

Global strategic directions for NURSING AND MIDWIFERY

看護と助産の

# グローバル戦略の 方向性

2021-2025

教育

雇用

リーダーシップ

サービス提供





Global strategic directions for NURSING AND MIDWIFERY

看護と助産の

# グローバル戦略の 方向性

2021-2025

看護と助産のグローバル戦略の方向性2021-2025

ISBN 978-4-909675-76-7 (電子版)

© 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 2022

本著作物は、クリエイティブ・コモンズ CC BY-NC-SA(表示 - 非営利 - 継承)4.0 国際ライセンスの条件下で使用可能である。

この翻訳は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が作成したものである。WHOによって作成されたものではなく、WHOはこの翻訳の内容または正確性について責任を負わない。オリジナルの英語版(<https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863>よりダウンロード可能)を、拘束力のある原本とする。

本ライセンスのもとで生じる紛争に関するいかなる調停も、世界知的所有権機関の調停規則(<https://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>)に従って行われるものとする。

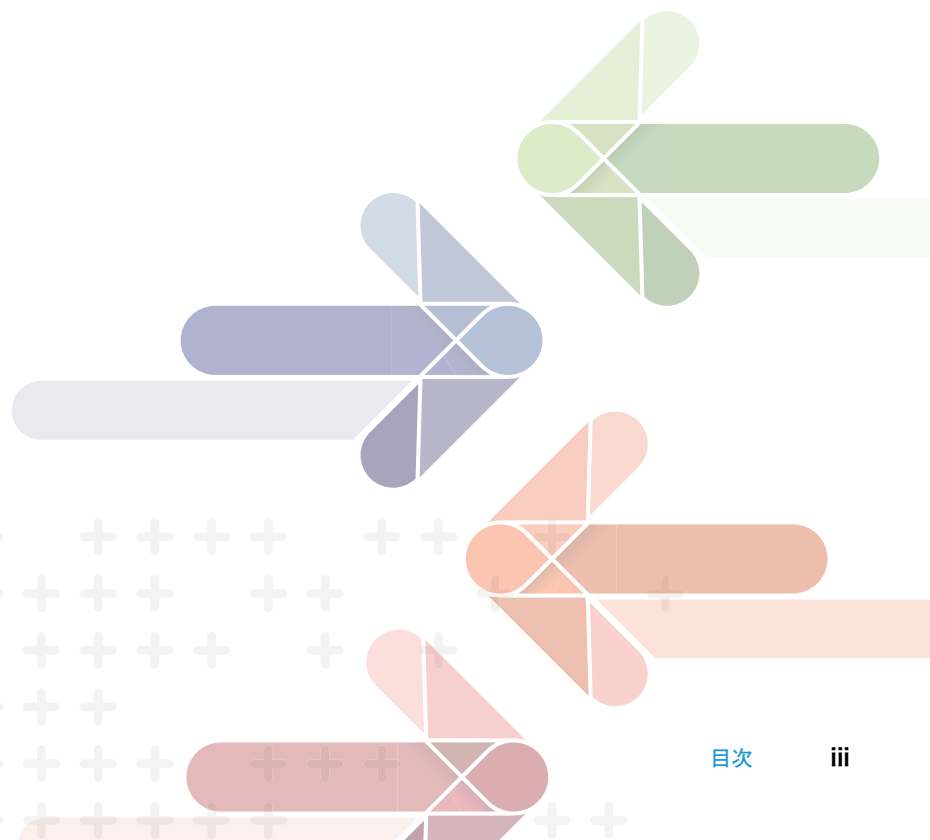
第三者マテリアル: 本著作物内の第三者に帰属するマテリアル(表、図、画像など)の再利用を希望する場合、再利用許可の要否の判断、および著作権所有者からの再利用許可の取得は、使用者の責任となる。本著作物内の、第三者が所有するいかなる内容への著作権侵害の申し立てを受けるリスクも、使用者のみが負うものとする。

一般的免責条項: 本出版物で用いられた表記や記述は、いかなる国・地域・都市または地方もしくはその当局の法的ステータス、または国・地域の境界についても、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の見解を示すものではない。地図上の点線または破線は、まだ完全な合意のない可能性がある地域のおおよその境界線を示している。

内容の解釈および使用上の責任は読者に帰属する。本出版物の使用によって生じるいかなる損害についても、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は責任を負わないものとする。

# 目次

謝辞	iv
要旨	v
第1章 1 背景	1
第2章 2 戦略の方向性と優先的な政策 2021-2025	3
2.1 政策の重点分野：教育	7
2.2 政策の重点分野：雇用	11
2.3 政策の重点分野：リーダーシップ	15
2.4 政策の重点分野：サービス提供	17
結論	20
参考資料	21
付属資料：モニタリングと説明責任の枠組み	25



# 謝辞

世界保健機関（WHO）の保健人材部は、オンライン協議に参加し、電子メールでコメントを提供してくださった多くの個人および組織の方々、また、改訂草案文書に貴重なご意見を賜った加盟国の方々に感謝の意を表します。

さらに、WHOは、看護・助産分野のWHO協力センター、「Nursing Now」グローバルキャンペーン、国際看護師協会、国際助産師連盟、その他の専門組織による「看護と助産のグローバル戦略の方向性2021–2025」の草案への貢献にも感謝の意を表します。

本書のコンセプト、開発の全体的な調整は、保健人材部のCarey McCarthy氏が担当し、各WHO地域事務局、妊産婦・新生児・児童・思春期保健および高齢化の各担当部署、WHO主任看護官の事務所がこれを支援しました。技術的な監督や指示、保健人材部のGiorgio Comettoユニット長とJames Campbell部長が行いました。

本書の作成は、ドイツ、ノルウェー、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・パートナーシップ（WHO、欧州連合、ベルギー、カナダ、フランス、アイルランド、日本、ルクセンブルク、グレートブリテンおよび北アイルランド連合王国）からの資金援助によって実現しました。

# 要旨

「看護と助産のグローバル戦略の方向性（以下、「戦略の方向性」とする）2021–2025」は、エビデンスに基づく実践と、相互に関連する一連の優先的な政策を提示するものである。各国は、これを参考にすることで、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）などの目標達成に向け、看護師・助産師の貢献を最大化できる。

この「戦略の方向性」は、政策の重点分野である「教育」、「雇用」、「リーダーシップ」、「サービス提供」という4つで構成されている。各分野には、5年間の目標を明確にした戦略の方向性があり、2～4つの優先的な政策が含まれている。これらの優先的な政策の実行・維持により、次の4つの戦略の方向性を実現できる。

1. 人々の健康ニーズに対応可能なコンピテンシーを備えた、十分な人数の看護師・助産師を養成する。
2. 最も必要とされる場所で雇用を創出し、国際的な移動や移住を倫理的に管理し、看護師・助産師を採用・定着させる。
3. 保健システムやアカデミックな場全般にわたって、看護師・助産師のリーダーシップを強化する。
4. 看護師・助産師が、サービス提供の場で安全に最大限に貢献できるよう、支援・尊重・保護され、やりがいを感じ、必要な資機材も手にしているようにする。

一連の優先的な政策は、保健人材の労働市場の視点に基づいて説明している。この視点により、保健サービス提供における人材の過不足、地域偏在、看護師・助産師が最大限に貢献できない要因を、包括的に理解できる。


この「戦略の方向性」の実施の際は、正確なデータとその分析、多部門間の政策対話、エビデンスに基づく適切な行動と投資の意思決定に根差した、包括的なプロセスを経ることが重要である。モニタリングと説明責任の枠組みは、データ・政策対話・意思決定という一連の流れを包含し、WHO加盟国の既存の報告メカニズムを活用する。

この「戦略の方向性」の主な対象者は、保健人材に関する計画および政策立案者のほか、教育機関、官民の雇用者、職能団体、労働組合、二国間および多国間の開発パートナー、国際機関、市民社会である。

この「戦略の方向性」の目的は、各国の看護師・助産師が、以下のような共通の目標に向けて最大限、貢献できるようにすることである。

- ・ UHCのためのプライマリー・ヘルスケアと新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行への対応
- ・ 気候変動による健康被害の軽減
- ・ 国際的な移動・移住の管理
- ・ へき地・遠隔地・小島嶼開発途上国における保健医療サービスへのアクセスの確保


「看護師」「助産師」という用語は、それぞれ2008年の国際標準職業分類（14）に記載されている別個の職業グループを指している。WHOは、看護師と助産師の職業上の区別と業務範囲を認識し、この「戦略の方向性」では、2つの職種に影響を与える優先課題と共通の政策に焦点を当てている。医療従事者の業務効率を高め、質の高い保健医療サービスへのアクセスを向上させるために、看護師・助産師の貢献を最大限引き出すには、状況や職種に応じた対応が必要である。



新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の  
パンデミックによって、国際社会は、

備えと対応・公衆衛生・  
必須の保健医療サービス提供に  
従事する、すべての  
エッセンシャルワーカーの保護と  
彼らへの投資

の必要性を認識した。





# 背景

1. 国連 (UN) の「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」とその 17 の「持続可能な開発目標 (SDGs)」では、保健、教育、ジェンダー平等、ディーセント・ワーク (働きがいのある人間らしい仕事)、包括的な成長などの明確な目標が設定されている (1)。世界保健機関 (WHO) は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) の概念に根ざした SDGs の目標 3 でグローバルなリーダーシップを発揮し、WHO 加盟国が UHC やその他の保健目標の達成に向けて医療従事者を最適化できるよう、支援を行っている (2)。
2. WHO は、国連による「女性、子ども・青少年の健康のための世界戦略 (2016–2030)」 (3) の策定を支援した。2016 年、加盟国は「保健人材に関する世界戦略：労働力 2030」 (4) を採択し、保健関連の SDGs を達成するために必要な医療従事者数と比較して、2030 年までに約 1,800 万人の医療従事者が不足する可能性があることを指摘した。世界戦略の政策オプションは、SDGs のターゲット 3.c に沿ったものであり、UHC を達成するために、保健財政と医療従事者の採用、能力開発、研修、定着を大幅に拡大させることを目指している。しかし多くの国では、医療従事者に対する国民のニーズと、社会的・経済的な需要や、必要な医療従事者を生み出すための技術的・財政的リソースが、一致していない。
3. 国連事務総長は、国や世界レベルでの保健人材の労働市場におけるミスマッチと、多部門間の対応の必要性を認識し、「保健医療部門の雇用と経済成長に関する国連ハイレベル委員会」を立ち上げた (5)。委員会は、保健・社会分野における教育への投資と雇用創出が、女性と若者の経済的エンパワメントを含む包括的な経済成長を促進し得ることを明らかにした (保健分野の雇用の約 70% を女性が占めている)。また、委員会は、保健・社会分野で少なくとも 4,000 万人の新規雇用を創出し、1,800 万人の医療従事者の不足を解消することを提言した。
4. 2020 年を「国際看護師・助産師年」(6) と定めたことは、看護師・助産師の労働力に関する世界保健総会の決議および決定の実施を加速させる絶好の機会となった。この年は、他に類を見ない啓発活動とデータ報告が行われ、初の「世界の看護」報告書 (7) と第 3 回「世界の助産」報告書 (8) の作成に貢献した。WHO は各国に、この勢いを利用して、両報告書や「国別プロフィール」で得られた知見

を活用し、国の保健上の優先事項に最善の対応をするためにどこでどのように看護師・助産師への投資をすべきか、多部門間での政策対話を行うよう奨励した。

- 2020年は、前例のない健康上の課題と、世界的な社会経済の混乱に見舞われた年でもあった。COVID-19のパンデミックは、備えと対応、公衆衛生、必須の保健医療サービスの提供に関わるすべてのエッセンシャルワーカーの保護と、彼らへの投資の普遍的な必要性を高めた。今回のパンデミックや今後のパンデミック対応での、医療従事者の重要性は明らかである。UHCやSDGsへの看護師・助産師の貢献を最大限まで高めるために、WHOや主要パートナーが支援する既存の戦略と連携した、一貫したアプローチが求められている。



