

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

経済ガバナンス・プログラム」では、途上国から現職および過去の保健大臣や保健担当高官が集まり、現在の国際的な保健財政とガバナンスの問題を扱う際に直面する格差や課題について議論した。その報告書によると、「特定の疾患や問題に焦点を当てた新規イニシアティブが絶えず出てくるため、政府が自国のための強固な国家保健計画を策定し実行するのが極めて困難になっている」という<sup>50</sup>。つまり、ドナーは継続性や持続可能性を考慮せず、ひとつの「流行」から次の「流行」へと頻繁に関心を移してばかりいるというのである。報告書は、「優先事項の並立」や「ドナー機関の出入を使ったケアの提供」といった新規イニシアティブをドナーが次々に始めたがることによって、自助努力を高めるための国家戦略を弱体化させるという見解についても詳述している<sup>51</sup>。この問題は、ドナー側に透明性がないことと、ドナーの資金提供先について保健省が十分に把握していないことにもよって、さらに深刻化している。ある大臣がドナーについて述べた言葉を借りれば、「ドナーは活動を監視するのは好きだが、自分たちが監視され評価を受けるのは好まない」のである<sup>52</sup>。

この報告書を受けて、スリダールとバトニジは以下のように主張している。「今、世界の保健関係者は、オーナーシップ(自助努力)の概念を保健支援に取り入れ、バリ宣言の原則の実現に向けて行動すべきである。協議や真のパートナーシップを通じて、途上国の真のニーズに対して体系的に注意を向けることなしに、グローバル・ヘルスのためのドナーは十分な情報に基づく包括的な意思決定をなしえないであろう<sup>53</sup>。そのための途上国のリーダーシップの確立もまた必要なのは事実である。だが、すべての国にその力があるわけではない。

G8は「一丸となって行動する」ことが重要だと主張している。一丸となって行動するというのは、ドナー機関と受け手国側が共に行動することを意味するが、また国連機関、非政府組織、市民社会がともに行動するということでもある。しかしそれ以前に、まずG8諸国が一丸となって行動することが重要である。これは、国連機関、世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金)、その他のグローバル・ヘルス・イニシアティブに対する資金提供をすることによって、ある意味実現してはいる。一方現場活動レベルでは、WHOなどの国連機関に加えて、各二国間機関もほとんどの国に現地事務所を設けている。ところがG8関連資料によれば、保健人材の強化という

共通目標の達成に向けて連携しているのは英国と米国だけである。英国と米国はエチオピア、ケニア、モザンビーク、ザンビアで保健医療従事者の強化のために連携しているが、他の国とはこうした協調を行っていない。二国間および多国間の支援機関は共通目標をもっているかもしれない。しかし、そのために共通の行動ができるような調整を十分行っていない。各国はともに保健人材危機の克服を目指すとして約束している。しかし、すべての国が国際および国レベルで連携できるような強固なメカニズムは存在していない。ドナー間の補完性を高め、取り組みの重複を回避し、相互の意思伝達と透明性を確保するために、今、変化が求められている。

## 保健医療従事者の改善の機運

保健人材の強化のために特定の目標を定め、国レベルで力を合わせて実践活動していけるような共同作業グループはまだ存在せず、各国にもそれぞれ個別の課題がある。しかし、現時点でも、保健人材強化のために利用できる資源は数多くある。たとえば、各種保健機関による提言や指針、G8国を中心とする各国のコミットメント、いくつかのグローバル・ヘルス・イニシアティブ、GHWA、「人間の安全保障」アプローチなどである。本節では、これらの資源と投入について概要を示す。資源には、重複している部分もあるが、これらを統合することによって、現在の保健人材危機に対してよりすぐれた解決のための原動力を生みだすことが可能である。

### 提言と指針(付録3参照)

いくつかの機関から、保健人材危機をめぐるさまざまなテーマや課題に関する指針や提言が発表されている。保健医療従事者が途上国から給与の高い先進国に移住することによる潜在的なマイナス影響への取り組みとして、WHOは「国際保健人材雇用実施規範」を取りまとめ、2008年9月には、最初の草稿が公開で検討されている。これは先進国による国際的雇用に関する倫理的な指針と原則を規定していると同

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

時に、保健医療従事者の基本的権利にも言及している。この実施規範は、世界規模で移住労働を規定するこの種のものとしては最初のもと言われている。法的拘束力はないが、ここに示される提言は保健医療従事者の国際的雇用に関して、各国が政策立案する際に強力な「ルール」として機能しうるのである。

WHOはまた「業務移管—国際的な提案と指針」も発表した。保健医療従事者の対人口密度が低く、死亡率が高い地域で、トレーニングを受けた準専門家を活用することによって保健医療従事者不足を改善しようという提案と指針である。これは、十分な数の人材資源を持っておらず、自国の保健人材危機の短期的な改善を求める国にとっては検討に値する。また、GHWとWHOは、保健医療従事者不足改善のため、教育とトレーニングの拡大を強調した『スケールアップ、そして命を救う(Scaling Up, Saving Lives)』という報告書も発表した。さらに「カンバラ宣言」と「国際行動課題」は、保健人材危機の解決のため、一丸となって戦略的にこの課題と取り組んでいけるよう、各国政府のコミットメントを呼びかけている。

