

が必要である。

8. プライマリケア医育成

一般に医師の専門分化傾向が高まるのに反して、複数の国ではプライマリケアのキャリアの相対的魅力が上がってきていた。プライマリケア業務を学生に経験させることや、教職にプライマリケアのモデル (Role Model) になるような人を任命することが、医学生らのプライマリケアでのキャリアに影響を及ぼすことになる。

9. 支払方式と医師活動

医師によって提供されるサービスはその生産性と数による。Activity-related methods of payment (活動に基づく支払い方式) は医療費を上昇させるものの、医師の活動率を上げる長所がある。また医師活動増加はケアの質に影響を及ぼすという報告もある。さらに近年興味をもたれている、医療ケアの質に直接報いるような医師への支払いを工夫することが医師活動に変化をもたらすかもしれない。

以上の9点が OECD 国家間国際比較によって明らかにされた事実である。一言で医師需給といっても、数の増減だけではなく医療システム全体へ影響を及ぼしうる検討課題であることを示唆している。

OECD の研究の中には更に、各国の医学部の定員決定状況についての報告があった。その内容を翻訳し、参考資料とする。医学部定員は自由の尊重という点から制限できない国や、現在増加傾向にある国、など、国の方針が医師供給政策に反映されているのは大変興味深い。

引用文献

- 1) Organization for Economic Co-operation and Development OECD : The OECD Health Project TOWARDS HIGH-PERFORMING HEALTH SYSTEMS Summary Report. OECD; 2004.
- 2) Simoens S. and Hurst J. Ensuring an adequate supply of physician services in OECD countries. OECD Health Working Paper. 2004

参考資料 医学部定員に関するOECD各国の状況

オーストラリア	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定員は連邦政府 (Commonwealth Government) によって調整されている。 ・ 1973年、医学部委員会がオーストラリアの大学委員会に提出したレポートによって医師数増員と2つの医学部新設が勧められ、1991年までに年間1,560人の医学部卒業生を輩出するようになった。 ・ 1988年の医学教育に関する委員会は、都市部の General Practitioner (GP) の過剰を指摘 ・ 1996年医療従事者の供給を調整するために医学部の上限を設定した。 ・ 1990年代後半から医学生数増員 (1995年には856人 → 1999年には1,334人) ・ 政府は医学部の学生数を特に制限していない
オーストリア	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1997年、ベルギー政府は医師登録数の減員を提案 (2004年・700人 → 2005年・650人 → 2006年・600人) ・ 医師全体の60%をフラマン語、40%をフランス語を話す医師と制限した。
カナダ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1964年、Hospital insurance の導入に伴い、医師部定員を増員させ、4つの医学部を新設した。 ・ 1985年に医学部卒業生のピークを迎えた (1,835人) ・ 1984年の医師人材調査 (1980-2000) とそれに続く1991年のBarer と Stoddart の調査により、医師過剰を防ぐための医学部入学減員が進められた。 ・ 1999年には医学部卒業生数は1,516人にまで減少 ・ 1999年の Task Force on Physician Supply により年間2,000人の医学部卒業生を輩出する増員方向に変更
フランス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1980年、医師過剰を防ぐため医学部入学者数を削減 ・ 1993年には医学部卒業生数が3,500人にまで減少 ・ 2010-2015年に予測されている医師不足を解消するため、2001年には4,100人、2002年には5,100人の学生を受け入れた。

ギリシャ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 文部省が医学部定員を決定（定員は需要と供給との兼ね合いというより各年の医学部の予算によって決定されてきた）している。 ・ 現在、医学部入学者数は一定になっている。
アイerland	<ul style="list-style-type: none"> ・ The Higher Education Authority が予算配分のプロセスを通じて入学可能な定員を決定する。
日本※※※※※	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1961年の以降の国民皆保険化に伴い、医師需要が高まっていた。 ・ 1970年以降新しい医学部が設立され、医学部入学定員は1970年の4,380人から1982年の8,360人にまで増加した。 ・ 1986年、厚生省は2025年に10%の医師過剰を見込み、1995年までに10%の入学定員削減を目指した。 ・ 1993年、医学部入学者数は7%減少 ・ 1998年、厚生省は新たに2020年の医師過剰を見込み、10%の医学部入学定員削減を決定
韓国	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入学定員に関する特別な制限はない
メキシコ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1967年以来、医学部入学定員は増加し続け、中産階級からの需要によって新しい医学部も設立された。 ・ 1980年には医学部入学者が93,365人のピークを迎えたが、経済危機も加わって、医学部卒業者の失業者が現れた。 ・ 1980年以降は医学部入学定員も削減され、医学部新設も中止されている。
オランダ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1学年のクラス定員が定められている。
ニュージーランド	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医学部入学の上限は285名と国で定められている。
ノルウェー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医学部入学定員は594名と国で定められている。
スペイン	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医学部入学定員は保健省、教育省、そしてNational Conference of University Chairmenによって定められている。 ・ 1978年に入学定員制限が提言され、1987年に大学評議会との合意を得た。

