平成19年度国際共同研究

保健医療サービスの国際化とマンパワーの流動化に対応する医学教育とヘルスプロモーションの効果的連携のしくみに関する研究

東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 環境社会医歯学系健康推進医学分野　教授
高野　健人

【スライド -1】

この研究は、大変重要で深刻だと思って応募させていただいたのですが、1 年間実際にやってみまして、本当にその重要性や深刻性の奥底を見させていただきました。こうした研究を可能にしていただいたファイザーヘルスリサーチ振興財団に心から感謝を申し上げます。

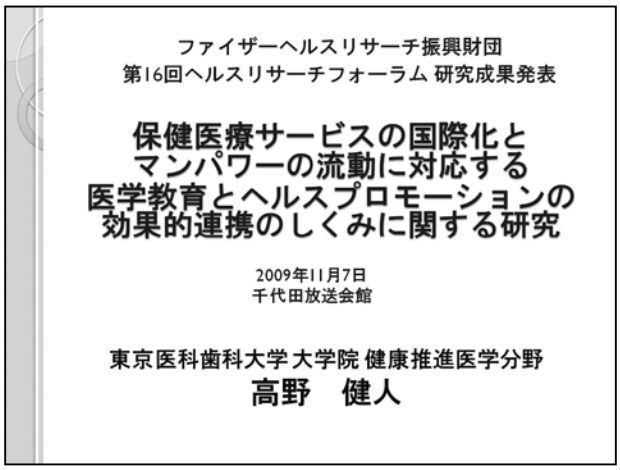
【スライド -2】

タイトルが長いのですが、簡単にどういうことをやったかを説明します。

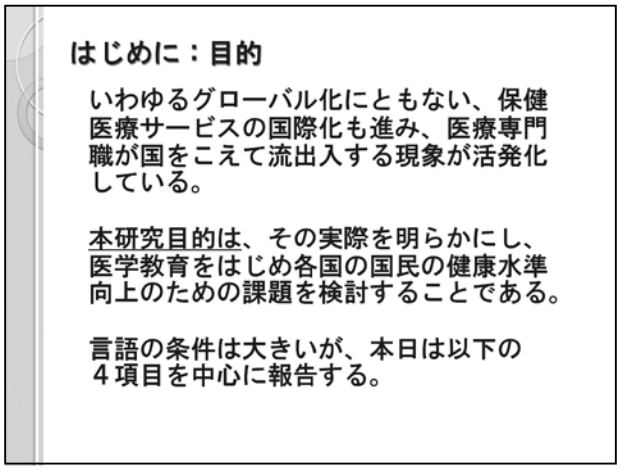
現在は全世界グローバル化しており、人・モノ・金と情報も動くわけですが、保健医療サービスの分野においても様々な国際化が急速に進んでいます。医療専門職が国を超えて流出する、あるいは流入するということが非常に活発になっていますので、その実態を明らかにしようということ。それから、教育という観点からは、例えば日本でも医師を一人育てあげるまでに、おおまかに言って 1 億円かかります。更に様々な費用を考えますと、大変お金がかかるわけです。それはどこの国でもそうです。従って、せっかく育てた専門職が他へ流出してしまうということは、その国の医療の空洞化を招きますので、大変深刻な問題です。

本日は時間も限られておりますので、言語の条件というものが大きいわけですが、この言語の条件に関しては触れずに、スライドに示した 4 つの項目を中心に報告いたします。

スライド-1



スライド-2



【スライド -3】

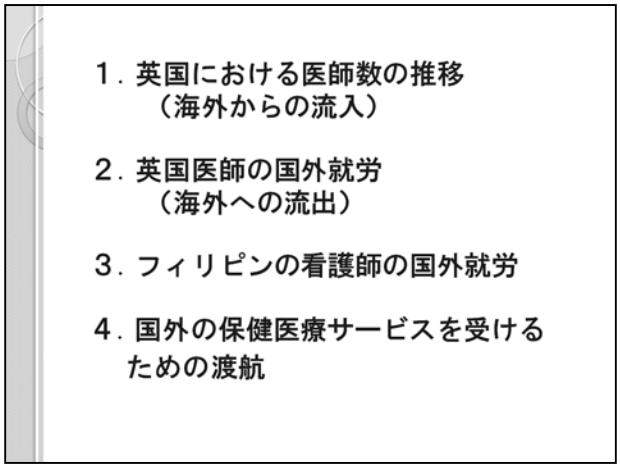
まず、イギリスを例に取りまして、医師数の推移。海外からどのように医師が流入したか。それから今どうなっているか。

