 次・2 次医療の中間的位置づけのもの。

ことが無いように配慮することが重要である。

2) 国立バイオメディカルエンジニアリング・センターの機能強化

現在、医療機材は各医療施設により維持管理が行われている。しかし、医療機材のインベントリは長期間更新されておらず、実情に基づく維持管理計画や各種ガイドラインが備わっていない状況にある。保健省からの口上説明によると、「ア」国は現在、EU 基準を念頭に入れた法整備や維持管理を含めたガイドライン等の作成を検討している。国内で一括して医療機材管理を担っている保健省傘下機関の国立バイオメディカルエンジニアリング・センターが中心となり、これらのガイドライン等を作成していく立場にあり、当センターに対し、維持管理体制等を強化するための技術指導を進めるニーズは高い。

3) 病院運営能力の強化

医療機材整備の対象医療施設に関して、投入の効果を最大限高めるためには、病院運営能力の強化が有効となる。具体的には保健システム強化や 5S-KAIZEN-TQM などの研修をはじめとする技術指導を通して、病院運営能力の強化や保健人材分野の育成を図ることが期待される。NSDI2007-2013 から一貫して重要性が認識されており、2014-2020 案では「サービス・施設の管理能力向上とサービスの質的向上」を達成するために医療施設における臨床運営および一般業務運営の改善を方針としていることから、病院運営能力強化に対する支援の重要性は高いと言える。

7.3 今後の確認事項

本調査の提言を事業化するには、7.2 (1) にて記載の通り、当該地域の医療施設の状況や疾病動向等の確認が必要である。これに加え、医療機材の更新・補充整備の事業化を図るためには、維持管理を担う人材や財源などの手当は十分に配慮されているか、その計画に現実性はあるかといった観点より、事業の内容や規模を検討することが求められる。

「ア」国の保健分野では、現在、制度改革議案の一つに、現行の医療保険制度を見直し、保険収入の増加を図ることが関心事となっている。また、上述のとおり、医療サービス体制の在り方を見直し、活性化を図り、限られた医療資源を有効に活用したい意向がある。現政権下における、上記のような取り組みは、医療施設の運営やインフラの整備・管理についても好影響を及ぼすであろうと考える。

人材育成については、スイス政府が中心となり医療従事者の人材育成に取り組んでいる等、整備される機材の有効活用に繋がる可能性は高い。ただし、医療機材の維持管理については、技術分野の提言で触れているとおり、医療機材の整備に併せた維持管理スキルは不足しており、その強化を進めることが求められている。

表 121 整備の候補にあげられている 3 地域の医療施設と整備機材（案）

	地域/施設	病床数	入院患者数	病床利用率	手術件数	計画上の施設レベル
1	ディブラ（3 県）					
	地域病院	295	6,895	43.4	533	地域病院

	県病院 (Bulqize)	65	1,347	40.8	-	県病院
	県病院 (Mat)	148	3,039	36.4	523	県病院
2	コルチャ (4 県)					
	地域病院	463	11,207	40.2	1,487	地域病院
	県病院 (Devoll)	41	1,002	32.7	-	ディケア・センター
	県病院 (Kolonje)	83	650	11.5	95	ディケア・センター
	県病院 (Pogradec)	165	3,630	21.2	653	県病院
3	ヴロラ (3 県)					
	地域病院	591	15,847	55.5	2,107	地域病院
	県病院 (Delvine)	30	148	9.4	-	ディケア・センター
	県病院 (Sarande)	85	3,458	48.8	477	県病院

出所：「ア」国保健省（病床数や患者数は 2012 年の統計値）

1) 地域病院の機材内容（ディブラとコルチャ）

	部門・機材名	数量		部門・機材名	数量
画像診断			検査		
1	MRI*	1	1	血液分析装置*	1
2	CT*	1	2	生化学分析装置	1
3	一般撮影 X 線装置*	1	3	電解質分析装置	1
4	透視撮影 X 線装置*	1	4	免疫検査装置	1
5	CR 装置*	1	5	ホルモン検査装置	1
6	超音波診断装置（産婦人科）*	1	6	血液保冷库*	1
7	超音波診断装置（循環器）*	1	7	血液冷凍庫*	1
内視鏡			手術部		
1	内視鏡（上部消化器）*	2	1	无影灯*	3
2	内視鏡（下部消化器）*	2	2	手術台*	3
3	気管支内視鏡*	1	3	電気メス*	3
集中治療室			4	バイタルサインモニター*	3
1	人工呼吸器	5	5	麻酔器	3
2	バイタルサインモニター*	5	救急部		
3	ICU ベッド*	5	1	ECG*	1
歯科			2	バイタルサインモニター*	5
1	歯科診療ユニット・チェア*	1	3	吸引器	5
2	滅菌器	1	4	人工呼吸器	5
3	歯科診療器具	1	5	ICU ベッド*	5
			6	輸液ポンプ*	5
			7	シリンジポンプ*	5

