

付 属 資 料

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

1. 協議議事録

No. 1

面談・視察日時	2006年2月6日（月） 9時30分～12時00分
訪問先	健康科学大学
面談者	先方：Prof. S. Narantuya（副学長） Dr. Artaisaikhan（医学部長） Dr. B. Amarsaikhan（アマルサイハン）（歯学部長） 当方：佐々木所員、エンヘ所員、渡慶次団員、アムラ団員
入手収集資料	・ Health Sciences University of Mongolia

面談要約：

1. 副学長より歓迎のあいさつと日本とのこれまでの関係、その支援へのお礼が述べられた。今回の調査にはできる限り協力する。
2. 医学部長より、唯一の医療人材育成の機関として、1991年以降、再教育の重要性が増し、特に地方において遠隔教育の必要性は大きい。
3. 佐々木所員が、今回の調査への協力に対するお礼（執務室の提供）と今回の調査の目的（地方の医療改善を含めた保健分野全体の現状解決のために最も適した案件を検討するための情報収集と調査であり、対モンゴル援助計画に基づいて、地方開発の一環として中央に位置する本大学への直接的な裨益を受けないこともある）等を述べ、今後の情報収集への協力を依頼した。
4. 渡慶次団員よりモンゴル国の初印象（距離的には近いこと、人々の顔つきがあまり変わらないことなど）を述べ、質問票への回答を含めた今回の調査への協力をお願いした。

面談・視察日時	2006年2月6日(月) 14時00分～15時30分
訪問先	保健省
面談者	先方：Dr. I. Bat Erdene (保健医療サービス局・局長代行) Mr. L. Banzar (国際協力課) 当方：佐々木所員、エンヘ所員、渡慶次団員、アムラ団員
入手収集資料	・HEALTH SECTOR STRATEGIC MASTER PLAN 2006-2015, Vol.1 ,2005

面談要約：

- 保健省の組織は大きな編成があったこともあり、最新の情報を提供するため、組織図は質問票に対する回答とともに2/15(水)に渡せる。
- 地方の視察について、保健省から地方の各関係機関に連絡をとり、官団員の訪問時に保健省職員を同行させる。質問票については、保健省で入手できる項目以外について、地方の保健医療機関に回答を依頼する。
- 地域の中核病院として位置づけられている地域検査診断センターは3か所(東部地域：ドルノド県、南部地域：南ゴビ県、西部地域：ホブド県)あるが、病院が所在する県は位置的に東部と西部になるが、あまり差はない。ただし、西部に位置する県はカザフスタンが隣国ということもあってカザフ民族が多い。また、水源の問題があるという県もある。
- 人材育成の問題として、人材の配置が不适当(都市に集中し、地方には医師が不在。実際に、381か所の村で340人の医師が不在)であるため、その対策として、下記のように承認されている。①地方に勤務する医師には多少のインセンティブ(給料の割り増し)を提供する。②5年間勤務した医師に対して、6か月のボーナスを支給する。③大学卒業後、2年間の地方での勤務を義務づけ、その後、免許試験を実施し、ライセンスを認定する。④地方にある医学部の分校に地域出身者を優先して入学させ、卒業後そのまま地域に勤務させる。
- 現在、教育省の管轄にある健康科学大学を保健省管轄にしたいと希望しているが、法律上、見込みがでてきた。
- ADBの現在進行中の2ndフェーズの保健開発プロジェクトについては全部を把握しているわけではなく、医療サービスの財源を人口で算出し、その財源を保健分野の支出で、住民の健康促進につながるなら良いとする試みを実施しており、興味深いといえる。
- 地域の医療サービスの改善で、地方で必要としているのは、人材育成、医療機材の整備(8万4,000種ある機材のうち、8割が1980年代の製造である)であり、検査機器の整備には、WHOの技術支援が一部入っている。
- 個人的な意見として、「保健医療マスタープラン」に沿って日本に期待したい分野は「保健

医療サービス」と「ケアの質」である。次のアポの予約のため、詳細には聞く時間がなかったため、日をあらためて、局長と協議する。

面談・視察日時	2006年2月6日(月) 15時30分～16時30分
訪問先	WHO
面談者	先方：Dr. Mendsaikhan (EPI 予防接種アドバイザー) Dr. L. M. Gonzalez 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) 当方：渡慶次団員
入手収集資料	・ PLAN ACTION:STRENGTHING THE EARLY WARNING AND RESPONSE (EWAR) SYSTEM IN MONGOLIA 2006-2007, MOH

面談要約：

1. 2006年から2007年にかけて実施するプロジェクトが18(詳細な情報は後日入手予定)あり、その内容は栄養、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たい。
2. 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。
3. EPIプログラムでは、絶対的にワクチンが不足しており、また、-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。
4. 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、出産や感染した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泉の水を提供している。
5. WHOの教訓で、人材育成の支援の際、参加者へのインセンティブがないとまったくうまくいかないので注意が必要である。WHO主催の研修のための教材はほとんどの分野をカバーしており、十分にある。すべてモンゴル語である。
6. 保健省から発行されている年次報告書は詳細な保健データが網羅されており、有益であるので、ぜひ入手し、参考にとよい。
7. 3年もかけて策定した「保健医療マスタープラン」なので、プログラムを計画する際には、戦略に沿うようにしているが、実際的に、戦略のみで、具体的な活動が明記されていないのがやや不満である。

面談・視察日時	2006年2月7日(火) 9時30分～10時30分
訪問先	教育省
面談者	先方：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) 当方：エンヘ所員、渡慶次団員、アムラ団員
入手収集資料	依頼した質問票への回答

面談要約：

1. 現在、健康科学大学以外に、保健医療人材の育成機関として私立大学が4大学ある。
2. 保健分野の人材育成の問題は、看護師の不足、地方の人材の不足（配置の不均衡）であり、看護師不足の対策として、看護師の入学者数を増やし、就学期間を4年間から2年間へと減らすなどする。地方の人材不足を改善するために、5年間の地方勤務を条件に奨学金を給付し、授業料を免除するなどの措置をとるなどを実施しているが、地方の人材不足は保健分野に限らず、教育分野でも同様な問題が生じている。
3. 健康科学大学の入学者数の決定は大学と保健省から提出された案を最終的に教育省が承認している。
4. 健康科学大学の財源は主として、学費であり、その他国庫基金（奨学金支給や授業料免除対象）、大学独自の収入である。
5. 健康科学大学のカリキュラムや講義内容などについては、大学と保健省とで協議し、決定した後、教育省は承認する。
6. 保健医療人材の卒後研修は大学と保健省とで協議したうえ決定していることで、教育省は全く関与していない。教育省には保健医療担当官を特に置いていない。

面談・視察日時	2006年2月7日(火) 14時00分～14時40分
訪問先	ADB (Asian Development Bank)
面談者	先方：Ms. B. Bavuusuren (社会セクターオフィサー) 当方：渡慶次団員
入手収集資料	・「PROPOSED LOAN SECOND HEALTH SECTOR DEVELOPMENT PROJECT」 (MONGOLIA, ADB, 2003)

面談要約：

1. 現在、ADBは2ndステージ(2003～2008)の保健開発プロジェクト(1stステージ：1997年から2002年)を5つの県(ヘンティ県、ドルノド県、ウブスハンガイ県、バヤンホンゴル県、ザブハン県)にて実施している。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、機材整備、保健情報システムの強化、施設の改築、レファラルシステムの改善、住民への公衆活動などが含まれている。
2. 昨年モンゴル国政府より同プロジェクトの3rdステージ(2008～)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。
3. 地域の選択の基準はIMRや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。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。
4. 地方の保健医療サービスの問題として、保健医療施設が適切に利用されていないこと、最も基礎的なサービスに対応できていないこと(専門医が多すぎる)、保健財源のうち35%を占めている健康保険基金が適切に使用されていないこと(保険を使うため、医師が必要ない治療をし、患者自身も unnecessaryな検査・治療を要求する)などがあげられる。
5. 「保健医療マスタープラン」は良くできていて、プロジェクトの策定計画は、同マスタープランに沿って進めており、十分に活用している。
6. 進捗状況はマニラにあるADB本店の担当(技術アシスタント)に聞いた方がよいので、後日担当のメールアドレスを知らせるとのことで、プロジェクトの進捗状況についての話は聞けなかった。

面談・視察日時	2006年2月7日（火） 14時30分～15時50分
対処方針会議	
協議参加者	調査団、JICA アジア二部東アジアチーム（加藤チーム長、木村職員）、 JICA 人間開発部第3グループ石井グループ長、 保健人材育成チーム（西野チーム長、江原職員）
会議資料	対処方針会議資料、資料、日程案、地図

協議要約：

1. 対処方針会議資料に沿って調査概要、調査目的、日程案、団員構成、対処方針（案）の説明（佐々木所員）。
2. 調査開始後視察・協議した内容（保健省、教育省、保健科学大学、ADB、WHO）のポイントを説明（渡慶次団員）。
3. 今後の調査の追加項目として下記の項目や内容があげられた。
 - ①保健婦の有無、②大学の専門別教職数、③入学者の出身地、④保健局の職務内容、⑤地方の社会予防を管轄する部署の有無とその内容、⑥ソーシャルワーカーの職務内容、⑦モンゴルの疾病構造と平均余命、⑧一般医師と専門医の割合、⑨PHCを支える人材の存在、⑩卒後研修に関する情報、⑪保健医療マスタープランの課題と進捗状況、⑫「母と子の健康プロジェクト」終了後の状況（ワクチン再回収資金の有無やそれに似たような資金運営状況など）、⑬保健分野で活動しているドナー（WHO、ADB 以外）からの情報などである。
4. 調査上の留意点として、下記の点があげられた。
 - ① 保健分野全体の現状をまず把握してほしい。
 - ② 資金や人材が不足している国においてプロジェクトを形成する際のアプローチとして、MDGsの3つの指標を解決できる、例えば予防保健活動に視点を置くことは大切である。実際、「モンゴル国の保健分野における顕著な課題」のなかで、治療中心で予防活動がおろそかになっていること、保健医療施設が都市に集中していること、医療従事者が地方にて不足していることから同様なことがいえる。
 - ③ 支援したことで財源のバランスが崩れることがないように考慮する。三次レベルの医療施設の維持管理のための財源を増やすような結果を避ける。
 - ④ 人材をいかに地方に移せるか。
 - ⑤ 旧ソ連体系と西洋体系とではまったく異なることが多く、難しいことを念頭に入れる。
 - ⑥ 同じ名称としても日本と内容が異なることがあるので確認が必要である。日本にあるものがモンゴルにないこともある。
5. 収集してほしい資料としては、教材、カリキュラムの現物などである。

面談・視察日時	2006年2月9日(木) 9時30分～12時00分
訪問先	健康科学大学
面談者	先方：Dr. Artaisaikhan (医学部長) Dr. A. Gurbadam (学生課部長) 当方：渡慶次団員、アムラ団員

協議要約：

1. 医学部長にUB市内の保健医療機関（一次から三次までの各1か所）と市保健局への視察へのアポの依頼。予定として、2/13（月）と2/14（火）。
2. 健康科学大学は7つの学部を有しているが、看護学部は以前の看護大学にある。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。
3. 看護学部は教育年数が2～4年と幅があり、2年と4年卒業生とでは給料、仕事内容、管理職への機会等で大きく異なる。
4. カリキュラムに関して：
 - ・開校（1942年）から旧ソ連崩壊までは旧ソ連からロシア人がやってきて、ロシア式カリキュラムがそのまま導入され、かなりの時間を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時間数をとられる傾向があって、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っていったが、しばらくは偏りが続いていた。その後1992年と1996年に改正があり、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。来年5月以降新カリキュラム施行後の初の卒業生が出るので、カリキュラムの評価が可能である。
 - ・上記したように、カリキュラムの改正が頻繁に行われたため、教授数の増減が出て、調整に難儀している。また、カリキュラム作成にあたる教師・教授はその専門の権威であっても、教授法の知識に疎い人材が多いことが問題である。
 - ・6年間ある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。
 - ・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（9～1月、2～6月）である。
 - ・実際のカリキュラムはモンゴル語で相当量ある（入手を依頼する）。
5. 卒後教育に関して：
 - ・健康科学大学が実施している卒後教育は医学部卒業後、1.5～2年間かけて23の専門医になるための教育のことであり、地方に勤務する医療従事者に対しての再教育のための研修は実施していない。

- ・ 卒後教育を受ける学生は卒業生の2～3割に相当し、1割は大学院に進んでいる。
6. 入学者の1/3をUB市出身、2/3を地方出身とし、各県から15～20人になるよう選出する(教育省からの指示)。
 7. 卒業者の就職先は、卒業前の調査によると7割が卒業前に内定しているが、詳細な情報(県別レベル別人数など)については後日入手予定。学生の40～50%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。
 8. 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)は今年の7月に施行されることになっているため、来年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はいない。
 9. 日本に存在する地域の予防活動を司る職種は公衆衛生学部を出た衛生士、ソーシャルワーカーが担っている。保健婦の名称は存在しない。上記の衛生士やソーシャルワーカーは看護師の資格はもっていない。

