

モンゴル国 地方医療改善計画プロジェクト形成 調査報告書

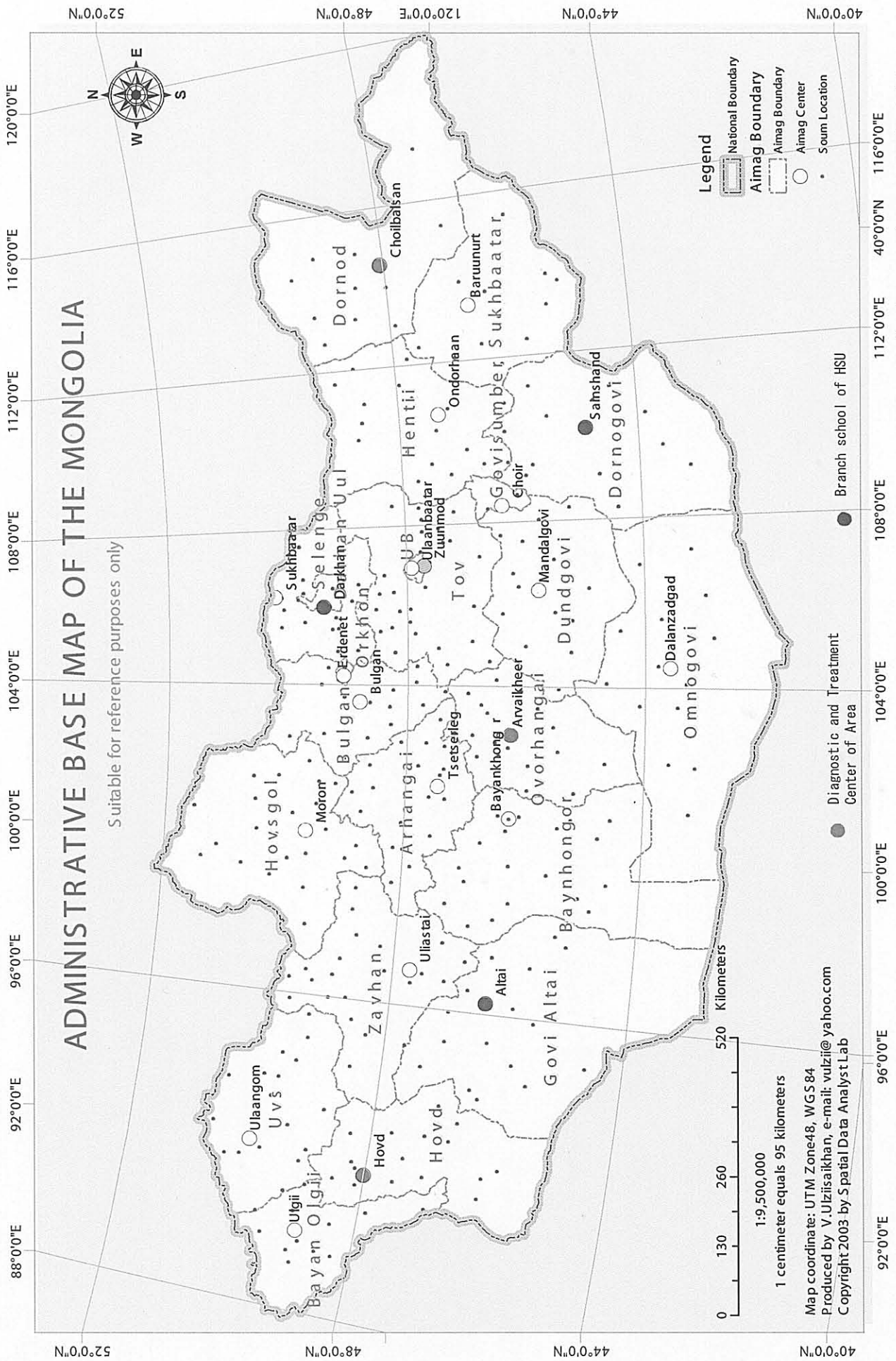
平成18年4月
(2006年)

独立行政法人 国際協力機構
モンゴル事務所

モン事
JR
06-04

ADMINISTRATIVE BASE MAP OF THE MONGOLIA

Suitable for reference purposes only



Legend

- National Boundary
- Aimag Boundary
- Aimag Center
- Soum Location

0 130 260 520 Kilometers

1:9,500,000
1 centimeter equals 95 kilometers

Map coordinate: UTM Zone48, WGS84
Produced by V. Ulziisaikhan, e-mail: vulziil@yahoo.com
Copyright 2003 by Spatial Data Analyst Lab

Names and boundary representation are not necessarily authoritative. Proper names on this product may not conform to standard geographic names.

健康科学大学



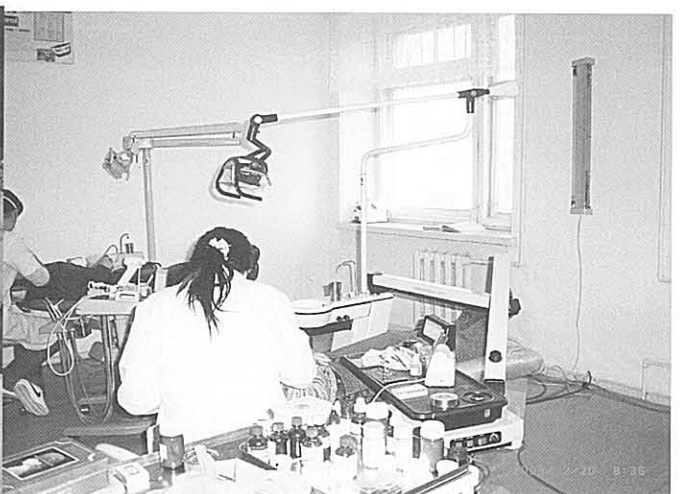
健康科学大学概観



学長との協議



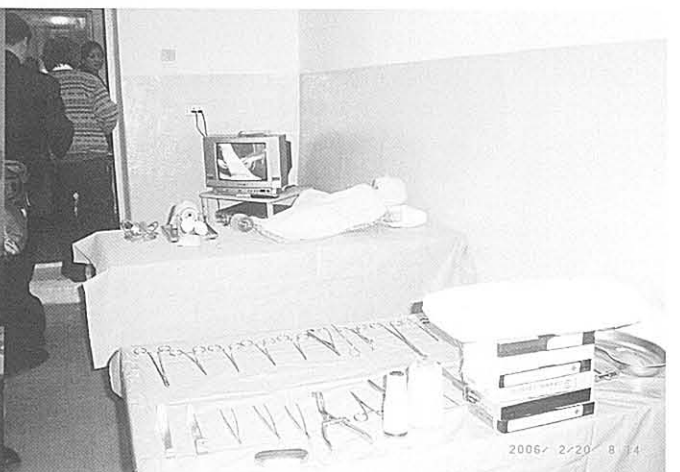
学生実習風景



歯科臨床実習室



学生図書室



外科実習教材器具

大学分校



ダルハンオール大学分校の実習教材器具



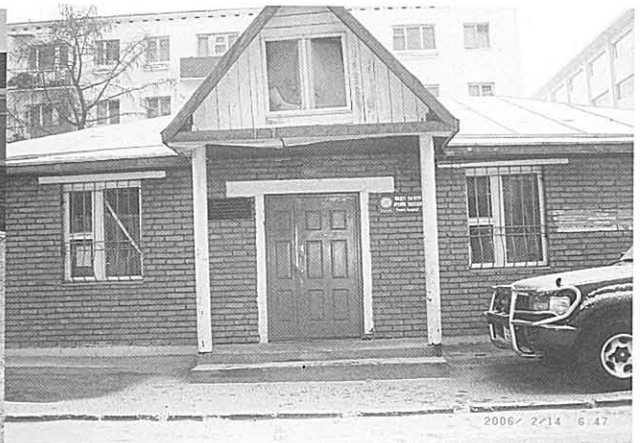
ダルハンオール大学分校の実習室

保健医療機関概観

1. ウランバートル市



ファミリー病院



地区ヘルスセンター



国立第二病院



国立第一病院

2. 地方の保健医療機関概観



ウブスフハンガイ県南部地域診断治療センター



ウブスフハンガイ県村病院(元村間病院)



ウブスフハンガイ県地方病院



ホブド県西部診断治療センター

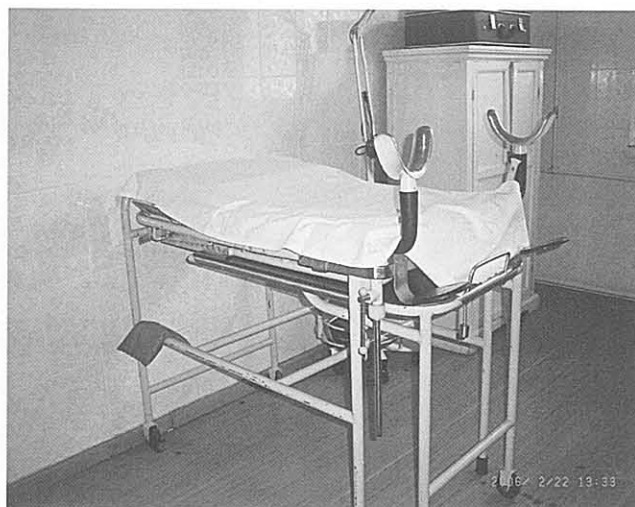


ホブド県ファミリー病院

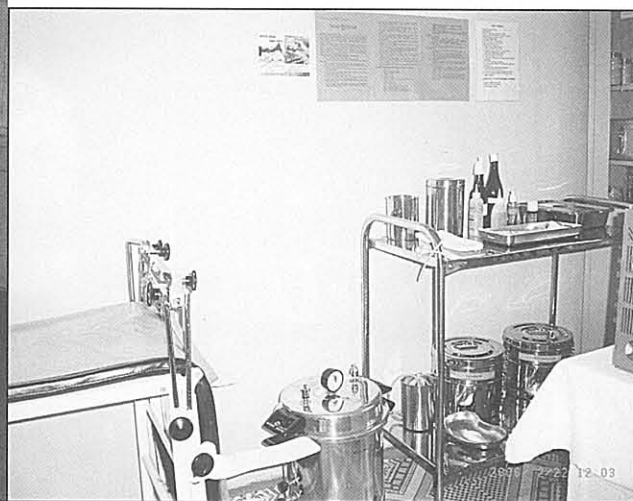


ホブド県村病院

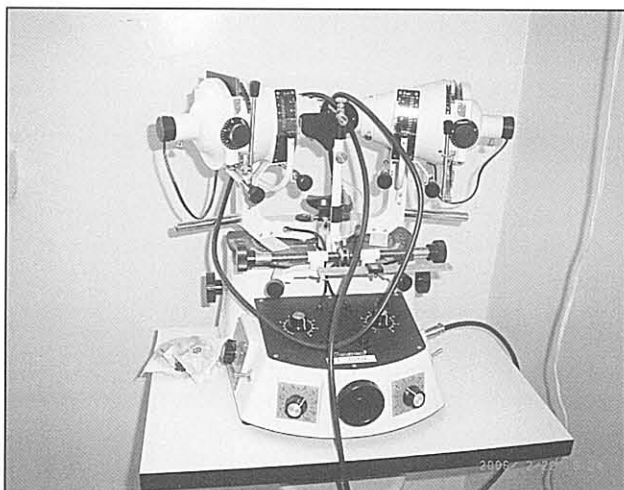
3. 保健医療機関内部概観



ウブハンガイ県村病院の分娩室



ウブハンガイ県村病院の産科診察室



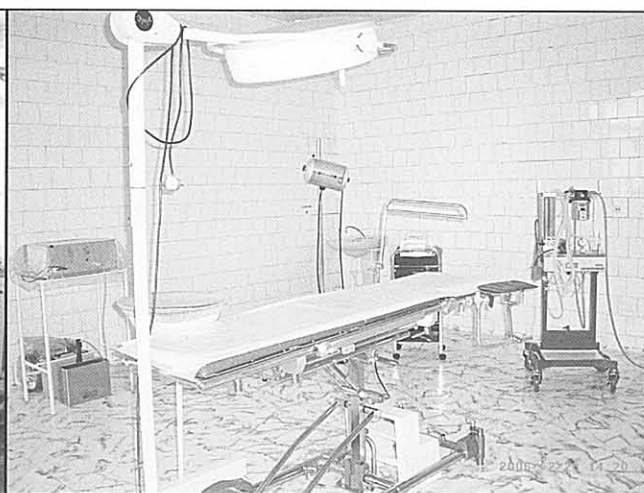
南部地域診断治療センターの最新眼科機器



ウブハンガイ県ファミリ病院の診察風景



ウブハンガイ県村病院（元村間病院）手術室



ウブハンガイ県地方病院手術室

略 語 表

ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
ADRA	Adventist Development & Relief Agency	キリスト開発救済機構
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
CDC	Center for Diseases Control	米国疾病コントロールセンター
CEC	Commission of the European Communities	欧州委員会
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
DfID	Department for International Development	英国国際開発省
DOTS	Directly Observed Treatment Short course	短期化学療法を用いた直接監視 下治療
DPRS	Development and Poverty Reduction Strategy	開発貧困削減戦略
DPT	Diphtheria, Peruses and Tetanus	三種混合ワクチン (ジフテリア、百日咳、破傷風)
EAR	European Agency for Reconstruction	欧州復興機関
EBRD	European Bank for Reconstruction and Development	欧州復興開発銀行
EGSPRS	Economic Growth Support and Poverty Reduction Strategies	経済成長と貧困削減戦略
EIB	European International Bank	欧州国際銀行
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大プログラム
EU	European Union	欧州連合
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GFATM	Global Fund to Fight AIDS ,Tuberculosis and Malaria	エイズ、結核及びマラリア撲滅 グローバル基金
GNI	Gross National Income	国民総所得
HDI	Human Development Indicator	(UNDP) 人間開発指数
HIF	Health Insurance Fund	健康保険基金
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
IDA	International Development Association	国際開発協会
IDB	Inter-American Development Bank	米州開発銀行
IDD	Iodine Deficiency Disorders	ヨード欠乏症
IMCI	Integrated Management of Child Illness	子どもの疾患への統合的管理
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
JICWELS	Japan International Cooperation of Welfare Service	社団法人国際厚生事業団
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MMR	Maternity Mortality Rate	妊産婦死亡率
NATO	North Atlantic Treaty Organization	北大西洋条約機構
NGO	Non-Government Organization	非政府機関
NORAD	Norwegian Agency for Development	ノルウェー開発協力庁
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助

