

グローバル経済時代における看護労働の国際化

河 内 優 子

要 旨

保健医療労働、とりわけ看護労働の国際化が急拡大している。グローバル化時代、経済の論理、資本の論理が世界を席卷する今日、そうした労働の国際移動が意味するのは何なのだろう。それを必要とする実態があり、それを推進する様々な制度や機構、政府間協定がある。またその背後には、旧植民地関係に代表される長い歴史的紐帯や地理的近接性といった地政学的要因などとの関わりもある。そして具体的な現実、その経緯は、各国、各地域、多様である。だがそれら諸事象を包括的に捉えると、そこには今日のグローバル経済に構造化された重要な問題性が露呈されている。ヒトの生存に関わる、普遍的にヒトすべてに等しく不可欠な労働の問題だからこそである。

キーワード

グローバル化、高齢化、看護師、国際労働力移動、保健医療

はじめに

保健医療分野において、国際的な労働移動が急速に展開している。経済のグローバル化が牽引するメガコンペティション、そしてそれに伴う世界的規模での構造変動を背景に、今日、IT技術者をはじめ、様々な高度専門職労働者がグローバルな移動を繰り返している。一方、国内的に進行する高齢化によって、多くの先進諸国では保健医療労働の需給ギャップが拡大し、労働力不足が顕現し始めている。そうした状況下に進展する保健医療専門職の国際移動なのである。

資本の論理、即ち市場原理が先導するグローバル経済であって、ヒトの生命に関わる労働、しかも最も直接的にヒトの生存に関わる保健医療労働までもが世界的に流動化し、国境を越える動きが加速化している。それをどう捉えるか。本稿では、そのなかでも近年クローズアップされることの多い、とりわけ日本にとって、日比EPA協定以来、多くの議論を呼んでいる看護師の国際移動に主たる焦点を当て、その世界全般の状況について概観するとともに、そこに見出される諸問題を検討、考察する。それは、経済のグローバル化がおし広げる現代世界の構造性が保健医療領域に及ぼす諸問題を、そしてまた保健医療という特殊専門領域故に、その労働の国際化が世界的に構造化する固有の問題性を考えることになるであろう。

I. 保健医療労働の国際化

(1) 国際化の概容

OECDの年次報告書“SOPEMI 2007年版”によると、今世紀初め、OECD諸国平均で被雇用医師の2割近く（18%）、被雇用看護師の1割強（11%）が外国生まれだった^{注1}という。また1970年代の石油ブーム以降、急速に進められた保健医療インフラの整備に対し、イスラム教の戒律による就業制約もあったが人員不足に悩む中東産油諸国が海外からの移民労働に依存する状況については、しばしば各所で報じられてきたところである。多くの先進諸国、そして中東産油諸国において、保健医療分野の移民労働は、今やなくてはならない重要な存在となっているのである。

表1は、OECD諸国における保健医療労働者の総数及びそのうちの外国出生者の人員数、そしてその比率を、医師と看護師それぞれについて示したものである。

まず外国出生者の人員規模に着目すると、医師はアメリカが突出して多く20万人近くを数え、次にイギリスが約5万人、フランス3万4千人、ドイツ2万

表 1. OECD諸国における医師・看護師数と外国出生者数及びその比率

(2000年頃)

	医 師			看 護 師		
	③ 総 数	④ 外国生まれ 医 師 数	④／③ %	① 総 数	② 外国生まれ 看護師数	②／① %
オーストラリア	48,211	20,452	42.9	191,105	46,750	24.8
オーストリア	30,068	4,400	14.6	56,797	8,217	14.5
ベルギー	39,133	4,629	11.8	127,384	8,409	6.6
カナダ	65,110	22,860	35.1	284,945	48,880	17.2
スイス	23,039	6,431	28.1	62,194	17,636	28.6
ドイツ	282,124	28,494	11.1	781,300	74,990	10.4
デンマーク	14,977	1,629	10.9	57,047	2,320	4.1
スペイン	126,248	9,433	7.5	167,498	5,638	3.4
フィンランド	14,560	575	4.0	56,365	470	0.8
フランス	200,358	33,879	16.9	421,602	23,308	5.5
イギリス	147,677	49,780	33.7	538,647	81,623	15.2
ギリシャ	13,744	1,181	8.6	39,952	3,883	9.7
ハンガリー	24,671	2,724	11.0	49,738	1,538	3.1
アイルランド	8,208	2,895	35.3	43,320	6,204	14.3
ルクセンブルグ	882	266	30.2	2,551	658	25.8
メキシコ	205,571	3,005	1.5	267,537	550	0.2
オランダ	42,313	7,032	16.7	259,569	17,780	6.9
ノルウェー	12,761	2,117	16.6	70,698	4,281	6.1
ニュージーランド	9,009	4,215	46.9	33,261	7,698	23.2
ポーランド	99,687	3,144	3.2	243,225	1,074	0.4
ポルトガル	23,131	4,552	19.7	36,595	5,077	13.9
スウェーデン	26,983	6,148	22.9	98,505	8,710	8.9
トルコ	82,221	5,090	6.2			
アメリカ	807,844	196,815	24.4	2,818,735	336,183	11.9
OECD計	2,348,530	421,746	18.2	6,708,570	711,877	10.7

(出所) OECD [2007], p.165.

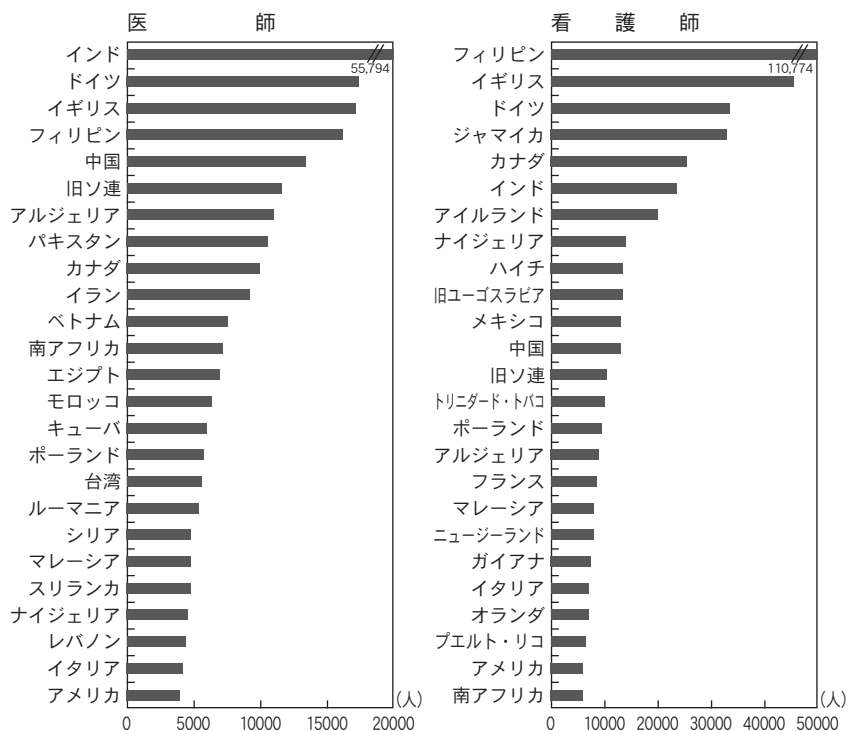
8千人、そしてカナダ、オーストラリアと2万人台の国が続く。看護師も圧倒的にアメリカが33万6千人と最多であり、第2位のイギリスが8万2千人、ドイツ7万5千人、そしてカナダ、オーストラリア4万人台後半、フランス2万3千人と、上位国に医師と同一国が並ぶ。パクス・アメリカーナとパクス・ブリタニカという現在と過去の二つの覇権国米英、EUと大陸ヨーロッパ

の中核国独仏、そして代表的な英連邦先進2カ国が大量の受け入れ国ということになる。

また外国出生者比率を見ると、医師の場合、ニュージーランド46.9%、オーストラリア42.9%、アイルランド35.3%、カナダ35.1%、イギリス33.7%と、3分の1以上の高比率国にイギリス及び英連邦関連諸国が連なる。また看護師は医師より相対的に幾分低率で、スイス28.6%、ルクセンブルグ25.8%、オーストラリア24.8%、ニュージーランド23.2%と、外国人労働一般に高密度国として知られる豊かなヨーロッパの小国2カ国と同上の英連邦オセアニア2カ国が2割を越えるが、一方、話題に上ることの多いアメリカ、イギリス、そしてアイルランドでは、それぞれ11.9%、15.2%、14.3%と、1割強程度にとどまっている^{注2}。比率算出には、そもそもの国家規模、人口規模に相応した各保健医療労働者総数が母数となるため、各国共通して、量的により少ない医師が看護師より、また小規模国が大国より高水準になりやすい。だがいずれにせよ、英連邦関連諸国全般に確認される外国出生者比率の高さは特徴的といえよう。

次に、そうした外国人保健医療労働者の送出国を図1で出身国別数に見てみると、医師はインド生まれが5万6千人、看護師はフィリピン生まれが11万人と最多で、これらはともにOECD諸国の全移民医師、看護師数の15%に当たる^{注3}。続く第2、第3位の送出国には、意外にも、両者ともに受け入れ数上位国のイギリス、ドイツが並ぶ。だがその後続には、医師ではフィリピン、中国、旧ソ連、アルジェリア、パキスタン、イラン、ベトナム、南アフリカ、エジプト、モロッコ、キューバ、ポーランドといった途上諸国や移行経済諸国が連なり、先進国としてはカナダが中間位、アメリカが最低位に見られるのみである。また看護師に関しては、ジャマイカ、インド、ナイジェリア、ハイチ、旧ユーゴスラビア、メキシコ、中国、旧ソ連、トリニダード・トバゴ、ポーランド、アルジェリア、南アフリカなどの途上諸国や移行経済国に加え、カナダ、また相対的に低位ではあるが、アイルランド、フランス、イタリア、オランダ、アメリカなど先進諸国もリストアップされている^{注4}。

図1. 出生国別OECD就労外国人医師・看護師数



(出所) OECD [2007], p.175.

即ち、インド人医師、フィリピン人看護師といった既に世界的に認知されたグローバル保健医療労働者のほか、実に様々な国出身の保健医療労働者が越境移動を展開しているのである。国際的な議論の壇上に上がるのは、通例、先進諸国、また中東産油諸国に向かう途上諸国や移行経済諸国からの流出だが、それに加えて、上記のように、幾つかの受け入れ先進諸国が同時に送出国でもあるという先進国間移動も、看過できない規模で存在しているのである。今日の国際的な保健医療労働者の動きの多様化、複雑化が看取される側面である。

(2) 世界的背景

こうした保健医療労働の国際化には、その背景として、近年、世界的な展開が著しい政治、経済、社会の劇的な構造変動との間に重大な関わりが考えられる。ここでは大きく次の2点をあげたい。一つは、今や世界の経済運営を主導とする市場原理主義、いわゆる新自由主義との関わり。そしてもう一つは、今日の保健医療労働国際化の最も直接的な要因にほかならない先進諸国ほぼ共通の現象、高齢化との関係である。

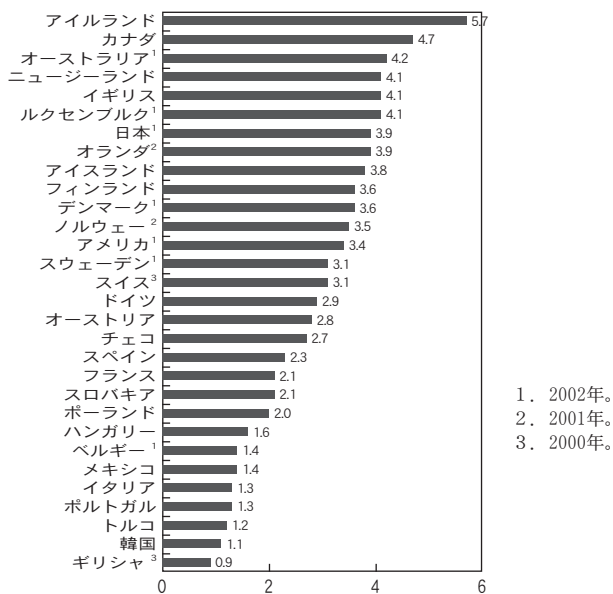
a. グローバル化と新自由主義

最初に言及すべきは、新古典派経済理論を基盤とし、アメリカが先導する新自由主義的経済政策が、経済のグローバル化とともに先進資本主義各国で標準化され、また移行経済諸国や途上世界でもWTO、IMF、世界銀行等国际機関の働きかけによって広げられていった、1980年代半ば以降、今日に続く世界的潮流との関わりであろう。世界の多くの国々で、各国公共部門の改革、規制緩和と民営化、貿易・投資・移住ルールの自由化が図られ、それは各国国内経済に、旧来の有り様を根底から揺り動かす強力な構造変化をもたらしてきた^{注5}。とりわけ公共サービス部門の重要な柱をなす保健医療システムでの、そうした新自由主義的改革の影響は甚大である。

まず先進諸国に関し、このような方式での保健医療部門の改革は、例外なく産業再編の80年代「アメリカモデル」に倣ったものであった。1990年代前半、イギリスをはじめ幾つかの先進諸国で遂行された保健医療システムの再編では、政府支出の大幅削減の下、徹底した低コスト、高効率性・高生産性を追求する経営方針でダウウンサイジングが強行され、職員数の削減が行われた。新規養成の抑制のため、看護学校の定員減等を行った国もある^{注6}。またそれらと同時に、明確なコスト削減目的で推進されたのが、保健医療サービスの提供をめぐる医師と看護師、あるいは看護師間でのスキル・ミックスの再編である。この点、少し説明を加えておこう。

図2-1には、診療医師数に対する就労看護師数の比率が示されている。医師1人に対し、アイルランド、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、イギリス、ルクセンブルクでは看護師4人以上、他方、韓国では1.1人、ギリシャでは0.9人と、医師・看護師がほぼ同数の就業下にある。ちなみに図2-2に表されている人口千人あたり診療医師数については、前6カ国すべてがOECD平均よりも少ない。逆に図2-3の人口千人あたり就労看護師数では、アイルランドが突出して首位を、また他の5ヶ国も日本やアメリカより多い9人以上である。このような看護師比率の高さは、こうした諸国において、いかに看護師への依存を強める形で保健医療行為の医師・看護師間の代替・補完が行われている^{注7}か、如実に示すものといえよう。そこに医師・看護師間の賃金格差があることはいうまでもない。

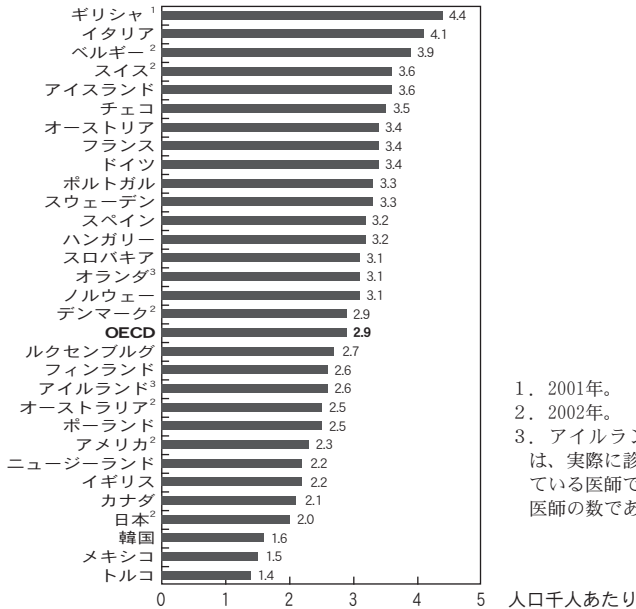
図2-1. 診療医師数に対する就労看護師数の比、2003年



1. 2002年。
2. 2001年。
3. 2000年。

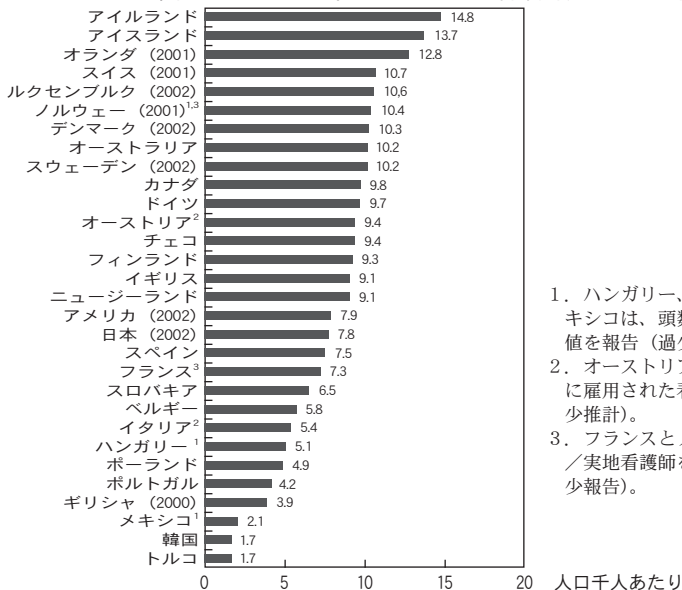
(出所) OECD [2005], p.39, 41.