# 戦略の方向性と 優先的な政策 2021-2025

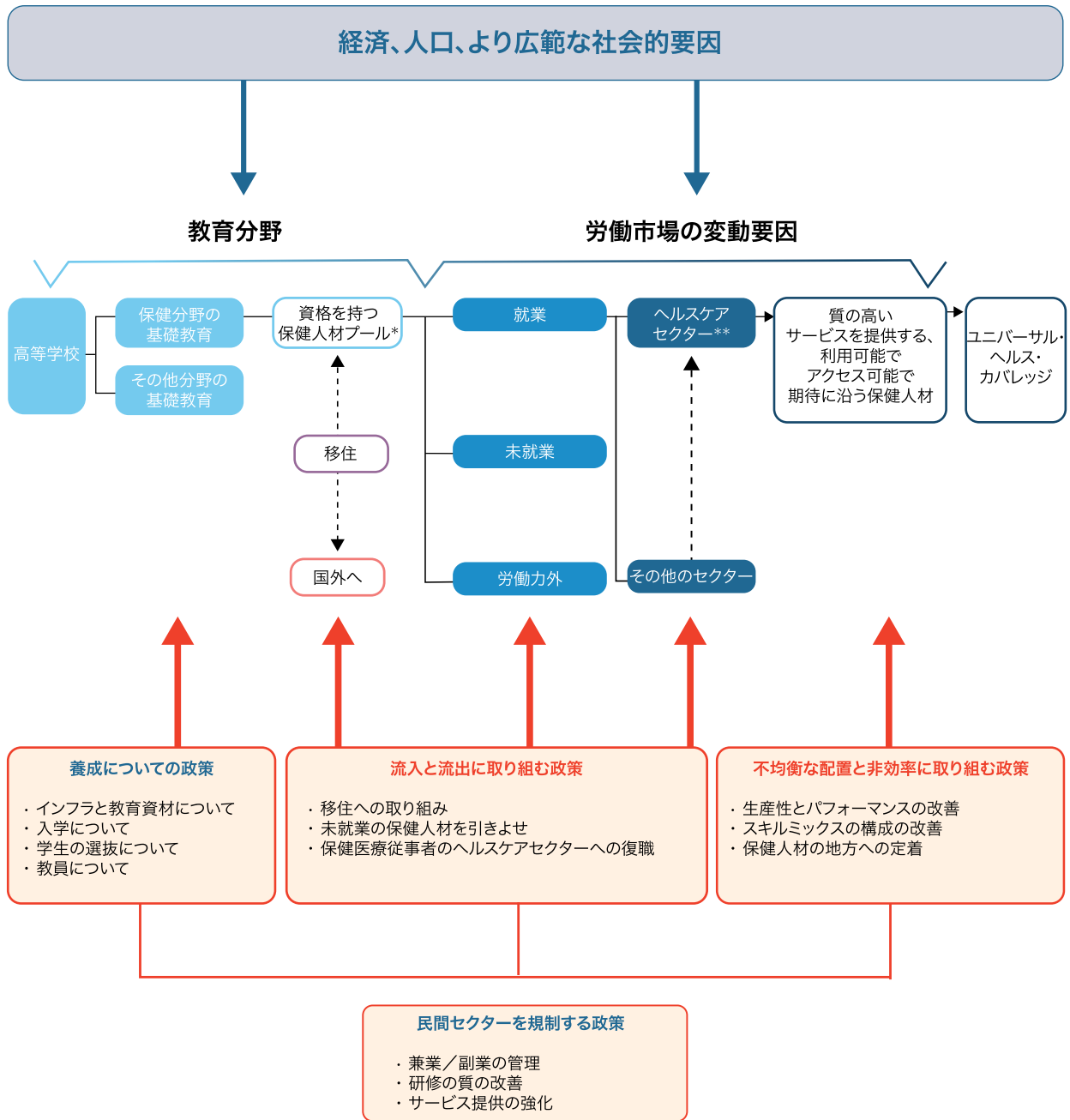
6. 第73回世界保健総会再開セッションでは、WHOに対し、「すべてのWHO地域と協力して『看護と助産を強化するための世界的な戦略の方向性2016-2020』を改訂し、加盟国との協議を経て、第74回世界保健総会での検討のため改訂版を提出する」よう要請した(9)<sup>1</sup>。2021年5月、第74回世界保健総会は、決議WHA(74.15)で「看護と助産のグローバル戦略の方向性(SDNM)2021-2025」を採択した。
7. 「戦略の方向性」は、教育、雇用、リーダーシップ、サービス提供の4分野を網羅している。それぞれの戦略の方向性は、それを達成するために必要な2つから4つの優先的な政策で構成されている。優先的な政策は、「世界の看護2020」(7)および「世界の助産」(10)で示されたエビデンスに基づいている。最も重要な政策を特定するために、隔年開催される「政府の看護・助産行政責任者のためのWHO世界フォーラム」や、WHO、国際看護師協会、国際助産師連盟が主催する「Triad」会議(11)にて、優先順位付けが検討された。そこには、保健省、各国の看護師・助産師協会、規制当局、看護・助産分野のWHO協力センター、「Nursing Now」キャンペーンに所属する600人以上の看護・助産リーダーが出席した。地域や世界各地での協議プロセスにより、それらの優先的な政策が裏付けられ、精練された。
8. これらの優先的な政策は相互に関連する。すなわち、ある優先的な政策の課題と政策対応は、他の優先的な政策の課題と政策対応と呼応している。これらの関係性を、以下の保健人材の労働市場の枠組みの図で示す(図1)。
9. UHC達成を目指して人を中心としたサービスを提供する上で、看護師・助産師の労働力の利用可能性、配置、能力、サービス提供環境、パフォーマンスに影響を与える主要因は、保健人材の労働市場の枠組みで理解することができる(12)。「戦略の方向性」は簡潔にまとめられているため、裏付けとなるエビデンスの詳細は、「世界の看護2020」

1. 「協議用ドラフト」は、WHOの全公式言語とポルトガル語で全世界に配布され、書面、ならびに政府の看護・助産行政責任者や関係者との10回の地域およびグローバルな協議を通じて、フィードバックを受けた。その後2021年3月に、第74回世界保健総会への提出に先立ち、加盟国との正式な協議が行われ、文書の見直しと承認が行われた。

および「世界の助産 2021」の報告書を参照されたい。この2つの報告書の作成中または作成後に発表されたエビデンスは、参考文献として追記している。

10. 提案している実施戦略は、包括的なプロセスを反映している。それは、正確な国内データ、データ分析に裏付けられた多部門間の政策対話、エビデンスに基づいた適切な政策や投資の意思決定のために、広範な連携から始まるものである。本書では、各国保健省による活動を強調しているが、各戦略の方向性に沿った有意義な活動のためには、主要な関係者がデータを共有し、政策対話に参加し、協働と投資を通じて政策の実施を進めることが不可欠である。
11. モニタリングと説明責任の枠組みは、データ・対話・意思決定の一連の流れで構成されている（付属資料1参照）。今後の進捗報告は、データと情報交換を目的とする既存の2つのメカニズム、すなわち、「国家保健人材統計」プラットフォーム（13）と、「Triad」会議と連動して隔年開催される「政府の看護・助産行政責任者のための世界フォーラム」を通じて行われる。
12. 本書において、「看護師」「助産師」という用語は、それぞれ2008年の国際標準職業分類（14）に記載されている別個の職業グループを指している。WHOは、看護師と助産師の職業上の区別と業務範囲を認識し、また、多くの国が保健サービス提供のニーズを満たすために看護師と助産師を共同で教育し、規制している事実を評価する。「戦略の方向性」では、両職種に最も関連性の高い優先課題を取り上げている。政策レベルでの課題および対応が異なる場合には、個別に記述している。

図1 保健人材の労働市場の枠組み



\* 労働意欲をもった資格を有する医療・社会分野の労働力の供給  
 \*\* 保健および保健関連の社会的ケア分野における医療・社会分野の労働力の需要

出典: Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverageより引用。Bulletin of the World Health Organization. 2013; 91:892-4.

表1 戦略の方向性と優先的な政策 2021-2025の要旨

## 教育 →

**戦略の方向性:** 看護師・助産師教育を受けた者は、保健システムのニーズに見合うかそれ以上の、かつ国の優先的な保健課題に対応し得る知識、コンピテンシー、姿勢を備えている。

**優先的な政策:** 保健システムやアカデミックな場において最適な役割が担えるよう、教育レベルを高める。

**優先的な政策:** 保健システムの需要を満たすか上回るよう、看護師・助産師の養成を最適化する。

**優先的な政策:** 教育プログラムを、コンピテンシーに基づいた、質が担保された効果的な学習デザインとし、かつ人々の健康ニーズに沿えるように設計する。

**優先的な政策:** 教員が専門分野において、最適な教授法とテクノロジーの、適切な訓練を受けているようにする。

## 雇用 →

**戦略の方向性:** 看護師・助産師の雇用を持続的に創出し、看護師・助産師を効果的に雇用・定着させ、国際的な移動や移住を倫理的に管理することで、医療従事者の可用性を高める。

**優先的な政策:** 保健人材の労働市場の視点から、看護師・助産師の労働力の計画と予測を行う。

**優先的な政策:** プライマリー・ヘルスケアをはじめとした、人々の健康維持に重要な保健サービス提供のために、十分な雇用を確保する。

**優先的な政策:** 「保健人材の国際採用に関するWHO世界実施規範」(以下、「規範」)の実施を強化する。

**優先的な政策:** 看護師・助産師を、最も必要とされる場所に集め、これを採用・定着させる。

## リーダーシップ →

**戦略の方向性:** 保健・学術分野の上級職における看護師・助産師の割合と権限を高め、次世代の看護・助産リーダーを継続的に育成する。

**優先的な政策:** 看護師・助産師の労働力のガバナンスと管理、および保健政策への意見の反映に向けて、上級職の地位を確立・強化する。

**優先的な政策:** 看護師・助産師のリーダーシップ能力開発に投資する。

## サービス提供 →

**戦略の方向性:** 看護師・助産師が、安全かつ周囲に支えられている環境の中で、教育や研修の成果を最大限に発揮する。

**優先的な政策:** 職業規制制度を見直し、強化し、必要に応じて規制当局の能力開発を支援する。

**優先的な政策:** 看護師・助産師が多分野にまたがるヘルスケアチームのサービス提供に最大限に貢献できるように、職場の方針を適応させる。

#### エビデンス

13. **国の内外を問わず、看護師や助産師になるための「基礎レベル」の教育プログラムは多種多様である。**入学要件やプログラム期間が異なるだけでなく、証明書やディプロマから学士や修士の学位に至るまで、資格のレベルは様々である(15-17)。保健分野に採用された後は、看護師や助産師がどの教育レベルで初めて資格を取得したかに関わらず、肩書きや役割が与えられる。助産師になるには、看護師としての基礎教育を受けるか、助産師教育プログラムに直接入学するかのいずれかの方法がある。看護師・助産師の最低限の教育を学士号レベルに統一することを求める声が高まっている(18-23)。高度な教育を受けた看護師・助産師は、指導者、研究、教育など、保健システムの中でより広い責任を担うことができる(17, 24)。
14. **看護・助産教育プログラムの質を確保し、有資格の教員を育成することは、依然として重要な課題である。**「世界の看護 2020」と「世界の助産 2021」の両報告書では、教育基準と認証制度を有すると報告した国の割合は高かった。しかし多くの国の認証制度は、教育プログラムの質の問題の特定や、地域の健康上の優先事項に対応でき得る保証にはつながらない(25-27)。例えば助産師教育では、学生が適切な臨床・出産ケアの場で十分な実習の時間を確保できないことが、質の高い教育を妨げる要因の1つとなっている(28-30)。看護師や助産師を教育する資格を持った教員の不足は、特に学士号以上のレベルで広く見られる問題である(31-33)。国際助産師連盟による2019～2020年の調査に回答した70カ国のうち、助産師の教育者全員が「助産師の資格を持つ」と回答したのは半数以下(46%)であった(8)。
15. **多くの国では、保健システムの需要や人々の健康ニーズに対応できるだけの看護師・助産師を養成していない。**その要因は、適切な人数を養成する教育機関の能力が限られていること、政府の支出が不十分であること、入学を制限する規制があること、さらにインフラ、教員、臨床現場に関する問題など、様々なものが考えられる。養成能力がある場合でも、専門職に対する文化的・社会的な認識や、労働条件、給与、キャリアの道筋が魅力的でないことが、入学者数が十分でない原因となり得る(34-36)。また、卒業生が人々の健康ニーズを満たすだけのコンピテンシーを備えていないと、その国の人材不足につながる可能性がある。国内での養成不足を補うために、一部の国、特に高所得国では、看護職の国際的な移動や移住に大きく依存する傾向がある(7, 37)。「世界の看護 2020」と「世界の助産 2021」は、国レベルでの教育能力、卒業生数、コスト、資金調達に関するデータの把握が、著しく困難であると報告している。

