

情報化・サービス化と外国人労働者に関する研究
Discussion Paper No.6

経済連携協定(EPA)と外国人ケア・ワーカーの 受け入れ

宣 元錫

2007.2.

一橋大学大学院社会学研究科・総合政策研究室

経済連携協定(EPA)と外国人ケア・ワーカーの受け入れ

ソン・ウォンソク (宣元錫)

中央大学兼任講師

はじめに - 看護・介護分野の「フィリピン・ショック」 -

「フィリピン人看護師・介護士受け入れへ」とマスコミをにぎわせた、日本とフィリピン経済連携協定(A Japan-Philippines Economic Partnership Agreement、以下、日比 EPA という)は¹、近い将来日本人の高齢者が外国人にケアされる日が来ることを日本社会に知らしめた象徴的な出来事であった。

周知の通り、日本の在留資格には介護業務を活動目的とする外国人が入国・就労する枠組みがない。看護師の場合は在留資格「医療」の一部として認めているものの、該当する外国人がほとんどなく、実際にこの在留資格で入国・就労している医師や歯科医師など医療関係者を含めても年間の新規入国者が 10 人にも満たない極めて制限的な枠組みである。最近規制緩和の流れの中で、在留資格の基準が緩和される制度変更がなされたが、一般市民が病院などで外国人看護師にケアをうけるとは程遠い狭い枠組みにとどまっている。

一方、介護士の場合は入国・就労する枠組みすら存在しない。介護分野は、外国人労働者の受け入れ政策に関して、積極的に受け入れるとしている専門技術職でもなければ、実質非熟練労働者の受け入れ枠組みとして機能している外国人研修・技能実習生制度の対象職種にも含まれていない²。それにもかかわらず、国内の介護現場ではすでに外国人が働いている。日本で働くことに制限のない日系人や日本人の配偶者などの外国人が介護サービス分野に就労している(小幡、2005)。ただし、本稿では「看護・介護分野の外国人労働者」とは断りが無い限り、日本で働くことに制限のない外国人を除く、この分野での就労を目的としている外国人労働者に限定して議論する。この二つのグループは看護・介護の現場で働くことは同じであっても、外国人労働者受け入れ政策の視点から見ると、その意味合いの差は大きい。

看護・介護分野において「フィリピン・ショック」と呼ぶにふさわしいこの出来事は、日比 EPA に限ることではあったにもかかわらず、長年議論されてきたこの分野の外国人労働者

¹日比 EPA は、2004 年大筋合意された後、2006 年 9 月に両国の首脳により正式に署名された。2006 年の合意については、経済産業省「日・フィリピン経済連携協定の署名について」(2006 年 9 月 11 日)、大筋合意については、外務省、「共同プレス発表、日本フィリピン経済連携協定」(2004 年 11 月 29 日)を参照されたい。

²研修生から技能実習生への移行対象職種は製造業と建設業を中心に 62 職種 114 作業に限られている(2006 年 10 月 1 日現在)。外国人研修・技能実習生制度は制度的枠組みとして「人材育成」を通じた「技術移転」と「国際貢献」を目的としているが、実質非熟練労働者の受け入れ枠組みとして機能している(宣、2003)。

働者受け入れが現実になったという意味で大きな転換点といえる。特に 2004 年フィリピンとの EPA 大筋合意が発表された時点と前後して、様々な方面からの意見と主張が噴出し、社会的にも大きな関心事となった。受け入れの是非を問う議論をはじめ、フィリピン人以外の外国人にも門戸を開くかどうか、受け入れるならどれくらい受け入れるのが適切か、受け入れ態勢は整っているのかなど、この分野の外国人受け入れをめぐる具体的な対応に関心が高まった。

一方、少子高齢化に伴う人口減少は日本社会のありとあらゆる部門に少なからずのインパクトを与えている。中でも看護・介護分野は真っ先に影響を受ける部門だろう。少子化が進み絶対的な労働力供給が逼迫する中、労働条件が相対的に劣悪な看護・介護現場は若者から敬遠され、この部門にいかん労働力を供給するかが社会問題化しつつある。

このような状況下で、日本政府は長年の「まよい」の末、限定的ではあるものの、外国からはじめてフィリピン人の看護・介護分野の労働者を受け入れることを決めたのである。これで日本は看護・介護分野の労働市場に国際的な需給システムを組み入れる転換点を迎えている。

本稿では、「フィリピン・ショック」で表面化された看護・介護分野の外国人受け入れに関する政策動向を国際的な労働力需給システムの視点から整理・検討する。それに政策転換をもたらした背景として日本の少子高齢化の進展によるこの分野の需要増加と規制緩和論からの圧力を検討する。これらを踏まえて、今後の政策のゆくえを展望するとともに、その課題について考察することにした。

1. 日比 EPA とケア・ワーカーの受け入れ

(1) 看護師・介護福祉士受け入れの枠組み

2006 年 9 月 9 日、日本とフィリピンの両国政府は、小泉総理とアロヨ大統領が会談を行い、日比 EPA を締結した。協定は両国が幅広い分野で連携を強化する内容であったが、なかでももっとも注目されたのは日本側が条件付きでフィリピン人の看護師と介護福祉士の受け入れに合意したことであった。日本が EPA で外国人労働者受け入れに合意したのははじめてのことである。

日本とフィリピンの EPA 交渉が始まってから、看護・介護分野の受け入れ問題はフィリピン側の強い送り出し要望に対して、日本側は人の生命にかかわる問題として「言語の壁」などを理由に一貫して消極的な姿勢を堅持してきた。ところが、2004 年 11 月 29 日、両国政府は EPA の主要点に大筋合意に達し、日本側がフィリピン人看護師・介護士を受け入れることが確認された。その後、受け入れ人数など具体的な細目について交渉が続けられてきたが、結局受け入れ人数は盛り込めず、受け入れ枠組みだけに合意した形で協定は締結に至ったのである。

両国政府が合意した受け入れ枠組みは、看護師・介護福祉士の資格取得を目的とする一時滞在を許可するものである。具体的にみると、日本の資格取得を目的とする看護師・介護福祉士の国家試験受験コースと介護福祉士養成施設コースの二つの受け入れルートが確立された。まず国家試験受験コースは、看護師はフィリピンの看護師資格所有者で看護師経験 3 年以上人が対象で、介護福祉士は 4 年制大学卒業者で介護士研修修了者か、あるいは看護大学卒業者が対象になる。入国する人は国内で 6 ヶ月間日本語研修を受けたあと、国内の看護・介護関連施設で就労し働きながらさらに研修を受ける。看護師は 3 年、介護福祉士は 4 年間のあいだ国家試験に合格し資格を取得すれば、看護師や介護福祉士として滞在と就労が可能になるが、不合格になれば帰国しなければならない。

介護福祉士養成施設コースでは、4 年制大学卒業者が受け入れ候補者になり、入国してから 6 ヶ月間の日本語研修を受け、養成施設での過程を経て修了する人は介護福祉士の資格を取得する。この場合、養成課程の期間は 4 年が上限である。資格取得者は介護福祉士として就労が可能になるが、資格を取得できなかった場合は帰国することになる。いずれのコースも国家資格取得した人は 3 年間の更新可能な滞在許可が得られ、引き続き国内で就労出来る（図 1 参照）

この枠組みは、言い換えれば、単にフィリピンの看護師や介護士の資格を持っている人に入国と就労を認めるものではなく、フィリピンの看護師や介護士の資格を認めない、資格取得前の滞在はあくまで資格をとるための養成期間や研修期間になる、資格取得ができなければ帰国する、という条件付きのものである。

図1 日比 EPA における看護・介護分野フィリピン人受け入れの基本的な枠組み



資料) 外務省(2004)「共同プレス発表、日本・フィリピン経済連携協定」、外務省(2006)「日・フィリピン経済連携協定」(条文)から筆者が整理。

(2) 厳しい受け入れ条件

ところが、日比が合意した枠組みの細目で規定している候補者の要件や資格取得の条件は、現行の日本国内の看護師と介護福祉士の資格取得条件と比較してハードルが高いといわざるを得ない。とくに介護福祉士の場合はその差が顕著である。現行の国内介護福祉士養成課程は、高卒は2年間、社会福祉系大学は1年間の養成施設を卒業するか、学力条件なしで3年以上の実務経験があるか福祉系高校卒業で介護福祉士の試験に合格すれば、資格を取得出来る(表1参照)。フィリピン人の介護福祉士候補者の場合、基本的に有資格者か四年制大学の卒業者を要件にしており、国内の資格取得要件と大きな開きがある。また、香港、シンガポール、台湾、韓国などすでに介護分野の外国人労働者を受け入れているアジアの国々では一定の時間研修を義務付ける例はあるにしても、いずれも日本のような資格や学歴の条件はなく、いわゆる「単純労働者」のカテゴリに入ることと大きく異なる(安里、2005)。