２点目はイギリスにおける医師は、どこへ行ってしまったのかということ。

それから３点目は、フィリピンを例に取りまして、看護師の国外就労について。

そして４点目として、スライドには少し長く書きましたけれども、簡単に言ってしまいますと、これはメディカルツーリズムです。

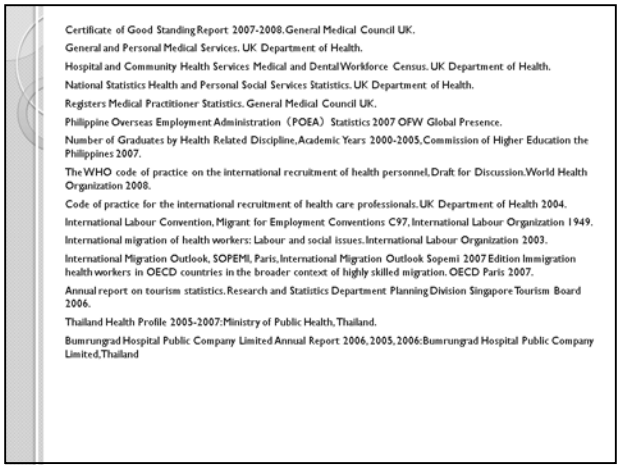
スライド−3



【スライド -4】

いろいろと国によって統計が違いますので、吟味をした結果、ここではこれらスライドに示した資料の数値を用いました。

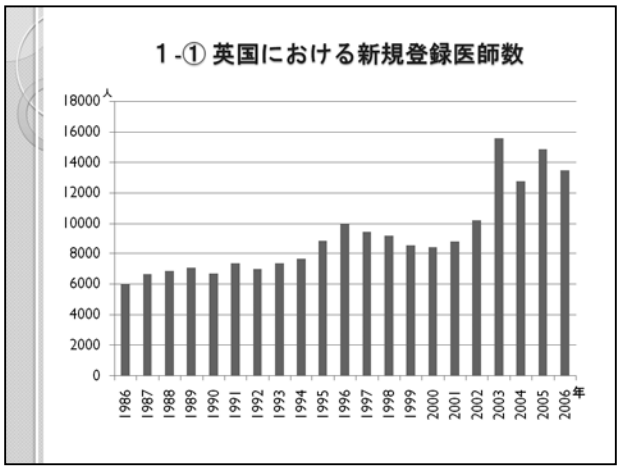
スライド−4



【スライド -5】

まず、イギリスにおける新規登録医師数を 1986 年からプロットしています。1995 ～ 96 年で、ちょっと増えています。これはあとでお話ししますが、EU の他の国からの流入です。問題は 2003 年ですが、見て明らかなように、2000 年あたりのレベルに比べて、ほぼ倍の医師数になっています。英国の医師の数が足りないということで、倍増計画を行ったわけです。

スライド−5



【スライド -6】

その倍増計画を詳しく調べてみますと、その医師の数を倍にした 2003 年では、非 EEA、簡単に言うと EU 以外の国から来た人たちの新規登録医師数が全新規登録者のほぼ６割になってしまっている。イギリス自体の医師は 30％を切ってしまった。こうい

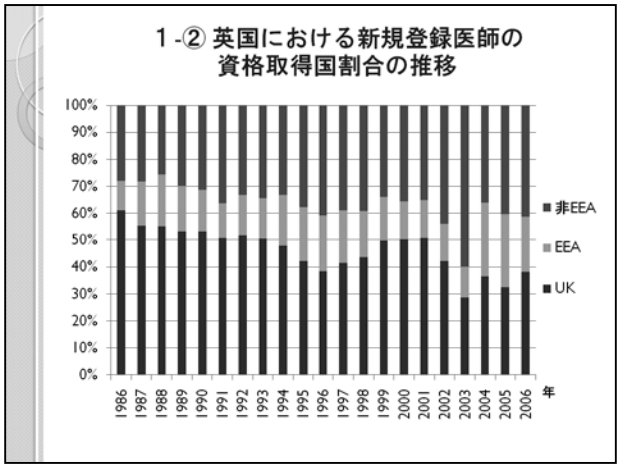
う事態になりました。

そこでイギリスの政府は、このあと様々な改善策をとりました。例えば海外からの医師の移民を制限する、それから、国内にいてもなかなか医師になれないようにするというような施策で、現在はまた、少しずつこのパーセンテージは元に戻っています。

