



ジェロントロジー ジャーナル

**「医師・看護師不足」について
超高齢社会における外国人看護師導入の予備考察として**社会研究部門 研究員 米澤 慶一
e-mail : kay@nli-research.co.jp**はじめに**

2008年、日本とインドネシア並びにフィリピンとの間に交わされた経済連携協定（Economic Partnership Agreement: EPA）の批准に伴い、医療・介護分野における外国人研修生の受入が開始された。当初、この報に触れた国民の一般的な反応としては、2007年に65歳以上人口が21%を超え、超高齢社会へと突入した日本において増え続ける医療・介護分野の人手不足に対する福音として受け止める向きも多かったものと思われる（同時に国民の生命を預ける重要な職務に新来の外国人を以て充てることの是非を問う議論も活発になったが）。その傾向は2009年に発足した鳩山内閣による「東アジア共同体」形成に向けた外交基本政策の提示¹によって一層顕著となり、学界等を中心として多くの公開シンポジウムや研究会が開催され、その可能性や枠組、そして具体的内容についての検討が繰り返された。

かくいう筆者も、東アジア共同体の政治上の成立過程の見通しはさておき、そうした国際的枠組に依拠した共通の規格に基づく「国際看護師・介護士」養成システムを構築する可能性に着目した一人であり、EPA研修制度を二国間関係から東アジア共同体という枠組に押し広げ、今後同地域において急速に進行する高齢化に伴い、需要が急増する医療および高齢者ケアの専門家人材を「地域公共財」として育成・配分するシステムを考究することを目指した。

しかし、鳩山内閣の終焉と共に東アジア共同体構想は後景に退き、東日本大震災からの復興、TPP（環太平洋連携協定）参加といった課題が政治経済的優先度を増している現在、EPAに基づく外国人看護・介護研修生受入制度も将来に向けた希望的観測を語る事が難しい状況にある。例えば厚生労働省のホームページでは、「この受入れは、相手国からの強い要望に基づき交渉した結果、協定に規定されたものであり、看護・介護分野の労働力不足への対応として日本から要望したものではありません」と明記され、一方で「資格取得後は、看護師・介護福祉士として滞在・就労が可能です（在留期限は上限無く更新可能）」と述べられてはいるものの、本研修制度の国内医療行政への体系的な組み込みについては極めて消極的な姿勢が貫かれている²。こうした事情を反映するかのように、言葉の上でのハンディが最大の理由と目されるものの、2010年の看護師国家試験の外国人研修生合格者は254人中3名（合格率1.2%）、2011年は398人中16名（同4%）、2012年は415人中47名（11.3%）が合

格し、3年目にして前年度比3倍増となっている点は評価できるものの、日本人受験者の合格率が毎年90%を超えている事を考え併せると、これまでのところ残念な結果と言わざるを得ない³。

さて、もしこのままの状態（つまり、「フィリピンとインドネシアが強く要望しているから【仕方なく】研修生を受け入れているのだ」という公式スタンスのまま）事態が推移するのであれば、それは現場で日本の患者や御年寄りの面倒をみながら言葉の壁を超えるべく日々勉学に励む研修生にとって何ともやりきれない環境であるのみならず、日本ーインドネシア、日本ーフィリピンという二国間関係にとっても不幸と言えるのではないだろうか。

だが日本は従来より移民受入に消極的で、明確な政策的態度を示すことを保留し続けてきた経緯がある。少なくとも現在進行中のTPPにおける議論・交渉の終了までは～相互利恵の枠組の中で、カネやモノだけでなく、人の移動の自由についても当然検討されることになる～移民、ないし外国人労働者受入に関する何らかの方針表明を期待することはできない。それまでの間、東アジア共同体的な枠組を空想上で措定し、その下に域内共通の専門人材育成システムを仮想構築することは、非常に面白い知的実験ではあっても、机上の空論の誇りを免れないと思われる。

従って、今後日本国の外交交渉の場でTPPに関する何らかの決着がつくまでの間、国際看護・介護人材の育成及び資源配分システムに関する論考はひとまず封印する。その代わりに、日本の医療／介護制度は本当に外国人労働者を必要としていないのか、受け入れる余地はないのかについて検証を試みようと思う。実際に「外国人労働力を受け入れる余地も必要もない」という結論に至れば、大掛かりな国際専門人材の育成と移転のシステムを考案すること自体が、少なくとも日本にとって現実的利益をもたらすものとはなり得ず、実現に向けた提言を行なうことは難しい。

先の厚労省ホームページの論調は、一見「日本においては医療・介護分野の人的資源は国内で賄える」という印象を与えるが、本当に国内の労働市場のみで調達が可能なのか、それとも実際には不足しているのだが、国内の利害関係者や団体（看護協会や介護福祉士会など）の既得権益保護を優先するという暗示であるのか判然としないところがある。

ゆえに本稿では巷間話題に上ることの多い「医師・看護師数不足」を中心に、現代日本の医療分野における様々な問題を、国際看護・介護人材の育成・配分システムを今後定立し得るのかどうかという検討に先立つ基礎考察として概観してみたい（なお、EPA 研修制度に関連して論考を進めるのであれば、看護師・介護士を取り巻く問題について検討することが自然と思われるが、① テーマの大きさ・幅広さから、今回は医療分野に限定する、② 医療関係者の国際移動について考えるとき、経済的に発展途上の国／地域の医師が、所得水準の高い国／地域に看護師として転出する事例が多いため、医師についても考察に加える⁴、といった理由から、上記の様なテーマ設定を行なった次第である）。