16. **COVID-19 への対応は、看護師・助産師教育における様々な課題をあらためて浮き彫りにした。**世界的なパンデミック対応を通じて、革新的かつ強靭性を持った効果的な看護師・助産師教育の必要性が明らかになった。また、多職種連携や文化に配慮したケア、デジタル技術の活用など、分野横断的なコンピテンシー教育の必要性も改めて強調された(38-44)。デジタル技術を活用した教育やシミュレーションが一部で効果的に広がりつつあるが(45-49)、学習デザイン、アクセシビリティ、個々の状況に合わせた内容や適切な評価、そのための教員支援に対して、より大きな投資が不可欠である。

**戦略の方向性：看護師・助産師教育を受けた者は、保健システムのニーズに見合うかそれ以上の、かつ国の優先的な保健課題に対応し得る知識、コンピテンシー、姿勢を備えている。**

**17. 優先的な政策：**

- 保健システムやアカデミックな場において最適な役割が担えるよう、教育レベルを高める。
- 医療従事者の最適なスキルミックスと看護師・助産師教育プログラムの関連性を見直すことで、入学・卒業要件の変更が必要となる可能性がある。
- 保健分野でのより大きな責任とキャリアアップの機会をもたらす高等教育により、看護師・助産師の地位を高めることは重要である。ただし、教育プログラムへの門戸を広く開放し続けるのも重要である。
- これらは、教育機関の能力や卒業生を活用する保健システムの能力と一致していなければならない。

**18. 優先的な政策を実現するための取り組み：**

- 保健システムやアカデミックな場で能力を十分に発揮できる人材を養成しているか、看護師・助産師の基礎教育プログラムを評価する。
- 学生の学歴をアップグレードするためのブリッジプログラムやその他の方法を検討する。そして、高度な教育がどのように職場での責任ある役割とそれに見合った報酬を得られるかを検討する。
- サービス提供の現場でチームワークを発揮できる人材を養成するため、多職種連携教育の機会を含め、入学・卒業要件の多様性を検討する。

**19. 優先的な政策：**

- 官民の保健システムの需要を満たすか上回るよう、看護師・助産師の養成を最適化する。
- 多くの国では、自国での看護師・助産師養成数増加、教員の育成促進、インフラや技術への投資が必要となる。
- 様々なハードやソフトの活用により、プライマリー・ヘルスケア教育の促進、学生や教員の多様性向上、公的機関での勤務期間確保、農村や遠隔地のコミュニティでサービス提供を担う看護師・助産師の配置と定着を促進することができる。



#### 20. 優先的な政策の実現に向けた取組み：

- 官民の保健労働市場データを用いた分野横断的な政策対話は、看護師・助産師養成を人々のニーズや保健システムの需要（養成人数の不足、卒業生のスキルと社会の健康ニーズとのミスマッチなど）に合わせた政策オプションの検討に役立つ。
- データや対話を通じて、財政的な手段（補助金、助成金）、へき地での研修、対象者を特定した入学支援メカニズムなどが、優先的な政策に整合しているか明確になる。

#### 21. 優先的な政策：

- 教育プログラムを、コンピテンシーに基づいた、質が担保された効果的な学習デザインとし、かつ人々の健康ニーズに沿えるように設計する。コンピテンシーに基づいた教育は、成果重視の教育手法であり、コミュニティの特定の健康問題に対応できる可能性がある（50）。
- 教育機関の認証制度は、教育機関の質を担保するメカニズムであり、教員の能力および人数、入学要件、学生が持つべきコンピテンシーが状況に応じて改訂されたカリキュラムかどうかなどにおいて、改善点の特定や提言をする役割も担っている（26）。
- 認証制度の基準は、疾病負担の変化、保健システムの再設計、多職種連携チームによるケア、災害への備え、患者の安全、テクノロジーの活用など、将来の医療行為に影響を与える医療サービスの新たな傾向を反映すべきである。

#### 22. 優先的な政策を実現するための取組み：

- 保健医療・教育関係者が協働して、健康ニーズに合った、また人中心の多職種チームで働くという看護師と助産師の役割に合った、教育の成果を明確にする。
- 望ましいケアを提供できるよう、適切な基礎知識と、養成段階における臨地実習の機会を確保する。質の高い教育を担保するため、官民すべての看護師・助産師教育プログラムの認証を義務付ける。
- 教育の質の問題を特定・解決するために、認証機関と協力する。
- 「助産師教育強化のための行動枠組」は、質が高く持続可能な卒前卒後教育開発のガイドラインであり、7段階の行動計画が記載されている（51）。

### 23. 優先的な政策：

- 教員が専門分野において最適な教授法とテクノロジーの、適切な訓練を受けているようにする。
- 教員数を増やすと同時に質を確保するには、教育プロセスや教育方法に関する高度な研修やコースワークが必要であり、また臨床指導者を見つけるために、臨床現場との連携が必要となる。
- デジタル技術やインフラへの投資を増やし、へき地・遠隔地でのリモート学習、臨床シミュレーション、臨床指導者や学生との連携のためのデジタル技術に関する、教員の研修も必要となる。
- 教育者は、臨床でのコンピテンシーを維持するだけでなく、教育・研究スキルも開発・強化しなければならない。

### 24. 優先的な政策を実現するための取り組み：

- 認証制度を活用して、教員の採用、定着、養成に必要な投資を判断する。
- へき地・遠隔地では、情報技術、設備、学生や教員のデジタル技術へのアクセス向上のための投資が必要な場合がある。
- パフォーマンスの高い教員に対し、報奨や昇進の機会を創出する。
- 大学院でリーダーシップやシステムマネジメントを指導し、臨床研究ができる教員を養成する必要がある。そのためにまず、大学院に入学できる看護師・助産師を増やす。これに対応するために、ブリッジプログラム（例：学士編入等）などの活用を奨励する。
- 教育者の研究能力を高めるためには、教育・研究者のネットワークや、国際的な教員交流プログラムが効果的である。



## エビデンス

25. **現在の世界の看護師・助産師の人数および配置では、UHC や SDGs の目標は達成できない。**世界の看護職人口は 2,790 万人であり、UHC や SDGs の目標を達成するには、590 万人の看護職が不足している。その不足は、圧倒的に低所得国および低中所得国に集中している (89%)。世界の看護職人口は 2030 年には 3,600 万人に増加すると予測されているが、その 70% は高中所得国および高所得国での増加と想定される。現在の助産師人口は推定 190 万人であるが、同様に低所得国および低中所得国に不足が集中している。助産師は、適切な教育、法規、その他の支援が得られれば、世界全体で必要とされるリプロダクティブヘルス・妊産婦・新生児・青少年への必須保健医療サービスの約 90% を満たすことができる (8)。しかし、これらのサービスを提供する世界の労働力に占める助産師の割合は 10% 未満であるため、助産師の雇用創出のための経済的需要を拡大する必要がある。「世界の看護 2020」と「世界の助産 2021」の両報告書に各国から報告されたデータは、労働力人口 (ストック) の点では充実していた。しかし、看護師、助産師、看護助産師の正確な区別や、需給見通しや保健労働市場分析に必要なデータには大きな課題が残っている。
26. **様々な分野において、国際的な労働力の移動と移住の重要性が増している。**看護師の約 8 人に 1 人は、生まれた国や教育を受けた国以外の国で働いている。高所得国では、外国で生まれ外国で教育を受けた看護師への依存度が、他の所得階層の国に比べて 15 倍高くなっている。助産師についても同様の傾向がある。小島嶼開発途上国では、より資源のある近隣諸国で高賃金を得ることができるため、自国での医療従事者の定着が特に困難と考えられる (52-54)。国際的な医療従事者の移動に関連する政府間協定が増加しているが、保健省やその他の関係者は、これらの協定の交渉や実施に体系的に関与していない (55)。COVID-19 のパンデミックでは、看護師の需要増加と就業への障壁が緩和されたことにより、国際的な労働力の移動や移住が増加した可能性がある (56)。
27. **雇用と定着は、特にへき地・遠隔地、小島嶼開発途上国にとっては、ほぼ普遍的な課題である (52, 57, 58)。**状況によっては、看護師・助産師の雇用に必要な財源が限られているために、あるいは看護師・助産師が他の分野で働くことを選択したために、失業と欠員の課題が同時に発生し、安定供給が低下する (59, 60)。雇用された場合でも、看護師・助産師は、職場の方針や規制に浸透しているジェンダーや権力の影響など、よく知られている「プッシュ・プル」要因に直面する (34, 61, 62)。へき地や遠隔地などでの看護師・助産師の定着には、専門職としての自主性や能力を最大限に活用できるようにするなど、多種多様

な金銭的・非金銭的インセンティブが有効であることが示されている(53, 57, 58, 63–65)。看護師・助産師の医療現場への定着には、感染症、疾患、死亡、燃え尽き症候群、欠勤、それに伴う医療サービス提供に影響する労働衛生と安全性の確保が重要である。COVID-19は、その政策にギャップがあることを浮き彫りにした(66–69)。

**戦略の方向性：看護師・助産師の雇用を持続的に創出し、看護師・助産師を効果的に雇用・定着させ、国際的な移動や移住を倫理的に管理することで、医療従事者の可用性を高める。**

#### 28. 優先的な政策：

- 保健人材の労働市場の視点から、看護師・助産師の労働力の計画と予測を行う。
- 保健人材の労働市場の視点を用いることで、医療従事者の不足や余剰、スキルミックスや地理的な不均衡、最適ではないパフォーマンスなどを引き起こす要因を、包括的に理解することができる。
- 効果的な医療従事者政策を策定し、将来のニーズを予測・計画するためには、労働力人口(ストック)と配置に関するデータのほか、教育(入学希望者、教員、卒業者)と雇用(欠員、離職、移住)に関するデータが不可欠である。
- 各国は通常、保健人材戦略および投資計画の策定または改定の際に、保健人材の労働市場を分析することになっている。

#### 29. 優先的な政策を実現するための取り組み：

- 主要な政策課題を認識し、その分析に必要なデータを同定するためには、保健省と看護・助産行政責任者が主導し、教育省、財務省、労働省、社会開発省、民間セクター、NPO/NGOとの連携・協力による、多部門でのアプローチが重要である。
- 各国は、保健人材の労働市場の分析と労働力管理に必要なデータを照合するために、国家保健人材統計の導入を進めるべきである。
- 労働力の計画と予測の際は、例えば、コミュニティにおける自律的な助産師の活動や、看護師による非感染性疾患の管理を含むプライマリー・ヘルスケア・サービスの提供など、看護師・助産師の最適な業務範囲を考慮する必要がある。
- また、保健人材の労働市場の視点を用いると、サービス提供モデル(例：助産師主導の継続ケア)が、ケアへのアクセス、ケアの質、仕事の満足度、雇用と定着にどのような影響を与えるか、多部門で検討することもできる。

