

介護分野における外国人労働者受け入れの意義と課題

—外国人介護福祉士候補者への役割期待を踏まえて—

宮本 恭子*

はじめに

I. インドネシアとフィリピンからの候補者受け入れの状況

II. 母国での教育状況

1. 看護師教育の状況

2. 介護認定研修

III. 入国後の介護研修の状況

おわりに

はじめに

日本はインドネシアとの経済連携協定（2008年7月1日発効）に基づき、2008年度から外国人看護師・介護福祉士の資格取得を目指す候補者の受け入れを始め、また、フィリピンとは、経済連携協定（2008年12月11日発効）に基づき、2009年度から同様に受け入れを始めている。今回の事業では、インドネシアとフィリピン政府からの強い要望を受け、「人の移動」という条文を盛り込み、特例的に「看護師・介護福祉士の資格取得を目指す候補者」の受け入れを始めた。

こういった状況を踏まえ、介護分野に外国人労働者を受け入れることになった。もっとも、その合意の過程がスムーズであったわけではなく、国内の関係団体を中心に賛否両論のさまざまな意見が交わされてきた。外国人の受け入れ政策の推進に最も積極的であったのが、(社)日本経済団体連合会（以下「日本経団連」）である。

日本経団連は平成16年4月に「外国人受け入れ問題に関する提言」を発表している。そのなかで、①外国人受け入れは、その量と質の両面で、十分にコントロールされた、秩

*みやもときょうこ（神戸大学大学院経済学研究科博士課程後期課程）

序ある受け入れであること、②受け入れる外国人の人権や尊厳を損ねるものであってはならないこと、③外国人の受け入れは、受け入れ企業や外国人にとって有益なものであることは当然として、さらに受け入れ国、送り出し国の双方にとってメリットがあること、という3点を基本原則とし、外国人の受け入れ政策を総合的に推進することを積極的に提案している¹⁾。

とくに介護分野については、「介護福祉士の資格取得者や外国における隣接職種の資格者で介護実務上の円滑なコミュニケーションができるレベルの日本語能力を有する者等については、たとえば、『技術』や『技能』の在留資格として就労を認める方向で検討を進めるべき」としている²⁾。同時に、介護分野の資格取得を円滑にするには、母国の研修制度や日本語教育を充実させるべきとの提言も行っている³⁾。

これに対して(社)日本介護福祉士会は「選択肢としての外国人労働力の導入に反対するものではない」としながらも、「外国人労働者を受け入れるにあたっての介護全般に渡る条件整備が行われていない」との理由で、反対の立場を明確にしている⁴⁾。また「外国人の受け入れよりはまず、国内の介護労働力を確保するために賃金をはじめとする処遇向上を図り、介護の職業としての魅力が高まるよう支援すべきである」とも述べている⁵⁾。さらに、「わが国が早急に取り組むべき課題は、介護労働力をめぐる条件整備である」として、「それは外国人労働力のスムーズな導入のためにも欠かせない」とする意見を出している⁶⁾。この意見とほぼ同じ流れとして、日本医療労働組合連合会は、介護分野の外国人労働者の受け入れが、国内の関連労働市場に影響を与え、賃金や労働条件の低下を招く危険性があることを指摘し、外国人労働者の受け入れには慎重な立場を示している⁷⁾。

このように介護分野における外国人労働者の受け入れに関しては、賛否両論のさまざまな意見が示されているものの、わが国においては、介護分野における人材不足がすでに現実の問題となっており、その対策が焦眉の課題となっている。それにもかかわらず、介護職員の離職が増加している。介護労働者の給与や労働条件の改善が求められているが、さらに介護職員の「職場復帰の支援」も必要であろう。そうした努力に加えて、外国人労働者の受け入れについても前向きに考える必要があるのではないだろうか。

現在、試行されている外国人介護労働者の受け入れは、その条件として「介護福祉士資格」を目指す、つまり日本の資格試験の受験と合格が前提となっている。これも母国で看護師の資格をすでに取得した人からみると理解に苦しむハードルかもしれない。そもそも受け入れる側の日本において、彼らが母国でどのような資格を取得しているか、どのような訓練を受けているか、わが国の介護現場でどのような役割が期待できるかという具体的な内容はまだ十分には議論されてきたとはいえないのではないか。