スウェーデン	<ul style="list-style-type: none"> • 医学部定員は中央政府によって決められている。 • 1960年以降、ヘルスケアシステムの急激な拡大に合わせて、医学部定員が増員され、医学部も新設された。 • 医学生数は1960年の431人から1973年には1,026人まで増加した。 • 1980年代前半、医師過剰への対応と医療費抑制を目的に医学部定員を削減した。1984年には845人になった。
スイス	<ul style="list-style-type: none"> • 政府は特に医学部定員を制限していない
イギリス	<ul style="list-style-type: none"> • 1966年、Royal Commission for Medical Educationが医学部定員増員と医学部新設を提案し、医学部定員は4,230人になった。 • Todd Committee, Advisory Committee for Medical Manpower Planning, Medical Workforce Standing Advisory Committeeも人口増加と医療サービス需要に見合う医師数の増加を提案した。 • 1998年には医学部学生は5,091人となり、1999年には5,600人となった。 • The NHS Plan 2000では今後1,000人の医学生増加を目標にしている。
アメリカ	<ul style="list-style-type: none"> • 連邦政府は医学部定員の制限を強いてはいない。 • Health Professions Education Assistance Act of 1963により、連邦政府は医学教育調査を行っている。

出典：Simoens S. and Hurst J. Ensuring an adequate supply of physician services in OECD countries. OECD Health Working P

2. 世界保健機構

本報告書において、世界保健機構（World Health Organization :WHO）については、主に欧州事務局が行っている2つの取組みについて報告する。第1点は、Carl-Ardy Dubois, Martin McKee, Ellen Nolte の執筆する「Human Resources for Health in Europe European Observatory on Health Systems and Policies, 2005」を紹介し、欧州における健康のための人材とは何かを解説する。

第2点は、WHO 欧州事務局が各国政府と共同で行っている Observatory プロジェクトという、各国の健康指標、医療システムに関する定期的報告を紹介する。このプロジェクトの一環として、数年に一度発行されている各国のヘルスシステムに関する報告書から主な国々を取り上げ、各国の医師需給に関して、地域格差の現状と対策について報告する。

（1）欧州における健康のための人材

WHO 欧州事務局の提案する「欧州の健康のための人材」は、次の10項目に関してターゲットとなる目標が挙げられている。

1. 総括

提供される医療システムのパフォーマンスの比較においては、医療を提供するスタッフの技術(skill)、動機(motivation)、コミット(commitment)が密接に関連していることは周知となっており、多くの政策担当者にとって、今や医療 workforce の問題は興味あるところである。

ヨーロッパにおいては、これまで各国独自の医療システムを発展させてきたが、人口の高齢化などによる疾病構造の変化、IT 化や医療技術の発達、消費者文化の発展の中で求められる医療の質そのものも変化しており、今後はそれに見合ったシステムの改革が必要とされている。このような変化の中では、健康アウトカムを改善するような、Quality (質), Accessibility (アクセス), Cost of health service delivery (医療サービスの費用)などに焦点をあてた医療の変革が推奨されるが、医療従事者の意識そのものも変化しており、仕事と家庭のバランスを重視、労働条件に対する要求が高くなっていることのほかに、女性医師が増加していることなど、労働力の検討においては多数の要因が関係している。

また、EU の統一・拡大で国境を越えた労働者の流れが生じ、人材が集中もしくは流出する地域(国)の格差の問題や、旧ソ連などを例とした東欧社会の医療システムの変換も考慮に入れた EU 内での論議が期待されている。本報告書では、先進国(industrialized)と中所得国(middle income)間で共通した問題、また各国の実情に沿った特異的な課題について言及されている。

2. 人材

医療労働力においてその生産、開発、管理とマネジメントは一連の機能であり、これを調査することにより医療システムの目標を達成することが可能である。

3. 政策共有の重要性

社会の発展は、医療システムの発展とも密接に関連しており、EU内で政策を共有することは重要である。状況の違う立場においては、政策の転換を考慮することも必要である。

4. 移動

医療従事者の移動(migration)については、政治的な課題でもあるが、可能な政策介入について Buchan らは組織レベル (Organisational)、国レベル、国際レベルで下記のような取り組みを挙げている。

組織レベル：”Twinning”=人材交換を支援するネットワーク作り、人材交換、教育支援、雇用－被雇用者の双方協定

国レベル：政府間の協定、倫理憲章、補完 (compensation)、移民(migration)の調整技術協力 (トレーニングのインフラも含め)

国際レベル：国際憲章 (例：Commonwealth code)、多国間協定

5. 専門職種間での従事領域の変化

医師と看護師など、医療の内容における境界が以前より曖昧になってきている。Skill mix は行われる国や地域、人材の資質によっても左右されるため配慮が必要である。また、女性医師の増加など、社会における gender relationship を考慮に入れた検討が必要である。

6. 専門教育の構造と傾向

求められる医療の質も変化し、優れたコミュニケーション能力が必要とされる。また、科学的根拠に基づいた医療では、臨床診断における有効なツールの活用、知識習得のための新しいスキルの獲得能力が必要であり、現場においてはチーム医療が重要である。

7. 医療従事者のパフォーマンスマネジメント

可能な限り良質のアウトカムを得るのに最も適した方法を知ることが重要であり、パフォーマンスをモニターし、組織や仕事の分類、医療の標準化、給与方法、情報の回覧などを評価する。