OECD	Organization for Economic Co-operation and Development	経済協力開発機構
PHC	Primary Health Care	プライマリ・ヘルス・ケア
RDTC	Regional Diagnostic and Treatment Centre	地域診断治療センター
UB	Ulaanbaatar	ウランバートル
UNAIDS	United Nations for AIDS Programme	国連エイズ計画
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees	国連難民高等弁務官事務所
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関

目 次

地 図
写 真
略語表

第1章 調査の概要	1
1-1 背景と目的	1
1-1-1 背 景	1
1-1-2 目 的	2
1-2 調査団の構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者リスト	4
第2章 一般概況	7
2-1 自然状況	7
2-2 社会・経済状況	7
2-3 人口動態	8
2-3-1 人 口	8
2-3-2 死 亡	9
2-4 保健の概要	11
第3章 保健医療分野の現状	14
3-1 保健医療行政、保健政策及び保健予算	14
3-1-1 保健医療行政	14
3-1-2 保健政策	15
3-1-3 保健関連予算	18
3-2 保健医療サービス供給体制	19
3-2-1 保健医療システム	19
3-2-2 保健医療機関の分布状況	21
3-2-3 保健医療従事者の配置状況	21
3-2-4 保健医療人材育成の現状と課題	22
3-2-5 保健医療サービスの利用とアクセス状況	28
第4章 保健医療現地踏査結果	30
4-1 現地踏査結果概要	30
第5章 保健分野の援助動向	33
5-1 これまでの経緯と援助動向	33
5-2 二国間・国際機関・NGOの援助状況・動向	34

第6章 我が国の協力の可能性	39
6-1 協力方針	39
6-2 協力案	40
6-3 協力にあたっての留意点	41

付属資料

1. 協議議事録	45
2. HSMP Strategies, outcomes, strategic, timeframe and responsibilities	57
3. 現地踏査結果	68
4. 保健分野で実施中のプロジェクト一覧表	87
5. 現地収集資料リスト	88

第1章 調査の概要

1-1 背景と目的

1-1-1 背景

モンゴル国（以下、「モンゴル」と記す）の平均寿命は男性 61.64 歳、女性 67.77 歳であり、世界的にみても短命な国に位置づけられる。最も直近リバイズされた我が国の「対モンゴル援助実施計画」（2004 年）にも、保健・医療分野における問題点として、高い妊産婦死亡率とともに、極めて低い地方医療サービス水準が指摘された。具体的にいえば、診察機器の消毒や注射針を使い捨てる等の最も基礎的な作業過程すら理解されていないこと、アルコール中毒患者の処方にも更なる飲酒を奨励する等の誤った知識に基づく診察が行われている等の現状である。

モンゴル国保健省は 2004 年から 2006 年にかけて、我が国の協力により「保健医療マスタープラン」を策定し、同計画は国会承認を得るに至った。同プランのなかでも、地方における医療サービス改善については重要課題とされ、地方保健機関の組織効率化や医療機材整備、財政面に係る支援は保健省が他ドナーと連携して着手し始めている一方、特に地方における医療人材・技術の不足、再訓練についてはいまだ改善手法の目処が立っていない。

モンゴルにおける医療人材は、健康科学大学が国内唯一の育成機関となっている。同時に同大学は、保健省の委託や、各県保健局等からの要請に応じ、定期的に地方の卒業生（＝医師、看護師、その他医療従事者等）をウランバートルに集め、職種別、専門分野別に研修を行うこととなっている^{注1}。しかしながら、使用される教材等はすべて 1970～80 年代、旧ソ連より入手したものに基づいており、内容が全く後進的である。加えて、それらは主にロシア語で作成されているため、特に民主化以降、義務教育でロシア語を習わない者が増加している現状においては、研修受講者が理解することさえ困難な資料が漫然と教材として使用されている現状である。また、医師が不足している地方において、医療人材として大きな役割を担っている Medical Worker、看護師等の研修は医師に比べ極端にその回数が少ない。卒業以来、20 年以上勤務しても、新しい知識・技術を習得する機会が得られないケースも多く、卒後人材の育成方針が皆無であるといっても過言ではない現状である。

こうした状況を問題視した健康科学大学は、学内に教材・カリキュラム等改訂委員会を設置し、学部生及び卒後研修に対しての教授方法を改善したいとしている。また、保健省からは 3 か所の地域指定病院^{注2}の本来の役割を強化すべきとの声も出ているが具体的な施策実施に至っていない。健康科学大学教授陣や医療人材には一部に日本や米国等へ留学した経験がある者を含んでいるが、大部分は旧ソ連体制のなかで教育を受けた者であるため、地方医療の改善、医療サービスという考え方の普及・定着等においてどの部分から、どのような順番で着手すべきか、方法を解さない状況である。

注1：研修について

委託が多いが、保健省が独自に実施している研修もある。保健省実施の場合、経費負担は内容によって異なるが、大半は保健省と受講者所属県又は医療機関が折半することとなっている。

注2：地域指定病院

ドルノド、ウブルハンガイ、ホブドの 3 県にあり、保健省が直轄している。それぞれ

東部、南部、西部の拠点病院として周辺地域の医療技術・人材の水準向上の牽引役となってきたが、体制崩壊以降、経費・人材の不足が甚だしく、本来の目的を十分に果たすことができない状態である。

1-1-2 目的

以下の調査を通じて地方医療の現状を把握し、課題を分析したうえで、地方医療改善のための協力プログラム概要、プロジェクト（案）を策定する。またそのなかで、人材育成プロジェクトの位置づけ、実施の妥当性を検討する。以上の結果を報告書として取りまとめる。

- ① 地方の医療改善に係る関係機関（保健省、ドナー等）の戦略、取り組みの確認
- ② モンゴルの保健医療人材育成における関係機関（保健省、教育省、健康科学大学、など）の戦略、取り組みの確認及び人材育成に関する現状と課題の把握
- ③ 地方の保健医療サービスの現状把握
- ④ 地方医療改善プログラム（案）、協力プロジェクトの業務内容（案）及び業務実施上の留意点（案）の策定

1-2 調査団の構成

	担当	氏名	所属・役職	調査期間
1	総括	森本 康裕	JICA モンゴル事務所次長	2/4 ~ 3/20
2	調査企画（1）	佐々木 美穂	JICA モンゴル事務所	2/4 ~ 3/20
3	調査企画（2）	Enkhjargal (エンヘ)	JICA モンゴル事務所	2/4 ~ 3/20
4	技術監理	井上 貴央	鳥取大学医学部機能形態統御学講座	2/15 ~ 2/20
5	人材育成	中野 俊也	鳥取大学医学部教育支援室	2/15 ~ 2/20
6	医療改善計画	渡慶次 重美	有限会社国際環境科学研究所	2/4 ~ 3/20
7	モンゴル語通訳	Amartuvshin (アムラ)	Gegeeleg Trade	2/4 ~ 3/20

1-3 調査日程

日順	月日	曜日	担当者	移動及び業務内容
1	2/4	土	森本・佐々木・ 渡慶次・アムラ (通訳)	17:00 渡慶次団員モンゴル到着
2	2/5	日		12:30 打合せ、資料整理
3	2/6	月		9:30 健康科学大学、14:00 保健省、15:30 世界保健機関（WHO）
4	2/7	火		9:30 教育省、14:00 アジア開発銀行（ADB）、 16:00 JICA モンゴル事務所
5	2/8	水		10:00 JICA モンゴル事務所、13:30 対処方針テレビ会議
6	2/9	木		9:30 健康科学大学、14:30 保健省
7	2/10	金		資料取りまとめ、16:00 日本大使館
8	2/11	土		資料取りまとめ
9	2/12	日		
10	2/13	月		9:30 健康科学大学、10:30 国立第一病院、12:00 健康科学大学、 14:30 Chingelti 地区ヘルスセンター
11	2/14	火		9:30 健康科学大学、10:00 ファミリー病院（2か所）

日順	月日	曜日	担当者	移動及び業務内容
12	2/15	水	森本・佐々木・井上・中野・渡慶次・アムラ	9:00 JICA モンゴル事務所、13:00 UB 市保健局、15:00 健康科学大学、16:00 佐藤健康管理員、16:50 井上・中野団員モンゴル到着、19:30 打合せ
13	2/16	木	▼ 森本・佐々木・渡慶次・アムラ	8:00 UB 出発、13:00 ヘンティ県村病院、15:30 県保健局
14	2/17	金		8:00 UB 出発、13:00 チョイル病院、16:00 アイラグソム病院
15	2/18	土		9:00 サインシャンド病院、10:00 健康科学大学分校、14:00 ドルゴビ県保健局、16:00 ソム病院、21:05 サインシャンド市発
16	2/19	日		10:25 チョイバルサン市発 (AM85)、12:00 UB 市着
17	2/20	月		8:05 UB 市着
18	2/21	火		10:30 国立第二病院、14:30 打合せ
19	2/22	水		9:45 健康科学大学、14:30 日本大使館、23:30 井上・中野団員出国
20	2/23	木		9:00 ウブルハンガイ県ハラホリン市へ移動
21	2/24	金		9:00 県保健局、10:30 南部地域診断治療センター、15:00 ファミリー病院、16:30 Taragt 村病院
22	2/25	土		9:00 ファミリー病院、11:30 ホジルト村病院、15:30 ハラホリン地方総合病院
23	2/26	日	10:00 ハラホリン市発、15:00 UB 市着	
24	2/27	月	調査結果取りまとめ	
25	2/28	火	9:30 健康科学大学、11:00 JICA モンゴル事務所、14:00 ホブド県へ移動 (MO83)	
26	3/1	水	9:00 県保健局、10:30 西部地域診断治療センター、14:00 ファミリー病院	
27	3/2	木	9:30 Buyant 村病院、11:30 Bagh の准医師	
28	3/3	金	9:30 ファミリー病院、16:00 ホブド市発 19:00 UB 市着 (MO84)	
29	3/4	土	9:00 ダルハン・オール県へ移動、12:00 大学分校	
30	3/5	日	調査結果取りまとめ	
31	3/6	月	8:30 現地中間報告会議、11:00 国連児童基金 (UNICEF)、14:00 健康科学大学	
32	3/7	火	10:00 保健省、11:00 保健開発センター、15:00 JICA モンゴル事務所	
33	3/8	水	女性の日で祭日のため資料整理	
34	3/9	木	14:30 保健医療マスタープラン開発事務局	
35	3/10	金	10:00 保健開発センター研修部	
36	3/11	土	報告書 (案) 作成・補足調査	
37	3/12	日		
38	3/13	月	9:30 保健省国家行政指導局	
39	3/14	火		
40	3/15	水	14:30 保健省対外関係課	
41	3/16	木	16:00 日本大使館報告、18:00 JICA モンゴル事務所報告	
42	3/17	金	14:30 健康科学大学	
43	3/18	土	現地収集資料の取りまとめと提出、報告書 (案) 提出、	
44	3/19	日	JICA モンゴル事務所打合せ	
45	3/20	月	8:45 渡慶次団員出国	

UB：ウランバートル市

注：ウブルハンガイ県、ホブド県、ダルハン・オール県などへの現地調査はコンサル団員と通訳のみが実施。

1-4 主要面談者リスト

(1) モンゴル側

1) 保健省

- ・ Dr. Evlegsuren 国家行政指導局副局長
- ・ Mr.Ch.Chuluunbaatar 保健医療サービス局シニア・オフィサー
- ・ Dr. I. Bat Erdene 保健医療サービス部局長代行
- ・ Mr. L. Banzar 国際協力課
- ・ Dr. S.Dulamsuren 保健開発センター長
- ・ Dr. U.Soddnoi 保健開発センターライセンス・研修担当
- ・ Dr. R.Otgonbayar 保健医療マスタープラン開発事務局責任者
- ・ Dr. I.S.Narula JICWELS シニア技術アドバイザー

2) 教育省

- ・ Mr. D. Bayar 高等教育部部長
- ・ Dr. P. Batrinchin 高等教育部、シニアオフィサー

3) 健康科学大学

- ・ Dr. T.Lkhagvasuren 学 長
- ・ Prof. S. Narantuya (ナラナツウア) 副学長
- ・ Dr. Artaisaikhan (アルタイサイハン) 医学部長
- ・ Dr.Tuvshijargal 医学部長研究室の助手
- ・ Dr. B. Amarsaikhan (アマルサイハン) 歯学部長
- ・ Dr.Oyuntsetseg B. 歯学部長研究室の助手
- ・ Dr. S.Naeanchimig 看護学部長
- ・ Dr. A. Gurbadam 学生課部長
- ・ Dr. A.Dashtseren 大学附属卒後教育センター長
- ・ Dr.N.Enkhjargal 大学附属学際的支援センター職員

4) ウランバートル市

- ・ Dr. L. Sarantsetseg 国立第一病院院長
- ・ Dr. Ganbold L. 国立第一病院卒後研修プログラム担当
- ・ Dr. Ukhaa CH 国立第二病院副院長
- ・ Ms. N.Oyunbileg ウランバートル市保健局公衆衛生課長
- ・ Dr. Arianaa Chingelti 地区ヘルスセンター副院長
- ・ Dr. Munhkshimeg 2・3ホロ管轄ファミリー病院代表
- ・ Dr. Munhksarunl 13ホロ管轄ファミリー病院代表