1——「医師不足、看護師不足」の現状

医師／看護師の過不足を論ずるに先立ち、日本において医療サービスを必要とする機会が経時的に増えているかどうかを明らかにする必要がある（需要面からの分析）。また、それに伴って医療サービス提供者の数が適正に調節されているのかも併せて検討されねばならない（供給面からの分析）。

1 | 日本における高齢化と受診者数の推移～思ったより伸びていない患者数

図表－1 患者数(入院・外来)及び高齢者(65歳以上)人口の推移

(単位: 千人)

年次	入院	（うち65歳以上）		外来	（うち65歳以上）		65歳以上人口	
		患者数	対総入院患者比		患者数	対総外来患者比	人口数	対総人口比
1975	1,038.5	265.1	25.5%	6,852.1	1,211.9	17.7%	8,869	7.9%
1980	1,247.2	432.0	34.6%	6,768.0	1,362.8	20.1%	10,653	9.1%
1984	1,343.8	521.2	38.8%	6,354.9	1,601.0	25.2%	11,956	9.9%
1987	1,436.0	613.8	42.7%	6,633.5	1,798.2	27.1%	13,322	10.9%
1990	1,500.9	694.4	46.3%	6,865.4	2,025.4	29.5%	14,928	12.1%
1993	1,429.5	688.4	48.2%	6,973.0	2,272.2	32.6%	16,900	13.6%
1996	1,480.5	771.6	52.1%	7,329.8	2,759.3	37.6%	19,017	15.1%
1999	1,482.6	828.2	55.9%	6,835.9	2,717.0	39.7%	21,186	16.7%
2002	1,451.0	875.7	60.4%	6,478.0	2,712.8	41.9%	23,628	18.5%
2005	1,462.8	937.5	64.1%	7,092.4	3,077.8	43.4%	25,761	20.2%
2008	1,392.4	931.4	66.9%	6,865.0	3,076.8	44.8%	28,216	22.1%
2030(予測)	1,586.0	1,216.4	76.7%	7,055.6	4,018.2	56.9%	36,849	31.6%

(資料) 厚生労働省『患者調査』及び総務省統計局『人口推計』より作成。

先ず需要面から見ると、上掲図表－1にも見られる通り、入院患者数については1990年の150万人、外来患者数については1996年の730万人をピークとして逡減～横這いの状態にある。日本の総人口が2005年まで増加し続けたことを考え併せると、ある意味でそれは驚異的なことと言わざるを得ない。背景には、医学全体の進歩や予防医療・衛生教育の普及（つまり、反復的通院を必要としなくなり、病気そのものに罹りにくい国民一般の健康状態を達成した⁵⁾）に加え、医療財源の危機的状況を問題視した政府が、様々な段階を経て医療費の自己負担割合を増加させてきた経緯があるものと思われる（1982～84：老人医療無料化の廃止、被用者健保本人負担1割。1997：被用者健保本人負担2割。2001～02：老人医療（70歳以上）定率1割負担。2003：被用者健保・国保共本人負担3割。2008：後期高齢者（75歳以上）医療制度導入など）。

なお、65歳以上の高齢者に限って見た場合、途中多少の減少を見せた期間はあるものの、入院患者数は1975年の26.5万人から2008年には3.5倍の93万人へと増加し、外来患者数も同じく121万人から308万人へと2.5倍の伸びを見せている。同期間における高齢者人口全体の増加が3.2倍であることから、この数字は概ね首肯出来るが、若年層との比較を見ると、2008年を例に取れば、高齢者は入院患者の67%、外来患者の45%を占め、総人口に占める割合が22%であることを考えると、単純計算ながら高齢者は若年層の2倍多く通院し、3倍多く入院している勘定になる。さらに単純なシミュレーションではあるが、高齢者人口の増加率と若年層人口の減少率を基に2030年の患者数を推計すると（上掲図表最下段参照）、高齢者の入院患者数は1975年の4.6倍、外来患者数は同じく3.3倍に達する（同期間の高齢者人口の伸びは3.9倍）。高齢者数・比率の増大が社会における医療コストを押し上げる要因として、行政担当者が警戒する理由の一端を垣間見ることが出来る。

ただ、何れにしても患者数の経時的増大という形での日本における医師数・看護師数の需要圧力は、上記統計から見出すことは難しい。

2 | 就業医師数・看護師数の推移～意外に増えている医師・看護師

次に医療人材の供給面の状況を概観する。

図表－2 医師数・看護師数及びそれぞれ1人当たり患者数の推移

年次	医師数 (千人)	医師1人当たり		看護師数 (千人)	看護師1人当たり	
		入院患者数	外来患者数		入院患者数	外来患者数
		1975	132.4		7.8	51.8
1980	156.2	8.0	43.3	248.2	5.0	27.3
1984	181.1	7.4	35.1	308.4	4.4	20.6
1988	201.6	(n/a)	(n/a)	373.1	(n/a)	(n/a)
1990	211.8	7.1	32.4	404.8	3.7	17.0
1994	230.5	(n/a)	(n/a)	492.4	(n/a)	(n/a)
1996	240.9	6.1	30.4	544.9	2.7	13.5
2000	255.8	(n/a)	(n/a)	653.6	(n/a)	(n/a)
2002	262.7	5.5	24.7	703.9	2.1	9.2
2006	277.9	(n/a)	(n/a)	812.0	(n/a)	(n/a)
2008	286.7	4.9	23.9	877.2	1.6	7.8