### 30. 優先的な政策：

- プライマリー・ヘルスケアをはじめとした、人々の健康維持に重要な保健サービス提供のために、十分な雇用を確保する。
- 人々のニーズに対応するために必要な看護師・助産師 590 万人分の追加的雇用は、ほとんどの国において、国内財源の重点的な動員により、既存の国家財源から創出することができる (70)。
- 低所得国および低中所得国の中には、UHC 達成に必要な看護師・助産師数を確保するだけの雇用機会が不十分であり、雇用創出の課題に直面している国もある。雇用能力の向上や、労働市場の活性化が必要な国もある (71)。
- ドナー、開発パートナー、国際的な開発金融機関それぞれのコミットメントを相互に調和させることにより、持続可能な開発のための 2030 アジェンダの経済的、社会的、環境的優先事項に基づいた、持続可能で最適な財政・政策支援が可能になる (72)。
- これにより、看護師・助産師の労働力強化が可能になり、UHC やその他の保健に関する目標を達成するための、雇用の拡大と維持も可能になる。

### 31. 優先的な政策を実現するための取り組み：

- 保健人材の労働市場と経済的実行可能性の分析を同時に行うことで、看護師・助産師への投資を最適化し得る。
- 国内財源の動員には、看護師・助産師の雇用に向けた追加予算の計上や、長期的な看護師・助産師確保を目的とした多様で持続可能な資金調達モデルへの、民間企業の巻き込みも含まれる。
- 開発援助を受けている国々は、持続的な雇用拡大に努めつつ、保健人材戦略を支える分野横断的な資金活用機会をとらえたり、資金プール制度などの革新的な資金調達メカニズムを導入したりする必要がある。
- 雇用創出と新たな雇用機会は、公平に提供されるべきであり、保健人材の多くを占める看護師・助産師の雇用拡大に寄与するものでなければならない。

### 32. 優先的な政策：

- 「保健人材の国際採用に関する WHO 世界実施規範」(以下、「規範」) の実施を強化する。
- 規範は、医療従事者の国際的な採用と保健システムの強化を結びつける普遍的な倫理的枠組みとして広く認識されている。
- この規範を実施することで、UHC の達成や、健康危機管理の向上にむけて、各加盟国が互いに競合することなくともに進捗することができる。

### 33. 優先的な政策を実現するための取り組み：

- 医療従事者の国際的な移住・移動に関連する議論では、保健省を含む保健システム関係者の利害を考慮すべきである。
- 国際的な採用に関する国同士の合意は、可能な限り保健人材の労働市場の分析に基づくものとし(出身国の保健システムに負の影響を与えないことを担保する)、規範のメカニズムを通して報告されるべきである。
- 今日のグローバル化した経済には、すべてのジェンダーに、働きがいのある生産的な仕事の機会を均等に提供するための、ガバナンスと規制に関する枠組みがある (73)。

#### 34. 優先的な政策:

- 看護師・助産師を、最も必要とされる場所に集め、これを採用・定着させる。
- 誰も取り残さないため、最も必要とされている地域での、看護師・助産師の採用と定着に関する課題と対策を同定するために、多部門間の連携が不可欠である。
- 労働環境政策は、保健サービスへの公平なアクセスを高め、ジェンダー差別に対処し、看護師・助産師の安全・安心を確保する上で、有用となり得る。
- このような政策がなければ、人道危機によるリスクなど、看護師・助産師が多大なリスクにさらされたり、医療従事者として基本的な権利が侵害されたりする可能性があることから、保健に関わる緊急事態の場面において特に重要である。

#### 35. 優先的な政策を実現するための取り組み:

- 継続教育、法規、各種インセンティブ、公私に渡る支援など、人材定着のための政策に包括的に取り組む (74)。
- 養成された学生が出身地で勤務する、「僻地パイプライン」を検討する。
- 感染・障害・死亡時の補償、有給病気休暇、労働災害保険など、法的・行政的な社会保障を確保する。
- 生活賃金に関する国の給与水準を分析し、民間企業を含めた医療従事者に対する公正で性別を問わない報酬体系を実現する。
- より専門的な教育を受けた看護師・助産師に対し、その役割と責任にふさわしい報酬を確保する。
- ジェンダー差別、言語的・身体的・性的なハラスメントに対するゼロ・トレランス政策を実施する。

#### エビデンス

36. 女性は、世界の医療従事者の約70%、看護師の89%、助産師の93%を占めているが、医療機関で上級職に就いている割合はわずか25%である(61)。性別によるリーダーシップの格差は、固定観念、差別、不均衡なパワーバランス、既得権益によって引き起こされる(57, 75, 76)。保健分野の女性リーダー(看護師・助産師等)の意見を取り入れれば、保健課題の視野が広がり、女性と子どもをより重視した保健政策につながる(34, 77-80)。看護・助産管理者の適切なリーダーシップにより、看護師・助産師の定着やサービスの質にプラスの影響を与え、パンデミック時の精神的なストレスを軽減することができる(64, 80-84)。意思決定レベルに女性リーダーがいなかったり、人々の健康のための保健政策に看護師・助産師の意見が反映されなかったりすると、UHCやSDGsの実現に向けた全体の進捗が滞る(85)。
37. **「世界の看護2020」にデータを報告した国の約70%、「世界の助産2021」にデータを報告した国の約50%が、それぞれ看護師・助産師の政府の行政責任者が存在すると回答している。**「世界の助産2021」にデータを報告した国の9%は、指導的立場にある助産師はいないと回答している。国際看護師協会が政府の看護行政責任者を対象に行った「スナップショット調査」では、戦略レベルで助言や影響を与える権限を持っている人はほとんどいないことがわかった(86)。報告国のうち、国が支援する看護師向け指導者育成プログラムが存在すると回答した国は、わずか50%であった。これは、看護師・助産師養成課程において、リーダーシップ教育が、カリキュラムに必ずしも含まれていないことから、重要な意味を持っている(79, 82, 87)。政府の看護行政責任者と国の指導者育成プログラムの両方を有すると報告した国では、労働環境や教育に関する法規が、より強固に整備されていた。

**戦略の方向性：保健行政・サービス提供・教育における看護師・助産師上級職の割合と権限を高め、次世代の看護・助産リーダーを継続的に育成・強化する。**

**38. 優先的な政策：**

- 看護師・助産師のガバナンスとマネジメント能力を強化し、保健政策に反映させるため、上級職の地位を確立する。
- 政府の看護・助産行政責任者は、人々の健康ニーズに対応するための保健戦略を決定する際に、他の関係者と共にリーダーシップを発揮すべきである。
- 政府の看護・助産行政責任者は、看護師・助産師のガバナンスとマネジメント、データの共有と分析、関係者を招集しての政策対話、データに基づく政策決定の主導に責任を持ち、リソースを割くべきである。

**39. 優先的な政策を実現するための取り組み：**

- 政府の看護・助産行政責任者が、必要なリソースを持ち、政策決定ができる適切な権限を与えられ、保健政策策定に貢献できるようにする。
- 必要に応じて、政府の看護・助産行政責任者に対し、財務・管理、マネジメント、労働市場・財政分析を用いた保健人材計画策定などの研修や、能力開発を実施する。
- 保健人材データの報告、および関係者を招集してのデータ共有と政策対話の義務付けや、そのメカニズムの確立・強化を検討する。
- 地方分権化が進んでいる国では、地方レベルの保健人材管理能力強化と制度構築が必要である。

**40. 優先的な政策：**

- 看護師・助産師のリーダーシップ能力開発に投資する。
- 看護師・助産師の養成課程に必ずしも含まれていない技術・管理・マネジメント能力強化のプログラムを開発することで、リーダーシップを身につけることができる。
- 様々な組織やリーダーによるインターンシップやメンターシッププログラムを通し、若手の看護師・助産師は、多様なヘルスケアの課題を知り、実践や保健政策に役立つ研究例を学ぶことができる。

**41. 優先的な政策を実現するための取り組み：**

- 国や地域のプログラムに確実に予算を配分する。
- 性別、人種、言語、民族を超えた平等な機会や、若手の看護師・助産師、リーダーになる機会が少なかった集団に対し、公平な機会を提供する。
- 教育・研究・保健医療機関と協力して、リーダーシップ能力開発プログラムやメンターシップの機会を設ける。
- 若手のロールモデルとなるような、人々の健康上の優先課題に貢献した看護師・助産師への表彰制度を整備する。





## エビデンス

42. **看護師・助産師は、プライマリー・ヘルスケアの大部分を安全かつ効果的に提供できるはずだが、教育や研修の成果を十分に発揮できない場合が多くみられる。**看護師・助産師の能力を十分に活用することで、健康危機発生時を含め、脆弱な人々やへき地・遠隔地の人々の保健医療へのアクセスの格差を減らすことができる(88-91)。助産師の介入が広く行き渡ることにより、妊産婦死亡の67%、新生児死亡の64%、死産の65%を回避することができる(92)。専門性の高い看護師は、ジェネラリスト(例えば、ファミリー・ナース・プラクティショナー)として、またスペシャリスト(例えば、麻酔、小児保健、新生児や高齢者のケアなど)として、幅広いサービスを安全かつ効果的に提供できることが示されている(93-95)。専門資格を有する看護師は、薬剤の処方や特定の検査を含め、幅広いプライマリー・ヘルスケア・サービスや非感染症疾患のケアを効果的に提供することができる(96-98)。エビデンスの有無にかかわらず、他の職種との「縄張り争い」などにより、看護師・助産師が教育で獲得したコンピテンシーを実践する際、法律や規制で意図的に制限されることもある(99-102)。また、国の政策、疾患別の戦略(HIVなど)、医療施設の方針やプロトコールも、看護師・助産師が提供できるサービスに影響を与える可能性がある(103)。
43. **職業規制やその法的枠組は、保健医療サービスの現場で広がる看護師・助産師の役割、国際的な移動、データ共有の必要性を反映していないことが多い。**職業規制には、看護師・助産師登録および/または免許取得要件、各職種の業務範囲、また場合によっては登録や免許の更新要件などがある。「世界の看護2020」および「世界の助産2021」の両報告書によれば、最低限必要なコンピテンシーを評価するための免許試験がない国や、免許の更新のための継続的なコンピテンシー開発(専門性の向上など)の証明を必要としない国もある。多くの国では、看護師・助産師の教育・研修プログラムの内容や、実践現場での安全性・有効性に関するエビデンスが、業務範囲に反映されていない。看護師・助産師の国際的な移動が増えたことで、法的枠組みが異なる国や地域で活動する際、専門職として認証を受けるまでの遅延が著しいことや、コミュニケーションや言語能力など、様々な障壁の存在が浮き彫りになった(104-108)。遅延は、資格の確認やコンピテンシー評価に必要な情報の不足に起因することが多い。
44. **COVID-19 に対応するうえで、看護師・助産師が十分な保健医療サービスを提供するための、職場環境の整備の必要性が高まった。**医療従事者は、COVID-19 パンデミック対応のなかで、過度な負担、個人防護具など必須資機材の不足、感染や死亡のリスク、隔離、社会的差別や偏見、業務の遂行と家族のケアという二重責任など、厳しい課題に直面した(67, 109-111)。メンタルヘルスへの悪影響も深刻である(112-114)。これらの課題は、保健医療サービスを提供するうえでの安全性や質にも影響を与える(115, 116)。ほとんどの国が、保健医療サービスの提供を中断せざるを得ない状況に陥った。一方で、新たなアプ

ローチを導入・統合するなど、革新的な取り組みを始めた国も多い(117, 118)。しかし、助産師に看護ケアの研修を受講させたのち、COVID-19患者へのケア提供者として再配置するというアプローチは、もともと脆弱であった母と新生児保健サービスの提供体制をさらに悪化させる、という懸念につながった(119)。また、COVID-19に対応するなかで、看護師・助産師を対象とした能力開発や技術研修が、完全オンラインでも実施可能で効果もあることが証明された(120-122)。看護師・助産師が効果的に活動するには、安全な人員配置、他の医療従事者からの尊敬と協力、十分なリソース、効果的な患者紹介/病診連携システム、経験豊富なリーダー、組織横断的な支援、などの環境が必要である(34, 57, 64, 123)。