5) ヘンティ県

- ・ Dr.D.Batijargal 県保健局長
- ・ Ms. Odontuul 県保健局人材担当

- ・ Dr. B.Oyunbileg 県総合病院院長
 - ・ Dr. Uugantseg Jargalt Khan 村病院院長
- 6) ドルノド県
- ・ Dr. Oyuntsetseg 東部地域診断治療センター副院長
- 7) ウブルハンガイ県
- ・ Dr.A.Erdenedungalag 県保健局副局長
 - ・ Ms.S.Bafdolgar 県保健局人材育成担当
 - ・ Dr. J.Tomrdogoo 南部地域診断治療センター副院長
 - ・ Ms.CH. Serchnaa 南部地域診断治療センター人材育成担当
 - ・ Dr. B.Chuluundseg Narny Dosh ファミリ病院代表
 - ・ Dr. G.Byambatsend Taragt 村病院代表
 - ・ Dr.E.Oyunfsedseg Tushig Dolgoon ファミリ病院代表
 - ・ Dr.T.Tuvtl ホジルト村病院（元村間病院）
 - ・ Dr.G.Dunshig ハラホリン地方総合病院
- 8) ホブド県
- ・ Dr. Byankhishig 県保健局副局長
 - ・ Dr. M.Dungaamaa 西部地域診断治療センターの副院長
 - ・ Dr. Erdeneochir Buyant 村病院准医師
 - ・ Dr. Narankhuu Rashaant ファミリ病院医師
 - ・ Dr. Nina Baatatkhairkhan ファミリ病院医師
 - ・ Dr.Lhamkhuu Baatatkhairkhan ファミリ病院医師
- 9) ダルハンオール県
- ・ Dr. N.Molom ダルハンオール大学分校・学長
- (2) 国際機関・援助国・NGO
- 1) アジア開発銀行（Asian Development Bank：ADB）
- ・ Ms. B. Bavuusuren 社会セクターオフィサー
- 2) 国連児童基金（United Nations Children's Fund：UNICEF）
- ・ Dr. T.Mungun 保健・栄養担当オフィサー
- 3) 世界保健機関（World Health Organization：WHO）
- ・ Dr. Mendsaikhan EPI 予防接種アドバイザー
 - ・ Dr. L. M. Gonalez V. オフィサー、感染症サーベイランス応答
 - ・ Dr. S.R.Govind 公衆衛生専門家

(3) 日本側

1) 在モンゴル国日本大使館

- ・小林 弘之
- ・山口 利也

参事官
二等書記官

2) JICA モンゴル事務所

- ・守屋 勉
- ・神崎 義雄
- ・森本 康裕
- ・佐々木 美穂
- ・Ms. G. Enkhjargal (エンヘ)
- ・佐藤 育美
- ・Mr. Amartuvshin (アラム)

新所長
前所長
次 長
所 員
所 員
健康管理員
通 訳

第2章 一般概況

2-1 自然状況

モンゴルはアジア大陸中央部に位置し、国土面積はおよそ156万km²（日本の4倍）である。気候は大陸性気候であり、年間を通じ雨量が少なく、空気が乾燥している。総人口約250万人（2003年統計）のうち、60%が一部の都市に集中し、40%の人口が広い国土に拡散居住している。主な宗教はチベット仏教（ラマ教）である。

2-2 社会・経済状況（表2-1）

モンゴルは1990年の民主主義体制への転換ののち、現在に至る約15年間、度重なる政権交代が行われたが、民主化・市場経済化路線はいずれの政権においても一貫して維持され、武力による政治支配が行われなかったため政情は安定しているといえる。

1990年以降、市場経済システムの導入政策をとり、マクロ経済安定化を図ってきた。しかし、旧ソ連崩壊に伴い、多数の社会主義国家が消失したことにより、モンゴルは従来の貿易市場を失い、それに代わる新しい市場改革が困難であったため、一時期マイナス成長を余儀なくされた。その後、行政改革、財政支出の大幅削減、金融引き締め等の措置が効を呈し、モンゴル経済は徐々に回復している。2003年の国内総生産GDP成長率は5.5%を達成し、マクロ経済安定化の傾向にあるが、巨額の財政・貿易赤字（2003年貿易赤字は1億8,510万ドル）は依然として存在しており、これを外国からの援助で補填するという構造が続いている。

今後、気候変動・自然災害による農牧業分野の打撃回避や、牧畜以外の国内基幹産業の確立、基礎的なインフラ整備、失業・貧困対策、法整備の拡充等、取り組むべき課題は数多く残されている。

表2-1 モンゴルの主要経済指標等

主要指標	単 位	2002年	1990年
人 口	百万人	2.4	2.1
平均寿命	歳	65	63
GNI	百万ドル	1,064	—
1人当たりGNI	ドル	430	—
経済成長率	%	4.0 (2001-2002)	-2.5 (1989-1990)
失業率	%	—	—
貿易収支	百万ドル	-156.18	-496.90
財政収支	百万Tg	-45,824 (2001)	-1,449
教育への公的支出割合（対GDP比）	%	6.5 (1999-2001)	12.1
保健への公的支出割合（対GDP比）	%	4.6 (2001)	6.4
軍事支出割合（対GDP比）	%	2.3	5.7
援助受取総額（支出純額）	百万ドル	208.5	11
分 類	DAC（開発援助委員会）	低所得国	
	世界銀行等	低所得国	

Tg：トゥグリク

出所：外務省ホームページ国別情報

2-3 人口動態

2-3-1 人口

(1) 総人口

2004年のモンゴルの推定総人口は253万3,120人であり、男性123万6,162人、女性129万6,958人である。人口性比（女性100に対する男性）は95.3である。都市部と農村部の人口の割合は前者が50.4%に対して、後者は49.6%である。

2004年の年齢3区分別人口の構成割合（表2-2）は年少人口（0～14歳）が76万人（30.3%）、生産年齢人口（15～64歳）が166万人（65.7%）、老年人口（65歳以上）が10万人（4.0%）である。

表2-2 年齢3区分別人口の構成割合（2004年）

年齢3区分別人口	人口（万人）	割合（%）
年少人口（0～14歳）	76	30.3
生産年齢人口（15～64歳）	166	65.7
老年人口（65歳以上）	10	4.0
総数	252	100.0

出典：ANNUAL HEALTH REPORT 2004, MOH

(2) 地域別県別人口の分布

2004年の地域別市・県別推定人口（表2-3）では、ウランバートル市のみで全人口の36.7%を占めている。逆に最も人口の少ない県は、南部地域のゴビスンベル県（1万2,271人）である。広い国土に人口が分散しており、住民の保健医療サービスへのアクセスを困難にしている。

表2-3 地域・県別人口（2004年推定）

市・州名	市・県名	推定人口	市・県名	推定人口
中央地域 (5県)	フブスグル県	121,399	セレング県	100,767
	ボルガン県	60,791	ダルハン・オール県	87,796
	オルホン県	78,450	中央地域全体	449,203
西部地域 (5県)	バヤンウルギー県	101,156	ザブハン県	80,676
	オブス県	81,022	ゴビアルタイ県	60,944
	ホブト県	87,787	西部地域全体	411,585
東部地域 (3県)	ドルノド県	79,742	ヘンティ県	71,208
	スフバートル県	56,557	東部地域全体	207,507
南部地域 (1市・8県)	ウランバートル市	928,531	バヤンホンゴル県	83,819
	南ゴビ県	46,770	ウブルハンガイ県	113,159
	ドルノゴビ県	52,472	アルハンガイ県	94,927
	ゴビスンベル県	12,271	トゥブ県	88,954
	ドンドゴビ県	49,922	南部地域全体	1,470,825
モンゴル国				2,533,120

出典：ANNUAL HEALTH REPORT 2004, MOH

(3) 出生と平均寿命

2004年のモンゴルの粗出生率は17.70（人口千人対）であり、合計特殊出生率は2.1である。さらに、2004年のモンゴルの平均寿命は男性61.64歳、女性は67.77歳である。

2-3-2 死 亡

(1) モンゴル全体の死亡

1) 粗死亡率及び主な死因

2004年の粗死亡率は6.07（人口千対）である。粗死亡率の死因の上位疾患は男女ともに循環器系疾患、傷害・中毒・その他の外因、悪性新生物であり、全体のおよそ7割を占めている（表2-4）。

表2-4 主な死因別男女別死亡者数（2004）

主な死因	総 数		男 性		女 性	
	実数	／人口1万	実数	／人口1万	実数	／人口1万
1. 循環器系疾患	5,808	23.06	3,233	26.41	2,575	20.08
2. 悪性新生物	3,062	12.16	1,700	13.89	1,362	10.62
3. 傷害・中毒・その他の外因	2,603	10.34	2,094	17.11	509	3.97
4. 消化器系疾患	1,213	4.82	679	5.55	534	4.16
5. 呼吸器系疾患	764	3.03	455	3.72	309	2.41
6. 周産期に起因するもの	472	1.87	272	2.22	200	1.56
7. 感染症	378	1.50	226	1.85	152	1.19
8. 泌尿器系疾患	339	1.35	192	1.57	147	1.15
9. 神経疾患	221	0.88	127	1.04	94	0.73
10. 症状、徴候及び所見等で他に分類されない	97	0.39	44	0.36	53	0.41
11. 先天的染色体異常	138	0.55	82	0.67	56	0.44
12. 内分泌腺	65	0.26	29	0.24	36	0.28
13. 妊娠、出産、分娩に起因するもの	30	0.12	—	—	30	0.23
14. 精神障害	26	0.10	15	0.12	11	0.09
15. 血液・免疫系疾患	23	0.09	13	0.11	10	0.08
16. 皮膚・皮下組織疾患	10	0.04	7	0.06	3	0.02
17. 骨格系疾患	40	0.16	19	0.16	21	0.16
その他	6	0.02	3	0.02	3	0.02
総 数	15,295	60.74	9,190	75.10	6,105	47.60

出典：ANNUAL HEALTH REPORT 2004, MOH

2) 妊産婦死亡率とその主な死因

2004年の妊産婦死亡率は98.67（出生10万対）であるが、地域格差が大きく、ウランバートル市の妊産婦死亡率が79.77に対して、21県の平均では105.56である。妊産婦死亡の6割が妊娠合併症である。

保健省によると、2003年、モンゴルでは保健医療機関での出産が全体の9割（村病院では3割）を占め、自宅分娩しているのは0.8%のみである。妊産婦死亡が年齢、学歴と関連していることが指摘され、リスクグループは無教育の女性（911.8）と35歳以上の高年齢出産（288.3）である（表2-5）。

表2-5 学歴及び年齢階層別の妊産婦死亡率（2003年）

学 歴	妊産婦死亡率	年齢階層	妊産婦死亡率
高等教育	50.2	19歳以下	129.0
中等教育	81.4	20～35歳	84.9
初等教育	382.1	35歳以上	288.3
無教育	911.8		

出典：Assessment and analysis of the situation of children of Mongolia-2004, UNICEF

3) 乳児死亡率、5歳未満児死亡率とその主な死因

2004年の乳児死亡率と5歳未満児死亡率はそれぞれ22.82（出生千対）、29.11（出生千対）である。乳児死亡の46.5%、5歳未満児死亡の36.4%が周産期に起因するものである。

(2) 市・県別死亡統計（表2-6）

2004年において、粗出生率が最も低い県はトゥブ県（8.11）であり、逆に高い県はバヤンウルギー県（27.42）である。次に、粗死亡率、乳児死亡率及び5歳未満児死亡率が最も高い県はドルノド県（7.63、36.25、42.64）である。さらに、妊産婦死亡率が最も高い県はバヤンウルギー県（361.27）である。

表 2-6 市・県別出生・死亡統計（2004年）

市名・県名	粗出生率 (／人口千)	粗死亡率 (／人口千)	妊産婦死亡率 (／出生十万)	乳児死亡率 (／出生千)	5歳未満児死亡率 (／出生千)
フブスグル県	18.12	6.63	227.17	24.99	30.44
ボルガン県	11.18	5.58	144.72	<u>10.16</u>	27.58
オルホン県	17.17	6.67	0.00	29.50	34.80
セレング県	12.47	5.68	237.53	22.26	30.21
ダルハン・オール県	15.87	6.60	72.31	15.21	20.28
バヤンウルギー県	27.42	4.90	361.27	21.72	32.21
オブス県	22.44	5.53	0.00	18.17	23.68
ホブト県	21.98	<u>4.70</u>	51.92	21.51	26.23
ザブハン県	16.09	5.40	0.00	22.88	25.93
ゴビアルタイ県	18.60	5.53	0.00	29.05	34.33
ドルノド県	18.95	7.63	0.00	36.25	42.64
スフバートル県	16.55	5.75	213.90	21.39	28.88
ヘンティ県	16.73	5.97	84.03	19.30	24.33
南ゴビ県	19.96	5.65	0.00	20.36	23.58
ドルノゴビ県	17.35	5.70	0.00	19.55	29.77
ゴビスンベル県	19.10	5.14	0.00	25.53	34.04
ドンドゴビ県	16.25	5.04	122.55	29.27	36.59
バヤンホンゴル県	19.06	5.59	62.81	26.94	31.33
ウブルハンガイ県	19.18	5.61	92.17	14.28	23.95
アルハンガイ県	16.18	5.31	129.37	10.88	27.18
トゥブ県	<u>8.11</u>	5.11	135.87	27.20	35.14
県全体	17.60	5.73	109.56	22.09	29.21
ウランバートル市	17.89	6.67	79.77	23.73	28.93
モンゴル全体	17.30	6.07	98.67	22.82	29.11

出典：ANNUAL HEALTH REPORT 2004, MOH

2-4 保健の概要

(1) 近隣諸国との保健の概況の比較

モンゴルの人口、衛生及び保健関連指標を近隣諸国と比較すると、衛生状況（飲料水、トイレ）が都市部と農村部とで差が大きい。さらに、産前ケア受診率や保健員の介助下での分娩の割合が良好な状況にあるにもかかわらず、乳児死亡率、5歳未満児死亡率及び妊産婦死亡率が高い傾向にあり、要因解明が急がれ、何らかの対策が必要であるといえる（表2-7）。

