

「人材確保への支出」

専門職の担い手を確保し、
すべての人々に保健医療と教育を届けるための財政支出

2007年10月
オックスファム・ジャパン
山田 太雲



概要

1. 必須社会サービスの重要性
2. すべては担い手がいて成り立つ
3. カギを握るのは政府資金
4. 政府資金を補填する国際援助
5. 提言



1. 必須社会サービスの重要性

- 保健医療と教育システムなしには、貧しい男性や女性は貧困を脱出する機会を得られない。
- すべての市民に保障された基本的権利。
- 世界の途上国では、教員200万人、保健医療従事者400万人もの欠員があるのに、養成・雇用計画は不十分。
- とりわけアクセスできず、雇用機会もないのは、女性と少女、農村地域の貧しい人々、障害のある人々、先住民。
- 女性と少女は、さらにこの上に病気の家族や縁者の介護という重荷を背負う。



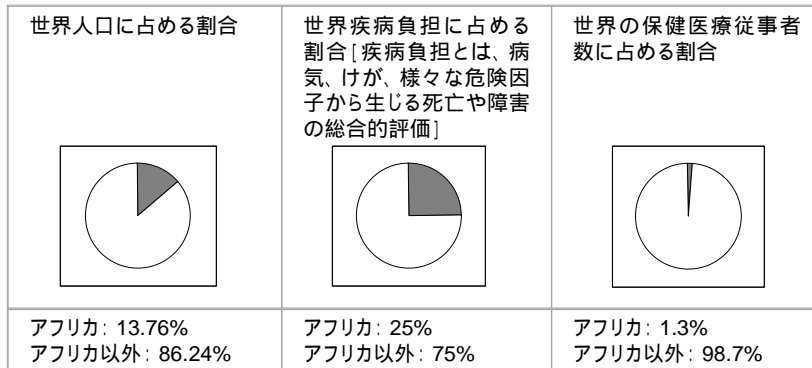
1. 必須社会サービスの現状

- 毎日1400人の女性が妊娠中や出産時に死亡。
- スリランカでは現在、出産する女性の96%が、出産介助を受けることができ、出産時の合併症で死なずに助かる率は、1990年の2倍に。
- WHO「世界保健報告」2006年版は、57カ国で医師、ナース、その他の医療補助スタッフ425万人の不足と見積もり。
- サハラ以南アフリカは、保健医療従事者数わずか60万人。100万人の人員増が必要。
- タンザニアでは毎年新たに約640人の医師、ナース、助産師が誕生しているが、10年でWHO推奨の人員数を確保するには、退職、死亡、移住などによる減少がまったくないと仮定しても毎年3500人は新たに雇用する必要。



図1: アフリカの保健医療従事者の不足

実状にみあっていない人員



資料: 「私たちの共通の利益」(2005年アフリカ委員会報告書)、193ページ

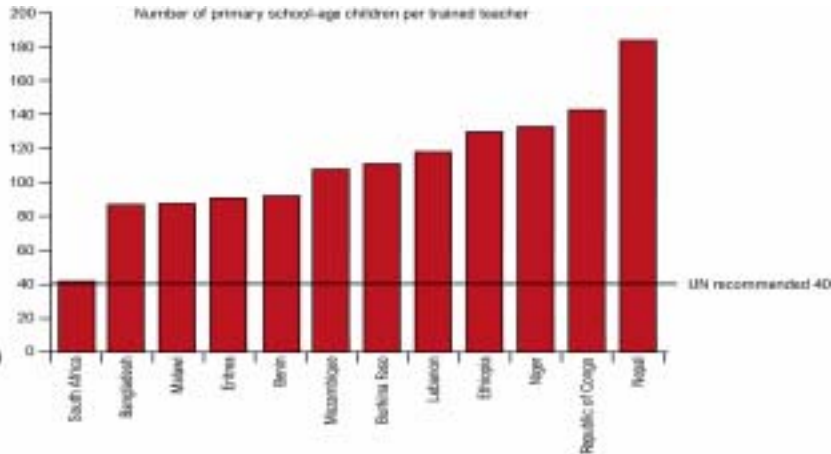


2. すべては担い手がいて成り立つ

- 保健医療と教育システムは、人間によって成り立つ。テクノロジーだけで機能しない。
- 教室はなくとも、先生がいれば授業はできる。先生がいなければ、教室があっても教育を保障することはできない。
- 2015年までに毎年200万人の資格のある初等教育教員が必要とされている。400万人以上の保健医療専門職と補助スタッフが必要とされ、その4分の1はアフリカで求められている。
- 既存のスタッフは少数で、低賃金と劣悪な条件下で献身的に任務を遂行しようと努力している。
- 「先生になるのは、貧乏との契約にサインするのと同じこと」2006年4月、カメルーンのある公立学校教員