図 2-2. 人口千人あたり診療医師数、2003年



1. 2001年。
2. 2002年。
3. アイルランドとオランダのデータは、実際に診療している医師に診療している医師ではなく診療医資格のある医師の数である。

図 2-3. 人口千人あたり就労看護師数、2003年



1. ハンガリー、ノルウェー及びメキシコは、頭数ではなく上記換算値を報告（過少推計）。
2. オーストリアとイタリアは病院に雇用された看護師のみ報告（過少推計）。
3. フランスとノルウェーは、補助／実地看護師を含んでいない（過少報告）。

また看護師間でも同様の再編がなされた。看護師には各国、幾つかの資格上の職階がある。多くの国で採用されているのが“registered nurse”(正看護師)、“enrolled nurse”“practical nurse”(准看護師)、“nurse aide”(看護助手)の3段階システムであるが、コスト削減のため、この3種カテゴリーの最適ミックスが検討され、より低位資格者が高位資格者に代わって可能な医療行為内容の補完・代替の試みが行われた^{注8}。その先駆けが、アメリカの病院経営ダウンサイジングで推進された正看護師の解雇と低賃金の看護助手による代替^{注9}であり、大量の看護師離職につながったといわれる。

今日の世界的な低コスト経営指向のなかで、前述のような医師との補完・代替という形での看護師需要増のケースはふえていくかもしれない。またその一方で、こうしたアメリカ的方式の看護師リストラは、看護師間の代替・補完であるだけになおさら現実的であり、今後、各国に広がる可能性は高いと思われる。いずれにせよ、可能な限り、低職階、低賃金労働で賄う対費用効果の最大化ということなのである。だがそのような状況下に、就労環境、労働条件の改善は見込めない。それが看護師の離職やより好条件を求めての海外流出を加速化させ、そしてまた経営サイドにとっては、外国人看護師リクルートが一層魅力的になると考えられるのである。

他方、移行経済諸国や途上諸国においては、市場経済化のための構造調整を融資条件として義務づけたIMFコンディショナリティーが、こうしたプロセスを強引に進めていった^{注10}。とりわけそれら諸国では、保健医療部門は旧来、国民生活を支える中核的公共部門として位置付けられてきただけに、そのインパクトは苛烈さを極めた。民営化、ダウン・サイジングが強行され、労働者の就労条件悪化とともに保健医療ケアサービスは急速に低下した。世界最貧地域にはかならないサブサハラアフリカさえ例外ではなかった。人員削減で人員不足が深刻化した保健医療現場では、就労環境の劣悪化から移住民プッシュ圧力が強まり、国外流出を誘発し、さらなる人員不足に繋がる、そういう悪循環に陥っていったのである^{注11}。

またこのような国際機関からの外的圧力は、それまで対外的に閉鎖的であったこれら諸国に対し、サービス部門の国際的開放を促し、大量の国際的企業・資本の参入・流入を可能にさせ、そうした動きが各国の保健衛生制度に重大な変化をもたらした。規制緩和、民営化による国際市場開放である。PSI (Public Services International：国際公務労連) 顧問のK.V.アイクは「株式やベンチャー資本、そして多国籍保健医療企業の参入が、保険医療制度に新たな官民協力や商業主義を促している。このような大規模な海外資本流入やそれに関連したリクルート業者や雇用プロモーター等仲介業者の存在がなければ、労働者の国際移動はこれほど大規模にはならなかった^{注12)}」と語っている^{注13)}。

だが実際、それは移行経済諸国や途上諸国だけにとどまらない。保健医療分野への保護、規制を固守してきた先進諸国の多くの国においても、同様に規制緩和、民営化、そして市場開放が推進されているのである。今や保健医療サービスは、世界的に最も急速に成長、拡大している産業部門の一つでにほかならない。そこには保健医療サービス、保険、病院経営、医療機器、医薬品、民間企業による保健医療教育等が含まれる。世界的に垂直及び水平的保健医療市場のグローバルな統合が進展しつつあり、そのなかで保健医療労働市場の統合も進行しているのである。民間資本や外資の参入、そしてそれらの資本統合は、徹底した効率化、コスト削減経営方針に基づき、低廉（未組織）労働者雇用への志向性を強める^{注14)}。途上諸国や移行経済諸国からの国際的な労働力調達が、強力に動機付けられるのである。

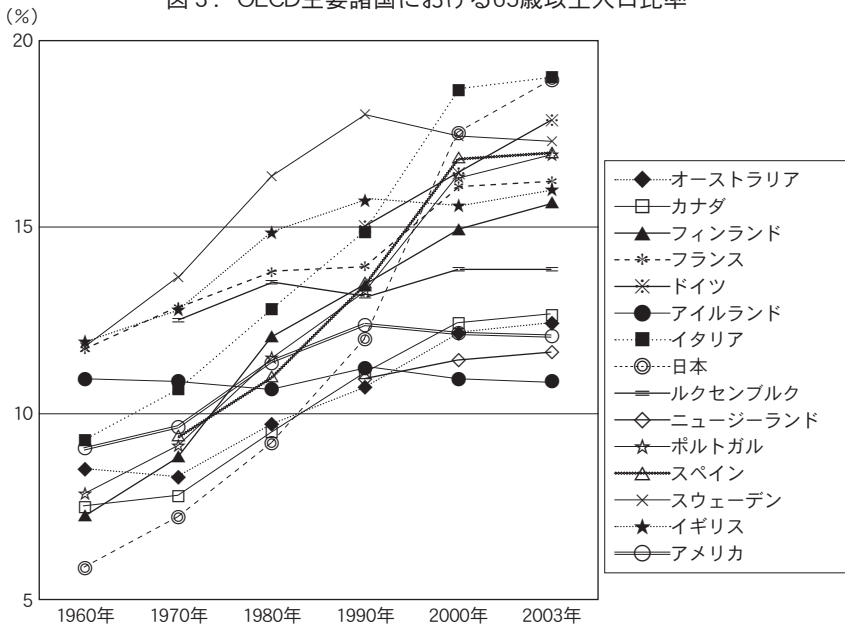
こうした保健医療部門での改革は、今後、先進国、移行国、途上国を問わず、労働者の劣悪化する既存の就労現場からの離脱、国外移出を、また一方で、経営サイドのコスト削減目的での国際リクルートを、より大きく進めていくことになるであろう。こうした事態を、J.バカン「1990年代末以来のグローバルな医療体制の成長する姿^{注15)}」と称している。だがその内実は、市場のグローバル化とともに、市場原理が不可避に造出する内的格差拡大を相伴うものにほかならない。先進諸国では、経営合理化と労働条件悪化によって歯止

めなく不足数が増大し続け、スキル・ミックスの低職階指向を強めるとともに、その補填として、国際リクルートが拡大する。一方、同じ資本の論理が、移行諸国、途上諸国において、同様にコスト削減を進めるが、人員不足と労働条件悪化による国外流出が加速化し、保健医療労働現場のさらなる劣悪化を招く。そう考えられるのである。

b. 高齢化

次に高齢化についてであるが、これが殆どの先進諸国に共通する現象であり、なおかつ先進諸国共通に保健医療労働の需給へ最も直接的な影響を与える要因となっているものであることはいうまでもない。図3は、OECD主要諸国について、65歳以上人口の総人口に占める比率の変化を1960年以降、10年間隔

図3. OECD主要諸国における65歳以上人口比率



(出所) OECD [2005], p.164より作成。

で表したものである。アイルランドのように、この期間中、殆ど大きな変化がなかった例外もあるが、他の諸国は、基本的に右上がりの比率上昇を示している。なかでも03年、最高比率のイタリアと日本の比率上昇は極めて急速であり、とりわけ60年の最低位比率から40年余りで最上位に急上昇した日本の高齢化速度は劇的といえる。ただし、逆に最上位から比率を下げているスウェーデンや近年上昇が止まったアメリカ、そして緩慢な上昇率を続ける国など、細かな推移は様々である。とはいえ、全体的な趨勢としての人口高齢化は、もはや否定できない状況といえよう。

この人口の高齢化は、直接的に保健医療労働、とくに看護労働への需要を引き上げる。加齢に伴う一般的な傷病率の上昇はもとより、長寿者の増大により、長期在宅ケアや高齢者介護・医療施設での看護師需要が大きく増大する。たとえばアメリカでは、ナーシングホームの正看護師需要が、今日の看護師総需要の8%から2020年までに10%に上昇すると見込まれている^{注16}。医療と介護が重なる領域が広がり、そこに医師よりもむしろ看護師に対する相対的に大きな需要増が予想されるのである。

加えて近年の医療技術の進歩との関連で、さらなる問題が生じる。それは延命の可能性を格段に高め、かつて終末期だったような多くの症状を慢性的性格のものにし、重篤な急性期治療の患者とともに長期的な病床利用を増加させているのである。その結果、保健医療システム全体に重篤化傾向が強まっている。だが一方で、前述の財政緊縮、病院経営のコスト削減・効率化方針に則り、各国の病院では、病床数削減、入院日数の短縮、日帰り手術の増加、外来化、コミュニティー施設への移管などが進められている^{注17}。20年前に集中治療扱いであったような患者が今日では一般病棟におかれ、また旧来病棟患者だった者の多くは外来患者となり、長期ケア、リハビリ、在宅ケアを受けている^{注18}。

そうした事態の進行は、全体的なケアの重篤さと複雑さを伴いながら、在宅やコミュニティー施設等病院外での保健医療サービスの需要を、確実に拡大さ

せている。そして、それに対応する形で想定され始めているのが、看護労働需要の格段の拡大なのである^{注19}。ただし単なる量的規模拡大だけでなく、医師との代替・補完関係如何では、相応の質の高度化が要求されることも予想される。現実の運営上、前出のスキル・ミックス（医師・看護師及び看護師間）が大きく問われるところとなりそうである。

またもう一つ、新たな状況を指摘しておきたい。マスメディアやインターネット等近年の情報化の進展が、医療サービスに対する、より高度でより迅速なアクセスを求める消費者としての患者の行動を積極化、活発化させているのである。これも看護師需要拡大の副次的な促進要因として、近年、しばしば指摘されることである^{注20}。以上、看護師への需要増は近年の高齢化、技術進歩、情報化の急進する時代にあり、増大の一途を辿るのみと考えられる。

ところで多くの先進諸国では、こうした需要サイドの問題以外に供給サイドでも、看過できない深刻な高齢化問題がある。看護師自体の高齢化問題である。発展途上諸国の看護師平均年齢は30歳代半ばであるが、先進諸国ではそれより約10歳程度高くなる。アメリカ、スウェーデンは45歳、カナダは44歳、ニュージーランドとデンマークは43歳なのである。たとえばアメリカでは、1983年から98年の15年間に、30歳以下の正看護師の比率が41%減少した。若年者の新規参入がいかに低いかを端的に示す数値である。そのアメリカでは、現在就労中の看護師の半数が45歳以上で、今後10～15年間での退職が予想されている。また現役看護学生に壮年世代が増大して新卒者不足を補っているが、退職までの就労可能期間が限定される、といった特異な問題も生じている^{注21}。

需要増のなか、看護師供給難の補充対策としては、何よりもまず第一義的に、各国、新規養成と離職者の復職への取り組みが重視されるべきである。前者としては、看護学校の増設や定員増、補助金・奨学金制度の拡充など、また後者には、政府主導の各種プログラムや支援制度の整備などが検討され、既に実施されている国もある。だが、その実効性については、教育期間に要するタイムラグの問題や中退等、容易でない問題が山積しており、不確定要素があま

りに多い。また、そもそも財政上の制約が大きい。そこに即効性のある対策として選択されるのが、国際リクルートなのである。

(3) 国際移民を促進する機構・制度

今日、世界的に進展する保健医療労働の国際化には、そうした動きを促進する国際的な枠組みや制度が幾つか存在する。代表的なものを挙げておこう。

a. GATS: General Agreements on Trade in Services

GATSとは、WTO協定の一つとして1995年に発効した正式名称「サービスの貿易に関する一般協定」である。「世界経済の成長及び発展にとってサービスの貿易の重要性が増大していることを認め、透明性及び漸進的な自由化を確保しつつサービスの貿易を拡大することを目的とし・・・」と前文にあるように、サービス貿易拡大を目的として、合法的に施行可能な諸条件のシステムを提供する世界規模の国際協定であり、全サービス部門をカバーする。ただしサービス貿易は商品貿易とは異なり、製品が国境を越えるのが明確にわかるものでないため、WTOにおいて、それは四つの態様（モード）に分類されている。その分類に従えば、保健医療部門のサービス貿易は、以下の《 》のように各4モードに分けられることになる。

第1モード：国境を越える取引《電話・電子医療など》

第2モード：海外における消費《患者の治療や手術のための海外渡航など》

第3モード：業務上の拠点を通じてのサービス提供《病院の本国以外の海外での設立など》

第4モード：自然人の移動《海外での医師・看護師の一時的就労など・・・永続的な場合は除外》

ちなみにWTO加盟国は、自国が何をコミットメントするかを選択できる。したがってコミットメント・スケジュールから保健医療サービスを除外するのも自由なのである。

実際、最恵国(Most Favoured Nation: MFN)原則の下、WTO加盟国一カ国に提供した取り扱いは全加盟国に認めねばならないこともあり、とりわけ第4モードのサービス提供者の越境移動へのコミットメントは、保健医療専門職を含め、現段階では極めて限定的である。一時的外国人労働移動の孕む潜在的インパクトを懸念し、移民システムの柔軟性維持を望む各国政府の基本姿勢の反映といえよう。そもそも保健医療サービス貿易に関するコミットメント自体少なく、たとえば2002年段階でわずか29カ国、しかもその幾つかは部分的コミットメントだった。

またGATSの枠組み内では、加盟国は技術的スタンダード、免許、資格など、自国のサービスの質確保のため、各国独自の国内政策の遂行が認められている。それがサービス貿易への不要な障壁とならないよう、合理的目的に沿う、透明で公平な履行を求める交渉が続けられているといわれるが、実際は、遅々として進んでいないようだ^{注22}。だが、このGATSでのコミットメントの進展がなくても、今日のように保健医療労働者の国際的移動は拡大している。その現実から逆説的に見えてくるのは、ほかならぬGATSの世界的国際関係における役割の相対的弱体化ということなのではなかろうか。

b. EU: European Union

1957年施行のローマ条約(97年アムステルダム条約で修正)によって、EU市民は加盟国間移動の自由を保証されている。だが保健医療労働者の就労目的での移動には、業務独占資格職ゆえに、資格の加盟国間相互認証という困難な障壁が存在する。

EU加盟国は資格・免許のハーモナイゼーションと相互認証を進め、保健医療専門職労働者の移動を容易化するため、職域ごとの指令と一般指令を採択してきた。医師指令(Doctor Directives: 専門医及び一般医対象)^{注23}、看護師指令(一般ケア看護師関連対象)は前者に当たる。これらの指令には、専門職の最低限スタンダードが、全加盟国の資格の相互認証につながる教育の性格、必