面談・視察日時	2006年2月9日(木) 14時30分～15時30分
訪問先	保健省
面談者	先方：Mr.Ch.Chuluunbaatar (保健サービス局シニア・オフィサー) 当方：渡慶次団員、アムラ団員

面談要約：

1. 本調査の目的の説明。来週官団員が地方へ視察に行く際保健省の職員が同行するかどうかの確認。局長に相談のうえ連絡するとのこと。
2. 地方の保健医療の問題としては、適切な人材の不足、医療機材の不備（かなりの機材が老朽化している）、人口の散在による保健医療機関の配置が難しいこと、個々の保健医療機関の整備計画が作成されていないことがあげられる。
3. 医療従事者への再教育は、国家行政指導局が計画と予算を立て、国家保健開発センターが実施している。年間100人の医師、看護師、検査技師などの医療従事者を対象に数日から1か月単位で手術、助産、子どもの健康などについて研修を実施している。その際に、講師を研究所、病院、健康科学大学に依頼している。市内の病院で実習する場合もある。国際機関の支援で特定の分野の研修を実施することもある。詳細は上記のセンターに聞くとよい。

本日、保健省国際協力課より、保健省への質問票に対する回答、保健医療マスタープランの最終版（Vol. 2～Vol. 4）、「ANNUAL HEALTH REPORT 2004」を入手したので、早急に内容確認し、整理を行う。

面談・視察日時	2006年2月13日（月） 9時30分～10時、12時～13時30分
訪問先	健康科学大学
面談者	先方：Dr. S. Naeanchimig（看護学部長） 当方：渡慶次団員、アムラ団員

面談要約：

1. 歯学部長に、ドルノゴビ県にある本大学の分校への視察に本大学からの同行と2/20（月）の午前中に、副学長との協議の場の設定を依頼。
2. 看護学部長との協議内容は下記のとおり。
 - ・1996年以降、看護師の再教育の重要性が認識された。1998年以降、看護師の卒後研修として、手術関連（3か月）、専門部門（2か月）、継続教育（1年3回の5年間：手術、麻酔、マッサージ、リハビリなど）が同大学所属の卒後研修研究所で実施されている。同様に卒後研修は保健省でも実施されているが、保健省と本大学との連携はなく、別々に計画・実施されている。卒後研修後、保健省の保健開発センターのランセンス課での試験合格後は三次レベルの医療機関での就職が可能となる。
 - ・2000年から2年間をかけて（開学を記念して）、21県の看護師への研修（主として、意識改革など）が実施された。このとき、看護師の70%が研修を受講した。これをきっかけに地方の行政機関からの依頼があり、3～5人のチームを組んで、3日間から5日間の看護師への研修を実施している。主として、意識改革・向上がテーマである。今年に入ってから4つの県で研修を実施した。
 - ・看護教育での問題：①資金の不足で地方での看護師の研修を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。そのため、本大学側は地方での研修を実施できない。②政治の頻繁な変動で継続的な保健政策を実施できない。③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、多いときで500人もいた卒業生が2005年には70人のみである）。④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。

面談・視察日時	2006年2月20日（月） 9時45分～12時30分
訪問先	健康科学大学
面談者	先方：学長、副学長、歯学部長、卒後教育センター長、他（詳細は省略） 当方：井上団員、中野団員、佐々木所員、エンヘ所員、渡慶次団員、アムラ団員

面談要約：

佐々木所員より訪問の目的を説明し、学長より今回の調査への抱負とお礼が述べられた。以下、協議内容は以下のとおり。

1. 地方の医療改善には、資金の提供や機材の更新だけではなく、人材の育成が必要であることから何らかの医療教育プログラムシステムを提案したい。また、保健省や教育省との連携も重要である。さらに、医師とその他の医療従事者とのチーム医療を充実させること、虫垂炎や胆石症などの患者が多く、切らずに済んでいる患者がいるのではないかと、カルテの病名の記載をモンゴル語に統一してはどうかを提案した。（井上団員）
2. サインシャンド分校では、日本と同様な進んだ教育方法を取り入れていること、講師が教材作成に熱心に取り組んでいる状況に感心した。人材育成を通して、地方の医療改善につながるプロジェクトを提案できたらと思う。（中野団員）
3. 2週間、保健医療機関を視察して、特記すべき点としては、同じ一次レベルでも差があること、二次レベルと三次レベルの医療機関の設備と提供できる医療サービスに格差が大きいこと、医療機材の更新と同時に人材育成と医療機材の維持管理システムを全国規模で確立すべきではないか、機材の試薬が購入できず機材が使えないという状況があるが、今後病院経営の変え方を導入して改善すべきではないか、である。（渡慶次団員）
4. 上記の日本側の意見や提案に対して、学長の回答は下記のとおり。
 - ・ 短期間で地方の医療現場の現状をよく把握している。
 - ・ カルテの病名をすぐにモンゴル語にするのは難しい。法改正が必要である。
 - ・ 虫垂炎や胆石症などで切らずに済んだ患者はいないと思うが、同疾患の患者が多いことに対して他国からよく指摘を受ける。
 - ・ チーム医療はモンゴルではまだ徹底されていず、報告書のなかで提案してほしい。
 - ・ 一次・二次レベルの医療機関の格差はロシア時代からの名残で今に至っている。
 - ・ 付属病院がないので報告書のなかでその必要性を提案してほしい。
5. 短時間で協議・視察したが、官団員は今日帰国することになっており、詳しい情報収集などの継続調査は渡慶次団員が実施する。協力をお願いしたい。

大学内を視察したが、組織、設備などの詳細については別の機会に報告する。

2. HSMP Strategies, outcomes, strategic, timeframe and responsibilities

HSMP Strategies, outcomes, strategic actions, timeframe and responsibilities

Strategies by key areas of work	Outcomes	Strategic Actions	Priority by resource allocation	Timeframe 2006-2015						Responsible Institution Leading/ Co-Implementing ¹
				2006 / 2007	2008 / 2009	2010 / 2011	2012 / 2013	2014 / 2015	2015 / 2015	
1. HEALTH SERVICES DELIVERY 1. Further increase coverage, access and utilisation of health services sector-wide especially for the mothers and children, the poor and other vulnerable groups	<ul style="list-style-type: none"> Geographical, financial and quality of care related barriers that prevent the poor and vulnerable groups from accessing and using health services reduced. Health facilities and FGP appropriately located to bring them closer to particularly the poor and the vulnerable population. Client friendly services provided at an increasing number of health facilities at all levels. Outreach services routinely provided. Participation of the community based organisation and NGOs in local health service activities increased 	<ol style="list-style-type: none"> Provide an effective ambulance service particularly for the remote and rural areas as part of an effective emergency care and referral system. Conduct a situation analysis of the coverage and access of the catchment population by health service facilities and personnel and implement the recommendations through a programme to improve access and coverage especially for the poor and vulnerable. Develop and implement a standardized client friendly patient flow system for hospitals that could be scaled up sector wide. Continuously and sustainably fund and implement outreach activities based on the Essential Care package and national programmes as part of the routine health care provision especially at the bagh and soum levels and in the ger districts. Ensure regular and sustained community participation through increased number of effectively operating health volunteers, of community initiated activities, early detection by the community volunteers and increased financial and non-financial resource contributions for the operations of the health services 	++ ++ ++ +++ +++	●	●	●	●	●	●	MoH
				●	●	●	●	●	●	AHDs and CHD and Soum hospitals and FGPs
				●	●	●	●	●	●	CBOs
				●	●	●	●	●	●	International partners
				●	●	●	●	●	●	
2. Strengthen the delivery of quality primary and general care through soum health facilities and FGPs based upon essential part of the ECPS	<ul style="list-style-type: none"> ECPS used as the basis for providing essential/health care services at the soum health facilities and the FGPs Gate keeping function of the primary level health services operational and enhanced Increased utilization of the soum and FGP health services particularly by mothers and children. Integrated operation 	<ol style="list-style-type: none"> Restructure and sustainably deliver essential health services at the soum and FGP health facilities in accordance with the essential part of the services of the ECPS Continue and upgrade the Soum Hospital Development Programme under the Rural Health Services Initiative to ensure provision of essential/health care services at the soum health facilities and the FGPs Develop and implement a policy to clearly define the role, funding, organisational and legal position of the FGP system in the health sector to deliver the essential package of services. Systematically mobilize the community and the community health volunteers to ensure the mothers and children and elderly in particular fully utilize the soum and FGP health services. Routinely include relevant national programme activities 	+++ ++ +++ +++ +	●	●	●	●	●	●	MoH
				●	●	●	●	●	●	AHDs and CHD and Soum hospitals and FGPs
				●	●	●	●	●	●	International Partners
				●	●	●	●	●	●	
				●	●	●	●	●	●	

¹ Based on the current designations as in 2005. May be revised and adjusted in the future to reflect changes that may occur.

Strategies by key areas of work	Outcomes	Strategic Actions	Priority by resource allocation	Timeframe 2006-2015						Responsible Institution Leading/ Co-Implementing ¹
				2006 / 2007	2008 / 2009	2010 / 2011	2012 / 2013	2014 / 2015	2015 / 2015	
	of relevant national programmes supporting service delivery at the soum and FGP health facilities	into services of the soum and FGP health facilities.								
3. Strengthen the delivery of quality advanced and emergency care in secondary and tertiary health facilities based upon the complementary part of the ECPS using an effective referral system	<p>ECPS used as the basis for providing specialised, advanced and emergency health care services at the secondary, tertiary and private sector health facilities with the minimum required infrastructure and equipment.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimum staff complement at secondary and tertiary health facilities to deliver the complementary package of services • Private sector health facilities deliver the complementary package of services in accordance with the licensing and accreditation requirements. • Bypassing of the primary level health facilities significantly reduced through an operating referral system • Appropriate utilization of secondary and tertiary health and services particularly by mothers and children • Integrated operation of relevant national programmes supporting service delivery at the secondary, tertiary and private sector health facilities 	<p>1. Restructure and sustainably deliver health services at the secondary and tertiary health facilities in accordance with the complementary part of the ECPS with particular emphasis on the top five leading causes of morbidity and mortality</p> <p>2. Develop and implement National Hospital Development Programme to ensure minimum required staff complement, infrastructure, health technology and equipment for secondary and tertiary health facilities and strengthen diagnostic capacity through the establishment and strengthening of Diagnostic and Treatment Centers.</p> <p>3. Establish and implement a sector wide referral system (including guidelines, procedures and forms, a list of services available at the various levels, the criteria for referral based on standard treatment and diagnostic guidelines, hospital admission criteria, minimum staff competencies required at each level) and the benefits of using the referral system and penalties for not using the referral system.</p> <p>4. Develop and implement appropriate community participation mechanisms in the oversight and management of the hospitals at the secondary and tertiary levels to ensure delivery of quality complementary health care in accordance with the ECPS</p> <p>5. Routinely include activities related to relevant national programmes into the services of the secondary, tertiary and, as much as possible, the private sector health facilities.</p> <p>6. Further develop and refocus traditional medicine and home care services</p>	<p>+++</p> <p>++</p> <p>+++</p> <p>+++</p> <p>++</p> <p>++</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p>	<p>MoH/ AHDs and CHD Tertiary Hospitals</p> <p>CBOs</p> <p>Private Sector</p> <p>Traditional Medicine Facilities</p> <p>Int'l Partners</p>				

