

Technical Report

国立研究開発法人国立国際医療研究センター
国際医療協力局

テクニカル・レポート vol. **13**

February, 2020

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—

国立研究開発法人国立国際医療研究センター
国際医療協力局

テクニカル・レポート vol. **13**

February, 2020

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—



目次

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－

はじめに	04
I. ASEANにおける資格の相互承認協定（Mutual Recognition Arrangement：MRA）の動向と看護人材	05
国立国際医療研究センター（NCGM）グローバルヘルス政策研究センター（iGHP） 早稲田大学大学院アジア太平洋研究科（GSAPS）	山田 順子 勝間 靖
II. MRA（相互承認協定）と看護人材に係る制度整備に関して～カンボジア・ベトナムを中心に～	09
国立国際医療研究センター（NCGM） 国際医療協力局	松岡 貞利
III. カンボジアにおける看護リーダー人材育成の現状と課題	16
東京大学大学院医学系研究科 国際地域保健学教室博士後期課程	虎頭 恭子
IV. 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	23
近畿大学 社会連携推進センター	安田 直史
V. ディスカッション	28

はじめに

国立国際医療研究センター（NCGM） 国際医療協力局 連携協力部長 藤田 則子

国立国際医療研究センター国際医療協力局の藤田則子と申します。三重大学医学部看護学科の水谷真由美先生と協働で座長を務めます。

ASEAN（東南アジア諸国連合）域内諸国は経済共同体を設立、経済の活性化を目的として域内の熟練労働者の移動をより効果的に行うことを目指し、その一環として7つの職種で資格相互承認協定（Mutual Recognition Arrangement: MRA）を進めました。看護職は他の2つの保健人材（医師・歯科医師）につづき、2006年にMRAを締結しています。MRAは、看護人材の域内の移動、相互承認を通じた人材の質の担保という2つの側面を持っていますが、MRA締結以降、加盟国、中でも相互承認に関する免許資格制度が未整備だった国（カンボジア、ラオス、ベトナム、ミャンマー）はMRAを通じて看護人材の質の担保に向けた制度整備が進んできました。MRAについては、ご存知の方もあまり馴染みのない方もいらっしゃるかと思います。このセッションではASEAN MRAが国レベルでの看護人材の質担保にむけた制度整備に与えた影響を明らかにするとともに、制度実施に向けた課題や日本のへの影響、これらの国々への支援のあり方を皆さんと共に議論できたらと思います。

構成になりますが、4人の先生にご登壇いただき、それぞれの観点からご発表いただき、残りの30分で皆さんと意見交換が出来ればと思っております。まずASEANでのMRAの看護人材を含めた全体の動向というところを早稲田大学の勝間先生にお願いしたいと思っております。続きまして、ベトナム・カンボジアの例、カンボジアの例、ミャンマーの例といった形で各国の例をそれぞれご発表いただくこととなります。よろしくお願いいたします。

【シンポジウム概要】

第34回日本国際保健医療学会

日程：2019年12月7日（土）～8日（日）

開催地：三重大学講堂（三翠ホール）・看護学科棟

大会長：堀 浩樹（三重大学大学院医学系研究科）

テーマ：地域から広げる国際保健医療のひとづくり

シンポジウム1 12月7日（土）9：00～10：55 第3会場

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-

座長：藤田則子（国立国際医療研究センター国際医療協力局）

水谷真由美（三重大学大学院医学系研究科看護学専攻）

演者：山田順子 / 勝間靖（国立国際医療研究センター・グローバルヘルス政策研究センター（iGHP）
・早稲田大学大学院アジア太平洋研究科（GSAPS））

「ASEANにおける資格の相互承認協定（Mutual Recognition Arrangement：MRA）の動向と看護人材」

松岡貞利（国立国際医療研究センター）

「MRA（相互承認協定）と看護人材に係る制度整備に関して～カンボジア、ベトナムを中心に～」

虎頭恭子（東京大学大学院医学研究科 国際地域保健学教室 博士後期課程）

「カンボジアにおける看護リーダー人材育成の現状と課題」

安田直史（近畿大学社会連携推進センター）

「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」

I

ASEANにおける資格の相互承認協定 (Mutual Recognition Arrangement : MRA) の動向と看護人材

国立国際医療研究センター (NCGM) グローバルヘルス政策研究センター (iGHP)
早稲田大学大学院アジア太平洋研究科 (GSAPS) 山田 順子
勝間 靖



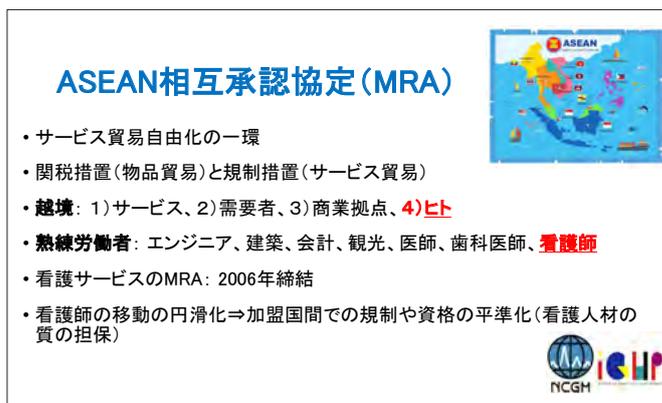
第34回国際保健医療学会

ASEANにおける資格の相互承認協定
(Mutual Recognition Arrangement : MRA)
の動向と看護人材

山田 順子、勝間 靖

国立国際医療研究センター (NCGM) グローバルヘルス政策研究センター (iGHP) ;
早稲田大学 大学院アジア太平洋研究科 (GSAPS)

2019年12月7日、三重大学



ASEAN相互承認協定 (MRA)

- サービス貿易自由化の一環
- 関税措置 (物品貿易) と規制措置 (サービス貿易)
- 越境**: 1) サービス、2) 需要者、3) 商業拠点、**4) ヒト**
- 熟練労働者**: エンジニア、建築、会計、観光、医師、歯科医師、**看護師**
- 看護サービスのMRA: 2006年締結
- 看護師の移動の円滑化⇒加盟国間での規制や資格の平準化 (看護人材の質の担保)

それでは ASEAN における資格の相互承認協定について看護人材を中心に話をさせていただければと思っております。



ASEAN 経済共同体 (AEC) とサービス貿易

ASEAN 共同体

- ASEAN 政治・安全保障共同体 (APSC)
- ASEAN 経済共同体 (AEC)
- ASEAN 社会・文化共同体 (ASCC)

- ASEAN サービス枠組み協定 (AFAS) (1995)
- ASEAN Community Vision 2025: Forging Ahead Together (2015)
 - ✓ APSC Blueprint 2025
 - ✓ **AEC Blueprint 2025**
 - ✓ ASCC Blueprint 2025

ASEAN 2025. FORGING AHEAD TOGETHER

まず、ASEAN 経済共同体とサービス貿易について、少し振り返ってみたいと思います。ASEAN は、ASEAN 憲章を締結することによって 10 カ国からなる共同体の構築が始まっておりまして、3つのコミュニティ (共同体) が計画としてあります。1つが政治・安全保障共同体、2つ目が今日お話しする経済共同体、そして3つ目が社会・文化共同体となっております。この2つ目の経済共同体、ASEAN Economic Community に関しては、1995年に ASEAN サービス枠組み協定が締結されております。そして、ASEAN Community Vision 2025 という経済共同体のブループリントがあり、2025年に向けて達成するというものになっております。

その経済共同体を構築する上で、サービス貿易自由化の一環として、MRA (ASEAN 相互承認協定) というものが位置付けられております。国家間の貿易という視点からは、物品の貿易とサービス貿易の2つがあります。物品貿易においては関税措置に関して段々と障壁を減らしていくことになっております。サービス貿易では、専門職によるサービスがあるわけですが、規制措置を緩和することになっております。さらに、各国による国境を越えたサービス、需要者、商業拠点の移動をより加速化させるということに加え、人の移動に関して国境を越えた活動を支援していきます。特に熟練労働者に関して、それぞれの国における資格を他の9カ国において承認するといった協定が MRA の中にあります。その分野として、エンジニア、建築、会計、観光、医師、歯科医師、看護師といったそれぞれの専門職の相互承認を行う協定があります。看護サービスの相互承認協定に関しましては、2006年に締結されております。そして、これによって看護師が域内において円滑に移動できるようになります。これに伴い、加盟国間での規制の緩和や資格の平準化が重要となっております。

看護サービスMRA(2006年)

看護師がASEAN域内の他国で外国人看護師として就労するために必要な資格要件

- ① 出身国の看護規制当局によって認められた看護師免許の保有
- ② 出身国での有効な看護師登録とそれを証明する書類の保有
- ③ 継続して最低3年以上の実務経験
- ④ 継続的専門能力開発(continuing professional development: CPD)の受講
- ⑤ 職務倫理に反した行為をしていないことの証明
- ⑥ **受入国政府や看護規制当局が定めるその他の要件を満たすこと**
← 語学、受入国国家試験など



看護サービスの相互承認協定ですが、要件が6つあります。1つは、もちろんその国の看護師免許の保有ということです。2つ目はその国における登録等の証明書類、3つ目は3年以上の実務経験、4つ目は継続的な専門能力開発、そして5つ目は職務倫理に反した行為をしていないことの証明になります。ここまでの5つは割と普通なのですが、6つ目としまして、「受入国政府や看護規制当局が定めるその他の要件を満たすこと」と書かれておりまして、それによって語学の要件や受入国の試験をさらに受けなくてはならないといったケースもあると思います。

MRA実施体制



MRAの実施体制としては、大きくはASEAN保健医療サービスセクター作業部会というものがあり、その下に医師、歯科医師、看護に関しての合同調整委員会、規制当局があります。これらがそれぞれの国にあります。

MRA実施の成果と課題

■成果

- ✓ ASEAN共通看護コア・コンピテンシー
- ✓ AJCCNウェブサイト
- ✓ 暫定的許可の要件などに関する各加盟国の情報整備
- ✓ 教育・資格制度の平準化へ向けたASEAN加盟国間の協力、など

■課題

- ✓ 地域共通の資格・認証組織の未整備
- ✓ 受入国要件
- ✓ ASEAN域内に限定したMRAの付加価値・優位性



成果としましては、ASEAN 共通看護コア・コンピテンシーというものが開発されてきたこと、そして ASEAN 看護合同調整委員会 (AJCCN) のウェブサイトが整備されてきたことがあります。そして、暫定的な許可の要件などに関する各加盟国の情報整備や、教育、資格制度の平準化に向けた ASEAN 加盟国間の協力といったことが進められております。基本的に ASEAN 諸国は英語を共通言語と決めました。ASEAN10 カ国において特に突出した優位性がある言語はないので、英語になっております。

そして課題としましては、地域共通の資格、認証組織が未整備であることです。基本的に各国における認証を相互に承認する、他の9カ国が承認するという仕組みになっておりまして、地域としての認証システムというのはありません。先程も言いましたように、受入国が語学や、その国の国家試験などを要件として課していることで、非常に難しくなっているという問題もあります。それに伴い、ASEAN 域内に限定した MRA の付加価値、優位性について疑問が残るという問題もあります。

ASEANにおける看護師の移動

- AJCCNからの看護師の移動に関する公式データは未公表
- 一部の加盟国(ブルネイ、マレーシア、ミャンマー)のみが他のASEAN加盟国からの外国人看護師(ASEAN 外国人看護師)の登録状況データを公表
- WHO西太平洋地域事務局(WPRO)と南東アジア地域事務局(SEARO)のデータはASEAN全体をカバーしていない(WHO, 2019)



ASEAN における看護師の移動についてですが、公式なデータは未公表となっております。しかしながら、一部の加盟国、特にブルネイ、ミャンマー、マレーシアが、他の加盟国からの外国人看護師の登録情報データを公表しております。また、まだこれからということですが、WHO の2つの地域事務所をもって ASEAN 全体をカバーしきれていないという状況があります。

マレーシアにおけるASEAN外国人看護師及び非ASEAN外国人看護師新規登録数(2006-17)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	合計
ブルネイ	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
インドネシア	6	42	26	55	64	61	28	7	5	4	5	1	304
ミャンマー	58	75	77	91	70	75	30	12	3	2	2	1	496
フィリピン	18	40	107	135	97	69	49	26	16	15	17	8	597
シンガポール	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	24
タイ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
ベトナム	3	4	1	3	4	2	3	3	2	1	1	1	28
ASEAN合計	86	164	212	286	237	209	112	50	28	25	29	14	1452
非ASEAN合計	654	692	840	1031	774	645	386	109	50	51	7	0	5239

出典：<http://nursing.moh.gov.my/wp-content/uploads/2018/10/Statistik-ASEAN-Registered-Nurse-Workforce-31-Dec-2017.pdf>

これはマレーシアが公表している ASEAN からの外国人看護師及び非 ASEAN 看護師、外国人看護師の新規登録者数なのですが、これを見ますと、ASEAN 域外からの流入が非常に多いことが分かります。マレーシア以外の9カ国の ASEAN 諸国から来ている看護師の数は、ここ数十年の累計で1452人います。それに対して ASEAN 域外からは、4倍弱あるということになります。そういう意味では、ASEAN の中で相互承認の仕組みが作られたからといって、ASEAN 域内における看護師の移動が重要になっているとは言えないことになります。

ASEANにおける保健人材の移動状況

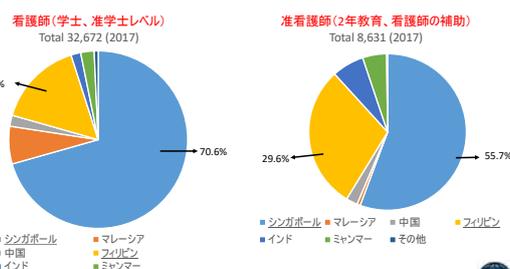
国名	移動	
	流入	流出
ブルネイ	+++	0
シンガポール	++++	+
マレーシア	++	+
タイ	0	+
フィリピン	0	++++
インドネシア	0	++
ベトナム	0	0
ラオス	0	0
カンボジア	0	0
ミャンマー	0	0

+が多いほど数が多いことを示す

Kanchanachitra et al. Human Resources for Health in Southeast Asia: Shortages, Distributional Challenges, and International Trade in Health Services. The Lancet Volume 377, No. 9767, pp769-781, 26 February 2011



シンガポールの(准)看護師の出身国(2017)



出典：Singapore Nursing Board Annual Report 2017, pp. 45-46

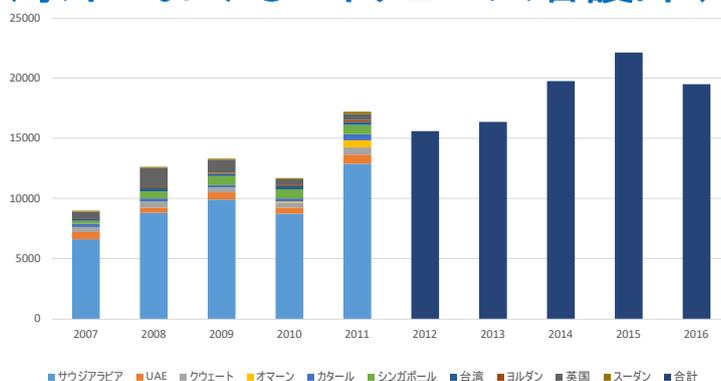
<https://www.healthprofessions.gov.sg/docs/librariesprovider4/publications/arb-annual-report-2017.pdf>



