

保健システム強化に向けたグローバル・アクション

を各国が十分に持てるようにG8が支援することは可能である。各国が自らの保健システム資源をより有効に活用する方法を知る能力の強化を手助けをすることも可能である。

第三に、3つの論文全てが、G8は、保健システムのパフォーマンス向上のために資源がどのように提供され使われたかを評価する標準指標を用いて、グローバル・ヘルス関連のコミットメントの履行状況の年次レビューを行うべきだとしている。日本はすでに洞爺湖サミットのコミットメントの年次レビューのプロセスを始めている。このプロセスを拡大し制度化すべきである。

保健システム強化のために行動するには、G8が首脳会談の場を超えて説明責任を果たすこと、そしてH8機関やドナー国および被援助国の諸機関との協同作業が求められる。G8サミットはスリムな組織であり、深刻な地球規模の課題を検証し、地球規模の政策課題に優先順位をつけるには効率がよい。G8-H8関係はまだ構築の途上にあり、H8内部における意思決定のあり方も同様である。G8もH8も、形のある組織というよりは非公式のネットワークのようなものである。結果として、保健システム強化のためのG8の取り組みが効果をあげるためには、国際的なレベルにおいても国レベルにおいても(その相互関係においても)、実行にあたり何らかの創造的アプローチが求められる。G8にはグローバル・ヘルスのトップ機関となる能力はないが、G8が関わることで保健システム強化をこれまでにない形で前進させるはずみをつけることは可能である。

政策論文に盛り込まれた具体的な提言は、保健システム強化に関するさまざまな戦略を取り上げている。既存の組織や枠組みを整備し強化することを目指す、という意見もあれば、新たな地球規模の基金を創設することなく、新たな拠点となる主体を創るという意見もある。我々は、保健システムの問題を解決する革新的な方法を検討し、従来にはない考えを明確に打ち出すことを目指した。ここで提示した考えには既存の組織が好まなかったり、違和感を感じるものもあるかもしれない。私たちは保健システム強化に向けて革新的な思考、行動を喚起したい。とはいっても、グローバル・ヘルスの関係者の間に不必要な政治的対立を持ち込むことは避け、政治的な問題よりも実質的な機能に焦点を当てていくつもりである。もう一つの何よりも大切

な目的は、グローバル・ヘルスのあり方におけるWHOの能力を強化しその役割を明確にすることである。

この洞爺湖サミットのフォローアップは、日本とそのパートナーが、単なる資金の出し手としてではなく、グローバル・ヘルスの政策立案への実質的な貢献を高めるために、協調して努力していくことを示すものである。多くの領域における地球規模の問題は、グローバル・ガバナンスの諸機関の対応能力を超えた性質を持つようになっている。この制度的空白を埋めることは、グローバル・ヘルスの政策立案の新たな起点となったG8諸国にとって、機会とも義務ともなる。保健医療従事者、保健財政、保健情報の国境を越えた移動は目を見張るほど増加している。このますますグローバル化が進む保健の世界で、G8サミットは、その時々深刻な問題への対応策を決定できる首脳たちが、個人としてグローバル・ヘルスの問題に関与する場となっている。本プロジェクトは、人間の安全保障とプライマリ・ヘルスケアのアプローチの活性化を背景として、G8諸国が実行できる具体的な行動を明らかにした。これらの行動には、必然的にH8諸機関、志を共にするG8以外の先進国や中所得国、そして被援助国との協同が不可欠である。日本政府は、グローバル・ヘルスを二国間および多国間外交の政策課題として明確に位置づけるべきであり、国際的なシビル・ソサエティのネットワークとより緊密に連携すべきである。そしてネットワークの発展を推進することにより、これら二国間、多国間、シビル・ソサエティという3つの側面から構成されるグローバル・ヘルスをめぐる外交を強化できると私たちは信じる。

世界金融危機の発生により、G8が保健システム強化に取り組み、国際保健についての合意を遂行することが、一層肝要となっている。富める国の政府開発援助の削減の可能性やNGOへの民間からの寄付の先行きに懸念が生じている²⁶。しかし、英国のゴードン・ブラウン首相が2008年9月に述べたように、国際社会は、この経済危機の時だからこそ、世界の貧しい人々を助けるために、より少なくではなく、より多くのことをしなければならない²⁷。約束した資金が世界の貧しい人々にとって目に見える利益を生み出すような形で供与されることを保証することで、G8は触媒としての役割を果たすことができる。私たちは、G8が保健システム強化のために革新的資金創出メカニズム構築の推進を検討するよう提案する。さらにG8は、途上国におい

保健システム強化に向けたグローバル・アクション

て社会福祉のための政府予算が金融危機によって減らされることを防ぎ、1980年代と1990年代の構造調整と経済的混乱の時に起きた削減の繰り返しを避けるよう、努力すべきである。

