



Title	保健人材を取り巻く世界の潮流とその変遷：SDGsとポストコロナに向けて
Author(s)	藤田， 則子
Citation	目で見えるWHO. 2023, 83, p. 2-5
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/91193
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

保健人材を取り巻く世界の潮流とその変遷 - SDGsとポストコロナに向けて -



国立国際医療研究センター国際医療協力局

藤田 則子

産婦人科医。カンボジア、アフガニスタン、仏語圏アフリカを中心に母子保健、リプロダクティブヘルスに関わる保健人材開発分野での国際協力活動に従事。

はじめに

2030年までの持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals: SDGs)の目標3は「すべての人に健康と福祉を」です。ターゲットの一つが「ターゲット 3.c. 開発途上国、特に後発開発途上国及び小島嶼開発途上国において保健財政及び保健人材の採用、能力開発・訓練及び定着を大幅に拡大させる」で、保健人材を取り扱っています。SDGsの達成のためにはユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(Universal Health Coverage: UHC)の達成は重要で、そのためには、「適切な技術をもった人材が、適切な場所に、適切な数、働いている」ことが必要とされます。今回は保健人材をとりまく世界の潮流の変遷と取り組みについて概説します。

保健医療サービスと保健人材

人々が健康であるために必要な予防・診断・治療とそれらに伴う啓発活動を保健医療サービスと呼びます。保健人材は保健医療サービスを提供するためのシステムに必要な6つの要素の一つとされています。SDGsのターゲットの一つであるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(Universal Health Coverage: UHC)を達成するためには、「適切な技術をもった人材が、適切な場所に、適切な数、働いている」ことが必要な条件とされます。直接保健サービスを提供する人たちは専門教育を受けたSkilled health workerと専門教育を受けて

いない地域ボランティアに分けられます。Skilled health workerとは医師・看護師・検査技師など、「〇〇師」とついている職種を指すと理解するとわかりやすいかもしれません。直接サービスを提供する人たちの他にも、行政職、病院診療所の事務職、施設や物品の管理・流通など保健サービス提供に必要なインフラの整備に関わる人材も考える必要があります。グローバルヘルスで保健人材の課題について議論する場合、直接保健サービスを提供する人材に焦点が当てられることが多く、本稿でもそこを中心に説明します。

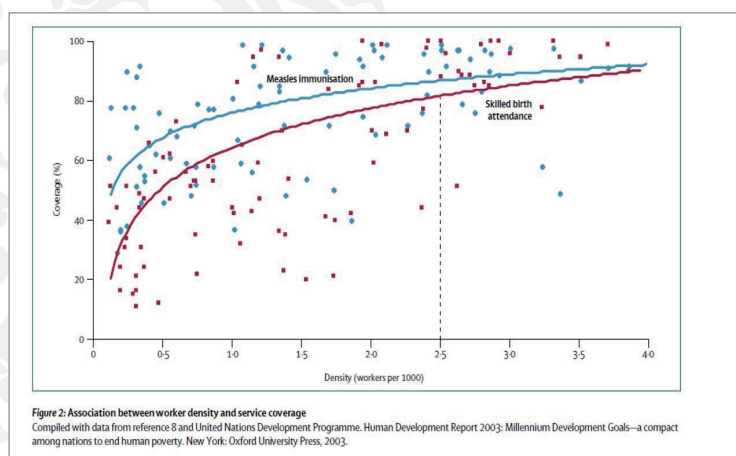


図1① 保健人材の数値目標(2004年の医師看護助産師数は、人口1000人あたり2.3人) 出典: Lancet 2004; 364: 1984-90

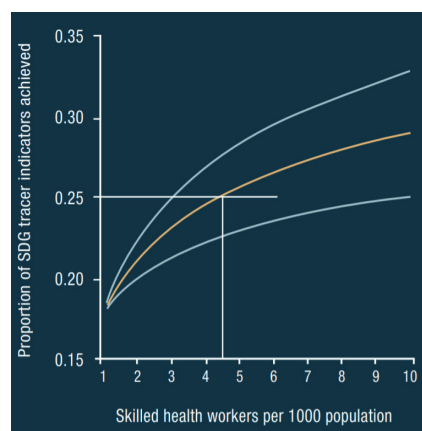


図1② 2020年の医師看護助産師数(人口1000人あたり4.45人) 出典: WHO. (2016). Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals.