8. ヘルスケアマネージャーの重要性

医師、看護師含めて医療ケア労働力の鍵となる存在であり、ヨーロッパの医療変革において重要な役割を果たしている。

9. 医療におけるインセンティブ

経済的なものだけでなく、医療目標や労働条件、文化なども重要な要因となる。

10. 労働条件

バーンアウト症候群のように医療従事者の労働意欲を低下させる要因として、仕事内容の複雑化などが挙げられる。

ヨーロッパにおいて **Health Workers** の移動が大きな課題となったのは EU が拡大された 2004 年 5 月からである。現在のところ、**workforce** の **inflow**・**outflow** を EU 内で正確に把握できている国はない。UK、アイルランドは正式に **international recruitment** を表明しているが、一般的に東欧から西欧への労働力の流れは避けられず、倫理面での問題も持ち上がっている。これに対して UK において NHS の例をあげると、Code には（双方国の合意が得られない限り）途上国からの積極的なリクルートをしないよう明記されている。現在のところ、**international recruitment** に関してそのような詳細な code を作成しているのは英国だけである。今後はさらに、**Commonwealth countries** が定めているような何らかのガイドラインやフレームワークが必要と考えられる。その他、国際的な **professional association** からも国際的なリクルートに関しての code や原則を推進している。

（2）各国の医師供給地域格差

WHO 欧州事務局が各国政府と共同で行っている **Observatory** プロジェクトは、各国の医療システムや医療提供状況、健康指標等、共通の項目について報告するプロジェクトである。同じ項目について報告されていることから、各国の医療状況について情報を抽出して比較しやすい。この **Observatory** プロジェクトの各国報告書から、医師供給に関する地域格差の現状と対策について情報を得て、表 1 にまとめた。

いずれの先進国でも医師の分布の地域格差は問題となっており、医学部入学時、医師として勤務するときなど、様々な就業機会に政府が介入し、地域格差による影響が少なくなるように努力していることが示されている。

表 1： 各国の医師分布状況と地域差対策

* 現在の医師数は OECD Health Statistics による (オリジナルは対千人)

国名	現在の医師数 2002年* (対10万)	医師需給地域差 (単位：対人口10万人)	問題点・僻地対策など
ギリシア	450	最多 Attica(Athens)570 最低 Central Greece160	1968年の法律で医学部卒業生は卒業後最低1年の地方 Health Center/Clinic での勤務が課された。現在は法改正が行われ、将来一般医 (General Practice) 希望の者のみになっている。 1990年代に医師志望者が急増。1998年に4大学が厳重な入学試験を課した。現在、7大学がこの入学試験を課しており、定員は全体で923人である。
スイス	360	最多 Basle 291人に1医師 最低 Appenzell 1115人に1医師	1970年代後半に開始した Numerus Clausus (医学生の2年次進学者を制限するプログラム) で、医師数の地域差拡大を解消するように人数制限が計画されている。
フランス	330.3 (全職種)	最多 Ild-de-France 425 最低 Picardy 241	1993年の Social Code Book により平均の110%以上が医師過剰と定義された。1990年に国内を10グループに分けた地域で勤務する医師を当時の人口で割った値をニーズとし、医師過剰はその110%を超えた場合と定義されている
ドイツ	330 369(2003)	最多 Hamburg 最低 Brandenburg	Numerus fixus (医学部入学者を制限) が導入されている。
オランダ	310		1980年代初頭まで20,000人であった医学部入学者は、1987年の University Council との合意により、10,000人以下に減少した
スペイン	290	最多 Navarra230 最低 Catalonia130のみ	問題は医師の高齢化による退職である。現在は年間800人の国内医大卒の医師と2-300人の外国医大卒の医師が働きはじめるが、その一方で年間400人の医師が退職している。
スウェーデン	300(2000)	医師数最多 450 医師数最低 217	

		平均 321	
ノルウェー	300(2001)	人口 2000 人以下の町：160 人口 5 万人以上の町：70	地域によって大きな格差がある。
オーストラリア	250(2001)	5 段階の都市分類における 2002 年の医師数 Major City : 312 Inner Regional : 176 Outer Regional : 146 Remote : 140 Very Remote : 141 豪州平均 : 275	<ul style="list-style-type: none"> ・問題は医師不足ではなく、分布の偏在が原因。 ・へき地出身の学生、またはへき地の実習をうけた学生がへき地医療を選択する可能性が高いので、へき地から学生を選択し、へき地に訓練施設を作る政策。 ・へき地医療に関心のある学生の特別報奨金とその学生を入学させる医大に対する助成金の支払い。 ・へき地医療に焦点をあてたジェームズ・クック医科大学：1 学年 60 名のうち 15 名以上をへき地出身者から採用予定。 ・地域医療支援機関 ACRRM (Australian College of Rural and Remote Medicine) を設立 (1996)、へき地医療の教育・トレーニングの支援を行っている。
イギリス	210(2001)		<ul style="list-style-type: none"> ・ Region や診療科によって医師不足が問題化している。NHS は医師と個人契約しているため、僻地勤務の強制力はない。 ・ 2004 年より Commonwealth 国からであっても GMC (General Medical Council) 登録に試験が必要となった。 ・ General Practitioner Vocational Training Scheme : 僻地診療に学生を expose させ、必要な知識と技術を教える。 ・ 2002 年 4 月までは、プライマリヘルスケア医の数を地域で制限、管理していた。 ・ Canada, Australia と同様に僻地診療においては、最低限の給料を保証していた。(OECD report)