## 戦略的な方向性：看護師・助産師が、安全かつ周囲に支えられている環境の中で、教育や研修の成果を最大限に発揮する。

### 45. 優先的な政策：

- 職業規制制度を見直し、強化し、必要に応じて規制当局の能力開発を支援する。
- 国民の健康維持や質の高い保健医療サービスへのアクセス向上のため、法規を整備することで、資格のある看護師・助産師の効率的な採用・復職を促進する。
- 各国の法規を調和させ、相互承認協定を結ぶことで、関係国間の移動を促進することができる。
- 法律や法規の見直しの際は、看護師・助産師のコンピテンシーや、保健医療サービス提供の場での最適な役割を考慮すべきである。
- 看護師の資格を持つ助産師は、周産期ケアに関するコンピテンシーを維持するために、助産サービスを実践する十分な時間の確保が不可欠である。
- 質を保証するメカニズムは、規制当局のパフォーマンスや、法規の効率性や有効性を評価・監督する上で有用となりうる(124)。

### 46. 優先的な政策を実現するための取り組み：

- 看護師・助産師のコンピテンシーおよび保健医療サービス提供の場での最適な役割を考慮して、法律と法規は更新されるべきである。
- 不適切な業務分担や人員配置を避けるため、看護師と助産師の業務範囲を明確に区別すべきである。
- 「保健医療サービス提供者としてふさわしい看護師・助産師であること」を認証する人材登録システムのためには、定期的な免許更新と、コンピテンシーの維持や継続的な専門能力向上を義務付けることが有効である。
- 規制当局が、適切な継続教育や追加の研修の受講を要件に含めることで、コンピテンシーの維持と新しいコンピテンシーの獲得を推進できる。
- 各国の法規の調和や、相互承認協定の締結を検討する。これらの取り決めには、国内の保健システムや関連機関との間で相互に運用可能な、最新の人材登録データが不可欠である。
- 国によっては、規制当局の能力開発、運営管理支援、最新の情報技術の導入、各種資源等を必要とする場合がある。

#### 47. 優先的な政策：

- 看護師・助産師が多職種連携チームでのサービス提供に最大限に貢献できるような、労働環境政策とする。
- 労働環境政策は、ディーセント・ワークを実現し、ジェンダー・差別・パワーバランス・階層・尊厳の問題を解決するものでなければならない。
- 看護師・助産師には、健康危機、紛争、災害対応において保健医療サービスを提供するため、十分な資源・能力開発・装備が必要である。能力開発には、リスクアセスメント、発生予防・減災、備え、急性期対応、復旧・復興などの分野が含まれる。
- WHO は各国に対し、医療従事者の権利、ディーセント・ワーク、労働環境を守る政策を実施するため、すべての関係者を巻き込むよう奨励している (111)。

#### 48. 優先的な政策を実現するための取り組み：

- COVID-19 のような健康危機に対応する看護師・助産師は、必要に応じた時間外手当や危険手当の支給、適切な個人防護具、感染予防・管理に関する研修、患者管理、メンタルヘルス支援など、包括的な労働安全対策の恩恵を受けなければならない。
- 雇用者は、安全な人員配置と対応可能な業務量に配慮し、COVID-19 への感染・死亡や関連する被害を含む、医療従事者の最新データを収集すべきである。
- このデータをもとに個々の医療従事者のリスクアセスメントを行い、リスクの高い医療従事者を労働災害から守るために遠隔医療サービスの担当にするなどの配置換えを行うことができる。
- ヘルスケアチームのメンバー内における看護師・助産師の最適な数、配置、役割を明確にすることは、安全な人員配置につながる (126-128)。
- 看護師・助産師が適切かつ安全に業務を遂行するには、僻地勤務や単独でサービスを提供している看護師・助産師を支援する最新の情報技術の導入や効果的な患者紹介／病診連携システムの構築、コミュニティにいる助産師が二次・三次産科医療から支援を受けられる体制などが必要である。
- 暴力やセクシャルハラスメントを容認しない、ジェンダーの課題に対応する職場環境と、家族・家事・無報酬の介護を担う女性の不利益を是正する政策を導入する。

# 結論

49. COVID-19 パンデミックにより、熟練した看護師・助産師の必要性が世界的に高まり、看護師・助産師の教育、雇用、リーダーシップ、サービス提供への緊急投資の必要性が明確となった。この戦略の方向性は、世界の看護師・助産師のエンパワメントに向け

た優先的な政策を示している。政策の実施においては、各国が主体となって、データの収集分析・政策対話・政策決定の各段階で、包括的かつ分野横断的に進めることを基本とする。



# 參考資料

1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York, NY: United Nations; 2015.
2. Thirteenth general programme of work 2019–2023. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023>, accessed 16 June 2021).
3. Global Strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). New York, NY: United Nations; 2015.
4. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.
5. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016.
6. 2020: International Year of the Nurse and the Midwife: A72/54 Rev.1. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019.
7. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020.
8. State of the world's midwifery 2021. New York, NY: United Nations Population Fund; 2021.
9. Seventy-third World Health Assembly A73/B/CONF./2. Geneva: World Health Organization; 2020.
10. Ten Hoop-Bender P, Homer C, Matthews Z, Nove A, Sochas L, Campbell J, et al. McManus J, editor. The state of the world's midwifery: a universal pathway, a woman's right to health. New York, NY: United Nations Population Fund; 2014.
11. 2020 Triad Statement. Geneva: International Council of Nurses, International Confederation of Midwives, World Health Organization, 2020.
12. Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bull World Health Organ.* 2013;91:892-4.
13. National health workforce accounts: implementation guide. Geneva: World Health Organization; 2018.
14. International Standard Classification of Occupations. Geneva: International Labour Organization; 2008.
15. Castro Lopes S, Nove A, Ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Bokosi M, Moyo NT, et al. A descriptive analysis of midwifery education, regulation and association in 73 countries: the baseline for a post-2015 pathway. *Hum Resour Health.* 2016;14:37.
16. Hermansson E, Mårtensson LB. The evolution of midwifery education at the master's level: a study of Swedish midwifery education programmes after the implementation of the Bologna process. *Nurse Educ Today.* 2013;33:866-72.
17. Kumakech E, Anathan J, Udho S, Auma AG, Atuhaire I, Nsubuga AG, et al. Graduate midwifery education in Uganda aiming to improve maternal and newborn health outcomes. *Ann Global Health.* 2020;86:52-.
18. Cho E, Park J, Choi M, Lee HS, Kim EY. Associations of nurse staffing and education with the length of stay of surgical patients. *J Nurs Scholarsh.* 2018;50:210-8.
19. Harrison JM, Aiken LH, Sloane DM, Brooks Carthon JM, Merchant RM, Berg RA, et al. In hospitals with more nurses who have baccalaureate degrees, better outcomes for patients after cardiac arrest. *Health Aff (Millwood).* 2019;38:1087-94.
20. White EM, Smith JG, Trotta RL, McHugh MD. Lower postsurgical mortality for individuals with dementia with better-educated hospital workforce. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66:1137-43.
21. Graf J, Simoes E, Blaschke S, Plappert CF, Hill J, Riefert MJ, et al. Academisation of the midwifery profession and the implementation of higher education in the context of the new requirements for licensure. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2020;80:1008-15.
22. Plappert C, Graf J, Simoes E, Schönhardt S, Abele H. The academization of midwifery in the context of the amendment of the German midwifery law: current developments and challenges. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2019;79:854-62.
23. Reuschenbach B, Komlew A. Attitudes towards Bachelor-level education amongst Bavarian midwives: results of a descriptive cross-sectional survey in Bavaria, Germany. *Europ J Midwifery.* 2018;2:17.
24. Bogren M, Doraiswamy S, Erlandsson K. Building a new generation of midwifery faculty members in Bangladesh. *J Asian Midwives.* 2017;4:52-8.
25. Nove A, Pairman S, Bohle LF, Garg S, Moyo NT, Michel-Schuldt M, et al. The development of a global midwifery education accreditation programme. *Glob Health Action.* 2018;11:1489604-.
26. Bogren M, Banu A, Parvin S, Chowdhury M, Erlandsson K. Findings from a context specific accreditation assessment at 38 public midwifery education institutions in Bangladesh. *Women Birth.* 2021;34:e76-e83.
27. Markaki A, Moss J, Shorten A, Selleck C, Loan L, McLain R, et al. Strengthening universal health: development of a nursing and midwifery education quality improvement toolkit. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27:e3188-e.
28. Lendahls L, Oscarsson MG. Midwifery students' experiences of simulation- and skills training. *Nurse Educ Today.* 2017; 50:12-16.
29. Ahmadi G, Shahriari M, Keyvanara M, Kohan S. Midwifery students' experiences of learning clinical skills in Iran: a qualitative study. *Int J Med Educ.* 2018;9:64-71.
30. Lakhani A, Jan R, Baig M, Mubeen K, Ali SA, Shahid S, et al. Experiences of the graduates of the first baccalaureate midwifery programme in Pakistan: A descriptive exploratory study. *Midwifery.* 2018;59:94-9.
31. West F, Homer C, Dawson A. Building midwifery educator capacity in teaching in low and lower-middle income countries. A review of the literature. *Midwifery.* 2016;33:12-23.
32. Erlandsson K, Doraiswamy S, Wallin L, Bogren M. Capacity building of midwifery faculty to implement a 3-years midwifery diploma curriculum in Bangladesh: A process evaluation of a mentorship programme. *Nurse Educ Pract.* 2018;29:212-8.
33. Bvumbwe T, Mtshali N. Nursing education challenges and solutions in Sub Saharan Africa: an integrative review. *BMC Nurs.* 2018;17:3.
34. Midwives voices, midwives realities: findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Geneva: World Health Organization; 2016.
35. Celebi E, Kargin M. Social gender and nursing in Turkey: a qualitative research. *J Pak Med Assoc.* 2019;69:1184-6.
36. Tawash E, Cowman S. The NURSING-Positive recruitment Arabic model (NURS-P.R.A.M.): A mixed methods study. *J Adv Nurs.* 2018;74:2630-9.