(資料) 厚生労働省『患者調査』、総務省統計局『人口推計』、厚生労働省『平成20年 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況』、(同)『保健・衛生行政業務報告(衛生行政報告例)結果(就業医療関係者)の概況』及び厚生省医務局看護課(監)『看護関係統計資料集 昭和56年』(日本看護協会出版会、1981)より作成。

図表－1を基に、医師数・看護師数を経年的に併記し、医師1人当たり／看護師1人当たりの患者数(入院・外来)を割り出したのが図表－2である(厚労省の『患者調査』が3年に1度、医師数・看護師数を調査する医療従事者等『概況』報告が2年に1度であるため、調査年のズレから「1人当たり患者数」について求められない年が出た点については御容赦ありたい)。これを見ると、1975年から2008年の約30年間に医師数は2.2倍、看護師数は4.7倍に増えており、1人当たり患者数もそれに応じて概ね2分の1から4分の1前後に減少している。この数字を見る限り、医師・看護師共その数が絶対的に不足しているとの印象はない。しかし、それならばなぜ医師不足・看護師不足の問題が昨今頻繁に提起されるのだろうか。

1960年代から70年代にかけては、医療業界・行政共に医師数の不足について見解が一致していた。そうして採られた対策が「一県一医大構想」であり、全国各地に大学医学部が新設された事によって、1960年代初めに3,000人弱であった医学部定員数は、80年代初めには8,000人強まで増大した。しかし、1986年には将来的に医師過剰(2025年に10%の余剰人員が発生)となる見通し⁶が発表され、それから約20年間、医学部定員は概ね7,700人前後に抑制された。だが、2000年代後半には再び医師の絶対数の不足が叫ばれる様になり、2007年からの3年間で1,000名以上が増員され、2010年には8,846名に達している⁷。

つまり、医師の過不足については公論が二転三転した経緯がある訳だが、医師の絶対数不足が主に医療従事者側から指摘される一方、行政側の厚生労働省は医師数の不足よりも地域的偏在によって、必要の際に医師が不在するケース(地域格差)が生じていると主張してきた。これは2004年の臨床研修制度(研修医が研修先の医療機関を自由に選べる)の導入により一層顕著になったとされ、2007年5月の政府発表「緊急医師確保対策について」においても、医師不足に対する喫緊の対応の要を説きながらも、「医師不足地域」に対する「国レベルの緊急臨時的医師派遣システム」の構築や、同「地域

図表-4 都道府県別人口と医学部数

都道府県	人口 (2010) (千人)	高齢人口 (2010) (千人)	医学 部数	1医学部当 たり人口 (千人)	1医学部当 たり高齢人口 (千人)
埼玉県*	7,195	1,489	1	7,195	1,489
千葉県	6,217	1,343	1	6,217	1,343
静岡県	3,765	892	1	3,765	892
広島県	2,861	689	1	2,861	689
茨城県	2,969	671	1	2,969	671
兵庫県	5,589	1,302	2	2,795	651
新潟県	2,375	622	1	2,375	622
長野県	2,153	566	1	2,153	566
宮城県	2,348	524	1	2,348	524
福島県	2,029	501	1	2,029	501
岐阜県	2,081	497	1	2,081	497
群馬県	2,008	470	1	2,008	470
熊本県	1,817	467	1	1,817	467
神奈川県	9,050	1,846	4	2,262	462
北海道	5,508	1,355	3	1,836	452
三重県	1,855	449	1	1,855	449
鹿児島県	1,706	447	1	1,706	447
栃木県*	2,007	440	1	2,007	440
山口県	1,451	406	1	1,451	406
大阪府	8,863	2,021	5	1,773	404
全 国	128,056	29,581	77	1,663	384
愛媛県	1,431	379	1	1,431	379
福岡県*	5,073	1,136	3	1,691	379
愛知県	7,409	1,511	4	1,852	378
長崎県	1,427	368	1	1,427	368
岩手県	1,331	359	1	1,331	359
青森県	1,373	350	1	1,373	350
奈良県	1,400	336	1	1,400	336
秋田県	1,086	318	1	1,086	318
山形県	1,169	318	1	1,169	318
大分県	1,196	318	1	1,196	318
京都府	2,637	617	2	1,318	309
宮崎県	1,135	293	1	1,135	293
滋賀県	1,410	289	1	1,410	289
富山県	1,093	286	1	1,093	286
和歌山県	1,001	273	1	1,001	273
香川県	996	257	1	996	257
岡山県	1,945	490	2	973	245
沖縄県	1,393	241	1	1,393	241
高知県	765	217	1	765	217
東京都	13,162	2,777	13	1,012	214
山梨県	863	211	1	863	211
徳島県	786	209	1	786	209
島根県	716	208	1	716	208
佐賀県	850	207	1	850	207
福井県	807	201	1	807	201
鳥取県	588	152	1	588	152
石川県	1,170	278	2	585	139

(資料) 総務省統計局『第六十一回 日本統計年鑑』(2012)、国立
社会保障・人口問題研究所『人口統計資料集 2011年版』、及び
Medical English Dictionary Online (MEDO) 「医学部一覧」
(http://www.medo.jp/u_med.htm) より作成。