この問題に関連する先行研究では、フィリピンにおける看護教育の現状から、フィリピン人看護師受け入れの可能性を考察している⁸⁾。フィリピンではかねてから優秀な看護師を育成する教育体制が築かれていることを踏まえて、フィリピン人看護師の日本への受け入れに問題はなく、むしろ人材不足を補って余りある期待が持てるとの見方が示されている。

また、インドネシアとフィリピンの看護教育のレベルとわが国の現状を比較することに

より、両国の看護師が能力的に日本の医療機関で働けるかどうかを検討している。そこでは、現地で入手した看護教育カリキュラムの内容が詳細に報告されており、両国の看護師は日本の医療機関で十分就労可能であることが示唆されている⁹⁾。

このように経済連携協定（以下「EPA」）の締結を契機として、外国人看護師の日本への受け入れに関する研究は散見されるようになったものの、外国人看護師がわが国の医療現場でどのような役割を發揮することが期待できるか、さらには介護労働の分野での役割についてはまだ何も論じられていない。本論では以上のような問題意識に基づき、外国人介護福祉士候補者（以下「候補者」）の受け入れに焦点を当てて、介護労働の分野で、彼らがどのような役割を發揮することが期待できるかを、資質や能力の観点から明らかにしたい。

本研究では、まず候補者の受け入れ状況を資格要件別に把握する。これらのデータは一般には公表されていないため、候補者の唯一の斡旋機関である国際厚生事業団（JICWELS）に情報提供を依頼し、資料を入手した¹⁰⁾。次に、候補者がどのような教育や研修を受けているかを明らかにしながら、候補者の平均的な能力を推察する。具体的にはインドネシアとフィリピン两国について、候補者の要件である看護学校又は大学の看護学部卒業者と介護士認定者に分けて、母国の専門職教育の状況を紹介する。

特に介護士の教育状況については、筆者が外務省及び厚生労働省に聞き取りおよび資料の情報提供を依頼し、必要な情報や資料を入手した¹¹⁾。また、看護師の教育の状況については、世界 121 カ国の看護職の教育の状況や看護事情を網羅した既存資料を用いる。

I. インドネシアとフィリピンからの候補者受け入れの状況

まず候補者を受け入れる枠組みからみてみたい。受け入れ経路は介護福祉士の「国家試験受験コース」と、フィリピンの場合は「介護福祉士養成施設コース」の二つが用意されている。前者は受け入れ施設で就労・研修を行いながら、協定で認められている在留期間である4年間のうちに介護福祉士の国家資格を取得して、引き続きわが国に滞在できることを目指すコースである（以下「就労コース」）。後者は日本国内の介護福祉士養成施設に入学して、2年間程度就学し、養成施設の修了までに資格取得を目指すコースである（以下「就学コース」）。

就労コースの候補者の要件は2種類用意されている。インドネシアの場合は、大学又は高等教育機関（3年以上）卒業者でかつ政府から介護士として認定された者か、あるいは看護学校又は大学の看護学部卒業者である。フィリピンの場合は、4年制大学卒業者でかつ政府から介護士として認定された者か、あるいは大学の看護学部卒業者である。このように就労コースの候補者の要件は、4年制大学卒業程度の学力を有し、かつ介護の教育を受けた者か、あるいは大学又は専門学校で看護の教育を受けた者のいずれかである。またフィリピンの就学コースの候補者の要件は、4年制大学卒業者である。

候補者の受け入れ状況を表1から見てみたい¹²⁾。それによると、看護学校又は大学の看護学部卒業者が多数来日していることがわかる。特にインドネシアではそれが顕著である。

インドネシアでは、介護士の認定が2009年から開始されたこともあり、2008年に受け入れた第1陣の候補者104名のうち全員が、看護学校又は大学の看護学部卒業者である。また、2009年の第2陣の受け入れ数は189名であり、そのうち介護士認定者は73名、看護学校又は大学の看護学部卒業者は116名である。2009年の場合は、介護士認定者の第1回目の受け入れであるためか、看護学校又は大学の看護学部卒業者の多さが目立つ。2010年の第3陣の受け入れになると、全体の受け入れ数は77名まで減少し、介護士認定者の受け入れも10名まで大幅に減少した。これに対して、看護学校又は大学の看護学部卒業者は67名であり、全体に占める割合は大幅に増加している。