ASEAN における保健人材の移動状況ですが、見ていただくとフィリピンのように国を挙げて看護師を域外に流出させているといった、出稼ぎ労働者を積極的に送り出している国もあれば、シンガポールやブルネイのように受け入れの方を一生懸命やるといった国もあります。そういう意味では、人材の派遣国と受入国との間で、割と役割分担が明確になってきていると思います。それ以外の国については、あまり移動を認めている状況ではないということです。

シンガポールにおける看護師の出身国ですが、見てわかりますように実際はほとんどがシンガポール人ですが、次にフィリピンが特に多いと言えると思います。准看護師の場合も、やはりフィリピンが特に多くなっております。必ずしも看護師の資格をもってシンガポールで看護師として仕事をしているとは限らず、場合によってはダウングレードしているというケースもあると思われます。その辺の情報は十分に公示されているわけではありません。

海外におけるフィリピン人看護師（2007-16）



- 過去10年で増加傾向
- 中東がメイン、ASEAN諸国へは5-7%

Philippine's Bilateral Labour Arrangements on Health-care Professional Migration: In Search of Meaning (ILO Asia Pacific Working Paper Series)
https://www.ilo.org/manila/publications/WCMS_320609/lang-en/index.htm
 Philippine overseas employment administration, Overseas employment statistics, Deployed overseas Filipino workers, 2012-2016
<http://poea.gov.ph/owstat/owstat.html>



海外におけるフィリピン人看護師に関してですが、少しブレイクダウンがあるのが最初の5年くらいです。過去5年間では増加傾向にあります。フィリピンとしては、フィリピン人看護師をASEANの他の諸国、あるいはASEAN以外の国に対しての派遣は全体の5%から7%くらいしかありません。実際には中東に多く派遣しているという現状があります。ですから、ASEANの相互承認協定がどれだけ有効に動いているかは不明です。

まとめ

- 2006年のMRA署名以降、AJCCN会合の開催、各加盟国の教育・資格制度の平準化へ向けた取組みが進められてきた。
- 一方、地域共通の資格・認証組織がなく、各国独自の受入要件（現地語、英語、国家資格試験など）が課せられており、ASEAN MRAの優位性や付加価値が不明瞭。
- 専門職教育の水準向上および登録・承認制度の強化に対する取組みと、人材の移動・流出に伴うリスクへの考慮の間に矛盾が生じている状況（WHO, 2019）。
- 実際のASEAN域内の看護師の移動に関するデータが欠如しており、MRAが移動に及ぼす影響に対する判断が困難。
- 入手可能なデータから、ASEAN域内から域外へ、域外から域内への移動の方がASEAN加盟国間の移動より頻繁であること、また移動先でダウングレードして就労していることなどが示唆される。



最後に、まとめとして幾つか述べさせていただきます。まず、2006年の看護師に関するMRAの署名以降、AJCCN会合の開催、各加盟国の教育・資格制度の平準化に向けた取組みが進められてきました。この後、報告があると思いますが、ASEANの中でも特に後発国と言われるカンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナムといった国では看護師の教育制度自体が他のASEAN諸国と同等でないということから、そういった国々の教育制度を平準化しているところがあります。それと地域共通の資格・認証組織というものもありませんので、各国に独自の受入要件が課せられています。場合によっては現地語を必要とすることが大きな障壁となっています。また、さらに受入国の試験を受け

なければならないところもあるということです。そういう意味では、特にASEAN域外に流出している人が多いことを見ますと、ASEANのMRAの優位性や付加価値が十分によく分からないということがあります。そして、専門職教育の水準向上及び登録・承認制度の強化に対する取組みと、人材の移動・流出に伴うリスクへの考慮との間に矛盾が生じているという状況にあります。それぞれの国における国内の人材マーケットに他のASEAN諸国からの流入をできるだけ抑えたいというような力学も働いているということがあります。

次に、実際のASEAN域内の看護師の移動に関するデータというのは、十分に開示されておりません。それによってMRAがどのくらい域内移動を自由化しているかということの判断は、なかなか難しいところがあります。入手可能なデータからは、ASEAN域内から域外へ、域外から域内への移動の方が、ASEAN加盟国間の移動より頻繁であるということです。特に中東諸国との関係で、そういったことが見られます。また、看護師が移動先でダウングレードして就労している場合や、看護師の資格を持ちながら、看護師としては仕事をしていないという場合もあるということになりまして、そういったケースに関しては十分な情報がなく、限界があるということです。

以上で発表を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

II

MRA（相互承認協定）と看護人材に係る制度整備に関して ～カンボジア・ベトナムを中心に～

国立国際医療研究センター（NCGM） 国際医療協力局 松岡 貞利

MRA(相互承認協定)と 看護人材に係る制度整備に関して ～カンボジア・ベトナムを中心に～

12月7日
国立国際医療研究センター 国際医療協力局
松岡 貞利

私からは、カンボジアとベトナムの事例をお話しします。先程、勝間先生からお話がありましたように、看護人材が ASEAN 域内で自由に動けるような枠組みができました。では、そこにはどんな問題があるのか、その問題を解決するためにどういったことを ASEAN 諸国がやっているのかをこれからお話しする予定です。私の発表は、MRA（相互承認協定）と看護人材に係る制度整備に関して、カンボジアとベトナムを中心に話したいと思います。

背景

- アセアンMRA: サービス貿易自由化の一環
- 熟練労働者: エンジニア、建築、会計、観光、医師、歯科医師、**看護師**
- 看護サービスのMRA: 2006年締結
- 看護師の移動の円滑化⇒加盟国間での法的枠組みの統一化(看護人材の質の担保)
- 過程や関連要因に関する先行研究は限定的

背景につきましては、先程、勝間先生の方からご説明があったので簡単にお話しします。ASEAN における MRA は、サービス貿易自由化の一環です。サービスを提供する熟練労働者が、域内で自由に動けるようにしていきましょうということですが、今日は看護師に焦点を当ててお話ししていきたいと思います。

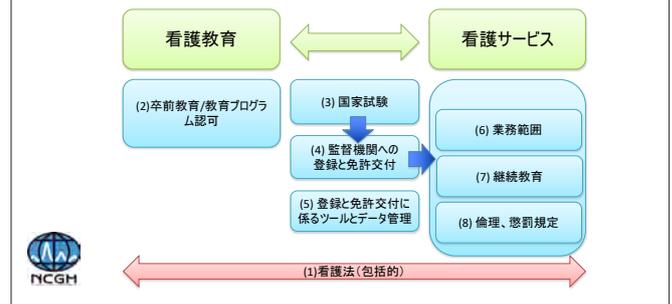
看護サービスの MRA 制度は 2006 年に締結されており、ASEAN 域内で自由に看護師が動き始めるようになってくるわけです。そこで問題となってくるのは、加盟国の看護師の質が均一化されていないということです。看護師さんのレベルを合わせていきましょう、人材の質を担保していきましょうということが大事になってくるわけです。何をしなければいけないかと言うと、加盟国間での法的な枠組みの整備、統一化、標準化です。その枠組みを作っていく過程や、過程に影響を与えた色々な要因があるのですが、実はそれがきちんと研究されていなかったもので、我々の方で研究として取りまとめてみました。

目的

- カンボジアおよびベトナムにおける2000年以降の法的枠組みの整備過程を記述する
- MRAを含め整備過程に影響を与えた要因を明らかにする

目的ですが、1点目は両国間における 2000 年から 2017 年までの法的な枠組みの整備の過程を記述すること、2点目はその整備過程に何が影響を与えたのかという要因を明らかにすることです。

保健人材の質担保のための法的枠組み



法的枠組みとはいったい何なのかというと、国際看護協会が

提唱している法的枠組みです。まずは保健人材の質を担保するために、卒前教育の認可プログラムが必要です。そして看護学校を卒業した人達が、きちんとした技術や知識を身につけているかどうか、卒業試験や国家試験でアセスメントすることが大事です。試験にパスした後は、監督機関に登録する登録制度、そして免許交付制度が必要です。監督機関とは、日本で言うところの厚生労働省に当たるかと思えます。それから臨床の現場で働き始めたら何でもやっていいわけではなく、業務範囲が必要です。そして、技術や知識を維持または向上（アップデート）していくために、継続教育が必要です。それから何か悪いことをやってしまった時には、懲罰する規定が必要です。この青いブロック全部を下支えするような、包括的な看護法が必要です。1から8まで、この8つの主要規制全部を合わせたものが法的な枠組であり、重要だと言われています。

方法

データ収集:

- 政策文書、法律、規制(ベトナム、カンボジア)
- 論文、報告書等(英、越、クメール語)
- 関係者への聞き取り

データ分析:

- 年表作成(各国の規制整備の進展 2000-17)
- 規制フレームワーク(改変版)をもとに分析
- Data triangulation(年表、論文/報告書、質的データ)で妥当性の確認

研究の方法です。データは収集された、各国の政策文書、法律、規制、それから査読付きの論文、いわゆるグレイ・リテラチャーと言われている報告書です。それから、カンボジアだけではなく関係者への聞き取り調査も行っています。分析としては、各国の規制の整備状況について年を追って作成した年表と、先行研究で使われた規制フレームワークをASEANのコンテキストに合わせて改変したものを基に分析しております。それから作った年表、集めた論文や報告書、カンボジアに関しては集めた質的なデータ、これらをトライアングレートすることによって我々の解釈の妥当性を確認しております。

方法 (続き)

Table. 1 規制フレームワーク

No.	規制	STAGE 0	STAGE 1	STAGE 2	STAGE 3	STAGE 4
1	看護法	Key issues of legislation are not identified.	Consensus among stakeholders around whether a new legislation or amendments to existing legislation are needed. Legislation drafted with stakeholders.	Legislation approved and publication of the legislation. Dissemination of the legislation to and provision of trainings for implementers.	Implementation of the legislation.	Monitoring and evaluation of compliance and impact. Review and revision of the legislation according to regional or global standards.
2	卒前教育/教育プログラム認可	無い状態	必要性の認識、策定	実施開始	定期的実施、標準化	世界標準レベル
3	国家試験	National competency standards are not available.	National competency standards are being developed.	Examination or assessment content meets national competency standards.	An examination or assessment process is in place for initial registration and licensure.	Examination content aligns with global guidelines or regional competency standards and is updated regularly.
4	監督機関への登録と免許交付

規制フレームワークと申しましたが、どんなものかと言いますと、先程8つの主要規制がありますとご説明しました。包括的な看護法から卒前教育の認可制度、国家試験などがあります。8つすべてを示すのは多すぎるためスライドでは4つまで載せています。一番左の列に規制があり、一番上の行に STAGE 0 から STAGE 4 までの5段階が示してあります。例えば卒前教育認可プログラムですと、STAGE 0 では認可制度が全く無い状態です。次は認可するのが重要ですよと必要性が認識され、策定されるのが STAGE1 です。定期的実施されるようになると STAGE 3、グローバルスタンダードに合わせて学校の認可をやっていますというのが STAGE 4 といったように、他の主要規制に関しても全く無い状態からグローバルスタンダードまでという段階的な内容になっております。このフレームワークを使って分析しました。

2000年以前の各国の状況

カンボジア:

- 紛争・大虐殺⇒保健人材の危機的な不足
- 政治的安定と経済成長
- アセアン加盟(1999年)

ベトナム:

- ドイモイ政策(1986年)⇒社会・経済状況の改善
- アセアン加盟(1995年)

結果に入る前に、この研究は2000年から2017年の法的な整備過程を見ているのですが、この2カ国における2000年以前の状況はどうだったかをお話します。

カンボジアでは皆さんで存知かと思いますが、1975年から1979年はポルポト政権のクメール・ルージュ時代で、大虐殺がありました。国民の3分の1にあたる約170万人が殺されたと言われております。それで保健人材は、危機的な不足に陥りました。1990年代の後半になって政治的な安定が訪れて経済成長を遂げ、1999年にASEAN加盟国となりました。

ベトナムに関しては、1975年にベトナム戦争が終わり、79年にカンボジアに侵攻してポル・ポト政権を倒すのですが、国際的な批判を浴び、経済制裁を受けて経済状態が非常に悪くなりました。ですが、86年にドイモイ政策を導入して社会経済状況が復活し、95年にはASEAN加盟になるわけです。両国に共通して言えるのは、戦争を経験し、政治的な安定が訪れ、経済成長を遂げているということです。

カンボジアとベトナムにおける看護人材法的枠組み整備過程

No.	規制	国	年																	
			ASEAN MRA署名																	
			2000	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17
1	看護法	カ	S0																S1 S2	
		ベ	S0								S2		S3							
2	卒前教育の認可	カ	S0						S1 S2											
		ベ	S2							S3 or 4										
3	国家試験	カ	S0											S1 S2					S3	
		ベ	S0											S2						
4	監督機関への登録、免許交付	カ	S0						S1 S2										S3	
		ベ	S0							S1		S3								
5	登録と免許交付に係るツールとデータ管理	カ	S0						S1											
		ベ	S0										S1							S2
6	業務範囲	カ	S0		S1													S2	S3	
		ベ	S1				S3													
7	継続教育	カ	S0																S1 S2	
		ベ	S0							S1		S2								
8	倫理、懲罰規定	カ	S0																S1	
		ベ	S0										S1							

S0: 無い状態
 S1: 必要性の認識、策定
 S2: 実施開始
 S3: 定期的実施、標準化
 S4: 世界標準レベル



その歴史的な背景を踏まえた上で整備過程がどう変わっていったのかというところですが、この図が表すのは、看護人材法的枠組みの整備過程です。2000年から2017年までです。左に主要規制8つがあり、包括的な看護法から倫理、懲罰規定まであります。国は、カンボジア（図内の「カ」）とベトナム（図内の「ベ」）です。2000年の赤い色はステージ0、要は主要規制がほぼ無かったということです。それが、必要性が認識され、実施されるようになって、3まで定期的にやれるようになってきたものもあります。2006年にASEAN MRAが署名されています。署名後すぐに何かが起こっているというよりは、ここから数年して、我々は「Incubation period」と言っていますが、潜伏期間のような感じでそれぞれの加盟国が準備していたと考えられる期間で、その後、少しずつ段階（ステージ）が上がっているような状況です。

経済成長、民間セクター台頭

No.	規制	国	年																	
			ASEAN MRA署名																	
			2000	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17
1	看護法	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
2	卒前教育の認可	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
3	国家試験	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
4	監督機関への登録、免許交付	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
5	登録と免許交付に係るツールとデータ管理	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
6	業務範囲	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
7	継続教育	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
8	倫理、懲罰規定	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3

カンボジア:

- 民間の看護学校数: 1校(2003年)⇒12校(2016年)

ベトナム:

- 看護学校数: 70校(2005年)⇒150校(2015年)

「民間の教育機関が数年で急激に増えた。教育の質に関する懸念が高まり、保健省が認可制度を設置しなければならなくなった。」(開発パートナー3)