(* 防衛医大(埼玉県)、自治医大(栃木県)、産業医大(福岡県)
の3校については、その設立趣旨上、所在地域に特化・密着した
医療を志向する性格を持たず、従来の医局による新人研修医の振
分け等の傾向が希薄なため、今回の集計からは割愛した。)

図表-5 都道府県別人口と看護学校数

都道府県	人口 (千人)	高齢人口 (千人)	看護学校 ・学部数	人口/看護 教育機関 (千人)	高齢人口/ 看護教育 機関(千人)
宮城県	2,348	524	6	391.3	87.3
東京都	13,162	2,777	34	387.1	81.7
大分県	1,196	318	4	299.1	79.5
神奈川県	9,050	1,846	24	377.1	76.9
長崎県	1,427	368	5	285.3	73.6
熊本県	1,817	467	7	259.6	66.7
広島県	2,861	689	12	238.4	57.4
埼玉県	7,195	1,489	26	276.7	57.3
福岡県	5,073	1,136	20	253.6	56.8
茨城県	2,969	671	12	247.4	55.9
千葉県	6,217	1,343	25	248.7	53.7
徳島県	786	209	4	196.5	52.3
佐賀県	850	207	4	212.4	51.8
山口県	1,451	406	8	181.4	50.8
大阪府	8,863	2,021	40	221.6	50.5
岡山県	1,945	490	10	194.5	49.0
沖縄県	1,393	241	5	278.5	48.2
長野県	2,153	566	12	179.4	47.2
全 国	128,056	29,581	632	202.6	46.8
兵庫県	5,589	1,302	28	199.6	46.5
福島県	2,029	501	11	184.4	45.5
岐阜県	2,081	497	11	189.2	45.2
静岡県	3,765	892	20	188.3	44.6
新潟県	2,375	622	14	169.6	44.4
栃木県	2,007	440	10	200.7	44.0
香川県	996	257	6	166.0	42.8
群馬県	2,008	470	11	182.6	42.7
北海道	5,508	1,355	32	172.1	42.3
宮崎県	1,135	293	7	162.2	41.9
島根県	716	208	5	143.3	41.6
愛知県	7,409	1,511	38	195.0	39.8
愛媛県	1,431	379	10	143.1	37.9
秋田県	1,086	318	9	120.7	35.3
山梨県	863	211	6	143.8	35.2
京都府	2,637	617	18	146.5	34.3
和歌山県	1,001	273	8	125.2	34.1
鹿児島県	1,706	447	14	121.9	31.9
山形県	1,169	318	10	116.9	31.8
富山県	1,093	286	9	121.5	31.8
高知県	765	217	7	109.2	31.0
鳥取県	588	152	5	117.7	30.4
三重県	1,855	449	15	123.6	29.9
岩手県	1,331	359	12	110.9	29.9
滋賀県	1,410	289	10	141.0	28.9
奈良県	1,400	336	12	116.7	28.0
石川県	1,170	278	11	106.4	25.3
福井県	807	201	8	100.8	25.1
青森県	1,373	350	17	80.8	20.6

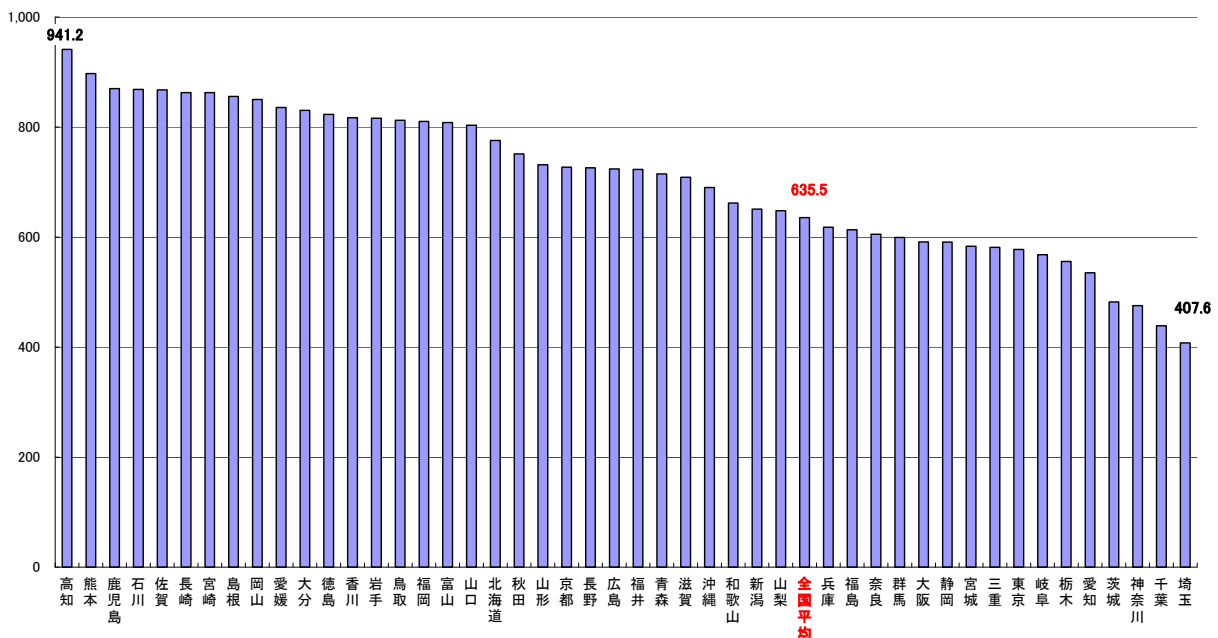
(資料) 総務省統計局『第六十一回 日本統計年鑑』(2012)、国立
社会保障・人口問題研究所『人口統計資料集 2011年版』、『全国看
護学校検索』(<http://kango.mayunet.com/school/>) 及び日本看護
学校協議会「会員校一覧」