表1 現行の看護師・介護福祉士の養成課程と外国人の取り扱い

	看護師	介護福祉士
養成課程	看護師国家試験に合格 受験資格 高卒後、指定を受けた看護系大学・看護系短大(3年)又は看護師養成所(3年課程)を卒業 高卒又は実務経験3年以上の准看護師であって指定を受けた看護系短大(2年)又は看護師養成所(2年課程)を卒業 外国の看護学校を卒業し、の者と同等以上の知識及び技能を有することの認定(永住資格及び日本語能力も必要)	指定養成施設(高卒2年以上、社会福祉系大学等卒1年以上)を卒業 実務経験3年以上、介護福祉士試験に合格 福祉系高校卒業後、介護福祉士試験に合格
在留資格	【医療】 日本の看護師免許を取得 七年以内の期間中に研修として業務を行うこと	なし

資料)厚生労働省(2006b)、法務省(2006)から筆者整理。

今回の日比EPAの枠組みをみる限り、介護福祉士を介護分野の底辺のいわゆる「単純労働者」ではなく、ほぼ看護師に匹敵する専門的な資格労働者を想定したものと見える。しかし国内の介護分野の労働市場をみると、介護福祉士が専門職として確たる地位を獲得しているとは言いがたい。

介護福祉士は介護分野の労働市場の中で直接介護に従事する最上位の資格ではあるものの、業務独占資格ではなく、介護分野は介護福祉士の資格がなくても施設や在宅で介護サービス業務に携われる。看護師が看護関連の業務に携わるためには必ず看護師資格を必要とする業務独占資格であることと異なる。こうしてみると、今回の日比EPAは介護福祉士を専門職として位置づけ、候補者の資格要件や資格取得などの高いハードル設定することによって実質的に受け入れを制限しようとする政策意図が読み取れる。

これを日本の出入国政策の基本方針からどのような理解すればいいのか。日本の外国人労働者受け入れ政策の基本方針は、外国人労働者を専門技術職のいわゆる「高度人材」とそのほかの「単純労働者」の二つのカテゴリに分け、前者は積極的な受け入れを進める一方、後者は事実上受け入れない政策を堅持している。

介護分野については、現行の「出入国管理及び難民認定法」(以下、入管法という)での在留資格に「介護」はなく、現在のところ枠組みすら存在しない。その意味でみると、今回の日比EPAでこれまで存在しなかった介護分野の受け入れ枠組み(入管法上の枠組みではないにしても)を始めて設けたこと自体大きな意味を持つものと評価できる。ところが、上記した通り、介護福祉士を専門職として位置づけ高いハードルを設けている。専門職の枠組みにしながら、実際の運用において厳しい資格要件のために「積極的に受け入れる」こととは程遠い例になりかねない。看護師もその一例である。

現行の入管法上、外国人看護師は日本の看護師資格を取得し、7年間研修として業務を行うことができる(在留資格「医療」)。この枠組みは、2006年3月、それまで日本の看護師業務に関する学校を卒業または修了後4年までだった滞在期間が、国内の学校を卒業する項目が撤廃され、また滞在期間も7年に延長された入管法関連省令の改正に伴って変更された³。看護師の受け入れがアジア諸国とのEPA交渉で課題として持ち上がっていた時点で、外国人看護師の就労に関する規制緩和の要請を取り入れた制度変更として大きく注目された⁴。

ところが、現行の外国人看護師に対する取り扱いと日比EPAの枠組みを比較してみると、日本の看護師資格の取得は共通であるが、現行の枠組みが滞在期間を最長7年に制限しているのに対して、今回の協定では滞在期間を3年とし更新可能にしている点が異なる。す

³例外的なものとして、日本とベトナムの政府間国際協力事業として、日本の看護系学校で学んだ後、国家試験合格者に4年間就労研修を行う機会を提供する、というスキームがある。だがこの事業は実際このスキームで入国するベトナム人の在留資格は「留学」であって、労働者としての受け入れとは一線を画している(倉田良樹、2005)。

⁴法務省、「出入国管理及び難民認定法第7条第1項第2号の基準を定める省令の一部を改正する省令について(「医療」「留学」平成18年3月)。

なわち、今回の協定の枠組みにより来日して日本の看護師免許を取得したフィリピン人は滞在期間を繰り返し更新しながら日本で就労が可能になり、永住の道も開いている。政府当局は日比 EPA の枠組みは既存の出入国管理とは別枠としているが、看護師の場合は医療分野の専門職（いわゆる「高度人材」）として、制限的に運用されてきた既存の受け入れ枠組みの緩和に加え、入り口を広げる施策の一つとして理解できる。ただし、今後ほかの外国から「医療」の枠組みに基づいて看護師免許を取得して就労する看護師から「平等扱い」を求められることが予想される課題は残っている。

（３） 日比 EPA に対する関係各界の対応

日比 EPA の看護・介護分野の「人の移動」に関する合意については、国内の関係団体を中心に賛否両論のさまざまな意見が出された。大別すると、使用者側の受け入れ賛成と労働者側の反対に分かれる。

日本医師会は、2004 年基本合意に対して、外国人看護師の受け入れについては慎重に対応すべきとの意見をつけながらも、今回の合意が、日本語で日本の国家試験を受験し合格した者を対象にするなど、ある程度の資質が担保されることから、基本的には受け入れに賛成している⁵。

日本看護協会は、国内の看護師不足を解消するための外国人看護師受け入れには原則賛成できないとしながらも、日比間の合意は看護協会が主張してきた受け入れの条件に沿った形でまとまっていることから、概ね肯定的に評価している⁶。

日本看護協会は、日比間の合意がなされる前から、外国人看護師受け入れについて次の四つの条件を提示し、政府に対して慎重な対応を求めている。

日本の看護師国家試験を受験し看護師免許を取得
安全な看護ケアが提供できるだけの日本語能力を有する
日本で就労する場合には日本人看護師と同等以上の条件で雇用
看護師免許の相互承認は認めない

このような日本看護協会の主張は、外国人看護師受け入れが日本人看護師の雇用や労働条件の低下につながりかねないといった懸念から、受け入れのハードルを高く設定することで国内の看護師労働市場を保護しようとするものと見られるが、今回の日比 EPA 枠組みはこうした日本看護協会の主張が反映されたものになっている。

これに対して、日本医療労働組合連合会は、日比間の基本合意がなされる直前、外国人

⁵ 「日医 NEWS」1042 号（2005 年 2 月 5 日）青木重孝氏のインタビュー記事。

⁶ 日本看護協会「フィリピン看護師受け入れについて」平成 16 年度第 3 回プレス懇談会資料（2005 年 2 月 24 日）、日本看護協会専務理事岡谷恵子氏のインタビュー「Business Labor Trend」（2004,12）。

看護師・介護職の受け入れに対して、次の理由を挙げて、反対の立場を表明した⁷。

外国人看護師・介護職の受け入れ拡大は、賃金・労働条件が低下し、かえって看護師等の不足状況を深刻化し、医療事故の危険が増大する事態にもなりかねない。送り出し国において、看護師等の海外流出で、国内（送り出し国）では深刻な看護師等の不足が発生している。外国人受け入れより、医療・介護労働者の労働条件を改善し、安全な医療を保障する人材を確保すべきである。

すなわち、外国人看護師・介護職受け入れは、この分野の外国人受け入れが国内の関連労働市場に影響を与え、賃金やほかの労働条件の低下を招く危険性があることを指摘し、直接の利害当事者として反対の立場を鮮明に打ち出したものである。

一方、介護福祉士の受け入れについて、日本介護福祉士会は、「選択肢としての外国人介護労働力の導入に反対するものではない」としながらも、「介護福祉従事者の置かれたさまざまな労働条件を含めた状況を見て、外国人介護労働者の受け入れを行うことは介護全般に渡る条件整備が行われていない」ことから、反対の意見を明確にしている。また、外国人の受け入れより、介護分野の雇用・労働条件が不安定さを是正し、「賃金をはじめとする処遇向上を図り、介護労働がディセントワークとなるよう、職業としての魅力が高まるよう支援すべきである」としている⁸。介護分野の労働力をめぐる条件整備を優先課題とするこの意見は、上記の日本医療労働組合連合会の意見とほぼ同じ流れである。

日比EPAは日本政府の対アジア経済連携強化や「国際協調」の側面が注目されたが、国内に目を向けると、関連業界の雇用や労働条件にまで波及する課題であることが鮮明に浮かび上がる。今後実際フィリピン人の看護師・介護福祉士が労働市場に参入した場合、関連分野の雇用状況や労働条件にどのような影響が及ぶか、その先行きが注目される。

2 政策動向の背景

(1) アジア諸国との経済協力の強化

看護・介護分野の外国人受け入れ問題は単に日本とフィリピンの間だけの特別な課題ではなく、日本の外国人労働者受け入れ政策を取り巻く昨今の状況と合わせて考察する必

⁷ 「外国人看護師・介護職の受け入れ問題について」(日本医療労働組合声明、2004年9月28日)、日本医療労働組合中央執行委員井上久氏のインタビュー「Business Labor Trend」(2004,12)。

