



Title	グローバル化と保健医療者の移動を考える
Author(s)	安田, 直史
Citation	大阪公衆衛生. 2020, 91, p. 15-17
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/78698
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

グローバル化と保健医療者の移動を考える

安田 直史

近畿大学社会連携推進センター教授

はじめに

「グローバル化が保健医療に与える影響は？」と聞くと、必ず最初に「国境を越えた感染症の広がり」という答えが返ってきます。現在の新型コロナウイルスの流行はまさにその典型的なものでしょう。今の世の中、微生物の拡散はより速く、より遠く、より広く起こるようになってきていることは明らかです。そしてこれはもちろんその微生物を運ぶヒトの移動によるものです。つまり「感染者・患者」がどんどん移動するようになったのです。これは歓迎されざる患者の移動の例ですが、逆に患者の移動を歓迎する向きもあります。商業化された医療産業は「メディカルツーリズム」で外国人患者を受け入れてひと儲けを狙っているようですが、これについては別稿に委ねるとして、今回は患者ではないもう一つの「人の移動」を考えてみたいと思います。

移動する医師・看護師

日本では病気になると日本人の医師と日本人の看護師に世話になるのが「常識」でしょう。しかし、これも「日本の常識は世界の非常識」の一つかもしれません。今世界では不足する医療スタッフを

充足するために外国生まれの医師・看護師を受け入れる例が増加しています。ある報告では2010年にOECDの23か国で働く外国出身の医師、看護師の数と割合はそれぞれ59万人（22.2%）、122万人（14.5%）であるとされており、これはその10年前に比べて60%増加していたとされました¹⁾。表1はさらに6年後（2016）の統計ですが、OECD²⁾の多くの国で同じ状況であることがわかります。OECD以外にもサウジアラビアやUAEのような富裕国でも、不足する保健医療専門家を外国人のスタッフで補っていることがわかります。昨年シンガポールで調査した際に、ある国立病院のICUでは約40人の看護師のうちシンガポール人は2人という話を聞いて驚きました。今では年間に新規登録される看護師のうち、過半数は外国人です³⁾。大変な割に給料の安い看護師は、シンガポール人に人気がないそうです。そしてこれらの外国人スタッフの大半は、言うまでもなく、貧困国から来ています。

すべての人に保健医療サービスを

では送り出す側の貧困国の側を見てみましょう。表2は人口10,000人当たりの医師、看護師の

表1 各国における外国生まれの医師・看護師の人数と全体に占める割合（2015/16）

（“Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students.” OECD 2019のTable 1.1, 1.2および注6,7より作成）

国名	医師		看護師	
	人数	割合(%)	人数	割合(%)
米国	289 106	30.2	691 134	16.4
英国	86 866	33.1	151 815	21.9
ドイツ	78 907	20.2	217 998	16.2
オーストラリア	47 154	53.9	18 779	19.6
カナダ	38 780	38.5	92 530	24.4
スペイン	25 875	13.7	10 302	4.0
スイス	23 438	47.1	32 264	31.6
スウェーデン	15 372	30.5	14 455	13.1
イスラエル	13 753	48.7	19 946	48.0
オランダ	11 247	17.1	11 643	6.2
サウジアラビア ⁴⁾	28 846	63.3	42 822	40.6
アラブ首長国連邦 ⁵⁾	1 395	82.5	3 545	91.9

表2 いくつかの国の人口10,000人あたりの医師、看護師数

(World Development Indicator, World Bankより2016年のデータを利用して作成)

少ない国	10,000人当たりの	
	医師数	看護師数
マラウイ	0.2	2.5
セネガル	0.7	3.1
ガーナ	1.3	15.5
バングラデシュ	4.8	2.6
インド	7.6	21.0

多い国	10,000人当たりの	
	医師数	看護師数
デンマーク	44.6	103.0
ノルウェー	44.9	179.8
英国	28.0	83.3
スウェーデン	54.0	115.4
米国	25.9	85.5
(日本	24.1	115.2)

数です。まず国によって数十～数百倍にも至る極端な格差がある事がわかります。おまけに、「経済的合理性」によって「少ないところから多いところへ移動」するという「公衆衛生的非合理」が引き起こされているのです。税金を投じて教育・養成した医師、看護師が次々と先進国に引き抜かれてはたまってものではありませんが、これが現実には起こっていることです。さらにASEANでは2009年に医師・歯科医師・看護師の資格相互承認に合意しています。つまり一国の資格は自動的に他の国でも有効と認めるようにし、人材の自由な行き来をもたらそうというものです。しかしモノの輸出入ほど簡単に自由化は進まず、幸い現時点では実際の自由な移動には至っていない様です。もし急速に大量の人材の移動が起これば、後発の貧困国は人材を引き抜かれ、保健医療サービスが崩壊するかもしれません。

