

日本における外国人女性介護人材受け入れの現状と課題

—経済連携協定によるインドネシア介護福祉士候補者の受け入れ事例を中心にして—

かけ りえ
鹿毛 理恵*

はじめに

近年、国内のケア領域における外国人人材の受け入れが制度的にも急速に進められている。特に介護・看護などのケア領域は、ジェンダーがあまねく根深く浸透し、直接的に利用者の介護や患者の看護に携わるのは、圧倒的に女性が多い領域と言える。それはデータを見ても明らかである。介護実態調査（平成28年度）によれば、事業所における介護労働者に占める女性の割合は77.9%（女性割合が高い順に、看護職員93.2%、訪問介護員87.5%、サービス提供責任者82.3%、介護職員73.8%、介護支援専門員73.3%、生活相談員61.4%である）であり、同領域における男女比を見ても明らかに女性が多い（介護労働安定センター2017）。

本稿は、経済連携協定（EPA）による看護師候補者・介護福祉士候補者の外国人人材の受け入れ事業の事例を取り上げ、日本における外国人女性介護人材受け入れの現状と課題について検討する。近年、国は外国人の介護人材を受け入れる制度を整えつつあるが、本稿ではEPAによる介護福祉士候補者を中心に議論を進める。なぜならEPAが介護業界に外国人受け入れの道を開いたと言えるからである。また、技能実習制度や創設された在留資格「介護」の外国人人材については、まだ制度的に始め

られたばかりで議論を醸成するのは時期尚早と判断されるからである。

本稿では、まず2.で本研究のテーマに関わる問題の所在を明らかにする。そして3.で、経済連携協定について省庁間のそれぞれの観点や立場、EPA介護福祉士候補者受け入れ制度の成立ちについて概説する。その上で、4.において第一期生からインドネシア人の看護師候補者・介護福祉士候補者の受け入れを続けてきた北部九州にある介護老人保健施設への訪問調査の結果をもとに、外国人女性介護人材の受け入れと育成に関するこれまでの取り組みや課題等について詳細に検討する。同施設では、受け入れの担当者らに聞き取り調査を行うとともに、同施設で働く職員を対象にアンケート調査を実施した。これら調査の分析をもとに、受け入れ施設の視点に立って、介護・看護分野における外国人ケア人材の受け入れの現状を理解し、今後の課題を検討する。

2. 問題の所在

(1) ケア人材の不足

少子・高齢化の進展に伴う労働人口の減少が進む日本では、戦後ベビーブームの団塊世代が75歳以上の後期高齢者になる2025年に、福祉・介護サービスの需要が一層拡大すること、そして福祉業界全体の

*東京福祉大学国際交流センター特任講師、2016/17KFAW 客員研究員

人材不足は深刻化を増すことが予測されている。2000 年 4 月より施行された介護保険制度の法改正 (2007 年) 以後、厚生労働省は地域包括ケアシステムの構築に向けて諸政策を実施してきた。医療・介護サービスの利用者の生活の質を重視しながら、本人の自立を促す介護や在宅での療養を重視する政策傾向が強まっている。

また、高齢者人口の増加により認知症等の理解やターミナルケアの知識は、最も直接的に接することの多い介護に関わる人材に特に求められるようになった。さらに高齢者人口の増加によって、かつては医療従事者のみができる内容とされた行為が、国家資格の介護福祉士にもできるようにと仕事内容の範囲は広がった。この流れの中で医療・社会福祉・民間・地域の連携体制は今後ますます重要になっている。

しかし、高齢化がケアサービスの高度化と多様化に影響を与えたことで、社会の介護人材に対する需要は質的にも量的にも増加した。「平成 27 年度福祉分野の求人求職動向」(社会福祉法人 全国社会福祉協議会 中央福祉人材センター) で示されるように、福祉分野の有効求人倍率は平成 24 年度の 2.24 倍から平成 27 年度には 3.87 倍に上昇している。なかでも高齢者分野では、「介護保険施設以外」の有効求人倍率は 7.24 倍、続いて「介護保険施設」が 2.87 倍、そして児童分野 (保育所) が 2.09 倍など、特に高齢者を対象とするケア人材不足が顕著であることがわかる。

(2) 日本の外国人労働者受け入れ方針

日本は原則的に単純労働者を受け入れない方針である。第 9 次雇用対策基本計画において、専門的・技術的分野の外国人については積極的に受け入れると明記されているが、単純労働に従事する外国人について

は依然として慎重姿勢を貫き、原則的には受け入れないこととしている。そして「日本再興戦略 2016 年 - 第 4 次産業革命に向けて -」では、「移民政策と誤解されないような仕組みや国民的なコンセンサス形成の在り方などを含めた必要な事項の調査・検討を政府横断的に進めていく」としている (内閣府 2016 : 209)。外国人の定住化について日本政府が消極的姿勢であることも、日本の外国人労働者受け入れ政策を理解する上で注視しなければならない点である。

