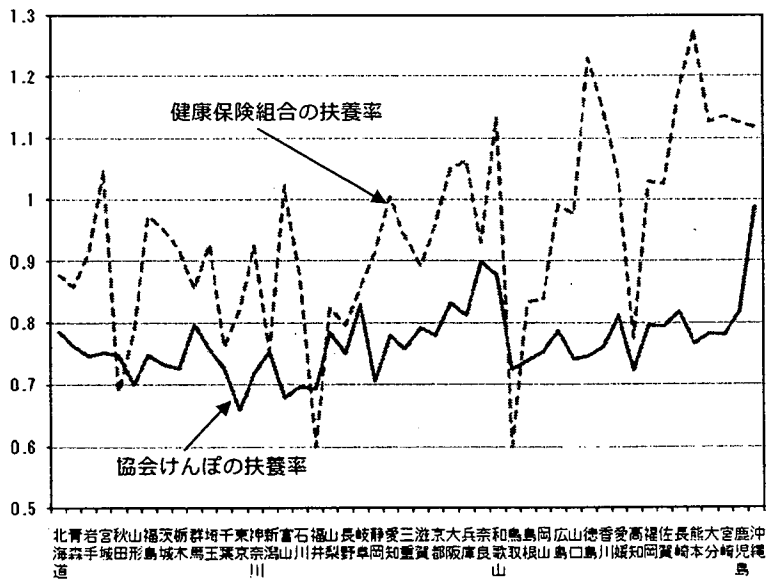


されたか」を評価すること、そして、そのための具体的手法を検討することの意義や必要性は何ら変わるものではないと考えられる。また、今後の実績評価の結果を単にとりまとめて公表するのではなく、何らかの政策的対応やインセンティブに結び付けることを目指すのであれば、全体的な達成状況だけではなく、やはり個別の医療保険者間の「相対的な評価」の在り方も重要となろう。ただし、その際には、地域特性や医療保険者の個別事情等を如何に公正に評価できるかが問われるところであり、例えば、主として次のような点にも留意することが必要である。

まず、特定健康診査の実施率については、被用者保険と市町村国民健康保険とに分けて考える必要がある。被用者保険については、かねてより被扶養者に対する実施が大きな課題となることが指摘されてきた。すなわち、被扶養者に対する健康診査は、従来、老人保健法の基本健康診査の中で市町村の住民に対するサービスとして対応されてきたが、前述の通り、その実施率は必ずしも高くない状況にあった。今後は、医療保険者が実施責任を有することとなるが、労働安全衛生法に基づく事業主健診ではカバーできない者が多い一方、例えば、被保険者本人とは別居して遠隔地に居住するケースなども想定される。安達（2009, p. 84）においても、協会けんぽにおける5年間の実施率目標について、特に被扶養者に対する目標達成が極めて困難であることが強調されている。加入者全体に占める被扶養者の割合は、それぞれの医療保険者により異なるが、例えば、事業所が存在する都道府県別に扶養率（被扶養者数を被保険者数で除した率）を比較すれば、図6の通りである。被扶養者数及び被保険者数ともに事業対象者である40歳～74歳に限定されていないこと（ただし新制度下では75歳以上の被保険者や被扶養者はほぼ居ないと考えられる）、データ根拠となる厚生労働省保険局「健康保険被保険者実態調査」（2009年12月）が抽出調査であることにも留意する必要があるが、協会けんぽ及び健康保険組合ともに地域別に高低差が見られ、特に健康保険組合については最大の熊本県（扶養率1.278）と最小の福井県及び鳥取県（扶養率0.600）との間では大きな開きがみられる。前出の参酌標準でも被扶養者比

図6 都道府県別にみた協会けんぽ及び健康保険組合の扶養率



(注1) 厚生労働省「健康保険被保険者実態調査（2009年12月）」に基づき作成
 (注2) 扶養率は被扶養者数を被保険者数で除した率として算定

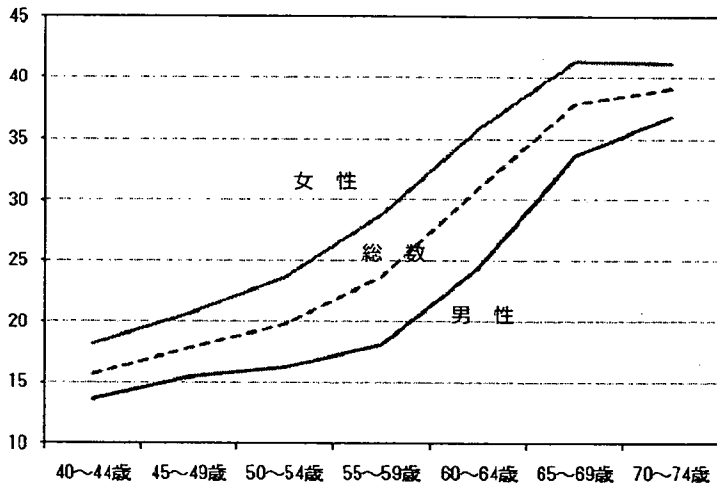
率に着目した配慮が盛り込まれているが、25%以上と25%未満という2分法では、必ずしも実施率に対する影響を吸収しきれない面もあるのではないかと考えられる。

他方、国民健康保険における特定健康診査の実施については、被用者保険のような事業主健診の活用が期待できないため、参酌標準でも予め低めの実施目標が設定されている。松田（2009, p. 14）が指摘するように、40歳代、50歳代の自営業者は、平日であるか否かにかかわらず昼間は働いていることが多いと考えられることから、これらの者に対する実施率をどのように確保するかも課題である。前出の「特定健診・保健指導実施状況アンケート調査結果概要」2009年9月集計結果（速報値）をみても、図7の通り、特に40歳代、50歳代の男性への実施率が低くなっており、地域内のアクセスポイントの確保をはじめ、具体的な事業戦略と地域モデルの確立が重要であろう。

次に、特定保健指導の実施率については、制度施行準備段階における議論では、特定健康診査のように医療保険者別に実施率に影響するような明確な要因は無いため、実施率達成の困難度も変わらないとされている⁷。ただし、既に第2節の2008年度実施状況のところでも言及したように、特定健康診査の実施結果を踏まえて必要と判断された対象者に実施する前提で特定保健指導の実施率が定められているため、潜在的なニーズを有した者にどの程度対応できているかは、やはり特定健康診査の実施率の在り方にも関わってこざるを得ないであろう。そして、さらにその影響は、次に述べるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率にも及ぶこととなろう。

最後に、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率については、たとえ一律に10%の減少率を目標設定するとしても、そのスタート台となる当初の該当者及び予備軍の数や階層分布が異なっていれば、最終的に減少すべき対象者の数や、取り組むべき対応も一様ではないと考えられる。そして、これらの状況は都道府県別に差があるため、被用者保険の場合は事業所の所在地、市町村国民健康保険の場合はいずれの都道府県に所在するかで、当然その状況は異なってくる。さらに、特定保健指導の対象者の階層化に際しては、比較的若い時期（65歳未満）に生活習慣の改