*は本邦品の機材が想定可能な医療機材

2) 地域病院の機材内容（ブローラ地域）

	部門・機材名	数量		部門・機材名	数量
画像診断			検査		
1	一般撮影 X 線装置*	1	1	血液分析装置*	1
2	透視撮影 X 線装置*	1	2	生化学分析装置	1
3	CR 装置*	1	3	電解質分析装置	1
4	PACS システム	1	4	免疫検査装置	1
5	超音波診断装置（循環器）*	1	5	ホルモン検査装置	1
内視鏡			6	血液保冷库*	1
1	内視鏡（上部消化器）*	2	7	血液冷凍庫*	1
2	内視鏡（下部消化器）*	2	救急部		
3	気管支内視鏡*	1	1	ECG*	1
歯科			2	バイタルサインモニター*	5
1	歯科診療ユニット・チェア*	1	3	人工呼吸器	5
2	滅菌器	1	4	ICU ベッド*	5
3	歯科診療器具	1	5	輸液ポンプ*	5
			6	シリンジポンプ*	5

*は本邦品の機材が想定可能な医療機材

3) 県病院の機材内容（1 施設あたり）

	部門・機材名	数量		部門・機材名	数量
画像診断			検査		
1	一般撮影 X 線装置*	1	1	血液分析装置*	1
2	透視撮影 X 線装置*	1	2	生化学分析装置	1
3	CR 装置*	1	3	電解質分析装置	1
4	超音波診断装置（産婦人科）*	1	4	遠心器*	1
内視鏡			手術部		
1	内視鏡（上部消化器）*	1	1	无影灯*	3
2	内視鏡（下部消化器）*	1	2	手術台*	3
3	保管庫*	1	3	電気メス*	3
集中治療室			4	バイタルサインモニター*	3
1	人工呼吸器	5	5	麻酔器	3
2	バイタルサインモニター*	5			
3	ICU ベッド*	5			
救急部			歯科		
1	ECG*	1	1	歯科診療ユニット・チェア*	1
2	バイタルサインモニター*	1	2	滅菌器	1

*は本邦品の機材が想定可能な医療機材

4) ディケア・センターの機材内容（1施設あたり）

	部門・機材名	数量		部門・機材名	数量
画像診断			検査		
1	一般撮影 X 線装置*	1	1	血液分析装置*	1
2	透視撮影 X 線装置*	1	2	生化学分析装置	1
3	CR 装置*	1	3	電解質分析装置	1
4	超音波診断装置（産婦人科）*	1	4	遠心器*	1
内視鏡			手術部（簡易）		
1	内視鏡（上部消化器）*	1	1	吸引器	1
2	内視鏡（下部消化器）*	1	2	処置台*	1
3	保管庫*	1	歯科		
救急部			1	歯科診療ユニット・チェア*	1
1	無影灯*	2	2	滅菌器	1
2	ECG*	2			
3	バイタルサインモニター*	2			

*は本邦品の機材が想定可能な医療機材

5) ディブラ、コルチャ、ヴロラの各地域における機材費試算額（単位：円）

地域・施設名	数量	1 施設当り		地域計
		小計	計	
(1) ディブラ地域				972,100,000
地域病院	1	572,000,000	572,000,000	
県病院	2	200,050,000	400,100,000	
ディケア・センター	-	-	-	
(2) コルチャ地域				985,550,000
地域病院	1	572,000,000	572,000,000	
県病院	1	200,050,000	200,050,000	
ディケア・センター	2	106,750,000	213,500,000	
(3) ヴロラ地域				529,650,000
地域病院	1	222,850,000	222,850,000	
県病院	1	200,050,000	200,050,000	
ディケア・センター	1	106,750,000	106,750,000	
			合 計	2,487,300,000