37. Williams GA, Jacob G, Rakovac I, Scotter C, Wismar M. Health professional mobility in the WHO European Region and the WHO Global Code of Practice: data from the joint OECD/EUROSTAT/WHO-Europe questionnaire. *Eur J Public Health*. 2020;30(Suppl\_4):iv5-iv11.
38. Donnelly C, Ashcroft R, Bobbette N, Mills C, Mofina A, Tran T, et al. Interprofessional primary care during COVID-19: a survey of the provider perspective. *BMC Fam Pract*. 2021;22:31.
39. Lomiguen CM, Rosete I, Chin J. Providing culturally competent care for COVID-19 intensive care unit delirium: a case report and review. *Cureus*. 2020;12:e10867-e.
40. National Council of State Boards of Nursing. NCSBN's environmental scan COVID-19 and its impact on nursing and regulation. *J Nurs Reg*. 2021;11:S1-S36.
41. Scott J, Johnson R, Ibemere S. Addressing health inequities re-illuminated by the COVID-19 pandemic: how can nursing respond? *Nurs Forum*. 2021;56:217-21.
42. Waya JLL, Ameh D, Mogga JLK, Wamala JF, Olu OO. COVID-19 case management strategies: what are the options for Africa? *Infect Dis Poverty*. 2021;10:30.
43. Wittenberg E, Goldsmith JV, Chen C, Prince-Paul M, Johnson RR. Opportunities to improve COVID-19 provider communication resources: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2021;104:438-51.
44. Yan C, Zhang X, Gao C, Wilfong E, Casey J, France D, et al. Collaboration structures in COVID-19 critical care: retrospective network analysis study. *JMIR Hum Factors*. 2021;8:e25724-e.
45. Chen T, Peng L, Yin X, Rong J, Yang J, Cong G. Analysis of user satisfaction with online education platforms in China during the COVID-19 pandemic. *Healthcare (Basel)*. 2020;8:200.
46. Ramos-Morcillo AJ, Leal-Costa C, Moral-García JE, Ruzafa-Martínez M. Experiences of nursing students during the abrupt change from face-to-face to e-learning education during the first month of confinement due to COVID-19 in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:5519.
47. Tawalbeh LI. Effect of simulation modules on Jordanian nursing student knowledge and confidence in performing critical care skills: a randomized controlled trial. *Int J Afr Nurs Sci*. 2020;13:100242.
48. Fogg N, Wilson C, Trinkam M, Campbell R, Thomson A, Merritt L, et al. Transitioning from direct care to virtual clinical experiences during the COVID-19 pandemic. *J Prof Nurs*. 2020;36:685-91.
49. Knobel R, Menezes MO, Santos DS, Takemoto MLS. Planning, construction and use of handmade simulators to enhance the teaching and learning in Obstetrics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3302.
50. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923-58.
51. Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization; 2019.
52. Homer CS, Turkmani S, Rumsey M. The state of midwifery in small island Pacific nations. *Women Birth*. 2017;30:193-9.
53. Retention of the health workforce in rural and remote areas: a systematic review. Geneva: World Health Organization; 2020 (Human Resources for Health Observer Series No 25).
54. Rolle Sands S, Ingraham K, Salami BO. Caribbean nurse migration-a scoping review. *Hum Resour Health*. 2020;18:19.
55. Report of the WHO Expert Advisory Group on the Relevance and Effectiveness of the WHO Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Report by the Director-General to the Seventy-third World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2020.
56. Dempster H, Smith R. Migrant health workers are on the COVID-19 frontline. We need more of them. Washington, DC: Center for Global Development. 2020.
57. Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PLoS One*. 2016;11:e0153391.
58. Homer CSE, Castro Lopes S, Nove A, Michel-Schuldts M, McConville F, Moyo NT, et al. Barriers to and strategies for addressing the availability, accessibility, acceptability and quality of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce: addressing the post-2015 agenda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:55.
59. Siankam Tankwanchi A, N'Simbo A, Hagopian A. Health worker unemployment in low- and middle-income countries with shortage. Draft evidence brief no. 9. Geneva: World Health Organization; 2019.
60. Asamani JA, Amertil NP, Ismaila H, Akugri FA, Nabyonga-Orem J. The imperative of evidence-based health workforce planning and implementation: lessons from nurses and midwives unemployment crisis in Ghana. *Hum Resour Health*. 2020;18:16.
61. Delivered By women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization; 2019.
62. Renfrew MJ, Ateva E, Dennis-Antwi JA, Davis D, Dixon L, Johnson P, et al. Midwifery is a vital solution-what is holding back global progress? *Birth*. 2019;46:396-9.
63. Buchan J, Schaffer FA, Catton H. Policy brief: nurse retention. Philadelphia, PA: International Center on Nurse Migration; 2018.
64. Ngabonzima A, Asingizwe D, Kouveliotis K. Influence of nurse and midwife managerial leadership styles on job satisfaction, intention to stay, and services provision in selected hospitals of Rwanda. *BMC Nurs*. 2020;19:35.
65. Mburu G, George G. Determining the efficacy of national strategies aimed at addressing the challenges facing health personnel working in rural areas in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J Primary Health Care Fam Med*. 2017;9:e1-e8.
66. Irshad M, Khattak SA, Hassan MM, Majeed M, Bashir S. How perceived threat of Covid-19 causes turnover intention among Pakistani nurses: A moderation and mediation analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;10.1111/inm.12775.
67. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *JAMA*. 2020;323:1439-40.
68. Armstrong D, Moore J, Fraher EP, Frogner BK, Pittman P, Spetz J. COVID-19 and the health workforce. *Med Care Res Rev*. 2020;1077558720969318.
69. Nagesh S, Chakraborty S. Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: challenges and recommendations. *J Glob Health*. 2020;10:010345.

70. Stenberg K, Hanssen O, Edejer TT-T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health*. 2017;5:e875-e87.
71. Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S, et al. Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2019;7:e1500-e10.
72. United Nations Inter-Agency Task Force on Financing for Development. *Financing for Sustainable Development Report 2020*. New York, NY: United Nations; 2020.
73. Rules of the game: an introduction to the standards-related work of the International Labour Organization. Geneva: International Labour Office; 2019.
74. Guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization; 2021.
75. Varghese J, Blankenhorn A, Saligram P, Porter J, Sheikh K. Setting the agenda for nurse leadership in India: what is missing. *Int J Equity Health*. 2018;17:98.
76. Newman CJ, Stilwell B, Rick S, Peterson KM. Investing in the power of nurse leadership: what will it take? *Nursing Now*; 2019.
77. Downs JA, Reif LK, Hokeroro A, Fitzgerald DW. Increasing women in leadership in global health. *Acad Med*. 2014;89:1103-7.
78. Solbakken R, Bergdahl E, Rudolfsson G, Bondas T. International nursing: caring in nursing leadership—a meta-ethnography from the nurse leader's perspective. *Nurs Adm Q*. 2018;42:E1-E19.
79. Ferguson SL, Al Rifai F, Maay'a M, Nguyen LB, Qureshi K, Tse AM, et al. The ICN Leadership For Change™ Programme—20 years of growing influence. *Int Nurs Rev*. 2016;63:15-25.
80. Rosa WE, Kurth AE, Sullivan-Marx E, Shamian J, Shaw HK, Wilson LL, et al. Nursing and midwifery advocacy to lead the United Nations Sustainable Development Agenda. *Nurs Outlook*. 2019.
81. Pfeiffer E, Owen M, Pettitt-Schieber C, Van Zeijl R, Srofenyoh E, Olufolabi A, et al. Building health system capacity to improve maternal and newborn care: a pilot leadership program for frontline staff at a tertiary hospital in Ghana. *BMC Med Educ*. 2019;19:52.
82. Foster AA, Makukula MK, Moore C, Chizuni NL, Goma F, Myles A, et al. Strengthening and institutionalizing the leadership and management role of frontline nurses to advance universal health coverage in Zambia. *Glob Health Sci Pract*. 2018;6:736-46.
83. Ahmed F, Zhao F, Faraz NA. How and when does inclusive leadership curb psychological distress during a crisis? Evidence from the COVID-19 outbreak. *Front Psychol*. 2020;11:1898.
84. Colwell FJ. Leadership strategies to improve nurse retention. *Int J Nurs*. 2019;6:171-84.
85. Downs JA, Mathad JS, Reif LK, McNairy ML, Celum C, Boutin-Foster C, et al. The ripple effect: why promoting female leadership in global health matters. *Public Health Action*. 2016;6:210-1.
86. ICN snapshot survey: In the Year of the Nurse and the Midwife, approximately only half of the countries of the world have a chief nursing officer. Geneva: International Council of Nurses; 2020 (<https://www.icn.ch/news/icn-snapshot-survey-year-nurse-and-midwife-approximately-only-half-countries-world-have-chief>, accessed 16 June 2021).
87. Hafsteinsdóttir TB, Schoonhoven L, Hamers J, Schuurmans MJ. The leadership mentoring in nursing research program for postdoctoral nurses: a development paper. *J Nurs Scholarsh*. 2020;52:435-45.
88. Rosa WE, Fitzgerald M, Davis S, Farley JE, Khanyola J, Kwong J, et al. Leveraging nurse practitioner capacities to achieve global health for all: COVID-19 and beyond. *Int Nurs Rev*. 2020;10.1111/inr.12632.
89. Homer CS, Friberg IK, Dias MA, Ten Hoop-Bender P, Sandall J, Speciale AM, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. 2014;384:1146-57.
90. Kollie ES. Experiences of nurses and midwives during the Ebola outbreak in Liberia, West Africa [thesis]. Loma Linda, CA: Loma Linda University; 2016.
91. Holmgren J, Paillard-Borg S, Saaristo P, von Strauss E. Nurses' experiences of health concerns, teamwork, leadership and knowledge transfer during an Ebola outbreak in West Africa. *Nurs Open*. 2019;6:824-33.
92. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *Lancet Glob Health*. 2021;9:e24-e32.
93. Hassmiller S, Pulcini J, editors. *Advanced practice nursing leadership: a global perspective*. Cham: Springer Nature Switzerland AG; 2020.
94. Christmals CD, Armstrong SJ. Curriculum framework for advanced practice nursing in sub-Saharan Africa: a multimethod study. *BMJ Open*. 2020;10:e035580-e.
95. Dlamini CP, Khumalo T, Nkwanyana N, Mathunjwa-Dlamini TR, Macera L, Nsibandze BS, et al. Developing and implementing the family nurse practitioner role in Eswatini: implications for education, practice, and policy. *Ann Glob Health*. 2020;86:50.
96. Swanson M, Wong ST, Martin-Misener R, Browne AJ. The role of registered nurses in primary care and public health collaboration: a scoping review. *Nurs Open*. 2020;7:1197-207.
97. Lukewich JA, Tranmer JE, Kirkland MC, Walsh AJ. Exploring the utility of the nursing role effectiveness model in evaluating nursing contributions in primary health care: a scoping review. *Nurs Open*. 2019;6:685-97.
98. Martinez-Gonzalez NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:214.
99. Miyamoto S, Cook E. The procurement of the UN sustainable development goals and the American national policy agenda of nurses. *Nurs Outlook*. 2019;67:658-63.
100. Scanlon A, Cashin A, Bryce J, Kelly JG, Buckley T. The complexities of defining nurse practitioner scope of practice in the Australian context. *Collegian*. 2016;23:129-42.

101. Markowitz S, Adams EK, Lewitt MJ, Dunlop AL. Competitive effects of scope of practice restrictions: public health or public harm? *J Health Econom.* 2017;55:201-18.
102. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;4; CD010412.
103. Zakumumpa H, Taiwo MO, Muganzi A, Ssengooba F. Human resources for health strategies adopted by providers in resource-limited settings to sustain long-term delivery of ART: a mixed-methods study from Uganda. *Hum Resour Health.* 2016;14:63.
104. Gosic N, Tomak T. Professional and normative standards in midwifery in six Southeast European countries: a policy case study. *Europ J Midwifery.* 2019;3:18.
105. Baker C, Cary AH, da Conceicao Bento M. Global standards for professional nursing education: the time is now. *J Prof Nurs.* 2021;37:86-92.
106. Tuohy D. Effective intercultural communication in nursing. *Nurs Stand.* 2019;34:45-50.
107. Davda LS, Gallagher JE, Radford DR. Migration motives and integration of international human resources of health in the United Kingdom: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies using framework analysis. *Hum Resour Health.* 2018;16:27.
108. Philip S, Manias E, Woodward-Kron R. Nursing educator perspectives of overseas qualified nurses' intercultural clinical communication: barriers, enablers and engagement strategies. *J Clin Nurs.* 2015;24:2628-37.
109. Pereira-Sanchez V, Adiukwu F, El Hayek S, Bytyçi DG, Gonzalez-Diaz JM, Kundadak GK, et al. COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. *Lancet Psychiatry.* 2020;7:e29-e30.
110. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Psychiatry Res.* 2020;288:112936.
111. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: Interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020.
112. Chen R, Sun C, Chen JJ, Jen HJ, Kang XL, Kao CC, et al. A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs.* 2021;30:102-16.
113. Aksoy YE, Koçak V. Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey. *Arch Psychiatr Nurs.* 2020;34:427-33.
114. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: what are the mental health risks? In French]. *L'Encephale.* 2020;46:S73-S80.
115. Charter on health worker safety; a priority for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2020.
116. Sloane DM, Smith HL, McHugh MD, Aiken LH. Effect of changes in hospital nursing resources on improvements in patient safety and quality of care: a panel study. *Med Care.* 2018;56:1001-8.
117. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report. Geneva: World Health Organization; 2020.
118. Walton G. COVID-19. The new normal for midwives, women and families. *Midwifery.* 2020;87:102736.
119. Midwives step up to support pregnant women during pandemic. Brussels: United Nations Department of Global Communications; 2020.
120. Cheung VK, So EH, Ng GW, So SS, Hung JL, Chia NH. Investigating effects of healthcare simulation on personal strengths and organizational impacts for healthcare workers during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Integr Med Research.* 2020;9:100476.
121. Dieckmann P, Torgeisen K, Qvindesland SA, Thomas L, Bushell V, Langli Ersdal H. The use of simulation to prepare and improve responses to infectious disease outbreaks like COVID-19: practical tips and resources from Norway, Denmark, and the UK. *Adv Simul (London).* 2020;5:3.
122. Dubé M, Kaba A, Cronin T, Barnes S, Fuselli T, Grant V. COVID-19 pandemic preparation: using simulation for systems-based learning to prepare the largest healthcare workforce and system in Canada. *Adv Simul (London).* 2020;5:22.
123. Brook J, Aiken L, Webb R, MacLaren J, Salmon D. Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2019;91:47-59.
124. Benton DC, González-Jurado MA, Beneit-Montesinos JV. Defining nurse regulation and regulatory body performance: a policy Delphi study. *Int Nurs Rev.* 2013;60:303-12.
125. Care work and care jobs for the future of decent work. Geneva: International Labour Organization; 2018.
126. Doosty F, Maleki MR, Yarmohammadian MH. An investigation on workload indicator of staffing need: a scoping review. *J Educ Health Promot.* 2019;8:22.
127. Wundavalli L, Kumar P, Dutta S. Workload indicators of staffing need as a tool to determine nurse staffing for a high volume academic emergency department: an observational study. *Int Emerg Nurs.* 2019;46:100780.
128. Joarder T, Tune S, Nuruzzaman M, Alam S, de Oliveira Cruz V, Zapata T. Assessment of staffing needs for physicians and nurses at Upazila health complexes in Bangladesh using WHO workload indicators of staffing need (WISN) method. *BMJ Open.* 2020;10:e035183.
129. National health workforce accounts: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2017.