政府、ドナー、推進役が「共通項」を持たぬままに、一丸となって行動するのは不可能なことである。WHOなどの権威ある機関によるこれらの指針や政策は、保健システム、とりわけ人材資源の強化に向けた政策を改善する機会を提供してくれている。

## G8の政治的コミットメント(付録1参照)

2008年5月の第4回アフリカ開発国際会議(TICAD IV)と2008年7月のG8北海道洞爺湖サミットにおいて、日本はアフリカの26カ国に対して保健人材の質と量の拡充を支援することを約束した。保健医療従事者の対人口比率を高め、保健医療従事者10万人を訓練するという方針も示した。その後、2008年7月、米国は第2次大統領エイズ救済緊急計画(PEPFAR II)の中に人材資源関連項目を追加し、少なくとも14万人の保健医療専門家と準専門スタッフのトレーニングの実施と保健医療従事者の定着を目指すことを約束した。2008年9月にはMDGsに関する国連ハイレベル会合にて、英国首相がグローバル・ヘルス・パートナーシップに参加している8カ国の国家保健計画への支援として、今後3年間で推定4億5000万ポンドを支出すると約束し

た。その中には保健医療従事者のトレーニングの拡大も盛り込んでいる。こうしたコミットメントがあったとしても、世界レベルでの保健医療従事者の不足を完全に満たすことはできない。しかし、このような投資がいかなる成果をもたらすのかを知る重要な機会となることは確かである。これらの取り組みが成功すれば、今後数年間にわたる、さらなる投資への契機ともなりうるであろう。

### グローバル・ヘルス・イニシアティブ

世界基金、PEPFAR、クリントン財団などのグローバル・ヘルス・イニシアティブは、途上国でさまざまな保健に関わる問題に取り組むための評価・財政・技術面での支援を提供している。資金の大半は、エイズ、マラリア、結核などの特定の疾患への対策に使われるが、保健システムの強化にも使われるようになってきた。これらの国際イニシアティブはそれぞれ対象が異なる場合もあるものの、保健人材の状況を改善する上で保健システムを強化することが重要であるという共通理解は持っている。これらの機関による行動やコミットメントの詳細は、付録2に記載する。

これらの国際イニシアティブは財政支援以外にも、保健医療従事者の拡大支援をし、その副産物のひとつとして、支援対象国が保健システムを強化できるような力を強化している。たとえば、クリントン財団は、エイズとの戦いや保健人材関連プログラムなど多様な目標を掲げている。そして2008年9月の年次会合においては、グローバル・ヘルスの改善に向けて史上最大規模の保健医療従事者トレーニングとマネジメントの向上を目指す取り組みに焦点を当てた。また、PEPFARはエイズ・イニシアティブの一環として、15の途上国でかなりの数の保健医療専門家と準専門スタッフに対する資金提供とトレーニングを行うことを約束した。さらにクリントン財団と米国際開発庁(USAID)は、いくつかの領域において、財政や技術の支援だけでなく活動評価や分析の支援をも含む包括的支援も行っている。

## グローバル・ヘルス医療人材同盟(GHWA)

G8諸国は、革新的なメカニズムが作られれば、これまでよりはるかにうまく一丸となって行動できる。GHWAは世界レベルで一丸となった作業を導いていける可能性がある。しかし、そのためにはGHWAの活動が国レベルで機能しうる、より強力なメカニズムが必要である。世界レベルでは、日本以外のすべてのG8国がGHWAを支持しており、日本も加盟する予定である。GHWAは、各国での保健人材政策の実施を推進し、国レベルの政策実施を妨げる世界的制約要因と取り組んでいくという、2つの戦略を持っている。設立から2年間で、GHWAは各国が保健人材計画と対策を立てられるようなプログラムと指針を作成した。政策提言活動、人材教育、トレーニング、マネジメント、スタッフの移住と定着、HIV予防と治療へのユニバーサル・アクセス、民間部門の役割について助言を行うため、すでにタスクフォースが設置されている<sup>94</sup>。GHWAは国レベルでの実施を推進することを目指しているが、現地事務所を持たないため、困難に直面する可能性がある。WHOの現地事務所から支援が得られるかもしれないが、保健人材や保健システムの専門家がすべてのWHO事務所で確保できるとは限らない。GHWAが生み出している機会をもっと実用的に活用すべきである。

## 保健システムの危機の克服に向けた「人間の安全保障」アプローチ

保健人材危機は、人材不足の危機であるだけでなく保健システムの危機でもある。とりわけ保健人材の対人口密度が低く、高死亡率の国ではそうである。そうした国では、保健システムの構成要素のうち1つ以上が適切に機能しておらず、これらの要素が相乗的に保健システム全体の状態を悪化させている。その結果、これらの国の大半で保健関連MDGsの指標に改善が見られていない。