表 2-7 モンゴル、他の近隣諸国における人口、衛生及び保健関連指標

各種指標	対象年	モンゴル	カザフスタン	キルギス	ウズベキスタン	ロシア
人口 (千人)	2003	2,594	15,433	5,138	26,093	143,246
粗出生率 (／人口千)	2003	22	16	22	21	9
粗死亡率 (／人口千)	2003	7	9	7	6	15
合計特殊出生率	2003	2.4	1.9	2.6	2.4	1.1
人口の年間増加率 (%)	1990-2003	1.2	-0.7	1.2	1.8	-0.3
平均寿命 (歳)	2003	64	67	69	70	67
改善された水源を 都市 (%)	2002	87	96	98	97	99
利用する人の比率 農村 (%)	2002	30	72	66	84	88
適切な衛生施設を 都市 (%)	2002	75	87	75	73	93
利用する人の比率 農村 (%)	2002	37	52	51	48	70
乳児死亡率 (／出生千)	2003	56	63	59	57	16
5歳未満児死亡率 (／出生千)	2003	68	73	68	69	21
低出生体重児率 (%)	1998-2003*	8	8	7X	7	6
予防接種率 (%) BCG	2003	98	99	99	98	97
(1歳児) DPT3	2003	98	99	98	98	98
ポリオ3	2003	98	99	98	99	97
麻疹	2003	98	99	99	99	96
B型肝炎3	2003	98	99	99	99	94
報告済み妊産婦死亡率 (／出生十万)	1985-2003*	110	50	44	34	37
産前ケア受診率 (%)	1995-2003*	97	91	97	97	—
保健員の介助下での分娩 (%)	1995-2003*	99	99	98	96	99

*：指定の期間内に入手できる最新年のもの

X：指定の年次や期間以外のもの、標準的な定義によらないもの、あるいは国内の一部の地域のもの

出典：世界子ども白書 2005、UNICEF、2005

(2) 主な疾病構造

2004年の外来患者及び入院患者の上位3疾患は呼吸器系疾患、消化器系疾患、泌尿器系疾患である(表2-8)。上記3疾患で外来患者の49.2%を、入院患者数の45.4%を占めている。

表 2 - 8 外来患者と入院患者の主な疾患（2004 年）

ICD（国際疾病分類） - 10	外来患者		入院患者	
	人口十万対	割合（%）	人口十万対	割合（%）
1. 呼吸器系疾患	859.48	18.5	338.1	15.3
2. 消化器系疾患	741.11	16.0	309.0	14.0
3. 泌尿器系疾患	684.73	14.7	353.8	16.1
4. 循環器系の疾患	504.38	10.9	286.1	13.0
5. 外傷、中毒及びその他の外因	369.69	8.0	100.5	4.6
6. 感染症	137.69	3.0	98.5	4.5
7. 神経系疾患	207.12	4.5	123.1	5.6
8. 筋肉骨格系疾患	113.05	2.4	70.8	3.2
9. 妊娠、分娩及び産じょく	281.32	6.1	273.2	12.4
10. その他	704.76	15.2	250.0	11.3
総 計	4,603.34	99.1	2,203.1	100.0

出典：ANNUAL HEALTH REPORT 2004, MOH

(3) 主な感染症の推移

主な感染症は2000年以降徐々に減少傾向にあるが、結核はやや増加している（表 2 - 9）。

表 2 - 9 主な感染症の登録された患者数の推移（人口 1 万対）

主な感染症	2000	2001	2002	2003	2004
1. 旋毛虫症	35.42	38.95	36.24	23.85	24.54
2. 淋 病	23.06	23.16	19.76	17.22	22.71
3. A型肝炎	34.68	39.15	36.19	16.28	20.79
4. 結 核	12.56	14.16	15.03	15.51	17.44
5. 赤 痢	6.96	9.47	8.96	8.25	8.79
6. 梅 毒	6.92	7.10	6.76	6.97	7.05
7. B型肝炎	3.49	3.44	2.68	2.96	3.10
8. ブルセラ症	4.17	2.84	2.65	3.09	2.52
9. おたふく風邪	3.67	11.59	6.75	1.85	1.66
10. 疥 癬	2.23	1.62	1.39	1.16	1.91

出典：ANNUAL HEALTH REPORT 2004, MOH

第3章 保健医療分野の現状

3-1 保健医療行政、保健政策及び保健予算

3-1-1 保健医療行政

(1) 中央保健医療行政組織

モンゴルの保健行政を統括・管轄する保健省は、保健大臣の下に、副大臣1人と次官1人がおり、5局（保健医療サービス局、保健政策実施局、情報・管理分析評価局、財務計画局、国家行政指導局）・2課（医薬品・医療機材課、国際協力課）の構成となっている。職員数は、73人である（図3-1）。医療従事者の再教育を担当している局は国家行政指導局である。

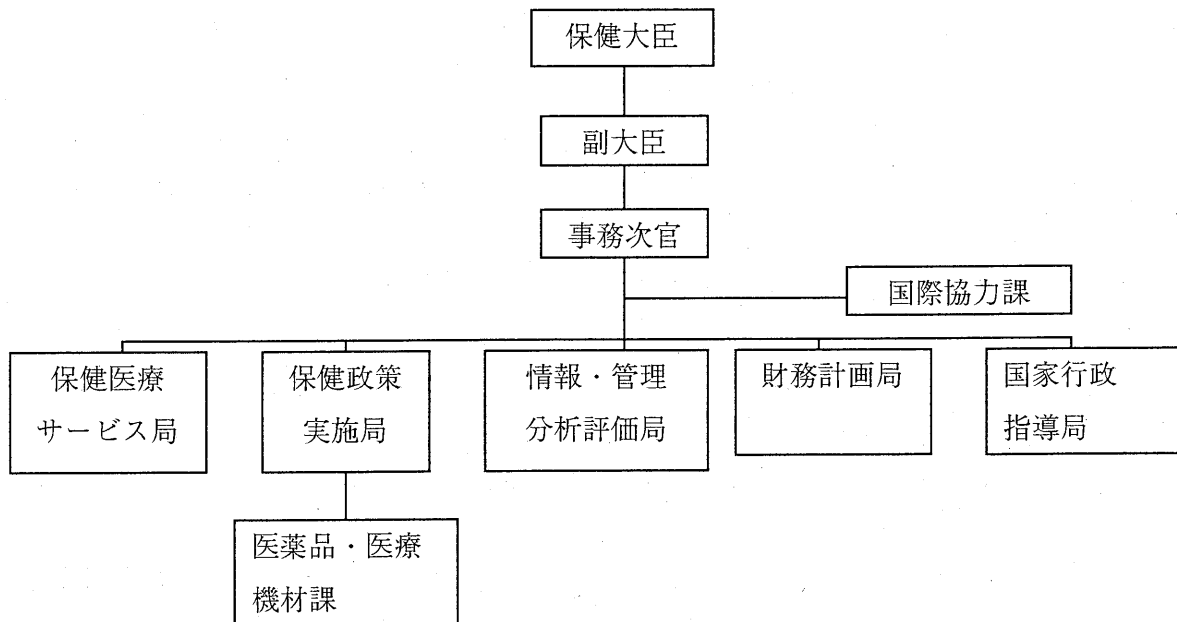


図3-1 モンゴル国保健省組織図（2006年3月現在）

(2) 地方保健行政組織

保健行政区分は、ウランバートル市と21の県（アイマグ：Aimag）に分かれている。ウランバートル市の中には9つの地区があり、各県はその下に複数の村（ソム：Soum）を有している。村はその下に複数の区（バグ：Bagh）を有している。ウランバートル市の場合は保健局、各県は県保健局が保健医療サービスの実施、市・県の保健医療施設（地区ヘルスセンター、地方総合病院、県総合病院、村病院、ファミリー病院など）の管理・監督を担っている。ウランバートル市にある17か所の三次レベルの医療機関（専門病院や医療センター）や3か所の地域診断治療センターは保健省管轄である。

市及び県レベルの局長レベルの人事権は保健省にあり、それ以下の職員の人事権はそれぞれの市・県行政機関に一任されている。

予算は、市・県保健局が保健省に提出した予算計画書を基に保健省によって作成され、財務省に提出、財務省で承認されたのち、同省から市・県行政機関の財務局に入る（図3-2）。モンゴルの会計年度は1月～12月である。

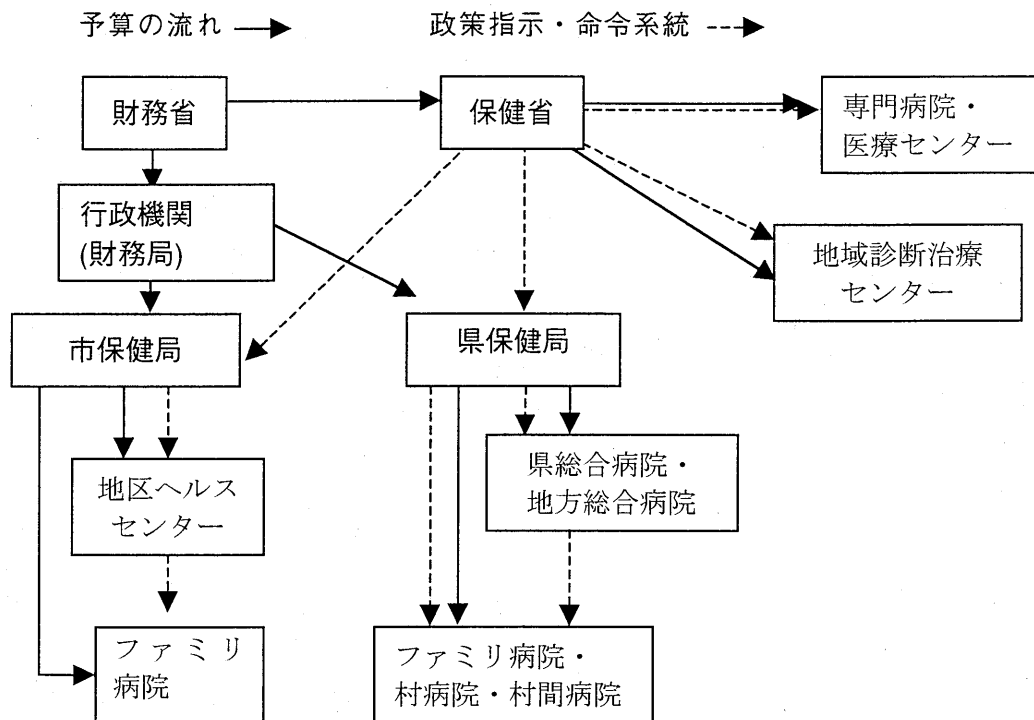


図 3-2 中央・地方保健行政・予算関係図

3-1-2 保健政策

(1) 国家開発計画及び保健政策

モンゴル国政府は2004年から2008年までを対象としたアクションプランを策定し、下記の5つの基本方針を掲げている。①行政機関と公務員の責任及び能力の強化、行政意思決定のすべての段階における国民参加の拡大、情報公開の確立、②法整備の浸透による人権と生活環境の確保、③民間主導による経済の安定成長、地域別開発思想による都市と地方格差の是正、④生活水準の向上のための社会政策の実施、⑤教育、伝統遺産、環境、民主主義及びグローバル化の利点などを開発のために活用できる人材の育成。

さらに、モンゴル政府は世界銀行や国際通貨基金（IMF）の支援の下で1999年にMDGs（ミレニアム開発目標）や、2001年に経済成長と貧困削減戦略（EGSPRS）を策定した。

MDGsの保健分野では、3つの目標〔乳幼児死亡率の減少、母性保健の向上、HIV/AIDS（ヒト免疫不全ウイルス/後天性免疫不全症候群）、結核などの疾患の撲滅〕を掲げている（表3-1）。さらに、経済成長と貧困削減戦略（EGSPRS）の保健分野では、4つの指標（安全な水を確保できる人口の割合の向上、乳児死亡率、妊産婦死亡率の減少、リプロダクティブ・ヘルス・サービスにアクセスできる成人の割合の向上）を定めている（表3-2）。2005年、結核罹患率（人口1万対）や安全な飲料水を確保できる人口の割合の指標を除いて、他の指標は目標を達成しつつある。

表 3-1 保健分野に関連する「ミレニアム開発目標 (MDG)」の指標

指 標	過去の数値 (年)	現在 (2005)	2015
目標 1 : 乳幼児死亡の減少			
5 歳児以下死亡率 (／出生千)	42.4 (1993)	26.1	20.2
目標 2 : 母性の健康の向上			
妊産婦死亡率 (／出生十万)	158 (1993)	93.0	50
目標 3 : HIV/AIDS、結核などの減少			
HIV/AIDS 患者数	—	16	0
結核罹患率 (人口 1 万対)	12.5 (2000)	17.6 (2004)	4

出所：保健省への質問表に対する回答より

表 3-2 保健分野に関連する「経済成長と貧困削減戦略 (EGSPRS)」の目標

指 標	2000	現時点 (2005)	目標 (2015)
1. 安全な飲料水を確保できる人口の割合	62	—	80
2. 乳児死亡率／出生千	60	20.8	10
3. 妊産婦死亡率／出生十万	110	93.0	50.0
4. リプロダクティブ・ヘルス・サービスにアクセスできる成人の割合	67	—	80

出所：保健省への質問表に対する回答より

保健省は、我が国の技術支援を受けて 2005 年に策定した「保健医療マスタープラン (2006～2015)」において、7つの重点活動分野と9つの中心戦略(表3-3)をあげている。さらに、9つの中心戦略は更に24の戦略に分かれている。同マスタープランは24の戦略ごとに、成果、戦略的活動、財源による優先度、2006年から2015年までの時間枠、責任あるいは協力する関係機関について明記している(付属資料2.)。現在、同マスタープランに基づいて、保健省は各ドナーや関係機関の協力を得ながら、それぞれの重点活動分野の活動を開始している。また、同マスタープランを推進するチーム〔社会法人国際厚生事業団(JICWELS)所属の外国人職員を含む8人のスタッフ〕が保健省内に配置されており、JICWELSは実際の活動に対する保健省への具体的な支援、活動に対する評価・モニタリングのための技術支援を実施している。