(3) 経済連携協定 (EPA) と外国ケア人材の受け入れ制度の展開

介護の人材確保に関連する課題として、国際化の対応も迫られている。近年のグローバル化の進展によって、社会福祉領域にも急速にその影響の波が押し寄せて来ていることによって、人材確保と質的サービスのあり方に新たな課題が登場した。福祉や医療の現場に海外から外国人人材の受け入れを進める動きが急速に展開している⁽¹⁾。1990 年代以降、急速にグローバル化した国内外の経済社会環境のもとで、通商政策や国際間のさまざまな政府間交渉、開発など国際協力や国際交流活動が活発化するようになった。企業などの民間の国際的な動向を見ても、主に日本側の方が積極的にアジアを中心とする開発途上国に働きかけている。グローバル化時代における社会政策のあり方は、そうした海外展開や市場獲得を目指す企業の影響や、国家間の交渉取引に絡む影響をより強く受けるようになってきている。かつて社会福祉政策は国内的課題として取り組まれてきたものであったが、国内の社会福祉政策の立案時に海外事情や国際関係、経済的便益や費用対効果などを加味しなければならなくなって

きたのである。

なかでも日本は経済連携協定（EPA）を進め、この協定のもとで外国人ケア人材の受け入れを進めるようになった。日本は伝統的に無差別原則に基づく多角的貿易体制を重視し、GATT/WTO 交渉を優先させてきた。1990 年代に入り、多角的ではなく二カ国間や地域との間の枠組みでの自由貿易協定（FTA）の締結を進め始めた。そしてアジアを中心とする新興諸国の成長を取り込むことを目的に、FTA を基礎とし、多国間での世界貿易機関（WTO）協定よりもさらに踏み込んだサービス貿易の自由化を実現できる EPA 交渉を 2000 年代に入ってから積極的に進めたのである。EPA 協定では、物品・サービス貿易の関税障壁等の削減・撤廃のほか、投資ルールの整備、知的財産権の保護、そして人的交流の拡大など、扱う分野が広範囲になる。政府は、政治・外交戦略上の意義を重視し、日本全体の経済利益増進を図ることを目的に EPA の活用を行うとしている。そのために優先地域や経済的効果を考慮することは重要であった。相手国（途上国）の制度整備や人材育成支援として、政府開発援助（ODA）を戦略的に活用することなども盛り込んでいる。2002 年 11 月に初めてシンガポールとの間で EPA を締結し、メキシコやチリ、アセアン諸国などとの間で次々と締結を進めていった。このように、EPA は資源獲得、海外の投資・輸出展開を進める日本企業を支援するような形で交渉が進められた。

そうした流れのなか、2008 年 8 月に EPA のもとでケア人材一期生がインドネシアから初めて来日した。外国人看護師候補者・介護福祉士候補者の受け入れは、もともとケア労働力輸出国としての比較優位の高いフィリピンが 2004 年 2 月に正式に

交渉入りした際に、看護師や介護従事者の受け入れを求める強い要望を出してきた⁽²⁾。EPA 交渉では最初に日本と相手国が要望を出し合うところからスタートする。外務省が中心となって交渉を重ねながら互いの譲歩を引き出すが、日本企業の投資環境の整備や関税などの日本に有利な条件と引き換えに、ケア人材の受け入れに対するフィリピンやインドネシア側から日本に提示されたケア人材受け入れの要望を日本側が受け入れる方向で交渉が進められることとなった。

経済産業省は、経済界の要請を受けて国内労働市場の柔軟な需給システムや、企業の海外展開や輸出市場の拡大につながる貿易・市場の自由化を重要課題としていた。一方、看護や介護の業界を所管し、介護福祉士の国家資格を創設した厚生労働省にとっては、国内労働市場を開放することで危惧されるさまざまな社会的なコストが大きな懸念事項であった。しかしながら、結局は渋々とその交渉結果の内容に従ったという経緯があった（布尾 2016：14）。また、受け入れ後は厚生労働省が外国人候補者の研修・就労に責任を持つことになるため、外務省や経済産業省とは異なり、厚生労働省の対応はどちらかと言えば消極的姿勢であったといわれる。明石は日本の EPA 政策に関わるステークホルダーについて、外務省や経済産業省のような「開国派」と厚生労働省のような「鎖国派」の両者が存在すると表現した（明石 2010：261）。また、法務省は入国管理の枠組み内において問題なければ導入に反対はしないという立場であった（安里 2016：39）。単純労働者の受け入れを認めないとする入国管理体制のなか、EPA 外国人ケア人材受け入れをめぐる省庁内の妥協策として、看護師候補者および介護福祉士候補者が日本で就労する条

件として、国家資格の取得が義務づけられた。

EPA による外国人看護師候補者・介護福祉士候補者の受け入れは、始まった当初、国民の合意形成があったとは思えない状態で、いわばトップダウン的に進められたところがあったが、高齢者人口の増加に伴う介護や医療などの社会保障費負担増に対する危惧が政府報告書やメディア等で盛んに取り上げられるようになると、外国人介護人材の受け入れに対して肯定的議論を展開する風潮も強まっていった。現場では介護人材獲得の難しさなどが報告されるようになった。さらに少子化と介護福祉士の国家資格認定制度の変容によって 2008 年頃より、日本人学生の入学者数が激減し、介護福祉士養成校の定員割れと学科の廃止が目立つようになった。すると外国人留学生で補填しようとする動きが見られるようになった。つまり、介護福祉士養成校を卒業し、介護福祉士国家資格を取得した留学生に対し、国内で介護福祉士として業務が可能となる環境を整えるための在留資格「介護」の創設が制度設計されたのである。それは 2017 年 9 月から実施が始まっている。さらに、2017 年 11 月 1 日には、「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律(平成 28 年法律第 89 号)」が施行され、あわせて介護職種が対象職種に追加された。こうして EPA による受け入れが始まって以降は、少子・高齢化に伴う労働人口減少に対する危惧から、外国人介護人材の受け入れ制度が整備された。