要最低限の内容、期間や訓練プログラムを定める形で示され、一般原則として、自動的に他のどの加盟国でも資格を認可されるべきとされている。しかし、幾つかの専門での教育システムの並行性欠如や医療ケア内容の急激な変化などもあって、加盟国間の同意、指令の更新等、順調には進んでいない^{注24}。

そもそもこうした専門職に関する指令システムは、教育・訓練水準に対する加盟国間の相互信頼と比較原則に基づいている。それを現実的に統合したのが外国専門職資格認証法（Recognition of Foreign Professional Qualification Act）である。この法律は、全加盟国が、資格認証過程で個々人の実際の当該職業に従事した経験を考慮に入れるよう求め、また構造的な相違がある場合、適応期間や適性テストを求める権利を加盟国に付与した。だが他の加盟国で取得した職業資格を直ちに認めるのでないこの法律の存在が、むしろ専門看護師や専門医師の加盟国間移動を、実際、かなり制限してきたのかもしれないとの批判もある^{注25}。

最近、EUは専門職資格に関し、労働市場フレキシビリティ、さらなるサービスの提供、自動的資格認証、行政手続きの単純化のため、認証システムを改善した。新たな指令（2005/36/EC：2007年10月施行予定）によって、全認証規則をカバーしてきた15の既存指令（医師、看護師など12の職業ごとの指令を含む）が殆ど集約され、近代化が図られたのである。40年以上前から導入されてきたEUシステムの初めての包括的近代化といわれる^{注26}。医師、看護師などには資格の同一価値化のため、各職業ごとに最低訓練条件が指定されている。たとえば医師に関しては、その教育・研修の内容、期間、対象機関等が、基礎医学、専門医学、一般医療行為のそれぞれについて具体的に規定されている。また看護師は、一般ケア看護師に対し、10年の一般教育課程修了、少なくとも3年の専門教育または4,600時間のフルタイムでの理論・医療研修、規定されたプログラムを含んでいることなどが義務付けられている^{注27}。

c. NAFTA: North America Free Trade Agreement

1994年にカナダ、アメリカ、メキシコが署名した北米自由貿易協定である。サービス部門の自由化や労働者の権利に関する規定も含まれている。アメリカによるメキシコへの年5500人の専門職割り当て^{注28}を例外として、専門職一時的移民へのすべての割り当て制限を排除するものであった。だが実際、保健医療専門職へのインパクトは極めて小さかった。NAFTA締結後、カナダ人のアメリカでの看護師登録数はむしろ低下しており、同様にメキシコからのアメリカ入国看護師数も制限的なままである。

NAFTAは、部分的に適応範囲が狭い。たとえば医師のうちプラクティシング・ドクターは除外され、また看護師はアメリカで就労するためには、依然としてH1-Cビザ、あるいは一時的ビザの取得が必要とされているのである。またそもそもこの協定には、特別なライセンシングの必要や資格認証について何も明記されていない。その結果、現実の運用には、NAFTAとしての特別措置なく、各国一般的移民労働政策の適用が可能となっているのである^{注29}。

d. 二国間協定

保健医療専門職の国際リクルートに関する二国間協定は、現段階、少なくとも先進諸国間では限定的である。とはいえ、たとえばスイスとカナダの間には、明らかに保健医療ケア労働者の二国間移動促進を意図する協定付随書がある。先進国では珍しく看護師過剰国とみなされることの多いスペインは、フランスやイギリスと二国間協定を締結している。ドイツは、外国人看護補助者のリクルートのために、幾つかの中・東欧諸国と二国間協定を締結している。地域レベルでの協定もあり、たとえばイタリアでは、幾つかの州がルーマニアの複数の州との間に、看護師の訓練とリクルートについて議定書を交わしている。また豪州や北欧には、後述のように、地域的な近隣諸国間協定がある。

先進諸国と途上諸国との間では、例外的に、イギリスが医師・看護師の国際リクルートに関し、二国間協定や覚え書きを集中的に利用していることで知ら

れる。南アフリカとは2003年、医療ケア構想と人員の相互教育交換についての協定に、2002年にはインドとの覚え書き、2005年には中国と保健医療専門職リクルート協力についての議定書に署名している。ちなみにイギリス保健省は、中国の農村地域や英国DFID（Department for International Development：国際開発省）から支援を受けているインドの4州ではリクルートしないことを約束している。また後に再度言及するところであるが、イギリスNHS（National Health Service：国民保健サービス）は、積極的にリクルートしてはならない151カ国のリストを作成している^{注30}。

欧米以外の関連した事例に、近年、日本とフィリピン、インドネシアとの間に署名を終えたEPA協定がある。その主要締約次項の一つに、日本への看護師受入れが明記されている。ただし両協定とも、日本の国家試験に合格するまで、少なくとも3年間、日本国内での研修が義務付けられており、また人員数の問題もあって、まだ施行には至っていない^{注31}。

II. 各国、各地域の概況

今日の主要な国際的保健医療労働者の受け入れ国と送出国は、本稿冒頭表1、図1に示した通りであった。本節以降は、基本的に看護師に限定して、以下、主要諸国の状況を概説する。

(1) 主として受け入れ諸国

a. アメリカ

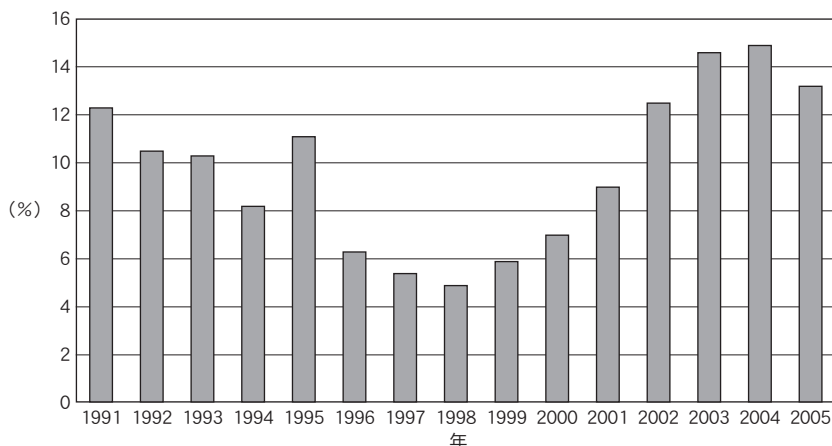
人口2億9,000万人以上、一人当たりGDP 3万7,800ドル、そして世界最先端の医療技術を誇るアメリカは、外国人看護師の就労においても最重要国である。表1に示されたように、世界最大の外国生まれ看護師数33万6,000人を数える。世界最高水準の賃金と社会的地位の高位性から、国際看護師移動で最も希望される目的国といわれる。

移民国アメリカは、歴史的にも長く、多くの看護師を海外からリクルートしてきた。だがその国際リクルートは、政府の複雑で頻繁に変動する移民政策の影響を直接受け、不安定に変化してきた。戦後、その流れで最大の転換点となったのが1965年「移民法」である。旧来の国籍別割り当て原則が否定され、家族再結合および特定の職能を有する者の雇用基準受け入れがアメリカ移民政策の重要な基本的枠組みとなった。以来、後者のチャネルでアジア諸国から特殊な職業能力を有する合法移民が増大し、1960年代末には、カナダやイギリスといった先進諸国からフィリピンや他のアジア諸国（たとえばスリランカ）へ、リクルート先が大きくシフトした。1989年には、看護師不足を補うため、短期就労非移民ビザのH1ビザに、下位カテゴリーとして看護師のみを対象とするH-1Aビザが設定された。上限が加えられず、量的規制は受けなかった。この89年、H1カテゴリーのトップは看護師だったのである^{注32}。

だが湾岸危機、冷戦終焉で経済不況が長期化した90年代、反移民感情の高まり、また看護師団体からの圧力もあって、これは95年に終了した。99年、看護師不足地域に就労先を限定するH1-CビザがH1-Aビザをベースに新設されたが、これも2005年に発給を終了している。年間発給数500という極めて制限的なものであった。ちなみにH1-Aビザ終了とほぼ同時期の90年代半ば、医療体制そのものの見直しも行われ、海外からの看護師流入数は90年代後半に大幅に減少した。図4は、90年代以降の新規看護師免許取得者（NCLEX（看護師免許国家試験）の合格者：ここでは正看護師のみを計上）総数に占める海外養成者比率の推移を示しているが、90年代、とりわけ90年代後半に急速な落ち込みが記録されている。ただしその後99年からは、再び上昇傾向に転じている^{注34}。

現在、移入民看護師の就労許可は、発給増が顕著な専門職一般対象のH1-Bビザ^{注35}のなかでの申請、もしくは近年、看護師に容易化している雇用による永住権（グリーンカード）申請により進められている^{注36}。だが、たとえばフィリピン人看護師への事実上のビザ発給制限^{注37}、またフィリピンやインド出身看護師の申請が多い移民ビザEB-3の2005年の発給停止（図4の2005年の比

図4. アメリカの看護師（正看護師）試験合格者に占める海外養成者比率



NCSBN (National Council of State Boards of Nursing) ホームページ (<https://www.ncsbn.org/1236.htm>) の統計資料より作成。

比率低下の重要な要因と考えられる) などからも窮われるように、少なくとも積極的にリクルートが行われているという状況には至っていないようだ。

2000年、就労中の正看護師総数の3.9%、8万5,696人が海外養成者であった。これは96年の9万8,275人に対し1万2,579人の減少ということになるが、主要出身国は、フィリピン3万6,875人(43%)、カナダ1万3,802人(16.1%)、イギリス6,702人(7.8%)、インド8,206人(9.6%)と、その構成に大きな変化はない^{注38}。だが同2000年、正看護師(Registered Nurses:RNs)に11万人(6%)の不足が発生し、20年には80万人にまで増大するとの予測値が発表された^{注39}。この不足は正看護師への需要が40%増大する一方で、供給増が6%しか見込めないという推計から引き出された結果である^{注40}。今日280万人の就労意思を有する正看護師がいるが、うち50万人は看護師以外での就労もしくは失業中であるという。2010年までに100万人の看護師リクルートが必要とされ^{注41}、こうした数値をベースに、近年、国際リクルート本格化の動向が、にわかに注目され始めている。

アメリカの高齢化は、人口バランスという観点からすれば、移入民に支えられて収束方向さえみえ(図3参照)、先進諸国のなかでは比較的問題が少ないと言われている。だが高齢者人口の絶対数の増大が、今後、必要とされる保健医療サービスや人員の量的規模、質・タイプに重大な影響を及ぼすのは間違いない。既に1999年段階で、病院入院患者の48%、ショートステイの40%が65歳以上であった。その他、ナーシングホーム、リハビリテーションセンター、在宅ケア、デイケアセンター、レジデンシャルホームなど、高齢者ケア関連での、とりわけ看護師需要は増大の一途を辿ると考えられている^{注42}。だが前節で言及したように、1980年代末から強行された保健医療部門のリストラは、医療ケア施設の人員削減や教育機関ダウンサイジング、そして学生の定員減などを進め、結果、看護師供給は縮小した。当時の看護師の供給過剰予測に基づいてなされたこの明らかな政策のミスリードの責任は重い^{注43}。

ところで先に指摘したように、アメリカは世界の移民看護師にとって憧れの的だが、参入ハードルは高い。アメリカでの正看護師資格取得には、就労ビザ取得プロセスとは別にCGFNS(Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools)の事前審査(pre-screening)の合格、登録希望州の州看護連盟が規定する追加条件(語学能力の証明等)の充足、そして看護師免許国家試験(NCLEX)の合格が必要である。最後の関門となるNCLEXであるが、過去20年、その海外養成看護師(RN:正看護師)の合格者総数は平均年間約7,500人、合格者全体の約8.8%の水準とされる^{注44}。

直近の2005年の結果を見ると、NCLEXの正看護師合格者総数11万3125人のうち、海外養成看護師は1万4,760人で全体の13.0%と比率を高めている。図4で確認されるように、2003、04年に比べ、2005年のこの数値自体は若干の低下ではあるが、基本的趨勢として、90年代末以降、新規海外養成看護師比率はゆるやかな上昇傾向にあるといえる。合格者数は、出身国別にフィリピン4,617人、インド1,549人、韓国1,234人と、この上位3カ国で半数を越える。合格率は、海外養成看護師全体が43.7%であるのに対し、上位3カ国の合格率は、そ

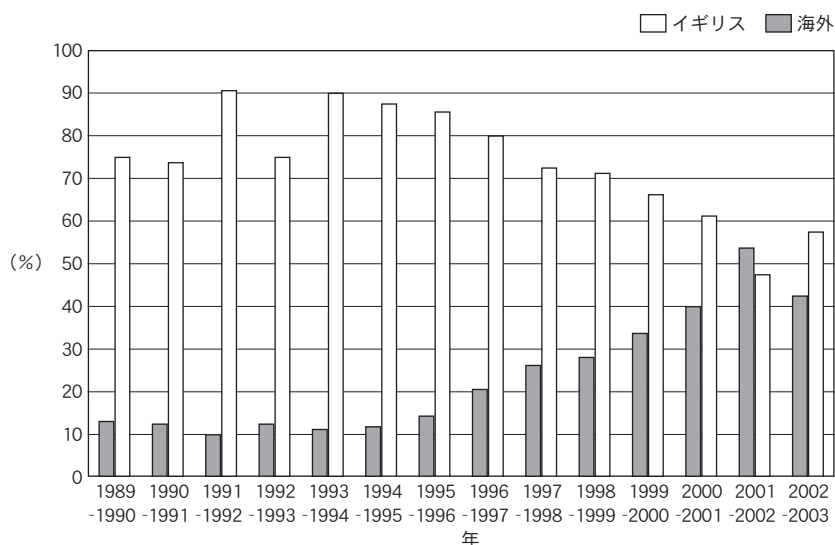
れぞれ55.4%、72.1%、71.6%と高い。とはいえ、アメリカ養成者の合格率が81.2%である^{注45}こと、CGFNS審査等、幾多の難関を突破した有資格者による受験結果であることなどを考え合わせると、アメリカでの看護師就労が、海外養成看護師にとっていかに容易な途でないか、理解できよう。

b. イギリス

近年、広く看護師移民にグローバルな共通の目的国として認知されるようになった国がイギリスである。表1に示されているように、就業中の外国生まれ看護師数は、ストックではアメリカには及ばないものの、ここ10年、流入が急増しており、今や国内全看護師数の15.2%を占めるに至っている。

図5は、イギリスの新規登録看護師数に占めるイギリス人と海外出身者の比率の推移を示したものである。1990年代半ば以来、年々海外出身者比率が増大

図5. イギリスの新規登録認可看護師数に占めるイギリス人と海外出身者の比率



(出所) Buchan, J., et al. [2005], p.17.

し続け、2001-2年のピーク時には、イギリス人より多く過半を越えている^{注46}（その翌年の2002-3年に比率の逆転が見られるが、その理由は後述する）。状況が急進展した1990年代末から2000年代初頭にかけて、さらに（EU加盟国を除き）養成国別に新規登録者数を示したのが表2である。

表2. イギリスの海外養成新規看護師登録数（EUを除く）

出身国	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
フィリピン	52	1,052	3,396	7,235	5,594
インド	30	96	289	994	1,833
南アフリカ	599	1,460	1,086	2,114	1,480
オーストラリア	1,335	1,209	1,046	1,342	940
ナイジェリア	179	208	347	432	524
ジンバブエ	52	221	382	473	493
ニュージーランド	527	461	393	443	292
ガーナ	40	74	140	195	255
パキスタン	3	13	44	207	172
ケニア	19	29	50	155	152
ザンビア	15	40	88	183	135
アメリカ	139	168	147	122	89
モーリシャス	6	15	41	62	60
西インド諸島	221	425	261	248	57
マラウイ	1	15	45	75	57
カナダ	196	130	89	79	53
ボツワナ	4	—	87	100	42
マレーシア	6	52	34	33	27
シンガポール	13	47	48	43	25
ヨルダン	3	3	33	49	18
総計	3,440	5,718	8,046	14,584	12,298

（出所）Bach, S. [2003], p.7.