WHOはこのような状況に危機感を抱き2006年には「保健人材危機」へ警鐘をならし、2010年には“WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (保健従事者の国際的採用に関する実施規則)”が採択されました。これは貧困国からの保健医療専門家の輸入に自制を求めるものでしたが、強制力のないもので、その後10年の間に状況は悪化しているようです。ただし、最近の傾向として、外国で教育された人材を引き抜くのではなく、学生を留学で受け入れて自国で養成するという形も増えている様です。

保健医療専門家の不足は主としてへき地の住民や貧困者など、最も脆弱な立場にある人にまず影響を与えます。SDGsのターゲットの一つにも挙げられているユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC:すべての人に保健医療サービスを)を達成するためには、十分な保健専門家の存在は絶対的な前提条件であるはずですが、担保されていないのが現状です。彼らの頭脳流出が続くと目標を

達成できないばかりか、保健医療システムの崩壊をもたらし、国民の命に関わるものです。

おわりに

新自由主義的経済によってもたらされた近年の貧富の格差拡大では「持てる者がより多くを得て、持たざるものがより多くを失う」という状態になっていますが、上述した保健専門家をめぐる事態もこれと同じ構造です。「ヒト、モノ、カネの移動の自由化こそがグローバル化の前提であって、規制は悪。」「自国で人材を養成するよりも貧困国から輸入したほうが安い」という考え方は、医療や公衆衛生を考える時に正しいことなのでしょうか。国民の基本的な人権として適切な保健医療サービスを提供するために必要な保健専門家の数の確保は誰が義務を負うのでしょうか。市場に任せていいのでしょうか。送出国の保健医療への影響は考えなくてもよいのでしょうか。公衆衛生の論理が経済の論理に対して優先されてもいいのではないのでしょうか。「保健人材の安全保障」と呼ぶべき考えを持つべきでしょう。これは前述のWHOのCodeにも則った考え方です。

日本は人口の減少と高齢化で多くの業界で人手不足の状態になり、外国籍の人々に大きく門戸を開きました。介護もその代表的な対象領域です。現時点では保健医療分野は外国人に依存しなければならない状況ではありませんが、「誰ひとりとり残さない」社会を目指すために、我々は「保健人材の安全保障」について考え、世界の状況に目を配ることは重要と考えます。ただ、グローバル化の時代に頑なに閉鎖的で古い体制に固執していると取り残されることになります。外国人の参加は新しい視点と多様性をもたらす、硬直化し、無意味な慣習を淘汰したりしてサービスの向上につながる機会でもあります。拙文が将来日本の保健医療に必要な人材を持続的にどう確保するかを考える一助となれば幸いです。

注

- 1) International migration of doctors and nurses to OECD countries: recent trends and policy implications. OECD DOI https://www.who.int/hrh/com-heeg/International_migration_online.pdf
- 2) OECDとは経済協力開発機構のことで、ヨーロッパを中心とした主に自由主義先進国の集まり

- 3) Annual report 2018. Singapore Nursing Board <https://www.healthprofessionals.gov.sg/docs/librariesprovider4/publications/snb-annual-report-2018.pdf>
- 4) Statistical yearbook 2018. MOH Saudi Arabiya
- 5) Statistical yearbook 2016. MOH United Arab Emirates

一般財団法人 大阪府結核予防会



大阪総合健診センターまでお電話を…



大阪総合健診センター（中央区 淀屋橋）

なんでもお気軽にご相談ください

こんなケースをお考えのとき

- ・ドック・生活習慣病健診について聞きたいとき
- ・特定健診、特定保健指導について聞きたいとき
- ・出張健診、施設健診について知りたいとき
- ・主婦・家族健診をとりあげたいとき
- ・法規の健康診断を行いたいとき
- ・各種がん検診を相談したいとき
- ・職業性疾患の健診で困っているとき
- ・健康相談、健康教育に取り組むとき

○大阪総合健診センター

〒541-0045
大阪市中央区道修町4丁目6番5号
TEL:06-6202-6666(代) FAX:06-6202-6686
(予約専用ダイヤル 06-6202-6667)
<http://www.jata-osaka.or.jp>
e-mail info@jata-osaka.or.jp
京阪電鉄「淀屋橋」駅から徒歩10分
地下鉄御堂筋線「淀屋橋」駅から徒歩5分

○大阪病院・大阪総合健診センター寝屋川

〒572-0854
大阪府寝屋川市寝屋川公園2276-1
TEL:072-821-4781(代) FAX:072-824-2312
e-mail webmaster@osaka-hospital.jp
JR学研都市線「星田」駅から送迎バス約5分
京阪電鉄「寝屋川市」駅から送迎バス約15分

○堺複十字診療所

〒590-0028
大阪府堺市堺区三国ヶ丘御幸通59
南海堺東ビル（堺タカシマヤ上）8階
南海堺東駅クリニックセンター内
TEL:072-221-5515(代) FAX:072-223-8534
e-mail sakai@jata-osaka.or.jp
南海電鉄高野線「堺東」駅からすぐ