EPA による外国人ケア人材は、もともと労働者不足を補うものではないというのが制度の成り立ちである。その後制度設計された在留資格「介護」や「技能実習」での受け入れは、政府間交渉を基軸とする EPA によるものよりも、より民間主導型

で進められ、施設にとっても選択肢の幅が広がる受け入れのあり方と内容になっている。今後は、外国人ケア人材受け入れのなかで EPA の受け入れ枠組みがどう変容していくのか、注視が必要であろう。

(4) 文化とジェンダーに関わる外国人 人材受け入れの課題

日本社会において、ケアサービスの高度化とその質的担保は重要課題である。介護は経済発展に伴って生じた高齢化による現代的で社会的な活動である。また、介護は文化的特徴が色濃く現れる行為である。文化や生活環境の異なる海外で育った外国人が、日本で良質な介護を行えるようになるには、本人のケアの精神や姿勢をベースに、介護技術や知識はもちろんのこと、日本の生活文化への理解と経験、日本語力やコミュニケーション力が必要である。さらに、受け入れた施設は、外国人も日本人も同等の待遇とすることが必要であり、スタッフも外国人ケア人材も協調や協力姿勢、介護サービスの提供者としての意識の醸成が必要である。

しかしながら、介護にはジェンダーも深く関与する。介護現場において、直接的に接するケア人材の多くは女性である。なぜなら、現場の声を聞くと、利用者の多くは高齢の女性で、入浴や排泄のときに同性の介護職員を希望する声が多いという。しかし、介護は移乗動作など労力の必要な場面が多い。また認知症を患う男性利用者の中にはセクハラまがいの行為に及ぶケースもあるため、女性介護職員自身は男性介護職員の力を必要と感じる場面が少なくないと言われている。

また、EPA 候補者は、看護師または介護福祉士の国家資格を取得すれば、在留資格「特定活動」として何度でも在留資格の

更新が可能であることから、定住化への道が約束されている。高度人材の定住化は日本社会にとっても好ましいことであるが、そのためにも外国人看護師候補者・介護福祉士候補者が日本の文化に対して好意的になることが望ましい。優秀な EPA 候補者には将来的に施設運営や後輩の指導や育成の責任者としての役割を担うことも期待できる。しかしながら、EPA 候補者の多くは独身の女性である。定住には家族形成という観点も必要になる。その際に、「男性稼ぎ手」モデルが社会の価値観に根強く残る日本やアジアにおいて、彼女たちの配偶者となる夫の日本国内での社会的な地位も、彼女たちのような高度人材が定住するか否かを選択する大きな判断材料になる。このことも、今後の外国人高度人材の受け入れを考える上では重要な課題である。

3. EPA に基づく外国人介護人材の受け入れ動向

(1) 受け入れスキーム

候補者の受け入れを適正に実施する観点から、公益社団法人国際厚生事業団 (JICWELS) は日本国内の医療法人、社会福祉法人等を対象に候補者のマッチングなどのあっせん等業務を行う日本唯一の受け入れ調整機関として位置づけられている。現在、EPA スキームによる外国人看護師・介護福祉士候補者の受け入れは、インドネシア (日尼経済連携協定)、フィリピン (日比経済連携協定)、ベトナム (日越交換公文) の3国である。それぞれ候補者となる条件や訪日前研修等に違いがある。例えば、日比 EPA の場合、2009 年度および 2010 年度において介護福祉士コースには就労コース以外に「就学コース」というものが存在した。2004 年からの交渉

で外務省は、フィリピンに対し、候補者が介護福祉士養成課程を修了すれば資格が取れる旨の説明を行っていた。しかし、2007 年の社会福祉士及び介護福祉士法の改正で養成校修了者への免除規定が一時的に取りやめになった。そのため、それ以降、日比 EPA で就学コースの受け入れはなくなっている (寺本 2010 : 57)。2005 年 7 月から交渉開始となった日尼 EPA や 2007 年 1 月から交渉入りしたベトナムでは、就学コースは最初から交渉内容から除外され、介護福祉士候補者たちは全員介護施設で働きながら現場経験ルートで国家試験合格を目指すことになった。また、ベトナム人の場合には、フィリピン人やインドネシア人よりも長い 12 カ月間の訪日前日本語研修があり、日本語能力試験 N3 以上の取得者のみ、JICWELS による雇用契約締結のためのあっせんを受けられる。逆に訪日後は 2.5 カ月の日本語研修期間であり、他の二国よりも短い。

次に、日本とインドネシアの EPA を取り上げ、具体的な受け入れスキームを見ていく。日尼 EPA は 2008 年 7 月 1 日に発効している。インドネシア側の送り出し調整機関はインドネシア海外労働者派遣・保護庁 (NBPPIW) である。看護師コースの候補者はインドネシアで看護師として 2 年間の実務経験が必要である。日本語能力試験 N2 程度以上の日本語能力がある場合は JICWELS のあっせんを受け、日本国内の病院等で雇用契約に基づき就労・研修が可能である。日本語能力がない場合は訪日前 6 カ月と訪日後 6 カ月の語学研修を受け、N5 相当以上の者のみが JICWELS のあっせんを受けて入国できる。入国から 3 年間、3 回まで看護師国家試験の受験が可能である。在留期間は最大 3 年となる。合格すれば在留期間の更新回数に制限なく、在留資