この整備過程に影響を与えた要因は何だったのかというところですが、まずは経済成長と民間セクターの台頭と考えております。先程も申しましたが両国とも経済成長を遂げました。そこで何が起きたかといいますと、カンボジアでは民間の看護学校が2003年に1校だったのが、2016年までに12校に増えています。ベトナムでは民間だけではないのですが、2005年の70校から10年後にはその2倍以上に増えています。そこで学校の質の問題が出てきました。これはWHOの方のお話ですが「民間の教育機関が数年で急激に増えました。教育の質に関する懸念が高まって、保健省が認可制度を設置しなければならなくなった」ということでした。この民間セクターの台頭がプレッシャーとなり卒前教育の認可をせざるを得なくなった。また同様の理由で国家試験もやるようになってきたという動きがあります。

医療サービスの質への関心の高まり



No.	規制	国	年																	
			ASEAN MRA署名																	
			2000	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17
1	看護法	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
2	卒前教育の認可	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
3	国家試験	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
4	監督機関への登録、免許交付	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
5	登録と免許交付に係るツールとデータ管理	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
6	業務範囲	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
7	継続教育	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
8	倫理、懲罰規定	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3

世界的な消費者意識の向上

医療事故

- 手術失敗、死体遺棄('13年ベトナム)
- HIV感染拡大('14年カンボジア)

悪評の広がり

「フェイスブックなどで看護師の患者に対する態度の悪さなどに関するコメントが目立つようになった。我々が倫理規定を策定しようとしたきっかけの一つです。」(中堅政府職員4)

「これら全ての出来事により、政治的コミットメントが強まり、医療者規制法を策定することになりました。」(開発パートナー3)

次のファクターとして、医療サービスの質への関心の高まりがあります。この2カ国に特化した話ではないですが、世界的に医療サービスの質への関心が高まってきました。消費者意識が高まってきた。自分にはちゃんとした質のサービスを受ける権利があるという意識が高まってきた。その意識を高めるのを、さらに後押ししたのは、医療事故などがあると考えます。例えばベトナムでは、2013年に医療資格を持っていない医療者が豊胸手術をして女性を殺してしまい、その死体を川に捨てた事件がありました。カンボジアでは、これもまた無資格の医療者ですが、注射針を使い回して270名の人HIVに感染したという事件がありました。それ以外にもSNSなどを通じて、

医療従事者の悪い態度などの評判が流されることも起こりました。これはカンボジアの中堅職員の話ですが、「Facebookなどで看護師の患者に対する態度の悪さなどに関するコメントが目立つようになってきた。我々が（8番目の）倫理規定を作ろう、作らなければならないとなったきっかけになりました。」とのこと。また、WHOの方の話ですが、これら全ての出来事、つまり先程の経済成長に伴う民間セクターの台頭や医療事故、SNSでの悪い評判の広がりといったことが、全部合まって政治的なコミットメントが強まり、それで医療規制法を作らなければという気運が高まった。医療規制法は包括的な図の中の看護法を含むものですが、2から8までを全部を含む包括的な法律を作るきっかけとなりました。

アセアンMRAと合同調整委員会の役割

No.	規制	国	年																	
			JASEAN MRA署名																	
			2000	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17
1	看護法	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
2	卒前教育の認可	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
3	国家試験	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
4	監督機関への登録、 免許交付	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
5	登録と免許交付に係 るツールとデータ管理	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
6	業務範囲	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
7	継続教育	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
8	倫理、懲罰規定	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3

• 2007年、合同調整委員会の設置

「現在保健省は、アセアンMRAの必要条件に沿うかたちで登録・免許制度を整備しているところです。」(政府高官1)



今までは国レベルの話をしてきましたが、次は ASEAN の地域レベルでの話になります。MRA というのは非常に大きいきっかけとなっていると考えます。カンボジアの保健省次官の話ですが、「現在、保健省は ASEAN MRA の必要条件に沿うかたちで登録・免許制度を整備しているところです」と言ったように、政府の高官がきちんと MRA の重要性を認識して現場を動かしている状況です。

それから 2006 年に ASEAN MRA が署名されましたが、その翌年の 2007 年に合同調整委員会が設置されており、各国の監督機関の代表者が集まって、定期的に各国の法的枠組みの整備状況をモニタリングし合う、どのように作っていくのかをお互い学び合う機会を設けていて、これが加盟国にとって非常に刺激になっていると考えています。

保健人材の質への関心の高まり

No.	規制	国	年																	
			JASEAN MRA署名																	
			2000	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17
1	看護法	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
2	卒前教育の認可	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
3	国家試験	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
4	監督機関への登録、 免許交付	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
5	登録と免許交付に係 るツールとデータ管理	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
6	業務範囲	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
7	継続教育	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
8	倫理、懲罰規定	カ ベ	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3

- 世界:**
- 世界保健レポート 2006: Working together for health
 - 世界保健人材同盟 (GHWTA) 設立(2006年)
 - 保健医療部門の雇用と経済成長に関するハイレベル関係会合(2016年)
 - 保健人材世界戦略(2016年)
- カンボジア:**
- Health Workforce Development Plan (1996-2005: 保健人材の増員), (2006-15: 規制 2&3), (2016-25: 規制 2-8)
- ベトナム:**
- Health Plan 2011-15 (規制 2, 4 & 5)



これまでは、ASEAN の地域レベルでの話ですが、次はグローバルなレベルで何が起きているかということ、保健人材の質への関心が段々と高まってきています。私の知る限りでは、保健人材に関心が高まってきたのが、2000年代の半ばです。ここに示す World Health Report が、Working together for health というタイトルで、WHO が保健人材は大事なのだ、きちんとしなければならないと言いだめたのがこの辺りからです。そして同じ年に、Global Health Workforce Alliance（GHWA）というものが出来ました。2016年には保健医療部門の雇用と経済成長に関するハイレベル会合があり、保健人材に投資をしていかないといけないのだと、ハイレベルなところで認識されるようになり、同じ年に保健人材世界戦略というものが出来ています。この10年くらいに、保健人材のパラダイムシフトが起きてきているということです。その中で国レベルではどうなっているかということ、カンボジアでは1996年から保健人材開発計画が出ています。先程も申しましたようにカンボジアの保健人材は量的に危機的な状況でしたので、人材の量を増やしましょうとなっていたのですが、2006年以降は質に関心が高まっています。それからベトナムも同様に質への関心が高まっている状況です。



国内のリーダー人材と開発パートナーの役割

No.	規制	国	年																		
			ASEAN MRA署名																		
			2000	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	
1	看護法	カ ベ	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S1 S2	S1 S2	
2	卒前教育の認可	カ ベ	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S1 S2	S3 or 4
3	国家試験	カ ベ	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S1 S2	S3
4	監督機関への登録、免許交付	カ ベ	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S1 S2	S3
5	登録と免許交付に係るツールとデータ管理	カ ベ	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S1	S2
6	業務範囲	カ ベ	S0	S1	S2	S3															
7	継続教育	カ ベ	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S1 S2	S1 S2
8	倫理、懲罰規定	カ ベ	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S0	S1	S1

- WHO、日、米、独、豪(カンボジア、越)
- 豪、加、韓の大学や協会(越)

文化的課題

「“思いやりのあるケア”とは“お情けのケア”ではありません。政府高官のある一人が“お情け”という意味に感じるので、倫理規定からこの言葉を削除するように言いました。」(教育機関関係者2)

調整と合意形成

「“思いやりのある”を残すために政府高官に1年間繰り返しお願いし続けました。」(中堅政府職員4)

「新しい法律について共通理解を得るために2年間協議を行いました。」(開発パートナー2)

最後ですが、どのような人達がどのように関わってきて、どのようにステージを押し上げてきたのかということ、やはり開発パートナーの役割が非常に大きく、両国においてWHOがリードしている状況でした。そして日本のJICA、USAID、GIZ、それからオーストラリア、この辺がこの過程を推し進めるのに貢献しています。それから、ベトナムだけに見られることですが、オーストラリア、カナダ、韓国の大学や看護協会が技術支援をしていました。

2006年にASEAN MRAが署名されて以降、少しずつステージが上がってきているのですが、簡単に進んできたわけではなく、様々な苦勞を抱えて涙ぐましい努力をしながら進んできています。色々な課題があったわけですが、その1つが文化的課題です。具体的に言いますと言語的な課題です。欧米の色々な規制を参考にし、翻訳しながら自分たちの国のコンテキストに合わせて規制を作ってきているのですが、翻訳をしても簡単に自分の国の言葉、ここではカンボジアのクメール語に適切な言葉があるかということそうではないわけです。例えば「思いやりのあるケア」ですが、英語では「Compassionate Care」と言いますが、「お情けのケア」ではありません。慈悲のケアではありません。どうやらクメール語に訳してしまうと「お情けのケア」となってしまう。政府高官のある一人が「お情け」と感じるので、倫理規定からその言葉を外せと言ってきたらしいのです。ですが、Compassionate Careというのは、カンボジアの看護師にとっても大事だということで、中堅官僚が「このCompassionate Careは倫理規定に絶対に入れたい」と1年間お願いし続けました。この中堅官僚だけが1人でやったわけではなく、ドナーやパートナーを巻き込んで、一緒にこの政府高官を説得し、ようやく入れることができました。非常に涙ぐましい努力をしています。ここに開発パートナーの話として「新しい法律について共通理解を得るために2年間協議を行いました」と書いてありますが、調整と合意形成を繰り返して、段々とステージが上がってきていることが分かっています。

考察

- 多くの主要規制で大きな前進
- アセアンMRA、合同調整委員会は重要な節目
- 医療サービスの質・安全性への関心の高まり⇒政治的コミットメント増大
- 卒前教育の規制(規制2)⇒包括的看護法(規制1)
- 国内のリーダー人材、開発パートナーによる調整と合意形成
- 合同調整委員会の役割
- 看護人材のキャパシティとリーダーシップの問題
- アセアン域内での限定的な看護人材の移動

まとめです。今見てきたように、8つの主要規制が大きな前進を遂げていることが分かりました。そこに影響を及ぼす ASEAN MRA、合同調整委員会の設置が重要な節目であっただろうと考えています。それから、医療サービスの質や安全性への関心の高まりが、政治的なコミットメントを増大させたと考えます。やはり政治的なコミットメントが無いと、下はなかなか動かないというのが分かってきています。それから、整備過程の特徴として、日本人的な感覚ですと最初に包括的な大枠を作ってからそれぞれの細かい部分を決めていくのですが、民間セクターの台頭がありましたので、最初に卒前教育の規制をやってから、その後に包括的看護法が出来たという流れになっています。それから、ここに関わってきた人達、開発パートナーと国内のリーダー的な人達が涙ぐましい調整と合意形成を繰り返しながら進めてきています。これまで法的枠組みの整備はしてきましたのですが、それを定期的を実施するような、ステージで言うと3番目くらいになってくると、人材のキャパシティや、リーダーシップを取れる人材の層の厚さが両国とも足りないと思います。最後になりますが、元々 ASEAN の MRA というのは看護人材の域内での看護師の移動を自由にさせようといったところだったのですが、我々が知る限り、まだまだ限定的な状況だと考えています。

以上です。ありがとうございました。

III

カンボジアにおける看護リーダー人材育成の現状と課題

東京大学大学院医学系研究科 国際地域保健学教室 博士後期課程 虎頭 恭子

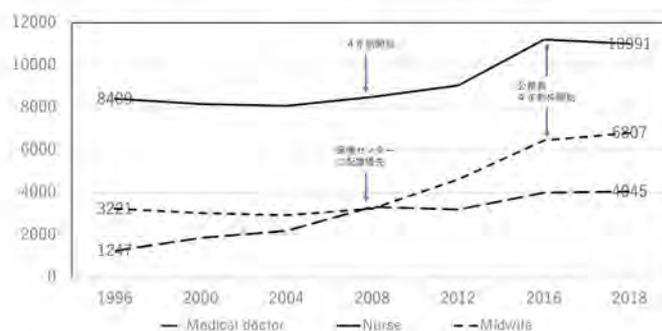
カンボジアにおける看護リーダー人材育成の現状と課題

2019年12月7日
 東京大学大学院医学系研究科
 国際地域保健学教室 博士後期課程
 虎頭 恭子

1. カンボジア看護人材育成の概況
2. 看護リーダー人材育成（ブリッジコース）評価
3. 中低所得国における看護人材育成モデル

MRAの影響を受けながら、カンボジアでどのように看護リーダー人材が育成されているかをお話しします。内容は、看護人材育成の概況と、看護リーダー人材育成に関する研究結果と、最後に中低所得国における看護人材育成モデルの提言です。

過去12年間の公的セクター保健人材推移（1996-2018）



Data source: National Health Statistics 2006,2008, Health sector progress in 2012,2016,2018 MOH, Cambodia

看護人材育成の概況です。カンボジアは1960年から70年代にかけて、凄惨な内戦の歴史を経て、当初生き残った医療職は少なく、特に医師は40名くらいしかいなかったと言われていました。これは、過去12年間の公的保健セクターの人数の推移です。1996年の段階で一番多かったのは看護師、次に医師、一番少なかったのが助産師です。カンボジアのMDGs達成のために、助産師の数を保健センターに必ず配置していくという政策がありましたので、この段階で助産師の数が急激に増えていることが見て取れるかと思えます。現在、公的セクターには約28,000人保健人材がおりますが、そのうち看護人材が43%、看護師と助産師を合わせて全体の70%くらいを占めています。カンボジア政府は、2020年までの目標として、人口1,000人あたり2人の保健人材の確保を目標としていますが、現段階では、医師、看護師、助産師を合わせて1.3人くらいまで増えています。

今回の発表に関係があるイベントとしては、2008年から開始しました4年制の学士看護師育成制度です。4年制の助産師育成も、少し遅れて開始しました。2016年からは公務員の4年制（学士）枠が開始しました。

看護師養成プログラムと公務員の職位

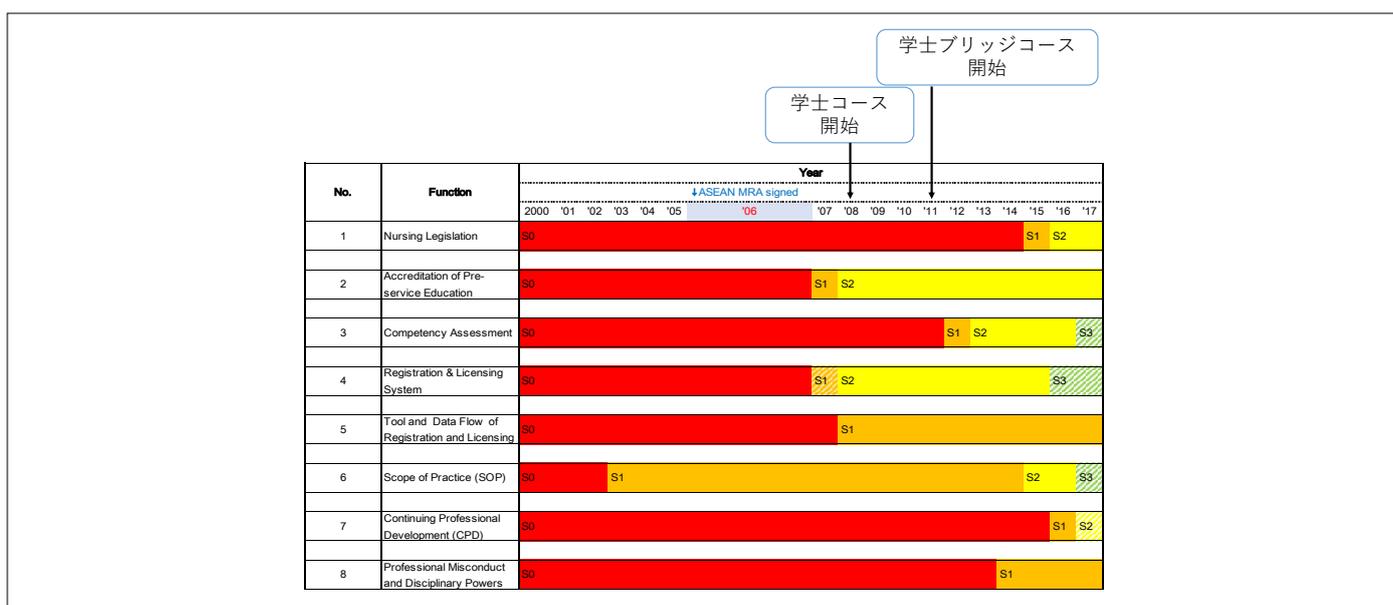
養成プログラムの種類	就学年限	養成プログラム数		公務員としての可能な職位**
		公立*	私立	
学士	4年	1	6	学士看護師か正看護師
学士ブリッジコース	2年	1	4	正看護師
3年制	3年	6	13	正看護師
3年制ブリッジコース	2年	4	0	正看護師