海外養成新規看護師登録総数が3,440人であった1998-99年から、1万4,584人を数えた2000-01年のピーク時を経て2000-03年までの5年間、大きく増大したのは揃って途上諸国養成者であった。なかでも突出しているのはフィリピン、南アフリカ、インドの3カ国であり、それぞれ98-99年の52人、30人、599人から、ピーク時には7,235人（2001-02年）、1,833人（2002-03年）、2,114人（2001-02

年)と激増した。またその他、サブサハラアフリカ諸国や西インド諸国、西・南・東南アジア諸国など、量的規模の違いはあるものの、世界的に広範な地域的広がりをもつ様々な途上諸国からの急激な増加が確認される。フィリピン以外はすべて旧イギリス植民地の英連邦(Commonwealth)諸国であり、歴史的・政治的・社会文化的紐帯の影響^{注47}が鮮明に感知される場所である。

他方、同じく英連邦のオーストラリアやカナダ、またアメリカといった先進諸国での養成者は、逆に趨勢として減少傾向にある。近年のイギリスへの海外からの看護師流入にみられるその量的規模拡大は、明らかに先進国から途上国へ、出身・養成国の大きな転換のなかで展開されているのである。ただ先進・途上諸国ともに、これら列挙された養成国がいずれも例外なく英語を公用語とする英語圏諸国であることは興味深い。

ところで、こうしたイギリスの看護師をはじめとする保健医療専門職の海外からの導入に関し、その特徴として、しばしば指摘されるのが、政府の明確な国家政策の下での運営^{注48}という、政府管理の強さである。S.パッハはこれを「管理された移民」と表現している^{注49}。イギリスでは、国際リクルートは、保健医療制度の根幹をなすNHSの労働力増強・人員不足対策のための政策上、必要不可欠な構成要素と位置付けられ、管轄省庁である保健省自ら積極的に勧誘活動を行っているのである。

この国際リクルート施策を、保健省は大きく二つの枠組みの下で推進している。一つは倫理フレームワーク内でのリクルート奨励を含むNHS雇用主の諸活動の調整、もう一つはイギリスが直接関係国からリクルートできる二国間協定の締結である^{注50}。

前者は、1997年に誕生した労働党ブレア政権下でのNHS改革を主軸とするイギリスの医療福祉体制の再編、整備・拡充の一環をなすものである。前保守党政権下で進められた新自由主義路線での公的保健医療部門への市場原理導入と社会保障費抑制により、当時、NHSの運営は危機に瀕し、イギリスの保健医療サービスの水準は著しく低下していた^{注51}。ブレア政権は、発足の同年12

月に白書（the New NHS）を発表し、NHSの真の国民保健サービスとしての刷新、厳格な実績評価と包括的サービスによる効率性推進、ケアの質の重視による患者への高い質のケアの保証など、新たなNHS改革に向けて基礎原則を打ち出した。

その後、保健法1999、NHSプラン2000と、矢継ぎ早に提出された施策のなかで、保健医療サービスの供給能力拡大、即ち施設・設備の拡充、マンパワーの充実が目標として掲げられた。たとえば2004年までに、専門医7500人、一般医（GP）2,000人、看護師20,000人、他の医療専門職6,500人の増員が数値目標化され、実際、新規養成拡大のために医学部は2,058人増の6,030人、看護師養成学校は6,099人増の2万4,806人という大幅定員増が、また看護師の研修に3年間で2億8,000万ポンドを投じ、2004年までに半数以上が医薬品の処方等を行えるようにするなど、質的向上も目指された^{注52}。

だが、そもそもイギリスの看護職労働においては、長年、劣悪な労働条件や就労環境の政策的改善が図られず、そのため転職、早期退職、また海外流出も珍しくなく、旧来より恒常的に不足問題が叫ばれてきた^{注53}。それを補填するため、西インド諸島から、隣国アイルランドから、またオーストラリアやニュージーランドから、継続的に、かなりの規模で看護師が入国し就労していた。そこに90年代の市場原理導入、効率性の追求と競争激化によって労働現場の状況は一層悪化し、国内看護師離れに拍車をかけた。そうした局面に発せられたブレア改革のマンパワー充実計画だったのである。

表2で示されていたように、ブレア政権発足の97年以降、イギリスでの海外養成登録看護師数は劇的に増加した。海外マンパワーへの依存強化が明確に表されているところである。しかもその出身国の世界的規模での広がりには、今日、イギリスの看護師リクルートが、いかにグローバル化しているかを強く認識させられる。こうした情勢に対し、山田亮一氏は「グローバリズムを積極的に評価するブレアの福祉国家観からしてもグローバルな市場に看護労働力を委ねることに結びつきやすかった^{注54}。」と評している。

ここで再度表2「イギリスの海外養成新規看護師登録数」を確認されたい。養成国別に、1999-2000年から2000-01年にかけて、南アフリカが1,460人から1,086人に、西インド諸島諸国が425人から261人に減少している。一方、同期間にフィリピンは1,052人から3,396人に、そして2001-02年には7,235人に、またインドは1期間のタイム・ラグをもって289人、994人、1,833人と、顕著な急増である。

1997年、南アフリカのマンデラ大統領がイギリスの看護師国際リクルートに対し、痛烈な批判を行った。これが世界的な議論を呼び、それへの対応として、イギリス保健省は1999年11月、NHS雇用主にガイドラインを出した。全てのNHS雇用主が看護師不足の途上諸国で積極的リクルートを行わないことの必要性が倫理的に説かれ、加えて南アフリカと西インド諸島諸国が積極的リクルートを避けるべき地域として特別に指定された^{注55}。表2の南アフリカと西インド諸島諸国の減少は、その影響によるものである。

2001年にはより詳細な規約が発表され、NHS雇用主はイギリス保健省と相手国政府との同意がない場合、その途上国での求人活動をすべきでないとされた。また2003年には、積極的リクルートを避けるべき途上国リストに他の途上諸国も追加された。だがこうしたガイドラインや規約は、民間機関やリクルートエージェンシーに直接制約を加えるものではなかったため、その効力も、実際には限定的なものにとどまった^{注56}。表2の2001年以降に示されているように、南アフリカ出身者は2001-02年には再び増加して2,114人を記録し、また避けるべき途上国リスト上にあるガーナ、ナイジェリア、ジンバブエなどサブサハラの最貧諸国出身者の増加が続いている。看過しがたい現実である^{注57}。

だがマンデラ批判の後、イギリス政府は、政策の基本方針を政府間協定にもとづく公式ルートでの導入に大きく傾斜させている。それが結果的に、協定締結相手国であるフィリピン、インドなどからの大量の看護師受け入れにつながっているのである^{注58}。

c. その他

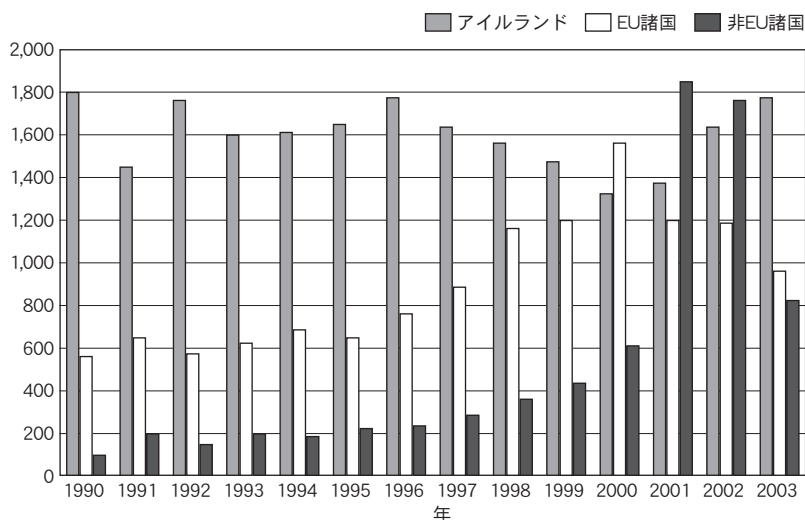
まずアメリカに隣接するカナダについてであるが、ここでは看護師の対米流出の一方、国内的には看護師不足が問題化している。とりわけ現在就労中の看護師の半数が今後15年以内に退職予定という看護師高齢化問題には、切迫した深刻さがある。看護学校の定員増による新規養成の拡大計画もあるとはいえ、2011年に33万1,000人、2016年には36万1,000人の看護師不足が予測されている。

イギリスの隣国アイルランドは、伝統的に、看護師を含む各種熟練労働の英語圏諸国への主要な送出国であった。だが近年、アイルランド経済の成長とともに保健医療システム上の不備、とりわけ看護師不足が問題化され始め、海外への積極的な看護師リクルートが活発化している。今や就業中の看護師の14.3%が外国生まれという状況である（表1参照）。アイルランドでの就労にはABA（An Bord Altranais）への登録が必要である。EU指令により、EU/EEA諸国出身看護師は審査なしで登録されるが、それ以外の諸国出身者はABAへの申請・審査が必要である。またオーストラリア、カナダ、ニュージーランド、アメリカ人以外の申請者は、一定期間、ABA認可場所での監督下実習、オリエンテーション、評価等が要求される^{注59}。

図6に示されているように、新規登録での外国人看護師比率は年々高まっており、2001年には約3分の2を占めるに至っている。主な出身国はフィリピン、イギリス、オーストラリア、南アフリカ、インドであった。1999年発表のイギリスの倫理ガイドラインにより、渡英から転じた流入増とも捉えられるところであろう。だがアイルランド政府も2001年に類似したガイドラインを発表しており、アイルランド雇用主に対し、看護師不足が深刻な途上国への配慮を求めた^{注60}。2003年には非EU諸国出身者が激減しているのは、その効果と考えられる。

次に、南半球の英連邦を代表するオーストラリアであるが、外国生まれ看護師の比率は24.8%、およそ4分の1である^{注61}（表1参照）。このオーストラリアでの就労には、ANC（Australian Nursing Council）による審査に合格後、

図 6. アイルランドの出身国別新規登録看護師数



(出所) Buchan, J. et al. [2005], p.17.

州レベルでの登録が必要である。ただしカナダ、ホンコン、アイルランド、シンガポール、南アフリカ、イギリス、アメリカ、ジンバブエ、オランダとの間には資格の相互認証協定があり、能力評価なく登録が可能である。年4,000～5,000人の看護師が様々なルートで入国しているが、その多くはワーキング・ホリデーであり、短期就労許可である。またニュージーランドとの間にはトランス・タスマン協定があり、看護師の相互移動を促進している。

南オーストラリア・ナーシング協会への登録では、1990年代末、イギリス、ノルウェー、南アフリカが3大出身国であった。また1990年代末以降、登録外国人看護師数が増大傾向を続けているビクトリア州では、イギリス、アイルランド、ニュージーランド、フィリピン、カナダが常に主要出身国である。全般的傾向として、90年代後半のイギリスからの流入増が特徴的といわれる^{注62}。

北欧のノルウェーについても見ておこう。EU非加盟国ではあるが、歴史的・地理的に近隣北欧諸国との間に密接な関係があり、ノルディック諸国間看

看護師自由移動協定が締結されて20年になる。ノルウェーで就労する外国人看護師はSAFH（Norwegian Registration Authority for Health Personnel）への登録が必要であるが、近年、リクルート先が広域化しており、たとえば2002年、スウェーデン、デンマーク、フィンランド、ドイツ、フィリピンが5大出身国であった^{注63}。

1998年以来、民間エージェンシーとは別に、国家支援ソースとしてノルウェー公的雇用サービス（AETAT）が海外リクルートを行っている。特定の国に焦点を絞り、協定を締結している。EU加盟国であるフィンランドとドイツが2大協力国だが、最近ではフィリピン、ポーランドなど相手国を地域的に広域化し始めている。だが近年、AETATはリクルート予算を削減され、リクルート数を制限した。入国が容易で言語問題が深刻でなかったかつての北欧諸国出身者への依存から今日の広域シフトによって、言語トレーニング等の追加コスト問題が重圧となってきている影響ともいわれている^{注64}。

最後に、今日、最も安定的に大量の看護師を国際的に受け入れ続けている地域である中東産油諸国に関し、若干触れておこう。1970年代の石油ブーム以降、他のインフラ開発とともに中東産油諸国の保健医療インフラは急速に整備され、新規に建設された病院のスタッフが、当時、そして今もなお海外からの移入民に大きく依存している。医師は様々な国の出身者で構成され、近年は現地化が進められている国もあるが、看護師は最初からインドが主要な出身国とされ、今日も4～5万人が就労しており、この傾向はさほど変化していない。次に多数を占めるのがフィリピン人看護師だが、中東ではインド人の5分の1から6分の1程度であり^{注65}、その他、南アフリカ人などが続く。

ただし中東諸国は、こうした外国人看護師にとって、とりあえず最初に向かう国にすぎず、最終目的地のアメリカやイギリスへ行くために必要な資金と経験を得る目的で、一時的に通過する通路のような存在であるとしばしば言われる。中東では欧米諸国に比較して、たとえばインド国内での最低の看護訓練で容易に就労が可能であり^{注66}、アメリカのような困難な試験もなく、必要な準備

資金は3～4分の1ですむからである^{注67}。とりわけ若年単身看護師にその傾向が強い。

(2) 主として送出諸国

a. フィリピン

世界最大の看護師送出国であるフィリピンは、たとえばOECD諸国向けだけでも11万人以上（図1参照）、世界全体に15万人を送り出しており、今や世界の看護師の4分の1はフィリピン人といわれる^{注68}。

表3は、1990年代中頃からのフィリピン人看護師の新規海外雇用数の推移を主要な雇用先国別に示したものである。90年代半ばまでは、サウジアラビアを主とする中東諸国、及び旧宗主国でフィリピン人看護師国際移動の原点をなすアメリカが最重要雇用国であり、当時年間総数7～8000人の看護師が送出された。だが90年代後半に入ると、アメリカでの決定的な受け入れ激減（前出(1)a. アメリカ参照）、そしてシンガポールでの半減もあって年間総数は5000人台と低迷した。アジア通貨危機や国際紛争、国際テロ活動等の余波を受け、国際看護労働市場は閉塞状況に陥ったのである^{注69}。

ところが1999年、2000年とイギリスが、またそれに追隨する形でアイルラン

表3. フィリピン人看護師の海外雇用（新規）

雇用先国	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
サウジアラビア	3,332	3,249	3,071	3,794	4,098	4,031	4,386	5,275	6,068	5,996	5,926	4,886	2,886
U A E	270	94	137	209	279	378	305	249	424	267	250	703	398
イギリス	—	1	—	—	63	934	2,628	5,388	3,105	1,544	800	546	139
台湾	4	1	1	2	8	17	1	9	131	200	6	357	142
アイルランド	—	—	—	—	—	—	127	1,561	930	210	191	297	202
アメリカ	2,853	3,690	270	11	5	53	91	304	322	197	373	229	133
クウェート	455	59	269	25	143	53	133	192	108	51	408	193	191
シンガポール	85	162	549	586	371	214	418	413	338	326	166	149	56
カタール	6	10	6	14	29	12	7	143	213	243	318	133	38
他	166	688	1,174	604	403	280	245	288	696	236	441	275	4,343
総計	7,171	7,954	5,477	5,245	5,399	5,972	8,341	13,822	12,335	9,270	8,879	7,768	8,528

（出所）POEA [2006], Table 22, p.42より作成。

ドでの受け入れが急増した。2001年にはイギリスが5,388人とサウジアラビアを抜いて雇用先国第1位となり、総数は1万3,822人を記録した。イギリス、アイルランドの看護師をめぐる受け入れ状況については前述の通りであるが、そうした状況下、フィリピンからの看護師送出は、中東を安定的大量受け入れベースとし、一方、それと肩を並べてきたアメリカでの急激な引き締めから、90年代末、イギリスへの大量送出へ迅速な転換を図ったものと考えられる。だがイギリスは2001年をピークとして、それ以降急減しており、2006年にはわずか139人、総数も8,528人にまで減少している。ブレアNHS改革のマンパワー充実計画において、国内的な拡充が格段に進捗した結果であろう。