表 3-3 「保健医療マスタープラン (2006-2015)」の7つの重点活動分野と9つの中心戦略

1つめの重点活動分野：保健サービス供給
重点活動分野における中心戦略
① 基礎的かつ補完的サービスパッケージ (ECPS) に基づく県 (Soum) 保健医療施設を介しての初期的でかつ全般的なケアの質の提供の強化
② 特に、母親、子ども、貧者、社会的弱者による保健サービスのカバー率、アクセス、利用の増加
2つめの重点活動分野：医薬品支援サービス
③ 継続的かつ、共通な方法による基礎的医薬品と調合薬への広範囲なアクセスの強化
3つめの重点活動分野：行動変容とコミュニケーション
④ 健康を増進するための患者へ友好的なサービスの構築
4つめの重点活動分野：ケアの質
⑤ 広範囲なケアの質の向上
5つめの重点活動分野：人材育成
⑥ 保健人材開発政策に基づく広範囲な人材育成の強化
6つめの重点活動分野：保健財源
⑦ 保健分野の財源を効率的かつ効果的に活用するための財源マネジメントの強化
7つめの重点活動分野：組織の強化と適正なマネジメント
⑧ 保健分野のマネジメントの再構築
⑨ 統一された保健管理情報システムの開発

出典：Health Sector Strategic Master Plan, 2006-2015, MOH, Japan, 2005

(2) 国家保健プログラム

現在、進行中の国家保健プログラムは12あり、11の保健プログラムに対してドナーが支援を実施している。さらに、各保健プログラムでは具体的な指標を設定し、その達成に努めている (表3-4)。

表 3 - 4 国家保健プログラムと支援状況

国家保健プログラム	支援ドナー
1. リプロダクティブ・ヘルス (2002-2006)	UNFPA、WHO、GTZ
2. 感染症対策 (2002-2010)	WHO、UNICEF、UNDP、JICA、GFATM、Global Alliance、World Vision
3. フィットネス (2002-2008)	なし
4. 傷害予防 (2002-2008)	WHO
5. IDD 対策 (2002-2006)	UNICEF
6. 循環器病予防 (2001-2020)	ルクセンブルク国
7. 精神保健 (2002-2007)	WHO
8. 鉱泉リゾート開発 (2003-2010)	WHO、UNICEF
9. 村病院開発 (2002-2008)	UNICEF、ADB、World Vision
10. 保健技術向上 (2003-2008)	WHO、世界銀行、ADB、JICWELS、Swanson Family Foundation
11. アルコール依存予防 (2004-2012)	WHO
12. 盲目予防 (2000-2010)	UNICEF

UNFPA：国連人口基金

GTZ：ドイツ技術協力公社

UNDP：国連開発計画

GFATM：エイズ、結核及びマラリア撲滅グローバル基金

IDD：ヨード欠乏症

出典：ANNUAL HEALTH REPORT 2004, MOH/ INTERNATIONAL ASSISTANCE IN THE HEALTH SECTOR, 2005, ADB Project 2005

3 - 1 - 3 保健関連予算

2005 年の保健関連予算は 841 億 Tg (1 ドル = 1,205Tg) であり、2001 年以降増加傾向にあるが、政府予算に占める割合や GDP に占める割合はそれぞれ 10% 台、4 % 台でとどまっている (表 3 - 5)。

表 3 - 5 保健関連予算、保健関連予算が政府予算あるいは GDP に占める割合の推移
(単位：10 億 Tg)

	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年
保健関連予算	54.3	57.7	62.1	77.6	84.1
政府予算に占める割合	10.9	10.5	10.1	10.9	10.9
GDP に占める割合	4.9	4.6	4.3	4.4	4.9

出所：保健省への質問票に対する回答より

過去 5 年間の保健省の予算財源の推移は全体として増加しており、2005 年には保健財源における政府財源と健康保険基金の比率が 7 : 3 となっている (表 3 - 6)。健康保険基金は 1994 年から導入され、一律 10% の医療費患者負担 (子ども、心身障害者や年金生活者は無料) であったが、一次レベルで 5%、二次レベルで 10%、三次レベルで 15% に変更される予定である。また、医師の紹介なしに直接二次・三次レベルの医療施設に来院した患者には医療費全額負担を義務づけている (ウランバートル市のみで試験的に実施されている)。

過去5年間の保健医療サービスのレベル別支出内訳をみると、2001年には三次レベルの支出が一次レベルへの支出より多く、2005年にはほぼ同額になっている（表3-7）。

表3-6 保健省の予算財源の推移

(単位：10億Tg)

予算財源	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
政府財源	35.9	36.9	42.8	55.3	58.0
健康保険基金	15.0	18.2	15.5	18.8	23.0
有料治療とその他収入	3.4	2.6	3.8	3.5	3.1
総額	54.3	57.7	62.1	77.6	84.1

出所：保健省への質問票に対する回答より

表3-7 保健医療サービスのレベル別支出内訳

(単位：10億Tg)

支出内訳	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
一次保健医療サービス	9.8	12.1	13.2	16.6	18.9
二次保健医療サービス	18.8	18.7	20.2	24.8	26.2
三次保健医療サービス	13.9	14.9	14.1	17.2	18.2
その他	11.8	11.9	14.6	19.0	20.8
総額	54.3	57.7	62.1	77.6	84.1

出所：保健省への質問票に対する回答より

3-2 保健医療サービス供給体制

3-2-1 保健医療システム

保健医療サービスを効率的に運用するためのレファラルシステムは、3段階に分かれている（図3-3）。

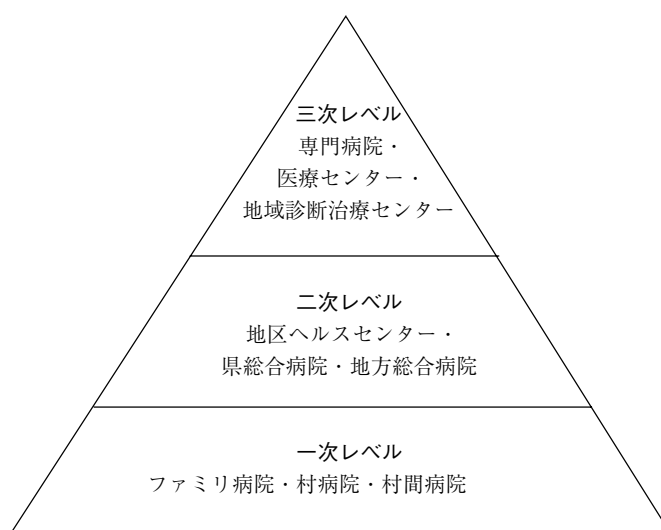


図3-3 モンゴル国の保健医療システム

一次レベルの保健医療サービスを提供するのは村病院・村間病院・ファミリー病院である。二次レベルは、地区ヘルスセンター・県総合病院・地方総合病院である。三次レベルでは地域診断治療センター・専門病院・医療センターであるが、専門病院・医療センターのみはウランバートル市にすべて所在している。

一次レベルの村の末端レベルでは、10世帯ごとに **Bagh** の准医師がおり、初期レベルの保健医療サービスを提供（予防活動も含む）している。現在、全国で 901 人常駐している。薬剤の処方ができるのは医師と准医師のみであるが、准医師の養成は地方の分校にて実施されている。

一次レベルの保健医療機関からの紹介なしに、患者は二次・三次レベルの医療機関では保健医療サービスを受けられないようになっているが、緊急以外直接来院する患者は少ない。

レベル別の医療機関のタイプと設置基準及びサービス内容は表 3-8 のとおりである。

表 3-8 レベル別保健医療機関の設置基準及びサービス内容

レベル	タイプ	設置基準及び内容	
一 次	村 (Soum) 病院	各村に 1 か所所在。3,866 床。人口 152 万人をカバー。	基本的な外来サービス (内科、小児科、歯科など) や予防活動 (予防接種、健康指導など) の提供。
	村間 (Inter-Soum) 病院	3 ~ 4 つの村に 1 か所、17 県所在。713 床。人口 39 万人をカバー。	5 つ (内科、小児科、外科、助産、歯科) の診療サービスを提供。産前・産後検診、正常分娩も取り扱う。
	ファミリー病院	230 か所所在。UB 市に 116 か所。人口 120 万人をカバー。	外来診療及び予防活動 (予防接種、健康指導など) の提供。
二 次	地区ヘルスセンター	UB 市のみ所在。	予防接種、産前検診も実施。一次レベルで対応できない患者への保健医療サービス・検査業務を提供。一般内科、小児、24 時間対応の救急サービス、小規模の外科処置などを実施。
	県 (Aimag) 総合病院	各県に最低 1 か所。	一次レベルで対応できない患者への保健医療サービス・検査業務を提供。一般内科、小児、24 時間対応の救急サービス、小規模の外科処置などを実施。
	地方総合病院	3 ~ 4 つの県に 1 か所。	二次レベルで対応できないより専門かつ高度医療サービスの提供。専門病院及び医療センターは教育機関、研究機関としての機能も果たす。
三 次	地域診断治療センター	西部、東部、南部に 1 か所。	二次レベルで対応できないより専門かつ高度医療サービスの提供。専門病院及び医療センターは教育機関、研究機関としての機能も果たす。
	専門病院及び医療センター	UB 市のみ所在。	

出所：ANNUAL HEALTH REPORT 2004, MOH、保健省への聞き取り調査結果より

3-2-2 保健医療機関の分布状況

2004年の保健医療機関は1,118か所所在するが、公共の保健医療施設機関は538か所であり、そのうち一次レベルの保健医療施設が全体の9割（491か所）を占めている。二次・三次レベルの医療機関がウランバートル市に集中（5割）している（表3-9）。なお、民間病院は都市部に集中している。

表3-9 レベル別保健医療機関

レベル	保健医療機関のタイプ	数
一 次	村（Soum）病院	230
	村間（Inter-Soum）病院	31
	ファミリー病院	230
	民間クリニック	570
	小 計	1,061
二 次	地区ヘルスセンター（UB市のみ所在）	6
	県（Aimag）総合病院	18
	地方総合病院	3
	小 計	27
三 次	地域診断治療センター	3
	専門病院及び医療センター（UB市のみ所在）	17
	小 計	20
	合 計	1,118

出典：ANNUAL HEALTH REPORT 2004, MOH

3-2-3 保健医療従事者の配置状況

2003年の保健医療従事者数は、2万2,375人であり、47.9%の1万718人が首都のウランバートル市（全人口のほぼ1/3を占める）に分布している（表3-10）。人口1万人対医師数は全国で26.66であるが、ウランバートル市で44.05、その他の県平均で17.32となっている。さらに、人口1万人対看護師数は全国で31.43になっているが、ウランバートル市で38.52、その他の県平均で27.41となっている。医療従事者が都市部に集中していることがいえる。

表 3 - 10 保健医療従事者数 (2003 年)

	地域別医療従事者数			合 計
	UB 市	県 (Aimag)	村 (Soum)	
上級医療従事者				
医 師	3,766	1,712	615	6,093
歯科医師	305	128	26	459
公衆衛生オフィサー	61	24	0	85
薬剤師	321	492	8	821
その他 (教師、上級管理職)	480	282	7	769
小 計	4,933	2,638	656	8,227
中級医療従事者				
准医師	362	715	1,270	2,347
看護師	3,397	2,792	1,645	7,834
助産准医師	104	133	356	593
薬剤助手	807	453	243	1,503
歯科技師	78	38	2	118
検査技師	305	301	79	685
レントゲン技師	84	54	10	148
滅菌助手	188	104	22	314
その他 (会計士、機材技師など)	460	171	75	706
小 計	5,785	4,761	3,702	14,248
合 計	10,718	7,399	4,358	22,475

出典：Synthesis Paper, Second Revised Reprint, MOH, Japan, 2004

3 - 2 - 4 保健医療人材育成の現状と課題

(1) 保健医療従事者の育成の体制

健康科学大学がモンゴル国唯一の国立の保健医療人材の育成機関であり、7つ(医学、歯科、薬学、伝統医療、看護、公衆衛生、生物)の学部がある。各学部の教育年数、入学者数は表3-11のとおりである。卒業生はだいたい入学者の9割強であり、入学試験は高卒(11年間の教育を受けた)が条件である。毎年の入学者数は二次レベル以上の医療機関からの新任医療従事者の要望書を参考に決定している。

本大学の分校が3か所に(ドルノゴビ県、ゴビアルタイ県、ダルハン・オール県)あり、地方における医療従事者の育成を担っている(詳細は第4章現地踏査結果及び付属資料3.を参照)。

医学部卒業後、保健省・教育省合同の国家試験(卒業証明証となる)の合格後、保健省管轄の資格試験(医師免許となる)がある。医師免許を取得後、医師として仕事ができる。

看護学部のなかに、助産コース、検査技師コース、レントゲン技師コースがあり、看護学部は教育年数に2年、4年があり、2年と4年の卒業生では給料、仕事内容、管理職への機会等で大きく異なる。

モンゴルは9月に新学期が始まり、6月に終了する。2学期制(9月から1月、2月か

ら6月)である。

現在、私立医科大学がウランバートル市に4校あり、関係者の話では既に卒業生を出しているとのことであるが、詳細については今回調査できなかった。

表3-11 健康科学大学で実施されている医療従事者の育成状況

学 部	教育年数 (年)	入学者数 (人)
医 学	6	250 ~ 300
歯 科	5	45 ~ 50
薬 学	5	25 ~ 30
伝統医療	6	200
看護学部	2 / 4	150
公衆衛生	5	20 ~ 30
生 物	5	40 ~ 50

出所：健康科学大学への質問票に対する回答より

(2) 健康科学大学の概要

本大学は1942年モンゴル国立大学医学部 (Faculty of medicine, State University of Mongolia) として設立され、数回にわたって名称が変更されたが、2003年健康科学大学 (Health Science University of Mongolia) となった。看護学部は以前の看護大学にあり、2003年大学の名称が変更された際に看護大学は健康科学大学の一部になったが、財務や庶務は別々となっている。そのため、看護学部に関する情報は元看護大学にある。

1) 組 織

健康科学大学の組織図は図3-4のとおりである。

2) 財源の推移

財源は主として学費であるが、2005年の財源は24億Tgである (表3-12)。支出は人件費が8~9割を占めている (表3-13)。

3) 職員数

全職員数は562人であり、教員は345人 (教授が28人、助教授が49人) である (表3-14)。教職員のうち、276人 (80%) が医療従事者であり、139人 (40%) が博士号を取得している。