格「特定活動」の日尼 EPA の看護師として就労することができる。一方、介護福祉士コースは高等教育機関（3年以上）を卒業しており、かつ、インドネシア政府による介護士の認定を受けているか、またはインドネシアの看護学校（3年以上）の卒業者であることが条件である。看護師候補者と異なり現地就労経験は問われない。

日本語研修については看護師候補者と同じである。ただし、介護福祉士国家試験は 4 年目に 1 回受験する。在留期間は最大 4 年である。合格すれば介護福祉士として就労でき、在留期間の更新回数に制限なく、在留資格「特定活動」により介護福祉士として就労することができる。看護師候補者が 3 回とも不合格だった場合または介護福祉士候補者が 4 年目の受験で不合格だった場合は帰国しなければならないが、帰国後に短期滞在で再度来日して国家試験を受験することは可能である。また、不合格になったとしても一定の条件を満たせば候補者の滞在期間を 1 年に限り延長することが、2011 年 3 月に閣議決定している。

詳細な受け入れ要件も定められている。介護福祉士候補者の受け入れについて、施設側に課せられた要件について見ていくと次のようなことがある。受け入れ施設は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等の介護施設(定員 30 名以上)、老人デイサービスセンター、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)等の施設である。さらに、養成施設の実習施設と同等の体制が整備されていることが必要である。また、介護職員の員数が法令に基づく職員等の配置基準も満たさなければならない。常勤介護職員の 4 割以上が介護福祉士の資格を有する職員であることが条件である。2012 年 2 月 14 日に厚生労働省は、それ以前までならば EPA 候補者は介護職員としてみなさな

かったが、介護報酬の算定において一定条件のもとに介護職員として認める方針が決まった(安井・ルディアント 2012: 13)。具体的には、受け入れて就労開始した日から 6 カ月を経過した介護福祉士候補者又は N1 か N2 に合格した候補者は配置基準上、職員等として算定する取り扱いになっている。ただし、施設運営に必要な職員数には EPA 候補者を含めることはできない(安井・ルディアント 2012: 15)。さらに、過去 3 年間に、外国人の就労に係る不正行為がないこと、EPA 受け入れで義務づけられた報告拒否や不当な遅延がないこと、巡回訪問を拒んだことがないことなどが盛り込まれている。

さらに、受け入れ施設には、研修要件が細かく義務づけられている。例えば、介護福祉士国家試験に配慮した研修計画が作成されていることや、体制が整っているかどうか、研修責任者には 5 年以上の介護業務経験があり介護福祉士の資格を有すること、候補者の日本語の学習支援や職場や生活環境への適応の支援などが定められている。その他、雇用契約要件(同等報酬の確保)、宿泊施設や帰国担保措置、報告要件、巡回訪問協力要件などが受け入れ施設には義務づけられている。

(2) 受け入れの実績

インドネシアからは 2008 年度、フィリピンからは 2009 年度、ベトナムからは 2014 年度から受け入れがそれぞれ始まった。2008 年から 2016 年までに受け入れた看護師・介護福祉士候補者の累計を国別で見ると、インドネシア 1792 名、フィリピン 1633 名(内 37 名は就学)、ベトナム 470 名であり、職種別の累計を見ると、看護師候補者 1118 名、介護福祉士候補者 2777 名である。これまでの累計総数は

3895名となる。図1が示すように、看護師候補者の受け入れは横ばいだが、ベトナム人の受け入れを開始させた後に介護福祉士候補者の受け入れ数が拡大している。外国人介護人材の受け入れが2010年代半ば以降、急速に進んでいることがわかる。

国家試験合格率の推移を見ると、看護師国家試験では第一期生のインドネシア人について82名が受験したが合格者はいなかった。しかし2年目以降から次第に合格率を上げ、2011年の13.2%をピークに5～11%台で推移している。フィリピン人も受け入れから2年目までは合格率1%前後で推移したが、後に7～11%台で推移している。ベトナム人については入国前にN3レベルの日本語力を要求するなどもあ

り、1年目は合格率5%、2年目は41%であった。介護福祉士国家試験については、入国から4年目に受験する。そのため看護師と比較すると合格率はインドネシア人もフィリピン人も30%前後から60%近くに達している。介護福祉士国家試験の場合には、特にインドネシア人の候補者の方がフィリピン人よりも平均して合格率は10ポイントほど高い傾向が見られる。平野ほかの調査結果から、このような合格率の差は、インドネシア人候補者は来日前の日本語研修を早い段階から始めたことや、インドネシア政府がより積極的に送り出しに取り組んでいることなどが影響しているものと考えられる。しかし、インドネシアにせよ、フィリピンにせよ、日本の社会や文化