フィリピンの看護師移民の歴史は古い。1898年の米西戦争終結後、1946年の独立までアメリカの植民統治下におかれたフィリピンであるが、最初に看護学校が設立されたのは20世紀初頭、アメリカ植民政府によるものであった。当初から、英語教育がカリキュラムの不可欠な部分を構成し、アメリカの看護学生と同じ看護教育が施され、アメリカと同じ「職業文化」を分け持つことが期待された^{注70}。それが、第2次大戦、20世紀後半に展開するフィリピン人看護師の大規模な国際移動の背景にある。

様々な企業家によって設立されることになった看護学校は、まさにそうしたアメリカ方式の教育・養成内容で国際需要を充足しうる看護師養成の場となり、多くのフィリピン人看護師の海外就労を支えていった。そして、その高い評価が、海外就労を希望する看護師志望者のさらなる増加と看護学校の増設につながっていった。だが、こうした海外就労は、およそ1970年代前半までは、基本的に旧植民地時代以来のアメリカとの強固な結びつきの中で続けられてきたものであり、実際、アメリカで永住移民になる場合が多かったのである^{注71}。

1974年、マルコス政権下のフィリピンは、石油危機を契機に新たな移民政策への途を踏み出した。海外雇用政策の導入である。石油価格高騰による対外債務増大、そして石油ブームに沸く中東での建設労働者を中心とする労働需要の急増という新たな状況をうけ、送金による外貨獲得、失業対策として、政府主

導での海外雇用の制度化とその拡大が目指されるようになったのである。短期海外出稼ぎ雇用の推進である。

同年、労働者のリクルートと送り出し、労働条件の保護等を行う専門機関として、OEDB (Overseas Employment Development Board：海外雇用開発局) やNSB (National Seamen Board：国家船員局) が設立され、それは82年に POEA (Philippines Overseas Employment Administration：フィリピン海外雇用庁) に統合された^{注72}。そして看護師の国際移動の有り様も大きく変わった。短期出稼ぎ就労が主流を占めるようになるとともに、目的地も、旧来からのアメリカのほか、中東、またヨーロッパやアジア等様々な諸国に広域化していったのである。

今や毎年、新卒看護師の7割以上、推定1万5,000人の看護師が出国し、30カ国以上で就労しているといわれる^{注73}。国内の高失業、低劣な労働条件、不適切な設備等から、看護師流出の流れは止まらない^{注74}。政府も他の職種に比べ相対的に高賃金の専門職である看護師の海外就労は、国策として積極的に奨励している。賃金の国際比較から、近年、医師が高賃金の海外看護職へ転じる動きも加速しており、2001年に2,000人、2004年には倍増したといわれる。またこうした看護師への専門職転換の動きはエンジニアや法律家にまで広がり、看護師免許取得の活発化は、とどまるところを知らない^{注75}。これほどの状況が人的資源の国家的損失でないはずはなく、途上国の開発にとってダメージの大きい“brain drain”の典型例に違いないのだが、政府の積極姿勢は一貫して変わらない。

2000年、フィリピンの民間病院は約1,700あったが、医師、看護師不足のため2005年には700にまで減少している。医学校39校のうち3校は、学生不足で授業停止に追い込まれている。他方、海外就労ブームに乗る看護学校は新設・増設ラッシュで過去5年間に学校数は倍増し、その乱造のなかで教育の質低下が問題化しているほどである^{注76}。だが、国内最大の看護師集積地であるマニラでさえ、看護師と患者の比率は、今や実質、1：40、あるいは場合によって

は1:60との警告が発せられる深刻な看護師不足状態に陥っており、さらに周縁のミンダナオ島では常駐看護師がゼロといわれる^{注77}。

b. その他

まず南アフリカについてであるが、これは旧イギリス植民地、現在は英連邦に加盟するサブサハラアフリカで最も開発が進んだ国であり、世界銀行の所得グループ区分では中所得開発国に位置付けられる。1994年の最初の民主化選挙以来、政府は旧アパルトヘイト時代に人種・地域的差別が露骨だった保健医療サービスの歪みは正するため、積極的な取り組みを続けている。新たなコミュニティー・ケアクリニックの創設、既存クリニックのグレード・アップ、6歳以下幼児や妊娠・授乳中の女性への無料医療ケア提供、農村地域への移動クリニック導入などが行われるようになった。だが、こうした国家規模での保健医療改善施策の推進は、必要な保健医療人員数を劇的に増加させ、とりわけ農村地域では、本国人の忌避から慢性的な人員不足が深刻化している^{注78}。そしてその不足の補填に、外国人医師や看護師への依存を強めているのである。

つまり南アフリカは、前述のように、たとえば多くの看護師がイギリス、アイルランド、オーストラリアに、またサウジアラビアなどに流出する一方で、国外から看護師をリクルートしている国でもあるのである。海外就労のための看護師資格認証件数をみると、1991年に455件だったのが、99年には3,672件に増大している。90年代に看護師の海外流出は大きく勢いづいていったのである。ただその後、1999年11月のイギリスの倫理ガイドライン発表後、減退した^{注79}経緯については既に説明したところである。

他方、南アフリカ国内で、スワジランド、レソト、その他のアフリカ諸国やキューバ出身看護師の就労数が多く報告されている^{注80}。また医師の場合さらに顕著で、たとえば1999年、農村地域の医師78%が外国人だったといわれる。1999年のマンデラ大統領によるイギリスへの途上国看護師リクルート批判は、イギリスの倫理ガイドライン発出、そして広く途上国の保健医療事情への配慮

を世界的議論の壇上にあげたが、かたや南アフリカ自身、近隣のより開発の後れた諸国から医療従事者を導入しているのである。矛盾とアイロニーが交錯するダブル・スタンダードの世界である^{注81}。

同じくサブサハラアフリカで中間規模の国ガーナも、旧イギリス植民地で英連邦加盟国であり、イギリスやカナダ、アメリカなどに多くの看護師を送出している。J.バカンらの推計によると、看護師の国外流出数は1999年の387人から2001年には2,972人に急増したとされる。一方、2002年の国内登録看護師・助産師数は、公共部門が約6,500人、民間部門に3,800人であったが、その未充足率は、1998年の25.5%から57%へ大幅上昇しているとのことである^{注82}。またサブサハラアフリカの小国スワジランドでも、わずか3,200人の国内登録看護師数であるが、国外流出が深刻化しており、2003年に行われたWHOの調査結果によると、その半数が南アフリカ、4割はイギリスで就労していると報告されている。ガーナと同様、旧イギリス植民地、英連邦加盟国である。

最後に西インド諸島、カリブ諸国について触れておこう。これら諸国は、旧イギリス植民地、英連邦加盟国が大半を占め、またアメリカへの地理的近接性という要因もあって、イギリス、アメリカ、カナダなどへの看護師移民に長い歴史を有している。そして、たとえばバルバドスでは、国内の病院に雇用されている約500人の看護師就労数に対し、近年、年平均約4%の流出が記録されている（2000年：26人、2001年：16人、2002年：18人、2003年：14人）。ただし、これらは正規の辞職を経た場合のみが計上されたものであり、実際には休暇や病欠中に渡航し、その後辞職するケースが少なくないといわれる。カリブ諸国では一般に、自国と雇用先国との間を短期間で往復する“circular migration：循環的移民”が特徴的になっており、したがって統計的把握は極めて困難である。移民の長い伝統に根ざす海外雇用先国との間の人的ネットワーク、そして目的国で既に形成されている同国人コミュニティの存在が、こうした移民パターンを継続的に支えているといわれる^{注83}。

Ⅲ. 今日の看護師国際移動の動態と構造的性

(1) フローの類型化

そもそも看護労働は、その職務内容から“portable profession”であり、地理的移動が可能であって、どの地でも活躍できると言われてきた^{注84}。実際1960年代、70年代にも、オーストラリアやニュージーランドの新卒看護師が1年のワーキング・ホリデーで北米やヨーロッパを旅することは珍しいことではなかった。1970年代、フィリピン人看護師は、既に母国より多くアメリカやカナダで就労していた^{注85}。だが今日ほどそれが世界的規模で、しかも広域的に様々な諸国が関わる大きな流れになったことはない。そしてその動きはかつてなく複雑であり、また変化し、決して固定的ではない。

たとえば1990年にイギリスへ看護師を送出した国は71カ国であったが、2001年には95カ国に増えている^{注86}。そしてその動きの方向性やロケーション、態様は大きく変容している。だがイギリスは世界第2の看護師送出国でもある。またアイルランドは、かつて看護師の代表的送出国であったが、今もそうであるとともに、それと並行して世界有数の看護師受け入れ国になっている。フィリピンは世界最大の看護師送出国であるが、その主要送出先は、中東に加え、ある時期はアメリカ、またある時期はイギリスへと大きく転換している。

こうした変化が世界的に繰り広げられている今日の看護師国際移動であるが、ここでその現段階の基本的な構図とフローの有り様について、簡単に整理しておきたい。

a. 基本的構図

表4は、OECD諸国における外国生まれ看護師の出身地域別構成比率を示したものである。OECD諸国出身者、即ち先進諸国出身者が過半を占めているのは、ルクセンブルク、スウェーデン、フィンランド、スイスなど8カ国、半数近い国がそうした状況にあり、それら諸国の殆どで、右欄外のEU15加盟国(2004

表 4. OECD諸国における外国生まれ看護師の出身地域構成

(%)

	OECD	非OECD ヨーロッパ	北アフリカ	他の アフリカ	非OECD アジア	非OECD ラテンアメリカ	非OECD オセアニア	合 計	EU15
オーストラリア	63.2	2.6	0.3	4.4	23.6	1.9	4.0	100	47.2
オーストリア	48.7	26.9	0.8	0.4	22.6	0.6	—	100	18.7
カナダ	38.4	2.8	0.4	3.9	29.8	24.2	0.4	100	26.0
スイス	68.1	17.1	1.2	2.6	7.7	3.2	—	100	61.0
スペイン	39.5	2.7	10.5	3.1	3.3	40.9	—	100	30.9
フィンランド	69.1	25.5	—	3.2	1.1	1.1	—	100	62.8
フランス	22.7	0.8	52.9	15.8	6.5	1.3	—	100	21.0
イギリス	33.4	2.0	0.3	25.4	24.5	14.3	0.1	100	25.4
ギリシャ	50.6	39.0	1.0	1.8	7.2	0.4	—	100	35.4
ハンガリー	11.1	87.8	0.1	0.1	0.7	0.1	—	100	3.4
アイルランド	66.7	0.4	—	3.6	29.3	—	—	100	58.9
ルクセンブルグ	88.5	2.9	1.8	4.0	2.1	0.6	—	100	85.3
ニュージーランド	64.3	0.7	0.1	7.7	13.3	0.9	13.0	100	51.7
ポーランド	17.7	79.3	—	0.3	2.7	—	—	100	14.4
ポルトガル	33.1	0.5	0.1	57.6	1.7	7.0	—	100	31.3
スウェーデン	69.8	9.2	0.3	2.6	13.5	4.5	—	100	52.1
アメリカ	26.0	2.2	0.4	6.1	39.8	25.1	0.5	100	11.7
OECD合計	36.5	4.7	2.6	8.4	29.7	17.5	0.7	100	15.0

(出所) OECD [2007], p.209.

年4月末までの既加盟国) 出身者比率も一般に高くなっている。元来、近隣ヨーロッパ諸国からの外国人労働に大きく依存してきた小規模で豊かな国や北欧諸国などであり、先進諸国間移動が主流をなす国々である。

他方、非OECD諸国、即ち発展途上諸国出身者が多くを占めているのが残り9カ国である。フランスでは北アフリカ52.9%、他のアフリカ15.8%とアフリカ出身者だけで7割、非OECDアジアの6.5%を加えると全体の4分の3を超える。ポルトガルでは他のアフリカ57.6%、非OECDラテンアメリカ7.0%で合計3分の2近くを、スペインでは非OECDラテンアメリカ40.9%、北アフリカ10.5%、他のアフリカ3.1%、非OECDアジア3.3%で合計6割近くを、イギリスでは他のアフリカ25.4%、非OECDアジア24.5%、非OECDラテンアメリカ14.3%と合計でやはり3分の2近くを、アメリカでは非OECDアジア39.8%、非OECDラテンアメリカ25.1%、他のアフリカ6.1%で合計7割強が占められている。

途上諸国出身者が多くを占める上記諸国のうち、フランス、ポルトガル、スペイン、イギリスは旧植民地地域が、新大陸移民国のアメリカは、アジアとラテンアメリカが主要出身地域を構成している。またこれら諸国は、しかもうち前4カ国はEU加盟国であるにもかかわらず、共通して、いずれの国もEU出身者の比率が極めて低い。ヒトの越境移動、就中看護師という保健医療労働の国際移動に、長い歴史的紐帯に基礎付けられた強固な政治、経済、社会、文化的つながり、とりわけ旧植民地関係がいかに強力な影響を及ぼし続けているか、そしてI節(3)bで概説したEU内での自由化促進への取り組みが、現段階ではまだいかに実効性が低いかを確認しうるところである。

こうした状況について、幾つかの理由が考えられる。まずEU内の実態とEU指令の実際の運用に関し、①アイルランドのようなEU加盟国内の旧看護師〔過剰－送出国〕の〔不足－受入れ国〕への転化、②EU指令に対する加盟国の違反、③EU加盟国内での同一名称専門職資格に対する非同等性認識の根強さ、といった点が挙げられよう^{注37}。それらは単一労働市場の形成を進めるEUにとって、看護師に限らず、広く専門資格職全般が直面している困難な問題でもある。

また次のような問題も重要であろう。まず看護師という保健医療の特殊専門職故に、職務遂行上のコミュニケーション能力、とくに言語能力の高さが求められることと関連する問題である。言語の共通性という要素が極めて重要になるのであり、その点からすれば、旧植民地関係という歴史的紐帯を基盤とする共通言語の存在は、何よりも強力な誘因となり、一方そうであれば、逆にEU内では、加盟国間の言語の相違が移動自由化の致命的な阻害要因となると考えられるのである^{注38}。

加えて、看護師に限らず、そうした国際的な労働移動一般に、その基底部分をなし、その動きの起動因となる国家間格差の問題がある。ヨーロッパの旧宗主国と旧植民地途上国、またアメリカやアジア、ラテン・アメリカとの間では、労働条件、就労環境等に圧倒的な格差があるが、EU加盟国間ではそれ程

の相違はない。その格差の違いが越境移動でのプッシュ・プル要因の強弱の差となり、EU内移動の低調さにつながっていると考えられるのである^{注89}。だがそうした観点からすれば、近年のEU拡大で新規加盟した中・東欧諸国と旧加盟国との諸条件格差の大きさは、確実にEU内移動の今後に、大きな変化を予想させる^{注90}。

b. 3タイプの方向性

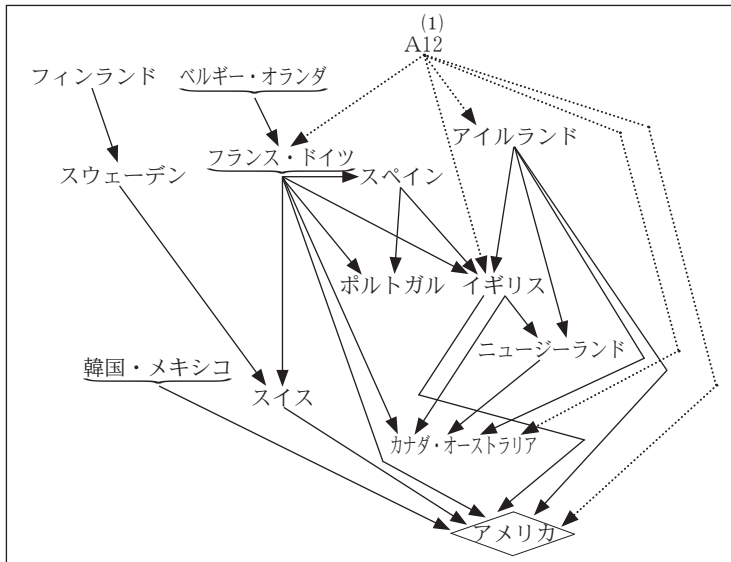
かつて国際看護師移動は主に先進諸国間の現象として捉えられていた。それは今なお国際移動の大きな流れであることに変わりはなく、たとえばアイルランドからイギリスへ、イギリスからカナダへ、オーストラリアへ、そしてアメリカへ、またフランス、ドイツからもイギリス、スイスへ、そしてアメリカへ、よりよい労働条件、就労環境を求めて多くの看護師が国境を越えている。また、その近年の動きを OECD諸国全体に広げて見るならば、たとえばアジアNIESの韓国やNAFTA加盟の隣国メキシコからアメリカへの看護師移民がかなりの規模で続いており、また2004年、2007年の新規加盟EU12カ国から旧EU諸国へ、そしてアメリカへと移動する動きには、拡大の兆しが見え始めている^{注91}。

こうしたOECD先進諸国間移動の今日の状況を図式化したのが図7である。アメリカを最高の最終目的地とするこうした動きは、アメリカがヒトの流れ(fall)の終着点となる「滝(cascade)型モデル」として描かれるのである。ただし実際の動きには、このような一方向の直線的な動きだけでなく、相互に送出・受け入れが交差する「クロス・フロー」も存在する。たとえばイギリス、アイルランド、オーストラリア、カナダなどの間で盛んなワーキング・ホリデイによる短期就労などはその典型である。

だがその一方で、近年、急速に拡大し、重大な国際問題として問題化しているのが、途上諸国からの送出、流出の動きである。とりわけ途上諸国から先進諸国に向かう移動に対しては、マンデラ発言を契機に、受け入れる先進諸国側

図7. OECD諸国間看護師の国際移動

2000年頃



(出所) OECD [2007], p.174.