図7 年齢別にみた特定健康診査受診率（市町村国民健康保険）（%）

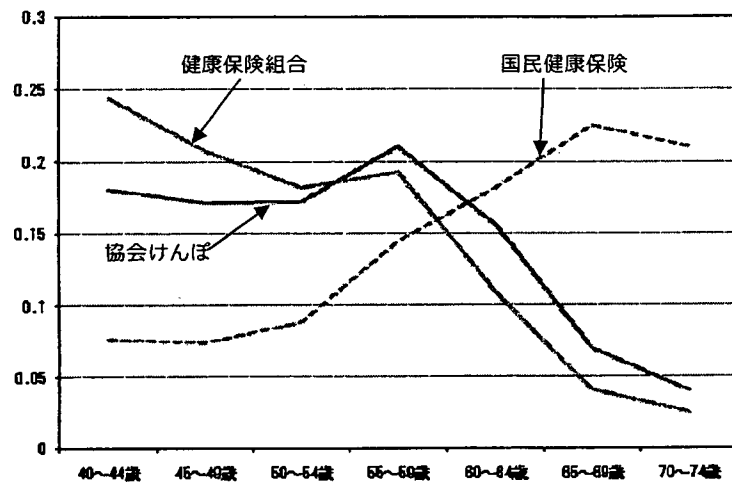


（注）第6回「市町村国保における特定健康診査・特定保健指導に関する検討会」に提出された「特定健診・保健指導実施状況アンケート調査結果概要」の2009年9月時点集計結果（速報値）に基づき作成。

⁷ 厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き」（2007年10月）の「4.目標」に掲げられた「4-4-1 参酌標準の把握」②より引用。

善を行った方が高い効果が期待できるとされており⁸、65歳から74歳までの者には「動機付け支援」で対応する方針とされている。しかしながら、例えば本事業の対象者となる40歳以上74歳未満の層を対象として、医療保険者別に加入者の年齢構成割合をみれば、図8の通り大きく異なっており、明らかに国民健康保険の加入者が65歳以上にシフトしている。具体的に

図8 保険者別にみた40歳～74歳加入者の年齢構成割合



(注1) 国民健康保険は「2007年国民健康保険実態調査」における40歳～74歳の被保険者総数の年齢構成割合をみたもの。

(注2) 協会けんぽ、健康保険組合は「健康保険被保険者実態調査(2008年10月)」により、40歳～74歳の被保険者及び被扶養者の合計の年齢構成割合をみたもの。

は、40歳から74歳までの加入者のうち65歳以上の者が占める割合は、国民健康保険で43.5%、協会けんぽで11.0%、健康保険組合で6.5%であり、保険者間の差が大きく開く結果となる。したがって、特定保健指導を通じた生活習慣の改善効果が高いと考えられるグループのウェイトも、医療保険者別に自ずと異なってくるのである。なお、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率の評価については、施行準備段階における厚生労働省「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」でも、年齢補正の在り方をはじめ、きめ細かな検討が進められてきた経緯があり、後期高齢者支援金の加算・減算措置の実施に向けて、2010年度から更に具体的な検討がスタートする予定であった。しかしながら、厚生労働省「高齢者医療制度改革会議」等で制度の見直しに向けた議論が進められる中、そもそも後期高齢者支援金の仕組み自体も検討の対象となるため、本件に係る当面の動向は見極められない状況にある。

以上述べてきたことをあらためて整理すれば、まず特定健康診査や特定保健指導は「実施率」の目標が定められているため、前述したような医療保険者の個別事情を如何に克服していけるのかが問われることとなる。一方、メタボリックシンドローム該当者及び予備群は「減少率」の目標であるため、特定健康診査等を実施した結果として現れる数値が問われるものであり、同じような事業実施率が達成されても同様の減少率が出るとは限らない。さらに付言すれば、そもそも各医療保険者が置かれている現在の保険財政の状況によっても、特定健康診査等の対応に振り向けることができる財源が異なってくる。また、同じ被用者保険の中でも、協会けんぽと健康保険組合では事業主との関わり方が異なる一方、国民健康保険ほども地域的なつながりを期待できないとの主

⁸ 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」(2007年7月)より引用。

張も見られる⁹。国民健康保険については、その加入者が自営業者をはじめ、非正規労働者や失業者など一層多様化しており、対象者の特性を踏まえた事業戦略や地域モデルの構築も簡単ではない。このようにきめ細かくみていけば、各医療保険者における事業実施率は様々な要因に左右されると言わざるを得ない。

勿論、筆者は以上のような問題提起を通じて、特定健康診査等の実績評価等を行うフィージビリティを疑問視する立場ではない。むしろ、今後の実績評価等に際しては、保険者の責に帰せるものとそうでないものをしっかりと見極める対応が問われていること、そしてそのような議論を深めることが公正な評価の実現に向けて不可欠であることを指摘しておきたいのである。特定健康診査等はまだスタートしたばかりの事業であるため、当初の段階から完全な実績評価等を完成させることは困難な面もあるが、少なくとも現場の実情を十分に踏まえつつ関係者間で議論を深めた上で、共通の理解の下に対応が進められることが必要であろう。

5. おわりに

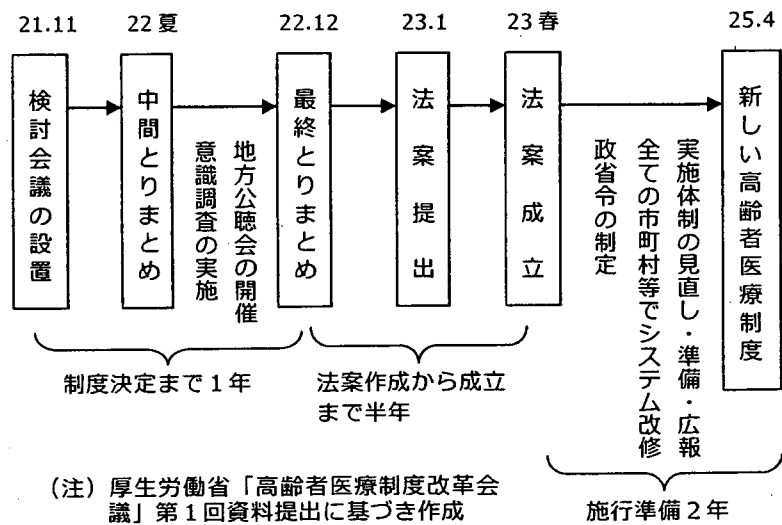
以上本稿では、特定健康診査等について、初年度である 2008 年度の実施状況を概観するとともに、あらためてその政策的意義を確認することを目指した。既に整理したように、初年度については実施体制の未整備や制度情報の複雑さなど過渡的な要因が否めないため、単年度の実績だけで判断することは難しいものの、現段階で判明している問題点も踏まえつつ、各医療保険者における検討課題や適切な評価の在り方について具体的な議論を深めることが求められる。なお、都道府県が策定している「第 1 期医療費適正化計画」についても実績評価等が行われることとなるが、そのうち「住民の健康の保持の推進」に関して達成すべき目標については、当該都道府県に所在する医療保険者による特定健康診査等の取組にも左右されるため、それぞれの成果に対する具体的な評価の在り方は、相互に密接な関連を有することとなる。