2000年～

保健人材に関する課題は 「数の不足」と「偏在」

グローバルヘルスの議題として保健人材がとりあげられるようになるのは2000年以降となります。2000年国際社会は世界全体として取り組む課題と目標をミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDGs)として定めました。保健分野では、母子保健とHIV・結核・マラリアの三大感染症に焦点が当てられ、2015年までの目標と戦略を作り、国ごとに対策が実施されました。グローバルファンドなどの援助資金を調整するプラットフォームもでき、低・中所得国では国際的資金が流入し、目標に至るまでの成果の管理を、HIVや結核、母子の予防接種などそれぞれの保健プログラムとして行うことが効果的として実施されました。その結果、地域の数少ない保健人材を保健プログラムが取り合う状況も散見されました。これに対して、2004年ランセットシリーズでは保健人材の重要性に焦点をあて、保健指標改善に必要な人材の目標数を設定し、それに対して「数の不足」と「偏在」を明確なメッセージとして初めて訴えました(図1)。その後、2006年WHO Health Reportではコラムで示す人材数の目標をもとにした現状分析が報告され、当時、世界では400万人の保健人材(医師、助産師、看護師でみると240万人)が不足し、国別では世界57カ国(サブサハラアフリカ36カ国)と保健指標の悪く疾病負担の高い国や地域(へき地)で不足していることが明らかになりました(図2,3)。

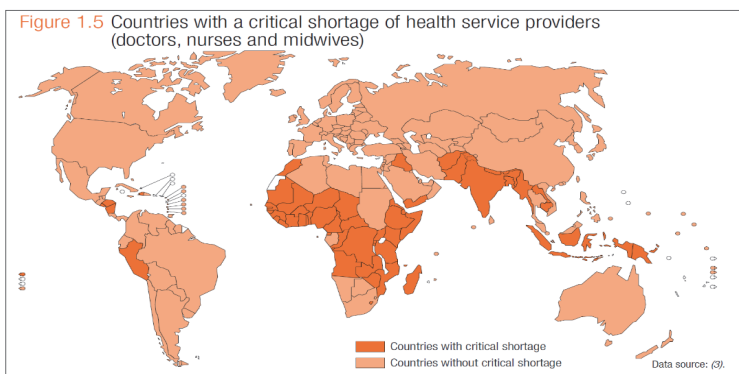


図2① 保健人材の不足している国(2006)

出典: WHO. The world health report 2006: Working together for health

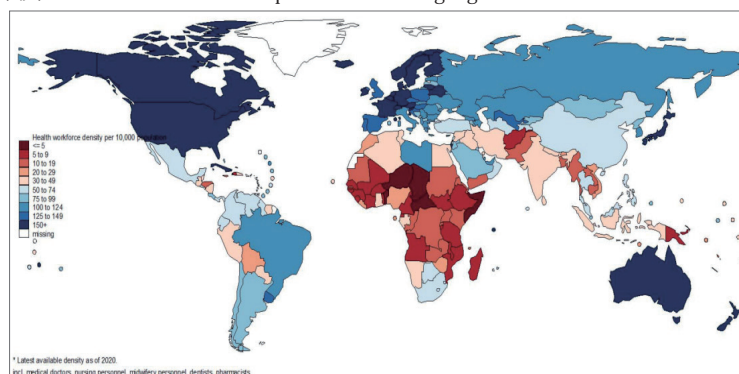


図2② 保健人材の不足している国(2020)

出典: Bonioli M, et al. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? BMJ Global Health 2022;7:e009316.

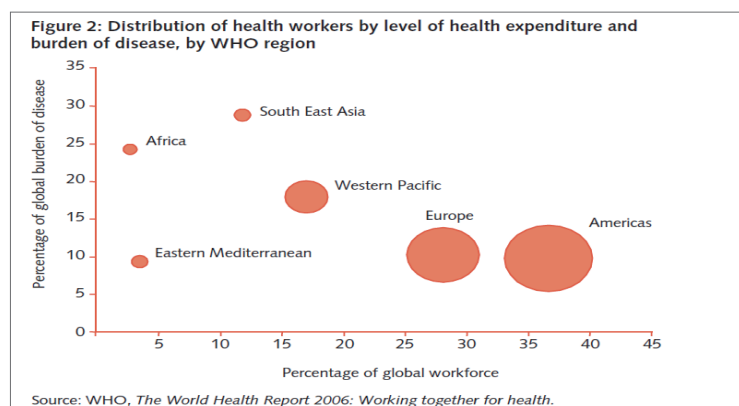


図3 疾病負担と保健人材の偏在

出典: WHO. The world health report 2006: Working together for health

保健人材の数と目標値(図1)