*公立は、首都のUniversity of Health ScienceとMilitary School、地方のRegional Training Centerが含まれる。

** 公務員採用枠は、4年制看護師（上級）・3年制看護師(二級)・初級看護師(初級)の3枠に分けられ、給与スケールが異なる。

看護師養成プログラムと公務員の職位です。現在カンボジアにある看護師の養成コースは、4年制の学士コースと3年制コースの2つです。3年制コースから学士を取得するために2年制のブリッジコース（編入学コース）があります。学士・ブリッジコース・3年制コースは、公立と私立の学校両方で実施されています。また、以前、初級看護師という1年間の教育を受けて看護師になるコースがありましたが、初級看護師が3年制の編入学をするためのブリッジコースが、2年間で実施されており、これは公立の学校です。

学位と公務員として可能な職位は異なっています。公務員になるためには、公務員試験を受けて、それぞれの職位を得る必要があります。職位は主に給与のスケールに関係します。学士もしくは学士ブリッジコースを卒業して、公務員試験で学士看護師となる人もいれば、正看護師になる人もいます。3年制コース卒業生は正看護師の職位のみ、3年制のブリッジコースを終了した初級看護師は、正看護師にアップグレードするか、初級看護師のままということです。実際、学士もしくは学士ブリッジコース卒業生が推定2,300人いますが、学士看護師の職位にある人は全体の13%くらいしかいません。



次に、看護リーダー人材育成に関する研究結果を発表します。これは、先程の松岡さんの発表にありました年表からカンボジアの部分のみを抜き取ったものです。2006年にASEAN MRA協定に合意し、ASEAN地域で働けるような看護師を育成するという一方で、保健

省が 2008 年から 4 年制の学士コースを開始しました。この段階で（国外の）学士コースを卒業している教員が全国に 10 名に満たないという状況でしたので、教員の能力強化というのが喫緊の課題でした。実際には、2011 年から学士ブリッジコースを開始しています。

学士ブリッジコース

国内ブリッジコース

- 2012年より開始、現在も継続（120名超が終了、約半分が看護教員）
- 学士カリキュラムで求められる看護研究及びマネジメントを中心とした47単位
- 週末を中心に2年間
- University of Philippine, Eiwa Women's universityによるサポート

国外ブリッジコース

- 2011-2015年
- 32名が卒業（40%看護教員）
- St. Luis College（タイ）で、16~18ヶ月履修
- タイ看護評議会に認定されたカリキュラム（78単位）
- 英語能力必須

学士ブリッジコースには、国内と国外のブリッジコースの2種類あります。国内ブリッジコースは、文字通りカンボジアの国内で勉強するもので、2012年から開始し現在も継続しています。保健省の推計によると、120名くらいが終了し、その半分が看護教員です。カンボジアの3年制コースと学士コースのカリキュラムの間でギャップのある、看護研究や看護管理を中心とした47単位を勉強しています。ほとんどの学生が仕事をしていますので、週末を中心に2年間のプログラムになっています。最初はWHOとUniversity of Philippines（マニラ）の支援で始まり、その後KOICAとEHWA Women University（ソウル）の支援に移り、現在はカンボジア国内の私立大学で実施されているようになっています。WHOとKOICAによる支援の特徴は、外国の教員がカンボジアを訪れ、カンボジア国立保健大学の教員と一緒にブリッジコースを提供しますので、カンボジア人教員の能力強化にも繋がっています。一方で国外のブリッジコースは、2011年から2015年にJICA保健人材育成システム強化プロジェクトで行われたものです。32名が卒業し、40%は看護教員でした。タイの私立大学（セントルイス大学）と共同で実施したもので、公務員が対象でした。全員が仕事を休み、1年半バンコクのキャンパスで勉強しました。カリキュラムはタイの看護評議会に認定され、看護研究や看護管理だけでなく、基本的な解剖生理や薬理も含めた78単位で構成されています。全ての授業が英語で実施されました。国内ブリッジコースも英語で実施されていますが、通訳が入って実施していますので、グループ間の英語能力には差があります。

学士ブリッジコースのインパクト評価

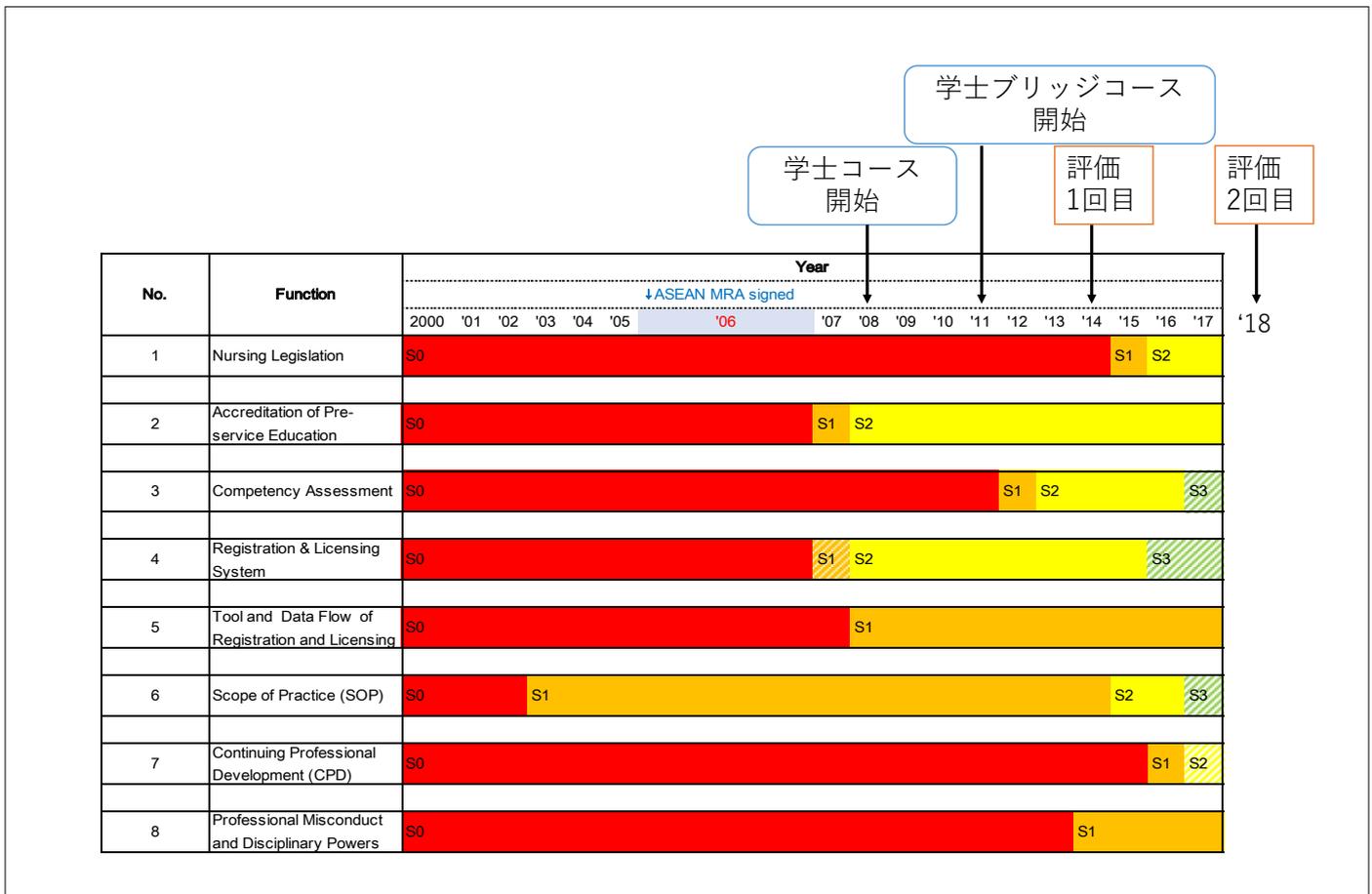
- 目的：ブリッジコースのインパクトをカークパトリック研修効果の4段階に沿って評価し、その関連要因を分析する。
- 研究デザイン：質的記述的研究
- 時期：1回目(2014年)と2回目(2018年)
- 対象者：国内外ブリッジコース卒業生とその上司

	ブリッジコース卒業生		上司
	国外	国内	
1回目	11名(教員) 9名(臨床指導者)	14名(教員)	9名
2回目	8名(教員) 9名(臨床指導者)	8名(教員)	11名

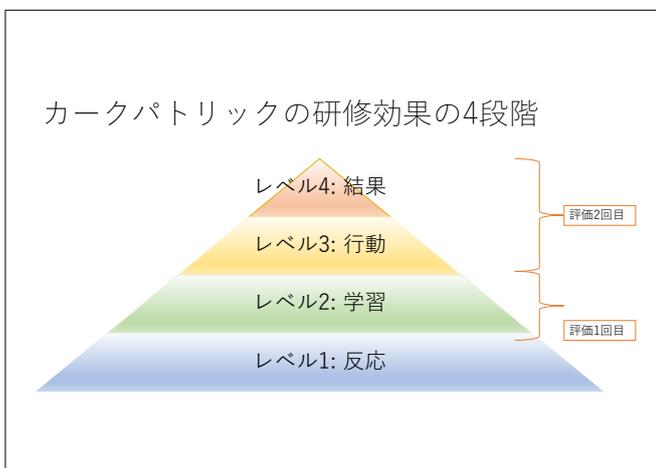
* 卒業生は、1回目と2回目参加者は同じ。上司は異なる人も含まれた。

学士ブリッジコースのインパクト評価は、カークパトリックの研修効果の4段階に沿い、その関連要因を分析しました。研究デザインは、フォーカスグループディスカッションとインデプスインタビューを使った質的記述的研究です。

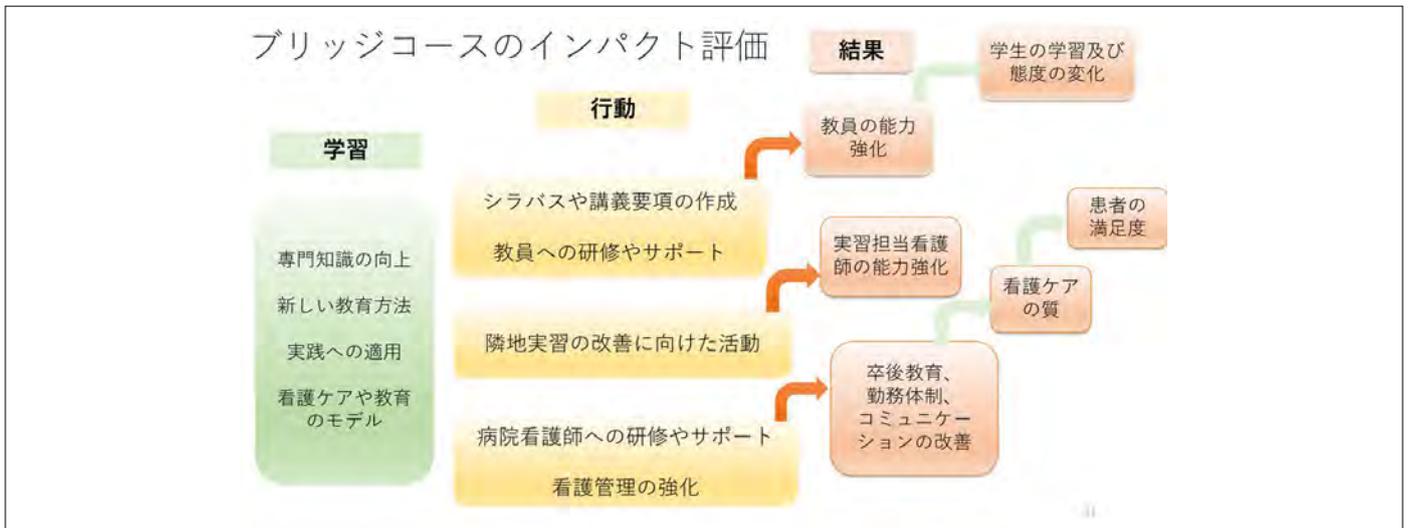
1 回目は 2014 年、2 回目は 2018 年に実施しました。対象者は、国内外のブリッジコース卒業生及びその上司です。国内ブリッジコース卒業生は教員のみ、国外ブリッジコース卒業生には、教員と臨床指導者が含まれています。1 回目のインタビューに参加者に、2 回目もインタビューしており、2 回目では参加人数が若干減っています。上司にはブリッジコースの卒業生達が所属している学校長、病院長や看護部長等が含まれています。



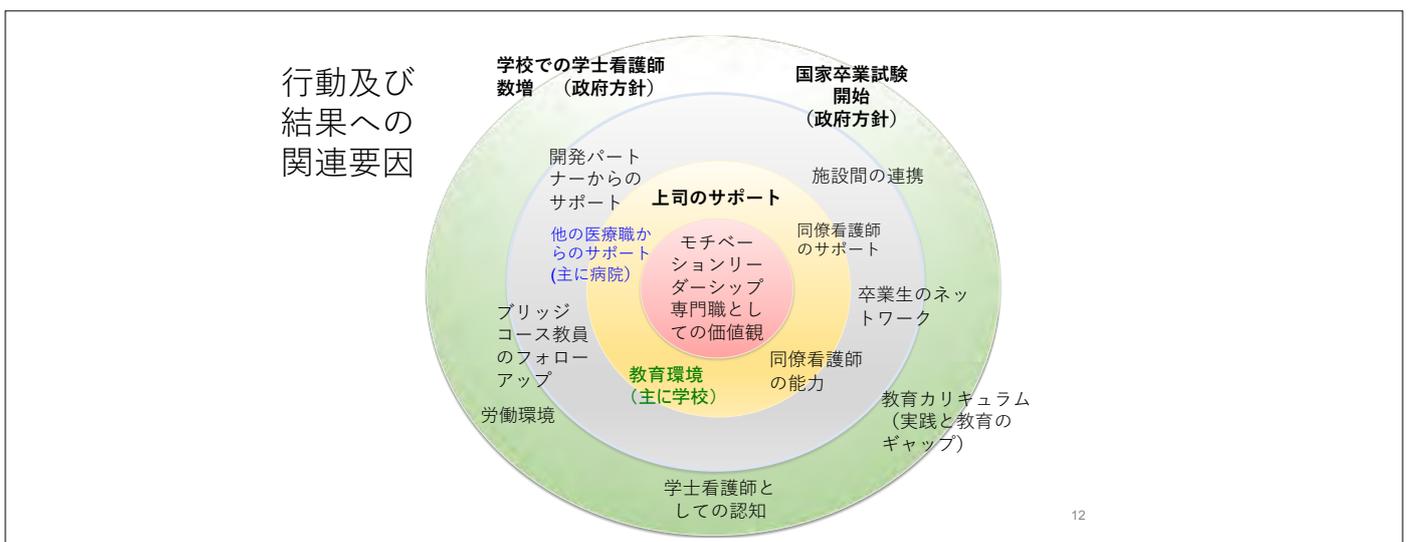
卒業生達は、1 回目のインタビュー時に、ブリッジコースを卒業して半年から 2 年が経過していました。2 回目は、卒業後 4 年から 6 年経過していました。