現在、厚生労働省「高齢者医療制度改革会議」等で制度の見直しに向けた議論が進められており、後期高齢者支援金のあり方も検討の対象となる。後期高齢者支援金の仕組が見直される場合には、その加算・減算措置の実施に向けた検討を行う必要性も失われるが、他方、本稿で論じたように加入者の QOL の向上や健康寿命の伸長という観点から、特定健康診査等を実施する意義が失われるものではないであろう。そして、既に各医療保険者が自らの保険者機能として実施している取組を逆行させるような対応も適切ではないと考えられる。なお、今後の制度見直しに向けた議論に際しては、①後期高齢者医療制度は廃止する、②マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第 1 段階として、高齢者のための新たな制度を構築する、③後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする、④市町村国保などの

⁹ 全国健康保険協会による高齢者医療制度改革会議（2010 年 1 月 12 日）提出資料「高齢者医療制度の在り方に関する意見について」より引用。

負担増に留意する、⑤高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする、⑥市町村国保の広域化につながる見直しを行うという6つの基本的な考え方が示されている。当面こうした制度の枠組や運営主体の在り方、費用負担の仕組などが議論の中心になるものと考えら

図9 新しい高齢者医療制度の創設までのスケジュール（見込）



れるが、具体的な制度設計の各論に際しては、特定健康診査等の取組やそのインセンティブをどのように組み込んでいくのかなどについても、やはり重要な論点の1つとして全体的な視野から検討されることが必要と考えられる。一層の厳しさを増す医療保険財政の中で、現場の努力によって定着しつつある加入者のQOLの向上や健康寿命の伸長に向けた大切な取組が、今後とも制度上適切に位置付けられて、「保険者機能」として発展していくことを期待したい。

参考文献

- 安達智則 (2009) 「公法人」協会けんぽが動き出す」東京自治問題研究所
- 石田重森 (2009) 「時事評論」協会けんぽ」都道府県保険料率をめぐって」『週刊社会保障』No. 2521
- 尾形裕也 (2010) 「後期高齢者医療制度の総括と新制度の展望」『社会保険旬報』No. 2410
- 小林篤・岡本茂雄 (2006) 「生活習慣病対策のための疾病予防支援サービス」日本経済新聞社
- 駒村康平 (2005) 「21世紀の社会保障制度を求めて」『社会保障制度の新たな制度設計』慶應義塾大学出版会
- 辻 哲夫 (2008) 「日本の医療制度改革がめざすもの」時事通信社
- 堤 修三 (2007) 「社会保障政策の立法政策的批判」社会保険研究所
- 中島直樹 (2009) 「特定健診制度導入の背景と理念」『これでわかる特定健診制度』じほう
- 福田 敬 (2009) 「医療保険者による保健事業への取り組みの意義と効果」『次世代型医療制度改革』ミネルヴァ書房
- 松田晋哉 (2009) 「特定健診・特定保健指導事業の現状と課題」『社会保険旬報』No. 2406

医師の海外移住就業における動向と課題

岸由依子

1 はじめに

近年多くの国で医師を含む医療従事者の不足が叫ばれている状況下で、海外からの医師流入または海外への医師流出が影響を与えている。受入国においては、海外からの医師流入は、一時的もしくは永久的な対策の一部として考えられている。しかしながら、医師の海外移住によって、受入国と送出国における医師数の変化や、各国内および各国間における需要と供給のバランス変化によって先進国と途上国における医師の偏在が助長されるなどの問題が生じている。さらに近年、経済的に差の大きな国間での医師海外移住において倫理的な問題 (ethical recruitment) が浮上し、世界的に医師数が絶対的に不足しているなか、送出国の多くを占める途上国では日常診療すらも困難になっていることから、特に途上国から先進国への移住は慎重にするべきであるとの声があがっている。このように海外への流出流入は、今後の国内外の医師不足解消を考えるうえで、重要な検討課題となると思われる。

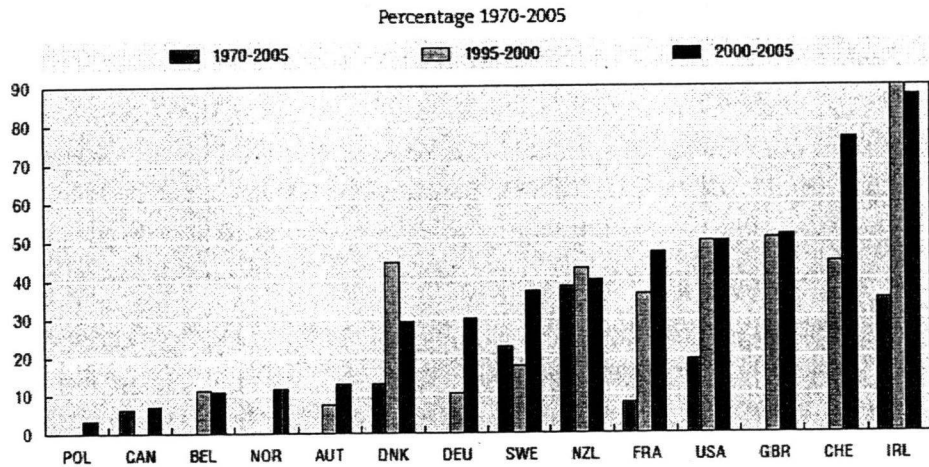
本章では、まず第2節で OECD 諸国における医師海外移住の現状を概観し、第3節では受入国における外国移住の傾向および移住促進対策とその問題点について述べ、第4節では送出国、特に OECD 加盟国以外からみた医師海外移住の現状や問題点について検討する。最後に第5節でまとめと考察を述べる。

2 医師海外移住の概要

医師の海外移住は 1960 年代から始まった。当時は数十万人の医療従事者が経済的に貧しい国から西洋諸国に移住し、国内の医師不足に対する措置とされた。その後 1980 年代、1990 年代には医師の海外移住は激減したが、ここ 10 年の間にグローバル化とともに再度議論にのぼるようになった (Wright et al., 2008)。

諸国への一般的な移住は過去 20 年間増大傾向にあり、顕著な労働移民増大のなかでも医師を含む高度熟練労働者の移民に対しては、大半の国の政府で優遇措置がとられている。OECD(2006)によれば、OECD 加盟国における外国出身医師は 2000 年時点で約 40 万人であり、1970 年代以降と比べて、ここ 10 年間ほどで外国医師の移住が国内医療従事者の労働力に及ぼす影響が大きくなっている (図 1)。