フィリピンでは、インドネシアと事情が異なり、今回の事業が始まる以前から、すでに国内で介護士の認定が行われている。そのため今回の事業では、第1回目からその認定者が候補者として来日している。2009年の第1陣の受け入れ数は190名であり、そのうち介護士認定者は151名、大学の看護学部卒業者は39名である。このようにフィリピンでは、第1回目から介護士認定者が多数来日している。ところが2010年の第2陣の受け入れになると、全体の受け入れ数は72名まで大幅に減少しており、介護士認定者も36名に減少した。他方、大学の看護学部卒業者の受け入れ数は36名と、ほぼ前年並みの人数を確保している。また就学コースは、2009年9月に27名が入国し、6ヶ月間の日本語研修の後に2010年4月から就学を開始した。

表1 インドネシア人・フィリピン人介護福祉士候補者の受け入れ状況

	インドネシア人		フィリピン人	
	就労コース		就労コース	就学コース
2008年度	全体 (104人) (53施設)		/	
	①介護士認定者 (0人)	②看護師養成の 看護学校又は大 学の看護学部卒 業者 (104人)		
2009年度	全体 (189人) (85施設)		全体 (190人) (92施設)	(27人)
	①介護士認定者 (73人)	②看護師養成の 看護学校又は大 学の看護学部卒 業者 (116人)	①介護士認定者 (151人)	②大学の看 護学部卒業 者 (39人) (6施設) で就学
2010年度	全体 (77人) (34施設)		全体 (72人) (34施設)	(10人)
	①介護士認定者 (10人)	②看護師養成の 看護学校又は大 学の看護学部卒 業者 (67人)	①介護士認定者 (36人)	②大学の看 護学部卒業 者 (36人) (6施設) で就学

出所：国際厚生事業団支援事業部に依頼した資料・情報（2010年9月、2011年6月）入手より作成。

このように今回の事業では、看護の教育を受けた者が、介護福祉士の資格取得を目指して多数来日していることが確認できる。これらの者の多くは、本来看護師候補者を希望していたが、実務経験がその要件に満たないため、介護福祉士候補者の応募に転じた者である¹³⁾。言い換えれば、看護職の専門教育を修了した、すでに看護（医療）の知識や技術を有する者が、介護福祉士を目指して多数来日しているのである。

さらに看護職の教育内容はその資格の種類に応じて異なるが、インドネシアとフィリピンの両国とも、今回の事業ではその中でも充実したカリキュラムのもとで看護師の教育を受けた候補者が来日している。わが国と同様にインドネシアでは、看護職の資格の種類が一本化しておらず、看護師と准看護師の2種類存在するが、先に述べたように、今回来日している候補者全員が、看護師の教育を受けた看護師資格保持者である¹⁴⁾。ただし、それらの者が大学の看護学部を卒業したか、あるいは専門学校を卒業したかは、国際厚生事業団も把握していない。なおフィリピンの場合は、看護職の資格が看護師に一本化しているため、候補者全員が看護師の教育を受けた者である¹⁵⁾。

Ⅱ. 母国での教育状況

では、候補者は母国でどのような看護や介護の教育を受けているのか。結論から言えば、インドネシアおよびフィリピンともに、看護師教育は国内の医療事情を反映しつつも、わが国を含む国際的な看護の舞台でも十分に活躍できる人材の育成に重点がおかれている。

母国での介護士認定研修は、インドネシアとフィリピンでは実施の経緯や背景が異なるため、一様に述べることはできない。それでも、両国ともわが国の介護現場への人材の送り出しを強く要望していることもあり、看護師教育と同様に、わが国を含む海外での就労に役立つ教育が行われている。たとえばインドネシアでは、わが国の介護福祉士養成課程のカリキュラムに準ずる研修が、かなりの時間数をかけて行われている。またフィリピンでは、わが国の介護教育の内容に準ずるものではないが、わが国に先んじて介護士を送り出している国のニーズに配慮した、高齢者以外にも乳幼児や障害者も対象とする幅広い内容の研修が行われている。以下ではこれらの教育の具体的な内容を見てみたい。

1. 看護師教育の状況

(1) インドネシア

まず、看護師教育の状況である。インドネシア国内で最も養成機関数の多い3年課程の看護学校を取り上げ、その教育内容をみてみたい¹⁶⁾。カリキュラムの総単位数は128単位であり、わが国の3年課程の看護師養成課程の総単位数である93単位より35単位多い。ただし、臨地実習の時間数は15単位であり、わが国の23単位と比べ少ない。このように、単位当たりの時間数は詳細に分からないが、カリキュラム全体では、おおむね教育内容は充実しているようである。ただし臨地実習の時間数は15単位であり、わが国の23単位と比べ少ない。カリキュラムの内容は、1年次がインドネシアの文化や歴史、宗教、インドネシア語など、自国に関する知識や理解を深めるための科目である。2年次は母子保健や