目標とする保健の改善達成のためにどれだけの保健人材が必要かという目標値も定められています。WHOのWorld Health Report(2006)には、それぞれの国で「母子保健改善に向けた指標と目標(麻疹予防接種率80%、熟練助産師による出産介助率70%)を達成するために必要な医師+看護師+助産師の数」として、人口1,000人あたり2.3人と算出されました(図1①)。SDGsの時代となり、疾病構造の変化に応じて達成すべき保健指標も変化してきました。現在の保健人材の目標値は、「世界の25%の国が、SDGs目標として謳われている指標『保健サービス12項目のカバー率80%』を達成するために必要な医師+看護師+助産師の数」とされています。12項目とは、糖尿病、喫煙、家族計画、熟練した出産、周産期ケア、抗HIV療法、飲料水、衛生、結核、高血圧、白内障、三種混合予防接種を指します。人口1,000人あたり4.45人と算出されています。

2010年～

「数の不足」と「質の担保」、国内・国間の「偏在と定着」への取り組み

「数」を増やすために考えられるのは保健医療職種の学校や学生数の増加ですが、2010年代になると「数」だけではなく「質（適切な技能をもった人材の養成）」にも注力しながらの教育が進みます。知識や技術の習得だけではなくコンピテンシーに基づいた教育の導入と高等教育化がそれにあたりますが、教育環境や教員育成も重要となり、教育資源の少ない国では、近隣国をカバーする高等教育機関でリーダー育成が図られてきました。低・中所得国では民間より公的セクター（病院や診療所）が中心で、公務員数は各国政府内での保健セクターへの重点により公務員給与に配分される予算の影響を受けます。このため学生数を増やしても卒業した医師看護師が国内で就職できない状況も見られていました。高等教育が進み教育年限が長くなるほど、卒業後は都市部あるいは国外（アフリカでは欧米を中心）に就職先を求めるのは、生活や教育の環境を考えると自然の流れかもしれません。2010年ごろ、世界の人口は都市部と郡部で半々くらいですが、医師看護師の3分の2以上は都市部で働いていました（図4）。

このような国内の「偏在」に対する対策は、へき地への就職（配置）と定着が中心となります。へき地手当や職能手当など金銭的な側面が中心でしたが、非金

銭的側面（職場環境、働きぶりに対する褒賞、子女の教育など）を含めた人事管理制度、さらに地方での学校整備と地元出身者の教育、就職後も継続された教育の機会の提供など働く側にとって魅力的にするための包括的な対策の必要性が示され、国レベルでの取り組みが進められました。へき地勤務者への調査も行われ、それぞれの社会文化環境の中で定着に必要な要素が提案、実施されてきました。セネガルのへき地診療所勤務者が最も重視しているのはへき地手当ではなく安定的な雇用・身分保障と職場環境改善であり政策に反映されたのがその例です。保健人材の不足している村の診療所で母子保健や感染症の基本的なサービスを村に確実に届けるために、診察・検査・薬の処方から注射まで、医師や看護師の業務を短期間の研修を受けた保健ボランティアに実施してもらう（タスクシフティング）も一般的でした。合わせて異動や退職などによりどこで何人働いているのかが明確でない国も多く、人材情報システムの導入が進められました。

「偏在」のもう一つの側面は国と国の間であり、これは保健人材の国を超えた移動によって助長されます。低・中所得国から高所得国への頭脳流出を受けて、受け入れる国、送り出す国が考えるべきである国際採用に関する世界実施規範が2010年のWHO総会で採択されました。保健人材の国際移動により送り出す低所得国の保健システムに悪影響を及ぼす可能性への配慮、保健人材の移動する権利、移動した先での権利を守るこ

