

日本EPAのアジア展開と看護・介護労働の国際化(2)

河内 優子

はじめに

I. 日本をめぐるFTA/EPAの進展と看護・介護労働

- a. アジアに広がるFTA/EPAと日本
- b. 日比EPA交渉の歩み：初めての看護・介護人材受入れ交渉
- c. 日尼・日比EPAにおける看護・介護人材受入れシステム

II. 日本における外国人労働政策と看護・介護労働

- a. 日本の外国人労働政策と在留資格制度
- b. 外国人看護師・介護士に関する現行法

(以上、前号掲載)

III. EPAに基づく看護・介護労働受入れの現状

EPAに基づく海外からの看護・介護労働の受入れはどのようになっているのか。日尼・日比EPAによって看護師・介護福祉士候補者の受入れとして進められているこの制度の現状について、受入れ数の推移を、また本制度の目的とされ、そういう意味で制度の中核に据えられている看護師・介護福祉士国家試験の状況について、公表されている統計数値を中心に大まかに把握しておこう。

a. 受入れ状況

表4は、厚生労働省がウェブ上で公開している「インドネシア人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて」「フィリピン人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて」に依拠し、EPAで受入れられてきた看護師・介護福祉士候補者の各年度ごとの入国者数、入国日、就労開始日等をまとめたものである。以下、この表を参照しつつ、EPA看護師・介護福祉士候補者受入れのこれまでの推移を説明する。

2008年8月7日、インドネシアから208人の看護師・介護福祉士候補者（看護：104人、介護：104人）が入国した。EPAルートでの最初の受入れであった。翌2009年5月には、フィリピンからの看護師・介護福祉士（就労コースのみ）候補者（看護：93人、介護：190人）第1陣が入国。9月に就学コース介護福祉士候補者27人も加わり、合計310人が

表4. 日尼・日比EPAに基づく看護師・介護福祉士候補者受入れ

		インドネシア			フィリピン			合計	合計	
		看護師候補者	介護福祉士候補者	合計	看護師候補者	介護福祉士候補者				合計
						就労コース	就学コース			
2008年度	入国者数	104	104(3)	208(3)					208(3)	
	入国日	2008.8.7	2008.8.7 (2008.8.31)							
	就労開始日	2009.2.13	2009.1.29 (2008.9.8)							
2009年度	入国者数	173	189(1)	362(1)	93	190(10)	27	310(10)	672(11)	
	入国日	2009.11.13	2009.11.13 (2009.10.4)		2009.5.10	2009.5.10	2009.9.27			
	就労開始日	2010.1.16	2010.1.16 (2009.10.14)		2009.10.29	2009.11.11	2010.4			
2010年度	入国者数	39	77(2)	116(2)	46	72(2)	10	128(2)	244(4)	
	入国日	2010.8.7	2010.8.7 (2010.9.12)		2010.5.9	2010.5.9	2010.9.26			
	就労開始日	2010.12.4	2010.12.4 (2010.9.23)		2010.10.29	2010.11.11	2011.4			
2011年度	入国者数	47	58(1)	105(1)	70	61(1)	—	131(1)	236(2)	
	入国日	2011.7.5	2011.7.5 (2011.6.8)		2011.5.29	2011.7.18	—			
	就労開始日	2012.1.16	2012.1.6 (2011.6.17)		2011.11.17	2012.1.19				
2012年度	入国者数	29	72(1)	101(1)	28	73(2)		101(2)	202(3)	
	入国日	2012.5.18.	2012.5.18		2012.5.27	2012.5.27				
	就労開始日	2012.11.14	2012.11.14		2012.11.23	2012.11.23				
累計	入国者数	392	500(7)	892(7)	237	396(15)	37	670(15)	1231	

(出所) 厚生労働省(2012) a, b, より作成。

- (注) i. 入国者数の()内は6カ月間の日本語研修の免除者(日本語能力検定試験N2(旧2級)相当以上)数。
ii. 2011年度、フィリピンからの介護福祉士就学コースは募集しないこととなった。2012年度はフィリピンからの応募がなかった。

フィリピンから入国したことになる。同年、インドネシアからの受入れ(看護:173人、介護:189人)は合計362人であったので、2009年度の受入れは、両国合わせて672人ということになる。

だが2010年度、2011年度には、インドネシアから116人(看護:39人、介護:77人)、105人(看護:47人、介護:58人)、フィリピンから128人(看護:46人、介護:82人)、131人(看護:70人、介護:61人)と、受入れ数が大幅に減少した。リーマンショック後の景況悪化の中、日本側の受入れ施設からの求人数が減少し、また2011年の東日本大震災や福島原発事故による辞退者増¹、2011年度からフィリピン介護福祉士候補者修学コースが一時的に募集停止となったこと(日本国内の制度調整問題による²)等の影響が主因とされる。さらに不況下での失業増が、医療・介護分野の求職増につながっている近年の日本における労働供給サイドの状況変化や、既に受入れてきた施設が、実際の人的・経済的負担の重さから本制度への関わりを敬遠するようになったというような運営面の問題など、様々な背景要因も論じられ³ている。いずれにせよ、制度として事態は深刻である。

5年目となる本年2012年5月の入国者数も公表されており、インドネシアから101人(看護:29人、介護:72人)、フィリピンからも同じく101人(看護:28人、介護:73人)、

両国合わせて202人である。これまでの最小受入れ数に落ち込んでいる。両国合算した5か年間での累計受入れ数は1,231人を数えるが、受入れ対象2カ国体制となった2009年度の672人から244人、236人、202人と、年々減少傾向にある⁴。

既述のように、日尼・日比両EPAともに、各国、当面2年間で看護福祉士候補者400人、介護福祉士候補者600人で合計1,000人、年間で基本500人（看護：200人、介護：300人）の受入れ枠を想定するものであるだけに、実績はそれよりはるかに低い水準にとどまっていることが確認される。最も受入れ数が多かった2009年度においても、インドネシアからの看護師候補者173人は86.5%、介護福祉士候補者189人は63.0%、またフィリピンからの看護師候補者になると93人で46.5%、就学・就労コース合わせて介護福祉士候補者が217人で72.3%と、大きく定員を割っていたことになる。

そして、その後の看護師・介護福祉士両候補者受入れ数のこの想定枠比率を示すと、2010年度がインドネシア19.5%（39人）、25.7%（77人）、フィリピン23.0%（46人）、27.3%（82人：就労・就学両コース合計）、2011年度がインドネシア23.5%（47人）、19.3%（58人）、フィリピン35.0%（70人）、20.3%（61人）、直近2012年度のインドネシアでも14.5%（29人）、24.0%（72人）、フィリピン14.0%（28人）、24.3%（73人）というように、制度として殆ど機能不全ともいえる未充足状況が続いている。

b. 国家試験の状況

次に、これまでEPA候補者が受験した国家試験の結果をみておこう。I章c（図1、図2）で示したEPA協定内容に則しての受験であるため、年1回の国家試験には、看護師候補者は滞在期間3年以内に最大3回、介護福祉士候補者は滞在期間4年以内に1回のみ受験可能となる。介護福祉士に関しては、国内法規定により、介護実務経験の対象となる施設（事業）及び職種での在職期間が3年以上あることが国家試験（年1回、1～3月に実施）受験の要件とされている⁵。そのためEPA介護福祉士候補者の国家試験は、基本的に2008年、8月度入国のインドネシア人候補者が3年の実務経験を経た後の2012年、初めての受験ということになったのである。かたや看護師は、入国初年度から毎年、受験資格を有する。両者間での受験機会に関するこうした格差については制度開始前から問題視されており、とりわけ介護福祉士候補者受入れ施設側からの批判が集中するところでもある。

表5(1)は、本年で5回目となるEPA候補者が受験した看護師国家試験の受験者数、合格者数並びに合格率を、日本全体の受験者とEPA看護師候補者（出身国・入国年度別）について、初年の2009年（第98回）から直近の2012年（第101回）まで、5か年間の結果をまとめたものである。また同様に表5(2)は、EPA介護福祉士候補者にとって国家試験の受験初回となった本年2012年の試験結果を表わしたものである。

まず看護師国家試験の結果を、実施年順にみてみよう。2009年3月、第98回国家試験に初めてインドネシア人82人（2008年度入国）が挑戦したが、全員不合格であった。翌

表5(1). EPA看護師国家試験の合格状況

(人、%)

	日本 受験者 全体	インドネシア				フィリピン				EPA 受験者 全体
		2008 年度 入国	2009 年度 入国	2010 年度 入国	2011 年度 入国	2008 年度 入国	2009 年度 入国	2010 年度 入国	2011 年度 入国	
		(第1陣)	(第2陣)	(第3陣)	(第4陣)	(帰国者)	(第1陣)	(第2陣)	(第3陣)	
2009年 (第98回)	受験者数	50,906	82	—	—	—	—	—	—	82
	合格者数	45,784	0	—	—	—	—	—	—	0
	合格率	89.9%	0%	—	—	—	—	—	—	0%
2010年 (第99回)	受験者数	52,883	100	95	—	—	59	—	—	254
	合格者数	47,340	2	0	—	—	1	—	—	3
	合格率	89.5%	2%	0.0%	—	—	1.7%	—	—	1.1%
2011年 (第100回)	受験者数	54,138	91	159	35	—	73	40	—	398
	合格者数	49,688	13	2	0	—	1	0	—	16
	合格率	91.8%	14.3%	1.3%	0.0%	—	1.4%	0.0%	—	4%
2012年 (第101回)	受験者数	53,702	27	152	33	41	4	60	39	59
	合格者数	48,400	8	22	3	0	1	9	4	0
	合格率	90.1%	29.6%	14.5%	9.1%	0.0%	25.0%	15.0%	10.3%	0.0%

(出所) 厚生労働省(2010) a、厚生労働省(2011) e、f、厚生労働省(2012) c、より作成。

表5(2). EPA介護福祉士国家試験の合格状況

(人、%)

	日本全体	インドネシア		フィリピン
		2008年度入国	2009年度入国	2009年度入国
		(第1陣)	(第2陣)	(第1陣)
2012年 (第24回)	受験者数	137,961	94	—
	合格者数	88,190	35	—
	合格率	63.9%	37.2%	—

(出所) 厚生労働省(2012) d、より作成。

2010年3月の第99回国家試験では、インドネシア人195人(2008年度入国100人、2009年度入国95人)、フィリピン人59人(2009年度入国)が受験し、インドネシア人2人(2008年度入国)並びにフィリピン人1人(2009年度入国)が合格した。初めてのEPA看護師国家試験合格者である。とはいえEPA受験者254人、うち3人合格、合格率1.1%という惨憺たる結果であった⁶。

2011年3月、政府はこうした状況を懸念して「経済連携協定(EPA)に基づくインドネシア人及びフィリピン人看護師・介護福祉士候補者の滞在期間の延長について」を閣議決定した。2008、2009年度入国のインドネシア第1・第2陣及び2009年度入国のフィリピン第1陣候補者については、協定に基づく滞在期間を越えて日本で就労・研修を継続し、特例的に最後の国家試験の次年度の国家試験も目指すことを可能とするため、追加的に1年間の滞在期間延長を1回に限り認めるというものであった⁷。EPA候補者達の各受入れ施設での就労開始後の学習に対し、政府の追加的支援が本格的に開始されたのが2010年度からであり、外交上の配慮の観点から特例的扱いも許容されるとの考えによる措置とされている⁸。またインドネシア第2陣及びフィリピン第1陣候補者にとって3度目、2012年の国試験合格発表後の3月末にも、同様の滞在延長措置が、基本的に同様の条件下でとられ

ることとなった⁹。

2011年3月に実施された第100回国家試験では、インドネシア人受験者285人(2008年度入国91人、2009年度入国159人、2010年度入国35人)のうち15人(2008年度入国13人、2009年度入国2人)、フィリピン人受験者113人(2009年度入国73人、2010年度入国40人)のうち1人(2009年度入国)¹⁰が合格となった。EPA受験者全体で398人中16人が合格し、合格率は4%に上昇した¹¹ことになる。だが、これは2008年8月にインドネシアから第1陣として入国した看護師候補者達にとっては3度目の受験であり、先の「滞在延長措置」がなければ、この結果をもって不合格者は全員帰国ということになっていたのである。

そうした滞在延長者も加わり、実施された2012年3月の第101回国家試験において、合格者はインドネシア人受験者257人(2008年度入国27人、2009年度入国152人、2010年度入国33人、2011年度入国41人、2008年度入国の帰国者4人)のうち34人(2008年度入国8人、2009年度入国22人、2010年度入国3人、2008年度入国・帰国者1人)、フィリピン人受験者158人(2009年度入国60人、2010年度入国39人、2011年度入国59人)のうち13人(2009年度入国9人、2010年度入国4人)であった。EPA受験者総数415人で47人の合格という結果であり、合格率は11.3%に向上した。

ここで滞在延長措置の最初の対象となったインドネシア第1陣に着目すると、2012年には27人が受験し、うち8人が合格。合格率は29.6%となったことになる。約3割の合格率である。また同第1陣の帰国者4人が再度来日して受験し、うち1人が合格した。以上、第1陣の本試験結果を総括すると、31人受験で9人合格、29.0%の合格率ということになる。日本全体での合格率は90%前後であり、その水準にはまだ遥かに及ばないとはいえ、2010年2人で2%、2011年13人で13%、2012年9人で29%と、年々、合格率は着実に向上している。そして合計すると、結果的にこの第1陣は24人の合格者を輩出したことになる。時間をかければ相応の結果が出る、という現実が明らかになりつつある。

次に、2012年が初回となった介護福祉士国家試験の結果を、表5(2)で確認しておこう。2008年度入国のインドネシア人94人と2009年度入国のフィリピン人1人(EPAによる訪日前に日本国内での就業期間があり、合計3年間の実務経験を満たしていることが認定され、特例的に受験資格が認められた者¹²)が受験し、うちインドネシア人35人とフィリピン人1人が合格した。EPA全体での合格率は、95人受験者中合格者36人なので37.9%となり、4割近くが合格したことになる。日本人も含めた全体での合格率が63.9%、6割強という水準からすれば、初年度合格率としてはかなりの好成績だったといえるだろう。

しかし、この介護福祉士国家試験に合格した36人のうち5人が帰国し、3人が帰国予定という報告が厚生労働省から出された。経済格差、賃金格差を最大のモチベーションとするならば、日本との賃金水準はインドネシアやフィリピンの約10倍である。九州大学の平野裕子らの2009年調査¹³によると、彼らの来日動機の上位には、家族への経済支援に

加え、キャリアアップ等様々な経済外的要因があった。文化や価値観の違いもある。日本の施設が親切心で受験勉強に力を入れるあまり、母国の家族に会えず苦痛を感じたケースも少なくなかったようだ。同調査に参加した安立清史は、「彼らは日本側の思いに沿って動くわけではない。意向をくみ取って、働く条件を話し合う姿勢が必要」と語っている¹⁴。

日尼・日比EPAとも協定文に明記されているように、看護師・介護福祉士候補者受入れの目的は「日本の国家試験の合格＝日本の国家資格の取得」とされている。国家試験結果のこの間の推移を詳細に検討すると、既述のように、たとえばインドネシア第1陣は、滞在4年目に当たる2012年の国家試験で合格率が約3割にまで向上し、4年間合計で24名の合格者を生み出している。滞在期間・受験可能期間延長等による実効性が実証されたといえる。また実務経験3年以上を経た介護福祉士国家試験の結果は、2012年、初回にして4割近い合格率であった。4年目にはここまでの成果が出ている。国家試験の合格という目的に向けた前進は、数値上、たしかに認められる。

だが現段階、協定枠組みで定められた受入れ規模自体、極めて小規模である。しかもその当初の想定枠さえ大きく割る水準での運営が続いている。この制度は、そもそも国際的な人材受入れシステムとして成立しているのだろうか。そうとは言い難い現実を直視せねばならない。しかも、合格者の帰国希望が相次いでいる。国家試験合格が目的であるならば、その目的達成後の帰国は、何ら問題はないはずである。だが、こうした事態に関係者や所管省庁は当惑している。そこには、賃金格差を誘因として継続就労を当然とする、一方的な日本側の誤算が直載に現れている。

市場経済の合理性に則せば、労働者は労働力商品として、より高価な売却先に移動する。しかし労働者は、様々な不合理性を擁す生きた人間である。EPAの枠組み内での本制度設計に、ヒトの国際移動において最も重視すべきこの視点は組み込まれているのか。また本制度の柱をなす「日本の国家試験の合格＝日本の国家資格の取得」が目的であるということの本意は、どういうことなのか。次章、現行制度の運営上、噴出している諸問題・諸課題、そしてそれらに対するこれまでの取り組み等を検討する中で、考えていきたい。

IV. 諸問題・諸課題

日本における少子・高齢化の深刻さは先進諸国の中でも抜きん出て深刻である。看護・介護労働不足への早急な対策が喫緊の課題である。だが、EPAでの看護・介護人材受入れに対する厚労省のスタンスは「労働力不足対策でない」前提から始まる。そして法務省入国管理制度の「専門的・技術的」労働者のみの受入れ、「単純労働者」の排除という2分法が依然として堅持される中、国家資格職としての看護師、介護福祉士への途を海外に

開くという論脈において、インドネシア、フィリピンから候補者受入れが行われているのである。そういう意味で、国家試験の合格による資格取得がEPAによる受け入れ制度の核心部分をなす。

その一方で、たとえば介護職に関しては、その資格職としての高度化を図り、待遇改善により求職者増、離職者減に取り組む制度改革が、国内政策として進められようとしている。日本の現行国内法制度では、介護福祉士はヘルパーなども同様の業務に携われる名称独占資格職にすぎず、看護師のような業務独占資格職ではない。それを総体的に国家試験資格職へと格上げしていくことで、介護人材の確保・充足、定着化を図ろうとする国内的動向である。就学コースの養成校卒業者にも国家試験が課される制度へ改変されようとしているのも、その趣旨から行われる取り組みの一つである。だが、そうになると日比EPAにおける当初の約束内容と齟齬が生じるため、その善後策として不合格者に対する准介護福祉士という新たな資格が創設されることとなった。この経緯については、I、II章で既に言及した。

とはいえ今やEPAに基づき、2008年からインドネシア人、続く2009年にはフィリピン人の看護師・介護福祉士候補者の受入れが始まり4年が経過した。その間、看護師国家試験は4回、介護福祉士国家試験も本年2012年、初めて実施された。そして様々な問題、課題が明らかとなってきた。中でもEPA受入れ制度の核心部分となる国家試験の合否に決定的な影響を及ぼす具体的問題として、至る所で論議の的となっているのが言語問題、すなわち「日本語の壁」をめぐる問題である。実際、その対応策として制度変更が重ねられ、また本年発効したベトナムとのEPAに基づく候補者受入れシステムでは、その点への配慮が大きく反映された。また間接的ではあるが、国家試験問題に対するある試みの中で、看過しがたい現実が明らかになってきた。国家間の医療・公衆衛生状況に関する格差問題である。こうしたEPAによる看護・介護労働の受入れ制度とそれに関連した国家試験をめぐる様々な問題・課題、そしてそれらへの取り組み。そこから見えるのは何なのだろう。

a. 「日本語の壁」という問題

(1) ケア労働と言語

看護・介護労働は、ヒトをケアする医療・福祉領域の労働である。疾病に対する医療ケア、加齢等に対する介護ケアであり、ともに高齢化の急進に伴い、最も直接的にニーズ拡大が見込まれる代表的な対人サービス労働である。基本的にそれぞれ個別の患者、高齢者個人等を労働対象とする。こうした弱者化した個々のヒトとの関係性のうえに、その就労は成り立つものであり、しかも人命にも関わる両者の具体的な労働の内容、有り様を考えると、外国人が担うことで予想される問題は少なくない。そこにはかつての「顔の見えない¹⁵⁾」製造業や建設業中心の外国人労働問題とは明らかに異質な、「顔が見える」、「顔が

重要となる」対人ケアサービス業であるが故の問題の特殊性がある。

とりわけ懸念されるのがコミュニケーション・ギャップ、そしてそこに密接に関わる文化・生活習慣上のギャップである。実際、日本において外国人が看護・介護労働を担うには、漢字、カタカナ、ひらがなといった一般的な日本語学習に加え、業界用語（ドイツ語など）、施設独自の表現・略語といった専門的な日本語、また敬語や方言などの修得も必要であり、たとえば看護師のそれらの修得には7年はかかると言われている¹⁶。

また看護・介護の現場業務の特殊性として、場面や対象に応じた専門用語と一般用語の使い分け、会話・記録に使用する話し言葉と書き言葉の使い分け、言い換え・書き換え¹⁷も必要となる。さらには、施設現場での患者や要介護者の快・不快、様々な痛みの細かな違いなどを、滑舌の悪さやなまりの多い言葉から正確に聞き分ける能力まで習得していることが求められる。合わせて意思疎通のために微妙なニュアンスの違いまで理解しうる、文化・慣習等も熟知しておく必要がある。それらの習得がどの程度なのかにより、提供されるケアサービスの安全性と質の水準は大きく変わってくる¹⁸。何よりも言語、そしてそれに関わる文化・慣習に関連した問題は、今次EPAでしばしば取り上げられる国家試験合格上の障害にとどまることなく、そもそもケア労働ならではの重要な特殊問題なのである¹⁹。

実際、多くの人材を海外から導入してきた欧米諸国では、たとえば看護師の場合、言語の共通性から、旧宗主国が旧植民地出身者を多く受入れる場合が圧倒的に多い。また旧宗主国の言語として英語を公用語とするフィリピンやインド、南アフリカ出身者等は、労働力移動において世界に広がる英語圏へ、グローバルな可動性を示す。他方、域内では労働許可証なく就労が可能で労働力移動の自由化が実現しているはずのEU内において、たとえば資格の相互認証制度に基づき、イギリスが看護師過剰国スペインから数千人規模の受入れを図ったが、言語能力が障害となり計画が頓挫したという事例もある²⁰。EUでは、他国の看護師の差別、排除につながるとして、言語能力テストは課されないことになっている。だが実際には、言語能力は看護の質、患者の安全確保に不可欠であるとして、看護学校の入学要件に言語能力を課す国もある²¹。

日本の介護保険制度が手本としたドイツでも、人材不足から、外国人労働への依存が医療・介護分野において進んでいる。だが労働許可が不要なEU加盟国民に対し規定する「就労滞在法」には、第5条8項「ヨーロッパ国出身の看護師、介護士、小児看護師と小児介護士並びに老人介護士は、職業資格と十分なドイツ語の知識を備えていること」、「募集中止特例法」第5条7項には「ヨーロッパの国出身で、職業資格と十分なドイツ語の知識を備えている看護師、介護士、小児看護師と小児介護士並びに老人介護士は……出身国労働基準局との協定に基づくか、あるいは……連邦雇用庁が外国人に紹介した場合に限られる。(下線は筆者による)」と定められており、当然のようにドイツ語能力が必要要件として課されている²²。また世界の看護師の憧憬的であるアメリカでの看護師としての就労

許可には、国家試験の英語での受験合格は言うまでもなく、登録希望州によっては英語能力の証明等が必要とされ²³、高レベルの英語能力が必須であることは広く知られるところであろう。

言語能力は、医療行為や介護活動を担う労働者にとって、提供するサービス業務の安全性とクオリティの高さを確保するため、必要不可欠の要件にほかならない。本制度において日本語での国家試験合格が義務付けられているのも、現実問題として、日本における日本語での専門的業務遂行に支障をきたさない水準保証の確認という意味合いが強い。国家試験合格という目的達成のためだけでなく、そもそも現場での適正な医療・介護労働に相応の日本語能力は不可欠ということなのである。だがそうした日本語能力習得に、即効性のある手立てを講じるのは極めて困難である。「日本語の壁」は厚い。近年、国家試験合格率改善を意図してEPA候補者に対する試験上の言語能力のハードル緩和措置が矢継ぎ早にとられている。国家試験合格を中核に据えるEPA受入れ制度の性格からやむを得ない措置とはいえ、そうした小手先の措置の積み重ねでは、この制度の根本的な改善は見込めないだろう。この点、(4)で再検討する。

(2) 日本語とインドネシア、フィリピン

既掲表4には、訪日直後の6カ月間日本語研修免除者（日本語能力検定試験N2²⁴（旧2級））の人数がカッコ書きで付記されている。インドネシアからの介護福祉士候補者に2008年度3人、2009年度1人、2010年度2人、2011年度1人、2012年度1人、またフィリピンからの介護福祉士候補者に2009年度10人、2010年度2人、2011年度1人、2012年度2人が該当者となっている。看護師候補者には皆無であり、介護福祉士候補者のみに該当者が存在している。またフィリピンからの初年度2009年のみ10人と多かったことなど、それが何を意味するのか、検討の余地はあるが、ここではその事実を指摘するにとどめる。だがいずれにせよ、相応の日本語能力なく訪日する候補者がいかに多いかが確認される。

EPA制度上、この入国時の日本語能力の低さの問題は深刻である。なぜなら、EPA候補者たちは国家試験合格までの猶予期間が限定されているからだ。入国後の限られた期間内に、日本語能力を必要な水準まで引き上げることなく、国家試験合格はありえない。そして国家試験に合格できなければ、帰国を余儀なくされる。

インドネシア、フィリピンともに非漢字言語圏である。だが基礎的言語教育に関し、インドネシアとフィリピンの状況は大きく異なっている。国際交流基金の公表資料によると、2009年、日本語学習者数はインドネシアが71万6,000人を数えるのに対し、フィリピンはわずか2万2,000人にすぎない。インドネシアは東南アジア諸国中最大の日本語学習者数を誇っており、両国間には非常に大きな開きが存在する。またEPAルートで新たに受入れが始まるベトナムでさえ、フィリピンの2倍近い4万4,000人の学習者がいる。ただしインドネシアでは、その95%に当たる約68万人が中等教育での学習であるため、多くは初級レベルにとどまる。とはいえ、少なくともこうした言語学習における基盤状況の国

家間での違いが、今後の人材受入れを考えるに当たり、軽視すべきでない重要なポイントとなることは間違いなからう。

インドネシアでは、戦後、日本からの優先的ODA提供や多くの企業進出などにより維持されてきた良好な国際関係を背景に、従来から、日系企業への就職など実利的目的での日本語学習者が多かった。また近年は、日本のアニメ・マンガやJ・POP人気の高まりも後押しする形で、若年者の日本語学習が増加している。とりわけ2006年の中等教育カリキュラム改定により、全ての普通高校および宗教高校の高校生は1年時から3年間、継続した第2外国語（第1外国語は英語、第2外国語は日本語、中国語、フランス語、ドイツ語及びアラビアの語の中から各学校長の裁量で選ばれる）学習が選択必修となり、日本語を選択する学生が多くなったことが大きく影響しているといわれている。大学等高等教育では約1万8,000人と少なくなるが、着実に日本語教育の裾野は広がっているようだ²⁵。

他方、フィリピンでの日本語学習は、近隣東南アジア諸国の中では低迷を続けてきた。フィリピン知識層の関心は圧倒的に欧米に傾斜してきたため、日本語が高校の教科として組み込まれることは殆どなかった。旧来、フィリピンでの日本語教育は、高等教育（大学）での選択外国語としての履修が中心で、殆どの大学では3単位、多くても6単位のコースしかない。だが近年、日系企業の進出やIT関連、EPA候補者の受入れなど特定分野での日本ビジネスへの人材需要が刺激となり、日本語学習者数はふえつつあるともいわれている。2009年、フィリピン政府は中等教育（高校）で選択外国語として日本語の導入を発表した。現在その動きが注目されている²⁶。

そもそも日尼・日比EPA制度には、日本語能力が資格要件として含まれていない。しかし言語能力の重要性は、制度開始以降、各所で強調されてきた²⁷。そして実際、それは必要不可欠の要件だ。だが現状のままでは、たとえば看護師育成においてグローバル・スタンダードを志向するようなフィリピンの教育システムに、本格的に日本語教育が組み入れられる²⁸可能性は決して高くはないだろう。またインドネシアでは、上述のように数値上、中等教育でかなりの量的規模の日本語学習者が存在するようだが、現実には2008年から2012年の5年間で訪日した892名のEPA看護師・介護福祉士候補者のうち、日本語能力検定試験N2相当以上者はわずか7名にすぎない。

そこには英語などグローバルに使用される言語とは異なる、日本語の限界性という問題がある。実際フィリピン人のみならず、今日母国を離れ、海外で就労する看護師や介護士の多くは、特定の一国にとどまることなく、よりよい就労条件を求めて複数の国の間を移動していく。世界的規模で展開されるそうした動きの頂点にあるのが、報酬・社会的地位等様々な面で圧倒的に好条件のアメリカである。そしてこのアメリカを頂点とするグローバルな動きにおいて、共通言語はやはり英語である。したがって多くの越境移動者たちは英語をコミュニケーション手段とし、英語圏および英語での就労が可能な国を選好し、様々な国を渡っていくことになる²⁹。

そういう観点からすれば、基本的に日本や日系企業等での就労利用に限局される日本語への学習モチベーションは弱いといわざるをえない。EPAをはじめ、魅力ある雇用機会と将来的な見通しがそれなりの確度をもって保障される政策・制度的バック・アップが求められる。

(3) 日越EPAにおける看護・介護人材受入れシステム

2009年、日本とベトナムとの間にEPAが発効した。当初から協定枠組みに看護・介護人材受入れが組み込まれていたが、その具体的内容については、協定締結・発効後に交渉を進める形がとられた。そして2012年4月、この日越EPAに基づく看護師・介護福祉士候補者受入れに関する基本的な制度などを定めた書簡交換が完了し、同年6月発効した。ベトナムからの受入れも始まる。

フィリピンやインドネシアの先行システムを基本的に踏襲する形で設定されたものであるが、相違点もある。先行2タイプとの最大の違いは、看護師・介護福祉士候補者受入れの基本的枠組みにおいて、日本語能力という言語能力要件が初めて課された点にある。またそれに対応して、訪日前日本語研修期間も約1年と長く設定されている。既述のような先行2カ国出身者の日本語能力をめぐる事態の深刻さを教訓に、日越EPAにおいては、最初から母国で約12カ月間の日本語研修が実施され、相応の能力保持者に限定した受入れ制度として設定されているのである。

日本はベトナムとは、Ⅱ章bで触れたAHPネットワーク協同組合による看護師養成支援事業の経験がある。同組合は、ハノイで16カ月間に渡る日本語等事前教育を受講したベトナム人を日本の看護専門学校や看護大学に留学させ、卒業後、国家試験を受験させてきた。合格者は看護師資格取得者として「医療」ビザで許可された期間、研修として日本での看護業務に携わり、スキルを習得して帰国する、という事業を推進してきたのである。この事業により、56人のベトナム人が看護師資格を得た³⁰。そうした特殊な国際支援活動の経験と実績が、今次日越EPAにおいて、スタート時点から現地での1年間の日本語研修、入国前の日本語能力要件、という新方式に踏み切らせる重要な素地となったのはいうまでもない。

このベトナムからの受入れについて基本的な流れを表わしたのが図4である。まず看護師に関してであるが、3年又は4年制の看護課程をベトナムで修了し、ベトナムの「一般看護師」の国家資格を持ち、2年以上の実務経験と一定の日本語能力(N3³¹以上)を有することが候補者要件とされている。日本の受入れ病院とのマッチングを経て、訪日後は看護師候補者として、雇用契約に基づき当該受入れ病院で就労するため最大3年間、日本での滞在が認められる。その滞在期間中に国家試験に合格し、看護師としての資格を取得すれば、引き続き日本に滞在し、就労を継続できる。

介護福祉士に関しては、フィリピンと同様に就労コースと修学コースが設置されている。だがフィリピンの場合とは異なり、ベトナムには介護福祉士養成課程がないことか

図4. 日越EPAに基づくベトナム人候補者の受入れ



※看護師、介護福祉士の国家資格が取得できれば、滞在・就労が可能（更新が可能）。

（出所）厚生労働省（2012）j。

ら、3年制又は4年制の看護課程修了が両候補者の要件とされている。加えて、両コースとも看護師の場合と同様に、一定の日本語能力（N3以上）を有することが要件とされている。就労コースでは、看護師候補者と同様に日本の受入れ施設とのマッチングを経、訪日後は介護福祉士候補者として、雇用契約に基づき当該受入れ介護施設で就労するため最大4年間の滞在が認められる。その滞在中に国家試験に合格し、介護福祉士としての資格を得れば、日本で引き続き滞在し、就労を継続できる。また就学コースでは、2年制以上の養成校で就学するために、養成校卒業までの滞在が認められる。ただしフィリピンの場合とは異なり、卒業後に1回国家試験を受験し、合格すれば介護福祉士の資格を取得できることが明記されている。その後は、有資格者として日本に引き続き滞在し、就労を継続することができる。I章末で示したように、日本では、国内の法改正により、介護福祉士資格の国家試験方式一元化が2015年4月1日施行、2016年度卒業生から適用されるが、それとの時期的調整や不合格者の准介護福祉士としての取り扱い等については、現段階では明記されていないため断定はできないが、おそらくは織り込み済みと解される。

ただし日本語能力要件に関しては、先行2カ国との調整、並びに現場での実態を検討しつつ試行錯誤を繰り返さざるをえない本制度の実情から、規程改正の可能性も想定されており、「一定の日本語能力として、第1陣の受入れから5年間は、日本語能力試験N3を候補者の要件として課す。ただし、第1陣の受入れから5年後に日本側で見直しを行い、改

めて日本語要件（さらに高いレベルとするかどうかなど）について日本側が判断する³²」と記されている³³。

(4)「日本語の壁」への政策的配慮と対応策

日越EPAにおいて日本語能力が初めて受入れ要件として課されることとなった。何よりも先行する日尼、日比EPAの運営において、候補者の日本語能力、日本語研修のあり様、そして国家試験での日本語のあり方等をめぐる問題の深刻さが、誰の目にも明らかな形で露見してきたからである。

日尼・日比EPAでは、協定の枠組み外での取り組みも含め、日本語研修のあり方が、当初定められた方式に毎年のように修正が加えられている。本稿I章cで2011年度の入受システムの内容を示したが、EPA本体の協定枠組みとして定められているのは「日本語の語学研修を含む6箇月間の研修」のみである。この6カ月間を母国と日本のどちらで行うか、またそれだけで足りるのか、といった具体的内容については継続的に検討が加えられており、その結果、研修方式は年々変更されている。

インドネシアに関し、初年度2008年入国の第1陣は、6カ月間の日本語研修はすべて訪日後、日本で行われた。だが2009年度の第2陣からは4ヶ月間の訪日前研修、2か月間の入国後研修という分割方式になり、さらに2011年度には、入国後6カ月間の協定内研修に協定枠組み外の取り組みとして、訪日前3か月間の日本語予備教育が加えられ、合計9か月間の研修となった。他方、フィリピンの場合は、2009年度の第1陣から入国後6か月間の日本での研修のみが行われてきたが、2011年度、インドネシアに揃える形で訪日前3か月間の予備教育（看護師候補者は約2か月）が加えられ、この時点で合計約9か月間の研修となった。

さらに2012年度、インドネシアに対しては、入国後の6か月間研修に加えられる協定枠組み外の訪日前研修が6カ月に延長され、合計12か月間の研修となった。そして来年2013年度は、フィリピンに対しても同様に、訪日前6か月間の枠組み外研修プラス入国後の枠組み内6か月間研修で、合計12か月間の日本語研修、という方式で並ぶこととなった。ベトナムのような日本語能力要件は課されないものの、日本語研修期間は、受入れ対象3カ国すべて同一期間12か月となった。この措置による「研修後の各施設・機関での就労開始段階で、日本語能力の向上が期待³⁴」されている。

また国家試験への対応策として、看護師・介護福祉士ともに、試験問題中で用いられる難解な用語の平易な用語への置き換え、主語・述語・目的語の明示、難解な漢字（看護師に関しては、専門用語を除く）への振り仮名の付記、疾病名への英語の併記、国際的に認定されている略語等の併記、外国人名への原語の併記といった措置が、2012年の国家試験までにすべて実施されている³⁵。

加えて2013年の国家試験からは、EPA候補者は特例として（他の外国人留学生等にこの特例は適用されない）、試験時間を看護師の場合は一般受験者の1.3倍、介護福祉士の場

合は1.5倍に延長し、またすべての漢字に振り仮名を付与する（介護福祉士に関しては、振り仮名が多すぎるとかえって読みにくくなるとの意見も踏まえ、選択可能方式とされる）等、特別の配慮がなされることが決定している³⁶。

さらに一般的なEPA候補者受入れ支援事業として、看護・介護導入研修、巡会指導、国家試験過去問題翻訳（インドネシア語、フィリピン人の場合は英語）版の提供や受入れ施設における研修指導への支援、eラーニング学習システムやテキストを利用した国家試験対策としての日本語能力・専門知識に関する学習支援、日本語学習や専門分野の学習費用の補助等、厚生労働省予算による実施枠が広がっている³⁷。

また国家試験の母国語（フィリピンの場合は英語）での受験についても、パブリックコメントを実施しつつ議論が重ねられており、たとえば看護師に関しては「看護師国家試験における母国語・英語での試験とコミュニケーション能力試験の併用の適否に関する検討会」が、2011年12月に発足している³⁸。本検討会が2012年3月に取りまとめた報告書では、以下のような議論の内容が開示されている。

看護師国家試験については、「看護師として必要な知識及び技能について行われるが、同試験を通じて①患者から心身の状態に関する情報を得て、患者に情報を分かりやすく伝達し、②診療の補助に関する医師の指示を正確に理解、実行し、③医療記録を適切に作成し、読み取るためのコミュニケーション能力を評価する役割が求められている」として、「医療専門職である看護師が看護ケアを提供する場合、専門的な医療看護情報についてその国の言語での確かなコミュニケーションをとることが必要である。したがって、看護師が備えるべきコミュニケーション能力は、日本語による看護師国家試験で出題されたコミュニケーションを伴う看護現場や事例の中で専門的な意味を読み取り判断することで確認できる」水準とする意見が多く、「母国語への翻訳は、的確に対応する語彙がない場合もあり、題意を十分に伝えることの困難さも想定」し、母国語での国家試験については、委員の大多数が否定した³⁹、とのことであった。

ただし「現地の看護教育の向上に対する協力や訪日前も含めた日本語研修のさらなる充実、模擬試験の結果分析に基づいた学習支援、試験時間の延長を認めるべき」といった意見も付言された。そして最後に「EPAは、二国間の経済連携を強化し、両国間の友好や協力の促進を図るために締結されたものであり、政府全体で効果的な支援に取り組んでいくべきだが、その際、医療安全の確保は最も重要な事柄である。EPAという共同事業に取り組む中で専門職として備えるべき質の確保への理解が深まることを期待する」と結論づけられている⁴⁰。安全性を最優先にすべき医療分野として、現段階のEPA候補者国家試験に対する、説得力ある現実的な基本姿勢と捉えられる。

b. 医療・公衆衛生状況の国際的相違

(1) 英語版看護師国家試験（模擬試験）の結果から見たもの

当初から危惧されていたEPA候補者の国家試験に関する問題性は、実際に国家試験結果での明らかに低い合格率によって現実のものとなった。いかにEPA候補者が看護師、介護福祉士の国家試験において合格率を相応の水準まで向上させることができるか。様々な機関、委員会等が調査、研究、議論を行い、またその内容如何で、適宜、政府により様々な必要措置が講じられている。

だがそうした中であって、広く議論を呼んでいる「日本語の壁」に関わる問題ではなく、しかしながら極めて根本的な事の本質ともいえる問題を明らかにした画期的試みがある。(財)海外技術者研修協会(AOTS)主催、九州大学の協力で2009年12月26日に実施された英語版での看護師国家試験の模擬試験である。2009年2月に実施された「第98回看護師国家試験」の英語版であり、同日同時刻、東京、中部、大阪、九州の4か所で一斉に行われた。フィリピン人看護師候補者第1陣として2009年5月に来日した93人中59人が受験した。2010年2月に福岡市で開催された国際会議において、模試の分析に当たった産業医科大学の川口貞親がその結果を公表した。その内容は厳しい国際的現実を浮き彫りにするものであった。

この国家試験の実際の合格率は89.9%であったが、英語版模試で合格基準に達したフィリピン人候補者は35.6%の21人にすぎなかった。受験したフィリピンのうち12人は、入国後、試験勉強でこの過去問題を見たことがあるということから、それ以外の初めて問題に挑戦した者だけに限定して算定すると、合格率は23.7%にまで低下するということがあった。正解率が最低だったのは癌看護や疾患の知識についての問題だった。こうした結果を受け、川口貞親は「看護の実情、国による違いというものが、もしかしたら、ここに表れているのかもしれない」と語っている⁴¹。

候補者は全員、フィリピンにおいて英語で看護教育を受け、フィリピン人の看護師国家試験に合格した看護師であり、来日前に3年間以上の実務経験もある。候補者を受入れ、指導してきた医療機関などからは「漢字の勉強が負担」「英語、母国語での受験を認めるべき」といった指摘が多い。だが今回の結果からは、それ以上の問題があることが見えてくるのである。ちなみに合格者が16人に増加した2011年の国家試験では、日本語対策として、問題文の専門用語への英語併記、難解な言葉を簡単な表現に変更するなどの措置が初めて講じられた⁴²。だがそれでもなお合格率は4%にとどまった。

既述のように、2012年の国家試験では合格率は11.3%にまで上昇し、またインドネシア第1陣が期間延長者を含め、3割近くの合格率となった。はたしてどれだけが日本語能力の向上によるもので、どれだけが日本の医療知識習得によるものかは判別困難だが、いずれにせよ、母国の資格をもって日本の資格に相互認証することは無謀であることが明らかとなった。日本語だけでなく、時間をかけて日本の専門的な医療知識・技能について学ぶことが求められる。

そもそもフィリピンでは日本のような高齢者医療よりも周産期医療に重点が置かれ、ま

たインドネシアでは感染症が多いが、日本のような糖尿病などの生活習慣病は少ない、といった一般的な医療・公衆衛生状況の違いをしばしば耳にする。この模擬試験は、日本と比較して経済発展段階が低く、医療・衛生水準も劣る途上国からの人材受入れには不可避の問題性を明らかにした。言語能力という「日本語の壁」問題以前に、医療・衛生状況が国により異なり、それに応じて「各国で看護教育のカリキュラムは異なり、看護師に認められている処置の範囲も違う⁴³」問題性。そうした教育・研修、業務内容の差が、国家間の資格の「壁」となっている現実をあらため再認識させられる試みだったと言えよう。

(2) 日本とインドネシア、フィリピンとの医療・公衆衛生状況の格差

では、実際に日本とEPA候補者の母国とは、医療・公衆衛生状況がどのようにちがっているのだろうか。WHO（World Health Organization：世界保健機関）から公表されている公式統計数値を用いて、日本とインドネシア及びフィリピンの3カ国における医療・公衆衛生関係の概況を確認しておこう。表6は、日本、インドネシア及びフィリピンに関し、代表的な保健・公衆衛生関連指標について整理したものである。

まず表6(1)では、各国の平均寿命、乳幼児死亡率、5歳未満児死亡者数、そして妊産婦死亡率を示している。ここ10～20年間、3カ国ともにすべての指標が改善されている。とはいえまず平均寿命からして直近の2009年、日本が83歳に達しているのに対し、インドネシアやフィリピンでは68歳、70歳という違いがまず注目される。高齢者という社会的存在、位置付けに対する日本と他2カ国との状況の差は明らかである。

平成23年版「高齢者白書」によると、日本では65～74歳に比べ75歳以上（後期高齢者）になると介護保険制度での要介護認定比率が大きく上昇するとされている⁴⁴。2009年、前者での要支援認定数（認定率）が18万4,000人（1.2%）、要介護認定数が45万9,000人（3.0%）なのに対し、後者では要支援認定数は103万8,000人（7.5%）、要介護認定になると301万5,000人（21.9%）⁴⁵と、合計で約3割が要支援・要介護認定を受けている。一般に、日本における本格的な要介護対象年齢層は、75歳以上の後期高齢者層ということになるのである。

そうした認識もあってか、2008年に内閣府が実施した「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」での就労意識調査においては、「70歳ぐらまで」及びそれ以上の年齢まで就業を希望する者が4割にもほっている⁴⁶。実態的には、日本では70歳までは準労働力年齢人口層といえるのかもしれない。だが尼比両国で70歳は平均寿命年齢なのである。こうした大きな懸隔を有す現実から、平均寿命83歳の日本における高齢者への医療や介護問題、介護現場の現状等に対し、尼比両国出身者の当惑は無理からぬことといえよう。

インドネシアやフィリピンでは、そもそも高齢者といっても、そこで一般的に捉えられる具体的な年齢とその状況は日本とは大きく異なる。またそうした高齢者ケアは、家族・親族が行うのが一般的であり、したがって介護士を目指すということは、すなわち最初か

表6. 3カ国の保健・公衆衛生関連指標

(1) 出生時平均余命(平均寿命)、死亡率等

	出生時平均余命 (平均寿命)(年)		乳幼児死亡率：1,000人出生数中				5歳未満児死亡者数 (1,000人)		妊産婦死亡率 ：出産10万件中	
			1歳未満乳児		5歳未満児		2000年	2010年	1990年	2010年
	1990年	2009年	1990年	2010年	1990年	2010年				
日本	79	83	5	2	6	3	5	3	12	5
インドネシア	65	68	56	27	85	35	240	151	600	220
フィリピン	65	70	42	23	59	29	91	66	170	99

(出所) WHO (2012)、より作成。

(2) 死因・死亡率

	5歳未満児死因比率(%) 2010年			成人(30~70歳)死因別死亡率： 10万人中(全死因中%) 2008年				3大感染死亡率： 10万人中 2010年		
	肺炎	早産	先天性 異常	全死因	癌	心疾患+ 糖尿病	慢性呼吸 器疾患	HIV/ AIDS	マラリア	結核 (HIV [⊖])
日本	6	8	40	281	119 (42.3%)	68 (24.2%)	6 (2.1%)	0.0	0.0	1.5
インドネシア	14	25	9	876	165 (18.8%)	308 (35.2%)	64 (7.3%)	3.6	3.2	27
フィリピン	16	23	10	911	134 (14.7%)	362 (39.7%)	51 (5.6%)	0.2	0.2	33

(出所) 同上。

(3) 感染症の報告件数(2010年)

日本	マラリア	結核	ハンセン病	破傷風	ジフテリア
	—	22,693	4	104	0
インドネシア	229,819	300,659	17,012	137	385
フィリピン	18,560	166,323	2,041	1140	107

(出所) 同上。

ら海外での就労目的であることを意味する。台湾や東南アジア諸国、イスラエル、カナダなどへの送出国が開始されて既にかかなりの期間が経過していることから、介護専門学校の増設が続いている。母国での家族頼みのケアと日本など先進諸国などで広がる介護の外部化、社会化、それに伴う人材難からの外国人労働の導入。こうしたケア状況の格差が、世界経済の構造的な格差を反映したものであることは論ずるまでもない。考慮すべき問題の内実は複雑である。

次に死亡率に関する他の指標に目を転じてみよう。経済成長に伴い改善されつつあるとはいえるものの、2010年、日本に比較して1歳未満児と5歳未満児の死亡率はおおよそ10倍以上。5歳未満の死亡者数はインドネシアで15万1,000人、フィリピンでも6万6,000人を数える。また妊産婦死亡率も高く、インドネシアは日本の44倍、フィリピンは20倍である。尼比両国で周産期医療が重視される理由がここから読み取れる。

では、その死因はどのようなものであろうか。表6(2)を見てみよう。5歳未満児の死因については、尼比両国とも共通して早産及び代表的な感染症である肺炎が最大の要因となっている。日本のように医療水準が高い国では治療可能、そしてかなりの確率で克服できる要因が、こうした諸国では依然として主要な死因なのである。他方、日本ではそもそも治療困難な先天性異常による死亡率が相対的に高くなっている。周産期医療技術の向上が、低水準の医療では不可能な胎児の生命維持・出産を可能とするが、その限界がこうし

た数値に表われている。

成人（30～70歳）の原因別死亡率（死亡確率：％）では、日本での圧倒的な癌比率の高さ（42.3％）と尼比両国での心疾患・糖尿病の高比率が目される。尼比両国では心疾患や糖尿病の医療管理水準の低さがその死亡確率を高めるが、他方、日本ではその可能性が低く抑えられる。とはいえ結局、高齢化して癌で4割以上が死去する、といった医療水準の格差による死因の違いが読み取れる数値である。また今日、世界の3大感染症とされるHIV/AIDS、マラリア、結核（HIVマイナス）による死亡率は、日本では結核が近年増加して1.5％となり警鐘が鳴らされているとはいえ、前2者はゼロである。他方、尼比両国では結核死亡率の高さが顕著であり、またインドネシアでのHIV/AIDS及びマラリアでの高死亡率は突出しており、日本との医療・公衆衛生状況の大きな相違が確認される。

最後に表6(3)で代表的な感染症の報告件数を見ておこう。多くの先進諸国では予防接種の普及により症例自体極めて稀となったジフテリアや破傷風、世界の殆どの国が制圧（登録患者数が人口1万人あたり1人を下回る）国となった結核などは、日本も医療技術の進歩と公衆衛生状況の改善により克服してきた。だが、両国のこうした感染症件数は依然、各段の差をもって多い。とりわけインドネシアの状況の劣悪さは看過しがたい。

このような歴然たる状況の違い、発展段階の差を直視せねばならない。高齢者看護・介護については、近年、経済成長が著しく高齢化が進み始めた東南アジア諸国にとっても、そう遠くはない将来の現実かもしれない⁴⁷。だが日本で候補者が学ぶ具体的な就労内容は、あくまでも日本の経済・技術水準を前提とする日本社会での看護・介護であり、母国尼比送出国にとっては、当面は現地の高齢者看護・介護のために役立つ技術・技能修得となりうるか、ある面、現実的に有用でない部分も少なくないであろう。とりわけ看護に関して、結局は日本で修得した医療知識・技術が活かせる水準にまで母国の基礎的状況を改善せねば、そのスキルは殆ど役立つまいかもしれない。

そうした中、訪日したインドネシアやフィリピン候補者の認識ギャップは大きい。「インドネシアは平均寿命が短いので、寝たきりの方がほとんどいません。ですから、寝たきりの方が入れるお風呂（特殊浴槽）を初めて見たときはすごいと思いました⁴⁸。」というジャカルタ出身の看護師候補者の談がある。母国との医療・介護水準の格差こそが、ある面、候補者達にとって、日本で学ぶ大きな学習効果をもたらす可能性につながりうるのだろう。だがその一方で、感覚的にまず馴染めず、基礎的知識や常識の違いもあって容易に即戦力となりにくい現実がある。見えづらいが予想以上に大きな壁かもしれない⁴⁹。

c. 制度・政策の混乱と揺らぎ

(1) 政府方針と受入れ施設の負担問題

厚生労働省が「労働力不足への対応ではない」との基本スタンスを続け、国家試験の合

格による国家資格取得を目的とするEPA看護・介護人材受入れ制度。それを裏付けるように、公的な労働需給予測推計値は、その大半が、当面大きな不足はないと報じてきた⁵⁰。そして「労働力不足への対応ではない」とされることから、政府による受入れ施設へのサポート体制は整備が後れ、とりわけスタート時点での日本語教育や国家試験対策などは各施設まかせであった。そうした不明瞭かつ整備不良の制度であるにもかかわらず、そこに関わってきた受入れ施設は、そもそもどういう目的で参与してきたのだろうか。

外国人看護師・介護福祉士支援協議会 (BIMA CONC) による受入れ施設の実態調査によると、EPA候補者の受入れ理由として高比率だったのは「国際親善」「将来の人材育成」であった。2010年調査で47.6%、39.2%、2011年調査では42.9%、34.2%の施設が、両項目に「あてはまる」としている。その一方で「人材確保」に「あてはまる」したのは、2010年調査で27.9%、2011年調査でも26.1%にとどまり、逆に「あてはまらない」とした施設の23.0%、22.2%と大差がなかった⁵¹。現段階では、比較的余裕のある施設が国際親善や将来のため、テストケース的に参加しているというのが実情のようである。

とはいえ医療・福祉行政が行き詰まりを見せる今日、受入れ施設にとってやはり切実になっているのが、費用負担の問題である。一般に施設受け入れ前の段階で、日尼、日比両国機関へのあっせん手数料の他、滞在管理費や訪日後の日本語研修費の一部負担等で1人約60万円、基本的に1施設2人受入れとなるので120万円程度の支払いが求められる⁵²。また受入れ後は、日本人職員と同等以上の給与支払いが義務付けられているほか、宿舍提供や日本語学習支援等の経費も結局は施設が負担する 경우가少なくない。他方、候補者による介護は「研修」として位置付けられるため、その雇用は介護報酬の算定対象外とされ、そうした人件費全額が施設側の負担となり、経営を圧迫しているといわれる⁵³。

2012年、厚生労働省は、夜間などの職員配置を手厚くした場合に介護報酬を上乗せする夜勤職員配置加算の仕組みを見直し、EPA候補者を介護職員として人員加算の算定対象に加えることとした⁵⁴。だが依然として施設側の負担は重く、とりわけ近年の不況下、日本国内で働き手を確保しやすくなった施設は、こうした過重負担の候補者採用に対し、年々及び腰になってきている。2011年度、インドネシア介護福祉士候補者に対する日本の受入れ施設からの求人数は65人(30施設)と、初年度2008年の336人(131施設)から大幅に減少した。

EPAという政府間協定が、看護・介護労働の受入れシステムを規定し、実際、それに則して本制度は動いている。だが日本政府が「労働力不足への対応ではない」とし、そして制度目的をあくまでも「日本の国家資格取得のため」と限局化・矮小化し続けるならば、その資格取得は一体、何のため、誰のためのものなのか。そしてその資格取得の先どのような事態の進展を見据えているのか。近年、政府による支援制度が多少なりとも整備されつつあるとはいえ、依然として、基本的には民間施設による実質ボランティア的な負担があまりに大きすぎる。こうした方式は決して持続可能ではありえない。母体である

EPAという国家間協定の責任は、あくまでも政府にある。

(2) 准看護師・准介護福祉士問題

介護士と類似した対応が看護師においても始まるようだ。准看護師問題である。EPA看護師候補者の准看護師国家試験受験、並びにその合格者を准看護師として受入れ施設で業務に従事させることを認める厚生労働省からの通知が、2012年5月、各都道府県衛生局長あてに出された。

I章cで言及したように、准介護福祉士は2007年4月の第166回国会に提出された「社会福祉士及び介護福祉法の一部を改正する法律」案を受け、突然、法案として登場した新たな国家資格である。フィリピン出身のEPA修学コース介護福祉士候補者への対応に苦慮し、創設された新資格である。第40条第2項第1号から第3号までのいずれかに該当する者であって当分の間、准介護士（附則第4条第1項の登録を受け、准介護福祉士の名称を用いて、介護福祉士の技術的支援及び助言を受けて、専門的知識及び技術をもって、介護等を業とする者をいう。）となる資格を有する」と定められている。

准看護師も、上記2012年5月の通知において准介護福祉士と並び「引き続き、介護福祉士、看護師の免許を受けることを目的とし、介護福祉士、看護師として必要な技能に関わる研修として業務に従事するものであれば、当該変更をもって経済連携、協定に基づく活動として在留許可に係る指定書において指定された活動の範囲を越えることはない。したがって、外国人看護師候補者が准介護士としての業務に従事する場合も、引き続き【特定活動】の在留資格で在留することが可能である」という解釈が示されており、両者の基本的な位置付けは共通している。また受入れ施設での業務・職務内容と報酬が当該業務・職務内容の日本人と同等以上、という労働法保護下の雇用就労である点も、准介護福祉士と変わらない。

ただし既に示したように、准介護福祉士が介護福祉士国家試験の不合格者に与えられる資格であるのに対し、准介護士は、准看護師国家試験合格者に与えられる資格である。また「経済連携協定では、外国人看護師候補者の我が国での滞在期間は最大3年間とされているが、途中から准介護士としての業務に従事しても、この滞在期間の上限に変更はなく、また、その期間に准介護士資格取得前の期間が含まれることは当然である」とされており、この点では、准介護福祉士が更新を重ねて継続滞在・就労可能であるのとは、法的立場が大きく異なる。准看護師資格の場合は、EPAでの受入れである限り、あくまでも訪日後3年間という当初の滞在期間は変わらず、その期間内での資格取得にとどまる⁵⁵のである。

だがこのEPA候補者の准看護師、准介護福祉士問題に関し、日本国内での関係者間の議論は紛糾している。准介護福祉士に関しては、参議院厚生労働委員会で法案審議に参考人として意見陳述した（社）日本介護福祉士会会長が「介護福祉士の国家試験の不合格の者に対して、新たに准介護福祉士の資格を付与することは、介護福祉士の資格全体のレベ

ルアップを図るという本法案（介護福祉士資格取得のために養成校卒業者も国家試験合格を必要とする前出2007年4月提出の法案：筆者加筆）の趣旨に反することになりかねません。このような仕組みは、他の医療、福祉の専門職においても例がありません。この仕組みを残すことは、ますます介護が魅力ある職業としての輝きを失い、介護福祉士の待遇面の低下や社会的評価の低下につながり、人材確保にも大きな影響をおよぼしかねないという危惧があります⁵⁶」と、明確に准介護福祉士資格設定への反対表明を行っている。

一方、准看護師問題に関し、使用者側の日本医師会は「EPA候補者の看護師へのステップとして、准看護師として誇りを持って働きながら、看護師国家試験にチャレンジしても良いのではないか」との肯定論を示している⁵⁷。准看護師を減少させ看護師養成を進めることで看護師の専門性を高め、可能な業務内容の高度化による効率化とともに労働処遇・社会的評価を向上させようとしてきた日本看護協会（以下、「日看協」とする）の従来からの基本方針に抗する基本姿勢が示されたことになる。当然、日看協は慎重論を続けている。また先述の国家試験時間の延長措置などに対しても、日看協は反対を唱えている⁵⁸。こうした両者間の調整が、政府により政策的に行われている。

だがそれは国内の対峙する利害関係者間の調整であると同時に、EPAという国家間協定による制度運営の具体的内容と国内法制度との調整でもある。その政府の方針自体、各省庁間の利害対立を背景に積極論と慎重論が交錯し、結局は「当面」の措置が乱立し、数年後の目途さえ立たない状況である。具体的な個々の制度改善の取り組みも場当たりの⁵⁹で、それが何のために何を指しての取り組みなのかさえ不明瞭なケースも少なくない。高齢社会問題の深刻化、そしてそれに対応する人材難が誰の目にも明らかな形で問題化している。その只中にあり、EPA協定が国内の制度改革に対し優先され、「過渡的、経過的」措置として国内制度の後退が強行される。こうした政策遂行の有りようこそが、本制度最大の問題といえるかもしれない。

(3) 政策の目指すもの

日本EPAによる看護・介護人材受入れの目的は「日本の国家試験の合格＝日本の国家資格の取得」とされる。したがって訪日当初はあくまでも「候補者」としての受入れであり、それが日本での研修・就労を経て国家資格取得まで至り、有資格者となって初めて看護師、介護福祉士としての受入れとなる。そうしたこの制度の中核は、やはり現実問題として「国家資格」の取得ということになる。いかに日本の国家資格を取得するか。一般的な日本での議論において、一方の慎重論の対極に、まず開国論ありきで始まる積極論がある。そして後者では、資格の相互認証や資格取得のハードルを下げる制度緩和を求める主張が多くみられる。だが、そもそも外国の専門的国家資格を取得する、とはどういうことを意味しているのだろうか。

たとえばグローバルに活躍するフィリピン人看護師も、アメリカの看護師資格取得のためには多大な努力を重ねる⁶⁰。アメリカの看護師免許国家試験（NCLEX）の直近2年の結

果を見ると、フィリピン（教育習得）出身者（以下「出身者」という）の合格率は、2009年、2010年、正看護師（Registered Nurse：RN）が42.0%（14,873人受験、6,254人合格）、37.7%（9,283人受験、3,498人合格）、准看護師（Practical Nurse：PN）が48.0%（508人受験、244人合格）、48.7%（505人受験、246人合格）といった状況である。またインドネシア出身者になるとRNが12.5%（16人受験、2人合格）、33.3%（12人受験、4人合格）、PNで33.3%（3人受験、1人合格）、0%（1人受験、合格者なし）、ベトナム出身者はRNが0%（1人受験、合格者なし）、0%（1人受験、合格者なし）、PNは受験者なしであった。

2009、2010年、アメリカのRN国家試験全体の結果を総括すると、本国出身者の合格率はそれぞれ88.4%、87.4%であったのに対し、海外出身者の合格率は42.3%、38.6%、またPNに関しては、アメリカ出身者が85.7%、87.1%、海外出身者は45.1%、48.2%という数値も公表されている。明らかにアメリカでの教育習得経験がないハンディは大きい。とりわけ途上国出身者にとって、RN合格が極めて高いハードルであることが確認される⁶¹。世界の看護師市場において最高峰に位置づけられるアメリカの看護師資格ではあるが、その国家資格取得には、言語上のハンディがないはずのフィリピン出身者でさえ容易には越えがたい障壁があるということなのである。

本章bで論じたように、国により医療・公衆衛生状況が異なり、看護教育の具体的内容も違う。当然、先進国と途上国との医療技術水準の格差が反映されることになる。アメリカのRN国家試験と日本の看護師国家試験の相違はともかく、フィリピンでの資格と経験、インドネシアでの資格（2009年まで国家試験はなかった）と経験をもって、日本の看護師資格を承認することにはやはり問題があるだろう。だが翻って考えるならば、そうした医療・看護状況の違いや水準の格差があるからこそ、たとえば日本での国家資格取得を目指す研修・就労⁶²が、高度な専門知識や技術・技能を学び、習得する有意義な機会となるのではなかろうか。

EPAという経済連携強化、経済自由化の推進により、締結国間相互に有益な経済効果を期待する国家間協定。ASEAN全体との協定も発効しているが、ASEANを核とした東アジア地域における経済関係の緊密化は、今後の日本経済の発展には欠かせない。世界を代表する看護師送り出し国フィリピンからの申し出から始まった看護・介護人材受入れの取り組みとは言い、その具体的な運用のあり方が、ASEANのEPA協定相手国やASEAN全体との今後の国際関係に影響を及ぼさないとはいえない。

昨今、EPA候補者の国家試験合格率の低さ、帰国を余儀なくされる候補者の多さ、落胆した中途帰国者増や受入れ施設の減少といった事態を懸念し、国際関係への配慮もあり、本章c（4）で列記したように国家試験での特例措置が種々出されている。主として言語能力のハードルを引き下げる措置であるが、人命に関わる領域の資格職において、そうした配慮は適切であろうか。国家試験合格率上昇という、数値改善のための小手先の措

置ばかりが目立つ。また先述の准介護福祉士問題、准看護師問題もある。日本の国内問題である人材難対策として、資格職としての高度化を図り、労働条件と社会的地位改善により求職者増、離職者減を目指す国内的な制度改革が、国際的なEPA受入れ制度との調整により、混乱を来している。EPAという国家間協定と国内政策・制度とのせめぎ合い。その中に、今後の日本の医療・介護の有り様は、そして労働市場の姿は、ますます見えなくなってきたように思えてならない。

国家間協定は、相手国への配慮とともに、国内状況が改悪されないことを前提とすべきである。厚労省は頑なにEPAに基づく看護・介護人材の受入れに対し、「労働力不足への対策ではない」という姿勢を堅持する。そして「国家資格取得が目的」とされる。たしかに現行のシステムでは、実際、大量の労働力導入にはつながりえない。明らかに「試み」の段階であろう。フィリピンのような代表的送出国は、まさにその点を批判する。だが本制度が送出国の要望に応える国際援助、国際貢献なのか、というと、そのスタンスも明らかではない。

II章で言及した悪評絶えない日本の旧外国人研修・技能実習制度が「開発途上国の経済発展・産業振興の担い手となる人材の育成を行うために、先進国の進んだ技能・技術・知識（以下『技能等』という）を修得させようとするニーズ……に応えるため、諸外国の青壮年労働者を一定期間産業界に受け入れて、産業界上の技能等を修得してもらう……仕組み⁶³」と規定しながら、実際は単純作業の労働力不足対策として運用されてきた問題性とのオーバーラップ⁶⁴を回避してか、あるいは「興行」ビザの問題性との繋がり遮断を意図してか、今次EPAでの人材受入れに対する日本政府の姿勢は、その目的を「国家資格の取得」とすることで、ある面、基本、原則は極めてシンプルかつ曖昧に徹しながら、その一方で、具体的なシステムとその運用には、小手先のその場しのぎの措置が小出しに重ねられている。その結果、制度自体、捉えどころのない、極めて理解しづらいものとなっている。

日本側の立場としては、医療・介護の安全性確保のため、候補者の正確な日本語能力と専門知識・技能の習得、国家資格取得という目標にいかにつなげうるか、そのために具体的にどのような制度として改善していくかが重要となる。また相手国に対しては、実際、国家試験に合格するだけの十分な研修・就労を、国家間の医療事情・教育事情等の差を踏まえ、いかにプログラミングしていくかが問題となる。だがそこに日本国内の制度改革が伴ってはならない。人命に関わる医療・介護現場の質的劣化を伴いかねない無謀な労働市場の開放は避けねばならない。ことは、いわゆる共生社会の構築を目指す外国人労働問題一般では語り得ない、人命の安全性保障に関わる、特定の職業に限定した職務遂行能力が必須要件となる問題なのである。「国家資格の取得」自体、何よりそれを担保する国家保障のための措置であるということは理解できる。だがそれは本来、制度の目的であろうか。

この案件が人材輸出大国フィリピンからのリクエスト・オファーに始まったことは既に幾度となく述べた。また日本の看護・介護分野での人材難も否定しがたい現実である。しかし、「就労」「雇用」を目的として設定しがたい日本の法制上の事情がある。それがこの制度を曖昧さで覆う。そして制度目的が「国家資格の取得」にすり替えられた。制度上の諸問題、諸課題への政府の取り組みも、小手先の対応・措置に終始してきた。そしておよそ国際人材システムとは呼べない「試み」的な小規模の人的移動がEPAルートで細々と続けられている。とはいえ、民間施設のボランティア的支援や小手先とはいえ政府支援の積み重ねがそれなりの奏功をもたらし、国家資格取得者増につながっている。だが、予期せぬ事態が生じた。「国家試験」を前面に押し出した本制度のあり様が、候補者から疎まれ始めている。国家試験合格者の帰国は、それを顕著に表わしている。文化・慣習の違いも大きい。

「試み」の時期を引き延ばし、長期化するには限界がある。看護・介護人材の受入れは、インドネシア、フィリピンに続き、ベトナムからも始まる。インドやタイとの間でも検討が始まった。熾烈なグローバル競争の時代、とりわけEPAとして国際的な経済連携を推進する以上、協定相手国との間に、カネ、モノに加え、ヒトの国際化は不可避の流れである。ただし国内の混乱につながる無謀な開放は回避せねばならない。そのためにも、曖昧さの中に先送りしてきた海外人材受入れについて、現実を直視した日本の基本的スタンスの明示、政策・制度運営の早期展開が求められる。

結びにかえて

“The Economist” (2005年12月24日号) 誌に、‘Japan’s humanoid robots : Better than people’ と題する記事が掲載された。冒頭、それは次のような記述で始まっている。

「彼女の名はマリ―……彼女の言語能力は理想的ではないが、相手の話を理解し、明確に対応できる。何より彼女は格安だ。しかし不幸なことに、彼女には紛れもない一つの特徴がある。それが日本人の患者に彼女の受け入れを困難にしている。つまり彼女はフィリピンからやってきた生きた血の流れる人間なのだ。彼女が、そうではなくてロボットでさえあったら⁶⁵。」

フィリピンからの看護師・介護士受け入れが難航していた当時の日本に対し、ロボット好きの「ロボット先進国」日本という切り口で皮肉った辛辣な内容である。外国人労働への排他的風潮を固守し続けながら、一方で旧来よりロボットを違和感なく受け入れるその文化・風土の特異性に投げかけられた、興味深い抗議文であったと言える。

EPA看護・介護人材が候補者として受入れられるようになり4年が経過した2012年7月、日本政府は「日本再生戦略」を開示した。そこには、医療・介護分野が成長戦略の一つの柱と明記され、その重点施策として「ロボット技術による介護現場への貢献や新産業

創出」が示されている⁶⁶。EPAルートによる海外からの生きたヒトの受入れで揺れ、混乱しながらも、医療・介護関連のロボット産業振興が、政府の成長戦略として明確な形で打ち出されているのである。上記冒頭の記事は、7年後、2012年の今日の現実をも見事に言い当てている。

今や世界的に看護師、介護士等ケア労働を外国人労働者に依存する国は数多く存在する。殆どの先進的経済社会に共通項となった少子・高齢化を背景に、とりわけ1990年代半ば以降、国境を越えた看護師、介護士、あるいは類似の労働内容を担う家事労働者の海外就労が、世界的に活発化している。送出国・受け入れ国の多様化、広域化、当該労働者数の量的規模拡大によって、近年、その動勢はグローバルな進展を見せている。

この世界的現象と化した看護・介護労働国際化の潮流に日本はどのように関わっていくのか。既に開始された日尼EPA、日比EPAに基づく看護師・介護福祉士候補者受け入れシステムにより、日本は手探りの一歩を踏みこんだことになる。この施策をめぐっての議論は依然絶えないが、もはや是非を論じる段階にはない。間近に迫ったベトナムからの受入れは、これまでの失策経験を踏まえ、日本語能力を要件として加えることとなり、入国前の語学研修を重視する方式に変わった。インド、タイからの受入れの検討等、海外人材への依存は不可避の方向性である。どのような量的規模で、どのような条件の下で、どのような具体的制度・手順をもって進めていくのか。そしてそれは本来何のために、何を目的としてなされるべきか。EPAとして進められている意味を考えながら、次々に明らかとなる諸問題、諸課題、そしてそれらへの取り組みの中に、この本質を今後も問うていきたい。

〈注〉

- 1 2011年度の入国者数は、当初両国合わせて279人であったが、東日本大震災や福島第一原発事故等への不安から43人（総数の15%）の辞退者が出た結果、236人に減少した（筆者の厚生労働省職業安定局外国人雇用対策課経済連携協定受入対策室での調査による）。
- 2 I章c参照。
- 3 里見隆治（2010）90ページ。
- 4 日本における看護師国家試験は2月中旬、介護福祉士国家試験は筆記試験が1月下旬、実技試験が3月上旬である。また介護福祉士に関しては、就労コースでは国家試験受験のために3年間の実務経験が要件とされ、就学コースでは4月の養成校入学に間に合わねばならない。そうした諸事情を勘案し、諸研修終了日程から逆算して入国日が設定されている。表5（1）参照。
- 5 社会福祉振興・試験センター（2012）。
- 6 厚生労働省（2010）a。
- 7 2011年の国家試験の不合格者で、協定内容通りであれば帰国となったインドネシア人第一陣看護師候補者については、特例的な追加的滞在期間延長の条件として、次の5つの条件が定められた（インドネシア第2陣、フィリピン第1陣の看護師・介護士候補者に関しても、基本的に以下5条件と同様の条件下に認めるとされた）。

- ア. 追加的な滞在期間における就労・研修は、協定に基づく受入機関との雇用契約に基づいて行われること。
- イ. 候補者本人から平成23年度の国家試験合格に向けて精励するとの意思が表明されていること。
- ウ. 受入機関により、平成23年度の国家試験合格を目指すため、候補者の特性に応じた研修改善計画が組織的に作成されていること。
- エ. 受入機関により、平成23年度の国家試験合格に向けた受入体制を確保するとともに、上記計画に基づき適切な研修を実施するとの意思が表明されていること。
- オ. 平成22年度の国家試験の得点が一定の水準以上の者であること。閣議決定（2011）。
- 8 法務省入国管理局参事官室（2011）28~36ページ。
- 9 人の移動に関する検討グループ（2012）。
- 10 厚生労働省（2011）f。
- 11 厚生労働省（2011）e。
- 12 厚生労働省（2012）e。
- 13 平野裕子・他（2010）156~157ページ。
- 14 『中国新聞』（2012）。
- 15 梶田孝道・丹野清人・樋口直人（2005）。
- 16 大村淑美（2009）78~79ページ。
- 17 安留孝子（2009）25ページ。
- 18 宣元錫（2009）232~233ページ。
- 19 フィリピンでは、旧宗主国アメリカの看護教育方式に準じたカリキュラムが採用され、英語による授業など、国際的に通用性の高い専門職養成を目指した看護教育が行われてきた。かつてはアメリカ、近年はサウジアラビア等中東諸国やイギリスへの送出国が圧倒的であったので、いずれも英語による業務遂行により言語上の問題は少なくすんだが、日本語での業務を義務付けられる日本での就労については、この点が重大な課題となっている。河内優子（2007）124~127ページ。
- 20 Buchan, J. (2002), p.15.
- 21 福田八寿絵（2009）155、156ページ。
- 22 多々良紀夫・塚田典子（2004）100ページ、野川忍（1993）。
- 23 河内優子（2007）115~116ページ。
- 24 日本語能力検定試験のN2は、「日常的な場面で使われる日本語の理解に加え、より幅広い場面で使われる日本語をある程度理解することができる」レベルであり、一般に多くの4年制大学で留学生の入学要件とされる水準である。現段階での日本語研修免除要件としては妥当な水準といえよう。国際交流基金・日本語教育支援協会（2012）。
- 25 ただし近年、中国経済の勢いを受ける形で、学校外教育での中国語熟も高くなっている。また学校教育での中国語採用も増えている。こうしたインドネシアにおける外国語教育の概況については、次を参照されたい。国際交流基金（2011）a、吹腹豊（2005）。
- 26 フィリピンにおける日本語教育の概況については、次を参照されたい。国際交流基金（2011）b、市瀬俊介（2003）、大野俊（2010）138~139ページ。
- 27 インドネシア人やフィリピン人の日本語学習における最大の障壁が漢字であるというのは定説となっている。漢字圏出身者か否かが、日本語習得の難易度にとって決定的とされることが多い。こうした観点からすると、本格的に、労働力不足対策として海外人材受入れを検討するのであれば、早晩、中国を中心とする漢字圏諸国を主要対象国に広げざるをえないかもしれない。実際、在留資格「医療」で就労する医療従事者のうち、最大数134名で全体の約4割を占めているのは中国出身者である。入管協会（2010）17ページ。

- 28 日比EPA交渉のプロセスにおいて、日本語研修を訪日前現地で行う案もあったが、協定タスクフォースが反対したため、訪日後研修のみのシステムとして始まることとなった。国際問題化した興行ビザ問題（本稿Ⅰ、Ⅱ章を参照のこと）に関し、フィリピンで日本語研修実施機関を監督していた現地の技術教育技能開発庁が、不正な認定証を発行していた経緯があったことなどが理由とされている。安里和見（2010）203ページ。
- 29 河内優子（2007）132～134ページ。
- 30 「医療看護CBニュース—キャリアブレイン」（2010）c。
- 31 N3とは、日常的な場面で使われる日本語をある程度理解することができるレベルで、たとえば「読む」ことに関しては、日常的な話題について書かれた具体的な内容を表わす文章を、読んで理解することができる、新聞の見出しなどから情報の概要をつかむことができる、日常的な場面で目にする難易度がやや高い文章は、言い換え表現が与えられれば、用紙を理解することができる水準とされる。また「聞く」ことに関しては、日常的な場面で、やや自然に近いスピードのまとまりのある会話を聞いて、話の具体的な内容を登場人物などとあわせてほぼ理解できる水準とされる。国際交流基金・日本国際教育支援協会（2012）。
- 32 厚生労働省（2012）f。
- 33 たとえば厚生労働省が2011年9月に実施した「看護師候補者受入れ施設の意識調査の結果」によると、「候補者が病院で就労・研修を開始するに当たって、どの程度の日本語能力を備えていれば、十分に効果的な就労・研修が可能となると考えるか」との設問に対し、最も多かったのが、48%の施設が回答したN2レベルであった。こうした調査結果等も踏まえ、今後の変更が検討される。厚生労働省医政局看護課（2012）a。
- 34 国際厚生事業団（2012）a、15ページ。
- 35 厚生労働省（2012）g。
- 36 国際厚生事業団（2012）b。
- 37 厚生労働省（2012）h。
- 38 「医療介護CBニュース—キャリアブレイン」（2011）b。
- 39 「医療看護CBニュース—キャリアブレイン」（2012）b。
- 40 厚生労働省医政局看護課（2012）b。
- 41 川口貞親（2010）31ページ。
- 42 「医療介護CBニュース—キャリア・イレブン」（2011）a。
- 43 「朝日新聞」（2010）。
- 44 内閣府（2011）30～31ページ。
- 45 内閣府（2012）33ページ。
- 46 内閣府（2011）36～37ページ。
- 47 大泉啓一郎（2007）、小峰隆夫・日本経済研究センター編（2007）。
- 48 入管協会（2010）12ページ。
- 49 看護に関しては、国による看護業務についてのミスマッチ、看護観の違いも大きな問題である。たとえば尼比両国における看護業務では急性期看護が主流で、多くの場合、看護師は医師のサポートをする「診療の補助」を担っている。だが日本では「療養上の世話」が中心となっているのが現実であり、尼比出身者にとって、それは看護とは見なせない。両国では、シーツ交換や排せつケアなどは家族が行う。日本での受入れ施設のほとんどは慢性期の病院である。こうした点をめぐるEPA候補者の認識、価値観の問題性は深刻だ。「医療介護CBニュース—キャリアイレブン」（2010）b。
- 50 たとえば「第7次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」によると、看護職員需要は2011年の約140万4,000人から2015年に約150万1,000人に増加するが、看護師養成校、とりわけ医療の高度化に対応した看護師養成のための4年制大学が急増していることから、看護

職員の供給は2011年の約134万8,000人から2015年には148万6,000人にふえ、充足率99%という推計値が予測されている。厚生労働省（2010）b。

また人口問題研究所による需給推計結果でも、2005年から団塊世代が後期高齢期（75歳以上）に入る2025年まで、年平均、看護需要が2.6万人増、介護需要が3.3万人増する見込みだが、近年の新規養成数、再就業数、離職のバランスが維持できれば充足達成可能とされている。川越雅弘（2009）224～227ページ。

- 51 外国人看護師・介護福祉士支援協議会（BIMA CONC）（2011）、外国人看護師・介護福祉士支援協議会（BIMA CONC）（2012）。
- 52 国際厚生事業団（2012）21～22ページ。
- 53 あるいは日本語教育や国家試験対策のために、職員がボランティアで夜間に教育に当たるなど、各施設の過重負担への不満は強い。
- 54 「医療介護CBニューズキャリアブレイン」（2012）a。
- 55 こうしたEPA看護師候補者の准看護師としての資格付与と業務従事についての基本的方針と施策内容については、次を参照されたい。厚生労働省（2012）i。
- 56 （社）日本介護福祉士会（2007）。
- 57 「医療介護CBニューズキャリアブレイン」（2012）d。
こうした提案に関しては、すでに2010年3月、四病院団体協議会からEPA看護師候補者について看護師国家試験の不合格者に准看護師国家試験受験を認めることなどが提案されていた。「医療介護CBニューズキャリアブレイン」（2010）a。
- 58 「医療介護CBニューズキャリアブレイン」（2012）c。
- 59 たとえば准介護福祉士資格について、2007年に開催された厚生労働省社会保障審議会福祉部会において、福祉基盤課長は次のように語っている。「准介護福祉士は、介護福祉士となるように努めなければならないという規定を法律上置いております……いずれにしても、（EPA：筆者加筆）協定として見直しをした上で、この准については、いずれのときに、環境が整えば解消すると考えております。あくまでも暫定的、経過的な措置であると考えております。」場当たりの措置の代表的事例といえよう。厚生労働省社会保障審議会福祉部会（2007）。
- 60 河内優子（2007）。
- 61 ちなみに言語上のハンディを負うとはいえ、日本出身者のRN合格率は2009年、43.2%（95人受験、41人合格）、2010年、40.4%（89人受験、36人合格）、PNは受験者なしであった。NCSBN（2011）、NCSBN（2012）。
- 62 「日本経済新聞」（2011）a。
- 63 国際研修協力機構（JITCO）（2012）。
- 64 最も問題が頻発した旧研修・実習制度の団体管理型に該当する現「技能実習1号口」「技能実習2号口」で在留する外国人数は2011年、合計13万5,277人にのぼる。そのうち圧倒的多数を占める中国人10万3,706人を除けば、次に多いのがベトナム人（1万2,578人）、フィリピン人（7,489人）、そしてインドネシア人（7,457人）である。EPA候補者受入れ相手国であるインドネシア、フィリピン、ベトナムが中国に次ぐ最大3カ国であることは注目に値する。
- 65 The Economist（2005）p.42。
- 66 閣議決定「『日本再生戦略』について」（2012）。

参考文献・資料 (1・2総合)

- 安里和晃 (2008) 「経済連携協定と外国人看護師・介護福祉士の受け入れ」『世界人権問題研究センター研究紀要』第13号。
- 安里和晃 (2010) 「少子高齢社会における移民政策と日本語教育」田尻英三・大津由紀雄編『言語政策を問う!』ひつじ書房。
- 井口泰 (2001) 『外国人労働者新時代』筑摩書房。
- 市瀬俊介 (2003) 「フィリピンにおける日本語教育活動の概況」『調査研究報告書：海外における日本語教育活動の概況—現職者研修活動および学校外教育活動を中心に—』日本語教育学会。
- 植田大祐 (2008) 「WTO、EPAにおける「自然人の移動」の自由化」『総合調査「人口減少社会の外国人問題」』
- 大泉啓一郎 (2007) 『老いてゆくアジア—繁栄の構図が変わるとき』中公新書。
- 大野俊 (2010) 「ケア専門職移動の課題」大野俊・小川玲子編『国際シンポジウム 東南アジアから日本へのケアワーカー移動をめぐる国際会議—政策担当者と研修者の対話—報告書』九州大学アジア総合政策センター。
- 大村淑美 (2009) 「看護師たちの暮らしから：海を渡る労働力—インドネシア、フィリピンからの看護師」『看護実践の科学』Vol.34.No.4。
- 岡伸一 (2005) 「看護・介護職への外国人労働者受け入れ—国際化時代を迎える医療・副社現場」『世界の労働』第55巻第7号。
- 岡田幹治 (2007) 「EPAで輸出促進? 『廃棄物隠し』の巧妙」『エコノミスト』第85巻第22号。
- 岡谷恵子 (2005) 「日本看護協会の外国人看護師受け入れに関する見解」『インターナショナルシンクレビュー』summer, Vol.28, No.4
- 小ヶ谷千穂 (2003) 「フィリピンの海外雇用政策」駒井洋監修、小井戸彰宏編『移民政策の国際比較』明石書店。
- 閣議決定 (2011) 「経済連携協定 (EPA) に基づくインドネシア人及びフィリピン人看護師・介護福祉士候補者の滞在期間の延長について」
(<http://www.npu.go.jp/policy/policy08/pdf/20110311.pdf>)
- 閣議決定 (2012) 「『日本再生戦略』について」
(<http://www.npu.go.jp/policy/pdf/20120731/20120731.pdf#search=%E6%97%A5%E6%9C%AC%E5%86%8D%E7%94%9F%E6%88%A6%E7%95%A5>)
- 外国人看護師・介護福祉士支援協議会 (BIMA CONC) (2011) 第2回実態調査「EPAに基づく看護師・介護福祉士候補者調査：受入施設の回答 (集計)」(http://bimaconc.jp/jittaichosa_03.html#news071)
- 外国人看護師・介護福祉士支援協議会 (BIMA CONC) (2012)、第3回実態調査「EPAに基づく看護師・介護福祉士候補者調査：受入れ施設の回答 (集計)」(http://bimaconc.jp/jittaichosa_2011_sisetsushukei.html)
- 梶田孝道・丹野清人・樋口直人 (2005) 『顔の見えない定住化—日経ブラジル人と国家・市場・移民ネットワーク』名古屋大学出版会。
- 河内優子 (2002) 「少子・高齢化と国際人口移動：『補充移民』をめぐる一考察」『九州国際大学経営経済論集』第9巻第2号。
- 河内優子 (2007) 「グローバル経済時代における看護労働の国際化」『九州国際大学経営経済論集』第14巻第1号。
- 川口貞親 (2010) 「フィリピン人・インドネシア人看護師候補者の教育と研修の課題」大野俊・小川玲子編『前掲書』
- 川越雅弘 (2009) 「看護師・介護職員の需給予測」『季刊・社会保障研究 (国立社会保障・人口問

- の取り扱いについて」(http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_document.cgi?MODE=tsuchi&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=1617)
- 厚生労働省 (2012) j「日ベトナムEPA:看護師・介護福祉士候補者の資格取得までの流れ」(http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/other47/dl/120719_01.pdf)
- 厚生労働省医政局看護課 (2012) a「看護師候補者受入れ施設の意識調査の結果について」(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002hb5l-att/2r9852000002hb72.pdf>)
- 厚生労働省医政局看護課 (2012) b「看護師国家試験における母国語・英語での試験とコミュニケーション能力の併用の適否に関する検討会報告書」(2012) (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000025ge6-att/2r9852gqn.pdf>)
- 厚生労働省社会保障審議会福祉部会 (2007)「社会保障審議会福祉部会議事録 (平成19年3月29日開催)」<http://www.mhlw.go.jp/2007/03/txt/s0329-1.txt>
- 国際研修協力機構 (JITCO) (2012)「外国人技能実習制度のあらまし」(http://www.jitco.or.jp/system/seido_enkakuhaikai.html)
- 国際厚生事業団 (JIWELS) (2010)平成22年度版「フィリピン人看護師・介護福祉士受入れ枠組み (介護福祉士・就学コース)」(http://www.jicwels.or.jp/html/h22_epa_images/h22_syugaku_2.pamphlet.pdf)
- 国際厚生事業団 (2012) a「平成25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」(<http://www.jicwels.or.jp/files/H25E5B9B4E5BA A6E78988E383B3E38395E383ACE3838.pdf>)
- 国際厚生事業団 (2012) b「受入れ支援等の取り組み・受入れ状況などについて」(<http://www.jicwels.or.jp/files/H25E59BBDE58685E8AAACE6988EE4BC9AE7ACAC2E983A3E382.pdf>)
- 国際交流基金 (2010) a「日本語教育国別情報：フィリピン」(<http://www.jpj.go.jp/j/japanese/survey/country/2010/philippines.html>)
- 国際交流基金 (2010) b「日本語教育国別情報：ベトナム」(<http://www.jpj.go.jp/j/japanese/survey/country/2010/vietnam.html>)
- 国際交流基金 (2011) a「日本語教育国・地域別情報：2011年度：インドネシア」(<http://www.jpj.go.jp/j/japanese/survey/country/2011/indonesia.html>)
- 国際交流基金 (2011) b「日本語教育国・地域別情報：2011年度：フィリピン」(<http://www.jpj.go.jp/j/japanese/survey/country/2011/philippines.html>)
- 国際交流基金・日本国際教育支援協会 (2012)「日本語能力試験公式ウェブサイト (N1～N5：認定の目安)」(<http://www.jlpt.jp/about/levelsummary.html>)
- 小峰隆夫・日本経済研究センター編 (2007)「超長期予測 老いるアジア」日本経済新聞出版社。
- 里見隆治 (2010)「経済連携協定に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて」大野俊・小川玲子編「前掲書」
- ジェトロ (2010)「ジェトロ世界貿易投資報告 2010年版」海外調査部出版。
- 清水隆雄 (2008)「外国人政策の変遷と各種提言」『人口減少社会の外国人問題：総合調査報告書』国立国会図書館調査及び立法考査局。
- 社会経済生産性本部 (2001)「少子・高齢化時代の海外人材リソース導入に関する調査研究報告書」
- 社会福祉振興・試験センター「介護福祉士国家試験」(2012) (http://www.sssc.or.jp/kaigo/shikaku/k_08.html)
- 出入国管理及び難民認定法 (別表) (<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S26/S26SE319.html>)
- 宣元錫 (2009)「ともに老後を支えあう (5) 外国人看護師・介護士受入れ」川村千鶴子・近藤敦・中本博白告編著「移民政策へのアプローチ：ライフサイクルと多文化共生」明石書店。
- 竹内美佐子 (2009)「外国人看護師との協働の可能性—ベトナム人看護師の受け入れ経験から」安里和晃・前川典子編「始動する外国人材による看護・介護—受け入れ国と送り出し国の対話」

- 笹川平和財団。
- 多々良紀夫・塚田典子 (2004) 「ドイツの介護・医療現場における外国人労働者の現状 (1)」『月刊福祉』2月号。
- 内閣府 (2011) 『平成23年版 高齢社会白書』印刷通販株式会社。
- 内閣府 (2012) 『平成24年版 高齢社会白書』印刷通販株式会社。
- 日本介護福祉士会 (2007) 「社会福祉士及び介護福祉士一部改正法案に関する発言趣旨 (参議院厚生労働委員会での参考人としての意見陳述)」 (http://www.jaccw.or.jp/news_imp/20070426_sangi.pdf)
- 入管協会 (2010) 『国際人流』第282 (11月)号。
- 入管協会 (2011) 『国際人流』第293 (10月)号。
- 野川忍 (1993) 『外国人労働者法—ドイツの成果と日本の展望』深山社。
- 人の移動に関する検討グループ (2012) 「経済連携協定 (EPA) に基づくインドネシア人及びフィリピン人看護師・介護福祉士候補者の平成23年度国家試験を受けた追加的な滞在期間の延長について」 (<http://www.npu.go.jp/policy/policy08/pdf/20120328/20120328pdf>)
- 平野裕子・他 (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」『九州大学アジア総合政策センター紀要』第5号。
- 吹腹豊 (2005) 「インドネシアの日本語教育とジェンダー—制度改革との関連から—」『日本語とジェンダー』第5号。
- 福田八寿絵 (2009) 「国境を越える看護師・助産師の自由移動」福田耕治・福田八寿絵『EU・国境を越える医療』文真堂。
- 法務省 (2010) 『第4次出入国管理基本計画』 (<http://www.immi-moj.go.jp/housei/index.html>)
- 法務省入国管理局 (2010) 『平成22年版 出入国管理』 (http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri01_00014.html)
- 法務省入国管理局参事官室 (2011) 「日インドネシアEPAの適用を受けるインドネシア人看護師等の出入国管理上の取り扱いに関する指針の特例を定める告示」『国際人流』第293号 (10月号)。
- 安留孝子 (2009) 「介護・看護現場における外国人労働者のコミュニケーションに関する課題—ベトナム人看護師養成支援事業と経済連携協定 (EPA) による受け入れの比較を中心に—」『流通経済大学論集』44巻3号。
- 山崎陸志 (2006) 「看護・介護分野における外国人労働者の受け入れ問題」『レファレンス』2月号。
- 労働省 (1988) 『雇用対策基本計画 第6次』大蔵省印刷局。
- Buchan, J. (2002) 'What's the connection?: British Nurse Recruitment in an Enlarged EU', *Eurohealth*, Vol.8, No.4 (Autumn).
- NCSBN (2011) *NCSBN Research Brief*, Vol.50. (https://www.ncsbn.org/10_2009NCLEXExamStats_Vol50_web.pdf)
- NCSBN (2012) *NCSBN Research Brief*, Vol.52. (https://www.ncsbn.org/12_REVISIED_2010NCLEXExamStats_Vol52.pdf)
- The Economist* (2005), December 24th.
- U.S. Department of State (2004), *Trafficking in Persons Report*.. (<http://www.state.gov/g/tip/ris/tiprpt/2004/33187.htm>)
- WHO, *World Health Statistics 2012*, (Part III).
- 『朝日新聞』(2005) 2月14日 (夕刊)。
- 『朝日新聞』(2010) 2月28日 (朝刊)。
- 『産経新聞』(2012) 2月16日 (夕刊)。

【中国新聞】(2012) 5月19日 (夕刊)。

【日本経済新聞】(2005) 6月16日 (夕刊)。

【日本経済新聞】(2010) 3月7日 (朝刊)。

【日本経済新聞】(2011) a. 3月5日 (朝刊)。

【日本経済新聞】(2011) b.9月17日 (夕刊)。

【医療介護CBニュース—キャリアブレイン】(2010) a、3月12日。(http://www.cabrain.net/news/article/newsId/26747.html)

【医療介護CBニュース—キャリアイレブン】(2010) b、8月8日。(http://www.cabrian.net/news/article/newsId/28928.html)

【医療看護CBニュース—キャリアブレイン】(2010) c、11月6日。(http://www.cabrain.net/news/article/newsId/30669.html)

【医療介護CBニュース—キャリアイレブン】(2011) a、3月25日。(http://www.cabrain.net/news/article/newsId/33285.html)

【医療介護CBニュース—キャリアブレイン】(2011) b、12月9日。(http://www.cabrain.net/news/article/newsId/36188.html)

【医療介護CBニュース—キャリアイレブン】(2012) a、2月15日。(http://www.cabrain.net/news/article/newsId/36617.html)

【医療看護CBニュース—キャリアブレイン】(2012) b、3月8日。(http://www.cabrain.net/news/article/newsId/36778.html)

【医療介護CBニュース—キャリアブレイン】(2012) c、3月28日。(http://www.cabrain.net/news/article/newsId/36914.html)

【医療介護CBニュース—キャリアブレイン】(2012) d、6月6日。(http://www.cabrain.net/news/article/newsId/37412.html)

The Development of Japan's Economic Partnership Agreements in Asia and the Internationalization of Nursing / Caregiving Work (2)

Yuko Kawauchi

Summary

Lately a number of FTA (Free Trade Agreement) s and EPA (Economic Partnership Agreement) s have been signed by Asian countries. My previous report (1) examined the circumstances that led to Japan including acceptance of foreign nurses and caregivers within the Japan-Philippines and Japan-Indonesia EPAs, described the specific systems that are being employed for the scheme, and outlined the law and systems related to labor by foreigners in Japan. This report is a sequel to it.

Four years have passed since Japan started accepting nursing and caregiver applicants under the EPA with Indonesia, and three years since such acceptance started under the EPA with the Philippines. This report firstly describes the current situation with regard to implementation of the scheme. Secondly, it raises several problems that have surfaced by now and touches on the tasks that need to be addressed. Describing the problems of language, of the disparities in medical service and public hygiene between the countries, of the inadequacy of the policies that need to address these and other problems, as well as showing the problematic nature of the system in the first place, the report attempts to envisage the direction that this policy, which is increasing losing focus, should take in the future.