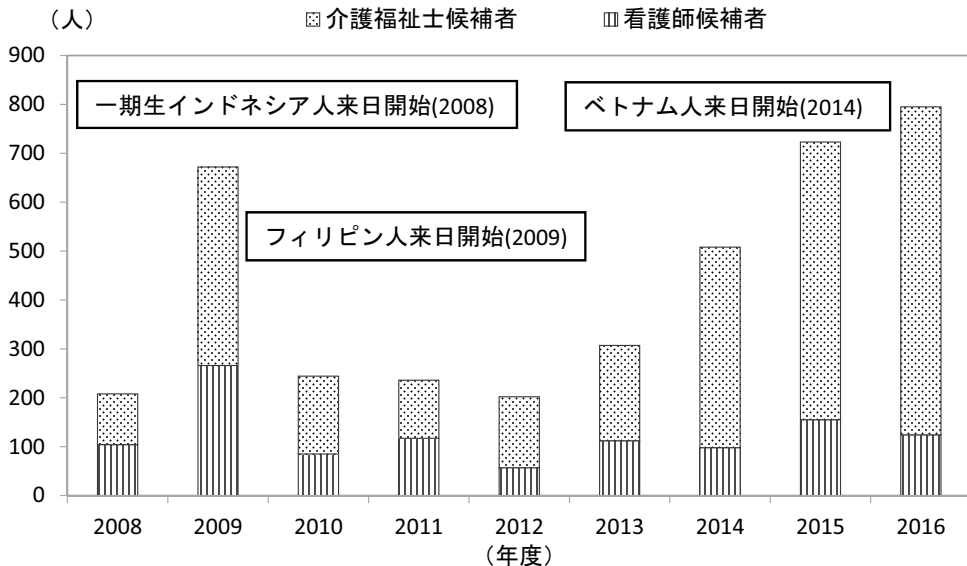


図1. 外国人看護師・介護福祉士候補者の受け入れ実績の推移

(出所) 厚生労働省「(雇用・労働) インドネシア、フィリピン及びベトナムからの外国人看護師・介護福祉士候補者の受け入れについて」(平成29年9月1日時点のデータ)をもとに作成。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/other22/index.html
(2017年10月8日アクセス)

に対する理解一般については、あまり差がないとみてよいとの見解である (平野ほか 2010: 160-161)。

4. インドネシア人ケア人材の受け入れ施設の事例

(1) 施設 Y の受け入れ実施

① 調査方法

本研究に当たって、北部九州にある某県 K 市に所在する介護老人保健施設 (以下、施設 Y) の協力を得て、2017 年 2 月 25 日から 8 月 8 日にかけて、施設 Y に対して 2 回の訪問聞き取り調査と、2 月 25 日から 6 月 5 日まで施設 Y で働く日本人スタッフに対するアンケート調査を実施し、230 名のうち 86 名からの回答 (回答率 37%) があつた。また、2017 年 2 月と 3 月にインドネシア人看護師 3 名・介護福祉士候補者 7 名に対して聞き取り調査を実施している。施設 Y における EPA 介護福祉士候補者の受け入れ、学習支援、受け入れ費用、候補者に対する評価 (2017 年に実施された施設内部調査の結果) などは、副施設長、EPA 介護福祉士受け入れ担当者、看護師長から聞き取った内容および提供された資料などをもとにまとめた。

② 施設 Y における EPA 介護福祉士候補者の受け入れ

施設 Y は、高齢者が 3.5 人に 1 人という高齢化率の高い地域にある。そのため、施設 Y は地域の保健・医療・福祉の連携体制をとる包括的システムを構築する社会医療法人の管理運営下において、地域の介護ニーズに応えるために、高齢者への介護サービス、介護予防・生活支援のための保健福祉サービスを提供する施設として機能している。施設 Y は 2017 年 6 月現在において、職員 230 名を抱え、医師 1 名、看護

師 37 名、介護職員 121 名、リハビリ職員 13 名、介護支援専門員 12 名、栄養・調理職員 13 名で運営されている。認知症ケアリーダーの体制も整っており、高齢者ケアの専門家もそろえている。

副施設長の話によれば、法人の理事長が国際協力と国際交流に貢献することを目的として、2008 年度に来日した第一陣のインドネシア人看護師候補者 2 名を法人グループの病院で受け入れを開始し、それから 2015 年まで毎年 2 名ずつのインドネシア人看護師候補者を受け入れてきた。2012 年度からは、新たに施設 Y においてインドネシアから介護福祉士候補者を 2 名ずつ受け入れることになり、2015 年に 4 名を受け入れて以降は、病院で受け入れてきた看護師候補者同様、受け入れを一時的に中止している。施設 Y は、2015 年からは国家資格に不合格だったものの 1 名の延長を受け入れてきた。2016 年度は初めて介護福祉士国家試験の合格者が 1 名あり、現在は施設 Y 内の本人が希望した部署で働いている。合格者は 2015 年度に不合格となったものの延長した者である。2016 年度介護福祉士国家試験で不合格になった者が 2017 年度の再受験に向けて延長申請を行い、施設 Y は受け入れている。

介護候補者の受け入れ担当者の話によれば、これまでに法人は病院で看護師候補者を 16 名、施設 Y は介護福祉士候補者を 10 名受け入れてきたという。全員女性である。全員が女性になった理由は、マッチングの時から女性ばかりであること、施設の利用者などから女性による介護を希望する声が多いこと、新たに男性候補者を受け入れると、職員寮の確保や人事管理などで新たな費用が生じることなどが挙げられた。

