

経済連携協定を通じた海外人材の受け入れの可能性

京都大学大学院文学研究科・アジア教育研究ユニット特定准教授

安里和晃

要旨

2008年に始まった経済連携協定（EPA）による看護・介護における海外人材の受け入れは、政府や職能団体が消極的であったにもかかわらず、現場の努力や世論の後押しもあって大きく前進した。経済的負担や雇用管理の負担が大きいという指摘がある一方、適切なリクルート、人材育成やマネジメントがあれば施設、職員、利用者や家族にとって良い影響を及ぼす可能性があることも確認された。海外人材は特効薬でもなければ、特別な人材でもない。必要な教育投資も十分なされなければならない。それは多様な人事を労働市場で包摂する不可欠なプロセスである。

看護・介護の離職は離職率の低い施設と高い施設に二極化している。離職の原因も賃金だけではなく、並んで重要な原因はマネジメントである。これまでは技術が重視され、どちらかというとなマネジメントは注目されてこなかったが、これからは技術論だけではQOLの向上は果たせないであろう。

従来の日本の経済成長モデルは男性の大学新卒者の入職が基盤にある「男性稼ぎ手モデル」である。女性はパートなどの補助労働力として位置付けられ、家事労働など無償労働に従事するといった性役割分業を前提としたモデルであった。ところが、人口構成や雇用形態は変化し均質な労働市場は過去のものとなった。多様性が成長の源泉となるよう経験を昇華させる必要がある。

1 はじめに

2008年8月、ちょうど北京オリンピックが開催されていたころ、インドネシアから経済連携協定(Economic Partnership Agreement: EPA)による看護師候補者・介護福祉士候補者の受け入れが始まり、2015年現在ではのべ3,000人以上が来日した。技能実習制度に基づく製造業・建設業などとは異なり、医療・福祉部門における政府間合意による初めての外国人受け入れだったため、当初は「白船」とも呼ばれ、マスコミで大きく報じられた。期待の声が紹介される一方で、現場や労働組合、職能団体の不安も大きかった。そうした不安の多くは、外国人が導入されることによるケアの質の低下、労働市場への悪影響に対する懸念、そして国家資格取得を目標に掲げた中でどのように教育・指導していくかであった。

この受け入れ制度は、政府間で送り出し・受け入れの門戸を開き、日本側は(公社)国際厚生事業団(JICWELS)が斡旋機関となって、受け入れを希望する病院・施設と就労希望者とをマッチングする。つまり技能実習制度とは違って、国の責任の下で、JICWELSが一元的に需要と供給をつなぐ役割を担うという、わかりやすい制度である。これは国際移動の過程でしばしば生じる「搾取」の防止に役立つと考えられ、送り出し国にとっては安心感の強い制度だった。ところが、この「政府主導」が足枷となって、制度と現場との乖離が生じ、EPAによる受け入れは批判にさらされることになる。「教育機関ではない病院や施設に国家試験対策を丸投げしている」というのがその理由であった。

「受験勉強」——これはEPAのキーワードである。というのも、来日した外国人たちは、その時点では日本の看護師・介護士資格を持っているわけではない。日本で看護・介護分野で見習いと

て就労しながら、日本の看護・介護の国家試験合格を目指すのである。そこで、彼ら/彼女らは「候補者」と呼ばれている。その「候補者」たちは雇用契約上は労働者だが、国家試験合格を目指す受験勉強も至上命題とされているからである。このような受け入れ枠組みとなったのは、看護助手や介護職員が不足しているからという理由では決してない。公的には人材不足は存在しない。入国管理上、専門的技術的人材以外のいわゆる「単純労働者」の受け入れは認められてないからである。その意味においては、EPAによる受け入れ枠組みは、労働市場とは別個の、全く異なる論理で動いていると言えよう。

日本の外国人政策は、労働市場と切り離して考えられているといってもよい。雇用する事業者や使用者は労働市場の論理で動いているが、EPAに限らず技能実習制度においても制度の目的は「国際貢献」や「技術移転」と、労働市場とは切り離された形で理由づけされている。そこに制度と実態の乖離がある。日本の経済成長は貿易の自由化を通じてもたらされてきた部分が多いが、労働市場については、技術的専門的人材以外は人の移動を大きく制限し、国内の調整でどうにかしようとしてきた。このことが、日系人の導入や研修技能実習制度などの海外人材の位置づけにおいて、労働市場との乖離を生じさせ、さまざまな混乱をもたらす原因となってきたのである。こうした移民政策は労働市場の「国民化」を大きく規定してきた。

EPAにおいても、病院や施設などの受け入れ機関は試行錯誤を繰り返してきた。トップの一存で受け入れが決まったものの、現場の職員の理解が得られず板挟みとなった研修責任者の苦悩。候補者が日本語学習にまで力が入らないために起こる、職員やボランティアの熱意の空回り。また候補者自身も時に矛盾を抱えていた。勉強時間が全く与えられない施設で受験を志す候補者。日本人

高齢者をケアしつつも、自分の親の死に立ち会えない候補者。母国から仕送りを要求する圧力に悩む候補者。新たな人材の導入において、受け入れる側と受け入れられる側の両者ともに多大なエネルギーを必要とした。また、こうした受け入れに伴うコストが受験対策のために多大にかさんだにもかかわらず、労働者不足による受け入れではないという観点から、介護の人員配置には換算されなかったため、前述の丸投げ批判はさらに高まった。

とはいえEPAにおいても、制度の不備にもかかわらず現場の努力によって、あと追いながらも制度の改良は進んだ。候補者も受け入れ機関も、制度矛盾を抱えながら前に進むしかなかったのが現状であろう。その間、研究者も大きな関心を寄せ、様々な調査が行われた。

教育支援制度のないまま国家試験合格を目標とした「丸投げ」体制は、マスコミを通じた世論の批判を浴び、また関連省庁の危機感もあって、枠組みが大きく変化した。経済連携協定の運用を変更し、学習支援体制を大幅に強化したのである。研修制度や教材の整備が進み、EPAだけではなく、日本に生活の本拠を置く多くの外国人にとっても、学習の支えとなった。

こうした紆余曲折を経た看護・介護部門における外国人人材の受け入れだが、10年近くが過ぎた今、いくつか見えてきたことがある。当初よく聞かれた懸念の一つが、外国人の雇用によってケアの質が下がるというものである。これは必ずしも正しくない。後述するが、EPA候補者の多くは母国での看護師資格を保持していることから、ある程度の知識や経験といったポテンシャルを有する。また日本の国家試験合格という難関も、学習のための適切な介入があれば、人材は育成されるものである。また言葉や文化の違いといった外国人の特性を考慮したマネジメントのあり方も、ケアの質全体に大きな影響を与える。当初から受け入れに慎重であった厚生労働省の調査では、意外

にも、外国人介護福祉士候補者の受け入れによりサービスの質が「向上した」という回答が「低下した」を大きく上回った。

ケアの質についてさらに言えば、そもそもEPAの候補者たちは、ケアは「労働」であるとともに「社会関係の産物」であるということをよく知っている。高齢者ケアを支える価値観には親孝行や敬老という概念があるが、特に高齢者ケアは家族や親族が担うものという考え方がアジアではまだまだ強い。

家事・育児・介護といった「ケア」は、本来は家族やコミュニティ内部で完結されるものであったが、医療の発達とともに「治療」を医療機関が担うようになった。また共働きが進む中で、特定の人々——特に嫁などの女性——にケアを担わせるのではなく、社会でこれを担おうという観点から、保育支援や介護保険制度が導入されることになった。また、民間業者もこういったサービスを提供するようになり、その役割はどんどん大きくなっている。こうして育児や介護などのケアは有償労働となり、労働として「他人」という新たな担い手を作り出してきた。またケアの担い手の外部化に伴い、それを担う保育士や介護福祉士は「専門家」として扱われ、一定の質を担保することが求められるようになった。

しかしEPA候補者の送り出し国であるフィリピン、インドネシア、ベトナムでは、ケアも含めてこうした家事全般が、まだ有償労働とはなっていない。割り切った労働としてではなく、社会関係の中での行為の延長なのである。つまり、(制度は異なるが)送り出し国の看護師資格という一定程度の専門性を持ち、社会関係の中でケアを供給するという事に慣れている候補者を、「外国人だからケアの質を落とす」と簡単に言うことはできない。必要なのは、日本の国家資格取得のための教育への適切な介入だろう。

EPAに対する批判についてもうひとつ、やる

気のない「出稼ぎ気分」という言葉があげられる。この表現は的を射ていない。EPAは短期の労働力移動である以上、出稼ぎの枠組みから出ることにはできない。EPA候補者に限らず、ほとんどの労働者は自らと家族の経済的自立を目的の一つとして労働するのであって、組織のために生きるのではない。ただし、候補者が海外就労の現実を十分に理解していないケース、受け入れ機関と全く折り合わないなど協調性のなさが目立つケース、窃盗などの犯罪を起こすケース、学歴や職歴詐称のケースも、少数ながら存在するということは理解しておく必要がある。母集団が大きくなり、受け入れが進めば進むほどそういったことは起こりうるので、制度の中で目的に沿った人材の選定が可能となるような仕組みを作るほかない。

厚生労働省(2015)によると、2025年までの10年間で37万人の介護人材が必要とされるという。すでに人員配置に困っている施設が多いにもかかわらず、この人材不足への取り組みが始まったばかりであることがわかる。高齢化の進展で、要介護者数が増大するだけでなく、認知症患者数も年間10%弱の急速な増加を記録している。がん患者や、脳血管障害などの麻痺を有する者も増えている。今後はこうした単一の疾患だけではなく、複数の慢性退行疾患などを抱える高齢者が増加し、必要とされるケアはより「高度化」されるであろう。人材に限られた状況においては、多様な人々で支えあう工夫が必要になる。退職者、転職者、障害者、中高年齢者などの様々な人々が担い手になる制度を作っていくことが必要であり、厚生労働省が示した「富士山型」のケアの担い手は、当然の方向である。つまり日本の介護は、これまで要介護者を対象とした介護保険の枠組み内部でしか考えてこなかった。しかし高齢者の生活の質(Quality of Life: QOL)や予防を考慮すると、高齢者の社会参画や、要介護になる以前の段階での様々な対策を、生活の本拠である「地域」で取り

組む必要がある。

同じく厚生労働省(2011)によると、必要な看護師の確保に関して、現実は見通しよりもはるかに厳しく推移している。さかのぼってみると、看護師の需給ギャップは一貫して需要超過が続いている。厚生労働省医政局看護課(2015)によれば、今後毎年3.5万人の看護人材が新たに必要とされる。多くの看護学校が新設される中で、毎年新規の入職者は5.2万人だが、一方で離職者が16.5万人、再入職者は14.5万人で、年間トータルでどうにか3万人増を確保している状態である。離職者の多くは女性であり、その理由は妊娠や出産、育児と関係する。そのため、家庭との両立が困難な状況においても再入職できるような「多様な勤務形態」「短時間正職員制度」を、厚生労働省や(公社)日本看護協会は打ち出している。

上記はなにも看護業界に限った話ではない。多様な人々を包摂する労働市場の構築は、これからの社会の必須である。EPAは、看護労働市場での実績はほとんどゼロに等しい。2015年までに150人あまりのEPA看護師が誕生したが、これは看護労働市場においては0.01%を占めるに過ぎない。EPA介護福祉士について言えば、国家試験合格者の中で現在も就労しているのは約250人(2015年10月現在)で、これも介護労働市場の0.02%程度である。しかし、EPAは多様な人材が活躍できるような社会を考えるうえで重要な試金石である。人口減少社会において、多様な人材で社会を作り上げるというこうした努力を積み重ねていかなければ、将来の日本は立ち行かないのは明らかだからである。言い方を変えると、多様な人々をマネジメントすることのできる事業体は、超高齢社会における持続性を担保することになるであろう。多様な人材の包摂への抵抗は、規範的な側面からも実態面からも大きな誤りである。労働力人口が急速に減少している社会においては、多様な人材をいかに包摂するか、あるいは技術革新を

どう促進するかが、その問題を克服するカギになるからである。

超高齢社会におけるケアの再編は、おそらく最も重要な社会政策上の課題の一つとなる。これは単に日本の問題だけではなく、グローバルに共通する課題である。特にアジア諸国は、急速な経済成長を遂げてきたぶん人口構成の変化が速く、「ケアの不足」が指摘されている。看護・介護における「ケア人材」の育成・就労は、グローバルな視野で考え、対処すべき問題なのである。そういう意味では、EPAや外国人住民による「多文化社会とケア」問題への取り組みは、グローバルな課題解決への取り組みの第一歩と言ってよい。

本稿は、EPAによる看護・介護への従事を取り上げ、既存の研究や報告、さらには筆者による聞き取りをもとに構成している。ただしEPAの制度自体については厚生労働省やJICWELSのホームページに多くの資料があるため、ここでは制度一つ一つについて解説することはしない¹。

2 EPAの成立過程

(1) 政治化される看護・介護

日本の経済成長は貿易を通じた、グローバルなつながりを前提とするものである。日本は従来、WTOによる貿易の自由化を推進してきたが、途上国との調整は難航していた。また世界的には二国間の自由貿易協定の締結が加速してきたことや、中国や韓国が日本以上にASEAN諸国などとの経済連携を強化していることにより、日本がアジア市場から締め出されるのではないかという危機が広がった。このため日本は、2000年代半ばに自由貿易協定 (Free Trade Agreement: FTA)

を推進することになった。FTAへの出遅れを取り戻すため、例えば経済産業省ではFTA担当官を増員し、2004年3月には省庁間の調整を加速するための関係閣僚会議も設けられた。当然のことながら、交渉には「農業」が含まれるため、省庁間の調整の難航も予想されていた。

フィリピンとの交渉は、2002年5月の首脳会談で、アロヨ大統領が小泉首相に対して協定の作業部会の設置を提案したことに始まる。同年末には民間や研究者も加わって、日比経済連携タスクフォースが発足し、関税の引き下げのみならず、投資やサービスの自由化、人の移動も含めた、より包括的なEPAを目指すこととなった。人の移動については、フィリピン側からは家事労働者・ベビーシッター・看護師・介護士などの受け入れを求める提案があった。当時アロヨ大統領は失業率を抑えるため雇用の充実を公約としており、政策の前面に打ち出していたのである。また日本側も経団連などは、高齢化に備えて医療・福祉人材の受け入れについて積極的な姿勢を見せていた。

労働市場の開放は、多くの省庁の調整を伴うものである。EPAについても、例えば経済産業省と外務省は推進の立場、厚生労働省は慎重な立場、法務省は現在の入国管理の枠組み内において問題がなければ導入に反対はしないという立場をそれぞれとってきた。厚生労働省が慎重な立場をとってきたのは、看護師の供給が2005年には国内で賸ること、福祉専門職も資格保持者で需要を賸ることという理由があった(ただし現実には、看護師不足はより深刻化している点については後述)。それに高齢化によって年間10万人ほどの新たな介護需要が生まれる一方で、ホームヘルパー養成講座の受講生は30万人以上で推移しており、十分な労働者が供給されていると考えていたからである。

¹ 例えば、厚生労働省「経済連携協定 (EPA) に基づく 外国人看護師候補者の受け入れと 看護師国家試験の概要について」(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001xy3p-att/2r9852000001xy6o.pdf>) などに詳細が記されているほか、JICWELSのホームページに詳しい。

法務省が問題としていたのは、特に介護労働者の受け入れであった。フィリピンからの要請に対してホームヘルパーの受け入れが認められなかったのは、ホームヘルパーは高度人材と定義できないからであった。つまり、いわゆる介護職の一部が「単純労働者」に類別されることをEPA交渉が露呈したのである。単純労働者の受け入れには入国管理法の改正が必要で、それに消極的な立場をとる自民党の合意が必要なことから、法務省は難色を示していた。したがって専門職の介護福祉士のみであれば、関連省庁の合意は得やすかった。

フィリピンやインドネシアとの交渉で難航したのは、どのような職位で受け入れるかということであった。看護師の受け入れ枠組みは医療ビザで対応できるものの、国家資格の取得を目的とした受け入れは初めてだったため、看護師「候補者」として、また介護については介護福祉士「候補者」として受け入れを行うことになった。

ビザの枠組みは新たに新設するのではなく、「特定活動」の中に組み入れられた。受け入れ枠組みは協定国によって異なるが、インドネシアの看護師候補者については高卒後3年以上の看護教育を受けDIII(3年制看護教育)以上の学歴を有する実務経験2年以上の看護師とし、フィリピン人看護師候補者の要件は実務経験3年以上となった。介護福祉士候補者は、インドネシアに対する要件がDIII以上の看護師免許保持者であり、フィリピンについては4年制大学を卒業し、かつTESDA(Technical Education and Skills Development Authority)認定のケアギバー²の資格保持者であること、あるいは看護大学の卒業生が要件となった。ただし、ケアギバーの資格は日本でイメージする介護とは大きく異なる。

マッチングを経て雇用受け入れ先を確保した候補者は、最初に6カ月間の日本語研修が求められる

ている。日本語検定N2レベルの候補者は免除となるが、該当者は看護師候補者にはいなかった。研修を終えた看護師候補者には3年間の在留期間が与えられ、年に1回国家試験を受験することができる。また介護福祉士候補者には4年間の在留期間が与えられることとなったが、介護福祉士の受験資格には約3年の就労が求められるため、国家試験を受験できるのは最終の4年目の1度のみであり、候補者には高いハードルとなった。

フィリピンとの協定においては、日本のカリキュラムに準じた就学コース(schooling course)も用意された。しかしその後、介護福祉士資格取得一元化の議論を受けた制度改革のため、養成学校を出ても卒業と同時に資格を取得できるわけではなく、養成校出身者も試験を受けなければならなくなった。政府は救済措置として准介護福祉士を創設するとしたが、EPA向けの制度だとして日本の現場からは批判が出た。一方でフィリピン政府からも、試験制度が導入されることについては交渉時には議題に上っておらず、この制度はフィリピン人をふるいにかけて落とすものだと強い反発が出た。結果としてフィリピン政府は、2011年から就学コースによる募集受付を停止している。後述するが、最も定着率が高い国家資格保持者は就学コース修了者である。

(2) EPA候補者に対する配慮について

EPA候補者への教育については、日本語での国家資格取得という要件の高さにもかかわらず、政府が主導する入国後の日本語研修が終われば、その後の継続的な学習は施設任せであったことが批判の的となった。当初の政府見解では、EPAによる受け入れにおける政府の役割は、入国管理法の改定と送り出し／受け入れのマッチング機能であり、人材育成は受け入れ機関の責任だった。し

² フィリピンにおける家事・保育・介護を総合した国家資格。海外就労を目的としたカリキュラムは日本のそれとは大きく異なり、資格保持者が必要な介護の技能を有するとは限らない。

かし受験環境が整備されている日本人受験者に比べ、外国人の場合は教材も教授法も確立しておらず、そもそも教育機関ではない受け入れ先の病院や介護施設に受験勉強を「丸投げ」することには限界があった。

2008年に208人のインドネシア人候補者を受け入れて以降、2011年9月までのEPAに基づく看護師・介護福祉士候補者の総受け入れ数は1,360人（うち看護師候補者は572人、介護福祉士候補者は788人）となった。2011年7月には、2008年に受け入れたインドネシア人候補者の3年間の雇用契約が終了し、一つの区切りを迎えた。看護師の国家試験に合格した者は合計19人とどまった。

労働ではなく国家資格取得が目的とされたにもかかわらず、合格者数がごく限定的であったため、政府は一転して学習環境整備のための予算を投入して、e-learning・教材開発・スクーリング・巡回・学習費補助などに力を入れた。2010年以降は、こうした予算は8億円を超え³、研修支援は都道府県を通じ各受け入れ機関に配分された。研修費用は受け入れ機関による申請の上、日本語の個別指導や問題集の購入、技術講習会費用に充てられている（国際厚生事業団、2015a, 2015b, 2015c）。ただし、筆者の聞き取りでは都道府県により運用については差があるようだ。

2008年の受け入れ当初に比べると、政府は多くの支援と配慮を行うようになってきた。制度的配慮としては、2010年には、国家試験における疾病名などの英語併記、難解な漢字に対するひらがなの付記、主語や述語などの明確化が行われた。また、日本渡航前の日本語研修についても、協定では定められていないものの、これも当初の6カ月から最大1年間まで実施された。2011年には、十分な学習支援を受けてこなかった2008年・09年入

国者に対して在留期限を1年延長したほか、国家試験における点数が基準以上の者に対してもその在留期限を延ばすことが決定された。2012年からは、国家試験の試験時間を延長し、すべての漢字にルビが付された。また、介護福祉士候補者が配置基準算定に組み込まれた⁴。2013年には、インドネシアからの候補者に対してはN5、ベトナムの候補者に対してはN3まで日本語能力の要件が引き下げられた。

さらに、インドネシア人看護師候補者の第1・2陣、フィリピン人看護師候補者の第1陣に対し、労使の合意や成績など特定の条件のもとで在留期間の1年延長を認めた。これらは、合格数が少なかったために外交的配慮が必要だったためと考えられる。

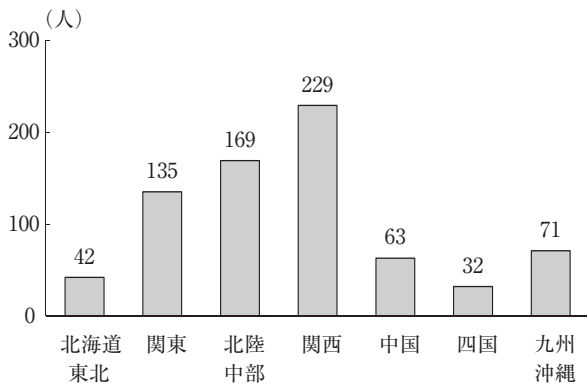
3 現在の状況

EPAに基づく外国人看護師・介護福祉士候補者の入国は、2015年によく3,000人を突破した。年間にすればわずか400人に満たないが、徐々に海外人材に対する理解と評価が定まってきた印象がある。2014年にはベトナムからの受け入れが始まったばかりか、2015年現在では、留学を通じた有資格者を対象とした在留資格「介護」の付与が検討されており、また技能実習制度の枠組みを介護に適用する案も浮上している。これは早ければ2017年4月から始まる予定だが、ここにきて海外人材に対する注目が強くなってきたのである。技能実習制度の開始を見越した受け入れ施設側による「ベトナム詣」なども盛んだ。慎重な姿勢や冷たい視線も残る一方で、海外人材熱は確実に高まっている。どこかで日本の看護・介護の将来像を見据えたビジョンの形成と、それに従った制度

³ 詳細は厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000026ivy-att/2r98520000026il8.pdf>）より入手可能。

⁴ みずほ情報総研株式会社（2013）によると、配置基準に組み込まれたことによる学習時間や勤務形態、事故に関する悪影響はないとされる。

図-1 看護師候補者地域別受入数
(平成20年度から平成25年度まで)



出所：国際厚生事業団 (2014)

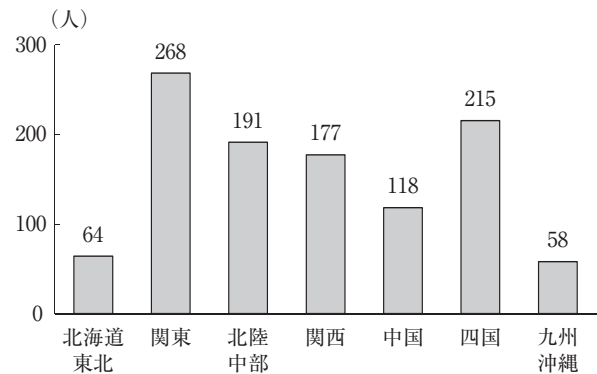
構築・運用がなされなければならないだろう。

(1) EPA入国者の属性

すでに2015年において、前述のとおりEPAの入国者数は3,000人を突破した。インドネシアから約1,500人、フィリピンから1,200人、ベトナムから300人程度である。看護師・介護福祉士候補者の渡航前の年齢に関し、看護は就労経験要件(フィリピン3年、インドネシア2年)があるため、来日時の年齢も高い(インドネシア26.3歳、フィリピン25.9歳)。最も若いのはインドネシアの介護福祉士候補者で、平均年齢が22.7歳となっており、大学の看護学部の3年制・4年制課程を修了して臨床に入る前に来日する若年層が多い。これは、養成学校の段階での斡旋パターンが定着していることを示している。ベトナムの介護福祉士候補者も同様である。

フィリピンの候補者の年齢は、インドネシアのそれより高い。特に2009年の最初の受け入れ時には、平均年齢が看護・介護ともに30歳を超えていた。フィリピンでは看護師もケアギバーも失業率が高く、海外就労を目指す一定層がフィリピン国内に滞留しているため、応募者の年齢が高くなるのである。もう一つの要因は特に海外就労経験者に対する求人側の期待が高かったことであろう。

図-2 介護福祉士候補者地域別受入数
(平成20年度から25年度まで)



出所：図-1と同じ

一時期は「ベテラン」に対する期待が高かった。しかし、その後若い人に対する需要が増大している。ベテランの雇用は必ずしも日本の就労現場に合わなかったことを示唆する。

(2) 受け入れ地域について

2008年から2013年までの累計で見ると、看護師候補者の受け入れは関西地域で多く、西高東低が明瞭である(図-1)。大阪が113人を受け入れており、以下兵庫の73人、愛知県の65人、東京都の63人と続く。他方で介護福祉士候補者に関しては関東が多く、ついで四国の順となっている(図-2)。特に徳島県は123人を受け入れていて、第2位の神奈川県の103人を大きく引き離している。これは、徳島県にEPAに熱心な法人があるためである。

3,000人余りが入国した中で、国家試験合格を果たした者は500人あまりである(表-1)。内訳は看護が154人、介護が352人である。介護福祉士候補者については、3年の就労経験がなければ受験資格が与えられないため、現時点では受験資格のない就労者も多数おり、これから合格者数は増えていく点に留意すべきである。そもそも介護には、就労して国家試験を受験する場合と、専門学校を卒業して自動的に資格取得する養成校コース

表-1 EPA看護師・介護福祉士（候補者）の概要

(単位：人、%)

		入国者数	就労中の人数		合格者	合格者割合	合格者のうち現在も就労しているものの割合	入国者に占める就労者の割合
				うち合格者				
インドネシア	看護	547	148	52	98	17.9	53.1	27.1
	介護	966	460	137	214	22.2	64.0	47.6
	合計	1,513	608	189	312	20.6	60.6	40.2
フィリピン	看護	412	150	49	55	13.3	89.1	36.4
	介護(就労)	848	381	86	106	12.5	81.1	44.9
	介護(就学)	37	26	26	32	86.5	81.3	70.3
	合計	1,297	557	161	193	14.9	83.4	42.9
ベトナム	看護	35	35	1	1	2.9	100.0	100.0
	介護	255	254	0	0	0.0	-	99.6
	合計	290	289	1	1	0.3	100.0	99.7
看護合計		994	333	102	154	15.5	66.2	33.5
介護合計(就学含む)		2,106	1,121	249	352	16.7	70.7	53.2
合計(就学含む)		3,100	1,454	351	506	16.3	69.4	46.9

資料：厚生労働省調べ

(注) 2015年10月現在。未公開資料

(就学コース)の2通りがある。フィリピンとの協定には、現在一時中断しているが、この養成校コースがあり、第2陣までに37人が入国を果たした⁵。

看護師合格者154人を国籍別にみると、インドネシア98人(受験資格保持者に占める合格者の割合は17.9%)、フィリピン55人(同13.3%)である。2014年から受け入れの始まったベトナムも、来日1年未満にもかかわらず合格者1人(同2.9%)を輩出している。

また、介護の就学コースにおいては、来日者の86.5%が資格を取得している。介護福祉士の就学コースは2009・2010年にフィリピンからのみ受け入れ試験が免除されていることから、資格取得の割合も必然的に高くなっている。

看護師や介護福祉士の資格取得者のうち、現在も就労している者の割合を国別にみると、インドネシア人が60%(うち看護師53%、介護福祉士64%)、フィリピン人が83%(看護師89%、介護福祉士就労コース81%、就学コース81%)程度となっており、フィリピン人は資格取得率と定着率の両

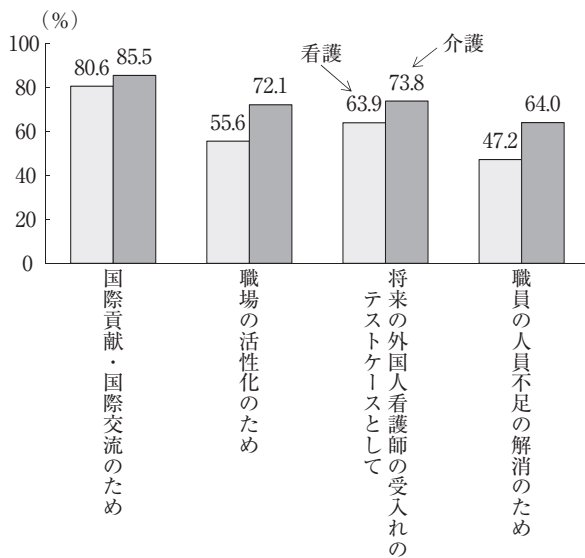
方が高いことがわかる。インドネシアよりもフィリピンの定着率の方が高いのにはいくつかの理由が考えられるが、フィリピン人のより多くが経済目的で就労しており、こうした動機が定着を促進しているとも考えられる。一方でインドネシア人の場合は出身国における中間層が多く、経済的に裕福な層もいる。

(3) 合格率について

看護師の合格率は、2010年1.2%、11年4.0%、12年11.3%と順調に上昇してきたもののそれがピークで、13年9.6%、14年10.6%、15年7.3%と、その後は停滞し下降している。これは一つには准看護師試験の受験者が増大し、目標を看護師ではなく准看護師に定めた者が多くなっているからと推測できる。准看護師になれば医療の在留資格で最大4年間滞在できるため、とりあえず准看護師になるという選択もあるのだ。(一社)外国人看護師・介護福祉士支援協議会編(2015)によると、こうした准看護師の意向としては、将来的には看護師

⁵ 就学コースによる送り出しは、フィリピン政府が一方向的に中断している。これは準介護福祉士問題のためである。試験の一元化問題において、フィリピン政府は就学コースにも試験を課すことに猛抗議し、送り出しを停止した。日本政府は、就学コースは主流にはならないだろうと考えていたが、定着率を見る限り今後も有望である。中断の停止には政府間の協議が必要である。なお、介護関係ではフィリピン政府の要望で準介護福祉士を創設したという噂もあるが、フィリピン海外雇用庁への聞き取り(2016年2月)のかぎり、これは誤りである。さもなければフィリピン政府が一方向的に就学コースを中断する理由はないからである。

図-3 受入れ目的



出所：図-1と同じ

として就労したいと考える者が多数のようである。ただし、受け入れ施設や候補者には制度に対する正しい知識や「リタラシー」に差があるため⁶、度重なる制度変更で不利益をこうむる可能性があるほか、「人生設計が立てられないことから、帰国などの選択肢を考えざるを得ない」⁷という。

(4) 雇用の理由

EPA候補者を雇用している理由としては、「国際・貢献交流のため」という回答が多い(図-3)。これは、いろいろな調査で共通している。関係者が途上国支援をしたことがあるなどの経験に基づく動機や、国際貢献という響き、人員不足を前面に出さないソフトなイメージも関係しているであろう。次いで、将来を見越したテストケースとし

ての位置づけもみられる。さらに、職場の活性化のためと答えているものも多い。外国人雇用が組織を活性化させるというのは、海外人材を成長の源泉として肯定的に捉えている点特徴的である。ここでは、言語や文化の違いを否定的にとるのではなく、組織の刺激剤としての海外人材への積極的な期待が見て取れる。

EPAによる受け入れには事業所トップの意向が働いている場合が多い。受け入れがうまくいかないケースに、トップの意向が強いものの、研修責任者など現場で受け入れについて十分周知されていなかったり、特定の職員に過重負担となっていたりする場合がある。組織全体で役割分担と受け入れ態勢を整えなければ、困難に陥る場合が多い。

他方、来日の動機は経済的動機だけではなく、就労経験やスキルの獲得といった社会的なものも強い。経済的動機の割合が小さいのは、経済的動機がないというよりも、むしろ経済的動機を所与としつつ、社会的動機が相対的に大きいことを表していると考えられる。九州大学の実施した調査においても、キャリアの形成は来日動機の最も主要なものである(Hirano and Sri Ayu, 2009)。このキャリア形成志向の強さは、看護師候補者が看護補助者として就労する際に、社会的地位の下降⁸に伴うコンフリクトを経験する可能性を示唆するものである。

3 介護福祉士候補者のキャリア

介護福祉士候補者の業務は基本的な身体介護が

⁶ 平井辰也の移民政策学会におけるレジメ「インドネシアEPA看護師受け入れの現状—入国管理政策の問題点—」(http://www.iminseisaku.org/top/conference/doc/141213_hirai.pdf)。

⁷ EPA介護福祉士に対する聞き取りから(2015年12月、日本介護福祉士学会)。

⁸ 社会的な下降は人の国際移動ではよくみられる現象である。例えば台湾で就労する外国人介護士の約4割は看護師資格を持っている。また、シンガポールの介護士もまた、フィリピンなどで看護師資格を持つ者である。諸外国の経験ではこうした社会的地位の下降はよくみられる。台湾の場合には、看護師としての就労は事実上閉ざされているため、介護士としてのみの就労であり、固定化された職階である。シンガポールにおいては外国人看護師の割合が30%近くに達しているが、介護士として雇用された看護師も、看護師試験に合格すると看護師として就労が可能となっている。台湾やシンガポールの聞き取りでは、こうした社会的な地位の下降に対処するにあたり、看護師に対して事前に十分な説明と理解が必要であるとする。さもなければ労使紛争の原因となる。出稼ぎ労働の主要な目的の一つに経済動機があるが、それが満たされれば、人材は定着するというのは経験的に見て正しくない。

表－２ EPA介護福祉士候補者が従事している業務
(単位：%)

食事介助	99
移動介助	99
排泄介助	99
着脱介助	99
口腔ケア	97
入浴介助	92
レク実施	71
介護記録作成	66
月例会議参加	64
申し送り	60
与薬	58
夜勤業務	33
その他	5

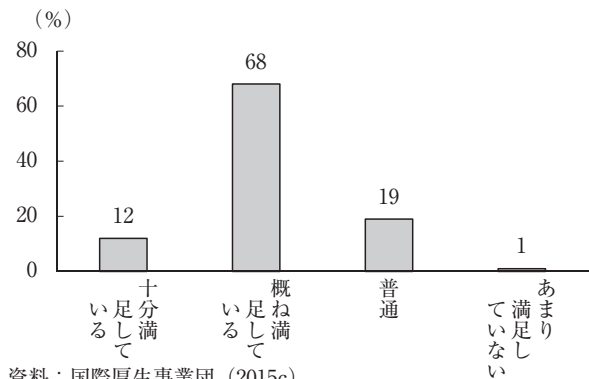
資料：国際厚生事業団（2015c）

多く、記録など（彼らにとって）業務をこなすのに時間がかかる業務に従事する割合は低い（表－2）。

受入れ機関に対する聞き取り調査（国際厚生事業団（2015a, 2015b））によれば利用者に対するサービスについて、「十分満足している」12%、「おおむね満足している」68%と良好であることがわかる（図－4）。こうした結果は多くの調査で確認できる。サービスの質に満足しないと答えたのはわずか1%に過ぎない。したがって、外国人は言語や文化が違うから介護の質が低下すると結びつけるのは危険である。これは就労態度や看護師としての教育を受けてきたこと、あるいは看護師としての就労経験があるためだと考えられる。

こうした受け入れの経験は、日本人職員に良い影響を及ぼすものと期待されている。EPA候補者が与える日本人職員への影響は、「特に変わらない」が21.9%であるのに対し、「どちらかというといよい影響があった」「よい影響があった」の合計は72.7%に上る（図－5）。逆に、「どちらかというとい悪い影響があった」「悪い影響があった」といった否定的な意見は5.4%に過ぎない。職場環境や介護の質への影響に比べてもさらに肯定的な結果となっているのは、EPA候補者の提供するサー

図－4 サービスの質についての考え方



資料：国際厚生事業団（2015c）

(注) 「まったく満足していない」との回答は0%である。

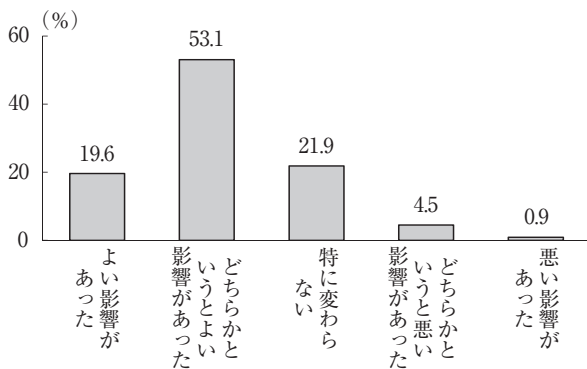
ビスの質自体ははまだ「普通」であるものの、職員に対する影響はより大きいものとなっている⁹。

以上のように、EPA候補者に対する満足度は比較的高い。同調査の別の設問からEPA候補者に対する満足度をみると、「おおむね満足」と「満足」は合わせて69%であり、「普通」が30%である。「あまり満足していない」は1%弱にとどまる。こうした評価もあり、国家試験合格後は85%の施設が継続して就労してほしいと考えている。就労してほしいのはわずか1%である。こうした好意的な傾向は、他の調査においてもほぼ一貫している。

また、利用者や家族からの評価についてみてみよう。利用者や家族からの評価は、EPA候補者の勤続年数と関係なく、ある程度高い点が特徴的である。入職1-3年目において「良好」「概ね良好」の合計は76%である（図－6）。勤務1年目を示す「インドネシア（2011年）」の категорияが71%、同じく「フィリピン（2011年）」が76%、また、勤務3年目を示す「インドネシア（2009年）」の категорияが70%、同「フィリピン（2009年）」が81%であることを考慮すれば、勤続年数が延びても家族からの評価はそれほど変わらないことがわかる。介護技術が伸びているにもかかわらず評

⁹ 国家資格取得が目的とされていることから、勤勉さが顕在化しやすいようになっていることも考えられるが、通常、短期滞在型の移住労働、いわゆる出稼ぎは、生活の本拠から切り離されているため、勤勉であると指摘されている（安里、2007）。他方で「やる気のなさ」に対する不満も出ている。根本的には斡旋時における見極めが重要である。

図-5 日本人職員への影響



資料：国際厚生事業団 (2013)

表-3 概ね問題なくできる業務

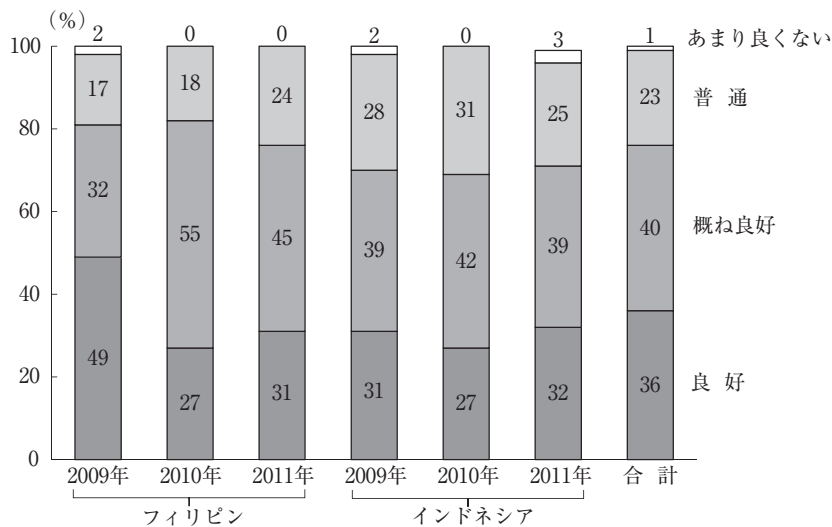
(単位：%)

	フィリピン	インドネシア
食事介助	93.1	98.3
口腔ケア	74.1	79.7
排せつ介助	79.3	96.6
移動介助	82.8	88.1
入浴介助	55.2	69.5
着脱介助	77.6	89.8
与薬	37.9	37.3
介護記録作成	8.6	3.4
申し送り	13.8	8.5
月例会議参加	29.3	15.3
レクリエーション実施	51.7	45.8
その他	17.2	10.2

資料：図-5と同じ

(注) いずれも2011年入国者についてのデータ。

図-6 利用者・家族の反応



資料：図-5と同じ

(注) いずれの年度においても「悪い」との回答は0件であった。

価が一定なのは、おそらく「笑顔」や「明るい」などの外見的な点が評価の対象となりやすいからだと考えられる。こうした一連の評価を見ると、かなり高い期待や潜在性を持っていることがわかる。こうした点をうまく伸ばしていくことが重要となる。

(1) いつから一人前になるのか

受け入れ責任者らに対する調査(国際厚生事業団(2013))によれば、入職1年目のEPA介護福祉士候補者に対する施設の評価は、インドネシア人候補者の12%、フィリピン人候補者の21%が「日本人職員とほとんど変わらない」と考えており、

インドネシア人候補者の41%、フィリピン人候補者の24%が「付き添えば業務をこなすことができる」と考えている。

入職1年目のEPA介護福祉士候補者がおおむね問題なくできる業務は「食事介助」、「移動介助」などである(表-3)。「介護記録作成」や「申し送り」などはフィリピン、インドネシアともに低くなっており、日本語でのフォーマルなコミュニケーションが難しいことが分かる。入職2年目になると、インドネシア人候補者の67%とフィリピン人候補者の47%について、受け入れ施設側は「日本人職員とほとんど変わらない」と回答しており、3年目になるとその割合は同66%、73%にそ

れぞれ上昇している。特に2009年のEPA来日者は、ほとんど支援体制が充実していなかったことが考慮されて就労期間延長の対象となっているが、それでも彼女たちが来日3年目になると、受け入れ施設側の7割が「日本人職員と同じである」と考えているのである。

一年目からある程度こなせるものについては、「指示の理解」がある。1年目でも70-80%が「ある程度理解している」以上と評価されている一方で、「問題ない」はフィリピン人が5%、インドネシア人が15%にすぎない。2年目になると「問題ない」と「ある程度理解している」の合計はそれぞれ85%、88%で、1年目と比べるとさほど伸びていないが、「問題なく理解できる」の割合が1年目の同5%、15%から同39%、44%に増えている。毎日の業務で繰り返し指示を受けると考えられることから、その積み重ねである程度の理解がされているのだと考えることができる。

引継ぎに関しても、経験年数が大きく影響している。平易に説明しても「一部支障がある」「支障がある」が1年目ではフィリピン人が43%、インドネシア人が56%存在するものの、この割合は2年目から3年目にかけてそれぞれ10%、30%に減少する。しかし「引継ぎに問題ない」とする割合は、3年目においても同27%、15%のみである。

(2) 学習について

国際厚生事業団(2013)によると、EPA候補者の平均の学習時間は、看護師候補者が21.7時間(うち勤務時間内が16.3時間、勤務時間外が5.4時間)、介護福祉士候補者が12.2時間(同7.3時間、4.9時間)となっている。看護師候補者の勤務時間内学習時間が長いのは、毎年受験できる国家試験に対応するためである。

国際厚生事業団(2015c)を見てみると、介護福祉士候補者に関していえば日本語学習の時間は、入職1年目が最も長く、入職3年目が最も短

い。逆に国家試験対策のための学習時間は3年目が最も長く、1年目が最も短い。日本語学習に割く時間と国家試験対策の勉強時間を合計すると、週当たりの総学習時間は12時間となる。最も長いのは、2010年入国のフィリピン人で一週間当たり19時間だった。

(3) 二極化する学習時間

EPA候補者の学習時間は、受け入れ機関によって二極化する傾向がある。これは、国家資格取得を目標として学習時間を設定する受け入れ機関と、国家試験対策よりも労働時間の最大化を目的とする受け入れ機関とに分かれるからである。つまり、教育投資を通じて資格取得を狙うか、教育コストを最小化して労働を最大化するかという、EPA候補者の位置づけの違いである。

ここでは、学習実態を検討すると同時に、受け入れ機関がどのくらい合格に向けて学習時間を提供しているのか、看護師候補者を事例に取り上げよう。これは勤務時間内において受け入れ機関から提供された学習時間であり、勤務時間外の自主学習の時間ではない。看護師候補者に対する学習時間については、(公財) 笹川平和財団人口チーム(2009年8月)、JICWELS(2010年5、6月)が行った調査がある。笹川平和財団(2009)では、勤務時間内における学習時間は週あたり平均13.2時間となっている(n=17)。研修は日本語と国家試験対策に分けることができるが、それぞれ平均4.4時間と8.8時間で、国家試験対策にウエイトが置かれていることがわかる。また、週あたり20時間以上を学習に充てている受け入れ機関も、全体の27.8%に上っている(表-4)。二極化傾向は、国家試験が終わった2010年5、6月におけるJICWELS調査でも変わらない。週あたり20時間以上の学習時間を設けている受け入れ機関は30%近くに達しているが、ほとんど学習を行っていない0~5時間の受け入れ機関も30%を超えてい

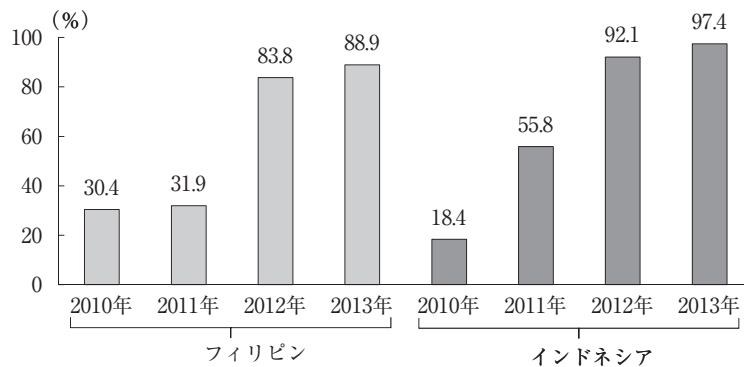
表-4 業務時間における学習時間

(単位：%)

	0-5時間	5-10時間	10-15時間	15-20時間	20時間以上
笹川平和財団 (2009)	16.7	5.6	33.3	16.7	27.8
厚生労働省 (2010年 2月)	30.9	10.9	14.5	5.5	34.5
国際厚生事業団 (2010年 5, 6月)	32.0	20.3	14.8	3.9	28.9

資料：笹川平和財団 (2009)、厚生労働省 (2010)、国際厚生事業団 (2010)

図-7 訪日後日本語研修終了時のN3程度到達度



出所：図-1と同じ

(注) 訪日前の日本語研修は、2010年入国者に対しては行われなかったが、2011年以降は2～3ヶ月の研修が行われるようになり2012年のインドネシア第5陣から6ヶ月にまで拡充された。

る。2月の国家試験に向けて研修を充実させている機関と、そうでない機関に分かれるが、学習時間が少ない後者については、国家試験を目標とした研修に重心を置くよりも、就労に重きを置いているということができる。

この二極化問題は、就労を優先する合理的な考え方と、長期的に人材を育成しようとする受け入れ機関の期待とに二極化していることの表れだが、候補者が全く異なる期待を抱いているとき、不信感や労使紛争が生じやすくなる。

日本語能力については、候補者の来日年度により大きく変わる。というのも、日本語研修は年々充実してきたからだ。2009年の入国者までは来日後の6カ月間研修のみしかなかったが、2011年の来日者からは訪日前研修も2～3カ月実施されるようになった。2012年入国のインドネシア第5陣

からは、この訪日前研修が6カ月にまで充実化された。この結果、訪日後の日本語研修終了時に日本語能力がN3程度に達したとされる者の割合は、2010年入国者のうちフィリピンが30.4%、インドネシアが18.4%、2011年入国者は同31.9%と55.8%である一方、2012年入国者は同83.8%と92.1%、2013年入国者は同88.9%と97.4%、と非常に高い割合である(図-7)。ただし、これはEPA候補者全体に対する日本語能力試験合格者の割合ではなく、あくまで参考程度のものである。というのも、日本語研修の受講を終了しても、日本語能力試験の受験義務はないからである。

また近年では日本語研修の支援を実施するNGOや民間業者の参入もあり、これもEPA候補者の日本語能力に影響を及ぼしていると考えられる。ただし、民間企業の参入には渡航経費の増大

につながる可能性もあり注意も必要である。というのも渡航経費の増大はそのまま借金となり、不安定な日本での就労につながり、場合によっては逃亡して不法滞在化するなどの結果を招く恐れがあるからである。

(4) 合格後の問題：展望の開けない

国家資格取得

外国人介護福祉士のキャリア開発が、国家試験合格者の新たな課題として出現しつつある。資格取得はEPAによる受け入れの目的でもあり、厚生労働省の告知でも明確に述べられている。多くのEPA候補者は、国家試験合格に向けて、日本語と受験勉強を約4年間続けてきた。ところが合格してしまうとその後の目標を見失い、バーンアウトする傾向がある。介護福祉士候補者には、合格後は帰国したいと答える者が多い。

介護福祉士候補者の場合は、最初の1、2年間は受験勉強よりも日本語学習に力点が置かれる。3年目になると受験勉強を始めるが、国家試験の難しさに驚いたり、無理だと感じてくじけたりすることも多い。しかし介護福祉士候補者は看護師候補者とは異なり、通常業務が試験内容に直接つながるため、日々の介護をしっかり行い継続的に勉強していれば、ある段階で自信がつくという。しかし合格後は、その後のキャリアがわかりにくいこともあり、身の振り方について再考するようになる。

将来の進路については「日本で介護に従事する」という選択以外にも、①一部の男性はインドネシアで介護の学校を設立する、②母国で進学する(女性に多い)、③母国で看護師に戻る、④その他日系企業に就職する、などが挙げられる。②の進学には、大別して「修士課程(S2)に進学する」、あるいは「DIII(3年制看護教育)卒の場合にはS1の学士を取得する」がある。つまり、介護福祉士としての就労ではなく、インドネシアに帰国

して看護師として就労することを意味する。③の看護師に復職というのは、来日した介護福祉士候補者の多くは、本来は看護師候補者としての応募を望んでいたが、必要な実務経験(インドネシアは2年、フィリピンは3年)が足りないため、介護福祉士候補者に応募したケースが多い。換言すれば、介護福祉士候補者は、看護師候補者の要件を満たせない者による消極的な応募がみられる。キャリアを中断して来日しているため、帰国後に看護師として就職・復職するという選択も考えられ、実際多くが帰国後進学している。

日本で継続就労を希望する場合、農村部から都市部での就労を希望する候補者もいる。施設は大切に育ててきた候補者に定着してほしいと希望しているだろうが、国家試験に合格すれば職業選択の自由が与えられるため、転職の確率は増えるであろう。定着率を高めるためには、外国人介護福祉士のキャリアデザインについて再考する必要がある。

(5) 滞在延長者は半数以下

海外人材の導入に対しては、介護の質や日本人の待遇が下がるといった懸念がある一方で、合格者の帰国についても批判的な論調も多い。合格者の帰国率は、インドネシア人において明確に高く、看護師で47%、介護福祉士では36%である。フィリピン人においては、それぞれ11%と19%である。

すでに述べた通りEPA第1陣に対しては、2011年3月の閣議決定にもとづき、一定の基準を満たす者に対して1年間の滞在延長が決定された。それにもかかわらず、滞在を延長しなかった者も多くいた。例えばインドネシア人EPA第1陣は、91人のうち13人が国家試験に合格であった。300点満点中203点が合格点だったが、その半分に相当する102点以上の者には滞在延長が認められ、不合格者78人のうち68人が延長対象となった。しかし、実際に滞在を延長した者は27人とどまっ

たのである。

4 マネジメントの参考になる 候補者たちの意見

本節では、EPA看護師・介護福祉士、准看護師、および候補者に対する聞き取り調査の一部を記している。受け入れ機関に対する感謝も多く聞かれるが、ここではマネジメントの参考になると思われる意見を中心に掲載する。

(1) 業務内容と社会的な地位の下降

看護師候補者、介護福祉士候補者ともにその多くは看護学校を卒業しており、来日後の業務内容については驚く人も多い。近年では周知が十分なことや、就労経験のない新卒も多いためそれほどではないが、業務内容の違いは最初に乗り越えるハードルの一つである。業務分担が十分になされていないことが人材不足の原因と指摘する候補者もいる。

- 病院では看護師も看護助手も掃除をします。日本には雑役夫がいません。看護師の仕事は全ての職務が結合しています。なんというか、万能型の仕事をしています。彼女らはプロフェッショナルですが、大変柔軟です。フィリピンと違い日本には十分な雑役夫がいません。これが日本のやり方、と考えると悲しくなります。ただ外国人差別でないことを知りました。(看護師候補者)
- 毎日トイレ掃除の時には泣きました。これが日本の仕事ということは知っていますが、看護師としてのプライドも傷つきます。私たちはフィリピンでは尊敬されていました。看護の職業というイメージが大きく変わりました。(看護師候補者)

看護ケアのあり方の違いを理解してもらうことが雇用契約締結前に必要である。また、資格取得を目標とする限り、看護補助業務に従事するのは国家資格取得するまでの一時的なものであり、受け入れ機関はこのことを考慮して相応の研修を実施する必要がある。厚労省指針はこの点を認識しており、業務内容も「できる限り候補者の経験や意向も踏まえた上で、我が国での看護師資格の取得に資するような業務に従事させるとともに、当該候補者の日本語の習熟度に応じて、より単純なものから高度なものとなるよう、配慮すること」とされている。したがって、制度上、候補者は看護補助者として固定されるものではなく、看護補助業務上も看護師資格取得を前提とした配慮がなされるということになっている。補助業務従事は、スキル喪失の心配を誘発する。

- 一番心配なことはスキルを忘れてしまうことです。試験に落ちてインドネシアに帰ったとき、看護師としてやっていけるのか不安です。(看護師候補者)

知識だけではなく技能の喪失に対する不安は、看護師候補者に多く共通する。ただし、先述のとおり、指針によれば看護師候補者はこれまでの経験や学習の進度に応じて、業務内容が固定化されないように変えていくことが望ましいということであった。また、各病棟の見学など日本の医療を具体的に展望させることも、看護師としての目標を持たせるという意味において有効である。

(2) コミュニケーションと

日本語コンプレックス

すでに述べた通り、日本語能力は日本で就労するうえで、受け入れ機関、候補者ともに非常に重要と認識している。他方でコミュニケーションのあり方については「察する」ことに対する意見が

寄せられている。日本では「空気読めない」を意味するKYがある通り、言葉にしなくても相手に伝えること、自分から表現せず相手に察してほしいとの期待がある。しかし、こうした考え方は同じ文化の内部であれば了解されやすいが、多文化の環境では難しい。明快な表現が求められるが、日本人がはっきり口に出すときには言い方が厳しくなるとの指摘も多い。察することができなかった人に対する不満が含まれるからだ。明快にして落ち着いた表現が必要である。はっきり言えないから陰口やいじめになるという意見もよく聞かれる。

- 空気は見えます、でも日本では読まなければなりません。看護業務で最も難しいのは空気を読むことです。(看護師)
- 日本人は直接言えないから、我慢してその人とは仲良くしないか、陰口をいう。日本人が言いたいことは、直接外国人に言えばいい。外国人に対しては怒る気持ちがあればしっかり言えばいい。インドネシア人はわからないのだから。(介護福祉士)

受け入れ機関からの指摘では、候補者が理解していなくても「はい」と答えるといった点がよく指摘される。候補者が「わかりません」と言えないのは、自分の日本語能力が十分でなく申し訳ない、相手を傷つけない、聞き返すのが怖い、大雑把など様々な要因がある。日本語能力が十分でないため、笑顔で対応するといったことも起こりうる。

- インドネシア人はやさしい、聞きやすい、丁寧にしてくれる。笑顔。わからなくても笑顔。わからないから笑顔。怒らないから患者が安心してくれる。(看護師)

- はいといいえの意味わかりにくい。(看護師)
- 仕事中はみんな忙しいから聞くのも遠慮しなければならない。ある人は「日本人怖い怖い」といっています。新人さんも遠慮して聞けません。同じ給料もらっているのに、聞いてばかりだと悪い気がする。仕事も進まない。だから聞くのを遠慮してしまう。わからなくても聞けるような環境づくりが大切。(看護師)

多くの資格取得者も日本語能力の重要性を指摘している。言い換えると、日本語コンプレックスを抱いている人も多いと考えられる。同僚の不適切なケアに対してどう注意すればいいのか。質問したいがどうしたらいいかわからない、といったこともありうる。意見があっても、伝えたいことがあっても言い出せないことがある点を理解しておかなければならない。

- わからないから聞いても、「自分で考えなさい」と怒られます。どうしたらいいですか。(看護師)

行き場がなくなり困る場合もあるようである。他方、指導者からすると自分で考えずに聞いてくると言って指摘もある。プレセプターの能力不足を指摘するEPA看護師も多い。わからないこと、誤った手順や方法についてはその場での解決が望まれるため、そうした態勢を整えておく必要がある。

(3) 期待の一致

日本での目標(期待)を一致させることは重要である。それが一致しなければ互いのストレスは大きいものとなる。例えば、合格を目標とする候補者に対する支援が薄ければ、不満や挫折の原因となる。

- 私の体は今の仕事を受け入れています。でも私の心は拒否しています。介護福祉士の仕事が悪いというわけではありません。心では私はまだ看護師です。患者さんの家族が「インドネシアから来たのにかわいそうにね」と言われると、もう言わないで下さいと心の中で思っています。泣きたくなります。私がEPAの友達と遊ばないのは、(学習環境が)全然違うからです。悲しくなるからです。みんな(今の)病院を選んだ私が悪いといいます。同じEPAなのに(学習環境が)全然違います。神様は厳しい。私の母親には言っていない。言ったら悲しいでしょ。試験勉強のため1月、2月病院を休みました。(手取り)6万でした。勉強時間が与えられて20万円の人もいます。 (看護師候補者¹⁰)

また、こういった事例もある。

- 第1期生の先輩は施設が一生懸命応援したので合格した。でも合格後、その人は帰国。それ以降、サポートは限定的になった。私たちはこのおかげで勉強時間を削減された。カウンセリングなどで、事前に残りたい人と帰りたい人を分けて考えてほしい。計画が立てられるように契約期間後の処遇をはっきりさせることが必要。そういう明快な契約がほしい。 (介護福祉士候補者)
- 最初に年間の労働時間や国家資格取得までの目標について定めたほうが良い。(看護師)

学習時間が施設によって大きく異なるのは候補生から聞かれる要望である。他方で、候補者も当初の目標が来日後の就労経験や日本語学習の経験

によって変更されることが多い。目標や期待のすり合わせは適宜柔軟に行っておく必要がある。

(4) 時間に対する考え方

日本では始業のかなり前に出勤することが多い。これを候補者の中には契約違反や賃金未払いと考える候補者もいる。こうした日本の雇用習慣はあらかじめ説明しておく必要がある。日本における時間の感覚を伝えることは重要だが、他方で以下のような指摘もある。

- 日本人は時間を守りません。始業の時間は守りますが、終業の時間が守られたことはありません。(看護師)

これも賃金未払いと考える候補者がいたり、自分の時間が少なくなったりするといった不満につながることもある。

(5) 宗教

宗教はアイデンティティや尊厳を考えるうえで重要な役割を担っており、軽視すべきことではない。ただし、人によって考え方は大きく異なる。例えば、イスラム教徒でも「見えなければ、(豚肉が入っていても)構わない」という人もいれば、厳格なハラルでなければならぬという人もいる。また、就業中もスカーフが必要という人もいれば、そうでない人もいる。キリスト教徒でも食の制限が厳しい宗派もある。どのような環境が求められるのかについては、事前に話し合いを行っておく必要がある。

- 日本での生活に満足しているかといえば、そうではない。日本ではずっとゆとりがなく不安がある。ここではスピリチュアルな満足感

¹⁰ 一部英語部分については邦訳し、日本語を読みやすいように書き換えている。引用部分については読みやすいように書き換えている。

がない。(看護師)

(6) プライバシーの確保

20代から40代の候補生がいるなかで、プライバシーの確保と文化的・社会的に孤立しないための配慮のバランスは重要である。同じ国同士の人々を一緒にしておけばいい、というものでもない。相性が悪いと候補生同士が原因で帰国ということもありうる。また、候補生の生活状況や学習状況が気になるからと言って、部屋を見に来るなどプライバシーを侵害も散見される。郵便物の開封、部屋のチェックなどは不信感を持たれる。

- 施設長がたまに寮に来て生活を覗きに来て観察する。そのためプライバシーがなく嫌な気持ちになる。外国人はテロリストだと思っているのでしょうか？部屋に入らないでくださいという紙を貼ったら、施設長が入らなくなった。相手が日本人だったら絶対入らないのに、外国人だから入る。日本人はルールがわからないのか。(介護福祉士)

(7) 良いケアに向けて

質の高い介護とは何かと問われれば、多くのフィリピン人は優しく愛情のこもった世話(Tender Loving Care: TLC)と答え、インドネシア人は「心のケア」(iklas)と答える。過去に看護教育を受けてきた多くの候補者にとっては、質の高いケアについてのイメージを持っているようだ。

- 気持ち的にインドネシアのケアは違う。小さいころから文化宗教的にお年寄りに対して必ずケアするという考えがある。だからケアの時もただの仕事ではなく、心からお祈りの一つだ。インドネシアではイクラスといいます。(日本でいえば)心からのおもてなしです。

知識はあっても、気持ちがないといいケアできない。知識だけで仕事のうまい職員もいる。利用者のペースでケアすると時間はゆっくりになる。いい上司は職員をちゃんと見ないといけない。ケアをするのかさぼりか。それを見抜く必要がある。ケアと仕事のギャップは上司に相談するしかない。(介護福祉士、主任)

- フィリピン人がなぜ世界中で看護師として活躍できるか。それはTLCが大きく関係しています。ある患者は足浴をよく拒否します。私はスキンシップを通じてそれができます。ある新しい患者は入浴の際看護師を蹴るといいました。でも私が入浴に連れて行くときには、ちゃんと手を握ってお風呂に行きます。TLCは私たちの身体の中に埋め込まれていてそれをケアで表現します。日本人もそうだと思いますが、恥ずかしそうです。スキンシップに対する恥ずかしさ以外にも、患者との距離やセクハラを気にしているかもしれません。でもスキンシップとは本当はシンプルなことです。(看護師候補者)

(8) 人間関係

離職の原因の常に上位を占めるのは人間関係である。この問題は海外人材特有の問題ではないが、海外人材から見た視点を取り上げよう。

- 人間関係に問題はないが職員には人見知りが多くて、仲間に入りにくい。職員は外国人に対してうまく対応できないので、最初は難しいのではないかと。職員は失礼かと思って質問してくれないし、そういう雰囲気があると、こちら聞きにくい。だから距離が縮まらない。(介護福祉士、主任)
- 日本人の友人を作っておくこと、そして、過

去の母国での仕事の話や経歴の話は避けた方がいいでしょう。(看護師)

- 会社出たら別人。仕事終わってから声掛けしたら無視される。声掛けが大切といつも言っているのに、声掛けしてもうれしい顔しない。(介護福祉士)

- フィードバックについてわからないから聞いてみると逆に先輩が自分に聞いてくるので、わかりにくい。(看護師)

(9) 国家資格合格への道¹¹

渡航前後の学習のあと、就労しながらいかに学習を継続させるかは重要な課題である。学習環境の整備だけでなく、お互いの期待を一致させておくことが重要である。順調にいくこともあるが、色々なコンフリクトを乗り越えることが多い。

- 私は2年目になって、病院側に勉強時間が欲しいといいました。そして週に4時間の勉強時間が与えられました。しかし、それは不十分でした。フルタイムで働き、日本人看護師と同じように夜勤もしてきた。ですが1年目はボーナスがなく、2年目も2.5万円だったので、焦りを感じ、差別の犠牲になったと思いました。国家試験合格の情熱を失い帰国を決心しました。辞職を伝えると病院、JICWELSとの間で話し合いが行われました。私はすべてを話し、病院は私に勉強時間を、そして私はボーナスについては要求しないことで話し合いはまとまりました。8月から私は毎日、半日だけ働き、最後の国家試験まで残された半年の時間を有効に使い、合格を果たしました。国家試験合格の戦略は以下の通り。

- ・ 仕事・勉強・遊びに使う時間のバランスをとること。
- ・ 毎年自分の目標を設定したこと。
- ・ 国家試験過去問題を5年分解いて練習すること。いい参考書だけを使うこと。
- ・ テストで解けない問題は、その問題が合否を左右しないように、普通に解けるまでやってみること。
- ・ 国家試験当日は、パニックにならないこと。焦って問題を読み解かないこと。一息つくこと。
- ・ 試験当日のお昼休憩には友達とおしゃべりをするのではなく、リラックスできる音楽を聴いて休んだほうが良い。

- 私は卒業後に内科病棟や救急病棟で2年間看護師として勤務した経験があります。事前に私は日本の国家試験に合格しなければ病院で看護師として働く事は出来ないと言われていましたので、試験はどれだけ難しいことなんだろうと考えていました。2008年8月に来日し、2009年2月から病院で就労するようになり、2週間後、初めての国家試験を受けるチャンスがありました。もちろん合格することが不可能なことは分かっていたし、その当時私は、漢字の読み方も意味も分からなかったのですが、試験の雰囲気慣れるために受験することにしました。

試験から一週間後、私達はどうしたら国家試験に合格できるかということやそのために最も良い方法はどのようなものなのかについて病院側と話し合いの場を持ちました。もちろん、病院側も私達もはっきりと何がベストな方法なのかは分かりません。とりあえずのところ、月曜日から金曜日までの1週間の午前中は勤務時間とし午後は勉強のための時間

¹¹ 聞き取りや筆者の依頼したレポート(原文日本語、英語)をもとに作成。一部紙幅の都合から要約している。

にするということだけが決められました。私がとても嬉しかったことは、病院側が勉強時間をきちんととってくれたということだけでなく、勉強のための部屋やパソコン、参考書が用意されていたり、私達のための講師を置いてくれていたり、病院側からの待遇がとても良かったことでした。

月曜日と金曜日は看護部長からの講義があり、火曜日と木曜日は看護コースの責任者であるベテラン看護師の講義、水曜日は日本語や日本での生活全般について病院のスタッフが講義をしてくれるといったふうに、毎日私達は違う人から講義を受けました。時々ドクターや薬剤師からもより専門的な講義があり、看護についての良い復習の機会になりました。講師はみんな病院のスタッフで、私達が国家試験に合格できるようにボランティアで講師をしてきていたのです。

毎日、病院での勉強が終わったあと、私は自分の家に帰って9時から寝る前まで勉強を続けました。しかし、疲れていると感じた時は早くに寝て、夜中の2時や3時に起きて朝まで勉強するといったようにしていました。実際私は中学生の時からこのやり方で勉強をしてきました。休みの日は、気持ちを切り替えるために多くの時間を自分の時間として過ごしますが、勉強は毎日続けることが大事だと私は思っているので少なくとも1、2時間は勉強するようにしていました。

98回の試験を受けた後、2009年3月から私達は看護学の勉強と日本語の勉強を同時に始めました。最初は98回分の過去問題集から始め、講師の人が漢字の読み方やその漢字のひらがなでの書き方を教えてくれました。それを終えてから辞書やインターネットを使って

言葉の意味を調べていきました。私は新しい言葉を見つけるといつもその読み方を意味を自分のノートに書き写し、いつでもどこでもそれを理解できるようにしました。日本に来て3カ月が過ぎると、私達の漢字を読む能力は多少向上し、日本での生活にも慣れてきました。そしてこの学習方法にも慣れて、最終的に見ればこの方法は私達にとってベストな学習方法だったのだと分かったのです。

私の場合、医学の専門用語における漢字をどうやって覚えるかでとても困惑したので、看護分野の漢字から復習を始めれば良かったと思います。経験して分かっているぶん、そうすべきだったと思います。例えば、私は内科病棟と救急病棟に居たのでその分野やそれに関連する病気から復習を始めれば良かったのです。私は自分の好きな分野や興味のある分野から勉強を始めました。私が思うに好きのところから勉強を始めるのが良いと思います。そうすれば勉強を楽しむことができるし、良い勉強になると思います。

半年後、病院側は私達に4冊の過去問題集を買ってくれました。そしてその問題集を1ヶ月に1冊ずつこなし、4ヶ月以内に全て終わらせることが私達の目標でした。けれども、それはとても難しいことでした。しかし病院側のサポートのおかげで私達はちょうど4ヶ月で終わらせることができたのです。私達は毎日、問題を読み、答えを考え、そしてそう答えた理由やその答えの説明を理解しようとしてきました。これと平行して、一方では医学の専門用語を漢字で覚えたり看護学を復習しながら、日本語能力を向上させました。国家試験の2、3カ月前になると、それに加えてAOTS¹²やJICWELSが主催する模擬テス

¹² 旧・(財)海外技術者研修協会(AOTS)。2012年3月に旧・(財)海外貿易開発協会(JODC)と合併し、現在は(財)海外産業人材育成協会(HIDA)となっている。

トも受験しました。

その模擬試験の結果で自分の苦手なところが分かり、その部分をより重点的に復習するようになりました。また必修問題についても試験前の2ヶ月は毎日50問から60問解くようにして何回もそれを復習しました。私の経験上、この勉強方法は本当に役に立ったと思います。

私達の日本語能力を向上させるために、ある語学研修センターに連れて行ってくれました。そして私達はそこで週に1回1時間の授業を受けました。実際のところ、私達はほとんど日々の生活の中で日本語を覚えました。仕事で、同僚や患者さんなどと日常的に日本語で話をするなかで、彼らが私達の日本語の間違いを指摘してくれたり、日本語を教えてくれたりすることは珍しいことではありませんでした。日本語で会話をすることで私達は日本語を勉強していたのです。自分の家にいるとき、退屈になったら日本の歌を聴いたり日本のドラマやアニメを見たりしました。このようにして私は日本語のリスニング能力と会話力を向上させたのです。

私が思うに、国家試験に合格するために最も大事なことは勉強へのモチベーションをいかに保ち続けるかだと思います。モチベーションのアップダウンはよくあることですが、幸運にも私は、病院からだけでなく家族や友達や他の日本人の方達からすごく支えてもらうことができました。自分のモチベーションが下がっているなど感じた時はいつも自分の目標をもう一度自分に言い聞かせて気持ちを上に向かせたり、私の目標のためにたくさんの力を注いでくれたりしている周りの人のことを考えて自分に落ち込んでいる暇などないと言い聞かせていました。

ストレスを感じた時は、いつも友達や日本

の先生に電話をして話を聞いてもらったりアドバイスを貰ったりしていました。またホームシックを克服するために私はすくなくとも週に1度は家族に電話をしていました。休みの日には気分転換のために、ウィンドウショッピングを楽しんだり、街をぶらぶらしたり、映画を観たり友達の家に行ったりしました。

冬に国家試験があることは知っていたので、勉強面での試験の準備をするだけでなく、体調を良い状態で保つこともとても大切なことでした。できることなら、夜更かしせずに、睡眠時間をたっぷりとってしっかり食べることが大事です。周囲からのプレッシャーはたくさんあるとは思いますが、あまり気にしないのが良いと思います。試験当日は、自分のことだけに集中してください。なぜならもうたくさん勉強してきたし結果については後で考えればよいことなのですから。例え失敗しても、あなたが勉強を熱心に続ける限り、周りの人はあなたのサポートをしてくれると思います。だって周りの人はあなたの努力を知っているのですから。そしてもし国家試験に合格すれば、自分で色々準備をしなければいけません。そこからまだまだたくさん勉強する必要があるのですから。

仕事で最初はかなり厳しいところがあると思います。けれど、それに慣れて同僚と信頼関係を築くことができればそれを乗り越えることができるでしょう。ミスを防ぐことはとても大事なことで、もし何かわからないことがあったりおかしいと思ったら、他の人に頼ることをためらわないでください。少なからずストレスを感じたら自分だけで抱え込もうとしないで、他の人に助けを求めたほうがいいです。何をするにも楽しむ姿勢が大事だと思います。

(10) 多様な人材をまとめる管理職へ

介護福祉士の中には主任を務める者もいる。リーダーシップやマネジメントについては日本でも大きな課題として取り上げられており、海外の看護職経験者がどのように介護の現場でリーダーシップを発揮するか、その可能性を引き出す必要がある。

- 多様性の中の統一とはインドネシアのモットー。インドネシア、日本、フィリピンからの職員だけではなく、知的障害者も働いている。チームワークも必要で統一も必要。違う文化に考え方。リーダーは違いを受け止めないといけない。職員はリーダーを見ている。だから話をしたり意見交換したりしないとダメ。マネジメント人間関係など意見はたくさんある。その中でリーダーとして一番いい方法を選ぶのがリーダーの大変なところ。間違えるとみんなバラバラになる。まず会社のビジョンや考えを知らないといけない。そして下の人の気持ちを受け止める必要がある。

(介護福祉士、主任)

5 定着か帰国か、さらなる移動か

受け入れ施設とEPA候補者との意識の差が生じやすい点に、「定着か帰国か」が挙げられる。受け入れ機関にとっては、国家試験合格は到達点であると同時に、スタートでもある。公的な支援や手厚い指導を提供した分、受け入れ機関には「ちゃんとお礼奉公を」という気持ちが少なからず存在する。実際に受け入れ機関の多くが、国家試験合格と長期の就労を望んでいる。

2012年がEPA介護福祉士候補者第1陣の初受験だったが、合格率は約38%だった。日本人平均と比べるとかなり低いが、それでも適切な勉強を

重ねれば、合格できることが明らかとなったのである。ただ合格者の3分の1が相次いで帰国したため、新聞紙上では「恩知らず」との声も聴かれた。「家族等やむをえない理由を除けば途中帰国は原則ない」「ほとんどの人が3年位で帰国を考えているようである。……出稼ぎ感覚の人が多いのではと感じられる」(一般社団法人外国人看護師・介護福祉士支援協議会、2015)というように、帰国に関して良い印象を持たないコメントも多い。

しかし、候補者は必ずしも受け入れ機関と同様の期待を抱いているわけではない。社会的・経済的上昇のため、自分自身の人生は自分で切り拓かなければならないし、そもそも他国に生活の本拠を置いているからである。そのため、「日本で就労する意欲や希望等を人選段階で確認する」「EPAプログラムに参加することに意義があるのではなく、国家試験に合格して日本で就労したいという意欲を確認する」など、彼らの人生における日本の位置づけについて事前に確かめることは重要である。

ただ、3-4年の就労期間を経て、日本での就労に対する意欲が変化することも多い。定着か帰国かは、あらかじめ決定できるものではない。職業選択や移動の自由が与えられている限り、個人が自らの、あるいは家族や親族の幸福のために最善の選択をするのは当然である。すでに生活の本拠を離れて異国の地に来た人にとっては、再び別の地に移動することは難しいことではない。国家資格取得後、日本政府は合格者に対して、同職種内での転職の自由を与えている。移動の自由を与えているにもかかわらず、実際に移動を実行した場合に批判されるのは、合格者からすれば理不尽である。日本側の本音と建前の齟齬が、両者の期待の間に大きなギャップを生じさせている。

合格者に対して、より広範な自由を認めることはよくある。シンガポールも同様に、看護師国家試

験合格後は転職の自由が認められる。聞き取り調査の限りでは、「夢と希望を持つ若者に対して転職の自由を認めないわけはいかない。頭脳はシンガポールで循環すると考えることにし、転職にはこだわらない」(シンガポール Apex Harmony に対する聞き取り調査から) という回答だった。

(1) 自己都合にもとづく帰国

自己都合による帰国にもさまざまな理由がある。就労上の理由に基づくもののほかに、学習上の理由、家庭の事情によるものなど多岐にわたる。前者二者に関しては受け入れ側の雇用マネジメントにも大きくかかわる場合も多い。

- 2008年来日し、2010年4月に日本を発った。日本が嫌いになったのでも、病院との関係が悪化したのでもない。私が来日してから子どもの成績が悪くなったことが気になり、母親が足を痛めたこともあって、家族への心配が募った。そこで病院の人と相談し、帰国を決意した。そのことを患者さんに伝えると泣いて悲しんでくれた。夫は「これは君自身のことだ、君の一番いい決断をすればよい」と言ってくれた。たくさんお土産を買い、荷物の超過分も病院が支払ってくれた。帰国後2週間経って、家族10人でシンガポールのユニバーサルスタジオに行って来た。今は家族のことで忙しい。子どもの成績も上昇したし、再び一緒になれたことをうれしく思う。次に日本に行く機会があれば、家族みんなで行きたい。今は無職だが、幸いかつての病院に復職できそうだ。(家族理由)
- 給料は手取りで13万円。借金返済のため、そのうち10万円を家族のために仕送りした。日本人はあまり家族のために働かないが、それは違う。病院は大変良くしてくれたが、期待

には応えることができず、帰国を決意しました。(学習理由)

- 日本語の勉強がなかなか進まず、期待に応えられないプレッシャーがあった。看護部長にはよくしてもらっていた。それでも勉強がはかどらず、同僚とうまくいかなくなりました。(学習・人間関係理由)
- 3回目の国家試験に合格できず、帰国を決意しました。落ちたのに日本に残ることは恥ずべきことです。延長可能だったが、プライドもあって、それはしなかった。(学習理由)
- 帰国しなくなかったが、3回目の試験結果が悪くて帰国を決意した。帰国後は元の職場に復職できなかったため、別のクリニックで働いている。上司は日本人で、日本語を使う機会も多い。試験勉強を続けようと思う。帰国後、半年以上たってもその気持ちは変わらない。日本の病院では一生懸命働いたけど、全く勉強時間がなかった。(学習理由)
- 以前から海外就労を考えていた。フィリピンでは看護師だが、日本では看護助手だ。だから来日当初の仕事はつらかった。勉強時間も全くないし、日本では看護師になれないことはわかっていた。そこで、カナダのケアギバーの申請をし、トロントで就労することにした。私の彼氏もEPAで来日しているが、ケアギバーとしてカナダで一緒になれるよう英語の勉強をしてもらっている。(学習理由・移住理由)
- もともと看護学校教員をしていたが、日本では看護助手として就労した。業務に慣れず帰国した。気候が合わなかったという理由に

なっている。(職務内容理由)

- 国家試験に合格してから毎日のように日系企業のリクルートが来る。インドネシアの日系企業で就労すれば、月に10万円くらいは稼ぐことができる。家族とも再会できるし、管理職にもなれる。貯蓄も日本にいる時以上に貯めることができる。(転職理由)

(2) 自己都合以外の帰国

- EPAによるフィリピン1期生で、関東の病院に勤務した。ところが、与えられた部屋は病院内の空病室だった。雇用主と交渉したがどうにもならず、そのうちニュージーランドで雇用先を見つけ、いったんフィリピンに帰国してからニュージーランドに渡った。
- 介護福祉士候補者として3年間が過ぎようとした頃、上司から呼び出され、雇用契約期間終了に伴う帰国が言い渡された。雇用満期の数日後に行われた介護福祉士国家試験を受験し、2月上旬に帰国した。勉強時間はほとんどなく、あっても1週間に2時間で、指導者は売店の店主や運転手だった。彼はいつも居眠りばかりしていた。毎日入浴介助をして利用者さんや同僚にはよくしてもらっていたが、上層部は休暇帰国を認めず大変厳しかった。
- 勤怠状況は必ずしも良くなかった。遅刻が多く、突然の欠勤もあった。病院は帰国を勧め、JICWELSに相談した。「勤怠状況が悪いこと、勉強をしないことは法令違反」という理由を告げられ、帰国した。
- 本当は帰りたくないけど、全く勉強時間も与えられず、学習効果も上がらない。自己採点でも1年延長が認められる点数が取れている

かわからない。勉強時間が与えられないのは、職員の数が大幅に不足しているから。これでは私の体が持たないので施設を変えられない限り帰国する。

(介護福祉士候補者。試験後の聞き取りより)

これら以外にも、進学や結婚を理由とした帰国者がいる。インドネシア大学のアヒルヤニ教授によれば、帰国後に元の職場に同じ職位で戻ることは難しいという。同氏の聞き取り調査によれば、インドネシア人看護師は、オランダやクウェートに比べると日本には定着せず、ほとんどが最終的には帰国を希望しているという。こうした希望が、帰国者の割合が高いことに反映されている。

在インドネシア日本大使館は帰国者と日系企業との交流会を開催していて、日本での就労経験を活かし帰国後も両国の懸け橋となることを期待している。候補者の多くが看護師であることを勘案すると、他業種に移ることは望ましいことではないが、ジャカルタや都市部では看護師の失業問題が発生していることも確かだ。日系企業は日本語能力の高い現地労働者の管理者の確保に躍起となっており、このことも帰国の促進につながっている。

(3) 日本での定着に向けた候補生への悩み

国家試験合格が目標とされるEPAでは、看護師国家試験合格が、目標の到達点だが、看護師としてはスタート地点に立ったばかりである。2015年11月に行った聞き取り調査では、EPAに対する看護師としての研修が全くないことが悩みであるという。特に記録についてはすでに述べた通り、EPA看護師特有の悩みでもあり新人研修でも教えられない。(公社)日本看護協会によると、EPA看護師に対しても平等に機会を供与しているとして、EPAを特に対象とするプログラムを組む予定にないことを示した¹³。

- 新人研修のころ8人患者さんを持って午後11時まで仕事をしていました。ストレスがたまりましたが、頑張りたいから私は死んでも平気と考えました。ストレスは4カ月ぐらい続き、危なかったと思います。(看護師)

将来の定着に向けての悩みは、家族統合、家族形成、育児、キャリアに分かれる。家族離れ離れの既婚者にとっては家族との再会(統合)が悩みとなる。未婚者にとっては、結婚の選択が、日本で家族統合を果たした有資格者にとっては、育児の課題が生じる。インドネシアやフィリピンでは結婚適齢期が日本よりもかなり早いので、結婚の圧力を感じるという。日本で結婚を果たす有資格者も増えている。同国人同士の結婚も多いので、日本にとどまるか帰国かの選択も迫られる。

- 日本で暮らすことを決めた。車も買った。でも日本で楽しいことはあまりない。仕事が忙しくて疲れている。子ども欲しいけど仕事で疲れているので、子どもはできません。仕事辞めたら生活できません。仕事と子どもの両立ができないかと思っている。何のために日本で働いているのかという壁に当たっている。(看護師)

大森(2015)によると、日本で育児を行う家族にとっての課題はいくつかあって、一つは地域で育児を行うインドネシアやフィリピンの場合には、日本では人間関係が希薄なため相談相手がいない、といった問題が生じやすいという。またフィリピン人の場合には、母親は就労を継続し、育児はフィリピンの両親がという「遠隔家族(distant family)」を築くこともある。

結婚後、育児を進めるにあたっての定着に向けては、宗教とも大きく関係してくる。先ほどの大森(2015)によれば、割礼、ポルノにみられるような日本における氾濫した性の商品化といった社会環境、子の将来、家族・地域で育てたいといった点が定着への課題になる可能性があるとしている。立派なイスラム教徒して育てることも重要で、東京・神奈川・大阪・福岡などモスクがある拠点への集住傾向があるという。

(4) 日本の良い点

日本の技術に学ぶ期待は大きい。これら以外にも、以下の点が挙げられる。

- 人が真面目で責任感が強い。インドネシアの職場は40%仕事、60%はプライベートなことをしている。会社をよくしようという気持ちは少ないが日本人はそれを一生懸命しようとする。(介護福祉士)
- 日本は言葉がすごく大切にされています。自分の過ちを認め、ごめんなさいという。インドネシアは友達とかこれ食べてとか言ってもありがとうと言わない。言わなくてもいい雰囲気がある。日本は仲良くてもちゃんとありがとう。感想も言う。かわいい。せんべいおいしいねという。自分がインドネシアに行ったときにさみしい。一生懸命しても言葉がない。

6 終わりに

介護の担い手は多様である。女性だけではなく男性の就労者も増加しているばかりではなく、障害者、高齢者も活躍している。そこには正職員もいればパートの職員も存在する。介護は多様な人

¹³ 日本看護協会国際部。京都大学安里研究室主催シンポジウム「海外人材をどう受け止めるか」(2015年12月20日開催)、配布資料より。

材に支えられる職種に転換しつつある。政策的にも富士山型という、すそ野の広がりの中で介護を支えていくという考え方に転換した。看護も、さまざまな状況の中で就業継続が困難な潜在看護師を生かせる施策がますます必要となる。多様な人々を教育し、マネジメントすることは容易ではない。他方で、EPAにおける受け入れにおいては、マネジメントの難しさが指摘されつつも、その結果は、職員や利用者、家族、施設にとって大きな刺激をもたらすものであった。

海外人材に関する議論は、「入れるか入れないか」の議論で終始することが多い。すでに多くの外国人住民や外国にルーツのある人々が増えていることも考えなければならない。海外人材は一枚岩ではない。どのような人材をどのような形で導入し、いかなる人材育成と待遇で職に従事してもらうかによって結果は大きく異なる。したがって、入れるか入れないかという議論はあまり生産的でない。いかにポテンシャルを生かしていくかがより良いケアを作る契機になるであろう。看護・介護の離職は二極化しており、離職率の低い施設と高い施設に分かれている。離職の原因も賃金が大きく取り扱われるものの、並んで重要な原因はマネジメントである。これまでは技術が重視されてきたためマネジメントは軽視されてきたがこれか

らは技術論だけではQOLの向上は果たせないであろう。人口減少社会にあっては、人は使い捨てにできない。代替できなくなっているからだ。

多様な人々の包摂に向けても、特性に合わせた「配慮」は重要だ。平等な権利を保持している状態が、すべてに対して開かれているのではない。その人が活躍しやすいようにプラスアルファの支援を行うことがより大切になる。女性であれば出産や育児でも復帰できるような枠組み作りと、男性の育休取得支援、障害者については「ジョブコーチ支援制度」といった公的な支援策などを活用しながら現場で就労することも考えられる。

従来の日本の経済成長モデルは男性の大学新卒者が労働市場の主流に立った「男性稼ぎ手モデル」である。女性はパートなどの補助労働力として位置付けられ、家事労働など無償労働に従事していた。障害者や高齢者も社会参画の難しさが存在し、ある種すみわけによる分業体制で日本の経済は成功したともいえる。ところが、時代が変わって人口が減少し、高齢化率が上昇する中においては、雇用のあり方も変えていかなければならない。従来の均質性のメリットから多様性のメリットの享受に向けて、個々の現場や職能団体だけではなく、社会全体で経験を集約し新たな社会制度として昇華させる必要がある。

<参考文献>

- 安里和晃 (2007) 「施設介護に従事する外国人労働者の実態—雇用主の評価をもとに—」リクルート・ワークス研究所『Works Review』Vol. 2、pp.132-145
- 安里和晃・前川典子 (2009) 「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」『国際ワークショップ報告書』、笹川平和財団
- 大森弘子 (2015) 「EPAインドネシア人介護福祉士への子育て支援の有効性と課題—在日7～8年間の面接調査を通して—」京都大学安里研究室主催シンポジウム『海外人材をどう受け止めるか』(2015年12月20日開催)、配布資料
- 一般社団法人外国人看護師・介護福祉士支援協議会 (2015) 「第4回EPA受入施設及び看護師・介護福祉士候補者調査」一般社団法人 外国人看護師・介護福祉士支援協議会ホームページ
- 厚生労働省 (2015) 「2025年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて～」厚生労働省ホームページ
- (2011) 「第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書 (概要)」厚生労働省ホームページ
- 公益社団法人国際厚生事業団 (2015a) 『外国人介護労働者に関わる実態調査報告書』公益社団法人国際厚生事業団

- (2015b) 「平成26年度看護師候補者巡回訪問実施結果について」 公益社団法人国際厚生事業団
 - (2015c) 「平成26年度外国人介護福祉士候補者受け入れ施設巡回訪問実施結果について」 公益社団法人国際厚生事業団
 - (2014) 「受入支援等の取り組み・受入れ状況等について」 公益社団法人国際厚生事業団ホームページ
 - (2013) 「平成24年度外国人介護福祉士候補者受け入れ施設巡回訪問実施結果について」 公益社団法人国際厚生事業団ホームページ
 - (2010) 「巡回訪問・相談窓口などからの受入れ状況について」 公益社団法人国際厚生事業団ホームページ
- みずほ情報総研株式会社 (2013) 『経済連携協定 (EPA) に基づく介護福祉士候補者受け入れ施設の配置基準に関する調査・研究報告書』 みずほ情報総研株式会社ホームページ
- Hirano, O. Yuko and Sri Ayu Wulansari (2009) "The Japan-Indonesia Economic Partnership Agreement Through the Eyes of Indonesian Applicants: A Survey and a Focus Group Discussion with Indonesian Nurses", 『九州大学アジア総合政策センター紀要』 第3号、pp.77-90