参考文献

1. "Summary of the Hokkaido Toyako Summit," July 9, 2008, <http://www.g8summit.go.jp/eng/news/summary.html> (accessed October 15, 2008).
2. G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action on Global Health," Toyako, Japan, July 8, 2008. http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708_09_en.pdf (accessed October 15, 2008).
3. Michael R. Reich, Keizo Takemi, Marc J. Roberts, and William C. Hsiao, "Global Action on Health Systems: A Proposal for the Toyako G8 Summit," *Lancet* 371 (2008): 865-869.
4. J. Sepulveda, F. Bustreo, R. Tapia, J. Rivera, et al., "Improvement of Child Survival in Mexico: The Diagonal Approach," *Lancet* 2008; 368: 2017-27; G. Ooms, W. Van Damme, B. K. Baker, P. Zeitz, et al., "The 'Diagonal' Approach to Global Fund Financing: A Cure for the Broader Malaise of Health Systems?" *Globalization and Health* 4 (2008): 6.
5. M. Uplekar and M. C. Raviglione, "The 'Vertical-Horizontal' Debates: Time for the Pendulum to Rest (in Peace)?" *Bulletin of the World Health Organization* 85 (2007): 413-417.
6. R. A. Atun, S. Bennett, and A. Duran, "When Do Vertical (Stand-Alone) Programmes Have a Place in Health Systems?" Policy Brief (Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008).
7. J. F. Naimoli, "Global Health Partnerships in Practice: Taking Stock of the GAVI Alliance's New Investment in Health Systems Strengthening," *International Journal of Health Planning and Management* 21 (2008): 1-23.
8. WHO and UNICEF, "Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care," Alma-Ata, USSR, September 6-12, 1978. (Geneva: WHO, 1978).
9. WHO, *The World Health Report 2008—Primary Health Care: Now More than Ever*. (Geneva: WHO, 2008).
10. Margaret Chan, "Return to Alma Ata," *Lancet*; 372 (2008): 865-866.
11. WHO, *Health and the Millennium Development Goals* (Geneva: WHO, 2005).
12. A. Mills, F. Rasheed, and S. Tollman, "Strengthening Health Systems," in D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd edition (New York: Oxford University Press, 2006), 87-102.
13. WHO, *World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance* (Geneva: WHO, 2000).
14. WHO, *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action* (Geneva: WHO, 2007).
15. World Bank, *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Results* (Washington DC: World Bank, 2007).
16. Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman, AND Michael R. Reich, *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity* (New York: Oxford University, 2004).
17. Richard Horton, "WHO: The Casualties and Compromises of Renewal," *Lancet* 359 (2002): 1605-1611.
18. Select Committee on Intergovernmental Organisations, House of Lords, United Kingdom, "Diseases Know No Frontiers: How Effective are Intergovernmental Organisations in Controlling their Spread?" London: Authority of the House of Lords, July 21, 2008 (HL Paper 143-1).
19. WHO, "Informal Meeting of Global Health Leaders," <http://www.who.int/dg/reports/31072007/en/index.html> (accessed Oct 13, 2008).
20. J. J. Kirton and J. Mannell, "The G8 and Global Health Governance." Paper prepared for a conference on Global Health Governance: Past Practice: Future Innovation, sponsored by the Centre for International Governance Innovation; the Institute of Population Health, University

- of Ottawa; the G8 Research Group, Munk Centre for International Studies, University of Toronto; and Rotary International, Ottawa and Waterloo, November 10–12, 2005.
21. Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand. "Oslo Ministerial Declaration—Global Health: A Pressing Foreign Policy Issue of Our Time," *Lancet* 369 (2007): 1373–78.
 22. Richard Horton, "Health as an Instrument of Foreign Policy," *Lancet* 369 (2007): 806–807; Masahiko Koumura, "Global Health and Japan's Foreign Policy," *Lancet* 370 (2007): 1983–1985.
 23. Commission on Human Security, *Human Security Now: Protecting and Empowering People* (New York: United Nations, 2003).
 24. Masahiko Koumura, "Global Health and Japan's Foreign Policy."
 25. Keizo Takemi, Masamine Jimba, Sumie Ishii, Yasushi Katsuma, and Yasuhide Nakamura, on behalf of the Working Group on Challenges in Global Health and Japan's Contributions. "Human Security Approach for Global Health," *Lancet* 372 (2008): 13–14.
 26. J. Mitnick, "Financial Crisis Threatens Aid for World's Poorest," *Christian Science Monitor*, October 15, 2008.
 27. United Nations, Press Conference by Secretary-General, Prime Minister of United Kingdom, Chair of Gates Foundation on Millennium Goals High-Level Event, September 25, 2008. http://www.un.org/News/briefings/docs/2008/080925_MDG_Event.doc.htm (accessed Oct 20, 2008).