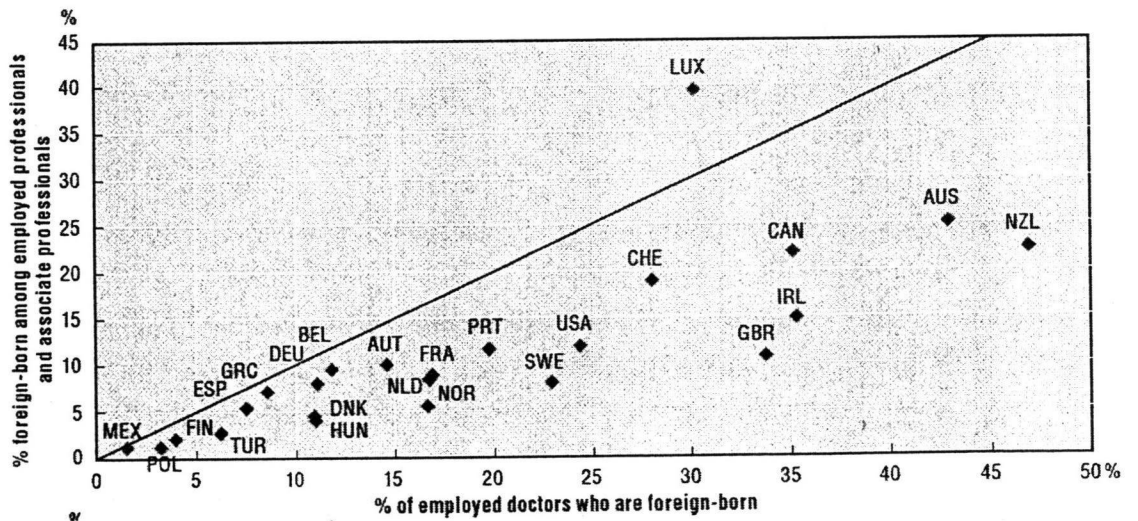
図 1 全医師数における外国で医学教育を受けた医師割合の変化 (1970-2005)



出所：OECD(2008)

医師の海外移住の割合は、通常、各国の一般的な移民パターンに従い、例えばオーストラリア、カナダ、ニュージーランド、英国（イングランド）には、外国医師の全医師に占める割合が 20%を超えている（2000 年）が、これは各国の移民パターンを反映したものであり、医療従事者の移住割合は、その他の専門職種の移住者割合と比べて特に多すぎるわけではない（図 2）（OECD 2006, 2007; Dumont and Zurn, 2007）。

図 2 外国出身医師の割合と外国出身の高度熟練専門家の割合の比較（2000 年）

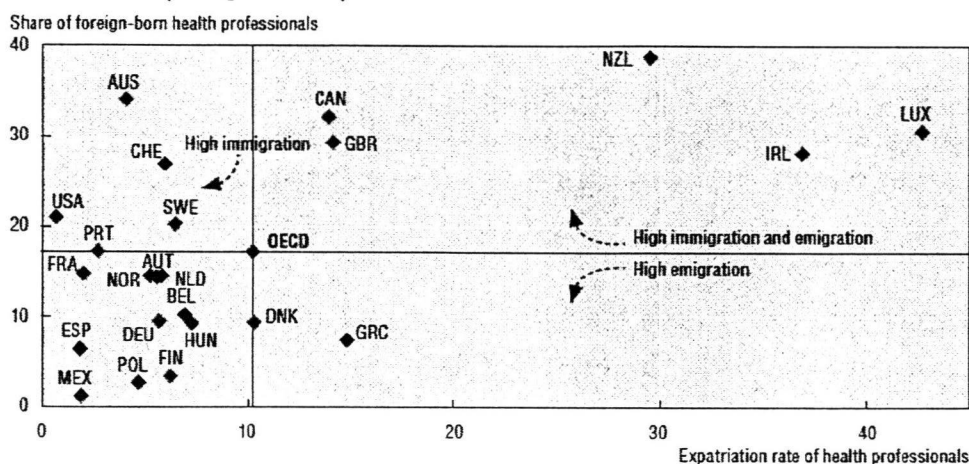


出所：Dumont and Zurn (2007)

OECD(2008)によれば、各国における移住の現状はさまざまであり、2000 年時点で、

カナダ、アイルランド、ルクセンブルグ、ニュージーランド、英国では、医療従事者の海外移住において流入と流出の両方が高率に認められる。オーストラリア、スイス、米国は、移住受け入れが多く起きている。中央・東ヨーロッパ諸国、メキシコ、トルコ、アジア諸国では、医療従事者の移住は流入・流出共にあまり生じてない（図3）。

図3 OECD諸国における医療従事者の流入と流出



出所：OECD(2008)

世界で最も受け入れ医師数の多い国は米国である。2000年には約20万人の外国医師を受け入れており、これはOECD加盟国全体のおよそ半分に当たる。次に外国医師の流入が多かったのは英国で約5万人であり、また、英国を含むEU25カ国でOECD加盟国全体のおよそ39%を占める。ただしこのうち医師についてはおよそ24%がEU内からの移住であった。さらに、オーストラリアやカナダも移住の受け入れが多い国であり、それぞれ全体のおよそ5%近くであった（Dumont and Zurn, 2007）。

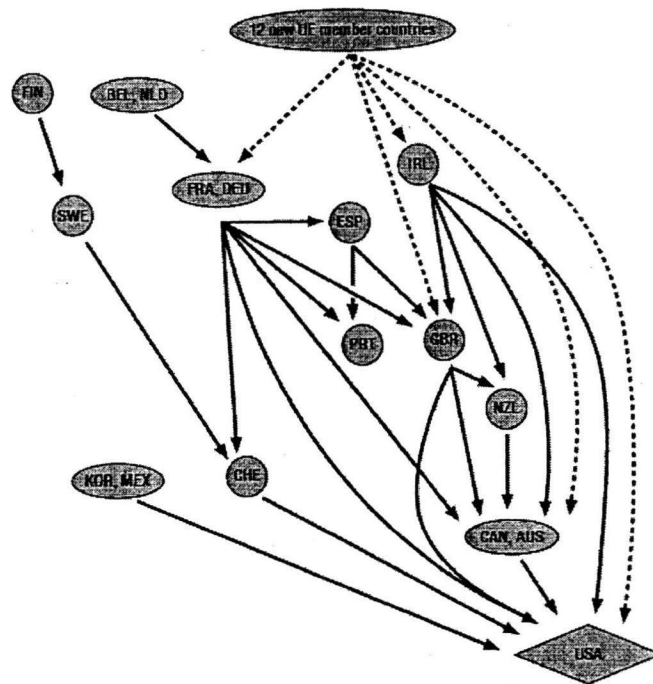
外国医師には、外国出身の医師の場合と国籍は有しているが外国で医学教育を受けた医師の場合（および外国出身かつ外国で医学教育も受けた場合）があり、本稿では、これらを合わせて「外国医師」としている。人数としては外国出身医師のほうが多い。しかし医学教育や訓練を受けることが目的で海外に移住する医師も相当数存在する。例えば、英国と米国では卒後研修に参加する外国医師が、全外国医師のそれぞれ37.3%（2001年）、13.1%（2000年）であった（OECD, 2006）。また、訓練を目的に外国に流出する医師数も多く、例えばフィンランドでは、外国医師は、フィンランド出身であるが外国で医学教育を受けた医師がほとんどであり、米国でも卒後研修に参加する医師のうち、米国籍を有するが外国で医学教育を受けた医師の割合が高いという（Dumont and Zurn, 2007）。