(<http://www.nihonkango.org/schools.html>) より作成。

人口密集地帯である（すなわち患者数も多い）首都圏において、埼玉、千葉、神奈川の各県が医師数の不足を示している理由については、県内に医学部が少ないこと以外にも諸説が挙げられている。例えばそれは ① 隣接諸県の住民は、東京都に勤務先を持つ場合が多く、会社への行き帰りに都内の病院／診療所を利用したり、大企業勤務者については会社の抱える（ないしは提携している）都内の医療機関にかかることが多い、② 自分の出身校の所在や行政サービス充実等の観点から、医師自身も都内に住むことを望む傾向にある、③ 東京都、とりわけ23区内においては、行政による医療費補助が充実しており（中学生まで医療費無料など）、そうした後押しによって患者が診療に来る機会も多くなるため、医師の側も開業するのであれば周辺部よりも都内を選好する、④ 健康保険適用外の治療や薬剤を用いる、いわゆる自由診療の対価を支払い得る所得層が多い地域として、やはり東京が医師にとって選好されるといったもので、どちらかと言えば需要側よりも供給側の意思・事情が大きく反映している。

何れにしても医師数の地域的偏在は、医療的過疎の地域の中核医療機関における過剰集中を生じ、ピーク時の対応が捌き切れず、医師・看護師等医療従事者の疲弊や離脱を促し、当該地域の医療的過疎を一層押し進めてしまうという悪循環を生んでいる。この傾向は、研修医が自由意志で研修先を決められる、いわゆるマッチング制度が導入された2004年以降、従来の学閥に基づく偏在を切り崩す面はあるものの、上記の様に東京を中心とした大規模市場へのアクセスが偏重される限り、今後も続いていくものと思料される。

図表－6 都道府県別就業看護師数（人口10万人当たり）

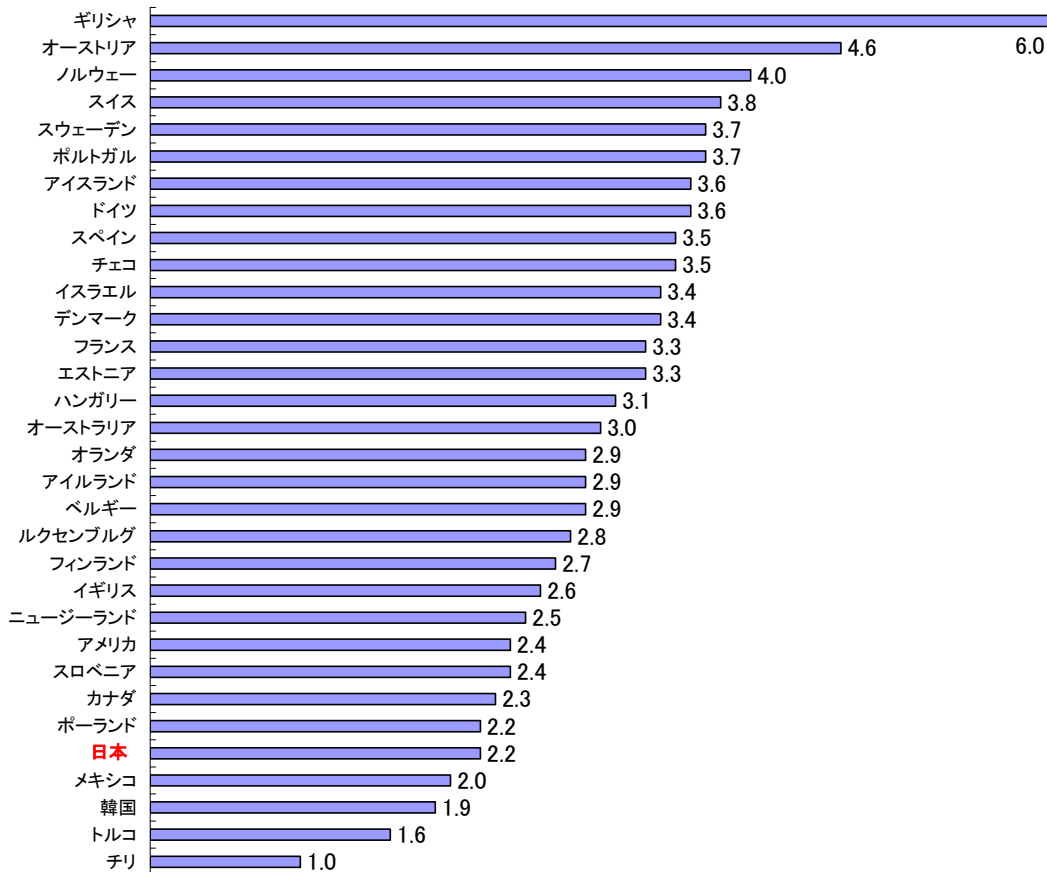


（資料）厚生労働省『平成18年 衛生行政報告例』より作成。

なお、看護師にも地域的偏在があるかどうかを見るために、医師数と同じく都道府県別の就業者数（図表－6）と看護学校数／人口比率（図表－5）を一覧にしてみた。これらの図表から言えることは、医師数同様、看護師数についても埼玉、千葉、神奈川等、東京を取り巻く首都圏自治体に