## 付属資料： モニタリングと説明責任の枠組み

50. 「看護と助産のグローバル戦略の方向性 2021–2025」の実施は、次のような理論に基づいている。保健人材の労働市場の視点から国レベルの適切なデータと分析を行うためには、幅広い関係者の参加が不可欠である。それらは、データと分析によって明らかになった重要な問題に関する多部門間の政策対話の基礎となる。そうした政策対話によって、エビデンスに基づいた優先的な政策の決定や介入が可能となる。すべての国が優先的な政策に対する行動を起こし投資することで、世界を戦略的方向へと前進させ、SDGs に向けた進捗が促進される (図 A1)
51. **モニタリング:** 優先的な政策の実践とモニタリングは、国レベルで行われる。看護師・助産師のデータを収集し、主要課題に関する政策対話を実施し、政策行動に関する意思決定や介入を行った国々は、各々の優先的な政策の実現に向け大きな進歩を遂げる。したがって、モニタリングと説明責任の枠組みでは、これら各ステップのモニタリングも重要視している。実施段階における各ステップの進捗状況は、WHO 加盟国の既存のメカニズムを通じて報告される。
52. **報告:** それぞれの優先的な政策には、それに対応する国家保健人材統計の指標があり、それを通じて各政策に対する進捗状況を確認することができる (129)。加盟国は、国家保健人材統計プラットフォームに自国の保健人材データを毎年報告する。WHO はそのデータを集計し、UHC や他の SDGs に向けた進捗状況を分析する。国家保健人材統計の指標とプラットフォームのメカニズムの活用により、「世界の看護 2020」と「世界の助産 2021」の両報告書作成に必要なデータが共有された。各国は日常的に、国家保健人材統計のデータを、保健人材の労働力市場分析やその他の保健人材需給予測・計画に利用する。
53. 政策対話、意思決定、政策行動に関する進捗状況は、隔年で開催される「政府の看護・助産行政責任者のための WHO 世界フォーラム」と、国際助産師連盟および国際看護師協会との合同開催である「Triad」会議で報告される。2020 年には 130 カ国以上がこれらの会議に参加し、次回は 2022 年と 2024 年に開催される予定である。各戦略の方向性の達成度評価は、国家保健人材統計の集計データと、2022 年から 2024 年の国別報告書を組み合わせるものを用いて、2025 年に行われる。表 A1 ~ A4 は、各政策重点分野のモニタリングと説明責任のアプローチの概要を示している。

図A1 看護と助産のための戦略の方向性2021-2025:変化の理論

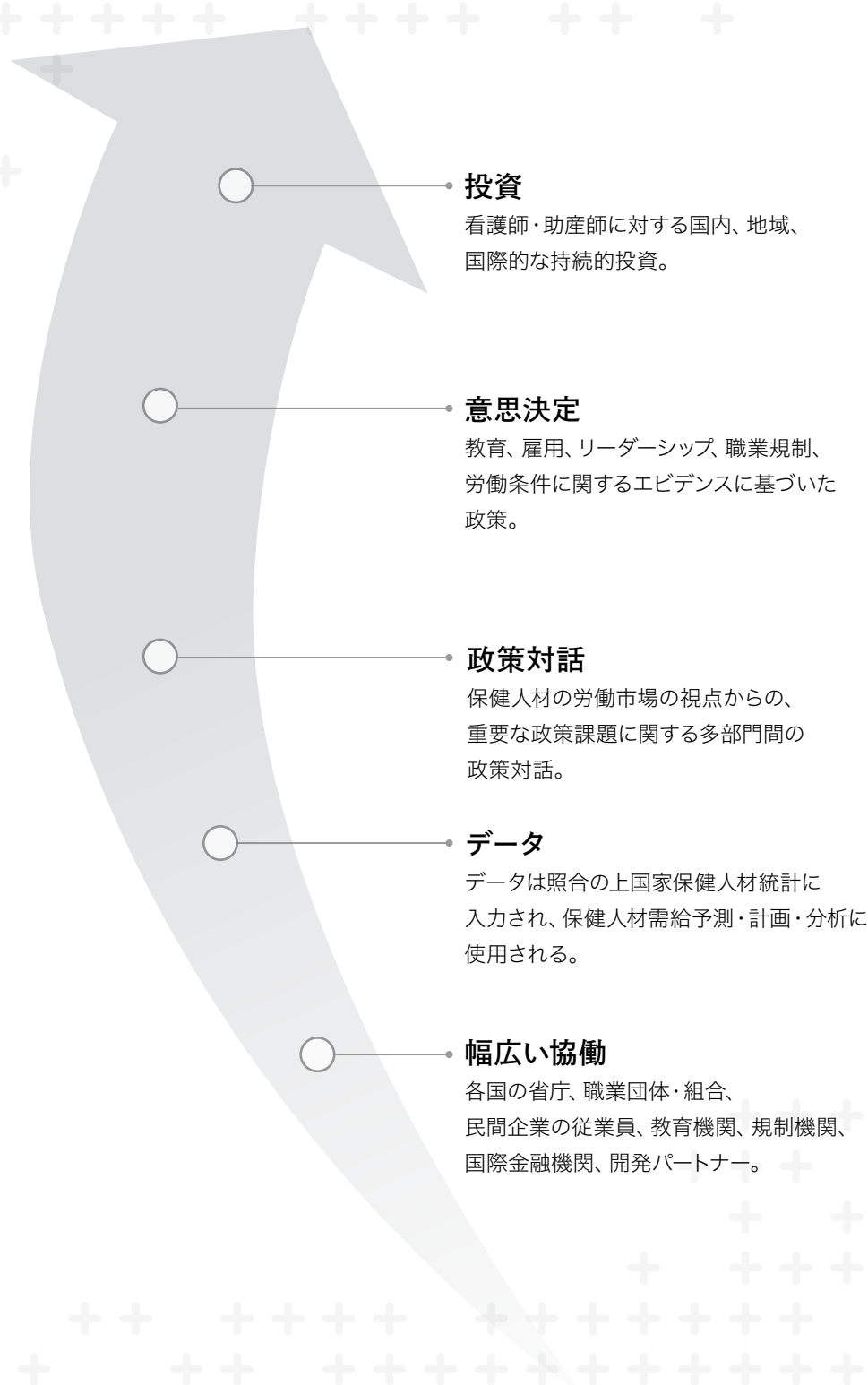


Table A1

## 政策の重点分野: 教育

				モニタリング の頻度	モニタリングの メカニズム
<b>戦略の方向性</b>					
看護師・助産師教育を受けた者は、保健システムのニーズに見合うかそれ以上の、国の優先的な保健課題に対応し得る知識、コンピテンシー、姿勢を備えている。				1回、2025年	国家保健人材統計のデータと、政府の看護・助産行政責任者フォーラム(「Triad」会議と同時開催)への各国代表団からの報告を対象とした、WHOによる分析
<b>優先的な政策</b>					
保健システムやアカデミックな場において最適な役割が担えるよう、教育レベルを高める。	教育プログラムを、コンピテンシーに基づいた、質が担保された効果的な学習デザインとし、かつ人々の健康ニーズに沿えるように設計する。	保健システムの需要を満たすか上回るよう、看護師・助産師の養成を最適化する。	教員が専門分野において、最適な教授法とテクノロジーの、適切な訓練を受けているようにする。	1回、2025年	国家保健人材統計のデータと、政府の看護・助産行政責任者フォーラム(「Triad」会議と同時開催)への各国代表団からの報告を対象とした、WHOによる分析
<b>意思決定 (例)</b>					
看護師・助産師の基礎教育プログラムを整備またはアップグレードする。そして、周辺国との法規の調和を図る。	看護師・助産師の基礎教育基準を更新し、認証制度を強化する。	保健人材の労働市場分析をもとに、要すれば、需要を満たすために国内の人材養成数を増やす。	教員に対し、適切なリソースと、教育方法や臨床技術に関する最新の知見を得る機会を提供する。	2022年 2024年	政府の看護・助産行政責任者フォーラム/「Triad」会議各国代表団レポート
<b>対話 (例)</b>					
看護師・助産師を対象とした様々な基礎教育プログラムの、入学要件・教育期間・教育基準・授与される資格などを見直す。	保健システムやアカデミックな場において最適な役割が担えるよう、看護師・助産師の基礎教育プログラムの成果/コンピテンシーを定義する。	看護・助産教育のデータ報告システムを国レベルで強化する、多部門間のパートナーシップと調整メカニズム。	教員の学位や免許が、看護・助産基礎教育プログラム修了者に授与される学位や免許にふさわしいものであるか、教員資格を見直す。	2022年 2024年	政府の看護・助産行政責任者フォーラム/「Triad」会議各国代表団レポート
<b>データ (例) 指標の定義については、国家保健人材統計ハンドブックを参照。</b>					
NHWA 2-02 NHWA 3-01 NHWA 9-04	NHWA 3-02 NHWA 3-03 NHWA 3-04 NHWA 3-06 NHWA 3-07 NHWA 9-04	NHWA 2-03 NHWA 2-04, 2-05 NHWA 2-07 NHWA 4-02 NHWA 9-04 NHWA 10-04	NHWA 2-05 SoWN NN-3	毎年1回、 2021年～ 2025年	国家保健人材統計 プラットフォーム
<b>協働</b>					
保健省、教育省、教育・研修機関、官民の雇用者、職業規制機関、看護師・助産師協会、認定機関。					
<b>ツールとリソース</b>					
WHO Global competency framework for universal health coverage education; Framework for action: strengthening quality midwifery education for UHC; WHO Digital health strategy; International Confederation of Midwives global standards for midwifery education; WHO Nurse educator core competencies; WHO Midwifery educator core competencies: building capacities of midwifery educators.					

略語の説明: GCNMO→政府の看護・助産行政責任者、NHWA→国家保健人材統計、SoWN NN→世界の看護2020(報告書) 国家保健人材統計以外の指標。

Table A2

## 政策の重点分野: 雇用

				モニタリング の頻度	モニタリングの メカニズム
<b>戦略の方向性</b>					
看護師・助産師の雇用を持続的に創出し、看護師・助産師を効果的に雇用・定着させ、国際的な移動や移住を倫理的に管理することで、医療従事者の可用性を高める。				1回、2025年	国家保健人材統計、国別報告書、政府の看護・助産行政責任者フォーラム(「Triad」会議と同時開催)への各国代表団からの報告を対象とした、WHOによる分析
<b>優先的な政策</b>					
保健人材の労働市場の視点から、看護師・助産師の労働力の計画と予測を行う。	プライマリー・ヘルスケアをはじめとした、人々の健康維持に重要な保健サービス提供のために、十分な雇用を確保する。	「保健人材の国際採用に関するWHO世界実施規範」(以下、「規範」)の実施を強化する。	看護師・助産師を、最も必要とされる場所に集め、これを採用・定着させる。	2022年 2024年	政府の看護・助産行政責任者フォーラム/「Triad」会議各国代表団レポート
<b>意思決定 (例)</b>					
看護師・助産師に関する戦略および投資計画策定のため、保健人材の労働市場を分析する。	看護師・助産師の雇用創出のための経済的需要を拡大する。	国別報告書の完成	必要とされる場所に看護師・助産師を集め、採用・定着させるため、状況に応じた包括的な政策を導入する。	2022年 2024年	政府の看護・助産行政責任者フォーラム/「Triad」会議各国代表団レポート
<b>対話 (例)</b>					
保健人材の労働市場分析に必要な、関係者・政策課題・データソースを特定するため、多部門から成る諮問グループを任命する。	看護師・助産師の雇用創出のため、資金総額の影響分析や経済的な実行可能性分析を見直す。	医療従事者の国際的な移住・移動に関する、保健省をはじめとする保健システム関係者での二国間協議。	看護師・助産師が最も必要とされる地域や状況を特定する。	2022年 2024年	政府の看護・助産行政責任者フォーラム/「Triad」会議各国代表団レポート
<b>データ (例) 指標の定義については、国家保健人材統計ハンドブックを参照。</b>					
NHWA 9-01	NHWA 1-01	NHWA 1-07	NHWA 1-02	毎年1回、 2021年～ 2025年	国家保健人材統計 プラットフォーム
NHWA 9-03	NHWA 1-05	NHWA 1-08	NHWA 6-06		
	NHWA 7-01	NHWA 10-02	NHWA 5-07		
	NHWA 10-05		NHWA 6-01 NHWA 6-02 NHWA 8-03		
<b>協働</b>					
保健・労働・財務・移民などの関係省庁、職業規制機関、官民の雇用者(病院を含む)、看護師・助産師協会、労働組合、採用担当者、教育・研修機関、市民社会団体、一般市民、雇用者団体、保険基金。					
<b>ツールとリソース</b>					
WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel; WHO Guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas; WHO Health labour market analysis toolkit (forthcoming). National Health Workforce Accounts: a handbook; United Nations Inter-Agency Task Force on Financing for Development. Financing for Sustainable Development Report 2020.					

略語の説明: GCNMO→政府の看護・助産行政責任者、NHWA→国家保健人材統計。

Table A3

## 政策の重点分野: リーダーシップ

		モニタリング の頻度	モニタリングの メカニズム
<b>戦略の方向性</b>			
<b>保健・学術分野の上級職における看護師・助産師の割合と権限を高め、次世代の看護・助産リーダーを継続的に育成する。</b>		1回、2025年	国家保健人材統計と、政府の看護・助産行政責任者フォーラム(「Triad」会議と同時開催)への各国代表団からの報告とを対象とした、WHOによる分析
<b>優先的な政策</b>			
看護師・助産師の労働力のガバナンスと管理、および保健政策への意見の反映に向けて、上級職の地位を確立・強化する。	看護師と助産師のリーダーシップ能力開発に投資する。	2022年 2024年	政府の看護・助産行政責任者フォーラム/「Triad」会議各国代表団レポート
<b>意思決定 (例)</b>			
政府の看護・助産行政責任者、看護行政責任者または助産行政責任者の地位を確立し、能力強化の機会を確保する。	看護師・助産師向けのリーダーシップ研修とキャリア開発プログラムを公式に確立し、持続的に支援する。	2022年 2024年	政府の看護・助産行政責任者フォーラム/「Triad」会議の各国代表団のレポート
<b>対話 (例)</b>			
保健人材計画の策定と運用、データの報告と活用、労働市場・財政分析における役割と責任を明確にする。	リーダーシップ能力開発やメンターシップの機会を設けるために、職能団体や保健医療機関との話し合い。	2022年 2024年	政府の看護・助産行政責任者フォーラム/「Triad」会議の各国代表団のレポート
<b>データ (例) 指標の定義については、国家保健人材統計ハンドブックを参照。</b>			
NHWA 1-04 NHWA 9-01 NHWA 9-02 SoWN NN-4	SoWN NN-5 SoWN NN-6	毎年1回、 2021年～ 2025年	国家保健人材統計 プラットフォーム
<b>協働</b>			
保健省、政府の看護・助産行政責任者、看護師・助産師協会、官民の雇用者、保健医療機関。			
<b>ツールとリソース</b>			
WHO Roles and responsibilities of government chief nursing and midwifery officers: capacity-building manual.			

**略語の説明:** GCNMO→政府の看護・助産行政責任者、GCNO:政府の看護行政責任者、GCMO→政府の助産行政責任者、NHWA→国家保健人材統計、SoWN NN→世界の看護2020(報告書)国家保健人材統計以外の指標。

表 A4

政策の重点分野: サービス提供

		モニタリング の頻度	モニタリングの メカニズム
<b>戦略の方向性</b>			
<b>看護師と助産師は、安全かつ支援的なサービス提供環境の中で、 教育と研修の成果を最大限に発揮する。</b>		1回、2025年	国家保健人材統計と、政府の看護・助産行政責任者フォーラム(「Triad」会議と同時開催)への各国代表団からの報告とを対象とした、WHOによる分析
<b>優先的な政策</b>			
職業規制制度を見直し、強化し、必要に応じて規制当局の能力開発を支援する。	看護師と助産師が学際的なヘルスケアチームのサービス提供に最大限に貢献できるよう、職場の方針を適応させる。	2022年 2024年	政府の看護・助産行政責任者フォーラム/「Triad」会議の各国代表団のレポート
<b>意思決定 (例)</b>			
看護師・助産師が教育や研修の成果を十分に発揮できるように、法律と法規を更新し、調和を図る。	保健人材適正配置のための業務量に関する指標(WISN)を分析するワーキンググループの設置。	2022年 2024年	政府の看護・助産行政責任者フォーラム/「Triad」会議の各国代表団のレポート
<b>対話 (例)</b>			
継続的な専門能力向上の義務づけを含む、免許更新頻度とプロセスの見直し。	看護師・助産師が最適なケアを提供するには、どのような保健システムの構造、保健医療施設の人員配置、労働環境政策が必要かを議論する。	2022年 2024年	政府の看護・助産行政責任者フォーラム/「Triad」会議の各国代表団のレポート
<b>データ (例)</b> 指標の定義については、国家保健人材統計ハンドブックを参照。			
NHWA 3-08 NHWA 3-09 NHWA 8-06 SoWN NN-1 SoWN NN-2	NHWA 6-03 NHWA 6-04 NHWA 6-05 NHWA 6-07 NHWA 6-08 NHWA 6-09 NHWA 6-10 NHWA 9-05	毎年1回、 2021年～ 2025年	国家保健人材統計 プラットフォーム
<b>協働</b>			
保健省、政府の看護・助産行政責任者、看護師・助産師協会、官民の雇用者、保健医療機関。			
<b>ツールとリソース</b>			
WHO Patient safety charter of 2020; International Labour Organization Agenda for Decent Work, Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: Interim guidance. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Working Draft for Consultation. WHO Digital health Strategy.			
<b>略語の説明:</b> GCNMO→政府の看護・助産行政責任者、NHWA→国家保健人材統計、SoWN NN→世界の看護2020(報告書)国家保健人材統計以外の指標。			

「看護と助産のグローバル戦略の方向性 2021-2025」は、国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 国際医療協力局による仮訳である。仮訳には、国立国際医療研究センター国際医療協力局事業費および国際医療研究開発費 21A03 低中所得国における医療従事者の経年別実践能力の評価に関する研究（研究責任者 田村豊光）を用いた。なお翻訳は、多職種にわたる有志の国際医療協力局員によって行われた。

｜翻訳者｜

駒形 朋子 田村 豊光 永井 真理

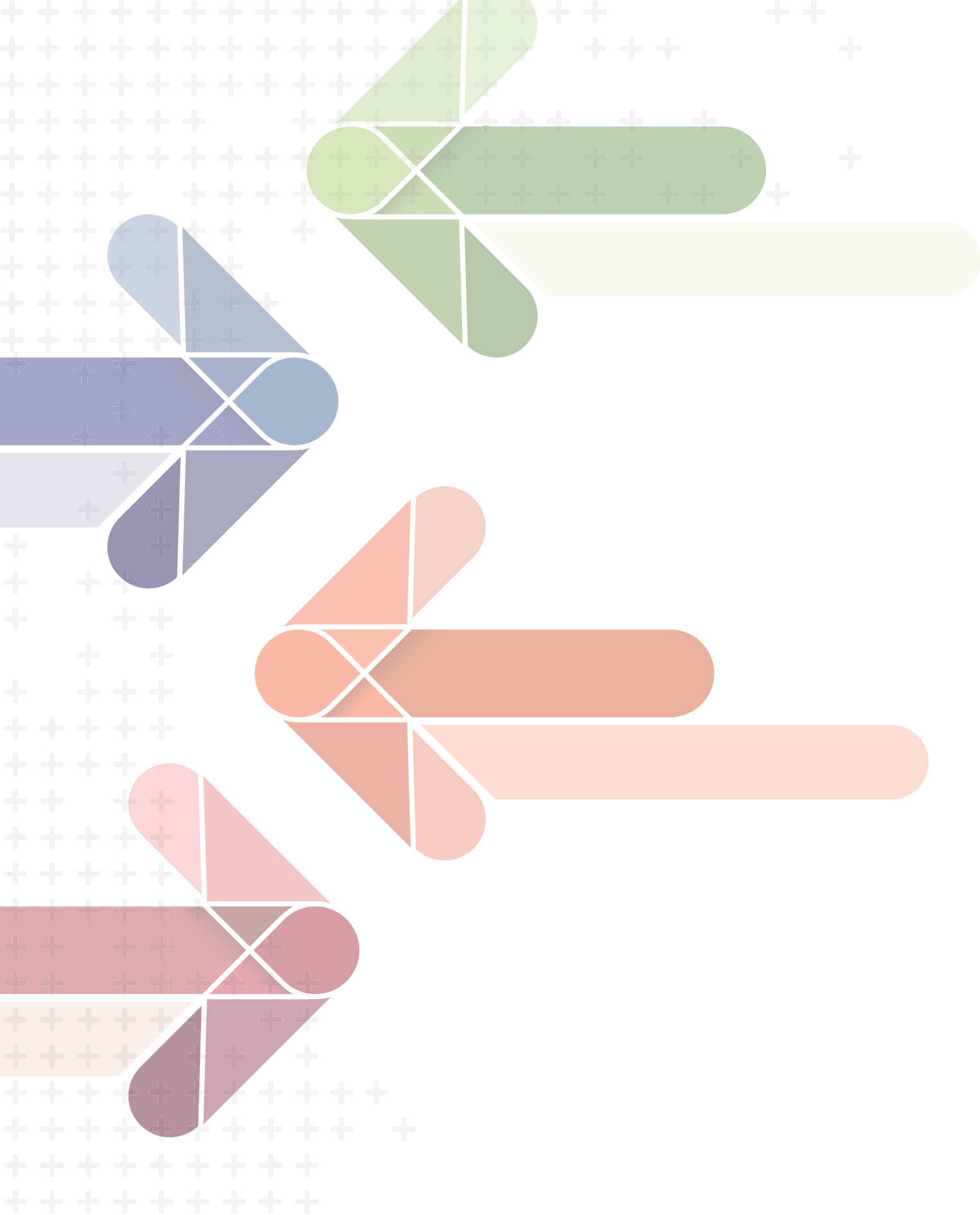
｜翻訳協力者｜

池本めぐみ 井上信明 及川みゆき  
菅野芳明 袖野美穂  
(50音順)

｜発行｜

2022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: koho@it.ncgm.go.jp  
<https://kyokuhp.ncgm.go.jp>



9784909675767