4) 設備状況

教員室が46部屋、講義室が4か所、実習室が32室、図書館が1か所、講堂が13か所、食堂が1か所、宿舎が2か所ある。

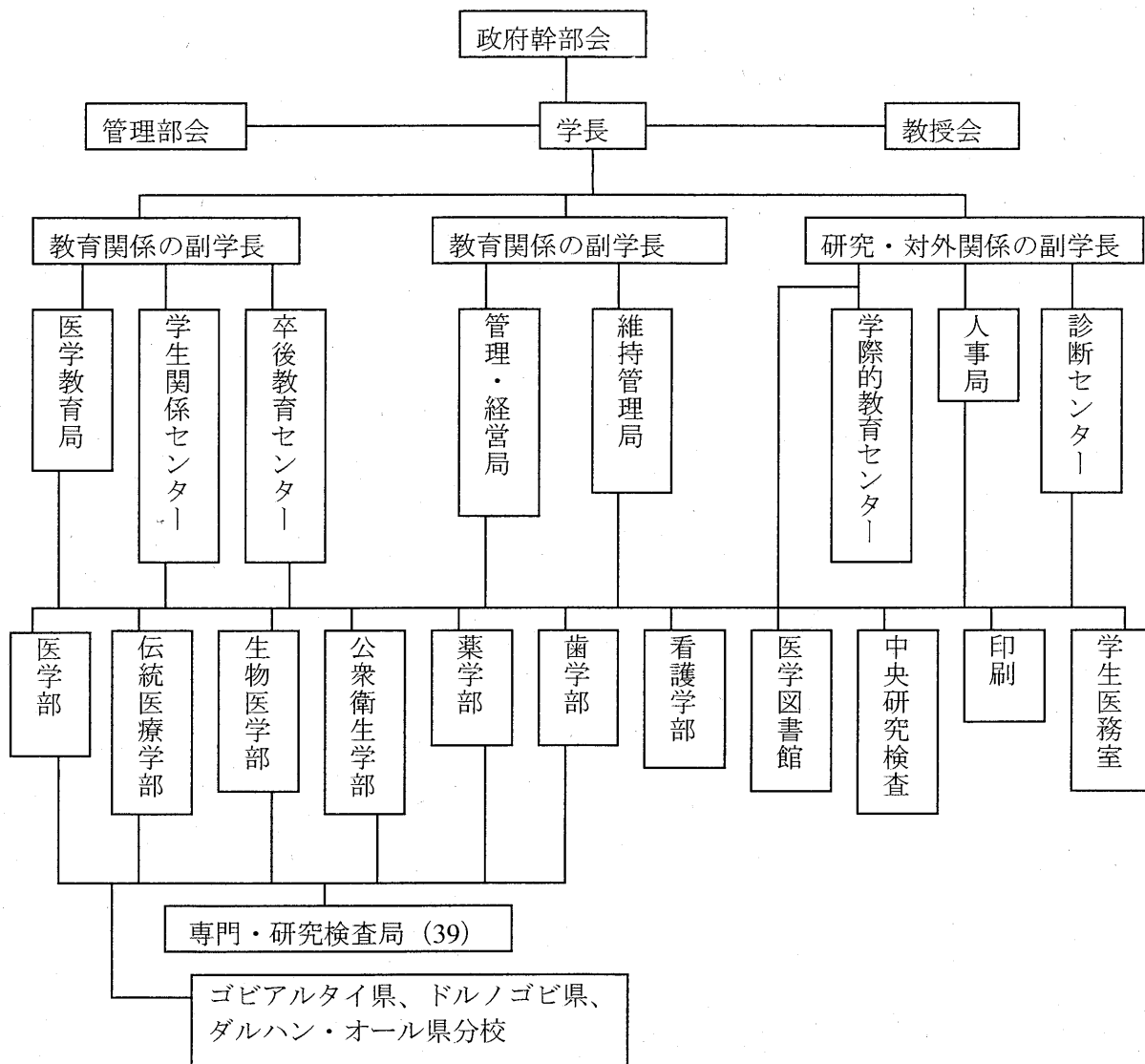


図 3 - 4 健康科学大学の組織図 (2006 年 2 月現在)

表 3 - 12 財源の推移 (2001 ~ 2005 年)

(単位: Tg)

財源	2001	2002	2003	2004	2005
学費	1,096,540,700	1,198,090,400	1,410,853,400	1,128,448,700	2,407,404,100

出所: 健康科学大学への質問票に対する回答より

表 3 - 13 支出の推移 (2001 ~ 2005 年)

(単位: Tg)

支出	2001	2002	2003	2004	2005
人件費	879,346,200	1,009,329,900	1,051,858,600	1,315,912,600	1,536,152,200
施設維持費	200,843,100	111,786,000	153,823,500	131,042,800	415,905,000
教材作成費	28,173,000	14,776,300	9,170,500	8,457,100	12,043,400
総額	1,108,362,300	1,135,892,200	1,214,852,600	1,455,412,500	1,964,100,600

出所: 健康科学大学への質問票に対する回答より

表 3 - 14 職種別職員数

職種名	人数	職種名	人数
学 長	1	経理担当	8
管理職	16	その他	192
教 員	345	合 計	562

出所：健康科学大学への質問票に対する回答より

- 5) 学科別入学者数、在籍数、卒業生数、中途辞退者数及び留年者数（表 3 - 15）
 公衆衛生学部を除いて、すべての学科において入学者数より卒業生数は少なく、特に医学部は中途退学者や留年者の数が多い。

表 3 - 15 学科別入学者数、在籍数、卒業生数、中途辞退者数及び留年者数（2005 年）

学科名	入学者数	在籍数	卒業生数	中途辞退者数	留年者数
医 学	396	1,885	242	31	131
歯 科	98	372	30	10	21
薬 学	53	213	29	6	6
伝統医療	48	217	17	5	9
看護学部	—	—	—	—	—
公衆衛生	26	147	31	4	5
生 物	35	85	14	2	10

出所：健康科学大学への質問票に対する回答より

- 6) 学部のカリキュラムの推移と現状

同大学の開校（1942年）から旧ソ連崩壊までは旧ソ連のロシア人によるロシア式カリキュラムがそのまま導入され、授業の相当時間が社会主義思想の授業に割かれていた。また、権威のある教授の講座に多くの時間数を取られる傾向があり、手術学が重要視されていた。1991年以降、徐々にロシア式カリキュラムが少なくなり、1992年と1996年に若干の改正、その間外国の情報や外国での留学から帰国した人々による改正調査が進み、2002年に再度カリキュラムが改正され、現在に至っている。2005年からWHOの技術支援を受けて保健省が健康科学大学及び他の私立大学医学部のカリキュラムの評価を実施しており、医学教育のカリキュラムの統一を図ろうとしている。

現在、健康科学大学の医学部のカリキュラムでは、教養科目に864時間、基礎医学課程の授業に2,180時間、専門課程の授業に2,100時間、病院実習として、320時間（4年次：96時間、5年次：96時間、6年次：96時間）と時間配分されている。

- 7) 健康科学大学の問題及び課題

健康科学大学側が考えている主な課題は下記のとおりである。使用している実習器具は清潔に整理整頓されており、大切に使用している様子がうかがえた。

- ① 大学の付属病院がないため、臨床研修等が行えない。

- ② 教授法が現場に適さなくなっている。
- ③ 統一されたカリキュラムがなく、育成される人材のレベルが一定でない。
- ④ 卒後研修についてもカリキュラムや教材がなく、一次レベルの医療機関でさえ、その技術が一定でない。
- ⑤ 看護師のなり手が非常に少ない。
- ⑥ 教材はロシア語が多いため、モンゴル語に翻訳しなければならない。
- ⑦ 使用している実習機材は古いものが多く、数も少ない。

(3) 保健医療従事者の育成の現状と課題

1) 保健省の人材育成の取り組み

保健省管轄の人材育成は、同省国家行政指導局が2003年に策定された「人材開発計画」に基づいて計画と予算を立てている。同開発計画は地方の一次レベルでの医療従事者の確保、医師数と看護師数を現在の1:1から1:4までに達成する、継続研修の強化、国立及び私立の医学教育の統一を主な柱としている。

実施機関である国家保健開発センターは1996年に「保健管理・情報センター」として設立され、2005年に現在の保健開発センターとなっている。現在、職員103人、そのうち医師60人である。

同センターでは卒後の継続教育の実施、医療従事者への免許試験の実施と認可、専門医の試験とその資格の認可、専門教育を実施する研究所や病院などの認可、保健医療に関する情報の収集及び分析等を行っている。

現在、専門教育を実施できる病院や研究所は健康科学大学を除いてウランバートル市には15か所あり、地方では、大学分校3か所と地域診断治療センター3か所がある。

同センターは年間200人の医師、看護師、准医師などの医療従事者を対象に数日から6か月単位で手術、助産、子どもの健康、コンピューター、病院経営などについて研修を実施しているが、原則として有料であり、ウランバートル市のみで実施している。その際に、講師を研究所、病院、健康科学大学（公衆衛生学部）に依頼している。ごくまれに、国家基金や国際機関の支援で特定の分野の研修を無料でかつ、地方で実施することもある。

2) 地方の人材の確保

地方の人材不足を解消するための対策として、入学者の1/3をウランバートル市出身、2/3を地方出身とし、各県から15人から20人になるよう選出している（教育省からの指示）。入学者の選抜を実施しているが、卒業生の就職先は卒業前の調査によると7割が卒業前に内定しているが、学生の40%から50%が国家基金（10種類以上ある）から授業料の貸付を受けており、返還の条件次第で就職先が決定しているようである。さらに、人材を地方に異動させる施策（卒後2年間地方勤務後、免許試験を受ける資格を与える）は2006年の7月に施行されることになっているため、2007年6月の医学部の卒業生から適用されることになる。ただし、他の職種については決定していない。

3) 健康科学大学が実施している卒後教育

健康科学大学が学部卒業後実施している教育には、表3-16のように6つある。いずれも卒後数年間病院勤務後、入学する場合が多い。

専門教育あるいは細分化専門教育を終了後、保健省の保健開発センターが実施する試験に合格した場合は前者には二次レベルの医療機関、後者には三次レベルの医療機関での勤務の許可がそれぞれ与えられる。

現在、外部からの特別の依頼があった場合を除いて、健康科学大学は必要性を感じつつも、地方に勤務する医療従事者に対する、地方での再教育の研修は実施していない。

表3-16 健康科学大学が学部卒業後実施している教育の概略（2005年）

	専門分野数	期 間	在籍者数	管轄機関
1. 医師の専門教育	23	1.5～3年間（耳鼻咽喉科と眼科は3年）	379	卒後教育センター
2. 医師の細分化専門教育	13	1～3か月間	17	卒後教育センター
3. 大学院教育（修士課程／博士課程）	—	2年間／3年間	20	学際的關係センター
4. 単位修得教育	24	1～3か月間	152	卒後教育センター
5. 看護師の専門教育	15	2～3か月間	196	卒後教育センター
6. 看護師の継続教育	20	1週間～1.2か月間	351	卒後教育センター
			1,125	

出所：質問票に対する回答より

4) 看護教育

1996年以降看護師の専門教育の重要性が認識されてきたが、大学側が抱えている問題は下記のような点である。

まず、看護師の研修資金の不足で地方での看護師の研修を大学側が推薦しても財源の乏しい地方の行政機関は本大学への依頼ができない状況にある。次に、政治の頻発な変動で継続的な保健政策を実施できない。さらに、看護師の給料が低すぎ、あるいは、看護職をレベルの低い仕事と認識しているため、看護師のなり手が少ない（一時期多い年で500人もいた卒業生が2005年には70人のみである）。また、看護師の職業意識が低く、低すぎる給料がモラルの低下を招いている。

5) 保健医療従事者の育成に関する問題及び課題

- ① 健康科学大学で実施されている専門教育は他の医療機関や研究所でも実施されているが、お互いの連携はなく、別々に計画・実施されている。受講料も研修側に一任されており、保健省は放任している。
- ② 大学側としてはカリキュラムについては統一されていないことが問題であるという認識である。教授法の認識について大学側は教授法が古いとしているが、教授法が成果として評価できるまでに時間がかかり、教授法には問題はないという見解もある。

- ③ 保健省主催の研修の多くがウランバートル市内で実施されており、遠方にある地方の医療従事者にとっては受講を困難にしている。
- ④ 医療従事者への意欲と能力向上のための単位修得の制度(特定の期間に所定の研修を受講しない場合は試験を受けなければ資格を取り消す)は、特に地方の一次レベルの医療従事者にとって負担(試験が有料で高額、医師が1人のためウランバートル市のみで行われる受験に行くのと休診にせざるを得ない)になっている。実際、卒後何十年も研修の機会がないまま、試験を受けずに、業務に従事しているケースが見受けられ、同制度が現場に即していない状況にある。

3-2-5 保健医療サービスの利用とアクセス状況

保健省の報告によると、年間平均しての保健医療機関の利用回数は全国では5.51回であるが、ウランバートル市で7.10回、県平均で4.61回と地域格差が大きい。地域格差の要因として、人口の散在と道路未整備による移動の難しさなどの問題があげられる。21県のうち、13県が市内から400kmの距離にあり、また、341の村のうち、4/5に相当する村が県総合病院から100km以上の距離にあるとされており、遠隔地における保健医療サービスの提供が困難な状況にある。また、市内以外は舗装されている道路が少なく、保健医療機関の利用を更に困難なものにしている。

今回、「保健医療サービス受益者へのインタビュー」を試みた(表3-17)が、住民は病院のサービスや職員の対応もこういうものだと考えているためか、さほど強い不満はない様子であり、要求度は大きくないといえる。ただし、設備に対しては要望をもっているようである。また、Baghの医師に診察を受けて有料の医薬品を飲用するより、費用を保険で賄える病院に入院する方がよいと考えている様子が見えられた。

また、住民として登録されていない地域で保健医療サービスを受ける場合、緊急の場合に限って健康保険基金が支給される。このため、利用者は緊急状態を通り越したならば、完全に治癒していなくても移動することを迫られている。しかしながら、こういった状況に対しても患者や家族は、制度がそうなっているから、やむを得ないと考えているようである。