3 受入国からみた医師の移住

3.1 OECD 間における医師の海外移住傾向

医師の海外移住の傾向としては、言語が同じまたは似ている、地理的に近い、文化的・歴史的につながりがある、二国間で移民協定がある、社会経済的要因などの条件による影響が認められる。図4はOECD加盟国間のナースの海外移住カスケード・モデル(2000年)であるが、医師にもこのカスケードと類似の傾向がみられるという。

図4 OECD間におけるナースの海外移住カスケード・モデル(2000年)



出所：OECD(2008)

医師の国際雇用においては、国間での相互依存が増大しており、OECD(2006)によると、オーストラリア、オーストリア、ベルギー、カナダ、デンマーク、フランス、ドイツ、アイルランド、ノルウェー、スイスなどの欧州諸国においては、双方向に医師の移住が起こっており、「カルーセル・ムーブメント (Carousel movement)」と呼ばれる。これには、医師の海外移住にかかわる問題として、通常の移住に必要な国籍や市民権、労働許可、亡命申請などの手続きに加えて、

技術基準、ライセンスなど、受け入れ国での医療市場における必要条件を満たさなければならないが、例えば EU 内では”doctors' directives”によってライセンス取得を簡素化したり、英連邦では MD 所持と一定期間の研修により受け入れ国でのライセンスを不要としたりしているという背景がある。

また、オーストラリア/カナダ/アイルランド/英国/米国（英語）、ドイツ/オーストリア/スイス（ドイツ語）、フランス/ベルギー（フランス語）など、同じ言語間で移住が生じやすい。例えばドイツでは、外国医師のうち EU 内からの医師が 27.5%（2000 年）を占める半面、オーストリアやスイスでは、ドイツから移住してきた医師が外国医師のそれぞれ 84.3%（2001 年）、59.7%（2001 年）を占めている（OECD, 2006）。

このように医師の海外移住は相互依存しているため、各国の情勢変化によって他国も影響を受けることになる。例えば、ニュージーランドはオーストラリアや英国の政策変化から影響を受け、英国における需要変化は、ポーランド、バルト諸国、ブルガリア、ルーマニアに影響を与え、米国の変化はメキシコ、カナダ、英国、ドイツに影響を与える（Zurn and Dumont, 2008; OECD, 2008）。

OECD 間での医療従事者移住の流れは、歴史的な背景から相互に縁があることや、移住しやすい地域（EU）が確立されていること、各国間で医師の収入に差異があること、送出国での就職可能性が減少していること、外国における条件に関する認識が高まっていること、他の業種でも移民が増大していることなどから、今後も続く可能性が報告されているが、メンバー国のなかで基本的に医師が過剰な国がなく、また、実際には受け入れの認定が難しいという側面もあるという（OECD, 2008）。

3.2 移住促進対策と問題点

経済水準の大きく異なる国間の医師移民については、受入国では医師養成コストが下がるというメリットがあり、一時的なもしくは永久的な医師不足解消対策として用いるために、国際的な雇用キャンペーンや、移住に必要な要件の緩和や改善、2カ国間や複数国間での協定など、以下のようなさまざまな移民受け入れのための政策が行われている（OECD, 2006, 2008）。

例えばドイツでは、医療出版物に広告を出す、就職フェアに参加するなど、国際的な雇用キャンペーンを行っている。英国では、NHS（National Health Service）での就職を海外でプロモーションし、2002年にはNHSのポストに、経験のある専門医を海外から呼ぶ、International Fellowship Programmeを行った。

米国では、医療従事者に対して H1-B ビザの付与を優遇しており、2005年には医師を含む医療従事者約 7,200 人のビザが承認され、これは 2000 年と比べて

約 55%の増大であった。オーストラリアとニュージーランドでは、永住プログラムにおいて医療従事者に優遇措置を与え、医療従事者の移住流入を促進しているが、効果は限局的であるという。英国、ベルギー、アイルランド、デンマーク、オランダ、スペインなどの欧州諸国では高度熟練移住者に対して、一定期間有効な労働ビザを優遇している。アイルランドでは、外国医師に対して労働ビザの取得を迅速化し、カナダでは海外医師が登録しやすいように Immigration Act Regulation を変更している。また、オーストラリアや米国では、国内の医師地方偏在の解消を考慮し、地方で働く意欲のある外国医師に対する移住の必要要件を緩和している。移住後の外国医師の環境に配慮した例としては、ノルウェーで外国医師に語学コースを提供している。

医療従事者の国際雇用に関する国間協定については、例えば、スイスとカナダは協定を結び、二カ国間での医療従事者の移動を促進している。英国は、南アフリカ共和国（2003年）、インド（2002年）、中国（2005年）といった OECD 以外の国ともそれぞれ二カ国間協定を結び、医学教育のエクステンジプログラムや、医療従事者雇用協力を行っている。また、EEA（欧州経済領域協定）加盟国（オーストリア・ベルギー、デンマーク、フィンランド、フランス、ドイツ、ギリシャ、アイスランド、アイルランド、イタリア、ルクセンブルク、オランダ、ノルウェー、ポルトガル、スペイン、スウェーデン、英国、リヒテンシュタインなど）では、医師免許の互換制度が締結されている。

しかし外国医師のリクルートに万能な対策はなく、対策を行う場合の問題点として、移住した外国医師の受け入れ国内労働人材とのバランス調整が難しい（資格、サービスの質と安全、言語など）、国際雇用にはコストがかかる（特に一時的な移住の場合）、比較的魅力の乏しい地域や地位で医師の労働を維持することが難しい、国内医師の補充を外国医療従事者に頼りすぎてしまう、国内医師の競争力や待遇に変化が生じるなどがある。特に、長期にわたって医師の労働を確保することは難しく、受け入れ国での労働環境が不十分なために離職が生じることがある。移住後の機会や環境が受け入れ国内医師と平等でない場合もあり、例えば、英国では、移民医師の 9%が労働環境で差別にあっているという。また、受入国と送出国の水準が異なるために、フィリピンなど、送出国では医師として働いている人材がナースとして再訓練を受けて、海外での就職機会を得ているという例もある（OECD, 2006; OECD, 2008）。

4 送出国からみた医師の移住

4.1 OECD 加盟国以外の国における医師海外移住

OECD 加盟国間では、前述のような医師の海外移住カスケードやカルーセル・ムーブメントが認められているが、OECD 加盟国以外から流出してきた外国医師数も多く、現在、OECD 内の外国医師のうち約 4 分の 3 が OECD 加盟国以外出身者である (OECD, 2006)。送出国には、インド、中国、ブラジル、フィリピン、南アフリカなど多数の国が含まれ、例えば、OECD (2006) の報告では、米国における外国医師が医学教育を受けた国(2001年)は、最多がインドの 19.5% であり、パキスタン 11.9%、フィリピン 8.8%などが続く。また英国 (2001年)でもインドが 18.3%で最も多く、他の OECD 加盟国以外の国では、南アフリカ 7.0%、南以外のアフリカ 7.0%、南・東南アジア 7.0%などの国が続く。