2. PHARMACEUTICALS AND SUPPORT SERVICES

Strategies by key areas of work	Outcomes	Strategic Actions	Priority by resource allocation	Timeframe 2006-2015							Responsible Institution Leading/ Co-Implementing ¹
				2006 / 2007	2008 / 2009	2010 / 2011	2012 / 2013	2014 / 2015	2015 / 2015		
4. Ensure continuous and equitable sector-wide access to essential drugs and bio-preparation ²	<ul style="list-style-type: none"> Efficient and cost-effective drug supply and distribution system operational including Revolving Drug Funds (RDF) Essential drugs continuously available in all health facilities especially in rural and remote areas Price list for essential drugs enforced 	1. Review and improve the National Drug Supply System to include and integrate all Revolving Drug Funds.	+++	●	●	●	●	●	●	MoH	
		2. Periodically review, revise and ensure the sector-wide implementation of the Drug Act and Policy.	+++	●	●	●	●	●	●	Mongolempex AHDs CHD	
		3. Ensure the procurement of the pharmaceuticals and medical supplies and devices in accordance with the procurement law.	++	●	●	●	●	●	●	SIA	
		4. Ensure uninterrupted supply of the diagnostic reagents and drugs for the state funded disease control programmes such as highly contagious infectious disease, diabetes and TB control, etc.	++	●	●	●	●	●	●	Pharmaceutical companies	
		5. Implement standard drug estimation procedures to guide drug procurement	++	●	●	●	●	●	●	UNICEF, WB, GTZ, Global Fund, JICA	
		6. Establish and enforce a price list for all essential drugs sector wide.	+++	●	●	●	●	●	●		
		7. Operate a regular monitoring system to ensure uninterrupted access to affordable essential drugs in urban and rural areas	++	●	●	●	●	●	●		
5. Establish a drug, bio-preparation food and cosmetics quality assurance system	<ul style="list-style-type: none"> A single drug, bio-preparation, food and cosmetics quality assurance agency established and operational Safe, affordable, quality drugs, biopreparations and traditional medicines available at all levels of health service 	1. Establish a central agency responsible for managing all aspects of quality assurance of drugs (traditional medicines and products), cosmetics and food products.	+++	●	●	●	●	●	●	MoH	
		2. Establish a quality reference laboratory for drugs (traditional medicines and products), bio-preparation and medical supplies	+++	●	●	●	●	●	●	Mongolempex AHDs CHD	
		3. Develop, periodically revise and systematically disseminate the National Pharmacopoeia (Formulary)	+	●	●	●	●	●	●	SIA	
		4. Develop and implement a National Strategy on counterfeit drugs that would include drug registration, drug licensing and routine survey of the market for counterfeit drugs and medical supplies (medical devices)	+++	●	●	●	●	●	●	Pharmaceutical companies	
		5. Systematically apply Good Manufacturing Practices to all local pharmaceutical manufacturers	++	●	●	●	●	●	●	Int'l Partners	
		6. Develop and implement a programme for routine accreditation of wholesale and retail drug procurement organizations and pharmacies	+++	●	●	●	●	●	●		
		7. Periodically review and update standards on ingredients (raw materials) of traditional medicine	++	●	●	●	●	●	●		
		8. Develop and implement a system to ensure provision of safe blood and related products.	++	●	●	●	●	●	●		
6. Ensure rational drug and biopreparation use	<ul style="list-style-type: none"> Good Prescribing Practices (GPP) routinely used by all authorized prescribers. Public awareness of RDU will be increased 	1. Establish a registration and information system on Adverse Drug Reaction to monitor RDU sector wide	++	●	●	●	●	●	●	MoH	
		2. Strengthen the capacity of drug information center to conduct regular IEC activity on RDU among the general population with emphasis on safe injection guidelines	+++	●	●	●	●	●	●	Mongolempex AHDs CHD	
		3. Assess the performance and support the operations of all drug therapeutic committees and provide relevant technical inputs	+	●	●	●	●	●	●	SIA	
		4. Train all authorized prescribers in GPP and RDU in	+++	●	●	●	●	●	●	Pharmaceutical companies	

Strategies by key areas of work	Outcomes	Strategic Actions	Priority by resource allocation	Timeframe 2006-2015						Responsible Institution Leading/ Co-Implementing ¹
				2006 / 2007	2008 / 2009	2010 / 2011	2012 / 2013	2014 / 2015	2015 / 2015	
		5. accordance with treatment guidelines and periodically update prescription and non-prescription drug list Conduct and coordinate ongoing research on antibacterial drugs and drug resistance and develop strategy to deal with emerging drug resistance on a sector-wide basis	++	●						Int'l Partners
7. Strengthen the capacity of diagnostic services through establishing a system to supply and regularly maintain medical & laboratory equipment	<ul style="list-style-type: none"> Medical & laboratory equipment technology supplied in a timely manner and regularly maintained through systematic contracting out of these maintenance services Medical & laboratory equipment technology service provision and maintenance centre established and operational Laboratory and diagnostic capacity improved sector-wide 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Improve the implementation of "National Programme on Health Technology", the "Hospital Technology Plan" and the "Hospital Equipment Utilization Guidelines" and ensure their routine monitoring and periodic evaluation 2. Establish a Medical Equipment Technology Center responsible for ongoing service provision, routine maintenance, quality assurance and in-service training through increasingly contracting out these services where possible and appropriate. 3. Further develop and regularly revise the technical standards and guidelines to be used for the accreditation and monitoring of quality assurance of laboratories at all levels based on the laboratory section of the MNS standards for health facilities 	++ +++ +	●	●	●	●	●	●	MoH MoF Medical and technical universities International Partners Private sector
8. Ensure routine infrastructure and facility maintenance, transport and communication services sector-wide.	<ul style="list-style-type: none"> At least 70% percent of the aimag and soum hospitals and FGPs will be provided with buildings that meet required standards Health facility buildings, computers and related equipment and vehicles at all levels maintained to meet required MNS standards. Improved communications available at all health facilities and institutions Disposal of solid medical waste and expired drugs significantly improved 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implement "Soum hospital development programme" through the provision of resources and additional technical capacity to ensure minimum required infrastructure, equipment and transportation for all soum and FGP health facilities 2. Further improve and sustain the quality of the maintenance services for the health facility buildings and vehicles at the secondary and tertiary levels to meet the required MNS standards 3. Provide all soum and bagh health facilities with 2 way communication systems and where possible telephones 4. Improve the management of solid medical waste and disposal of expired drugs sector wide 5. Implement a plan of action to routinely maintain and upgrade computers and related equipment sector wide. 	+++ ++ ++ +++ ++	●	●	●	●	●	●	MoH, MoF Central agencies responsible for infrastructure development Private sector International Partners CBOS
3. BEHAVIOUR CHANGE AND COMMUNICATION										
9. Further develop and integrate BCC/IEC activities sector wide using network approaches	<ul style="list-style-type: none"> BCC activities (client and providers) are integrated and coordinated using network approach National health promotion centre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Review the current IEC strategy and other related regulations and how they are managed and align the health promotion and IEC activities currently underway with National Public Health Policy 2. Upgrade health promotion mechanism through the establishment of National health promotion centre that would also include IEC/BCC, school curriculum and 	++ +++	●					●	MoH / AHDs and CHD MoSEC, MoLSW,

Strategies by key areas of work	Outcomes	Strategic Actions	Priority by resource allocation	Timeframe 2006-2015							Responsible Institution Leading/ Co-Implementing ¹
				2006 / 2007	2008 / 2009	2010 / 2011	2012 / 2013	2014 / 2015	2015/		
	<p>established and operational</p> <ul style="list-style-type: none"> Improved government and community participation for IEC/BCC activities 	<p>training methodologies for all formal and informal educational institutions, community participation, health promoting and safety environment</p> <p>3. Set up and manage the network to coordinate and exchange information between GO, NGO, partners, academic institutions, private sectors, mass media, community and individuals using IEC database</p> <p>4. Increase government and non-government organization involvement for changing unhealthy and risky behaviour with particular emphasis on the use of mass media</p>	+++	●							Radio & TV, NGOs, International partners
10. Build a health promoting client friendly service	<ul style="list-style-type: none"> Better utilization of the health services by vulnerable groups Improved interpersonal communication skills of health workers Reduced complaints related with provider's attitude and communication 	<p>1. Set up a sector wide client centred system that would include at least information desks, registration, reception and appointment system, friendly and caring staff to improve service focused more to the vulnerable and the poor</p> <p>2. Systematically provide relevant and easy to understand health service information (service costs, types of services, responsible persons and departments) to the population especially to the vulnerable groups</p> <p>3. Establish a transparent complaint monitoring system in all health institutions</p> <p>4. Establish a compulsory mechanism to regularly review and take action on provider attitudes and interpersonal communication skills in a workplace setting</p> <p>5. Include communication skills as part of the routine performance evaluation of health care providers</p> <p>6. Revise and update undergraduate and postgraduate training program and curriculum to include health promotion, BCC, counselling, communication skills.</p>	+++ ++ +++ ++ + +++	●	▲	▲	▲	▲	▲	▲	MoH / AHDs and CHD MoSEC, MoLSW, Radio & TV, NGOs, International partners
11. Create a health promoting environment	<ul style="list-style-type: none"> Increased number of health promoting workplaces Resources routinely allocated to environmental health activities Mass media mobilised Increased community participation in healthy environment programmes and initiatives Increased intersectoral collaboration in promoting and implementing healthy environment programmes and activities 	<p>1. Promote community created initiatives for healthy environment</p> <p>2. Expand and promote healthy city, healthy district, healthy town, bag and healthy workplace and school programs</p> <p>3. Advocacy for policy and decision makers at all levels on allocating resources for activities and programmes for creating a healthy environment</p> <p>4. Mobilise mass media for creating awareness and importance of a health environment</p> <p>5. Promote inter-sectoral and community participation in activities and programmes to create a healthy environment</p>	+++ ++ +++ +++ +++	●							MoH Min of Nature & Environment MoSEC AHDs CHDs Community NGOs, CBOs International Partners Private sector

Strategies by key areas of work	Outcomes	Strategic Actions	Priority by resource allocation	Timeframe 2006-2015						Responsible Institution Leading/ Co-Implementing ¹
				2006 / 2007	2008/ 2009	2010/ 2011	2012/ 2013	2014/ 2015	2015/	
4. QUALITY OF CARE										
12. Continually improve the quality of care sector-wide	<ul style="list-style-type: none"> • Sector wide quality management system established and operational • Acceptable quality of health care continually provided sector-wide • Self assessment of doctors and health professionals continuously coordinated and evaluated • Increased participation of professional associations and interested stakeholders in quality of care improvement 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Upgrade the legal framework to provide the basis for continual improvement of quality of care 2. Develop and implement a sector-wide programme for establishing integrated decentralised quality management and monitoring mechanisms at all levels for on-going quality improvement 3. Establish an incentive scheme including using a mark of quality system for promoting development of quality of care 4. Establish enabling mechanisms for involvement of medical professional associations and stakeholders in the improvement of quality of care through the application of an approved code of ethics for general and specialist clinical areas and in the administration and management areas. 	<p>++</p> <p>+++</p> <p>++</p> <p>++</p>	<p>MoH /</p> <p>AHDs and CHD</p> <p>Professional associations</p> <p>Private sector representatives</p> <p>International partners</p>						
13. Further develop standards and indicators for health care services	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriate quality of care standards approved in conformity with international standards and applied. • Standards and indicators application guidelines available and used • Diagnostic and treatment capacity improved 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Review current diagnostic, treatment and facility standards and indicators and modify to conform international standards 2. Develop and apply additional required standards and indicators for further improvement of quality assurance 3. Revise, modify, upgrade and where required develop quality standards application guidelines and related training materials and programs. 	<p>+++</p> <p>++</p> <p>+++</p>	<p>MoH, AHD</p> <p>Professional associations</p> <p>International partners</p> <p>Central Agency for Standards & Measurements</p> <p>State Inspection Agency</p>						
5. HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT										
14. Strengthen sector wide human resource management based on the health Human Resource Development (HRD) policy.	<ul style="list-style-type: none"> • An authoritative national body responsible for sector wide human resource planning and management system operational • Reduced disparity in the distribution of human resources between the rural and urban areas • Health worker and population ratios more in line with international 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Review and revise the legal framework and the HRD policy to include the establishment of HR planning and management system that includes a high level body to regulate the training, recruitment, deployment and career development of health personnel sector-wide. 2. Develop and implement workforce plan that will reduce disparity in the distribution of human resources in accordance with the workforce standards and in line with international health worker and population ratios and norms. 3. Periodically review, adapt and modify the job descriptions to conform to the requirements of a performance contract and tasks identified in the ECPS with increased emphasis on public health 	<p>+++</p> <p>+++</p> <p>++</p>	<p>MoH /</p> <p>Medical Universities</p> <p>MoSEC</p> <p>Local governors</p> <p>Health facilities at all levels</p> <p>AHD</p> <p>MoLSW</p>						

Strategies by key areas of work	Outcomes	Strategic Actions	Priority by resource allocation	Timeframe 2006-2015						Responsible Institution Leading/ Co-implementing ¹
				2006 / 2007	2008 / 2009	2010 / 2011	2012 / 2013	2014 / 2015	2015/	
	<p>norms</p> <ul style="list-style-type: none"> Standardised job descriptions for all cadre of health workers approved and used. HR database and information system established with links to other important personnel databases and managed by trained personnel. Trained and skilled HR managers and planners in place and retained in the health service 	<ol style="list-style-type: none"> Strengthen national capacity in workforce planning and management through training of additional personnel and retaining them in the area of work. Complete and improve the HR database and conduct HR research. Establish close collaboration between training institutions, employment agencies including those in the private sector, and national health services. 	<p>++</p> <p>+</p> <p>+</p>	●	●	●	●	●	●	Professional associations International Partners
15. Reform the pre, post and in-service training system for health professions and health related workers.	<ul style="list-style-type: none"> Legal basis for controlling the pre-service and in-service training of health personnel in training institutions in place Pre-service and in-service training curricula revised and upgraded to conform to MoH requirements and national standards. Database to monitor the implementation of training plans, particularly CE and IST and linked to the central HR database Trained health and health related workers, with appropriate attitude, relevant skills and adequate knowledge to able to meet community health needs and job description requirements At least 70% of the health workforce will receive ongoing and relevant continuing education Ongoing, regular and relevant in-service 	<ol style="list-style-type: none"> Develop a legal basis for controlling the pre-service and in-service training of health personnel in training institutions Regularly review and update the job descriptions for all cadres of health workers and revise training curricula and train accordingly. Establish a database to monitor the implementation of training plans, particularly CE and IST Develop and implement a sector wide system to provide access to ongoing and relevant continuing education to meet the revised and upgraded requirements for re-licensing Implement an integrated postgraduate core curriculum³ as described in the training standards in clinical and related disciplines to be followed by all educational institutions providing postgraduate clinical education. Develop an integrated postgraduate core curriculum in health management and non-clinical disciplines to be implemented by all educational institutions. Develop and implement an integrated postgraduate core curriculum in-service training and distance learning programme especially for rural health workers Develop a plan of action for using distance learning as a principal method for CE and IST especially for staff in the remote areas, using the Regional Training centres based in the RDTC and their supporting sub-centres 	<p>+</p> <p>+++</p> <p>++</p> <p>+++</p> <p>+++</p> <p>+++</p> <p>+++</p> <p>++</p> <p>++</p>	●	●	●	●	●	●	<p>MoH</p> <p>Medical universities & colleges, MoSEC Local governors Health facilities at all levels</p> <p>AHD MoLSW Professional associations Private Medical Schools International Partners</p>