アメリカ	240 (2001)	最低 アラバマ州・ルイジアナ州 (両州の都市以外の地域) 78人	<ul style="list-style-type: none"> ・ National Health Service Corp は奨学金制度を持つプログラムであり、地理的、人種的に医師の少ない地域に医師を提供するための機構である。1973年以降30年以上僻地対策を行っている。 ・ Department of Health and Human Services の Bureau of Health Professionals では、医師不足地域の定義がなされ、国内のどの地域に医師が少ないのか Health Professional Shortage Areas (HPSAs) を定めて把握し、情報提供を行っている。
カナダ	210 (2001)	最多 Nova Scotia 209 最低 Nunavut 34 Northwest Territory 102	<ul style="list-style-type: none"> 1999年以降、各州が医学部定員増員 2001年新しくオンタリオ州に医学部新設 2001年にはオンタリオ州とブリティッシュコロンビア州に医学部サテライトキャンパスを設置し、地方やコミュニティ医学教育に力を入れている。
マレーシア	65.8(1997)		へき地の医師不足のため、国内で医師として勤務するには、国が指定する病院・診療所で、卒業3年間勤務することが義務付けられている。
台湾			郡部診療所を公費で設立、診療報酬は収入となる制度を確立。診療所医師を近隣の病院のスタッフとして採用。

出典：World Health Organization Regional Office for Europe 各国の HiT Health Care System in Transition より作成

豪州は Australian Medical Workforce Advisory Committee. Annual Report 2003-2004. Sydney: AMWAC; 2004.

米国は United States General Accounting Office. Physician Workforce: Physician Supply Increased in Metropolitan and Nonmetropolitan Areas but Geographic Disparities Persisted. USGAO : Washington DC; 2003.

加国は Canadian Institute for Health Information. Supply, Distribution, and Migration of Canadian Physicians, 2003. Ottawa: CIHI; 2004.
マレーシアは World Bank. World Development indicator.

3. 世界銀行

世界銀行は 2005 年に主に発展途上国に向けた医療・保健の人材とその開発に関する会議を開いた。そのときに配布された報告書 World Bank Joint Leading Initiative (JLI) Human Resources for Health and Development JLI Strategy Report の中から、要点をまとめ、世界銀行の最新の方針として紹介する。

報告書によれば、前世紀は人類の歴史上、健康に最も進歩がみられたにもかかわらず、21 世紀には貧困国で死亡率の増加や平均余命の下落がみられており、今や“健康に対する危機”は深刻で保健医療システムが脆弱であると対処が不可能である。

この“健康危機”の原因は、①貧困の蔓延、②不均衡な経済成長、③政治の不安定にあり、これらは医療人材システムにも少なくとも 3 つの点で悪影響を及ぼしている。

1 つめは HIV/AIDS の流行により医療人材の労働過重・感染の危険が増加し、職業への動機やモラルが低下する点。2 つめは途上国の医師・看護師の先進国への“頭脳流出”により、貧困国から高度な技術を持った医療人材が減少し保健医療システムが更に脆弱化する点。3 つめは、医療人材に対して、従来から予算措置が軽視されている点である。

保健医療システムを強化するには、不可欠でありながらも今まで軽視されてきた“医療人材資源”を強化することが必要である。事実、医療人材の強化と質の向上により、死亡率は下がり健康指標が向上するという結果が得られている。世界的に共通する医療人材の問題点は、その人材数、技能、配置の都鄙格差にある。そのため途上国・先進国を問わず、医療人材に関して戦略計画を立て直し、医療人材に対して予算を増額することは意義がある。

この報告書は、世界規模の観点にたち、恐るべき健康危機にあり医療人材の不足する国々に焦点をあてた。また本報告書は、医療人材に関する最も顕著な挑戦である以下の“5 つの問題”に対して、それぞれ結論を導いた。

1. 世界規模に不足する医療人材（全世界で合計 400 万人以上新規確保が必要）
2. 医療人材の技能の不均衡（医師の専門偏重と公衆衛生軽視、
准医療職員採用のための抜本的保健医療改革）
3. 地理的な不均衡（医療人材配置の都鄙格差、地域住民を保健人材として確保）
4. 医療人材の移動（途上国から先進国への医療人材の“頭脳流出”）
5. 否定的な職場環境（国別に最も必要とされる医療人材の専門、仕事、金銭的
誘因を検討し、職場環境を改善）

以上が報告書の要約である。今後この方針をもとに行われる世界銀行の発展途上国向けプログラム等の動向を探る予定である。

各国の医師需給政策の動向

1. 英国

概要

英国では 1997 年医師数増加のため医学生を 20%増とする政策を決定した。それ以前には 1985 年看護学生を 26,000 から 13,000 に削減、再び 25,000 に増加させるなど波型のコントロールを実施していた経緯がある。看護師としてのキャリアを築けるような政策（専門ナースの育成など）が実施されている。医師数増加政策の背景としては、英国でトレーニングされた医師の流出問題、ジュニアオフィサー（日本で言う研修医）の過剰勤務改善（56 時間が目標）などが挙げられており、1999 年にもさらに 20%の増加が施行され、今後も数年以内に 10-15%の増を予定している。英国政府は医療費対 GDP 率を 9%まで引き上げることを明確にしており、これに見合う医療の供給を図っている*¹。