医師の海外移住は、送出国にとって、どのような意味があるのだろうか？ まず、OECD 加盟国と非加盟国の間には医師数の偏在が認められ、OECD 加盟国では人口千人当たり医師数 (2005 年) は平均 3.0 人であるのに対し、主にアフリカ、東南・南アジアには人口 10 万人当たりの医師数が 100 人未満の国が集中しており、特にアフリカのサブサハラ地域には人口 10 万人当たりの医師数が 5 人未満の国も多く、深刻な医師不足の現状が見受けられる (図 5) (Eastwood et al., 2005)。またアフリカでは 53 カ国中 36 カ国、東南アジアでは 11 カ国中 6 カ国が医師不足の危機に面しており、医療従事者数について、アフリカで約 140% 増、アジアで倍増が必要であるといわれている (WHO, 2006; Dumont and Zurn, 2007)。

図 5 各国の人口 10 万人当たり医師数 (2004 年)

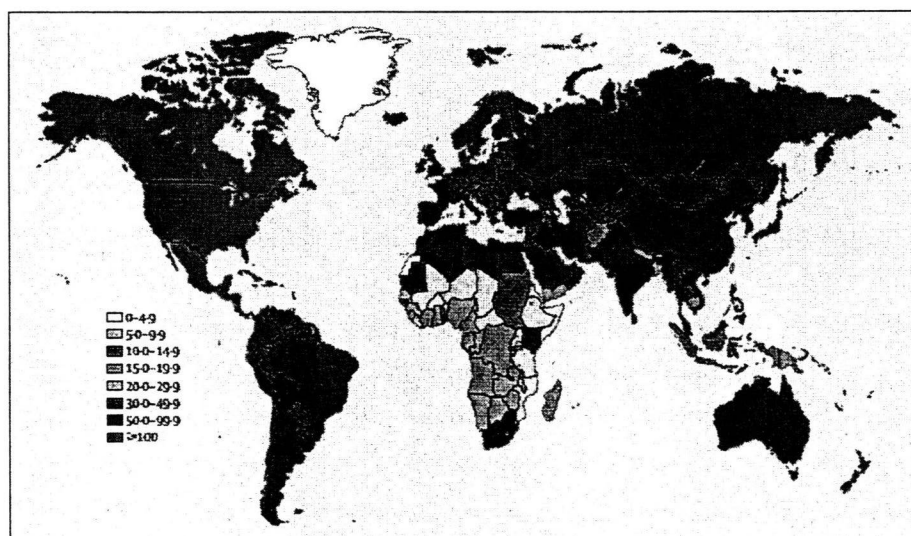


Figure: World distribution of doctors per 100 000 population in 2004'

出所 : Eastwood et al. (2005)

Mullan F. (2005)は、世界の8地域における医師流出ファクター (Emigration factor) を示した (図6)。医師流出ファクターは、 $A \div (A+B)$ で計算され、Aは受入国4カ国のいずれかで働くために送出国から移住した医師数であり、Bは送出国で働いている全医師数である。このとき、米国、英国、カナダ、オーストラリアの4カ国を受入国としている。最も医師流出ファクターが大きいのはアフリカのサブサハラ13.9であり、インド10.7、カリブ諸国8.4、中東・北アフリカ5.2と続く。北米や東アジア・大西洋諸国、欧州・中央アジア、中央・南アメリカの4地域は、いずれも1点台であり、医師流出ファクターは小さかった。

また人口や疾患負担と医療従事者数や医療費の割合を合わせて考えると、例えば、WHO(2006a, 2006b)の報告では、医師流出ファクターの小さい米国は、世界人口の14%、世界の疾患負担のうち10%を占めている状況で、医療従事者数は世界の42%を抱え、医療費は世界の50%超を使っているという。一方で、医師流出ファクターが大きく医師不足が最も深刻であるサブサハラ地域では、その人口は世界人口の11%、疾患負担は25%に対し、医療従事者数割合はわずか3%、医療費は1%にも満たない。

さらにサブサハラ地域では、47カ国中24カ国で国に1校しかメディカル・スクールがなく、11カ国にはメディカル・スクールが存在しない状態である。にもかかわらず、アフリカ地域からの医師の海外流出は急増しており、例えば南アフリカでは1990年代前半と比べて2000年頃には2倍以上の医療従事者が海外に流出しているが、反対に、流入してくる医療従事者の数は1990年前半から激減している (図7) (OECD, 2004)。

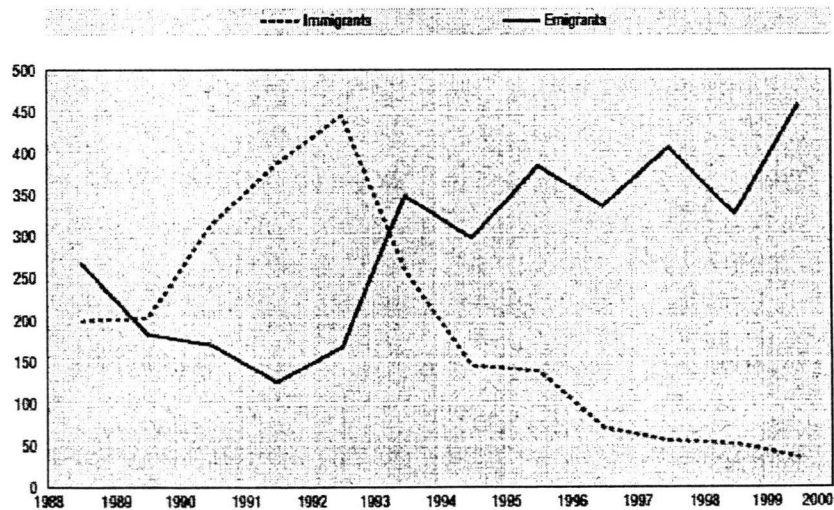
では、医師の海外流出が各地域の医師を含む医療従事者不足にどの程度影響を与えているのかを考えると、まず、世界全体における一般的な海外移住人口が約1億9000万人と全人口の3%未満に過ぎず、OECD諸国内にいるアフリカ、アジア出身の医療従事者は、各地域で必要と推定される人数のそれぞれわずか12%、9%である (Dumont and Zurn, 2007; WHO, 2006)。つまり、海外流出がなくとも医療従事者の人材不足が存在している状態がすでにあり、医療従事者の海外流出は、現地の人材不足の主要因ではないものの、悪化させる要因のひとつであると考えられる。