表 3 - 17 ウブルハンガイ県地方病院の患者の付き添い家族へのインタビュー結果

対 象	3人の子をもつ26歳の母親	20代前半の女性
経 緯	3番目の息子(生後4か月)の風邪の症状が悪化したため。入院5日目、現在経過も順調で数日内で退院予定。	姉の息子(生後8か月)が風邪をこじらせたため。入院4日目、症状が落ち着いたので姉(母親)が住むハラホリン地方病院へ移る予定。
移動手段	同病院から30km離れた村からオートバイに乗ってやってきた。	同病院から15km離れた村から車でやってきた。
病院のサービスへの満足度	病院での職員の対応やサービス(投薬や注射など)は満足のいくものであり、何ら不満はないらしい。	何ら不満はない。
改善してほしい点	病院の外にあるトイレの病院内設置、外科医の配置、食事の改善(野菜成分が多く、子どもが下痢しやすい)	病院の外にあるトイレの病院内設置、外科医の配置
利用する回数	昨年11月に出産で来院し、今回子どもの受診で2回目であり、年間数回程度。	年1~2回
その他	同病院に来院するまでにやることは、Baghの医師から購入した医薬品を飲むこと、自宅にある薬草を煎じて飲むことぐらいである。購入する医薬品は高いと感じる。	同病院に来院するまでにやることは、自宅にある医薬品を飲む。購入する医薬品は高いと感じる。

第4章 保健医療現地踏査結果

4-1 現地踏査結果概要

今回、保健医療現地踏査のため、視察・訪問した保健医療行政機関、保健医療機関、地方の大学分校などは表4-1のとおりであり、その概要をまとめた。その詳細は現地踏査結果（付属資料3.）を参照。

表4-1 視察・訪問した行政機関、保健医療機関

市・県名	行政機関	保健医療機関	大学分校
ウランバートル市	市保健局	国立第一病院、国立第二病院、 地区ヘルスセンター、ファミリー病院	
コビンスベル県		県総合病院、県病院、村病院	
ドルノゴビ県	県保健局	県総合病院、村病院	大学分校
ヘンティ県	県保健局	県総合病院、村病院	
ドルノド県		東部地域診断治療センター	
ウブルハンガイ県	県保健局	南部地域診断治療センター、地方総合病院、 村病院、村間病院、ファミリー病院	
ホブド県	県保健局	西部地域診断治療センター、村病院、 ファミリー病院	
ダルハン・オール県			大学分校

(1) 保健行政機関

- ・職員のうち医師が1/4から1/3を占めており、その専門性を行政に生かしている。
- ・地方の医療従事者の不足は深刻であり、県保健局を中心に、専門課程の卒後教育や住居の提供を条件に医師確保に必死であるが、十分な財源がない。
- ・県保健局は社会福祉基金を使って、医療従事者への再教育の研修を実施しているが、開催費用が乏しく、十分でない。
- ・県主催の研修は数日間准医師や看護師対象に診断治療センターで実施している。保健省管轄でドナー支援の研修が、年に1回程度、数週間から3か月といった期間で行われる。
- ・ドナー支援の研修がウランバートル市で実施されており、2005年には、呼吸器系疾患・結核と健康活動に関してはGlobal Foundation、薬剤師への研修はUNICEF、保健情報システムの研修はWHO、リプロダクティブ・ヘルスに関する研修はUNFPAなどがあり、県内の医師が数人参加している。いずれも交通費、宿泊費、日当及び食費などは主催者側負担である。

(2) 保健医療機関

- ・ウランバートル市では産前・産後検診は二次レベルにて、出産はすべて三次レベルの産院で行われているが、地方では一次レベルの村病院で産前・産後検診から正常分娩まで実施されている。
- ・地方においては県庁所在地に二次レベルの県総合病院や人口の多い市に地方総合病院が配

置されているが、各村に1か所ある村病院との距離がかなりある。遠隔地において保健医療サービスを提供するのに困難な状況にある。

- ・地域診断治療センターが全国で3か所設置されているが、市内以外は舗装されている道路が少なく、移動が困難であり、それぞれの地域の中核的な機能を発揮できていない。
- ・医療機材の維持管理システムがなく、機材の故障に関しては個々の医療機関で対処するかあるいは、放置されたままになっている。また、維持管理費用を予算のなかで捻出しようとする発想が管理者（院長）にない。
- ・地方の村病院にて初歩的な医療サービスを提供するために必要な医療機器（例えば超音波診断装置、保育器、心電計など）が不足している。
- ・地方の二次レベルの県総合病院の検査機材や血液銀行などの設備が未整備である。
- ・医薬品やワクチンの供給は末端の保健医療機関に十分にいき渡っている。しかしながら、そのほとんどが援助によるものであり、保健省はその予算措置をしていない。
- ・地方によっては、水の供給の問題があり、1日1回の給水車に依存している医療機関がある。そのため、衛生的な状態を常に保つことが難しい。
- ・研修を受けた専門医が留学や退職などで不在となり、その分野のサービス（外科、特殊検査機材の操作など）を中止している。
- ・地方では勤務して20年以上も何ら研修を受講したことがない医療従事者（特に看護師、准医師など）がほとんどである。
- ・1人の医師がレントゲン撮影、超音波診断検査、内視鏡検査をこなしていたり、院長が超音波診断検査を実施したり、特殊技術を他の医療従事者に教授するという考えがないようである。
- ・医療従事者の社会立場が低く、また、給料などの待遇も悪い。若く優秀な人材にとって魅力的な職場ではなく、医師免許をもっている、貿易業や銀行等に勤務してしまう。現在、活躍中の医療従事者（特に看護師）は中高年でかつ女性が多い。

(3) 健康科学大学分校

- ・分校では、主として、その近隣の県の准医師、看護師、薬剤師などを養成しており、卒業後は7割が地元で就職している。
- ・予算は学費のみで賄われている。予算が厳しい分校がほとんどであるが、学長の裁量により、様々な工夫が凝らされて、良好な経営状態の分校もある。
- ・地方出身者が多いため、卒業後はそれぞれ地元に戻る学生が多いが、学生の地元定着をねらって、県、分校、学生の3者で学生が2年以上村病院に勤務することを条件に次のような契約を実施しているケースもある。「分校は、村病院に2年以上勤務した場合には、専門教育の学費を免除する。県は、村病院に勤務する医師の住居を確保し、住居費を負担する」
- ・一次レベルの保健医療を担っている准医師や看護師の研修機会が全くなく、20年以上勤務していても、卒業後、新しい知識や技術を入れたことがない現状である。
- ・分校では県総合病院においてほとんどの臨床実習を行うが、臨床実習に必要な機材や人材が不足している。
- ・必要な学部（例えば公衆衛生学部）新設のための許可が、様々な権益にじゃまされて、健

康科学大学や教育省等から下りない。

- ・受験制度（成績の良い順位から医学部への入学が許可される）の問題で、保健医療分野に全く興味のない学生が入学している。
- ・教師、特に看護学専門の教授が不足している。
- ・施設が狭くなっており、宿舍の1階を実習室や教室として使用している状況である。
- ・教材が不足しており、英語やロシア語の教材をモンゴル語に翻訳して使用している。

(4) 他ドナーの研修受講者へのインタビュー結果（表4-2）

ドナー主催の研修は年に1回程度、実施されており、研修受講者にインタビューしたが、参加者はいずれも研修内容は効果的で良かったという感想をもっていた。更に多くの研修を受講したいという意欲を十分にもっている。インタビューに対する主な反応は次のとおり。

- ・臨床上の診断や治療に必要な新しい知識・技術について
- ・無料でかつ、地元で実施してほしい。
- ・医師免許更新のために必要な単位習得ができる内容で短期間のもの
- ・保健省主催の研修はウランバートル市内で実施されることもあり、その多くは有料であるため、参加したくても時間的、経済的な理由で無理である。

表4-2 研修受講生へのインタビュー結果

研修主催者	ADB	UNFPA
実施年	1998年	2004年
場 所	地域診断治療センター	地域診断治療センター
参加対象	ファミリー病院勤務の医師及び准医師	ファミリー病院勤務の医師（2人）及び准医師（4人）
講 師	ADBのプロジェクト担当者である診断センターの小児科医	UNFPAのプロジェクト担当者（モンゴル人）
講義内容	一次レベルにおける小児医療の基礎診療について	リプロダクティブ・ヘルスについて
期 間	医師は2か月、准医師は2週間	医師・准医師ともに3日間
受講者の感想	有益な内容で、教材もあった。研修後に試験もあり、理解の度合いをチェックしていた。	有益な内容で、教材もあった。

第5章 保健分野の援助動向

5-1 これまでの経緯と援助動向

(1) これまでの経緯

旧ソ連から独立後、1994年の外国からの支援のピーク（保健支出の32%を占めていた）以降、年々支援の規模が縮小し、2000年には12%になった。支援の規模が縮小する状況にあっても、各国や国際機関間の支援内容に関するコディネートがうまくいっているとはいえないなかったが、2005年に「保健医療マスタープラン」が完成し、国会でも承認されたということから、同マスタープランに沿って各国や国際機関の支援が協調できる体制ができてきた。

(2) 最近の援助動向

保健分野の財源においてドナーが占める割合はわずかに増加している。保健省のローン資金額は2005年をピークとして、2007年以降減少させていく予定である（表5-1）。

2005年現在、大きく6つの分野〔診断・治療技術、母子保健、安全な医薬品・食料、感染症と予防接種拡大プログラム（EPI）、非感染症対策、プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）〕でWHO、世界銀行、ADB、UNICEF、UNDP、GFATM、World Visionなどのドナーが支援を実施している（表5-2、付属資料4.）。

表5-1 保健分野の財源においてドナーが占める割合（2004年～2008年）

（単位：百万ドル）

指 標	2004	2005	2006	2007	2008
国際開発援助（無償）	6.30	7.74	8.53	9.62	10.90
国際開発援助（有償）	2.37	5.62	4.32	1.30	0.39
総 額	8.67	12.0	11.0	9.0	9.0
保健財源	75.22	89.94	94.40	98.11	101.48
ドナーが占める割合（%）	11.5	14.9	13.6	11.1	11.1

出典：HEALTH SECTOR STRATEGIC MASTER PLAN 2006-2015, MEDIUM-TERM EXPENDITURE FRAMEWORK, VOL.2, MOH, JICWELS, 2005

表5-2 支援分野ごとの支援ドナーの一覧表

	支援分野	支援ドナー
1	診断・治療技術	WHO、WB、ADB、JICWELS、Swancom（米国のNGO）
2	母子保健サービス	WHO、UNICEF、ADB、Allier district（仏のNGO）
3	安全な医薬品と食料供給	UNICEF、ADB、WHO、World Vision Mongolia（NGO）
4	感染症とEPI	WHO、UNICEF、UNDP、GFATM、World Vision Mongolia（NGO）
5	非感染疾患対策 （心疾患、ガン、事故など）	WHO、ADB、ルクセンブルク国
6	PHC	UNICEF、ADB、Sante-Sud（仏のNGO）、草の根無償

出典：INTERNATIONAL PARTNERS ASSISTANCE IN THE HEALTH SECTOR OF MONGOLIA 2005, ADB

5-2 二国間・国際機関・NGOの援助状況・動向

モンゴルの保健分野において主な国際機関、援助国は日本、WHO、ADB、UNICEF等である。

(1) 日本

旧ソ連からの独立以降の保健分野の日本の援助実績は表5-3のとおりである。

2004年に打ち出された今後5年間を目途とした対モンゴル国別援助計画では、下記の4つを重点課題としている。そのなかで、地方開発のためには、地方における保健医療サービスの向上も重要な課題であり、そのために保健医療人材のレベルアップも必要であると明記されている。

- ① 市場経済を担う制度整備・人材育成に対する支援
- ② 地方開発支援（地方開発拠点を中心とした特定モデル地域を対象とする支援、牧地と農牧業再生のための支援）
- ③ 環境保全のための支援（自然環境保全と自然資源の適正利用、首都ウランバートル市の環境問題への対策）
- ④ 経済活動促進のためのインフラ整備支援

表5-3 保健分野の日本の援助実績

年 度	プロジェクト名	資 金
無償資金協力		
1990	基礎的医療機材整備計画（1/2期）	4.50億円
1993	基礎的医療機材整備計画（2/2期）	5.38億円
2000	地方医療施設整備計画	11.92億円
プロジェクト方式技術案件		
1997～2002	母と子の健康プロジェクト	—
草の根無償資金協力		
1990	B型肝炎不活性化ワクチン製造技術改良計画	—
1997	フブスグル県ガルト医療環境改善計画	—
1997	医療援助物資輸送支援計画	—

2002年以降、技術協力プロジェクトは実施しておらず、集団研修コースへの研修員受入れ、EPI機材供与が主たる協力となっている。前者によって保健分野の重要なポストを占める研修を受けた人材が育ちつつあり、後者はEPI医療機材の4割を支えており、予防接種率の維持に貢献している。また、我が国の協力として、2004年より2年間にわたって「保健医療マスタープラン」が策定された。この保健マスタープランに沿って各ドナーも支援内容を計画している。

ここ数年実施された2つの案件（母と子の健康プロジェクト、地方医療施設整備計画）の支援内容について説明する。なお、2004年より2年間にわたる「保健医療マスタープラン」策定についての詳細は第3章を参照。

1) 母と子の健康プロジェクト（プロジェクト方式技術案件）

同プロジェクトはヨード欠乏症（IDD）の撲滅とEPIの自立の達成を目的とし、1998年から5年間に専門家派遣、研修員受入れ、機材供与などを支援した。同プロジェクトでは予防接種拡大計画（EPI）とヨード欠乏症を1つにしたこと、PDM（Project Design Matrix）を十分に活用できなかった計画策定上の問題、人材確保上の問題（EPIの長期専門家を派遣できなかった）、モンゴル側に日本型技術協力への理解が不十分であったこと、保健省レベルにおけるカウンターパート（C/P）の不適切な配置などの問題が指摘されたが、EPIやIDDには目に見える具体的な成果がみられ、日本型の技術協力の理解が深まり、保健省以外（国立感染症センター、国立公衆衛生院など）のC/Pの熱心な取り組みを引き出したことなどの評価を受けている。