2017 年 6 月現在において、7 名のインドネシア人介護福祉士候補者がいるが、全

員に食事介助、口腔ケア、排泄介助、移動介助、入浴介助、着脱介助、シーツ交換・環境整備、与薬、申し送り、月例会議への参加、レクリエーションの実施などの業務を行わせている。しかし7名のうち1名だけが介護記録がまだうまくできないので、本人にその業務はやらせていないとのことであった（副施設長およびEPA介護福祉士候補者の担当者への聞き取り調査、2017年8月8日）。

③ 学習支援

学習支援については、表1のスケジュールの通りに施設内学習を実施している。施設の職員が専門知識や技能等を教えるほか、外部から講師を招いて受け入れ条件に沿って、業務時間内で学習時間を確保するようにし、候補者に国家試験対策につながる学習機会を毎週与えている。業務時間中に候補者たちが介護福祉士国家試験対策の学習のために、業務中に抜け出すことになる。このことについて、筆者による日本人職員86（対象者全体数230名）名に対してアンケート調査を実施したところ、次のような意見が出された。日本人職員たちが候補者に対して、「一生懸命勉強してほしい」「勉強時間を増やしてあげた」と回

答したのは全回答の43%、「仕方ない」は26%、「正直困る」は18%、「出る際に一言欲しい」は5%であった。施設内学習以外にも、大阪などで行われる全体研修会などへの参加もある。

④ 施設にかかる受け入れ費用

副施設長の話によれば、EPA候補者を受け入れるに当たり、学習支援だけでなく、施設には実にさまざまな費用負担が必要になる。施設Yの担当者はベトナムの例を参考にしながら、インドネシア人候補者の受け入れ費用について次のように説明した。なお、ベトナムの金額はインドネシア人候補者を受け入れた場合とあまり変わらない額との説明であった。

まず、初めて受け入れる場合、JICWELSに対して施設は1人の候補者に対し3万円、2人目以降になると2万円を求人申込手数料として支払わなければならない。また、現地にいる候補者希望の者とのマッチングが成立すると、あっせん手数料として施設はJICWELSに1人当たり約13万円を支払わなければならない。次に現地の送り出し機関に対しても、管理費として候補者1人当たり約5万円。その他、初期介護技術研修で候補者1人当たり10万円。

表1. 施設内学習のスケジュール

学習内容（担当者）	曜日	時間	候補者	クラス規模
国家試験対策・専門科目 （外部の短期大学教員）	火	15：00～17：00	H25/26年度	3名
日本語 （外部の元中学校国語教員）	火	14：00～16：00	H27年度	2名
専門知識・技能等 （施設Yの看護師）	月・水・金	14：00～16：00	H27年度	1対1
		16：00～17：00	H25/26年度	1対1
専門知識・技能等 （施設Yの副施設長・師長）	月・水・金	11：00～12：00	H26年度	1対1
		16：00～17：00	H25/26年度	1対1

（出所）施設Yが実施している学習支援資料（同施設提供）より。

（注）受験年度には介護技術講習会を受講させている（65,000円/人）。

日本語研修実施機関にも候補者 1 人当たり 26 万円である (詳細は国際厚生事業団 (2017))。また、渡航費用として候補者 1 人当たり約 7～8 万円である。訪日後は、日本語・介護研修費用として候補者 1 人当たり 136 万円、滞在管理費として国家資格取得前ならば年間 1 人当たり 2 万円、国家資格取得後ならば年間 1 人当たり 1 万円である。帰国する場合には、渡航費用として 1 人当たり 7～8 万円になる。これらを候補者 1 人当たりで合算すると、初年度は約 110 万円、2 年目以降は 30 万円、最終年では帰国の場合に 100 万円となる。

また、施設が候補者 1 人を受け入れる際に、上記以外にも生活支援や学習支援も必要になる。施設 Y のケースでは、生活支援について、マンションの家賃が月々約 12 万円 (1 部屋 2 名でシェア)、マンションの備品等が約 40 万円 (内訳 TV、冷蔵庫、洗濯機、家具、ベッドと寝具、エアコン、生活用品等)、約 1 万円の自転車を施設は無料で提供しているという。施設内学習に掛かる教育研修費用として、外部講師謝金が年間約 95 万円、施設内職員への換算 (時間給与で算定) が約 115 万円、研修会参加経費が約 30 万円ということであった。教育研修費用は国から出される補助金 (1 施設候補者 1 人当たり年間 23 万 5 千円以内、および 1 施設研修担当者の手当 8 万円) を充てて実施しているとのことであった。

⑤ 施設 Y 職員との交流状況

筆者が施設 Y の職員に対して実施したアンケート調査によると、業務時間以外での EPA 候補者との交流機会でも多かったのは、施設内で過ごす休憩時間の会話程度であった。休憩時間中に会話をよくすると回答した職員は全体の約 16% であった。時々休憩時間に会話すると回答した割合は約 45% であった。職場で一緒に食事

をとるかどうかについて、日本人職員の約 14% がよくあると答え、約 22% が時々ある、そして全くないと回答したのは約 64% を占めた。仕事終わりの付き合いについても、約 87% の日本人職員が全くないと回答している。自宅に招くかどうかについても、わずか 2% の日本人職員が時々あると答えた程度で、98% の回答は全くないと答えている。また、EPA 候補者の LINE や携帯番号などを知っているかどうかについて、約 15% 前後の日本人職員が知っていると答えた。このように EPA 候補者との職場外での交流は一部の特定の日本人職員だけがやっている程度であった。