図6 世界8地域における医師流出ファクター

Region	Location of Physician's Practice		Emigration Factor*
	Recipient Countries†	Source Countries	
	no. of physicians		
Sub-Saharan Africa	13,272	82,100	13.9
Indian Subcontinent	78,680	656,876	10.7
Caribbean	8,010	87,443	8.4
Middle East and North Africa	27,010	489,464	5.2
Central and South America	12,103	707,416	1.7
Europe and Central Asia	44,988	2,741,717	1.6
East Asia and Pacific	39,910	2,808,400	1.4
North America	14,519	1,076,398	1.3

出所：Mullan F. (2005)

図 7 南アフリカにおける医療従事者の海外移住（1988～2000年）



出所：OECD(2004)

医師の国際雇用におけるリスクとベネフィットについては、各国の事情によってさまざまにとらえられる。スキルや生活環境・労働環境の向上は、ミクロレベルでは教育や診療の質、個人の生活レベルがあがるなどベネフィットとして考えやすいが、医師の海外流出をトータルとして考えた場合、送出国における医師の

必要人数、送出国への送金、移住期間、訓練コストを受入国と送出国でどう負担配分するかなどの条件により、マイクロレベル・マクロレベルでリスクともベネフィットともなり得る。

まず、送出国で必要な医師数については、送出国の人口事情による。もし送出国が人口大国であり経済成長が著しいインド、中国、ブラジルのような供給力が大きく低コストの国であれば流出人数は比較的大きな問題になりにくい。例えば、中国の流出医師数は約1%であり、インドは約8%に過ぎない（OECD, 2008）。また、フィリピンやカリブ諸国のように、人材の輸出を目的に医療従事者を養成している国では、流出医師数が多く状況で送出国の医師数も維持している。しかし、送出国の人口規模が小さければ、相対的に人材流出の影響が大きくなり、送出国内での日常診療の質を保つことが困難となり、さらに、教員の確保も困難となる。

受入国で生活・労働環境の向上があれば送出国への送金という形で外国医師にベネフィットがある。その効果は、マイクロレベルとマクロレベルで良い効果と悪い効果のどちらもが報告されているが、送金は個人的なマイクロレベルで行われているため、マクロレベルでの保健システム改善にはつながりにくい。

海外移住の期間は、一時的な移住かもしくは永住かを区別することが難しい。一時的であれば受入国で経験やスキルを身につけて送出国に持ち帰ることで送出国に利益となるが、永住となればその人材の損失に対して送出国にいかにか補償を行うかは難しいところである。

医学教育にはコストがかかるため、医師が受入国に永住してしまった場合には、送出国で教育と研修にかかったコスト（特に公的資金使用時）が無駄になる。また、外国医師のうち、外国出身医師と外国で医学教育を受けた医師の割合は外国出身者のほうが高く、つまり移住後に受入国で医学教育を受けたケースも見られる。このように損失コストの評価は複雑なため、受入国と送出国間で、損失コストをいかにか補償するかは難しい問題である。

4.2 Ethical Recruitment

経済水準の大きく異なる国間における医師の移住は、受入国から送出国に医師不足問題を転嫁しているだけだという議論がある。OECD加盟国における医師不足よりもさらに医師不足の深刻な地域から医師をリクルートすることで、貧困国（貧困地域）での医師不足が加速して日常診療が危機に陥っている。このような現状を受け、WHOの発表したWorld health report（2006年）では、“working together for health”と題して国際雇用の問題に触れるなど、途上国からの移民制限（Ethical Recruitment）の必要性が認識されてきており、近年、国際雇用に関する規約やマニフェストが発表されている。

例えば英国では、保健省が「医療従事者の国際雇用に関する実施規約 (Code of practice for NHS employers involved in the international recruitment of healthcare professionals、2001年)」を定めた (Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals、2004年改訂)。

また 2003年に定められた「医療従事者の国際雇用に関する実施規約 (Commonwealth's International Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers)」では、送出国に与える影響を考慮した医療従事者国際雇用マナーのガイドラインとして、すでに国内で医療従事者不足に陥っている送出国からの国際雇用を抑制することや国際医師雇用の原則を設定したものであり、外国医師雇用時の送出国や個人と受入国との間における透明性や公平性の保持すること、送出国と受入国の双方にとってベネフィットをもたらすことなどが示された。この規約はボランティア精神にのっとったものであったが、2002年に第5回 Wonca World Rural Health Conference Melbourne で採択された「メルボルン・マニフェスト (A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals)」では、より具体的なガイドラインが示された (Labonté et al., 2006)。

2005年に医療従事者に関する国際会議で策定された「ロンドン宣言 (London Declaration)」では、受入国では自国の不足解消のために他国に有害な結果を生まないようにすること、先進国は途上国における医療従事者の訓練や維持に対して助力すること、自国の需要を満たすべく医療従事者の教育、資金援助、サポートを行うこと、頭脳や技術の流出 (brain drain, skills drain) と医療従事者の個人的な権利とのバランスをとることについて、同意がみられた (Labonté et al., 2006)。

各国の取り組みとしては、例えばマラウイは、英国から6年間の財政支援を得て、医師教育の受け入れ人数増大や地域偏在解消のためのインセンティブ、給与改善など、送出国内の労働環境・生活環境を改善するための対策が行われた。また、ガーナや南アフリカでは、医学教育にかかるコストを政府が拠出し、その代わりに、卒業後は数年間公衆衛生サービスに従事することで、医学教育コストを回収するシステムがある。しかしサービス従事の代わりに返金することもでき、海外流出のインセンティブにもなっているため、受入国側が、そのような送出国内での義務を修了していい人材を雇用しないようにする努力が必要であると報告されている (OECD, 2008)。

しかしながら、現在、多くの国で同時に医師不足に直面しており、また、医師の絶対数が世界規模で不足し、かつ国内外の需要が増大している状態のなか、外国医師に依存し続けることはできるのだろうか？ 例えばインドでは、OECD内の外国医師のうち15%を輩出しており (2000年)、特に英語を話す国への医療従

事者流出が認められる。私立のメディカル・スクールを中心とした「メディカル・シティ」が急成長しているが、一方で、国内の需要も増大しており、また、人口千人当たり医師数は0.6人という現状がある。フィリピンも、インドと同様にOECD諸国へ医療従事者を輩出している。フィリピンには海外に流出することを目的としたナース学校があり、これは他国でも同様な対策を行うことができる。しかし、訓練の質の維持や、教員の確保、診療の質の維持などの観点から、これ以上国内で拡大することは難しい状況であるという(OECD, 2008)。

今後は、国内の医師養成や生産性を向上させるとともに、国際的な調整メカニズムが必要であり、国間で国際的リクルートについて共同計画やモニタリングを行うシステムづくりを行うことで、医師フローの全体的な改善に役立つだろう。

5 ディスカッション

近年のグローバル化とともに、ここ10年くらいの間、世界における医師の海外移住は増大し、各国の医師数に影響を及ぼしている。外国医師の流入と流出の割合は国によってさまざまであるものの、米国や英国などは外国医師の割合が非常に大きくなっている。