と、移動に関するモニターの仕組みなどを提案しています。合わせて、ヨーロッパやアジア地域の経済共同体では、経済圏内での国を超えた保健人材の移動とそれに伴う保健人材の質の担保が議論されるようになりました。国を超えた移動は専門職を有効活用した経済圏内の経済発展を目的として謳われますが、実際は加盟国間の経済格差の中で、家族を支える出稼ぎの手段として経済的な側面によるものを中心と考えられています。送り出し国で受ける教育と受け入れ国での保健医療職としてのサービス提供の質、すなわち免許資格制度の相互承認が議論されるようになりました。これは保健人材の「質」の担保に必要な規制枠組みですが、このころから注目されるようになった視点であることは強調したいと思います。

例えば東南アジア諸国連合（10カ国が加盟する地域協力機構 Association of Southeast Asian Nations : ASEAN）では2006年に医師・歯科医師・看護師を対象に資格相互承認協定（Mutual Recognition Arrangement : MRA）が結ばれ、加盟国の免許資格制度を相互に承認し、受入国でその職種として勤務ができる体制を進めることになりました。

免許資格制度は、教育機関の認可、国家試験と免許登録、業務範囲、免許更新に必要な倫理や罰則の規定・継続教育までが含まれます。しかしラオス・ベトナム・カンボジアではこれらの制度が未整備だったため、MRAをきっかけに特に2010年以降は制度整備が進みました。基本となる法制定からその運用体制まで非常に時間のかかる制度の確立であり、2022年現在も整備途中の状況です。一方、高齢化が進み看護のニーズが増加するシンガポールでは自国の看護師にとって病院勤務は人気がなく、フィリピン、マレーシア、インド、ミャンマーなど英語で教育を受けた国の看護師が勤務しています。ミャンマーからは、自国で教育を受けた看護師がシンガポールでは看護

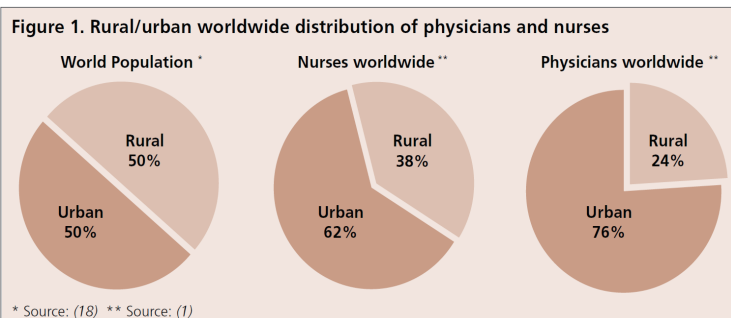


図4 保健人材の国内での偏在

出典：2011 Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations (WHO)

助手として働くケースや、留学生としてシンガポールで看護教育を受け看護師となりそのまま就職するというケースも増えているようです。シンガポールでの勤務や生活への満足度は高いものの永住は難しい、シンガポール国内では外国人看護師の比較的安い給与で看護師不足がカバーされているため看護師の待遇改善と自国の看護師の活用が進まない、ミャンマーでは看護職不足は深刻だが海外経験のある人材を生かす仕組みがない、など送り出し国・受入国の様々な問題が見えてきます。

2016年～

SDGsの時代

2030年までの持続的な開発目標(SDGs)では、教育、ジェンダー、働きがいと経済成長も含まれ、さらに多様な視点を包含することになります。2016年には、SDGsに合わせて2030年までの保健人材世界戦略が策定されましたが、UHC達成に向けて、教育への投資と雇用や社会経済価値の視点が盛り込まれるようになりました。では「数の不足」と「偏在」という二つの課題は現在どうなっているのでしょうか？

コラムで示したように、SDGs時代の保健人材数値目標は人口1,000人あたり4.45人となりました。世界の人口増加と養成数の増加を考えると、2020年では医師看護助産師が1,500万人不足とされています。世界全体としては改善傾向にあるものの、改善した東南アジア

・西太平洋地域と改善の少ないアフリカ
・東地中海地域の差が開いており、2030年までをみてもこの格差は解消される見通しが立っていません(図5)。
2020年にWHOは国内の偏在と定着に関する介入策の効果に関するシステマティックレビューを出しています。低・中所得国で様々な取り組みが行われるようになったことを評価しつつ、人口増加と疾病構造の変化の中で保健医療サービスとそれを提供する人材に求められるものも変わり、偏在と定着に関する課題解決に向けた対策は続くことになると述べています。