現在英国医師の労働時間は規定週 56 時間、2009 年には 48 時間を目標としている。英国では循環器、小児科医は比較的多いが、放射線、病理医が不足、地域的に精神科医の不足も指摘されている*²。日本のような医師の地域偏在を是正するような給料の手当ではなく、NHS は GP と個々に契約するため、地方勤務への強制力も持っていない。医師偏在は英国でも問題になっており、skill-mixed で医師の業務を看護師が部分的に補えるような体制が考えられ、研究されている。(Jim Buchan, OECD report, October 2004)

(1) 医師の労働時間規制と対策

医療の質と安全が問われる時代になり、世界的に医師の就労時間について規制されるようになってきている昨今、ヨーロッパも例外でない。英国でも 1998 年より“Working Time Regulation（就労時間規則）”が法制化したが、内容は下記のようなものである。

- ▶週平均就労時間が 48 時間を超えない。
- ▶24 時間中 11 時間連続の休養をとる。
- ▶週に 24 時間連続の休養もしくは 14 日に 48 時間の連続する休養をとる。
- ▶6 時間を越える仕事には 20 分の休憩をとる。
- ▶1 年に 4 週間の休暇をとる。
- ▶夜間就労者は平均 8 時間を越える就労はしない。an average of no more than eight hours work in 24 over the reference period for night workers.

このヨーロッパ就労時間指令“The European Working Time Directive (EWTD)”は 1998 年に施行されたが、医師に適応されたのは 2004 年 8 月からであるが、目標値として 2004 年に 58 時間、2009 年に 48 時間へ削減予定とされている。これは法制化されているため、ほぼ間違いなく NHS 職員に実施されるものと思われる。“SiMAP 判定”というヨーロッパ裁判所の判定があり、英国医師に対して就労時間規制が遵守されていない場合には、法的に拘束される。

2003 年 1 月の時点で、EWTD に見合う就労時間となるように下記のような具体策が挙げられている。

- ▶夜間に病院をカバーするような救急医療チームの開発
- ▶研修中のドクターを支援・代理するような新たな non-medical の役職
- ▶救急医療がカバーする層を減らす
- ▶新たなサービスモデルの開発
- ▶新たなチーム医療の形態を開発

5 年後の目標までにイングランドでは NHS において平均 7.4%の資金増が期待されており、いくつかのパイロットスタディも検討されている。

多くの NHS Trust では、単に医師数を増加するという考えだけでなく、代替案として cost-effective な解決法を探っており、より少なく質の高い医師を供給し、より多くの医療・非医療(non-medical)スタッフを整備することが患者のケアを改善することにつながる可能性も示唆している。

専門医 Specialist Registrar (SpR)の数に関しては、NHS 計画では 1000 人の増加を約束をしていたが、保健省では新しい NHS 主導で既存の専門医を最大限に利用するアプローチを採用している。専門医の拡大は上限と下限を設定することで最大の利益をもたらすとされ、下限は資金があって部署に必要な最低限のポスト数であり、たとえば NHS 計画のコミットである。上限は、おそらく NHS が資金調達できる範囲で、下限プラス 556 人と試算しており、必要に応じて上限を超えることも考慮される。

医師の研修は量よりも質に重点が置かれるようになってきており、卒後研修にも modernising の提案がなされ、シニアハウスオフィサー評価改革の提案書が出され（まだ実現していない）、卒後医学学校長ら (deans) は、今後 EWTD の元でどのように研修が行われうるか報告している。

(2) 外国人医師とその規制

1) EU の立場から

EU 全体においては外への移住や、労働時間規制による医師の労働力不足の問題が指摘されている。特に、EU 統一後、東ヨーロッパからの労働力が流入し、医療の質の標準化が問題視されている。World Health Organization (2004) Agenda item 12.11., Fifty Seventh World

Health Assembly: Health systems including primary care. International migration and health では、移住 (migration) による消極的なインパクトが指摘されている。

労働力不足の英国では、他の EU 加盟国、第三国 (英語圏、旧英語圏) から医療従事者をリクルートしているのが現状であり、2 国間協定等により双方の合意を得たものとなっているのが前提だが、実質的な brain drain の問題として倫理的に疑問視する動きもみられる。

国際/国内における移住の問題 - - 国際労働者の貯え”stock” of international workers

国際労働力 (全労働力に占める海外からの労働力の割合 (%))	国際労働力流入割合 (全体の流入において海外からの流入が占める割合 (%))
<ul style="list-style-type: none"> ・登録看護婦の 8% (2002) ・NHS 病院の医療スタッフ 7 万人のうち、約 3 分の 1 が他国出身である。(2002) 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護婦 12,000 人 (2002/3) (新たな流入のうち 43%) ・医師は 1 万人を超える医師 (2003) (新規正式登録医師全体の 70%にあたる)
看護師 (流入国: フィリピン、南アフリカ、オーストラリア、インド) 流出国: オーストラリア、アイルランド、米国) 医師 (流入国: (例) インド、南アフリカ、オーストラリア、EU (例、ドイツ) など多数)	<ul style="list-style-type: none"> ・国際労働力補充は、NHS 労働力増強を補助する明確な方針 (Policy) である。 ・医師・看護師が対象とされている。 ・特定の途上国から積極的なリクルートがないよう NHS の倫理的規約あり