OECD諸国間においては、歴史的なつながりや地域、言語、経済的な理由から、医療従事者の流れ(カスケード・モデル)があると同時に、相互に依存しあい互いに流入流出を行っているという状況(カルーセル・ムーブメント)もある。受入国としては、絶対的もしくは相対的な医師不足対策として外国医師の受け入れを促進するために、国際的な雇用キャンペーンや、移住に必要な要件の緩和や改善、2カ国間や複数国間での協定などさまざまな対策を施している。しかし、受け入れに際して、国内医師と外国医師の待遇や環境などの調整や、国内医師養成力の低下など、問題も生じている。

OECD加盟国以外の途上国は送出国となることが多く、OECD諸国にも途上国からの医師流入割合が増えている。しかし、途上国はそもそも医師不足の度合いがさらに深刻であり、サブサハラなど日常診療もままならなくなっている地域もあるなか、よりよい教育や待遇、労働環境を求めて医師が海外流出することで、医師不足に拍車がかかり、自国の医療サービスの維持が難しくなっている。このため、経済的な格差が大きく、国内に深刻な医師不足を抱える途上国からは、医師の雇用を控える必要性が認識されており、受入国における倫理的な雇用(ethical recruitment)が推進され、また、送出国でも医師の帰還に対してさまざまな対策が行われている。

医師の海外移住は、pull factor(受け入れ国でのベネフィット: 訓練機会、よりよい労働環境など)がpush factor(医学教育を受けた国でのリスク: 訓練機会の欠如、生活・労働環境が悪いなど)を上回った場合に生じるといわれている。個人には、スキルを磨いてステップアップするために教育や訓練を望む権利、よりよい労働環境や生

活環境を望む権利などがあり、それは尊重されるべきである。しかし同時に、世界レベル、国レベル、地域レベルなどさまざまなレベルで生じている医師不足の解消を考えるマクロの視点も必要であり、医師不足問題と個人の権利のバランスをとることが求められる。

今後、世界的に高齢化が深刻化するにつれて医療の需要拡大が想定されている。また、これまでは医師流出に対してゆとりのある送出国であった国においても、経済成長やライフスタイルの変化により医療の質や安全に対する水準が高まり、需要が増大している。受入国の需要増大だけではなく、送出国の需要も増大することにより、絶対的な需要拡大が見込まれる。さらに、医師不足の問題が深刻な貧困国においては、感染症や HIV/AIDS の拡大などにより日常診療自体が窮している状態であり、送出国国内での需要が非常に大きなものとなっている。

日本の場合は、厚生労働省の平成 20 年度医師・歯科医師・薬剤師調査において外国医師数は 2,483 人であり、同年の全医師数の 0.87%であった。日本の状況としては、まず他の外国医師移民流入率の高い OECD 諸国と比べて、基本的な移民率が低く（在日外国人労働者約 100 万人、2007 年）、労働力確保のために受け入れを求める声と、国内の就業可能性を奪われるという受け入れに反対する声とがあり、移民に対する評価が分かれている。また、一般的な医療水準が高く、日本語習得が難解かつ言語を共有する他国がないという言語の問題からも、医師免許の取得や実地診療が難しい。さらに、医師海外移住先進国において、すでに Ethical Recruitment の問題が浮上しているという背景もある。一方で、外国人労働者が増加している一部地域では、医療通訳や外国医師の招聘について要望があがっているが、厚労省の結論としては、外国人医師に対する規制緩和の要望に対して、2008 年 3 月に、「現行の臨床修練制度で対応可能」として規制緩和については必要ないとのことであった。また、外国医師の受け入れについて、日本では英国・フランス・シンガポール・（米国）と医師免許二国間協定制度を締結しているが、その許可人数や診療内容は制限されている。このような状況に対して丸尾(2009)は、医療水準が同程度の国との医師免許互換制度について、医療特区における導入の再検討について提案している。しかし現実には日本で医師不足の一時的解消として外国医師増大政策を考えるとすれば、さまざまな事項について検討が必要となるだろう。

外国医師の流入は、一般的に、受入国にとって国内医師不足解消の一時的な対策にしかならない。将来、需要の高まりとともに、各国間で人材争奪が生じる可能性があるが、今後は、国内の医師不足解消について考えるとともに、世界的な絶対的医師不足の解消についても視野に入れて対策を講じなくてはならない。根本的な医師不足解決を目標とするためには、個々の国の事情だけではなく、グローバルな視野のもとに、戦略的な医師供給システムを考える必要があるだろう。

参考文献

- Agwu K, Llewelyn M. (2009) "Compensation for the brain drain from developing countries." *Lancet*. Vol. 373, No.9676, pp.1665-1666.
- Bach S. (2006) "International Mobility of Health Professionals: Brain Drain or Brain Exchange?" United Nations University Research Paper No. 2006/82.
- Buchan J., Baldwin S. and Muntro M. (2008) "Migration of Health Workers: The UK Perspective to 2006" OECD Health Working Paper No. 38.
- Bundred PE, Levitt C. (2000) "Medical migration: who are the real losers?" *Lancet*. Vol.356, No.9225, pp245-246.
- Commonwealth Secretariat. (2003) "Commonwealth's International Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers"
- Cooper R. (2008) "The US Physician Workforce: Where Do We Stand?" OECD Health Working Paper No.37.
- Dumont JC and Zurn P. (2007) "Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly-skilled Migration", *International Migration Outlook, Part III*, OECD, Paris, pp162-228.
- Dumont JC, Zurn P, Church J and Thi CL. (2008) "International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities" OECD Health Working Papers.
- Eastwood JB, Conroy RE, Naicker S, West PA, Tutt RC, Plange-Rhule J. (2005) "Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK" *Lancet*. Vol. 365, No.9474, pp.1893-1900.
- 厚生労働省(2008) 平成 20 年度医師・歯科医師・薬剤師調査
- Labonté R, Packer C, and Klassen N. (2006) "Managing health professional migration from sub-Saharan Africa to Canada: a stakeholder inquiry into policy options" *Hum Resour Health*, Vol 4:22.
- Mullan F. (2005) "The metrics of the physician brain drain." *N Engl J Med*.Vol. 353, No.17, pp.1810-1818.
- 丸尾美奈子(2009) 「医療特区再考について」ニッセイ基礎研 REPORT pp2-3.
- OECD(2004) "PART III. The international mobility of health professionals: An evaluation and analysis based on the case of South Africa." *Trends in International Migration SOPEMI 2003 edition*
- OECD(2006) "The Supply of Physician Services in OECD Countries"
- OECD(2008) "The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries

Respond?"

OECD(2009) "OECD International Migration Outlook" SOPEMI 2009

UK Department of Health (2001) "Code of practice for NHS employers involved in the international recruitment of healthcare professionals"

UK Department of Health (2004) "Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals"

WHO(2006) "The World Health Report 2006 - working together for health"

Wright D, Flis N, Gupta M.(2008) " The 'Brain Drain' of physicians: historical antecedents to an ethical debate, c. 1960-79." Philos Ethics Humanit Med. Vol. 10, pp.3-24.

Zurn P and Dumont JC (2008) "Health Workforce and International Migration: Can New Zealand Compete?", OECD Health Working Paper, No. 34.