公衆衛生など、現地の医療事情を反映した科目に重点がおかれている。3年次は乳幼児、小児、成人、老人などの対象ごとの看護の展開と、公衆衛生学、母性看護学、小児看護学、精神看護学等の各論である。

インドネシアは、乳児死亡率および妊産婦死亡率が高い水準にあり、多産多死の人口動態である¹⁷⁾。他方、65歳以上の高齢人口の割合は、2000年は4.5%、2005年は5.5%と、今後その増加が見込まれるものの依然低い水準にある¹⁸⁾。また、死亡要因の上位には、結核や伝染性疾患が位置しており、乳児死亡率や妊産婦死亡率の高さとも相まって、途上国によくみられる疾病構造となっている¹⁹⁾。インドネシアの看護師は、医療機関での傷病者の看護の展開にくわえ、こうした国内の医療事情に配慮した、伝染性疾患の予防を中心とする、地域における公衆衛生活動の担い手としての役割も期待されている。なお、そうした活動を展開するうえで欠かせない、他の医療職種との連携・調整も重要な役割のひとつであり、地域医療の分野におけるコーディネーターの役割が重視されている²⁰⁾。

(2) フィリピン

フィリピンの大学の入学資格は、6年間の義務教育と4年間の中等教育の修了者であり、わが国より中等教育が2年間短いため、16歳で大学に入学する²¹⁾。フィリピンの大学の看護学部のカリキュラムをみると、1年次は、看護学以外の数学や化学、歴史、心理学などの一般教養科目に重点が置かれている。また、看護や介護を展開するうえで基本となる、コミュニケーション技術の科目も含まれている。2年次は、解剖生理学、基礎統計学、ヘルスケア学などの基礎的な医学科目を履修する。3年次は乳幼児、小児、成人、老人などの対象ごとの各論に加え、予防医学や地域保健などの公衆衛生分野と国際看護の科目が組まれている。4年次は臨床看護の展開に重点を置いたカリキュラムである²²⁾。

フィリピンでは、インドネシア同様、乳児死亡率および妊産婦死亡率が高い水準にある。そのうえ、心疾患、脳血管障害、悪性新生物に起因する死亡率も増加しており、途上国と先進国の健康問題が混在する状況にある²³⁾。また、看護師の海外への送り出しにも実績がある。そのため看護師の教育カリキュラムは、国内の医療事情を反映しつつも、海外の医療現場で活躍できる看護師の養成に重点がおかれている²⁴⁾。単位当たりの時間数は詳細に分からないが、たとえばフィリピンでは、臨地実習の時間数が39単位確保されるなど、わが国およびインドネシアと比べ充実しており、実践力や即戦力を重視した教育が行われている。また、国際看護の科目もカリキュラムに組み込まれており、他の医療職種や職員との連携・協働を重視した教育も行われている²⁵⁾。

2. 介護士認定研修

(1) インドネシア

続いて介護士認定研修の状況である。インドネシアとフィリピンでは、高齢者介護のほとんどを家族が担っており、高齢者施策は、身寄りのない高齢者や障害を持つ高齢者など、恵まれない一部の高齢者を主たる対象としている²⁶⁾。また、わが国の介護保険制度や「社会福祉士および介護福祉士法」に該当するような、介護独自の制度や介護の専門職に関する

る法律は整備されておらず、介護福祉士に該当する国家資格としての介護士資格も存在しない²⁷⁾。このように高齢者をめぐる環境は、インドネシアとフィリピンで類似する状況にあるが、介護士養成の経緯に関しては両国で相違がみられる。

インドネシアでは、従来介護士の認定資格が存在しないため、今回の事業の実施に向けて、わが国とインドネシア政府との間で協議を行い、研修内容を決めている。第1回目の介護士認定研修は、2009年3月から6月までの日程で実施された。研修の修了生は約320名であり、そのうちの約2割程度の者が第1陣の候補者として来日した。なお残りの研修修了生は、第2回目以降の候補者として応募することが認められている²⁸⁾。