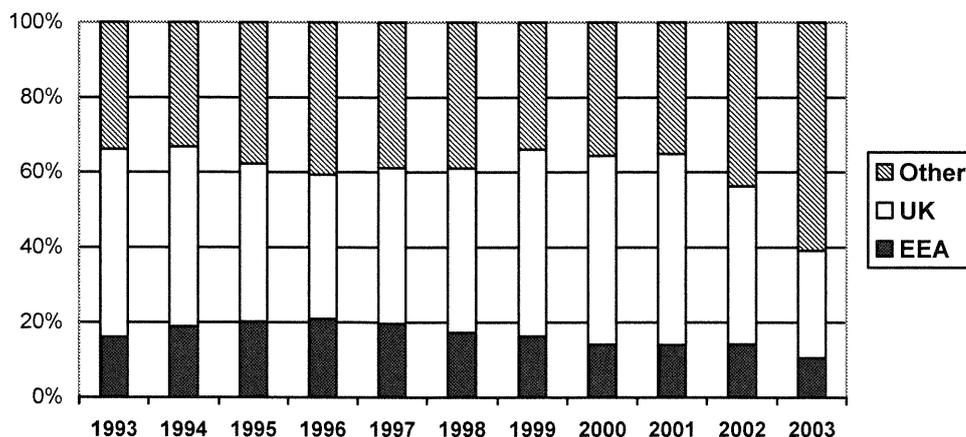
出典: country case studies; Carl-Ardy D. et al. Human resources for health in Europe 2005)

英国は、海外からの医師補充の方針を表明した国である。2003 年には 15,000 人の新規登録者の 3 分の 2 以上が他国から来ている。2002 年の NHS による報告では、71,000 人の病院スタッフの 3 人に 1 人は他国での資格取得者である。(Department of Health (2003) *Hospital, Public Health Medicine and Community Health Services Medical and Dental Staff in England: 1992-2002. Statistical Bulletin 2003/04.* London: Department of Health) リクルートされている国は主として EU 内でなく南アフリカやインドのような EEA 国である。

2) 英国で働く医師に対する方針

英国では、これまで基本的に他国 (Commonwealth, EU) からの医師は自由に登録可能であったが、2005 年より登録手順が他の overseas doctors と同じになっているが (GMC 報告: General Medical Council) NHS へのドイツ人医師を規制する動きもみられている。(Simmgen 2004)

Figure 1 医師：GMC (UK) への新規登録者、EEA (European Economic Area) 諸国, UK 研修者とその他, 1993-2003



(注：EEA 諸国リスト)

Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Luxembourg, Netherlands, Portugal, Spain, Sweden, United Kingdom, Iceland*, Liechtenstein*, Norway*, Switzerland**

* These countries are in the EEA, but are not members of the European Union

** An international treaty means that from 1 June 2002 Swiss nationals have a similar right to live in the UK as EEA nationals.

3) EU における政策の実施

医療従事者の国境を越える移動が課題化したのは、EU が拡大された 2004 年 5 月からである。現在のところ、その流入と流出を EU 内で正確に把握できている国はない。中でも英国、アイルランドは正式に国際労働者補充を表明している。一般的な傾向として、東ヨーロッパから西ヨーロッパへ向かう流れは避けられず、倫理面での問題も持ち上がっている (Department of Health 2001)。英国において、規約 (Code) では、NHS 職員として、(双方国の合意が得られない限り) 途上国からの積極的なリクルートをしないよう求めている。現在のところ、国際労働力補充に関して、そのような詳細な規約を作成しているのは英国だけである (2005 年 3 月現在)。さらに、英国のコモンウェルス国が定めているような何らかのガイドラインやフレームワークが必要と思われる (Commonwealth Secretariat 2002)。その他、国際的な職業集団 (professional association) も国際的なリクルートに関しての規約や原則を推し進めている (International Council of Nurses (ICN) 2001; WONCA 2002)。

4) 柔軟な雇用形態

英国における市場誘導の医療改革では、職員削減の動きの中で、執行・マネジメント部のスタッフは 25% 増となっている。柔軟な雇用調整の例としては、ベルギー、デンマーク、

オランダ、英国、スウェーデンなどで、公的医療・社会サービスで働く労働者の40%以上がパートタイムであり、スペイン、ギリシャ、イタリア、ポルトガルの4国だけがパートタイム労働者が10%以下となっている(De Troyer 2000)。UKでは、一般医GP(General Practitioner)において、フルタイム雇用であってもパートタイムのアルバイトをする者が増加しているという情報も得られている。(Allen I. 1992)

可能な政策介入について、Buchanらは組織レベル(Organisational)、国レベル、国際レベルで下記のような取り組みを挙げている。(Buchan and Dovlo 2004)

- 組織レベル：“Twinning”= 人材交換を支援するネットワーク作り、人材交換、教育支援、雇用—被雇用者の双方協定
- 国レベル：政府間の協定、倫理憲章、補完(compensation)、移民(migration)の調整技術協力(トレーニングのインフラも含め)
- 国際レベル：国際憲章(例：Commonwealth code)、多国間協定