において不足感が明らかではあるものの、医師数の様に明瞭には西高東低の傾向を示していないこと、また、太平洋ベルト地帯など比較的人口の多い地域において単位人口当たりの看護師数が少ない状況などが見て取れる（図表－6）。さらに都道府県に所在する看護学校（大学、短大の看護学部も含む）数は、医師数にとっての医学部数ほどには有意の相関を持たない様に思われる。例えば、県内に看護学校を4校しか持たず、1校当たりの高齢者人口が5万2千人で全国ワースト12位となる徳島県は（図表－5）、10万人当たりの就労看護師数では823.2人で、全国ベスト12位に位置している（図表－6）。これは、① 医師とは異なり、看護師は卒業校の医局によって研修先はともかく勤務先を指定されることが少なく、学閥の中での出世階梯に長期的なコミットをしない、② 圧倒的に女性比率が高いため、結婚・出産などによって職場を離れる機会が多い、③ ①・②等に絡み、地元を離れて他県や首都圏、近在の中核都市等に勤務先を求めるなど、移動の自由度が高いといった理由によるものと考えられる。

図表－7 OECD諸国における医師数（人口1,000人当たり）

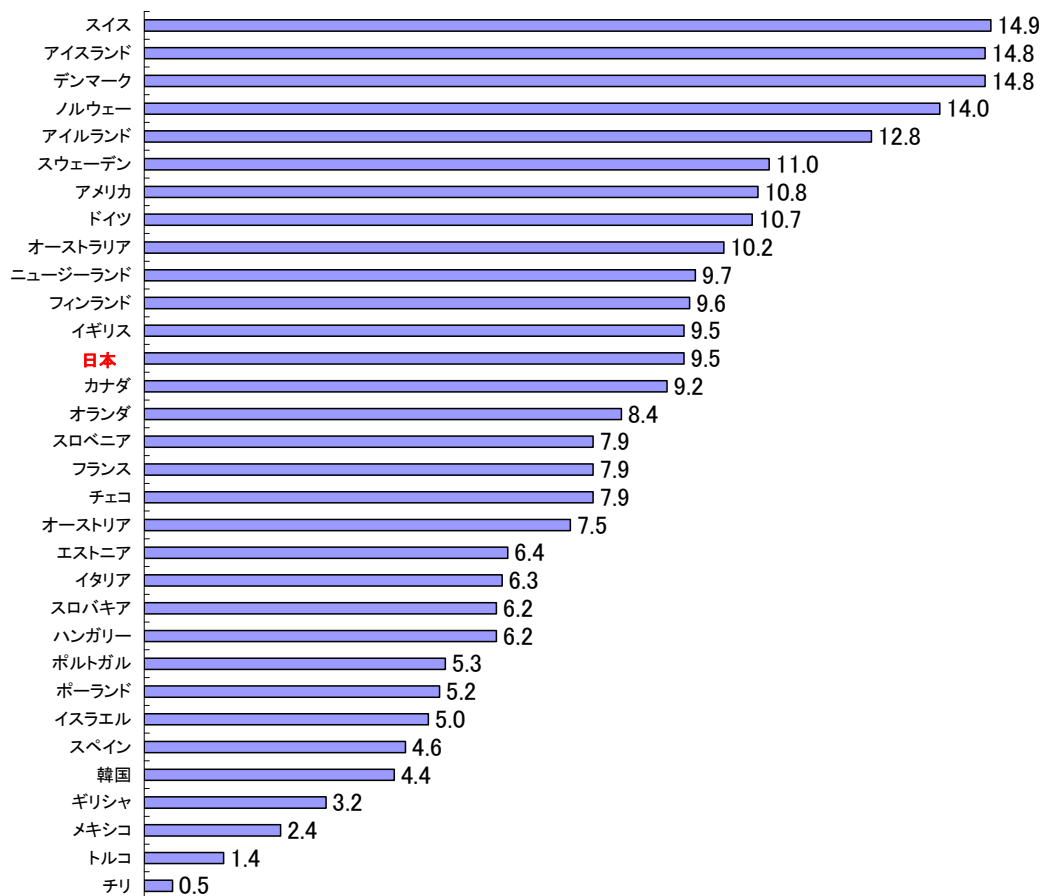


（資料）OECD, "OECD Health Data 2011" より作成。

3 | 医師数・看護師数の国際比較

これまで医師と看護師の適正数について、国内での需要と供給という内生的要素について検討してきたが、海外における医療水準との比較も「あるべき医療の姿」を考える上での参考になる。