図2： 教員1人当たり初等教育該当年齢児童数



資料：「公共の利益のために：万人のための保健、教育、水・衛生」、オックスファム(2006)、オックスファム・インターナショナル、オックスフォード



2. 担い手不足の影響

海外移民	熟練度に応じて、農村から都市へ、都市から海外へ移住してしまう。頭脳流出によるアフリカ諸国の公費損失額は、直接的なものだけで年5億ドル。疾病の増加などの間接的損失は、はるかに大きく。
システムの再分化	特に保健医療部門において、公的システムから私企業や特定の疾病を対象とした援助プログラムへと人員の流出が著しい。同じ保健医療分野であっても、万人が利用できる公平なシステムの一員ではなくなる。
ジェンダーの不平等	女性が、教員や保健医療従事者など社会的評価も高く給与も高い仕事につくのは、とりわけ困難。学校へ行く年齢の頃から差別にさらされ、必要な資格を得る機会がない。その結果、各セクターで底辺的な仕事を担当させられ、十分な衛生用品もなく患者であふれた病棟という労働環境で、HIV感染の危険にさらされる。農村部では女性という理由で向けられる暴力も問題。安全な住居や交通手段がないために、危険な目にあう確率が高くなる。少女は病気の親族の看病と家計を担うため退学。中等・高等教育におけるジェンダー格差は依然として大きく、女性が保健医療や教育分野の熟練した専門家を目指すのは困難。女性が保健医療や教育へアクセスできない原因となっている。
HIV/AIDS	毎年17万人の保健医療従事者が、使用済み注射針や医学生体廃棄物の不適切な処理によるHIV感染の危険にさらされる。ボツワナでは、1999年から2005年の間に、保健医療従事者の17%がHIV/AIDSによって死亡。職員の高モラル低下、ボツワナとザンビアでは、公務員の教員は無料でARVを受けることができ、初等学校教員の死亡率は2001年から2002年をピークとして、以後大きく減少したが油断は禁物。

3. カギを握るのは政府資金

大量雇用推進策の成功例

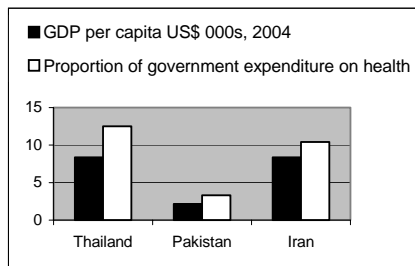
- **保健医療従事者の増員**
 - ・ パキスタン: レディ・ヘルス・ワーカー
 - ・ タイ: 農村部住民に対する雇用
 - ・ イラン: 総合的人材養成と保健医療システムの開発
- **教員の増員**
 - ・ ブラジル: 貧困地区と富裕地区の間の教員数の不正をなくす
 - ・ インドネシア: すべての子どもに良質の初等教育を
 - ・ ウガンダ: 初等教育を重点に



3. 共通する方法

- 財政支出の継続的増加
- 担い手確保と、養成、能力向上が総合的に取り組まれている
- 計画策定と管理運営を改善した公的機関・制度の改革

図3: 保健医療に対する支出



結論: 人員増員計画は必須社会サービス拡充のカギとなる。同時に、成功のためにはこれを上記3つの政策と一緒に振興させることが必要。



3. 途上国の現在の政府支出

1. 責務、政治的意志、足りない資金

- ・低所得の国々も国民に公的サービスを公正に提供する債務を負う
- ・多くの教員と保健医療従事者の新規雇用が必要
- ・アブジャ宣言(2002年)は達成困難。
- ・初等学校の教員については、MDGs達成するには、年間100億ドルの国外からの資金調達が必要。

2. 養成費、人件費はまだ非常に低い水準

- ・教員と保健医療従事者の養成費・人件費は最低137億ドル必要。

表1: アフリカの保健医療従事者不足国とアブジャ目標

保健医療従事者 不足数	政府の保健医療支出(単 位:百万ドル)	アブジャ目標 (単位:百万ドル)	目標達成時の保健医療支出増 加額(単位:百万ドル)
1,073,360	5,929	13,828	7,898

資料:ハーバード・ジョイント・ラーニング・イニシアチブ(2004)、WHO ナショナル・ヘルス・アカウントの2004年データ

4. 適切な援助

成功事例の共通点

- ・今いる働き手の給与アップに資金を投入。
- ・受益率の低い地域のための働き手を新規に養成、採用するため資金を投入。
- ・人的資源に関する計画策定と管理を改善し、働き手の労働意欲向上を図るための制度に資金を投入。

これに対して、

- ・低所得国の国内資金量は小さすぎ、このような資金投入を行えない。
- ・MDGs達成には、保健医療従事者と教員の採用への資金投入が必要。

なぜ貧困国に対する援助は効果があがっていないのか。

4. なぜ貧困国に対する援助は効果があがっていないのか。

- **これまでの援助が公的必須サービスを改革してこなかった理由**
 - ・世銀・IMFによる構造調整政策
 - ・二国間援助
- **減らされる人員、貧困ラインの賃金**
 - ・働き手の雇用削減
 - ・女性への深刻な影響
 - ・給与は貧困ライン以下ぎりぎりか、それ以下まで大幅に低下
 - ・仕事の能率や成果の悪化
 - ・公的システムの荒廃