⁸ 社団法人日本介護福祉士会、「外国人労働者の受け入れを巡る考え方について」(2005年6月9日)。

要がある⁹。日本の外国人労働者受け入れ政策は、専門技術者は積極的に受け入れる一方で、いわゆる「単純労働者」に対しては実質受け入れない基調を堅持している。ところが、近年この政策的基調に少なからずのインパクトを与える国際的な条件が生じている。アジアを舞台に二国間、あるいは多国間の「地域共同体」、「自由貿易協定」(FTA)、「経済連携協定」(EPA)をめぐる動きがそれである。

たとえば、上記の日比 EPA 大筋合意の発表文のなかで、両政府は「この協定は日本とフィリピン間の物品、人、サービス、資本の自由な移動を促進し、双方の経済活動の連携を強化するとともに、(中略)二国間協力を含む包括的な経済連携を推進することを目的」としていることを明言している。つまり、経済連携を推進するにあたって物品や資本などとならんで「人の自由な移動」も促進させると言及して、日本政府としても何らかの対応が求められたのである。

日本は 2002 年シンガポールと初めて二国間経済連携協定を結んだことを皮切りに、アジア諸国との経済連携に積極的に乗り出した。その後、2005 年 11 月にはアジアでは二番目としてマレーシアとの間で同協定を締結した。その他にタイとは大筋合意に達し(2005 年 9 月)、韓国との間でも 2003 年から政府間交渉が開始され現在交渉が進行中である。

主に二国間協定を中心に進んでいる経済連携強化が将来的に多国間の自由経済圏の形成、あるいは地域共同体へ発展していくと結論付けることは、現時点では時期尚早であろう。しかし二国間の交渉を進める過程で、アジア域内の経済連携の強化に向けて解決していくべき多くの課題が出されたことは事実である。中でも、とりわけ複雑で各国の思惑が錯綜する課題が、国境を越える「人の移動」に関する問題である。実際、経済連携協定の交渉の過程で、アジア諸国は日本政府に具体的な職種を取り上げて、労働者としての受け入れを強く求めたのである¹⁰(表 2 参照)。

看護・介護分野は、このようなアジアにおける経済協力の強化を進めようとする国際的な流れの中で、「人の移動」をめぐる課題の代表的な職種として取り上げられている。その結果、フィリピンとは看護師と介護職の受け入れに大筋合意したほか、タイとは調理人や、伝統舞踊及び音楽などの指導員等の入国要件を緩和するとともに、介護福祉士の受入れ可能性についても継続協議することに大筋合意した¹¹。

⁹ これについては、宣元錫「アジアにおける経済連携強化と日本の外国人労働者受け入れ政策 - 看護・介護分野のフィリピン人受け入れをめぐる動向を中心に」第 20 回日韓学術会議・シンポジウム発表論文抄録集 pp.106 - 116 を参照されたい。

¹⁰ 諸外国との経済連携協定の動向については、外務省経済局「日本の経済連携協定(EPA)交渉 - 現状と課題 - 」と経済産業省、対外経済政策総合サイト (http://www.meti.go.jp/policy/trade_policy/epa/index.html) を参照されたい。

¹¹ 外務省、共同プレス発表「日タイ経済連携協定」2005 年 9 月 1 日。

表2 アジア諸国との EPA 進捗状況と人の移動に関する協議対象職種

年月	相手国	EPA の進捗度	人の移動に関する内容 ¹⁾
2002.11	シンガポール	発効	
2003.12	韓国	交渉中	
2005.9	タイ	大筋合意	介護福祉士、調理人、伝統舞踊、タイ音楽、タイ料理、タイ式ボクシング、タイ語の指導員、スパ・サービスの受け入れ交渉
2006.2	ベトナム	共同検討会開始	
2006.7	マレーシア	発効	
2006.9	フィリピン	締結	看護師、介護福祉士候補の受け入れに合意
2006.11	インドネシア	大筋合意	看護師・介護士の受入れ枠組みの構築 ホテル関連サービス部門を「研修・技能実習制度」の対象業種として検討
2006.12	ブルネイ	大筋合意	

注) 1) 専門技術職ではない分野

2) 2007 年 1 月現在

資料) 経済産業省、対外経済政策総合サイトから筆者整理

(http://www.meti.go.jp/policy/trade_policy/epa/index.html、最終閲覧 2007 年 1 月 28 日)

これらの職種は、それまで専門技術職として国内の就労を認めている職種に含まれてないものもあれば、「医療」のように厳しい規制のもとで限定的に運用されてきた分野もあるために、「人の移動」に関する二国間協定は、日本の外国人労働者受け入れ政策の基調に何らかの影響を与えることは必至である。たとえば、経済連携に関する経済産業省の文書の中では、介護労働者を専門的・技術的労働者と単純労働者の中間の「グレーゾーン」労働者として例示されている¹²。このことは、日本の政策当局が、日本の労働市場において介護労働者をどのように位置付け、どのような領域で外国人を活用しようとするのかに関して苦慮している現状を表すものといえよう¹³。

(2) 高齢化の進展と看護・介護の需要増加

看護や介護分野の外国人労働者受け入れに関する最近の動向は少子高齢化の進展という日本社会の基盤変化と直接結びついている。2005 年 10 月 1 日現在、日本の総人口は、1 億 2,776 万人で、前年(1 億 2,778 万人：推計人口の遡及補正後)に比べて 2 万人減少(

¹²経済産業省(2004)20 項。

¹³その他のグレーゾーン労働者の例としては、タイの EPA 交渉で考慮されていたマッサージ師、保育士、調理人である(金善英・宣元錫・倉田良樹、2005:22)。

0.02%)し、戦後では初めてマイナスに転じた。一方、65歳以上の高齢者人口は、過去最高の2,560万人となり、総人口に占める割合(高齢化率)も20.04%と、初めて20%を超えた。65歳以上の高齢者人口は、1950年には総人口の5%に満たなかったが、1970年に7%を超え(いわゆる「高齢化社会」)、さらに、1994年には14%を超えており(いわゆる「高齢社会」)、高齢化が急速に進展している¹⁴。

国立社会保障・人口問題研究所が発表した「日本の将来人口推計」(2006年12月)によると、今後も、高齢者人口は2020年まで急速に増加し、その後はおおむね安定的に推移すると見込まれている。一方で、総人口が減少することにより高齢化率は上昇を続け、2025年には高齢化率が30.5%、2055年には40.5%に達し、全人口の4割が65歳以上の高齢者という極めて高齢化の進んだ社会の到来が見込まれている。

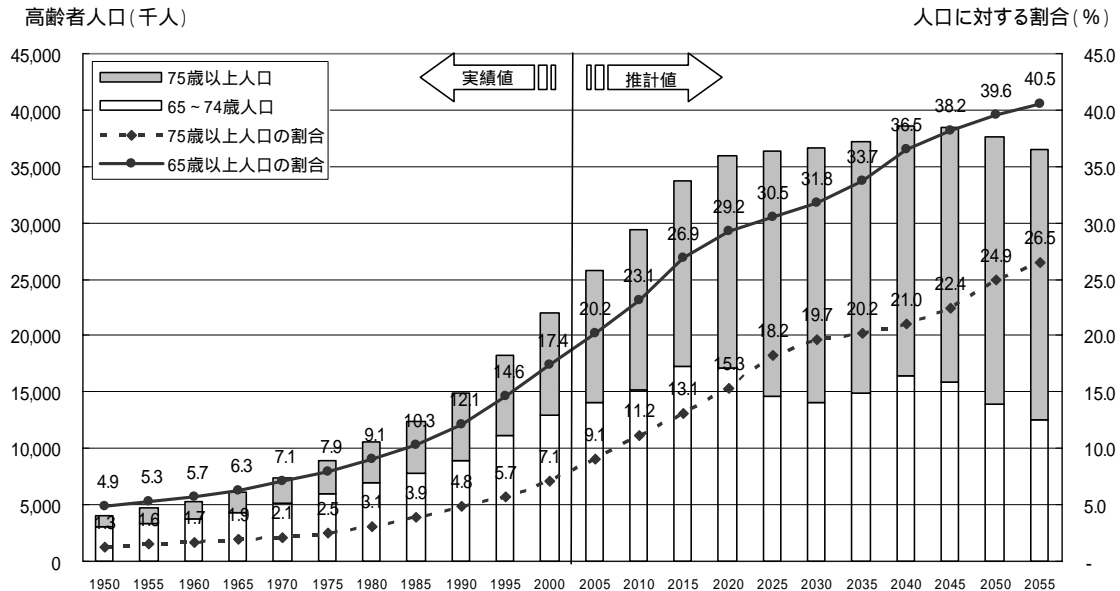
また、高齢者人口のうち、前期高齢者人口(65歳以上75歳未満)は2015年をピークにその後は減少に転ずる一方、後期高齢者人口(75歳以上)は増加を続け、2017年には前期高齢者人口を上回るものと見込まれており、増加する高齢者数の中で後期高齢者の占める割合は、一層大きなものになるとみられる(図2参照)。