図表-8 OECD諸国における看護師数（人口1,000人当たり）



(資料)OECD, “OECD Health Data 2011” より作成。

図表-7・8は、参考資料として紹介されることの多いOECDデータに見る単位人口当たり医師数・看護師数の国際比較である。確かに医師の数においてはOECD加盟32ヶ国中（当該年データのないイタリア、スロバキアを除く）28位で、圧倒的に不足している様に見える。しかし、この資料では例えば国家予算に占める医療関連支出の割合や、診療費における国民一人当たりの負担分などが見えて来ない。医師の過重労働の問題等を海外との比較によって訴える際には好適な材料ではあるかも知れないが、国民全体にとって税金も含む費用負担とのバランスを考えた上での「適正な」医療のあり方を考えるには、更に多くの、統計からは見えて来ない、ややもすると定性的な条件を考慮する必要があるだろう。OECD諸国との比較上、全体の13位に位置し、比較的充足に近いと思われる看護師数についても、この点は同様である。

4 | 統計に表われにくい要因

医師・看護師の不足は、これまでに見た様に統計の数字やグラフだけでは一概に首肯出来ない部分がある。その最大の理由は、定量的な条件だけではなく、定性的な（時に政治的・制度的な）事情が背後に存在するからである。前項に述べた「医師が東京都での居住・開業を選好する理由」などもその一例だが、医療制度の大枠に関わる問題についても、本項では概観してみたい。

(1) 医療技術の進化による検査・治療作業の高度化・煩雑化

医療技術が年々進歩し、以前では考えられなかった治療法が現在では日常的に行なわれていることは周知の事柄であるが、それは同時に先端機器の操作の煩雑化なども伴う、技術の高度化・専門化が進んでいることを意味している。先進機器を用いた検査も医療行為のひとつとなり、それに人員を割けばいきおい患者に向き合う診療にしわ寄せが来る。ここ30年で医師の総数は倍増したが(図表-2)、町医者であってもかつての間診、ステートによる聴診、薬剤の処方もしくは注射といったルーティンのみ履行していれば良いという時代はとうに過ぎている。誤診を避け、適切な診断と処置を確保するためにも、各自の専門に基づいた分業の要請、すなわち医師の増員圧力は、技術の進歩と共に増大する傾向にある。

(2) 医師の慢性的長時間労働

一般において意外と見過ごされがちな論点である。雇用の安定と所得水準の高さばかりが取り沙汰されるといった事情も背景にあらう。厚労省も経常的な調査は実施していない様子で、白書や総務省統計局のHPにおいても、関連した統計表を見出すことは難しい。そうした中、厚労省が開催した「医師の需給に関する検討会(第12回)」において、常勤医師の週間平均労働時間は63.3時間と報告されている⁸。過労死認定の目安となる時間外労働時間が、死亡直前1ヶ月で100時間以上、または6ヶ月で45時間/月以上とされており、上記の常勤医平均労働時間は月間ベースに直した場合、いずれの条件もクリアしている。過重労働は当然医療事故の可能性も高める。この点は明らかに医療現場における増員要求を補強する要素となる。

(3) 看護師の多数配置による診療報酬の上昇

各医療機関は、医療法に規定された標準を満たす医師数・看護師数の配置が義務付けられている。

① 医師の場合、入院患者に対しては16:1(療養病床、一部の精神病床では48:1)、外来患者に対しては40:1(耳鼻咽喉科、眼科は80:1)が標準であり、② 看護師の場合は一般病院における一般病床が3:1、療養病床が4:1、外来が30:1、特定機能病院(高度先端医療に対応可能で厚労相によって承認される)では入院患者に対して2:1、外来患者に対しては30:1と定められている⁹。

ここで言う2:1とか3:1の比率は、当該医療機関における患者数に対する雇用された医療人材の数を表わしており、患者2~3名に対して看護師1名が常に付きっきりであることを意味しない。そうした分かりにくさを解消するために、2006年以降は実際に張り付く人数を示した「実質配置」の表記が導入された。詳細説明は省略するが、上記の2:1を実質配置で表わすと10:1となり、より手厚い1.4:1の場合に7:1となる。業界用語として頻繁に使われる「10:1看護」、「7:1看護」という言葉は、こちらの数字に依拠している。

ここで重要なのは、看護師の実質配置が診療報酬支払基準にリンクしていることであり、2012年における一般病棟入院基本料の診療報酬点数は、7:1の場合は1,566点、10:1の場合1,311点、13:1は1,103点、15:1であれば945点と算定される¹⁰。つまり、看護師を多く配置し、「手厚い看護を行なっている」ほど診療報酬が高くなる仕組みであり、病院側としては入院患者の数に対してより多くの看護師を確保・配置することがより多くの利潤を上げる源泉となる。この制度のあり方は、

明らかに看護師に対する需要増大要因であると言えよう。

(4) 医療従事者の適正数の未把握

恐らくは最も本質的な問題である。信州大学医学部の中澤勇一氏も指摘される様に、「どのくらいで医師が充足であるかの基礎データがわが国にはないため不足医師数の試算においてもOECDのデータに頼らざるをえない」¹¹のが現状であり、医学界・医療業界という括りでは同一の土俵であっても、各々の立場（医療従事者側であるか行政側であるか、あるいは医療従事者の中でも病院勤務であるか開業医であるか等）によって、不足／充足について異なる意見がたたかわされることが多い。