4. 生かされる援助

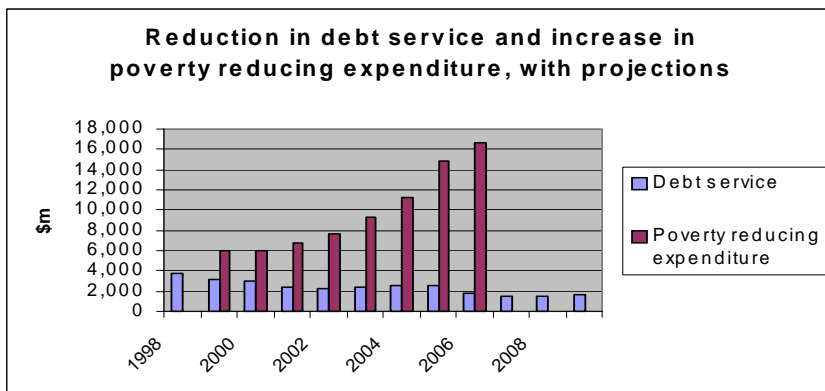
- 教育普通化の大きな成果。2000年以降、約3700万人の子どもたちが入学。教員も増加。
- ベナン、ブルキナファソ、ブルンジ、エチオピア、ギニア、ガイアナ、マダガスカル、マリ、モザンビーク、セネガルでは、わずか4年間に30%以上も。
- 途上国30カ国において、「万人のための教育、ファスト・トラック・イニシアチブ」(FTI)が認められ、政府支出中の教育支出の割合は、70カ国において上昇。教育に対する援助は、追いついていない。

4 . 政府資金を補填する国際援助

- 現在、債務帳消し、国家予算に対する資金協力、保健医療と教育予算に対するセクター財政支援などで実施されている。
- 1999年から2005年の間に、HIPCイニシアチブによる債務帳消し対象国は、貧困削減計画に対する財政支出を倍以上増加させた。しかし、これだけでは圧倒的に不足。
- 現在提供されている援助のうち、スタッフの給与に充てられるのは全体の8%。
- 援助コミットメントが短期で、途上国から見て予測性が低く、人員増強計画を立てづらく、担い手養成が滞る。



図4： 債務返済削減の貧困支援支出に対する効果



債務返済削減と貧困削減支出の増加(実績と予測)
債務返済額
貧困削減支出
縦軸 単位: 百万ドル



表3. 一般財政支援 2004年

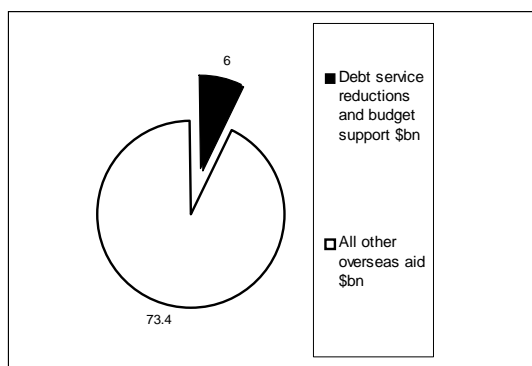
EC	650	イタリア	23
イギリス	606	ベルギー	21
オランダ	168	アメリカ	12
日本	157	ニュージーランド	10
スウェーデン	86	カナダ	8
ノルウェー	83	オーストラリア	5
フランス	55	ポルトガル	5
ドイツ	55	ギリシャ	4
アイルランド	30	スペイン	0
デンマーク	29	総額	2,009

単位:百万米ドル

資料:OECD DAC オンラインデータベース

4. いっそうの債務帳消し、財政支援、セクター支援を

図6: 援助総額に占める財政支援と債務返済削減の割合(2004年)



債務返済削減と財政支援

単位:10億ドル

その他の海外援助

単位:10億ドル

資料:OECD DAC オンラインデータベース

5. 提言

貧困国政府:

- 政府予算の少なくとも20%を教育に、少なくとも15%を保健医療に配分するための計画を立てる。
- 公的サービスをモニターし、地方レベルと全国レベルの計画策定、予算の編成過程に参加するための市民の代表権と監視体制を保障する。

援助国・機関:

- 財政支援を2国間資金協力の25%まで増加する。
- 財政支援が適切でない国々では、保健医療と教育部門に対する資金協力を増加する
- 少なくとも6年間出資し、財政支援に伴うリスクを最小にする手段を講ずる
- 債務の完全帳消しを、さらに20カ国拡大する。

国際機関:

- WHOが行った保健医療従事者の新規雇用と再雇用に必要な概算費用の算出に倣い、ユネスコが教職について同様の算出結果を示す。



ご清聴ありがとうございました

以下も併せてご覧ください。

- オックスファム ブリーフィングペーパーNo. 98「人材確保への支出」
- オックスファム・インターナショナル調査報告書「公共の利益のために:万人のための保健医療・教育・水と衛生」

ご希望の方は

山田 (takumo@oxfam.jp) までご連絡ください。