(注) (1)2004, 2007年のEU新規加盟12カ国。

での対応、またその流出する途上諸国への影響に、世界的関心が高まっている。とくに後者は、そうでなくとも未整備な途上諸国の保健医療体制を、人員不足から取り返しのつかない崩壊状態へ陥らせる危険性が高く、今日、WHO等国際機関が最も警戒し、各地で調査を実施している重大な問題である。2000年、500人以上の看護師がガーナから先進諸国へ向かった。その数は、同年看護師プログラム修了者数の2倍以上であった。マラウィでは1999年から2000年の間、ある第3次高度医療病院の看護師144人中、6割以上が出国した。ジャマイカでは、1978年から85年の間、養成された看護師の95%が海外に流出し、その殆どが先進国に向かった^{注92}。こうした事例は、枚挙のいとまがない。

またその量的規模の小ささゆえに話題に上ることは少ないが、途上諸国間の移動も、主として途上世界の近隣地域内で進行している。前節末尾にも指摘し

たように、たとえば多数の看護師を欧米先進諸国や中東に送り出している南アフリカでは、近隣諸国からの看護師導入を拡大している。その他、たとえばパラオのフィジー看護師、セーシェル諸島の南アフリカ看護師、ニカラグアのキューバ看護師など^{注93}、政治的性格を付帯するキューバ移民は例外として、基本的に、先進世界に看護師を送出しているような比較的開発が進んでいる途上諸国が、近隣のより開発の後れた途上諸国から看護師を導入して補填、という動きが、上記、先進諸国への移動と並行して進んでいるのである^{注94}。

(2) グローバル経済の構造性と看護労働

a. 途上諸国における看護師流出の影響

途上諸国は、看護師の国外流出により甚大な影響を受けている。何よりも、それは直接的に保健医療現場の人員不足に拍車をかけ、提供される保健医療サービスを劣悪化させている。重要な人的資源喪失問題として、いわゆる頭脳流出 (brain drain) の問題として、事態は深刻化している。

表5は、OECD諸国で就労する外国生まれ看護師の出身国別就労者数、ならびに母国各国の就労者数に対するその比率（流出率）を、流出率の高い順にリストアップした表である。各国の一般的経済発展水準指標として『世界開発報告（世界銀行）』の国民一人当たりGNI(国民総所得)による所得グループ分類を、また現地保健医療水準を示す一つの指標として、15歳児の60歳前死亡確率も並記した。中東等、OECD諸国以外での就労は含まれないが、おおよその傾向は捉えられるであろう。

まず流出率について確認しておこう。流出率が50%を超える国は、ハイチの94%からモーリシャスの50.4%まで17カ国を数える。そのうち15カ国が英連邦諸国である^{注95}。またカリブ（西インド）諸島・沿海諸国が11カ国、しかもそれらは上位10カ国をすべて占めている。イギリスとの旧植民地関係、英語圏、アメリカとの地理的近接性といった特徴を併せ持つ諸国が連なっている。母国就労者の半数以上にあたるこれほどの高流出率が意味するのは何なのだろう。

表5. OECD諸国で就労する外国生まれ看護師の出身国別就労数、流出率、等
(2000年頃)

	(a) 所得グループ	国外流出率 (%)	OECD諸国 就労数	(b)(c) 60歳前死亡確率(%)
ハイチ c	UC	94	13,001	45/38.5
ジャマイカ c ※	LMC	87.7	31,186	16.5/12.3
グレナダ c ※	UMC	87.6	2,131	25.8/22.0
ベリーズ c ※	UMC	81.8	1,365	25.7/15.3
セントヴィンセント・グレナティーン c ※	UMC	81.6	1,228	23.3/19.2
ガイアナ c ※	LMC	81.1	7,450	29.0/25.5
バルバドス c ※	UMC	78	3,496	18.9/10.6
セントクリストファー・ネーヴィス c ※	UMC	76.7	711	20.0/14.5
アンティグア・バーブーダ c ※	HC	74.4	678	19.3/12.2
トリニダード・トバゴ c ※	LMC	72.9	9,808	24.9/15.5
リベリア (西アフリカ)	UC	66.9	1,240	59.0/48.4
ドミニカ c ※	UMC	66.2	620	21.0/11.8
サモア (南太平洋) ※	LMC	62.1	556	23.5/20.3
トンガ (南太平洋) ※	LMC	58.2	449	
シエラレオネ (西アフリカ) ※	UC	56.3	2,057	59.7/51.7
フィジー (南太平洋) ※	LMC	56.2	2,025	27.5/17.3
モーリシャス (インド洋) ※	UMC	50.4	4,502	21.8/11.5
フィリピン	LMC	46.5	110,774	27.1/14.9
カボヴェルデ (西アフリカ)	LMC	38.9	261	21.3/12.9
サントメ・プリンシペ (西アフリカ)	UC	35	138	29.5/24.4
エルサルバドル c	LMC	32	2,398	24.8/13.8
赤道ギニア (西アフリカ)	UMC	31	98	
バハマ c ※	HC	29.7	560	25.7/14.6
パナマ c	UMC	29.5	1,902	14.6/8.4
ジンバブエ (南アフリカ) ※脱退	UC	27.9	3,619	83.0/81.9
レバノン	UMC	25.2	1,400	19.9/13.8
アイルランド ※脱退	HC	24.9	20,166	10.0/6.0
ガーナ (西アフリカ) ※	UC	24.9	5,230	35.2/29.5
マダガスカル (南アフリカ)	UC	24.4	1,157	33.7/26.0
マルタ ※	HC	22	649	8.4/4.9
モロッコ (北アフリカ)	LMC	20.5	5,730	15.9/10.3
:				
南アフリカ ※	UMC	3.2	6,016	64.2/57.9
:				
日本	HC			9.6/4.5
イギリス	HC			10.3/6.4
アメリカ	HC			13.9/8.2

(出所) OECD [2007], pp.212~215およびWorld Bank [2007], p.2より作成。

注)

(a)国民一人当たりGNIによる所得グループ分類

	H C : 高 所 得 国
	UMC : 高位中所得国
	LMC : 低位中所得国
	U C : 低 所 得 国

(b)男性/女性

(c)15歳児が60歳前に死亡する確率
※英連邦加盟国

c : カリブ (西インド) 諸島
諸国及びカリブ沿海諸国

当該諸国の看護労働市場が、実態として、いわばボーダレスな開放状態に近くなっているということなのだろうか。実際、このような高流出状況下では、もはや国家システムとしての医療体制は維持不能と推察される。だが、流出率首位のハイチが低所得国、死亡確率4割前後というケースを除外すると、とりわけカリブ地域諸国には、意外なほど所得水準、死亡確率ともに、低位レベルの国が少ない。前節で指摘した、雇用先国との間で短期的往復を繰り返す循環移民形態が特徴的という、この地域の特殊事情によるところが大きいと考えられ、そうした内容でのボーダレス化であるならば、この高流出率を諸他の国々と同列に比較するのは若干問題があるかもしれない。

そもそもこうした看護師流出が母国に及ぼす影響、各国保健医療へのネガティブな影響は、その母国の元々の状況によって大きく異なってくる。とりわけ看護師数が絶対的に少ない国、保健医療水準の極度に低い国－低所得国(UC)は例外なくすべて該当する－からの流出は、悲劇的なまでの惨状につながりかねない。赤道ギニア、カボヴェルデ、トンガなど、国家規模で数百人、数千人の看護師しかいない国からの流出^{注96}、15歳の半数以上が60歳まで生きられないジンバブエ、リベリア、シエラレオネのような、保健医療状況の劣悪な国^{注97}からの流出を、どう捉えるか^{注98}。リベリア66.9%、トンガ58.2%、シエラレオネ56.3%、またそれより低率にはなるが、カボヴェルデ38.9%、赤道ギニア31%、ジンバブエ27.9%といった流出率の高さが包含する、流出率以上の意味を考えねばならない。

ところで世界最大の看護師送出国フィリピンは、11万人がOECD諸国で就労、流出率46.5%であるが、60歳前死亡確率は男性27.1%、女性14.9%の低位中所得国である。送出国のなかでは比較的問題は軽度のように見える。しかしながら先進諸国の同死亡確率は、男女、たとえばイギリス10.3%、6.4%、日本9.6%、4.5%という水準であり、それらと比べると格段の保健医療水準の低さなのである。

看護師流出率の高い諸国は、いうまでもなく受け入れ国である先進諸国等に

比べ、保健医療状況が劣悪である。保健医療現場の労働条件、就労環境の劣悪さ故に看護労働は流出する。だが、それは、人員不足を含めての劣悪な保健医療実態からの離脱なのである。看護師は不足している。少なくとも、フィリピンにおいてさえ、国内は十分に充足されている状況ではない。そこからの流出なのである^{注99}。さらに人員不足は進む。そうした途上諸国が受ける修復しがたいダメージは、想像に難くなかろう^{注100}。

世界の保健医療労働者の不足状況について、WHOが実施した調査結果を地域別にまとめたのが表6である。医師、看護師を合算したものだが、各地域の概況の理解にはつながるだろう。世界192カ国中不足国数が57カ国、うち36カ国がアフリカに集中しており、ヨーロッパはゼロである。さらに不足国それぞれの状況を見るならば、最大の不足地域であるアフリカが推定不足数81万7,992人で必要増加率は現有人員の1.39倍、また西太平洋や東地中海でも不足数は2万7,260人、31万2,613人、現有人員の1.19倍、0.98倍の増加が必要と推計されている。

一方、OECD諸国で就労中の各地域出身の医師、看護師数は、アフリカ9万

表6. 世界の地域別医師・看護師不足状況

	国 家 数		不 足 国 関 係			出身地別OECD就労外国出生医師・看護師	
	合 計	不足国数	ストック総数	推計不足数	必要増加率(%)	人 数	推計不足率(%)
アフリカ	46	36	590,198	817,992	139	98,329	12
アメリカ	35	5	93,603	37,886	40	199,314	526
東南アジア	11	6	2,332,054	1,164,001	50	101,460	9
ヨーロッパ	52	0	—	—	—	—	—
東地中海	21	7	312,613	306,031	98	71,551	23
西太平洋	27	3	27,260	32,560	119	212,280	652
世界合計	192	57	3,355,728	2,358,470	70	682,934	

(出所) OECD [2007], p.179.

8,329人、西太平洋21万2,280人、そして東地中海が7万1,551人である。この両数値を合わせ考えると、こうした海外就労者が母国に帰国したと仮定しても、たとえばアフリカの不足数約80万人、東地中海の不足数約31万人は、各出身者の帰国では12%、23%しか充足されない。すべてを総動員しても約68万人であり、それをアフリカのみに投入してもアフリカの人員不足はまだ解消されない。批判されることの多い途上諸国からの流出であるが、それを阻止したとしても、深刻な途上国保健医療の人員不足問題は解決されないということなのである。WHOが結論付ける厳しい現実である^{注101}。

アフリカなど窮状にあえぐ途上諸国には、かたやWHOや様々なNGOによる支援で国際的に医療スタッフが派遣されている。また政治的意図から医療援助を展開するキューバの事例もある。このように保健医療行為の担い手が、市場原理ではなく、否、市場原理では決して充足されないが故に、「援助」という形で海外から送り込まれる国際移動もある。だが、まさにそうした海外からの援助で支えられているような状況下でさえ、流出は存在するのである。これをどう捉えるべきか。

そう遠い昔ではない途上世界の悲劇、食糧の「飢餓輸出」を彷彿とさせる現実である。母国での深刻な不足状況にもかかわらず、経済合理性は、市場原理に則り、越境を促す。自国内の需要が充足されずとも、その財が世界市場で競争力があると認められ、市場価値が確認されれば、輸出に向けられる。そして国内には飢餓が蔓延するのである。

b. グローバル化のなかの看護労働問題

看護師国際移動の今日のような拡大の背景には、看護師不足の世界化がある。イギリスのNHSは、2004年に2万人以上の看護師不足を警告した。アメリカの労働統計局では2010年までの100万人の追加看護師要員の必要と2020年までの不足数30%増が予測されている。他方、途上諸国の窮状は言うまでもない^{注102}。先進国、途上国ともに世界共通の一般的状況として、看護師不足が深

刻化しているのである。先述のように、1980半ばから90年代、各国政府主導で断行された保健医療部門リストラクチャリングの広がりの中、一時的に看護師の失業が各所に発生したが、今やその失策の付けも加わり、看護師不足に拍車がかかっている。かたや不足のための国際的導入であり、かたやそれに向かう国際的流出のための不足の一層の深刻化なのである。

労働力の国際移動は、経済学的な一般的理解においては、商品や資本と同様、労働力の過剰国から不足国への要素移動として捉えられ、その過程は、国際的要素配置の均衡化、効率的資源配分が、世界全体での経済的効率性の向上、厚生経済の発展をもたらすと考えられている。だが看護労働力に関しては、少なくとも近年の状況は、過剰であるが故の、失業故の送出、そういう意味でのプッシュ要因が先導して展開しているものでないことだけは確かであろう^{注103}。世界的不足、そこに急速に進行する世界的需要の拡大、とりわけ先進諸国からのプル圧力の強化が加わり、グローバルな看護師の国際移動を大きく展開させているのである。不足国から不足国への労働力移動の進展が結果するのは、一方での不足軽減ともう一方での極限的枯渇にほかならない。

だがこうした看護師の「不足」、あるいは「過剰」という概念や基準は国によって異なり、グローバルスタンダードが存在するわけではない。また一般的・平均的な不足値では把握し得ない「不足」の質的・内的構造問題もある。たとえば前掲図2-3でも明らかのように、人口1,000人当たりの就労看護師数はOECD諸国間でさえ大きく相違する。2003年、アイルランド、アイスランド、オランダ、スイス、ルクセンブルク、ノルウェーなどが10人以上の高密度国であるのに対し、ポーランド、ポルトガル、ギリシャ、メキシコ、韓国、トルコは5人に満たない^{注104}。看護師「不足」の基準、そしてまたI節でも触れたように、同じ人員水準でも実践される医療行為内容が大きく異なるなど、各国間の保健医療実態、水準の相違を踏まえた検討がなされねばならない。

ところで表7は、看護師の国際移動における主要なプッシュ要因とプル要因をまとめたものである。上述のように、看護師の国際移動に関しては、送出国

も受け入れ国も殆どの場合、双方が不足状態で移動が生じているとなると、そのような動きはどう理解すべきなのか。それを考える上で、まず一般的なプッシュ・プル要因を確認しておこう。表7に記載された内容の左右の対照は、国際看護師移動において、主要送出国である途上諸国と主要受け入れ国である先進諸国との状況の対比としてほぼ捉えられよう。プッシュ要因のうち、HIV/AIDSのハイリスクなインパクトや経済的不安定性が途上諸国における保健医療水準の極度に低劣な限界状況を、またプル要因の一つである旅行機会は、ワーキング・ホリデイに代表される先進世界のカジュアルな越境の有り様を示すなど、他方ではありえない一方のみの要因も一部存在するが、他は明らかに途上諸国と先進諸国との間の各事項に関する優劣の対照である。

さてここで視点を先進諸国の看護師不足問題に転じてみよう。すると表7の左側、途上諸国のプッシュ要因が、先進諸国国内で問題化している看護師不足の主要要因とオーバーラップするのである。

表7. 看護師の国際移動における主要なプッシュ・プル要因

プッシュ要因	プル要因
低賃金（絶対的・相対的） 労働条件の劣悪さ 効果的就労に必要な資源の欠如 限定的なキャリア機会 限定的な教育機会 HIV / AIDSのインパクト 経済的不安定性	高賃金（及び送金機会） より良好な労働条件 医療システムのための良好な資源 キャリア機会 基礎教育後の教育提供 旅行機会 就労支援

（出所）Buchan, J. et al. [2003], p.42.