このような高齢者人口の増加は必然的に看護・介護サービス分野の需要増加につながる。厚生労働省が年度ごとに発表する「介護保険事業状況報告」によると、介護保険制度における要介護者または要支援者と認定された者(以下、「要介護認定者」という)の中で、65歳以上の高齢者は、介護保険が施行された2000年の218.2万人から、2002年の302.9万人、2004年で394.3万人、2006年2月末には415.1万人となり、6年でほぼ2倍になっている¹⁵。また要介護認定者の倍増により、介護サービス利用者と、利用に伴う介護給付金の推移をみても、倍以上の増加を示している(表3参照)。

¹⁴ 内閣府(2006)。

¹⁵ 厚生労働省、「介護保険事業状況報告」各年度、数値は各年度末基準。2006年は2月の暫定値。

図2 高齢化の推移と将来推計



資料) 2000年までは国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(2006年版)、2005年以降は同研究所「日本の将来推計人口」(2006年12月推計)をもとに筆者作成。

表3 介護サービスの利用者と介護給付費の推移

	利用者数(万人)		介護給付費(億円)	
	2000年4月	2005年7月	2000年4月	2005年7月
居宅サービス	97	258	618	2,508
施設サービス	52	79	1,571	2,493
合計	149	338	2,190	5,000

注) 端数処理の関係で、合計の数字と内訳数が一致しない場合がある。

資料) 厚生労働省(2006b) 図2-3-18を筆者が整理。

(3) 看護・介護分野の労働力需給見通し

少子高齢化は単に高齢者比率の上昇だけではなく、当然ながら一方の経済活動に参加する人口比率の低下も意味し、将来的に労働力不足が指摘されている。厚生労働省雇用政策研究会の文書によると、性・年齢別の労働力率が2004年を基準として同じ水準で推移した場合、労働力人口は、2004年の6,642万人と比較して、2015年においては約410万人減少、2030年においては約1,050万人減少することが見込まれる¹⁶。特に看護・介護分野

¹⁶ 厚生労働省雇用政策研究会(2005)12項。

は高齢化の進展によるこの分野の需要増加とあいまって、将来労働力不足が予測されている。

看護分野は以前から慢性的な人手不足の状況が続いており、政府や業界のさまざまな対策にもかかわらず、依然改善が見られない部門である。厚生労働省が発表した「第6次看護職員需給見通し」によると、2006年の看護職員（看護師、保健師、助産師）の需給は、131万4300人の需要に対して供給は127万700人となり、4万3700人の不足が予測されている。看護職員不足は今後も続くと予想され、5年後の2010年には、需要は140万6200人になるに対して、供給は138万9100人になると予測され、今後改善が見込まれるものの、依然1万7200人の不足が予測されている。2004年の看護職員就業者数129万2,593人から考えると、今後5年でさらに10万人以上の看護職員の確保が必要とされる（表4参照）¹⁷。

表4 第6次看護職員受給見通し

（単位：人、％）

区分	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
需要見通し	1,314,100	1,338,800	1,362,200	1,383,800	1,406,400
供給見通し	1,272,400	1,297,100	1,325,100	1,355,900	1,390,500
需要見通しと供給見通しの差	41,600	41,700	37,100	27,900	15,900
(供給見通し / 需要見通し)	96.8	96.9	97.3	98.0	98.9

注)四捨五入のため、各項目の数値の合計等は一致しない。

資料)厚生労働省(2005b)。

ところが、日本看護協会はこの予測について、今後介護分野などで看護師の一層の需要増加が予想され、「看護師の需要が見通しよりも増加する可能性がある」と指摘している¹⁸。また日本医師会は現行の看護師配置基準を充たすためには、2008年4月までに約7万人の看護師・準看護師が必要とする調査結果を発表し、政府の受給見通しが「医療現場の看護職員の需給実態および将来的な見通しとは大きく乖離している」と主張する¹⁹。

供給の面では、看護職員不足の要因とされる高い離職率を食い止めることや、約55万人と推計される潜在看護職員の再就業促進が重要とされている。さらに今後少子化が続く中で看護師養成機関における学生の確保も新たな課題となり²⁰、看護職員の需給アンバランス

¹⁷日本看護協会「第6次看護職員需給見通し」達成に向けた本会の意見(2005年12月28日)。

¹⁸日本看護協会は前掲の意見書のなかで、「今後、在宅や介護施設のターミナルケア等に対応する看護師の需要」や、「生活習慣病予防や介護予防等の強化に伴う保健師の需要」が「見通しよりも増加することを予想している」と記している。

¹⁹日本医師会(2006)全国2091の病院を対象とした(全病院の23.4%)調査。

²⁰厚生労働省、「第六次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」(2005年12月26日)、看護職員の確保に関しては日本看護協会も概ね同じ意見である。

が容易に解消されないことがうかがえる。

介護分野の労働力需給見通しは看護職員の状況以上に人手不足が予想されている。介護需要のバロメーターとして用いられる介護保険法に基づく要介護認定者数は 2004 年の約 410 万人から、2008 年には 500～520 万人程度に、2014 年には 600～640 万人程度に達すると推計されている。前述したように、要介護認定者数の増加は介護サービス利用者の増加と、その分野に従事する労働力需要を引き上げることにつながる。厚生労働省の推計によると、要介護認定者が上記の推計のペースで増加すれば、介護保険事業に従事する介護職員数は、常勤換算数で 2004 年の 65.8 万人から 2014 年には最大 102.7 万人になり、実数ベースでは同 100.2 万人から 156.4 万人になると見込まれている、今後 10 年間で 5 割以上の増員が必要とされる（表 5 参照）。

表 5 介護職員数の将来推計

		2004 年	2008 年	2011 年	2014 年
要介護認定者数	予防効果なし	410	520	580	640
	予防効果あり		500	540	600
介護職員数(常勤換算数)	予防効果なし	65.8	83.5	93.1	102.7
	予防効果あり		80.2	86.7	96.3
介護職員数(実数ベース)	予防効果なし	100.2	127.1	141.7	156.4
	予防効果あり		122.2	132.0	146.6

出典) 厚生労働省 (2006 b) 資料 4 「介護職員数の将来推計」から筆者が整理。

これに対して、介護労働者の供給見通しについては、厳密な推計データはないが、現時点での労働力過不足に関する調査から人手不足を確認することができる。厚生労働省所管の公益法人である財団法人介護労働安定センターが発表した 2004 年度「事業所における介護労働実態調査結果」を見ると、もっとも「不足」している職種はケアマネジャーで 278 事業所（過不足回答事業所の 41.2%）であり、「直接介護にあたる介護職員」は 266 事業所（34.3%）が「不足」と答えている。他に看護師・准看護師は 171 事業所（31.0%）、理学療法士は 110 事業所（61.8%）、作業療法士は 87 事業所（61.7%）で「不足」と回答している。一方、「過剰」と答えた事業所はいずれの職種においてもほとんどなく、全体的に多くの事業所が労働者を不足している状況が浮かび上がる（図 3 参照）。

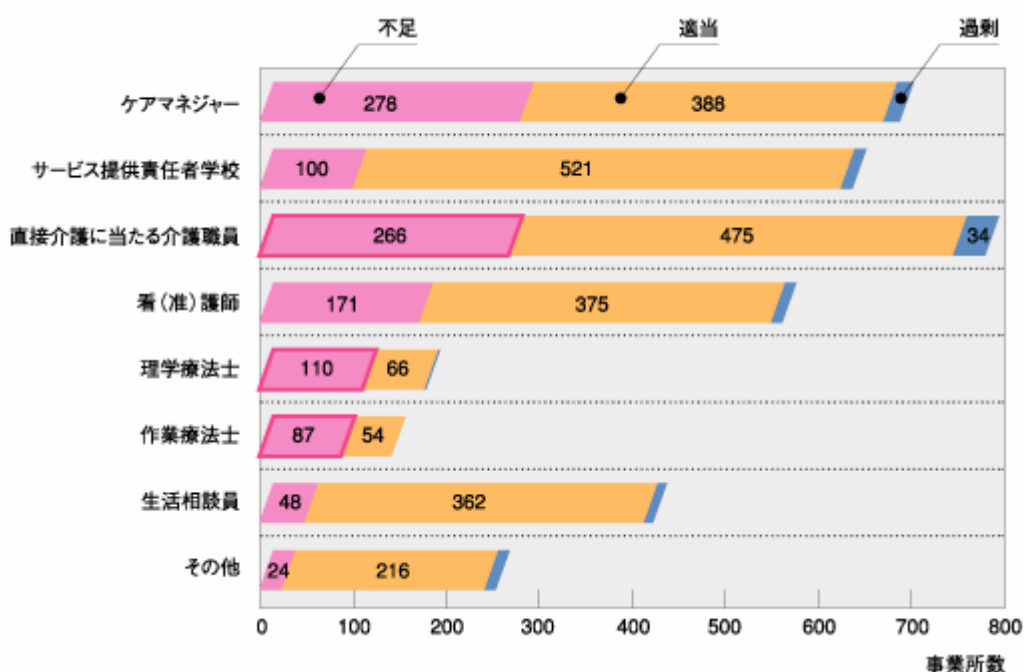
この労働力過不足状況は、2001 年調査と比較しても状況が変わっていない²¹。2001 年の調査では「ケアマネジャー」（34.4%）と「ホームヘルパー」（25.6%）を「不足」と回答した事業所の比率は、3 年後の 2004 年調査ではさらに比率は上がっており、労働力不足状況