MDGモニターがまとめたデータによると、52の低所得国においてMDGの4と5で改善が見られていない。こうした国の大半は、ここ何年にもわたり健康状態の改善があまりみられていない人材低密度・高死亡率の国である。このような状況下で、保健医療従事者の対人口比率だけを上げて、保健システムのパフォーマンスの向上や健

康指標の改善は見込めない。これらの国に対しては、緊急時の包括的な人道支援パッケージと同じように、システム全体を対象とした、ある種の保健システム修復パッケージ・プログラムが必要かもしれない。その一例としてはマラウィの緊急人材資源プログラムがある<sup>55</sup>。USAIDによる「能力強化プロジェクト」もこれと似たアプローチをとっている。一部の国ではこちらのほうが良い選択肢となるかもしれない。そしてこれ以外に考えられる戦略として、人間の安全保障アプローチがある。

この15年間の間に、安全保障の概念は、単に国家の安全保障のみに焦点を当てるだけでなく、それを超えて個人やコミュニティの安全保障にまで焦点を当てるようになってきた。個人やコミュニティを支援するため、人間の安全保障アプローチは、経済、食品、保健、環境、個人、コミュニティ、政治の安全保障を対象とする。人間の安全保障アプローチは、さまざまな観点からみて、健康の改善をもたらす可能性がある。第一に、人間中心のアプローチとして、人間の安全保障はコミュニティ自体が特定した自らの実際のニーズに焦点を当てている。第二に、人間の安全保障は人間の脆弱性を強調し、人間が現在および将来の脅威に対する抵抗力を強化することを助けるとともに、人間が他の困難に直面した場合でも自分と家族の健康を守れる環境を作り上げていくことをめざしている。第三に、人間の安全保障は保護とエンパワメントの連携強化を目指している。公衆衛生という文脈で言えば、保護のアプローチは健康に対する脅威の予防、監視、予測を行う社会制度の強化を目指している。一方、エンパワメント・アプローチは、個人やコミュニティが自らの健康に対して自ら責任を負っていけるような能力の向上を目指している。人間の安全保障では、これら2つのアプローチを連携させ、政治力・経済力を持つ者が、個人やコミュニティが自らの健康をよりよくコントロールできるような環境を整えていけるような活動をすべきであることを奨励している<sup>56</sup>。

この人間の安全保障アプローチの第3番目の特徴は、2008年度版『世界保健報告』のなかにある、プライマリ・ヘルスケア改革の要素「コミュニティの健康を促進し保護するための公共政策改革」と類似している。これ以外のプライマリ・ヘルスケア改革の3つの側面である「健康の公平性を改善するための医療保障の普遍化に向けた改革」、「保健システムを人間中心とするためのサービス提供の改革」、「保健当局の

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

信頼性を高めるためのリーダーシップ改革」も、人間の安全保障アプローチと密接に関連している。両者とも、個人とコミュニティを重視しているからである。

グローバル・ヘルス重視の気運はまだ衰えていない。しかしこの気運は大半の低密度・高死亡率国の住民に十分な恩恵をもたらしていない。今こそ、これらの国で現状打破を実現すべき時である。人間の安全保障アプローチは、この課題を克服する可能性を秘めている。

## G8への政策提言

こうした機運を利用するため、G8は次の行動を取ることができる。

- 1) 既存の保健人材とG8のコミットメントをより有効に活用できるように、保健人材関連プログラムを計画、実行、評価するための各国の能力を強化する
  - a) 国レベルで保健人材の改善状況に関する評価メカニズムを確立する
  - b) 保健人材の拡大を制約しているマクロ経済政策を変更する方法を特定する
  - c) 資源の限られている領域で保健・医学教育へのアクセスを保障するため、高等教育機関による国際ネットワークを強化する
- 2) 保健医療従事者の移住を後押ししている受け入れ国側の原因に取り組む
  - a) 自国の資源を使って自国内の環境を整備し、保健医療従事者を増やす
  - b) 移住労働問題に対処するため、WHOの行動規範を支持する
  - c) 個人が移住によって雇用を求める権利とすべての人が健康を求める権利の両方を保護する実質的な解決策を探る
- 3) 保健人材の改善のため、G8諸国によるレビューを毎年行う
  - a) G8国が行っていること、うまく機能したこと、およびそれを裏付けるエビデンスを共通の指標を使って評価する
  - b) このレビューを用いて保健システムのパフォーマンスを評価することにより、資金供給と情報の格差を特定する。また、エビデンスに基づくベスト・

保健人材危機克服の機運をいかに活かすか

プラクティスを特定し、人材資源の強化を通じた保健システムの改善方法に関する知見を増やし、また、G8国が誓約したことの実施状況を把握する



## 参考文献

1. A. Haines and D. Sanders, "Building Capacity to Attain the Millennium Development Goals," *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine & Hygiene* 99, no. 10 (2005):721-726; M. Chopra, S. Munro, J. N. Lavis, G. Vist and S. Bennett, "Effects of Policy Options for Human Resources for Health: An Analysis of Systematic Reviews," *Lancet* 371, no. 9613 (2008): 668-674.
2. Joint Learning Initiative, *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis* (Cambridge: Harvard University Press, 2004).
3. World Health Organization (WHO), *World Health Report 2006: Working Together for Health* (Geneva: WHO, 2006).
4. H. Schneider, D. Blaauw, L. Gilson, N. Chabikuli and J. Goudge, "Health Systems and Access to Antiretroviral Drugs for HIV in Southern Africa: Service Delivery and Human Resources Challenges," *Reproductive Health Matters* 14, no. 27 (2006):12-23.
5. WHO, *World Health Report 2006*.
6. WHO, "The Kampala Declaration and Agenda for Global Action," <http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf> (accessed October 2008).
7. G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action on Global Health—Report of the G8 Health Experts Group," [http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708\\_09\\_en.pdf](http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708_09_en.pdf) (accessed October 1, 2008).
8. WHO, *World Health Report 2006*.
9. Ibid.
10. African Council for Sustainable Health Development (ACOSHED), *For as Much and With as Much: Sustaining Commitment to Africa's Human Resources and Health Systems Crisis*, forthcoming 2008.
11. Ibid.
12. M. R. Reich, K. Takemi, M. J. Roberts and W. C. Hsiao, "Global Action on Health Systems: A Proposal for the Toyako G8 Summit," *Lancet* 371, no. 9615 (2008):865-9.
13. Joint Learning Initiative, *Human Resources for Health*; WHO, *World Health Report 2006*; A. K. Rowe, D. de Savigny, C. F. Lanata and C. G. Victora, "How Can We Achieve and Maintain High-Quality Performance of Health Workers in Low-Resource Settings?" *Lancet* 366, no. 9490 (2005): 1026-1035; N. Crisp, B. Gawanas and I. Sharp (Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers), "Training the Health Workforce: Scaling Up, Saving Lives," *Lancet* 371, no. 9613 (2008): 689-91.
14. T. Bossert, T. Barnighausen, A. Mitchell, D. Bowser and G. Gedick, *Assessing Financing, Education, Management and Policy Context: Strategic Planning for Human Resources for Health* (Geneva: WHO, 2007).
15. J. Connell, P. Zurn, B. Stilwell, M. Awases and J. Braichet, "Sub-Saharan Africa: Beyond the Health Worker Migration Crisis?" *Social Science & Medicine* 64, no. 9 (2007):876-91; D. Palmer, "Tackling Malawi's Health Crisis," *Reproductive Health Matters* 14, no. 27 (2006):27-39.
16. Palmer, "Tackling Malawi's Health Crisis."
17. Global Health Workforce Alliance, *Scaling Up, Saving Lives* (Geneva: WHO, 2008).
18. Bossert, Barnighausen, Mitchell, Bowser and Gedick, *Assessing Financing, Education, Management and Policy Context*.
19. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector (by ILO, ICN, WHO, PSI), *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector* (Geneva: International Labour Organization [ILO], 2002); International Council of Nurses, *Safe Staffing*

- Save Lives: Information and Action Tool Kit, <http://www.icn.ch/ndkit2008.htm> (accessed October 2008).
20. S. Anand and T. Barnighausen, "Human Resources and Health Outcomes: Cross-Country Econometric Study," *Lancet* 364, no. 9449 (2004):1603-09; S. Anand and T. Barnighausen, "Health Workers and Vaccination Coverage in Developing Countries: An Econometric Analysis," *Lancet* 369, no. 9569 (2007):1277-85.
  21. Countdown Coverage Writing Group, on behalf of the Countdown to 2015 Core Group, "Countdown to 2015 for Maternal, Newborn, and Child Survival: The 2008 Report on Tracking Coverage of Interventions," *Lancet* 371, no. 9620 (2008):1247-58.
  22. ACOSHED, *For as Much and With as Much*.
  23. Bossert, Barnighausen, Mitchell, Bowser and Gedick, *Assessing Financing, Education, Management and Policy Context*.
  24. B. Marchal, V. De Brouwere and G. Kegels, "HIV/AIDS and the Health Workforce Crisis: What Are the Next Steps?" *Tropical Medicine & International Health* 10, no. 4 (2005): 300-4.
  25. K. Kober and W. Van Damme, "Public Sector Nurses in Swaziland: Can the Downturn Be Reversed?" *Human Resources for Health* 4 (2006): 13.
  26. M. Vujicic and P. Zurn, "The Dynamics of the Health Labour Market," *International Journal of Health Planning and Management* 21, no. 2 (2006): 101-15.
  27. H. Aiga and C. Kuroiwa, "Quantity and Distribution of Continuing Professional Education Opportunities among Healthcare Workers in Ghana," *Journal of Continuing Education in Nursing* 37, no. 6 (2006):270-9.
  28. C. Hongoro and B. McPake, "How to Bridge the Gap in Human Resources for Health," *Lancet* 364, no. 9443 (2004):1451-56.
  29. A. Haines, D. Sanders, U. Lehmann, et al., "Achieving Child Survival Goals: Potential Contribution of Community Health Workers," *Lancet* 369, no. 9579: 2121-31; L. Huicho, R. W. Scherpble, A. M. Nkowane, C. G. Victora, and the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group, "How Much Does Quality of Child Care Vary between Health Workers with Differing Durations of Training? An Observational Multicountry Study," *Lancet* 372, no. 9642 (2008): 910-16.
  30. P. M. Fenton, C. J. M. Whitty and F. Reynolds, "Caesarean Section in Malawi: Prospective Study of Early Maternal and Perinatal Mortality," *BMJ* 327, no. 7415 (2003):587; S. Bergström, "Who Will Do the Caesareans When There Is No Doctor? Finding Creative Solutions to the Human Resource Crisis," *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 112, no. 9 (2005):1168-9.
  31. H. Argaw, *The Health Extension Program (HEP) of Ethiopia: Summary of Concepts, Progress, Achievements and Challenges*, WHO Ethiopia country office, 2007, [http://www.aahrh.org/2nd\\_Conf\\_2007/Cases/Ethiopia-Argaw%20Health%20Extension%20Program.doc](http://www.aahrh.org/2nd_Conf_2007/Cases/Ethiopia-Argaw%20Health%20Extension%20Program.doc) (accessed October 23, 2008).
  32. Tedros Adhanom, Minister of Health, Ethiopia, Speech given at the International Conference on Task Shifting, Addis Ababa, Ethiopia, January 10, 2008. [http://www.moh.gov.et/index.php?option=com\\_content&task=view&id=77](http://www.moh.gov.et/index.php?option=com_content&task=view&id=77).
  33. WHO, *Task Shifting Global Recommendations and Guidelines* (Geneva: WHO, 2008).
  34. C. Kurowski, K. Wyss, S. Abdulla and A. Mills, "Scaling up Priority Health Interventions in Tanzania: The Human Resources Challenge," *Health Policy and Planning* 22, no. 3 (2007):113-27.
  35. C. Goodman et al., "Retail Supply of Malaria-Related Drugs in Rural Tanzania: Risks and Opportunities," *Tropical Medical & International Health* 9, no. 6 (2004): 655-63.
  36. K. McColi, "Fighting the Brain Drain," *BMJ* 337 (2008):a1496.
  37. WHO, "The Kampala Declaration."

38. Joint Learning Initiative, *Human Resources for Health*.
39. ILO, *Social Dialogue in the Health Services: A Tool for Practical Guidance* (Geneva: ILO, 2005).
40. D. Y. Dovlo, "Social Dialogue in the Health Sector: Case Study Ghana," *International Labour Organization Working Paper* 234, 2005.
41. Vujcic and Zurn, "Dynamics of the Health Labour Market."
42. WHO, *World Health Report 2006*.
43. T. Martineau, K. Decker and P. Bundred, "Brain Drain of Health Professionals: From Rhetoric to Responsible Action," *Health Policy* 70, no. 1 (2004): 1-10; Save the Children and Medact, "Whose Charity? Africa's Aid to the NHS," <http://medact.org/content/Skills%20drain/Whose%20charity%20%20page.pdf> (accessed November 24, 2008).
44. D. Kline, "Push and Pull Factors in International Nurse Migration," *Journal of Nursing Scholarship* 35, no. 2 (2003): 107-11.
45. R. Cooper, T. E. Gerzen, H. McKee and P. Laud, "Economic and Demographic Trends Signal an Impending Physician Shortage," *Health Affairs* 21, no. 1 (2002):140-54; J. Buchan and J. Sochalski, "The Migration of Nurses: Trends and Policies," *Bulletin of the World Health Organization* 82, no. 8 (2004):587-94; B. Pond and B. McPake, "The Health Migration Crisis: The Role of Four Organisation for Economic Cooperation and Development Countries," *Lancet* 367, no. 9520 (2006):1448-55.
46. G. Winyard, "Medical Immigration: The Elephant in the Room," *BMJ* 335, no. 7620 (2007):593-5; R. A. Cooper, "It's Time to Address the Problem of Physician Shortages: Graduate Medical Education is the Key," *Annals of Surgery* 246, no. 4 (2007):527-34.
47. B. Stilwell, K. Diallo, P. Zurn, et al., "Migration of Health-Care Workers from Developing Countries: Strategic Approaches to Its Management," *Bulletin of the World Health Organization* 82, no. 8 (2004):595-600.
48. International Organization for Migration (IOM), "IOM and Remittance: Definition, Scale and Importance of Remittance for Development and Poverty Alleviation," <http://www.iom.int/unitedstates/Fact%20Sheets/PDFs/IOM%20and%20Remittances.pdf#search=%27remittance%20for%20development%20IOM%27> (accessed on October 1, 2008).
49. M. Clemens, "Do Visas Kill? Health Effects of African Health Professional Emigration," *Center for Global Development Working Paper* no. 114 (2007).
50. Global Economic Governance Program, "Setting a Developing Country Agenda for Global Health—A Preliminary Report of a High-Level Working Group" (May 2008), <http://www.globaleconomicgovernance.org/docs/Working%20Group%20Report%20May%202008.pdf> (accessed October 24, 2008).
51. Ibid.
52. Ibid.
53. D. Sridhar and R. Batniji, "Misfinancing Global Health: A Case for Transparency in Disbursements and Decision Making," *Lancet* 372, no. 9644 (2008): 1185-91.
54. F. Omaswa, "Human Resources for Global Health: The Time for Action is Now," *Lancet* 371, no. 9613 (2008): 625-6.
55. Connell, Zurn, Stilwell, Awases and Braichet, "Sub-Saharan Africa"; Palmer, "Tackling Malawi's Health Crisis."
56. K. Takemi, M. Jimba, S. Ishii, Y. Katsuma and Y. Nakamura (Working Group on Challenges in Global Health and Japan's Contribution), "Human Security Approach for Global Health," *Lancet* 372, no. 9632 (2008):13-4.
57. WHO, *The World Health Report 2008—Primary Health Care: Now More than Ever* (Geneva: WHO, 2008)

付録1:G8のコミットメント

国	対象国	援助の種類	詳細	その他の保健システム支援
日本	アフリカ26カ国	10万人のヘルス・ワーカーをトレーニング	・人材の質的、量的向上と健康増進への支援	
イタリヤ	アフリカ諸国	人材養成、財政支援	・ NGOとの連携による、保健システムと人材開発 ・ アフリカ6カ国における投資、しほはセクター予算の形を取る	
カナダ	モザンビーク、マリ、タンザニア、ザンビア、ナイジェリア、エチオピア、マラウイ、ニジェール、ガーナ	財政支援	・ 国の保健部門戦略計画の実施を支援し、追加的なヘルス・ワーカーを保健システムに追加するレベルで雇用、養成、定着させ、国民に対する最先端の保健サービスの提供を促す	
フランス	アフリカの20カ国、アジアの3カ国	人間能力開発、財政支援	・ 現地の人材を養成 ・ 3億ユーロを世界基金に毎年拠出(付録2の世界基金を参照)	
米国	エチオピア、ケニア、モザンビーク、ザンビア	評価	・ 人材と保健システムを強化するための支援を最大化する方法を見極める	米国国際開発庁(USAID)は現地政府との協働により、20カ国以上の国々において、地域保健保険の質の向上、薬品管理システムの構築を支援

保健システム強化に向けたグローバル・アクション

英国	アフリカ4カ国: エチオピア、ケニア、モザンビーク、ザンビア	財政支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>今後3年にわたって、保健人材を含む保健分野に最低4.2億ドルを支出する計画</li> </ul>	
ロシア	アフリカ4カ国	トレーニングと教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>マラリアをコントロールするための戦略と債務免除イニシアティブの枠組みの下でトレーニングと教育を提供</li> </ul>	
ドイツ	アフリカ7カ国	人間能力開発	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健医療従事者間連携プログラム、ドイツでのトレーニングの後、本国に帰還し、現地への再統合を支援</li> </ul>	毎年5億ユーロをエイズ、結核、マラリアとの戦い、保健システム強化のために支出する

出典:

G8 Health Experts Group, Toyako Framework for Action on Global Health—Report of the G8 Health Experts Group, [http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708\\_09\\_en.pdf](http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708_09_en.pdf).

付録2: グローバル・ヘルス・イニシアティブから得られる保健人材強化のための資源

組織	対象	援助の種類	詳細	その他
世界基金	HIV/AIDS、結核、マラリアとの闘い	資金援助、国際保健財政支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>これまでに126か国に113億米ドルを誓約、内23%は人材、9%はインフラと設備</li> </ul>	承認案件の57%はアフリカ向けの案件
世界銀行	開発途上国	資金および技術的な援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>低利子の融資、無利子の貸付と無償援助</li> <li>途上国における教育、保健、行政管理、インフラ、金融・民間部門の育成、農業、環境および天然資源管理</li> </ul>	
米国大統領エイズ経済緊急計画 (PEPFAR)	15 か国: ボスワナ、エチオピア、ハイチ、モザンビーク、ナイジェリア、南アフリカ、ウガンダ、ザンビア、コートジボワール、ギニア、ケニア、ナミビア、ルワンダ、タンザニア、ベトナム	資金援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>2008年のヘルス・ワーカーへの支援総額は推定3.09億米ドル</li> <li>14万人の保健医療専門家と領事専門家の養成および定着を目標に、270万人のトレーニングを支援する計画</li> </ul>	HIV/AIDS関連の活動に最も焦点を当てているが、間接的に保健人材の強化にも貢献している
クリントン財団、クリントン・グローバル・イニシアティブ (CGI)	アフリカ10か国とのパートナーシップによる保健人材プログラム	保健システム評価、資金援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>トレーニング、院内指導、雇用、能力強化、カリキュラム開発</li> </ul>	CHAIは、開発途上国における治療へのアクセスを改善するため、市場および政府と共同で活動をおこなっている
英国国際開発省 (DFID)	アフリカ6ヶ国、カンボジア、ネパール	資金援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>今後3年間にわたる4.5億ポンドを看護師、助産師、医師の養成を含む国家保健計画に供与</li> </ul>	

保健システム強化に向けたグローバル・アクション

<p>米国際開発庁 (USAID)、キャバシティー・プロジェクト</p>	<p>開発途上国における保健人材の養成と定着(ラテン・アメリカ、東欧、アジア)</p>	<p>評価、資金・技術支援 国際的なリーダーシップ、保健人材に関する情報の収集、とりまとめ、伝達 国レベルの効率的、持続可能な保健人材プログラムへの支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>人材計画とリーダーシップの改善に向けた支援</li> <li>教育、トレーニング、プログラム開発支援</li> <li>人材のパフォーマンスを高めるシステム強化への支援</li> <li>保健医療従事者の定着を促進</li> </ul>	<p>2006年度版『世界保健報告』で示された「保健人材行動枠組」の取りまとめに参加</p>
--------------------------------------	---	--	---	--

出典:

Global Fund, "Distribution of Funding after 7 Rounds," [http://www.theglobalfund.org/en/funds\\_raised/distribution/](http://www.theglobalfund.org/en/funds_raised/distribution/).

World Bank, <http://www.worldbank.org/> (accessed October 16, 2008).

PEPFAR, "Report to Congress by the US, Global AIDS Coordinator on Health Care Worker Training 2008," <http://www.pepfar.gov/documents/organization/105844.pdf>.

Clinton Foundation, <http://www.clintonfoundation.org/what-we-do/clinton-hiv-aids-initiative/what-we-ve-accomplished>.

The Capacity Project, [http://www.capacityproject.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=328&Itemid=66](http://www.capacityproject.org/index.php?option=com_content&task=view&id=328&Itemid=66).

## 付録3:これまでの提言

### 1. 国際保健人材雇用実施規範

保健システムにおける人材移動の重要性を認識し、世界保健総会は保健人材雇用実施規範を制定するためWHA57.19を採択した。2008年9月1日から9月30日の間に実施規範の初稿についてウェブ上での一般からの意見が募られ、メンバー各国、保健医療従事者、リクルーター、雇用者、見識者、研究機関、保健医療団体、関連する地域、国際団体などが参加した。

2008年9月30日に終了したこの意見公募は保健人材の国際雇用に関わる全ての関係者に規範の草稿についてコメントする機会を与え、そこで寄せられた意見はWHOのホームページに掲載された。

#### 規範の目的

この実施規範の目的は大きく下記の4点に分けられる。

1. 保健人材の国際雇用について任意の原則、基準、慣行を定め、それを推進する
2. 参加国が保健人材の国際雇用について、法的、制度的枠組みを制定、改善し、また適切な政策を定め、実施するにあたり、参考となる文書を提供する
3. 二国間、またその他の国際条約(強制力のある、ない取り決め両方)の制定、実施の際に利用できる指針を提供する
4. 保健人材の国際雇用に関し、国際的対話を促進、推進し、協力を進める

#### 実施規範の主要要素

国際保健人材雇用実施規範の初稿において主要要素となるものは次の5つにまとめられる。倫理的で公正な雇用、パートナーシップと利益の相互性、医療従事者の保護、国際的保健人材移動のモニタリング、規範への同意、または脱退。規範に強制力はないが、この枠組みは倫理的雇用慣行、保健医療従事者移民の権利保護、保健人



## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

材の移動による発展途上国への経済的、社会的インパクトについての改善を促進すると期待される。地域レベルでは医療従事者の国際雇用に複数の実施規範が既に存在するが、WHOの実施規範はこの分野の国際的な移住について初めてのものと考えられる。(WHO 2007, 2008)

決議WHA 57.19

[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R19-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf)

WHO国際保健人材雇用実施規範

<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-058578.pdf>

実施規範の要旨

[http://www.who.int/hrh/public\\_hearing/comments/en/print.html](http://www.who.int/hrh/public_hearing/comments/en/print.html)

## 2. カンバラ宣言と国際行動課題

2008年3月6日にウガンダのカンバラで開かれた「保健人材国際フォーラム」において参加者に支持された「カンバラ宣言と国際行動課題」は、悪化する保健人材危機に国際的関心を集める役割を果たしている。

カンバラ宣言の内容は下記にまとめられる12点で構成されている。

1. 政府の指導者たちは、全ての関係者を巻き込み、政治的気運を醸成して、保健人材危機を解決するための先導役を務める
2. 二国間、多国間の開発パートナーのリーダーは、各国で包括的な保健人材対策や計画を制定、実施するために調和し、首尾一貫した支援を行う
3. 政府は保健人材について適切な技術レベルのバランスを定め、官民のパートナーシップを含む方法で、高い専門性を持った医療人材の確保について取り組む一方、早急に地域レベル、また中間レベルにおいて大規模な保健人材拡大のため協調した政策を制定する
4. 政府は、医療従事者と職員団体と密に協力し、厳しい取り締まり方法を用いて、保健人材の教育、トレーニングのために厳格な認定システムを考案する
5. 政府、市民社会、民間セクター、職員団体は全てのレベルにおいてリーダーシップと管理能力を強化する