J.バカンらはいう。「途上国にみられる看護師移民のプッシュ要因は、先進国の看護師不足に確認される鍵となるであろう理由を鏡映しにしたものである^{注105}。」

即ち、世界的には、一般に途上諸国からのプッシュ要因とみなされるネガ

ティブな諸要因であるが、それは、先進国内部で進行している看護師の職業的忌避、離職、早期退職、復職の困難さなど、看護師不足、供給難の主要要因とほぼ同様の内容と思われるのである。途上国水準と比較すれば、相対的に高賃金、高労働条件、良好な就労環境といえる先進諸国の状況であるが、それを先進諸国内部で諸他の職種労働と比較すると決して魅力的な条件とはいえず、看護職からの離脱や他の職種への流出が進んでいるのである。

いずれの国にも忌避される職種は存在する。だが、グローバル経済時代と呼ばれる今日にあっても、先進諸国や中東等、世界的に高賃金を支給しうる国・地域は、(均衡経済理論モデルとは異なり) 結局は均等化・平準化されえず、厳然として存在し続ける国際賃金格差を介し、より賃金水準の低い国、地域から、不足労働の補填を調達する。この国際的・地域的依存関係は、世界経済のヒエラルキー構造に沿って下方向に次々に伝播し、忌避職種労働の低位負担の転嫁メカニズムとして機能する。人材のより下位国への依存、人材不足のより下位国への転嫁を意味するのであり、グローバル経済におけるヒエラルキー構造、中心一周辺の搾取システム、矛盾の転嫁システムにほかならない。その転嫁システムが最終的に行き着くのは、最底辺諸国における枯渇である。だがそこにもヒトは生存し、保健医療サービスを必要としているのである。

こうしたヒエラルキー構造が変型して具現化する一つの問題として、途上国から先進国への国際移動に伴う労働力の脱熟練化 (deskilling) がある^{注106}。たとえば1960年代、イギリスに移民したカリブ出身看護師の多くが非キャリアグレードに組み入れられていたという。今日も、海外で就労する様々な途上国出身の看護師が、明らかに職務等級上、低位の補助的職務に位置づけられているという多くの報告がある^{注107}。また幾つかの先進諸国で、フィリピン人看護師が介護労働者やナニー (ベビーシッター) として就労していること、既述のようにフィリピン人医師が看護師として就労していること、など。これには国際的な資格相互認証の制度的問題も絡むが、基本的に、途上国出身の保健医療労働者のスキルや経験に対する認知の欠如が根底にあることは否定できまい。そ

れは母国で修得した熟練を有効に活用できず浪費することにほかならず、典型的な頭脳浪費 (brain waste)である。スキルの国際的な質の相違をどう評価し、認定し、活用するか。問題の本質は、偏見・差別という人権問題であると同時に、また極めて具体的な運用・活用ノウハウが求められる現実的問題でもあると思われる。

結びにかえて

高度専門職の国際化が進んでいる。育成・養成に相応の期間とコストを要す高度専門職労働者の移動は、とりわけ途上国からの流出となる場合、母国にとって貴重な人材、人的資源の喪失という深刻な問題を孕む。看護師をはじめとする保健医療労働者の場合は、さらにそこに他の専門職労働者とは異なる側面を伴う。たとえばもう一つの代表格IT技術者との対比で明らかとなるであろう次の点である。即ち、その国外流出が母国の経済社会、既存産業に及ぼす影響である。それは、少なくともIT技術者流出の場合は一般に小さく^{注108}、一方、看護師流出の場合は明らかにダメージが生じやすいと考えられる。IT技術者への需要は、それを必要とするそれなりの産業の発展水準があって初めて生じるものだが、保健医療労働とは、ヒト一般の生命維持、生命の再生産に関わる労働であり、その需要は、基本的に経済発展、開発水準を問わないからである。

開発の後れた途上諸国であっても、否、むしろそうであればなおさら保健医療労働の必要性は高い。したがって、こうした世界的な保健医療労働のより高位諸国への流出、移動は、世界経済のより低位に位置する国、地域、そして底辺に位置する国、地域の保健医療の基盤を崩壊させていく。そういう性格を有する保健医療分野であるが故に、元来、それは政府による公共政策の主要領域として、強力な規制・管理下に置かれてきた^{注109}。途上諸国・移行経済諸国のみならず多くの先進諸国でも、公的運営が主流を占めてきた所以であり、また

そうであるからこそ、国際労働移動においても、受け入れ国、送出国ともに、政府による干渉、介入が強い領域であった^{注110}。だが、時代は変わった。

新自由主義的経済政策が、世界各国の保健医療システムを大きく変貌させている。市場原理に則した運営が指向され、民営化、コスト削減の波がグローバルに広がっている。他方、先進諸国国内では、急速に進む高齢化によって、保健医療サービス、とりわけ看護労働への需要が急増している。こうした状況下、看護労働の国際的調達の動きが世界的に活発化し始めているのである。それに対応して、フィリピンのように政府が経済開発戦略として看護師の大量養成、送出を続ける国がある。また絶対的な人員不足のなかで、看護師流出が止まらないアフリカの国々もある。市場原理では、流出するしかない諸国の、惨憺たる現実がある。

フィリピンの労働・雇用長官は次のように明言している。「それは産業である。ヒトの輸出と言われるのは政治的には正しくなく、それはグローバリゼーションの一部なのであり、我々のような人的資源が豊富な国は、それをもって世界の他の地域に貢献するのである^{注111}。」だが、グローバリゼーションとはそもそも何であるのか。経済の論理、資本の論理、即ち市場原理が国境を越え、地球的規模で展開する世界の潮流である。それがこと保健医療分野で繰り広げられることの意味を慎重に考えねばならない。

途上諸国での経済開発と看護師の送出・流出を、またその対極にある先進諸国での看護師の受け入れ・導入を、どう捉えるか。対象は保健医療労働なのである。ヒト一般に普遍的に求められる、ヒトの生存に直接関わる保健医療サービスのための労働はいかにあるべきか。その基本に立ち返り、その基本的スタンスの上で、そのための世界的な労働力配置、国際移動のあるべき態様^{注112}を、また各国での専門職養成、労働条件改善に向けての施策運営あり方を、問い直さねばならない。

最後に、付言しておきたい。看護労働については、看過できない特徴として、歴史的にも女性が圧倒的多数を占めてきた、いわゆる女性支配（female

dominated) 職という側面がある。それは看護労働にジェンダー・バイアスを付帯し、長年、職務内容、労働条件、社会的地位などに重大な性格付けを行ってきた。「感情労働 (emotional work)」と呼ばれる多くの女性支配職に共通する特異性を強力に規定するものでもある。本稿では紙面の関係上触れなかったが、こうした視点からの考察は後日に期したい。

(注)

注1 OECD [2007], p.162.

注2 Ibid.,p.165.

注3 Ibid.,p.163.

注4 Ibid.,p.175.

注5 Eyck,K.V. [2005], p.80.

注6 Buchan,J. [2002a], pp.751~752.

注7 医師と看護師の間のスキルミックスや代理行為に関する米英を中心にした最近の研究によれば、看護師が医師によって提供されるのと同等のケアを提供することは、場合によって十分可能であり、またこれは一旦診断が確立して看護師が一定の医療行為を引き受ける時、むしろ多くの患者に好まれるという報告もある。(OECD [2005], p.40.)

注8 Ibid.,pp.17~18.

注9 Eyck,K.V. [2005], p.85.

そうしたプロセスと同時並行して、あるいは単独で、幾つかの国において、看護養成に高度専門化プロセスが進められている。伝統的な病院ベースの免許プログラムから高度教育制度への移行、大学レベルプログラムの拡大などである。本来、医療技術の急速な進歩への看護師としての適応を目指して始められたものだが、合わせて、看護師の高度専門職化による社会的地位向上で、就業者増とその就労継続を促すことにもつながると期待されている。(Simoens,S.,et al. [2005], p.17.)

注10 Hanhel,R. [1999], p.52.

注11 Kingma,M. [2006], pp.25~26.

注12 Eyck,K.V. [2005], p.82.

注13 同様の状況が広く、他の高度専門・技術職移民全般について言える。経済活動のグローバル化、輸送費用の低廉化やインターネット等コミュニケーション手段の発達に加え、スキル労働者不足に直面している幾つかの先進諸国が推進する積極的な国際リクルート活動が、世界的規模でそれを促進しているのである。(Buchan,J.,et al.[2005], p.5)

注14 Eyck,K.V. [2005], p,82.

注15 Buchan,J.et al. [2005], p.5.

注16 Simoens,S.,et al. [2005], p.19.

注17 Kingma,M. [2006] ,pp.32～33.

注18 医療サービス研究の分野では、医療制度や政策を評価する際に三つの基準でバランスよく評価すべきであることが常識となっており、それは「効果 (Effectiveness)」、「効率 (Efficiency)」、「公正・公平 (Equity)」の三つであるといわれる。(近藤克則[2004]、29～30ページ。) 医療技術の進歩による延命の可能性の向上は、医療行為それ自体の「効果」の向上であることは事実だが、場合によっては、医療経営上、いわゆる対費用効果としての「効果」、また「効率」の観点から、必ずしもポジティブに捉えられない現実がある。

モノ作りの製造現場では、技術進歩による効率性・生産性上昇は省力化を意味する。だが、ヒトの再生の場である保健医療の技術進歩は、延命の可能性の向上が、むしろより集中的な高度労働の、より長期的な投入を必要とすることになる場合が少なくない。こうした特殊性を有する保健医療事業に導入される効率的経営は、それをどう捉えるのであろう。モノ作りとヒトの再生との違いに、経済の論理、資本の論理はどう対応するのか。保健医療への市場原理導入が図られる今日、経済の倫理性が問われる根源的問題と思われる。

注19 Simoens,S. [2005], p.19.

注20 患者は旧来に比べ、より情報を入手しやすくなり、医療の多くを認識し、また場合によってはコスト、質、結果を比較する医療サービスの“shop”を行ったりもしている。消費者知識と支出の増大は、とりわけ診断サービス (CTやMRIスキャンニング)、スクリーニングやモニタリング (癌スクリーニングなど)、高齢化にしばしば関連する外科的手術 (腰や肘の置換)、移植、美容外科手術への需要を拡大している。(Simoens,S.,et al. [2005], pp.19～20.)

注21 Kingma,M. [2006], pp.33～34.

注22 こうしたGATS第4モードと保健医療専門職の国際移動との関係については、次を参照されたい。OECD [2003], pp.12～13.

注23 医師はEU内で自由移動が明確に認められた最初の保健医療専門職である。医師指令 (75/362/EEC及び75/363/EEC) が1975年に採択され、76年に施行された。362は加盟国に、EU市民に与えられた一般・専門医師の資格・免許や他の証拠を認証することを強制し、また363は加盟国間の同等の医療訓練コース履行を意図したが、その後、両指令は理事会指令へ整理統合され、またさらなる修正が繰り返された。(Ibid.,p.16)

注24 Ibid.,p.15.

注25 OECD [2003], pp.15～16.またEUの職業資格全般については、次を参照されたい。

濱口桂一郎 [2001]、262～263ページ。

注26 http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/index_en.htm

注27 <http://europa.eu/scadplus/leg/en/cha/c11065.htm>

注28 2004年1月、この制限は撤廃された。(大島秀之 [2004]、30ページ。)

注29 OECD [2003]、p.13.

注30 OECD [2007]、pp.193～194.

注31 日比EPAでの対日看護師導入については、次を参照されたい。河内優子 [2006]。

注32 こうしたアメリカの移民政策、H1ビザ、H1-Aビザなどの査証制度の変遷については、次を参照されたい。小井土彰宏 [2003]。

注33 <http://www.visalaw.com/news/02102003mbj.htm>

注34 この経緯については、次を参照されたい。岡谷恵子 [2005]、30ページ。

注35 2000年の21世紀米国競争力法に基づき、発給数が従来の11.5万人から19.5万人に拡大するとともに、滞在期間の延長もなされた。(経済産業省 [2004]、125ページ。)

注36 <http://www.phri.com/statistics.htm>, <http://www.statesidenursing.co.uk/nurses/greencard.htm>

注37 山田亮一 [2004b]、219ページ。他に米比関係のネット上など、関連記事は数多い。
(<http://www.nurseweek.com/news/features/04-06/recruits.asp>, <http://www.medskul.com/rgacia/adose65.shtml>)

注38 OECD [2002]、p.37.

注39 Biviano,M.et al. [2002]、p.10.

注40 Buchan,J.et al. [2003]、p.26.

注41 Kingma,M. [2006]、p.31

注42 アメリカでは、高齢者介護施設だけで、5年ごとに3万人ずつの新たな看護師需要が生じると予測されている。だが介護施設では賃金水準が低いため、供給が制限される可能性があり、より一層の看護師不足に陥る可能性が懸念されている。こうした点については、次を参照されたい。安里和晃 [2006]、16～17ページ。

注43 Kingma,M. [2006]、p.32.

注44 海外養成看護師のアメリカでの看護師資格取得のための試験等具体的手続き、ならびに試験結果などについては、次を参照されたい。安里和晃 [2006]、17～20ページ。

注45 https://www.ncsbn.org/LES_2005.pdf

注46 Buchan,J.et al. [2005]、p.18.

注47 英連邦諸国民に対しては、1971年の「移民法」、80年の「国籍法」と、英国出入国規制体制が整備されていったが、それ以前は、彼らはビザなく自由なイギリス流入入が可能だったのである。こうした戦後イギリスの移民政策の変遷については、次を参照されたい。柄谷利恵子 [2003]。

注48 Buchan,J.et al. [2005], p.19.

注49 Bach,S., [2003], p.23.

注50 Ibid.,p.21～22.

注51 最も典型的だったのが待機者リスト (waiting list) 問題であり、たとえば1998年、NHS病院の待機者は100万人を上回る状況であったといわれる。こうした90年代のNHS荒廃に関する具体的諸事例については、次を参照されたい。近藤克則 [2004]、7～19ページ。

注52 看護師の専門性を高め、看護師、医師、薬剤師などの職域の壁を創造的に破壊し、保健医療サービスの統合に向けた試みが進められている。(山田亮一 [2004a]、159～163ページ。) ただしこれに関しては、既述の医師・看護師間のスキル・ミックス再編という観点からの検討も必要であろう。

こうしたブレア政権下でのNHS改革の保健医療関係全般についての概容とその経緯、進捗状況等については、詳しくは次を参照されたい。厚生労働省 [2006]221～225ページ、近藤克則 [2004]、56～110ページ、渡辺満 [2005]、75～199ページ、など。

注53 イギリスの保健医療システムと看護師制度、看護労働の実態等については、次を参照されたい。下平唯子 [2005a]、32～41ページ。

注54 山田亮一 [2006]、18ページ。

注55 Bach,S. [2003], p.22; Buchan,J. [2003],p.25.

注56 Kingma,M. [2006], p.128.

注57 Ibid.,pp.131～132.

注58 こういった政府間協定は、商業的リクルートエージェンシーに関わる諸問題を軽減しやすくなり、また協定内容に具体的なベスト・プラクティスを盛り込める等、政府管理下故の利点への期待も高まっている。(Bach,S. [2003], pp.23～24.) 看護師・介護士導入を盛り込む日本の対フィリピン、インドネシアEPA協定において、参考にすべき先例といえよう。

注59 Buchan,J.et al. [2003], p.20.

注60 Ibid.,pp.20～21.

注61 オーストラリアのような州レベルでの登録国では、複数の州を渡り歩く場合も少なくなく、重複加算による過重評価の可能性に注意が必要である。

注62 Buchan,J.et al. [2003], pp.16～17.

注63 Ibid.,pp.21～22.

注64 Ibid.,p.22.

注65 Percot,M. [2006], p.155.

注66 たとえばサウジアラビアなどでは、語学力や看護の能力などを個別に評価したうえで柔軟に受け入れている。(町田敦子 [2004]、35ページ。)

注67 Percoy,M. [2006], pp.162～164.

注68 Buchan,J.et al. [2005], p.15.

注69 山田亮一 [2006], 16ページ。

注70 アメリカ植民地政府がフィリピンでの看護師教育を正式に制度化した1907年が、その始まりとされる。こうしたフィリピンでのアメリカ方式の看護師教育の移植とその展開については、次に詳しい。Choy,C.C. [2003].

注71 1950年代、冷戦体制下の親米化措置の一つとして、アメリカで“Exchange Visitor Program”が開始され、海外からの専門職移民の受け入れが推進された。そこで最大の流入数を数えたのはフィリピン人であり、エンジニア、医師などとともに、看護師の本格的受け入れが始まった。1956～69年の間、13万1,000人のフィリピン人看護師が、このプログラムに加わったとされる。こうした看護師の国際移動をめぐる米比関係の歴史的経緯については、次を参照されたい。Choy C.C. [2007], pp.560～562.

注72 戦後フィリピンの移民政策、海外雇用政策については、次を参照されたい。小ヶ谷千穂 [2003].

注73 OECD [2003], p.75; Bach,S. [2003], p.4.

注74 フィリピンの保健医療行政と看護師制度、また看護労働の現状等については、次を参照されたい。下平唯子 [2005b], 60～67ページ。

注75 Kingma,M. [2006], p.23.

注76 こうした近年、看護師流出が加速化するなかで急速に悪化しつつあるフィリピンの保健医療現場の実情については、次を参照されたい。山田亮一 [2006], 16～21ページ、渡邊博顕 [2006], 22～26ページ。

注77 Kingma,M. [2006], p.24.

注78 南アフリカでは、農村地域での就労に追加給付を加えたリクルートを行い、また2004年には、該当地域で就労中の現役医療従事者に賃金アップ（医師：22%、看護師：12%）を提示したりしているが、人員不足の解消は容易ではないようだ。（Kingma,M. [2006], p.27.）

注79 Buchan,J.et al. [2005], p.13.

注80 Ibid.,p.14.

注81 ただしキューバからの医師の導入などは、南アフリカとキューバとの間での政府間協定に基づく正規の公的ルートでの導入であり、それはキューバ政府による政策的意図が明確な対外援助にほかならず、他のアフリカ諸国からの流入とは大きく性格が違っている。こうした南アフリカをめぐる複雑な国際保健医療人材問題については、次を参照されたい。Kingma,M. [2006], pp.6～7.

注82 Buchan,J.et al. [2005], p.10.

注83 Ibid.,pp.11～12.

注84 Kingma,M. [2006], p.2.

注85 Ibid.,p.11.

注86 Buchan,J.et al [2004], p.589.

注87 OECD [2003], p.17.

注88 こうした旧植民地関係に基づく言語共通性と医療専門職国際移動との関係については、各所で指摘されている。たとえば以下を参照されたい。OECD [2003], p.8; OECD [2007], pp.176~177; Buchan,J. [2002b], pp.15~16.

また、この観点からしばしば例証として挙げられるのが、イングランド保健省とスペインとの協定に基づくNHSへの集団リクルートの状況である。ヨーロッパで唯一看護師過剰国といわれるスペインから、当初は数千人規模の導入が想定されていたが、実際、殆どそうした規模には至っていない。言語上の困難が最大要因と言われる。(Buchan,J. [2002b], p.15.)

注89 EU内で低調な保健医療労働者移動の一方で、近年、医療ケアを求める患者自体のEU内越境移動が話題になっている。“cross-border patient (越境患者)”の問題である。この点については、次を参照されたい。Tjadens,F. [2002], pp.33~35.

注90 Ibid.,p.16.

注91 旧EU諸国への新規加盟国出身看護師の流入についての統計的把握はまだ困難な面が少なくないが、直近のOECD報告書によると、絶対数ではポーランド、相対数ではリトアニアが最も多く、また、たとえば2005年、イタリアの外国人看護師資格承認数の約半数がルーマニア出身者だったということである。(OECD [2007], p.189.)

注92 Kingma,M. [2006], p.13.

注93 Ibid.,p.12.

注94 Buchan,J.et al. [2003], p.48.

注95 こうした状況からも明らかなように、近年の看護師移動グローバル化を検討するにあたり、最も注目すべきは、まさに今日の動向の鍵を握る主要受け入れ国であり、かつまた主要な送出国でもあるイギリスといわれている。(Ross,S.J.et al. [2005], p.254.)

注96 たとえばジンバブエでは、1998~2000年の新規卒業看護師数は年約340人であるが、2001年、イギリスでのジンバブエ看護師の新規登録数は382人であった。このような数値がジンバブエの保健医療の人的資源状況にネガティブなインパクトを与えていることは明らかであろう。(Buchan,J.et al. [2003], p.34.)

注97 資料上の制約で出生時余命を示せなかったが、こうした諸国のうちには、そもそも15歳まで生きることさえ困難な国が少なくない。

注98 だが表5に示されているように、国外流出率が高い諸国の多くが低所得国ではない。とりわけ7~8割の最も高い流出率を示す英連邦諸国の大半が高位中所得国である。現実問題として、これは看過できない重要な側面である。開発水準が極度に

低い国では、自国での看護師等保健医療専門職者の養成自体が困難なのであり、またそれは裏返せば、海外流出しうる水準の看護師養成には、ある程度の経済開発水準・所得水準が必要ということを意味する。そうであるならばなおさら、わずかに存在する貴重な人材のそうした低所得国からの流出がいかに深刻な問題であるか、再認識させられるところである。

注99 経済学的観点からすると、看護師のような専門職としての養成のための相応の期間とコストを要す労働者の海外流出の場合は、その養成コストが公的負担か私的負担かにより、またその海外流出が一時的か永住のか、さらには送金額により、母国への経済的損益効果が異なる。たとえば民間教育が一般化しているフィリピンとは違い、アフリカの大半の諸国では公費での養成が多いため、出国が長期化する場合など、甚大な財政上の問題になるといわれる。(Martineau,T.,et al. [2002] p.14; OECD [2003], pp.21～22.)

注100 Buchan,J.et al. [2003], p.33.

注101 OECD [2007], pp.178～179.

注102 Eyck,K.V. [2005], pp.86～87.

注103 2000年、たとえばOECD諸国では、スロバキアとスペインの失業率5%を例外として、それ以外では看護師の失業率は限界的で看護師不足の状況にあるとの報告がある。(Simoens,S.et al. [2005], p.18.) また途上諸国の不足状況については、既に多く述べたところである。

注104 OECD [2005], p.40.

注105 Buchan,J.et al. [2005], p.24.

注106 途上国から先進国への看護師移民に関する脱熟練化問題については、次を参照されたい。Bach,S. [2003], pp.17～18.

注107 OECD [2007] p.196.

注108 Bach,S. [2003], p.13.

注109 Ibid.,p.3.

注110 保健医療労働者の海外流出が深刻な多くの途上諸国では、医師や看護師に海外就労前の農村地域での就労等を義務付けたり、ボンディング計画導入によって、借金返済の代わりに卒業後数年間の国内就労を義務付けるなど、国内人員の確保のため、様々な取り組みを行っている。(Martineau,T. [2002], p.14.)

注111 Diamond,D. [2002] p.2.

注112 途上国からの看護師流出が孕む「頭脳流出」の問題性、ならびにその動向の鍵を握る政府方針の重要性に言及し、先進国・途上国間で新たな政府間の仕組み作りを提唱しているのが桑原氏である。人的資源「グローバル・リソーシング」への発想転換、三つのR (Recuitment：募集と出国・Remittance：送金・Return：帰国)の「良いサイクル」の形成が強調されている。(桑原靖夫 [2006], 2～7 ページ。)

(参考文献)

- 安里和晃 [2006] 「米国における外国人看護・介護労働者の現状」『世界の労働』第56巻第9号。
- 柄谷利恵子 [2003] 「英国の移民政策と庇護政策の交錯」駒井洋監修・小井土彰宏編『移民政策の国際比較』、明石書店、第4章。
- 大島秀之 [2004] 「アメリカ：移民国も選択・制限的受け入れへ」『Business Labor Trend』12月。
- 岡谷恵子 [2005] 「米国の看護師制度の概要－医療・看護制度の現状と課題」『世界の労働』第55巻第10号。
- 小ヶ谷千穂 [2003] 「フィリピンの海外雇用政策－その推移と『海外労働者の女性化』を中心に」駒井洋監修・小井土彰宏編『移民政策の国際比較』、明石書店、第8章。
- 河内優子 [2006] 「FTA/EPAと看護・介護労働の国際化－日本の問題として」『九州国際大学経営経済論集』第12巻第3号。
- 上林千恵子 [2006] 「英国の移民政策の現状と課題」『世界の労働』第56巻第9号。
- 桑原靖夫 [2006] 「アジアの人的資源の有効活用に向けて－高度な専門的・技術的労働者の国際移動」『Business Labor Trend』4月。
- 経済産業省 [2004] 『通商白書 2003』。
- 小井土彰宏 [2003] 「岐路に立つアメリカ合衆国の移民政策－増大する移民と規制レジームの多重的再編過程」駒井洋監修・小井土彰宏編『移民政策の国際比較』、明石書店、第1章。
- 厚生労働省 [2006] 『世界の厚生労働 2006』TKC出版。
- 近藤克則 [2004] 『「医療費抑制の時代」を超えて－イギリスの医療・福祉改革』医学書院。
- 下平唯子 [2005a] 「イギリスの看護師制度の概要－医療・看護制度の現状と課題」『世界の労働』第55巻第10号。
- 下平唯子 [2005b] 「フィリピンの看護師制度の概要－医療・看護制度の現状と課題」『世界の労働』第55巻第10号。
- 濱口桂一郎 [2001] 『増補版 EU労働法の形成－欧州社会モデルに未来はあるか?』日本労働研究機構。
- 町田敦子 [2004] 「フィリピン：日本に受け入れ求めるが、看護師不足」『Business Labor Trend』12月。
- 山田亮一 [2004a] 「グローバリゼーションと看護労働力移動－イギリスにおけるフィリピン看護師の現状を通じて－」『名古屋短期大学研究紀要』第42号。
- 山田亮一 [2004b] 「新医療福祉体制と看護労働力移動」社会政策学会編『社会政策学と賃金問題』
- 山田亮一 [2006] 「フィリピン看護労働力のグローバルな移動とその課題」『Business

Labor Trend』4月。

渡邊博顕 [2006] 「看護・介護分野で頭脳流出は起きるのか」『Business Labor Trend』4月。

渡辺満 [2005] 『イギリス医療と社会サービス制度の研究』 溪水社。

Bach,S. [2003], *International Migration of Health Workers:Labour and Social Issues*, ILO.

Biviano M.and Makarehchi,F. [2002], *Globalization and physician workforce in United States*, www.bhpr.hrsa.gov/healthworkforcereports/default.htm.

Buchan,J. [2002a], “Global nursing shortages”, *BMJ*, Vol.324, 30 March.

Buchan,J. [2002b], “What's the connection?: British Nurse Recruitment in an Enlarged EU”, *Eurohealth*, Vol.8, No.4, Autumn.

Buchan,J., Parkin,T. and Sochalski,J. [2003] *International Nurse Mobility:Trends and Policy Implications*, WHO.

Buchan,J. and Sochalski,J. [2004] “The Migration of Nurses:Trends and Policies”, *Policy and Practice*, Vol.82, No.8, August.

Buchan,J., Kingma,M. and Lorenzo,F.M. [2005] *International Migration of Nurses: Trends and Policy Implications*, ICN.

Choy,C.C. [2003], *Empire of Care:Nursing and Migration in Filipino American History*, Duke University Press.

Choy,C.C. [2007], “Philippines”, in Mary C.W. and Ueda,R.(eds.) *The New Americans: A Guide to Immigration Since 1965*, Harvard University Press.

Diamond,D. [2002], *One nation:overseas*, www.wired.com/wired/archive/10.06/philippines-pr.html.

Eyck,K.V. [2005], *Who Cares?: Women Health Workers in the Global Labour Market*, PSI.

Hanhel,R. [1999], *Panic Rules! Everything You Need to Know about the Global Economy*, South End Press.

Kingma,M. [2006], *Nurses on the Move: Migration and the Global Health Care Economy*, Cornell University Press.

Martineau,T. [2002], *Briefing Note on International Migration of Health Professionals: Levelling the Playing Field for Developing Country Health Systems*, www.liv.ac.uk/istm/hsrhome.html

OECD [2003], *International Migration Outlook:SOPEMI 2002 Edition*.

OECD [2005], *Health at a Glance: OECD Indicators 2005 Edition*.

OECD [2007], *International Migration Outlook: SOPEMI 2007 Edition*.

- POEA [2006], *OFW Global Presence: A Compendium of Overseas Employment Statistic 2006*, <http://www.poea.gov.ph/stats/2006Stats.pdf>
- Precot,M. [2006] “Indian Nurses in the Gulf:From Job Opportunity to Life Strategy”, in Agrawal,A.(ed.), *Migrant Women and Work*, Sage.
- Raghuram,P.[2006], “Gendering Medical Migration:Asian Women Doctors in the UK”, in Agrawal,A.(ed.), *Migrant Women and Work*, Sage.
- Ross,S.J., Polsky,D.and Sochalski,J. [2005] “Nursing Shortages and International Nurse Migration”, *International Nursing Review*, Vol.52, Issue 4.
- Simoens,S., Villeneuve,M and Hurst,J. [2005], *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*, OECD.
- Tjadens,F. [2002], “Health Care Shortages: Where Globalisation,Nurses and Migration Meet”, *Eurohealth*, Vol.8. No.3, Summer.
- World Bank [2007], *World Development Report 2007 Edition*.
- http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/index_en.htm
- <http://europa.eu/scadplus/leg/en/cha/c11065.htm>
- <http://www.medskul.com/rgacia/adose65.shtml>
- <http://www.nurseweek.com/news/features/04-06/recruits.asp>
- <http://www.phri.com/statistics.html>
- <http://www.statesidenursing.co.uk/nurses/greencard.htm>
- <http://www.visalaw.com/news/02102003mbj.htm>
- <https://www.ncsbn.org/1236.htm>
- https://www.ncsbn.org/LES_2005.pdf