2——今後の検討上の展望と課題～結びに代えて

前項にも述べた様に、医師数にせよ看護師数にせよ、「何を以て適正とするか」という基準が設けられなくては、識者や関係者が各自の利害や思惑に則って多種多様な意見を述べる状況が続くばかりである。この問題の解決のためには、医療従事者も行政も、そして医療サービスの利用者である国民も全て納得のいくデータを集め、分析・公開することが肝要となる。もちろんそれぞれに利害・立場というものがあり、検討用データを選定する段階でも意見の統一は難しい面がある（例えば、就業医師数をカウントする上で、非常勤医師を含めるか含めないかで結果は大いに相違する）ことは自明である。しかし、どの様な国民医療のあり方を目指すのかを定立した上で、先に述べたTPP等の国際交渉に臨むこと無くしては、日本の医療、すなわち国民の生命に関わる安全保障は到底達成されない。

混合診療（健康保険がカバーする従来の医療に加え、自己負担による自由診療を並存させること）を原則として認めない日本のやり方は、最先端医療の進歩を臨床的に阻害するという批判もあるが、国民皆保険による比較的少額の負担によって相当に高水準の医療と世界一の長寿を実現している日本の医療制度は、国際的にも高い評価を勝ち得ている側面もある¹²。

本稿では触れ得なかった、周辺医療従事者（救命救急士、検査技師、病院職員等）の層をどれだけ厚くするかという問題も、上記の論点と不可分であり、どのような国民医療水準と内容を実現するかについての全国民的議論と合意形成を、現在進行中の「社会保障と税の一体改革」とも有機的に関連付けて行なわれることを期待したい。

- 1 民主党・社会民主党・国民新党連名による「連立政権樹立に当たっての政策合意」(2009年9月9日)において、「中国、韓国をはじめ、アジア・太平洋地域の信頼関係と協力体制を確立し、東アジア共同体(仮称)の構築をめざす」と明記されている。
(http://www5.sdp.or.jp/policy/policy/other/090909_3party.htm)
- 2 厚生労働省「経済連携協定に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れ等について」
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/other22/>)
- 3 本年3月28日には、EPA研修生にとって最初の介護福祉士国家試験(3年間の実務経験が必要)の結果が発表され、研修生受験者95人中36人が合格した(合格率37.9%)。看護師試験との難易度の相違といった留保条件はあるものの、日本人を含む全体の合格率が63.9%であることを考えても、「予想外に高い結果」(厚労省)との評価が与えられている(毎日新聞「外国人介護士36人合格」2012年3月29日付)。
- 4 フィリピン医師が、医師と遜色ない所得水準を誇る米国の看護師として転出する事例が多く報告されている(ABS-CBN News.com, “Medical tourism, BPOs won't stop brain drain of doctors, nurses,” <http://www.abs-cbnnews.com/special-report/08/25/08/medical-tourism-bpos-wont-stop-brain-drain-doctors-nurses>)。米国の看護師は修士卒の場合、経験次第で年収10万ドルを手にもすることもよくあり、日本とは状況が異なる(平成22年における医師の平均年収:1,141万円、看護師:469万円。『年収ラボ』<http://nensyu-labo.com/>)。
- 5 但し、高度な衛生観念の普及は、同時にちょっとした汚染や傷病でも過敏に反応する心性を一般に広め、安易な理由(あるいは誤解)による通院や救急車利用の増大をもたらす一因ともなっている。
- 6 厚生省『「将来の医師需給に関する検討委員会」最終意見』(1986)。
- 7 文部科学省「平成22年度医学部定員の増員計画について」
(http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/21/12/attach/1287640.htm)。
- 8 長谷川敏彦(国立保健医療科学院 政策科学部長)「医師労働環境の現状と課題」(『第12回医師の需給に関する検討会(2006年3月27日、於厚労省)』提出資料)。本資料の中でも、勤務時間と時間外の線引きは難しいとする記述があるが、常勤医師の平均労働時間63.3時間はあくまで院内業務に限定しており、医師の過労を水増しする数字では決してない。
- 9 医療法(昭和23・7・30・法律205号、改正平成23・5・2・法律37号)及び厚生労働省「医療法に基づく人員配置標準について」(2007.3.23、『第5回医療施設体系のあり方に関する検討会』資料2)を参照の事。
- 10 「平成24年 医科診療報酬点数表」(<https://sites.google.com/a/mfeesw.com/2012ika/>『診療報酬点数表 Web 医科 2012』)より。
- 11 中澤勇一「医師不足の現状と対策」(『信州医誌』Vol. 58, No. 6 2010), p.292。
- 12 WHO(世界保健機構)は、*The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*の中で各国の医療システムの評価を行ない、日本は総合評価でフランス、イタリア、スペイン、オマーン、オーストリアに次ぐ第6位となった。また、英国の医学誌 *Lancet* は、低水準の医療費で世界最長寿を達成した日本の医療制度をその特集号(“Japan: Universal Health Care at 50 Years,” August 30, 2011)で高く評価し、急速な高齢化や医療財源不足など、今後の持続可能性への危惧も交えた論考を展開している。(<http://www.thelancet.com/japan>)
- 「負担の少ない医療」を志向する弊害としては、最先端医療開発に係る公共投資及び政策担当者の理解の少なさ等が挙げられ、最近では日本の医療の国際的競争力向上のために内閣官房直属で創設された「医療イノベーション推進室」室長で、国際的にも声望の高い中村雄輔氏が同室発足からわずか1年で辞任し、米国シカゴ大学に研究拠点を移すと報じられた事例などがその好例である。
(<http://sankei.jp.msn.com/life/news/120115/trd12011522330015-n1.htm>)