保健人材危機克服の機運を いかに活かすか

神馬 征峰

はじめに：なぜ今なのか？

本論では、保健医療従事者を医療や公衆衛生サービス提供の担い手として定義する。いうまでもなく、保健医療従事者は保健システムを機能させるために不可欠な存在である。そして、人材の適切な供給と配置の保証、トレーニングの質の維持、定着の保証、動機づけと成果のマネジメントといった問題は、世界共通の課題である。一方、低中所得国をみても、これらの課題とは別の、特有の課題があることがわかる。しかしながら、これらの国々で人材対策のための政策決定を導き支援していくために有用なエビデンスは十分とはいえない。何十年にもわたり、ドナー機関やグローバル・ヘルス(地球規模課題としての保健)関連イニシアティブは、ワクチンや医薬品といった、より簡単かつ対象の明確な支援領域を好み、保健人材の重要性は、あまり顧みてこなかった。しかし移住労働、エイズ、人材対策のための介

本稿の執筆に当たり有意義なコメントをいただいた、リンカン・チェン、スウィット・ウィブルポルブラサート、ローラ・ダーレ、トーマス・ボッサート、エドワード・ミルズ、相賀裕嗣、渋谷健司、ラビンドラ・ランナン・エリヤ、マイケル・ライシュ、武見敬三の各氏に感謝の意を表したい。また、メーガン・レイディには大変なご協力をいただき、グレイス・チャン、タミー・ヤマモトにも重要な貢献をしていただいた。また、山本正、鈴木智子、スーザン・ハバードの各氏にもご協力をいただいた。

保健システム強化に向けたグローバル・アクション

入策を拡充しようとする際の制約といった課題への認識が高まり、かつ保健医療従事者に投資する重要性が強調され、保健人材の問題は、ようやく国際的課題として取り上げられるようになった。

グローバル・ヘルスの課題としての保健医療従事者の役割は、次に挙げる2つの重要な報告書によって定義され、国際的に注目を浴びるようになった。1つ目は2004年に共同学習イニシアティブ(JLI)が発表した、記念碑的な報告書『保健のための人材資源：危機の克服』である。JLIは保健医療従事者が直面する三大要因を特定した。すなわちエイズがもたらす荒廃、労働力流出の加速、人材資源への慢性的な投資不足が残した禍根、の3つである²。2つ目の報告書は、世界保健機関(WHO)が発表した2006年度版『世界保健報告』である。この中でWHOは、保健人材不足を解消するためには240万人の医師、看護師、助産師を含む400万人以上の保健医療従事者が必要であると推定している。また危機的な不足が生じている国として57カ国を挙げている。そのうち36カ国はサハラ以南アフリカ諸国である。この状況を「危機」と呼ぶことで、JLIと2006年度版『世界保健報告』は、保健人材危機への関心を世界規模にまで高めることに成功した。その一つの成果として、2006年5月には、グローバル・ヘルス保健人材同盟(GHWA)が設立された。GHWAは、WHO事務局長を務めた故・李鍾郁の言葉を借りれば「いかなる村、いかなる場所のいかなる人も、十分な技術をもち意欲的で評価を得ている保健医療従事者にアクセスできるようにすべきである」³というアイデアの実現を目指している。

しかし、今の状況を危機と呼ぶだけで、事態の改善が望めるわけではない。保健人材の問題が国際課題として取り上げられるようになったのは、ドナー諸国が、保健医療従事者の数を増やせない状況で、プログラムの目的達成に苦労していることの証でもある。とりわけエイズ・プロジェクトについてこのことは当てはまる。エイズという特定の疾患に関しては、その治療に要する人手も保健人材に悪影響を与えうる。なぜなら、エイズ疾患の単独プログラムを実行する際には、保健システム全体のなかの他部門からの人材確保が必要であり、そのような人材の流出によって、既存の保健システムにも、新たな保健イニシアティブの拡充にとっても問題が生じたことがあるからである⁴。さらに、保健医療従事者の数だけに注目するのにも問題がある。国内で保健医

療従事者をどのように配置したらよいのか、パフォーマンスをいかにあげたらよいのか、パフォーマンスに影響する劣悪な労働環境をいかに改善したらよいのか、これらより複雑な問題をないがしろにすることになりかねないからである⁵。

世界規模の保健人材危機に対処するため、2008年、第1回保健人材国際フォーラムが開催された。このフォーラムでは、緊急性の高い12の行動を挙げた「カンバラ宣言」と「保健人材のための世界行動課題」が発表された⁶。その4か月後、G8北海道洞爺湖サミットはカンバラ宣言に対する支持を表明し、保健人材に対する財政的および技術的なコミットメントを約束した。これはWHOの保健システムの枠組みを構成する他の5要素、すなわち保健サービス、保健情報、医薬品・ワクチン・技術、保健財政、リーダーシップおよびガバナンスに対して表明されたコミットメントよりも、一層具体的な内容のものであった。

またG8北海道洞爺湖サミットで採択された「グローバル・ヘルスに関する洞爺湖行動指針」では、保健人材に対して取るべき行動として以下の点が提案された。すなわち、格差を縮めるために一丸となって行動すること、熟練した保健医療従事者を一層活用すること、治療・トレーニング・定着(TTR)と保健医療業務の移管を推進すること、保健人材の移住に関する行動規範策定のためのWHOの作業を奨励すること、そしてGHWAの活動を奨励することである⁷。

2006年度版『世界保健報告』に記されているように、保健人材への「問題意識が高まり、効果的な解決策が明らかにされ、各国が対策を取り始めている今こそ、政治的支持を表明する時である」⁸。保健人材に対しては、資金、技術支援、新たな政策イニシアティブなど、さまざまな機関がかつてないほどの資源を投入している。問題は、よりすぐれた量的、質的成果を出すために、これらを最大限に活用することである。現在のこの機運が持続するかどうかは、問題克服のために今とるべき行動如何にかかっている。