また、筆者がインドネシア EPA 介護福祉士候補者に対して行った聞き取り調査によると、初期に来日した候補者たちは、時々、比較的高額の食事会などに誘われることがあったが、候補者の数が増えるに従って、食事会に誘われる機会が減ったということであった。後発に来日した候補者は、先発来日の候補者たちのことがうらやましいという意見が出た。また、彼女たちの大半が宗教 (キリスト教) 的に飲酒に対して厳しい忌諱意識がないため、たしなむ程度で日本人との酒席の打ち上げなどには参加するなど、日本的な交流会に対して理解がみられた。多くの日本人同僚たちは親切なのだが、ごく一部の日本人の中に、職場内ではあいさつ等してくれるが、職場外で会ったときに、声をかけても全く他人のふりをされることが時々あったという話も聞かれた。

(2) 施設 Y における EPA 介護福祉士候補者に対する評価

① 現場職員による業務評価

施設 Y では独自に、介護福祉士の資格を有す現場職員を中心に、EPA 介護福祉士

表2. 現場職員によるEPA介護福祉士候補者7名に対する評価

質問項目	業務評価	該当する候補者数
業務水準状況 (総合的評価)	日本人職員とほぼ変わらない	2名
	職員が付き添い指導すれば概ねの業務に対応可	2名
	職員が付き添い指導すれば一部の業務に対応可	3名
口頭指示の理解力	問題なく実施できる	2名
	平易な言葉でゆっくり指示すれば概ね実施可	3名
	平易な言葉でゆっくり指示しても一部業務に支障有	2名
引き継ぎ・申し送りの 理解力	平易な言葉でゆっくり行えば概ね理解可	5名
	平易な言葉でゆっくり行っても一部業務に支障有	2名
介護記録・申し送り等 の記載内容理解力	概ね理解可	6名
	あまり理解できない	1名
利用者・家族の評価	概ね良好	5名
	ふつう	2名
日本人職員の反応	良好	2名
	概ね良好	1名
	ふつう	2名
	あまり良くない	2名

(出所) 施設Yが2017年に実施した独自の評価結果資料より。

候補者7名それぞれについて、評価項目のもとそれぞれの重要な介護業務について、どの程度のレベルに達しているかについて評価を行っている。その結果の資料について副施設長より開示提供があり、表2にまとめた。

施設Yの受け入れ担当者の話によれば、業務評価が高い候補者は滞在3年目に入る者である。日本語だけでなく、方言への理解も深まり、業務中の口頭指示にも問題なく対応できるまでになっている。現場で一人前に働ける力がついているという。しかしながら、やはり引き継ぎや申し送りは難易度が上がるようで、特に大事な内容については、職員側も注意してできるだけ平易な言葉でゆっくりと話すことが必要という認識を持っていた。また、まだ1年目程度の候補者の場合、日本語に自信がなく、「はい、はい」と答えるだけで、本当に理解しているかどうか疑わしいときがあるとい

う。そして実際に後になって、候補者が理解していなかったことで業務に支障をきたすことが幾度かあったという。さらに難易度が上がるものとして、記載された介護記録や申し送りのメモなどを読んで理解する力であるが、実際には1人を除いて全員が概ね理解することができる。そのため、記載記録の理解力の弱い候補者には極力、この業務に関連することはさせていないという。利用者や利用者の家族からの反応を見ると、概ね良好といえる。

しかし、日本人職員の目線からみると、大体において問題ないのだが、2名の候補者が働く意欲や姿勢、利用者に対する態度などが悪いという。職員によると、候補者2名は学生気分が抜けきれていないところが強く、学習時間をもっと伸ばして欲しいと訴えてくるという。さらに、職員たちからは、「日本人と同じだけの給料をもらっているのだから、それに見合うだけの仕事

に打ち込む姿勢や責任感を持って欲しい」という不満の声がよく上がるということであった。担当者によれば、概ね候補者たちは仕事を真面目にしているが、看護資格を持つ候補者たちからすれば、もっと看護師の資格を活かした仕事をしたいという不満や、もっと勉強できると思っていたなど、一部の候補者たちがインドネシアで学んだ看護学の知識をあまり活かせずに介護業務(入浴介助などの肉体的に負担の多い業務)ばかりの毎日に対して不満を持ち続けるなか、日本人職員が見るとそれが不真面目な態度に映るのではないかということであった。

5. おわりに

2000年代半ば以降、急速に外国人介護人材受け入れの制度構築が進められてきたが、日本の高齢化の現状を踏まえると、外国人介護人材の需要は今後間違いなく拡大する可能性がある。しかしながら、国に現行の外国人単純労働者の受け入れを認めないという揺るぎない方針があることによって、EPAのように経済活動による連携強化や国際交流の深化という建前で外国人介護人材受け入れが始まり、日本の雇用環境に影響がない範囲でその制度は続けられている。その後の外国人ケア人材の受け入れ制度についても、「技能移転」や「高度人材」に寄せた制度設計で受け入れ制度が構築されたものになっている。