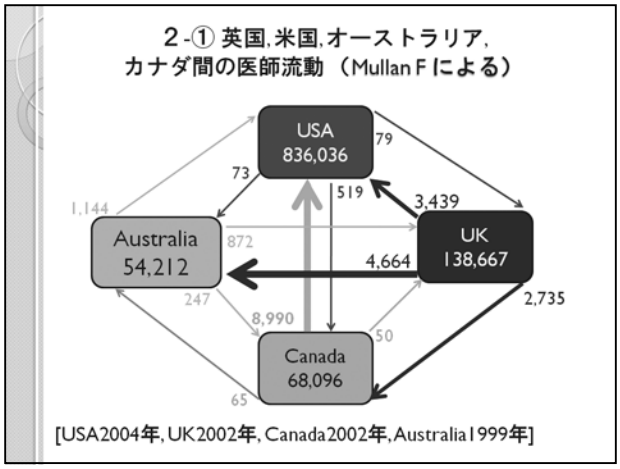
ちなみに「医師を増やします」と言いましたのは、2000 年に出た「THE NHS プラン」です。これは、2000 年から 2004 年までに医師数は、GP を 2,000 人増やし、専門医を 7,500 人増やし、看護師を 20,000 人増やすというプランです。そしてそれと並行して、医学部の定員を 1.4 倍にするということをやりました。これはちょっとどこかの国に似ているような気がしますが。

そしてやってみますと今のような問題が起きましたので、その後、現在は移民法改正（HSMP：Highly Skilled Migrant Program）により、海外からの医師の流入に関してストップをかけていこうということです。

スライド−6



スライド−7



これはイギリスにとりましても大きなインパクトでありましたが、イギリスへ来る医師はそれぞれの母国（特に開発途上国ですけれども）では優秀な医師ですので、これだけ外へ出てしまうというのは、その国にとっても医療の空洞化を招いて、またこれも問題になったわけです。