インドネシアの介護士認定研修の内容は、これまで公表されておらず、また先行研究でも見当たらない。そこで筆者は、外務省南東アジア第二課に情報提供を依頼し、資料を入手した²⁹⁾。それによると介護士を“CAREGIVER”と記し、介護福祉士を“(kaigofukushishi)”とローマ字で表記している点が印象的である。介護士の認定研修のプログラム名は、“CAREGIVER (kaigofukushishi)”であり、わが国の介護福祉士候補者を目指したプログラムであることが分かる。研修の申し込み対象者の要件は、学歴が今回の事業の資格要件でもある、一般大学か大学の看護学部卒業者である。年齢は30歳以下であり、健康な男女である。また、対象者を選別するために試験も課される。研修目標は、わが国の介護福祉士養成課程に準ずるものであり、表2の1から11に示すとおりである。

表2 インドネシアの介護認定研修－研修目標

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 的確な観察・記録・報告が実施できる。2. 円滑なコミュニケーションのあり方を身につける。3. 高齢者介護を展開することができる。4. 個人の身体的、社会的、経済的な環境の調和を図る能力を養う。5. 高齢者の日常生活支援に必要な知識・技術を習得する。6. 高齢者の自立支援のための総合的なサービス提供の能力を身につける。7. 高齢者の健康の保持、健全な生活、危機管理の支援のための知識・技術を習得する。8. 高齢者への共感的態度のもとで支援を行う知識・技術を身につける。9. 介護方法の指導能力を身につける。10. 多職種間連携による社会資源の調整のための能力を身につける。11. 高齢者と日本語でコミュニケーションを図る能力を身につける。 |
|--|

出所：「COMPETENCY BASED TRAINING PROGRAM CAREGIVER」(インドネシア政府が2007年7月作成)を筆者が邦訳し作成。

教育内容は、受け入れ施設で就労・研修を行う際に必要とされる、基礎的な介護の知識や技術と、渡航に関する手続きや日本語でのコミュニケーション技術である。その項目は表3のとおりである。

研修に費やされる時間は490時間(1時間単位：45分)である。そのなかには17から22に示す、渡航に関する手続き等の時間数も含まれる。それでも全体としてみれば、わ

が国の訪問介護員（ホームヘルパー）1級課程の研修時間数である230時間の2倍以上の時間数が確保されている³⁰⁾。また研修内容は、主に基礎的な介護の知識や技術に重点がおかれているが、診療介助や社会資源の活用等の看護やソーシャルワークの分野の内容も含まれる。さらに、これらの研修を教授する講師は現地の看護師であるため、必要に応じてより詳細な医療（看護）の知識や技術を教授することも可能であると予想される。

表3 インドネシアの介護認定研修－教育内容

1. 共感的態度と専門職としての姿勢	13. 移動の介護
2. 高齢者の生活と社会の関わり	14. 援助行為
3. 高齢者の尊厳と自立	15. 高齢者の状態の報告
4. 高齢者の部分介護	16. 指導的な立場からの報告、介護
5. 食事の準備	17. 日本語でのコミュニケーション
6. 睡眠（寝具、ベッド）の介護	18. 日本語での電話応答
7. 健康管理（診療介助）	19. 日本語での対象者への対応
8. 清潔保持（入浴、更衣、排泄、洗髪等）	20. 外出先での日本語の使用
9. 身体機能の向上と運動指導	21. 労働条件や職業関連疾患についての情報提供
10. 転倒・事故防止対策	22. 送金、書類、渡航費、雇用契約についての情報提供
11. 居住環境の整備	
12. レクリエーション	

出所：「COMPETENCY BASED TRAINING PROGRAM CAREGIVER」（インドネシア政府が2007年7月作成）を筆者が邦訳し作成。

(2) フィリピン

フィリピンでは、介護士は家政婦、看護師に次ぐ海外への送り出しに実績のある職業である。介護士として送り出している国の1位は台湾である³¹⁾。台湾では高齢者や障害者、乳幼児に長時間のケアを提供することのできる住み込み外国人介護士の需要が高い³²⁾。そのためフィリピンでは、送り出し国側のニーズを反映した介護士認定研修が、従来から実施されている。

研修概要は次のとおりである。フィリピンの介護の対象は、高齢者、乳幼児、小児、障害者である。職務内容は乳幼児の世話や介護、小児の社会性や知能の育成および心身両面の発達の援助、高齢者の世話や介護、障害者の介護である。具体的には、対象者が健康で安全な生活を送れるよう、急変時の対応、居間・食堂・寝室・トイレ・浴室などの清掃、衣服・シャツ・寝具の洗濯、食事の準備等を実施することである。研修のカリキュラムは表4に示すように、基礎分野と共通分野、専門分野から構成される³³⁾。

基礎分野では、職場でのコミュニケーション能力の獲得、チームケアの実践、介護職として仕事をするうえでの心構え等を学ぶ。また共通分野では、救急処置や医療の必要度の高い者への介護など、医療に重点を置いた内容を学ぶ。さらに専門分野では、乳幼児、小児、成人、高齢者、障害者などの対象に応じた援助や、日常生活上の援助技術を学ぶ。こ

表4 フィリピンの介護士認定カリキュラム

UNIT CODE	基礎分野
500311105	職場でのコミュニケーション能力の獲得
500311106	チームケアの実践
500311107	専門職職業人としての実践
500311108	職業関連疾患の予防と実践
UNIT CODE	共通分野
HCS323201	伝染病・感染症予防の実践
HCS323202	異常行動への迅速な対応
HCS323203	救急処置
HCS323204	医療の必要度の高い者への介護の提供
UNIT CODE	専門分野
HCS323301	乳幼児の世話・介護
HCS323302	小児の世話・介護
HCS323303	小児の社会性や知能の育成、情緒面での健全な育成
HCS323304	小児の身体的な発達の促進
HCS323305	高齢者の世話・介護
HCS323306	障害者の介護
HCS323307	健康や生活環境の安全の保持
HCS323308	急変時の対応
HCS323309	居間・食堂・寝室・トイレ・浴室の掃除
HCS323310	衣服・寝具・シーツの洗濯
HCS323311	食事の準備

出所：TESDA (TECHNICAL EDUCATION AND SKILLS DEVELOPMENT AUTHORITY)

「TRAINING REGULATIONS FOR CAREGIVING NC II」(2007年)を筆者が邦訳、若干修正のうえ作成。

のようにフィリピンでは、高齢者、乳幼児、小児、障害者を対象とする幅広い対象分野の研修が行われており、その分、高齢者に関する研修内容は薄いと言わざるを得ない部分があるかもしれない。だが視点を変えれば、幅広い対象分野の教育は、視野の広い介護士の養成に役立つともいえる。

Ⅲ. 入国後の介護研修の状況

これまで見てきた母国での看護や介護の教育を受けた候補者は、それぞれの教育歴にかかわらず、入国後は同様の「介護導入研修」を受けることが義務づけられる。これはわが

国の受け入れ施設での就労・研修への円滑な移行を図る目的で実施されるものである。具体的な内容は表5に示すとおりである³⁴⁾。内容は介護概論、基本的介護技術、国家試験のオリエンテーションから構成され、講義と演習の授業形態によって進められる。また、これ以外にも「日本語研修」の中で、医療保険や介護保険などの「制度概要」についても学ぶ³⁵⁾。

これらを合わせた研修時間数は51時間であり、わが国の訪問介護員（ホームヘルパー）3級課程の研修時間数である50時間に相当する時間数が確保されている。ただし「介護導入研修」は、日本人講師が候補者に日本語で研修内容を教授するため、日本語とインドネシア語又はフィリピン語との間の逐次通訳で講義が進められる³⁶⁾。そのため同じ内容を日本人に教授する場合とくらべ、約2倍程度の時間が必要とされ、実際には約25時間程度の研修が行われる換算になる。だがそうした事情を考慮しても、インドネシアでは、現地の介護士認定研修と「介護導入研修」を合わせれば、500時間以上のかなりの量の研修が実施されていることが確認できる。

また「介護導入研修」を受講した候補者へのアンケート調査結果からは、次のような候補者側の戸惑いが明らかになっている。それは母国とわが国の生活習慣の違いに起因するものであり、一例が浴槽での入浴介助である。日本独特の習慣は、候補者にとって理解が

表5 「介護導入研修」カリキュラム

大項目	中項目	講義・演習時間数 (時間)			授業 形態	教授 体制	実施 場所
		合計	講義	演習			
介護概論	・介護とは ・介護の基本原則 (介護の倫理含む) ・業務遂行の基本的態度 ・介護福祉士の健康管理	5.0	5.0		講義	講師1名	日本語 研修機 関
基本的介護 技術		36.0	18.0	18.0	講義	(講義)	日本語 研修機 関
	・コミュニケーション技術	6.0	3.0	3.0	演習	講師1名	
	・移動の介助	6.0	3.0	3.0			
	・排泄の介護	6.0	3.0	3.0		(演習)	
	・衣服の着脱の介護	6.0	3.0	3.0		講師数名	
	・食事の介護	6.0	3.0	3.0			
	・入浴、身体の清潔の介護	6.0	3.0	3.0			
国家試験の オリエンテ ーション	・介護福祉士国家試験の 概要 ・施設研修の概要	1.0	1.0		講義	講師1名	日本語 研修機 関
合計(時間)		42.0	24.0	18.0			

出所：国際厚生事業団、「介護導入研修テキスト第3版」(2010年9月)を、筆者が若干修正のうえ作成。

難しいようである。他方、移動介助、食事介助などの基本的な介護行為は、候補者にとって理解しやすい内容のようである³⁷⁾。

おわりに

EPAに基づく候補者の受け入れから3年を経て、受け入れ状況が明らかになってきた。今回の事業では、母国で「看護の教育を受けた候補者」が多数来日している。母国の看護教育は、インドネシアの場合、病院での看護の展開だけでなく、地域医療や公衆衛生分野のリーダー的人材の育成を目指すものである。またフィリピンでは、質の高い看護の提供を重視した、海外でも活躍できる実践力や即戦力を重視した教育に重点がおかれている。このように、両国とも国際的な看護の舞台でも活躍できる人材が多数来日していることが確認できる。

一方、「介護士認定研修を受けた候補者」については、具体的な教育内容はインドネシアとフィリピンで相違がみられるものの、両国ともわが国をはじめとする海外での介護ニーズを把握した研修が行われているという点では一致している。インドネシアでは、診療介助やソーシャルワーク論を含む、わが国の介護福祉士養成課程に準ずる研修が、十分な時間数をかけて行われる。またフィリピンでは、高齢者以外に乳幼児や障害者も対象とする幅広い分野の研修が行われている。さらに候補者は、母国で受けた看護や介護の教育に加え、入国後にわが国の介護現場の特徴を踏まえた「介護導入研修」を受けることが義務づけられる。

今回の事業では、すでに母国で看護の教育を受けた者が多数来日している。しかも彼らは、国際的な看護の舞台でも活躍できる教育を受けている。外国人労働者は、わが国の介護現場での医療行為をはじめ、多様な介護ニーズに対応できる能力を備えた人材であることが確認できる。とりわけ、看護の教育を受けた者は、医療（看護）と介護の両方を担う人材として十分に期待できることがわかった。

わが国の介護分野では人材不足感が強い。そのうえ、重度の要介護者が増加することで、介護だけでなく医療行為も必要とする者が増えており、今後もそのニーズは高まるものと予想される。急増する医療行為へのニーズにどのように対応するのか、このことは、わが国の介護分野で早急に取り組むべき重要な課題のひとつとなっている。これまでみてきたように、看護の教育を受けた者を中心に、外国人労働者は、医療行為を担うこともでき、医療（看護）と介護の両方を担う人材として期待できることがわかった。わが国の介護現場では、こうした外国人労働者の能力を正しく評価して、彼らの能力を最大限に発揮できる受け入れ体制を整備することが求められる。

候補者は介護福祉士という専門的な資格労働者を目指して来日している。しかし、日本では介護福祉士は国家資格であるが、介護福祉士にしか行うことの認められない行為・業務は存在しない。わが国の介護分野では、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従事することができる。強いて言えばホームヘルパーや資格を持たない者との間の役割や業務の区分が不明確な状況にある。また昨今では、介護福祉士を中心とす

る介護職に、医療行為の一部を認める方針が示されるなど、介護職と看護職の役割分担も曖昧になっている。外国人労働者の能力を十分に活用するには、介護福祉士の地位や役割を明確にすることが重要な課題となる。

また、候補者に医療行為の役割を期待するのであれば、その受け入れを「看護の教育を受けた者」に限定するなどの検討も必要になるであろう。その場合、外国人労働者の受け入れの枠組みや候補者の要件を検討することも課題になる。

インドネシア、フィリピンに加え、タイやベトナムからも介護福祉士を目指す候補者の受け入れ準備が進んでいる。インドネシア、フィリピンの今回の事業の成否が、今後の外国人労働者の受け入れに大きな影響を与えることは言うまでもない。日本の介護の将来をどうしていくのか、あるいは、外国人労働者の受け入れをどのようにするのかという大きな課題に直面するわが国では、外国人労働者の能力を正しく評価して、受け入れ体制を整備することが早急に望まれる。

[注] *アドレスは、特に記載のないものは2011年5月17日現在。

- 1) 社団法人日本経済団体連合会「外国人受け入れ問題に関する提言」2004年4月、14頁。
(<http://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2004/029/honbun.html>)
- 2) 前掲注1)
- 3) 前掲注1)
- 4) 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。
(http://www.jaccw.or.jp/news_imp/gaikokuzin_ukeire.pdf、2010年8月1日現在。)
- 5) 前掲注4)
- 6) 前掲注4)
- 7) 日本医労連中央執行委員会「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。
(<http://www.irouren.or.jp/jp/old/seisaku/seisaku71.pdf>)
- 8) 前野有佳里他「日本へのフィリピン人看護師派遣の現実的な可能性 マニラにおける看護大学のヒヤリングから」『看護教育』Vol.49 No.9、2008年、834-840頁。
- 9) 川口貞親「日本、フィリピン、インドネシアの看護教育カリキュラムの比較」『九州大学アジア総合政策センター【紀要】』第3号、2009年、91-104頁。
- 10) 2010年6月～2011年6月に、国際厚生事業団支援事業部に情報提供を依頼し、資料及び情報を入手している。
- 11) 外務省南東アジア第二課へ2010年7月～9月に9回、また厚生労働省社会・援護局福祉基盤課へ2010年6月に問い合わせを行い、資料及び情報を入手している。
- 12) 前掲注10)
- 13) 前掲注10)
- 14) 公益社団法人日本看護協会「海外の看護事情、保健師・助産師・看護師の教育と規制について、看護師の教育規制」。
(<http://www.nurse.or.jp/nursing/international/working/pdf/kango.pdf>)
- 15) 前掲注14)

- 16) Nursing in The World Editorial Committee, The International Nursing Foundation of Japan (2008), Fifth Edition Nursing in The World; The Facts, Needs And Prospects, Medical Friend co., ltd ; pp61-67. 同 (2000) pp40-46.
- 17) 前掲注 16)
- 18) 前掲注 16)
- 19) 前掲注 16)
- 20) 前掲注 16)
- 21) 前掲注 14)
- 22) Nursing in The World Editorial Committee, The International Nursing Foundation of Japan (2008), op.cit. ; pp126-132. 同 (2000) pp110-115.
- 23) 前掲注 22)
- 24) 前掲注 22)
- 25) 前掲注 22)
- 26) 厚生労働省、『世界の厚生労働』2007年、275・286頁。
- 27) ケリ・イメルダ、「フィリピンの介護教育の推進のために：日本とフィリピンの介護に関わる法的な違い」『社会医学研究 特別号 2010 第51回 日本社会医学学会学術総会講演集』2010年、98頁。
- 28) 前掲注 11) の外務省南東アジア第二課の情報による。
- 29) 資料は、「COMPETENCY BASED TRAINING PROGRAM CAREGIVER」(インドネシア政府が2007年7月作成)で、2008年3月にインドネシア政府から最終的なプログラムとして外務省南東アジア第二課に送られたものである(前掲注 11)。
- 30) 日本の訪問介護員養成研修の1時間当たりの時間数は特に定められていないため、「分単位で」インドネシアと厳密に比較することはできない。
- 31) Philippine Overseas Employment Administration, 2009 Overseas Employment Statistics. (http://www.poea.gov.ph/stats/2009_OFW%20Statistics.pdf)
- 32) 安里和晃、「アジアNIEsにおける外国人労働者の概要－家事・介護労働者を中心に－」『世界の労働』55(10)、2005年、16-22頁。
- 33) 資料名は『TRAINING REGULATIONS FOR CAREGIVING NC II』(2007年)、カリキュラムの出典は、TECHNICAL EDUCATION AND SKILLS DEVELOPMENT AUTHORITYである。2010年6月に厚生労働省社会・援護局福祉基盤課より入手した資料を、筆者が邦訳したものである(前掲注 11)。
- 34) 国際厚生事業団、「介護導入研修テキスト第3版」(2010年9月)
- 35) 前掲注 34)
- 36) 2010年8月、国際厚生事業団支援事業部から入手した情報に基づく(前掲注 10)。
- 37) 前掲注 36)