添付資料

1. 調査団氏名・所属

No	氏名	職種	所属
1	野崎 保	総括/保健医療計画	株式会社フジタプランニング
2	金子 昭生	医療施設/機材	合同会社 AMHN

調査日程案

別添2

日数	月日		業務内容
1	2014/3/16	日	成田発→チューリッヒ経由→ベオグラード着
2	2014/3/17	月	AM: JICAバルカン事務所と協議 PM: ベオグラード発→スコピエ経由→ティラナ着
3	2014/3/18	火	AM: アルバニアにてJICA関係者と協議 (アルバニアでの調査スケジュールについて) PM: 保健省訪問(調査のための会議、インタビュー、関連施設への訪問等計画・日程確認)
4	2014/3/19	水	保健省・財務省訪問協議
5	2014/3/20	木	国際機関、医療保障機関 調査
6	2014/3/21	金	政府機関調査 (大学、1次～3次医療施設)
7	2014/3/22	土	情報整理・団内協議
8	2014/3/23	日	情報整理・団内協議
9	2014/3/24	月	政府機関調査 (大学、1次～3次医療施設)
10	2014/3/25	火	政府機関調査 (大学、1次～3次医療施設)
11	2014/3/26	水	民間企業調査 (医療機器代理店、民間病院)
12	2014/3/27	木	他ドナー・国際機関調査
13	2014/3/28	金	保健省訪問・協議
14	2014/3/29	土	情報整理・団内協議
15	2014/3/30	日	情報整理・団内協議
16	2014/3/31	月	既存調査資料整理 (不足データ等を確認する)
17	2014/4/1	火	ティラナ発→プリシュティナ着 保健省、JICAコソボ事務所訪問
18	2014/4/2	水	AM: コソボにて関係者と協議 (コソボでの調査スケジュールについて) PM: 保健省訪問(調査のための会議、インタビュー、関連施設への訪問等計画・日程確認)
19	2014/4/3	木	政府機関調査 (大学、1次～3次医療施設)
20	2014/4/4	金	政府機関訪問 (財務省、外務省、医療保障機関、公衆衛生センター)
21	2014/4/5	土	情報整理・団内協議
22	2014/4/6	日	情報整理・団内協議
23	2014/4/7	月	政府機関調査 (大学、1次～3次医療施設)
24	2014/4/8	火	政府機関調査 (大学、1次～3次医療施設)
25	2014/4/9	水	民間企業訪問 (医療機器代理店、民間病院)
26	2014/4/10	木	他ドナー・国際機関調査
27	2014/4/11	金	他ドナー・国際機関調査
28	2014/4/12	土	情報整理・団内協議
29	2014/4/13	日	情報整理・団内協議
30	2014/4/14	月	保健省訪問・協議
31	2014/4/15	火	保健省とJICAコソボ事務所への調査結果報告
32	2014/4/16	水	プリシュティナ発→スコピエ着 スコピエ発→ベオグラード着
33	2014/4/17	木	バルカン事務所への調査結果報告、帰国挨拶
34	2014/4/18	金	ベオグラード発→チューリッヒ着
35	2014/4/19	土	成田着

(1) コソボ 面談者リスト

		氏名	職位	所属部署
1	保健省	Dr. Ferid AGANI	Minister of Health	Ministry of Health
		Dr. Gani SHABANI	General Secretary	Ministry of Health
		Dr. Curr GJOCAJ	Director	Department of Health Service
		Mr. Mentor SADIKU	Director	Department for European Integration and Policy Coordination
		Ms. Zena HARAQIJA	Ditto	Ministry of Health
2	国立公衆衛生局	Dr. Naser RAMADANI	Director	National Institute of Public Health
3	コソボ医療機構	Mr. Arianit JAKUPI	Chief Executive Director (CEO)	Kosovo Medicines Agency
4	コソボ大学医療センター	Dr. Nijazi GASHI	Executive Director	University Clinical Centre Hospital of Kosovo
		Dr. Nexhmedin SHALA	Executive Assistant for Health Issues	University Clinical Centre Hospital of Kosovo
		Mr. Agron BOSHNIJAKU	Chief of Biomedical Services	University Clinical Centre Hospital of Kosovo
5	プリシュティナ大学医学部	Mr. Agron BOSHNIJAKU	Chief of Biomedical Services	Faculty of Medicine, University of Prishtina
6	国連開発計画	Dr. Salih AHMETI	Dean of Faculty of Medicine	United Nations Development Programme
7	スイス開発援助庁	Mr. Christoph Lang	Deputy Director	Swiss Cooperation Office Kosovo
		Ms. Merita Stavileci MUSTAFA	Senior National Programme Officer	Swiss Cooperation Office Kosovo
8	ルクセンブルグ開発協力	Ms. Aferdita Ademi-Osmani	Chief Technical Advisor	Luxembourg Cooperation
		Mr. Poul Thim	Consultant, Health Advisor	Luxembourg Cooperation
9	欧州連合	Mr. Samir SELIMI	Social Development Task Manager / C	European Union Office in Kosovo
10	世界保健機構	Dr. Skender Sylva	Head of Office	World Health Organization Prishtina
11	メインファミリー保健センター (ミトロヴィツァ)	Dr. Fevzi Sylejmani	Director	Main Family Health Centre Mitrovica
		Dr. Nexhat Cuni	-	Main Family Health Centre Mitrovica
12	地域病院(ミトロヴィツァ)	Dr. Agim Peci	Director, Ophthalmologist	Regional Hospital Mitrovica
13	メインファミリー保健センター (ジャコヴァ)	Dr. Violeta XERXA	Director	Main Family health Centre Gjakova
14	地域病院(ジャコヴァ)	Dr. Haxhi KAMBERI	Executive Director	Regional Hospital Gjakova
15	地域病院(プレズレン)	Dr. Lumnije HOXHA	Medical Director, Ophthalmologist	Regional Hospital Prizren
		Mr. Shyari HASANI	Nursing Director	Regional Hospital Prizren
		Mr. Qazim Gashi	Administrative Director	Regional Hospital Prizren
16	アロカ外科クリニック	Dr. Halit MALOKU	Chief Executive Officer	Surgical Clinic ALOKA
17	国際医療病院	Mr. Muhammed UCKARDES	Operation Manager	International Medicine Hospital
18	JICA コソボ	Ms. Kanako TERUI	ODA Advisor to Ministry of European	JICA Kosovo
		Ms. Arberore RIZA	Technical Coordinator	JICA Kosovo