(3) Skill Mix について

skill mix については、2000年にWHOから提言がなされ(WHO 2000)、医療の質、コストの両面から検討が始まっている。Sibbaldらは医療におけるskill-mixの変化を役割の変化(Enhancement, Substitution, Delegation, Innovation)とサービス間のインターフェースの変化(transfer, relocation, liaison)とに分類している(Sibbald et al.2004)。特定集団の機能強化(Enhancement)では看護師主導のプライマリヘルスケアセッティングで慢性疾患を管理するというもので、従来の医師主導より良い結果が出ているとの報告があるが(Virjhoef et al.2000)、この種類の研究は国家間や集団によって異なる結果が生じる可能性が強く、普遍性を保障することはできない。コクランレビューでは看護師主導の地域ベースでの慢性呼吸器疾患管理に関して、疾患の重症度によって結果が異なるとしている(Smith et al.2001)。また米国の報告からは、患者自身によるセルフマネジメントと患者が自分で判断できるよう十分な情報を提供することが、医療従事者のskill mixの拡大と同時に重要であると述べている(Bodeneimer et al. 2002; Wagner et al.2001)

初回診察時(first-contact care)では医師より看護師の方が患者満足度は高かったが、診察時間が長く、検査オーダー数も多く、低所得者からのコストが高かったとされている(Horrocks et al.2002)。Sibbaldらは、その経済的分析から、看護師をトレーニングするコストは明らかに医師より低い、勤務年数に換算すると両者でバランスがとれていると指摘しているが(Sibbald et al.2004)、今後女性が長期間働くかもしれない時勢を考えると、さらなる検討が必要である。慢性疾患の管理や健康促進、軽い疾患に関しては看護師は医師と同等もしくはそれ以上の質を提供するという報告がある(Brown and Grimes 1995)。

NHSにおいては、既存の職員を活用するという意味において、多くの看護師がすでに新たな側面のケア、たとえばクリニックを経営するとか、小手術を施行する、患者の入院と

検査依頼をするなどということを実施しており、およそ 23,000 人が薬の処方のためのトレーニングを受けている。2003 年では看護師と薬剤師が補助的に薬の処方をするよう推進されており、すでに 400 人の看護師が“Extended Formulary（拡大処方書）”の訓練をし、登録されている。このサービス提供の変化は看護師だけでなく、他の全ての職種においても検討されている。

参考文献

Allen I. (1992) *Part-time working in general practice*. London: Policy Studies Institute

Bodenheimer, T., Wagner, E. H. and Grumbach, K. (2002) Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2, *Journal of the American Medical Association*, 288: 1909-14.

Buchan, J. (2004) International Rescue? The Dynamics and Policy Implications of the international recruitment of nurses to the UK, *Journal of Health Services Research and Policy*, 9(1): 10-16.

Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals(08/12/2004)
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/77/34/04097734.pdf>

a Code of Practice on International Recruitment in October (Department of Health 2001)、
Department of Health (2001)

Code of Practice for NHS Employers Involved in International Recruitment of Health Care Professionals. London: Department of Health. Commonwealth Secretariat (2002)

Code of Practice for International Recruitment of Health Workers. London: Commonwealth Secretariat.

De Troyer, M. (2000) The hospital sector in Europe. Introductory report. Brussels: TUTB-SALTSA Conference 25-27 Sept. 2000.

Department of Health (2003) *Hospital, Public Health Medicine and Community Health Services Medical and Dental Staff in England: 1992-2002. Statistical Bulletin 2003/04*. London: Department of Health

Sibbald, B., Shen, J. and McBride, A. (2004) Changing the skill-mix of the health care workforce, *Journal of Health Services Research and Policy*, 9(1): 28-38.

Simmgem, M. (2004) Why German doctors enjoy British medicine, *Clinical Medicine*, 4: 57-59.

Smith, B., Appleton, S., Adams, R., Southcott, A. and Ruffin, R. (2001) Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews (CD000994)(3)

International Council of Nurses (ICN) (2001) *Position statement on ethical nurse recruitment*. Available at: <http://www.icn.ch.psrecruit01.htm> (accessed 9 March 2004). Geneva: International Council of Nurses. (不可)

http://www.thecommonwealth.org/shared_asp_files/uploadedfiles/%7B7BDD970B-53AE-441D-81DB-1B64C37E992A%7D_CommonwealthCodeofPractice.pdf

Accessed 10/3/2005

Vrijhoef, H. J., Diederiks, J. P. and Spreeuwenberg, C. (2000) Effects on quality of care for patients with NIDDM or COPD when the specialised nurse has a central role: a literature review, *Patient Education and Counselling*, 41: 243-50.

Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., *et al.* (2001) Improving chronic illness care: translating evidence into action, *Health Affairs (Millwood)*, 20: 64-78.

Wagner, E. H., Grothaus, L., Sandhu, N., *et al.* (2001) Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial, *Diabetes Care*, 24(4): 695-700.

WHO (2000) *The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organisation.

WONCA (2002) *A Code of Practice for the International Recruitment of Health Professionals: The Melbourne Manifesto*. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. (Available at: http://www.ruralhealth2002.net/melbourne_manifesto.pdf accessed 9/3/04). WONCA.