²¹ 厚生労働省 (2001) この調査は 5 人以上の常用労働者を雇用してする介護分野事業所 3,080 社に対して実施し、1,347 社から回答を得たものである。

が改善されていない状況が確認できる。

総じて、少子高齢化による高齢者の増加は看護・介護の需要を増やす一方で、労働力減少は看護・介護分野にも波及し、この分野の需要増加に対応できるほどの労働力供給は厳しい状況であると結論づけられる。労働力供給が困難であれば介護需要を減らそうと、政府当局は予防介護に力を入れたり、看護や介護の現場に労働力に代わる道具の開発を進めたりなどさまざまな対策を講じているが、更なる労働力供給が必要とされる状況は変わらないだろう。

図 3 介護関連事業所における労働者の過不足状況



資料) 財団法人介護労働安定センター(2004)、有効回答 2500 事業所。

3 受け入れ政策をめぐる国内の議論

(1) 少子高齢化への対応

看護・介護分野の外国人受け入れについては、日比間のEPA合意以前から、社会的関心が高く、官民間問わず多くの意見が出されてきた。1989年入管法の改正から10年がたった2000年前後から、外国人労働者受け入れをめぐる議論が活発になっている。1989年の入管法改正が「鎖国か開国か」を中心に議論されたとすれば、今度の議論は少子高齢化という社会状況の基盤変化への対応と規制緩和の流れを受けた「第二ラウンド」の議論といわれる。

少子高齢化対策として展開された看護・介護分野の外国人労働者の受け入れに関する議論は、高齢化対策と労働力減少への対応という二つの文脈から議論されている。一つは高齢化が進み「介護問題」が重要な社会問題になっている現状認識をもとに、将来その需要が増えると予想される介護労働力の需給対策として外国人労働者受け入れを提案するものである。1999年にまとめられた外務省の「アジア経済再生ミッション」報告書²²は、この「介護問題」を念頭において看護・介護分野の外国人受け入れを提言した。報告書では、「介護人」の在留資格を認めるとともに、介護人や看護師を受け入れるために在留資格要件や入国審査基準を緩和すべきであると提案している²³。

もう一つは、少子高齢化の進展による労働力不足への対応の観点から外国人労働者の受け入れを検討しようとする議論である。日本経団連は、2004年4月発表した「外国人受け入れ問題に関する提言」において、「将来的に労働力不足が予想される分野」の一つとして看護・介護分野を挙げ、この分野での外国人労働者を積極的に受け入れるべく、より円滑な資格・能力取得を支援するための就学・研修・実習体制を整備すべきであると提言している。さらにタイやフィリピンとの経済連携協定の交渉にも言及し、それらの国から「看護や介護等の分野の人材受け入れに対する強い要望がある」ことを指摘し、「こうした国々の要望も踏まえつつ、送り出し国において必要な人材を奪うことなく、送り出し国・受け入れ国の共存共栄が実現されるよう、透明かつ安定的な受け入れのシステムを確立していく必要がある」と提言を行った。日本の財界を代表する日本経団連のこの提言はマスコミなどで大きく取り上げられ、結果的にアジア諸国とのEPA交渉において看護・介護分野の人の移動を後押ししたといえる。

このような外国人労働者受け入れ要請に対して、日本政府の外国人労働者受け入れ基本方針は、1999年閣議決定された「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労働者については、日本の経済社会の活性化や国際化を図る観点から受け入れを積極的に推進する」こととする一方で、「いわゆる単純労働者の受け入れについては、国内の労働市場に関わる問題を始めとして日本の経済社会と国民生活に多大な影響を及ぼすことから、国民のコンセンサスを踏まえつつ十分慎重に対応する」ことが政策基調になっている。平たく言えば、専門・技術的分野の「高度人材」は積極的に受け入れるが、「単純労働者」は慎重に対応する方針である。

²² 外務省（1999）。この報告書は奥田碩前日本経済団体連合会会長（当時は日本経営者団体連盟会長）を団長にアジア各国を訪問し首脳など要人との会談を重ねまとめた報告書である。

²³ 報告書の文面は以下の通りである。「急速に高齢化しつつある日本社会では、介護の問題が大きな社会問題となりつつあるが、介護要員については、そもそも、「介護」あるいはそれに類するものが現在の在留資格には存在していないという状況である。我が国自身に介護要員が不足し、また多くの要介護者が介護をつけるための金銭的負担に耐えられない現実が深刻化しつつある時代に、このような制度は見直されるべきであろう。「介護人」については、在留資格として認めるとともに、相手国政府の付与する資格を大幅に認める等による在留資格要件や審査基準を緩和すべきである。また、看護婦についても、在留資格要件や入国審査基準を緩和すべきである。このような措置は我が国への無制限の外国人流入を認めることとは自ら異なる。今後、専門的・技術的分野の外国人労働者の範囲を柔軟に考えて受け入れることは我が国の経済・社会を活性化するためにも不可欠である。」

働者」は受け入れない、というものである。この基本方針は、「第6次雇用対策基本計画」（1986年）以来、日本の外国人労働者受け入れ政策の基調として現在まで堅持されている²⁴。

この基本方針は、とくに雇用・労働政策の観点から保持されてきた側面が強い。厚生労働省は以下の理由から「単純労働者」を受け入れないとしている²⁵。

雇用機会が不足している高齢者等の就業機会を減少させるおそれがある。

労働市場の二重構造化を生じさせるとともに、雇用管理の改善や労働生産性の向上の取組みを阻害し、ひいては産業構造の転換等の遅れをもたらすおそれがある。

景気変動に伴い失業問題が生じやすい。

新たな社会的費用の負担（教育、医療・福祉、住宅等）を生じさせる。

送出国や外国人労働者本人にとり、人材の流出や日本社会への適応に伴う問題等影響も極めて大きいと予想される。

このように、少子高齢化による労働力不足を補うための外国人労働者受け入れに関する議論は、概ね民間経済団体を中心とする受け入れ賛成と厚生労働省を中心とする政府当局の反対意見が対立している構図となっている。また、上述した通り、日比EPAに対する関係各界の意見で見られるように、使用者側の賛成と労働者側の慎重な対応を求める意見や反対に分かれている。日本の経済社会全体の状況から労働力不足への対応として外国人労働者を受け入れることには一定部分理解を示しながらも、雇用や労働条件の維持保護という観点から根強い反対意見が平行しているといえる。

（2）規制緩和の流れ

看護・介護分野の外国人受け入れに関するもう一つの議論は、規制緩和の流れからの議論である。この議論は、主に内閣府に設置されている規制緩和・民間開放推進会議（以下、規制緩和会議という）が各分野について提言を行い、政府の各省庁がその提言について方針を決め、関連法制や制度を整備することで進められている。

規制緩和会議は、看護・介護分野について、それぞれ提言を行っている。2004年12月第1次答申では、「外国人医師・看護師の円滑な受け入れ等」の細目の中で、外国人看護師の就労制限の撤廃若しくは在留可能な期間を延長する措置を講じるよう提言した²⁶。法務省は、この答申を受けて、看護師の在留資格の中で、日本の看護師の業務に関する学校等を卒業し又は修了することとされている要件を撤廃し、在留期間も4年から7年に延長する

²⁴このような二分法では、「専門・技術職」以外はすべて「単純労働者」になってしまう。今後外国人受け入れ政策の議論において、この二分法では対応できないケースがますます増えていくことが予想される（井口、2001：18）。

²⁵厚生労働省「外国人労働者の雇用管理のあり方に関する研究会報告書」2004年7月。

²⁶答申の文面は以下の通りである。「我が国の看護師国家資格を有する外国人看護師についても、当該分野の国内労働市場への影響等を勘案し、外国人看護師移入の急増に対し受入れ枠の設定等適宜必要な措置を講ずることも考慮しつつ、我が国看護師と同様の役割を担わせるべく、上記の就労制限を撤廃若しくは在留可能な期間を延長する等の措置を講ずることについて早急に結論を得るべきである。」

省令改正を行った。この省令改正は、規制緩和の流れが議論にとどまらず、実際の制度変更まで結びついた例として評価できる。しかし、2005 年末現在看護師を含め「医療」の在留資格で日本に滞在している外国人医師・看護師は 146 人で、2005 年の新規入国者は 2 人に過ぎない²⁷。この規制緩和が看護師受け入れにどれくらい効果があるか疑問が残る。

介護福祉士については、2005 年 3 月第 1 次答申（追加答申）で、「外国人介護福祉士の就労制限の緩和等」を今後の課題として挙げ、介護福祉士の在留資格を設けるべきだと提言している²⁸。

ところが、この提言について、厚生労働省は規制緩和会議の第一次答申（追加答申）に対する省としての見解を公表し、その中で同答申が今後の課題として取り上げた「外国人介護福祉士の就労制限の緩和等」について次の四点を挙げて反論を展開している²⁹。

現在、介護分野の労働力は不足している状況にはないが、EPA に基づく介護福祉士の受け入れは、国内で必要性があるためではなく、EPA 締結によりもたらされる全体の経済的メリットを考慮し、相手国から要望がある場合に、特別の受け入れを検討しているものである。（以下略）

EPA に基づき介護福祉士を受け入れる場合でも、不法就労、不法滞在その他犯罪の防止や労働市場への悪影響が排除できる適切な仕組みや体制の整備が前提であり、相手国の送り出しのための体制や教育制度、資格制度などを精査した上で受け入れの検討を行っている。

一方、介護分野は今後国内の重要な雇用機会の場合として期待されている分野でもあるところ、たとえ我が国の国家資格を取得したとしても、EPA のような限定的な扱いの範囲を超え、在留資格を認めることとした場合、国内労働市場に悪影響を及ぼす恐れが大きい。

さらに、未だ日比 EPA の下での枠組みを構築中の時点において、これがどのように機能するのか評価できない段階で、EPA の範囲を超えて受け入れ拡大の方向性を示すのは我が国社会へ与える影響を無視したものであり、極めて不適切である。

このような厚生労働省の見解は、倉田（2005）が指摘しているように、介護分野での外国人労働者受け入れが、国内の雇用政策とは全く関係のない外在的な要因によって進行しているという認識を示したものであって、外務省、法務省、経済産業省などの姿勢とも一線を画するといえるほど厳しい制限的な姿勢である。また、厚生労働省は日比 EPA にお

²⁷ 法務省、「出入国管理」（平成 18 年版）

²⁸ 答申の文面は以下の通りである。「外国人が我が国介護福祉士の国家資格を取得しても現在は該当する在留資格が存在しないため原則として就労することはできない。また、EPA 交渉において合意した場合であっても、受入れ人数を制限され、与えられる在留資格も「特定活動」と暫定的な対応となっている。したがって、我が国の介護福祉士国家試験に合格し介護福祉士資格を取得した外国人介護福祉士を我が国介護福祉士と同様の役割を担わせるべく、当該分野に係る新たな在留資格を設けるべきである。」

²⁹ 厚生労働省「規制改革・民間開放の推進に関する第 1 次答申（追加答申）に対する厚生労働省の考え方」（2005 年 3 月 25 日）

ける「医療、福祉領域の人の移動」に関連して、 専門家の移動に限定 国家資格の取得を求める 労働市場への悪影響を避け、受け入れ枠を設定 送り出し及び受け入れの組織・枠組みを構築 ステップバイステップのアプローチ、といった 5 つの原則を示しているが³⁰、その内容は、日比 EPA による介護分野の労働市場開放が最小限にとどめようとする意図が見え隠れするもので、既存の「国内労働市場保護」の姿勢に何ら変化は見られない。

4 政策転換の兆し

日比 EPA において、看護・介護分野のフィリピン人受け入れに合意した出来事は、この分野の外国人労働者受け入れをそれまで議論の段階から現実のものに引き上げた。フィリピンに次いでタイとの EPA 協定では 1 年以内に介護福祉士の受け入れについて結論を出すことになっており、他の国にも拡大される例が出始めている。注目すべきことは、これらアジア諸国との経済連携強化の動きと並んで、この分野をめぐる政策の動向から変化の兆しが見られることである。

(1) 外国人労働者受け入れ政策における方針転換

外国人の入国及び在留管理の主務官庁である法務省は、2005 年 3 月閣議決定された「第三次出入国管理基本計画」(以下、第 3 次計画)のなかで、「人口減少時代への対応」として、「人口減少時代における外国人労働者受入れのあり方を検討すべき時期にきている」とし、「現在では専門的、技術的分野に該当するとは評価されていない分野における外国人労働者の受入れについて着実に検討していく(傍点は筆者)」としている。

この方針は、「第 2 次出入国管理基本計画」(2000 年)において、国際化の進展の中で、社会のニーズに応じた外国人をこれまでよりも積極的に受け入れていく必要があるとしながらも、「当面は、現行の諸制度を積極的に活用しつつ、社会に摩擦や動揺をもたらさない円滑な方法で」受け入れていくとした、それまでの方針と比較すると、意味深い変化である。

さらに第 3 次計画では、介護労働者について、「EPA(経済連携協定)に基づく受入れの状況を見極め、また、この分野が日本人の雇用創出分野と位置づけられていることも踏まえつつ、その受入れの可否、受入れる場合の方策について検討していく」と直接言及している。「人口減少時代への対応」の項目のなかで、具体的な職種を挙げて、今後の方針を述べたのは介護労働者が唯一であり、主要な政策課題として位置付けている。介護分野を今後の雇用創出分野として位置づけ、国内労働市場保護を主張してきた厚生労働省の見解を配慮するような慎重な表現になっているものの、今後の展開によっては受け入れを示唆するとも読み取れる

³⁰金善英・宣元錫・倉田良樹(2005) pp.20-21。

中でも、EPA に言及しながら受入れについて検討していく、としている文面は、日比 EPA 基本合意の直後という時期的な意味合いからも、外国との経済連携が外国人労働者受け入れ政策に影響を及ぼしたものととらえることができる。

(2) 「介護福祉士」受け入れ枠組み創設の圧力

規制緩和の側面から、介護分野の外国人受け入れを押し続けてきた規制緩和会議は、介護福祉士の受け入れるための枠組みを明確にするよう圧力を強めている。規制緩和会議は、2006年7月31日「規制改革・民間開放の推進のための重点検討事項に関する中間答申」を提出し、「高齢化の進展に伴い、介護分野は労働力需要が高まると予想されることから」外国人社会福祉士・介護福祉士の受け入れを検討し、2006年度中に結論を出すよう求めた。また、外国人社会福祉士・介護福祉士を受け入れることとする場合には、その方策として在留資格「技術」、「人文知識・国際業務」の要件緩和による「専門的・技術的分野に追加」するか、「新たな受け入れ制度を創設」することも求めている。つまり介護福祉士を積極的に受け入れを進めている「高度人材」に含めるか、新たな在留資格を設けるかの二者選択の提案を行ったのである。この提案は、2005年の1次答申の中で「今後の課題」としたことからさらに一步踏み込んだ提言で、しかも2006年度中に結論を出すよう圧力の度合いを上げている。

上記の規制緩和会議の答申に対して、この原稿を執筆する時点までには厚生労働省の公式見解は出ていないが、規制緩和会議との事前協議の中で、次の理由から介護分野の労働市場に「悪影響を及ぼすおそれ大きい」ことから反対している。即ち「介護福祉士が実際に従事している業務は専門性の高い対人サービス業務だけではなく、実態上、資格を有しない者とも同一の労働市場を形成しているため」に、外国人介護福祉士を受け入れることは、「日本人介護福祉士だけではなく日本人介護労働者全体と競合、代替」する。そして、介護福祉士の受け入れが招く悪影響として、労働力の供給過剰により、この分野への就業希望の多い若者、女性等の雇用機会の喪失や、日本人介護労働者の労働条件の低下、低労働条件の固定化により、日本人が介護分野に就業しなくなり、これが一層の外国人流入圧力、外国人に依存する構造の固定化をもたらすこと、をあげている³¹。このような厚生労働省の論理は、外国人労働者の受け入れが労働条件の低下に直結するというマイナスの側面に傾度したシナリオに基づいており、結局低い労働条件の介護労働市場を保護するために外国人を受け入れない皮肉な結論に至ることになる。

また介護労働者の供給について、学卒者、有資格者で就労していない者の定着を促進させると、2014年に170万人(年間7万人程度増)は可能で、将来的に不足しないと、主張している。しかし、この主張は、第2節で述べた通り、介護サービスを行っている現場調査の結果を見る限り、人手不足は明らかであり、今後も改善が見込めないとする現状と矛

³¹厚生労働省(2006)「規制改革・民間開放推進会議重点事項推進ワーキンググループ外国人分野担当サブワーキング」

盾する甘い見通しといわざるを得ない。

規制緩和会議の答申に限らず、看護・介護分野に関する規制緩和の流れはもはや止めることが出来ない状況になっている。厚生労働省が現状を無視して、2005年同様明確な反対の立場を取り続けるのか、二国間のEPA枠組みとは別に介護福祉士を専門技術職の範疇に含めて受け入れを容認するのか、または新たな受け入れの枠組みを創設するのか、政府内の政策調整のゆくえが注目される場所である。

(3) 介護福祉士資格制度整備の動向

日本では現在、介護職員の任用資格と介護労働を構成する様々な職種について再検討が行われている。中でも介護福祉士の資格をめぐる制度変更は介護労働市場の需給調整に少なからず影響を及ぼすものに関心が高まっている。

現在の介護福祉士制度は、1988年5月から施行された「社会福祉士及び介護福祉士法」に基づく国家資格としてスタートした³²。介護福祉士登録者は2006年5月現在で54万5千人となり、介護保険事業で約21万9千人（2004年10月現在）、介護保険以外の事業所に約9千人（2003年10月現在）が介護の業務に従事している。介護施設においては介護職員の37.1%、在宅サービスでは21.9%を介護福祉士が占め（実数ベース、2004年10月現在）、介護現場の主要な労働力となっている³³。質的の面においては、介護福祉士は介護現場で直接介護を担っている労働力の中でも最も高いレベルの労働力と言える。何を持って質の高さを測れるかについては議論の余地があるが、介護現場でもう一つの直接介護の主要な労働力であるホームヘルパーと比較してみると、介護福祉士のほうが資格取得教育・研修時間が長く、質が高いと言えよう³⁴。

³² 法第2条2項によると、介護福祉士とは「専門的な知識及び技術をもって、身体上又は精神上的の障害があることにより日常生活を営むのに支障があるものにつき、入浴、排泄、食事その他の介護を行い、ならびにそのもの及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者」と定義されている。

³³ 介護保険以外の社会福祉施設については、34.4%を介護福祉士が占めている。データは厚生労働省（2006b）から引用。

³⁴ 介護福祉士とホームヘルパー養成課程を比較すると、教育・研修時間の差は歴然とした差がある。

	介護福祉士	ホームヘルパー
資格種類	国家資格	認定資格
養成課程	<ul style="list-style-type: none">・ 高卒後、養成施設2年以上（1650時間）・ 福祉系大学卒後、養成施設1年以上（900時間）・ 実務経験3年以上又は福祉系高校卒後（1190時間）国家試験合格	<ul style="list-style-type: none">・ 1級：230時間（2級修了者）・ 2級：130時間・ 3級：50時間

ところが、現在介護現場では介護福祉士やホームヘルパーなどの有資格者とともに、資格を持たない者もサービスを行っている。この現状に対して、介護サービスを行う労働力の質の確保・向上が重要な課題となり、2004年7月の社会保障審議会介護保険部会報告「介護保険制度の見直しに関する意見」において、介護職員については、「将来的には、任用資格は「介護福祉士」を基本とすべき」との方向性が示された³⁵。

また、介護福祉士の資格取得条件も変更される運びになっている。現行の資格取得の条件には国家試験に合格するほかに養成施設を卒業するルートがあるが（表1参照）厚生労働省の変更案をみると、養成施設を卒業した人も含めすべての者について一定の教育プロセスを経た後に国家試験を受験するという一元化を図る方向となっている³⁶。

以上の介護職員の任用条件と資格取得の制度変更がなされると、将来的に介護サービスはすべて国家試験に合格した介護福祉士がまかなうことになる。このような制度変更の流れは、本稿で取り上げている介護分野の外国人労働者受け入れの視点からみると、期待される役割（仕事の内容）が明確になる効果がある。日比 EPA 枠組みにより受け入れることになった介護福祉士についても、その仕事が介護現場の中で直接介護を行うことがさらに鮮明になったといえる。

さらに、外国人介護福祉士を雇用する側にとっては職場管理や人事管理の面で混乱を避ける効果もあると思われる。現行の制度の下では異なる資格を持つ職員（資格を持ってない職員も含め）が混在する介護現場に外国人が参入することになり、職場管理の面で様々な問題が生じることが予想される。たとえば将来的に介護福祉士の資格を取得した外国人が直接介護を行う職場に配置されたとしたら、職員の中で上位の資格者にもかかわらず、外国人であることを理由に補助的な仕事が配分され、賃金面でも無資格者よりも低くなることもありうる。こうなると、当の外国人は当然納得できないし、職場全体が仕事の配分と賃金などをめぐって混乱に陥る可能性がある。それが、今後介護現場が同一職場同一資格になり、資格の取得条件も一元化されると外国人も含め働きやすい、管理しやすい職場になることは十分考えられよう。

これら介護現場の任用基準と介護福祉士の資格取得条件の改正の動きは、介護分野労働市場の高度化をはかるとともに、現在「高度人材」（介護福祉士）と「単純労働」（無資格者）が同じ労働市場を形成しているこの分野の労働市場が職種別、技能別に細分化されることにつながる。労働市場が分離され、今後介護福祉士を中心に介護分野の「高度人材」の労働市場が形成されると、この分野の外国人受け入れを促進させる効果をもたらすことも予想される。

³⁵ 社会保障審議会介護保険部会（2004）55項

³⁶ 厚生労働省（2006b）12項

おわりに - 今後の課題 -

以上、アジア諸国との経済連携強化を契機に表面化した看護・介護分野の外国人受け入れをめぐる政策動向を検討したが、ここではそれを踏まえ、今後の課題をについて簡単に述べることにしたい。

(1) 「介護」在留資格の新設

介護分野の外国人受け入れについては、受け入れ枠組みを明確にするために、「介護」の在留資格を新設する必要がある。政府当局はEPAによる受け入れは「特別」な「別枠」のような認識を示している。現在の政策動向を見る限り、政府当局は新しい枠組みを創設するより、日比EPAのような2国間協定を中心に「特別」な「別枠」を増やして行くことで対応していこうとする意図が見られる。ところが介護分野の労働力需要の増加は産業構造の変動による一時的な需要拡大とは性質が違ふ。高齢人口の増加による介護需要の増加と、少子化の進展による若年労働者の減少、そしてこの分野の低い労働条件などを考えると、労働力の確保はますます困難になることが予想される。この分野の労働力需給のアンバランスは、決して臨機応変的に緊急対応ではなく、持続的に労働力供給を増やさなければならない状況にある。このような状況の中で、外国人労働者の受け入れを政策メニューの一つとして選択するならば、特別な臨時対応ではなく、「介護」の枠組みを新設して、将来を見据えた戦略的な対応が必要であろう。

(2) 外国人看護師・介護士の地位と役割の明確化

今後受け入れが予定されている外国人看護師・介護士に対して、その地位と役割について明確な認識が必要である。これには外国人を雇用する使用者側、サービスを受ける側両方に求められる。日比EPAを前提にしてみると、現在の制度的枠組みにおいて、外国人は国家試験に合格して日本の資格を取得するまでは「養成」のための「研修」期間であり仕事をしてもらってもそれは「研修」としかみなされない。現場では無資格者として扱われ、仕事の内容は補助的な役割にまわされ、賃金も低く抑えられることが十分予想される。また国家試験という「厳しいハードル」を乗り越えず、そのまま帰国を余儀なくされるケースが多発する可能性すらある。そうすると、病院や介護施設で専門職として中核的な役割をはたすことは程遠い、実質安価な単純労働力を臨時的に受け入れることになる。結果的に「研修」だけで終わってしまう「4年ローテーション」システム（看護師は3年）になりかねない。現在の外国人研修・技能実習生の「3年ローテーション」システムの介護版といえる。少なくともこれは避けるべきであろう。外国人労働者受け入れにおいて、これ以上「制度」（研修）と「実態」（労働）が乖離する事態は、外国人労働者本人はいうまでもなく、日本の外国人労働者受け入れ政策の観点からも、また日本の介護分野の労働市場や介護サービスを受ける側にとっても決して望ましいことではない。

外国人ケア労働者の地位と役割を明確にすることは、彼・彼女らが能力を十分発揮でき、高いレベルのサービスを提供してもらうことに結びつくだろう。そのためにも、近い将来「介護」の在留資格を新設し受け入れ条件や基準等を明確にしたうえで、労働者として堂々と受け入れるべきである。

(3) 受け入れ態勢の整備

現段階において外国人ケア労働者の受け入れは、一部 EPA の合意にもかかわらず、初期の枠組み作り段階にある。しかしながら当初の政策的目標を達成するためには送り出し・受け入れ両側の態勢作りなど具体的な準備も同時に進めなければならない。労働市場に任せる選択肢もあるが、外国人労働者については、それが市場で希少価値の高い高度な専門家や技術者でない限り、安価な労働力として使おうとする動機が常に潜在している。少なくとも市場で需給調整機能が働くほど量・質ともに一定水準に達するまでには公的手段による態勢作りが肝要であろう。特に介護分野については、外国人労働者の受け入れと同時に「介護サービスの質の向上」を達成するためには、具体的な「養成」システムを確立しなければならない。初期教育を含め座学の量・質、カリキュラムの内容、養成施設での研修期間中の教育内容などは綿密に準備し確実に実行できる態勢を整えなければならない。場合によっては国家試験合格率が一定レベルに達しない養成施設に対しては受け入れ人数を減らすなどのペナルティを設けることも顧慮すべきである。こうした課程を経て、合格率が高い「良い養成施設」と外国人を安価な労働力として「使い捨て」を繰り返す養成施設が市場から評価できる材料がそろった段階ではじめて労働市場の需給システムが働くことになる。制限的であれ外国人ケア労働者の受け入れを決めた以上、政策目標達成のための受け入れ態勢作りを急がなければならない。

(4) 看護・介護労働のディセントワーク化

看護や介護などのケア労働が「ディセントワーク」になるために政策的努力が必要である。ディセントワーク (decent work) とは重要な仕事として社会的に評価される「ちゃんとして仕事」という意味であろうが、それには専門能力のほかに従事者の満足や自負も含まれる。そもそもある仕事がディセントワークかどうかは市場からの評価により自然に形成されていくものだが、ケア労働について政策的対応を言及することは、この分野が医療保険や介護保険という社会保険を根幹に成り立っているからである。診療報酬や介護報酬はそれぞれの保険から給付されるために、各サービスの内容については保険からきめ細かい規定に縛られる。また現実に保険報酬が病院や介護施設の経営資金の大きな部分を占め、従事者の給料に直接連動していることも事実である。したがって、ケア労働に対する労働市場からの、また社会一般からの評価は社会保険を運営している国の政策と不可分の関係にある。

実際ケア労働がディセントワークかという観点からみると、現実には楽観的ではない。厳

しき労働条件、慢性的な人手不足、低い賃金、高い離職率はそれを物語っている。日比 EPA 基本合意について、日本介護福祉士会が外国人の受け入れより処遇向上と職業としての魅力が高まるよう支援すべきだとした主張は、現状を表す従事者の声であろう。その意味で、介護福祉士を介護現場の任用資格とし、資格取得の条件を一元化する制度変更の動向は「介護サービスの質の向上」とともに、介護労働者の質の向上、ひいてはディセントワーク化にも沿う動きとして解釈できる。

一方、ケア分野の外国人受け入れがディセントワークに逆行する動きという認識もあるが、そういう認識こそケア分野のディセントワーク化を阻害するものであろう。優秀な外国人を受け入れることは職場に新しい刺激になり、そこからケアサービス労働に対する再認識と地位向上がはかれることも考えられる。そのためには上術した、枠組み作りのような制度の整備をはじめ、受け入れ態勢や適正な運用が担保されなければならない。

(5) 「多文化間ケア」に対する認識の転換

この章ではあまり触れなかったが、外国人看護師・介護士の受け入れについて社会的合意がなかなか得られない理由は、関連する国内労働者の保護のような労働市場の観点の他に、看護と介護という仕事の性質上、サービスを提供する側と受ける側との密接なコミュニケーションと文化的ギャップを難点として指摘する声もある³⁷。この指摘は十分理解できるし、たしかに重要な課題である。しかし、この問題を外国人受け入れの第一判断材料として過剰に意識することは決して望ましいとは言えない。社会的に（あるいは、政策的に）この問題に固執することは、多様な文化を認め合い、共に暮らしていく「地球社会」の中で孤立する結果を招きかねないからである。日本は現在アジアとの経済連携を強化し、日比 EPA 合意で見られるように、外国人受け入れについても課題を回避することなく協議に臨んでいる。この流れが孤立への道ではなことは明らかであり、それに伴う文化的な面においてももっと肯定的で積極的な姿勢が求められている。

また、個人の視点からみても、ケア労働（特に介護）は家族の仕事から外部労働への依存度が徐々に高まっている。介護における異文化の問題は個人レベルでも克服しなければならない課題になっている。それには、第 1 章で指摘したような「異文化間トレランス」が求められる。「よそ様を家に向かい入れる」ことをいつまでも拒んでいては、介護は成り立たない時代である。介護保険こそ「介護の社会化」を理念としている。筆者は、ケア労働者が日本人であれ外国人であれ、「異文化間トレランス」が必要であることは根本的に変

³⁷内閣府が 2000 年 11 月に実施した「外国人労働者問題に関する世論調査」によると、「介護労働に外国人の受け入れを認めない」とする者の割合が 48.3%、「受け入れを認める」とする割合が 42.8%で、受け入れを認めない理由の 1 位が「介護には日本語のコミュニケーション能力が必要である」(69.5%)、2 位が「介護サービスは日常生活全般にわたることから、国内の各種制度や生活習慣を理解する必要がある」(58.0%)である。しかし、この調査は介護保険が本格的に施行される前に実施され、一般に外部の人に介護サービスを受けることにまだなれてない時点の調査であることに注意が必要である。

わらないと考える。外国人ケア労働者に日本語を学ばせ日本文化を教えることは受け入れ態勢として必ず必要であるが、受け入れる側にも「異文化間トレランス」について再認識が求められていることはいうまでもない。

【参考文献・資料】

- 安里和晃、2005、「介護労働市場の形成における外国人家事・介護労働者の位置づけ - 台湾における事例から - 」『龍谷大学経済学論集（国際学特集）』第44巻第5号。
- 井口 泰、2001、『外国人労働者新時代』ちくま新書
- 外務省、1999、「アジア再生ミッション」報告書「21世紀アジアと共生する日本を目指して」（1999年11月）
- 外務省、2004、「共同プレス発表、日本フィリピン経済連携協定」（2004年11月29日）
- 外務省、2005a、「共同プレス発表、日本マレーシア経済連携協定」（2005年5月25日）
- 外務省、2005b、「共同プレス発表、日タイ経済連携協定」（2005年9月1日）
- 外務省、2006、「日・フィリピン経済連携協定」（条文）
（http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/fta/j_asean/philippines/jyobun.html）
- 経済産業省、2004、「経済連携の取り組みについて」（2004年12月）
- 金善英・宣元錫・倉田良樹、2005、「介護サービス提供分野における外国人労働者活用の可能性に関する試論」一橋大学経済研究所・世代間利害調整プロジェクトディスカッションペーパーNo.270(2005年3月)
- 小幡詩子、2005、「介護現場を支える日系移住労働女性たちー外国人介護士受け入れのモデル国になるためにはー」西川潤編者『グローバル化時代の外国人・少数者の人権 日本をどうひらくかー』明石書店
- 雇用政策研究会、2005、「人口減少下における雇用・労働政策の課題」（2005年7月）
- 厚生労働省、2001、「介護労働実態調査中間報告」（2001年7月31日）
- 厚生労働省、2004、「外国人労働者の雇用管理のあり方に関する研究会報告書」（2004年7月）
- 厚生労働省、2005a、「規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申（追加答申）に対する厚生労働省の考え方」（2005年3月25日）
- 厚生労働省、2005b、「第6次看護職員需給見通し（暫定版）」「第6回「第6次看護職員需給見通しに関する検討会」資料1」（2005年12月8日）
（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1208-2a.html>）
- 厚生労働省、2006a、「規制改革・民間開放推進会議重点事項推進ワーキンググループ外国人分野担当サブワーキング」（2006年6月2日）
（http://www.kisei-kaikaku.go.jp/minutes/wg/2006/0607/item_060607_04.pdf）
- 厚生労働省、2006b、「これから介護を支える人材について」（2006年7月5日）
- 社会保障審議会介護保険部会、2004、「介護保険見直しに関する意見」（2004年7月30日）
- 宣元錫、2003、「外国人研修・技能実習制度の現状と中小企業」依光正哲編著『国際化する日本の労働市場』東洋経済新報社
- 宣元錫、2005、「アジアにおける経済連携強化と日本の外国人労働者受け入れ政策 - 看護・介護分野のフィリピン人受け入れをめぐる動向を中心に」東アジア経済学会第20回日韓学会議『シンポジウム発表論文抄録集』2005年8月、106～116頁
- 財団法人介護労働安定センター、2004、「平成17年度介護労働実態調査結果について」
<http://www.kaigo-center.or.jp/oshirase/tyousa2.html>
- 内閣府、2000、「外国人労働者問題に関する世論調査」
（<http://www8.cao.go.jp/survey/h12/gaikoku/index.html>）
- 内閣府、2006、平成18年版「高齢化白書」
- 内閣府規制緩和・民間開放推進会議、2004、「規制緩和・民間開放推進に関する第1次答申」（2004年12月24日）
- 内閣府規制緩和・民間開放推進会議、2005、「規制緩和・民間開放推進に関する第1次答申（追加答申）」（2005年3月23日）
- 日本医療労働組合、2004、「外国人看護師・介護職の受け入れ問題について」（2004年9月28日）

日本看護協会、2005、「フィリピン看護師受け入れについて」平成16年度第3回プレス懇談会資料(2005年2月24日)

日本経団連、2004、「外国人受け入れ問題に関する提言」(2004年4月)

日本医師会、2005、「日医NEWS」1042号(2005年2月5日)

日本医師会、2006、「看護職員の受給に関する調査 - 2006年10月調査 - 」(速報版)(2007年1月17日)

法務省、2006a「出入国管理」(平成18年版)。

法務省、2006b、「出入国管理及び難民認定法第7条第1項第2号の基準を定める省令の一部を改正する省令について」

労働政策研究・研究機構、2004、「選択迫られる外国人労働者受け入れ」『Business Labor Trend』2004年12号