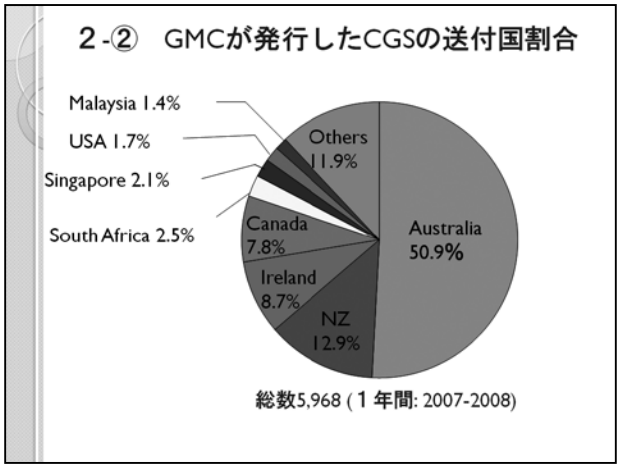
【スライド -7】

もう少し詳しく、どんな具合に出ているかということを研究した先行研究も既にありますので、それらを少しモディファイさせていただき、図示いたしました。

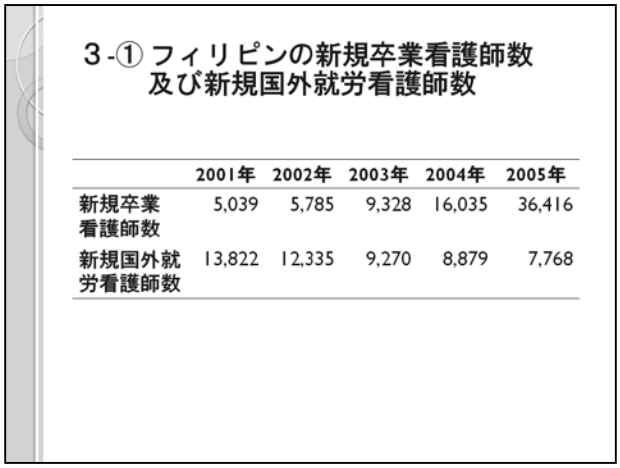
先ほどイギリスの医師を増やしたと言いましたが、それにもかかわらず、イギリスの医師はイギリスにいないわけです。いるのですけども、パーセンテージが低くなっている。どこへ行ってしまったのだろうということです。

一番多いのはオーストラリアで、アメリカにももちろん行っております。カナダにも行っています。この先行研究が英連邦のみの統計ですので、こういう傾向があった。

スライド−8



スライド−9



3-① フィリピンの新規卒業看護師数及び新規国外就労看護師数

	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
新規卒業看護師数	5,039	5,785	9,328	16,035	36,416
新規国外就労看護師数	13,822	12,335	9,270	8,879	7,768

【スライド -8】

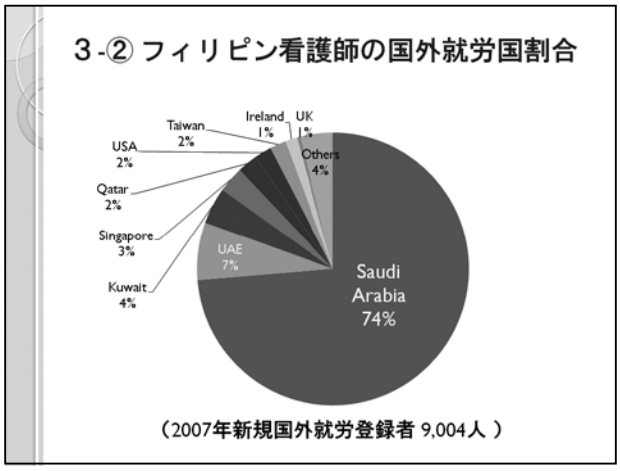
特に一番多いオーストラリアのデータがちょっと古いものですから、我々はこれを調べ直しました。医師の登録機関である GMC では、海外に行って働きたいという医師には、先方の求めに応じて CGS（Certificate of Good Standing）という資格を出します。その医師はきちんと能力がありますということを証明するわけです。この証明書の送付国では、やはり現在もオーストラリアが半分くらいですので、オーストラリアへ行ってしまう。それから続いてニュージーランド、アイルランド、等々という具合に続いております。

【スライド -9】

3 番目の問題ですが、これはフィリピンの新規卒業看護師数と海外へ行った看護師さんの数を経年的に調べたものです。

新規卒業者は大変増えています。海外への就労は一見減っているように見えますが、大変多い。減っているように見えるのは、新規の国外就労看護師数は POEA（Philippine Overseas Employment Administration）という機関で正式に手続きをきちんとするようになりましたので、ここで出ているのは公的な数字です。ですから減っているように見えます。実際に我々が調べた限りでは、この水準で続いているし、まだ増えております。しかしながら、行く先が変わったということが分かりました。

スライド−10



【スライド -10】

従来は欧米へかなりの数のフィリピン看護師が行っていたわけですが、現在ではサウジアラビアが圧倒的で 7 割を占めるという状況です。続いて UAE、クェート、シ

ンガポールという行き先になっています。

【スライド -11】

４番目の問題ですが、医師それから看護師も国を越えて動くわけですが、患者も移動するということで、いわゆるメディカルツアーです。

アメリカからキューバに行くというような映画もありましたが、あれは皮肉で描いてあるわけでして、実際にはここにありますような４カ国が、一番多いメディカルツアーの引き受け国です。

タイは年間 140 万人、シンガポール 37 万人、マレーシア 30 万人、インド 18 万人という具合に、患者を受けています。そしてその患者さんはどこの国から来るかというと、それよりも医療レベルの低い国からのみ来るのではなくて、むしろアメリカ、ヨーロッパをはじめ、医療レベルの高い国からも来ています。

【スライド -12】

こういうふうに国を越えて専門職も移る、患者も移るということですので、国際的な対応が必要になってまいります。

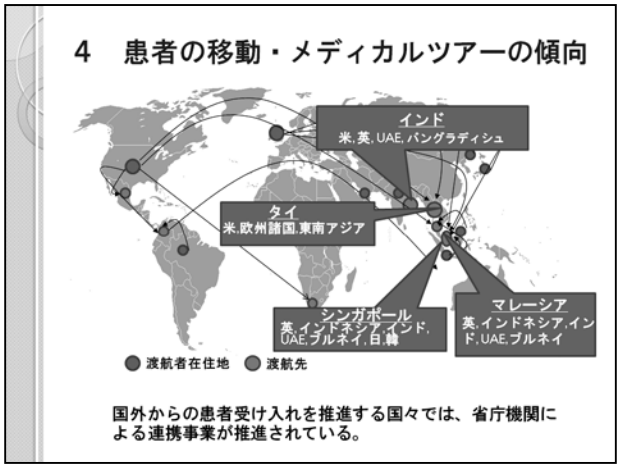
【スライド -13】

そこで WHO-ILO では、このようなコードを作成して 2010 年の WHO 総会において批准予定ですが、実際の効力は少し疑問な点があります。

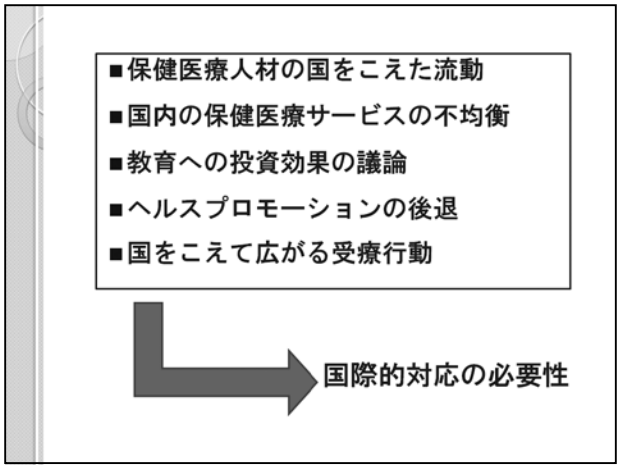
【スライド -14】

まとめとして、この４点を書かせていただきました。

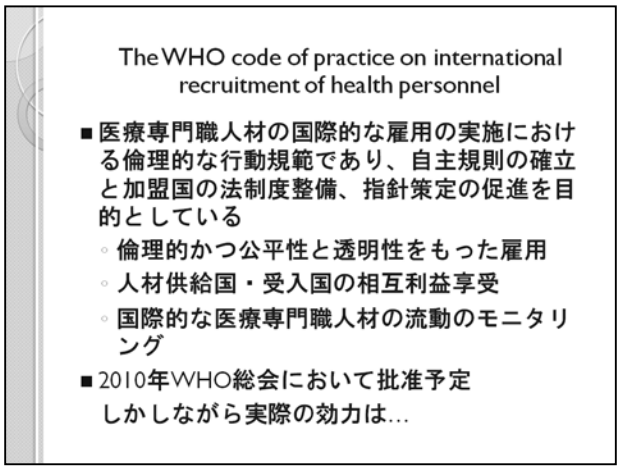
スライド-11



スライド-12

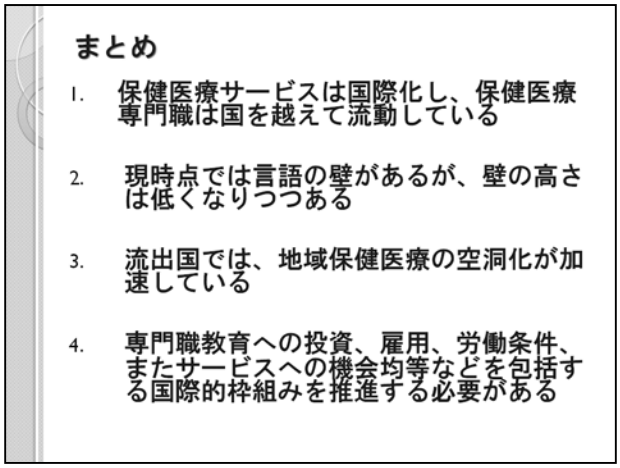


スライド-13



明らかに流動が活発化している。それから、今日はお話ししませんでしたが、言語の壁はあるけれども、その壁の高さはきわめて低くなっている。流出国では保健医療の空洞化が加速しております。従いまして、この４番目にありますような、専門職教育への投資、雇用、労働条件、またサービスの機会均等を包括する国際的な枠組みを推進する必要があるということです。

スライド-14



質疑応答

会場：　特にイギリスの医師がオーストラリアやアメリカに流出するというお話が大変興味深かったのですが、それは、イギリスの医師の給与が非常に抑えられていて、他の国の報酬の高いところを求めると考えたらよろしいのでしょうか？

高野：　一般的にはそうです。しかし、実際に統計を取ってみますと、条件によっていろいろ変わりますので、必ずしも有意にそこだけが際だった理由ではなく、労働条件全般が理由となっています。労働環境の良いところへ人は動くということだと思います。給料はその一端に過ぎません。

会場：　そうすると、イギリスではかなり医師の労働条件は悪いと考えてよろしいのでしょうか？

高野：　実際に聞いてみますと、イギリスの医師は働きにくいと思っている人が多いようです。

会場：　長時間労働とか・・・

高野：　いいえ、むしろデューティーが多いとか。それから、他の国から今のようにたくさん入ってきていますが、NHS ですので、まったく同じ条件で雇いますから、やはり不満がある。

会場：　患者のメディカルツアーと医師の流出の関係を教えてください。

高野：　一つの具体的な例を申し上げますと、ある国では特区を作って、そこに、例えば外科の専門医が他の国の医師免許を使えるようにしています。手術だけを分業するのであれば、患者さんと別に話をする必要はない。そこは非常に安いコストで進んだ手術ができますので、そこへメディカルツアーが来るというケースもあります。その他に、患者が渡航するということで、観光ではありませんけれども、それに伴う産業が活発になりますので、先ほど例に出したような国では積極的に、医師の招聘ももちろんそうですけれども、患者の誘致を、政府として進めているという関係です。

会場：　私は中国天津医科大学から来た者です。日本の場合は医師流入の壁が相当高いと聞きましたが、それはやはり行政の問題ですか、あるいは国民性ですか？
また、日本でメディカツーリズムを扱うときにはどんな条件をクリアしなければならないか、ぜひ教えていただければ、と思います。

高野：　基本的には日本の基準が厳しい。医業をするということに関しての基準が厳しくなっています。それから言葉の問題も大きいと思います。しかしながら、医療保険を使うものに関しては大変基準が厳しいのですけれども、そうでない分野は、実際かなりの流入が既に始まっています。ですので、法律とか規則で守られているというのは、ジェネラルな考え方として正しいのですが、それも崩れているというご認識を持っていただくと、さらに現実が分かりやすいと思います。

会場：　私の専門が社会保障法で、医療と福祉の現場における法律ですので、法政策、法整備に非常に興味がありましたので、先生の貴重な着想に感銘を受けました。私は今現在、介護福祉士や医療従事者を専門的に受け入れようという試みに関して、大学の方で障害者福祉の関係で授業を持っておりますので、先生のご発表の「イギリスの医師が流動化する」というところを、私の場合の「看護師と介護士の受け入れと流出」ということに翻訳して聞かせていただきました。受け入れということになると、雇用と生活の場の保証というのが必要になってきますので、法整備の仕組みをどのように作るかは難しいところだと思いますが、受け入れに成功している国のモデルケースがありましたら、教えていただきたいと思います。

高野：　一番分かりやすいのは、先ほどの WHO コードで、あれは ILO と WHO が一緒にやっていますが、それを読まれるのが一番参考になると思います。ポイントは次の通りです。つまり、国際機関では一律なコントロールはできない、流出入はそれぞれの国の政府間のことです、と。そこで、どういうリコメンデーションをしているかというと、国同士できちんと協定を結んでください、そこで法的な問題をきちんと詰めてください、ということです。2 国間で、ともかくきちんとした協定を結んで、法的にこういう項目を入れてくださいというガイドラインを示したものです。それが大変参考になると思います。