ここで我々は、保健システムのパフォーマンスを向上させ、健康状態を改善すべく、保健医療従事者を強化するために、G8加盟国が何をなすべきかという点について、最も重要かつ緊急な提言と行動指針を示したい。そのために、まず保健システムの強化と健康状態の改善のための保健医療従事者の役割について分析する。

保健システム強化に向けたグローバル・アクション

次に、主たる課題と保健医療従事者の強化に利用できる、さまざまな機運(資源やプログラムなど)を探る。最後に、保健人材改善のためにG8がなしうることについて政策を提言する。

保健医療従事者と保健システムに関する主要な問題点

WHOが提示した「保健システムの枠組み」には6つの構成要素が含まれる。そのうち、資源投入の要素が強いのは、「医薬品・ワクチン・技術」、「保健財政」、「保健人材」の3つである。これら3つのうち、保健人材は、保健システムを全体的に動かす主要な要素のひとつである。しかし、その改善が保健システムそのものの改善にどのようにつながりうるかについては明らかになっていない。保健人材と健康状態の改善との関係も複雑でよくわかっていない。本節では、これらの関係を分析し、保健人材強化のために使える既存の資源を活かし、かつそれを拡大することによって、よりすぐれた成果をいかに生み出せるか、について提言したい。

人材資源と保健システム

WHOは、ミレニアム開発目標(MDGs)の基本目標を達成するためには、十分な数の保健医療従事者が必要であると強調している。具体的には、人口1,000人当たり医師、看護師、助産師あわせて2.3人以上を基本的な数値目標とすべきであると提案している⁹。この目標は、医師、看護師、助産師の対人口密度が低い国において、人材資源への関心を高めるのには役立つかもしれない。しかし、国家予算からどれだけそのために資金を出せるかという点を考慮すると、人材不足に陥っている多くの国において、これは短期的に実現可能な目標とはいえない。たとえば、2006年、ナイジェリアのオンド州における人口1,000人当たりの保健医療従事者は0.71人であったが、保健関連予算総額2,260万ドルのうち1,430万ドルが年間の給与に充てられた¹⁰。そこでオンド州がWHOの示した2.3人という目標を達成しようとする、年間給与に充てる

べき金額は5,010万ドルという巨額にのぼる¹¹。さらにこの人口1000人あたり2.3人の保健医療従事者をという目標は、適切な職能構成の問題、とりわけ準医師や看護師の適切な活用による労働力の強化という点を考慮していない。そればかりか、エジプト、インドの一部の州、旧ソ連圏の多くの国などでみられる医師の供給過剰という問題をも考慮していない¹²。保健人材が効果的に活用されるためには、上記に示した6つの保健システムの要素うちの他の5つの要素も考慮しなくてはならないが、それについても何もふれていない。

保健人材は、活動の場となるシステムが以下の条件を満たすとき、有効に活用しうる。

- ・その国のニーズに適した保健医療従事者を、十分な数、トレーニングによって教育できること
- ・給与、物品、交通移動のための資金を十分供給できること
- ・保健医療従事者に十分な動機づけを与え、マネジメント、情報、事務処理、物品に関するニーズに対応できること
- ・適切な物的インフラ・供給モデルを確立できること
- ・安全な労働環境を保障できること¹³

つまり、保健人材の改善のためには、適切な種類の保健医療従事者が適切な数だけ揃っていればそれだけで良いというわけではない。改善のためには、第一に保健医療従事者を養成し、支援できるような保健システムが必要である。第二にはさまざまな政治的文脈のなかで、健康目的を達成できるような改革を実践するための状況づくりが必要である¹⁴。

とはいうものの、多くの国では、人材資源の一面に焦点を当てた介入策をとることによりある程度の成功を収めている。例外として、マラウィは緊急人材資源プログラムのなかで、包括的・統合的アプローチを取り、大きな効果を得ているが、そうした国はごくわずかである¹⁵。マラウィのプログラムは、サハラ以南アフリカにおけるきわめて深刻な人材資源不足に悩む国の一つとして、人材不足の改善を目指す6年間のプログラムである。活動の中身として、11の優先職種の人材の維持、配置、採用、トレーニング、個別指導の動機づけに重点を置いている。同プログラムでは、雇用されてい

保健システム強化に向けたグローバル・アクション

ないスタッフや退職したスタッフの復職促進、一時的に不足を補うための外国人スタッフの活用、国内のトレーニング定員の拡大、給与の上乗せおよび勤務奨励金(特に農村部での勤務に対して)の導入も行っている¹⁶。情報システムと監視システムの強化も行っており、中間評価ではプログラムの効果を証明するエビデンスも得られている。将来の給与の改善を見込んでのことと思われるが、看護師の流出が抑制され医学部志願者も増加しているとのエビデンスもある¹⁷。このプログラムは、保健人材の強化が保健システム全体の強化にもつながるということを示す画期的なモデルと考えられる。モザンビーク政府も2008年から2015年にかけて、保健人材開発計画による包括的計画の実行を目指しているが、このプロジェクトを成功させるには、支援を提供し、協力するパートナーが必要である。