(<http://www.locumotion.com/pages/melbourne%20manifesto.pdf> accessed 2005/March/10)

2. 米国

アメリカ合衆国（以下：米国）の医師需給状況を把握するために、医師需給に関する過去の議論、医師数に関するデータベース、医師数と政策の現状、医師数を考える上で重要な特徴、医師需給モデルについて説明する。

方法

情報は主に、米国連邦政府の政府刊行物を中心に得た。特に医学教育と医師需給の検討を続ける政府委員会、Council on Graduate Medical Education の資料と Department of Health and Human Service (保健社会省・以下：DHHS)、Health Resources and Services Administration (HRSA) にある Bureau of Health Professionals と National Center for Health Workforce Analysis の資料を利用した。その他、医師に関連する団体である American Medical Association (AMA)、Association of American Medical Colleges (AAMC)、のデータ等の情報も参考にした。更に、研究者らの医師需給に関連する調査や医師数に対する論調を探るために、MEDLINE を用いて文献検索を行い、論文から情報を収集した。

結果

(1) 過去の議論

米国の医師数に関する議論は、医師不足と医師過剰という議論が交互に繰り返され、数回の見直しが行われてきた。1900年以降の医師需給に関する過去の議論を振り返り、現在に至る過程をたどってみる。

20世紀初頭、米国では医学校の教育が標準化されておらず、医学校受験要件や教育内容が各学校によって異なっていた。1910年に医学教育に関する Surgeon General (医務総監) 委員会・Carnegie Commission は、Flexner Report として知られる報告書を提出し、基礎実験系科目や教官の整備など、医学校の教育内容規格を提案した。この提案によって、これまで医学校入学要件に学士号が必須ではなかった医学校が閉鎖され、1900年に10万人あたり173人であった医師数は、1930年になると133人にまで減少した。¹⁾ この教育内容の変化と共に、米国では“少数でも良い医師を育成する”という方針に代わっていったのである²⁾。

Flexner Report が発端となり、以降医師が減少し続けた米国では、第2次世界大戦後、1950年には医師数は219,997人・人口10万人あたり142人(活動中の医師135人)、1955年には医師数241,711人・人口10万人あたり144人(活動中の医師136人)というレベ

ルになっていた³⁾。この状況から、医学教育に関する医務総監委員会 (Surgeon General's Consultant Group on Medical Education) が組織され、医師数に関する検討を行った。1959年の報告書、Bane Reportによれば、人口10万人あたりの医師数は1940年以降ほとんど変化がないこと、更に1975年までに米国では4万人の医師が不足することを推測した⁴⁾。

このような1950年代の医師不足とBane Reportがきっかけとなり、米国連邦議会は医学教育について再度検討し、Health Professions Education Assistance Act of 1963を制定した。この法律は、政府が既存の医学校への定員増加を見込んだ増資、新設医学校への出資を行う根拠となり、政府と医学校は医師を増やす方針に転換していった。1964年にはAssociation of American Medical CollegesのCoggeshall Report、1966年に大統領によって組織されたNational Advisory Commission on Health Manpowerでも医師不足が指摘された。1968年にはAMAとAAMCが、「医療サービスに対する国の期待に見合うよう、医学校は入学定員を増やすべき」という共同声明を発表した。医師に関連する主要な2つの団体からの提案は、1968年のHealth Manpower Act of 1968を支援する内容であった。この法律では医療従事者となる学生にローンや奨学金を支給することや、医学教育のための政府基金充実が図られた。更にこれらの流れを支えたのは、Kerr Reportとして知られるCarnegie Commission報告書である。Kerr Reportでは研修病院の拡大等、卒業後教育の充実を提案した。こうして1965年以降、米国では新たに医学校を新設し、既存の医学校では入学校定員を増やしていったのである。1965年には89校で新入学生総数は8,554人であったのが、1970年には103校・11,169人、1980年には126校・16,590人にまで増えた⁵⁾。同じ時期には外国人医師の移民も積極的に受け入れるようになり、1960年には米国の医師全体の6%に過ぎなかった外国人医師は、1965年に12%になり、1970年には17%に増加していった⁶⁾。1960年代は、国内での医学生増加と国外からの移民による両方の方法で医師数を増やした時期であった。

1970年代になると医師数は増加傾向に落ち着き、医師数に関する議論は医師総数だけではなく、医師分布の地理的格差解消に向かっていった。1970年、Emergency Health Personnel ActのもとにNational Health Service Corps (NHSC) が組織され、1972年から活動を開始すると、医師やその他の医療従事者が米国内の医師が著しく不足している地域に派遣されるようになった。初年度の1972年には14人の医師が派遣され、以後、現在も続く制度になっている⁷⁾。

1970年前後に増加させたのは、医師数のみではない。米国政府が医師による治療の代替行為を部分的に行える専門職を増やしたのも1960年代後半から1970年代であった。1960年には、コロラド大学の看護教育者によって、地方でのプライマリケアの必要性に応えるNurse Practitioner (NP) のプログラムを設立した。NPはその後1960年代後半に最初の卒業生を出し、以後現在に至るまで重要な役割を果たしている⁸⁾。更に、プライマリケアを担当する医師が少なかったことから、1971年には主にプライマリケア医を支援する、Physician Assistant (PA) という、新たな医療従事者の教育を開始した。このPA教育には、ベトナム戦争帰還衛生兵に対して、現地での知識と技術を活かして就ける市民社会での職を付与するという側面もあり⁹⁾、医師の数は総数や分布だけではなく、社会的背景も影響してくるといえる。