カークパトリックの研修効果の4段階評価というのは、研修の効果測定ツールとして、広く知られているモデルです。レベル1(反応)から4(結果)があります。研修後にアンケート等で「この研修はどうでしたか」と聞いたりするのが反応(レベル1)の評価です。プレポストテストで、研修の学習効果を測定するのが、レベル2です。その後、研修を受けた人達が学習内容をどのように行動に移し(レベル3)、実際の結果として残しているか(レベル4)を追って評価していくものです。なかなかレベル4まで評価している研修というの国際保健分野にはなく、その意味において、この研究の優位性はあるかと思います。今回は、1 回目の評価ではレベル2と3、2 回目の評価ではレベル3と4に関して、インタビューを行いました。



1回目の評価では、看護職として看護過程や高齢者ケア、地域看護というような専門知識の向上や、教員中心から学生中心の新しい教育方法の学び、(特に国外では)実際の看護実践を学び、看護ケアや教育のモデルを知ることが出来たという意見が聞かれました。2回目の評価では、学校でシラバスや講義要項を作成したり、他の教員への研修やサポートを実施したり、学校と病院の協働で臨地実習の改善に向けた活動をしたりしています。病院レベルでは、病院看護師への研修やサポート、看護部が無い病院が多数ですので、看護部の設立を含めた看護管理の強化を実施しているという行動レベルの意見が聞かれました。それらの行動を元に、学校では教員の全体、看護ユニット等の教員の能力強化に繋がり、それがひいては学生の学習や態度の変化を及ぼしていました。また、臨地実習の改善に向けて実習担当看護師の能力強化にも繋がっています。病院では、看護師への卒後教育、24時間シフトから12時間シフトに変えるというような勤務体制の改善、コミュニケーションの改善(看護師と看護師間、看護師と医師間、看護師と患者様間)に繋がっています。それらが看護ケアの質の向上に繋がり、看護師の態度が良くなっているという声が、患者の満足度にも表れているという意見が聞かれました。質的な研究ですので、因果関係の確認は出来ていませんが、1回目と2回目の評価で大きく変わったと思う点があります。それは、1回目の評価の時には、卒業生が学んだことを、自分の施設で広く展開したいという思いはありながら、それらを可能な個人レベルで実施するという段階でした。2回目の評価では、病院や学校といった施設単位で行動や結果に繋がるような変化が見られていたことです。これは、卒業後4から6年が経過したからこそできる、非常に大きなインパクトを確認できたと思います。



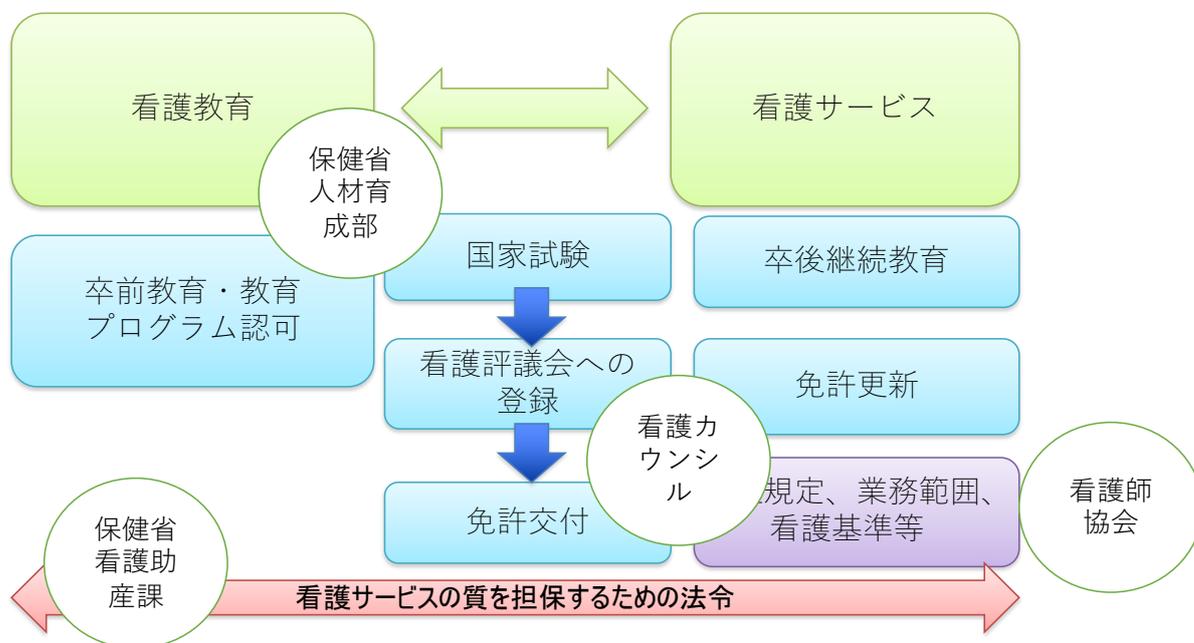
次に行動及び結果をもたらした関連要因について、ブロンフェンブレンナーの生態学的システム理論に沿って分析しました。これは、

人間の発達にミクロからマクロな社会環境が影響を与えるという理論です。まず、ミクロレベルとして、卒業生自身のモチベーションやリーダーシップ、専門職としての価値観が醸成されました。次のメゾレベルという施設内環境では、特に上司のサポートというのが大きく関連しているようです。卒業生のほとんどが昇進し、自分のやりたいと思っていたことを責任持って影響力を持って働ける立場になっていました。また、同僚の看護師や病院であれば医師からのサポートも関連要因です。これらは、促進要因にもなりますし、阻害要因にもなります。同僚の看護師の能力がまだ十分で無いとか、教育環境が十分に整備されていないといったこともありました。

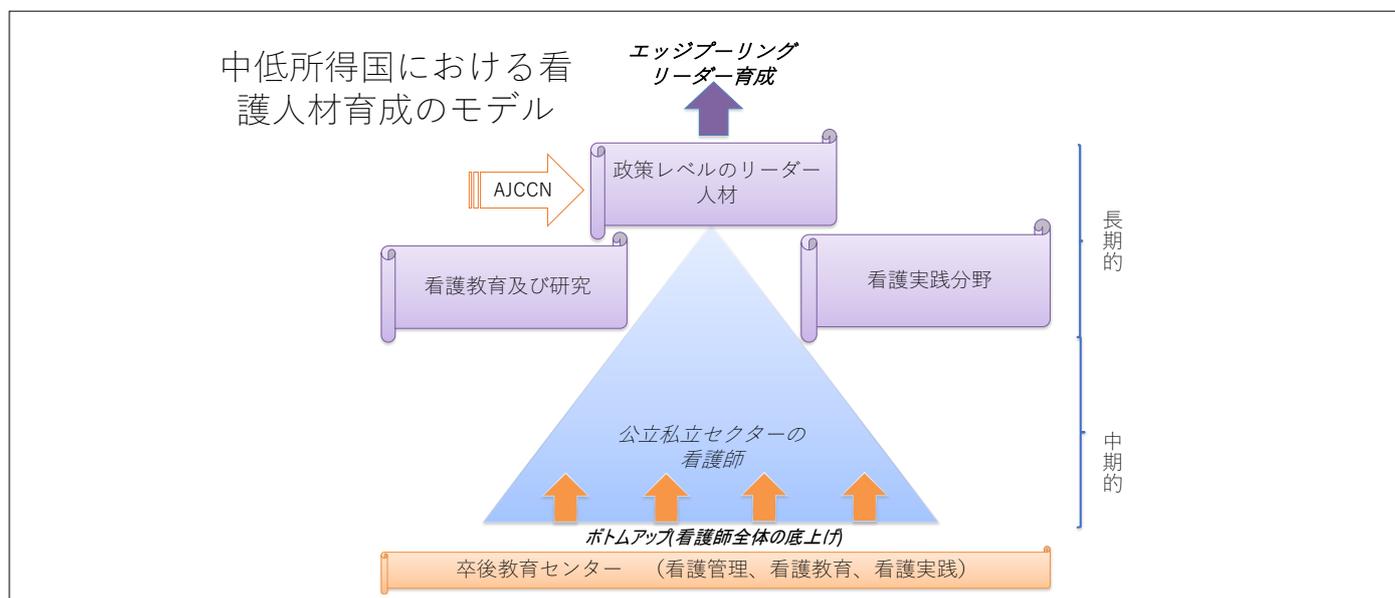
次が施設を超えたエクソレベルですが、施設間の連携がありました。卒業生のネットワークからは、余談になりますが2019年に看護協会が設立されました。さらに、開発パートナーからのサポートやブリッジコース教員のフォローアップが関連要因でした。

最後にマクロレベル、つまり保健省レベルでどのような影響があったかということです。学士及び学士ブリッジコースの卒業生を教育及び行政機関に優先的に配置するという保健省の方針がありましたので、2010年当初10名に及ばなかった学士を持っている看護教員数が、現在は68名、全体の24%くらいまで増えてきています。これは、同じような理解に基づいた人達が（学校で）仕事をする事が可能になり、同僚看護師のサポートを得て、チームとして動きやすくなる環境へと繋がっています。さらには2013年から開始しました国家卒業試験が、関連要因でした。学校で学習が結果として出ますので、学校長の取り組みが真剣になり、施設間の連携に繋がるという影響がありました。その一方で、カリキュラムが10年以上経って改正されていない、患者や学生に対しての看護師数が足りない、学士コースを卒業しても学士看護師として働けないという阻害要因が挙げられました。

看護サービスの質を担保するための法的枠組み



学士ブリッジコース等を通じてリーダー人材が育ってきています。そして、看護サービスの質を担保するための法的枠組みに関わるべき、全てのアクターが現在揃いました。看護サービスの質を担保するための法令等を策定し執行する保健省（病院サービス部）看護助産課、卒前教育や国家試験の実施を行う保健省人材育成部、免許登録・更新・継続教育に関わる看護カウンスル（評議会）、職能団体として倫理規程や看護基準等の監督及び教育を行う看護師協会、全てにリーダー人材が育ちつつありますが、数も質も限定されている状況です。



最後にこのような学びから中低所得国における看護人材育成のモデルを提言します。図の三角部分を看護師の集団全体と捉え、そのエッジを上げていくリーダー人材の育成と、全体の底上げを行うボトムアップのアプローチの双方が必要です。リーダー人材には、先程の4つのアクターに関わる政策レベルのリーダー人材、教育分野のリーダー人材、臨床等で看護実践分野に関わるリーダー人材が含まれます。これらは長期的に博士や修士課程、ブリッジコース等を含めた長期的な人材育成です。また、MRAの枠組みに位置付けられている合同調整委員会を通して政策レベルのリーダー人材をもっと育てていけるのではと考えます。ボトムアップには、卒後教育センターのような仕組みを通して看護管理・教育・実践に関わる継続的な教育で全体の集団が向上できるのではないかと考えています。

考察

- 人材の移動は、まだ見られない。が、ASEAN地域で通用する看護ケアをできるようになりたいという発言は聞かれている。
- ブリッジコースを通して、特に教育分野のリーダー育成が進んでいる。個々の能力強化に加えて、法的枠組みや規制整備の流れが、組織レベルでの教育およびサービス（一部）の改善を後押ししている。
- ただし、シニアオフィサーレベルの看護師は不足。臨床で看護管理に携わるリーダー人材及び政策レベルのリーダー人材が不足。特に後者はASEAN-MRA(AJCCN)の枠組みで支援が展開できるのではないだろうか。

まとめです。統計上は、ASEAN地域内への（からの）看護人材の移動というのは確認できていません。実際には、タイ国内やその国境で働いているカンボジア人看護師は多数いますし、タイ及びベトナム資本の病院でカンボジア国内で働いているカンボジア人看護師もいます。今回のインタビューの中でもASEAN地域で通用する看護ケアを出来るようにな、看護師を育てたいという発言は聞かれています。MRAに合意し、レベルを上げていくという目的のための学士及び学士ブリッジコースを通して、特に教育分野のリーダー人材育成が進んでいる印象を受けます。個々の能力強化に加えて、法的枠組みや規制整備の流れが組織レベルでの改善を後押ししているのではと考えています。ただし、政策レベルの看護師や病院での看護管理に関わるリーダー人材は不足しています。特に前者に関しては、先程述べました通り、MRA合同調整委員会のような枠組みを使つての支援が展開できるのではと考えます。

以上です。ありがとうございました。

IV

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

近畿大学 社会連携推進センター 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

近畿大学
安田直史

この研究は、今まで発表いただいたものと同じく国際医療研究センターの研究費をいただいて、ミャンマー人看護師のモチベーションや定着についての研究の中で出てきたものです。ミャンマーからシンガポールへ移住している看護師が結構いるということで、この問題を ASEAN 域内での MRA のコンテキストの中で検討してみたいということで予備調査をしたものの報告です。ですから、今までの報告のように研究としてまとまてはいませんが、良く言えば生の声をお届けできるということでお聞きいただければと思います。実際の移民と移住の様子をご報告したいと思います。

ミャンマーの看護：

- 英統治時代の法律、制度が長く続いた
- 長期軍政下の保健医療軽視による予算不足
- 施設の不足と老朽化、保健スタッフの不足、安い賃金による環境悪化と士気の低下、生涯教育・トレーニングの弱さなどが保健システムの弱さにつながっている。
- 国の自由化・近代化、経済活性化、市民の意識向上とともに不満、離職が増加しているという。
- 総人口約5,000万人、看護師数 約36,000人（医師約16,000）

ミャンマーの看護の状況ですが、イギリスの植民地時代の法律が、つい数年前まで続いておりました。しかも長期軍政の下で保健医療軽視のため予算が極端に削られていて、施設の不足

や老朽化、保健スタッフの不足、安い賃金による環境悪化と士気の低下、生涯教育・トレーニングの弱さといった保健システムの脆弱性が非常に問題となってきています。国の自由化、民主化の中で、今、非常に大きな変革の時期にあるわけですが、患者さんをはじめとした市民の意識は向上し、看護師に対して苦情も来るようになったということです。看護師はソーシャルメディアをかなり恐れているという状況もあるようです。ご覧のように看護師の数は、非常に少なく、離職もかなり多いということです。

シンガポールの看護：

- 高齢化による看護ニーズの増加で深刻な看護師不足
- 「看護師はシンガポール人に人気がない」
 - Registered nurseは専門技術職で最もローカル人の雇用が難しい職種
 - 「シンガポール人看護師は忙しくない開業医などを好む。そのため、多忙な急性期病院は外国人ナースで埋められる。」
- 外国人看護師により不足を補おうとしている。