(2) アルバニア 面談者リスト

		氏名	職位	所属部署
1	総理府	Ms. Majlinda DHUKA	Deputy Secretary General	Department of Develop. Programming, Financing and Foreign Aid
		Mr. Ilir BEQAJ	Minister	Ministry of Health
2	保健省	Mrs. Milva EKONOMI	Deputy Minister	Ministry of Health
		Mr. Romeo ZEGALI	Director	EU Integration and Information with Donor
		Dr. Gazmed BEJTJA	Head of Department	Public Health
		Dr. Petro MERSINI	Director	Department of Hospital Planning
3	国立公衆衛生局	Prof. Genc BURAZERI	Deputy Director	Institute of Public Health
		Ms. Florida BELULI	Assistant of the Director	Institute of Public Health
4	社会保険局	Dr. Astrit GECI	General Director	Compulsory Insurance Fund Healthcare
		Mr. Margarit EKONOMI	IT Adviser to the General Director	Compulsory Insurance Fund Healthcare
5	国立臨床工学センター	Mr. Paulin KODRA	Director	National Center for Biomedical Engineering
6	ブローラ地域病院	Dr. Mersini BRUNA	Director, Ophthalmologist	Vlore Hospital
7	スイス開発援助庁	Mr. Sokol HAXHIU	National Programme Officer	Swiss Agency for Development and Cooperation
8	世界銀行	Ms. Elda Hafizi	Program Assistant, LARS	World Bank
9	マザーテレサ大学医療センター	Ms. Ogerta MANASTIRLIU	General Director	Mother Teresa University Hospital Center
		Ms. Eliana PETALLA	Head of Statistic Department	Mother Teresa University Hospital Center
		Mr. Ilir AKSHIJA	Statistics Department	Mother Teresa University Hospital Center
		Mr. Dritan LENA	IT Department	Mother Teresa University Hospital Center
		Ms. Irma HOXHA	Clinical Engineering Department	Mother Teresa University Hospital Center
		Dr. Maksim BASHO	Head of Emergency New Hospital	Mother Teresa University Hospital Center
		Dr. Ndok MARKU	Head of Laboratory Department of Emergency New Hospital	Mother Teresa University Hospital Center
		Dr. Aida CANO	Senior Technical Staff of Laboratory	Mother Teresa University Hospital Center
13	呼吸器大学病院	Dr. Epaninonda FYPE	Director	University Hospital for Pulmonary, Tirana
14	ポリクリニック No.3	Dr. Valdete MALAJ	Internal Medicine (Endoscopy)	Polyclinic of Specialties No. 3
15	ドゥレス地域病院	Mrs. Ardiola FRASHERI	Director	Durres Regional Hospital
		Dr. Almo TEDESKINI	Deputy Director, Continuous Education	Durres Regional Hospital
		Mr. Ilir DODA	Head of Radiology	Durres Regional Hospital
		Ms. Alma DAUTI	Clinical Engineer	Durres Regional Hospital
16	エルバサン地域病院	Dr. Alban HOXHA	Deputy Director, General Surgeon	Elbasan Regional Hospital
17	カバジェロ保健センター	Dr. Kujtim VEIZI	Director	Health Centre of Family Doctors, Kavaje
18	JICAバルカン事務所	Mr. Toshiya ABE	Resident Representative	JICA Balkan Office
		Mr. Ryuichi ITO	Assistant Resident Representative	JICA Balkan Office
		Mr. Toru OGURA	Project formulation Advisor	JICA Balkan Office
17	JICA Albania Office	Mr. Sokol KONOM	Technical Coordinator	JICA Albania