6. 政府は、十分な動機づけと安全な労働環境を保証することで、保健医療従事者の効果的な定着と公平な配置を促す
  7. 保健医療従事者の移住は現実であり、肯定的、否定的いずれの効果も持ちうることを認識する一方、各国は、保健医療従事者が定着するような人材市場を整備するため、適切なメカニズムを講ずる。WHOは保健人材の国際的な雇用に關する行動規範を制定するための交渉を推進する
  8. 全ての国は、今日また将来的な地球規模の保健人材不足に対応するため、一丸となって取り組む。富める国は、各国内外の保健人材を養成し雇用することを優先し、そのために必要な資金を提供する
  9. 各国政府は保健医療従事者に対する予算を増やし、国際機関はその動きを阻害しているマクロ経済上の規制を緩和する
  10. 多国間、二国間の開発援助機関は、安定した、持続的な、そして十分な資金援助を提供し、保健と開発に関する既に誓約した拠出を速やかに行う
  11. 各国は、エビデンスに基づく政策決定の制度化と共同学習を高めるために、調査能力の改善、データ管理のキャパシティ開発を推進するため、保健人材情報システムを創設する
  12. GHWAは、カンバラ宣言と国際行動課題の実施状況をモニターし、進捗状況の報告と評価をするため、2年後に再度会議を開催する
- カンバラ宣言に加え、カンバラ国際行動課題は、6つの基本的かつ相互に関連した戦略を提示し、保健人材危機に対応するために、政治的な意志、コミットメント、リーダーシップ、パートナーシップを効果的な行動へとつなげることを求めている。
1. 保健人材の解決に向けた、一貫した国および世界レベルのリーダーシップの醸成
  2. エビデンスと共同学習に基づく十分な情報を踏まえた政策を行えるキャパシティの強化
  3. 保健医療従事者教育とトレーニングの拡充
  4. 能力があり、ニーズに合った、公平に配置された保健人材の定着
  5. 国際的な保健人材市場からの圧力とその移住への影響の管理

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

### 6. 保健人材に対する追加的、効果的投資の確保

#### カンパラ宣言と世界行動課題

<http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf>

### 3. 保健医療従事者の不足に対応する保健医療業務移管：国際的な提言と指針

WHOはPEPFARおよびUNAIDSと共に、保健医療業務移管のための指針をまとめた。これらの指針は、初めて2008年1月8-10日、アディス・アベバで開催された移管に関する国際会議で正式に発表された。本会議には、保健大臣および高級実務者、オピニオン・リーダー、国連機関、先進国および資源の限られている国のNGOが集まり、業務移管に関するアディス・アベバ宣言を採択した。

業務移管とはある業務が専門性の低い保健医療従事者に移される委任過程をさす。業務移管は、既存の人材、もしくはトレーニングや定着プログラムによって容易に能力を強化できる人材をより効率的に活用しながら、人材を再編することで、保健医療サービスの提供を改善する実現性ある解決方法となっている。

#### 例：ウガンダにおける業務移管

ウガンダでは、抗レトロウイルス治療を提供するために業務移管が進められていた。1人の医師に対する患者数が2.2万人、保健医療従事者の数が必要な数の80%という状況にあって、ウガンダは業務移管をせざるをえない。ウガンダの看護師は公式には医師がすべき業務を行っている。その代わり、看護師の業務は、トレーニングは受けているものの、専門的な資格は持たないコミュニティ・ヘルス・ワーカーに移管されている。このアプローチの一環として、ウガンダは様々な保健医療従事者の非専門職を作ることで、HIV/エイズに関するサービスを提供するための人材を拡充している。

#### 業務移管に関するアディス・アベバ宣言

[http://www.who.int/entity/healthsystems/task\\_shifting/Addis\\_Declaration\\_EN.pdf](http://www.who.int/entity/healthsystems/task_shifting/Addis_Declaration_EN.pdf)

保健システム強化に向けたグローバル・アクション  
タスク・フォース  
保健人材に関する研究チーム

ディレクター： 神馬 征峰	東京大学医学系研究科 国際地域保健学教授
特別アドバイザー： リンカン・チェン	中国医療委員会会長[米国]
レビューワー： トーマス・ボッサート	ハーバード公衆衛生大学院国際保健システム・プログラムのディレクター[米国]
ローラ・ダーレ	保健科学・研修・調査・開発センター(CHESTRAD)所長 [イジエリ]
ティモシー・エバンス エドワード・ミルズ	WHO保健情報エビデンス研究担当事務局長補 ブリティッシュ・コロンビア・エイズ研究拠点センター 研究員[カナダ]
メーガン・レイディ スウィット・ ウィブルボルプラサート	ハーバード公衆衛生大学院[米国] タイ公衆衛生省疾病予防上級顧問(国際諮問委員 兼任)