翻ってシンガポールの方ですが、高齢化が激しく、やはり看護ニーズが増加していて、こちらも深刻な看護師不足の状況です。看護師はシンガポール人に人気がなく、プロフェッショナルな仕事の中でローカルな人を雇うのが一番難しいそうです。シンガポール人は看護師になってもあまり忙しくないクリニックや開業医で仕事をしたいと、急性の病院では働きたがらないということです。例えば有名な某国立のICUでは、40人の看護師のうち2人だけがシンガポール人で後の38人は外国人だと言われました。シンガポール人に魅力を感じてもらうために給料を上げるのではなく、外国人の看護師を安く雇おうとしています。

Singapore Nursing Board Annual report 2018

Table 1: Number of New Registrations/Enrolments for 2018

	Local*	Foreign	Total
Registered Nurse	789	1,390	2,179
Enrolled Nurse	245	339	584
Registered Midwife	21	6	27
Total Nurses	1,055	1,735	2,790

* Singaporeans and PRs

これは新しく登録された看護師の数ですが、Foreign Nurseの方が Local Nurseの方よりも多いという状況になっています。

シンガポールのRegistered Nurseの国籍

	2016	2017	2018
TOTAL	31615	32672	33614
Singaporean/Permanent Resident	21936	23063	23835
Malaysian	2230	2237	2365
Chinese (PRC)	955	654	566
Filipino	4942	5115	5181
Indian	544	573	569
Myanmar	742	793	840
Others	266	237	258

Foreign Nurseの国籍ですが、フィリピン、インド、マレーシアが多いですが、ミャンマーは3番目に多い国となっているようです。先程のミャンマーでの看護師不足と合わせて考えると、これは非常に問題であると思います。

シンガポールで勤務経験のある
ミャンマー人看護師7人からの聞き取り

そういうわけで、シンガポールで勤務経験のあるミャンマー人看護師、今、仕事をしている人も含めて7人からの聞き取り調査を行いました。

2つのタイプの外国人看護師

- 外国で教育された看護師(Foreign trained nurses) :
 - 2000年頃から増加
 - まず受け入れ先の施設が決まれば、そこを通じて
 - 看護助手として採用され、老人ホームで数年働いた後（多くは2年の契約）、試験を受けてEnrolled Nurse → Registered Nurseに昇格
- 高卒生を看護学生として採用し養成する :
 - 近年の傾向（2005年頃～）
 - シンガポールから採用ミッション
 - 看護専門学校の学費と生活費をシンガポール政府が支給
 - 卒業後はRegistered Nurseとして主に急性期病院で採用（ただし6年間の義務）

実は2つのタイプのミャンマー人看護師がシンガポールで働いています。1つはミャンマーで教育された Foreign trained nurses です。シンガポールの病院と交渉して、受け入れ先が決まれば書類審査で Registered Nurse として受け入れられるらしいのですが、現実的にそれはほとんどないとのこと。あるいは、直接試験を受けて Enrolled Nurse として採用される看護師です。もう1つは、主にエージェントを通じた場合、老人ホームで看護助手としてスタートするケースです。ダウングレードしてスタートして、2年の契約が終わった時点で試験を受けて Enrolled Nurse、さらに Registered Nurse へと昇格していくということです。他方、2005年くらいから優秀な高校卒業生をシンガポール政府が奨学金を出して、スポンサーしながら高等看護専門学校に受け入れて、シンガポールのカリキュラムによってシンガポールで看護師にするというのがあります。6年間の義務期間があるのですが、卒業したらすぐに Registered Nurse として働けます。これをやってしまうと先程から議論している MRA は全然関係ないことになってしまうのですが、こういうのがむしろ好まれているという状況です。

移民を選んだ理由

- 卒業後公務員を希望していたのに、募集がかからなかった
- 国内では職の選択も少なく、専門家としての成長の機会がない。
- 親に勧められた
- シンガポールからの求人広告が広く出回っているのを見て
- 収入がいいから（父母を助けられる）
- 専門職として自分を試したかった

看護師さんに聞いてみると、移民を選んだ理由は、ミャンマーの保健省からの募集がなかった、募集はしているがお金がないため、あるいは色々な問題があって採用されなかったなどで、

仕方なく外国に行った、親に勧められた。国内では看護というプロフェッションを極めようとしている人たちには物足りない、機会がないというようなことでした。非常にたくさんシンガポールから募集広告が出ていたそうです。そういうことで、一例ですが同期 60 人のうち、外国へ出たの 10 人から 20 人くらいというレベルだそうです。

ミャンマーで働く理由 (移民を選ばなかった理由)

- 親が公務員の仕事をすることを勧めた。
- 公務員なら安定しているし、評価もされる。
- もう年を取っているから、また訓練と試験を受けて外国に行くのはつらいから。でも若い人はトライしたらいいと思う。
- 自分個人の利益のためには外国へ行って働くのはいいと思うし、高い給料で家族も潤う。しかし多くのお金をかけて養成した看護師を失うのは国にとっては損失である。

ミャンマーに残っている人、働いている人に、移民を選ばなかった理由を聞いてみると、親から公務員が良いと勧められたということでした。安定していて、評価もされるからと。年配の人は、もう年をとっているから今更しんどいが、若い人にはトライして欲しいというような意見もありました。個人の利益のためにはいいのだけれど、養成のために国が投資しているのに国外に行くのは国にとって非常に大きな損失であるというような話も出ました。

シンガポールでの経験、感想

- 看護師として移民した例
 - 資格も経験も認識されない不満
 - シンガポールで看護学校を出た若いミャンマー人看護師が上になる不満
 - 看護がプロフェッションとして確立し、医師とも敬意を持った関係
 - 独立している分、シニアになると職責が重い
 - 患者とのコミュニケーションや医療習慣に慣れるのが非常に大変
 - 給料はいいが、生活費も高い
 - 永住権以外は専門職として尊敬され、処遇や社会の受け入れもフェア
- 看護学生として移民した例
 - シンガポール人学生よりよく勉強して優秀な学生が多い
 - 優れた教育を受けられたと思う。後で学士・修士もとった
 - 学生中に習慣や、言葉が身に着くので、仕事上やりやすい
 - シンガポール人とは給与や契約に違いがあるが、概ねフェアに扱われている

シンガポールでの経験を聞きますと、概ね非常にポジティブです。ミャンマーの看護師は資格も経験も全く考慮されないという不満、あるいは自分より若くて、シンガポールの看護学校を出た人が上司になってしまうという不満を訴えている人もいました。しかし、看護がプロフェSSIONナルとして確立し、医師とも敬意を持った関係であること、医師の助手ではなく、患

者を見て仕事をしていることが、シンガポールで非常に良い点だという話もありました。ただ、独立している分、シニアになると非常に職責が重くストレスが多いとか、患者とのコミュニケーションが大変だった、給料はいいが生活費が高かった、あるいは永住権を得るとなると非常に難しいということでした。それ以外は、看護師としての受け入れはフェアで生活もしやすかったということです。

看護学生として高卒でシンガポールに移ったミャンマー人は、シンガポール人よりよく勉強して非常に成績が良かったとか、優れた教育を受けられて良かった、シンガポールのやり方、言葉も風習も含めて学生時代に学べたので、実際に就職した時に馴染みやすかったなど、学生としても非常にフェアに扱われているという印象が多いです。

キャリア形成 --- ケース・バイ・ケース

- 入国時
 - 看護助手として始めた
 - 直接試験を受けて Enrolled nurse として始めた
 - Registered nurse として始めた例もある (?)
- 入国後数年経つと
 - 試験で Enrolled nurse → Registered nurse への道は開かれている
- 帰国・継続・欧米中東への移動の道
 - シンガポールに 10~20 年いる場合が多いが、永住権取得は難しい
 - 次の国へ移動する人もいる
 - ミャンマーに帰国しても一度辞めると公務員には戻れない
 - シンガポールの看護学校卒ではミャンマーで看護資格が承認されない

キャリア形成として聞いたのは 7 人ですが、非常にケースバイケースです。入国時に看護助手として始める人、あるいは Enrolled nurse として始める人、いきなり Registered nurse として始める人などがいます。いきなり Registered nurse になる人については、そういう例があったらいいという話を聞いたのですが、入国して数年経つとダウングレードして看護助手から始めても試験を受けて上がっていく機会はある。ただ Registered nurse になる試験は 2 回しか受けられない。2 回落ちると終わってしまうそうです。その後、大体 10 年から 20 年くらいシンガポールで生活して仕事をしている人が多いようですが、永住権は難しくなっているということです。さらに問題なのは、ミャンマーに帰国しても一度公務員を辞めると二度と公務員にはなれません。しかも許可を得て辞めていなければ、逃げていったという扱いで、非常に具合が悪いということです。シンガポールで看護学校を卒業した人は、今度はミャンマーでは看護師資格が承認されず、また試験を受けなければならないそうです。

看護師としての仕事の違い

- シンガポールでは
 - 職責 (Roles and responsibilities) が明瞭
 - プロフェッショナルとしての確立。成長の可能性。
 - 医師との関係は尊敬があり、チームとして自覚・信頼
 - 残業、仕事とプライベートの区別がはっきりしない
- ミャンマーでは
 - 看護師が少なく忙しすぎるので、きちんとした看護ができない
 - 看護師の職責が不明瞭
 - 医師の個人助手 (カバン持ち、掃除、お茶汲い・・・) の様

看護師としての仕事の違いを両国で比べてみると、職責がシンガポールの方は明瞭で、やる事がはっきりしています。ミャンマーの方は決まっていなくて皆が言っていました。プロフェッショナルとしての確立が全然違うし、成長の可能性も違う、ミャンマーでは忙し過ぎてまともな看護が出来ないと言っていました。医師との関係は、ミャンマーの場合は個人助手みたいな感じで、カバン持ちから料理やお茶を煎れるまでやらされ、それはもう沢山だと言っている人がいました。シンガポールではチームとしての自覚、信頼があるとのことでした。

余談になりますが、シンガポール人の看護師で、シンガポールからオーストラリアに移住した人の話では、ちょうどこれと同じように、シンガポールの場合はこうだけどオーストラリアはもっとしっかりしているというようなことを言っていました。追っていくと非常に面白いなと感じました。

看護教育の違い

- カリキュラムはほとんど違わない
 - ミャンマーでも看護大学の授業はすべて英語
- 病院実習が違う
 - ミャンマーでは病院の看護師の負担になり、指導されない
 - シンガポールでは専任指導教官がいて丁寧な指導
- 実技実習が違う
 - ミャンマーではいきなり患者さんを対象
 - シンガポールではマネキンや訓練機材が豊富
- 「ミャンマーがそれほど劣っているとは思わない」 (ミャンマー卒)
- 「シンガポールの方がずっと優れている」 (シンガポール卒)

教育に関しては、カリキュラムとしてはあまり違っていません。ミャンマーの大学は全て英語でやっていますので、その点は同じです。ただ、病院実習が違います。ミャンマーでは普通に仕事をしている看護師についてやるのですが、彼女自身が忙しいので放置されて指導されない。シンガポールの場合は専任の教員がついて、丁寧な指導を受けます。専任の教員はもちろんその分のお金をもらっているという状況です。実技実習も違っ

ていて、ミャンマーではいきなり患者さんを対象にするのに対し、シンガポールではマネキンや実習道具が豊富です。ミャンマーで卒業した人は「ミャンマーの看護教育がそれほど劣っていると思いません」と言うのですが、シンガポールで卒業した人は「やはりシンガポールの方がずっと素晴らしい」と言います。この辺は全然裏を取っていませんので、客観的なものではなく、自分の経験を語っているのだと思います。

ケース 1

- 40歳。ヤンゴンの私立病院で勤めていたが、2002~2003年頃はシンガポールの求人広告が多かった。そのICUの看護師10人全員が応募した。
- 病院での採用が決まってから、試験を受け、Enrolled nurseとして採用。4年後に、また試験を受けRegistered nurseに。その間社会人大学院で看護学修士も取得した。
- 特にSenior registered nurseになってから、非常に職責が重く、ストレスが多い。しかし医師や他のメンバーも敬意をもって接してくれるし、プロとしてフェアに扱われているので、仕事の満足度は高い。
- シンガポールでミャンマー人の夫と結婚し、子供ができた。もともとはイギリスへ行きたかったが、結婚後母国に近いここで落ち着くことにした。
- 今の生活に不満は無いが、永住権を取れなければ子どもを公立の学校は受け入れてくれず、したがって授業料の高い私立になる。そうなるも帰国も考える。

2つだけケースをご紹介します。

1人目は40歳の方で、ヤンゴンの私立病院で勤めていたのですが、シンガポールの求人がすごく出回っていたので、そのICUナース10人全員が応募したという状況だったそうです。採用が決まってからEnrolled nurseとして採用されて働き始め、4年後にまた試験を受けてRegistered nurseになった。その間に社会人大学院に進み、Master of nursingも取得することができた。Senior registered nurseになってからはものすごく忙しくて大変で、責任が重く、オフの時でもSNSで追いかけて休む暇がない。ただ、ドクターとの関係、他のメンバーとの関係は非常に良く、フェアに扱われるので満足度は高いと言っていました。シンガポールで結婚して子供ができて、元々はシンガポールからイギリスに行きたかったが、結婚して家族ができることと実家が近い方がいいのでイギリス行きはやめてシンガポールに居たいということでした。子供が学校に入るとなると永住権がないと公立の学校に行けないので、コストの問題もあり、国に帰ることを考えないといけなかなとおっしゃっていました。

ケース 2

- 高校卒業後ミャンマーの看護大学へ入ったが、看護専門学校では政府の補助があって学費は無料で毎月2000円あまりの手当ももらえるが、看護大学は学費も生活費も自費で、卒業後は看護師の資格で給料も同じことに不満で1年で辞め、スポンサーシップでシンガポールの看護学校へ行った。
- 卒業し、Registered nurseとして働き始めてから、ミャンマーの看護大学時代の教員がシンガポールで看護助手として働いているのに出会い、ショックを受けた。シンガポール政府はミャンマーの看護資格を全く認めていない。しかし、フィリピン、マレーシア、インドの看護資格は認められる場合があるようだが、詳細は知らない。スポンサーシップでシンガポールのRegistered nurseになれば給料は2,300SGDであるが、ミャンマーで看護大学を出ていてもNurse aidなら1,200SGDにしかならない。ミャンマーの看護師は400SGDぐらい。
- 6年の義務を終えてミャンマーに帰ってきたが、ここで看護師をやる気はなく、ミャンマーの看護資格も取っていない。ビジネスを始めた。

2人目は、高校卒業後、ミャンマーの看護大学に入りました。ミャンマーには看護大学と専門学校がありますが、専門学校の方は政府の補助があって学費が無料で、毎月若干の生活手当ももらえるのに対し、大学の方は生活費も学費も全部自費で払わなければならない。そのくせ看護の資格は同じで、給料も同じで、多少プロモーションで将来に差が出ることがあっても、非常にアンフェアだということで、1年で辞め、シンガポールからのスポンサーシップでシンガポールの看護学校へ行くことにしたということでした。卒業してRegistered nurseになるわけですが、ミャンマーの看護大学にいた時の先生が看護助手としてシンガポールに来ていて、彼女に会った時に非常にショックを受けたとおっしゃっていました。シンガポール政府はミャンマーの看護師資格を全く認めていない、しかしフィリピンやマレーシア、インドの看護師資格は認めているようです。