前述の2010年の国際採用に関する世界実施規範は、定期的にフォローアップされています。2020年のレポートによれば、世界の保健人材の約15%が出生国や資格取得国以外で働いている、高所得国8カ国で勤務する外国で養成された医師の割合は32%(2010年)から36%(2020年)と減少傾向にはなさ

そうです。

2020年からの新型コロナウイルスの世界的大流行では、各国でコロナ対応に人材と医療資源が集中し、それ以外の一般診療、母子保健、感染症・非感染症疾患に対応できる人材や医薬品がない、と特定の疾患に集中していた2000年代と同じ光景を再び見た気がします。ロックダウンや失職など住民の側も保健医療へのアクセスが減少し、この20年で達成してきた予防接種や感染症対策の成果が逆戻りしていることが懸念されています。一方でITを活用した遠隔教育や遠隔診療により保健人材の教育や働き方も変わってきました。高所得国と低・中所得国の境がなくなったことも特筆すべきことでしょう。保健人材の課題解決は時間がかかり、「数の不足」と「偏在と定着」という永遠の課題に対して、限られた人材がどう効果的に効率的に働けるのか、日本も含めて国レベルの事情に合わせた対策の実践が必要になってくるようです。

Fig. 1. Distribution of the global health workforce shortage by WHO region in 2013, 2020 and projected shortage in 2030

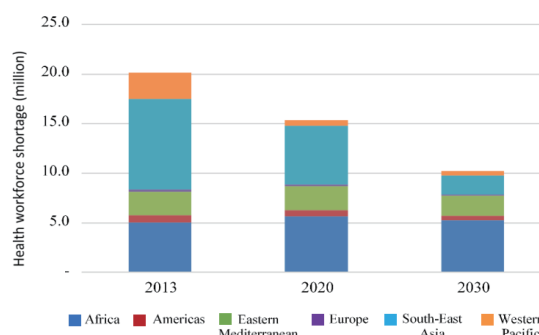


図5 WHO地域事務所別みた保健人材の不足(推定数 単位100万人)

出典: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_15-en.pdf

参考文献

1. 外務省 SDGs Action Platform : <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/goal3.html>
2. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. 2016
3. Chen L. et al. Human resources for health: overcoming the crisis. Lancet 2004; 364: 1984-90
4. WHO. The world health report 2006: Working together for health
5. Fujita N et al. The Role of a Network of Human Resources for Health Managers in Supporting Leadership for Health Systems Strengthening in Francophone African Countries. Health Systems & Reform 2016; 2:3, 254-264
6. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. 2011
7. Nagai M, et al. Retention of qualified healthcare workers in rural Senegal: lessons learned from a qualitative study. Rural and Remote Health (Internet) 2017; 17: 4149.
8. Honda A, et al. For more than money: willingness of health professionals to stay in remote Senegal. Hum Resour Health 2019 17:28
9. WHO. Task Shifting: What is task shifting and why it is needed? : <https://www.publichealthnotes.com/task-shifting-what-is-task-shifting-and-why-it-is-needed/>
10. WHO. Understanding National Health Workforce Account.
11. WHO. Global Code of Practice on the International recruitment of Health Personnel. 2010. <https://www.who.int/publications/m/item/migration-code>
12. NCGM テクニカルレポート vol.13 看護師の国境を越えての移動—看護資格の多国間相互承認とその影響— 2018
13. Fujita N, et al. Regulation of nursing professionals in Cambodia and Vietnam: a review of the evolution and key influences. Hum Resour Health. 2019 Jul 3;17(1):48.
14. Matsuoka S, et al. Regulation of nursing professionals in Cambodia: strategies to overcome underpinning challenges. Int Nurs Rev. 2021 Jan 18.
15. 安田直史 ミャンマーにおける看護スタッフのモチベーション、定着と移民労働に関する現状と課題 NCGM テクニカルレポート vol.13 看護師の国境を越えての移動—看護師角野多国間相互承認とその影響— 2018
16. WHO. Retention of the health workforce in rural and remote areas: a systematic review 2020.
17. WHO. Human resources for health. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: fourth round of national reporting. 75th World Health Assembly. May 2022.
18. WHO. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic.