

インセンティブ環境に対する保健人材の副業を禁止する規則の影響 —カンボジア政府保健セクターのコントラクティング・アウト・プロジェクト—

阿 部 貴美子

はじめに

保健⁽¹⁾サービスの提供には、医師、看護師、助産師、薬剤師など様々な専門的教育を受けた多くの保健人材⁽²⁾が必要で、保健セクターは労働集約的な産業である。発展途上国において、人々に必要な保健サービスが提供されるためには、その国の保健人材の拡充が重要であると、近年、強調されている。途上国では、実際には、人材の絶対数の不足と偏在、それらから起きる農村での人材不足、教育内容から生じる質の低下、あるいは保健人材が副業をしているために起きるサービスの量と質の低下などの問題などが起きている。これらに対して、国際協力プロジェクトでは、教育機関の設置や訓練などに加えて、特定のサービスの提供を増やすために、政府の保健人材に報酬や手当を払って農村部での定着をはかるなどのインセンティブの導入が拡大してきた(WHO 2006)。これらのインセンティブの導入には、貧困な途上国では、どのようなことが影響してくるのだろうか。

1 問題の背景と本稿の目的

(1) カンボジアの保健セクター開発と保健人材の副業

カンボジアは、人口が約1500万人で、1人あたり年間国民総所得が2015年でも\$1060⁽³⁾(World Bank 2016)の貧しい国である。1970年代末には、国民の大量虐殺があり、医療関係者

も知識層として虐殺された。その後開発が緒についたのは、ベトナムとの戦争と内戦後の1992年以降からと言えるだろう。この頃、マラリアや赤痢、結核などの感染症が猛威をふるい、乳幼児や出産に関連する女性の死亡なども非常に多かった(Grundya et al. 2009)。政府(公的)保健セクターにおけるサービスの提供には、人材や薬品の不足、施設の不備などの問題が山積し、サービスの量と質ともに不足があった。政府は、保健施設の再建・新築に加えて、保健人材の育成と配置を進めた。人々にもっとも身近な公的施設⁽⁴⁾はヘルス・センター(HC)である。複数のHCの上にはレファラル病院⁽⁵⁾が設置され、保健行政郡⁽⁶⁾(Operational District, OD)を構成する(MOH 2002)。しかし、2000年以前には、農村部では電気や水道がなかったり、最低限必要な薬剤や機材が揃っていないHCも多く、医師や資格レベルの高い看護師や助産師は、ほとんどいなかった(明石 2001)。

保健人材は、国家公務員で、その月給は2000年前後で\$10~15、\$30程度(Akashi et al. 2004)と物価と比べて非常に低く、そのためにモチベーションが低いと指摘された。医師に限らず看護師や助産師も、その多くが収入を増やすために副業⁽⁷⁾としての診療行為を、自宅⁽⁸⁾あるいは患者宅で行っていて、それは公然の秘密となっていた。そこでは、不必要な、あるいは危険な診療行為や高額な診療代請求が発生してい

た(明石 2001)。例えば、正確な効果や意味を説明することなく、何かにつけてビタミンを注射や点滴をして料金を請求することが見聞きされた。

副業の診療行為の頻発によって、政府セクターでの保健サービスの供給量が不足した。医療行為に関する法律が不備な状態で、保健省の勤務規則では就労時間外の副業を認めながら、就労時間中は禁止していたが、その効果は低かった(Van Damme et al. 2004)。就労時間内でも、副業をする保健人材もいた。午前中は公的施設勤で働き、午後は自宅で副業の診療を行うことが多く、公的施設では、午後はサービスを提供しないことが普通ようになっていた⁽⁹⁾(明石2001)。コミュニティのレベルでは、同じ保健人材が本業と副業の診療を行い、多くの場合、本業よりも副業の方が、患者に対してはるかに親切で、HCよりも薬の種類が多く、夜間も診療している状態だった。副業では、保健人材の家族が無資格で診療行為を行い、あるいは薬局を経営していることもあった。政府保健人材がほとんど離職しないで副業を続けているのは、公立病院や施設に勤務していることが、副業の診療の患者を増やし、収入を増やすことにつながるためと言われている⁽¹⁰⁾。

副業診療では、診療代金が高額になるため、患者である農民が高利貸しからの借金や農地の売却をせざるを得なくなり、著しい貧困に陥ることが問題視された(MOH 2014)。

保健人材は、公務員でありながらも、国際機関やNGOなどのプロジェクトや研修へ参加して報酬を得ることがある。毎月の定額報酬の場合もある。研修参加に対しては、日当の他に、交通費と宿泊費が支払われることが多い。公務員の月給に比べて効率よく収入が得られることから、保健人材が外部プロジェクトや研修に参加しているために保健センターを不在にするこ

とがしばしば起きる(Biesma et al. 2009)。

(2) コントラクティング・アウト・プロジェクトの中の保健人材の副業

こうした保健サービスの提供の不足を解消するために、1998年から2004年まで、保健省は、農村部のODの保健行政サービス全般を達成数値目標付き⁽¹¹⁾で、NGOに丸投げする業務委託契約(コントラクティング・アウト)を実施した。競争入札してきたNGOから選定して、パイロット・プロジェクトをドナーの資金を使い、5つのODで開始した。選定されたNGOは、国際的に活動する著名なNGOだった。ODで働く保健人材は委託後も継続して働き、NGOがマネジメントした。プロジェクトに資金提供したアジア開発銀行(ADB)は、その終了後、プロジェクトは、目標を達成し、サービスの量と質、効率性、公正性を大きく増加し、改善したと評価した(ADB 2004)。また、委託先の国際NGOの内の1つが、ODの保健人材の動機づけのために、公務員の月給に加え、業績給(金銭的インセンティブ)を導入した。同時に副業の診療行為を禁止した。そして、これらが請け負ったODの目標達成に貢献したと主張した(Soeters & Griffiths 2003)。

パイロット・プロジェクトに対する高い評価を受けて、保健省は2003年から2008年までの間、同様のプロジェクトを、貧しい農村部の中でも保健サービスの供給が特に困難な地域で実施した。パイロット・プロジェクトと大きく違う点は、すべてのODにおいて保健人材には業績に応じた金銭的インセンティブ、つまり業績給を支払い、副業の診療行為を控えること(禁止ではない)が求められた点である。このプロジェクトも、保健省の評価では、数値目標を達成し、効率性も質も高かったとして、高く評価された。業績給は、保健人材の動機づけには十分な額で

あったと指摘された。保健人材は、診療時間内には施設で働いていることが多くなったとも指摘した(MOH 2007、2008)。

このプロジェクトの中で、NGOは、プロジェクトの実施をHCや病院に、数値目標をつけて再委託した。そこでの保健人材に支払われる業績給と副業の診療に関する規則の2つは、副業からの収入を減少させる方向、つまり、副業の診療行為に使う時間を幾分か減らすように働いたと考えられるため、副業の禁止規則の内容や効果、それに影響をしたものを調べることは、重要性が高い。しかし、副業の規則の内容をはじめ、同プロジェクトの委託先のNGOには文書化して記録する義務がないこともあり、把握や公開されていることは限定的である。

(3) 本稿の目的

本稿では、カンボジアで実施された保健人材に対する業績給付きのコントラクティング・アウト・プロジェクトにおいて、複数のNGOが導入した保健人材の副業の診療行為の禁止規則とそれに対する保健人材の反応を明らかにする。そして、禁止規則の効果には、何がどのように影響したのかを検討する。具体的には、副業の診療行為の禁止規則の内容とNGO間の違い、その違いをもたらした考え方を比較し、禁止規則に対する保健人材の反応とNGOの体験から効果を質的に把握する。そこから、副業の診療の禁止に影響するものを検討する。

2 先行研究

(1) インセンティブ

1) プリンシパル・エージェント関係

インセンティブとは、人が、得られると期待される報酬や罰に応じて、ある行動をするように仕向けるもので、この概念に立つと様々なものがインセンティブになり得る(Lindbeck 1997

in McPake and Normand 2008, p.174)。インセンティブは、組織においては、構成員を動機づけてパフォーマンスを高める、組織の成果向上のための重要な道具(International Council of Nurses et al. 2008)である。実際に途上国の保健セクターで政策的に実施されたものは、金銭的か非金銭的か、組織向けか個人向けによって分類されることが多い。カンボジアで実施されたコントラクティング・アウト(業績給つき委託業務)も、金銭的インセンティブに分類される。

インセンティブは、委託者本人(プリンシパル)に代わり、代理人(エージェント)が、本人の利益のために努力するというプリンシパル・エージェント関係において実施される。プリンシパルの利益の拡大のためにエージェントが進捗することが求められるが、エージェントは、プリンシパルの情報の少なさ(「情報の非対称性」)を利用し、機に乗じて自らの効用の拡大をはかる(Preker et al. 2000)。プリンシパルは、業績給を採用する場合、これを加味して業績給をデザインする必要がある。しかし、それも「情報の非対称性」ゆえに十分にできないため、エージェントの行動をモニタリングして、エージェントの不正を防ぐことに注力する(Milgrom and Roberts 1992)。

保健セクターでは、このモニタリングが難しい。例えば、プリンシパル・エージェント関係が、患者と医師、病院と医師との間などに複数存在することや、患者と医師との「情報の非対称性」等があるためである。さらに途上国では、モニタリングに要する予算や技術、システムが不十分で、モニタリングの難しさは増す。

インセンティブのデザインに関しては、複数の課題や原理が提示されている⁽¹²⁾。例えば、インセンティブを付与した1つの作業の遂行のために、複数の異なる種類の作業を行うという

ような多面的な取り組みが必要な場合には、多面の取組みの間でエージェントの注力に差が生じる(Holmstrom and Milgrom 1991)。保健サービスは、様々な作業の複雑な組み合わせであることが多い。さらに、途上国のサービス提供の現場では、人手不足のことが多く、保健人材が、受付や会計の事務的な作業を行うことも多い。

2) 途上国の保健セクターにおけるインセンティブ

途上国の政府保健人材に対して、金銭的・非金銭的インセンティブの両方が、時には組み合わせで様々な目的で適用されてきたが、農村部での保健人材の定着を目的とした事例が多かった(Hongoro and Normand 2006; Ensor and Thompson 2006)。

業績給は、保健セクターでは、保健サービスの量と質の両方の改善にも使われるが、量の増加への付与は質の低下を招くことが多い。その他に、治療が短期間で終わり、次の患者の治療にすぐ取り組みことのできる症状の患者ばかりを選択し、治療に時間がかかる患者を排除する弊害も起こす(Lagarde et al. 2010)⁽¹³⁾。これらの問題の緩和や回避のためには、他の金銭的インセンティブを組み合わせるなどの対応策があり得る(Newhouse 1996; Chalkely and Malcomson 1998)。

途上国の保健セクターにおける業績給は、多く場合、サービスの量の数値目標の達成と結びついていた(Arur et al. 2010)。業績給の適用の有効性に関して、評価は分かれる(WHO 2000, Makasa 2009)。途上国にありがちな、保健人材が副業の診療や農業などの複数の収入源を持つ(Dercon 2002)点や運用を担当する保健省の能力の低さが、効果に影を差している(McPake and Hongoro 1995)。上記したような問題への対応策は、保健セクターに基本的な法整備が出

来ていない、あるいは保健省の政策立案と実施能力が不十分なことが多い途上国では難しいだろう。

3) コントラクティング・アウト

途上国で公的保健サービスをコントラクティング・アウト(業績給付きの外部委託)する事例は、1990年代後半から2000年代前半にかけて増えていた。これは、欧米ドナー国の一部において、政府ではなく、民間の方がより効率的にサービスが提供できるとするニュー・パブリック・マネジメントの手法が採用され、水道事業などが民間委託されたことの移植である(Mills 1997 in Bennett et al. 1997; Liu et al. 2004)。

コントラクティング・アウトは、インセンティブの1つでもある(Hongoro and Normand 2006)。コントラクティング・アウトにおける業績給は、通常は委託先の業績に対して支払われる形であり、カンボジアにおける再委託(NGOから再委託先のHC等の施設へ、さらに個人へ)の事例とは異なる。

コントラクティング・アウトは、政府機構の脆弱な途上国では特に有効であるとされ(DFID 2005; OECD 2008)、アフガニスタンやハイチで導入された。しかし、途上国の保健省が、委託元として必要な煩雑な業務や委託先の民間業者の監督ができるのかという矛盾点が残る(McPake and Hongoro 1995; Eichler et al. 2009)。そもそも業績給の政府財源確保に問題がある(Wibulpolprasert and Hempisut 2004)。

カンボジアは、政府機構が脆弱で、政府内での汚職が問題視されていた(DFID 2005)。カンボジアで実施されたコントラクティング・アウト・プロジェクトでは、それまで低い固定給⁽¹⁴⁾の公務員給与を得ていた政府保健人材に、業績給が追加的に支払われた。カンボジアの保健人材に限らず、政府セクターの人材は、金銭的な

インセンティブを好ましいと見ている(Wright 2001)という主張があるが、業績給による保健人材の収入の変動のリスクの回避(Milgrom and Roberts 1992)は、課題である。また、委託者と被委託者(委託先)の関係は、プリンシパル・エージェント理論が指摘する、上記した「情報の非対称性」などの問題を抱えている。

(2) 副業の診療

途上国における保健人材が、自分の副業のために診療時間中でも病院などの職場を不在にすることは、深刻な問題である(WHO 2006)。禁止されている副業の診療行為を行うことと、副業に公的保健施設の資機材や薬品を使うことは、腐敗(corruption) (Di Tella and Savedoff 2001)と捉えられる。また、副業での診療代は高額で、その支払いのために患者が著しい貧困に陥ることもある(Xu et al. 2003)。副業の診療の禁止は容易ではない。これには、本業の(政府からの)給与を上げるだけでは不十分で(Di Tella and Savedoff 2001)、禁止規則の罰則の内容や実効性も重要である(Ensor and Thompson 2006)。カンボジアの公務員給与は、首相のみの決定で、2006年⁽¹⁵⁾から毎年15%ずつ引き上げられることになったが、元々の給与額が物価に比較して非常に低いため、引き上げのインパクトは少ないと考えられた。

また、政府側の意図的な見逃し(汚職)の有無(Ensor 2004)、取り締まる側が禁止行為をどこまで発見できるのかなども影響する(Ensor and Thompson 2006)。これらは、インセンティブ(業績給)が導入されている環境の中で、インセンティブの効果に影響する重要な要因と位置付けられる。一部の途上国の保健省では、意図的な見逃しがあったり、禁止行為の発見が難しいこともあるだろう。

副業の禁止は、保健人材側が副業の診療から

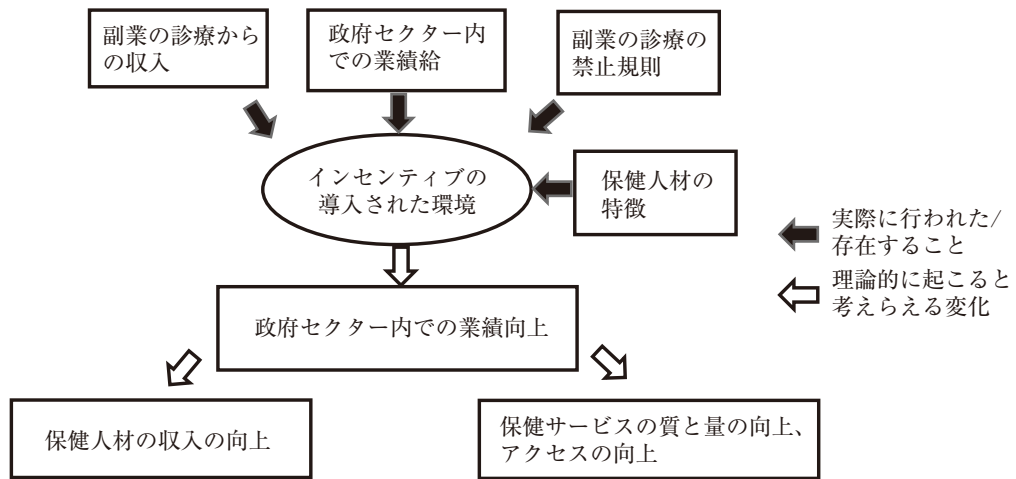
の収入にどの程度、期待するかにも影響される(Ensor and Thompson 2006)。期待には、現在の収入(公務員給与と副業の診療からの収入の総額)と、罰則による失職や減額された場合の収入(次の職の)の額と、さらには科せられる罰の意義が影響する(Ensor and Thompson 2006)。

(3) インセンティブのある環境に対する影響

業績給に限らないインセンティブの効果に関しては、多くの途上国では保健サービスが政府セクターから供給されている点が、インセンティブの効果に(導入されている環境を通じて)影響していると考えられる。カンボジアの場合、

- ・コントラクティング・アウト・プロジェクトでの業績給のように政府保健人材にインセンティブのある環境においても、保健人材は、民間セクターでの副業の診療から収入を得ることができるため、インセンティブの効果は弱められると考えられる。
- ・しかし、コントラクティング・アウト・プロジェクトで支払われた業績給は、保健人材の動機を高めたことはあったと考えられる。
- ・副業の診療に関する規則は、副業を減らし、副業からの収入を減少させる方向に働いたと考えられる。
- ・政府保健人材は、インセンティブ(業績給)を一定程度は好ましいと受け止めた可能性が高い。

これらによって、プロジェクトの目的である保健サービスの質と量、アクセスに変化がもたらされたと考えられる(サービス提供の向上)。これらは、以下の図1で表すことができる。



出典：筆者作成

図1 インセンティブのある(導入された)環境に対する影響ともたらされる変化

3 調査手法

(1) キーインフォーマント・インタビュー

キーインフォーマントに半構造インタビューを実施し、コントラクティング・アウト・プロジェクトの副業禁止に関する規則や罰則を把握し、比較する。また、規則に関するNGOの体験や考え、保健人材の対応を把握する。

インタビューは、2005年から2007年の間に、必要に応じて同一人物に対して複数回行った。スノーボール方式を採用した。構造と半構造、非構造インタビューを実施した。インタビューは、カンボジアの社会的な特徴を配慮して録音は行わず、内容はインタビュー中にノートに記録し、その後、書き起こした。使用言語は、英語とクメール語(通訳を介して)であった。倫理面での承認は、カンボジア保健省とQueen Margaret Universityから得た。インタビュー対象者には、調査内容と秘密保持と匿名性の扱いについて説明し、同意を得た。

(2) OD事務所での会議への参加、HCと保健人材宅での診療の観察

2つのOD事務所、事務所と保健施設のマネージャーが参加する月例会議に参加した。筆者は、コントラクティング・アウト・プロジェクトについて学術的な調査をしている日本人研究者という紹介をした。会議の場では、筆者からの質問やコメントは行わず、会議の内容を通訳に逐語通訳してもらい、基本的に観察のみ行った。HCと保健人材宅での診療状況の観察は通訳を伴って行い、その場にいた人に対する状況の簡単な解説(誰が何をしているか)とその確認を主目的とした簡単な短い質問をした。

(3) 調査対象地

調査対象のODは、カンボジア東部のプノンペンのある平野部にある2つの州から選択した。2つの州は、健康指標でも類似性が高く、隣接する。この2つの州の農村部から社会経済的に類似性がある、NGOにコントラクティング・アウトされた3つのODを選択した。匿名性の観点から、本稿では名前は明らかにしない。インタビューは、これら3つのODと保健省やNGOの本部のあるプノンペンで実施された。

4 調査結果

(1) キーインフォーマント

キーインフォーマントは、調査の対象に関して、より多くの情報と、より深い洞察を持ち(Marshall 1996, p. 92)、または俯瞰的な立場からの意見も持つと考えられる人を、「戦略的サンプリング」を適用して選択した(N=18)。コントラクティング・アウト・プロジェクトの内側の経験だけではなく、外の経験、あるいはコントラクティング・アウト・プロジェクトを外から見る視点を持つ人々も選定することで、調査対象に多角的に迫り、調査結果の妥当性を高めた。

(2) 副業の診療の禁止に関する規則

コントラクティング・アウト・プロジェクト開始以前に、保健人材の副業の診療行為と収入額は、副業の診療の禁止の意義を考える上で重要である。プロジェクト対象地域の副業の診療行為に詳しいキーインフォーマントに、職種ごとの月額を推定してもらった。

これら全てのキーインフォーマントが、保健人材の間では、開始前と開始後でも副業の診療が行われていたと述べた。推定値には幅があるが、政府給与と言われる金額よりも桁違いに高い。プライマリー・レベルの看護師と助産師で\$100から\$200、それよりも資格レベルの高いセ

表1 キーインフォーマントの属性と選択理由、人数、ID

	属性	選択理由	人数 ID
1	コントラクティング・アウト・プロジェクト3つのODの委託先のNGOのマネージャー	コントラクティング・アウト・プロジェクトの実施経験を持つ	4名(1つのODから各1名。あるODのみ2名)K1、K2、K3、K4
2	上記ODで働くNGOのカンボジア人のスタッフ	NGOのマネージメント全般と内部規則に対するOD内の政府保健人材の反応に関する経験を持つ、カンボジア人としての視点も持つ	4名(1つのODから1名、もう1つのODから3名)K5、K6、K7、K8
3	上記ODで働く政府保健人材マネージャー・レベル	NGOのマネージメントの下で働いた経験と、再委託先となったHCで働いた経験を持つ	2名 K9、K10
4	コントラクティング・アウト・プロジェクトの対象外のODで働く政府保健人材	政府保健人材の給与やそれ以外の報酬に対する態度と行動について経験があるが、コントラクティング・アウト・プロジェクトの経験はない。	1名 K11
5	コントラクティング・アウト・プロジェクトを保健省で管理する業務を担当する	保健省とNGOの間の委託契約とモニタリングに経験を持つNGOに委託された複数のODを比較できる	2名 K12、K13
6	MOHで働き、各種のドナー支援のプロジェクトにマネージャー・レベルで参加してきた人	コントラクティング・アウト・プロジェクト以外での政府保健人材の給与やインセンティブ、副業に関する経験を、ドナーや外部の視点からも見ることが可能	1名 K14
7	カンボジアのNGOで、農村開発分野のプロジェクトのマネージャー	保健人材も含めた農村部のコミュニティでの生計手段と収入獲得に関する態度や行動に経験がある	1名 K15
8	カンボジアのNGOで、保健分野のプロジェクトマネージャー3名 政府保健人材とプロジェクトを実施し、10年以上の勤務経験があるマネージャー	政府保健人材の給与やそれ以外の報酬に対する態度と行動について経験がある	3名 K16、K17、K18

出典：筆者作成

カンダリー・レベルの看護師と助産師で\$200から\$400、医師や補助医師では最低でも\$300で、最高で\$1000と推定された(K2、K13、K9)。

診療禁止の規則に関しては、主にNGOのマネージャーからヒアリングを行った(K1からK4、K9、K10)。NGOの内部規則は、保健省の規則と比べて厳しかった(表2)。3つのNGOの内、2つが、保健省の規則に加えて、独自に副業の診療の禁止規則を罰則付きで設けた。残り1つのNGOは、独自規則は設けなかったが、保健省の規則では、就労時間中は禁止であった。就労時間外は禁止ではない。この規則に限らず、保健人材は、保健省の規則に違反して、州保健部から警告を3回受けると解雇となる。

表2 副業の診療禁止に関する規則

OD1	内部規則を設けて完全な禁止 家族による診療と薬局経営も禁止 罰金を含む
OD2	保健省の規則(就業時間内の禁止)の適用
OD3	保健省の規則(就業時間内の禁止)の適用罰金を含む

出典：筆者作成

(3) 規則との厳しさと罰則の実効性

副業の禁止が浸透するかどうかは、1つは罰則の厳しさにかかっている(Ensor and Thompson 2006)が、罰則も含めて独自の禁止規則を設けなかったNGOのマネージャーの次の言葉は、保健省の禁止規則があっても保健人材の副業の診療が広がり、問題を起こしていても、禁止を強く求めない態度と言える。

保健省の規則で十分と考える。それが、守られているならば(その状態で行われる副業の診療行為ならば、問題はないので)保健省の規則の禁止で十分である。(K2)

一方、NGOが独自に設けた規則は、保健省の規則の下位に位置付けられていたため、罰則

の実効性は弱められていた。保健省の副業の診療禁止規則は、一般的に順守されず、罰則も適用されていなかった。キーインフォーマントのNGOマネージャーによれば、NGOの独自規則に対する保健人材による複数回の違反にたまりかねて州保健部に違反者への警告を求め、州保健部から3回警告が行われても、その結果として、解雇になった保健人材はいないとNGOマネージャーは認識していた。解雇の代わりに、NGOの管理するODから他のODへの転勤になったと主張していた。州保健部のこの行動は、副業禁止規則の効果を弱めてしまうと問題視していた(K1、K4)

NGOの規則によって副業の診療が禁止、もしくは制限されることは、コントラクティング・アウト・プロジェクトで働く保健人材だけでなく、その外の保健人材にも受け入れがたいことのようにだった。コントラクティング・アウト・プロジェクトで働く人材は、表だってそれが言えないことは容易に想像されるが、プロジェクトの外部者であり、政府保健人材でもあるキーインフォーマントは、それを以下の言葉で表現した。

コントラクティング・アウト・プロジェクトで働く人も、外に行く時間(自分が副業の診療を行う時間)が必要だ、外に行って(副業の診療をして)家族を食べさせなければならない。(K11)

副業の診療の完全禁止の徹底は、かなり困難だった。NGOマネージャーは、完全禁止の規則を導入してから3年たった2006年に次のように述べている。

副業の診療は、まだ行われている。…彼らは、家族が診療を行うことも悪いことだと

分かっていない。(K1)

別のODに関わるキーインフォーマントが、副業の診療の禁止の効果とその難しさを、以下のエピソードを通じて指摘した。なお、ODで働く保健人材は、コントラクティング・アウト・プロジェクトには契約の上で参加しているので、プロジェクトから抜けてもODで働き続けことはできた。

副業の診療の禁止を進めることは、厳しいゲームを戦っているようなものだ。…禁止の規則に反発して、コントラクティング・アウト・プロジェクトから抜けた〇〇(人名)は、(外部から見ると、ODでは働いていないように見えたため、〇〇の副業の診療に来なくなった患者が出て、)副業の診療の患者が減ってしまった。そのため、プロジェクトで働いた方が(収入が)いいということで、プロジェクトに戻ってきた。(KI4)

結局、この保健人材は、再度、禁止規則の適用の下に入ったわけで、ここには保健人材が禁止規則による自分の収入への影響を多角的に比較し、さらに違反が発見される確率も考えた上で、一番得をする行動をとったことを示している(Ensor and Thompson 2006)。

NGOによる完全禁止の規則は、保健人材からの反発も招いたようだった。筆者が、2006年に参加したコントラクティング・アウト・プロジェクトのODの月例会議では、副業の診療の禁止の徹底についての議論も行われた。そこからは、禁止の徹底は、保健人材の反発もあり、かなり難しいことが想像できた。会議では、副業が禁止されているのかかわらず、ODで働く保健人材の家の外には、副業の診療を示す看板が依然として掲げられていることは問題だ

という指摘が、NGOマネージャーからあった。これに対して、会議に参加していたOD事務所とレファラル病院のマネージャー・レベルの参加者たちからは、副業の診療はいけないのか、してもいいのではないかという主旨の、議論の前提を無視したような発言があった。また、看板に保健人材ではなくその家族の名前が書いてあれば看板を出し続けてもいいのではないかという、NGOの禁止規則に反対するような発言もあった。

このODで保健人材の家を訪問した際には、筆者が尋ねてもいないのに、保健人材の家族が、副業の診療と家族の薬局経営までが禁止されて困っていると話した。また、同じODで本調査の期間中に、海外から来たNGOの独自の規則によって政府保健人材の収入獲得が制限されて問題であるというクメール語の新聞報道があったと、キーインフォーマントから聞かされた。他のキーインフォーマントも、新聞報道があったと話していた。

もう1つのNGOの独自規則は、キーインフォーマントによれば、就労時間内の副業を禁止し、違反の場合は罰金徴収だった(K3、K7)。全面禁止にしなかった理由は、業績給では収入が変動するリスクがあるため、変動によって収入が下がりすぎないようにする(K4、Milgrom and Roberts 1992)という配慮も含まれていた。

このNGOも、複数の違反者について州保健部に報告と退職命令を要請したが、他のODへの異動すら実施されなかった。このNGOが、実際に適用出来た「重い」罰則は、罰金徴収に留まった(K3、K4)。

副業完全禁止規則のODではないODで、保健人材の副業の診療を見に行ったところ、平日の日中に、外から見える自宅の庭で、保健人材の姉で医療資格を持っていない人が、患者に注射をしていた。その周りには、数人の患者と思わ

れる人がいて、順番を待っているようだった。

(2) モニタリングとその効果

副業の禁止が徹底できるかどうかは、プリンシパルによる違反の発見の可能性にもかかっている(Ensor and Thompson 2006)ため、キーインフォーマントに、プロジェクト内部のモニタリングについて尋ねた。NGOは、保健省のシステムで行われるものよりも厳しい、複数のタイプのモニタリングを実施した。保健省のシステムで、通常、ODレベル以下(OD事務所、HC、レファラル病院)で行われるモニタリングは、回数、1回あたりの時間、検証と指導の方法には問題が多く、問題の発見や改善は十分ではなかった(JICA 2007)。コントラクティング・アウト・プロジェクトのNGOのモニタリングは、詳細で厳しいもので、正確性の向上が目指された。NGOスタッフによるモニタリングとマネージャーによるモニタリングを実施した。さらに、NGOスタッフとOD事務所の保健人材の合同チームのモニタリングを実施したNGOがあった。HCや病院を見て回るだけでなく、保健施設のあるコミュニティで利用者へのインタビューを行い、不正の発見やサービスの質に関して検証した(K1からK4、K5、K6、K9からK11、K13)。

このようにモニタリングが強化されても、独自の禁止規則を設けたNGOが期待するような副業の診療の完全禁止や就労時間内禁止は、実現しなかった(K1からK4、K5、K6、K9、K10)。これは、部分的には、プリンシパル・エージェンシー関係に存在する「情報の非対称性」が原因として考えられた(エージェンシーである保健人材が隠れて副業の診療を行うことができるなど)。しかしながら、それでもキーインフォーマントであるNGOマネージャーとODで働く保健人材は、NGOの規則に違反する副業

の診療は、全体としては減っているという見解であった(K1からK4、K5、K6、K9、K11からK13)。これは、保健省による評価と一致する(K12、MOH 2007)。キーインフォーマントの保健人材の1人は、その理由を次のように述べた。

(保健人材の間で)副業の診療は減ってきたが、それは、本業が忙しくなったためだ。(KI6)

HCでは定められている診療時間内での診療対応が増加したと、保健省は評価している(MOH 2007)。保健人材が、いるべき時にいることが増えたということである。しかし、上記の発言からは、本業が忙しくなくなった場合やNGOの規則の適用やモニタリングが弱まった場合には、保健人材が、副業の診療を増やしていく可能性が示された。また、保健人材が、規則に違反する副業の診療は悪いことだからという認識によって、減らしてきたのではない可能性も示された。

5 考察

コントラクティング・アウト・プロジェクト(業績給付きの委託契約)という枠組みが採用されたことで、カンボジアの政府セクターに所属する保健人材は、NGOの独自の規則によって、それまで広く行われていた副業の診療行為(明石 2001)が、罰則付きで禁止されるという事態に直面した。その他にも、数値目標付きの業績給の導入やモニタリングの強化という、それまでの政府セクターで働く環境(インセンティブ環境)からは非常に異質な状態に置かれた。副業の禁止に関する厳しい規則にも拘らず、違反は続いた。また、厳しすぎる規則だとして、反発も起きたようだった。

規則違反が止まなかったことには、上述したように罰則の実効性(Ensor and Thompson 2006)が、州保健部によって弱められたことと、コントラクティング・アウトに存在するプリンシパル・エージェント関係の情報の非対称性からの影響があったと考えられる。また、保健人材の中には、このプロジェクトで支払われた業績給が、副業の診療行為からの収入に見合ったものではないと感じた人や、実際に少なかった人がいたことが考えられる。

しかし、全体としての副業の診療は減ったという意見と評価(MOH 2007)があり、NGOによるモニタリングや罰則が効を奏したとも言える。実際にどの程度減ったのかを把握するためには、コントラクティング・アウト・プロジェクトの実施前後での、副業の診療行為にからの収入に関する量的調査や観察調査が必要である。

NGOに代わり、OD事務所や州保健部がプリンシパルになった場合、副業を禁止できるだろうか。その場合は、違反行為を発見する能力や意思(Ensor and Thompson 2006 ; Ensor 2004)が課題となるだろう。それは、途上国の保健省が、保健人材に対して、コントラクティング・アウトに限らず政策的にインセンティブを適用する際の能力の問題(McPake and Hongoro 1995)をどう乗り越えられるかという基本的で重大な課題につながるものである。

おわりに

本稿では、カンボジアの農村部において、NGOが、保健省から業務実施委託を受けたプロジェクトの中で導入した保健人材の副業の診療の禁止について検討した。NGOは、コントラクティング・アウトというインセンティブ(業績給)付きの環境の中で、さらにHCへの再委託が採用された中で、独自の禁止規則を設け、罰則まで付け加えて副業の診療の削減と禁止を

図った。その結果、副業の診療は全体としては減ったものの、なくなることはなかった。カンボジアで見られた保健人材の副業の診療をはじめとする保健人材による行動や、動機に働きかけるには、政府保健人材への各種の直接的なインセンティブの供与といった保健人材政策が重要であることが、改めて確認された。今後は、どのような政策の有効性が高いのかについても検討していきたい。

【注】

- (1) 医療サービスと呼ばれることが多いが、healthの訳語として保健を使う。
- (2) 保健サービスを提供する人材で、広くは、健康増進のために活動するが国家資格を持っていない人材も含むが、本稿では有資格者を指す。
- (3) World Bank Open Data <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD?locations=KH> 2018.9.2閲覧。
- (4) 人口約1万人あたりに1つ設置された。
- (5) レファラル病院は、10から20のHCごとに1つ設置され、機能レベルが低い方からCPA1からCPA3までに分類されている。ODにはCPA1が設置されていることが多い。かつての州病院と国立病院もレファラル病院で、国立病院は、すべてCPA3である。ODのレファラル病院の上位には州病院、さらに国立病院がある
- (6) 行政区分の郡とは異なる保健行政上の郡で、行政を管理するOD事務所があり、その上に州保健部がある。
- (7) カンボジアの農村部では、保健医療人材に限らず、人々は、出来る限り家計収入を増やそうとして、家計内で収入手段を複数持ち、出来る限り家計の収入を増やそうとする。Ebihara, M. M. 1968. Svay; a Khmer Village in Cambodia. Columbia University.
- (8) 日本で、医師が、一般的に開業するような診療所とは異なり、必ずしも診療所としての体裁や医療的な設備を備えていない。
- (9) カンボジアの公務員の離職率は長年にわたり低い。最新のデータでは0.006%。Ministry of Health, Cambodia, Health Workforce Development Plan 2016-2020, 2016. p.5。これ

は、公務員の給与は低くても、公務員の地位にあることによって、様々な収入が得られるためと考えられている。

- (10) その他の理由としては、公務員職は定期的な現金所得を得られるごく少数の職業の1つであるから、また、公務員職は学歴の高い人が就く職業であり社会的地位が高いから、少額であるが定年退職後に年金が貰えるからという説があるが、裏付となる研究はない。最初の理由は、現在ではあてはまらない。
- (11) 例えば、産前妊婦健診の受診者数、施設分娩数、ビタミンAカプセル投与数など。
- (12) それらについては、Paul Milgrom and John Roberts, 1992, *Economics, Organization & Management*, Upper Saddle River, 1992 Prentice Hall Inc.を参照されたい。
- (13) 医師が、サービス提供の数を増やすために不必要な医療的介入を行うこともある。
- (14) 年功と職種を反映した固定給である。
- (15) 本調査の実施は、2007年である。この段階で調査実施地域では、保健人材の公務員としての給与が上がってはいなかった。カンボジアでは、政策の発表から実施までに時間を要したり、地方での実施にはさらに時間を要することもある。

【文献】

明石秀親,「保健医療の充実」『カンボディア援助研究会報告書—復興から開発へ—』国際協力事業団国際協力総合研修所, 2001, pp. 220-240.

Akashi, H., Yamada, T., Hout, E., Kanal, K. and Sugimoto, T., "User fees at a public hospital in Cambodia: Effects on hospital performance and provider attitudes," *Social Science & Medicine* 58(3), 2004, pp. 553-564.

Asian Development Bank, "Project Completion Report on the Basic Health Services Project (Loan 1447-CAM[SF]) in Cambodia." PCR: CAM27410. 2004, Asian Development Bank.

Allard, M. Jelovach, I. and Légerc P.T., "Treatment and referral decisions under different physician payment Mechanisms," *Journal of Health Economics* 30, 2011, pp. 880-893.

Arur A., Peters, D., Hansen, P., McCourt, W. and Steinhardt, L. C., "Contracting for health and curative care in Afghanistan between 2004

and 2005," *Health Policy & Planning* 25(2), 2010, pp. 135-144.

Biesma, R. G., Brugha, R., Harmer, A., Walsh, A., Spicer, N. and Walt, G., "The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control," *Health Policy & Planning* 25(5), 2009, pp. 239-252.

Chalkley, M. and Malcomson J. M., "Contracting for health services when patient demand does not reflect quality," *Journal of Health Economics*, 17. 1998, pp.1-19.

Department for International Development, the United Kingdom. *Why we need to work more effectively in fragile states*, 2005, Department for International Development.

Dercon, S. "Income Risk, Coping Strategies, and Safety Nets," *World Bank Research Observers*, 17 (2), pp.141-166. doi: 10.1093/wbro/17.2.141. 2010.3.15閲覧。

Di Tella. and Savedoff, W. "Diagnosis Corruption," Inter-American Development Bank, 2001.

Ebihara, M. M. *Svay; a Khmer Village in Cambodia*, 1968, Columbia University

Eichler, R., Levine, R. and the Performance-Based Incentives Working Group, *Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls*, 2009, Center for Global Development.

Ellis, R.P. and T.G. McGuire. "Provider behaviour under prospective reimbursement: cost sharing and supply," *Journal of Health Economics* 5, 1986, pp. 129-152.

Ensor, T., "Informal payments for health care in transition economies," *Social Science & Medicine* 58 (2), 2004, pp. 237-46.

Ensor T. and Thompson R., "Unofficial payment in low- and middle-income countries," Jones A. M. ed., *The Elgar Companion to Health Economics*, Cheltenham, 2006, pp.154-163.

Grundya J., Qiu Yi Khutb, Q. Y., Oum, S. Annear, P., Kye, V. "Health system strengthening in Cambodia—A case study of health policy response to social transition," *Health Policy* 92, 2009, pp. 107-115.

Holmstrom, B. and Milgrom, P., "Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contract,

- Asset Ownership, and Job Design,” *Journal of Law, Economics and Organization* 7 Special Issue, 1991, pp.24-52.
- Hongoro C. and Normand C., “Health Workers: Building and Motivating the Workforce,” Jamison, D.T., Breman, J. G., Measham, A. R., et al., eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd edition, World Bank; 2006. Chapter 71. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11730/> 2012.7.13閲覧。
- International Council of Nurses, International Pharmaceutical Federation, World Dental Federation, World Medical Association, International Hospital Federation, World Confederation for Physical Therapy, *Guidelines: Incentives for Health Professionals*, ICN, 2008.
- Japan International Cooperation Agency (JICA). *The development study on strengthening maternal and child health services performance in the Kingdom of Cambodia, Final Report*, 2007, JICA.
- Lagarde, M., Powell-Jackson, T., and Blaauw, D., “Managing incentives for health providers and patients in the move towards universal coverage,” Technical Report., *Global Symposium on Health Systems Research*, 2010, Montreux, Switzerland.
- Lindbeck, A. “Incentives and Social Norms in Household Behavior,” *American Economic Review*, March 87(2), 1997, pp.370-377
- Liu, X., Hotchkiss, D. R., Bose, S. Bitran, R. Gedionet, U., “Contracting Primary Health Services: evidences on its effect and a framework for evaluation,” *Partners for Health Reform Plus*, Abt Association, 2004.
- Makasa, E., “The Human Resources crisis in the Health Sector - a discussion paper,” *Medical Journal of Zambia* 35 (3), 2009, pp.81-87.
- Marshal, M. N., “The key informant technique by the informant,” *Family Practice* 13(1), 1996, pp. 92-97.
- McPake, B. and Hongoro, C., “Contracting out of Clinical Services in Zimbabwe,” *Social Science & Medicine* 41(1), 1995, pp.13-24.
- McPake, B. and Normand, C., *Health Economics: An International Perspective*, 2nd ed, Routledge, 2008.
- Milgrom, P. and Roberts, J., *Economics, Organization and Management*, Prentice Hall, 1992.
- Mills, A., “Contractual Relationships between governments and the commercial private sector in developing countries,” Bennett, S., McPake, B. and Mills A. eds., *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the public interest?*, Zed Books, 1997, pp.189-213.
- Ministry of Health, Cambodia, *Health Sector Strategic Plan 2003-2007*, 2002.
- Ministry of Health, Cambodia, *Cambodia Health Service Contracting Review*, 2007.
- Ministry of Health, Cambodia, *Report on the Capacity Assessment of 7 Provincial Health Departments & 11 Operational Districts*, 2008.
- Ministry of Health, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit(GIZ), *Out-of-Pocket and Catastrophic Expenditure on Health in Cambodia Cambodian Demographic Health Survey 2005 and Socio-Economic Surveys 2004 & 2007 Analysis*, 2014.
- Ministry of Health, Cambodia, *Health Workforce Development Plan 2016-2020*, 2016.
- National Institute of Public Health, National Institute of Statistics [Cambodia] and ORC Macro, *Cambodia Demographic and Health Survey 2005*, 2006.
- Newhouse J., “Health plans and health providers: efficiency in production versus selection,” *Journal of Economic Literature*, 34, 1996, pp.1236-1263.
- OECD (Organization of Economic Co-operation and Development), *Service Delivery in Fragile Situations: Key Concept, Findings, and Lessons*. OECD/DAC Discussion Paper, OECD, 2008 .
- Preker, A. S., Harding, A. and Travis, P., “‘Make or buy’ decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory,” *Bulletin of the World Health Organization* 78(6), 2000, pp. 779-90.

- Soeters, R. and Griffiths, F., "Improving government health services through contract management: A case from Cambodia," *Health Policy & Planning* 18 (1), 2003, pp.74-83.
- Van Damme, W., Van Leemput, L., Por, I., Hardeman W. and Meessen, B., "Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia," *Tropical Medicine & International Health* 9 (2), 2004, pp.273-280.
- Wibulpolprasert, S. and P. Pengpainbon, "Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience," *Human Resources for Health*, 1 (12), 2003.
- World Bank Open Data <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD?locations=KH> 2018.9.2閲覧。
- World Health Organization, *Issues in health service delivery: Human resources for health Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems, Evidence and Information for Policy*, 2000, Department of Organization of Health Service Delivery.
- World Health Organization, *The World Health Report 2006 - working together for health*, 2006, World Health Organization.
- Wright, B. E., "Public-Sector Work Motivation: A Review of the Current Literature and a Revised Conceptual Model," *Journal of Public Administration Research and Theory*, (4), 2001, pp. 559-586.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, Murray, C. J. L., "Household catastrophic health expenditure: a multicountry Analysis," *THE LANCET*, 362, July 12, 2003. pp.111-117.

【付記】

本稿は筆者が、Institute for International Health and Development, Queen Margaret University, Edinburghに提出した博士論文の一部に加筆修正を行ったものである。