実際、Singapore nursing boardを見ると、条件が揃えばRegistered nurseとして認めると書いてありますので、おそらくミャンマーの大学が認められていないということだと思います。給料は確かに7倍くらいになったということでした。6年の義務を終えてミャンマーに戻ってきたのですが、ここで看護師をやる気はないとのことでした。給料も安いし、第一、資格ももらえないしということで、ビジネスを始めたいということでした。非常に重要な人材を失っているということです。

考察

- 既に多くのミャンマー人看護師が外国へ出ている。
 - 看護大学は英語教育であることが影響
- シンガポールでは看護師輸入と看護学生輸入の二本立て
 - 後者がより好まれているようだ
- 移民看護師の満足度は高そうである
 - プロフェッショナルとしての成長、公平な扱い、収入の良さ
 - しかし永住権取得には国籍による差別
- シンガポールにおける国内看護師受給バランスが根本問題
 - 外国人導入により、給与下がり悪循環
- ミャンマー側に帰国者を受け入れる制度がない
- MRAを知るものは一人もいなかった。MRAの位置と役割はどこに？

まとめですが、ミャンマーはかなり閉ざされた国という印象があるのですが、多くのミャンマー人看護師、さらに医師も大量に海外に出ています。頭脳流出の激しい国です。看護大学が英語教育をしているというのが1つの要因になっているかと思えます。資格を持った看護師の輸入と、学生を輸入して看護師に育てる、いわゆる留学の2本立てで、自分のところのやり方で育てることを好むようになってきているようです。移民看護師の満足度は、その反面非常に高く、プロフェッショナルとしての成長の機会を得る公平な扱い、収入の良さがあります。ただ、永住資格については、国籍によって差別があり、ミャンマー人は非常に難しいという不満を抱えています。

シンガポールで自国の看護師がこれだけ少ないというのは、根本的な問題はそこにあるのだと思います。給料を上げることなく、看護師を増やそうという政策に問題があるのだと思うのですが、MRAで人材の自由な移動が可能ということから、難しい問題があるのかなと考えました。外国人を導入することで、給料を上げるところか下げるといった傾向にあります。

もう1つは、ミャンマー側の問題ですが、シンガポールで教育を受けたり、経験を積んでadvanced nursingを学んだりした人が帰ってきてても活かす場がないことです。ミャンマーが課題として考えなければならないと思うのですが、結構保守的と言いますが、そういう状況には至っていないということです。今回、インタビューした中で、さらに言えば元の研究で405人のミャンマーの看護師を調査した中で、1人もMRAというものを知っている現場の人はいませんでした。そういう意味では、MRAに関して確かに政策の話、地域の話、人材育成の話は聞いてきたのですが、まだまだ現場レベルでは知られていないです。シンガポールのように高校生を留学させてトレーニングしようということになると、骨抜きにされているようなところもあって、一度MRAの役割はどうなるのだろうと考えなければいけないのではないかなと思いました。どうもありがとうございました。

V

ディスカッション

座長： 藤田 則子（国立国際医療研究センター国際医療協力局）
水谷 真由美（三重大学大学院医学系研究科看護学専攻）

座長 皆様、今まで4つ続けてご発表があったので、質問や聞きたいこと、確認したいことがあるかと思えます。まずは1つずつ確認していきながら、MRAと看護人材の質、動きについて考えていけたらと考えております。

まずフロアの方からご質問等ありましたらお受けしたいと思います。どなたかいらっしゃいますでしょうか。

質問者1 貴重なご発表をありがとうございました。MRAの枠組みで、主要な法的規制が共有されることで人材の質が上がるというのは、とても素晴らしいことだと思います。一方で、法的規制が進んで、質を支えるものが出来たとしても、Brain drain（頭脳流出）が進んでしまうのではという心配がいつもあるかと思えます。実際そういうことに対しては、こちらの枠組みの中で、例えば調整委員会という中で、どのように話し合われているのでしょうか。それから、この枠組みを進めていくにあたって、WHOもパートナーの1つに入っているという話があったのですが、WHOは国際人材リクルートメントに関するガイドラインというのを作ってしまっていて、そことのバランスについてWHOがどのように考えているかをご存知でしたら教えていただけたらと思います。

座長 1つずつですね。MRAの枠組みの中でBrain drainをどう扱っているか、そしてWHOのリクルートメントの役割ということですね。勝間先生いかがでしょうか。

勝間 ご質問ありがとうございます。まずBrain drainですが、国によってかなり事情が異なります。フィリピンのように国家政策としてどんどん出稼ぎ労働者を外に出して、海外からの送金によって経済発展しようという国があります。そういった国は積極的に英語で教育していますので、大量に人材を育成して、サウジアラビアやシンガポールにどんどん送り込んでいくという政策をとっています。

他方、安田先生のご発表にあったミャンマーのように、まさにBrain drainという状況もあるかと思えます。相互承認に関しては、各国の大臣が署名して決まっています、1カ国で資格を取れば、ほかの9カ国で仕事は出来ると決まっています。

ただ国内的な要件はそれぞれの国が定めていて、結局今のMRAは自動的に登録されるというわけではなく、国によってはローカルの言語が必要になるとか、その国の国家試験を更に受けなければいけないというような要件を課すことによって、障壁を作るような国もあります。そういう意味では、ASEANの10カ国の中では、かなりいろいろな事情があり、現状はそれほど人材の域内流動が加速化されているわけではないということです。

MRAはASEANで今進んでいるわけですが、それ以前にEUの中でのMRAであるとか、北米、特にアメリカとカナダの間のMRA、そしてオーストラリア、ニュージーランドの間のMRAというものもあります。そういったところは、割と登録自体が自動登録となっていて、国内的な要件を課さないところもあります。あるいは、南太平洋の国々のように、自分の国の中に看護大学が無くて、例えば南太平洋大学で域内共通承認システムを作ってしまう、それによって共通人材としてプールするというケースもあります。ですから、ASEANの場合はそこまで自由化をやる場所まで踏み込んでないというのが現状だと思います。

次にWHOとの連携ですが、実はWHOと連携しているというよりは、むしろASEANの中の経済共同体を推進するエコノミストの人達のロジックで進んでいて、保健関係者の意見が十分反映されていないところがあります。ですから、あくまで経済統合を進めるということで、物、金、人の域内の流動性を高めるというロジックで進められていて、必ずしも保健、看護の質の担保をどうするかについて、十分な検討がなされているわけではないという事情があると思います。

座長 ありがとうございます。今のご質問に対して追加で何かございますか。よろしいでしょうか。

質問者2 今日は今までのざっくりとした話から踏み込んでいただいた看護と国際医療ということで、非常にナイスな企画だなと思います。最初に言われたかも知れないのですが、今回のこのセミナーが目標とするところは、例えばアジア健康構想でもっと日本に外国の看護の方をとということでやっていらっしゃるのか、それともなかなか難しいことをASEANで見ようということやられているのか、その辺りの最初の動機をお伺いした

いと思います。

それから、聞いているとなかなか難しいですが、MRA を作ったことで結果的に看護の質向上に繋がっているのではないかと思っただけですが、その辺りどう考えられているかお聞かせください。

あとは言葉の問題ですが、勝間先生や安田先生もおっしゃっていましたが、英語でやると受け入れ国が英語の国であれば良いが、そうでない時に本当に看護人材の域内移動というのが可能なのでしょうか。例えば日本であれば EPA で看護師と介護士を入れる時も、結局看護の方は日本語の壁があるので日本側の病院の方にニーズがないという状況があります。日本は看護協会がありますが、そういうところで ASEAN の中ではどのような感じになっているのでしょうか。それと、ミャンマーで Brain drain か、Brain gain か、Win-Win か、ミャンマー国内の看護師の失業率はどのような状況でしょうか。この間ベトナムの看護師は半分くらいが失業しているという話を聞いたので、ミャンマーもどのような状態なのか、特に失業率のデータがありましたら、教えていただけたらと思います。

座長 最初の質問はオーガナイザーの私達から。この研究は国際医療開発研究費の ASEAN MRA の看護人材開発制度構築政策作り及びその影響を調査研究するという研究班です。元々は日本 EPA が非常に大きな課題を抱えているというのは、皆さんご存知だと思いますし、この先どのような方向にどうやって向かっていくのだろうかというのがあると思います。日本の EPA 政策に対して、ASEAN の中で MRA という相互承認の動きが起きてきていて、どのような形で進んでいるのか、あるいは進んでいないのかを分析することによって、日本の EPA の政策に対して、何かフィードバックできないだろうかというのがそもそもの出発点でした。今回も日本の EPA に関して話をいただける方を探したのですが、なかなかご都合がつかなくてご参加いただけませんでした。もしフロアのどなたかで日本の EPA に関して、今回の ASEAN の MRA、ASEAN の域内移動、相互承認といったところを踏まえて、何かコメントがある方がいらっしゃれば、お話しいただければと思っております。まずは、ご質問にお答えをしていきたいと思っております。

まず1つは看護の質ということで、虎頭先生いかがでしょう。

虎頭 まず MRA の ASEAN の後発国、カンボジア、ラオス、ベトナム、ミャンマーまで含まれるかと思いますが、そういう国々が MRA にサインすることによって、法的に枠組み、規制が整いはじめて、基準を満たせるような看護人材を育てていこうという意味では、法整備と教育という観点でいけば、看護人材の質の向上に繋がっていると思います。

座長 枠組みとしてなかったところでは、枠組みを作っていく中で、当然、教育の質、人材の質を担保していくというのが大きな要素になってきます。ASEAN の中でも制度が出来ている国とまだまだ未熟だった国が MRA を経ることをきっかけに制度の整理が出来てきて、質の担保へと進んできたというのは、虎頭先生からの発表からもそうですし、松岡先生からの発表からも出てきたのかなと思います。いかがでしょう、松岡先生。

松岡 そうですね、MRA の最初の目的というのが、域内での看護人材の移動を自由にしようということだったのですが、それはそれほど叶っておらず、少なくとも先生（座長）がおっしゃるように質の担保には非常に大きく貢献しているのだろうと考えています。あとは、移動がなかなか上手くいかないのは、やはり言語の問題が大きいのだろうと思います。

安田 質に関しては、カンボジアやベトナムの話でも出ましたが、ミャンマーでも全く同じです。MRA が出来てからフレームワークは非常に進み、質の担保のための看護教育、あるいはコンピテンシーフレームワーク、生涯教育、そういうものが一気に進みました。そういう意味で、質を担保する仕組みは出来たのですが、先ほど発表しましたように看護師あたりの患者数が多くて、看護の質にそれが繋がっているかどうかというのは、別の問題だと思います。

質問者 2 ミャンマーの話についてですが、看護師は足りないというのは、本当にちゃんと把握されているのでしょうか。

安田 はい。では今の質問に続いてお答えします。失業率という言葉が当てはまるかわからないのですが、それは看護師の数全体がうまく把握されているわけではなく、実際に働いている看護師の数をなんとか把握しようとしているという段階です。問題は、看護学校を卒業して資格を取るのだけど、看護よりも他のところに行ってしまうという人が多くいるようです。そういう意味では、看護師はしていない、看護師を実際にやってない人というのがかなりいます。すみませんが、数字はないです。

それと、政府の看護師のポストの内の半分近くが空席という扱いになっています。それは給料を払うだけの予算が無いので、募集していないということです。先程も希望しているのに募集が無かったという話がありましたが、そういう意味では卒業して希望するけどなれない人がいる反面、看護師になったけど看護師をしたくないという人もいるというのが現状です。ですから、今の現場の看護師不足に対して、もし給料が上がるとすると国内には潜在的看護師はいっぱいいると思います。彼ら、彼女らが、今やりたいと思っているかどうかは、また別の問題な

のだと思います。

座長 あともう1点質問が、言語のことについてありました。

勝間 言語についてなのですが、私のプレゼンでも申し上げたのですが、ASEANとしての共通言語は英語と決められます。国連は英語、フランス語、スペイン語がワーキング言語で、それに加えて中国語、ロシア語、アラビア語という6カ国が国連公用語です。ASEANの公用語は英語1つに決まっています。要するにそれ以外に支配的な言語がありませんということで、ASEANの文書は全て英語に統一化されています。今、ASEANの高等教育での英語化がどんどん進んでいて、場合によっては、例えばタイのマヒドン大学であればタイの医師を育成するというよりは、ASEANの医師を育成するようになっています。そして英語で高等教育を受けさせて、域内の優秀な人材をこっそり集めていくというような戦略を取っています。そして医療ツーリズムを進行させて、タイのバンコクの空港に到着するとすぐに病院のブースがあるようになっています。そういう戦略をとっています。そういう意味では、熟練労働者に関して、資格を取ると他の9カ国において相互に承認されるという協定が取り敢えず結ばれていて、特定の分野においては、ほぼ自動的にどんどん認められます。例えばエンジニアや公認会計士などは、プライベートセクターで資格があればどんどん国境を越えて待遇の良いところに移っていきけるというような仕事とされているわけです。ですから、エンジニア、建築士、会計士、観光、医師、歯科医師、看護師といった、いくつかの熟練労働者のそれぞれについてMRAが結ばれていますが、それが人材のモビリティに進展している分野と、看護師のようにまだこれからという分野の両方に分かれています。それが今後どうなるかというのが課題と思っています。

ASEANとして目指しているのは、EUが1つのモデルになっています。例えば割と後発のEU諸国において資格を持った人がどんどんドイツとかに入ってくるというようなことが進んでいるわけですが、エコノミストはそこを目指しているところがあるかと思っています。それぞれの業界においては、それぞれの国の事情があります。あまり外から入ってこられると受給バランスが崩れて労働市場が混乱するということがあるので、慎重に国内的な要件を付けることによって留めている国もあります。シンガポールのように人が足りないからどんどん育成する、どんどん招いてくる、場合によっては高卒の人で優秀な人がいれば自分の国の大学で教育を受けさせたのちに国家試験で資格を取らせるといった国もあります。特にサウジアラビアなどは、ASEANの域外なのですが、それを積極的にやっているわけです。ASEAN諸国では、サウジアラビアを目指しています。看護師の

資格を取ると、サウジアラビアの次はヨーロッパ、アフリカというように、世界戦略の中に組み込まれて、どんどんホッピングしていくような人達がASEANの中で生まれていくということです。日本のアジア健康構想の中でMRAのことはほとんど議論されていないようなところがありまして、日本はどちらかという二国間のEPAで、必要なセクター、ケアセクターであるとか看護セクターに人を呼ぶというような発想をしています。こういうMRAのマーケットが作られる中で、日本のマーケットがそれほど魅力があるかと問われると、色々な障壁があり過ぎて、実は我々がいくらラブコールをしても来てくれない可能性があることも今後の課題だと思っています。

座長 ありがとうございます。ちょうど話が日本の方に移りつつあるので、フロアの中でどなたか、EPAに限らず、日本の看護職の置かれている教育、あるいは労働の質、環境も含めて日本に人材が移動する中で、日本としてどういう立ち位置、やり方を進めていくのがいいのか、常に考えていることだと思いますが何かご意見やコメントがある方がいらっしゃいますでしょうか。特に日本で看護教育、看護の実践に関わっていらっしゃる皆さんからのご意見がありましたら伺いたいのですが、いかがでしょうか。