平野ほかの調査結果によれば、EPA 候補者たちの来日動機として「自分のキャリアを伸ばしたいから」はほぼ 100%の選択率であった(平野ほか 2010: 156)。EPA 候補者の母国では日本の介護技術は社会でのニーズはそれほど高くはない。ここに施設側と候補者側との何らかの思惑の乖離かいりが

生じる可能性がある。また、施設 Y での聞き取り調査の中で、「あれだけ一生懸命に指導して支援して、お金もかけたのに、彼女たちには定住して、お世話になった施設に恩返ししようという気持ちもなく、ただ帰りたいからと言って帰って行くのはとても残念だ」という意見があった。しかし、彼女たち自身にも結婚や家庭を築くなどの人生を謳歌する権利がある。そもそも EPA による受け入れ自体が、海外展開を拡げる企業の経済利益の獲得を保障するために設計された制度であり、外国人ケア人材の受け入れはいわば妥協の産物だったということを考えて、もともと日本国内の外国人ケア人材の受け入れ施設の実情にマッチするような制度設計ではないと言えよう。施設 Y でも、教育・研修のための時間や費用の軽減が期待できる養成校出身の在留資格「介護」を持つ外国人ケア人材や、技能実習制度で介護職種での受け入れが始まる技能実習生の受け入れについて、EPA による受け入れ制度よりも、施設側としては、受け入れ条件が緩和されるなど魅かれる部分があるという意見が出ていた。今後さらに高齢化の影響が予測されるなか、外国人ケア人材の受け入れ状況とそのあり方がどのように変容していくのか、受け入れ側とケアワーカー側の文化的差異や期待、ジェンダー視点なども踏まえ、注視が必要である。

* 謝辞

本研究の調査にご協力くださった Y 施設の職員の方、またコメントをくださった査読者の方に感謝します。

注

- (1) 在留資格「医療」での外国人の医師や看護師の入国は経済連携協定(EPA)以前から認め

られていたが、いずれ帰国することが前提となっていた。

- (2) 2008年8月に一期生として来日したなかにフィリピン人の姿はなく、インドネシア人の一団のみであった。その理由には、フィリピン上院が日本とのEPAを長らく批准せずにいたことが大きい。批准審議が難航した原因には、日本からフィリピンへの産業廃棄物持ち込み問題や、在留資格「興行」での受入れを日本政府が厳格化したことなどが影響したといわれる(明石 2010: 262)。また、2004年からスタートしたフィリピンとのEPA交渉時に外務省は、来日する介護人材は介護福祉士養成学校に入学し2年後はほぼ確実に介護福祉士の資格が取得できると説明していた。しかし、2007年の社会福祉士及び介護福祉士法の改正によって養成校を通じた国家試験免除はなくなってしまう。その措置として、国家試験不合格者でも養成校を出ていれば准介護福祉士なる資格が一時的ではあるが与えられることとなった(寺本 2010: 57)。

参考文献

- 明石純一 (2010) 「入国管理政策：『1990年体制』の成立と展開」、ナカニシヤ書店。
- 安里和晃 (2016) 「経済連携協定を通じた海外人材の受け入れの可能性」日本政策金融公庫総合研究所『日本政策金融公庫論集』第30号、35-62。
- 介護労働安定センター (2017) 「介護労働者の現状について(平成28年度介護労働実態調査)」、「平成28年度図表解説介護労働の現状」。
<http://care-net.biz/kaigo-center/hp/chosa.html> (2017年10月8日アクセス)。
- 国際厚生事業団 (2017) 「平成30年度版 EPAに基づく外国人看護師・介護福祉士受入れパンフレット」。
https://jicwels.or.jp/files/EPA_H30_pamph-r.pdf (2018年1月9日アクセス)。

- 中央福祉人材センター (2016) 「平成27年度福祉分野の求人求職動向：福祉人材センター・バンク職業紹介実績報告」社会福祉法人全国社会福祉協議会中央福祉人材センター。
- 寺本雅夫 (2010) 「第2章 日本の介護職員の需給予測と介護福祉士育成の歴史と課題」塚田典子(編著)『介護現場の外国人労働者：日本のケア現場はどう変わるのか』、44-65、明石書店。
- 西口守 (2017) 「福祉サービス従事者の人材難はなぜ起きるのか—その実態、要因、対策、そして課題—」公益財団法人日本知的障害福祉協会『さぼと』第64巻第4号、11-14。
- 布尾勝一郎 (2016) 「迷走する外国人看護・介護人材の受け入れ」ひつじ書房。
- 平野裕子・小川玲子・大野俊 (2010) 「2国間経済連携協定に基づいて来日するインドネシア人およびフィリピン人看護師候補者に対する比較調査：社会経済的屬性と来日動機に関する配票調査結果を中心に」『九州大学アジア総合政策センター紀要』第5号、153-162。
- 古田勝美 (2016) 「介護事業のグローバル人材活用術」幻冬舎。
- 安井悠介・バンバン・ルディアント (2012) 「経済連携協定におけるインドネシア人看護師・介護福祉士候補者受け入れ制度とその提言」『和光経済』Vol. 45、No. 1、9-16。

〈注記〉本論文は研究本体のテーマに関わり、「KFAW調査研究報告書」(VOL 2017-2)で詳述する調査結果の一部を検討・分析し、同テーマの基で「研究論文」として執筆したものである。