Strategies by key areas of work	Outcomes	Strategic Actions	Priority by resource allocation	Timeframe 2006-2015						Responsible Institution Leading/ Co-Implementing ¹
				2006 / 2007	2008 / 2009	2010 / 2011	2012 / 2013	2014 / 2015	2015 / 2015	
16. Further develop the incentives and motivation scheme including the social security for all health workers in the sector	<p>training provided for all cadres of health workers with special emphasis on middle level health workers.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Training programmes rationalised to avoid duplication • Incentive system operational employing a mix of financial and non financial incentives • An incentive and motivation scheme developed and applied to all health workers in the sector with special emphasis on retaining doctors and health specialists in rural areas reducing rural urban disparities • Regular performance evaluation carried out. • Alternative career pathways for professional cadres, including those in rural poor areas developed and approved. • Social security system (including apartments for some doctors and professionals) developed and working for all health workers • Occupational safety system established and operational 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Develop new career pathways for key health professionals particularly those working in rural areas 2. Implement a modified incentive system including financial and non-financial incentives 3. Revise, approve and implement a salary and incentives package for all cadre of health workers assigned to the rural and remote areas, including mandatory postings for certain period of time 4. Set up and operationalise a performance evaluation system including indicators, assessment methods, frequency and sanctions 5. Improve the social security (working conditions and living facilities) for health workers and ensure their occupational safety 6. Monitor staff movements and take appropriate measures to maintain adequate staffing levels. 	<p>++</p> <p>+++</p> <p>+++</p> <p>+++</p> <p>+++</p> <p>++</p>	●	●	●	●	●	●	<p>MoH /</p> <p>Medical universities & colleges,</p> <p>MoSEC</p> <p>Local governors</p> <p>Health facilities at all levels</p> <p>AHD</p> <p>MoLSW</p> <p>Professional associations</p> <p>International Partners</p>
<p>6. HEALTH FINANCING</p> <p>17. Ensure regular and increasing flow of funds to the health sector</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Increase health expenditure as % of the GDP to sustainable levels. • Community financing for the public health sector mobilized and 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conduct systematic activities to increase financial resources from Government using the governmental planning and budgeting processes 2. Revise and implement finance guidelines and procedures to standardize the interaction between the aim/city local governments and MoF treasury offices to ensure adequate volume and timeliness of 	<p>+++</p> <p>+++</p>	●	●	●	●	●	●	<p>MoH</p> <p>MoF</p> <p>AHDs and CHD</p> <p>SSIGO, MoLSW</p> <p>Private sector</p>

Strategies by key areas of work	Outcomes	Strategic Actions	Priority by resource allocation	Timeframe 2006-2015						Responsible Institution Leading/ Co-Implementing ¹
				2006 / 2007	2008 / 2009	2010 / 2011	2012 / 2013	2014 / 2015	2015/	
	effectively used. • User fees schedule and amounts for the mother and child, the poor and vulnerable groups revised and implemented	<p>the flow of funds from state budget to the health services</p> <p>3. Modify and implement the guidelines and procedures to ensure adequate volume and timeliness of the flow of funds from HIF offices at all levels to the health services</p> <p>4. Implement mechanisms to ensure appropriate and ongoing foreign assistance (ODA) in the public health sector in line with the Strategic Master Plan and government priorities.</p> <p>5. Conduct systematic activities to increase financial resources from the HIF using the MoH and HIF planning and budgeting processes.</p> <p>6. Develop and implement a plan of action to mobilize private sector financing of the health sector through restructuring of specialised care</p> <p>7. Establish a system to mobilize and use community financing (through pilot schemes) to increase financial resources available to the public health sector, especially in the rural areas</p>	+++ ++ +++ ++ +++	● ● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	International Partners NGOs and CBOs Community	
18. Strengthen financial management system to improve the efficient and effective use of health sector financial and related resources	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriate performance based payment system that promotes quality and addresses adverse incentives established at all levels of care. • Sector-wide health financing policy implemented. • Purchaser and provider functions separated with pooling of variety of funding sources. • Sector wide accounting and financial management and information system based on a separation of the purchaser and provider functions and international standards (NHA) established and operational. • Resource allocation criteria established and used in decision making at the macro and micro levels • Increased budget allocated to primary health care services 	<p>1. Implement sector wide financial management (NHA and PSFML) through the separation of the purchaser and provider functions and unifying the payer systems as a basis for resource allocation criteria, financial & budget planning and management, accounting and financial reporting systems</p> <p>2. Clarify and institutionalise the responsibilities within the Ministry of Health related to financial management, resource allocation, utilization of user charges, other locally generated revenues, decision-making and monitoring of expenditures</p> <p>3. Modify and implement the provider payment mechanisms to ensure equitable, appropriate and timely payments and efficient and transparent management and reporting of funds by the recipient health institutions (providers)</p> <p>4. Conduct a costing exercise for implementing the ECPS and substantially annually increase the budget allocated to primary health care services</p> <p>5. Establish and implement resource allocation criteria, guidelines and procedures in decision making at the macro and micro levels</p>	+++ +++ ++ +++ ++	● ● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	MoH MoLSW MoF, SSI/GO AHDs CHD Local governors International partners	

Strategies by key areas of work	Outcomes	Strategic Actions	Priority by resource allocation	Timeframe 2006-2015						Responsible Institution Leading/ Co-Implementing ¹
				2006 / 2007	2008 / 2009	2010 / 2011	2012 / 2013	2014 / 2015	2015 / 2015	
19. Reform and further develop the health insurance system	<ul style="list-style-type: none"> Improved health insurance coverage of the population especially the poor and vulnerable Improved performance of the health insurance system User-friendly reimbursement system for drugs operational 	<ol style="list-style-type: none"> Review and revise the current principles and legal framework of the HIF Approve and implement a policy that defines the purpose and operations of the HIF including linkages to the state budget, the PSFML, the National Health Accounts and other accounting and management information systems Develop and implement a plan of action to conduct a wide ranging reform of the health insurance fund that would include, its position in the health financing continuum and its corporate management and operations Implement periodic campaigns and programmes to achieve and sustain full coverage of the population particularly the vulnerable groups and the rural and urban poor Revise and implement the co-payment amounts for the mother and child, the poor and vulnerable groups Simplify, update and make the reimbursement system for drugs from the HIF more user-friendly 	<p>+++</p> <p>+++</p> <p>+++</p> <p>++</p> <p>++</p> <p>+</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p>	<p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p>	<p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p>	<p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p>	<p>MoH</p> <p>MoLSW</p> <p>MoF</p> <p>SSIGO</p> <p>International partners</p>	
7. INSTITUTIONAL DEVELOPMENT AND SECTOR-WIDE MANAGEMENT										
20. Strengthen and integrate on-going health sector reform using a Sector Wide Approach (SWAp).	<ul style="list-style-type: none"> Effective and efficient sector wide management system and structure in place based on a responsive and effective organizational culture. Improved management capacity of public health sector institutions at all levels Enhanced coordination with partners and stakeholders Efficient decision-making and rational use of resources Improved inter-sectoral collaboration 	<ol style="list-style-type: none"> Establish an appropriate and sustainable organizational structure for the public health sector Establish an effective sector wide management system based on SWAp. Implement an output based management system including regular and systematic internal and external monitoring Improve the effectiveness of inter-sectoral collaboration through the refinement of the existing mechanisms. Establish a responsive and effective organizational culture through supporting organizational development 	<p>+++</p> <p>+++</p> <p>+++</p> <p>++</p> <p>++</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p>	<p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p>	<p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p>	<p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p> <p>▲</p>	<p>MoH / MoF,</p> <p>Health institutions at all levels, Local government, Cabinet Secretariat, International partners</p>	
21. Implement effective sector wide decentralization	<ul style="list-style-type: none"> Better local management of the health services and institutions Decentralized, accountable and 	<ol style="list-style-type: none"> Formulate and implement decentralization guidelines and procedures to ensure transparency, accountability, autonomy and appropriate delegation of authority. Systematically enhance the management capacity of local government and health managers to implement 	<p>+++</p> <p>++</p>	<p>●</p> <p>●</p>	<p>▲</p> <p>▲</p>	<p>▲</p> <p>▲</p>	<p>▲</p> <p>▲</p>	<p>▲</p> <p>▲</p>	<p>MoH</p> <p>Health institutions at all levels</p> <p>Local government, community based organisations, NGOs</p>	

Strategies by key areas of work	Outcomes	Strategic Actions	Priority by resource allocation	Timeframe 2006-2015						Responsible Institution Leading/ Co-Implementing ¹	
				2006 / 2007	2008/ 2009	2010/ 2011	2012/ 2013	2014/ 2015	2015/ 2015		
	transparent, sector-wide management system operational • Improved provision of local health services • Increased support and finance by the local government to the health sector	3. decentralisation guidelines and procedures. Establish appropriate mechanisms to increase the involvement of community, local government and NGOs in planning, implementing, monitoring and evaluating health service delivery	+++	●							
22. Enhance risk management capacity to respond to natural disasters and emerging public health problems	• Improved risk management through developing and implementing comprehensive disaster preparedness plans	1. Develop comprehensive plans for emerging public health problems that address prevention, screening, treatment, palliative care rehabilitation and monitoring their implementation 2. Develop and implement health preparedness plan for natural and man made disasters and for public health crises management 3. Further extend and enforce occupational health measures for the formal and informal sectors	++ + ++	●	●	●	●	●	●	●	MoH Health institutions at all levels Other ministries such Environment and Disaster management agencies Local government, community based organisations, NGOs, private enterprises
23. Develop a unified health management information system	• Unified and user-friendly HMIS operational • Timely and evidence-based management decision making at the all levels	1. Establish the functions and structure of the HMIS 2. Improve evidence-based decision making through ensuring the accuracy, timeliness, validity and quality of data and information 3. Strengthen and further develop information technology infrastructure for operationalizing the HMIS 4. Further develop the human resources for implementing and managing the HMIS 5. Establish a national research framework to integrate research and nationwide surveys with the HMIS	+++ +++ +++ ++ ++	●	●	●	●	●	●	●	MoH (DIME) Health institutions at all levels International partners
24. Establish an optimal public and private mix of health care services	• Effectively regulated private health sector • Effective mechanisms to rationalise the excess capacity in the public health sector operational • Excess hospital and health service capacity in terms of beds and numbers of hospitals and specialized centres in Ulaanbaatar rationalised.	1. Rationalize the health services (secondary and tertiary level) in UB city in terms of the number of hospitals, spas and sanatorium, rehabilitation centres and hospital beds. 2. Formulate and implement overall policy and guidelines on private sector development 3. Further develop legal and financial regulation mechanisms for private sector. 4. Formulate and implement overall policy and guidelines on privatisation of public health facilities (contracting in and contracting out). 5. Establish mechanisms for and conduct regular monitoring of the health sector to ensure an optimal public private mix.	+++ ++ ++ ++ +	●	●	●	●	●	●	●	MoH Public and private health institutions at all levels State Property Committee International organizations NGOs, Local government Professional Associations

3. 現地踏査結果

1. ウランバートル市

(1) ウランバートル市保健局

市保健局は局長、副局長の下に、計画・情報・医療サービス課と公衆衛生課があり(図-1)、職員数は22人である。同局は一次・二次レベルの保健医療施設(地区ヘルスセンター、ファミリー病院、母子院、市緊急センター、リハビリセンター、歯科・口腔センターなど)、民間病院及び薬局(293か所)の指導・監督、地域住民への予防活動、各保健プログラムの実施などを担当している。市保健局の局長は市長の任命と保健省の承認で決定され、局長以下は市長と局長、区長とで決定する。他県の行政機関との連携はほとんどない。地区の下にホロと呼ばれる最小行政単位がある。

予算は年間1億2,000万Tgであり、30%が人件費であるが、予防活動などの予算はほとんどない。

ウランバートル市の問題として、①医療機材の老朽化、②公衆衛生活動に十分な予算がない、③一次レベルでの保健医療機関にて医師の不足、④住民の衛生観念が乏しく(手洗いをしない、消毒しないなど)、A型肝炎などの感染症も増えていることがある。

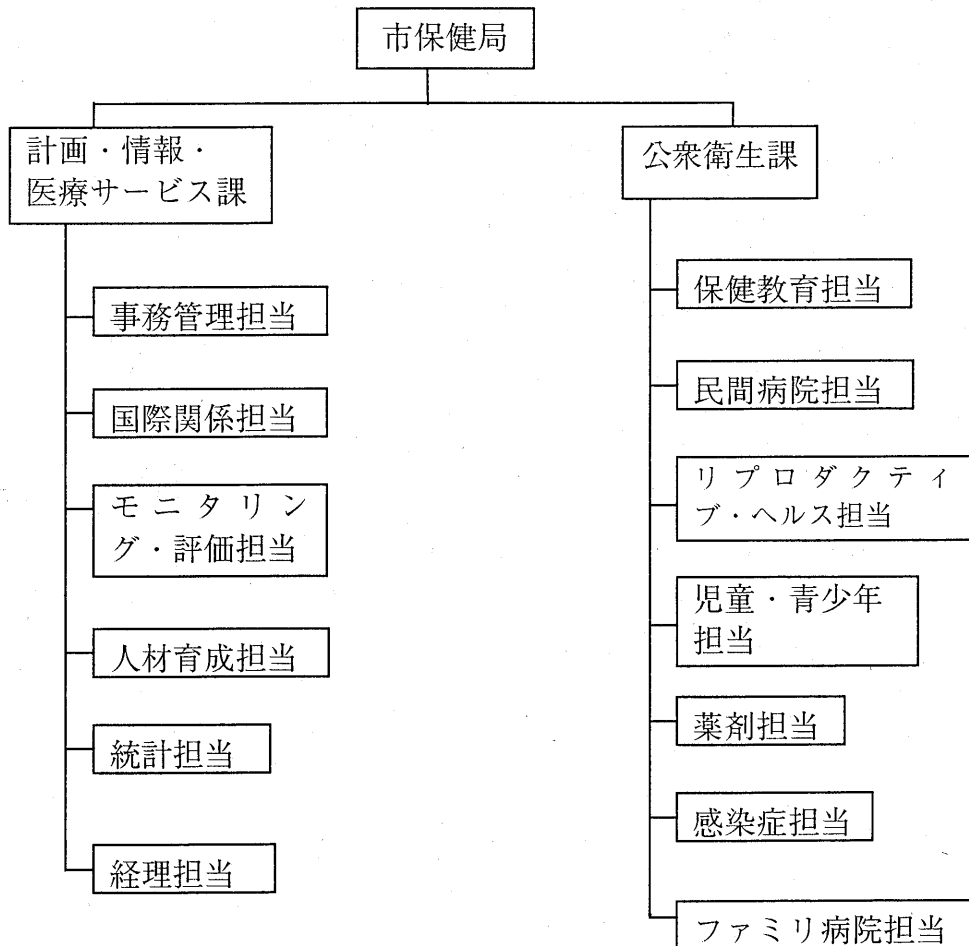


図-1 ウランバートル市保健局組織図(2006年2月現在)

(2) 保健医療機関（表－1、表－2、表－3）

市内には、二次レベルの医療機関として6か所の地区総合病院と、三次レベルの医療機関として17か所の専門病院と医療センターがある。また、一次レベルの保健医療機関として、ファミリー病院が230か所存在する。

今回、一次レベルの保健医療機関として、ファミリー病院2か所（表－1）、二次レベルの医療機関として地区ヘルスセンター1か所（表－2）、三次レベルの医療機関として、国立第一病院と国立第二病院（表－3）を視察した。

表－1 ウランバートル市の一次レベルの保健医療機関の現況

医療機関名	2・3ホロ管轄ファミリー病院	13ホロ管轄ファミリー病院
位 置	ウランバートル市の中心	市内から少し離れた（車で15分）地域
カバー人口	4,822人（ホロ2と3を包括）	7,414人（ホロ13を包括）
診療時間	平日：9:00～18:30、土曜日：11:00～15:00、日曜日：休日	
職員数	総職員数：7人 医師3人（内科、産婦人科、歯科）、看護師3人	総職員数：11人 医師4人（内科1、小児科3）、看護師4人
施設状況	診察室（3）、処置室（2）、注射室（1）、トイレ	
保健医療サービス内容	基礎的な外来診療、術後の傷の消毒、自宅診療、異常のない妊婦の経過観察、8歳児と15歳児へのBCG・ジフテリア予防接種、避妊指導、健康教育、幼稚園・保育園・学校への健康診断など	
財 源	1,200万 Tg (40%：市保健局、60%：健康保険基金)	1,860万 Tg (40%：市保健局、60%：健康保険基金)
支出内訳	人件費60%、医薬品・消耗品購入、公共料金40%	人件費60%、医薬品・消耗品購入、公共料金40%
外来患者数	15,542人（2005年）	25,725人（2005年）
患者の搬送状況	患者の半数を地区ヘルスセンター、一部を民間病院へ搬送している。	情報なし
主な医療機材	体重計（児童／成人）、顕微鏡、リハビリ用機材、滅菌器具、診察台など	体重計（児童／成人）、滅菌器具、顕微鏡、診察台など
2000年以降の支援状況	2000年ADBより施設建設、世界銀行により機材調達	2000年ADBより医療器具の調達
問題・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・市民登録と自分たちで算出した人口が異なる。 ・手抜き工事で施設の修復が必要。 ・再教育の予算がない。 ・若い人材の不足と職員の高齢化 ・若い人材が長続きせず、途中退職者が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・機材の不足（心電計、ビデオなどの教育機材など） ・市民登録と自分たちで算出した人口が異なる。 ・施設の修復が必要。 ・再教育の予算がない。 ・若い人材の不足と職員の高齢化 ・交通事情が悪く、車両はないため自宅診療が困難である。

表－２ ウランバートル市の二次レベルの医療機関

医療機関名	地区ヘルスセンター
位 置	ウランバートル市の中心
カバー人口	2万人
診療時間	平日：8:00～18:00、土・日：休日
病床数	167床
職員数	総職員数：298人、医師81人、看護師70人
医療サービス内容	16の専門外来（内科、小児、精神、歯科、外科、産科、婦人、耳鼻咽喉、心臓、整形、皮膚学、感染症、性病、結核、トラウマ、リハビリ）があり、内科と精神科のみの入院設備をもつ。入院を要する手術や出産は第三次レベルの医療機関に搬送される。救急外来あり
財 源	およそ8億 Tg（2005年）
支出内訳	情報なし
外来患者数	50万人（年平均）
入院患者数	4,000人（年平均）
手術室・件数	な し
主な医療機材	超音波診断装置、レントゲン撮影装置、心電計など
患者の搬送状況	患者の9割が一次レベルのファミリー病院から搬送されてくる
2000年以降の支援状況	な し
問題・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機材の老朽化 ・機材購入のための財源の不足 ・再教育のための資金不足

表－3 ウランバートル市の三次レベルの医療機関の現況

医療機関名	国立第一病院	国立第二病院
位 置	ウランバートル市の中心、健康科学大学と隣接している。	ウランバートル市内
カバー人口	ウランバートル市と地方の162万人	東部3県（ヘンティ県、ドルノド県、スフバートル県）とドルノゴビ県、ドンドゴビ県、コビスンベル県、南ゴビ県、ウランバートル市の1区を含む20万人
診療時間	平日：8:20～16:20、土・日：休日、夜間・休日は緊急診療のみ	平日：8:20～16:20、土・日：休日だが、職員30人（医師4人、看護師10人）体制で救急診療に対応。4交代制
病床数	550床	220床（内科：120床、外科：40床）
職員数	総職員数：1,140人 医師598人、看護師140人、薬剤師及び助手88人、技師40人	総職員数：400人 医師82人、看護師120人、准医師はいない
医療サービス内容	15の診療部門（内科、外科、小児科、産科・婦人科、耳鼻咽喉科、口腔衛生、眼科、神経科、感染症科、緊急外来など）、手術室、放射線検査室、血液銀行、管理サービス、その他（薬局、中央材料室など）、救急外来あり。二次レベルの医療施設で対応できない専門かつ高度な医療サービスを提供。	15部門（小児、外科、内科、耳鼻咽喉、眼科、歯科、伝統医療、リハビリなど）、検査室、病棟、薬局、厨房、エンジニア室など。 二次レベルの医療施設で対応できない専門かつ高度な医療サービスを提供。臓器切除術は可能だが、臓器移植の技術と設備はない。
財 源	情報なし	14億Tg（国家予算：10億Tg、健康保険基金：4億Tg、その他有料診療費、援助） 過去5年間、医療機材更新のための財源はない。
外来患者数	14万人（年平均）	12～13万人（年平均）
入院患者数	17,000人（年平均）	6,000～6,300人（年平均）
手術室・件数	7室、7,000件	情報なし
主な医療機材	X線血管造影装置、手術機材・付属器具、超音波診断装置、レントゲン撮影装置（全身、胸部、歯科、胃など）、内視鏡、心電計など（検査室の機材は担当が留守で部屋を視察できず）	CTスキャナー、内視鏡、除細動器、モニター、心電計、超音波診断装置、レントゲン撮影装置（全身、胸部、歯科、胃など）、検眼計、視野計、耳鼻検査機器、脳波計、歯科治療機器、自動生化学検査機器（試薬がなく利用不可）、血液ガス分析器（故障中で使用不可）、滅菌機器、尿用遠心器、遠心器、自動血球カウンターなど

医療機関名	国立第一病院	国立第二病院
患者の搬送状況	患者の55%は地方から受け入れている。	2割の患者は地方の一次・二次レベルの保健医療機関から搬送されてくる。直接来院する患者は不明。
2000年以降の支援状況	2002年草の根無償の供与（眼科機材一式）を受ける。	2000年に日本からの無償資金供与あり（CTスキャナー、レントゲン、超音波診断装置、内視鏡、検査機器、手術部門機器、緊急手術機器、心電計など）
問題・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機材の老朽化 ・医療機材の修理や部品の交換のためのシステムや財源の不足 ・看護師の再教育 ・看護師の高齢化 	<ul style="list-style-type: none"> ・財源の不足（対策として、健康保険基金と有料診療からの増収） ・検査機材の維持・管理（部品の交換や試薬の購入など）の不備。日本との提携製造会社があるが、高く購入できない。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・X線血管造影検査は同病院が肝臓専門、国立第三病院が心臓専門で役割分担している。 ・人工透析機器はモンゴルにはない。 ・現在機材の故障を修理する全国的な維持・管理システムがない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・人材の不足は現在のところない。 ・インターネットを使用しての情報収集が可能である。 ・CTスキャナーは同病院以外に外傷病院が保有しており、8台は民間病院が保有している。 ・健康科学大学とは提携病院でなく、要職にある患者対象の病院であるため学生の実習の場として提供していない。 ・自己負担検査・治療として、CTスキャナー（4万5,000Tg支払い）、腹腔鏡による胆嚢摘出などの手術があるが、後者は減多に行われていない。

2. ヘンティ県

(1) ヘンティ県保健局

県保健局の局長の下に、副局長がおり、社会保健課と統計・人材育成課がある。職員数は16人で医師は7人（局長、副局長も医師）である。

現在の県全体での医師数は113人である。県総合病院に必要な医師数は47人であるが、現在24人しかいない（16人は現在専門教育を受けている）。予算は1億Tg（1割が人件費）であり、専門教育を希望している医師がいるが、その財源がない。

専門教育は、国家基金から8,400万Tgを21県で分割して使用できる。その他に、「継続教育」と称して医師と看護師を対象にウランバートル市にて3か月間の研修を有料で受けられる。

ヘンティ県での問題は、医師、看護師、薬剤師の不足である。ソム病院に必要な医師は2人、看護師4人であるが、医師が1人しかいないソム病院がある。要因としては、給料が安いこと、宿泊施設・生活環境が悪いためである（ゲル1軒建設費は10万相当である）。医師募集の際、「国家基金で専門教育を受けられるようにします」と呼び込んでいる。

看護師の平均年齢が38歳から45歳であり、県全体で看護師が212人いるが、2年から3年後には大部分が退職するため、人員不足は更に深刻になる。抜本的な法改正が必要である。

村レベルから二次レベルの医療機関へ患者を迅速に搬送するための長距離用救急車の無線機器を草の根無償供与で申請中である。現在、長距離用の救急車が4台（1台故障）、短距離用が4台ある。村病院には電話がなく、電話局まで出かけて二次レベルの県総合病院へ電話連絡を入れることになる。

県民の就業としては、主として牧畜・家畜などである。

(2) 保健医療機関（表－4）

現在、ヘンティ県には28か所の保健医療機関〔県総合病院1か所、19の村と3つの町に22か所の村病院、村間病院2か所、ファミリー病院3か所（県庁所在地のみ）〕が所在している。

今回、一次レベルの保健医療機関として、ソム病院1か所（表－4）、二次レベルの医療機関として県総合病院1か所（表－4）を視察した。

表－４ ヘンティ県における一次・二次レベルの保健医療機関の現況

医療機関名	Jargalt Khan (ジャガルト ハン) ソム (村) 病院	ヘンティ県 県総合病院
レベル	一次レベル	二次レベル
位置	ウランバートル市から東へ車両で3時間 (1997年に政府により建設)	左記のソム (村) 病院から車両で2時間ほど (100km)、県保健局と隣接している。
カバー人口	1,843人	県人口7万人
診療時間	平日：9:00～18:00、土・日：休み 緊急に応じて呼び出し	平日：9:00～14:00、土・日：休み 緊急に応じて呼び出し
病床数	8床	189床
職員数	総職員数：16人 医師1人 (一般医・2004年卒)、准医師2人 (助産師、伝統医療師)、看護師4人	総職員数：250人 医師24人、看護師100人
施設状況	診察室、処置室、教育室、病室、分娩室・産後回復室、薬局など	専門外来、病棟、分娩室、薬局、手術室、検査室など
保健医療サービス内容	一次レベルの保健医療サービスを提供。予防接種や妊婦検診、正常分娩も実施している。	一次レベルで対応できない患者への保健医療サービス提供。入院サービスあり
財源	3,500万 Tg (2005年) / 3,900万 Tg (2006年)	7億 Tg (2005年)
支出内訳	人件費 (1,760万 Tg)、光熱費・公共料金・消耗品 (1,654万 Tg)	情報なし
外来患者数	5,500～6,000人 (年平均)	3,600人 (年平均)
入院患者数	308人 (2005年)	200人 (年平均)
手術室・件数	なし。虫垂炎の場合は検査をせずに二次病院へ搬送する。	2室、644件 (2005年)、主な疾患は虫垂炎、胆石症、外傷である。
出産件数	15件 (2005年)、正常分娩のみで入院日数は5日間である。	106人 (2005年)、1～2%は帝王切開手術
主な医療機材	身長・体重計測計、陰鏡、分娩台、手術灯、滅菌機器など	レントゲン撮影装置、超音波診断装置、血管造影装置、麻酔器、手術設備、心電計、内視鏡、眼圧器、検眼機器など
医療品状況	保健省指示の250品目で抗生物質は5種類ある。入院患者に対しては無料だが、外来患者には有料 (免除措置あり)。県保健局に医薬品を受け取りに行く。	入院患者に対しては無料だが、外来患者には有料 (免除措置あり)。
患者の搬送状況	患者の1割を二次レベルの県総合病院へ搬送する。	同病院で対応できない患者はウランバートル市の医療機関へ搬送。数値は不明である。

医療機関名	Jargalt Khan (ジャガルト ハン) ソム (村) 病院	ヘンティ県 県総合病院
2000年以降 の支援状況	2005年オランダより身長・体重計測計、聴鏡 を供与	な し
問題・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・検査機材(超音波診断装置、生化学自動検査機器など)の不備(使用できる人材はいない) ・再教育の機会が少ない。 ・暖房を石炭に依存しているため、維持費がかかる。 ・壁の破損や雨漏りなどで施設の修復が必要である。 ・緊急のための車両の不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機材の更新 ・人材の不足 ・再教育の機会がほとんどない
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ドルノゴビ分校卒(2004年)の医師は別の県出身だが、同県の事情を知り、赴任した。給料10万Tg。来年、ウランバートル市で精神科の専門教育を受ける予定である。 ・医師の同期卒業生は40人(大部分は女性で、男性は7～8人しかいない)。卒業生のうち、ソム病院に就職するのは10人以下である。 ・尿検査は妊婦優先で蛋白と糖を測定する。 ・年配の男性は腰痛や胸痛を訴えており、腎臓疾患の疑いのある患者が多い。乳幼児は風邪、中耳炎、てんかん発作の既往で入院中である。 ・2005年に改正したカルテは病名はロシア語、他の記述はモンゴル語であり、医師のみが記入し、看護師は一切見ない。カルテは比較的きちんと記入しているようである。 ・看護記録は市販のノートを使って、体温、注射、投薬記録を患者ごとに記載している。 ・各診療室などの所々に消毒液を備えた洗面台がある。 ・伝統医療師は針灸、マッサージを施行している。漢方薬の知識はない。現在、診察室を改装中のため、病棟で治療を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者で多い患者は結核、性病、肝炎、ブルセラ病などで、入院患者で多い疾患は肝炎、心疾患、腎臓疾患、高血圧症などである。 ・病院で死亡した場合は家族の拒否がない限り、解剖して病因を確定することになっている。病理標本は院内で作製。病理医1名がいる。 ・血球数検査は1日60検体を技師が血球計測板を用いてカウントしている。 ・心電図検査は50人/日 ・生化学検査は40検体/日 ・尿検査は蛋白と糖を測定 ・血液バンクでは全血保存 ・ロシア製の機材の多くが老朽化しているが、使用されている。

3. ドルノド県

三次レベルの医療機関を視察した(表-5)。

表－5 ドルノド県の東部地域診断治療センターの現況

所在県名	ドルノド県
位 置	ヘンティ県総合病院から東方向に5.5時間(220km)だが、途中道は舗装されていない。
カバー人口	3つの県(ドルノド、スフバートル、ヘンティ)の20万人をカバーしているが、実際は、道路事情が悪く(上記の県からドルノド県まで)、移動が困難である。
診療時間	平日:9:00～17:00、土・日:休日、夜間・休日は交代制で待機している。
病床数	362床
職員数	総職員数:495人、医師71人、看護師239人
施設状況	建物が7つ(中央診療・管理、産科、小児科、感染症、外来、ランドリー、霊安室)から構成されている。30以上の専門外来診療をもつ。
医療サービス内容	二次レベルで対応できない患者に専門的かつ高度な医療サービスを提供
財 源	12億Tg(2005年)
支出内訳	情報なし
外来患者数	1万人(年平均)
入院患者数	9,000人(年平均)
手術室・件数	1室、9,000件(胆石症、外傷、硬膜下出血など)
出産件数	情報なし
主な医療機材	レントゲン装置(通常のもの、透視用、検診用のもの、ポータブル)、超音波診断装置、手術室一式、モニター、除細動器、人工呼吸器、滅菌器、自動血球カウンター、生化学自動検査機器など
医薬品状況	情報なし
患者の搬送状況	一次・二次レベルの保健医療機関から60～70%搬送されてくる。
2000年以降の支援状況	<ul style="list-style-type: none"> ・2001年、日本から200万ドル相当の医療機材(レントゲン、外科、耳鼻咽喉科診察台、ICUなど)の供与 ・2002年、ルクセンブルク国から、10万ドル相当の医療機材(オンライン診断システム導入の超音波診断装置、心電計など)の供与 ・2003年、英国からリハビリセンターの建設
問題・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機材の不足(CTスキャナー、人工透析装置) ・遺体冷凍保存装置の不備 ・救急車(5)の無線機器の不備
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・検査室が診療棟とは別棟にある。外来患者は直接採血し、検査を受け、入院患者は検体を持参し、検査する。 ・年間15人前後死亡するが死体解剖を実施している。 ・レントゲン撮影は1日平均30人くらい。 ・救急案内は103番で、24時間対応。市内のみ無線機器が整備されている。 ・オンライン診断とは画像をいったん取り込み、ウランバートル市の病院へ送信し、助言をもらう。月平均2～3回送信している。 ・日本から供与された医療機材はすべて活用している。

4. ウブルハンガイ県

(1) ウブルハンガイ県保健局

局長と副局長の下に3つの課（管理課、公衆衛生課、保健医療サービス課）があり、18人の総職員数のうち、医療従事者は医師9人、准医師3人、看護師1人、薬剤師1人である。同県は18の村と県庁所在地の町があり、人口11万人（40%は都市部、60%が農村部に人口分布）をもつ。

全体の予算は2005年には20億Tgであったが、今年は25億Tg（うち15億Tgは政府、8億Tgは健康保険基金）である。そのなかで村病院への支出は全体の10億1,000万Tg（40%）であり、南部地域診断治療センターには8億5,000万Tg（34%）、同県保健局の予算は5,600万から5,700万Tg（2%）である。

同県保健局の予算で実施している研修では看護師やBaghの准医師を対象とし、講師はウランバートル市の健康科学大学やダルハン・オール大学分校などから来てもらうこともある。1回30万Tgの費用がかかるため年に1～2回が研修開催の限度である。医師は4年間で36単位をとる必要があり、怠ると免許取り消しとなる（2000年より）ため、定期的な研修は必要である。保健省主催の研修は外国からの支援があるときのみで、医師に対する研修が主である。

同県はADBの「保健開発プロジェクト2ndフェーズ」のプロジェクトサイトの1つである。1stステージでは主として村病院の16か所が支援されたが、現在はファミリー病院の8か所のうち2か所が支援を受けた。日本の草の根無償で3か所の村病院へ1,000万Tg相当の機材供与を受けた（2001年、2002年、2005年）。

現在、住民の8割がヨード入りの食塩を使用するようになり、ヨード欠乏症も減少している。

同県の問題は、下記のとおり。

- ・人材育成であり、医師の不足（医師1人のみがあり、同医師の不在の際、代替りの医師がいらない）と専門医の不足（1人の医師が超音波診断、レントゲン検査、内視鏡検査を実施している）である。医学部卒業生に対して2年勤務後専門教育を無料で受けられるようにすると約束し、同県への赴任を勧誘している。去年は11人、今年は6人の医師の勧誘に成功した。
- ・乳幼児の死亡や妊産婦死亡が多いことである。前者は周産期に起因するものであり、後者は妊娠合併症が多い。
- ・A型肝炎が多く、水問題（農村部では井戸水をそのまま使用する）や住民への衛生教育（手洗いや煮沸の奨励など）が必要である。

(2) 保健医療機関（表－6、表－7、表－8）

地域診断治療センター（1か所）、地方総合病院（1か所）、村病院（16か所）、村間病院（1か所）、ファミリー病院（6か所）、Baghの准医師（61人）が所在する。

今回、一次レベルの保健医療機関として、2か所のファミリー病院（表－6）とソム病院（表－6）、元村間病院と地方総合病院（表－7）、三次レベルの医療機関として、南部地域診断治療センター（表－8）を視察した。

表－6 ウブルハンガイ県における一次レベルの保健医療機関の現況

医療機関名	Nary Dosh ファミリー病院	Tushig Dolgoon ファミリー病院	Taragt ソム（村）病院
位 置	アルバイヘル市内から数分	アルバイヘル市内から5分	アルバイヘル市内から北西方向に四輪駆動車で45分の距離。途中民家はなし。
カバー人口	5,600人	7,504人	3,597人
診療時間	平日：9:00～19:00、 土・日：休み 緊急に応じて呼び出し	平日：9:00～18:00、 土・日：休み 緊急に応じて呼び出し	平日：9:00～18:00、 土・日：休み 緊急に応じて呼び出し
病床数	なし	なし	15床
職員数	総職員数：7人 医師1人（一般医）、准医師1人（助産師）、看護師3人、その他2人	総職員数：11人 医師3人（小児科医2、内科医1）、准医師1人（統計担当）、看護師4人	総職員数：22人 医師2人、看護師5人
施設状況	診察室、処置室、教育室、分娩室・産後回復室など	診察室、処置室、教育室、分娩室・産後回復室、統計室など	診察室、処置室、教育室、分娩室・産後回復室、病棟、注射室など
保健医療サービス内容	一次レベルの外来の保健医療サービスを提供。予防接種や産前検診、在宅診療など	一次レベルの外来の保健医療サービスを提供。予防接種や産前検診、在宅診療など	一次レベルの外来・入院の保健医療サービスを提供。予防接種や産前検診、正常分娩など
財 源	1,800万 Tg（2005年）	2,000万 Tg（2005年）	4,500万 Tg（2005年）
外来患者数	40人（1日平均）	29,700人（2005年）	15人（1日平均）
入院患者数	なし	なし	354人（2005年）
手術室	なし	なし	なし
出産件数	なし	なし	8件（2005年）、正常分娩のみ
主な医療機材	分娩台、診察台、産科基礎器具、冷蔵庫など	分娩台、診察台、産科基礎器具、冷蔵庫、血圧計など	分娩台、体重計、酸素ポンプ、冷凍庫など
医薬品状況	予算内で購入	予算内で購入	情報なし
患者の搬送状況	患者の1割を診断治療センターへ搬送	患者の1割を診断治療センターへ搬送	60件の出産を診断センターに依頼
2000年以降の支援状況	2000年ADBより基礎医療器具の供与	2003年World Visionから視覚機材の供与	・2000年ADBより基礎医療器具の供与 ・World Visionからベッド、寝具一式の供与
課題・問題	・人材の不足 ・賃貸（170万Tg/年間）のため独立した建物がほしい。 ・カバーする範囲が広すぎる（17km）。	・医師の不足 ・カバーする範囲が広すぎて過重な負担である。 ・再教育の機会がない。	・移動手段の際のガソリン代の不足 ・一般向けのパンフレットの不足 ・再教育の機会がない。 ・人材の不足 ・産前検診を受ける妊婦が少ない。 ・血液と尿検査ができる検査室の不備。 ・機材（保育器、心電計、超音波診断装置）の不足
その他	・貧血検査や妊婦への尿検査可	・妊娠テストのみ実施 ・医師による妊婦への育児教育を実施（2週間に1度）。	・医師は2004年ウランバートル市の大学卒業 ・高血圧や脳梗塞が多い

表－7 ウブルハンガイ県における一次・二次レベルの保健医療機関の現況

医療機関名	ホジルト村病院（元村間病院）	ハラホリン地方総合病院（元村間病院）
レベル	一次レベル	一次・二次レベル
位置	アルバイヘル市内から北方向に四輪駆動車両で2時間の距離	アルバイヘル市内から北方向に四輪駆動車両で3時間の距離
カバー人口	6,985人	15,000人の人口と近辺の県
診療時間	平日：9:00～18:30、土・日：休み 緊急に応じて呼び出し	平日：9:00～18:00、土・日：休み 緊急に応じて呼び出し
病床数	33床	75床
職員数	総職員数：41人 医師6人（小児科医1、内科医1、歯科医1、産科医1、一般医1、精神内科医1）、 准医師5人（助産4、統計担当1）、看護師11人、薬剤師2人	総職員数：76人 医師11人（小児科医2、内科医3、歯科医2、産科医1、一般医1、精神内科医1、 伝統医療医1）、その他の医療従事者43人 （准医師、看護師を含む）
施設状況	診察室、処置室、教育室、分娩室・産後回復室、手術室、薬局、病棟	診察室、処置室、教育室、分娩室・産後回復室、手術室、薬局、病棟
保健医療サービス内容	一次レベルの外来・入院の保健医療サービス（内科、小児科、外科、助産）を提供。予防接種や産前検診、在宅診療など。	一次・二次レベルの外来・入院の11の専門分野の医療サービスを提供。在宅診療など。月1回訪問予防接種を実施。
財源	8,360万Tg（2005年）／7,340万Tg（2006年）	2億700万Tg（2005年）
支出内訳	情報なし	人件費9,000万Tg、医薬品購入費3,900万Tg
外来患者数	20,750人（2005年）	20,000人（年平均）
入院患者数	1,500人（年平均）	2,200人（年平均）
手術室・件数	1室、67件（2005年）、主な疾患は虫垂炎や胆石症などである。	1室、260件（年平均）、主な疾患は虫垂炎や胆石症、外傷、臓器切除術などである。
出産件数	170件（年平均）、正常分娩のみ	200件（年平均）、20%が帝王切開手術
主な医療機材	レントゲン、超音波診断装置、手術室設備、分娩台一式など	レントゲン、超音波診断装置、手術室設備、分娩台一式など
医薬品状況	情報なし	入院患者用160種類を準備している。
患者の搬送状況	患者の1割を診断治療センターへ搬送している。重症の場合は診断治療センターから医師を派遣してもらう。	定住している住民6割はファミリー病院を経て搬送されてくる。救急車（3台）の年間出動回数は2,000回ほどである。
2000年以降の支援状況	<ul style="list-style-type: none"> ・2003年草の根無償で超音波診断装置の供与 ・2004年ADBから電気メス、手術器具などの供与 ・World Visionよりベット4床の供与 	<ul style="list-style-type: none"> ・2005年ADBより施設の建設 ・2005年政府より電気メス、手術機材、眼科検査機材、超音波診断装置の供与 ・フランスのNGOより医薬品、消耗品の供与 ・World Visionより寝具75組の供与

医療機関名	ホジルト村病院（元村間病院）	ハラホリン地方総合病院（元村間病院）
課題・問題	<ul style="list-style-type: none"> ・検査機材（肝機能検査のできる生化学自動診断装置）の不備 ・再教育のための財源がない。 ・遠方にある井戸水を使用している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査機材（自動検査機器）、眼科検査機材の不足 ・血液銀行の不備 ・水の問題
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・現在、外科専門医が不在のため、手術件数は1/3に減少している。 ・診断治療センターにてADBのプロジェクト主催の臨床研修が実施された。 ・手術台やレントゲン装置が老朽化しているが使用している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医の不足により1人の医師が兼務している（例：小児科と耳鼻科医）。 ・民間病院が2か所（助産と伝統医療）所在するので、出産を依頼することがある。 ・冬期は呼吸器系疾患が多い。

表－8 ウブルハンガイ県の南部地域診断治療センターの現況

所在県名	ウブルハンガイ県
レベル	二次・三次レベル
位 置	市内の中心地
カバー人口	6つの県（ウブルハンガイ、トゥブ、南ゴビ、ドンドゴビ、ドルノゴビ、コビスンベル）の人口36万人
診療時間	平日：9:00～18:00、土・日：休日、夜間・休日は緊急外来のみ
病床数	205床
職員数	総職員数：190人 医師60人、看護師130人（准医師、レントゲン技師も含む）
施設状況	12（内科、外科、皮膚、助産、小児、歯科、感染症、結核、伝統医療、眼科、耳鼻咽喉頭など）の部門の診療室、病棟、外来、薬局、手術室、検査室など
医療サービス内容	一次レベルで対応できない出産（正常分娩以外）、検査、治療、入院サービスを提供している。
財 源	8億5,000万 Tg（2005年）
支出内訳	情報なし
外来患者数	125,000人（年平均）
入院患者数	6,150人（2005年）
手術室・件数	1室、1,382件（2005年）、主な疾患は虫垂炎、胆石症、腎炎などである。
出産件数	1,200～2,000件（年平均）、282件が帝王切開手術である。
主な医療機材	心電計、超音波診断装置、レントゲン装置、内視鏡、手術設備、眼科検査機器、歯科治療機器、オートクレイブ、顕微鏡、生化学自動計測機器など
医薬品状況	400種類の医薬品を取り扱っている。
患者の搬送状況	9割ぐらいの患者が同県の一次レベルの保健医療機関から搬送されてくる。数値は不明だが、近くの住民は直接来院することもある。
2000年以降の支援状況	<ul style="list-style-type: none"> ・2001年日本からの医療機材の供与 ・2003年ルクセンブルク国からオンライン診断システムの超音波診断装置の供与 ・2005年ADBより3階の増築と事務管理棟（3階建て）の建設 ・2005年World Visionからベッド（10台）、寝具一式、テレビの供与
問題・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・助産関連の医師が少ない。 ・再教育の機会がない（財源の不足）。短期間で効果的な研修を希望。 ・医師不足解消のための医師勧誘のための住宅建設の財源がない。 ・乳幼児死亡が多い。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・2005.11に火災のため日本が供与した除細動器1台が破損した。 ・使える人材が海外留学で不在のため、眼科関連の医療機材が一部使えず、放置されている。 ・手術関連機材として、2001年に日本から供与された手術台、電気メス、手術器具などは既に使用できず、元の古い機材・器具を使用している（手術中のため視察はできなかった）。 ・姉妹提携をしているフランスの病院の医師による研修（耳鼻科）を1～3週間実施。 ・健康科学大学との提携で2003年から実施された遠隔診断システムは現在担当技師が不在で停止している。

5. ホブド県

(1) ホブト県保健局

同県には週2便（月曜と木曜）ウランバートル市から飛行機が飛んでおり、1時間の時差（ホブド県は1時間遅れ）がある。県庁所在地と16か所の村の9万1,000人の人口である。

県保健局には、局長、副局長の下に2つの課（経済指導情報課、保健医療サービス課）があり、総職員数は26人、そのうち医師7人、准医師3～4人、薬剤師1人がいる。

各村病院は住民400人をカバーするBaghの准医師を配置している。Baghの准医師は自宅の一室を開放し、健康診断、一般診察、患者の村病院や診断センターへの搬送の手配などを受け持ち、原則として予防接種や投薬は許可されていない。一部の緊急的な医薬品（鎮痛剤、解熱剤など）の所持は許可されている。給料は村病院の予算から支払われ、月額6万Tg前後である。聴診器と血圧計は持つことになっている。

2000年にADBの支援で8か所の村病院の施設の内装工事、村間病院1か所の増築をした。

県全体の保健財源は21億2,800万Tg（2006年）であり、10億280万Tgが西部診断治療センター、8億2,400万Tgが村病院・村間病院、1億5,060万Tgが県保健局である。財源は国から14億Tg、健康保険基金から7億Tgとなっている。

県主催の研修は数日間准医師や看護師対象に西部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には数週間～3か月の研修がある。去年には、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の支援でウランバートル市で実施されたため、同県から数人の医師が参加した。

同県が抱えている問題は下記のとおり。

- ・人材の不足であり、少ないにもかかわらず、専門教育を受けた医師は10人中3人が戻ってこない。
- ・一次レベルの検査機器（尿検査キット、血球カウンター、生化学検査機器など）の不足である。
- ・西部診断治療センターの医師の能力向上が必要である。

(2) 保健医療機関（表－9、表－10）

同県には西部診断治療センター（1）、村病院（14）、村間病院（2）、ファミリー病院（6）、民間病院として入院設備のあるのが4か所（50床）と外来診療のみが10か所、薬局6か所（民間5か所）所在する。各村病院に救急車1台、村間病院には2台ある。県全体でベット数は569床である。

今回、一次レベルの保健医療機関として、2か所のファミリー病院（表－9）とソム病院（表－9）、元三次レベルの医療機関として、西部地域診断治療センター（表－10）を視察した。

表－9 ホブド県の一次レベルの保健医療機関の現況

医療機関名	Rashaant ファミリー病院	Baatar Khaikhan ファミリー病院	Buyant ソム（村）病院
位 置	西部地域診断治療センターから 車で5分	西部地域診断治療センターから 車で15分	西部地域診断治療センターから 車で30分
カバー人口	5,885人（1,086世帯）	7,250人	3,200人
診療時間	平日：9:00～18:00、土・日：休 み、緊急には呼び出し	平日：8:30～17:30、土・日：休 み、緊急には呼び出し	平日：8:00～17:00、土・日：休 み、緊急には呼び出し
病床数	なし	なし	10床
職員数	総職員数：10人 医師3人（一般医3）、准医師2人 （助産、伝統医療医）、看護師1人	総職員数：7人 医師2人（小児科1、内科 1）、准医師4人（助産）	総職員数：17人 医師1人、准医師2人（助産、 統計担当）、看護師4人
施設状況	診察室、処置室、婦人診察室、注 射室など	診察室、処置室、婦人診察室、 注射室など	診察室、処置室、婦人診察室、 注射室、分娩室、薬局、病室
保健医療サービ ス内容	一次レベルの保健医療サービ スを提供。予防接種や産前検診、訪 問診療など	一次レベルの保健医療サービ スを提供。健康診断、予防接 種や産前検診、訪問診療など	一次レベルの保健医療サービ スを提供。予防接種や産前検 診、訪問診療、正常分娩など
財 源	1,400万 Tg（2005年）、 政府：健康保険基金＝2：3	1,800万 Tg（2005年）、 政府：健康保険基金＝2：3	3,600万 Tg（2005年）
支出内訳	人件費 800万 Tg	人件費 600万 Tg	人件費 1,800万 Tg
外来患者数	28,252人（訪問診療や予防接種も 含む、2005年）、主な疾患は呼吸 器系疾患、消化器系疾患である。	31,000人（訪問診療や予防接 種も含む、2005年）	3,620人（2005年）
入院患者数	なし	なし	348人（2005）
手術室	なし	なし	なし
出産件数	なし	なし	17件（2005年）
主な医療機材	身長・体重測定器、聴診器、血 圧計、婦人科診察台など。	身長・体重測定器、聴診器、血 圧計、婦人科診察台など。	身長・体重測定器、聴診器、血圧 計、婦人科診察台、分娩台など。
医薬品状況	特定の薬局より医薬品を購入す る。	特定の薬局より医薬品を購入 する。	定められた薬局より医薬品を 購入する。70種類ある。
患者の搬送状況	超音波検査や心電図検査対象者 は診断センターへ搬送。	180人（2005年）を心疾患、脳 梗塞、腎疾患の治療のため診 断センターへ搬送。	患者の1％を心疾患、腎臓疾 患、出産などのため診断治療 センターへ搬送。
2000年以降の 支援状況	・2006年CDCから冷蔵庫の供与	・2006年CDCから冷蔵庫の供 与	・2000年JICAから冷蔵庫の供与 ・World Visionsからベッド一 式の供与
課題・問題	・移動手段がない。 ・超音波診断装置の不備	・移動手段がない。 ・医療機材（超音波診断装置、 心電計）や視聴覚機材の不備 ・簡易検査キットの不備（尿 蛋白、血中の糖や蛋白が検 査できる程度） ・水の問題（井戸水を利用）	・検査（一般検査、血液、尿） 機材の不備 ・母子関連の医療機材（超音波 診断装置、保育器）の不備 ・医師の不足
その他	・准医師と看護師はほぼ同様な 仕事をしている（予防接種、高 齢者の健康相談、一般用健康 相談、妊婦指導など）。 ・ウランバートル市での2年間 の専門教育への参加は、経済 的な点や家族の事情で難しい。	・医師2人、准医師4人が ADB（1999年）、UNFPA （2004年）主催の研修を診 断センターで受講した。 ・井戸掘りに200万 Tgが必要 であり、配水管を引く費用 は自分たちで調達できる。	・医師は専門教育のためウラン バートル市に滞在しているた め現在は不在。同医師が元の 職場に戻ってくるかは不明。 ・UNFPA、保健省主催の研修 を診断センターで2005年 医師や看護師が受講した。

表－10 ホブド県の西部地域診断治療センターの現況

所在県名	ホブド県
レベル	二次・三次レベル
位 置	ホブド県県庁所在地の中心、元の県総合病院が現在の診断センターになった。
カバー人口	ホブド県以外に4県（バヤンウルギー県、オブス県、ザブハン県、ゴビアルタイ県）の人口14.5万人をカバーしている。
診療時間	平日：8:30～17:30、土・日：休日、緊急外来あり。24時間体制
病床数	255床
職員数	総職員数：319人 医師56人、看護師151人（准医師を含む）、薬剤師2人、検査技師10人
施設状況	12（内科、外科、小児科、産科、感染症、結核、皮膚、眼科、耳鼻科、歯科、精神、婦人）の診療室、手術室、分娩室、病棟、検査室、リハビリ室など
医療サービス内容	二次・三次レベルの医療サービスを提供。正常分娩も行っている。
財 源	10億Tg（2006年）
外来患者数	10,000人（年平均）
入院患者数	8,800人（年平均）
手術室・件数	5室（分娩室1室を含む）、1,122件（2005年）、主な疾患は虫垂炎である。
出産件数	964件（287件が帝王切開手術）
主な医療機材	移動式レントゲン装置、超音波診断装置、超音波治療器、電気刺激治療器、胃内視鏡、心電計、モニター、手術室設備、乾熱滅菌器、分娩設備など
医薬品状況	特に問題なし
患者の搬送状況	外来患者の半数、入院患者の1割が他の県から搬送されてくる。一次・二次レベルの保健医療機関を介してか、あるいは直接来院かは不明である。
2000年以降の支援状況	<ul style="list-style-type: none"> ・2001年日本からの医療機材の供与 ・2002年ルクセンブルク国から超音波診断装置（オンライン診断システム装置付き）の供与 ・2003年草の根無償で短距離用の無線機器の供与 ・2004年英国NGOからリハビリ機材の供与 ・UNFPAからリプロダクティブ・ヘルス関連の医薬品・機材の供与（年度不明）
問題・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・故障している医療機材（レントゲン装置、蒸留水ろ過装置、乾燥滅菌装置、胃内視鏡など）や試薬が買えず検査機器（はかり、生化学検査機器など）が放置されている。無停電装置を設置できずにいる。 ・検査機器（脳波形、CTスキャナー、心音計）の不足 ・医師の不足 ・若い人材がなかなか定着せず、民間病院に異動する。 ・機材の維持管理技師の不在
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車10台のうち2台が故障している。 ・遠隔診断システム室にはコンピューターが3台設置され、現在技師はウランバートル市で研修中である。

6. ドルノゴビ県

(1) 大学分校

生徒数 770 人〔男女比は 1 : 5.3 (男性 123 人、女性 647 人)〕であり、出身地は東部 3 県、ゴビ 4 県がほとんどである。

学科は医学部 (医師、准医師) は 373 人、看護学部 (4 年 : 125 人、2 年 : 107 人)、薬学部 (120 人)、助産学部准医師 (45 人)、伝統医療学部 (医師数に含める) である。

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。

予算は学費のみで賄われている (医学部 = 33 万 Tg / 人 / 年、看護学部 = 19 万 Tg、薬学部 = 25 万 Tg)。親が遊牧民、教師、医師である学生が多い。本校医学部の学費は 49 万 Tg / 人 / 年であるため、少しでも安い学費を求めて入学を決める者もある。

学生寮には学生の 1/3 が入居しており、1 年間の寮費が 9 万 Tg である。学生寮管理人には分校の予算で、理容師や調理師等、管理人以外の仕事ができるよう専門学校で資格を取得させている。理容師の場合であれば、学生寮の中の一室を理髪店とし、学生や地元の人々が利用した際に学生寮に収入が入ることとなる。管理人人件費や学生寮維持費は学生の寮費で賄うことができるため、副収入は教材や実習機材等の整備に回すことができる。

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、さらにドルノゴビ県では学生の地元定着をねらって、5 年前から次のような契約を履行している。県、ドルノゴビ分校、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「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」。

課題は下記のとおりである。

- ・准医師が最も一次レベルの医療を担い、その次は看護師であるのに、予算上、全く研修が受けられない。そのため、20 年以上勤務しているのに、卒業後、新しい知識を入れられない現状がある。
- ・県総合病院ではほとんどの臨床実習を行うが、臨床実習に必要な機材がカバーしきれていない。また、臨床実習の担当が院長 1 人である。
- ・公衆衛生学部が必要だが、健康科学大学や教育省から許可が出ない。
- ・受験制度の問題 (入学試験の成績の良い受験生が医学部を選択する) で、医療関連に全く興味のない学生が入学することになっている。

7. ダルハン・オール県

(1) 大学分校

ウランバートル市から北方向に 250km (四輪駆動車で 2 時間 45 分かかる) の距離に位置しており、県総合病院と隣接している。

同大学分校は 1969 年看護師の養成機関として設立され、数回名称を変更したが、1992 年以降現在のメディカル大学である。

学長の下に、副学長がおり、6 つの学科に、会計課、伝統医療学の診療室、宿舎、情報センター (図書館、コンピューター室、印刷部)、協議会 (学生、宿舎、社会活動、研修) から成る。

主な財源は学費であり、2 億 Tg である。その支出は 60% が人件費である。2000 年以前は

教育省から暖房費の補助があったが、今は全くない。また、学生の6割は自費であり、4割は国の国庫基金や県などから資金補助を受けている。

総職員数は78人であり、51人が教師（医師が30人、看護師が6人、薬剤師が6人）である。

表-11のように、6つの学部があり、さらに、学部卒業後看護師のための1年半～2年の期間の専門教育がある。主として4つのコース（ファミリー病院、リハビリ、助産、伝統医療）があり、学生数は15人前後である。

4年の教育年数のある看護師などは主として二次・三次レベルの医療機関へ就職し、2年の場合は一次レベルの保健医療機関に就職している。助産学部准医師は主として地方の一次レベルの保健医療機関での出産に携わっている。

ほとんどの学生がダルハン・オール県出身であり、地方における分校としての役割を果たすために大学側としては他県から入学者を積極的に多くとりたいと考えているようである。

就職は地元に残る割合が多く、ウランバートル市に就職する例は少ない。卒業生の就職率は70%である。

2002年にWHOによる遠隔診断システムの研修、2004年に看護師への臨床研修（近隣6県から10人ずつ）が本分校で実施された。また、2002年、ADBからコンピューターや机や椅子などが供与された。

保健省主催（ドナーの資金）の研修でリプロダクティブ・ヘルス、結核、伝統医療などに関する研修を医師、看護師、准医師を対象に本分校で実施した。

健康科学大学とはカリキュラムの改善、学生の評価試験の検討、同大学の講師による年数回のセミナーの開催などで緊密な連携がある。

同大学分校の問題と課題は下記のとおりである。

- ・教師、特に看護学専門の教授が不足している。
- ・実習の器具が不足しており、かなり古い器具を使用している。
- ・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、英語の教材をモンゴル語に翻訳して使用している。

表-11 学科別教育年数と総学生数

学 科	教育年数	総学生数
1. 伝統医療学部看護師	4年	152人
2. 伝統医療学部准医師	3年	130人
3. 看護学部准看護師	2年	55人
4. 看護学部	4年	241人
5. 薬学部	3年	186人
6. 助産学部准医師	2年	107人
総 数		871人

4. 保健分野で実施中のプロジェクト一覧表

保健分野で実施中のプロジェクト一覧表（保健省対外関係課からの情報）

プロジェクト名	実施期間	国際機関・国名・NGO名	支援金額	支援対象・地域
1 保健	2004-2005	WHO	3,310,031 ドル	モンゴル国全体
2 保健	2006-2007	WHO	2,190,000 ドル	モンゴル国全体
3 保健	2002-2006	UNFPA	3,951,000 ドル	UB市、 4県(ハヤルホゴル、バヤンホギ、ホブド、フブスガル、ウブス)
4 保健・食糧	2005.1-2005.12	UNICEF	1,202,208 ドル	モンゴル国全体
5 良いガバナ-	2006.3-2006.12	UNDP	160,000 ドル	保健省
6 リプロダクティブヘルス	1998-2006	GTZ	4,467,000 ユーロ	UB市の3地区(フライハ、ハンカル、スフバートル)、母子病院、 5県(セレンゲ、トウブ、南ゴビ、スフバートル、サフハ)
7 HIV/AIDS 予防支援	2003-2007	GFATM	2,997,100 ドル	国立感染症センター、教育研究所、保健開発センター、 血液センター、製薬輸入会社
8 結核予防支援	2003-2007	GFATM	1,730,000 ドル	国立感染症センター、結核予防協会
9 結核耐性菌予防	2005-2010	GFATM	4,083,760 ドル	国立感染症センター、結核予防協会
10 保健医療マスタープラン	2003.9-2006.3	JICWELS	423,000 ドル	UB市
11 心疾患予防	2002-2006	ルクセンブルク国	1,060,000 ドル	UB市
12 セレンゲ県一次レベルの 保健医療改善	2003-2006	EU/Saint-Sud(仏の NGO)	1,100,680 ドル	セレンゲ県の20ヶ所の村病院
13 地方医療機関の情報通信 技術支援	2004-2007	ADB	1,000,000 ドル	5県(ハヤルホゴル、ウブスガル、ハブガイ、ハブガイ、サフハ、トルブ)
14 栄養	2004-2007	ADB	2,000,000 ドル	モンゴル国全体
15 保健医療分野改革支援	2004-2006	ADB	764,000 ドル	モンゴル国全体
16 児童傷害予防	2005.1-2005.12		8,790,000Tg	モンゴル国全体
17 保健	1999-2010	World Vision	4,270,410 ドル	モンゴル国全体
18 予防接種	2005-2010	Allier district(仏の NGO)	100,000 ドル	6県(ゴビスバル、トルゴビ、トウブ、バヤンホゴル、ホブガイ、 スフバートル)
19 草の根無償	2005	日本	280,715 ドル	UB市と3県(ウブスガル、ホブガイ、ゴビアルタイ)
20 イタリア支援団体	1992-2009	イタリア(NGO)	75,000,000Tg	UB市の8地区と12県

UB：ウランバートル

5. 現地収集資料リスト

	資料の名称	言語	発行年	形態	発行者／入手先
1	HEALTH SECTOR STRATEGIC MASTER PLAN 2006-2015, Vol.1 ,2005	英語	2005	Original	MOH/ JICSWELS
2	HEALTH SECTOR STRATEGIC MASTER PLAN 2006-2015, MEDIUM-TERM EXPENDITURE FRAMEWORK , Vol.2 ,2005	英語	2005	Original	MOH/ JICSWELS
3	HEALTH SECTOR STRATEGIC MASTER PLAN 2006-2015, MONITORING AND EVALUTION FRAMEWORK, Vol.3 ,2005	英語	2005	Original	MOH/ JICSWELS
4	HEALTH SECTOR STRATEGIC MASTER PLAN 2006-2015,PLANNING & BUDGETTING FRAMEWORK, Vol.4 ,2005	英語	2005	Original	MOH/ JICSWELS
5	ANNUAL HEALTH REPORT 2005	英語	2005	Original	MOH
6	PROPOSED LOAN SECOND HEALTH SECTOR DEVELOPMENT PROJECT (MONGOLIA, ADB, 2003 (電子データあり)	英語	2005	Copy	ADB
7	PLAN ACTION:STRENGTHING THE EARLY WARNING AND RESPONSE(EWAR) SYSTEM IN MONGOLIA 2006-2007, MOH	英語	2005	Copy	MOH/ WHO
8	DEPARTMENT OF HEALTH –INTRODUCTION 2004	英語	2004	Original	Government of Ulaanbaatar City
9	EVERY MONGOLIAN CHILD HAS THE RIGHT TO HEALTHY GROWTH	英語	2005	Original	UNICEF
10	MEDIUM TERM REVIEW REPORT	英語	2005	Original	UNICEF
11	ASSESSMENT AND ANALYSIS OF THE SITUATION OF CHILDREN OF MONGOLIA -2004	英語	2004	Copy	UNICEF
12	THE MEDICAL COLLEGE DARKHAN-UUL AIMAG, MONGOLIA	英語	2005	Original	Darkhan-Uul Medical College
13	INTERNATIONAL PARTERS ASSISTANCES IN THE HEALTH SECTOR OF MONGOLIA 2005	英語	2005	Original	ADB