2) 地方医療施設整備計画

無償資金協力として、2000年に「地方医療施設整備計画」が実施され、3か所（ドルノド県、ホブド県、ウブルハンガイ県）の地域診断治療センター、4か所（ドルノゴビ県、バヤンウルギー県、ボルガン県、ゴビアルタイ県）の県病院に対する11.92億円相当の医療機材（主な医療機材：X線透視撮影装置、救急車、超音波診断装置、手術台、手術灯、患者監視装置など）が供与された。

(2) ADB

1) 1st ステージの保健開発プロジェクト（1997年から2002年）

ADBは全国規模で同プロジェクトに1,659万ドルをかけて、PHCの推進、民間病院の奨励、保健医療機関の再建築、医療従事者の配置や財源の確保や社会的経済的な弱者への支援に対する提言等を行った。保健省はそれを踏まえて、実施に向けた政策を策定している。また、村病院の導入により13県に同病院を建設し、基礎的な医療器具を供与し、村病院の医師や看護師やBaghの准医師などへの研修を実施した。

2) 2nd ステージの保健開発プロジェクト（2003年から2008年）

現在、ADBは2ndステージの保健開発プロジェクトを5つの県（ヘンティ県、ドルノド県、ウブルハンガイ県、バヤンホンゴル県、ザブハン県）にて実施している。地域の選択の基準は乳児死亡率（IMR）や妊産婦死亡率（MMR）、感染症の疾患が高い県ということであったが、最終的にはモンゴル国政府の希望を優先した。

同プロジェクトの目的は地方の保健医療サービスの質の向上と保健分野の行政管理能力の強化であり、5年間で1,400万ドルの35年のローンで、同期間350万ドルをモンゴル国政府負担金としている。地方の保健医療サービスの質の向上のための支援内容として、研修（国外と国内）の実施（325万ドル）、機材整備（284万ドル）、セミナーやワークショップの開催（25万ドル）、病院民営化推進（109万ドル）、住民への公衆活動（38万ドル）などが含まれている。

3) 今後の予定

2005年、モンゴル政府より同プロジェクトの3rdステージ（2008年以降）の支援の依

頼があり、ADBは了承した。詳細な計画は現在のプロジェクトの進捗状況次第で決定する。ADBはモンゴルの保健分野にはしばらくの支援が必要であると判断し、当分支援をする予定である。また、将来的には、5つの県の成果を全国へ拡大していくつもりである。

(3) UNICEF

現在、UNICEFは年間20万ドル相当の資金で保健（資金の40%）と栄養（60%）の分野にて6つのプロジェクト〔全国規模：EPI-Plus、リボルビング（回転）医薬品資金、ヨード欠乏症対策／5つの県とウランバートル市の2地区対象：安全な母性と子どもの成長と発達の推進、子どもの疾患統合的管理（IMCI）、発育に関する啓発教育〕を実施中である（表5-4）。プロジェクトサイトは5つの県（南ゴビ県、オブス県、ヘンティ県、ドルノゴビ県、ドルノド県）の2つの村とウランバートル市の2地区（バヤンゴル地区、バガノール地区）の2つのホロの6万人（1.8万人の乳幼児）を対象としている。

2007年以降の支援内容に関しては現在策定中であるが、西部地域を集中して支援する予定である。

UNICEFが指摘している地方の保健分野での問題として、5歳以下乳幼児と妊娠可能な女性の間微量栄養素（ビタミンAやヨード）欠乏、高い妊産婦死亡率、安全な飲料水へのアクセスが容易ではないこと（都市部62.1%に対して、地方では17.3%）、トイレの未完備（都市部42.6%に対して、地方では4.8%）、高い腎臓疾患・心疾患を指摘している。

UNICEFは県レベルで医療従事者対象に、微量栄養素欠乏の予防、衛生教育、子どもの発育などについて研修を実施している。

地方の医療改善のために日本に期待したい支援としては、地方の医療従事者への早期診断、適切な治療や医薬品の使用などに関する研修の実施である。

表5-4 UNICEF で実施中の保健と栄養の分野のプロジェクト（2002年から2006年）

プロジェクト名	主な目的及び活動内容	対象地域
保健分野		
1. EPI-Plus	予防接種で予防可能な感染症の撲滅のため。 ワクチン、注射針、微量栄養素（ビタミンAとD）の供与、予防接種に関する研修やセミナーの開催、予防接種実施や管理システムのモニターと評価、住民への啓発・普及の実施など。	全国規模
2. リボルビング（回転）医薬品資金	安定的な医薬品供給の推進のため。 必須医薬品の供与、医薬品関連の政策の推進、リボルビング医薬品資金の増加と継続の推進など。	全国規模
3. 安全な母性と子どもの成長と発達の推進	MMRの減少と子どもの成長と発達の推進のため。 妊娠中毒の早期発見や新生児への適切なケアの提供のための研修や妊婦への啓発・普及の実施、出産に関連する機材や医薬品の供与、医療サービスのモニターと評価の実施など。	5つの県とUB市の2地区
4. 子どもの疾患統合的管理（IMCI）	乳幼児死亡率の減少と予防保健活動の推進のため。 医師や看護師への臨床研修とその評価の実施、住民への啓発・普及セミナーの実施、情報・教育・コミュニケーション活動（IEC）機材の作成と分配、施設の改築と基礎的な医療機材や必須医薬品の供与。	5つの県とUB市の2地区
栄養分野		
5. ヨード欠乏症対策	ヨード欠乏症の減少のため。 ヨードなしの食塩製造・販売の禁止法令の導入、ヨード入り食塩使用に関する住民への啓発・普及の実施、ヨード入り食塩製造のための設備や機材の支援など。	全国規模
6. 発育に関する啓発教育	子どもの発育や青少年や妊婦へのケアのUB市の向上、住民への知識や技術の提供のため。 住民への啓発・普及のためのセミナーの開催、IEC機材の供与、IEC教材の作成と分配、モニターと評価の実施、テレビを介しての全国的な放映など。	5つの県とUB市の2地区

(4) WHO

2006年から2007年にかけて全国規模で保健省とともに実施する小規模の技術協力プロジェクトが18あり、その内容は伝染病情報、青少年の保健、環境、必須医薬品、基礎的保健技術、予防接種、感染症対策、非感染疾患対策、栄養、保健財源、タバコ、人材育成、精神保健と中毒など広範囲な支援となっている。しかし、いずれのプロジェクトにおいても、資金が不足しており、日本からの資金協力を期待している。特に、「早期警告・応答システムプロジェクト」は感染症の拡大を防止するためのシステムで運営資金の半分が不足している状況である。

WHOが地域の保健医療の現場で、即急な支援が必要と考えるのは、基礎検査設備（顕微鏡、遠心機器、簡易血液検査キット等）の不備である。EPIプログラムでは-30度の環

境においてワクチンを凍結させないための保存が必要など、冬期のモンゴル国独自の問題がある。

村レベルで最も緊急なものは水であり、水不足からくる感染症の発症例は多い。医師が手すら洗えずに、患者の治療に携わっているのが現状である。NGOの支援によっていくつかの村に井戸の水を提供している。

WHOは研修用の教材を多くモンゴル語にて作成しており、WHOのすべての活動範囲の教材をカバーしている。

(5) その他

現地踏査した際、聞き取り調査にて入手した情報によると、その他に地方において保健分野で支援しているのはルクセンブルク国、オランダ国、英国、米国疾病コントロールセンター（CDC）〔米国国際開発庁（USAID）〕、World Vision Mongolia、仏のNGO（名称は不明）などがある（表5-5）。

表5-5 その他のドナーの支援状況

ドナー名	支援内容
ルクセンブルク国	三次レベルの医療機関へ超音波診断装置、心電計などの供与
オランダ国	一次レベルの保健医療機関へ基礎的な医療機材（体重計、聴鏡、診察器具など）の供与
英 国	三次レベルの医療機関へリハビリセンターの建設及び機材の供与
CDC（米国）	一次レベルの保健医療機関へ冷蔵庫などの供与
World Vision（NGO）	一次レベルの保健医療機関へベッドと寝具一式などの供与
仏のNGO	一次レベルの保健医療機関へ医薬品や消耗品の供与

第6章 我が国の協力の可能性

6-1 協力量針

(1) 我が国の援助方針との合致

援助重点課題「地方開発」中の開発課題「保健医療」協力プログラム「保健医療プログラム」に位置づけられる。ただし、当該プログラムは取り組み開始後間もないため、若干の青年海外協力隊（JOCV）が投入されているのみである。

国別援助実施計画には「地方開発のためには、地方における保健・医療等社会サービスの向上も重要な課題であり、このため、医療サービスの質的向上のための保健人材のレベルアップが必要である」と明文化されている。

(2) モンゴル国保健省の保健政策との整合性

モンゴル国保健省は2003年から2005年にかけて、我が国の協力により「保健医療マスタープラン(2006～2015)」を策定し、同マスタープランは国会承認を得るに至った。同マスタープランのなかでも、人材育成は重要課題のひとつとされ、保健省が他ドナーと連携して着手し始めているが、特に地方における医療人材・技術の不足、再訓練についてはまだまだ不十分な状況にある。

(3) 保健分野の課題

今回の調査にて抽出できたモンゴルの保健分野の課題は下記のとおりである。

- ① 政令が頻繁に変わり、現場に即しないものがある。
- ② 財源が治療中心の二次レベルや三次レベルの医療機関への支出に多く割かれている。
- ③ 保健医療マスタープランに沿って、保健省も活動を開始し、各ドナーも支援する体制ができつつあるが、現時点でその住み分けは明確になっていない。
- ④ 保健医療機関や医療従事者が都市部に集中している。
- ⑤ 地方の人材、特に看護師が不足している。
- ⑥ 医療従事者のための専門教育・カリキュラムが病院、大学、研究所で独自に計画、実施されており、統一されていない。
- ⑦ 地方の医療従事者への再教育の機会が少ない。
- ⑧ 地方の一次レベルの保健医療機関の医療機材（母子保健関連：超音波診断装置、保育器、心電計など）の不備、二次レベルの医療機関の検査機材（血液・生化学検査）の不備から適切な保健医療サービスを提供できない状況にある。
- ⑨ 医療機材の維持・管理システムが全国規模で未整備であり、特に地方の三次レベルの医療機関において故障した機材が放置されたままになっている。
- ⑩ 乳児死亡率、妊産婦死亡率、衛生状況（安全な飲料水、トイレ）の指標において地域格差（都市部と地方）が大きい。

(4) 協力量針

社会主義体制が崩壊して以降、各ドナーからの支援が継続的に行われている今日になってなお、当該分野における課題は山積している。我が国の協力にて策定された「保健医療マス

「タープラン」により、ようやく端緒が開かれた課題解決への道のりに沿って、各ドナーとの住み分けと連携を十分に保ちながら、支援していく必要がある。

今回の調査結果を踏まえたうえで、対モンゴル援助重点分野、人間の安全保障等の方針、技術優位性や過去のプロジェクトからの教訓等にかんがみした場合、地方における医療人材の育成や地域格差の大きい母子保健問題への取り組み等、協力による成果裨益人口が広範であり、かつ一次レベル医療機関の技術力底上げに資することを協力量針とすべきである。特に、地方での医療活動を担う人材が数十年にわたって、新しい知識や技術を得る機会がない、自己流の医療活動が行われている現状は重視すべきであると考えられる。また、他ドナーの地方での研修実施は多くても年に数回程度にとどまっていると同時に、地方の医療人材育成に主眼を置いたプロジェクトが実施されていないことを確認した。

実施にあたっては、分校を含めて健康科学大学の協力を仰ぐことが不可欠である一方、保健省と連携をとり、歩調を合わせることも必須である。現状、両者の連携関係は決して良好とはいえないが、本調査を契機として、両者に人材育成の分野で連携をとっていこうとする動きが出てきたことも事実である。政策・予算等の面では保健省の協力が不可欠である。

このため、健康科学大学と保健省との連携状況を確認しながら、積極的に協力の実施を検討すべきである。

(5) 人材育成プロジェクト実施の妥当性

地方の医療改善において、医療従事者への再教育は重要課題であり、特に、県保健局はわずかな予算のなかから医療従事者への再教育に関するセミナーや研修を実施している。卒後、臨床経験の乏しい医師が地方に赴任することが多いことから、診断・治療等の知見と技術は常に磨いていく必要があり、外部からの情報の提供は必須である。さらに、健康科学大学においての医学教育も、地方での勤務が可能となるような授業や実習内容も取り入れたり、卒後研修に対する様々な面で整備する必要があったり、地方の再教育には健康科学大学の協力が不可欠である。以上の観点から、実施の妥当性は十分あると考えられる。しかし、保健省、各医療機関、健康科学大学等それぞれが独自の教材を使用し、専門教育を含む再教育の研修を実施している状況にあるため、研修方針や内容等を相互に認識したうえで、連携していくことが担保されるべきである。

6-2 協力量案

モンゴルの保健分野の現状や課題を把握し、問題解決のための方策を抽出した結果の協力量案として下記6つがあげられる。

- ① 地方の医療従事者への地方での再教育
- ② 健康科学大学の医学教育（専門課程も含む）の改善（健康科学大学の希望）
- ③ 医師・看護師等のソム（村）巡回医療サービス構築支援（チーム医療制導入を含む）
- ④ 病院経営・保健関連予算システム改善への支援
- ⑤ 地方の一次レベル（村病院）の保健医療機関の医療技術（特に母子保健関連）の底上げ・機材（特に母子保健関連）の整備
- ⑥ 地方の二次レベル（県総合病院）の医療機関の検査技術の底上げ・検査機材の整備

6-3 協力にあたっての留意点

- ① 供与した医療機材を適切に使用できるようにするために医療機材を使用する人材の研修は不可欠であり、維持管理方法も考慮すべきである。
- ② 保健省と健康科学大学の連携体制を確認すべきである。
- ③ 地方医療従事者の質の向上については、健康科学大学の医学教育がその根本を成していることから、同大学の協力は必ず仰ぐべきである。
- ④ 研修開催には講師への謝礼や研修生への交通費や日当などの資金が必要であるため、モンゴル側の予算措置を見極めていく必要がある。
- ⑤ ADBは保健分野の支援を今後も継続していく予定であり、「保健開発プロジェクト」のプロジェクトサイトやその内容と重複しないようにし、情報交換する必要がある。