発言者A 今日は多方面からのお話しをありがとうございました。私はインドネシアに関わっていますが、日本のEPAに関しては勉強していないのですが、お話を聞きながらASEANの1カ国であるインドネシア30年以上関わってきた中で、EPAが始まった時に本音では「え？なんで？」と思ったのです。

私は東インドネシアの貧しい地域にJICA等で入っていたのですが、まだまだ看護師が足りないじゃないかと思っていました。そんな時に何故日本が？と。数としては人口に対して10倍近く看護師の数が多かったと思います。なぜ少ないインドネシアから持っていくんだ、私たちがやって来た仕事はなんなんだと、向こうの看護教育をずっと支援して来たのでそれが本音でした。ですから、それ以来EPAには関わっていません。はっきり言うとEPAには反対でした。それとEPAを出すようになった1つの背景は、その当時の看護課長とも話したのですが、サウジにかなり送り出していたことがあります。同じイスラムの国ということで。そして看護師も向こうに行きたがった。メッカが近いからです。その当時2年に限って、彼女達も宗教的に非常に良い経験をして、言葉も問題なく、帰ってきた時には非常に良い仕事をしてくれたと言っていました。看護課長さんも反対しなかった背景としては、教育です。教育は先ほどお話にあったように、高度になり、学士教育になり、そして英語で教育を受けるといことで他の国に行きやすいのです。他の国も

取りやすい、大学も出ていて質も担保される。もう少し後にインドネシアでも大学教育が変わってきました。大学が非常に増加しました。プライベートな大学が増加してきたのですが、当時、インドネシアの看護師はほとんどがその公務員でした。ですが、いわゆる公務員は行政機関で働き、私立の病院やクリニックが少なかったものから、先程の失業者のお話のように、お金をかけて大学に行き、出たはいいが仕事はないという状況でした。仕事がないからどうしようという時に EPA があれば、それじゃあ海外に行って苦勞して、看護助手でもいいから働こうというところでした。インドネシア国内に仕事がないのです。特に大卒の看護師を雇うところが、インドネシアからはフィリピンみたいに多くは出ていないのですが、そういう背景がありました。当時の看護協会長がチラッと漏らしたのが、「向こうでかなり高いポジションにいた看護師が、日本ではナースエイドとして働かされていてショックだった」と。「あんなにインドネシアで質が高かった看護師がナースエイドなんだ」と漏らしたのです。私はそれ以上突っ込まなかったのですが、それぞれの国の背景がある中で、この問題が起こっている。政策レベルではこうだとか、大学教育としてはここまでいっていると言っても、その底辺では色々ドロドロした問題があるのだと思います。ですから私としては EPA に賛成できなかったのですが、それでも私はインドネシアの貧しい地域に入ってくれる看護師の質を向上させようと、大卒でなく、ブリッジコースでもいいからと、焦点を当ててやってきたわけです。お話を聞きながらインドネシアと比較して見た時に、もっともっと大きな流れの中で起こっていたんだと勉強させていただきました。ありがとうございます。

座長 他に、これに関わらず、ご質問もあればお願いします。

質問者 3 先程どなたかがおっしゃった WHO の Code of Practice との関連の継続的な質問です。医師、看護師といった医療従事者の偏在というのは、僻地と都市部、パブリックとプライベート、国内から国外への Brain drain とあると思うのですが、先程、勝間先生がおっしゃったマヒドン等は医師を ASEAN 域内から呼んできて、最終的にその人達はプライベートに流れて行って、メディカルツーリズムに貢献するということでした。将来的には、EU でも起きていような医師、看護師の域内での偏在が絶対に問題になってくるのではと思います。今は言葉の問題などで何もなくても絶対に起きてくるだろうと思われる事象に対して、何かしら各国の保健省、あるいは MRA のまとめ役をしている人達が、予防的なことを話し合い始めているのでしょうか。それは起きたら考える、しょうがないものであるということでしょうか。例えば今から 20 年後くらいにミャンマーの山奥で働く医療

者がいないということが起きるのが目に見える気もするのですが、その辺は今どういうことになっているのでしょうか。そこには、またどこかの国から人がボランティアで行くとか、看護師がボランティアで行くとか、そういう埋め合わせを永遠としていくのか、いかがでしょうか。

質問者 4 付け足してよろしいでしょうか。WHO のコードでは、一方的な移動ではなくて、循環型の移動が推奨されているのですが、今のお話だと多分より待遇の良いところという一方的な移動が推奨されているように思ったので、それに対してどのようにお考えかお聞かせください。あと、ホスト国の責任というのもコードの中で強調されていて、そのホスト国が送り出し国の教育の質に関わるようにというのがありますが、その視点もあまり今の MRA の仕組みの中では無さそうに思ったのですがいかがでしょうか。先程の質問と一緒に答えいただければと思います。

勝間 鋭い質問をありがとうございます。実はあまり答えがないのですが、ASEAN 事務局にも我々は訪問してヒアリングしましたし、WPRO や WHO の国事務所にも色々お話を聞いているのですが、WHO は ASEAN の進めることだからということで少し引いて見ているところはあるかと思います。ASEAN としては、特に経済統合を進める人達のロジックは、人も物もサービスも自由貿易がベストだと思っているので、必要なところに必要な人材が行けばいいという発想です。それによって Brain drain が起こることをどうするかとか、あるいは僻地医療をどうするかについては、エコノミストの人達は十分な配慮をしているとは思いません。やはり MRA というのは、あくまでも経済統合の一環として進められていて、それぞれのセクターの課題について必ずしも深く考えていってやるわけではないと思います。むしろ MRA は国内において、国内的要件を付けることによって、ある程度国内の事情に基づき、承認はするけど登録させるためにはこれだけの要件がありますよという匙加減があるのが現状かと思っています。ですから、タイのように ASEAN の中の高等教育のリーダーシップを取ると決めているようなところは、どんどん得意な分野で走っていくと思います。

それでは CLMV はどうなるのかと言われると、自分の国での看護教育はある程度限界があるということで、グローバルな看護師、世界を股に掛けるような看護師はタイに任せるとか、場合によってはそういう役割分担が起こっていく可能性は十分あるかと思っています。私自身は日越大学にも関わっていて、ベトナムは日本の協力を得て、英語による高等教育を進めているわけですが、修士プログラムの他に、これから学部も作り、ベトナムとしてはタイに負けてられないと思っているので、ベトナム

なりにこれから攻めるつもりでいます。ラオスに行くともた全然違って、ラオスは国内でもういいかというところがあるかもしれません。別の国にこの分野の高等教育をお任せして、帰ってきてもらうという条件付きで奨学金で学生を送り、国外で教育させる方針を出してくるかと思います。そういう意味では、得意分野において比較優位のあるところがどんどん進んでいく、後発国の中には場合によっては取り残される可能性というのも十分ある、起こり得ると思います。WHO においては、あまり議論されてないのではないかと思います。共同研究をしているチームの1人の山田順子さんが今 WHO でそこを見ていますが、議論はこれからということ。それが現状かと思っています。

座長 ありがとうございます。松岡先生何か追加でコメントありますか。

松岡 先程から、WHO のコードと言っていますが、これは WHO の Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel というもので、保健人材の国際雇用に関する規範です。どんなものかという、フロアの方からもご説明がありましたように Brain drain、要は特に低・中所得国から保健人材を積極的に雇用するのはやめましょうというものです。また、Brain circulation を促しましょうと書かれています。あとはホスト国の責任の話がありました。受け入れ国は外国人の保健人材に対して昇進の機会を同じように与えましょう、同じ給料を与えましょうとか、そういう権利を保障することが書かれています。ただ、規範は法的な拘束力がないので、必ずしもやらなければいけないというものではないですし、移動というのは個人的な意思でやるものですので、それを妨げるものでもないと書かれています。補足でした。

発言者 B 私も最後のプレゼンテーションしかお聞きできなかったのですが、元々看護師で、看護大学の助手を経て、その後 WHO の本部と地域事務所に8年いました。当時の経緯からの情報共有のつもりでお話するのですが、十数年前、本部には正職員 2500～3000 人と臨時職員を合わせて 4000～5000 人がいた中、看護師の資格を持っている職員が 11 人、幹部で 1 人、まして 12 人でした。そのグループで看護のことを Nursing and midwifery という部分でやっていた。私も資格を持っているということで、特に日本代表ということでなくメンバーに入っていて、委員会を月一でやる、勉強会をするというような程度の位置づけでした。2012年に Nursing and midwifery に廃止されまして、Human resource for health という人材を1つにまとめる部門ができて、その下に入りました。当時はやはり新生児の問題の方が大きいので、助産師関連のことがメインで

WHO はやっていたので、看護師には焦点が向かないまま部門が移りました。そこがコードを作ったという流れです。

最後のお話しか聞いていない状況で言うのも申し訳ないのですが、当時、話していた世界の概況としては、もちろん EU の方で既にこういった制度があって、アフリカからの移民の政策とも相まって相当の数の人材が行きたがりました。格差があるということで、最初の案はレジストレーションシステムを拡大してアフリカとも組もうかという話もあったのですが、反対も多くて、どのヨーロッパの国も認めたがらず、多くの議論がありました。あるいはアフリカにとっても、行った人材がかなり虐待に近いような、本当に酷いことをされる、アジアの場合と比較して想像を超えるような沢山の問題が起きていました。

それから、サハラ砂漠から南の方は本当に看護師がいなくなるという状況がかなり深刻で、WHO も入ってはいたのですが、結局こういった制度まで立ち上げて政策的に持っていくのは難しいということでした。それで、4、5年くらい前までの情報ですが、立ち上げたことは2つあります。1つは有志なのですが、ヨーロッパの看護大学部附属病院が多いのですが、そこアフリカの僻地とを提携させてオンラインで教育をしていくというもので、これは少しずつ広まりました。

もう1つは、教育自体についてです。来てくれた後にやはり相当の格差があるという問題がありました。特にアフリカです。東ヨーロッパ、西ヨーロッパにも色々問題はありました。それに関して、大学教育にはなっていなかったのですが、こういった内容は最低限教えましょうという共通のものを段々と整備していきましょと、教育内容を整備し出しました。この2つは成果と言えるかもしれませんが、それほど多くのことは nursing に関しては WHO はやっていないと思います。

座長 貴重な情報ありがとうございます。皆さんも情報交換をしたいと思いますが、次のセッションが迫っております。今日のお話の ASEAN MRA というのは、繰り返しになりますが経済原理で動いたものであって、その中で MRA を作っていったというものです。なかなか当時の思惑通りにいかないけれど、ASEAN の国の中で影響があったところもあり、特に後発国と言われる国での看護教育の質にはかなりのインパクトがあったのではないとも言えるかもしれません。とはいえ、先程のプレゼンにもありましたが、WHO の Region の分けと ASEAN の分けは別で、WHO も縦割りです。私も WPRO の人材会議に出たりしますが、タイやインドネシアの話は全然出てこないです。最近はそのとはいけないと WPRO と SEARO がつつくようになりましたが、それでもやはり ASEAN のやっていることはよく分かっていないところもあります。なかなか人材は難しい部分が多いと思います。

最後にせっかくですので、演者の皆さんに一言ずつ話をいた
だいて、このセッションを閉めさせていただけたらと思います。

勝間 時間も無いと思いますが、3点だけ。MRA というのは、ASEAN は後発でむしろ EU や北米、オーストラリアとニュージー
ランドというように進んでいます。そういう意味では、ASEAN
としては EU の上手いかわなかったことから学ぶことが必要かと思
い、我々、研究班としても今後 EU の先行例との比較というの
が1つあると思います。

2つ目は、WHO のテドロスさんがエチオピアの保健大臣の時
にインタビューに行ったことがあるのですが、エチオピアの医
者がどんどんヨーロッパに流れていったらどうするのかと言っ
たら、テドロスさんは「もっと医者育てればいい」とおっしゃっ
ていました。エチオピアは医学部をどんどん拡大して、自国が
必要とする数倍の医者を育てて、外に輸出するという戦略をと
ると言っていました。そういう発想をする人が今の WHO のトップ
にいます。

最後は Brain drain なのですが、やはり先程アフリカの人が EU
に行くということは、Brain drain なんですよ。だけど EU の中
での域内ムーブメント、あるいは ASEAN の中での域内ムーブ
メントにおいては、大臣同士が既に合意してしまっていることな
ので、国際機関として良いか悪いかは言えなくて、むしろネガティ
ブなことはどうやって減らすかが今後の課題かなと思います。

松岡 1点だけです。法律や規制を作ることって大事なのだなと
感じています。こういう研究に初めて関わったのですが、法律
や規制がないと官僚の人達は何も動けない。作ったら一気に動
き始めるというのが分かりまして、その大事さが良く分かりま
した。

虎頭 今回私も EPA の看護師さんたちがそれぞれの施設での教
育を中心に受けているということを初めて改めて知ったのです
が、どうしても日本に定着できない、帰らざるを得なかった方
達もたくさんいる中で、日本の看護現場を経験する人たちが、
ただの人材としてでなく、帰ったらリーダー人材になり得るか
もしれないという視点で見て、臨床の現場、教育現場、看護師
協会が、もう少し積極的に日本の看護の優位性という点からも
何か関わる道が見つけられないかと思っています。

安田 僕もこの分野は全然専門家ではなくて始めたわけですが、
おっしゃったエコノミストの理論で看護師の分布が決まるとい
うのは、おそらく市場の見えない手がなんとかしてくれるとい
うことなのでしょうが、そんなことには絶対にならないと思
います。今、UHC と言いつつ、UHC は保険の問題が中心になり、

人材は全然注目されていないですが人材は非常に大事なことだ
と実感しました。まさにヘルスの安全保障の問題じゃないかと
いうほど感じています。WHO もコードまでは活発だったので
すが、その後はあまり声を出していないように感じます。そう
いう意味では、今の重要性から考えれば、学会がこのままでは
UHC の妨げになるというようなことを発信していったいいの
かなと強く感じた次第です。どうもありがとうございました。

座長 どうもありがとうございました。最後になりますが、国
立国際医療研究センターの我々の研究費で作ったテクニカル・
レポート等もあります。ホームページからもアクセスできます。
実は今日のシンポジウムのこの内容もまとめて、次のテクニカ
ル・レポートとして出させていただきたいと思います。皆様、
朝早くからお忙しいところありがとうございました。

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—

発表者

山田 順子
勝間 靖

国立国際医療研究センター (NCGM) グローバルヘルス政策研究センター (iGHP)
早稲田大学大学院アジア太平洋研究科 (GSAPS)

松岡 貞利

国立国際医療研究センター (NCGM) 国際医療協力局

虎頭 恭子

東京大学大学院医学系研究科 国際地域保健学教室博士後期課程

安田 直史

近畿大学 社会連携推進センター

発行

2020年2月

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター

国際医療協力局

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

Tel: 03-3202-7181

Fax: 03-3205-7860

email: info@it.ncgm.go.jp

www.ncgm.go.jp

このテクニカル・レポートは厚生労働省国際医療研究開発費 29 指 4 「ASEAN 域内相互承認がベトナム・ミャンマー・カンボジア・ラオスの看護人材政策に与えた影響に関する研究」の研究成果、および独立行政法人国際協力機構 (JICA) 事業を通じて得られた情報・知見をもとに作成された。

Technical Report



National Center for
Global Health and Medicine, Japan
Bureau of International Health Cooperation



9784909675651