国レベルで保健人材のマネジメントを改善するため、WHOは先ごろ、戦略的人材資源計画作成指針を出版した。この指針は保健システム・アプローチに重点を置いている。そして、効果的な保健医療従事者の供給に必要な、保健システムの要素としての「財政」、「教育」、「マネジメント」の評価指標を提案している¹⁸。また、保健人材の効果の改善を目的とした改革に対し、政治的な支援を得るための戦略も提案している。特に、国の財源から調達できる資金、他の労働市場と比較して適切な給与水準、各分野で十分な数の適格な人材を輩出するための教育システム、適切なマネジメント、保健管理情報システムと事務処理に対する支援について、慎重に分析することを提案している。他には、安全な労働環境を実現するため、国際労働機関(ILO)、国際看護師協会(ICN)、WHO、ポピュレーション・サービス・インターナショナル(PSI)が「保健部門における職場での暴力に関する合同プログラム」を発表した。その他、ICN単体でも実践的なガイドラインを発表している¹⁹。特に途上国で保健医療従事者の定着を図るには、こうした取り組みがきわめて重要である。

保健医療従事者と健康改善の成果

「グローバル・ヘルスに関する洞爺湖行動指針」にもあるように、健康改善のためには、保健システムの改善と、保健医療従事者の人数および種類の変更が必要であ

るとはいうものの、それを裏付けるさらに多くのエビデンスが必要である。最近の研究によれば、世界各国の国際比較において、人口1000人あたりの保健医療従事者の割合の上昇は、妊産婦および乳幼児死亡率の低下や、予防接種実施率の上昇と関連があるという²⁰。しかしながら、この研究デザインでは、両者の因果関係を知ることはできない。国によって保健システムが異なり職能構成もまた異なっているはずなのに、これらの点に関する配慮もされていない。また、各国の国内の保健人材の分布の違いについても考慮していない。そのため、既存の保健医療従事者の種類の違い、とりわけ都市部と農村部における種類の違いについても説明できない。これらの研究結果と食い違った例もある。保健医療従事者の対人口密度が低い国の中に、MDGsの達成度が比較的高い国があるのである。たとえば、カウントダウン・サイクル・プロジェクトによる2008年のデータによれば、同プロジェクトの優先国68カ国のうち16カ国(24パーセント)がMDG 4の指標を改善させていた²¹。これら16カ国のうち、8カ国(ハングラデシュ、エリトリア、ハイチ、インドネシア、ラオス、モロッコ、ネパール、ペルー)は2006年度版の『世界保健報告』で保健人材の危機にあるとされていた国である。保健人材の危機が必ずしもMDG 4の目標達成に危機をもたらすわけではないことがこのことから示唆される。また次の2カ国の例は、健康指標の改善に必要なのは人材の数だけでないことを示している。西アフリカで人口1,000人当たりの保健医療従事者数は、ナイジェリアが1.45人、ガーナが0.93人であり、どちらもその地域では上位に入っている。しかし、数のより少ないガーナの方が、妊産婦死亡率590、5歳未満児死亡率100で同地域トップクラスの健康指標を達成しているのに対し、ナイジェリアは妊産婦死亡率1,100、5歳未満児死亡率183と後れを取っているのである²²。

健康改善の成果と保健医療従事者の特徴との関係あるいは保健システムの特徴との関係を理解するためには、確かにさらなる研究が必要である。しかし、健康指標が悪く、保健医療従事者の対人口数が少なく、専門性の低い保健人材の供給が不十分で、資金調達水準の低い国においては、適切な技能をもつ保健医療従事者を増やし、財政、マネジメント、教育システムを改善するイニシアティブが必要になる可能性は高い。こうしたさまざまな関係を理解することによって、保健医療従事者の活用を健康指標の改善に繋げるためのより優れた対策を取ることができよう。

保健医療従事者に関わる課題

WHOとJLIは医師、看護師、助産師の数を増やすことを主張している。しかし、数を増やせばそれで問題が解決するというわけではない。数を増やすだけで、保健システムのパフォーマンスが向上し健康指標が改善されるとは限らないからである。保健人材を質と量の両面において改善するためには、体系的に幅広くこの課題に取り組んでいく必要がある。

既存の保健医療従事者の不適切な量と質

不足の克服

1,000人当たり2.3人という目標を達成することは多くの国で非現実的である。数を増やしても仕事に就けず、保健医療職の間で高い失業率が見られる国もある。しかしながら、多くの低所得国において、保健医療従事者を増やす必要があることは明らかである。人材不足の原因としては、高卒者の人材プールの不足、医学部などのトレーニング施設の不足、エイズ、労働市場、移住など、さまざまな要因が考えられる。

第一の課題としては教育システムがある。一部の国では、看護学校や医学部の志願者の供給源となるだけの十分な高卒者の人材プールがない。また、十分な技能を備え、現地のニーズに合った保健医療従事者を訓練するための教育インフラが欠如している国も多い²³。この点、保健部門と教育部門の連携の強化が必要な領域である。

第二に、エイズがさまざまなレベルで、いくつもの課題をつきつけている。まずは、HIV治療のため、保健医療従事者の労働負担は否応なく増加している。保健医療従事者自身もHIVに感染して病欠したり死に至ることもあり、数の減少が生じている²⁴。またエイズの負担が大きい多数の低所得国において、熟練した保健医療従事者の不足が抗レトロウイルス治療拡充の際の大きな制約となっている²⁵。エイズ関連プログラムを実施する際に必要な保健医療従事者を増やす必要があるために、他の重要な保健プログラムからスタッフが回され、それによって他のプログラムに悪影響が

でいるとの懸念も高まっている。これらのことから、人材資源のニーズに対処するためには、包括的アプローチが必要であることがわかる。

第三に、労働市場についてである。労働市場は、政治的、経済的、社会的要因の影響を受ける。保健人材の需要と供給は保健ニーズや訓練を受けた保健医療従事者の人数だけに左右されるのではない。他の職種と比較した現行の給与のレベルや労働条件も関わってくる。他の職種に劣らない給与で保健医療従事者を雇用し、職務遂行に必要な物品や労働環境を提供できる財源を政府がもたないと、人材不足が生じる可能性がある。保健医療従事者が仕事を続けられるようになるためには、人材の偏在(とりわけ農村部において)を改善するための動機づけが必要であろう²⁶。

最後に、保健人材に対する世界市場の需要があるために、深刻な人材不足を抱えている国から、給与がより高く労働条件も整っているより豊かな国へ人材流出をもたらし可能性がある。この移住保健労働の問題は主要な論点のひとつなので、後により詳細に議論することとする。

ニーズに適した保健医療従事者の技能向上

保健医療従事者の問題の所在は数の不足だけではない。その質にも問題がある。とりわけMDGs達成のために必要なサービス提供者の質は依然として不十分である。質の高いケアを提供するには継続的な専門教育がきわめて重要である。しかし、最近の研究によれば、特に途上国においては、トレーニング予算の不足、農村勤務の不利な条件、不公平な研修生の選考過程のために、継続的な専門教育を受ける機会が保障されない傾向がある。こうした機会の不平等がケアの質の不均等や意欲低下につながる可能性がある²⁷。

MDGs、なかでもMDG 5などの健康指標を達成するためには、十分な保健医療技術の獲得や医薬品の確保が必要である。しかしながら、特に農村部ではこれらが手に入らないことが多い。医師などのより高度な専門職の養成には時間と費用がかかる。農村部への配置替えに抵抗することも少なくない。僻地では、救急の妊産婦ケアや血液バンクの不足が妊産婦および乳幼児死亡率の高さの一因となっている。例外はあるものの、一般医や準医師は産科の技術を十分持ち合わせないこと

保健システム強化に向けたグローバル・アクション

が多く、これらのサービスにアクセスできたとしても、よい結果が得られるとは限らない。この問題への解決策の一つとして、これまで補助的な役割を果たすとされていたプライマリ・ケア(第一次医療)の担い手に、より大きな、手術などの業務を移管する訓練が行われている。

医師、看護師、薬剤師から助手職への業務移管に対しては、専門職集団の反発もあるし、質と安全性への懸念も生じている²⁸。しかし、コミュニティ・レベルの保健医療従事者の活用によって乳幼児死亡率の大幅な低下が見られているという事例はある²⁹。極端な例としては、マラウィの準医師やモザンビークの外科助手は帝王切開の手術を行っている。この2例では、医師と外科訓練を受けた準医師との間で、手術の結果に大きな差はみられなかったという³⁰。確かに、業務移管は短期的な解決策になるかもしれない。しかしながら、長期的な解決策としても同様に効果があるかどうかについては定かではない。各レベルの保健医療従事者について、各国のニーズや状況に最も適切な技能や業務が何であるかを再検討する必要がある。

2008年度版の『世界保健報告』には、コミュニティ・ヘルスワーカーの有効活用例が示されている。この中では、プライマリ・ヘルスケアの手法が再評価されている。たとえば、11の優先職種の拡充を図ったマレーシア、3万人の保健普及員のトレーニングを行ったエチオピア、コミュニティ・ヘルスワーカーに対して農村部で働く動機づけとなる施策を導入したザンビア、パキスタンの8万人に上るレディー・ヘルスワーカーの事例が挙げられている。このうち、エチオピアの活動は、コミュニティ・ヘルスワーカーにいくつかの職務を移管した点に独自性があり、画期的でもある。エチオピアの保健省は、2003年に保健普及プログラムを発足させた。必要な保健サービスを草の根レベルで利用可能にすることを目指す、コミュニティに根差した画期的なプログラムである。そして、2009年までに3万人の保健普及員にトレーニングを行うことを目標としている。また、疾患別予防対策(エイズ、性感染症、結核、マラリアなど)、家庭保健サービス、衛生状態と環境衛生の改善という3つの主要領域における16の保健普及計画を通じて、コミュニティにおいて保健サービスを提供することを目的としている³¹。2008年1月時点で2万4,000人の保健普及員がトレーニングを終えてコミュニティに配置されている³²。

エイズのために多くの人材資源が必要とされているウガンダの例では、コミュニティ・ヘルスワーカーがエイズ関連サービスの提供において看護師の職務を担う一方、看護師は医師の職務を担っている。これによって、保健医療従事者不足に苦しむウガンダの負担がある程度軽減されたと言われている³³。タンザニアでは、熟練度の最も低い保健医療従事者でもMDGsの達成に関わっている。タンザニアにおける優先的介入策の拡大に関する事例研究では、技能レベルのより低い職種やそれ以外の人でもコミュニティ・レベルでかなりの業務が遂行できることが明らかになっている³⁴。たとえば、マラリア治療薬の販売を薬局のスタッフが行うことなどである³⁵。

マクロ経済政策による制約の克服

上述の課題の多くは、人材資源計画が戦略的に作られておらず、保健システムの強化も十分になされていないことからきている。マネジメント能力不足や主要なマネジメント・システム(事務処理、管理情報システム)の不足に加え、給与水準の低さも、より組織的に強化していくべき共通課題である。既に述べたように、給与が少なければ適格な保健医療従事者の雇用や維持が難しくなる。この給料の問題はその国のマクロ経済政策と密接な関係にある。すなわち、一部の国では、保健医療従事者の給与に充てる公的支出は、マクロ経済要因に制約されている。採用の凍結や公共部門の賃金に対する制限である。これらは世界銀行から融資を受ける際の条件として、構造調整プログラムの一部として課されていたことがある。また多くの国では、マクロ経済政策のしぼりがあるために、保健医療従事者を定着させるだけの給与を政府が支出することができない³⁶。カンバラ宣言と保健人材のための国際行動課題はこの問題を取り上げ、金融機関に対する提言を行っている。「賃金のシーリングや保健支出に影響を与えているマクロ経済的条件、また保健医療部門における優先的ニーズに応えるために必要な公務員の雇用整備を制約しているマクロ経済的条件に関する国ごとの分析」をすべきであるというものである³⁷。今後は、各国政府と世界銀行や国際通貨基金(IMF)などとの対話において、保健人材を拡大する必要性を考慮しつつ、全体的な経済成長と長期的な財政の安定性の維持を保証して

保健システム強化に向けたグローバル・アクション

いくことが重要である。現段階における最大の問題点は、透明性の完全な欠如である。IMFと世界銀行は「財政的な余裕の制約」について論じているが、その推定方法や適用方法については誰にもわからないのである。

国の能力の改善

JLIの報告書が述べているように、国家主導の人材戦略は人材開発促進の主たる原動力となる³⁸。国家戦略は5つの要素から成り立つものである。1)指導者と利害関係者の参画、2)人的投資計画、3)パフォーマンス向上のためのマネジメント、4)条件整備のための政策策定、5)改善のための研究推進、である。途上国は単独であるいは共同で、戦略的計画づくり、マネジメント、政策立案能力を強化しなくてはならない。その際、保健人材の対人口密度が低く、死亡率の高い国では単独でこれらを行う能力が欠如している場合がほとんどである。

上に示したように国家の役割は極めて重要であるため、カンパラ宣言でもまた、国が取るべき行動指針を7点挙げている。とはいうものの、これらの行動は、各国が「なすべき」ことを提言したものであり、各国がそれらを「実行できる」状態にあるというわけではない。保健人材の対人口密度が低く、死亡率も高い国で、これら7つの行動の実行能力が不十分であれば、保健人材の改善はほとんどみられないであろう。では、国が直ちに行動できない場合は、どうしたらよいのであろうか。

東南アジアのある低所得国の人材計画の例をみてみよう。2007年10月、その国では保健省・人材組織担当部が現地WHO事務所の支援を受けて、保健人材開発のための「戦略的枠組みと実行計画」の草案を作成した。しかし1年経っても草案は草案のままであった。その結果、日本の国際協力機構(JICA)はその国で熟練助産師プログラムを発足させようとしていたが、国としての人材強化計画が確定していないため、計画段階で行き詰まっている。保健人材開発計画の決定力と実行能力の欠如のために、「戦略的枠組みと実行計画」がこうして1年経っても、ほとんど進捗が見られなかった。アフリカの多くの低密度・高死亡率国でも同様に、同じことがある可能性がある。

この例からも、保健人材に関して単に宣言や提言を出すだけでは不十分なことがよくわかる。能力強化をしたり、すぐれたプログラム・デザインや計画を実行に移すということに、より多くの注意を向ける必要がある。その際、保健システム専門家を短期で派遣することには限界があるかもしれない。必要なのは、十分長い期間にわたって企画や計画の実施を促す推進役の役割だからである。こうした活動はG8の役目ではない。しかし、G8はそれを実現するための枠組みを提案することができる。カンパ宣言が示しているような各国が「なすべき」ことを理解するのは容易だが、「できる」ことを理解するのは難しい。どの行動にも実行を助ける支援が必要である。海外からの、もしくは自国のコンサルタントの長期にわたる支援を得ることによって、各国の実行能力は徐々に向上するだろう。

保健人材に関する国のマネジメント能力を強化するための方法として、ILOの「社会的対話」アプローチは役に立つかもしれない。このアプローチは、政府、雇用主、労働者の代表が、経済・社会政策に関する共通の関心事について交渉と協議を繰り返し、情報交換をすることから始まる。これは、マネジメント能力強化の推進役が、そのために産婆的な役割を果たしうる方法としてもとりあげてよいかもしれない。というのは、この方法は、保健医療セクターの多くの領域において、改革プロセスを推進する方法として認められてきており、それによって、保健医療ケアが改善され、また公衆衛生に対する悪影響を軽減できるからである。具体例として、2002年に「社会的対話」アプローチを開始したガーナの例がある。ガーナでは、自国の人材定着と頭脳流出の問題に取り組むために、政府、雇用主、規制機関、民間部門、訓練機関、病院、労働団体が一堂に会し、「社会的対話」を行った。そして、労働条件の改善や自動車の分配を決める委員会の創設など、ヘルスケア従事者を定着させるための動機づけに関わる取引や交渉が行われた。その結果、保健医療従事者の超過勤務時の残業手当の支出が可能になり、保健医療従事者に対する自動車のより公平な分配など、具体的な行動がとられた⁴⁰。

移住労働への対応

保健人材の問題は、一国内の保健システムの中で検討するだけでなく、国際的な労働市場というもっと幅広い世界的な視点からも検討すべきである。理想的な世界では、保健人材の水準は対象人口の健康状態の維持または改善に必要なレベルによって決まってくるであろう。しかし現実には、人材資源の市場はさまざまな政治的、経済的、社会的要因に影響されることが多い。保健人材の需要と供給は、その時の保健ニーズと訓練を受けた従事者の人数だけではなく、他の職種と比べた場合の現行の給与や労働条件によっても決まってくる⁴¹。アフリカとアジアの諸国では、保健医療従事者が給与水準のより高い国に流出することが重大な懸案となっている。移住労働は、多くの国の保健システムに大きな負担をかける⁴²。あらゆる保健医療職域で技能の高い人材を奪い去り、特定職域や専門分野での人材不足をもたらし、新たに養成すべき保健医療従事者の数が増えるからである。そこで、新たな保健医療従事者のトレーニングのために国が投資しても、その人材が流出してしまえば、財政的な損失も被ることになる。例えばガーナでは、トレーニングへの投資額として少なくとも3,500万ポンドの損失を被っていると推定されている。一方英国は1998年以降、ガーナからの人材を雇用することで、6,500万ポンド分のトレーニング費用をかけずにすんでいるのである⁴³。

保健医療従事者の移住労働は、さまざまなプッシュ要因(送り出し国側の要因)とプル要因(受け入れ国側の要因)に影響される。保健医療従事者流出のプッシュ要因となるのは保健システムの一要素としての人材資源に影響を及ぼす以下の項目である。トレーニング、適切なスタッフ配置、魅力的な給与、有効なマネジメント、安全な労働環境等、これらが不十分であったり、未整備であることである。一方プル要因としては、専門能力の開発の機会、より高い給与、より良い労働環境、より高い生活水準がある⁴⁴。とはいっても、究極的に人材流出を促進するのは中所得国や富裕国の人材不足であり、受け入れ国が自国の保健医療従事者不足の根本原因と取り組んでいかないことには、流出はいつまでも続く可能性が高い。根本原因としては、人口の高齢化、労働力の女性化、研修プログラムへの参加定員の制限(医師の

場合)、研修プログラムへの参加時の減給(看護師の場合)などがある⁴⁵。取り組みの例として、英国では医学部卒業生数を増やし、移民政策を変更することによって、卒後研修コースへの応募者が定員を上回るようにまでなった。一方、米国では医師供給過剰という誤った予測がなされたことによって、人材不足が一層悪化する見込みである⁴⁶。先進国も途上国も、移住労働をうまく抑制しうる政策を定める必要がある⁴⁷。そのためには以下の対策が役にたつであろう。適正な人材計画をできるようにするためのデータ収集の改善、人材の定着を促すための金銭的および非金銭的な動機づけ、人材喪失の悪影響の可能性を抑えながら専門能力の開発と人材交流を促すための国家間の協定である。人材流出抑制のためのこうした取り組みを通じて、特に低所得国の保健医療従事者を「つなぎ止め」、「プッシュ」と「プル」の要因に抵抗できるようにすべきである。

移住労働者による自国への送金が、人材供給国側にプラスの経済効果をもたらすというエビデンスもある⁴⁸。また、移住労働の結果として、自国に残った保健医療従事者へのアクセスと健康指標にもたらす移住労働の影響を評価した結果、マイナスの相関はみられなかったとの報告もある。これらのことから、人材資源の供給が、保健システムの向上と健康指標の改善及ぼす影響については、まだ十分に解明されていないと言える⁴⁹。移住労働にこのようなプラス面もまたあるということから、移住という問題はさらに複雑化しているといえよう。保健人材の問題は、今や、保健システムの問題としてだけでなく、低中所得国の人々の暮らし全般の問題としても取り組んでいく必要が生じている。

以上、移住労働の原因と影響についてはまだ不明な点もかなりある。しかしながら、保健人材(特に高度な技能を持つ人材)の定着を改善し、移住への動機を抑制することを目的とした保健システムの改革は推進すべきである。

ドナー協調の推進

ドナーがひとつの問題に群がる「便乗現象」とドナー間の調整不足によって、保健人材の課題はより複雑化している。2008年、オックスフォード大学で開催された「世界